

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie – kombinovaná forma



Bc. Markéta Limpouchová

Evaluace spokojenosti klientů Terénního programu SANANIM s projektem
Sanitka

Evaluation of client satisfaction with the Sanitka project SANANIM field
programme

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šťastná Ph.D

Praha, 2022

Prohlášení:

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

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

V Praze, dne: 7.7.2022

Markéta Limpouchová

Podpis:.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Šťastné Ph.D. za spolupráci a podnětné připomínky. Dále děkuji Ing. Mgr. Aleši Herzogovi za umožnění sběru dat v TP Sananim a ochotné poskytnutí některých materiálů. Děkuji také kolegům z terénního programu Sananim za podporu. Za velkou podporu a trpělivost děkuji svému příteli Vojtovi a své rodině.

Identifikační záznam: LIMPOUCHOVÁ, Markéta. Evaluace spokojenosti klientů Terénního programu SANANIM s projektem Sanitka. [Evaluation of client satisfaction with the Sanitka project of SANANIM field programme]. Praha, 2022. 78 s., 2 přílohy. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2022. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Abstrakt

Východiska: Evaluace spokojenosti je zde prostředkem k získání zpětné vazby ke službám, které jsou poskytovány Terénním programem Sananim v rámci projektu Sanitka. Klientům poskytuje možnost „podělit se“ o své zkušenosti s programem, vyjádřit se k jednotlivým intervencím, případně vyjádřit potřebu služby či intervence nové.

Cíle: Cílem výzkumu bylo zjistit, zda jsou klienti terénního programu Sananim spokojeni s nabízenými službami projektu Sanitka. Především šlo o místní a časovou dostupnost, hlavní složky projektu Sanitka (výměnný program, poradenství, ošetření, testování, přístup personálu) a o zjištění slabých stránek služby. Výzkum měl přinést informace o tom, zda klientům vyhovují jednotlivé intervence, zda jim v rámci poskytovaných služeb něco nechybí (případně co) a jak by bylo možné služby zdokonalit.

Metody a výzkumný soubor: K získávání dat byla využita metodika RAR – Rapid assesment and response. Sběr dat probíhal formou polostrukturovaného interview se 30 klienty. Respondenti byli vybráni záměrným výběrem a přes instituci. Šlo o klienty TP Sananim, kteří užívají drogy rizikově (zejména injekčně) a zároveň využívají pestré nabídky služeb sanitního vozu. Dále byla provedena analýza existujících dat z výročních a závěrečných zpráv TP Sananim.

Výsledky: Z výsledků studie je patrné, že klienti jsou se službami projektu sanitka převážně spokojeni. V rámci stávajících služeb klienti nejvíce využívají výměnný program a poté zdravotnické služby. V rámci zdravotnických služeb se jedná zejména o testování, ošetření, zdravotnické poradenství a doporučení k lékaři. Zdaleka nejvíce klienti na službách sanitky oceňují přístup personálu, poté zdravotnické služby a následně výměnný program.

Nespokojenost či připomínky byly zaznamenány zejména v případě vydávaného materiálu s sebou, ať už se jednalo o materiál k injekční aplikaci či materiál zdravotnický. V rámci zdokonalení stávajících služeb respondenti navrhovali zavést potravinový servis, sprchu se zástěnou a ocenili by občasnou přítomnost lékaře v sanitce. V rámci časové dostupnosti, klienti navrhovali především rozšíření stávajících služeb. V rámci dostupnosti místní, byly navrženy jednotlivé lokality v Praze, kde by podle respondentů bylo zapotřebí služeb sanitky.

Závěr: Provedená studie poskytuje informace o potřebách a spokojenosti klientů TP Sananim se službami projektu Sanitka a informace o klientském vnímání přístupu pracovníků. Výzkum také poskytuje klienty navrhované podněty ke zdokonalení služby či jednotlivých intervencí. Připomínky respondentů a návrhy na zdokonalení poskytovaných služeb mohou být východiskem pro případnou diskusi vedoucího pracovníka s týmem terénního programu a k následným změnám.

Klíčová slova: evaluace spokojenosti, Harm Reduction, terénní program, rizikové užívání návykových látek, injekční užívání návykových látek, drogová scéna v Praze

Abstract

Background: The satisfaction evaluation is method of obtaining feedback on the services provided by the Sananim field program within the Sanitka project. It provides clients with the opportunity to "share" their experience with the program, comment on individual interventions, or express the need for a new service or intervention.

Aims: The aim of the research was to find out whether the clients of the field program Sananim are satisfied with the services offered by the Sanitka project. Above all, it was about local and time availability, the main components of the sanitka project (exchange program, counseling, treatment, testing, staff access) and about identifying the weak points of the service. The research was supposed to provide information on whether the clients are satisfied with the individual interventions, whether they are missing something (and what) within the services provided, and how the services could be improved.

Methods and research file: The RAR - Rapid assessment and response methodology was used to collect data. Data collection took place in the form of semi-structured interviews with 30 clients. Respondents were selected purposively and through the institution. These were clients of TP Sananim who use drugs at risk (especially by injection) and at the same time use the varied offers of ambulance services. Furthermore, an analysis of existing data from annual and final reports and other documents of TP Sananim was carried out.

Results: The results of the study show that clients are mostly satisfied with the services of the Sanitka project. Within the existing services, clients use the exchange program the most, followed by medical services. Within the scope of health services, this mainly concerns testing, treatment, medical advice and referral to a doctor. By far, the clients of the ambulance services value the approach of the staff, then the medical services and then the exchange program.

Dissatisfaction or comments were recorded especially in the case of take-away material, whether it was material for injection or medical material. As part of the improvement of existing services, the respondents proposed to introduce a food service, a shower, and they would appreciate a cooperation with a general practitioner again. In terms of time availability, the clients mainly proposed the extension of existing services. Within the framework of local availability, individual locations in Prague where, according to the respondents, ambulance services would be needed were proposed.

Conclusion: The conducted study provides information on the needs and satisfaction of TP Sananim clients with the services of the Sanitka project and information on the client's perception of the staff's approach. The research also provides clients with suggestions for improving the service. Respondents' comments and suggestions for improving the services provided can be a starting point for a possible discussion between the manager and the field program team and for subsequent changes.

Key words: satisfaction evaluation, Harm Reduction, field program, risky drug use, injection drug use, drug scene in Prague.

Obsah

Úvod	1
1 Přehled doposud provedených studií	2
2 Koncept problémového/ rizikového užívání návykových látek	5
2.1 Vymezení pojmu problémového užívání návykových látek	5
2.2 Vymezení pojmu rizikové užívání návykových látek	5
2.3 Prevalence rizikového užívání návykových látek	6
2.4 Vzorce rizikového užívání návykových látek v ČR.....	6
2.5 Negativní důsledky rizikového užívání návykových látek.....	7
2.6 Socioekonomické souvislosti a dopady užívání návykových látek.....	7
2.7 Zdravotní komplikace a dopady užívání návykových látek	8
2.7.1 Psychiatrické komorbidity, spojené s užíváním návykových látek	8
2.7.2 Somatické komplikace a komorbidity u LDR, zejména pak u LDI	11
2.8 Bariéry pro vstup do léčby somatických onemocnění.....	14
2.9 Stárnutí populace uživatelů drog a dostupnost zdravotnické péče.....	15
2.10 Úmrtí spojená s užíváním nelegálních drog	16
2.11 Minimalizace fatálních následků předávkování drogami	16
3 Pražská drogová scéna.....	17
3.1 Vymezení pojmu otevřená drogová scéna.....	17
3.2 Otevřená drogová scéna v Praze	18
3.3 Otevřený drogový trh na Praze 1.....	18
3.4 Zmenšování drogového trhu na Praze 1	19
3.5 Charakteristika a vzorce užívání LDI v Praze	20
3.6 Vysoce rizikové užívání drog ve specifických skupinách v Praze.....	21
3.7 Terénní práce na otevřené drogové scéně v Praze.....	21
3.8 Vliv epidemie COVID-19 na otevřenou drogovou scénu v Praze	22
3.9 Harm Reduction	22
3.10 Nízkoprahové programy pro lidi užívající drogy rizikově	24
3.11 Terénní programy	26
4 Terénní program SANANIM	27
4.1 Sananim z.ú.	27
4.2 Terénní program Sananim.....	27
4.3 Historie	27

4.4	Principy	28
4.5	Východiska.....	28
4.6	Cíle	29
4.7	Cílové skupiny.....	30
4.8	Program XTP SANANIM	30
5	Projekt sanitka	30
5.1	Sanitní vůz.....	30
5.2	Poskytované služby	31
5.3	Kontaktní práce a výměnný program v roce 2021	32
5.3.1	Časopis Dekontaminace.....	33
5.3.2	Zimní opatření.....	34
5.3.3	Speciální aktivity reagující na pandemii Covid – 19.....	34
	Výzkumná část	35
6	Evaluaace spokojenosti klientů jako výzkumná metoda.....	35
7	Cíle výzkumu.....	36
8	Výzkumné otázky.....	36
9	Metody sběru dat	37
10	Metody zpracování a analýzy dat.....	38
11	Etické aspekty a rizika výzkumu.....	38
11.1	Vzájemné ovlivňování výzkumníka a výzkumného pole.....	39
12	Základní soubor	40
13	Výzkumný soubor	40
14	Průběh sběru dat.....	41
15	Popis výzkumného souboru	41
16	Výsledky.....	45
17	Shrnutí výsledků	56
	Diskuze	59
	Závěr	66
	Zdroje.....	68
	Seznam zkratk:.....	74
	Přílohy:.....	74

Úvod

Ústředním tématem této práce je evaluace klientské spokojenosti. Evaluace je zde prostředkem k získání zpětné vazby ke službám konkrétního nízkoprahového programu pro uživatele drog. Zaměřuje se na dostupnost a přiměřenost služeb a vůli poskytovatelů uspokojovat potřeby klientů. Klientům poskytuje možnost „podělit se“ o své zkušenosti s programem, vyjádřit se k jednotlivým intervencím, případně vyjádřit potřebu služby či intervence nové. Tato práce využívá formativního typu evaluace, jejímž cílem je nalézt silné a slabé stránky daných intervencí služby a navrhnout takové změny, které povedou ke zlepšení či odstranění stránek slabých (WHO, UNDCP & EMCDDA, 2000). Evaluace spokojenosti klientů směřuje ke službám Terénního programu Sananim a konkrétně se zabývá projektem „Sanitka“.

Jde o provoz sanitního vozu, určeného k práci s injekčními uživateli drog. V současné době je sanitka klientům k dispozici v Po, ve St a v Pá, od 14 do 18 h. v Praze, v blízkosti Hlavního nádraží a Václavského náměstí, kde se více než 25 let nachází otevřený drogový trh. Terénní programy Sananim jsou nízkoprahovou službou pro osoby užívající drogy rizikově, zejména injekčně, které se pohybují na území Prahy (Závěrečná zpráva TP Sananim, 2020).

Terénní programy uplatňují přístup Harm Reduction, který směřuje k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek. V rámci strategie Public Health usilují terénní programy o pokrytí prostředí otevřeného drogového trhu sterilním injekčním materiálem. Výměnný program a poradenství tak předchází či omezují epidemii HIV/AIDS a hepatitid. TP Sananim se snaží vycházet vstříc potřebám klientů a najít rovnováhu mezi plošnými intervencemi a intervencemi zaměřenými individuálně. Intenzivně se také věnuje problematice drogového trhu v centru Prahy (Průběžná zpráva TP Sananim, 2021). Hlavními principy práce jsou anonymita, bezplatnost, respekt k důstojnosti a lidským právům, k právu na vlastní rozhodnutí a prosazování oprávněných zájmů klientů navenek (Operační manuál, 2019).

Teoretická část

Vzhledem k povaze služby, uvádí tento text čtenáře do související problematiky rizikového a injekčního užívání návykových látek. S ohledem na umístění projektu Sanitka, se dále teoretická část věnuje otevřené drogové scéně v centru Prahy, povaze služeb, které jsou určeny skupině lidí užívajících drogy rizikově (zejména injekčně), a základním principům (Harm Reduction a Public Health), ze kterých tyto služby vychází. Na konci této části představují projekt Sanitka, jako součást služeb Terénního programu Sananim.

1 Přehled doposud provedených studií

V následujícím přehledu představuji studie, které byly provedeny na téma potřeb a spokojenosti klientů různých druhů služeb, určených uživatelům návykových látek. Zahrnuty jsou tedy evoluce spokojenosti klientů/pacientů a analýzy potřeb klientů takových programů.

V roce 2009 byla provedena studie na téma „*Spokojnost pacientů s programem substituční léčby s využitím buprenorfinu v nestátním zdravotnickém zařízení Remedis*“. Respondenty této studie byli pacienti substitučního programu Remedis. Metodou získání dat byl sběr strukturovaného anonymního dotazníku CSQ8, který byl doplněn o specifické otázky týkající se pravidel programu. Studie se zúčastnilo celkem 63 pacientů (42 mužů/21 žen). Výsledky studie vypovídaly spíše o vyšší spokojenosti respondentů s programem. 61 pacientů (96,8 %) bylo velmi spokojeno (52,4 %) nebo spíše spokojeno (44,4 %) a pouze 2 pacienti (3,2 %) vyjádřili nespokojenost. Jádrem nespokojenosti zmíněných 2 pacientů byla struktura programu (Mlejková, 2009).

Rozsáhlá studie na téma „*Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze*“, která byla provedena v roce 2010, se zaměřila na identifikaci možných podnětů pro další zlepšování poskytovaných služeb či zavádění služeb nových. Studie se zabývá chováním uživatelů drog, využíváním nízkoprahových služeb a aktuálními problémy uživatelů na drogové scéně. Jádrem studie je analýza potřeb, která se zaměřovala na přijatelnost, atraktivnost a dostupnost poskytovaných služeb a na to, zda služby odpovídají potřebám klientů. Výzkum byl realizován metodou RAR. Účastníci výzkumu byli klienti nízkoprahových zařízení v Praze, kteří byli vybráni záměrným výběrem a výběrem přes instituce (55 klientů). Další skupinou byli poskytovatelé nízkoprahových služeb v Praze. Zdrojem dat byly semistrukturované rozhovory s respondenty, ohniskové skupiny s poskytovateli služeb (celkem 5 skupin), zúčastněné pozorování a kvalifikovaný odhad. Data byla analyzována pomocí zakotvené teorie. Z analýzy vyplývá, že zařízení, která se studie zúčastnila, jsou dlouhodobě přetížená. Studie pak uvádí několik konkrétních oblastí, ve kterých lze přetížení pozorovat. Větší část Prahy není nízkoprahovými programy vůbec pokryta. V rámci diskuzí s pracovníky byly tyto roviny reflektovány. Zásadním problémem při jejich řešení je však tlak systému a nedostatek finančních prostředků. V analýze je uvedeno 6 doporučení, které vyplynuly z provedené studie (Štastná, 2010).

Další analýza potřeb se věnovala cílové skupině uživatelů návykových látek v Praze. Cílem této studie bylo zjistit, jaké jsou potřeby těchto žen, jak jim odpovídají stávající služby a co v systému péče o tuto cílovou skupinu chybí. Výsledkem této studie jsou doporučení týkající se změn ve stávajících službách pro ženy užívající návykové látky a v přístupu k práci s nimi. Data byla sesbírána formou polostrukturovaného interview s uživatelkami nelegálních návykových látek v Praze. Byl také proveden rozhovor se třemi pracovníky adiktologických služeb, kteří se této tématice věnují (Hubínková, 2013).

Tématem další analýzy potřeb, která byla provedena v cílové skupině LDI, jsou Aplikační místnosti pro uživatele drog. Obsahem práce je analýza potřeb teoretické realizace aplikační místnosti v hl. m. Praze. Výzkum probíhal formou polostrukturovaného interview. Cílem výzkumu byly odpovědi na základní otázky představ a potřeb potenciálních uživatelů aplikačních místností, odborníků z oblasti léčby a prevence závislostí a dalších zainteresovaných osob. Získaná data byla zpracována metodou zakotvené teorie. Z výsledků této studie vyplývá, že zavedení tohoto typu nízkoprahového programu v hl. m. Praze, je vhodné. Dále se práce zabývá vhodným umístěním aplikační místnosti v Praze, otevírací dobou a službami, které by toto zařízení poskytovalo (Janouškovec, 2013).

Potřebami klientů a pracovníků kontaktních center ve Zlínském kraji, se zabývala v rámci své bakalářské práce autorka Nováková (2017). Cílem výzkumu bylo zjistit dostupnost a atraktivitu nabízených služeb a zda služby reagují na potřeby jejich klientů. Metodou výzkumu je analýza potřeb, která probíhala ve dvou kategoriích respondentů. První kategorii tvořili uživatelé drog a druhou pracovníci kontaktních center z každého regionu Zlínského kraje, spolu se zástupcem správy města. Sběr dat byl proveden formou semistrukturovaného rozhovoru s 16 respondenty. Výsledky ukazují, že 11 respondentů je se službami spokojeno a 5 respondentů by ocenilo realizaci nové adiktologické služby ve Zlínském kraji. Klienty nejčastěji využívanou intervencí, je výměnný program, využívají také hygienický servis (sprchu). 1 klient by uvítal delší pobyt v KC, jinak jsou klienti s časovou dostupností služby spokojeni. Z výsledků vyplývá, že klienti jsou s otevírací dobou spokojeni, podle pracovníků si však klienti na otevírací dobu stěžují (Nováková, 2017).

Jednou z nedávno provedených studií je evaluace spokojenosti klientů s nabízenými službami kontaktního a poradenského centra Stage 5, organizace Progressive. Autorka zjišťovala spokojenost klientů tohoto programu s nabídkou stávajících služeb, možnosti, jak by se daly vylepšit jednotlivé intervence nebo zda není třeba zahrnout intervence nové, tak aby služby odpovídaly potřebám klientů KC. Výzkumným souborem zde byli lidé užívající drogy rizikově a injekčně, kteří navštěvují KC. Sběr dat probíhal formou polostrukturovaného interview a byla provedena analýza stávajících zdrojů a dokumentů KC. Z výsledků vyplývá, že klienti dosavadní intervence oceňují a zároveň byl podán návrh na jejich doplnění. Klienti oceňovali metody práce i povahové vlastnosti pracovníků (Smetanová, 2020).

Další evaluace spokojenosti byla provedena ve stejné organizaci (Progressive), ale jiném zařazení. Autorka (Nováková, 2020) provedla evaluaci spokojenosti klientů se službami TP No Biohazard. Autorka rovněž zkoumala spokojenost klientů s jednotlivými intervencemi, zdroje případných nespokojeností a návrhy na zlepšení služby či jednotlivých intervencí které by vedly

k odstranění těchto nespokojeností. Sběr dat probíhal opět formou polostrukturovaného interviewu. Velkým rozdílem však bylo, že rozhovory s klienty probíhaly v terénu (na ulici), nikoli v soukromí uzavřené místnosti, jako tomu bylo v KC. Z výsledku této valuace vyplývá, že klienti všechny intervence oceňují a že odpovídají jejich potřebám. Kritiku klienti vyslovili u nabízeného materiálu určeného k nitrožilní aplikaci. V rámci zjišťování spokojenosti s místní dostupností služby vznikl seznam doporučených míst, kam by terénní pracovníci mohli docházet (Nováková, 2020).

V témže roce vznikla práce s názvem *Evaluace spokojenosti pacientů v léčbě závislosti na alkoholu na koedukovaném oddělení PN Kosmonosy*. Tato práce se zaměřila na spokojenost pacientů Psychiatrické nemocnice Kosmonosy s léčbou a léčebným programem oddělení závislosti. Cílem studie bylo zjistit spokojenost a kvalitu poskytované péče. Metodou sběru dat bylo dotazníkové šetření se 74 pacienty. Výsledky hovoří o vysokém stupni spokojenosti pacientů tohoto zařízení s programem. Kritiky klientů směřovaly k nedostatečnému sociálnímu zázemí a zastaralému vybavení. Pacienti by ocenili časnější zařazení hipoterapie, relaxačních technik a terapie individuální do programu (Domes, 2020).

Autorka Pavlíková (2020) napsala práci na téma *evaluace svépomocné skupiny Al-Anon z pohledu jejich členů*. Cílem výzkumu bylo analyzovat potřeby osob, které se potýkají s problémem užívání alkoholu, jejich blízké a zmapovat podobu a průběh svépomocné skupiny a charakteristiky účastníků. Posledním cílem bylo zmapovat právě spokojenost účastníků se setkáním a dopis s doporučeními směrem k profesionální péči. Ke sběru dat byly využity následující metody: analýza potřeb účastníků svépomocné skupiny Al-Anon, evaluace procesu a evaluace spokojenosti účastníků svépomocné skupiny se setkáním. Výzkumný soubor sestával z 12 účastníků. První volbou pomoci byla u respondentů profesionální péče a k svépomocné skupině se dostali až posléze. Na setkání přicházejí bez očekávání a bývají mile překvapeni. Setkání jim umožňuje naplnit jejich potřeby a pomáhá jim zvědomit spoluzávislostní vzorce chování. Skrze program 21 kroků, literatury a Modlitbě, získávají podporu i v denních těžkostech. Nosnými pilíři skupiny jsou vlastní zkušenosti ostatních, spiritualita, anonymita, a absence autority.

V roce 2020 analyzovala potřeby klientů terénního programu na Berounsku autorka Čmelíková. Výzkum prováděla metodou polostrukturovaného rozhovoru s klienty a využila také data IN-COME dotazníků. Hlavním cílem práce bylo popsat rozsah a charakteristiky potřeb lidí užívajících drogy rizikově a zhodnotit přístupnost dalších služeb na Berounsku. Z výsledků studie vyplývá, že klienti jsou se službami terénního programu spokojeni. Nejčastěji využívanou intervencí je výměna injekčního materiálu. Klienti by ocenili větší časovou dostupnost pracovníků v terénu a otevření kontaktního centra na Berounsku (Čmelíková, 2020).

2 Koncept problémového/ rizikového užívání návykových látek

2.1 Vymezení pojmu problémového užívání návykových látek

Za problémové užívání návykových látek lze považovat „užívání ve vysokém množství a/nebo vysoce rizikovým způsobem, typicky s rozvinutou závislostí, které přináší negativní dopady jak samotnému uživateli, osobám v jeho okolí, komunitě, tak i společnosti jako celku“ (Mravčík et al, 2019). Důsledky takového užívání mohou být akutní i chronické a zahrnují škody jak v oblasti sociální, tak v oblasti somatického a duševního zdraví, včetně předčasného úmrtí. Míra těchto škod závisí na mnoha faktorech, které se vzájemně potencují. Jedná se o typ užívané návykové látky, velikost dávky, vzorcích užívání, na osobnosti uživatele i vlivu prostředí (Mravčík et al, 2019).

2.2 Vymezení pojmu rizikového užívání návykových látek

Problémové užívání drog nyní EMCDDA definuje jako „opakované užívání drog s negativními důsledky zahrnujícími závislost a další zdravotní, psychické či sociální problémy, nebo představuje vysokou pravděpodobnost rozvoje takových důsledků“ (Mravčík et al, 2019) a nově upřesňuje, že jde o „užití psychoaktivních látek vysoce rizikovým vzorcem (intenzivně) a/nebo vysoce rizikovým způsobem aplikace v posledních 12 měsících“. Novější definice vznikla v rámci revize klíčového indikátoru PUD, probíhající v letech 2011–2013, díky které EMCDDA zavedlo pojem „vysoce rizikové užívání drog“ (high-risk drug use) (Mravčík et al, 2019).

Vysoce rizikové užívání drog (High-risk drug use) definuje EMCDDA jako „opakované užívání drog, které způsobuje skutečné poškození, tedy má negativní důsledky pro jednotlivce (zahrnuje závislost, ale také ostatní zdravotní, psychologické a sociální problémy) nebo tvoří vysokou pravděpodobnost rizika utrpění takových škod.“ Mezi odhady prevalence vysoce rizikového užívání lze zařadit užívání opiátů (týdně nebo častěji v uplynulých alespoň šesti měsících z dvanácti) a užívání kterékoli psychoaktivní substance injekčně (v uplynulých dvanácti měsících). Nově je zařazeno i časté a vysoce rizikové užívání konopí (denně, nebo téměř denně za poslední rok) (Jičínská, 2015).

Od roku 2020 došlo k úpravě terminologie směrem k destigmatizaci uživatelů návykových látek i v ČR, poprvé v rámci Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR. Dřívější pojem „problémoví uživatelé drog“ (PUD) vystřídal pojem „lidé užívající drogy rizikově“ (dále LDR). Analogicky je místo označení injekční uživatelé drog, nově používán výraz lidé užívající drogy injekčně (LDI) (NMS, 2020). V rámci této práce tedy bude používán místo termínu „problémoví uživatelé drog“ (PUD), termín „lidé užívající drogy rizikově“ (LDR) a místo „problémového užívání drog“ „rizikové užívání drog“.

2.3 Prevalence rizikového užívání návykových látek

Podle EMCDDA je prevalence LDR jedním z pěti klíčových epidemiologických indikátorů (vedle užívání drog v obecné populaci, žádostí o léčbu spojených s užíváním drog, infekčních nemocí a úmrtí spojených s užíváním drog a úmrtností uživatelů drog), které popisují zásadní aspekty drogové situace a významné dopady užívání návykových látek. Výběr těchto indikátorů byl kompromisem mezi jejich schopností popisu reálné situace a mezi dostupností zdrojů dat v evropských státech. Odhady i výklad definice LDR se v jednotlivých státech Evropy liší, protože jsou závislé na použitých metodách a zdrojích dat (EMCDDA, 2009).

Národní odhad počtu LDR za rok 2020 činí 44 200, z toho 33 100 jsou uživatelé metamfetaminu a 11 100 uživatelé opioidů (z toho 6 400 uživatelů buprenorfinu, 3 300 uživatelů heroinu a 1 400 uživatelů dalších opioidů). Podíl osob, užívajících drogy injekčně (LDI), byl odhadnut na 95 %. Počet LDR se v r. 2020 mírně snížil, a to díky poklesu počtu uživatelů metamfetaminu o 1,5 tis. Počet uživatelů opioidů (zejména buprenorfinu) naopak mírně vzrostl. V dlouhodobém měřítku dochází celkově k nárůstu počtu LDR (Mravčík et al., 2021).

Nejvyšší relativní počet LDR je dlouhodobě zaznamenáván v Praze. V roce 2020 se jednalo o 13 000 osob, z toho 5 500 uživatelů metamfetaminu a 7 500 uživatelů opioidů (z toho 4 800 uživatelů buprenorfinu, 2 300 uživatelů heroinu a 500 uživatelů jiných opioidů). Počet LDR v Praze tvoří podle odhadů 29,4 % z celkového počtu LDR v ČR. Je také odhadováno, že v Praze se nachází 16,6 % uživatelů metamfetaminu, až 75 % uživatelů buprenorfinu a 70 % uživatelů heroinu (z celkového počtu uživatelů opioidů se jedná o 67,6 %) (Mravčík, Vařeková, Janíková, 2022).

2.4 Vzorce rizikového užívání návykových látek v ČR

Koncept vysoce rizikového užívání návykových látek nám umožňuje popsat část populace uživatelů s nejintenzivnějšími a nejrizikovějšími vzorci užívání, které jsou spojeny s nejzávažnějšími sociálními a zdravotními dopady (Mravčík, Chomynova, Grahmannová, 2019).

Každé 2-3 roky je v ČR prováděna průřezová dotazníková studie mezi klienty nízkoprahových programů (průzkum Multiplikátor), s cílem mapovat míru a vzorce užívání návykových látek mezi LDR (Mravčík, Vařeková, Janíková, 2022). V roce 2019 se jí zúčastnilo 38 kontaktních center ze všech krajů ČR. Soubor tvořilo 955 klientů, z toho 666 (69,7 %) byli muži. Průměrný věk činil 34,8 let, přičemž nejmladšímu respondentovi bylo 16 let a nejstaršímu 69 let. Injekční formu aplikace uvedlo někdy v životě 97,2 % klientů a během posledních 30 dní 90,8 % respondentů.

Nejvíce respondentů (86,4 % z 841 odpovědí) uvedlo užívání metamfetaminu, celkem 727 osob. Uživatelé buprenorfinu tvořili 11,2 %, čili 94 osob, užívání heroinu a nelegálně získaného metadonu uvedlo 3,2 %, resp. 0,2 %. Ve srovnání s jinými kraji bylo v Praze v roce

2019 zaznamenáno v mnohem větší míře primární užívání opioidů jako je heroin nebo buprenorfin.

Jiné látky, jako svoji primární drogu, uvedlo celkem 276 osob (32,8 %). Z toho 129 klientů uvedlo užívání alkoholu (15,3 %), 39 osob uvedlo užívání surového opia (4,6 %) a 40 respondentů uvedlo jiný opiát (4,8 %). Mezi jiné opiáty spadal legálně získaný buprenorfin (19 osob), Vendal (8 osob), fentanyl (8 osob), dihydrokodein (3 osoby), hydromorfon (2 osoby) a braun (1 osoba). Primární užívání benzodiazepinů uvedlo 23 osob (2,7 %) a tramadol 13 osob (1,5 %). Užívání kokainu uvedlo 5 osob (0,6 %) a novou syntetickou drogu ze skupiny stimulantů uvedli 4 klienti (0,5 %).

Nejrozšířenější drogou mezi LDR je podle průzkumu za posledních 12 měsíců (2019) metamfetamin, a to jak v celé ČR, tak i v Praze. Dále je to buprenorfin, benzodiazepiny, tramadol, surové opium a heroin. Míra užívání jednotlivých návykových látek v krajích se značně liší. Důvodem je místní dostupnost i zvyklosti jejich uživatelů. Praha je specifická již zmíněnou vysokou prevalencí užívání buprenorfinu, heroinu i surového opia/makoviny. V posledních 12 měsících užilo buprenorfin 53 %, heroin 35 % a opium/makovinu 20 % LDR (Mravčík, Vařeková, Janíková, 2022).

2.5 Negativní důsledky rizikového užívání návykových látek

Užívání návykových látek je spojeno s různou mírou zdravotních a sociálních škod na individuální i extra individuální úrovni (rodinné, komunitní či celospolečenské) (Mravčík et al., 2019). Závažnost škod na individuální úrovni je dána především charakteristikami a predispozicemi na straně uživatele, ale také určitými vlastnostmi látky a faktory prostředí. V rodinném prostředí často dochází ke škodám v podobě narušení mezilidských vztahů, emoční nespokojenosti členů rodiny, ekonomické nouzi, k zanedbávání dětí či absolutnímu rozpadu rodiny (Mravčík, 2017). Za specifický problém na komunitní úrovni můžeme považovat existenci tzv. otevřených drogových scén. Celospolečenské škody jsou často vyjádřeny celkovou sociální a zdravotní zátěží nebo společenskými – ekonomickými náklady (Mravčík et al., 2022)¹.

2.6 Socioekonomické souvislosti a dopady užívání návykových látek

Důsledky vysoce rizikového užívání drog v sociální a socioekonomické oblasti úzce souvisí s životním stylem soustředěným kolem drogy (*drug centred lifestyle*). Koloběh denních aktivit uživatele sestává ze shánění finančních prostředků na drogu, shánění drogy samotné, aplikace drogy a nakonec „odpočinku“ v intoxikovaném stavu, který svým způsobem nahrazuje „normální“ sociální fungování (Buchanan, 2006). Při takovém životním stylu pak dochází ke

¹Celospolečenskou úroveň, faktory ovlivňujícími povahu a míru dopadů užívání drog, jejich kategorizaci a vztahem mezi intenzitou užívání a rizikem negativních dopadů se podrobně věnuje Mravčík (2017), Mravčík et al (2019). Veřejnozdravotním významem, škodami a politickými vlivy na míru rizikovitosti užívání drog se Mravčík et al (2019) podrobněji věnuje v článku Veřejnozdravotní význam užívání návykových látek.

kumulaci negativních psychosociálních důsledků, jako jsou nezaměstnanost, neschopnost plnit rodinné role a povinnosti, ztráta zájmů, ztráta majetku, zadluženost, problémy se zákonem, sociální izolace a exkluze (Mravčík et al, 2022). Nestabilní bydlení a zadluženost pak znamená významnou překážku v sociální a ekonomické integraci a brání jedinci v úzdravě (Mravčík et al, 2021).

V rámci průzkumu „*Multiplikátor*“ (2019), který probíhal mezi klienty nízkoprahových programů, uvedly dvě třetiny klientů své ubytování jako nestabilní nebo uvedli bezdomovectví. Polovina respondentů uvedla svůj příjem jako nelegální anebo nestabilní. Až 82 % klientů uvedlo, že mají dluhy, jejichž výše dosahovala až 9,1 mil. Kč. Průměrná výše dluhu činila 573 tis. Kč (Mravčík et al, 2019). Z dotazníkového šetření (2019), které probíhalo mezi klienty pražských terénních programů vyplývá, že pouze 48,5 % klientů má ubytování (chatička, ubytovna, azylový dům, byt) a 51,5 % lze považovat za osoby bez přístřeší (stan, squat, ulice). V srovnání s rokem 2008, kdy bylo 76% klientů bydlících, došlo ke značnému poklesu (Herzog et al., 2019).

Herzog et al. (2019) také uvádí způsoby obstarávání finančních prostředků k zakoupení drog. Jedná se zejména o okrádání rodiny a blízkých, o kapesní krádeže (především u turistů a podnapilých) a krádeže autodílů. Vznikající tendence byla zaznamenána u žebrání (např. Královská cesta či Karlův most). Podstatnou část příjmů stále zajišťuje ředění a přeprodávání drog, specifický je pak prodej drog nebo různých náhražek turistům. V rámci přeprodeje substitučních preparátů klienty substitučních center došlo k výraznému omezení a zvýšení kontroly nad výdejem léků. Podle Herzoga et al (2019) také ubývá krádeží jízdních kol, kapesních krádeží v MHD, mírný úbytek zaznamenaly krádeže a přeprodání zboží z obchodů. Po vyžadování platby kartou na účet u výkupu sběrných surovin došlo také k omezení krádeží okapů a kabelů. Po přijetí vyhlášky došlo k poklesu pouličního umění (busking). Dále došlo ke snížení sexbyznysu na veřejných místech (např. Karlovo náměstí). Klesají také loupežná přepadení a násilné vymáhání dluhů mezi závislými navzájem (Herzog et al., 2019).

2.7 Zdravotní komplikace a dopady užívání návykových látek

Komplikace a důsledky užívání návykových látek v oblasti zdraví, můžeme rozdělit na duševní a somatické. Somatické komplikace dále může dělit na specifické oblasti, jako jsou lokální poškození spojená s aplikací drogy, hnisavé procesy, orgánová a systémová poškození či krví přenosné infekční choroby (Minařík, Řehák, 2015).

2.7.1 Psychiatrické komorbidity, spojené s užíváním návykových látek

EMCDDA (2004) chápe definici duální diagnózy nebo psychické komorbidity ve smyslu definice WHO jako „souběžný výskyt poruchy z užívání návykových látek s jinou psychickou poruchou u téhož jedince“. V zásadě jde o specifický typ psychiatrické komorbidity, přičemž komorbiditu zde chápeme jako výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho pacienta/klienta (Kalina, Minařík 2015).

EMCDA (2004) uvádí, že psychické poruchy i poruchy osobnosti se většinou objevují dříve než poruchy z užívání návykových látek, a tudíž zvyšují náchylnost k takovým problémům. Užívání návykových látek však může zhoršit duševní poruchy nebo se zmíněné problémy mohou vyskytovat souběžně. Na užívání návykových látek také můžeme pohlížet jako na symptom duševní poruchy či poruchy osobnosti, přičemž užívání by bylo v tomto případě pokusem pacienta o sebededikaci (samoléčení), která mu poskytuje úlevu od úzkostných stavů. To však podněcuje vznik závislosti. V případě pokusu o abstinenci se pak pacientovi znovu dostaví nepříjemné příznaky duševní poruchy či poruchy osobnosti (EMCDDA, 2004).

Data o výskytu duševních poruch mezi uživateli drog jsou v evropských zemích nesourodá. Torrens (2017) uvádí, že z nich vyplývá vyšší prevalence psychiatrických komorbidit u osob s poruchami z užívání nelegálních látek oproti zbylé populaci. Jejich výskyt se liší v závislosti na typu psychiatrické poruchy (poruchy nálady, úzkostné poruchy, PTSD, ADHD, poruchy příjmu potravy, poruchy osobnosti) a na užívání konkrétní psychoaktivní látky (stimulancia, opioidy, konopné drogy a další).

Torrens et al. (2015) dále uvádí, že k nejčastěji zjištěné psychiatrické komorbiditě u osob s poruchami z užívání návykových látek patří poruchy osobnosti, deprese, úzkostné poruchy, poruchy pozornosti s hyperaktivitou, poruchy příjmu potravy a psychotické poruchy.

Také Kalina (2020) uvádí, že poruchy osobnosti jsou nejčastěji se vyskytující komorbiditou závislých klientů. Mezi závislými se vyskytují ve 40–50 % a u cílených výzkumů až 90 % (Kalina, 2015). Nejčastěji se jedná o disociální a hraniční poruchy osobnosti. Lidé s poruchou osobnosti často tíhnou k rizikovému chování včetně rizikových vzorců užívání návykových látek (např. k injekčnímu užívání) a častěji se u nich setkáváme s výskytem agresivity a kriminality (Torrens et al, 2015). Deprese se mezi uživateli návykových látek vyskytuje v rozmezí 12–80 % a je spojena s horší úspěšností léčby a vyšší sebevražedností. Častěji se vyskytuje u žen, než u mužů. V rámci úzkostných poruch se jedná zejména o panické a posttraumatické stresové poruchy, které se vyskytují až u 35% LDR. Diagnostika úzkostných poruch je u závislých osob obtížnější, protože může být projevem jak intoxikace, tak abstinčního syndromu. Poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) se podle studie provedené v 6 evropských zemích (Francii, Maďarsku, Nizozemsku, Norsku, Španělsku, Švédsku a Švýcarsku) vyskytují u LDR, kteří jsou v léčbě, v rozmezí 5–33 % (Van de Glind et al., 2014). Poruchy příjmu potravy se vyskytují až u jedné třetiny LDR (v obecné populaci jde o 1–3 %). Ve vyšším riziku rozvoje vysoce rizikového užívání návykových látek jsou osoby s bulimií. Vysoce rizikové užívání drog je častější také u psychotiků trpících bipolární poruchou a schizofrenií. Poruchy z užívání návykových látek jsou přítomny v případě schizofrenie u 30–66 % případů, u bipolární poruchy se jedná o 40–60 % případů.

V rámci uvažování nad psychiatrickou komorbiditu specificky spojenou s jednotlivými typy návykových látek, uvádí Best et al. (2003), že opiátové drogy nejsou kauzálně spojeny s žádným akutním ani chronickým psychiatrickým onemocněním. U chronických uživatelů opiátů se mohou vyskytnout poruchy nálady (deprese u uživatelů opiátů a opioidů je běžná, avšak kauzalita sporná) a poruchy osobnosti, letargie nebo anorexie (Mravčík, 2022).

Psychiatrickou komorbiditou uživatelů metamfetaminu se ve své práci podrobně zabývali autoři Orlíková and Csémy (2016). U uživatelů amfetaminů byla zjištěna častější přítomnost psychiatrických symptomů v porovnání s uživateli kokainu a opioidů (EMCDDA, 2010). Podle výzkumných studií až 72 % uživatelů metamfetaminu trpí další psychiatrickou diagnózou (EMCDDA, 2013).

Psychiatrické symptomy u uživatelů metamfetaminu se mohou vázat jak na akutní účinek drogy nebo jeho vysazení, tak na opakované užívání (Dark et al, 2008). Již při jednorázovém užití může v případě vysoké dávky dojít k těžkým příznakům intoxikace jako je agitovanost, výkyvy nálady s možnými prvky agresivního chování, silný psychomotorický neklid či psychotický stav s typicky paranoidně-halucinatorním syndromem a panickými příznaky (Braundwarth et al, 2017).

V důsledku chronického užívání metamfetaminu může dojít k organickému mozkovému poškození. Neurokognitivní poškození zahrnuje poruchy pozornosti, kontroly, plánování, rozhodovacích funkcí, paměti a učení. Chronické užívání je dále spojeno s behaviorálními stereotypy – hyperaktivitou, repetitivním chováním a stereotypními motorickými reakcemi (př. skřípěním zuby). U chronických uživatelů se často dostavuje stav z odnětí drogy, který může trvat týdny až měsíce. Časté jsou depresivní příznaky se sebevražednými sklony. Typická je únava, dysforie, psychická labilita a podrážděnost. (Mravčík, 2021).

U vysoce rizikového užívání stimulantů je častý výskyt psychotické poruchy (toxické psychózy). Psychotická porucha vzniklá užíváním metamfetaminu připomíná akutní formu schizofrenie s paranoidně-halucinatorními symptomy. Vyznačuje se halucinacemi (typicky sluchovými nebo kombinací více smyslů), zaměňováním osob, vztahovačností, bludy, poruchami psychomotoriky a neadekvátními emocemi. Na etiologii toxické psychózy se kromě genetických vlivů a charakteristik premorbidní osobnosti podílejí také neurotoxické a neuropatofyziologické účinky drogy. Psychóza se mezi uživateli metamfetaminu vyskytuje 11 krát častěji než v běžné populaci. Většina příznaků toxické psychózy odeznívá během jednoho týdne, u 40% osob však některé příznaky přetrvávají až několik měsíců. V léčbě psychózy se s pozitivním účinkem používají antipsychotika, avšak podmínkou úspěšné léčby je abstinence a předcházení stresu (Minařík, 2003; Hosák, 2009).

Význam komorbidit adiktologických a duševních poruch není dán pouze vysokou prevalencí, ale také jejich obtížným řešením a negativním vlivem na další vývoj situace komorbiditou postižených osob. Oproti osobám s pouze jednou poruchou, vykazují pacienti/klienti s komorbiditou duševních poruch a poruch spojených s užíváním návykové látky závažnější psychopatologii a vyšší míru rizikového chování, které může vést k problémům psychosociálního rázu (bezdomovectví, nezaměstnanost), kriminálnímu a násilnému jednání. Rovněž se u nich eviduje vyšší počet urgentních příjmů, hospitalizací s psychiatrickými problémy a sebevražd. Celkově má duševní komorbidita u adiktologických klientů nepříznivý vliv na jejich klinický stav, sociální fungování a kvalitu života. (Torrens at al., 2017).

2.7.2 Somatické komplikace a komorbidita u LDR, zejména pak u LDI

Vysoce rizikové užívání návykových látek s sebou nese řadu komplikací na somatické úrovni, a to zejména v případě injekční aplikace drog. Zdravotní problémy LDR úzce souvisejí s jejich nezdravým životním stylem. Nepravidelný denní režim spolu s nevyváženým a nedostatečným stravováním často vedou k hypovitaminóze, deficitu stopových prvků, či celkové podvýživě (Krekulová, 2021).

Lokální komplikace spojené s aplikací drog se netýkají pouze injekčního užívání, ale i dalších způsobů aplikace, jako jsou intra nasální užití nebo užití per os. Intra nasální užívání má nepříznivý vliv na nosní sliznici a vede k jejímu poškození. Sliznice bývá anemizovaná, suchá, dochází k tvorbě krvavých krust a postižení čichu. Poškození spojená s užitím per os bývají popisována zejména v souvislosti s dlouhodobým abúzem alkoholu, výjimečně dalších látek (Minařík, Řehák, 2015). Ani méně časté alternativní způsoby aplikace, jako jsou inhalace či anální užití, však nejsou zcela bez rizika komplikací (Ventura, 2016).

Minařík a Hobstová (2003) považují injekční aplikaci drog za nejrizikovější. Vpravení drog přímo do krve, často s dalšími příměsemi a mikroorganismy, způsobuje různé zdravotní komplikace. Vysoká četnost infekčních komplikací spojených s injekční aplikací drog může mít však celou řadu příčin. Hlavní příčinou je podle Krukulové (2021) nedodržování zásad sterility injekčního náčiní při přípravě a samotné aplikaci (a to jak u nitrožilní, nitrosvalové i podkožní aplikaci), včetně jeho opakovaného používání a sdílení s dalšími osobami.

V porovnání s běžnou populací mají LDI vyšší osídlení kůže a sliznice patogenními koky (např. *Staphylococcus aureus*), kteří jsou větším rizikem v případě nedostatečné hygieny (často bezdomovectví) a narušení běžných obranných mechanismů (např. narušením kašlacího reflexu při intoxikaci opiáty). Komplikací bývá i samotná léčba a svévolné nesystematické používání antibiotik bez znalosti citlivosti patogenních organismů a bez respektování dávkování a celkové doby užívání. Tento fenomén vede k selekci rezistentních kmenů, které jsou pak obtížně terapeuticky řešitelné (Krekulová, 2021).

Bakteriální infekce kůže patří k nejčastějším komplikacím injekční aplikace. Zanesením mikroorganismů z kožního mikrobiomu do podkoží dochází k infekcím kůže a měkkých tkání (Krekulová, 2021). Místně bývá poškozená kůže, podkoží a periferní žíly. Hnisavé procesy se v klinické praxi zobrazují nejčastěji jako ulcerace, impetigo, povrchní i hluboké abscesy, flegmóna či tromboflebitida. Hnisavá onemocnění mohou být komplikována místní i celkovou odpovědí organismu – sepsí. Jedná se o celkovou zánětovou reakci na infekční agens, která může vést k celkovému selhání organismu. Opakované záněty žil způsobují ztlustění cévní stěny a zúžení cév. Poškozením žil na dolních končetinách (také v důsledku opakovaných trombóz) se zhoršuje trofika tkání a může dojít až k rozvoji bércových vředů – obtížně léčitelných chronických ran (Minařík, Řehák, 2015).

Vážným následkem injekční aplikace bývá infekční – bakteriální endokarditida. Nejčastějším etiologickým agens bývá *Staphylococcus aureus*, který je součástí nazofaryngeální nebo kožní flóry postižených osob. Do krevního oběhu se patogen dostává při nesterilní injekční aplikaci. V patogenezi se uplatňuje délka závislosti a frekvence dávek návykové látky. Na rozvoj

onemocnění plic mají u LDR často vliv opiáty (snížení kašlacího reflexu, útlumu dechového centra, aspirace při předávkování) a také kouření, které je u LDR vysoce frekventované (Krekulová, 2021).

Dalšími zdravotními komplikacemi jsou následky vnějších příčin, jako jsou úrazy pod vlivem návykových látek a poranění (včetně násilných). Častá je patologie chrupu a dásní, ženy mívají problémy v sexuální a reprodukční oblasti (Mravčík et al., 2019). S různou mírou rizika, mohou být všechny zdravotní důsledky příčinou předčasného úmrtí přímého (předávkování) anebo nepřímého (následek jiného zdravotního poškození, spojeného s užíváním drog) (Krekulová, 2021).

Somatickou komorbiditu LDR se v roce 2013 zabývala studie, která probíhala mezi klienty 4 pražských nízkoprahových programů pro uživatele drog (Mravčík et al., 2016; Mravčík et al. 2018, Mravčík et al., 2020). Studie zahrnovala tři části: dotazníkové šetření, 2 fokusní skupiny a vyšetření praktickým lékařem. Kromě zdravotních komorbidit u LDR se studie zabývala bariérami LDR při využívání zdravotnických služeb. Účastnilo se 240 respondentů.

Obecné zdravotní problémy (únava, spánkové obtíže, ztráta hmotnosti, problémy s chrupem) uvádělo 36,8 % LDR. 34,6 % žen v rámci studie uvádělo gynekologické potíže (zejména nepravidelný menstruační cyklus). 12–30 % LDR uvádělo aktuální příznaky kardiovaskulárních, neurologických, dýchacích, trávicích a urogenitálních onemocnění. Významně vyšší výskyt zdravotních problémů vykazovali uživatelé heroinu, ženy a LDR s jinou než českou národností, a to v porovnání s uživateli pervitinu či jiných návykových látek. Kromě VHC bylo nejčastější diagnózou, kterou se respondenti někdy v životě dozvěděli od lékaře, onemocnění chrupu (v 54,6 %), abscesy v místě vpichu (v 39,6 %), pneumonie (v 33,8 %), VHB (v 29,6 %), abscesy jinde na těle (v 16,7 %), zánět ledvin (v 13,3 %) a jaterní cirhóza (v 10,0 %). Podrobněji jsou výsledky publikovány autory: Mravčík et al., 2016; Mravčík et al. 2018, Mravčík et al., 2020.

Podle Spůrové (2013), která se ve svém výzkumu zaměřovala na řešení somatických komplikací LDI, jsou poškození nebo infekce kůže nejčastěji ošetřovanou somatickou komplikací. Jedná se zejména o drobná zahnízaná ložiska (v 14,3 % ošetření), abscesy (14,2 %), bércové vředy (ve 13,4 % ošetření), jiné kožní obtíže (ve 12,2 %), bodné a řezné rány nebo odřeniny (8,1 %). O řešení virové hepatitidy šlo v 10,6 %, v případě tromboflebitidy se jednalo o 6,3 %, v případě sexuálně přenosné infekce 4,4 % a v rámci parazitární infekce jako je svrab nebo vši, šlo o 4,2 %. Závažné infekce jako jsou flegmony, infekční endokarditida nebo septikémie jsou podle studie méně časté (2–4 %). Výzkum byl prováděn se 38 pracovníky nízkoprahových služeb pro uživatele drog v hlavním městě Praze².

²Somatickými komorbiditami se dále zabývala Barboříková (2018) ve své práci Specifika práce zdravotní sestry s uživateli drog v kontextu terénního programu. Autorky Barboříková i Spůrová (Mapování a metodika zvládnutí somatických komplikací injekčních uživatelů drog/ 2013) psaly svoji práci z pozice zdravotníka v týmu TP SANANIM s praxí v ošetřování v rámci projektu sanitka.

Infekční onemocnění:

V kontextu této kapitoly je dobré zmínit, že až 90 % lidí užívajících rizikově pervitin nebo opioidy, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými programy, užívá drogy injekčně. Pozitivním fenoménem je snižování míry sdílení injekčního náčiní. V posledních 30 dnech sdílelo jehly a stříkačky přes 20 % a parafernálie 40 % z nich (Mravčík et al, 2021).

Populace lidí užívajících drogy injekčně je podle Krekulové (2021) zatížena vysokým rizikem infekce virových hepatitid. V současné době je identifikováno pět hepatotropních virů, které u infikovaných prokazatelně způsobují onemocnění (A, B, C, D, E). V kontextu této práce jsou však významné 3 z nich. Jedná se o virovou hepatitidu typu A (VHA), B (VHB) a C (VHC).

Virová hepatitida A se v běžné populaci přenáší orofekální cestou. U LDI je riziko nákazy až 50x vyšší než v běžné populaci a kromě orofekálního přenosu v rámci nižšího hygienického standardu nelze u této skupiny vyloučit ani možnost přenosu parenterální cestou. V roce 2019 bylo VHA nakaženo 240 osob, z toho ve 14 případech se jednalo o osoby užívající drogy injekčně (Mravčík et al, 2019, Krekulová, 2021). Po úzdavě zůstávají přítomny protilátky anti-HAV IgG v séru, které zajišťují doživotní imunitu.

VHB se přenáší parenterální cestou, u LDI zejména kontaminovanými pomůckami pro injekční aplikaci drog. VHB je nejčastěji sexuálně přenosnou chorobou, takže ve vyšším riziku nákazy se nacházejí i ti sexuální partneři těchto osob, kteří injekčně drogy neužívají. K přenosu může dojít i amatérsky provedeným tetováním či piercingem. Významný je také přenos z matky na dítě. V roce 2019 bylo nakaženo akutní hepatitidou B 41 osob, ve 4 případech se jednalo o LDI. K přechodu do chronicity dochází u 5-10% nakažených. Díky plošnému očkování proti VHB v ČR v roce 2001 významně klesla incidence VHB v populaci (Krekulová, 2021).

Séroprevalence VHC u klientů nízkoprahových programů se pohybuje okolo 37% (Mravčík et al (2021)). Po zavedení jednorázových pomůcek k injekční aplikaci a plošného testování dárců krve v ČR v roce 1992 se VHC šíří zejména v populaci injekčních uživatelů drog. Na konci roku 2020 bylo podle ISIN (Informační systém infekční nemoci) na území ČR zaznamenáno 771 nových HCV infekcí, přičemž více než polovina případů je mezi LDI. V roce 2019 to bylo 1138 nových případů VHC a z toho šlo o LDI v 582 případech (Mravčík et al, 2019, Krekulová, 2021). Protilátky proti VHC (anti-HCV) jsou detekovatelné v séru u více než 70 % LDI. Akutní fáze VHC bývá rozpoznána jen vzácně a přechází do chronicity ve více než 60 % případů. Chronická fáze VHC a VHB s sebou nesou riziko rozvoje jaterní fibrózy a následně cirhózy jater. Je zde také zvýšené riziko vzniku primárního hepatocelulárního karcinomu. Diagnóza je u závislých osob bez sérologického vyšetření obtížná. U dospělých jedinců je totiž častý anikterický průběh (bez zežloutnutí očního bělma a kůže). Počáteční příznaky onemocnění, jako je únava, malátnost či bolest kloubů, jsou u této skupiny často zaměnitelné s příznaky abstinčního syndromu, což diagnostiku značně ztěžuje.

Osoby s hepatitidou (zánětem jater) jsou ve vyšším riziku předávkování drogami, běžná dávka se tak může jevit jako účinnější, než na co je uživatel zvyklý. S chronickou virovou hepatitidou

je v ČR možné se léčit pouze ve specializovaných centrech³. Od roku 2014 jsou v ČR (a celé EU) dostupná přímo působící virostatika DAA (Directly Acting Antivirals), která mají vysokou účinnost. Vyléčí se více než 95% léčených pacientů (Krekulová, 2021).

HIV (virus lidské imunitní nedostatečnosti) je označením pro snížení nebo oslabení schopnosti organismu bránit se proti infekcím a onemocněním. Zkratkou AIDS označujeme syndrom získaného selhání imunity, který je posledním stadiem onemocnění vyvolaného virem HIV. K přenosu HIV může dojít při pohlavním styku (vaginálním, orálním, análním), kontaktem s infikovanou krví (nejčastěji při sdílení jehel a stříkaček či jiného aplikačního náčiní). Míra rizika přenosu nákazy je při nechráněném análním sexu několikanásobně vyšší než při vaginálním styku. K přenosu od HIV pozitivní matky může dojít během těhotenství, při porodu nebo kojení. Riziko přenosu HIV je nejvyšší v akutní fázi infekce, kdy virová nálož dosahuje nejvyšších hodnot (NMS, 2020). Prevalence HIV mezi LDI je stabilně velmi nízká. Na konci roku 2020 bylo podle Národní referenční laboratoře pro AIDS evidováno na území ČR 3841 HIV pozitivních (včetně rozvinutého AIDS a zemřelých), z toho ve 14 případech šlo o LDI (Mravčík et al, 2021, Krekulová 2021). V ČR stále dominuje sexuální přenos HIV. Krekulová (2021) však upozorňuje na to, že je třeba současnou epidemiologickou situaci udržet, zamezit šíření HIV mezi LDI a aktivně nabízet a podporovat účast rizikově se chovajících osob v Harm Reduction programech a jejich opakovaném testování na infekční onemocnění.

V důsledku vysoce rizikového sexuálního chování (promiskuita, nedodržování zásad bezpečného sexu atd.), je v populaci lidí užívajících drogy injekčně zvýšený výskyt sexuálně přenosných onemocnění. Mezi nejčastější (kromě těch krví přenosných) patří kapavka, chlamydiové infekce a syfilis. Podle ÚZIS bylo v ČR v roce 2019 celkem 879 nově infikovaných osob onemocněním syfilis, z toho 45 mezi LDI. V témže roce bylo zaznamenáno 1636 nových infekcí kapavky, mezi LDI jich bylo 19.

Podle Krekulové (2021) je, vzhledem k rizikovosti chování lidí užívajících drogy injekčně, klíčem ke zlepšení zdravotní situace včasné a efektivní testování nejvíce ohrožených podskupin, tedy těch LDI, kteří nejsou v kontaktu se zdravotní péčí. Často je v takových případech jediným můstkem k prevenci, diagnostice a léčbě kontakt s pracovníkem v adiktologických službách. Proto by měli být pracovníci seznámeni se základními somatickými komplikacemi, aby mohli klienta namotivovat k testování, odeslat ho či doprovodit do zdravotnického zařízení, jeli nutná léčba.

2.8 Bariéry pro vstup do léčby somatických onemocnění

Přístup k léčbě somatických komplikací je na straně osob užívajících drogy rizikově komplikován řadou bariér. Tyto bariéry do značné míry vyplývají z životního stylu a socioekonomické situace LDR a z negativních zkušeností s přístupem zdravotnického personálu. V roce 2013 byla provedena průřezová dotazníková studie na souboru 240 LDR (188 mužů a 52 žen). Jednalo se o klienty nízkoprahových adiktologických programů v Praze, kteří

³S nízkoprahovými programy v Praze v současné době úzce spolupracují a léčbou VHC mezi LDR a LDI se zabývají MUDr. Vratislav Řehák (Remedis) a MUDr. Soňa Fraňková, Ph.D. (IKEM)

byli ochotni se studie zúčastnit. Proběhly také dvě ohniskové skupiny se 14 klienty. Na základě dotazníkového šetření bylo identifikováno 5 faktorů, které pro LDR představují bariéry vstupu do léčby infekčních a jiných somatických onemocnění. Těmito faktory jsou:

- jiné povinnosti (děti, rodina, práce a další)
- špatné zkušenosti s léčbou, obavy z léčby, obavy z přístupu zdravotnického personálu
- finanční problémy a formální bariéry (dluhy na zdravotním pojištění, problémy se zákonem)
- obavy z obtížného a složitého vstupu do léčby
- nedůvěra v to, že léčba zlepší současnou situaci klienta.

Výsledky ohniskových skupin ukázaly, že LDR se ve zdravotnických zařízeních setkávají se stigmatizací a diskriminací. Podle Mravčíka et al (2020) by pracovníci ve zdravotnických zařízeních měli aktivně zjišťovat bariéry v přístupu k péči na straně uživatelů drog a reagovat na ně přijetím adekvátních opatření, ideálně v kontextu multidisciplinárního přístupu a spolupráce (Mravčík et al., 2020).

Také podle Krekulové (2021) mají uživatelé drog obavy ze vstupu do léčby somatických onemocnění na základě negativní zkušenosti se zdravotnickými zařízeními. Navázání kvalitního kontaktu s jedincem užívajícím drogy injekčně je pro trénovaného pracovníka v adiktologických službách o něco snazší než pro lékaře v ordinaci. MUDr. Laura Krekulová, Ph.D. ze zdravotnického zařízení Remedis ve svém článku „Infekční komplikace injekčního užívání drog“ však píše o tom, že i v ordinaci lékaře je možné navázat kvalitní kontakt s jedinci užívajícími drogy rizikově. Podle Krekulové je důležité, aby lékař dal uživateli drog větší prostor, aby postupoval formou dialogu, nikoli výslechu a snažil se chápat jeho pocity. Aby nekritizoval jeho jednání a nesnažil se ho zahnat do slepé uličky. Pro lékaře by tedy mělo být cílem kontaktu nabídnout pomoc a pochopení, dát pacientovi možnost popsat problém a poté dotyčným nabídnout i řešení. Je důležité, aby pacient považoval lékaře za osobu, která mu chce pomoci a které může důvěřovat.

2.9 Stárnutí populace uživatelů drog a dostupnost zdravotnické péče

V posledních letech je sledován zhoršující se zdravotní stav klientů nízkoprahových zařízení pro uživatele drog. Významným faktorem je zvyšování průměrného věku klientů a tím prodlužující se délka drogové kariéry (Černíková et al., 2019; Herzog et al., 2019).

Průměrný věk klientů adiktologických služeb vzrostl v posledních 20 letech přibližně o 10 let. Podle Černíkové et al (2021) lze odhadovat, že v ČR je cca 1000 osob starších 50 let, kteří užívají dlouhodobě, pravidelně anebo injekčně pervitin a přibližně 500 osob starších 50 let, kteří takto užívají opioidy. Nadužívání návykových látek ve starších věkových skupinách představuje zvýšené riziko řady zdravotních i sociálních dopadů. Specifické potřeby, související se zhoršeným psychickým i somatickým zdravotním stavem a sociální situací stárnoucích uživatelů drog, s sebou přináší téma potřeby nových programů (s využitím stávajících zdravotnických a sociálních služeb). Zhoršený celkový zdravotní stav, často s omezenou pohyblivostí a omezenou sociální podporou, způsobuje, že řada těchto osob čelí problémům s bydlením a potřebě ošetrovatelské péče (Černíková et al., 2021).

Dostupnost zdravotní péče pro uživatele drog v Praze, ale i v celé České republice je obecně nedostačující. Zejména se však jedná o péči dermatovenerologickou, chirurgickou, gynekologickou a stomatologickou. Stomatologická péče je pro adiktologické klienty zcela nedostupná. Důvodem je také vyžadovaná finanční spoluúčast pacienta (Černíková et al., 2019). Havlíková (2020) zmiňuje, že nedostupnost včasné léčby somatických onemocnění způsobuje zhoršení a prohloubení zdravotních komplikací a tím zvyšuje náklady na jejich následné řešení. Somatické problémy uživatelů drog často komplikují jejich plné zapojení do léčby a snižují motivaci k abstinenci. Nedostatečná je také dostupnost psychiatrické péče pro klienty s duální diagnózou (Havlíková, 2020). Podle Herzoga et al (2019) situace klade velké nároky na nízkoprahové programy a zdravotnický systém v Praze, protože řada injekčních uživatelů nevyhledává zdravotnické služby, a to i přes svůj špatný zdravotní stav.

2.10 Úmrtí spojená s užíváním nelegálních drog

Ročně zemře méně než 1 % LDR (užívajících metamfetamin nebo opioidy). Úmrtnost uživatelů metamfetaminu je odhadem 6krát vyšší, než u obecné populace stejného věku a uživatelů heroinu až 12krát. Z nich přibližně jedna třetina zemře důsledkem nějaké nehody. Časté jsou také sebevraždy (třetina lidí rizikově užívajících pervitin), které zahrnují smrti předávkováním. V r. 2020 bylo zjištěno 58 případů smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami. Nejvíce bylo osob předávkovaných opioidy (28) a metamfetaminem (20). Identifikováno bylo 150 úmrtí pod vlivem nelegálních látek a psychoaktivních léků (jiné příčiny, než předávkování). Nejvíce lidí zemřelo v důsledku nemoci, nehod a sebevražd. Nejvyšší počet případů nepřímých úmrtí byl v souvislosti s metamfetaminem (44), dále s opioidy (13) a THC (12 případů) (Mravčík et al, 2022).

V posledních pěti letech se objevují případy závažných intoxikací v souvislosti s novými syntetickými opioidy, např. deriváty fentanylu. V r. 2017 bylo v ČR hlášeno 5 nových syntetických opiodů (furanylfentanyl, carfentanil, parafluorofentanyl, U47,700, methoxyacetylfentanyl). V Evropě (ve 28 státech EU, v Norsku a Turecku) bylo v roce 2016 zaznamenáno více než 9000 fatálních předávkování drogami, což představuje nejvyšší míru úmrtí od přelomu tisíciletí. Většinou se jednalo o muže s průměrným věkem 39 let. Většina úmrtí byla spojena s užitím opiodů, především s injekčním užíváním heroinu. Častější bývají úmrtí v důsledku užití vysoce potentních syntetických opiodů, zejména pak derivátů fentanylu (EMCDDA, 2018). V letech 2016–2017 byly syntetické opioidy příčinou 250 úmrtí (EMCDDA, 2017, RVKPP, 2020).

2.11 Minimalizace fatálních následků předávkování drogami

V rámci minimalizace smrtelných následků předávkování, doporučuje EMCDDA dvě intervence. Jedná se o programy distribuce naloxonu (EMCDDA, 2016; WHO, 2014, RVKPP, 2020) a aplikační místnosti (Mravčík et al, 2022).

Aplikační místnosti jsou chráněná místa pro aplikaci (do zařízení přinesených) drog v nehodnotícím prostředí, a pod supervizí odborného pracovníka (Akzept, 2000; NMS, 2011).

Cílem této intervence je přivést do kontaktu s odbornými službami marginalizované rizikové uživatele drog a minimalizovat akutní rizika zdravotních komplikací a smrtelných následků. Dalším důvodem je omezit užívání drog na veřejnosti (Mravčík et al, 2021). Vznik aplikačních místností ve světě byl původně reakcí především na problémy spojené s injekční aplikací drog na veřejných místech. Důvodem k jejich vzniku tedy byla snaha řešit problémy veřejného zdraví (NMS, 2011). Aplikační místnosti nebyly doposud v ČR zavedeny (Mravčík, 2021; Procházková, Herzog, 2010, NMS, 2011). V roce 1999 se rozproutila na základě iniciativy protidrogového koordinátora MČ Praha 1 diskuze o zavedení aplikačních místností v souvislosti s vysokým počtem smrtelných předávkování uživatelů drog. Pozdější návrh projektu však nebyl odsouhlasen zastupitelstvem. Podruhé se debata o aplikačních místnostech rozvinula v roce 2010, kdy pracovní skupina sekce Harm Reduction Magistrátu Hlavního města Prahy navrhla kromě dalších opatření také zřízení tří nízkoprahových zařízení právě s aplikační místností. Dále však nebylo zřízení takových služeb projednáváno (Procházková, Herzog 2010).

Naloxon se používá jako antidotum ve formě injekčního roztoku nebo spreje, při předávkování opioidy. Programy distribuce naloxonu - tzv. Take-Home Naloxone, jsou podle EMCDDA (2016) dostupné v 11 zemích EU a v Norsku. Jsou určeny primárně třem cílovým skupinám. První skupinu tvoří uživatelé drog, druhou jejich okolí (přátelé i rodinní příslušníci) a třetí skupinu tvoří zaměstnanci institucí (programy HR a léčby uživatelů drog, policie, zaměstnanci ubytovacích zařízení aj.). V současné době probíhá pilotní „Projekt k zajištění dostupnosti naloxonu uživatelům drog v ČR“. Projekt je koordinován NMS a realizován také v Praze. Pro evropský trh (včetně českého) je aktuálně registrovaný přípravek Nyxoid® - nosní sprej o síle 1,8 mg. Program spočívá v krátkém zaškolení uživatele či jiné osoby a distribuci naloxonu. V ČR je nosní sprej poskytován profesionálním pracovníkům a klientům či příbuzným, kteří přicházejí do kontaktu s osobami, které rizikově užívají opioidy (RVKPP, 2020).

Další ověřenou intervencí, určenou k minimalizaci úmrtí, je testování drog. Intervence je dostupná v řadě evropských zemí, v ČR však není zavedena. Programy testování drog poskytují identifikaci obsahu látek a předcházejí tak některým zdravotním dopadům, včetně úmrtí (Mravčík et al.,2021).

3 Pražská drogová scéna

3.1 Vymezení pojmu otevřená drogová scéna

Podle Connoly (2006) se termín „otevřená drogová scéna“ (*open drug scene*) používá pro označení místa, kde se prodávají drogy a kde se scházejí LDR a LDI. Takové místo je spojeno s problémy narušování pořádku a rozvojem drogové subkultury, jejíž jednání je považováno za protispolečenské a vyvolává reakce veřejnosti.

V rámci otevřené drogové scény často dochází k násilí mezi osobami zapojenými do nezákonného obchodu s drogami, k pouliční prostituci, aplikaci drog na veřejnosti, odhazování

použitého aplikačního materiálu a jiným projevům narušování veřejného pořádku (EMCDDA, 2005).

Mezi další problémy spojené s otevřenými drogovými scénami patří podle Connolly (2006) např.: drogová úmrtnost, drobné zločiny uživatelů drog v bezprostředním okolí, přítomnost intoxikovaných osob na veřejných místech, existence budov, kde se prodávají anebo užívají nelegální drogy, bezdomovectví, zvýšená stigmatizace místních komunit, obtěžování místních obyvatel hlukem, či narušování dopravy v bezprostřední blízkosti drogové scény.

Otevřenou drogovou scénou mohou tvořit malé izolované skupinky o několika jednotlivcích nebo může dosahovat velikosti až tisíců osob. Otevřená drogová scéna má schopnost přitahovat uživatele drog z jiných měst či drogové turisty z jiných států. Drogová scéna také představuje nebezpečné lákadlo pro mladé lidi. Pro LDR představuje bezprostřední dostupnost drog a nabídku životního stylu soustředěného kolem drogy, což často komplikuje případné snahy závislost řešit (Mravčík, Nečas, 2011).

3.2 Otevřená drogová scéna v Praze

Praha zaznamenává problémy s otevřenou drogovou scénou od počátku 90. let minulého století. Jde především o centrum města, tedy Prahu 1, ale i o další městské části, jako je například Praha 2 a 5 (Mravčík et al, 2020).

Drogové scény se přesouvají mezi jednotlivými lokalitami v centru Prahy a kolem něj (Herzog, 2012). Za posledních 25 let se otevřená drogová scéna posouvá po centru města (Václavské náměstí, Národní třída, náměstí Republiky, Karlovo náměstí, Hlavní nádraží, Na Knížecí (Herzog et al, 2019). Při pokusech o jejich vytlačení či přesun na jiné místo, dochází ke konfliktním situacím mezi jednotlivými městskými částmi, mezi městskými částmi a Magistrátem hl. m. Prahy, mezi státními i městskými policisty a pracovníky terénních programů (Mravčík & Nečas, 2011).

3.3 Otevřený drogový trh na Praze 1

V rámci Prahy 1, na trase mezi stanicemi metra Muzeum, Můstek a Hlavní nádraží, se podle Herzog et al (2019) nacházejí dva drogové trhy. Jeden se týká LDI a druhý prodeje drog turistům. Jinak převážně oddělené drogové trhy spojuje to, že malá část LDI nabízí drogy turistům, dále společný pohyb obou skupin na Václavském náměstí, případně to, že někteří LDI si vydělávají na drogy žebráním, zaměřeným směrem k turistům.

V rámci otevřeného drogového trhu pro LDI se zde obchoduje především s pervitinem, heroinem, s léky obsahujícími buprenorfin, s benzodiazepinovými tabletami a sezóně s opiem. LDI jsou na tomto trhu jak prodávajícími, tak kupujícími a jejich pozice při obchodování se často mění. Většina lidí zainteresovaných v tomto drogovém trhu se vzájemně zná, ale nespolupracují spolu.

Drogový trh se koncentruje v centru města z několika důvodů. V Praze se otevřená drogová scéna nachází na spojnici dopravních uzlů, což v případě abstinčního syndromu, zajišťuje LDI rychlé obstarání drogy. Příkladem, který tento fenomén dokazuje, je přesun drogové scény v nočních hodinách na I. P. Pavlova a Karlovo náměstí, tedy na spojnici noční veřejné dopravy. Dalším důvodem je, že veřejné prostranství plné lidí a policistů, poskytuje uživatelům určitou anonymitu a bezpečné prostředí. Uživatelé se totiž nejvíce bojí sebe navzájem a veřejné prostranství jim tak poskytuje ochranu před vzájemným násilím a krádežemi. Svoji roli zde sehrává také zvyk (Herzog et al., 2019).

3.4 Zmenšování drogového trhu na Praze 1

Podle Herzoga et al (2019) dochází v současné době ke zmenšování drogového trhu v Praze. Počet lidí, kteří se pohybují na drogové scéně a kteří užívají drogy injekčně, klesá. Dříve (2006–2015) kupovalo drogy na otevřeném drogovém trhu 500–800 osob. Nyní se jedná o 200–500 osob. Zmírňují se také formy trestné činnosti konané s úmyslem opatřit si finanční prostředky na nákup drog.

Pravděpodobných důvodů ke zmenšování drogového trhu v této oblasti je podle Herzog et al. (2019) řada. Mezi ně patří vystěhování některých romských rodin z Prahy do Středočeských obcí. Romské rodiny, jejichž příslušníci jsou LDR, se odstěhovali do obcí Středočeského kraje. Důvodem k vystěhování byla bytová situace v Praze, kdy především jednotlivé městské části vystupovaly vůči osobám s dluhem na nájmu podstatně přísněji. Situace tak vedla k nárůstu počtu osob bez přístřeší v Praze, anebo k jejich vystěhování mimo Prahu. Někteří z nich do Prahy stále dojíždí, ale na kratší dobu.

Dalším z důvodů je odchod některých uživatelů drog do léčby. Řada LDI se o to díky práci terénních pracovníků pokouší a část z nich se to i podaří. Dále jsou to nástupy do výkonu trestu. Po návratu z výkonu trestu se však kvůli řadě faktorů (návrat do stejného prostředí, předlužení aj.) vrací zpět na drogový trh. Například amnestie Václava Klause zvýšila na určitý čas počet injekčních uživatelů drog v ulicích. Mezi příčiny zmenšování drogového trhu na Praze 1 patří také stárnutí a zhoršování zdravotního stavu uživatelů drog. Za posledních deset let bylo zaznamenáno až několik desítek úmrtí. Pozitivním faktorem je zlepšení situace na trhu práce. Část drogových uživatelů si dokáže práci udržet, a tak užívají drogy více kontrolovaně a na drogovém trhu se objevují např. jen v pátek.

Dalším důvodem je menší množství heroinu, pervitinu i buprenorfinu, jež putují na drogový trh a nízká kvalita pervitinu a heroinu, která odrazuje některé zájemce od nákupu drog v centru Prahy. Snížení množství buprenorfinu na drogovém trhu mají na svědomí substituční programy, které se přizpůsobily situaci a u části klientů zavadly denní výdej a s sebou vydávají menší množství tablet. Tím se snižuje přebytečné množství tablet, které mohou na drogovém trhu směnit.

Došlo také k postupné kultivaci veřejného prostoru v centru Prahy. Je zde méně příležitostí pro aplikaci drog, dlouhodobé trávení času či přespávání. Jedná se především o rekonstrukci haly Hlavního nádraží. Do roku 2010 se u jejího vstupu koncentrovali jak uživatelé nelegálních drog,

tak lidé bez doma. Součástí je rekonstrukce místních toalet i kultivace východní části Hlavního nádraží za kolejemi. Pomohlo také zrušení herny ve vestibulu metra Muzeum a na Masarykově nádraží a ukončení činnosti všech heren na území MČ Prahy 2. Výrazným krokem je také kultivace Čelakovských sadů. Zmenšení plochy obrostlé křovinami vždy vede k omezení aplikaci drog v daném místě. Ve vestibulu metra Můstek rovněž došlo k mírnému zlepšení po rekonstrukci místních toalet. Pozitivní vliv rekonstrukcí je znát také ve slepé části ulice V Cípu, kde došlo k omezení častých aplikací drog (Herzog et al., 2019). Dále pomohlo zrušení některých stánků před Hlavním nádražím nebo v horní části Václavského náměstí, díky kterému došlo k poklesu překupnictví drog stánkaři. V roce 2019 zboží překupovali v centru podle Herzoga et al. především taxikáři, ale již v menší míře než v minulosti.

3.5 Charakteristika a vzorce užívání LDI v Praze

V dubnu roku 2019 probíhalo mezi klienty pražských terénních programů dotazníkové šetření zaměřené na vzorce užívání a charakteristiku LDI v Praze. Pracovníci terénních programů provedli šetření celkem s 342 klienty (72 % mužů, 28 % žen).

Trvalé bydliště v Praze uvedlo 59,17 % klientů. Cizinci tvořili 5,03 %, z toho 3,85 % byli cizinci z Evropské unie (nejvíce ze Slovenska) a 1,18 % tvořili cizinci mimo Evropskou unii (Gruzie, Ukrajina). Celkový počet cizinců může být mírně podhodnocen, z důvodu menší ochoty odpovídat na výzkumné otázky. Podíl uživatelů drog z jiných krajů (mimo Prahu a Středočeský kraj) dle výsledných dat vzrostl a v roce 2019 činil 23,37 % klientů. 51,5 % respondentů lze řadit mezi osoby bez přístřeší (stany, squat, ulice) a pouze 48,5 % uvedlo, že bydlí v bytě, na chatě, na ubytovně či v azylovém domě.

Téměř polovina klientů (46,49 %) dochází na otevřenou drogovou scénu denně. Klientů, kteří užívají primárně buprenorfin a jsou v některém ze substitučních programů, dochází na otevřenou drogovou scénu denně pouze 10 %. Oproti tomu klientů, kteří v žádném substitučním programu nejsou, dochází na otevřenou drogovou scénu 58,9 %.

Průměrný věk LDI a pohybujících se v centru Prahy byl podle výsledných dat 37,2 let (muži 37,5 let, ženy 35,7 let). Porovnáním výsledku s daty z průzkumu TP SANANIM z roku 2008 (27,5 let – muži 28 let, ženy 25,5 let) zjistíme, že došlo ke zvýšení průměrného věku přibližně o 10 let. Populace LDI v Praze tedy stárne, mladí uživatelé se zde neobjevují, nebo pouze v omezené míře. Mezi respondenty bylo v roce 2019 méně než 8,5 % uživatelů mladších 26 let a 0,6 % mladších 20 let z). Průměrný věk klientů v nízkoprahových službách v roce 2020 v celé ČR činil 34,3 roku, což je o 7,3 roku více než v r. 2010 (Mravčík et al., 2021)

Herzog et al (2019) také zjišťovali, jakou primární drogu klienti v Praze užívají. Výrazný je nárůst počtu polymorfních uživatelů návykových látek, a za komentář také stojí, že pouze 32 % uživatelů buprenorfinu jsou klienty substituční léčby. (Herzog et al., 2019)

Byla zaznamenána zhoršená či kolísavá kvalita metamfetaminu, a to jak v Praze, tak napříč ostatními kraji. Došlo tak ke vzrůstajícímu trendu polymorfního užívání návykových látek či k plnému nahrazení metamfetaminu jinou psychoaktivní látkou, včetně nových syntetických

drog (v Praze). V souvislosti s tímto jevem byly u klientů terénních programů v Praze zaznamenány zdravotní komplikace, jako jsou častější toxické psychózy, či jiné akutní psychické problémy. Sezóně, v letních měsících, pak dochází k užívání surového opia (Černíková et al, 2019).

V Praze dochází ke zneužívání fentanylových náplastí. LDR je získávají ze zdravotnického odpadu, od onkologických pacientů nebo jejich příbuzných. Vyvařením použitých fentanylových náplastí získávají uživatelé tekutinu, kterou si pak aplikují injekčně. Počet klientů, pro které se stává fentanyl primární drogou, se zvyšuje. (Černíková et al., 2019).

3.6 Vysoce rizikové užívání drog ve specifických skupinách v Praze

Informace o užívání drog ve specifických skupinách jako jsou cizinci, etnické menšiny či skryté populace, jsou podle Černíkové et al. (2019) velmi omezené. Nejpočetnější takovou skupinou, která je v kontaktu se službami, jsou Romové. Tato menšina je v kontextu socioekonomického zvýhodnění, disproporčně postižena výskytem užívání návykových látek a problémů s ním spojených (Mravčík, Vařeková, Janíková, 2022).

Podle Černíkové et al. (2019) obecně dochází v případě Romů ke zvyšujícímu se trendu využívání služeb. V roce 2017 však Praha zaznamenala trend opačný. Herzog et al (2019) zmiňuje, v souvislosti se zmenšováním drogového trhu v rámci Prahy, odchod Romů do okolních obcí. Také data z MPSV, která se týkají sociálně vyloučených lokalit v Praze, potvrzují jejich vystěhovávání a ubývání. Užívání návykových látek je jedním z mnoha problémů vyskytujících se v sociálně vyloučených lokalitách. Z nelegálních drog jsou v těchto lokalitách dlouhodobě rozšířeny konopné látky a metamfetamin (Mravčík, Vařeková, Janíková, 2022).

3.7 Terénní práce na otevřené drogové scéně v Praze

Terénní práce na drogové scéně v Praze probíhá již více než 20 let. V současné době fungují v Praze tři terénní programy: Terénní program SANANIM, Streetwork DROP IN a Terénní program No Biohazard (Progressive). Terénní programy se v rámci lokalit, času i práce s klienty vzájemně doplňují (Herzog et al, 2019).

Stále dochází k mylnému přesvědčení, že LDI se pohybují na otevřené drogové scéně kvůli terénním pracovníkům, kteří zde mění injekční stříkačky. K přesvědčení došlo podle Herzoga et al (2019) tak, že policisté se LDI ptali, co zde dělají, a uživatelé uváděli, že si přichází vyměnit jehly. Je jasné, že policistům LDI neodpoví, že si sem přišli sehnat drogy.

Terénní práce s LDI v prostředí Václavského náměstí a Hlavního nádraží začala být intenzivněji realizována přibližně před rokem 2000. Před tím byl drogový trh koncentrován především na Náměstí Republiky nebo Národní třídě. Po roce 2000 začal počet uživatelů drog pohybujících se v této oblasti silně narůstat a začaly sem v koordinovaných časech docházet všechny tři terénní programy (Herzog et al, 2019).

3.8 Vliv epidemie COVID-19 na otevřenou drogovou scénu v Praze

Díky dramatickému poklesu turistického ruchu v MČ Praha 1, který je spojen s ekonomickou aktivitou LDR (žebření, drobné krádeže, prodej drog turistům apod.), došlo během epidemie COVID-19 ke změnám na otevřené drogové scéně v centru Prahy (Mravčík et al., 2022).

Po začátku epidemie COVID-19 (na jaře roku 2020) došlo k přesunu části drogové scény z městské části Prahy 1 mimo centrum, zejména pak do městské části Prahy 5 (Anděl, Na Knížecí, okolí Plzeňské ul.). Zvýšená aktivita na otevřené drogové scéně v této lokalitě, se v roce 2020 a 2021 setkala s protesty ze strany obyvatel a značnou politickou pozorností. Výsledné aktivity byly do značné míry namířeny proti adiktologickým programům, zejména pak proti kontaktnímu centru Progressive – Stage 5.

Ve spolupráci s městskými částmi Prahy 1 a 2 byla přijata deklarace, která požaduje rozšíření služeb pro lidi bez domova a drogově závislé i mimo centrum Prahy. Zřízen byl speciální policejní tým a v září roku 2021 byli občané vyzváni, aby radnici hlásili, když se cítí ohroženi (Mravčík et al., 2021).

V souvislosti s epidemií COVID-19 byl v roce 2020 a 2021 přerušen několikrát provoz heren, kasin a sázkových kanceláří. Na jaře 2020 došlo k úplnému zastavení sportovních soutěží téměř na celém světě a mnoho velkých sportovních událostí bylo zrušeno i v následujícím období r. 2020 a 2021. Situace výrazně omezila příležitosti ke kurzovým sázkám (Mravčík et al., 2021).

V průběhu epidemie COVID -19 došlo, v souvislosti s opatřeními, ke zhoršení sociální a ekonomické situace LDR. Téměř 70% uživatelů metamfetaminu a opioidů, kteří byli v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními, mělo nestabilní ubytování a více než 50% mělo nestabilní anebo nelegální příjem. Více než 20% z nich nemělo OP a více než 30% KP (Mravčík et al., 2021).

V souvislosti s epidemií COVID – 19 došlo, v rámci poradenství a harm Reduction služeb, k rozvoji a zvýšenému využívání sociálních sítí v komunikaci s klienty (Mravčík et al., 2019, 2021).

3.9 Harm Reduction

„Jako Harm Reduction jsou označovány koncepce, programy a činnosti, které směřují primárně k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek, aniž by nutně docházelo ke snižování jejich spotřeby. Harm Reduction je prospěšná pro uživatele drog, pro jejich rodiny a pro celou společnost“ (IHRA, 2010).

Snižování rizik (Harm Reduction) je jedním ze 4 pilířů protidrogové politiky. Společně s dalšími třemi pilíři (primární prevence, léčba a sociální začleňování, kontrola dostupnosti) zaujímá v protidrogové politice svoji nezastupitelnou roli. Jednotlivé pilíře se navzájem ovlivňují a doplňují a přístup k jejich uplatňování by tak měl být vyvážený (RVKPP, 2016).

Programy a politiky Harm Reduction jsou zakotvené v principech, které částečně definují celý přístup Harm Reduction. Tyto principy shrnulo Kanadské centrum pro zneužívání látek (CCSA 1996) do následujících 5 bodů:

1. **Pragmatičnost** – látky měnící vědomí jsou z pohledu HR přístupu běžnou součástí lidské zkušenosti, přináší s sebou rizika, ale i určité pozitivní zážitky. Tento fenomén je HR přístupem akceptován a umožňuje mu tak lépe porozumět chování uživatelů drog.
2. **Humanistické hodnoty** – HR zcela akceptuje rozhodnutí uživatele drogy užívat. To však neznamená, že by užívání schvalovalo. Uživatel tedy není morálně odsuzován, ale není ani podporován v užívání. HR respektuje důstojnost a práva uživatele.
3. **Změření na poškození** – prioritou tohoto přístupu je snížit negativní důsledky užívání drog u uživatele samotného a jeho okolí, spíše než snížit užívání drog jako takové. Abstinenci HR neprosazuje, ale ani nevylučuje jako dlouhodobý cíl. V rámci intervencí může být snížení dávky jednou z těch nejúčinnějších v jednom případě, ve druhém to může být efektivní změna způsobu užívání.
4. **Zvažování nákladů a přínosů** – problémy a poškození spojená s užíváním drog jsou nejprve identifikovány, měřeny a posuzovány. Následně jsou prováděna hodnocení nákladů a přínosů intervencí, aby bylo možné zdroje zaměřit na priority.
5. **Změření na bezprostřední cíle**: programy mají hierarchicky sestavené cíle, které vztahují k jednotlivcům, k cílové skupině a ke komunitě tak, aby pružně reagovaly na jejich aktuální potřeby. Dosažení bezprostředního a realistického cíle je často prvním krokem k bezpečnějšímu užívání nebo i k abstinenci (Hunt, Neil, 2003; Janíková, 2015).

Pracovníci v harm Reduction službách uplatňují humanistické hodnoty vstřícným a empatickým přístupem, který přijímá lidi takové, jací jsou, a vyhýbají se moralizujícím soudům (každý uživatel je něčí dítě, sourozenec či rodič). Takový přístup pak přechází i na rodiny a osoby v okolí uživatelů drog. Pracovníci se naopak staví proti záměrné stigmatizaci a marginalizaci uživatelů drog, která pouze brání v tom, aby jim mohla být poskytnuta pomoc (IHRA, 2010).

Mezi faktory, jež mají vliv na rizikovost a míru souvisejících škod, patří jak chování a rozhodování jednotlivců a vlivy prostředí (v kterém jsou drogy užívány), tak i politiky zaměřené na kontrolu užívání návykových látek. Mnohé právní úpravy a politiky, ať už vědomě anebo nevědomě, vytvářejí anebo zvyšují rizika a negativní důsledky, kterým jsou drogoví uživatelé vystavováni. Jde například o kriminalizaci užívání drog, diskriminaci, odepírání lékařské péče a služeb harm Reduction, sociální nerovnost a další. Politika i praxe harm Reduction by měla podporovat jednotlivce ve změně chování, je však nutné přehodnotit ta politická nastavení, která vytvářejí rizikové podmínky pro užívání drog a tím zvyšuje jejich škodlivost (IHRA, 2010; Janíková, 2015).

Přístup HR vychází z historicky staršího přístupu Public Health (ochrana veřejného zdraví) (Janíková, 2008). Oproti HR filozofie Public Health klade větší důraz na prevenci a ochranu

zdraví celé společnosti. Pojem vznikl v souvislosti s šířením viru HIV, kdy pracovníci ve službách pro drogové uživatele začali rozdávat kondomy, vzdělávat v oblasti bezpečného sexu a dělat nácviky bezpečnějšího užívání. Cílem bylo snížit riziko nakažení HIV virem, plynoucí z injekčního užívání drog a rizikového sexu. Díky rizikovému sexu může docházet k šíření HIV z komunity drogových uživatelů do širší společnosti a tím může dojít k šíření viru do nedrogové populace (Hrdina, 2003).

V kontextu snižování poškození zdraví celé komunity je problém jednotlivce chápán jako problém celku. Společným jmenovatelem obou přístupů (Harm Reduction a Public Health) je ochrana zdraví. Na to je třeba při uplatňování obou strategií myslet, protože zájmy klienta a zájmy společnosti se mnohdy mohou lišit. Je nutné mezi nimi hledat určitou rovnováhu (Hrdina, 2003).

3.10 Nízkoprahové programy pro lidi užívající drogy rizikově

Programy jsou založené na principu minimalizace rizik spojených se závislostním chováním. Hlavními cíli je navázání kontaktu s klientem (vytvoření důvěry a udržení spolupráce), minimalizace zdravotních, sociálních a ekonomických rizik a dopadů závislostního chování a ochrana zdraví veřejnosti. Klíčovou vlastností těchto programů je nízký práh vstupu klienta do služby. Je zde minimum vstupních podmínek a pravidel pro využívání služeb a možnost zachovat anonymitu (RVKPP, 2021).

Nízkoprahové programy bývají prvním místem (odbornou službou), kde uživatel drog hovoří o svém užívání (služby prvního kontaktu). Tyto programy jsou také důležitou „branou“ do dalších služeb. Zprostředkovávají klientovi přístup do substitučních programů, ambulantních či rezidenčních léčebných zařízení, ale také odbornou lékařskou pomoc (chirurgickou, gynekologickou atd.) nebo sociální služby (ubytování, vyřizování osobních dokladů atd.) (Janíková, 2008).

Zvláštními znaky těchto služeb je schopnost identifikace rizik spojených se závislostním chováním, schopnost vytvářet postupy a intervence vedoucí ke snižování identifikovaných rizik a pružně přizpůsobovat program podle aktuálních potřeb a možností klienta. Tyto programy respektují rozsah a frekvenci, ve kterých klient chce či potřebuje služby využívat a podporují ho při uplatňování svých práv a oprávněných zájmů. Cílovou skupinou nízkoprahových služeb jsou osoby ve fázi aktivního užívání, lidé užívají drogy injekčně, rizikově či rekreačně v různé míře ohrožení a v různé fázi motivace (RVKPP, 2021). Programy (spíše kontaktní centra) jsou využívány i rodinnými příslušníky a blízkými osobami klientů (Broža, 2003). Základní intervencí je kontaktní práce a výměna či distribuce injekčního materiálu.

Služby se dále zaměřují na řešení aktuálních problémů klientů a zvyšování jejich kompetencí je řešit. Poskytují informační servis a poradenství v sociálně-právní oblasti a usilují o zlepšení sociální situace klienta, především v rámci bydlení, uplatnění na trhu práce, finanční gramotnosti a dluhové problematiky. Služby zahrnují možnosti doprovodu (asistence) při jednání s institucemi a hájení oprávněných zájmů klienta. Cílem je předcházet sociálnímu vyloučení nebo ho řešit.

Podle Standardů odborné způsobilosti (2021) programy dále realizují intervence minimalizace rizik ve zdravotní oblasti a prevenci infekčních onemocnění. Zpravidla poskytují základní zdravotní ošetření, mnohdy spojené s doporučením do specializovaného zdravotnického zařízení, kde usilují o co největší snížení prahu pro jeho využití klienty. Dále program zajišťuje testování epidemiologicky významných nemocí (minimálně VHC, HIV) za účelem ochrany veřejného zdraví, a to včetně před-testového a po-testového poradenství či postupů v případě confirmace testů. Součástí je poskytování informací a dalších intervencí (např. distribuce naloxonu) za účelem prevence předávkování.

Zastoupení týmu v těchto programech je zpravidla multidisciplinární a všichni pracovníci jsou starší 21 let. Pracovníci jsou průběžně vzděláváni v poradenských a terapeutických postupech. Pokud je součástí programu i realizace case managementu, je určen klíčový pracovník na pozici case managera, který udržuje přehled o klientově případě a zajišťuje koordinaci péče o daného klienta.

Programy naplňující Harm Reduction principy by měly zajišťovat prostředí bez násilí a zneužívání moci. Programy by měly být schopné udržet bezpečné prostředí a poskytovat službu i za stavu intoxikace klientů. Klienti jsou seznámeni s pravidly pro zajištění bezpečného prostředí z hlediska psychoaktivních látek a závislostního chování v průběhu poskytování služby (RVKPP, 2021).

Podle Gerra (2009) je spektrum harm Reduction služeb širokospektré a zahrnuje různé intervence v odlišných prostředích či se zaměřením na specifickou skupinu. V rámci harm Reduction služeb pro uživatele drog by měly být poskytovány:

- Spolehlivé informace a poradenství
- Dostupná nízkoprahová farmakologická intervence ve formě opioidních antagonistů a agonistů
- Sociální asistence pro marginalizované uživatele drog
- Vakcinační programy (např. HVA, HVB)
- Pohotovostní kufříky včetně medikace ke zvládnutí předávkování na vhodných místech
- Programy výměny a distribuce injekčního náčiní
- Testování na HIV včetně poradenství před i po testu a případně léčby u pozitivního výsledku
- Služby (včetně prevence) zaměřené na sexuálně přenosné nemoci pro uživatele drog zapojené do sexbyznysu
- opatření pro prevenci zavládání akutních následků užití drog v prostředí noční zábavy
- důkladné vzdělání pracovníků zdravotnických záchranných a pohotovostních služeb
- opatření k předcházení pracovním a dopravním nehodám
- Sociální pomoc pro děti závislých osob.

Mezi služby naplňující harm Reduction principy řadíme zejména kontaktní centra a terénní programy, ale také další specifické programy, jako jsou výdejní / prodejní automaty na

zdravotní a injekční materiál⁴, sběrné kontejnery na špinavé injekční stříkačky⁵, zapojování aktivních uživatelů do výměnných programů (peer pracovníci)⁶ a další služby, které však nejsou dostupné v ČR (Janíková, 2015). Mezi Harm Reduction služby řadíme také programy snižující rizika spojená s prostředím noční zábavy (včetně užívání drog) (Drápalová, 2009).

3.11 Terénní programy

Mezi specifika terénních programů pro aktivní uživatele návykových látek patří poskytování Harm Reduction služeb v běžném životním prostředí klientů, tedy v jejich přirozeném prostoru a čase, avšak s ohledem na možnosti všech zúčastněných (RVKPP, 2021). Terénní programy jsou specifickou sociální službou realizovanou přímo na ulici. Pracovníci aktivně vyhledávají a oslovují potenciální klienty, které nelze oslovit jinak. Stěžejní je navázání prvního kontaktu s klientem a získání jeho důvěry (Janíková, 2008).

Podle Hrdiny a Korčíšové (2003) je cílovou skupinou tzv. skrytá populace nebo těžko dosažitelní uživatelé drog, kteří nemají motivaci ke změně. Tito uživatelé často nedůvěřují jakýmkoli léčebným zařízením a mají tendence se jim vyhýbat. Mezi ně patří experimentátoři (převážně mladí lidé v počáteční fázi experimentů), dále „děti ulice“ – uživatelé drog, kteří nachází přechodné útočiště na drogových bytech, pravidelní uživatelé drog, jejichž sociální a zdravotní situace ještě není ve fázi, kdy by je přiměla využívat služeb pomáhajících profesí a lidé užívající drogy vysoce rizikovým způsobem, v rozvinutém stupni závislosti, kteří často mají zájem o kontakt s pomáhající institucí, ale nejsou schopni ji navštívit a využít.

Cílem terénní práce je podle Kaliny, et al. (2003) ovlivnit motivaci klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání vhodných odborných zařízení. Dalšími cíli terénních programů je udržet nízký výskyt HIV, snížit výskyt hepatitidy B a C, snížit počet předávkování, předcházet kriminalitě, informovat uživatele o „bezpečnějších“ způsobech užívání drog a zásadách bezpečného sexu, motivovat klienty k výměně použitých injekčních stříkaček nebo k jejich bezpečné likvidaci, udržovat exponovaná místa na otevřené drogové scéně v čistotě (především co se týče použitých injekčních stříkaček) (Hrdina, Korčíšová, 2003).

V systému péče o drogově závislé jsou terénní programy jedinou službou, která není realizována v kamenném zařízení (Janíková, 2008). Terénní programy provádí monitoring drogové scény a shromažďují informace o vzorcích závislostního chování a nových nebezpečných látkách. Monitoring je prováděn za účelem vytváření účinných strategií pomoci. Některé terénní programy poskytují zprostředkování chemické analýzy nebezpečných látek. (RVKPP, 2021). Nutná je podle Janíkové (2003) spolupráce s policií, která by měla být informována o terénních službách, které v daném místě či regionu probíhají. Spolupráce s policií může mít podobu vyhledávání vhodných či potřebných lokalit pro terénní práci.

⁴ První dva automaty instalovala organizace Progressive v roce 2008 v Praze v rámci projektu NOSTOP 24. Po 6 měsících však byly kvůli vyžádané evaluaci odinstalovány a už se nevrátily zpět.

⁵ V Praze jsou kontejnery FIXPOIT organizace Progressive instalovány na několika veřejných místech a jsou pravidelně kontrolovány peer pracovníky.

⁶ V Praze jsou to organizace SNANIM a Progressive, kteří v rámci peer programů zaměstnávají aktivní uživatele drog.

4 Terénní program SANANIM

4.1 Sananim z.ú.

Sananim z.ú. je nestátní neziskovou organizací, která působí v oblasti drogových závislostí od r. 1990. Poskytuje pomoc lidem ohroženým drogami i jejich blízkým. K dispozici má komplexní síť programů a služeb, jejichž součástí je prevence, péče, léčba i resocializace. Sananim se také aktivně podílí na vytváření protidrogové politiky na všech úrovních státní správy. Klade důraz na ochranu veřejného zdraví a prosazuje realistické a prověřené postupy. Zasazuje se o hodnocení efektivity poskytovaných služeb, změnu systému jejich financování a dlouhodobého plánování. V současné době provozuje čtrnáct hlavních zařízení a realizuje řadu doplňujících projektů (Žádost o dotaci, 2020).

4.2 Terénní program Sananim

Terénní programy Sananim jsou nízkoprahovou službou pro aktivní uživatele návykových látek, kteří se pohybují na území Prahy. Služba je určena zejména lidem, kteří se vyskytují na otevřeném drogovém trhu a užívají drogy rizikovým či injekčním způsobem (Operační manuál, 2019). Služba je uplatňována v přirozeném prostřední cílové skupiny uživatelů drog, přičemž základní metodou je kontaktní práce. Cílem kontaktní práce s klienty je snižování zdravotních a sociálních škod způsobených užíváním drog a zprostředkování léčby závislosti. Podstatnou součástí terénních programů je výměna použitého a distribuce sterilního injekčního materiálu a dalších prostředků pro méně rizikovou aplikaci drog (Průběžná zpráva, 2021).

Mezi základní aktivity Terénního programu patří práce na otevřené drogové scéně – pěší terén a projekt sanitního vozu na Praze 1. Dále je to terénní práce na Praze 2 a 5 a v sídlištní lokalitě Prahy 13. TP SANANIM provozuje také terénní program TP2 pro práci se specifickými skupinami, XTP SANANIM a Centrum pro práci a stabilizaci uživatelů drog (Operační manuál, 2019). Terénní program se věnuje také dalším aktivitám a projektům, kterými reaguje na aktuální potřeby klientů i potřeby společnosti (projekt zimních opatření, testování a očkování proti onemocnění Covid – 19, terénní práce v tzv. kovidáriích v době pandemických opatření, časopis dekontaminace a další).

4.3 Historie

Terénní program Sananim vznikl v roce 1994 jako první terénní služba pro uživatele psychoaktivních látek v ČR. Výchozím stanovištěm pro jeho vznik bylo tehdejší Kontaktní centrum. Kromě profesionální terénní práce, se tento program od svého počátku věnuje rozvoji vrstevnické pomoci, v rámci které zaměstnává samotné uživatele drog – tzv. peer pracovníky. Od roku 1996 vydává terénní program časopis Dekontaminace s cílem informovat a edukovat samotné uživatele drog (Herzog, Termer, 2010). Terénní program se výrazně podílel na vymezení role terénního pracovníka a etiky oboru. Na přelomu tisíciletí se členové tehdejšího týmu inspirovali zahraniční praxí a přinesli koncept kódování pro potřeby anonymní

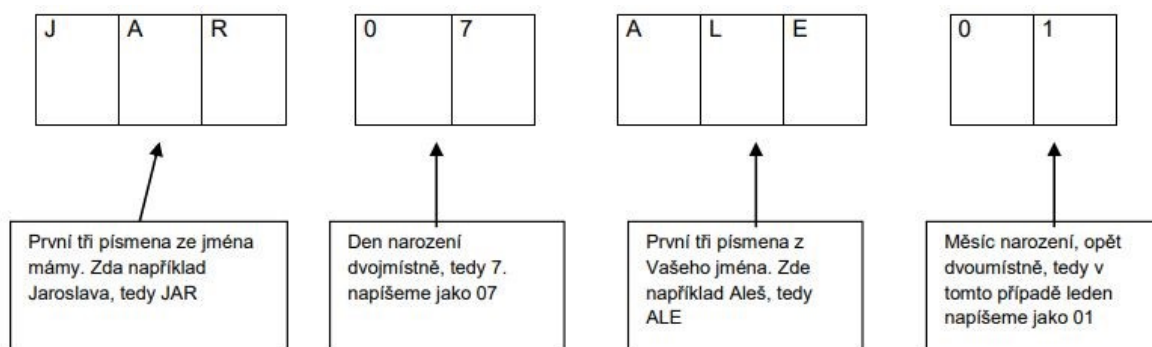
identifikace uživatelů drog. Od roku 2002 se terénní program začal zaměřovat na práci s klienty z romského prostředí a od roku 2005 byla za pomoci rodilých mluvčích do projektu zařazena práce s uživateli drog bývalého Sovětského svazu. V roce 2010 bylo zřízeno samostatné zázemí pro peer pracovníky a nízkoprahové zaměstnávání uživatelů drog na adrese Sokolská 26. V témže roce byla rozšířena terénní práce o mobilní formu a vznikl projekt Sanitka. Po roce 2012 se terénní programy začaly intenzivněji věnovat individuálnímu case managementu s klienty s komplikovanými obtížemi. V roce 2021 Sananim zakoupil novou sanitku z prostředků Magistrátu hlavního města Prahy a Evropské Unie (Tisková zpráva, 2021).

4.4 Principy

Hlavními principy práce jsou anonymita, bezplatnost, respekt k důstojnosti a lidským právům a k právu na vlastní rozhodnutí. Dalším principem je vycházení z individuálních potřeb a svědectví a prosazování oprávněných zájmů našich klientů navenek (Operační manuál, 2019).

Kódování

Systém kódování umožňuje anonymní identifikaci injekčních uživatelů drog. Mgr. Petr Hrdina a další pracovníci organizace SANANIM se inspirovali ze zahraničí a začali způsob kódování propagovat v České Republice. Tento způsob kódování řeší problémy předávání informací o konkrétním klientovi bez uvedení jeho jména a umožňuje mapování počtu klientů, kterým byla poskytnuta služba (zvláště pro potřeby financování). Kód není povinný, pokud jej klient nechce, tak jej mít nemusí (Operační manuál, 2019).



4.5 Východiska

Terénní práce vychází z principů public Health a harm Reduction. V rámci harm Reduction přístupu se pracovníci terénního programu pragmaticky zajímají o aktuální chování uživatele drog a hledají oblasti, v nichž by se klient mohl chovat méně rizikově (může se jednat o bezpečnější způsob aplikace, o filtrování drogy před aplikací atd.). Díky strategiím harm Reduction, které řadíme mezi „evidence based“ (založené na důkazech) a které jsou finančně velmi efektivní, je možné smysluplně pracovat i se sebedestruktivním či destruktivním chováním lidí (Herzog, 2016).

V rámci strategie Public Health (ochrany veřejného zdraví) usiluje TP o pokrytí prostředí otevřeného drogového trhu sterilním injekčním materiálem a tím snižuje rizika nákazy v obecné populaci (se kterou jsou osoby závislé v kontaktu). Výměnné programy a poradenství tak předcházejí či omezují epidemii HIV/AIDS a hepatitid. Dochází k pozitivní změně rizikového chování uživatelů směrem k bezpečnějším a šetrnějším způsobům aplikace drog a k bezpečnému sexu, a to jak uvnitř skupin uživatelů, tak navenek. Dochází také k bezpečné likvidaci použitého injekčního materiálu (Operační manuál, 2019). TP Sananim se snaží vycházet vstříc potřebám klientů a najít rovnováhu mezi plošnými intervencemi a intervencemi zaměřenými individuálně. Intenzivně se také věnuje problematice drogového trhu v centru Prahy (Žádost o dotaci, 2019).

Terénní programy přispívají ke snižování dalších následků užívání drog, jako jsou předávkování, následná úmrtí či zdravotní komplikace. Je důležité zachovat zdraví klientů v co nejlepším stavu, protože tento stav významně ovlivňuje motivaci klienta k léčbě, její úspěšnost i finanční náklady s ní spojené. Díky terénním programům jsou dostupné informace o změnách na drogové scéně, které dále složí k plánování efektivních intervencí v dalších službách a v rámci celé protidrogové politiky (Operační manuál, 2019).

4.6 Cíle

Cílem je minimalizovat zdravotní a sociální poškození v populaci uživatelů drog a tím současně chránit zdraví populace, která není drogami zasažena. Dalším cílem je vyhledávat tzv. skrytou populaci uživatelů drog⁷, a zvyšovat jejich motivaci ke změně životního stylu směrem k větší odpovědnosti za své chování. Terénní programy zajišťují, aby uživatelé drog měli k dispozici potřebný materiál a informace k bezpečnější aplikaci a informace, případně pomoc při rozhodnutí pro změnu v životním stylu směrem k léčbě a abstinenci. Dále terénní programy poskytují uživatelům drog základní sociální poradenství a podporu v získání či znovunabytí ztracených sociálních kompetencí. Cílem také je, aby měli uživatelé drog možnost základního a zdravotního poradenství, ošetření a možnost se nechat otestovat na infekční nemoci (Žádost o dotaci, 2019).

K dalším základním cílům programu patří:

- navázat důvěru a motivovat klienty ke kontaktu se službami pro uživatele drog
- oslovit a navázat kontakt s klienty z řad minoritních skupin obyvatelstva
- motivovat klienty k výměně použitého injekčního materiálu nebo jeho bezpečné likvidaci
- učit klienty zásadám bezpečnému sexu
- udržet nízký výskyt HIV/AIDS pozitivitu
- snížit výskyt hepatitidy B, C
- snížit počet úmrtí v důsledku předávkování
- udržovat nejvíce exponovaná místa v čistotě (sběr odhozených použitých stříkaček a jejich bezpečná likvidace)
- prevence kriminality (Operační manuál, 2019)

⁷ Skrytá populace drogových uživatelů – uživatelé návykových látek, kteří nejsou v kontaktu s žádnou sociální službou

4.7 Cílové skupiny

Obecně jsou cílovou skupinou LDR a LDI, kteří se pohybují na otevřeném drogovém trhu v Praze. V rámci programu XTP jsou cílovou skupinou LDR a LDI, kteří chtějí pracovat, chtějí řešit svou sociální situaci a jsou ochotni a schopni pomáhat svým vrstevníkům na drogové scéně (včetně té skryté). TP2 se dále zaměřují na specifické skupiny, jako jsou klienti romského etnika, ruskojazyční uživatelé, klienti s psychiatrickým onemocněním či klienti s vícečetnými problémy (Průběžná zpráva, 2021).

4.8 Program XTP SANANIM

Terénní program XTP SANANIM je nejstarším "peer projektem" v ČR. Peer pracovníci jsou klienti, kteří pomáhají svým vrstevníkům, mají zájem pracovat ve prospěch veřejného zdraví a kultivovat drogovou scénu. Provádějí sběr použitého infekčního materiálu (zejména v oblasti Hlavního nádraží, v době, kdy tam stojí sanitka), výměnu injekčního materiálu na uzavřené drogové scéně nebo na otevřené drogové scéně v časech a na místech, kde nejsou profesionální terénní pracovníci. Peer pracovníci mají s TP Sananim uzavřenou Dohodu o provedení práce. V rámci projektu XTP jsou peer pracovníci podporováni ve zdravotní a sociální stabilizaci. V roce 2021 měl tento program 7 peer pracovníků, kteří realizovali 2.182 kontaktů a vydali 127.581 injekčních setů (Závěrečná zpráva, 2021).

5 Projekt sanitka

Obsahem projektu je provoz sanitního vozu, určeného k práci s injekčními uživateli drog. Vůz je klientům k dispozici od roku 2010 ve Vrchlického sadech v Praze, v blízkosti Hlavního nádraží a Václavského náměstí, kde se více než 25 let nachází otevřený drogový trh. Umístění vozu předcházela dohoda s Městskou policií a Městskou částí Praha 1. Do roku 2018 jezdila sanitka do terénu dvakrát týdně, v Po a ve Čt. V současné době je klientům k dispozici tři dny v týdnu, v časech: pondělí–středa–pátek 14–18 h. U sanitky jsou vždy minimálně 3 pracovníci, z toho jeden je řidič a jeden vždy zdravotník. Cílem projektu je snížit zdravotní a jiné škody, které si uživatelé drog, pohybující se na otevřené drogové scéně, způsobují. Dalším cílem je zvýšit počet takových uživatelů, kteří odcházejí do léčby a chránit místní obyvatele a společnost před riskem šíření infekčních chorob (Závěrečná zpráva TP Sananim, 2020).

5.1 Sanitní vůz

V letech 2010–2021 TP SANANIM využíval na leasing zakoupeného vozidla Mercedes Sprinter 413. Vozidlo bylo staré, s technickými problémy a bez klimatizace, což v letních měsících výrazně omezovalo možnosti pracovníků testovat klienty na infekční choroby (závěrečná zpráva, 2020). V roce 2021 měl SANANIM možnost zakoupit z prostředků Magistrátu hlavního města Prahy a Evropské Unie novou sanitku značky Renault Master, která byla následně na míru upravena pro práci s injekčními uživateli drog (Tisková Zpráva Sananim, 2021). Nástavbu a úpravu vozidla provedla firma PARAGAN TRUCKS s.r.o. Vůz byl

uzpůsoben požadavkům pracovníků TP Sananim tak, aby vyhovoval jak zdravotnické práci s uživateli drog v sanitce, tak aby odpovídal požadavkům snadného uskladnění a výdeje injekčního a dalšího materiálu před sanitkou.

V květnu roku 2021 proběhlo na Mariánském náměstí krátké oficiální představení vozidel tří sanitních vozů, určených pro práci s uživateli drog. Nová sanitka Sananim byla představena společně s mobilní ošetrovnou Drop In, jenž je sesterským vozidlem. Starý sanitní vůz byl prodán organizaci Krystal HELP, z.ú. a bude i nadále využíván pro práci s uživateli drog (Tisková Zpráva Sananim, 2021).

5.2 Poskytované služby

Služby projektu sanitka klientům nabízí výměnu a distribuci injekčního materiálu (stříkačky, vody, filtry atd.), poradenství v oblasti snižování rizik, spojených s užíváním drog, sociální a zdravotní poradenství a základní zdravotní ošetření. V sanitce je také možné se nechat otestovat na infekční choroby HIV, HVB, HVC nebo syfilis (Operační manuál, 2019). Ve spolupráci s Hepatologickým centrem REMEDIS jsou od roku 2019 součástí poskytovaných služeb také odběry z žilní krve, a to každou středu od 15 do 17 h (Závěrečná zpráva, 2020). V zimních měsících jsou klientům rozdávány ponožky a v rámci Zimních opatření spacáky, stany a karimatky (průběžná zpráva, 2021). Klienti mají možnost si od sanitky zavolat do léčebných zařízení či na úřady. Je zde možnost odběru časopisu dekontaminace a v případě potřeby (většinou je důvodem zavšivení) mohou klienti požádat o ostříhání vlasů strojkem. Projekt také zahrnuje úklid pohozeného infekčního materiálu a jiných odpadků v oblasti Hlavního nádraží. U sanitky je v závislosti na počasí klientům rozdáván čaj nebo šťáva. (Žádost o dotaci TP SANANIM, 2019).

Metody práce – intervence (Operační manuál, 2019):

- kontaktní práce (poskytování informací o přístupných službách a podpora k jejich využívání, snaha o vytvoření vztahu)
- výměnný program, distribuce kondomů a dalšího materiálu pro zmírňování rizik, spojených s užíváním návykových látek
- první pomoc, základní zdravotní ošetření, zdravotnické poradenství
- testování na infekční choroby, testování z žilní krve ve spolupráci s hematologickou ambulancí Remedis
- motivační rozhovory
- poradenské služby
- krizová intervence
- distribuce informačních materiálů včetně časopisu Dekontaminace
- zprostředkování služeb jiných zařízení
- asistenční služba a navštěvování klientů v zařízeních
- case management

Testování v sanitce

V sanitce je možné se nechat otestovat na HIV, Syfilis, HVB a HVC. V rámci poskytovaných služeb je možné se po dohodě s pracovníkem nechat kdykoli (nejpozději však 45 min před koncem) otestovat orientačními testy z kapilární krve. Tyto testy zkoumají přítomnost protilátek proti danému viru v těle (nikoli přítomnost samotného viru), a proto jsou klienti v případě reaktivního výsledku odesíláni ke confirmaci na odběry z plné krve. Testování je poskytováno zdravotníky nebo jinými, řádně proškolenými pracovníky a trvá 20–30 min. Testování zahrnuje předtestové a potestové poradenství. Další možností je nechat se otestovat z plné krve zdravotním bratrem z Remedis, který je v sanitce přítomen každou středu od 15 do 17 hodin. Výsledky těchto testů jsou následující týden ve stejnou dobu opět v sanitce. Výhody této spolupráce zmiňují na základě výsledků studie v diskuzi.

V rámci výměnného programu je klientům poskytován tento materiál:

- inzulinové stříkačky (0,5 ml a 1,0 ml)
- stříkačky k nasazovacím jehlám ve velikostech 1,2,3,5,10 + nasazovací jehly různých velikostí a délek
- alkoholová dezinfekce (konzelín)
- vody pro injekční aplikaci (2 velikosti)
- filtry ve dvou velikostech
- kyselina askorbová, buničina, škrtidla
- stericup („rozdělačka“)
- sterifiltr (nasazovací filtr)
- malé kontejnery pro bezpečnou přepravu a likvidaci použitých injekčních stříkaček
- alobal, želatinové kapsle, šňupátka, „zuby“
- kondomy (normální a zesílené), lubrikační gely, těhotenské testy
- mastičky (měsíčková, ibalgin duoefekt, braunovidon), obvazy, náplasti

5.3 Kontaktní práce a výměnný program v roce 2021

V roce 2021 došlo k výraznému poklesu počtu kontaktů i vydaných setů v rámci projektu sanitka. Průměrný denní počet kontaktů u sanitky za rok 2021 byl 56 kontaktů a 1015 vydaných setů. V roce 2020 byl průměr 133 kontaktů a 1693 vydaných setů, v roce 2019 to bylo 123 kontaktů a 1417 injekčních setů. Celkem se jednalo o 8.589 kontaktů a 154.325 vydaných injekčních setů.

V roce 2021 bylo posbíráno 2101 injekčních stříkaček (s výrazným zapojením peer pracovníků a klientů stabilizačního programu). Celkem proběhlo 152 služeb u sanitky, v rámci kterých bylo realizováno 1028 poradenství, 1.067 antigenních testů na Covid - 19 a 276 testů na infekční nemoci. Celkem proběhlo 185 testů z kapilární krve a otestováno bylo 57 osob, z toho 26 žen.

Rok	Počet kontaktů	Vydané sety
I. pololetí 2018	6.651	83.275
II. pololetí 2018	8.139	86.785
I. pololetí 2019	9.531	103.515
II. pololetí 2019	9.225	111.931
I. pololetí 2020	9.753	129.572
II. pololetí 2020	10.377	112.026
I. pololetí 2021	5.137	76. 521
II. pololetí 2021	3.452	77.804

V roce 2021 bylo terénním programem SANANIM rozdistribuováno 70 naloxonových sprejů, 5x bylo referováno o jejich úspěšném použití. Ve spolupráci s MUDr. Renatou Školoudovou bylo v sanitce očkováno proti onemocnění SARS-CoV-2 celkem 206 osob, šlo často o klienty bez dokladů, kteří by se jinak k očkování nedostali. Jednalo se o očkování vakcínami Janssen, Moderna a Pfizer.

TP Sananim se zapojil do projektu podpořeného společností Gilead, který uplatňoval incentivní pobídky za testování na hepatitidu C a umožňoval podporu klientů v bezinterferonové léčbě. S pomocí pracovníků TP 5 klientů nastoupilo a dokončilo léčbu.

Počty	Antigenní testování	Testy z kapilární krve	Reaktivní výsledky	Reaktivní výsledky (%)	Testy z žilní krve	Pozitivní výsledky	Pozitivní výsledků (%)
HIV	x	55	0	0 %	91	0	0 %
Syfilis	x	52	4	2,08%	91	0	0 %
VHA	x	x	x	x	91	0	0 %
VHB	x	34	0	0 %	91	0	0 %
VHC	x	44	13	29,5%	91	39,5	38,46 %
Cov.19	1067	x	10	0,93 %	x	x	x

5.3.1 Časopis Dekontaminace

Časopis Dekontaminace vznikl v roce 1996 transformací z bulletinu kontaktního centra Sananim s názvem Šit. Dekontaminace byla prvním časopisem svého druhu v České republice, určeným přímo uživatelům drog. Časopis vznikl na základě potřeby podávat klientům informace i jinak, než pouze verbálně. Povaha časopisu je informativní a edukativní. Tématiky je časopis Dekontaminace zaměřen na oblasti, které se týkají zejména bezpečnějšího užívání a chování, informací o léčebných a dalších zařízeních, o výměně a bezpečné likvidaci infekčního

materiálu. Dále informuje o problémech spojených s užíváním drog, infekčních chorobách a jejich léčbě, o trestně právních tématech, tématech rodinných vztahů, sexuálních tématech atd. (Herzog, Termer, 2010).

Časopis je zdarma distribuován klientům terénního programu a dalších zařízení organizace Sananim a zdarma ho odebírají a distribuují také další nízkoprahové programy jiných organizací. Celkem se jedná o 75 zařízení v České republice. Všechna čísla časopisu Dekontaminace jsou dostupná na serveru www.edekontaminace.cz, který byl spuštěn v září roku 2010 (Závěrečná zpráva, 2021).

5.3.2 Zimní opatření

Terénní program SANANIM se zapojil do pražských zimních humanitárních opatření, v rámci kterých administroval zakoupení stanů, spacáků a karimatek a zajišťoval jejich distribuci. Distribuce probíhala zejména u sanitky, ale také ve stabilizačním programu. Na konci roku 2020 a začátku roku 2021 distribuoval 90 stanů, 150 spacáků a 90 karimatek (průběžná zpráva, 2021).

5.3.3 Speciální aktivity reagující na pandemii Covid – 19

- kampaň informující o rizicích spojených s onemocněním Covid – 19 (ihned po začátku pandemie v ČR), kampaň zaměřená na neshlukování lidí užívajících drogy, kampaň za správné nošení roušek
- intenzivní informování klientů o nouzovém stavu a omezeních vyplývajících z opatření proti Covid – 19.
- výroba a distribuce roušek (zpočátku krize) a následné distribuování roušek v rámci bezpečnostní politiky státu
- dezinfekce rukou a následná distribuce dezinfekcí mezi klienty
- distribuce stanů klientům bez příbytku, za příslib, že se nebudou pohybovat v centru
- průběžné mentorování situace ohledně Covid – 19, testování klientů antigenními testy a zajišťování žádanek na PCR testy
- očkování proti Covid – 19

Výzkumná část

V rámci výzkumné části této práce se zaměřuji na evaluaci klientské spokojenosti. Pro lepší pochopení metodu obecně popisuji a vysvětluji její význam. Dále se zaměřuji na konkrétní využití této metody pro zjištění, jak jsou klienti nízkoprahového terénního programu SNANIM, spokojeni se službami projektu Sanitka. Projekt Sanitka je realizován na Praze 1 a jeho služby jsou určeny lidem užívajícím drogy rizikově, zejména injekčně, kteří se pohybují na otevřeném drogovém trhu. Spokojenost jsem zjišťovala formou polostrukturovaného rozhovoru s 30 klienty této služby.

V kapitole jsou uvedeny cíle výzkumu, výzkumné otázky a metody sběru dat. Popsán je základní i výběrový soubor a následně je vysvětleno, jak byla sebraná data zpracována a analyzována. Součástí této kapitoly je také zaměření na etické aspekty výzkumu. Nakonec jsou uvedené výsledky výzkumu, diskuze a závěr práce.

6 Evaluace spokojenosti klientů jako výzkumná metoda

Podle Světové zdravotnické organizace WHO je evaluace prostředkem k získání zpětné vazby k danému programu. Jejím prostřednictvím lze zjišťovat náklady dané služby, ale také to, jaký má program vliv na klienty. Evaluace napomáhá ověřit, zda dané programy fungují, jak by fungovat měly a zlepšuje kvalitu poskytovaných služeb. Evaluace je důležitá především pro poskytovatele služeb a vedoucí pracovníky, jejichž pozice často vyžaduje, aby obhájili potřebnost svých programů a tím zajistili financování své organizaci. WHO (2000) uvádí 6 typů evaluace, které lze při získávání zpětné vazby k programu využít.

- evaluace nákladů
- ekonomická evaluace
- evaluace formou analýzy potřeb
- evaluace procesu
- evaluace výsledku
- evaluace spokojenosti

Evaluace spokojenosti klientů může být zaměřena na důvěryhodnost, důslednost či spolehlivost poskytovaných služeb. Dále se může soustředit na přiměřenost daných služeb, na dostupnost, účelnost, a vůli poskytovatelů uspokojovat potřeby klientů. Klientům poskytuje možnost „podělit se“ o své zkušenosti s programem a mnohdy může představovat jediný prostředek, jak se k poskytované službě vyjádřit a jak vyjádřit potřebu služby nové (WHO, UNDCP & EMCDDA, 2000). V své práci se budu zabývat především přiměřeností služeb, jejich dostupností a potřebami klientů.

Evaluaci spokojenosti klientů lze rozdělit na normativní a formativní typ. Ve své práci jsem využila evaluace formativní, jejímž cílem je nalézt silné a slabé stránky daných intervencí služby a navrhnout takové změny, které povedou ke zlepšení či odstranění stránek slabých (WHO, UNDCP & EMCDDA, 2000).

Podle Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb (2021) by nízkoprahové služby měly do hodnocení efektivity odborné péče zapojit klienty minimálně v rozsahu zjišťování spokojenosti s poskytovanými službami a přínosu, který má služba pro klienta. Dále by služba měla definovat a uplatňovat postupy, které umožňují hodnocení poskytovaných služeb také klientům v omezeném kontaktu anebo s nízkou mírou motivace. Dokument v tomto místě také odkazuje na Operační manuál pro konkrétní služby.

V rámci Operačního manuálu TP Sananim (2019) se uvádí, že „vzhledem k charakteru programu sledování spokojenosti probíhá převážně ústně, standardizované dotazníky, či jiné podobné nástroje sledování spokojenosti jsou doplňkem. Ty je možné použít jen nepravidelně, obvykle v rámci studií, které mapují drogovou scénu, a současně s ní i programy, které na drogové scéně působí“. Operační manuál (2019) také uvádí standardní okruhy pro sledování spokojenosti:

1. Spokojenost s programem jakožto celkem
2. Spokojenost s časovou dostupností
3. Spokojenost s místní dostupností
4. Zpětná vazby k poskytovanému Harm Reduction materiálu
5. Další možné podněty pro rozvoj služby

Výstupy z těchto okruhů jsou hodnoceny na poradách a pracovních víkendech. Zásadnější poznatky a navazující změny jsou probírány na úrovni organizace, v rámci porad vedení, nebo porad s odbornými řediteli. Jedná se zejména o změnu standardně používaných injekčních setů, změnu strategie fungování terénních programů ve smyslu místa, doby a rozsahu poskytované služby a změnu rozvojové strategie vycházející z přání klientů (Operační manuál, 2019).

7 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda jsou klienti s nabízenými službami projektu Sanitka spokojeni a zda poskytované intervence odpovídají jejich potřebám. Záměrem bylo získat zpětnou vazbu k základním složkám poskytovaných služeb (výměna a distribuce injekční materiálu, poradenství, ošetření, testování, personál). Dále bylo důležité zjistit, zda klientům v nabídce poskytovaných intervencí něco nechybí (popřípadě co) a jakým způsobem by bylo možné služby zdokonalit. Dalším cílem bylo vyhodnocení spokojenosti klientů s místní a časovou dostupností a zhodnocení vývoje služeb za poslední 3 roky. Posledním cílem bylo vyhodnocení, zda klienti u sanitky zažili něco nepříjemného a zda by se podobným situacím dalo v budoucnu předejít.

8 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky směřují k poskytované službě jako celku, ale také ke konkrétním intervencím, které jsou v rámci projektu Sanitka poskytovány. Zkoumají, jak intervence odpovídají představám, požadavkům a potřebám klientů tohoto programu, zda by bylo možné je zdokonalit, případně jak. Výchozím bodem pro tvorbu výzkumných otázek byly stanovené

cíle. Výzkumné otázky cíle zpřesňují a konkretizují a zároveň jsou nezbytným podkladem pro následnou tvorbu samotného interview (viz kapitola).

- 1) Jak jsou klienti spokojeni s místní a časovou dostupností této služby?
- 2) Pro které služby si klienti k sanitce chodí? Co na poskytovaných intervencích nejvíce oceňují?
- 3) Odpovídá nabízený HR materiál potřebám klientů? Pokud ne, co klientům schází?
- 4) Jsou klienti spokojeni s nabídkou poskytovaných služeb nebo je něco, co klientům u sanitky chybí? Odpovídají nabízené intervence potřebám klientů? Jak by klienti poskytované služby zdokonalili?
- 5) Jsou klienti spokojeni s personálem TP? Pokud ano, co oceňují? Pokud ne, co jim nevyhovuje?
- 6) Dochází u sanitky k situacím, které jsou pro klienty nepříjemné? Jaké situace to jsou? Bylo by možné z pozice pracovníků takovým situacím předejít?
- 7) Jak klienti vnímají služby sanitky v čase, reflektují nějaký vývoj či změny? Jsou pozitivní či

9 Metody sběru dat

Sběr dat proběhl metodou RAR – Rapid assesment and response – metoda rychlého posuzování. Metoda RAR je prostředkem k zobrazení rozsahu a povahy sociálních a zdravotních problémů a pro navrhování způsobů, jak je lze zdokonalit. Zaměřuje se na konkrétní problémy v konkrétních lokalitách (WHO/HSC/SAB 1998). Metodu lze využívat jako nástroj právě pro evaluaci nebo k vytvoření základního souboru údajů pro pozdější porovnávání. Používají se kvantitativní i kvalitativní metody (Janíková, 2015).

Jádrem výzkumu jsou data z polostrukturovaného interview. Dále byla provedena analýza existujících dat z výročních a závěrečných zpráv a dalších dokumentů TP Sananim. Pro zpracování některých demografických údajů (počet klientů/muži/ženy/cizinci) by teoreticky dávalo smysl využít data ze softwarové aplikace UniData Lite. Aplikace UniData slouží pro organizaci a jednotný sběr dat v adiktologických službách. V rámci TP Sananim se s aplikací pracuje pouze v omezeném měřítku, a z kapacitních důvodů s klienty není prováděn INCOME, který poskytuje více údajů (věk, primární droga, trvalé bydliště, historie využití služeb a další). Proto jsou pravidelně zjišťovány základní demografické údaje (pohlaví, věk, primární droga) pomocí krátkého dotazníku. Poslední dotazníkové šetření mezi lidmi užívajícími návykové látky na otevřené drogové scéně v Praze proběhlo (v rámci TP Sananim na Praze 1) v roce 2019. Proto je okruh otázek č 1. „Osobní údaje (věk, pohlaví, droga)“ stále zahrnut mezi okruhy polostrukturovaného interview.

V rámci přípravy polostrukturovaného interview bylo vytvořeno závazné schéma – okruhy otázek, které bylo potřeba v rámci rozhovoru dodržet. Pokládány byly také doplňující otázky, aby došlo k ověření, že odpovědi klientů byly pochopeny a interpretovány správně. Doplňující otázky se staly součástí interview a byly zahrnuty do zpracování a analýzy dat. Podle

Miovského (2006) se doplňující otázky často ukazují být užitečné a přinášejí významné informace v kontextu výzkumného problému. Závazné schéma otázek:

- 1) Osobní údaje (věk, národnost, pohlaví, droga, ubytování)
- 2) Spokojenost klientů se službami projektu „Sanitka“ (poradenství, ošetření, testování, výměna distribuce HR materiálu, personální zastoupení)
- 3) Časová a místní dostupnost.
- 4) Vývoj služby za poslední 3 roky a identifikace nepříjemných situací

V rámci interview byly použity především otevřené otázky. Otevřené otázky umožňují tazateli dovědět se více kontextuálních informací, jako jsou motivy, pocity, dojmy, úsudky atd. (Miovský, 2006). Jejich výhodou je, že nutí účastníka držet téma dané otázkou. Tyto otázky bývají uvedeny tázacími zájmeny KDO? KDE? KDY? JAK? PROČ? (Maršálová, Mrštík, 1990)

Data byla fixována pomocí záznamového archu. Při jeho tvorbě byl kladen důraz na to, aby umožňoval rychlou orientaci a zápis v terénu (Miovský, 2016). Součástí záznamového archu byly osobní údaje respondentů, předem připravené otázky k evaluaci spokojenosti i otázky doplňující. Doplňující otázky byly kladeny v závislosti na odpovědích klientů a s cílem vést plynulý rozhovor. Do záznamového archu byly zaznamenávány jak odpovědi respondentů, tak poznámky tazatele. U otevřených otázek bylo snahou tazatele zaznamenávat celé odpovědi respondentů. Data byla následně přepsána pomocí textového editoru (Microsoft excel) do počítače. Fixovaná data byla základním materiálem pro pozdější zpracování a analýzu získaných dat.

10 Metody zpracování a analýzy dat

Zpracování kvalitativních dat (fixovaných v záznamovém archu) bylo započato jejich systematizací. Systematizace je poslední fází v procesu upravování dat do podoby, která je vhodná k zahájení kvalitativní analýzy (Miovský, 2006). V první fázi jsem třídila data podle určitých kritérií. Druhá fáze spočívala ve využití dílčích úprav, které mi práci s daty usnadnily.

Analýza dat byla provedena za pomoci kódovacích technik. Nejprve bylo použito otevřené kódování, které se váže k prvnímu průchodu textem. Cílem této fáze je tematické rozkrytí analyzovaného textu. Byla rozpoznána jednotlivá témata a následně byly těmto tématům přiřazeny kódy. V procesu dílčího upravování byla kódována jednotlivá slova a věty. Kódovat můžeme i odstavce (Hendl, 2016). Po označení byly seskupeny opakující se jednotky do kategorií, byl proveden výčet jednotlivých kategorií a určeny jejich frekvence (které oblasti se objevovaly nejčastěji). Následně bylo vše vyhodnoceno.

11 Etické aspekty a rizika výzkumu

Mezi obecná pravidla, platná pro jakoukoli výzkumnou činnost, patří základní etické zásady jako je úcta k lidem, snaha konat dobro či neškodit, nepoškozovat. V rámci výzkumné činnosti

však nelze dopředu ošetřit všechny nežádoucí situace. Výzkumník proto musí být schopen některé situace řešit za pochodu a být schopen citlivě vnímat individuální normy osob, které se výzkumu účastní. O etických pravidlech a normách můžeme, jak uvádí Miovský (2006), uvažovat ve třech základních rovinách.

11.1 Vzájemné ovlivňování výzkumníka a výzkumného pole

Jedním z důležitých etických aspektů této roviny je důvěryhodnost výzkumníka. Důvěryhodnost výzkumníka má vliv nejen na míru účasti ve výzkumu, ale také na motivaci účastníků poskytovat validní a přesné informace. V rámci terénního výzkumu může být dalším aspektem této roviny střet zájmů. Ten může nastat v situaci, kdy výzkum v nějaké organizaci provádí osoba v organizaci zároveň pracující. V případě terénních programů pro uživatele NL se pak pracovníci dostávají do situace, kdy jsou v roli poradce nízkoprahové služby a současně provádějí výzkum. Je velmi důležité, aby ve své roli měli tyto pracovníci jasno a aby to bylo jasné i účastníkům výzkumu. Pakli-že v interakci dojde k určitému převážní k roli poradce, je stále důležité si být vědom dohodnutých základních pravidel kontaktu – hranic dohodnuté intervence. Výzkumník by také měl vůči účastníkům výzkumu projevovat tzv. empatickou neutralitu. Měl by dávat najevo zájem, účast a porozumění, ale ke zjištěným informacím by měl být neutrální (Mioviský, 2006).

Ochrana účastníků výzkumu

Do této roviny můžeme řadit souhlas s účastí ve výzkumu. Výzkum musí být vždy dobrovolný a z uděleného souhlasu musí být jasné, že účastník výzkumu rozumí. Dalším bodem je ochrana soukromí a osobních údajů účastníků. Účastníci výzkumu musí být předem informováni o tom, kdo a za jakým účelem bude mít přístup k získaným informacím (Mioviský, 2006).

Ochrana výzkumníků

Reflexe hranic mezi výzkumníkem a účastníkem výzkumu je jedním ze základních kontrolních mechanismů průběhu každého kvalitativního výzkumu. Výzkumník má právo kontakt s účastníkem výzkumu ukončit a jedná tak eticky správně, pakliže se v nějaké situaci cítí být nejistý nebo má nepřiměřené obavy. Samozřejmě by tak měl učinit v zájmu minimalizace negativního dopadu na účastníka. Do této roviny patří také ochrana soukromí výzkumníků. Předem by měla být nastavena hranice v podávání informací o výzkumnících a měla by být dodržována všemi členy týmu (Mioviský, 2006).

Rizika tohoto výzkumu

Rizika tohoto výzkumu jsou v možném střetu zájmů, kdy tazatelem je zároveň pracovník služby, ve které je výzkum realizován, a bude se tázat na spokojenost klientů se intervencemi, které za běžných okolností sám poskytuje. Dobrý vztah pracovníka s klienty pak může zabránit ve vyjádření možné kritiky. V tom by však mělo pomoci nezbytné a vhodně provedené uvedení výzkumu (ujištění, účel, anonymita aj.).

12 Základní soubor

Základním souborem jsou lidé užívající drogy rizikově. Podle odhadů z roku 2021 užívá v České republice 44 tis. lidí drogy rizikovým způsobem. Nejčastěji jde o pervitin (33 tis.) nebo opioidy (11 tis.). Až 80% z nich užívá drogy injekčním způsobem. V kontaktu s nízkoprahovými službami je ročně přibližně 40 tisíc uživatelů drog. Nejčastěji poskytovanou intervencí je distribuce injekčního materiálu. Dlouhodobě v těchto programech roste počet výkonů zdravotního ošetření. Z dlouhodobého hlediska lze hovořit o nárůstu počtu uživatelů pervitinu a v posledních letech také opioidů. Průměrný věk LDR, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými programy, se zvyšuje. V roce 2021 dosahoval 35 let (Chomynová et al, 2022).

Nejvyšší relativní počet LDR je odhadován v Praze. V roce 2020 se jednalo o 13 000 osob, z toho 5 500 uživatelů metamfetaminu a 7 500 uživatelů opioidů (z toho 4 800 uživatelů buprenorfinu, 2 300 uživatelů heroinu a 500 uživatelů jiných opioidů) (Mravčík et al., 2021). Podle výzkumu z roku 2019 byl průměrný věk LDR pohybujících se v centru Prahy 37,2 let (muži 37,5 let, ženy 35,7 let). V rámci výzkumu bylo také zjištěno, že 51,5 % respondentů lze řadit mezi osoby bez přístřeší (stany, squat, ulice) a pouze 48,5 % uvedlo, že bydlí v bytě, na chatě, na ubytovně či v azylovém domě (Herzog et al, 2019).

Od 1. 1. 2021 do 31. 12. 2021 došlo u sanitky k 8589 kontaktům s klienty. Z toho bylo 6 705 mužů a 1884 žen. Z celkového počtu kontaktů proběhlo 406 kontaktů s cizinci. V roce 2021 TP zaznamenal 34 tzv. prvokontaktů (UniData Lite, 2021).

13 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se shoduje s cílovou skupinou programu. Jedná se o osoby užívající drogy rizikově (zejména injekčně), které se pohybují na otevřeném drogovém trhu v centru Prahy a současně využívají služeb sanitního vozu. Projekt Sanitka využívají také peer pracovníci, kteří však dochází k sanitce zejména kvůli sběru infekčního materiálu a odpadků v okolí Hlavního nádraží. Sběr pohozených injekčních stříkaček je součástí práce, za kterou jsou peer pracovníci v rámci programu XTP Sananim placeni. Terénní programy Sananim se dále zaměřují na specifické skupiny jako jsou klienti romského etnika, ruskojazyční uživatelé, klienti s psychiatrickým onemocněním či klienti s vícečetnými problémy (Průběžná zpráva, 2021).

Pro sestavení výzkumného souboru byla zvolena metoda institucionálního výběru. Respondenti pro výzkum byli vybráni skrz instituci. Jednalo se o klienty terénního programu Sananim, kteří využívají služeb Sanitky. Záměrem bylo oslovit ty klienty, u kterých bylo známo, že využívají komplexní nabídky služeb (například, že nepřichází pouze pro výměnu injekčních stříkaček, ale využívají i možnosti ošetření, testování či dalších služeb). Šlo tedy o institucionální výběr záměrný, který spočívá v tom, že byly vybrány z potenciálních účastníků ty osoby, které splňují určitá kritéria – jsou pro výzkum vhodné a současně s výzkumem souhlasí (Milovský, 2006).

Kritéria pro zařazení do výzkumu:

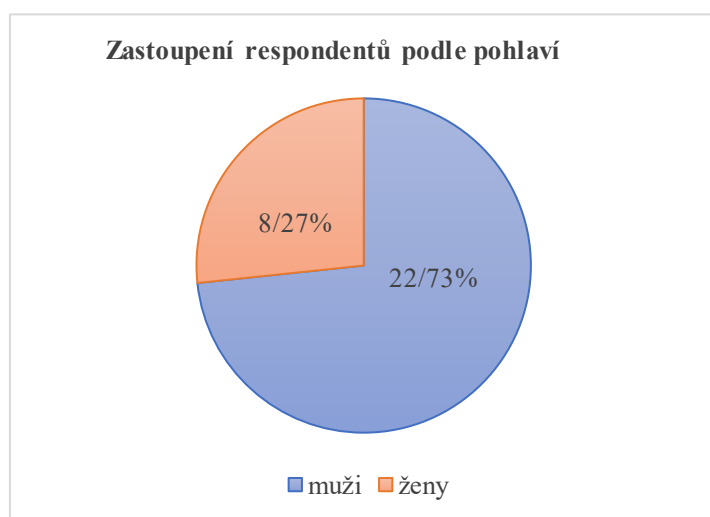
- využívání služeb projektu Sanitka
- aktivní uživatelé NL nad 18 let (bez ohledu na národnost či etnickou příslušnost)
- ústní souhlas s účastí ve výzkumu

14 Průběh sběru dat

Rozhovory s respondenty probíhaly od 1. 5. 2022 do 20. 6. 2022. 27. Respondenti byli poučeni o anonymitě, dobrovolnosti a účelu, za jakým bylo interview realizováno. Rozhovory probíhaly v době, kdy je sanitka klientům k dispozici u Hlavního nádraží (Po-St-Pá, 14 - 18hod) a to buď v sanitce, nebo jejím okolí, podle preferencí jednotlivých respondentů. Faktorem pro využití prostor sanitky byla také absence ošetřování či testování v moment, kdy klient svolil k interview. Čas, v rámci kterého bylo interview s jednotlivými respondenty provedeno, se pohyboval zhruba od 10 do 40 minut.

15 Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 30 respondentů. Dohromady bylo osloveno 31 klientů, jeden však účast ve výzkumu z časových důvodů odmítl. Mezi respondenty byli zaznamenáni 2 cizinci. V prvním případě šlo o muže (36let) z Bulharska, který je v současné době bez domova a užívá buprenorfin (získaný z černého trhu). V druhém případě šlo o klienta ze Slovenska, který užívá pervitin a žije ve stanu. Z celkového počtu 30 respondentů bylo 8 žen (27 %) a 22 mužů (73 % respondentů). Průměrný věk výzkumného souboru činil 40,83 let (ženy 36,37, muži 42,45). Nejmladším respondentem byla žena (20let) a nejstarším respondentem byl muž (60 let).



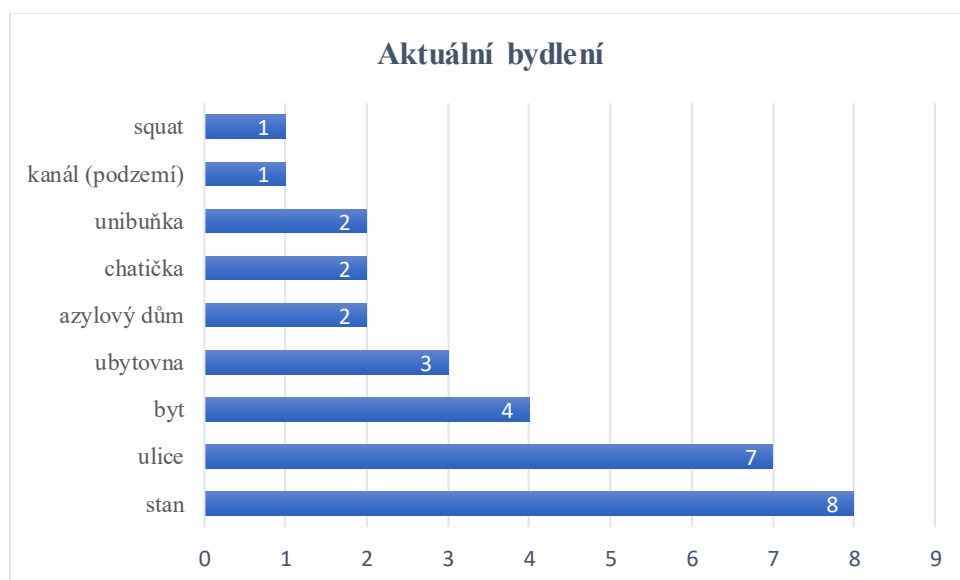
Podle výzkumu, prováděného terénním programem SANANIM v roce 2008, byl průměrný věk LDR, pohybujících se v centru Prahy, 27,5 let a v roce 2019 (205 respondentů) byl průměrný věk 38,32 let (ženy 36,84, muži 38,68).

Průměrný věk klientů TP SANANIM v centru Prahy

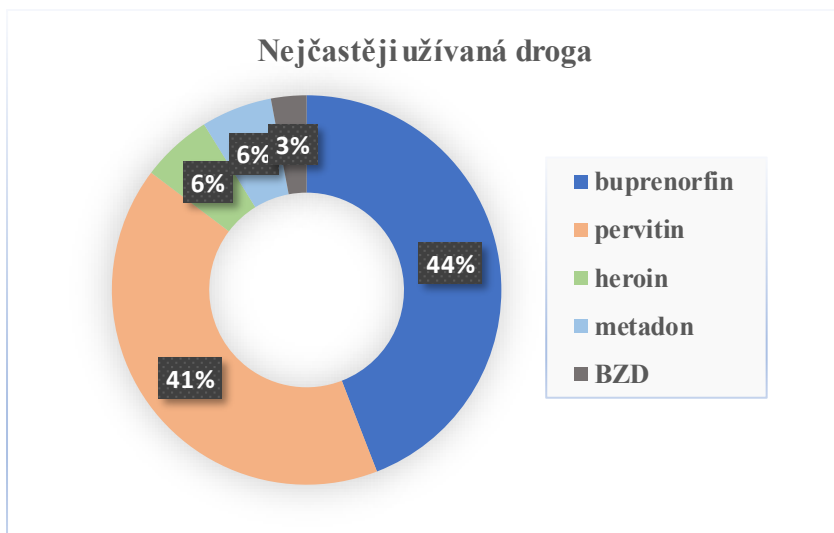
Rok	Projekt	Celkem	Muži	Ženy
2008	Praha 1 (sanitka + pěší terén)	27,5	28	25,5
2019	Praha 1 (Sanitka + pěší terén)	38,32	38,68	36,84
2022	Praha 1 (Sanitka)	40,83 let	42,45	36,37

Z dat, která byla získána v rámci výzkumu mezi klienty všech třech pražských terénních programů (342 respondentů) vyplývá, že průměrný věk LDR v centru Prahy byl v roce 2019 37,16 let.

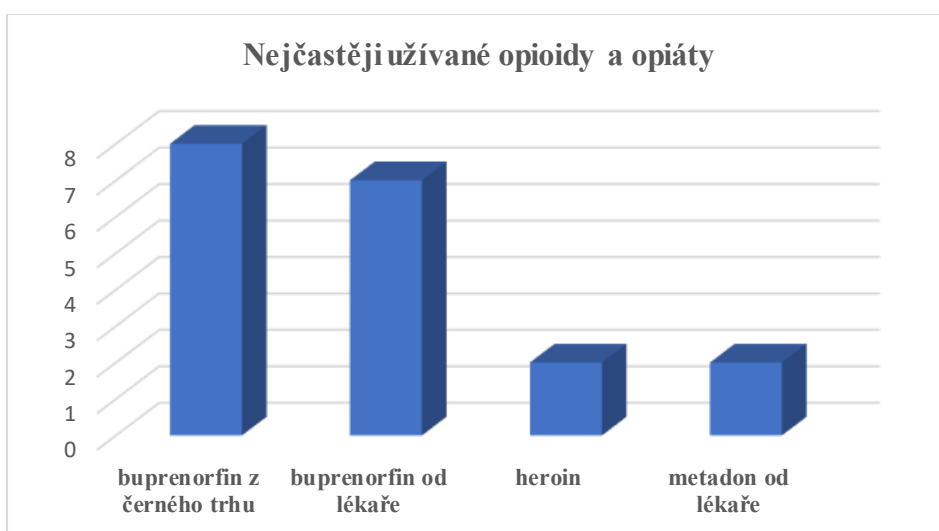
Kromě pohlaví, národnosti a věku byli respondenti dále dotazováni na jejich současný způsob bydlení. Nejvíce respondentů (27 % / 8 osob) uvedlo, že aktuálně bydlí ve stanu. 23% respondentů (7 osob) uvedlo, že v současné době nebydlí, že pobývají na ulici. 4 osoby z dotazovaných uvedly, že bydlí v bytě, pouze 3 respondenti bydlí na ubytovně a dva v azylovém domě. Unibuňku a chatičku uvedli vždy dva respondenti. V obou případech šlo páry. 1 respondent v současné době bydlí v kanále a pouze 1 na squatu.



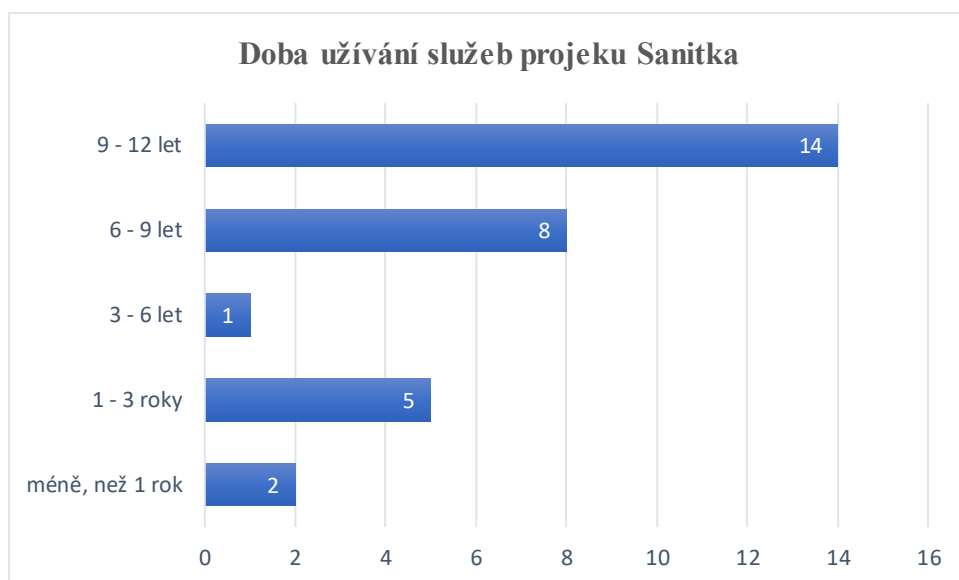
Dále bylo cílem výzkumu zjištění, jakou drogu účastníci výzkumu užívají nejčastěji. 25 respondentů ze 30 odpovědělo pouze jednu látku. 5 respondentů uvedlo, že si mezi dvěma nemohou vybrat a vnímají četnost jejich užívání na stejné úrovni. Nejčastěji užívanou látkou byl mezi respondenty buprenorfin (44 %) a hned poté pervitin (41 %).



Buprenorfin uvedlo jako nejčastěji užívanou látku celkem 15 osob. Z toho 7 osob uvedlo, že ho získávají legálně od lékaře a 8 osob jej získávalo z černého trhu. 3 respondenti uvedli, že užívají buprenorfin od lékaře a pervitin stejně často, 1 respondent uvedl stejnou četnost užívání buprenorfinu jako BZD. Pervitin jako svoji nejčastěji užívanou drogu uvedlo celkem 14 osob (včetně 3, které ho užívají stejně často, jako buprenorfin a 1 osoby, která ho v rámci četnosti užívání uvádí na stejnou úroveň jako THC). 2 respondenti uvedli, že primárně užívají metadon od lékaře, dva klienti uvedli, že nejčastěji užívají heroin.



Projekt sanitka byl spuštěn v roce 2010. Sanitní vůz je tedy klientům k dispozici v blízkosti Hlavního nádraží již 12 let. Podle získaných dat ve výzkumném souboru jednoznačně převažují respondenti, kteří služeb sanitního vozu využívají téměř od začátku jeho fungování. Téměř polovina respondentů (14 osob / 46 %) uvedla, že k sanitce dochází 9–12 let. 27 % (8 osob) uvedlo, že služeb sanitky využívá 6 – 9let, pouze 1 respondent uvedl rozmezí 3–6 let a 5 klientů uvedlo, že k sanitce dochází 1–3 roky. Méně, než 1 rok služeb sanitky využívali 2 respondenti.



Následující tabulky zobrazují všechny zúčastněné respondenty podle pohlaví, věku, nejčastěji užívané drogy a aktuálního bydlení.

Tabulka muži:

Věk	Nejčastěji užívaná droga muži	Aktuální bydlení
25	buprenorfin z černého trhu	ulice
26	pervitin	ulice
35	buprenorfin od lékaře + P	chatička
36	buprenorfin z černého trhu	ulice
37	buprenorfin od lékaře + BZD	ulice
37	heroin	ulice
38	buprenorfin z černého trhu	stan
38	buprenorfin z černého trhu	stan
38	heroin	ulice
40	buprenorfin z černého trhu	unimo buňka
41	pervitin	stan
41	pervitin	stan
43	pervitin + THC	stan
43	pervitin	ulice
45	buprenorfin z černého trhu	stan
45	pervitin	byt
46	buprenorfin od lékaře	squat
51	buprenorfin od lékaře + P	ubytovna
54	metadon od lékaře	ubytovna
56	metadon od lékaře	ubytovna
59	buprenorfin z černého trhu	stan
60	pervitin	byt

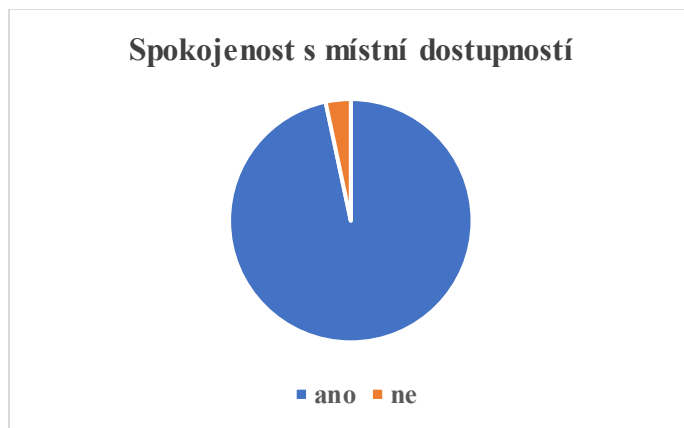
Tabulka ženy:

Věk	Nejčastěji užívaná droga ženy	Aktuální bydlení
20	pervitin	stan
30	buprenorfin od lékaře	chatička
32	buprenorfin od lékaře +P	unimo buňka
34	buprenorfin z černého trhu	azylový dům
36	pervitin	kanál (podzemí)
43	pervitin	azylový dům
44	buprenorfin od lékaře	byt
52	pervitin	byt

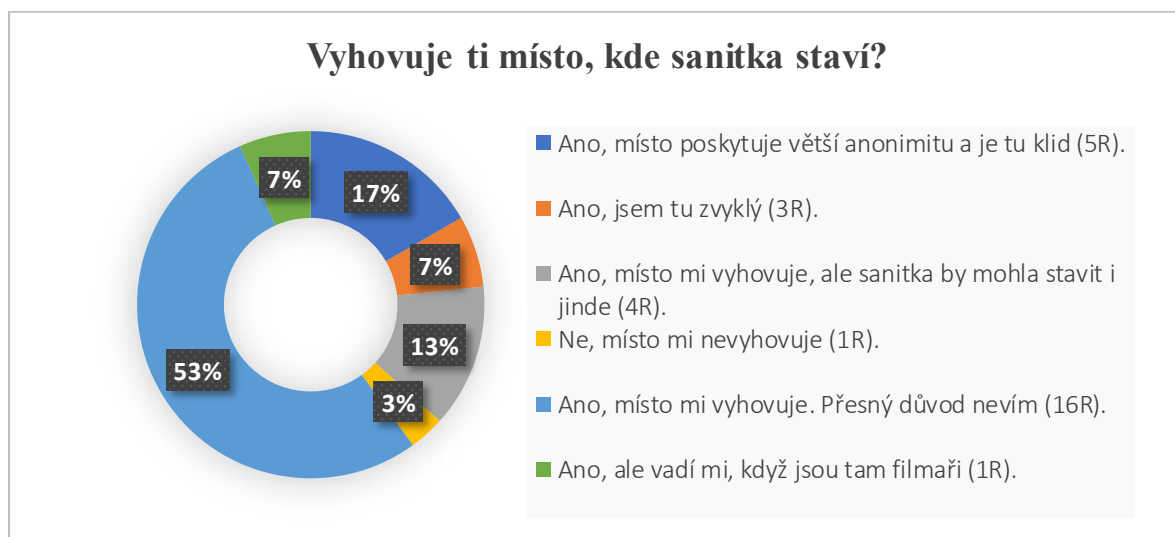
16 Výsledky

Výsledky studie jsou kvůli srozumitelnosti řazeny do dvou částí. Nosnou strukturou pro první část jsou otázky, které byly v rámci interview kladeny klientům, a to včetně jejich pořadí. V druhé části jsou výsledky studie shrnuty a prezentovány formou odpovědí na výzkumné otázky, které byly stanoveny na počátku výzkumu.

1) Vyhovuje ti místo, kde sanitka staví?



Z uvedených odpovědí vyplývá, že 97 % respondentů je s místní dostupností Sanitky spokojeno. Pouze jeden klient uvedl, že s místem, kde vůz staví, spokojen není. Podle respondenta je Sanitka „příliš na očích lidem, dětem i polici“. Parkování by si představoval na místě, kde by sanitka nebyla tak vidět. Konkrétní návrh nevedl.



Nejvíce respondentů (53 %) uvedlo, že umístění sanitky jim vyhovuje. Důvod však tato část respondentů nevedla. 5 osob (až 17 % respondentů) uvedlo, že místo, kde sanitka parkuje, jim poskytuje větší anonymitu (např. oproti KC/2osoby) a že je tam prostor a klid. Z toho 2 respondenti uvedli zmíněnou anonymitu ve spojitosti s menším množstvím lidí (klientů), kteří se nyní kolem Hlavního nádraží a u sanitky pohybují. Jedna respondentka uvedla, že parkoviště poskytuje velký prostor a anonymitu. Upozorňovala však na to, že sanitka tyto výhody ztrácí

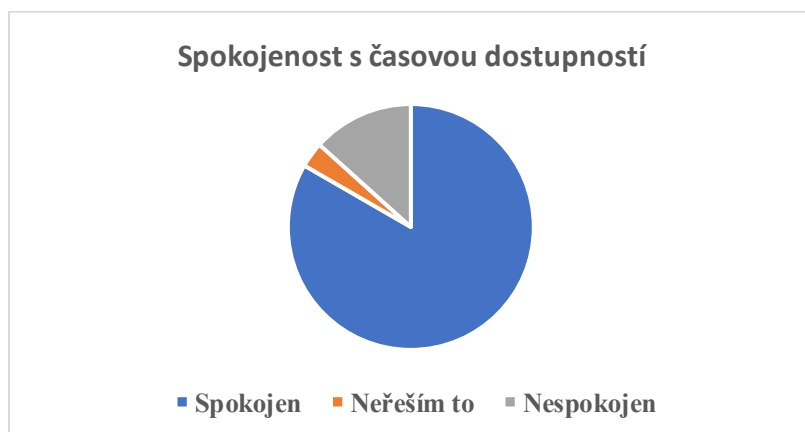
v případě, kdy parkuje na rohu Washingtonovy ulice⁸, kde je „všem na očích“ a ona je pak v diskomfortu při využívání služeb. Jeden klient uvedl, že mu vadí, když je parkoviště obsazeno filmařskou společností.

V dalších třech případech odůvodňovali respondenti svoji spokojenost tím, že jsou na místo zvyklí. Jeden z nich v té souvislosti uvedl, že si neumí představit, že by sanitka stavěla jinde. 2 respondenti uvedli, že místo jim vyhovuje především proto, že je v centru a dobře dostupné. 4 respondenti (13 %) uvedli, že místo u Hlavního nádraží jim vyhovuje, ale domnívají se, že by sanitka měla poskytovat své služby i na dalších místech v Praze. Jako hlavní důvod uváděli klienti potřebu přístupu ke zdravotnickým službám, zejména ošetření.

Lokalita	Navrženo
Anděl	2x
I. P. Pavlova	1x
Národní třída	1x
Žižkov	1x
Holešovice	1x
Noční služba v Sobotu v centru	1x

Tabulka zobrazuje lokality, ve kterých by podle klientů bylo zapotřebí služeb sanitky.

2) Vyhovuje ti čas, kdy Sanitka staví u Hlavního nádraží?



V rámci rozhovorů bylo zaznamenáno 83 % kladných reakcí na časovou dostupnost této služby. Jeden z respondentů uvedl, že časová dostupnost je dostačující, protože se kolem Hlavního nádraží pracovníci TP SANANIM střídají s terénními pracovníky ostatních organizací. Podle

⁸V případě, že sanitka nemůže stát na svém místě (z důvodu plného obsazení parkoviště, které je jednou za čas pronajímáno MČ Prahy 1 filmařské společnosti), staví vůz na rohu Washingtonovi ulice, kde se nachází (pro chodce) hlavní trasa mezi Václavským náměstím a Hlavním nádražím. Další alternativou bývá stát u pomníku Jana Svatopluka Presla.

slov jednoho respondenta je podstatné, aby se na dané časy mohli klienti spolehnout. Dva respondenti uvedli, že jsou s dosavadními časy spokojeni, ale ocenili by, kdyby sanitka poskytovala své služby i o víkendu. Jeden z těchto respondentů navrhoval neděli, protože občas se mu nepodaří terénní pracovníky u hlavního nádraží najít.

Jeden respondent uvedl, že čas neřeší, protože k sanitce nedochází cíleně a 4 klienti uvedli, že s časem spokojeni nejsou. Jedné z respondentek by více vyhovovalo, kdyby byla sanitka na místě již od 11hod, končit by pak podle respondentky mohla v 16hod. Další z respondentů by ocenil, kdyby byly služby k dispozici již od 13hod. kvůli výdeji na Metadon. V současné době musí na sanitku čekat. Dva respondenti uvedli, že by potřebovali, aby sanitka končila později (8., 9. hodina večer). Jedna z respondentek uvedla, že by bylo zapotřebí, aby HR služby byly po Praze více pokryté, aby obecně panovala větší politická otevřenost k umístění takových služeb a že by bylo ideální, kdyby sanitka poskytovala službu v sobotu v noci na Florenci.

3) Proč chodíš k sanitce?



Nejčastěji uváděným důvodem pro využívání služeb sanitky byla výměna a distribuce injekčního materiálu. Tuto intervenci ve svých odpovědích uvedlo 19 respondentů, 15 z nich ji uvedlo na prvním místě. Druhým nejčastěji uváděným důvodem pro docházení k sanitce jsou zdravotnické služby. Ty ve své odpovědi uvedlo 16 respondentů. Pro jejich pestrost se jim podrobněji věnuji níže. 6 klientů uvedlo, že k sanitce chodí také kvůli pracovníkům („*pokec s pracovníky*“/ „*pozdravit pracovníky*“/ „*je tu příjemný personál*“ atd.).

5 klientů k sanitce dochází kvůli zdravotnickému materiálu a lékům proti bolesti. 5 respondentů uvedlo, že k sanitce dochází zejména kvůli finančnímu výdělku za sběr pohozeného infekčního materiálu a odpadků v oblasti Hlavního nádraží, což odpovídá účasti peer pracovníků v tomto výzkumu. 4 osoby uvedli, že si k sanitce chodí pro rady/poradenství. Z dotazovaných dva respondenti uvedli, že si k sanitce přichází kvůli setkání s dalšími klienty a rovněž dvě osoby uvedly, že si k sanitce přichází pro psychickou podporu. Jeden z nich ve své odpovědi na otázku uvedl pouze psychickou podporu, druhý respondent uvedl, že když je mu zle, může se zastavit,

má zde pocit bezpečí. Jeden klient ve své odpovědi uvedl, že dochází kvůli tekutinám, další z respondentů kvůli ostříhání vlasů strojkem (důvodem je zavšivení). Jeden respondent ve svých odpovědích uvedl také možnost obdržení stanu.

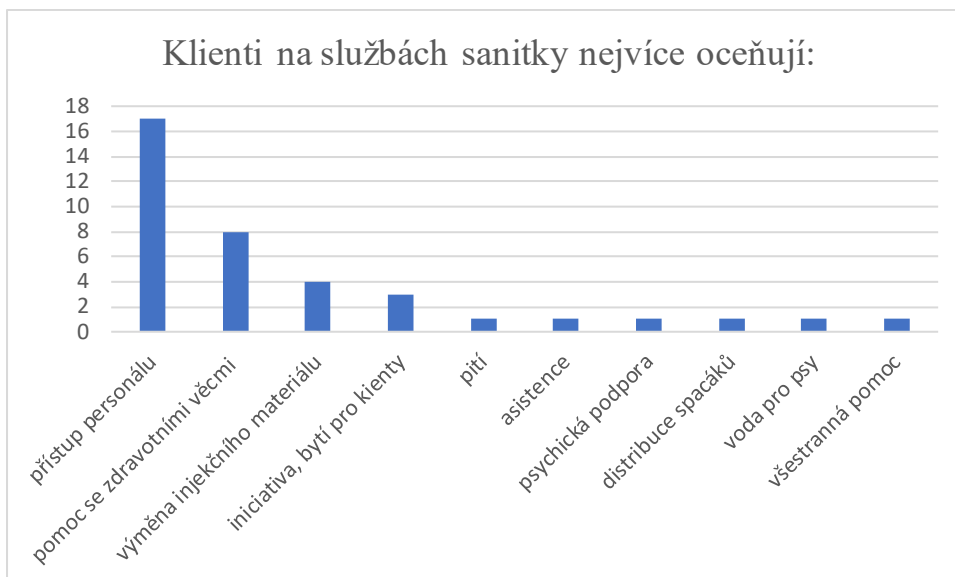


Celkem 16 z 30 respondentů uvedlo, že důvodem k využívání sanitního vozu Sananim je některá ze zdravotnických služeb. Nejčastěji klienti uváděli testování (celkem 7 respondentů) a to zejména protože je pro ně snadněji dostupné („bez překážek a je rychlý“/“jsou rychlé, není tu tolik lidí“). Dostupnost zmiňovali dva respondenti, další dva respondenti uváděli, že dochází také kvůli testům z plné krve, které provádí zdravotní bratr z Remedis v sanitce každou středu („protože Tomáš mě umí odebrat“). Ošetření ve svých odpovědích uvedlo 6 respondentů a zdravotní poradenství 5 („když je mi blbě, jdu raději k sanitce, než k doktorovi“). 3 respondenti si k sanitce chodí pro zdravotnický materiál, jako jsou obvazy a mastičky, dva klienti uvedli očkování proti onemocnění Covid 19 a 2 dochází kvůli lékům proti bolesti (ibuprofen, paralen).

4) Co na službách sanitky nejvíce oceňuješ?

Jednoznačně nejvíce klienti oceňují přístup personálu. V odpovědích se objevuje: tým, ochota a vstřícnost, vlídnost, lidský přístup, přátelský přístup, přístup bez předsudků, slušné chování atd. Další odpověď: „nepošlete nikoho pryč, jste vstřícní, široká škála lidí tu najde pomoc“. Pomoc se zdravotními záležitostmi nejvíce oceňuje 8 z 30 dotazovaných klientů. Mezi oceňované intervence patří: ošetřování (5 respondentů), doporučení do nemocnice („doporučení do nemocnice, bez něj bych tam vůbec nešel“ – 2 respondenti), dále očkování a poradenství.

4 respondenti nejvíce oceňují výměnu injekčního materiálu a 3 klienti uvedli, že iniciativu: „byť pro klienty, pro lidi, prostě, že tu jste“, „že tu jste pro nás, abyste nám mohli vyměnit“. Dále v odpovědích zaznělo, že klienti nejvíce oceňují: pomoc mimo sanitku, především asistenci, psychickou podporu, možnost získat spacák, vodu pro psy a všestrannou pomoc (vždy 1 respondent).



5) Jsi spokojený s materiálem k injekční aplikaci, který u sanitky nabízíme?



Z uvedených odpovědí vyplývá, že 83 % respondentů (25 osob) je s nabídkou a poskytovaným injekčním materiálem spokojeno. 14 % respondentů (4 osoby) spokojeno není a jeden respondent uvedl, že již dlouho neužívá injekčně. Kladně bylo ohodnoceno malé balení vody (2 osoby) s 1 komentářem, že se voda dříve spotřebuje (kladně), ale hůře se z ní tahá a jeden respondent ocenil tzv. „rozdělovačku“, která má plastový úchyt, díky kterému, při rozdělování drogy nad plamenem, nepálí.

3 z dotazovaných účastníků výzkumu vyjádřili nespokojenost s menším balením vody, určené k injekční aplikaci. Podle těchto respondentů se z menšího balení voda hůře natahuje. Rovněž 3 respondenti si stěžovali na samostatně balené inzulínky, jedna klientka to vystihla následovně: „je to příliš odpadu a chybí mi tam víčka, která jsou ideální na rozdělování S⁹, rozdělovačka je na to příliš nízká“. 2 respondenti uvedli, že se jim občas stane, že některá jehla je tupá.

⁹ S „esko“ – takto klienti nazývají tablety Suboxone (buprenorfin + naloxon), které jsou určeny k sublinguální aplikaci a substituci opiáty. Klienti je zneužívají a aplikují je injekčně. Pro rozdělení této tablety jsou podle klientů víčka od injekčních stříkaček ideální.....



2 klienti vyjádřili potřebu jiné velikosti filtrů. Jeden respondent uvedl, že by potřeboval filtry větší, protože lépe filtrují a druhý by ocenil více než dvě různé velikosti. Jedna klienta uvedla, že by potřebovala, abychom rozdávali také škrtdla s přezkou kvůli rychlejší aplikaci. 1 osoba v nabídce postrádá „dvoukubíkové braunky“ (již se nevyrábí) a 1 respondentka uvedla, že náplasti, které rozdáváme, nedrží.

6) Nechával/a ses někdy v sanitce testovat? Proč v sanitce?



Ze 30 dotazovaných klientů se někdy nechalo otestovat v sanitce 27 osob (90 %). 3 respondenti uvedli, že nikdy nebyli otestováni v sanitce. Jeden z nich uvedl, že se nechal otestovat jen jednou v KC (má VHC, nechce s tím nic dělat a nechce se teď o tom bavit), další respondent uvedl, že už dlouho dochází na testy do Ikemu, protože se tam kdysi léčil a poslední uvedl, že vlastně neví, proč nikdy nebyl otestován v sanitce. V rámci odpovědí také padl návrh, že by bylo dobré, kdybychom dali „*k sanitce stan a židle, jako čekárnu, kterou jste udělali, když jste očkovali proti covidu*“.



V sanitce se někdy nechalo otestovat 27 respondentů. Na otázku: „proč v sanitce?“ respondenti nejčastěji (v 9 případech) odpověděli, že: *„Je to nejdostupnější, nejpříjemnější, dobrý přístup.“* *„je to pohodlnější, než jít jinam...“* *„je to anonymní a rychlejší...“* *„je to nejjednodušší“* *„nemusel jsem do Remedis“* *„je to při ruce.“*

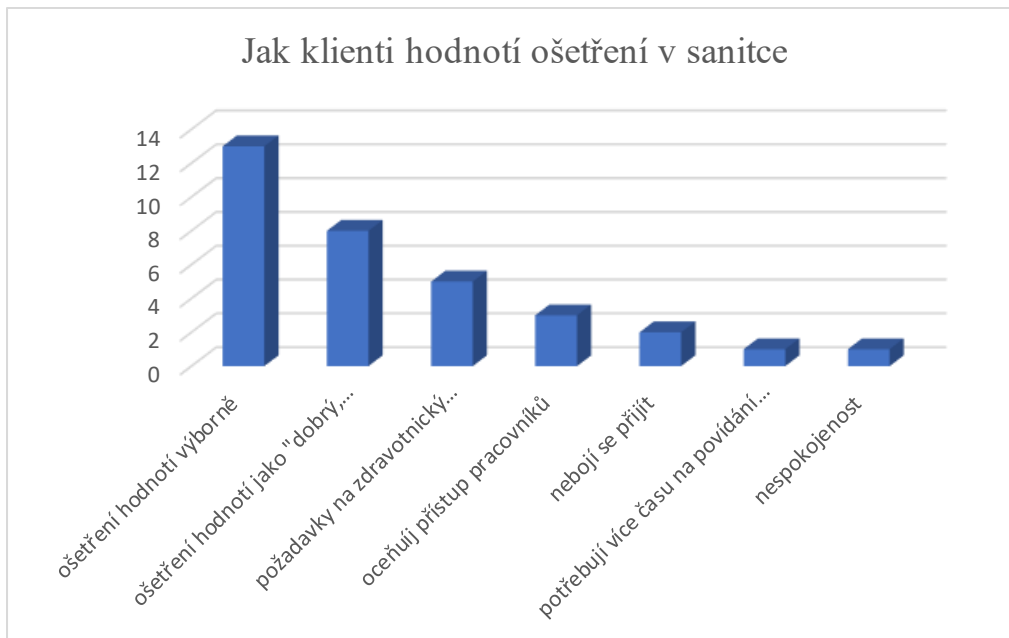
V 7 případech respondenti odpověděli, že se nechávají testovat v sanitce, protože je tam zkušený zdravotní bratr. Příklad: *„Tomáš je jeden z mála, co mě umí odebrat.“* *„nebolí to a neměla jsem modřinu...“* *„nemám rád doktory, Tomáš je v pohodě...“* *„Tomáš mě zvládne v pohodě odebrat“* *„Tomáš umí odebírat“*.

5 respondentů se nechalo otestovat, protože jim to bylo nabídnuto u výměny. Klienti uváděli: *„někdo z pracovníků mi to nabídl, tak jsem to využila“* *„ukecali mě“* *„přesvědčili mě, přemýšlím o léčbě, vím co dělat“*. 4 z 27 respondentů uvedli, že se nechají testovat v sanitce kvůli pracovníkům. Příklad: *„chodím sem rád kvůli pracovníkům“* *„důvěra“* *„dobrý přístup pracovníků“* *„lidi u sanitky znám“*. Dva respondenti uvedli, že jsou zvyklí, jeden z nich se nechává testovat pouze v sanitce.

7) Byl jsi někdy v sanitce ošetřen? Jak bys ošetření zhodnotil?

Podle zaznamenaných odpovědí bylo 100 % respondentů (30 osob) někdy v sanitce ošetřeno. 29 z nich uvedlo, že bylo s ošetřením spokojeno, z toho 4 respondenti měli výhrady k množství vydávaného zdravotnického materiálu s sebou.

Celkem 13 respondentů hodnotí ošetřování: „výborně“, „vynikající“, „super“, „za jedna“, „skvělý“ a dalších 8 jej hodnotí slovem „dobrý“ či „spokojenost“. 4 respondenti se vyjadřovali k vydávání zdravotnického materiálu (zejména obvazy a mastičky) s sebou: *„potřebovala bych, abyste s sebou dávali i větší obvazy“* *„ocenil bych více materiálu s sebou“*. Jeden z respondentů uvedl, že by ocenil kompletní materiál s sebou (pracovníci mu jej nechtěli dát, aby si došel k lékaři). Klient si však nebyl zcela jist, zda se to událo v sanitce či v některém z Kontaktních center.



Další respondent uvedl, že by bylo dobré, abychom měli „lepší zdravotnické vybavení“ v podobě různých krytí na chronické rány (Mepilex), krytí s Ag, více druhů mastí (nevzpomněl si na konkrétní příklady). 3respondenti ve svých odpovědích ocenili přístup pracovníků: „zacházení s pacientem na jedničku“, „mám tu oblíbenou zdravotnici, ale všichni jsou ochotní, poradí a pomůžou“. 2 z dotazovaných klientů uvedli, že se nebojí přijít a jedna respondentka uvedla, že by potřebovala více času na povídání v sanitce.

8) Jsi spokojený s tím, jak pracovníci u sanitky vykonávají svoji práci?

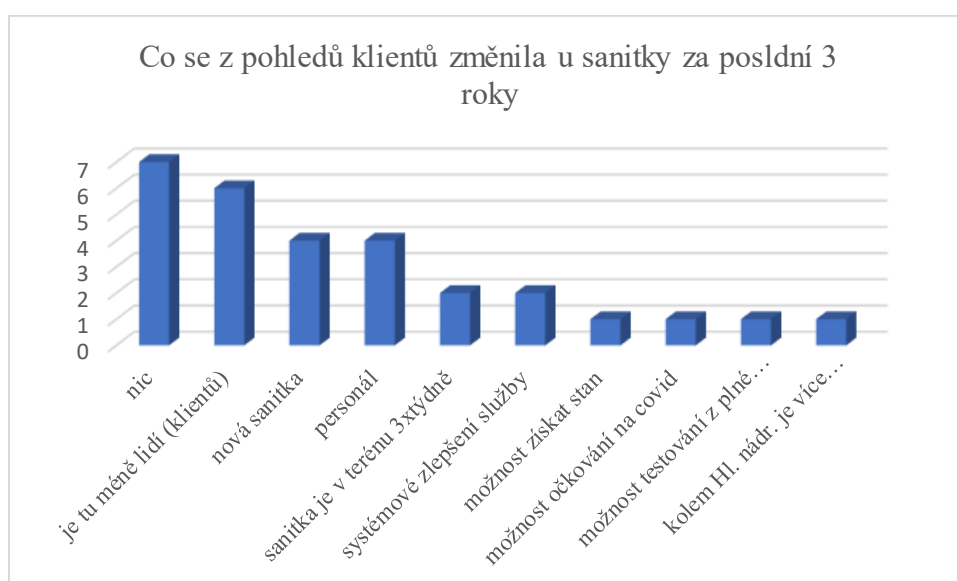
Všech 30 respondentů uvedlo, že jsou spokojeni s tím, jak personál u sanitky pracuje. Podle 8 respondentů pracovníci pomohou a poradí, když je potřeba.



Jeden klient uvádí, že se mu dostává všestranné pomoci, dobře se mu s pracovníky komunikuje, všechny zná („Jsou ochotný, cokoli potřebuješ, vyjdou vstříc“, „vyhoví lidem v tom, co potřebují, má to smysl“, „vždy poradí“). 4 respondenti chválí přístup pracovníků: „pracovníci k nám mají dobrý přístup“, „ochotní, milý přátelský...“, další se u sanitky díky přístupu pracovníků cítí dobře.

3 z dotazovaných osob uvedly, že jim nikdo z pracovníků nevadí a s nikým nemají žádný konflikt. 2 respondenti hovořili o hranicích: „dobrý přístup a zároveň odstup, držíte si hranice, jako že vás to nepohlí“. „Jste otevření a zároveň si ale umíte držet hranice, to mě, jako peer pracovníci tolik nejde, mrzí mě ale, že nás – peer pracovníky berete spíš jako klienty než jako kolegy, jako jinde (třeba Brno) ...“. Jiní dva klienti uvedli, že: „jste sehraný tým, funkční“, „dobrá organizace, řád, funkční.“. Další dva klienti vyzdvihli ochotu pracovníků.

9) Co se z tvého pohledu u sanitky změnilo za poslední 3 roky?



Ze 30 klientů 4 respondenti uvedli, že k sanitzce docházejí méně než 2 roky. K možným změnám se vyjadřovalo 27 respondentů. Z toho 7 osob uvedlo, že žádné změny nepozorují a 6 klientů odpovědělo, že u sanitky a v okolí se pohybuje méně lidí (klientů) než dříve. Př.: „není tu tolik lidí“, „chodí sem méně lidí kvůli policistům“. 4 respondenti poukázali na novou sanitku a 4 na změnu personálu. Ve všech 4 případech respondenti uváděli, že jde o pozitivní změnu¹⁰. Dva klienti uvedli, že je dobré, že sanitka je v terénu 3 dny v týdnu místo dvou¹¹. Podle dvou respondentů se služba systémově zlepšila: „systemově se to zlepšilo, dříve byl ve všem větší chaos, taky to asi dělá lepší vybavení včetně sanitky“, „zlepšujete se, jdete s dobou, nebráníte se novým věcem“.

Další odpovědi se týkaly následujících změn a jsou odpovědi vždy jednoho respondenta: nyní je možné u sanitky získat stan, bylo možné se v sanitzce nechat očkovat na Covid 19, je možné

¹⁰ V rámci posledních třech let TP Sananim navázal spolupráci se třemi novými pracovníky.

¹¹ Sanitka je klientům k dispozici 3x týdně již od roku 2018.

se v sanitce nechat otestovat z plné krve¹². Nakonec jedna klientka zmínila, že v okolí Hlavního nádraží je více čisto: „*je tu více lidí, co uklízí a zároveň to zajišťuje práci sociálně slabým*“.

10) Napadá tě, jak bys služby u sanitky zdokonalil/a?

11 respondentů uvedlo, že je nenapadá způsob, jak službu zdokonalit. Návrh na zdokonalení služby tedy uvedlo 19 respondentů. 8 z těchto respondentů se shodlo na tom, že by jim vyhovovalo, kdybychom v rámci projektu Sanitky rozdávali jídlo: „*svačiny pro lidi bez domova*“, „*mohli byste rozdávat jídlo, jsem pro jogurty a ovoce*“. 2 klienti navrhovali, že by bylo užitečné, kdyby u sanitky byla jednoduchá sprcha se zástěnou a rozdávali bychom hygienické potřeby: „*ideálně nějaká jednoduchá sprcha se zástěnou*“, „*hygienické potřeby a sprcha se zástěnou*“.

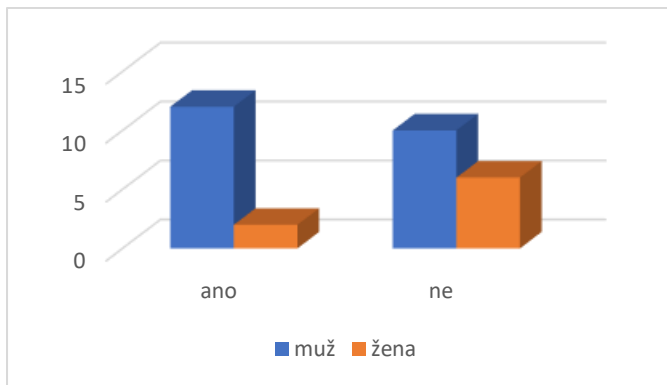


se u sanitky cítí dobře a byl by rád, kdyby si mohl řešit věci na telefonu), lékař („*bylo by fajn mít v sanitce k dispozici opět doktorku, ta nám tu chybí*“), lepší zdravotnické vybavení (krytí na chronické rány, mastičky, léky), „*zdravotnická pomoc při aplikaci, jako mají jinde ve světě, ideální by byly aplikační místnosti*“, odpočívárna (židle a stánek, či slunečník před sanitkou), ponožky, více času na jednoho klienta („*jednou tu měla panickou ataku, potřebovala více podpory*“). Dále respondenti navrhovali zavést: „*zaměstnání pro lidi, jako sbírají peří*“, rozdávání rukavic v zimě, ochranku („*myslím, že byste tu měli mít ochranku, když je někdo dotěrný, aby ho odvedli*“), a nakonec záchod.

11) Zažil jsi u sanitky něco nepříjemného? Co to bylo? Jak by tomu šlo předejít?

Celkem 14 respondentů uvedlo, že u sanitky zažili něco nepříjemného. Ve všech 14 případech tomu nemohli (podle respondentů) pracovníci nijak zabránit nebo předejít.

¹² Testování z plné krve v sanitce probíhá od roku 2019.



Nejvíce dotazovaných klientů hovořilo o konfliktu s jiným klientem: „*když po mě někdo chtěl nějaké dluhy, co jsem mu nedal, z toho byl pak konflikt*“, „*agrese od jiných klientů, chtěl po mě drogy*“. 3 respondenti uvedli, že byli svědkem fyzické agrese mezi jinými klienty u sanitky: „*jeden klient byl napaden, nemohli jste tomu ani předejít ani zabránit*“.



2 osoby uvedly, že pro ně bylo nepříjemné čekání na ošetření a 1 respondent uvedl, že měl v minulosti konflikt s pracovníkem „*konflikt s pracovníkem, ale už nevím proč, mám problémy s chlapama, že na ně drzkuju, ale to tak mám normálně i v životě*“. Jedna klientka uvedla konflikt s policií: „*měla jsem kousek od sanitky konflikt s policií, sebrali mi S od lékaře i čistý jehly, a to jsem jim říkala, ať jdou se mnou za vámi, že jim potvrdíte, že to mám od lékaře. Stejně mi to vzali*“. Jeden respondent uvedl, že je mu občas nepříjemné, jak se ostatní klienti chovají (obecně).

18 Shrnutí výsledků

Shrnutí výsledků je strukturováno podle výzkumných otázek, které byly položeny na počátku výzkumu. Shrnutí na tyto otázky odpovídá.

Jak jsou klienti spokojeni s místní a časovou dostupností této služby?

Z uvedených odpovědí vyplývá, že klienti TP Sananim jsou spokojeni s časovou a místní dostupností služeb sanitního vozu. S místní dostupností bylo v rámci studie spokojeno až 97 % respondentů a s časovou dostupností 83 % respondentů. 4 z 30 respondentů (13 %) uvedli, že místo u Hlavního nádraží jim vyhovuje, ale domnívají se, že by sanitka měla poskytovat své služby i na dalších místech v Praze (Anděl, I.P. Pavlova, Národní třída, Žižkov, Holešovice, Noční služba na Florenci). Nespokojenost s místní dostupností vyjádřil jeden respondent, podle kterého by sanitka měla poskytovat své služby na místě jiném, kde by nebyla tak na očích veřejnosti. Konkrétní návrh však neuvedl. Nespokojenost s časovou dostupností služby se týkala 4 respondentů. Požadavky na změnu v časové dostupnosti se mírně lišily, dva klienti by ocenili, kdyby sanitka končila své služby později (8. – 9. večer), jedné z respondentek by více vyhovovalo, kdyby byla sanitka na místě od 11 do 16hod. Další z respondentů by ocenil, kdyby sanitka dorazila na místo již ve 13hod.

Pro které služby si klienti k sanitce chodí? Co na poskytnutých intervencích nejvíce oceňují?

Jednoznačně nejvíce klientů si k sanitce chodí pro výměnu a distribuci injekčního materiálu. Tuto intervenci ve svých odpovědích uvedlo 19 z 30 respondentů, 15 z nich ji uvádělo na prvním místě. Pouze o 3 respondenty méně (16 osob) uvedlo, že k sanitce dochází kvůli zdravotnickým službám (7 testování, 6 ošetření, 5 zdravotní poradenství a další). 6 respondentů uvedlo, že jedním z důvodů, proč chodí k sanitce, je setkání se s pracovníky a povídání s nimi. Dalšími důvody byly zdravotní materiál a léky na bolest (5 respondentů), finanční výdělek a sběr infekčního materiálu (5 respondentů) a poradenství (4 respondenti). Dále to byl setkání s jinými klienty, psychická podpora, tekutiny, stříhání strojkem a distribuce stanů.

Na službách, které jsou u sanitky/v sanitce poskytovány, klienti jednoznačně nejvíce oceňují přístup personálu (17 respondentů). Dále je to pomoc se zdravotními obtížemi (8 respondentů), výměna injekčního materiálu (4 respondenti) a iniciativa – bytí pro klienty (3 respondenti). Dále klienti uváděli pití, asistence, psychickou podporu, distribuci spacáků, vodu pro psy a všestrannou pomoc.

Odpovídá nabízený HR materiál potřebám klientů? Pokud ne, co klientům schází?

83 % respondentů (25 osob) uvedlo, že jsou s nabídkou a poskytovaným injekčním materiálem spokojeni. 14 % respondentů (4 osoby) spokojeno není a jeden respondent uvedl, že již dlouho neužívá drogy injekčně. Nespokojenost se týkala ve 3 případech „malé vody“, pro injekční aplikaci (respondenti uváděli, že voda jde z malého balení špatně natáhnout do stříkačky). 3 respondenti uvedli, že jim vadí samostatně balené „inzulínky“, protože produkují příliš odpadu a chybí jim víčka, která využívají k rozdělování tablet Suboxone. 2 klienti uvedli, že se jim

občas stane, že jehla je tupá a 2 klienti vyjádřili potřebu jiné velikosti filtrů. Jedna respondentka uvedla absenci škrtidla s přezkou, 1 osoba v nabídce postrádá „dvoukubíkové braunky“ a 1 respondentka uvedla, že náplasti, které rozdáváme, nedrží.

Jsou klienti spokojeni s nabídkou poskytovaných služeb nebo je něco, co klientům u sanitky schází? Odpovídají nabízené intervence potřebám klientů? Jak by klienti poskytované služby zdokonalili?

11 respondentů uvedlo, že je nenapadá způsob, jak službu zdokonalit a že jim nic neschází. Návrh na zdokonalení služby tedy uvedlo 19 respondentů. 8 z těchto respondentů se shodlo na tom, že by jim vyhovovalo, kdyby v rámci projektu Sanitky bylo rozdáváno jídlo (svačiny, jogurty, ovoce, tyčinka Míla). Potřeby dalších 2 respondentů se týkaly hygieny. Klienti navrhovali, že by bylo užitečné, kdyby u sanitky byla jednoduchá sprcha se zástěnou a byly rozdávány hygienické potřeby. Další návrhy pocházely od jednotlivců: internet, lepší zdravotnické vybavení (krytí na chronické rány, mastičky, léky), zdravotnická pomoc při aplikaci, aplikační místnosti, odpočívárna (židle a stánek, či slunečník před sanitkou), ponožky, více času na jednoho klienta, brigáda podobná sběru infekčního materiálu kolem Hlavního nádraží, která by byla i pro jiné klienty, než jsou peer pracovníci, rozdávání rukavic v zimě, ochranka pro pracovníky (odvedení klientů, kteří se chovají dotěrným způsobem), záchod.

Ze 30 respondentů možnost testování v sanitce využilo 27 (90 %). 3 respondenti možnost nevyužili. Jeden z těchto respondentů dochází na testy do Ikemu, kde se kdysi léčil, jeden klient se nechával testovat pouze jednou v KC, zjistil, že má VHC a dále se o tom odmítl bavit a poslední ze tří respondentů si důvodem není jist. Z 27 respondentů, kteří službu využili, jej 9 hodnotí jako nejprístupnější, nejdostupnější, nej příjemnější, pohodlnější a rychlou. 7 respondentů oceňovalo možnost odběrů z plné krve a spolupráci se zdravotním bratrem z Remedis. V této souvislosti klienti často zmiňovali, že je jeden z mála, který je (vzhledem k jejich poškozenému žilnímu systému) zvládne odebrat. 4 respondenti uvedli, že jsou to pracovníci, kvůli kterým se nechávají testovat právě v sanitce a oceňovali jejich přístup.

Možnost ošetření v sanitce někdy využilo všech 30 respondentů. 29 z nich uvedlo, že jsou s ošetřením spokojeni, jeden respondent uvedl, že nikoli, protože zdravotníci používají příliš masti, a to přesto, že s nimi o tom mluvil. Z 29 respondentů 13 hodnotilo ošetření „výborně, skvěle, za jedna“ a 8 jej hodnotilo slovem „dobrý“ či „spokojenost“. 4 respondenti se vyjadřovali k rozdávání zdravotnického materiálu (obvazy, mastičky) s sebou. Klienti by ocenili větší množství zdravotnického materiálu s sebou, včetně velkých obvazů. Jeden klient uvedl, že by bylo dobré, kdyby měli zdravotníci více druhů a lepší krytí na chronické rány a více druhů mastí. 3 respondenti ve svých odpovědích ocenili přístup zdravotníků. Jedna respondentka uvedla, že by potřebovala více času na povídání v sanitce.

Jsou klienti spokojeni s personálem TP? Pokud ano, co oceňují? Pokud ne, co jim nevyhovuje?

Všech 30 respondentů uvedlo, že jsou s personálem u sanitky spokojeni. Podle 8 respondentů pracovníci pomohou a poradí, když je potřeba, dostává se jim všestranné pomoci, dobře se jim s pracovníky komunikuje. 4 respondenti chválí lidský, přátelský a milý přístup pracovníků. 3 respondenti uvedli, že jim nikdo z pracovníků nevadí a s nikým nemají žádný konflikt a dva uvedli, že tým je sehraný, funkční a dobře organizován. 2 respondenti hovořili o tom, že pracovníci jsou otevření, ale zároveň si drží hranice, takže je práce nepohltí.

Dochází u sanitky k situacím, které jsou pro klienty nepříjemné? Jaké situace to jsou? Bylo by možné z pozice pracovníků takovým situacím předejít?

Celkem 14 respondentů uvedlo, že u sanitky zažili něco nepříjemného. Ve všech 14 případech tomu nemohli (podle respondentů) pracovníci nijak zabránit nebo předejít. Nejvíce dotazovaných uvedlo jako nepříjemnou situaci u sanitky konflikt s jiným klientem kvůli dluhům nebo drogám (celkem 4 respondenti). 3 respondenti uvedli, že byli svědkem fyzické agrese mezi jinými klienty u sanitky. Dvě z dotazovaných osob uvedly, že pro ně bylo nepříjemné čekání na ošetření a 1 respondent uvedl, že měl v minulosti konflikt s pracovníkem, nepamatuje i přesně proč. Jedna klientka uvedla konflikt s policií, která ji sebrala tablety suboxone od lékaře i čisté injekční stříkačky.

Jak klienti vnímají služby sanitky v čase, reflektují nějaký vývoj či změny? Jsou pozitivní či negativní?

K možným změnám se vyjadřovalo 27 respondentů. Z toho 7 osob uvedlo, že žádné změny nepozorují. 6 klientů odpovědělo, že u sanitky a v okolí se pohybuje méně lidí (klientů) než dříve. 4 respondenti poukázali na novou sanitku a 4 na změnu personálu (pozitivní). Dva klienti uvedli, že je dobré, že sanitka je v terénu 3 dny v týdnu místo dvou. Podle dvou respondentů se služba systémově zlepšila, v minulosti byl podle respondenta ve všem větší chaos. Dalšími pozorovanými změnami jsou: možnost u sanitky získat stan, v době pandemických opatření bylo možné se v sanitce nechat očkovat na Covid 19, je možné se v sanitce nechat otestovat z plné krve, v okolí Hlavního nádraží je více čisto.

Diskuze

Souhrnná zpráva o závislostech v roce 2021 uvádí, že nejčastěji poskytovanou intervencí v nízkoprahových službách v ČR, je distribuce injekčního materiálu. Dlouhodobě v těchto programech roste také počet výkonů zdravotního ošetření (Chomynová et al, 2022). Tomu odpovídají také výsledky této studie. Jednoznačně nejčastějším důvodem pro návštěvu sanitky je pro klienty výměna a distribuce injekčního materiálu. K závěru, že nejatraktivnější či nejvíce využívanou intervencí je právě výměnný program, dospěly i další studie, zabývající se potřebami klientů nízkoprahových zařízení v Praze (Šťastná, 2010, Hubínková, 2013, Nováková, 2020, Smetanová, 2020).

V kontaktu s nízkoprahovými službami je ročně přibližně 40 tisíc LDR. Přes 90 % z nich užívá drogy injekčně (Chomynová et al, 2022). Výměnný program je důležitým prostředníkem kontaktu mezi klientem a pracovníkem. Právě díky své atraktivitě pro klienty, vytváří programy výměny jehel příležitost pro navázání kontaktu i s náročnými a jinak nepřístupnými klienty. Umožňuje nenásilně budovat vztah mezi uživatelem a pracovníkem (i institucí) a zvyšuje tak šanci na změnu životního stylu klienta k méně rizikovému, případně na změnu v podobě abstinence. Jeden z respondentů intervenci ocenil slovy: „*Nejvíce oceňuju, že tu jste pro nás, abyste nám mohli vyměnit*“. V roce 2021 došlo u sanitky k 8589 kontaktům s klienty, kterým bylo distribuováno 154 325 injekčních setů. V rámci studie prováděné mezi klienty TP Progressive, zmiňuje Nováková (2020), že klienti podle výzkumu využívají služeb sanitky v případě potřeby výměny většího množství injekčního materiálu.

V rámci připomínek k injekčnímu materiálu, vyjádřili někteří klienti nespokojenost s „malými vodami“. Podle těchto respondentů se z menšího balení voda hůře natahuje do stříkačky. Na druhou stranu také zazněla chvála právě na velikost těchto vod. Čím to je? Malé vody jsou z hlediska snižování rizik spojených s injekční aplikací bezpečnější. Voda není skladována v nepříliš ideálních podmínkách (např. teplo) tak dlouhou dobu. Kromě menšího množství bakterií, které se za tu dobu stihnou v otevřené ampuli zrodit, se snižuje i případné riziko použití vody jiným uživatelem a tím se snižuje riziko šíření infekčních chorob v populaci injekčních uživatelů drog. I ti respondenti, kteří si malou vodu chválí, však poukazují na to, že se z ní voda hůře natahuje. Malou vodu TP Sananim nosí převážně do pešího terénu na Praze 1, 2, 5 a 13. U sanitky jsou k dispozici většinou vody velké, případně obě velikosti. Vzhledem ke zmiňovaným kladům a záporům tohoto materiálu je možnost výběru spíše výhodou.

Předmětem dalších připomínek se staly samostatně balené inzulínky – injekční stříkačky velikosti 0,5ml a 1ml vyráběné společností B. Braun. Dříve byly tyto injekční stříkačky balené po 10 kusech a na svém konci měly víčka, která klienti hojně využívali při rozdělávání tablet s obsahem buprenorfinu. Bylo spíše překvapivé, že v rámci studie vnesli námítky k samostatně baleným inzulínkám pouze 3 respondenti. Někteří klienti si totiž víčka od starých injekčních stříkaček schovávají do teď. To samozřejmě z hygienických důvodů není ideální. Klienti mají v nabídce tzv. stricups – sterilní „rozdělávačky“, které jsou přímo určené k rozdělávání drogy. Klienti však tvrdí, že jsou příliš nízké a široké. Kromě absence víček si respondenti stěžovali také na jejich samostatné balení (zaberou příliš místa a produkují mnoho odpadu). Jedna klientka to vystihla následovně: „*je to příliš odpadu a chybí mi tam víčka, která jsou ideální na*

rozdělávání S, rozdělovačka je na to příliš nízká“. Důvodem změny by měla být hygienická opatření. U samostatně balených inzulin je totiž více než jasné, která je použitá a která nikoli. V praxi to ovšem často vypadá tak, že klienti si zvláště balené stříkačky vybalí hned po jejich obdržení z obalů, aby se jim vešly do jejich pouzder. Z teoretického hlediska mohou být zvláště balené inzulin opravdu smysluplné například v případě společného soužití více uživatelů drog najednou.

Připomínky směřované k velikosti filtrů, respektive požadavek na více velikostí, než jsou dvě, je k projednání. Respondenti zmiňovali, že větší filtry lépe filtrují. Větší filtry obsahují více vláken, přes která je nutné rozdělanou drogu natáhnout do stříkačky, a tak se toto tvrzení zdá být logické. Schopnost filtru filtrovat však také záleží na tom, jak s ním uživatelé drog zachází. Obecně je platné, že by se s nimi mělo manipulovat co možná nejméně, a to jak kvůli polámání vláken, tak z hygienických důvodů.

Dalším bodem k projednání je požadavek na škrtidlo s přezkou. Jedna respondentka tvrdí, že by ho potřebovala kvůli rychlejšímu procesu aplikace drogy. U sanitky mají klienti možnost obdržet elastické škrtidlo, které je z hlediska efektivnější manipulace při aplikaci drogy, vhodnější. Pokud však klient neumí elastické škrtidlo používat efektivně, může pro něj být snadnější použití toho s přezkou. Proto navrhuji další šetření mezi klienty ústní formou, jejich edukaci v práci elastickým škrtidlem a následné projednání na poradě.

Druhým nejčastěji uváděným důvodem pro návštěvu sanitky, byly zdravotnické služby, zejména testování, ošetření, zdravotnické poradenství, doporučení k lékaři, ale také očkování proti covid 19. Možnosti testování v sanitce klienti hodnotí velmi kladně a využívají jej zejména protože je pro ně snadno dostupné, „bez překážek“, anonymní, rychlé, a provádí ho personál, který znají. V rámci studie klienti často oceňovali možnost testování z plné krve. Ve spolupráci s hepatologickou ambulancí Remedis jsou jednou týdně od roku 2019 součástí poskytovaných služeb také odběry z žilní krve. Tato spolupráce má několik výhod. Provádí ji zkušený zdravotní bratr, kterého klienti znají od sanitky anebo z věznic, kam jezdí odebírat krev. Kromě přátelského přístupu, který respondenti v rámci studie chválili („nemám rád doktory, ale Tomáš je v pohodě...“), je mezi klienty populární také tím, že zvládne odebrat i klienty, kteří mají po letech injekčního užívání zásadně poškozený žilní systém. V běžných zdravotnických zařízeních zpravidla nemají s odběrem krve u takto poškozeného žilního systému tolik zkušeností a tak jsou klienti i zdravotní sestry vystaveni nepříliš komfortní situaci v podobě mnohočetných pokusů o odběr („Tomáš je jeden z mála, co mě umí odebrat“). Další výhodou této spolupráce jsou rychlé výsledky (za týden opět v sanitce), snadnější napojení na lékaře, který se věnuje léčbě VHC u uživatelů drog a instituci Remedis, která poskytuje „Program komplexní péče pro pacienty s komorbiditou závislosti“. Tento program je přehledně popsán autory Fronch Majerová, Vavrinčíková, Krekulová (2021). V roce 2018 se TP Sananim zapojil do projektu podpořeného společností Gilead, který umožňoval podporu klientů v bezinterferonové léčbě. V době pandemických opatření měli klienti možnost se nechat zdarma otestovat na onemocnění covid - 19. Zprvu protilátkovými testy a poté testy antigenními. „nechával jsem se testovat několikrát na covid, když jste testovali, na infekční nemoci mám vlastní doktorku“.

Další zdravotnickou službou, pro kterou klienti dochází k sanitce je zdravotní ošetření. Podle výsledků studie jsou klienti TP Sananim s ošetřením spokojeni a oceňují především přístup pracovníků: „*Zacházení s pacientem na hvězdičku*“; „*výborně, dobré zacházení, nebojím se přijít*“. Lidé užívající drogy injekčně, se často ve zdravotnických zařízeních setkávají se stigmatizací, špatným zacházením, případně úplným odmítnutím: „*nejvíc oceňuju ošetření a zdravotní služby, často mě vyhazují z nemocnice*“. „*Když je mi blbě, jdu raději k sanitce, než k doktorovi*“. Tento problém je zmíněn jak napříč studiemi, které se věnují potřebám klientů nízkoprahových služeb v Praze (např: Šťastná, 2010; Smetanová, 2020), tak odborníky z oblasti zdravotnictví (Krekulová, 2021; Frnoch Majerová et al., 2021). Se strachem z návštěvy zdravotnického zařízení souvisí v této studii také klientské oceňování možnosti asistence nebo sepsání doporučení k lékaři: „*doporučení do nemocnice, bez něj bych tam vůbec nešel*“. Klienti často nemají doklady totožnosti a doporučení k lékaři jim v mnoha případech, ale ne vždy, pomůže tuto bariéru překonat. Herzog et al. (2019) v té souvislosti zmiňuje, že fakt, že řada injekčních uživatelů v Praze nevyhledává zdravotnické služby i přes svůj špatný zdravotní stav, klade velké nároky na nízkoprahové programy a zdravotnický systém. Dlouhodobé oddalování řešení zdravotních obtíží také kvůli strachu z návštěvy zdravotnického zařízení, prohlubuje zdravotní problémy LDI, zhoršuje prognózu onemocnění a zvyšuje náklady na pozdější léčbu (Havlíková, 2020). V Delším horizontu pak špatný zdravotní stav LDI komplikuje léčbu závislosti a návrat těchto osob do běžné společnosti (například omezením pracovních možností). Jak už bylo zmíněno v rámci teoretické části této práce, obecně je dostupnost zdravotní péče pro uživatele drog v Praze, ale i v celé České republice, nedostačující (Šťastná, 2010; Černíková, 2019, Smetanová, 2020; Nováková, 2020; Havlíková, 2020).

V rámci snahy usnadnit klientům přístup ke zdravotnické péči, spolupracoval TP Sananim od 11/2012 do 8/2016 s MUDr. Renatou Školoudovou, která ordinovala v sanitce. V době pandemických opatření (11/2021–3/2022) pak MUDr. Renata Školoudová očkovala lidi užívající drogy proti onemocnění Covid – 19. Jednalo se většinou o klienty bez domova, kteří by jinak neměli k očkování přístup. V rámci dotazování klientů na zlepšování poskytovaných služeb projektu sanitka pak zazněla i potřeba lékaře „*Bylo by fajn mít v sanitce k dispozici opět doktorku, ta nám tu chybí*“. Z výzkumu v KC Progressive vyplývá, že také klienti tohoto zařízení by ocenili přítomnost praktického lékaře (i psychiatra). Z mého pohledu je veškerá forma spolupráce s lékaři „*s nízkoprahovým přístupem*“ (kde klienti mohou přijít bez objednání a bez dokladů a je s nimi zacházeno tak, že se nezdráhají přijít znovu), přínosná. V současné době (1. 1. 2022 – 31. 8. 2022) splňuje tyto parametry v lednu otevřená Ordinace Praha, která je součástí Armády Spásy. MUDr. Andrea Pekárková, která v ordinaci poskytuje zdravotní péči osobám bez přístřeší, je tak velkou pomocí v péči o tuto cílovou skupinu. Ordinace byla zbudována v rámci projektu „*Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez domova*“. Tento projekt realizuje Ministerstvo zdravotnictví České republiky a je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky. Se záměrem seznámit budoucí lékaře s cílovou skupinou rizikově a injekčně užívajících lidí a přiblížit jim celou problematiku užívání NL, navázal TP Sananim v roce 2019 spolupráci se studenty medicíny. V současné době má za sebou spolupráci se dvěma mediky s velmi pozitivní zkušeností.

Stížnosti a podněty k vylepšení zdravotnických služeb směřovaly převážně k rozdávání zdravotnického materiálu. Klienti uváděli, že by potřebovali, aby jim pracovníci rozdávali více zdravotnického materiálu s sebou. Podobný problém zmiňuje v rámci evaluace spokojenosti klientů také Smetanová (2020). Větší množství materiálu se týkalo především mastiček. V rámci této studie jsem zaznamenala spíše požadavek na obvazový materiál než například na mastičky. Jeden respondent uvedl, že s ošetřováním není spokojen, protože zdravotníci dávají příliš mastičky (i když s nimi o tom mluvil). „*Raději si to převážu sám, zdravotníci dávají moc mastičky*“. Někteří klienti mají velmi specifickou představu, co a jak potřebují na ránu dát. Od zdravotnického zařízení se ošetřování v sanitce liší také tím, že zdravotníci o své práci s klienty komunikují. Občas však není snadné pacifické představy klientů naplnit. Klient se může domluvit s jedním zdravotníkem, že by tam z nějakého důvodu chtěl nebo potřeboval méně mastě a pokud to explicitně nezdůrazní, jiný zdravotník mu tam může dát podobné množství. Tato nespokojenost může být podnětem ke snaze předávat si i takovéto (zdánlivě nepříliš podstatné) informace o potřebách klientů v rámci ošetření.

Jeden z respondentů uvedl, že by bylo dobré, kdyby měli zdravotníci „*lepší zdravotnické vybavení*“ v podobě různých krytí na chronické rány (Mepilex), krytí s Ag, více druhů mastí (nevzpomněl si na konkrétní příklady). Seznam zdravotního materiálu je každoročně vyhodnocován a aktualizován v týmu zdravotníků. V posledním roce zdravotníci TP Sananim měli k dispozici i některá speciální krytí na chronické rány. Bylo by dobré tyto zkušenosti vyhodnotit a pobavit se v rámci zdravotnického týmu o případném pořízení některých z nich. V tomto případě však hrají svoji roli také finance.

Podle výsledků studie klienti na poskytovaných službách sanitky jednoznačně nejvíce oceňují přístup personálu, který hodnotí jako vstřícný, ochotný, přátelský a bez předsudků „*Nepošlete nikoho pryč, jste vstřícní, široká škála lidí tu najde pomoc*“. Přístup pracovníků ke klientům byl respondenty zmiňován a kladně hodnocen napříč všemi zkoumanými složkami služeb projektu Sanitka. Přátelský přístup bez předsudků je jedním ze základních předpokladů úspěšné práce s těmito klienty a také podle dalších studií v nízkoprahových programech v Praze (Šťastná, 2010, Smetanová 2020, Nováková, 2020) klienti hodnotí personál nízkoprahových zařízení pozitivně.

Nejvíce oceňovanou intervencí je podle výsledků, pomoc se zdravotními záležitostmi a následuje výměna a distribuce injekčního materiálu. Důležitým momentem v hodnocení práce pracovníků terénního programu, byl odpověď jedné peer pracovnice: „*Jste otevření a zároveň si ale umíte držet hranice, to mě, jako peer pracovníci tolik nejde, mrzí mě ale, že nás – peer pracovníky berete spíš jako klienty než jako kolegy, jako jinde (třeba Brno) ...*“. Téma role a pozice peer pracovníků (a koncept peer programu) je v poslední době v TP Sananim předmětem porad a pracovních setkání. Toto téma by bylo na samostatnou práci, a proto zde není více diskutováno. V rámci zlepšování dosavadních služeb pro klienty – peer pracovníky by možnými cestami v současné situaci mohlo být zahrnutí peer pracovníků do procesu přerámování peer programu formou fokusních skupin, společných návštěv peer programu v Brně, případně peer programů v dalších městech. Tato doporučení vychází z týmové diskuze o daném tématu v rámci jednoho z pracovních setkání.

Zásadní složkou této práce jsou vyjádřené potřeby a návrhy klientů na zdokonalení programu projektu Sanitka jako celku, ale i na zdokonalení jednotlivých intervencí. Nejčastěji navrhovanou formou, jak zdokonalit služby sanitky pro klienty, byla distribuce jídla u sanitky. Mezi konkrétní návrhy patří svačiny v podobě obložené housky, ovoce, jogurty, tyčinka Mila. S distribucí jídla u sanitky má terénní program zkušenosti z dob pandemických opatření, kdy byly klientům distribuovány svačiny. Jako přijatelný systém, který nezpůsobil shromažďování všech skupin lidí bez doma u sanitky, se zdála být distribuce jídla přes peer pracovníky, kteří po sběru u sanitky dostali igelitovou tašku se svačinami a po cestě od sanitky jej distribuovali potřebným. Tento model se zdál být funkční. Otázkou však zůstává, jak úspěšná a náročná by byla distribuce jídla pro rozdávací peer pracovníky, v době, kdy se kolem sanitky pohybuje méně klientů.

Dalším zajímavým návrhem na zdokonalení služeb pro klienty byla sprcha se zástěnou spolu s distribucí hygienických prostředků. Tyto potřeby mohou vypovídat o nedostatečně přístupných možnostech pro klienty, nechat se osprchovat. Možnosti osobní hygieny včetně sprchy mají uživatelé drog zejména v kontaktních centrech, avšak kapacita služby je v těchto zařízeních velmi omezená a z evaluace spokojenosti klientů s KC Progressive (Smetanová, 2020) vyplývá, že kromě kapacity, je pro některé klienty problémem i nedostatek teplé vody. V rámci terénní práce je snaha zajistit občasnou hygienu pro klienty, kteří mají zdravotní problémy například v podobě bércových vředů či jiných rozsáhlých kožních defektů a nejsou schopni či ochotni jít do KC se nechat osprchovat a ošetřit. Jedná se o klienty s duální diagnózou, špatnou zdravotní kondicí, často zahrnující omezenou pohyblivost, kteří jsou na ulici a jakákoli kamenná instituce je pro ně vyšším prahem, než na který by pro ně bylo komfortní a často vůbec možné dosáhnout. Problém dostupnosti sprchy pro lidi bez domova v Praze by bylo dobré řešit v širším měřítku. V rámci dokumentu tisku „Model doplnění stávající sítě kontaktních center v Praze o mobilní ambulance“ (viz příloha č. 2), je odkaz na možné řešení tohoto problému. V San Franciscu tento problém vyřešili předěláním autobusů na pojízdné sprchy pro lidi bez přístřeší (Johnová, 2022). Tato služba přitom neovlivňuje pozitivně pouze sebeobraz a zdraví lidí bez doma, ale také obyvatele pohybující se v jejich blízkosti (v dopravních prostředcích atd.). V případě nezbytné pomoci ve zdravotnickém zařízení pak může fakt, že člověk bez domova není zcela špinavý a zapáchá, zmírnit stigmatizující přístup zdravotníků.

V rámci zjišťování spokojenosti klientů s místní a časovou dostupností služeb projektu Sanitka, bylo zaznamenáno několik návrhů. Změny v časové dostupnosti se týkaly především rozšíření doby, kdy je sanitka k dispozici klientům ve Vrchlického sadech. Potřeby klientů se v tomto ohledu lišily. Šlo o časové návrhy: 11-16hod., 13.-18hod. a dále to byly návrhy na prodloužení služeb sanitky do večerních hodin (8.-9.hod večer).

Z výsledků studie také vyplývá, že klienti jsou spokojeni s dosavadní místní dostupností služby. Zajímavé jsou však připomínky, které se týkaly rozšíření služby na jiné městské části. Klienti se domnívají, že sanitka by byla potřeba i na dalších místech v Praze. V tom se shodují i s některými odporníky, zabývajícími se nízkoprahovými službami a drogovou politikou v Praze.

Jako hlavní důvod, proč by sanitka měla poskytovat své služby i v dalších oblastech Prahy, uváděli respondenti potřebu přístupu ke zdravotnickým službám, zejména ošetření. Navrhovanými lokalitami jsou: **Anděl, I.P. Pavlova, Národní třída, Žižkov, Holešovice a noční služba na Florenci**. Praha dlouhodobě zaznamenává nejvyšší relativní počet LDR (13 000 osob). Na území Prahy se odhaduje 29,4 % z celkového počtu této cílové skupiny v ČR. Výskyt LDR v Praze je ve srovnání s průměrnou hodnotou v ČR 2-3násobný. Rozložení nízkoprahových adiktologických center v Praze je nerovnoměrné a nedostatečné. Zejména se jedná o kontaktní centra, která jsou v Praze pouze 3 a pokrývají pouze dvě městské části. Nedostatek nízkoprahových center pro dospělou populaci rizikově a injekčně užívající drogy, vyrovnávají v jiných městských částech pouze 3 terénní programy. V současné době v Praze fungují dva sanitní vozy, uzpůsobené práci s injekčními uživateli drog. Sanitka Sananim působí na Praze 1 v blízkosti Hlavního nádraží (Po, St, Čt) a Mobilní ošetrovna Drop In působí na Praze 4 a na Praze 8 Florenc (Út a Čt). Přesto, že situace v Praze je podle evropských měřítek více než vhodná, nejsou zde (ani jinde v ČR) dostupné Aplikační místnosti (Chomynová et al, 2022).

Také podle Johnové (2022) jsou nízkoprahové služby pro lidi bez domova a uživatele drog v menším množství, než by bylo potřeba. Důsledkem je přetížení kamenných center těchto služeb a nespokojenost občanů v jejich okolí. Snaha některých městských částí je pak vypovědět tyto služby ze svého území a městské části se dožadují jejich rovnoměrného rozložení po Praze. Umisťování kamenných center pro cílové skupiny jako jsou lidé bez přístřeší, lidé injekčně užívající drogy a osoby pracující v sexbyznysu na území města Prahy, není snadné.

Podle Johnové (2022) je jedním z řešení realizace opatření „**Míst místní pomoci**“. Jedná se o vytvoření postupu vzniku parkovacích míst na komunikacích a pozemcích ve správě Hlavního města Prahy nebo Technické správy komunikací. Místa pak mohou být využívána Odborem sociálních věcí HMP k realizaci sociální politiky a dalších humanitárních opatření. Příkladem jsou Parkovací místa pro nízkoprahové sociální služby. Možným řešením situace obtížného umisťování sociálních služeb jsou podle Johnové (2022) mobilní nízkoprahové sociální či zdravotní služby, využívající automobilů. Příkladem takové služby je právě Sanitka Sananim, Mobilní ošetrovna Drop In nebo Nízkoprahová mobilní služba Naděje. Výhodami, které plynou z využívání mobilních zařízení jsou možnost umístění v dané lokalitě pouze na omezený čas, takže nevytváří dlouhodobou trvalou zátěž a nemají trvalý dopad na kvalitu života místních občanů. Místní dopady těchto zařízení se dají minimalizovat zapojením úklidové a komunitní práce. Další výhodou je, že lze flexibilně reagovat na změny v pohybu osob bez přístřeší či osob užívajících drogy. Vozidla lze využít flexibilně i v mimořádných situacích (např.: testování na covid v přístřeších lidí bez domova atd.).

Vzhledem k stávající situaci, je nutné přemýšlet, co udělat se sítí Harm Reduction služeb. Možným řešením je tedy využití sanitních vozů. Jejich výhodou je možnost parkování na omezenou dobu, a tak nevedou ke koncentraci tak velkého počtu uživatelů drog. Další výhodou je možnost testovat na infekční choroby a ošetřovat a výhodná je také společenská akceptovatelnost zdravotnických služeb – sanitku obyvatelé zpravidla vnímají jako symbol

zdravotní péče a pomoci. Východiskem pro využití sanitních vozů je podle Johnové, 2022 následující:

- nutnost ulevit stávajícím přetíženým kontaktním centrum (alespoň o část kontaktů spojených s výměnou)
- nutnost rozšířit zdravotní péči o uživatele drog, kterým se zhoršuje zdravotní stav
- nutnost chránit společnost před infekčními chorobami testováním
- nutnost navrhnout takový systém, do kterého by byly zapojeny všechny základní městské části

Návrh konceptu „míst místní pomoci“ vznikl v reakci na „Petici za bezpečnou a čistou Prahu 5“, která byla podána 12.11.2021. Zastupitelstvo HMP pověřilo vyřízením této petice radní Mgr. Milenu Johnovou a ve svém usnesení číslo 31/64 k této petici uložilo Radě HMP za úkol zpracovat a předložit Zastupitelstvu hlavního města Prahy: „koncepti a harmonogram pro rozšiřování sítě adiktologických služeb v rámci hlavního města Prahy pro roky 2022–2024“ a „metodiku pro umístování těchto zařízení s ohledem na vliv provozu těchto zařízení na kvalitu života rezidentů (případně negativní zásah do veřejného prostoru)“. Tyto dokumenty měly být předloženy do 30.6.2022. Usnesení, petice a další dokumenty jsou k dispozici na:

<http://zastupitelstvo.praha.eu/ina/tedusndetail.aspx?par=195233036044039000246233054044039000243233051044039000244233048044039000244&id=631588>

30.6.2022 rada HMP schválila opatření "Místa místní pomoci", „s cílem vytvořit celopražskou síť parkovacích míst, které je možné využít k veřejně prospěšným účelům, primárně pro účely poskytování mobilních nízkoprahových služeb“.

Informace, obsažené v této diskusi, jejichž zdrojem není provedená studie nebo informace, které nejsou jinak ozdrojovány, vycházejí z úvah a zkušeností autora.

Závěr

Hlavním cílem této práce bylo zmapovat míru spokojenosti klientů s projektem Sanitka TP Sananim, nalézt silné a slabé stránky poskytovaných služeb a navrhnout řešení pro klienty problematických míst této služby.

Vzhledem k povaze projektu (nizkoprahová služba pro LDR a LDI, vycházející z filozofie Harm Reduction a Public Health, která působí v blízkosti otevřené drogové scény v centru Prahy) se teoretická část zaměřuje na zasazení projektu Sanitka do těchto souvislostí. Zabývá se vysoce rizikovým užíváním návykových látek, sociálními a zdravotními dopady takového užívání a zmiňovanou otevřenou drogovou scénou v centru Prahy. Dále je tato část zaměřena na filozofii Harm Reduction a Public Health a služby, které těchto strategií využívají. Nakonec se věnuje také TP Sananim, kterého je projekt Sanitka součástí a samozřejmě popisu projektu samotného.

Spokojenost byla zjišťována formou polostrukturovaného rozhovoru se 30 klienty této služby, kteří souhlasili s účastí ve výzkumu. Na začátku výzkumu byly položeny výzkumné otázky, na které se podařilo odpovědět. V rámci byla zaměřena pozornost na spokojenost s místní a časovou dostupností a na zmapování spokojenosti se základními složkami služby, jako jsou výměnný program, poradenství, zdravotnické služby a personální přístup. Dále se klienti měli možnost vyjádřit ke službě jako celku, vyjádřit potřebu nových intervencí či navrhnout zdokonalení a změnu intervencí stávajících. Pozornost byla věnována také zjišťování, zda se klientům u sanitky někdy přihodilo něco nepříjemného a zda pozorují v rámci posledních 3 let nějaké změny ve službách.

Z výsledků studie je patrné, že klienti jsou se službami projektu sanitka převážně spokojeni. V rámci stávajících služeb klienti nejvíce využívají výměnný program a poté zdravotnické služby. V rámci zdravotnických služeb je to zejména testování, ošetření, zdravotnické poradenství a doporučení k lékaři. Zdaleka nejvíce klienti na službách sanitky oceňují přístup personálu, poté zdravotnické služby a následně výměnný program.

Připomínky měli především k vydávanému materiálu s sebou, ať už se jednalo o materiál injekční (malé vody, samostatně balené inzuliníky bez víček, absence škrtdla s přezkou, náplasti) tak materiál zdravotní (především obvazový materiál a mastě). V případě zdravotnického materiálu šlo také o návrh pořízení speciálních krytí na chronické rány a dalšího materiálu, vhodného k ošetřování. V rámci zdokonalení stávajících služeb klienti navrhovali zavést potravinový servis, sprchu se zástěnou + hygienické potřeby a ocenili by, kdyby terénní program opět spolupracoval s nějakým praktickým lékařem.

V rámci zjišťování klientského pohledu na vývoj služeb v posledních 3 letech, byly zaznamenány pouze pozitivní odpovědi ve formě oceňování nového vybavení, personálu, rozšíření časové dostupnosti služby, nových intervencí i efektivity práce. Nepříjemné situace, které se klientům přihodily „u sanitky“, měly většinou podobu konfliktu až agrese (slovní či fyzické) mezi klienty, ale také konfliktu s policií nedaleko sanitky či čekání na ošetření před sanitkou.

V rámci místní a časové dostupnosti klienti navrhovali především rozšíření stávajících služeb hodinově, na víkendy a místně navrhovali využití služeb sanitky v dalších lokalitách Prahy. Častěji se objevující odpovědi s formulovanými potřebami dostupnosti například sprchy, potravinového servisu, ošetření či lékaře vypovídá o nedostatku příslušných programů a péče pro lidi užívající drogy rizikově a injekčně v Praze.

Zjištěné informace jsou určeny především vedoucímu a týmu terénního programu Sananim. Základní informace o výzkumném souboru zobrazují věk, nejčastěji užívanou drogu a aktuální bydlení klientů, využívajících služeb projektu Sanitka v roce 2022. Studie pak vypovídá o potřebách a spokojenosti vzorku 30 klientů této cílové skupiny s poskytovanými službami. Připomínky respondentů a návrhy na zdokonalení poskytovaných služeb mohou být východiskem pro případnou diskuzi vedoucího pracovníka s týmem terénního programu a k následným změnám.

Zdroje

Best, D., Gross, S., Vingoe, L., Witton, J., & Strang, J. (2003). *Dangerousness of Drugs: A Guide To The Risks And Harms Associated With Substance Misuse*. Department of Health, London.

Braunwarth, W. Christ, M. Dirks, H. Dyba, J. Härtel, R. Harfst, T., et al. (2017) *Poruchy vzniklé užíváním metamfetaminu*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Buchanan, J. (2006). *Understanding Problematic Drug Use: A Medical Matter or a Social Issue?* *British Journal of Community Justice*.

Connoly, J. (2006). *Responding to open drug scenes and drug-related crime and public nuisance towards a partnership approach*. Pompidou.

Černíková, T., Dárek, D., & Klíma, T. (2019). *Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2017*. Úřad vlády České republiky.

Čmelíková, Š. (2020). *Analýza potřeb klientů terénního programu na Berounsku*. Adiktologie. 1.LFUK. Praha

Darke S, Kaye S, Ketin R, Duflou J. (2008) *Major physical and psychological harms of methamphetamine use*. *Drug and Alcohol Review*.

Domes, A. (2020). *Evaluace spokojenosti pacientů v léčbě závislosti na alkoholu na koedukovaném oddělení PN Kosmonosy*. 1.lf. UK. Adiktologie. Praha

Drápalová, E. (2009). *Metodika harm Reduction a preventivních programů v prostředí zábavy v ČR*. 1.lf. UK. Adiktologie. Praha

EMCDDA (2016). *Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone*, in *EMCDDA Insights: Lisbon*.

EMCDDA and Europol. (2017) *Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA*. 2018. Publications Office of the European Union: Luxembourg

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010). *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018). *Perspectives on drugs. Preventing overdose deaths in Europ*.

European monitoring centre for drugs and drug addiction. (2005). Annual Report 2005. EMCDDA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2009). An overview of the problem drug use (PDU) key indicator. Lisbon: EMCDDA 2009b. Available at: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/567/EMCDDA-PDU-overview_127826.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2013). Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: A review of the data. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Global Commission on Drug Policy (2017). The world drug perception problem: Countering prejudices about people who use drugs. Report 2017. Available at: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/01/GCDP-Report-2017_Perceptions-ENGLISH.pdf

Hartnoll R. General Introduction. In: Stomson G, Hickman M, Quirk A, Frisher M, Taylor C. (1997). Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe. Lisbon.

Havlíková, P. (2020). Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v hlavním městě Praze za rok 2019. Hlavní město Praha.

Hendl, J. (2016). Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál.

Herzog, A (2021). Průběžná interní zpráva o zařízení SANANIM. Období: leden až červen 2021. Terénní programy.

Herzog, A. (2016). Harm Reduction se vyplatí. In Hanáková. Sborník odborné konference: Snižování škod a drogy. Sananim.

Herzog, A. (2021). Závěrečná zpráva o realizaci protidrogové politiky. Projekt Sanitka, práce s uživateli drog na otevřené drogové scéně v Praze. 1.1.- 31. 12. 2020. Terénní programy.

Herzog, A., Kocian, M., Plaček, J. (2019). Zmenšování drogového trhu v centru Prahy. Adiktologie v preventivní a léčebné praxi 2/2.

Herzog, A., Termer, A. (2010). Časopis Dekontaminace: Informační a vzdělávací médium pro uživatele drog. Adiktologie.

Hosák L, Maixnerová R, Valešová D. (2009) Psychotické změny u závislých na metamfetaminu. Psychiatrie.

Hrdina, P. & Korčisová, B. (2003). Terénní programy. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR.

Hrdina, P. (2003). Harm Reduction - Snižování poškození drogami. In Kalina, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky.

Hubínková, M. (2013). Analýza potřeb uživatelů návykových látek v Praze. 1.lf. UK. Adiktologie. Praha

Hunt, Neil. (2003). A review of the evidence-base for harm Reduction approaches to drug use.

CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ROUS, Z., ČERNÍKOVÁ, T., CIBULKA, J., MRAVČÍK, V. (2022). Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021. Praha: Úřad vlády České republik

IHRA (2010). What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. London, UK.

Janíková B. (2015). Harm Reduction. In Klinická adiktologie. Grada Publishing.

Janíková, B. (2008). Harm Reduction – časné intervence v nízkoprahových službách. In KALINA, K. a kol. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing. Psyché.

Janíková, B. (2015). Harm Reduction. In Kalina, K. a kol. Klinická adiktologie. Praha: Grada publishing. Psyché.

Janouškovec, J. (2013). Aplikační místnosti pro uživatele drog – analýza potřeb. Diplomová Práce. 1.lf. UK. Adiktologie. Praha

Jičínská, Lucie (2015). Problémové užívání drog v části Prahy, kde nepůsobí žádný specializovaný nízkoprahový program.

Johnová, M. (2022). Důvodová zpráva. Koncept Míst místní pomoci. Nepublikováno.

Johnová, M. (2022). Model doplnění stávající sítě KC v Praze o mobilní ambulance. Nepublikováno.

KREKULOVÁ, L. (2021). Infekční komplikace injekčního užívání drog. Adiktologie v preventivní léčebné praxi.

Maršálová, L., Mrštík O. (1990). Metodológia a metódy psychologického výzkumu. Bratislava: SPN.

Minařík J. Stimulancia. (2003) In: Kalina K, editor. Drogy a drogové závislosti 1 Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada Publishing. Praha.

Mlejková, L. (2009). Spokojenost pacientů s programem substituční léčby s využitím buprenorfinu v nestátním zdravotnickém zařízení Remedis. Bakalářská práce. 1.lf. UK. Adiktologie. Praha

Moravčík, Viktor & Chomynova, Pavla & Grohmannová, Kateřina. (2019). Koncept problémového užívání návykových látek (Concept of Problem Substance Use). Psychiatrie.

Mravčík V., Chomynová P., Janíková B., Grohmannová K., Orlíková B. (2021) Užívání a dopady metamfetaminu (pervitinu) v kontextu drogové situace v České republice. Profese online.

Mravčík, V., & Nečas, V. (2011). Řešení problematiky otevřených drogových scén, drogové kriminality a narušování veřejného pořádku – možnosti partnerského přístupu: Dovětek k vydání českého překladu. Zaostřeno na drogy.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Franková, E., Nechanská, B., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2021). Zpráva o nelegálních drogách v České republice v roce 2021. Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chromynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková T., Rous Z. et al (2019). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019.

Mravčík, V., Vařeková, Z., Janíková, B. (2022). Analýza situace v oblasti užívání návykových látek s důrazem na výskyt tzv. rizikového (problémového) užívání drog a jeho dopadů v Praze. Brno. Podané ruce.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2020). Návykové látky v České republice v roce 2019. Zaostřeno na drogy. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nováková, E., & Mravčík, V. (2020). Dopady užívání alkoholu na okolí uživatele [journal article]. Hygiena.

Nováková, K. (2017). Analýza potřeb klientů a pracovníků kontaktních center pro uživatele návykových látek ve Zlínském kraji. 1.LFUK. Adiktologie. Praha

Nováková, K. (2020). Evaluace spokojenosti klientů s terénním programem No Biohazard. 1.LFUK. Adiktologie. Praha

Orlíková, B., Csémy, L. (2016). Psychiatrická komorbidita u uživatelů metamfetaminu. Adiktologie.

Palkovič P, Alexanderčíková Z, Slezáková S, Vojtková D, Okruhlica L. (2011). Kombinovaná diagnóza: závislost od metamfetaminů a psychóza. Alkoholismus a drogové závislosti.

Pavlíková, Z. (2020). Evaluace svépomocné skupiny Al-Anon z pohledu jejích členů. 1.LFUK. Adiktologie. Praha

Sananim (2020). Naše služby v době pandemie. Terénní programy. Výroční zpráva Sananim 2020. Praha.

SANANIM, z.ú. (2019). Operační manuál. Terénní programy SANANIM a Terénní programy Sananim 2 pro práci se specifickými skupinami.

Sananim, z.ú. (2019). Žádost o dotaci na MHMP. Financování projektu TP Sananim v roce 2020.

Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2016). Česká protidrogová politika a její koordinace politika závislostí založená na důkazech. Praha: Úřad vlády České republiky

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

Schlag, Anne Katarin (2020). Percentages of problem drug use and their implications for policy making: A review of the literature. Independent Scientific Committee on Drugs.

Singer, M., Bulled, N., & Ostrach, B. (2012). Syndemics and human Health: implications for prevention and intervention. *Annals of Anthropological Practice*,

Smetanová, S. (2020). Evaluace spokojenosti klientů s nabízenými službami kontaktního a poradenského centra Stage 5. 1.LFUK. Adiktologie. Praha

Šťastná, L. (2010). Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Katedra psychologie Filozofické fakulty.

Ventura., V. (2016) Alternativní způsoby aplikace u injekčních uživatelů drog. 1.LFUK. Adiktologie. Praha

WHO, UNDCP, & EMCDDA (2000). Client Satisfaction Evaluations. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66584/WHO_MSD_MSB_00.2g.pdf?sequence=7

WHO/HSC/SAB (1998). The Rapid Assessment and Response guide on psychoactive substance use and injecting drug use (Draft for field testing). <https://www.unodc.org/documents/hiv/aids/IDU%20rapid%20ass.%20and%20resp.%20guide.pdf>

World Health Organisation, (2014). Community management of opioid overdose. World Health Organisation: Geneva.

Seznam zkratek:

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost)

HR – Harm Reduction

KC – kontaktní centrum

LDI – lidé užívající drogy injekčně

LDR – lidé užívající drogy rizikově

NL – návykové látky

NMS – Národní monitorovací středisko

PUD – problémoví uživatelé drog/problémové užívání drog

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

S – Suboxone (tablety s obsahem buprenorfinu a naloxonu)

TP – terénní programy

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Přílohy:

Příloha č. 1 – záznamový arch, určený k fixaci dat během interview

Příloha č. 2 – Model doplnění stávající sítě KC v Praze o mobilní ambulance

Evaluace spokojenosti klientů TP SANANIM s projektem SANITKA

Záznamový arch k polostrukturovanému interview (Markéta Limpouchová)

Pohlaví: muž/žena

Věk:

Národnost:

- 1) **Nejčastěji užívaná droga:** pervitin, heroin, buprenorfin od lékaře/z černého trhu, metadon od lékaře/z černého trhu, jiná droga.....
- 2) **Bydlení:** bez domova, stan, squoat, ubytovna, azylový dům, byt, jiné ubytování.....
- 3) **Jak dlouho využíváš služeb sanitky?**
 - Méně než 1 rok
 - 1–3 roky
 - 3–6 let
 - 6–9 let
 - 9–12 let
- 4) **Vyhovuje ti místo, kde sanitka staví? ANO/ NE (proč/ kde jinde?)**
- 5) **Vyhovuje ti čas, kdy sanitka staví u Hlavního nádraží? ANO/ NE (proč/ kdy jindy?)**
- 6) **Proč chodíš k sanitce?**
- 7) **Co na službách sanitky nejvíce oceňuješ?**
- 8) **Jsi spokojený/á s materiálem k injekční aplikaci, který u sanitky nabízíme? ANO/NE (proč/ co oceňuješ/ co ti chybí?)**
- 9) **Nechával/a ses někdy v sanitce testovat? ANO/NE (proč/ proč v sanitce?)**
- 10) **Byl jsi někdy v sanitce ošetřen/a? ANO/NE Jak bys ošetření zhodnotil/a/ vyhovuje ti materiál, který používáme (mastě, krytí, léky.)?**
- 11) **Jsi spokojený/á s tím, jak pracovníci u sanitky vykonávají svoji práci? ANO/ NE (Můžeš to rozvést/proč, jak bys vylepšil?)**
- 12) **Co se z tvého pohledu u sanitky změnilo za poslední 3 roky?**
- 13) **Zažil/a jsi u sanitky něco nepříjemného? NE/ ANO (co to bylo/ jak by tomu šlo předejít? Př: střet s policií, agrese slovní/fyzická u jiných klientů, konflikt s pracovníkem)**
- 14) **Napadá tě, jak bys služby u sanitky zdokonalil/a? (chybí ti tu něco/co?) Měli bychom dělat něco, co neděláme, rozdávat něco, co nerozdáváme?**

Model doplnění stávající sítě KC v Praze o mobilní ambulance

Vzhledem k velkým nesnázím s případným zřízením nových kontaktních center a přetížením stávajících je nutné přemýšlet, co udělat se sítí HR služeb. Výchozími jsou tyto parametry:

- Je nutné ulevit stávajícím přetíženým Kontaktním centrum, alespoň o část kontaktů spojených s výměnou
- Je nutné rozšířit zdravotní péči o uživatele drog, kterým se zhoršuje zdravotní stav
- Je nutné testováním chránit společnost před infekčními chorobami testováním
- Je nutné navrhnout takový systém, do kterého by byly zapojeny všechny základní městské části

Možným řešením je využití sanitek. Jejich výhodou je:

- a) Mobilní umístění, tedy parkují na omezenou dobu a nevedou ke koncentraci velkého počtu uživatelů drog (což ukázal pilot na TP SANANIM na Praze 8 – Palmovce)
- b) Možnost testovat na infekční choroby a ošetřovat
- c) Společenská akceptovatelnost zdravotnických služeb – sanitku vnímají obyvatelé a občané jako symbol zdravotní péče a pomoci.

Proto uvažujeme modelově o pokrytí území Prahy 1-10, a to tak, aby sanitky působili na každém místě minimálně 2 dny v týdnu (pracovní dny) a to minimálně 4 hodin. Pro pokrytí by stačili 4 sanitní vozy. Podmínkou smysluplnosti je umístění u významného uzlu veřejné dopravy, tedy typicky u stanice Metra.

Sanitní vůz 1 (P 1, 2, 3)

Tento vůz je umístěn v lokalitách s největším výskytem IUD, proto je nutné, aby jeho tým tvořilo 4-5 pracovníků, je vhodné aby to byla jak zdravotní sestra, tak lékař, nebo alespoň 2 zdravotní sestry. Toto je páteří osa péče, parkovací místa nejsou daleko od sebe.

Pondělí	Praha 1 – Vrchlického sady
Úterý	Praha 2 – Karlovo náměstí
Středa	Praha 1 – Vrchlického sady
Čtvrtek	Praha 3 – Florenc
Pátek	Praha 1 – Vrchlického sady

Sanitní vůz 2 (P 2,3,4)

Doplnění vozu 1 na územích nejvíce zatížených.

Pondělí	Praha 4 – Náměstí Bratří synků nebo Kačerov
Úterý	Praha 3 – Florenc
Středa	Praha 5 – Na Knížecí nebo Smíchovské nádraží
Čtvrtek	Praha 2 – Karlovo náměstí
Pátek	Praha 5 – na Knížecí nebo na Smíchovské nádraží

Sanitní vůz 3 (P 4, 6, 7) – může mít menší posádku: řidič – sociální pracovník, adiktolog, zdravotní sestra. Realizuje druhé parkování na Praze 4 (kde parkuje vůz č. 2)

Pondělí	Praha 6 – Dejvická
Úterý	Praha 7 – Nádraží Holešovice
Středa	Praha 6 - Dejvická
Čtvrtek	Praha 4 – Náměstí Bratří synků nebo Kačerov
Pátek	Praha 7 – Nádraží Holešovice

Sanitní vůz 4 (P8, 9, 10) – může mít menší posádku: řidič – sociální pracovník, adiktolog, zdravotní sestra. Má menší počet kontaktů, realizuje minimálně 1 týdně pracovní dobu (např. 3 hodiny na každém místě)

Pondělí	Praha 8 – Palmovka
Úterý	Praha 9 – ? + Praha 10 ?
Středa	Praha 8 – Palmovka
Čtvrtek	Praha 9 – ?
Pátek	Praha 10 – ?

Je to určitě nejprůchodnější a relativně levné řešení. Slabinou je problém, že sanitky nezajišťují hygienický servis. To by bylo řešitelné např. takto.

<https://www.youtube.com/watch?v=3yZCXRjTppg>

Mgr. Milena Johnová

Magistrát HMP/radní