

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF a VFN



Vojtěch Janouškovc

Evaluce procesu programu NON STOP 24

Výdejní automaty na harm reduction materiál

Bakalářská práce

Praha 2008

Autor práce: **Vojtěch Janouškovec**

Vedoucí práce: **Mgr. Barbara Janíková**

Oponent práce: **Mgr. Barbora Orlíková**

Datum obhajoby: **11. září 2008**

Hodnocení:

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucí práce Mgr. Barbaře Janíkové za vedení a podnětné připomínky. Mé poděkování také patří Kristýně Juroszové, která mě po celou dobu tvorby bakalářské práce i v době realizace programu automatů podporovala a dodávala mi sil. Za spolupráci a podporu chci také poděkovat všem kolegům, kteří se na přípravě projektu podíleli.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a studia.

V Praze 8. srpna 2008 Vojtěch Janouškovec

Motto:

Má-li společnost omezovat šíření nákazy HIV/AIDS a hepatitid v rámci komunity intravenózních uživatelů drog a z této komunity do celé společnosti, musí posuzovat dostupnost sterilních jehel a stříkaček celkově jako systém a podpořit ji celou řadou doplňujících opatření.

Obsah

1. Úvod	10
2. Teoretická část	11
2.1. Public health	11
2.2. Pojem harm reduction	12
2.3. Harm reduction u injekčních uživatelů drog	13
2.3.1. Historie	13
2.3.2. Principy harm reduction	16
2.3.3. Poškození spojená s injekčním užíváním drog	18
2.3.4. Metody harm reduction	21
2.4. Cílová skupina harm reduction programů	23
2.5. Služby harm reduction v České republice	27
2.5.1. Konkrétní typy harm reduction služeb	29
2.6. Proč nové strategie a metody?	33
3. Program NON STOP 24	35
3.1. Historie	35
3.2. Teorie programu	36
3.3. Obsah programu	38
3.4. Cílová skupina	38
3.5. Cíle programu	41
3.6. Výhody a příležitosti	41
3.7. Možná rizika	42
4. Praktická část	44
4.1. Cíle	44
4.2. Výzkumné otázky	44
4.3. Volba metodologie	45

4.4.	Metoda získávání dat	45
4.4.1.	Identifikace zdrojů dat	45
4.4.2.	Nominační technika	46
4.5.	Analýza dat.....	47
4.5.1.	Fixace dat	47
4.5.2.	Redukce transkribované verze rozhovorů	47
4.5.3.	Metoda analýzy dat	47
4.6.	Etické normy a pravidla.....	47
4.7.	Výzkumný soubor.....	48
4.8.	Výsledky	49
4.8.1.	Informovanost.....	49
4.8.2.	První odezva.....	50
4.8.3.	Dostupnost HR materiálu v Praze	51
4.8.4.	Soulad s potřebami cílové populace	52
4.8.5.	Skrytá populace.....	54
4.8.6.	Pozitiva programu	54
4.8.7.	Negativa a rizika	55
4.8.8.	Návrhy na možné vylepšení služby	56
4.9.	Výzkumná omezení	58
4.10.	Diskuse	59
5.	Závěr.....	61
6.	Použitá literatura	62
7.	Přílohy	66

Bibliografický záznam

JANOUSHKOVEC, Vojtěch. (2008). Evaluace procesu programu NON STOP 24 - Výdejní automaty na harm reduction materiál. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF a VFN. Vedoucí diplomové práce Mgr. Barbara Janíková.

Abstrakt

Práce představuje nový projekt v systému služeb harm reduction v České republice. Touto službou je program NON STOP 24. Jedná se o program distribuce harm reduction materiálu prostřednictvím výdejních automatů. Práce se nejprve zaměřuje na teoretická východiska pojmu harm reduction a na historický vývoj tohoto druhu služeb ve světě a v České republice. Obsahem práce je evaluace procesu adaptace programu NON STOP 24 po 2 měsících od zahájení. Výzkumná část objasňuje, jak na zavedení služby zareagovala cílová skupina, jak vnímají tuto službu profesionálové z oblasti drogových služeb, zda je tato služba zavedena v souladu s potřebami cílové populace a jaké pozitiva a rizika tato služba přináší.

Klíčová slova: harm reduction, nízkoprahové služby, výdejní automaty, public health, drogy, stříkačky

Abstract

The thesis presents a new program among harm reduction services in Czech Republic. The new service is NON STOP 24. The purpose of the program is about distribution of harm reduction tools via vending machines. The thesis is initially focused on theoretical resources of harm reduction term and historical development of harm reduction programs in the world and Czech Republic. The objective of the thesis is a procedure evaluation of adaptation after 2 month from the initiation. The practical analysis of the thesis shows how the new service affects target group and what the view of professionals from drug services is. The

analysis explores if is the program working properly according to the needs of the target population and what are the positives and negatives.

Keywords: harm reduction, low-threshold services, vending machines, public health, drug, syringes

1. Úvod

Tato bakalářská práce představuje nejmladší projekt v České republice, který vznikl na základě filozofie harm reduction. Tímto projektem je program NON STOP 24. Jedná se o program distribuce harm reduction materiálu pomocí výdejních automatů v hl. m. Praze. Automaty NON STOP 24 pro mne znamenají především výsledek ročního úsilí, které vyvrcholilo 29. května 2008 instalací dvou přístrojů na MČ Praha 5.

Ve své podstatě jsou metody harm reduction obecným přístupem k rizikovému chování či problémovým jevům ve společnosti. První část práce se proto zabývá obecným pohledem na strategie omezující rizika. Na začátku se také věnuji okrajově filozofii public health, která je s principy harm reduction úzce spjata. Pro porozumění pohnutek vedoucích k formování metod harm reduction je podstatná znalost historického kontextu. Tomuto tématu se věnuje kapitola o historii harm reduction. Důležitá je především souvislost s objevem virové infekce HIV/AIDS. V úvodu se dále zaměřuji na teoretická východiska principu harm reduction.

Práce mapuje současnou situaci v oblasti injekčního užívání drog v České republice. Konkrétně se věnuje popisu populace injekčních uživatelů návykových látek v České republice a deskripci dopadů injekčního užívání na jedince i širší společnost. Součástí práce je rozbor systému nízkoprahových harm reduction služeb. Tento rozbor vede až k úvahám o nutnosti zavádět nové služby v oblasti harm reduction. Jednou z těchto nových služeb je právě pilotní projekt NON STOP 24. Cílem práce je zmapování procesu adaptace tohoto programu. První část kapitoly o programu výdejních automatů je zaměřena na představení programu, které dává vzniknout teoretickému rámci. Tímto je dán podklad pro evaluační náplň práce. Praktická část bakalářské práce je věnována kvalitativnímu výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů.

2. Teoretická část

Úvodní část práce je věnována teoretickým východiskům přístupu harm reduction (dále jen HR) a aplikaci tohoto přístupu v praxi.

2.1. Public health

Nežli se zaměříme na samotnou filozofii HR, je třeba se podívat na historicky starší a obsahově nadřazený princip. Tímto principem je public health. Filozofie public health je definována jako studium hrozeb pro zdraví společnosti a hledání způsobů jak tyto rizika odstraňovat.¹ Cílem této filozofie je především prevence onemocnění, prodloužení délky života a zvýšení jeho kvality. Na formování tohoto principu měl zásadní vliv otec myšlenky veřejného zdraví Charles-Edward Amory Winslow² a později Světová zdravotnická organizace (WHO) založená v roce 1948.

Public health se věnuje otázce veřejného zdraví. Ve své podstatě nesleduje zájem jedince, ale zamýšlí se nad ochranou celé populace. Zvláštní pozornost věnuje sociálnímu kontextu, jak zdraví, tak i nemoci. To je do budoucna samozřejmě velmi důležité pro formování přístupů HR. Distribucí sterilního zdravotnického materiálu, sběrem infekčního materiálu a osvětou klientů se snižuje prevalence infekčních onemocnění u uživatelů injekčních drog³ (zejména HIV/AIDS, hepatitid a jiných pohlavně přenosných chorob) a tím potažmo i v celé veřejnosti. Pro otázku veřejného zdraví je totiž velmi důležité si uvědomit, že z hlediska výskytu infekčních onemocnění představuje skupina injekčních uživatelů pro společnost významné riziko. Tyto dva soubory, tedy majoritní společnost a injekční uživatelé, tvoří zcela nezávislé ohraničené celky. Je řada způsobů a cest, kudy se infekční onemocnění mohou šířit z malé skupiny do celé společnosti. HR programy tak představují jeden z nejvýznamnějších nástrojů ochrany

¹ Zdroj: http://www.apha.org/NR/rdonlyres/C57478B8-8682-4347-8DDF-A1E24E82B919/0/what_is_PH_May1_Final.pdf

² Bakteriolog a epidemiolog, mezi lety 1915 a 1945 profesor public health na Univerzitě Yale. Zásadní principy public health formuloval v roce 1920.

³ Návykové látky aplikovatelné intravenózní cestou, v České republice se jedná především o pervitin, heroin, buprenorfin (Subutex), popřípadě kokain (spíše v zahraničí).

veřejnosti před infekčními nemocemi – především HIV, popřípadě virovými hepatitidami.

2.2. Pojem harm reduction

Pojem harm reduction ve své podstatě i v doslovném překladu znamená snižování škod. V obecné rovině se HR, respektive aplikace přístupu HR, uplatňuje v mnoha oblastech lidského chování, jež ve svém důsledku může vést ke vzniku poškození. Přístup HR se vztahuje především k vysoce rizikovému a nebezpečnému chování.

Především v poslední době se termín HR začal užívat zvláště ve spojení se specifickou protidrogovou prevencí, nejčastěji s injekčním užíváním drog. Dříve než vymezím svůj pohled na tematiku drogových závislostí, chtěl bych se pro lepší ilustraci a pochopení zabývat metodou snižování rizik jako takovou. Jak jsem již výše uvedl, jedná se o přístup univerzální, který aplikujeme často v případě, kdy nejsme schopni riziku či možnému poškození zcela zabránit. Názorným příkladem je automobilová doprava. Brzy po rozmachu automobilizmu si lidé uvědomili, že spolu s výhodami přináší rozvoj dopravy i značná rizika. Úměrně tomu, jak rostla obliba a dostupnost automobilů mezi lidmi, rostl i počet zranění a úmrtí. Stejně tak jako bylo jasné, že vývoj již nelze zvrátit, bylo také zřejmé, že nikdy nepůjde zcela zamezit nehodám. Konstrukteři automobilů dostali veřejnou zakázku vytvořit takové bezpečnostní prvky, které by zabránily často i zbytečným zraněním nebo úmrtím. I velmi jednoduché opatření, jako je povinné zavedení bezpečnostních pásů dokázalo významně snížit úmrtnost při dopravních nehodách. Snaha o snížení rizik automobilizmu neměla pouze technickou podobu, do prevence se zařadila i systémová opatření. Mezi tato opatření patřilo zavedení zkoušek pro získání řidičského oprávnění, ale také například i formování dopravních předpisů, upravujících mimo jiné maximální povolenou rychlost.

Aplikace metod HR v praxi je často výsledkem pragmatického pohledu na problém. Tyto přístupy mohou být použity i bez přesné znalosti principu vzniku problému jako takového. Důležitým předpokladem pro vznik HR opatření je především porozumění mechanismu poškození.

Primárním cílem filozofie HR není problém vyřešit nebo zcela potlačit. Filozofie HR nemá v žádném případě ambice vyřešit problém závislostí jako takový. Spíše než na jádro a příčiny problému intervence směřují na jeho důsledky. V případě drogových závislostí se pozornost upíná na důsledky užívání návykové látky a na jejich minimalizaci. Jde především o přístup individuální, tedy zaměřený na individuální potřeby perspektivy daného člověka.⁴ Nadále obsah termínu HR zúžím na oblast drogové problematiky, především pak na téma intravenózního užívání.

2.3. Harm reduction u injekčních uživatelů drog

2.3.1. Historie

Hlavním stimulem pro rozvoj služeb HR bylo uvědomění si významu injekčního užívání návykových látek a sdílení injekčního materiálu mezi uživateli pro šíření infekčních onemocnění, především HIV/AIDS. Samotný pojem HR vešel v širší známost v roce 1987, kdy byla publikována práce Russella Newcomba „High time for harm reduction“.⁵

Nedlouho před touto událostí došlo k zásadnímu objevu, který měl důležitý vliv na formování nových přístupů v práci s uživateli intravenózních drog. V březnu roku 1981 se objevil v ordinaci newyorského doktora muž se skvrnami na nohou. Doktor diagnostikoval vzácné zhoubné bujení kůže, tzv. Kaposiho sarkom. Brzy se v ordinaci objevil další muž se shodnou diagnózou. Současně další doktory v USA zaujaly neobvyklé zápaly plic s rychlým a fatálním průběhem. Odborníci brzy zaznamenali u svých pacientů shodné indicie. Nikdo z nich neskrýval přinejmenším občasnou konzumaci nelegálních návykových látek a promiskuitní chování. V drtivé většině se jednalo o homosexuály. Bylo jasné, že případy spolu souvisí a významnou roli hraje životní styl, tedy především sexuální život a užívání návykových látek. Byly vydány první články, poprvé se o novém

⁴ KALINA, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti 1. Praha: Úřad vlády České republiky. str. 79.

⁵ HUNT, N. (2003). A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Forward thinking on drugs. Dostupné na <http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html> (ověřeno k 10.9. 2007) str. 4.

objevu hovořilo na konferencích a seminářích. Věci nabraly rychlého spádu. Na konci roku 1981 se již hovořilo o nové medicínské jednotce. Tak došlo na přelomu let 1981 a 1982 k prvnímu diagnostikování infekce HIV, respektive syndromu AIDS.

Během několika následujících let došlo k nepříjemnému zjištění toho, jak rozsáhlý problém je. Jak přibývalo pacientů s diagnostikovaným, stále ne příliš prozkoumaným, virovým onemocněním, zaměřila se pozornost na čtyři specifické skupiny. První vytipovanou rizikovou skupinou byli muži s homosexuální orientací. Právě proto byl nově objevený syndrom i nějaký čas nazýván jako GRID (Gay-Related Immune Deficiency).⁶ Další skupinou byli haitští imigranti. Odhalení této skupiny vyvrátilo teorii výlučného propojení infekce HIV a homosexuality. Tito imigranti popírali homosexuální styky, navíc byly diagnostikovány první ženy. Potvrdil se přenos heterosexuálním stykem. Objev třetí rizikové skupiny měl význam pro protidrogovou politiku mnoha zemí. Touto skupinou byli uživatelé heroinu, respektive injekční uživatelé drog obecně. Následně bylo HIV prokázáno i u dětí injekčních uživatelů. Byl potvrzen přenos krevní a vertikální cestou. Poslední rizikovou skupinou byli shledáni hemofilikové. Skrze tuto skupinu byl ověřen přenos krevní cestou a bohužel také pohlavní přenos, protože HIV se objevilo i u řady žen hemofiliků.

Tak skončila sexuální revoluce 60. a 70. let a začala nová éra strachu před „morem“ současnosti. Znalost této historie je zásadní pro pochopení motivů nejen HR opatření. Byly hlášeny miliony nakažených.⁷ Vývoj urychlil vznik mnoha preventivních opatření zaměřených na různé rizikové skupiny. Ve Velké Británii roku 1988 Rada pro zneužívání drog (Advisory Council on the Misuse of Drugs) zformovala opatření, o něž by se měla vláda v tomto pořadí zasazovat:⁸

- Omezit výskyt sdílení injekčního materiálu mezi uživateli drog

⁶ Zdroj: http://www.avert.org/his81_86.htm

⁷ Vývoj celosvětových statistik epidemie HIV viz. příloha č. 1.

⁸ HUNT, N. (2003). A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Forward thinking on drugs. Dostupné na <http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html> (ověřeno k 10.9. 2007) str. 5.

- Omezit obecně výskyt injekčního užívání drog
- Omezit užívání pouličních drog
- Omezit zneužívání léků na předpis
- Snížit počet uživatelů drog

Brzy na to, v roce 1990, byla uspořádána první konference HR v Liverpoolu, jež byla impulzem pro vznik Mezinárodní asociace harm reduction (IHRA). Byl to také Liverpool, kde vznikl jeden z prvních oficiálních programů HR.⁹

Na budoucí rozvoj HR služeb měly zásadní vliv studie, které potvrdily, že výměnné programy mohou snížit HIV séroprevalenci (celkový počet HIV pozitivních osob v populaci), snížit více než jednorázové užití jehly a umožnit mnoha závislým přístup ke zdravotnickým a dalším službám. Takovouto studií byla například práce G. Stimsona, L. Alldritta a K. Dolana s názvem *Injecting equipment exchange schemes: final report* (University of London, 1998). Další studií, která podpořila rozvoj služeb HR, byla studie srovnávající výskyt HIV infekce v 81 městech celého světa.¹⁰ Tato práce dokazuje pozitivní efekt výměnných programů na faktu, kdy v 52 městech, kde byly injekční pomůcky jen těžko dostupné, narostl počet HIV pozitivních v průměru o 5,9 % za rok. Ve 29 městech, kde fungovaly výměnné programy, počet HIV případů kles v průměru o 5,8 % za rok.

Světová zdravotnická organizace (dále WHO) ve své publikaci *Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting drug users* uvádí, že v roce 2004 bylo dokumentováno injekční užívání návykových látek již ve 129 zemí. Ve stejném roce WHO odhaduje celosvětový počet injekčních uživatelů na 14 milionů a v této souvislosti zmiňuje, že každá desátá diagnostikovaná infekce HIV může být připsána sdílení infekčního materiálu uživateli drog. To, že skupina injekčních

⁹ HUNT, N. (2003). A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Forward thinking on drugs. Dostupné na <http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html> (ověřeno k 10.9. 2007) str. 5.

¹⁰ WHO International Collaborative Group. (1994). Multi-city study on drug injecting and risk of HIV. Geneva: WHO. Dostupné na http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_PSA_94.4.pdf (ověřeno k 10.7. 2008).

uživatelů patří mezi nejohroženější a že infekce HIV se může mezi injekčními uživateli drog šířit obrovskou rychlostí, dokumentuje WHO na příkladu Sankt-Petěrburgu, kde se prevalence HIV mezi uživateli zvedla z nuly až na 50-60 % během necelých 2 let.¹¹

Princip HR je v současné době uznávanou metodou prakticky ve všech zemích Evropské unie i mimo ni. Spolu s primární prevencí, léčbou a aktivitami směřujícími k potlačení nabídky tvoří HR jeden ze 4 základních pilířů české protidrogové politiky.¹²

2.3.2. Principy harm reduction

Jak již bylo několikrát zmíněno, HR se zaměřuje na snižování škod. Hunt dále užívá pojem snižování rizik či minimalizace škod. Je třeba však zdůraznit, že ve svém důsledku se neomezuje pouze na snižování zdravotních poškození způsobených injekčním užíváním, ačkoliv se dá tato oblast považovat za primární. HR má vliv i na psychickou a sociální sféru jedince. Jelikož jsou všechny složky, biologická, sociální a psychická, ve vzájemném vztahu, dochází ovlivňováním jedné ze složek i ke změnám v dalších oblastech. O problematice důsledků spojených s užíváním injekčních drog pojednám v dalším bodě. Nyní však k samotným principům HR.

Na HR můžeme pohlížet z několika pohledů:¹³

- a) Hledisko pragmatické - počítá s tím, že užívání psychotropních látek je společenský jev, jehož četnost jsme schopni ovlivnit jen do velmi omezené míry. Přihlíží k tomu, že snižovat rizika spojená s užíváním drog je reálnější než se pouze pokoušet o potlačení užívání drog jako takového.

¹¹ Kol. autorů. (2004). Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting drug users. Geneva: WHO – department of HIV/AIDS. str. 3.

¹² Úřad vlády České republiky. (2005). Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

¹³ HUNT, N. (2003). A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Forward thinking on drugs. Dostupné na <http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html> (ověřeno k 10.9. 2007) str. 6.

- b) Hledisko humanistické - ačkoliv nemusíme užívání drog schvalovat, uživatelovo rozhodnutí bereme jako fakt i jako jeho právo. Ctíme důstojnost a práva člověka.
- c) Hledisko možných škod - užívání drog ve svých důsledcích může vést ke vzniku škod nejen na zdraví, ale také ke škodám v sociálním prostředí, může způsobovat ekonomické problémy a další škody v širší společnosti. Primárně se tedy zaměřují intervence na snížení negativních dopadů na jedince i společnost, až v druhé řadě na omezení užívání drog. Abstinence je brána jako dlouhodobý cíl, který ani nemusí být v každém případě dosažitelný, nicméně ani tento cíl HR v žádném případě nevyklučuje.
- d) Hledisko nákladů a výhod - koncepce HR vychází z předpokladu, že je pro společnost finančně výhodná. Tyto předpoklady jsou samozřejmě založeny na řadě výzkumů na toto téma. Porovnávají se náklady na služby HR, náklady na léčbu infekčních onemocnění, léčbu zdravotních komplikací apod. Většina těchto studií se shoduje, že HR programy jsou skutečně ekonomicky pro společnost výhodné.¹⁴
- e) Hledisko blízkých cílů - HR přístup se zaměřuje na blízké a pro uživatele drog snadno dosažitelné cíle. Jde o filozofii změny „po krůčcích“, které mohou ve svém výsledku vést k méně rizikovému způsobu života, teoreticky až k abstinenci.

Dalším důležitým principem je akceptace. Tedy přijetí skutečnosti, že uživatel drogy bere a nechce nebo neumí s nimi přestat. Důležitá je také akceptace osobnosti člověka vedoucí k toleranci.

V neposlední řadě se pro HR jako naprosto bazální jeví princip nízkoprahovosti. Na uživatele drog nejsou kladeny nároky a požadavky, které jsou pro tuto skupiny často nereálné. Každý program či zařízení má pro příjemce jeho služeb určitou

¹⁴ HUNT, N. (2003). A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Forward thinking on drugs. Dostupné na <http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html> (ověřeno k 10.9. 2007) str. 20.

tzv. psychologickou dostupnost. Můžeme hovořit o jistém prahu, který je klient ochoten „překročit“. Tento práh je tvořen především nastavenými pravidly a přístupem pracovníků. Pro vysokou efektivitu HR programů je důležité být v kontaktu s co nejširší skupinou injekčních uživatelů. Je tedy na místě principem nízkoprahovosti nabídnout tyto služby co nejvíce uživatelům drog. Požadujeme-li po klientovi typu aktivního uživatele drog, aby využil služeb zařízení prvního kontaktu a zapojil se tak do systému péče, musíme tento práh položit co možná nejnižší. Z výzkumů vyplývá, že při dobré aplikaci nízkoprahovosti mohou HR programy oslovit 70 – 80 % problémových uživatelů drog (Hrdina in Kalina, 2003).

2.3.3. Poškození spojená s injekčním užíváním drog

Pro další hlubší pochopení metod a přístupů HR je zapotřebí se zaměřit na poškození způsobená v důsledku užívání injekčních drog. Soubor škod, které se v rámci přístupu HR snažíme minimalizovat, můžeme rozdělit na tyto základní oblasti:

a) Somatická poškození

Tuto oblast tvoří celá řada život ohrožujících infekcí a dalších fyzických komplikací. Nejvýznamnějšími infekcemi jsou HIV/AIDS a virové hepatitidy.¹⁵ Podle studie MUDr. Tomáše Zábranského a MUDr. Viktora Mravčíka *Virová hepatitida typu C u injekčních uživatelů drog v ČR* publikované v roce 2006 je střední hodnota prevalence hepatitidy typu C mezi injekčními uživateli v České republice necelých 35 %. Tato hodnota se však může zásadně lišit v závislosti na lokalitě nebo na stáří uživatelů a délce jejich drogové kariéry. V těchto případech prevalence stoupá.¹⁶

Zcela odlišné mohou být statistiky mezi specifickými skupinami uživatelů. Například podle nedávno zveřejněné studie *Séroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými injekčními uživateli na drogové scéně v hl.*

¹⁵ V našich podmínkách se jedná především o virovou hepatitidu typu B a typu C.

¹⁶ ZÁBRANSKÝ, T., MRAVČÍK, V. (2006). Virová hepatitida typu C u injekčních uživatelů drog v ČR - rozšíření a nové infekce. *Adiktologie* 6 (2 - Supplementum).

m. Praze MUDr. Tomáše Zábranského, zaměřené na specifickou skupinu ruskojazyčných injekčních uživatelů, mělo ze vzorku 59 probandů celkem 83 % pozitivní anti-HCV protilátky.

Podle Národní referenční laboratoře pro AIDS bylo v České republice mezi léty 1986 až 2008 identifikováno 1042 HIV pozitivních osob. Injekční uživatelé v České republice nepředstavují v současné době pro výskyt HIV infekce významný činitel, ze všech známých diagnostikovaných případů této infekce tvoří jen 6,6 %.¹⁷ Procentuelně se prevalence HIV mezi injekčními uživateli v České republice udává méně než 1 %.¹⁸ V evropském měřítku se jedná o velmi pozitivní hodnoty. Vyšších hodnot dosahuje prevalence v národních vzorcích například v Itálii, Lotyšsku a Portugalsku (přes 10 % v letech 2002–2003). Také ve Španělsku naznačují údaje pro rok 2001 velmi vysokou prevalenci. Nejvyšší míry prevalence v regionálních a místních vzorcích (přes 20 % v letech 2002–2003) byly hlášeny ze Španělska, Itálie, Lotyšska a Polska.¹⁹

Mnohem horší situace v oblasti HIV infekce panuje na Ukrajině a v Rusku, kde se vyskytuje 90 % HIV pozitivních osob z celého regionu východní Evropy a Střední Asie.²⁰ Pro HR programy nabývá na důležitosti informace, že hlavním způsobem přenosu HIV infekce v tomto regionu je sdílení kontaminovaného injekčního materiálu. Promořenost injekčních uživatelů v Rusku a na Ukrajině stoupá od hodnot 15 % v Moskvě, po 45 % v Oděse až 60 % v Sankt-Petěrburgu. Ne příliš

¹⁷ ZÁBRANSKÝ, T., JANÍKOVÁ, B. (2008). Séroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými injekčními uživateli na drogové scéně v hl. m. Praze (RUS-IDU-PHA) – souhrnná zpráva. Praha: Centrum adiktologie, PK 1. LF UK. str. 3.

¹⁸ MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, B., ŠKRDLANTOVÁ, E., TROJÁČKOVÁ, A., PETROŠ, O., VOPRAVIL, J., VACEK J. (2007). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006. Praha: Úřad vlády České republiky. str. 42.

¹⁹ EMCDDA. (2005). Výroční zpráva za rok 2005: Stav drogové problematiky v Evropě. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství. str. 64

²⁰ ZÁBRANSKÝ, T., JANÍKOVÁ, B. (2008). Séroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými injekčními uživateli na drogové scéně v hl. m. Praze (RUS-IDU-PHA) – souhrnná zpráva. Praha: Centrum adiktologie, PK 1. LF UK. str. 3.

dobrá situace je také v kavkazských republikách, kde se prevalence pohybuje mezi 10 až 25 %.²¹

Tato čísla by měla být do značné míry pro české nízkoprahové programy varující. Především mezi pražskými nízkoprahovými programy byl od roku 2006 zaznamenán významný nárůst klientely původem z uvedených rizikových zemí, kde se dá hovořit až o epidemii HIV infekce mezi injekčními uživateli drog. Ze statistik a závěrečných zpráv terénního programu NO BIOHAZARD (PROGRESSIVE o.s.) působícím v hl. m. Praze vyplývá, že se podíl denních kontaktů s touto specifickou skupinou zvedl od roku 2006 z nuly až na 20 %. Tomuto vývoji na otevřené pražské drogové scéně se budu dále věnovat v kapitole Cílová skupina HR programů.

Další širokou a poměrně často se vyskytující skupinou somatických komplikací jsou kožní a tkáňové infekce. Klinicky se projevují jako kožní ulcerace, často i rozsáhlé, impetigo, povrchní i hluboké abscesy a flegmóny.

Obecně můžeme hovořit o tom, že v důsledku dlouhodobé aplikace jsou ohroženy všechny tělní systémy a jednotlivé orgány. Následkem dlouhodobého užívání a působení vysokých dávek může dojít k jejich selhání nebo ke zhroucení celého systému. Velké riziko také představují příměsi obsažené ve znečištěné látce, které mohou být v důsledku nebezpečnější než samotná aktivní látka.

V neposlední řadě působíme v rámci HR preventivně proti riziku předávkování, které může být nechtěně způsobeno kumulací aktivních látek v organismu, neodhadnutím kvality aplikované látky, špatným způsobem aplikace apod.

b) Psychická poškození

Mezi tento druh poškození můžeme řadit toxické psychózy, poruchy nálad, deterioraci intelektu a další. Mezi psychické poškození, které se ovšem projevuje

²¹ ZÁBRANSKÝ, T., JANÍKOVÁ, B. (2008). Séroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými injekčními uživateli na drogové scéně v hl. m. Praze (RUS-IDU-PHA) – souhrnná zpráva. Praha: Centrum adiktologie, PK 1. LF UK. str. 5.

v širším bio-psycho-sociálním kontextu, můžeme považovat samotnou závislost (závislostní chování), kterou může jedinec vnímat jako značný diskomfort.

c) Sociální poškození

Injekční užívání drog, respektive závislost na návykových látkách, může ve svém důsledku způsobit rozpad rodiny, přetrhání rodinných a kamarádkých vztahů, ztrátu zaměstnání. Obecně můžeme hovořit o propadu sociálního statutu, vedoucím až k sociálnímu debaklu a vyčlenění jedince na okraj společnosti se všemi dalšími důsledky.

Škody způsobené zneužíváním návykových látek mají často dopad nejenom na jedince samotného ale i na celou společnost. Kromě obecných populačních důsledků, kdy dochází ke zhoršení zdravotního stavu obyvatelstva, můžeme pozorovat i další konsekvence rizikového chování jedince v celospolečenském měřítku. V oblasti infekčních onemocnění jde především o možné riziko přenosu onemocnění do širší společnosti, kdy hlavní cestou přenosu je bezesporu nechráněný pohlavní styk.

Jedním z hlavních a citelných důsledků pro společnost jsou ekonomické ztráty. Pokud ještě chvíli zůstaneme u somatických komplikací, nemocnost injekčních uživatelů značně zvyšuje náklady na zdravotnický systém. Další ztráty pro ekonomiku jsou způsobeny tím, že značná část aktivních uživatelů drog není výdělečně činná, tedy nenaplňuje svůj ekonomicky produktivní potenciál.

Významná část uživatelů injekčních drog se živí nelegální činností. Kriminalita tedy způsobuje další ztráty nejen pro samotné oběti zločinu, ale můžeme sem započítat i náklady spojené s činností policie.

V neposlední řadě je pro širší komunitu významný i dopad rozpadu sociálních vazeb, tedy například rozpad rodiny.

2.3.4. Metody harm reduction

Předchozí kapitoly byly věnovány HR a typům poškození, které užíváním injekčních drog vznikají. Tato část se zaměří na samotné metody, jimiž mohou

různé subjekty působit směrem k minimalizaci těchto škod ve všech zmíněných oblastech.

Základní a nosnou metodou HR je výměna injekčního materiálu a distribuce dalšího zdravotnického materiálu určeného pro bezpečnější injekční aplikaci (desinfekce, čistá voda, filtry). Výměna použitého injekčního náčiní za čisté má dva základní účinky. Nasycením poptávky po tomto druhu zdravotnického materiálu se významně snižuje riziko přenosu infekce sdílením stříkaček, popřípadě dalších komplikací způsobených opakovaným používáním stříkaček. Výměna injekčního materiálu hraje ale také důležitou roli v navázání kontaktu s cílovou populací. To, že nabízíme komoditu, která je pro cílovou skupinu atraktivní, nám dovoluje s klientem navázat dlouhodobý kontakt, na jehož základě můžeme poskytovat další služby. Právě dlouhodobost je často zásadním faktorem úspěšného terapeuticko-poradenského vztahu pracovníka nízkoprahové služby s klientem. Jak jsem již uvedl, abstinence není hlavním cílem metod HR. Přesto motivace směrem k méně rizikovému způsobu života až k možné abstinenci má být do jisté míry naplní každého nízkoprahového programu (Kalina, 2003). Pokud chceme na klienta působit v rámci motivačních pohovorů, je dlouhodobý kontakt opět výhodný. Jedině tak můžeme sledovat klientův pohyb na kole změny, jak ho formulovali Miller a Rollnick ve své knize *Motivační rozhovory* a aplikovat ve správná čas vhodné motivační postupy.

Distribuci zdravotnického materiálu určeného pro injekční aplikaci doprovází edukace o správném způsobu aplikace. Klienti se učí, že některé způsoby aplikace drog jsou méně škodlivé, a pracovníci nízkoprahových programů je dále instruují, jaký další zdravotnický materiál používat a především, jak jej používat správně. Projevuje se zde tak již zmiňovaný pragmatizmus. Pokud nemůžeme uživatele drog přimět k abstinenci, je na místě informovat, že existují bezpečnější způsoby aplikace obecně (míněno jako motivace k přechodu od injekční aplikace např. k perorální) nebo konkrétní bezpečnější postupy injekční aplikace. Veškeré tyto informace jsou určené pro specifickou skupinu osob, jedná se o aktivní uživatele, popřípadě experimentátory, tedy osoby, které zkušenost s návykovou látkou již

mají. Pokud se tyto informace, například v podobě tištěných materiálů, dostanou mimo tento specifický sektor, mohou být chápány jako návod či dokonce jako nabádání k braní drog (Kalina, 2003).

Další metodou HR je edukace cílové skupiny o možných rizicích spojených s jejich rizikovým způsobem života. Jedná se zde například o předávání informací o možných zdravotních komplikacích (viz. bod 2.3.3. Somatická poškození) a z nich vyplývajících opatření, varování před nebezpečím předávkování a metod, jak riziko minimalizovat, instrukce o bezpečném sexu. Jak již bylo předestřeno, cílem HR nemusí být jen somatická rizika, informace a následné intervence je třeba směřovat také na psychickou či duševní oblast uživatele drog.

Program aplikující HR přístup se má také zaměřovat na sociální oblast. Vhodným poradenstvím se může předcházet sociálnímu propadu jedince a předejít tak úplnému sociálnímu debaklu.

Ve svém důsledku může být jako HR metoda chápáno i právní poradenství, na jehož základě lze předcházet zbytečným škodám v klientově životě, které by mohly nastat například v důsledku neznalosti jeho práv a povinností. Podobně je tomu například u krizové intervence. Úspěšnou aplikací metod krizové intervence ve správný čas může být zabráněno vzniku dalších zdravotních následků, traumatizace či dokonce smrti. Obecné cíle nízkoprahových programů v příloze č. 2.

2.4. Cílová skupina harm reduction programů

Jak už bylo v úvodu naznačeno, cílových skupin programů HR může být celá řada. V obecné rovině sem můžeme zahrnout veškeré skupiny ve větší míře ohrožené nějakým druhem rizikového chování. Pokud zúžíme pohled na oblast užívání návykových látek, zůstává nám stále mnoho diferenciovanych skupin, na které můžeme metody HR aplikovat. Samotné užívání návykových látek, jak legálních, tak i nelegálních, totiž přináší řadu rizik.

Cílovou skupinou HR se tak mohou stát i například uživatelé alkoholu či tabáku. Obsahem těchto programů je opět předávání informací o možných rizicích a o

bezpečnějším způsobu aplikace. U uživatelů tabáku mohou intervence směřovat ke změně užívané tabákové formy, tedy motivace k přechodu od kouření k bezdýmým formám tabáku (např. šňupací nebo žvýkací tabák).²²

Velkou skupinou příjemců HR metod jsou návštěvníci tanečních párty, ti totiž vykazují signifikantní rozdíly v prevalenci užití řady ilegálních drog od celospolečenské prevalence daných látek.²³

Podle vzorce užívání návykových látek můžeme uživatele rozdělit do těchto skupin (Kalina, 2003):

- a) **Experimentátoři** – takto jsou označováni jedinci, kteří účinky drog tzv. zkouší. Vzorec užívání této skupiny má podobu občasného a nepravidelného užívání, často různých drog.
- b) **Příležitostní a rekreační uživatelé** – užívání drog se stalo součástí životního stylu. Není však častější než jedenkrát za týden, důsledkem není vznik závislosti a jiných problémů.
- c) **Pravidelní uživatelé** – drogy jsou užívány častěji než jedenkrát týdně. V této skupině je ovlivněn nejen životní styl, ale lze pozorovat škodlivý účinek. Hovoří se o *škodlivém užívání* (MKN-10).
- d) **Závislí** – uživatelé v této skupině již splňují kritéria syndromu závislosti (viz. Nešpor in Kalina, 2003). Často, ale ne vždy, se jedná o tzv. *problémového uživatele*.

Primární skupinou této bakalářské práce jsou právě především problémoví uživatelé drog. Podle Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) je definice pro tuto skupinu následující: Problémoví

²² RODU, B., GODSHALL W. (2006). Tobacco harm reduction: an alternative cessation strategy for inveterate smokers. Harm Reduction Journal. Dostupné na <http://www.harmreductionjournal.com/content/3/1/37> (ověřeno k 6.7. 2008).

²³ KUBŮ, P., ŠKAŘUPOVÁ, K., CSÉMY, L. (2006). Tanec a drogy 2000 a 2003 – výzkumná zpráva dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v České republice. Praha: Úřad vlády České republiky. str. 31.

uživatelé jsou intravenózní uživatelé drog a/nebo dlouhodobí uživatelé opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu. V České republice se odhaduje přibližně 30,2 tisíc problémových uživatelů drog, z toho je odhadováno 10,5 tisíc uživatelů opiátů a 19,7 tisíc uživatelů pervitinu; cca 29 tisíc je injekčních uživatelů drog.²⁴ Tento počet je od roku 2003 poměrně stabilní.²⁵ Počet problémových uživatelů v celé EU odhaduje EMCDDA ve výroční zprávě pro rok 2005 na 1,2 až 2,1 milionu. Celosvětově je pak tento počet odhadován na 13 milionů.²⁶

Podle průzkumu provedeného v roce 2007 Peterem Porubským a Martinem Větrovcem v rámci nízkoprahových programů Sananim²⁷ (v hl. m. Praze) je průměrný věk klientů terénního programu 27,5 roku, kontaktního centra 28 let. Tyto statistiky potvrzují trend, o kterém se již delší dobu hovoří - populace injekčních uživatelů stárne. Tento vývoj potvrzují i Výroční zprávy o stavu ve věcech drog V České republice vydávané Národním monitorovacím střediskem. V kombinaci s poměrně stabilním počtem problémových uživatelů v České republice to představuje pozitivní trend.

Nejčastěji injekčně zneužívanou návykovou látkou v České republice byl podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog za rok 2006 pervitin. Uživatelé pervitinu tvoří v současné době 2/3 problémových uživatelů. Mezi opiáty je nejvíce zneužíván heroin a Subutex (buprenorfin). Počet problémových uživatelů Subutexu byl za rok 2006 odhadnut na 4300. V posledních letech můžeme pozorovat vzrůstající trend tzv. polymorfního užívání drog, tedy kdy uživatel neudává pouze jednu hlavní drogu ale více návykových látek.²⁸ Peter Porubský a

²⁴ MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, B., ŠKRDLANTOVÁ, E., TROJÁČKOVÁ, A., PETROŠ, O., VOPRAVIL, J., VACEK J. (2007). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006. Praha: Úřad vlády České republiky. str. 21.

²⁵ BARTOŠOVÁ, R., CHOMYNOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, B. (2007). Zaostrěno na drogy 5. Praha: Úřad vlády České republiky. str. 3.

²⁶ Kol. autorů. (2004). Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting drug users. Geneva: WHO – department of HIV/AIDS. str. 3.

²⁷ Prezentovaném 13.5. 2008 na AT Konferenci 2008 v Měříně.

²⁸ Zdroj: <http://ar2004.emcdda.europa.eu/cs/page092-cs.html>

Martin Větrovec z občanského sdružení Sananim tento jev také zachytili ve svém průzkumu mezi klienty nízkoprahových programů v Praze.

Z průzkumného vzorku výše zmíněného průzkumu bylo v terénním programu 76 % mužů a 24 % žen. Kontaktní centrum podle tohoto výzkumu navštěvuje více žen než terénní programy (podíl žen v kontaktním centru byl 32 %). Nízkoprahové programy nejsou zdaleka jediným místem, kde můžeme pozorovat signifikantní genderové rozdíly. Podle studie s názvem *Male and female drug use: Is the gap narrowing?* (EMCDDA), publikované v roce 2005, data z léčebných zařízení v EU ukazují, že v počtu klientů dominují muži; ženy tvoří přibližně 20 % klientů. Téměř 90 % klientů doporučených do léčby trestně právním systémem tvoří muži. Podíl žen mezi klienty léčebných zařízení je nejvyšší ve věkové skupině do 20 let (v souvislosti s užíváním amfetaminů) a ve věkové skupině nad 39 let (v souvislosti s užíváním sedativ a hypnotik). Existují také významné genderové rozdíly v typech užívaných látek a modelu užívání návykových látek.²⁹

Významnou skupinou v rámci drogové scény, která si zaslouží zvláštní zřetel, jsou imigranti a cizí státní příslušníci. Tato specifická skupina si zaslouží naši pozornost především z toho důvodu, že se jedná o poměrně nový fenomén drogové scény v hl. m. Praze. Do roku 2006 podle výročních zpráv občanského sdružení Sananim tvořili klientelu nízkoprahových programů z drtivé většiny pouze občané české národnosti. Etnicky byla tato skupina složena z příslušníků romského etnika a příslušníků majoritní společnosti. Situace se zásadně začíná měnit v posledních 2 letech, kdy rapidně narostl počet kontaktů s injekčními uživateli původem ze zemí bývalého sovětského bloku. Jedná se především o osoby z Ukrajiny, Ruska, Běloruska, Gruzie, Dagestánu, Arménie a Čečenska. Tento nový trend potvrzují výroční zprávy občanského sdružení Sananim.³⁰ Zde se uvádí, že v rámci terénního programu jsou pracovníci v kontaktu s přibližně 70 ruskojazyčnými klienty.

²⁹ RADIMECKÝ, J. (2007). Užívání drog a genderové rozdíly. *Medical Tribune* 13/2007. str A6.

³⁰ Zdroj: <http://sananim.cz/vyrocní-zprava-48/vyrocní-zprava-za-rok-2007.html>

Nízkoprahové programy by v budoucnu měly této nové klientele věnovat zvláštní pozornost. Závažným důvodem pro další studium této specifické cílové skupiny je země jejich původu. Jedná se o země, kde v současné době není dobrá situace v oblasti infekčních onemocnění spojených s injekčním užíváním drog, především virových hepatitid a HIV/AIDS (viz. kapitola 2.3.3. Poškození spojená s užíváním injekčních drog). Tito lidé navíc přichází do České republiky často z velmi odlišného sociokulturního prostředí. Kromě jazykové bariéry tedy mohou spolupráci ztěžovat i odlišné komunikační vzorce. V úvahu také připadá fakt, že pro tuto cílovou skupinu mohou být některá témata (např. otázka bezpečného sexu) přinejmenším pobuřující. Na místě je tedy pracovat na vhodných strategiích, jak tuto skupinu oslovit a navázat dlouhodobý kontakt. Dalším důvodem pro navázání hlubší spolupráce je fakt, že jedná o velmi uzavřenou komunitu. Je možné, že se do kontaktu dostala pouze malá část z uživatelů návykových látek reálně se pohybujících na území Prahy, potažmo České republiky. Tento nový fenomén tak představuje z pohledu veřejného zdraví pro programy HR novou výzvu.

2.5. Služby harm reduction v České republice

Následující kapitola bude věnována současnému systému nízkoprahových služeb HR v České republice. Věnovat se budu pouze programům cíleným na injekční uživatele drog.

Nejprve se však podívejme na historii zdejších HR služeb. V České republice (respektive v Československu) byl vývoj tohoto typu služeb oproti světovému trendu opožděn o několik let. Příčinou byla především politicko-sociální situace. Drogy a jejich injekční užívání se samozřejmě v tehdejší společnosti vyskytovaly (jak opiáty, tak tradiční pervitin), prevalence tohoto jevu ale nebyla zdaleka tak vysoká, jako je dnes. Do roku 1989 byla hlavním zdrojem drog domácí produkce.³¹

³¹ KALINA, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti 1. Praha: Úřad vlády České republiky. str. 33.

Situace se radikálně změnila po převratu v roce 1989. Československu se otevřely hranice a spolu se změnou společenské situace doprovázené snížením vnější sociální kontroly a uvolněním poměrů je zahájeno nové období v oblasti zneužívání návykových látek. Začíná nárůst počtu injekčních uživatelů. Rychlost tohoto trendu není zprvu příliš dramatická, Československo se stává nejprve transitní zemí. Situace se významně mění až v období mezi roky 1993 až 2000, kdy, nyní už Česká republika, se stává z hlediska černého trhu zemí cílovou (spotřebitelskou).³²

Na vývoj nové situace přišla rychlá reakce. Již v roce 1990 vzniká občanské sdružení Sananim jako první nestátní organizace zabývající se problematikou závislostí na nealkoholových drogách.³³ Brzy na to dochází ke konci roku 1991 k založení nadace Drop In. V dubnu roku 1992 dochází pod touto nadací k otevření prvního nestátního zdravotnického zařízení pro potřeby uživatelů drog a jejich rodin. Středisko je koncipováno jako nízkoprahové. Sananim zahajuje provoz svého kontaktního centra v roce 1993. Terénní programy vznikají o pár let později, konkrétně v roce 1994 vzniká terénní program v občanském sdružení Sananim, v roce 1996 spouští terénní program Drop In.

Mezi základní programy postavené na podstatě filozofie HR můžeme řadit výměnné programy, programy preskripce, substituční programy, programy prevence předávkování, programy testování tanečních drog.³⁴

Programy HR mají legislativní podporu již v samotné Listině základní práv a svobod. Článek 31 deklaruje: „*Každý má právo na ochranu zdraví*“. Další legislativní rámec se nachází v zákoně č. 379/2005 Sb., konkrétně § 20, odstavec číslo 1 a odstavec číslo 2.³⁵

³² KALINA, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti 1. Praha: Úřad vlády České republiky. str. 34.

³³ Zdroj: <http://sananim.cz/sananim/historie.html>

³⁴ KALINA, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti 1. Praha: Úřad vlády České republiky. str. 266.

³⁵ Příslušné odstavce v úplném znění příkládám v příloze č. 3.

2.5.1. Konkrétní typy harm reduction služeb

Terénní programy

Terénní práce, někdy nazývaná jako streetwork, je formou sociální služby poskytované přímo na ulici v přirozeném prostředí cílové skupiny na tzv. otevřené drogové scéně. Obsahem terénní práce může být také práce na uzavřené drogové scéně, tedy na bytech, v klubech apod.

Obecně jsou hlavní cílovou skupinou terénních programů problémoví uživatelé drog. Terénní programy bývají považovány za první instituci, se kterou se uživatel dostává do kontaktu. Cílem terénních programů je vyhledávat skrytou populaci, navázat s ní kontakt a popřípadě ji odkázat na následné služby.

Kromě základních filozofických východisek HR, public health a nízkoprahovosti terénní programy staví na následujících principech³⁶:

- a) Dobrovolnost - využití služeb terénního programu je založeno na dobrovolném rozhodnutí klienta. Nikdo nemůže a nesmí být nucen využívat těchto služeb. Pokud se klient rozhodne služeb nevyužívat, nesmí na něj být vytvářen jakýkoliv nátlak, aby tak činil.
- b) Anonymita - terénní program je anonymní služba. Všechny služby terénního programu jsou poskytovány bez nutnosti udání jakýchkoliv osobních údajů.
- c) Otevřenost - terénní program je přístupný pro všechny klienty bez ohledu na rasu, národnost, barvu pleti, politickou příslušnost, sexuální orientaci, náboženství, původ, pohlaví, identitu, duševní a fyzické vady, zdravotní stav, předešlou kriminální činnost nebo veřejné postavení.
- d) Dostupnost - terénní programy dbají na velkou dostupnost služeb pro uživatele drog, aby nedocházelo ke zbytečným odkladům a služba byla poskytnuta bez prodlevy, která by mohla vést ke zhoršení situace (stavu) klienta.

³⁶ Zdroj: Operační manuál terénního programu NO BIOHAZARD (PROGRESSIVE o.s.)

Nabízené služby v rámci terénních programů se řídí v zásadě metodami HR (viz. bod 2.3.4.). Terénní programy zaměřené na problémové uživatele drog poskytují tyto služby: výměnný program, sběr injekčního materiálu, sociální práce a poradenství, zdravotní ošetření a poradenství, krizová intervence, základní právní poradenství, individuální poradenství, informační servis – vzdělávání uživatelů, vstupní zhodnocení stavu klienta, doprovázení a předávání klienta do následné instituce, zhodnocení stavu a potřebnosti drogové služby, monitoring drogové scény.³⁷

Kontaktní centra

Jedná se o kamenná zařízení poskytující v zásadě shodné služby jako terénní program. Výhodou kontaktního centra je chráněné a bezpečné zázemí, které umožňuje většinu poradensko-terapeutických aktivit provádět do větší hloubky. Nabídka služeb může zahrnovat i práci se skupinou (např. motivační skupiny). Aktivity kontaktních center podle Kaliny a Kudrleho (2001) zahrnují:

- Všechny prvky včasné intervence, kdy usilujeme o včasný zásah do vývoje možné drogové kariéry, ale také včasná intervence odklánějící škodlivé následky u těch, kteří již drogy užívají pravidelně.
- Lékařské poradenství
- Kontakt na svépomocné aktivity
- Práce s motivací ke strukturované terapii
- Účelné vedení klienta a průběžné sledování postupu v léčbě
- Prvky terapie, které se překrývají s ambulantní léčbou v ambulantních zařízeních.

Jedním z hlavních rozdílů mezi terénním programem a kontaktním centrem je prostředí, ve kterém kontakt probíhá. Zatímco terénní pracovníci vstupují do přirozeného prostředí klienta (pracovník jde za klientem), u kontaktního centra se role do jisté míry obrací. Je to klient, který vstupuje do prostředí, které spravuje

³⁷ Kolektiv autorů. (2006). Seznam a definice výkonů drogových služeb. Praha: Úřad vlády České republiky.

někdo druhý. Kontaktní centra většinou operují s jasně danými pravidly, kterým se klient musí podřídít.

Hlavní cílovou skupinou jsou opět především problémoví uživatelé drog. Dále to mohou být osoby experimentující s návykovými látkami, rodinní příslušníci, partneři a jiné důležité osoby. Jsou možné anonymní i neanonymní kontakty.³⁸ Kontaktní centra vycházejí ze shodných principů a východisek jako terénní programy.

Chod a podobu nízkoprahových programů upravují *Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele nealkoholových drog* (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky). Programy procházejí systémem certifikace vykonávané tzv. certifikačními agenturami.

V roce 2006 bylo v České republice 90 nízkoprahových programů (terénní programy, kontaktní centra).³⁹ V příloze č. 4 je přiložena mapa výskytu nízkoprahových programů a tabulka s vývojem počtu nízkoprahových programů v minulých letech.

Substituční programy

Jedná se o typ programu, kdy se původní užívaná látka nahrazuje jinou látkou (lékem) s bezpečnějším profilem – tzn. známou koncentrací, bez toxických příměsí, s delším účinkem, užívanou většinou perorálně a podávanou (respektive předepisovanou) lékařem podle daného schématu.⁴⁰

Substituční léčba je kauzálním řešením. V mnoha případech, kdy není přechod k abstinenci běžnými terapeutickými přístupy dosažitelný, se jedná o jeden z hlavních nástrojů, jak příznivě ovlivnit klientův stav. Substituce od nelegálního heroinu substitučním preparátem prokazatelně přináší pro daného jedince, ale také

³⁸ Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele nealkoholových drog

³⁹ MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, B., ŠKRDLANTOVÁ, E., TROJÁČKOVÁ, A., PETROŠ, O., VOPRAVIL, J., VACEK J. (2007). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006. Praha: Úřad vlády České republiky. str. 49.

⁴⁰ KALINA, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti 2. Praha: Úřad vlády České republiky. str. 221.

pro celou společnost, minimalizaci zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním ilegální substance.⁴¹

V monografii Drogy a drogové závislosti Popov uvádí následující cíle substitučních programů:

- Skončit s injekční aplikací drog
- Omezit užívání ilegálních drog
- Omezit rizika spojená se získáváním a užíváním drog
- Stabilizace užívání drog
- Přestat s užíváním heroínu a/nebo jiných ilegálních opiátů
- Zlepšit své vztahy s okolím
- Udržet si nebo znovu získat práci
- Pokračovat ve studiu nebo jej zahájit

Hlavním výsledkem substituční léčby má být tedy sociální, psychická a zdravotní stabilizace, snížení negativních dopadů spojených s užíváním nelegálních drog a případně přechod k abstinenci.

Od roku 2000 je v České republice k substituci opiátů užíván metadon připravovaný z dovážené generické substance, který je podáván pouze ve specializovaných substitučních centrech, a dále je od roku 2000 registrován přípravek Subutex (buprenorfin), který může předepisovat jakýkoliv lékař bez ohledu na specializaci.⁴² V roce 2008 vstupuje do praxe zatím poslední preparát pro opiátovou substituci – Suboxone (buprenorfin a naloxon). Každý preparát má jiné farmakologické vlastnosti a způsob využití. Substituce stimulantů není v současné době v České republice dostupná.

V praxi existují tyto formy substituční léčby⁴³:

⁴¹ KALINA, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti 2. Praha: Úřad vlády České republiky. str. 22.

⁴² Zdroj: www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substitucni_lecba/substituce_a_udrzovaci_programy

⁴³ KALINA, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti 2. Praha: Úřad vlády České republiky. str. 221.

- a) Krátkodobá – rychlá detoxifikační substituce, realizovaná nejčastěji během hospitalizace, trvající 1 – 2 týdny.
- b) Střednědobá – prodloužená detoxifikace, prováděná během hospitalizace, někdy ambulantně, trvající několik týdnů až měsíců.
- c) Dlouhodobá – realizovaná většinou ambulantně, udržovací substituce, může trvat několik měsíců až let

V roce 2006 bylo v České republice registrováno 12 substitučních center, z toho 4 v Praze. Zcela nepokryt zůstával kraj Plzeňský, Liberecký, Pardubický, Vysočina a Zlínský.⁴⁴ V roce 2006 bylo ve specializovaných substitučních centrech léčeno 949 osob, z toho 574 metadonem a 375 Subutexem. Vzhledem k odhadovanému počtu 10,5 tisíce uživatelů opiátů není počet uživatelů zapojených do programu substituce příliš velký, ale podle výroční zprávy Národního monitorovacího střediska počet pacientů ve specializovaných centrech substituce roste.

2.6. Proč nové strategie a metody?

V České republice existuje kvalitní a funkční systém nízkoprahových HR služeb. Je to dáno poměrně dlouhou historií, zkušenostmi importovanými ze zemí, kde drogové služby mají ještě delší historickou zkušenost, a snahou řady odborníků tyto služby realizovat. Důkazem, že služby HR v České republice fungují a byly zavedeny ve správný čas, nám mohou být velmi dobré statistiky prevalence HIV a hepatitid v porovnání s ostatními státy Evropy a světa.

Tento úspěch by však neměl znamenat ustrnutí ve vývoji na poli preventivních programů. Ze zahraničních zkušeností, především z východních zemí, můžeme čerpat nepříjemnou zkušenost, že situace se může rapidně změnit během několika málo let. Drogová scéna je živý a proměnlivý systém. Pokud se tomu nepřizpůsobíme, nemusí být námi poskytované intervence dostatečné a efektivní. Domnívám se proto, že i kvalitní systém je třeba stále posilovat. Objevují se trhliny a nedostatky a objevují se nové efektivní nástroje.

⁴⁴ MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, B., ŠKRDLANTOVÁ, E., TROJÁČKOVÁ, A., PETROŠ, O., VOPRAVIL, J., VACEK J. (2007). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006. Praha: Úřad vlády České republiky. str. 34.

Má-li společnost omezovat šíření nákazy HIV/AIDS a hepatitid v rámci komunity intravenózních uživatelů drog a z této komunity do celé společnosti, musí posuzovat dostupnost sterilních jehel a stříkaček celkově jako systém a podpořit ji celou řadou doplňujících opatření. Tato teze ovšem v praxi naráží na řadu limitujících faktorů, především personální, časové a další. Programem, který na tuto skutečnost reaguje, je například projekt výdejních automatů na harm reduction materiál NON STOP 24.

3. Program NON STOP 24

3.1. Historie

Výdejní automaty na HR materiál se poprvé objevují v roce 1987 v Kopenhagenu v Dánsku. O několik měsíců později byl tento druh automatu nainstalován v Norsku.⁴⁵ Následně byly automaty uvedeny do řady dalších evropských zemí (v příloze č. 5 tabulka měst, kde jsou automaty využívány). V České republice byl pilotní projekt výdejních automatů zahájen 29.5. 2008. Projekt, který nese název NON STOP 24, realizuje občanské sdružení PROGRESSIVE. V současné době jsou v provozu 2 automaty na MČ Praha 5.

Idea realizování programu rozšiřujícího stávající HR služby v Praze pochází ze začátku roku 2007. Na poptávku po tomto typu služby poukazovala mimo jiné *Analýza současného stavu a potřeb v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy určených příslušníkům národnostních menšin a přistěhovalcům* (Vacek, Gabrhelík, Miovská, Miovský, 2005). V této analýze se klienti opakovaně vyjadřovali, že by existenci výdejních automatů uvítali.⁴⁶ Zástupci PROGRESSIVE o.s. v dubnu 2007 navštívili německou organizaci Fixpunkt, která v Berlíně v tu dobu provozovala 14 výdejních automatů. Díky této spolupráci dostal program konkrétnější podobu a po návratu z Německa začala příprava na samotnou realizaci projektu.

Zkušenosti získané v Berlíně byly 9.5. 2007 prezentovány na XIII. mezinárodní konferenci Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 46. mezinárodní konferenci AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. V příspěvku s názvem „*Možnost využití výměnného automatu v ČR s účelem zvýšit dostupnost HR prostředků v hl.m. Praze*“ byl představen projekt výdejního automatu a o.s. PROGRESSIVE zde vyslovilo záměr tento projekt realizovat.

⁴⁵ ISLAM, M. M., CONIGRAVE, K. M. (2007). Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. *Harm Reduction Journal* 2007, 4:1. str. 5.

⁴⁶ VACEK, J., GABRHELÍK, R., MIOVSKÁ, L., MIOVSKÝ, M. (2005). *Analýza současného stavu a potřeb v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy určených příslušníkům národnostních menšin a přistěhovalcům. Zpráva z výzkumu.* Tišnov: Sdružení SCAN. str. 55.

3.2. Teorie programu

Obsah projektu výdejních automatů na zdravotnický materiál spočívá v instalování speciálních výdejních přístrojů na místech, kde se nejčastěji vyskytují injekční uživatelé drog a která jsou pro jejich umístění vhodná.

Základní ideou projektu je umožnit injekčním uživatelům drog přístup k čisté injekční stříkačce a dalšímu zdravotnickému materiálu v jakýkoliv den a v jakoukoliv denní dobu a zvýšit tak dostupnost tohoto typu materiálu v lokalitě. Dalším úkolem projektu je oslovit specifické skupiny injekčních uživatel drog.

Ačkoliv v Praze, respektive v České republice, existuje fungující síť nízkoprahových služeb, tyto služby mají zákonitě své limity. Jedná se o limity personální, kapacitní, finanční a omezení z pohledu dostupnosti. Dostupnost programu z pohledu uživatele ovlivňují 4 základní parametry – informovanost o programu, místní dostupnost, časová dostupnost, prahová dostupnost.

Dostupnost programu je úplně v základu ovlivněna tím, zda klient o službě ví. Pokud uživatel o službě ví, je dalším kritériem rozhodnutí, zda službu využije, místní dostupnost, tedy zda ví, jak se na místo dostat a jestli se tam má jak dostat. Pak klient samozřejmě zvažuje možnost, zda není jiná, bližší a snazší možnost, jak materiál získat. Dalším bodem, který ovlivní dostupnost služby, je to, zda má program otevřeno. Důležitou úlohu tedy hrají provozní hodiny programu. V neposlední řadě jde o otázku nastavení prahu programu. Klient se rozhoduje, zda přijde do kontaktu s danou službou podle toho, zda jsou pro něj akceptovatelná pravidla programu, jakou má program atmosféru a image apod. Význam zmíněných aspektů pro cílovou skupinu podporuje *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003* (Miovská, Miovský, Gabrhelík, Charvát). Program NON STOP 24 reaguje především na situaci v oblasti časové a prahové dostupnosti.

Z pohledu časové dostupnosti jsou v Praze nejvíce problematické noční hodiny. Jediný zdroj HR materiálu představují lékárny s nočním provozem, dvakrát v týdnu funguje noční výměna (22.00 – 1.00) terénního program Drop In. Nákup

sterilního zdravotnického materiálu v lékárnách se však ukazuje jako poměrně komplikovaný. Na základě průzkumu provedeného mezi klienty terénního programu NO BIOHAZARD (PROGRESSIVE o.s.) na začátku roku 2007 vyšlo najevo, že hlavním problémem je cena, za kterou lékárny injekční materiál nabízejí. Lékárny často prodávají stříkačky po 10 kusech nebo po celých krabicích (100 ks). To pro uživatele znamená vysokou jednorázovou investici. Ukázalo se také, že některé lékárny s prodejem stříkaček skončily úplně nebo je nechtějí uživatelům drog prodávat. To se též potvrdilo z výpovědí několika respondentů kvalitativního výzkumu (viz. Praktická část).

Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003 poukazuje na další důležitý fenomén. V části o důvodech pro nevyužití nízkoprahových služeb se téměř všichni respondenti (19 z 20) vyjádřili, že mají ve svém okolí někoho, kdo nevyužívá služeb nízkoprahových programů. Počet těchto přátel se pohybuje v rozmezí mezi 1 až 20. Jako hlavní důvody uvádějí⁴⁷:

- Nechtějí, aby někdo věděl, že berou drogy. Stydí se za svoje chování
- Nedůvěra – mají obavy z propojení s policií a nezachování anonymity
- Kupují materiál v lékárnách, mají dostatek peněz
- Nechtějí se potkávat s dalšími uživateli, nechtějí být konfrontováni s těžkými uživateli drog
- Stříkačky jim donese někdo jiný
- Nejsou spokojeni s nastavenými pravidly
- Nemají informace, často klienti s krátkou drogovou kariérou (1-2 roky)

To, že existuje část injekčních uživatelů, kteří nejsou v kontaktu s nízkoprahovými službami, potvrzují výzkumy, které hovoří o tom, že i při dobré aplikaci nízkoprahovosti programy oslovují jen 70 – 80 % problémových uživatelů drog.⁴⁸ V této souvislosti se projekt výdejních automatů jeví jako velmi

⁴⁷ MIOVSKÁ, L., MIOVSKÝ M., GABRHELÍK, R., CHARVÁT M. (2005). *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003*. Praha: Úřad vlády ČR. str. 50.

⁴⁸ KALINA, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády České republiky. str. 265.

efektivní nástroj, jak oslovit i tu skupinu, která není v kontaktu se stávajícími službami. Efektivnost služby výdejních automatů v tomto směru potvrzuje například studie z Berlína.⁴⁹ Výsledky této studie ukazují, že uživatelé využívající ve větší míře výdejní automat mají signifikantně kratší historii užívání drog, mají často legální příjem a řada z nich nechce z různých důvodů kontaktovat klasické nízkoprahové programy.

3.3. Obsah programu

Pilotní fáze projektu byla zahájena instalováním 2 výdejních automatů na MČ Praha 5. V automatech je možné za určitý finanční obnos zakoupit set s různým obsahem. V současné době je v nabídce 5 různých setů (viz. příloha č. 6).

Balíčky dále obsahují informace o infekčních onemocněních a místech testování, informace o systému léčby závislostí v ČR, instrukce o bezpečné likvidaci injekčního materiálu. Každý set obsahuje návod a upozornění (viz. příloha č. 7). Dle § 9 odst.1 zák. 634/1992 Sb. – (zákon o ochraně spotřebitele) musí být každá prodávaná věc opatřena návodem a upozorněním. Návod byl vytvořen záměrně tak, aby nemohl být chápan jako přesná instrukce k aplikaci drog.

U jednoho z automatů je umístěn bezpečnostní kontejner na odhoz použitých injekčních stříkaček.

Na automatech jsou vylepeny informace a kontakty na lékárny v okolí, lékárny s nočním provozem, zdravotnická zařízení (pohotovosti), terénní programy a kontaktní centra a tísňové linky. Protože automaty mohou zaujmout i osoby neužívající injekční drogy, nachází se zde také kontakty na poradny pro rodiče a blízké osoby uživatelů drog.

3.4. Cílová skupina

Primární cílovou skupinou jsou osoby, které experimentují s návykovými látkami nebo jsou problémoví uživatelé návykových látek. Za cílovou skupinu lze považovat široké spektrum injekčních uživatelů drog stejně jako u klasických nízkoprahových programů HR.

⁴⁹ STARK, K., LEICHT, A., MÜLLER, R. (1994). Characteristics of users of syringe vending machines in Berlin. Berlin: Sozial und Praventivmedizin.

Ze zahraničních zkušeností vyplývá (viz. kapitola 3.2.), že struktura populace, která získává injekční náčiní z výdejních automatů, je často poněkud odlišná než struktura populace účastníci se programů klasické výměny - hovoří se o *high-risk groups* a *hard-to-reach groups*. Jde často o skupiny uživatelů, kteří nejsou z rozličných důvodů v kontaktu se žádnou službou HR. Jedná se také o vysoce rizikové skupiny z pohledu rizik přenosu infekčních onemocnění, především HIV.

Hard-to-reach groups

V obecné rovině lze za tyto skupiny považovat jedince a skupiny, které žijí na okraji společnosti, tvoří tzv. skrytou populaci (segregované etnické menšiny, lidé bez domova, uživatelé drog apod.).⁵⁰ Jedná se o osoby, které se určitým způsobem dostali nechtěně na okraj společnosti nebo o osoby, které záměrně z různých důvodů o kontakt s institucemi nestojí.

V užším pojetí oblasti adiktologie můžeme za hard-to-reach skupiny považovat takovou cílovou klientelu, která je i v rámci klasické cílové skupiny (injekční uživatelé drog) těžko kontaktovatelná. Důvodů je celá řada. Některé skupiny injekčních uživatelů o kontakt s klasickým HR programem nestojí, především z důvodu možné identifikace osoby se skupinou uživatelů drog. Často se jedná obecně o osoby, které v neznámém prostředí jednají s velkou nedůvěrou k okolí. Takovou skupinou mohou být např. imigranti či etnické minority. Mezi tuto skupinu se dále často řadí ženy. Za těžko kontaktovatelné se také považují velmi mladí uživatelé, kteří se z důvodu obavy nebo neochoty HR programům vyhýbají.⁵¹

Specifickou skupinou jsou uživatelé s vyšším sociálním statutem, jimiž může být kontakt s klasickým HR programem subjektivně vnímán jako „krok dolů“. Tento fenomén se objevil ve výpovědi jedné účastnice výzkumu (viz. Praktická část).

⁵⁰ BRACKERTZ, N. (2007). Who is hard to reach and why? Swinburne: Institute for Social Research. str. 2 Dostupné na <http://www.sisr.net/publications/0701brackertz.pdf> (ověřeno k 20.7. 2008).

⁵¹ ISLAM, M. M., CONIGRAVE, K. M. (2007). Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. Harm Reduction Journal 2007, 4:1. str. 7.

Překážku může představovat také stud. Kalina (2003) v souvislosti se skrytou populací uživatelů drog hovoří o těchto skupinách:

- experimentátoři - mladí uživatelé v počátečních stádiích drogových experimentů
- děti ulice, které nacházejí přechodný azyl v drogových bytech a squatech
- pravidelní uživatelé drog, jejichž zdravotní a sociální situace ještě není debaklová a nejsou motivováni ke kontaktu s pomáhající institucí. Pravidelným užíváním se myslí minimálně víkendové užívání.

High-risk groups

Za high-risk skupiny se v užším pojetí v oblasti drogových závislostí považují skupiny uživatelů, kteří svojí specifikací představují zvýšené riziko z pohledu možného šíření nákazy infekčních nemocí (především HIV/AIDS a hepatitidy). Jedná se o osoby z rizikových zemí (země, kde je mezi uživateli drog vysoká prevalence infekčních onemocnění), osoby se značně rizikovým způsobem života, lidé ve výkonu trestu odnětí svobody apod.⁵²

Sekundárně tvoří cílovou skupinu projektu osoby, které z nějakého zdravotního důvodu potřebují injekční náčiní (např. diabetici) a lidé, kteří potřebují kondom a nemohou si jej zakoupit z důvodů zavřených obchodů nebo také proto, že se stydí (zejména mladí lidé).

Primární cílová skupina je o programu informována prostřednictvím terénního programu (NO BIOHAZARD) a kontaktního centra (STAGE 5). Šířeny jsou informativní letáky (česká a ruská verze) se základními informacemi o programu. V přípravě je oznámení do časopisu Dekontaminace (Sananim o.s.). O zahájení programu byly informovány všechny subjekty poskytující nízkoprahové služby v Praze.

⁵² ISLAM, M. M., CONIGRAVE, K. M. (2007). Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. Harm Reduction Journal 2007, 4:1. str. 7.

3.5. Cíle programu

Obecným cílem programu je především minimalizovat zdravotní poškození spojená s užíváním drog. Jedná se o poškození týkající se jak klienta samotného, tak celé společnosti. Cílem je také poskytnutí žádané služby (HR materiálu) okamžitě a neprodleně dle potřeb klienta, v jeho přirozeném prostředí. Program doplňuje preventivní opatření především v oblasti prevence HIV/AIDS infekce. Záměr programu míří k rozšíření stávající nabídky HR služeb. Program funguje 24 hodin denně, je možné ho využívat i v nočních hodinách.

Významným cílem programu je umožnit přístup k HR materiálu specifickým skupinám injekčních uživatelů. Jedná se především o tzn. high-risk groups a hard-to-reach groups (viz. bod 3.4. Cílová skupina).

V neposlední řadě automat představuje důležitý zdroj informací. Jak na samotných setech, tak i na čelní straně automatu, se nachází široké spektrum kontaktů na pomáhající organizace především z oblasti drogových služeb. V příloze č. 8 uvádím specifické cíle programu.

Cílem programu v žádném případě naopak není nahradit klasický HR program. Jedná se pouze o mechanický prostředek rozšiřující dosavadní služby HR. Kontakt s profesionálem je pro specifickou práci s uživatelem drog nenahraditelný.

3.6. Výhody a příležitosti

Tato kapitola shrnuje výhody a možné přínosy, které můžeme od programu výdeje HR materiálu automaty očekávat.

Zvýšení dostupnosti HR materiálu

Jeden ze základních přínosů programu výdejních automatů tkví ve zvýšení dostupnosti specifického zdravotního materiálu.⁵³ Touto skutečností je podpořen princip HR a public health.

Rozšíření ochrany veřejného zdraví

⁵³ MILLER, S. (2005). ACT Syringe Vending Machines Trial 2004 – 2006: Progress report no. 1. Canberra: Social Research & Evaluation Pty Ltd.

Oslovením širší skupiny injekčních uživatelů drog se zvyšuje efekt ochrany veřejného zdraví a dosah metod HR. Významný příspěvek představuje oslovení specifických a často velmi rizikových skupin uživatelů.

Časová dostupnost

Automaty fungují nepřetržitě 24 hodin denně po celý rok vyjma času pro nutný servis a další obsluhu.

Oslovení skrytých a rizikových skupin injekčních uživatelů drog

Již vícekrát zmíněný významný potenciál programu výdejních automatů. Kromě nabídky HR materiálu je důležitý prvek předání informací (např. o infekčních nemocech, kontakty na zařízení apod.) těmto specifickým skupinám.

Vysoká anonymita

Program nabízí vysokou míru anonymity, díky níž je využíván specifickými skupinami uživatelů drog.⁵⁴

Nízké provozní náklady

Program není náročný na provozní náklady. V ideálních podmínkách se může program stát samofinancovatelným.

Místo pro odhoz infekčního materiálu

Bezpečnostní kontejner nabízí možnost bezpečného odhozu injekčního materiálu.

Snadná obsluha

Podle *Needle and syringe program policy and guidelines* (NSW, 2006) neexistují žádná omezení, kde může být automat umístěn. Instalace není ani technicky náročná. Obsluha automatu je navíc velmi snadná.

3.7. Možná rizika

Následující kapitola bude věnována možným rizikům a negativním důsledkům programu výdejních automatů.

Zvýšení prevalence užívání drog

Podobně jako u klasických výměnných programů zde existuje obava, že nabídka injekčních stříkaček zvýší konzumaci drog ve společnosti. Tato obava je v případě

⁵⁴ NSW. (2006). *Needle and syringe program policy and guidelines*. Sydney: NSW Department of health. str. 13.

výdejních automatů ještě více podpořena tím, že zdravotnický materiál včetně injekčních stříkaček je dostupný všem bez jakékoliv kontroly. Harm reduction bývá kritizováno za to, že vysílá špatnou zprávu veřejnosti a podlamuje snahu primárně preventivních programů.⁵⁵ Neil Hunt uvádí, že několik studií zaměřených na možné zvýšení užívání drog po zavedení výměnných programů tuto obavu nepotvrdilo. Domnívá se také, že tvrzení o možném zvýšení prevalence užívání drog způsobeném zvýšenou dostupností aplikačních prostředků podceňuje multifaktoriální příčiny vedoucí k užívání drog.

Špatná zpráva veřejnosti

Tato negativní zpráva může pramenit z přesvědčení, že vláda má proti drogám bojovat, zatímco výdejní automat může být vnímán jako ústupek či dokonce podpora užívání drog.

Ztráta kontaktu s odborníkem

Ačkoliv neexistuje studie, která by se přímo tomuto problému věnovala, existuje zde hypotetické riziko, že výdejní automat způsobí ztrátu kontaktu uživatele drog s odborným personálem klasického výměnného programu. Přerušení kontaktu způsobí skutečnost, že uživatel drog upřednostní anonymní a bezkontaktní službu před programem, který má vyšší práh. Protože výdejní automat nemůže kontakt s odborníkem plně nahradit, byl by to proto negativní důsledek. Tomuto jevu alespoň částečně brání fakt, že jde o zpoplatněnou službu.

⁵⁵ HUNT, N. (2003). A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Forward thinking on drugs. Dostupné na <http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html> (ověřeno k 10.9. 2007) str. 12.

4. Praktická část

Praktická část práce je věnována evaluaci procesu programu NON STOP 24. Program byl zahájen 29.5. 2008. Jedná se o výdej HR materiálu pomocí automatů. Cílem je rozšířit služby HR a oslovit skryté populace injekčních uživatelů. Hlavním motivem pro realizaci výzkumu je zmapovat průběh adaptace – zjistit názory odborné veřejnosti a cílové skupiny a zjistit zda projekt naplňuje očekávání. Získaná data budou použita pro optimalizaci služby.

4.1. Cíle

Hlavním cílem výzkumu je *zmapování procesu adaptace nové služby výdejních automatů na zdravotnický harm reduction materiál v hl. m. Praze*. Tento výzkum přichází po 2 měsících od zahájení projektu. Jedná se o první studii zaměřenou program NON STOP 24.

Program NON STOP 24 je zcela nový typ služby HR v České republice. Do současné doby zde fungoval systém HR založený pouze na programech s personálem, kde je distribuce HR materiálu nezaplatněna.

Záměrem výzkumu je zjistit, zda je tato nová služba mezi klienty stávajících nízkoprahových programů v Praze již známá, popřípadě jaká je odezva na tento program.

Jako sekundární cíl bylo stanoveno *zjistit, zda je služba zavedena v souladu s potřebami cílové populace a stanovit návrhy na možné vylepšení či zkvalitnění služby*.

Studie zahrnuje klienty nízkoprahových pražských zařízení, pracovníky drogových služeb a další osoby, které byly pro tento výzkum vybrány.

4.2. Výzkumné otázky

Byly položeny tyto výzkumné otázky:

- Jsou použité způsoby zavedení služby vhodné?
- Jaká pozitiva a negativa zavedení služby přináší?
- Jak je nová služba vnímána klienty a profesionály?

4.3. Volba metodologie

Pro výzkum byl vybrán kvalitativní přístup. Důvodem pro výběr kvalitativní metodologie byl záměr získat individuální zkušenosti a názory respondentů. Takto získaná kvalitativní data poslouží k poznání procesu adaptace ve všech jeho rozměrech.

Jako základní přístup evaluace byl vybrán *formativní přístup*. Jedná se o kombinaci *responzivní evaluace* (záměrem je vyhodnotit, jak program působí na jeho účastníky – klienty) a *expertní evaluace* (dotazovanými jsou experti).

Data byla získávána metodou *moderovaného rozhovoru* (individuálního), konkrétně formou *polostrukturovaného interview*. Metoda byla zvolena pro svůj „prostor“, který tento druh rozhovoru tazateli dává. Jelikož se jednalo o první interview zaměřené na toto téma, dalo se předpokládat, že se v průběhu rozhovoru budou otevírat nové a nečekané skutečnosti. Záměrem bylo tyto poznatky otázkami a doptáváním dále rozvádět.

4.4. Metoda získávání dat

4.4.1. Identifikace zdrojů dat

Účastníky výzkumu lze rozdělit na dvě základní skupiny:

- Klienti pražských nízkoprahových zařízení
- Pracovníci z oblasti drogových služeb a další vybrané osoby (viz. Výzkumný soubor)

Kritéria pro zařazení do studie:

- Klienti: problémoví uživatelé dle definice EMCDDA (viz. bod 2.4. Cílová skupina harm reduction programů)
- Pracovníci:
 - aktuální zkušenost s prací v oblasti léčby či prevence závislostí
 - aktuální zkušenost s prací ve státní správě nebo samosprávě (koordinace protidrogové politiky)
 - zdravotnický nebo lékárenský pracovník

4.4.2. Nominační technika

Účastníci výzkumu byli vybírání metodou *záměrného výběru*. Cílem bylo vytvořit pestrou a reprezentativní skladbu výzkumného souboru - to platí jak pro skupinu klientů, tak pro skupinu pracovníků.

Klienti nízkoprahových programů byli vybírání podle následujících kritérií:

- Byl proveden rozhovor s externím pracovníkem HR programu. Cílem bylo oslovit zkušeného uživatele s delší drogovou kariérou a s náhledem na problematiku HR služeb.
- Ve výběru byly 3 ženy. Ženy tvoří jednu z hlavních skupin skryté či tzv. hard-to-reach populace.
- V záměru bylo oslovit cizojazyčného klienta – tento záměr se bohužel nepodařilo naplnit.
- Ve výzkumu byl osloven romský klient
- Do výzkumu byl vybrán mladistvý uživatel.

Cílem bylo pokrýt co nejširší spektrum uživatelů pohybujících se na pražské otevřené drogové scéně v rámci malého souboru.

Pracovníci byli vybírání podle následujících kritérií:

- Z profesionálů z drogových služeb byli osloveni pracovníci nízkoprahových programů, protože aplikování HR metod je jednou z hlavních náplní jejich činnosti. Jelikož pražská drogová scéna vykazuje určité odlišnosti od situace v okolních částech republiky (počet klientů, hlavní zneužívané návykové látky apod.), bylo výzkumným záměrem oslovit také pracovníka mimopražského zařízení HR s cílem získat názor člověka, který má odlišnou profesní zkušenost.
- Do výzkumu byl dále zahrnut pracovník státní samosprávy se zaměřením na protidrogovou prevenci.
- Účastníkem výzkumu se stal lékárenský pracovník z lékárny v blízkosti výdejních automatů. Lékárny jsou také důležitým zdrojem harm reduction materiálu a hrají svoji roli v oblasti veřejného zdraví.

4.5. Analýza dat

4.5.1. Fixace dat

Pro fixaci dat byl použit zvukový záznam pomocí diktafonu. Zvukový záznam vytváří více prostoru pro přímé pozorování všech aspektů (verbálních i neverbálních) rozhovoru. Audiozáznam všechny tyto kvality mluveného slova zachycuje (Miovský, 2006). Díky tomu, že není třeba si v průběhu rozhovoru dělat písemné poznámky, je více času na přemýšlení o obsahu sdělovaného a případnou rozvahu, kam rozhovor dále rozvíjet.

4.5.2. Redukce transkribované verze rozhovorů

Po převedení dat do textové podoby byly rozhovory upraveny pomocí *redukce I.* a *II. řádu*.

Redukcí I. řádu vznikl srozumitelnější a přehlednější celek vhodnější pro další analytickou práci. V této redukci se z tzv. plné transkripce (úplné verze) vynechají části vět nesdělující identifikovatelnou informaci a výrazy které text spíše narušují a netvoří podstatnou součást nositele informace (Miovský, 2006).

Pro následnou úpravu textu a přípravu dat pro analýzu byla užita technika *barvení textu*. Při této technice se barevně označují tematické celky a specifická témata. Takto upravený text umožňuje snadnější orientaci a zpracování (Miovský, 2006).

4.5.3. Metoda analýzy dat

Pro analýzu dat byla vybrána metoda *zakotvené teorie*. Tato teorie je induktivně odvozená z procesu zkoumání jevu, který reprezentuje (Miovský, 2006). Metoda byla vybrána především pro svou flexibilitu, která umožňuje zpracování takto specifických dat. Jak uvádí Miovský (2006), jednou z velkých výhod metody zakotvené teorie je její schopnost integrovat v rámci kvalitativní analýzy data získávaná odlišným způsobem a využít tak nejen více různých metod získávání dat, ale současně využívat různých přístupů v samotné analýze.

4.6. Etické normy a pravidla

Základním předpokladem výzkumu bylo neohrozit při získávání dat a informací účastníky výzkumu.

Všichni oslovení respondenti, kteří vyslovili souhlas s účastí ve výzkumu, podepsali *Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu* (viz. příloha č. 9).

Všichni respondenti se zúčastnili výzkumu dobrovolně bez nároku na odměnu. Před začátkem interview byli všichni respondenti seznámeni se svými právy, včetně práva odmítnout nahrávání či žádat zničení nahrávky. Respondenti byli chráněni před duševní a fyzickou nepohodou či nebezpečím, které by mohlo nastat v důsledku rozhovoru.

Nahrávky byly bezpečně archivovány a mohou být užity pouze k tomuto výzkumu. Ve výzkumu bude zachována anonymita všech respondentů.

Ve výzkumu byla dodržena další pravidla platná pro etiku v psychologickém výzkumu podle M. Miovského (Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu, kap. Etická pravidla v psychologickém výzkumu).

4.7. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří 2 skupiny - klienti a pracovníci. Výzkumu se účastnilo celkem 6 klientů a 5 pracovníků.

Skladba skupiny klientů:

Tabulka č. 1 - Pohlaví respondentů

Muži	3
Ženy	3

Tabulka č. 2 - Věkové rozvrstvení respondentů

Nejmladší	17
Nejstarší	32
Průměr	26

Tabulka č. 3 - Hlavní droga respondentů

Subutex (buprenorfin)	3
Heroin	1
Pervitin	1
Zkřížená závislost*	1

* Klient udal 2 hlavní užívané návykové látky – pervitin a heroin

Průměrná délka drogové kariéry respondentů: 7,7 let

Skladba skupiny pracovníků:

Tabulka č. 4 - Pohlaví respondentů

Muži	3
Ženy	3

Tabulka č. 5 - Věkové rozvrstvení respondentů

Nejmladší	25
Nejstarší	32
Průměr	29,6

Tabulka č. 6 - Současná pracovní pozice

Terénní pracovník (terénní program)	2
Kontaktní pracovník (kontakt. centrum)	1
Státní samospráva	1
Lékárnice	1

Průměrná délka práce v oblasti drogových služeb (lékárnice nebyla do této statistiky zařazena) : 7,25 let

4.8. Výsledky

Výsledky provedeného výzkumu jsou rozdělené do oblastí dle evaluačních témat a dle výzkumných otázek.

4.8.1. Informovanost

Všichni oslovení respondenti o programu NON STOP 24 slyšeli a znali alespoň základní informace (všichni respondenti věděli minimálně o existenci programu, a že jde o placenou službu). Z tohoto pohledu vyplývá, že je program již v povědomí jak cílové skupiny, tak pracovníků v oblasti. Při otázce, zda o programu vědí kamarádi nebo známí (v případě skupiny klientů), se ovšem ukázaly jiné výsledky. Polovina klientů (3 respondenti) udala, že podle nich je informovanost malá, 2 klienti nebyli schopni na tuto otázku odpovědět, pouze 1

klient uvedl, že je informovanost dobrá. Skupina pracovníků byla dotazována na odhad informovanosti o programu mezi svými klienty. Ze 3 pracovníků, kteří pracují v HR programu, uvedl 1 pracovník, že je informovanost „překvapivě dobrá“, 1 pracovník udal, že je špatná („*V našem kraji je informovanost mezi klienty malá.*“), 1 z pracovníků si nebyl v této otázce jistý („*Je to hrozně čerstvý, takže to jde pomalu, ale šíří se to, chce to čas, než to přijmou jako další integrovanou službu. Teď jsou z toho možná i překvapení.*“). Obecně se ukázalo, že největší informovanost panuje mezi klienty pohybujícími se na MČ Praha 5.

Pracovníci nejčastěji udávali, že informace o projektu NON STOP 24 dostali od realizátorů programu (3 respondenti). Informace od realizátorů byla předána formou oznámení mailem (2 respondenti) a ústně při pracovním setkání (1 respondent). Jeden respondent uvedl, že se o programu dozvěděl z médií. Jeden respondent identifikoval jako zdroj kolegy z práce.

Cesty, kterými byli o programu informováni klienti, se lišily. Nejčastěji identifikovaným zdrojem informací byli terénní pracovníci (2 respondenti) a kontaktní pracovníci v kontaktním centru (2 respondenti). Dalším uvedeným zdrojem byl známý („*od jednoho kluka z Anděla*“). Jeden z klientů uvedl, že automat našel sám náhodou.

Pracovníci i klienti se shodují, že nejvhodnější cestou, jak o programu informovat je skrze stávající terénní programy a kontaktní centra ústní formou, popřípadě pomocí letáků.

4.8.2. První odezva

Obsahem interview bylo také zjistit, jakou odezvu výdejní automaty v prvních chvílích vyvolaly mezi klienty a pracovníky.

Mezi klienty ve většině případů (5 respondentů) vzbudil projekt pozitivní reakci („*Pomyslel jsem si, že je to dobrý třeba v noci.*“; „*Myslím, že je to dobrý nápad.*“). V jednom případě byla první reakce negativní („*To je nářez, teď si může koupit inzulinu každý malý dítě.*“).

Všichni pracovníci se shodují na pozitivním hodnocení programu. Jako hlavní pozitiva uvádějí neomezený přístup („*Má mnoho pozitiv, například 24 hodin přístup...*“) a nízkoprahovost („*Dobrý je pro lidi, kteří se nechtějí identifikovat se skupinou uživatelů drog.*“). Automaty jsou vnímány jako pozitivní přínos pro HR služby („*Je to vhodný doplněk HR služeb.*“; „*Já si myslím samý pozitivní věci. Já to chápu jako rozšíření okruhu těchto služeb pro klienty. Myslím si, že to je jedna z těch dobřej metod jak s nima nově pracovat, nověj přístup. Přijde mi, že každá metoda si najde svoje spektrum klientů, kteří jí budou využívat. Stejně si to myslím o těch automatech, že si najdou svoje klienty, kterým to bude zrovna vyhovovat. Jinak obecně je dobré to, že se k tomu mohou dostat kdykoliv, že to funguje pořád.*“).

4.8.3. Dostupnost HR materiálu v Praze

Obsahem výzkumu byla otázka dostupnosti HR materiálu v Praze. Jak je obecně vnímána klienty a pracovníky a jaký vliv na dostupnost může mít program výdejních automatů.

Klienty je situace v oblasti dostupnosti HR materiálu obecně vnímána jako poměrně dobrá. Téměř všichni klientu uvedli, že u sebe mají čistou stříkačku vždy, když ji potřebují (4 respondenti). Ve 2 případech klienti uvedli, že se jim minimálně jednou týdně stává, že u sebe čistou stříkačku nemají. Nejproblematičtější dobou se jeví noční hodiny.

Jako zdroj HR materiálu klienti nejčastěji uvádí terénní programy a kontaktní centra (6 respondentů). 2 klienti také udávají jako důležitý zdroj své kamarády. O lékárnách, jako zdroji HR materiálu, se klienti vyjadřují různě. 2 z klientů se opakovaně setkali s problémem, kdy si nemohli v lékárně zakoupit injekční stříkačku, protože jim bylo sděleno, že lékárna kusové stříkačky neprodává. 2 klienti vědí o lékárně, kde jim prodají stříkačku po jednom kuse („*...a když ne, tak jdu dolu na Můstek do lékárny, kde prodávají jednu za 10 Kč. Ale spousta lékáren neprodává. Oni to nechápou, když přece prodaj tu stříkačku, tak bráněj přenosu nemoci. Ale oni nechtěj, aby tam chodili feřáci, kvůli tomu to je.*“).

Všichni pracovníci se shodují, že současná situace v Praze je v otázce dostupnosti HR materiálu dobrá. Jeden z pracovníků uvádí, že by mohlo výměnných programů přibýt. 3 pracovníci zmiňují problém s prodejem stříkaček v lékárnách (*„Přijde mi to jako dobrá věc. Léárny totiž často stříkačky neprodávají, ani ta naše. Většinou jen po celých krabicích. I když některý asi jo, i po menších množstvích, ale moc jich podle mě není. Přijde mi tedy, že automaty nabízí dobrou alternativu, jak se dá ke kusové stříkačce dostat.“*).

Všichni klienti vnímají program výdejních automatů jako pozitivní krok v dostupnosti HR materiálu (*„Jo určitě je to dobrý, v noci je to třeba blbý. Léárny třeba moc neprodávají“*; *„Jo, je to stoprocentní přínos.“*). Jeden z respondentů poukazuje na zvýšení dostupnosti HR materiálu pro skupiny, které vyhledávají velkou anonymitu (*„...spousta lidí chce být anonymní. Třeba stojí za rohem za lékárnou a daj to mně, abych jim to šla vyměnit.“*)

Také všichni pracovníci se shodují, že program výdejních automatů je přínosem pro dostupnost HR materiálu (*„Je to výhodný určitě v tom, že je to dostupný nonstop, což ty ostatní služby nejsou. Klienti si mohou přes den v klidu vyměnit v K-centrech nebo u terénních pracovníků, ale v momentě kdy ta možnost na té ulici není, tak si to u toho automatu mohou opatřit nonstop.“*; *„Určitě. Dokážu si představit, že to bude namontovaný i vedle lékáren. Já vidím i cestu rozmnožovat ten počet těch automatů.“*; *„...vidím vliv hlavně na cizojazyčný klienty nebo ty co mají nějaký další důvody nechodit.“*).

Jako limitující faktor je udáván současný počet a umístění automatů (*„...další věc je, že pokud vím, tak v Praze jsou zatím jen dva ty automaty, takže je otázka, jak je pro klienty výhodný za nima jezdit třeba z Letňan na Prahu 5, to asi úplně ne.“*)

4.8.4. Soulad s potřebami cílové populace

V otázce vhodnosti služby pro cílovou skupinu byly otázky směřovány především na cenu injekčních setů, obsah setů a místa automatů.

Všichni klienti se shodují, že cena za jednotlivé sety je vcelku přijatelná, 2 respondenti připouštějí, že by mohla být i levnější (*„Je přijatelná, i když by to*

mohlo být levnější. V setu by mohli být třeba dvě inzulinčky.“; „Mně přijde, že je to dobrý. Třeba ten za tu dvacku je úplně ideální.“; „Je přijatelná, feřáci si dokáží peníze vydělat, to sou největší obchodníci. Oni si vydělaj 3-4 tisíce za den, tak proč by si proboha nemohli koupit za 20-30 korun věc, která je pro ně důležitá.“).

Pracovníci se shodují, že cena je pro cílovou skupinu přijatelná. 2 pracovníci uvádějí jisté limity, které může nastavená cena přinést (*„Myslím si, že by to mohlo být přijatelné, klienti si někdy vydělávají velký peníze, takže z tohoto pohledu by to neměl být problém. Je ale pravda, že když to někomu řeknu, tak se jim to často nezdá. Může ale existovat skupina, pro kterou to skutečně bude moc.“; „Cena mi přijde přijatelná, ale za těchto podmínek bude tato služba pouze doplňková.“).*

Obsah setů, respektive nabídka automatu, je klienty hodnocena pozitivně. Nikdo z klientů neměl k nabídce výhrady. Jedna z klientek navrhuje „zdravotnický set“, který by obsahoval náplasti, obvaz, buničinu apod. Jeden respondent uvedl návrh na lžičku do jednoho ze setů. Jedna z klientek kladně hodnotí barevné rozlišení prodávaných setů a tlačítek na automatu (*„Taky oceňuju, že je to tak barevný, ty tlačítka.“).*

Všichni klienti se shodují, že místa pro umístění automatů jsou správná (*„Dobrá místa, dobře zastrčené. Lepší než aby to viděli lidi...“; „Určitě, u těch serpentín je to perfektní.“).* Jeden z klientů sdělil určité výhrady (*„...jo, jen je to dost zastrčený a blízko sebe.“).* Všichni klienti se domnívají, že program by se měl rozšířit, měl by se zvýšit počet automatů (*„Dobrý by byl na Muzeu nebo Hlavním nádraží. A víc kontejnerů.“; „Určitě je to užitečný, hlavně v noci jsem měl často problém sehnat čistou...Měl by se rozšířit.“).*

Na rozšíření programu se shodují i všichni pracovníci, jak v hl. m. Praze, tak i do jiných měst ČR (*„Asi se teď bude tak trochu čekat, jak se ten projekt uchyť. Ale jak říkám, je to další možnost, jak se dostat k čistému materiálu a těchto programů je tady málo, takže proč touhle cestou nejít.“).* 2 pracovníci poukazují na omezení v realizaci programu na malých městech (*„Určitě, v Praze by byl*

potřeba na exponovaných místech - Muzeum, Hlavní nádraží. Dále Ostrava, Brno a tak. Na menších městech by mohl být problém, že by byl moc „vidět“.

4.8.5. Skrytá populace

Jednou z oblastí, na kterou byl výzkum zaměřen, byla problematika skryté populace injekčních uživatelů drog.

Polovina klientů (3 respondenti) uvádí, že se znají s lidmi, kteří užívají injekční drogy a nejsou dlouhodobě v kontaktu s žádnou HR službou. Jako hlavní důvod uvádějí strach ze ztráty anonymity a odpor z kontaktu či konfrontace s dalšími uživateli drog (*„Nechtějí se stýkat s feťákama, jak říkám, hlavně ta anonymita. Nechtěj chodit za teréňákama. Já jsem to před rokem taky odsuzovala. Beru jedenáct let a nikdy jsem mezi feťáky nechodila. Až teď v posledním roce...“*; *„Já to byla také dříve. Nechtěla jsem chodit na Káčko. Ale teď je těch lidí málo, já s nimi nekomunikuji.“*). Druhá polovina skupiny klientů sdělila, že nezná lidi, kteří by nechodili do nějakého programu HR.

Pracovníci se shodují, že skrytá populace injekčních uživatelů existuje. Představy o rozsáhlosti tohoto jevu jsou mlhavé a neurčité. Všichni respondenti ze skupiny pracovníků se shodují, že výdejní automat je nástrojem, který má potenciál tuto skupinu oslovit (*„Určitě existuje spousta lidí, kteří do nízkoprahových center chodit nebudou. Tito lidé si stříkačky obstarávají asi přes lékárny, přes známé a tohle to je pro ně určitě dobrá možnost se anonymně dostat k tomu materiálu.“*).

4.8.6. Pozitiva programu

Klienti nejvíce oceňovali časovou dostupnost programu. 3 klienti ocenili, že je u automatu dostupný kontejner na použité jehly. Dokážou si představit, že ho využijí. Jeden respondent vidí účel kontejneru i pro osoby, které drogy neužívají (*„Může to být dobrý třeba pro lidi, který drogy neberou, když najdou stříkačku, tak jí tam můžou zahodit.“*).

Pracovníci spatřují pozitivní rozměr programu především v rozšíření a prohloubení stávajících služeb HR - 4 respondenti (*„...prohloubení těch služeb, dostupnost toho materiálu a s tím spojená ta minimalizace rizika apod.“*; *„Další*

služba, která může pomoci zamezit šíření nemocí přenosných jehlou. Vidím v tom i další osvětovou věc a dobrý přístup HR, krok správným směrem.“) a v oslovení skupin uživatelů, kteří nejsou v kontaktu s žádnou drogovou službou - 3 respondenti (*„Osloví to klientelu, která je obtížně oslovitelná. Úplně nejnižší práh dostupnosti.“*; *„HR dostupné pro všechny, i pro ty, kteří by jinak do kontaktu s HR nepřišli.“*).

4.8.7. Negativa a rizika

Jeden respondent ze skupiny klientů uvádí jako riziko možnost zneužití automatu malými dětmi. Jako další riziko uvádí jiný klient možný nepořádek kolem automatů způsobený odhazovanými prázdnými krabičkami. Třetí respondent sděluje obavu, že u automatu může docházet k okrádání klientů o peníze jinými klienty (*„...že se tam feťáci budou navzájem obírat, využijí, že má někdo absťák a oberou ho o tu dvacku.“*). Zbylí tři respondenti žádné riziko nespátřují.

Jeden pracovník uvedl jako negativum, že automat je dostupný úplně pro každého (bojí se zneužití malými dětmi). Jeden respondent jako částečné negativum uvádí, že se nejedná o čistý princip výměny (*„...otázka toho, že vždycky se jednalo o výměnu a takhle ty klienty nic nenutí vrátet. Druhá věc je, že pokud klient chce, tak tu stříkačku stejně kdykoliv vyhodí, to už je prostě o těch lidech.“*). Ostatní 3 respondenti ze skupiny pracovníků nespátřují ohledně programu žádná rizika. Na přímý dotaz o možném zneužití automatu např. malými dětmi žádný respondent neuvedl, že toto riziko vnímá nějak výrazně (*„...na děti může třeba spadnout v parku větev, nemyslím si, že by to představovalo nějaký velký nebezpečí.“*). Příliš reálné riziko nespátřují ani v tom, že by program výdejních automatů mohl „přetrhnout“ kontakt s pracovníkem, tedy že by klient přestal navštěvovat terénní program nebo kontaktní centrum. Hlavním důvodem jsou dle respondentů finance. O riziku, že se klient ze skryté populace nedostane do kontaktu s profesionály, protože kvůli automatu a jeho nabídce nebude motivován k návštěvě např. kontaktního centra, se vyjadřují skepticky (*„...myslím si, že existuje určitá skupina, která stejně do toho kontaktu nepůjde.“*).

4.8.8. Návrhy na možné vylepšení služby

Bylo navrženo, aby byl automat více zabezpečen proti možnému zneužití dětmi - 1 respondent – klient („...větší zabezpečení, třeba na speciální kartičky, doklad nebo feťácký kód.“). Dalším návrhem na zlepšení služby bylo instalování košů vedle automatů na použité krabičky – 1 respondent - klient („Dala bych tam koš na ty krabičky. Ten tam chybí. Viděla jsem, jak si tam někdo koupil a pak tu krabičku hned vyhodil na zem.“). Posledním návrhem na zlepšení služby od skupiny klientů byl návrh, aby automat prodával i vodu na pití – 1 respondent („Třeba by se tam mohla prodávat voda na napití.“). Ostatní respondenti z této skupiny (3 respondenti) nedali žádný podnět na zkvalitnění služby.

Pracovníci navrhovali zvýšení množství informačních letáků do setů (1 respondent), zavedení levnějšího setu (2 respondenti) a zvýšení počtu automatů (2 respondenti). Jeden respondent nenavrl žádné zlepšení („Teď opravdu nevím, myslím, že to všechno ukáže čas.“).

Z výzkumu vyplynul také podnět k realizaci další inovativní služby určené injekčním uživatelům drog. 2 respondenti se vyjádřili pro realizaci aplikačních místností. Jeden z respondentů spatřuje v aplikačních místnostech řešení současné situace otevřené drogové scény v centru města („No a taky by bylo dobrý místo, kde by si člověk mohl aplikovat, v klidu, aby nebyl stíhanej. Třeba ve Švýcarsku jsou udělaný normálně šlehárny. To je podle mě fakt dobrá věc. Tady by se zamezilo takovejmu věcem, jako že u Národního muzea se válejí stříkačky, jsou tady lidi, který obíraj cizince...“).

Vzhledem k uvedeným výsledkům můžeme odpovědět na výzkumné otázky těmito zjištěními:

a) *Jsou použité způsoby zavedení služby vhodné?*

Na základě výpovědí všech respondentů se jeví, že použité způsoby zavedení služby jsou vhodné. Ve většině případů jsou kladně hodnoceny místa umístění automatů, pro většinu respondentů se jeví také cena, za kterou jsou sety nabízeny,

jako přijatelná. Žádný z respondentů nevznesl proti programu závažnějších námitek.

b) *Jaká pozitiva a negativa zavedení služby přináší?*

Za hlavní pozitiva, která vzešla z odpovědí respondentů, můžeme považovat:

- Časová dostupnost – klienti i pracovníci oceňují 24 hodinový provoz.
- Rozšíření dostupnosti HR materiálu – Pracovníci kladně hodnotí rozšíření systému HR služeb. Vnímají program jako podporu dosavadních služeb.
- Anonymita – Pracovníci oceňují anonymitu, kterou automaty přinášejí. Spatřují v ní prostředek, jak oslovit skryté populace uživatelů drog. Shodně se vyjádřili i klienti. Dvě klientky byly v situaci, kdy nízkoprahové programy dlouhodobě nenavštěvovaly především z důvodu zachování anonymity. Projekt proto hodnotí velmi kladně.
- Potenciál oslovit skryté populace uživatelů drog – pracovníci i respondenti věří, že automat je nástrojem, který může oslovit tyto specifické skupiny uživatelů drog.

Nejčastěji byla zmiňována tato negativa:

- Neomezená dostupnost pro každého – ve dvou případech byl zmíněn strach ze zneužití malými dětmi.
- Nepořádek způsobený prázdnými obaly – Jedna klientka se obává nepořádku v okolí automatů způsobeným prázdnými krabičkami.
- Absence principu výměny – Jeden respondent postrádá motivační prvek k výměně použitého injekčního materiálu.
- Možnost zneužití automatu jako místa, kde může docházet ke vzájemnému okrádání o peníze mezi klienty

c) *Jak je nová služba vnímána klienty a profesionály?*

Služba je jak klienty, tak profesionály, vnímána jako pozitivní příspěvek do systému služeb harm reduction. Všichni respondenti se shodují na příznivém vlivu na dostupnost HR materiálu v Praze. Odborníci kladně hodnotí potenciál oslovit skryté populace injekčních uživatelů drog.

Je třeba zdůraznit, že výsledky výzkumu jsou do určité míry zatíženy výzkumnými omezeními (viz. kapitola 4.9.). Tuto skutečnost je nutné při hodnocení výzkumu zohlednit.

4.9. Výzkumná omezení

Základní výzkumné omezení vyplývá z poměrně malého zkoumaného vzorku. Nepodařilo se navíc oslovit cizojazyčného klienta. Vzhledem k tomu, že právě imigranti mohou tvořit významnou část cílové skupiny programu výdejních automatů (skrytá populace), jedná se o jisté výzkumné omezení. Tuto skutečnost částečně nahrazuje fakt, že se ve výzkumu objevily dvě klientky, které měly přímou zkušenost s přítomností ve skupině, která nebyla dlouhodobě v kontaktu s nízkoprahovými programy HR.

Výsledek výzkumu je do jisté míry ovlivněn tím, že ačkoliv v nominačních kritériích nebylo řečeno, že respondent musí program znát, k interview svolili nakonec vždy jen ti respondenti (nyní se jedná především o skupinu klientů), kteří o programu již slyšeli (nebo automat dokonce přímo viděli).

Významným omezením, ke kterému je třeba přihlédnout, je skutečnost, že výzkumník je zároveň zaměstnancem sdružení, které projekt NON STOP 24 realizuje. Tento fakt, který byl všem respondentům ze skupiny pracovníků známý, mohl výpovědi ovlivnit. Respondenti nemuseli být ve svých odpovědích dostatečně upřímní.

Jistým omezením bylo také prostředí, ve kterém rozhovory probíhaly (týká se skupiny klientů). Interview probíhalo v prostředí otevřené drogové scény (jeden rozhovor byl proveden v kontaktním centru). Jedná se tedy o prostředí plné rušivých elementů.

Vzhledem k možnostem a rozsahu bakalářské práce je tato kvalitativní studie pouze částí úplné evaluace procesu. Pro dosažení přesnějších výsledků by bylo třeba provést rozsáhlejší studii za použití vícero metod.

4.10. Diskuse

Přestože je program výdejních automatů službou, která zde nefunguje příliš dlouho, ukázalo se, že program již vyvolal určitou odezvu, a to převážně pozitivního charakteru. Za příznivý výsledek můžeme považovat výstup výzkumu, podle kterého je program zaveden až na drobné výjimky v souladu s potřebami cílové populace. Kladně jsou vnímána místa, kde jsou automaty umístěny, stejně tak obsahy setů. Dalším bodem je cena, za kterou jsou sety nabízeny. Někteří z respondentů poukázali na možné snížení ceny. Je ovšem otázkou, do jaké míry je tak možné učinit, aby byl zachován provoz programu s co nejnižšími nároky na provoz. Nicméně většina respondentů se na přijatelnosti ceny shodla. Z výzkumu vyplynula řada zajímavých podnětů. Jedním návrhem byl například vznik nového setu se lžičkou (k rozpuštění drogy). Tento HR materiál není v současné době mezi nízkoprahovými programy v Praze příliš obvyklý, nicméně je možné, že by byl cílovou skupinou uvítán. Za zajímavý návrh považuji instalaci košů, které by měli zabránit vzniku nepořádku z pohozených obalů. Bohužel není jisté, že by koše měly významný efekt. V těsné blízkosti jednoho z automatů již odpadkový koš je, přesto není využíván. Efektivnější cestou bude zřejmě zajištění pořádku pracovníky zodpovědnými za chod automatů. Ti tak v současné době činí.

Na dobré úrovni se ukázala míra dostupnosti HR materiálu v Praze. Dobrou dostupnost HR materiálu vnímají klienti nízkoprahových zařízení, shodně ji hodnotí také pracovníci. Ukázalo se dle očekávání, že stávající služby HR mají své limity, které dostupnost HR materiálu ovlivňují. Jako problematické se potvrdily noční hodiny a v některých případech přístup lékáren, které se zdráhají injekční materiál prodávat. Pro větší komplexnost ochrany veřejného zdraví by bylo vhodné lékárny motivovat k zapojení do systému HR. Jedním z výstupů výzkumu je návrh na zvýšení počtu automatů. Pro zefektivnění služby, především ze strany zvýšení dostupnosti HR materiálu, by bylo vhodné o rozšíření programu uvažovat.

Výdejní automaty si nachází své místo v systému služeb HR. Respondenti oceňují velkou dostupnost tohoto programu (zejména časovou méně již prostorovou), všichni navíc kladně hodnotí potenciál oslovení skryté populace uživatelů drog. Program je z tohoto pohledu vnímán obecně jako krok správným směrem.

Strach ze zneužití automatu (především dětmi) byl vysloven pouze v jednom případě. Ostatní respondenti tuto obavu považují za neopodstatněnou. Jako problematická se ukázala absence principu výměny. Toto negativum částečně tlumí fakt, že všichni respondenti ze skupiny klientů se shodují, že injekční materiál si zásadně vyměňují. Často ani ze svého pohledu nepovažovali za nutné, aby automat disponoval kontejnerem na odhoz použitých stříkaček. Je však třeba si uvědomit, že oslovená skupina uživatelů drog není reprezentativním vzorkem, navíc se jedná o skupinu, která byla v čase interview navázána na služby terénních programů nebo kontaktních center.

Tento výzkum byl první studií zaměřenou na projekt NON STOP 24. Studie přichází po 2 měsících od zahájení. Předpokládám, že k plné integraci do systému je třeba ještě více času.

V návaznosti na tento výzkum doporučuji příští výzkum zaměřit na hlubší evaluaci výsledku oslovení skrytých skupin uživatelů drog a zmapování skladby klientely, která služeb automatu využívá. Dalším doporučením je zaměřit se na možnost realizace aplikačních místností. Je třeba zvážit, jaká pozitiva či negativa může tato služba přinést a zda existuje poptávka po tomto inovativním programu. Tento návrh vzešel ze strany klientů, ač na tento druh služby nebyli tázáni.

5. Závěr

Domnívám se, že ve výzkumu byly nalezeny odpovědi na všechny výzkumné otázky. Tato evaluace procesu byla prvním výzkumem zaměřeným na program výdejních automatů v České republice. Ačkoliv je do jisté míry zatížena výzkumnými omezeními, nabízí zcela jistě náhled na tento projekt a na proces jeho adaptace. Může tak posloužit jako první daty podložená zpětná vazba pro realizátory projektu a podnítit výzkum dalším směrem. Získané výsledky mohou být použity pro zkvalitnění služby, aby bylo dosaženo všech vytyčených cílů.

Výzkum také částečně reflektoval celkový stav systému harm reduction v hl. m. Praze. Ten se ukazuje jako kvalitní a funkční. Jeho efektivitu podporují především výsledky z oblasti prevalence infekčních onemocnění. Jako každý systém je však i tento třeba opakovaně testovat a ověřovat, zda námi zavedené způsoby plní účel, zda fungují v souladu s potřebami cílové skupiny a zda mají pozitivní efekt. To platí především pro tak komplexní strukturu s mnoha proměnnými, kterou drogová scéna bezesporu je.

6. Použitá literatura

BARTOŠOVÁ, R., CHOMYNOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, B. (2007). Zaostřeno na drogy 5. Praha: Úřad vlády České republiky.

BRACKERTZ, N. (2007). Who is hard to reach and why? Swinburne: Institute for Social Research.

EMCDDA. (2005). Výroční zpráva za rok 2005: Stav drogové problematiky v Evropě. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství.

EMCDDA. (2006). Výroční zpráva za rok 2006: Stav drogové problematiky v Evropě. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství.

HODGINS, S. (2005). Superior Points Harm Reduction Program: harm reduction training protocols. Thunder Bay: Thunder Bay district health unite.

HUNT, N. (2003). A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Forward thinking on drugs.

ILIUTA, C. a kol. (2006). Strategic plan 2007 – 2009. Central and Eastern European Harm Reduction Network. Vilnius: CEEHRN Steering Committee.

ISLAM, M. M., CONIGRAVE, K. M. (2007). Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. Harm Reduction Journal 2007, 4:1.

KALINA, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti 1. Praha: Úřad vlády České republiky.

KALINA, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti 2. Praha: Úřad vlády České republiky.

Kol. autorů. (2002). Needle and syringe programs – position paper. Canberra: Australian national council on drugs.

Kol. autorů. (2004). A critical time for harm reduction. Newtown: Australian federation of AIDS organisations inc.

Kol. autorů. (2004). Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting drug users. Geneva: WHO – department of HIV/AIDS.

Kol. autorů. (2004). Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO.

Kol. autorů. (2005). Differences in patterns of drug use between women and men. Lisboa: EMCDDA.

Kol. autorů. (2005). Male and female drug use: is the gap narrowing? Lisboa: EMCDDA.

Kol. autorů. (2005). Status Paper on Prison, Drugs and harm. WHO.

Kol. autorů. (2005). Syringe dispensing machines. Anex Bulletin Volume 3 Edition 2.

Kol. autorů. Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele nealkoholových drog. Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Kolektiv autorů. (2006). Seznam a definice výkonů drogových služeb. Praha: Úřad vlády České republiky.

KUBŮ, P., ŠKAŘUPOVÁ, K., CSÉMY, L. (2006). Tanec a drogy 2000 a 2003 – výzkumná zpráva dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v České republice. Praha: Úřad vlády České republiky.

MILLER, S. (2005). ACT Syringe Vending Machines Trial 2004 – 2006: Progress report no. 1. Canberra: Social Research & Evaluation Pty Ltd.

MILLER, S. (2005). ACT Syringe Vending Machines Trial 2004 – 2006: Progress report no. 2. Canberra: Social Research & Evaluation Pty Ltd.

MILLER, W., ROLLNICK, S. (2002). Motivační rozhovory. Praha: Sdružení SCAN.

MIOVSKÁ, L., MIOVSKÝ M., GABRHELÍK, R., CHARVÁT M. (2005). Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003. Praha: Úřad vlády ČR.

MIOVSKÝ, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, B., ŠKRDLANTOVÁ, E., TROJÁČKOVÁ, A., PETROŠ, O., VOPRAVIL, J., VACEK J. (2007). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006. Praha: Úřad vlády České republiky.

MRAVČÍK, V., LEJČKOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, B., PETROŠOVÁ, B., ŠKRDLANTOVÁ E., TROJÁČKOVÁ, A., PETROŠ, O., SKLENÁŘ, V., VOPRAVIL, J. (2006). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005. Praha: Úřad vlády ČR.

NSW. (2006). Needle and syringe program policy and guidelines. Sydney: NSW Department of health.

RADIMECKÝ, J. (2007). Užívání drog a genderové rozdíly. Medical Tribune 13/2007.

RODU, B., GODSHALL W. (2006). Tobacco harm reduction: an alternative cessation strategy for inveterate smokers. Harm Reduction Journal 3:37.

SCARRY, D. M. (2003). Access to Sterile Syringes and Public Health Costs in New Jersey: Suggestions for Public Policy. New Jersey: New Jersey Economics.

STARK, K., LEICHT, A., MÜLLER, R. (1994). Characteristics of users of syringe vending machines in Berlin. Berlin: Sozial und Praventivmedizin.

STIMSON, G., ALLDRITT, L., DOLAN K. (1998). Injecting equipment exchange schemes: final report. London: University of London.

Úřad vlády České republiky. (2005). Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

VACEK, J., GABRHELÍK, R., MIOVSKÁ, L., MIOVSKÝ, M. (2005). Analýza současného stavu a potřeb v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy určených příslušníkům národnostních menšin a přistěhovalcům. Zpráva z výzkumu. Tišnov: Sdružení SCAN.

WHO International Collaborative Group. (1994). Multi-city study on drug injecting and risk of HIV. Geneva: WHO.

ZÁBRANSKÝ, T., JANÍKOVÁ, B. (2008). Séroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými injekčními uživateli na drogové scéně v hl. m. Praze (RUS-IDU-PHA) – souhrnná zpráva. Praha: Centrum adiktologie, PK 1. LF UK.

ZÁBRANSKÝ, T., MRAVČÍK, V. (2006). Virová hepatitida typu C u injekčních uživatelů drog v ČR - rozšíření a nové infekce. Adiktologie 6 (2 - Supplementum)

Internetové zdroje

www.aids-hiv.cz

www.avert.org

www.apha.org

www.drogy-info.cz

www.dropin.cz

www.emcdda.europa.eu

www.exchangesupplies.org

www.ihra.net

www.sananim.cz

7. Přílohy

Seznam příloh:

Příloha č. 1 – Vývoj celosvětových statistik HIV

Příloha č. 2 – Obecné cíle nízkoprahových programů

Příloha č. 3 – Zákon č. 379/2005 Sb., § 20, odstavec číslo 1 a odstavec číslo 2.

Příloha č. 4 – Mapa nízkoprahových zařízení v ČR v roce 2006

Příloha č. 5 – Tabulka měst, kde jsou využívány výdejní automaty

Příloha č. 6 – Nabídka automatů a fotogalerie

Příloha č. 7 – Návod a upozornění

Příloha č. 8 – Specifické cíle programu NON STOP 24

Příloha č. 9 – Informovaný souhlas

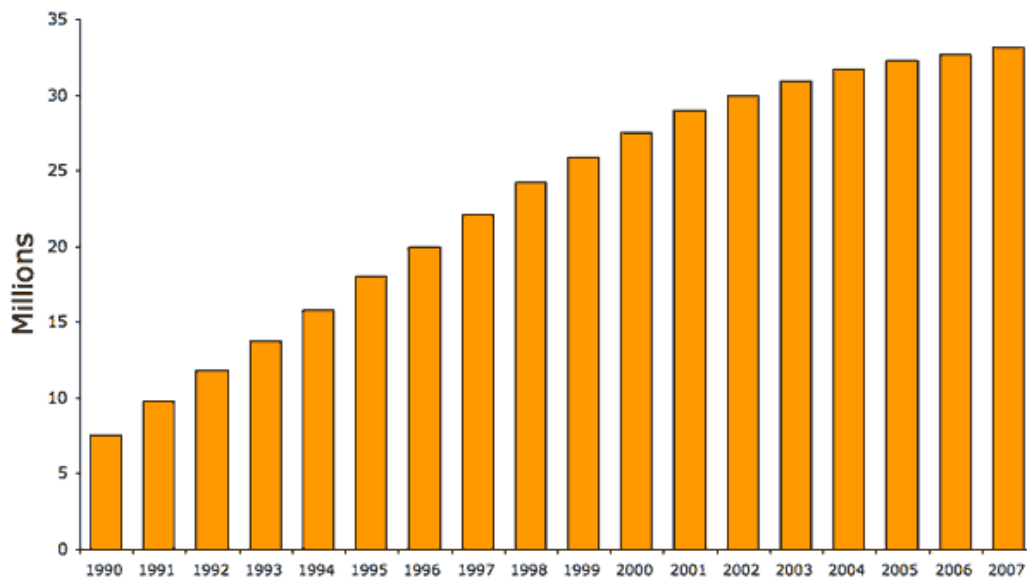
Příloha č. 10 – Osnova výzkumných otázek pro klienty

Příloha č. 11 – Osnova výzkumných otázek pro pracovníky

Příloha č. 12 – Výběr z informativních letáků

Příloha č. 1 – Vývoj celosvětových statistik HIV

Graf č. 1 - Lidé žijící s HIV celosvětově



The number of people living with HIV has risen from around 8 million in 1990 to 33 million today, and is still growing. Around 67% of people living with HIV are in sub-Saharan Africa.

Zdroj: <http://www.avert.org/worldstats.htm>

Příloha č. 2 – Obecné cíle nízkoprahových programů

- Oslovení a navázání kontaktů s klienty, kteří nejsou v kontaktu s žádnou pomáhající institucí
- Udržení kontaktu a motivování klientů ke kontaktu s dalšími zařízeními poskytujícími služby pro uživatele drog
- Oslovení a navázání kontaktů s klienty z řad minoritních skupin obyvatelstva
- Motivování klientů k výměně použitého injekčního materiálu nebo jeho bezpečné likvidaci
- Předání informací o zásadách "bezpečnějšího" užívání uživatelům drog
- Předání informací o zásadách bezpečného sexu uživatelům drog
- Udržení nízkého výskytu HIV/AIDS pozitivitu a poskytování informací o problematice
- Snížení výskytu hepatitidy B, C a poskytování informací o problematice
- Snížení počtu úmrtí v důsledku předávkování
- Motivace uživatelů drog ke změně životního stylu k méně rizikovému, popřípadě k abstinenci
- Udržování nejvíce exponovaných míst v čistotě (sběr pohozených použitých injekčních stříkaček a jejich bezpečná likvidace)
- Monitoring drogové scény v lokalitách, kde program působí a zpracování statistických dat

Zdroj: operační manuál NO BIOHAZARD (PROGRESSIVE o.s.)

Příloha č. 3 – Zákon č. 379/2005 Sb., § 20, odstavec číslo 1 a odstavec číslo 2.

Typy odborné péče poskytované osobám škodlivě užívajícím tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky a osobám na těchto látkách závislým

(1) Osobám škodlivě užívajícím tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky a osobám závislým na těchto látkách se poskytuje odborná péče, jejímž cílem je mírnění škod na zdraví působených tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Tato odborná péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních 13), zařízeních sociální péče, popřípadě v jiných zařízeních zřízených za tímto účelem.

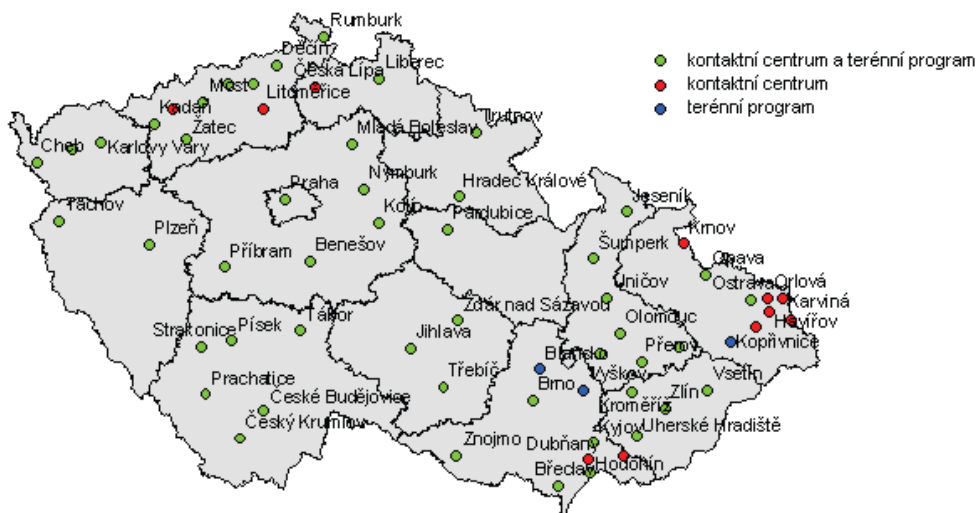
(2) Typy odborné péče o osoby závislé na tabákových výrobcích, alkoholu nebo jiných návykových látkách jsou:

- a) akutní lůžková péče, kterou je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí,
- b) detoxifikace, kterou je léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu syndromu,
- c) terénní programy, kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé,
- d) kontaktní a poradenské služby,
- e) ambulantní léčba závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách,
- f) stacionární programy, které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí,
- g) krátkodobá a střednědobá ústavní péče, kterou je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5 až 14 týdnů,
- h) rezidenční péče v terapeutických komunitách, kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6 až 15 měsíců,
- i) programy následné péče, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení; obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence,
- j) substituční léčba, kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře; zdravotnická zařízení, která poskytují substituční léčbu, jsou povinna hlásit pacienty do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek, zřízeného na základě zvláštního právního předpisu 14).

Zdroj: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy_a_zakon/prevence_lecba_a_souvisejici_predpisy/zakon_o_opatrenich_k_ochrane_pred_skodami_pus_tabakovymi_vyroby_alkoholem_aj_navyk_latkami#castka_133

Příloha č. 4 – Mapa nízkoprahových zařízení v ČR v roce 2006

Mapa 1 – Nízkoprahová zařízení v ČR v roce 2006



Tabulka č. 7 – Vývoj počtu nízkoprahových zařízení v ČR

Ukazatel	2002	2003	2004	2005	2006
Počet nízkoprahových zařízení	92	93	92	92	90
Počet uživatelů drog	n.a.	25 200	24 200	27 800	25 900
– z toho injekčních uživatelů	19 000	16 700	16 200	17 900	18 300
– z toho uživatelů pervitinu	12 900	11 300	12 200	12 300	12 100
– z toho uživatelů opiátů	8 000	6 100	6 000	6 800	6 900*
– z toho uživatelů konopných látek	3 400	5 500	4 100	3 600	2 700
– z toho uživatelů těkavých látek	n.a.	705	560	470	450
Průměrný věk uživatelů drog (roky)	22,0	23,2	23,4	25,0	25,3
Počet kontaktů/návštěv celkem	290 000	315 000	317 900	403 900	322 900

Pozn.: Z toho je 4 000 uživatelů heroinu a 2 900 uživatelů Subutexu.

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006.

Příloha č. 5 – Tabulka měst, kde jsou využívány výdejní automaty

Tabulka č. 8 – Města využívající výdejní automaty

Syringe dispensing machines			Mobile vans		
Ref.	Location	Reached high-risk and/or hidden IDUs	Ref.	Location	Reached high-risk and/or hidden IDUs
[20]	Vestfold, Norway	Yes	[21]	Paris, France	Yes
[22]	Rotterdam, the Netherlands	Yes	[23]	Paris, France	Yes
[24]	Milan, Italy	Yes	[25]	Geneva, Switzerland	NM
[26]	Sydney, Australia	Yes	[27]	Rome, Italy	Yes
[28]	Berlin, Germany	Yes	[29]	Spain	Yes
[30]	Berlin, Germany	Yes	[31]	Rockville, USA	Yes
[32]	New South Wales, Australia	Yes	[33]	Vancouver, Canada	Yes
[17]	Perth and Adelaide, Australia	Yes, it will*	[34]	Wisconsin, USA	Yes
[35]	Hindelbank, Switzerland	Yes	[36]	Baltimore, USA	Yes
[37]	Realta, Switzerland	Yes	[38]	Sicily, Italy	Yes
[39]	Marseille, France	Yes	[8]	Baltimore, USA	Yes
[40]	Vechta, Germany	Yes	[41]	St. Petersburg, Russia	Yes
[42]	Kalgoorlie, Australia	Yes	[43]	Oslo, Norway	Yes
[9]	Bremen, Germany	NM	[44]	Sofia, Bulgaria	Yes
[45]	Marseille, France	Yes	[46]	Vancouver, Canada	Yes
[47]	Lichtenberg, Lehrter Strasse, Germany	Yes	[48]	Madrid, Valencia and some other places of Spain	Yes
[49]	Hamburg-Vierlande, Germany	NM	[50]	Vilnius, Lithuania	Yes
[52]	Canberra, Australia	Yes	[51]	New Heaven, CT, USA	Yes
			[53]	Melbourne, Australia	Yes

* Perception of focus group IDUs and health staff. NM= Not mentioned

Zdroj: ISLAM, M. M., CONIGRAVE, K. M. (2007). Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. Harm Reduction Journal 2007, 4:1.

Příloha č. 6 – Nabídka automatů a fotogalerie (k 6. 8. 2008)

Jednotlivé sety (název, obsah, cena)

- a) **Inzulín BASIC** – inzulínová jednorázová stříkačka, alkoholová desinfekce – 20 Kč
- b) **Inzulín PLUS** – inzulínová jednorázová stříkačka, alkoholová desinfekce, voda, kyselina askorbová - 30 Kč
- c) **Dvojka PLUS** – 2 ml stříkačka, nasazovací jehly, alkoholová desinfekce, voda, kyselina askorbová - 30 Kč
- d) **Kondom** - kondom 2 ks. – 30 Kč
- e) **Kyselina** – kyselina askorbová 4ks - 20 Kč



Automat na Smíchovském nádraží (po levé straně kontejner na použité jehly)



Automat u Anděla

Příloha č. 7 – Návod a upozornění (je součástí prodávaného setu)

NÁVOD

- Aplikace injekční stříkačkou musí být prováděna v čistém, nejlépe sterilním prostředí.
- Místo pro injekční aplikaci očistěte před vpichem přiloženým alkoholovým polštářkem
- Pro přípravu účinné látky použijte přiložený vodní roztok (odstříhnete vrchní část ampule a vodu nasajte). **!Pozor! při aplikaci nesmí být v injekci vzduchová bublina – hrozí nebezpečí smrti.**
- Kyselina ascorbová je žíravina! Hrozí nebezpečí úrazu! Při zasažení očí vymývejte vodou a vyhledejte lékaře.

!UPOZORNĚNÍ!

- Injekční stříkačka je určena jen k **jednorázovému použití**.
- Použití tohoto setu bez patřičného vzdělání či proškolení **může ohrozit Vaše zdraví a život**. Více informací na uvedených kontaktech.
- Při neodborné manipulaci hrozí především tyto komplikace: embolie, flegmona, absces, krvácení, infekční onemocnění a další. Veškeré uvedené komplikace **mohou být smrtelné!**
- Při jakýkoliv zdravotních problémech vyhledejte co nejdříve lékaře nebo jinou odbornou službu.
- Po použití obsah bezpečně zlikvidujte!
- **Za rizika spojená s vpichem cizí látky nenese PROGRESSIVE o.s. zodpovědnost.**

Příloha č. 8 – Specifické cíle programu NON STOP 24

Za specifické cíle programu lze považovat:

- Motivování klientů ke kontaktu s dalšími zařízeními poskytujícími služby pro uživatele drog.
- Oslovení a navázání kontaktů s klienty z řad minoritních skupin obyvatelstva.
- Motivování klientů k výměně použitého injekčního materiálu nebo jeho bezpečné likvidaci.
- Předání informací o zásadách "bezpečnějšího" užívání uživatelům drog.
- Předání informací o zásadách bezpečného sexu uživatelům drog.
- Udržení nízkého výskytu HIV/AIDS pozitivitu a poskytování informací o problematice.
- Snížení výskytu hepatitidy B, C a poskytování informací o problematice.
- Snížení počtu úmrtí v důsledku předávkování.

Příloha č. 9 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Příloha k bakalářské práci s názvem: Evaluace procesu programu NON STOP 24 – výdejní automaty na harm reduction materiál. Autorem práce je Vojtěch Janouškovec, student oboru adiktologie na 1. LF UK. Vedoucím práce je Mgr. Barbara Janíková.

Jméno a příjmení účastníka výzkumu

Cílem práce je zmapování procesu adaptace nové služby výdejních automatů na zdravotnický harm reduction materiál v hl. m. Praze.

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl zúčastnit výzkumu, který je součástí bakalářské práce - Evaluace procesu programu NON STOP 24 – výdejní automaty na harm reduction materiál, a to svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení.

Autor výzkumu se zavazuje, že nahrávka neposlouží ke komerčním ani jiným než výzkumným účelům a bude zpracována objektivně.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že autor práce, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a souhlasím s účastí na výzkumu.

Tento informovaný souhlas se vyhotovuje ve dvou provedeních, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom, a nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma smluvními stranami.

Datum

Vyjádření souhlasu s účastí na výzkumu:

Podpis autora výzkumu

Podpis účastníka výzkumu

Příloha č. 10 – Osnova výzkumných otázek pro klienty

- 1) Muž/žena?
- 2) Věk?
- 3) Národnost?
- 4) Jak dlouho a jaké drogy užíváte?
- 5) Jaká je Vaše hlavní droga?
- 6) Jak si obstaráváte injekční materiál?
- 7) Máte u sebe čistou stříkačku vždycky, když ji potřebujete?
- 8) Znáte program výdejních automatů na zdravotnický materiál NON STOP 24?
- 9) Od koho jste o programu NON STOP 24 dozvěděl/a? Co jste si v té chvíli pomyslel/a?
- 10) Ví o programu i Vaši známí a kamarádi užívající drogy? Jaká je podle Vás informovanost o programu mezi uživateli drog?
- 11) Co si myslíte o nabídce automatu?
- 12) Je pro Vás cena, za kterou jsou jednotlivé sety prodávány, přijatelná?
- 13) Myslíte si, že jsou automaty umístěny na správných místech?
- 14) Víte, že na jednom z automatů je namontovaný kontejner na použité injekční stříkačky? Využili byste ho někdy?
- 15) Je podle Vás možné, že provoz programu NON STOP 24 může dostupnost HR materiálu v hl. m. Praze nějakým způsobem ovlivnit?
- 16) Spatřujete ohledně programu nějaká rizika?
- 17) Znáte nějaké uživatele drog, kteří nejsou v kontaktu s žádným programem HR?
 - a. Proč myslíte, že tomu tak je?
- 18) Co si myslíte o tom, že by se projekt do budoucna rozšířil – zvýšil se počet automatů v hl. m. Praze a objevil se i v jiných městech?
- 19) Kdyby jste měl/a možnost na automatu něco změnit, co by to bylo?
- 20) Řekl byste o programu svému známému nebo kamarádovi? Proč?
- 21) Co by měli pracovníci, kteří mají automat na starost udělat, aby se co nejvíc lidí o automatu dozvědělo?
- 22) Co by měli pracovníci, kteří mají automat na starost udělat, aby ho co nejvíce lidí využívalo?

Příloha č. 11 – Osnova výzkumných otázek pro pracovníky

- 1) Muž/žena?
- 2) Věk?
- 3) V jakém typu zařízení v současnosti pracujete?
- 4) Jak dlouho pracujete v oblasti drogových služeb?
- 5) Máte nějakou zkušenost s prací v HR programu?
- 6) Znáte program výdejních automatů na zdravotnický materiál NON STOP 24?
- 7) Od koho jste o programu NON STOP 24 dozvěděl/a?
- 8) Co si o programu jako takovém myslíte?
- 9) Jaká je podle Vás informovanost o programu mezi uživateli drog (popř. nízkoprahovými zařízeními)?
- 10) Domníváte se, že nastavená cena (20 Kč a 30 Kč) za jednotlivé sety je pro cílovou skupinu přijatelná?
- 11) Jaká je dle Vás v současnosti dostupnost HR materiálu v hl. m. Praze?
- 12) Je podle Vás možné, že provoz programu NON STOP 24 může dostupnost HR materiálu v hl. m. Praze nějakým způsobem ovlivnit?
- 13) Spatřujete ohledně programu nějaká rizika?
- 14) Co pozitivního může program do budoucna přinést?
- 15) Jaké představy máte o skupině tzv. těžko kontaktovatelných, tedy o injekčních uživatelích, kteří nejsou dlouhodobě v kontaktu s žádnou nízkoprahovou službou? Myslíte, že je program výdejních automatů může oslovit?
- 16) Co si myslíte o tom, že by se projekt do budoucna rozšířil – zvýšil se počet automatů v hl. m. Praze a objevil se i v jiných městech?
- 17) Myslíte si, že by se na tomto projektu mělo něco do budoucna změnit?
- 18) Informujete klienty o tomto programu? Jak, koho?

Příloha č. 12 – Výběr z informativních letáků

NON STOP 24

У вас нет чистых шприцов, воды, кислоты и т.д.? В любой время и днем и ночью все это вы можете приобрести в автомате NON STOP 24


Где?


Автоматы расположены в парке на станции Smíchovské nádraží на улице Kartouzská за TESCO Ангел. Карта с обратной стороны ...

За сколько?

На ваш выбор в любом количестве по различным ценам (20 Kč и 30 Kč)

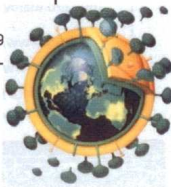
Это полностью анонимная программа!

(машина включается кнопкой )

ПРОГРЕССИВ 

Odkaz na automat v ruštině.

Testy na HIV zdarma

<p>Dům světla – Česká společnost AIDS Pomoc</p> <p>Malého 3/282 Praha 8 – Karlín</p> <p>Každé pondělí od 16 do 19 hodin a středu od 9.00 -12.00 hodin v přízemí Domu světla. Testování je vždy anonymní a bezplatné. Pro výsledek testů si přijdete za 7 dní, či později, ale opět pouze v hodinách pro testování.</p>	<p>Informace o nemoci HIV/AIDS a dalších místech pro testování dále získáte:</p> <p>http://www.aids-pomoc.cz http://www.aids-hiv.cz</p> <p>Linka AIDS pomoci 224 810 702 Národní help line AIDS 800 144 444</p>
<p>Sexuologický ústav 1. LF Apolinářská 4 Praha 2, 120 00</p> <p>Každý čtvrtek od 8 do 11 hodin. V sesterně dostanete pořadové číslo a usadíte se v čekárně. Podle čísla budete vyvoláni. Odběry provádí MUDr. Ivo Procházka ve své ordinaci. Výsledky testů jsou známy po 7 dnech a vyzvednout si je můžete po této době v jakýkoliv den. Také testy na syfilis a hepatitidy.</p>	<p>AIDS Centrum doc. MUDr. M. Staňková, CSc. FN Bulovka Budínova 2 180 01 Praha 8 tel.: 266 082 628-9</p> 


Odkaz na testy.

Postup při likvidaci použité injekční stříkačky


(vhodné pro inzulínovou stříkačku)

Použijte prázdnou plechovku od limonády, piva...

Plechovku sešlápněte a vyhodte do popelnice.



Vložte stříkačku do plechovky.



Místo plechovky je také možné použít prázdnou PET láhev. Láhev uzavřete.

Bezpečná likvidace inj. materiálu.