



Analýza potřeb klientů nizkoprahových zařízení

v Praze v roce 2003

Lenka Miovská, Michal Miovský, Roman Gabrhelík, Miroslav Charvát



Analýza potřeb klientů nizkoprahových zařízení

v Praze v roce 2003

Lenka Miovská, Michal Miovský, Roman Gabrhelík, Miroslav Charvát

Autoři (výzkumný tým) /

Mgr. Lenka Miovská

PhDr. Michal Miovský, Ph.D

Mgr. Roman Gabrhelík

Mgr. Miroslav Charvát

Oponent /

Mgr. Ing. Jiří Staniček

Citace/ Miovská, L., Miovský, M., Gabrhelík, R. & Charvát, M. (2005). Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003. Praha: Úřad vlády ČR.

Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003

ZKRATKY	8
ÚVOD	10
1 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	12
2 METODIKA RAPID ASSESSMENT AND RESPONSE	14
2.1 VOLBA METODIKY RAPID ASSESSMENT AND RESPONSE	15
2.2 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT	15
2.3 ANALÝZA DAT	17
3 ETICKÉ NORMY A PRAVIDLA VÝZKUMU	20
4 CHARAKTERISTIKY HL. M. PRAHY	22
4.1 DEMOGRAFICKÁ A SOCIOEKONOMICKÁ CHARAKTERISTIKA	24
4.2 EPIDEMIOLOGICKÉ ÚDAJE	24
4.3 INSTITUCIONÁLNÍ KONTEXT	28
5 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU	36
6 VÝSLEDKY	42
6.1 INFORMOVANOST O NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽBÁCH	43
6.2 VYUŽÍVÁNÍ NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB A ZKUŠENOST S NIMI	43
6.3 ATRAKTIVITA NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB	48
6.4 SPOKOJENOST S NÍZKOPRAHOVÝMI SLUŽBAMI	51
6.5 SPOKOJENOST S PŘÍSTUPEM PERSONÁLU	53
6.6 VYUŽÍVÁNÍ DALŠÍCH SLUŽEB (SUBSTITUCE: METADON, SUBUTEX)	55
6.7 ANALÝZA OHNISKOVÝCH SKUPIN S POSKYTOVATELI NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB	57
7 METODOLOGICKÁ OMEZENÍ A KVALITA DAT	64
8 DISKUZE	66
9 SOUHRN	68
10 ZÁVĚR	72
LITERATURA	74
ABSTRAKT / ABSTRACT	76
O AUTORECH PUBLIKACE	78

ZKRATKY

A.N.O.	Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí
AT	alkohol-toxikomanie
ČČK	Český červený kříž
ČSÚ	Český statistický úřad
EMCDDA	Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost
ESPAD	Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
EU	Evropská unie
IUD	injekční uživatel(é) drog
HIV	virus lidského imunodeficitu
KHS	Krajská hygienická stanice
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo práce, mládeže a tělovýchovy
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
PL	psychiatrická léčebna
RAR	metody rychlého posuzování (Rapid Assessment and Response)
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
UFO	Uživatelské fórum
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VFN	všeobecná fakultní nemocnice
VHA	virová hepatitida typu A
VHB	virová hepatitida typu B
VHC	virová hepatitida typu C
VPS	kapitola Všeobecná pokladní správa Národního účtu ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
ZT	zakotvená teorie (Grounded Theory)

ÚVOD

Analýza potřeb provedená mezi klienty nízkoprahových zařízení určených pro uživatele nelegálních návykových látek navazuje na obdobnou studii provedenou ve Středočeském kraji (Gabrielík, Charvát, 2004). To umožňuje validnější interpretaci údajů získaných od klientů v Praze, neboť oba regiony se z hlediska této klientely výrazně prolínají. Obě studie tak jsou z hlediska svých výsledků komplementární a je třeba přihlížet ke skutečnosti, že významná část klientů nízkoprahových služeb dojíždí za těmito službami do Prahy a nevyužívá (nebo jen nepravdělně) nabídky mimopražských zařízení.

Analýza potřeb patří mezi základní nástroje, jimiž zjišťujeme, jaké jsou potřeby a požadavky cílových skupin, kterým nabízíme či chceme nabízet určité služby. Jejich prostřednictvím se tedy dovídáme více o tom, zda to, co nabízíme, odpovídá reálným potřebám těchto skupin nebo případně co a jak bychom měli v nabídce změnit, aby tomu tak bylo. Prakticky se tak jedná o základní nástroj pro plánování a rozvoj zdravotních a sociálních služeb, tak o nástroj umožňující specifickou kontrolu nastavení a fungování systému služeb i jeho jednotlivých článků. Analýza potřeb přitom není výzkumem v pravém smyslu slova, pokud se nejedná o vývoj nástrojů pro její provádění. V některých jejích podobách sice můžeme hovořit o tom, že se jedná o určitý typ aplikovaného výzkumu, ale v zásadě je nejčastěji realizována jako rutinní součást existence každého zdravotního či sociálního systému služeb.

V praxi má svoji hodnotu samozřejmě jakýkoli způsob, kterým se něco dozvídáme o potřebách cílových skupin, jimž určitou službu nabízíme nebo chceme nabízet. Ještě cennější je však to, pokud je toto zjišťování prováděno nástroji, které umožňují vzájemné porovnání výsledků. To je základním předpokladem proto, abychom mohli měnit se potřeby cílové skupiny sledovat na větších územích, porovnávat, zda se tyto potřeby v různých regionech liší, hledat důvody těchto odlišností a především dokázat na tyto odlišnosti reagovat. To znamená vyvíjet regionálně-specifické služby, vycházející ze standardů, avšak respektujících potřeby své cílové skupiny a specifič-

nost daného regionu. Právě za tímto účelem začala být vyvíjena metodika analýz potřeb využívající kolekci metod pod názvem Rapid Assessment and Response (RAR). Vývoj této metodiky dlouhodobě financuje a garantuje Světová zdravotnická organizace (WHO) a v našem prostředí s ní máme poměrně bohaté zkušenosti. Kromě prvních studií zaměřených na popis drogové scény bylo provedeno také vyhodnocení a popis možností a limitů tohoto nástroje pro použití v našem prostředí (Miovský, 2002). Další vývoj ukázal, že jeho potenciál pro provádění analýz potřeb je natolik zajímavý, že jsme se rozhodli o vytvoření modifikace právě pro tuto oblast. Předkládaná studie je v pořadí druhou, při které bylo ověřeno použití metodiky RAR pro účely analýzy potřeb. Naším cílem bylo dát do rukou pracovníkům služeb pro uživatele drog praktický nástroj, který by byl využitelný při jejich práci a jehož aplikace nevyžaduje příliš velké finanční prostředky. Věříme, že tímto způsobem bude možné ve spolupráci s institucemi státní správy a samosprávy lépe modelovat další vývoj těchto programů a snižovat tak nejen rizika spojená s užíváním těch nejvíce rizikových návykových látek, ale současně také optimalizovat vynakládání finančních prostředků na tyto služby. Kombinace výzkumných dat a poznatků z praxe jsou jedinými možnými cestami, jak racionálně čelit problémům spojeným s návykovými látkami a nepodléhat různým falešným dojmům či populistickým návrhům stojícím na neznalostech nebo záměrných manipulacích různých zájmových skupin.



CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavním cílem studie bylo vytvořit metodiku sběru kvalitativních dat, jež by měla prostřednictvím kvalitativních ukazatelů sledovat nové trendy v užívání a mezi uživateli návykových látek v ČR.

Chtěli bychom také identifikovat okruhy problémů, které mohou být jednak podnětem pro další zlepšování poskytovaných služeb či zavádění neexistujících, chybějících programů apod. a jednak problémů, které se mohou týkat kvality získaných dat, či rozšířit jejich interpretační možnosti. Zaměřujeme se přitom na tyto oblasti:

- chování uživatelů návykových látek (vzorce užívání, komunikace s uživateli, charakter místní drogové subkultury atd.),
- využívání služeb (způsob kontaktování a jeho efekt, in-treatment rate, vzájemné ovlivnění služeb a uživatelů atd.),
- aktuální problémy uživatelů na místní drogové scéně (např. specifický výskyt nějakého onemocnění, lokální nedostupnost některé služby, nekvalitní provádění služby atd.).

Tematickým jádrem studie je **analýza potřeb**, které je podřízeno získávání ostatních údajů. Jedná se tedy především o snahu zjistit a ověřit:

- a) jaká je přijatelnost a atraktivnost poskytovaných služeb,
- b) jaká je dostupnost těchto služeb,
- c) zda služby odpovídají potřebám – pokud ne, tak proč a jak by měly vypadat či být zajišťovány, aby potřebám odpovídaly.



METODIKA RAPID ASSESSMENT AND RESPONSE

Metody rychlého posuzování (Rapid Assessment and Response, RAR) prošly poměrně velmi dlouhým vývojem. Poprvé se v ucelené formě objevují již v 70. letech a navazovaly na linii trendů kritizujících malou specifičnost a velké opoždění pro aplikaci u rozsáhlých studií (Pearson, Kessler, 1992). Také se stále výrazněji začala objevovat potřeba doplnit data z rozsáhlých statistických šetření o data týkající se vzorců užívání, specifičnosti lokální drogové scény, kulturních a sociálních odlišností a jejich průmětů do užívání drog apod.

Metodika RAR byla vyvíjena specificky k provádění rychlých kvalitativních studií menšího rozsahu, zaměřených vždy k určitému problému. Jejich použití se nachází ve velmi široké aplikační oblasti od drobných lokálních studií sloužících k mapování a orientaci, až ke srovnání různých lokalit mezi sebou a kombinaci s různými dalšími přístupy a metodami. Jak zdůrazňuje Fitch, jedná se o typ studií, za jejichž přednosti lze považovat rychlost, pragmatismus, efektivnost z hlediska nákladů a plastičnost. Je třeba však současně zdůraznit, že RAR nikdy nemůže suplovat longitudinální kvalitativní studie či hloubkově zaměřené případové studie a že jeho limitovanost spočívá především v určité povrchnosti a selektivnosti v zacházení s daty (Miovský, 2002).

RAR je souborem několika kvalitativních metod a technik, propojených do společného referenčního rámce. V nejobecnější rovině jej lze rozdělit na tři více či méně samostatné části. První tvoří informační rámec zahrnující postupy vedoucí k identifikaci existujících informačních zdrojů, jejich využití a vytvoření jakési výchozí „informační základny“ před samotným provedením výzkumu. Kromě jiného je tato informační základna využita při analýze a interpretaci dat. Druhou část tvoří nominační technika Snowball Sampling (překládaná do českého jazyka jako metoda sněhové koule). Třetí část pak tvoří metody získávání dat. Jedná se o semistrukturované interview (Semistructured Interview), ohniskové skupiny (Focus Groups), zúčastněné pozorování (Participative Observation) a kvalifikační odhad (Estimation Techniques). Nejslabším článkem jsou metody sloužící k analýze a interpretaci dat, které metodika nemá adekvátně zpracovány a specificky upraveny.

Podobnou metodiku Focus Assessment Studies využívající stejných metod pro sběr a analýzu dat vytvořila Jane Fountain (Fountain, 2004).

Metody rychlého posuzování jsme zvolili ze dvou důvodů, kterými jsou:

- specifičnost zkoumané populace,
- povaha získávaných dat.

2.2.1 Identifikace zdrojů dat

Účastníky výzkumu byli zvoleni klienti nízkoprahových služeb v Praze (dále respondenti) a poskytovatelé nízkoprahových služeb v Praze (dále klíčoví informanti).

Kritéria zařazení do studie:

1. respondenti

- problémoví uživatelé dle definice EMCDDA,

■ využívání nízkoprahových služeb.

2. poskytovatelé nízkoprahových služeb přímo pracující s problémovými uživateli drog.

Studie se zúčastnilo celkem 30 klientů nízkoprahových služeb. S 16 pracovníky ze 6 nízkoprahových programů byly provedeny 2 ohniskové skupiny.

2.2.2 Nominální technika

Respondenti byli převážně vybíráni pracovníkem konkrétního zařízení (gatekeeper), který respondenta doporučil a facilitoval tak snadnější přístup ke klientovi. Tazatelé byli také klienty přijati s větší důvěrou, čímž se zvýšil úspěch rekrutace. Současně nebyly narušeny etické principy které proklamují pracovníci nízkoprahových služeb. Jednalo se tedy o cílený výběr, protože byli vybíráni klienti, kteří měli podle pracovníků informace, které mohou pomoci dosáhnout cílů studie. Pro ohniskové skupiny byla oslovena zařízení poskytující nízkoprahové služby na území hlavního města Prahy.

2.2.3 Semistrukturované interview

S každým respondentem byl proveden jeden polostrukturovaný rozhovor. Při plánování rozhovorů jsme vycházeli z koncepce Garyho Barkera (2000) a Steinara Kvaleho (1996).

V rozhovoru jsme se zaměřili na získání základních údajů o respondentovi. Zaměřili jsme se na následující základní oblasti, jež lze rozdělit na tři části a ke kterým respondenti mohli volně vyjadřovat svůj názor, popisovat události, zkušenosti apod.

1. osobní údaje

- osobní anamnéza, zejména rodinná situace, vzdělání, ekonomická situace,
- užívání drog: současné užívání, množství, frekvence užívání, způsob aplikace, kombinování drog, alkohol, cigarety, začátek užívání a jeho následný vývoj, výměna a sdílení jehel, přátelé užívající drogy,

2. využívání nízkoprahových služeb

- zkušenost se službami: jakých služeb respondent využívá, kde a kdy jich naposledy využil, jak se o nich dozvěděl, jaké měl respondent představy a očekávání, jakou zkušenost s nimi respondent má, jak dlouho a jak často respondent těchto služeb využívá,
- atraktivita nízkoprahových služeb: v čem jsou služby atraktivní, v čem ne, co chybí v nabídce služeb, co by je přilákalo,
- spokojenost s nízkoprahovými službami: je nabídka dostačující, má respondent dostatek informací o službách, jak tyto informace

získává, jak je získat lépe, co za pomoc respondent potřebuje, co by respondent změnil, kdyby měl možnost,

- spokojenost s přístupem personálu: hodnocení chování pracovníků, jak jejich přístup změnit,

3. využívání substituční léčby

- využívání substituční léčby respondenty – Subutex, metadon, informovanost o této možnosti, atraktivita substituční léčby, případně co, kde je lepší než substituce.

Tento popis je pouze rámcový, z důvodu velkého množství položek nelze vypsát podrobně všechny otázky, pomocí kterých byli respondenti dotazováni.

2.2.4 Ohniskové skupiny

Ohniskové skupiny se obvykle sestávají z 6 až 10 osob, i přesto že při práci s méně než šesti osobami je tlak na vyjádření každého zúčastněného velmi výrazný. Diskuse jsou vedeny moderátorem nebo facilitátorem, který udržuje téma diskuse nebo fokusuje na dané téma. Jako v případě hloubkového rozhovoru by toto řízení mělo být otevřené a řídicí vstupy by měly být minimalizované. Facilitátor se snažil vést diskusi a konstruovat otázky co nejpřirozenějším způsobem připomínajícím „každodenní konverzaci“, spíše než by jen lpěl na připraveném plánu a řízeném rozhovoru (Morgan, 2001; Barker, 2000).

Témata ohniskových skupin provedených s poskytovateli služeb byly stejné jako témata pro rozhovory s respondenty. Dvou ohniskových skupin se zúčastnilo celkem 16 pracovníků, zástupců 6 nízkoprahových programů pro uživatele drog. Byl proveden záznam obou ohniskových skupin a také záznam posazení účastníků kolem stolu (schématický náčrt polohy účastníků v průběhu ohniskové skupiny pro jejich identifikaci v audio záznamu).

2.2.5 Zúčastněné pozorování – nestrukturované

Součástí práce s informacemi byl také materiál získaný prostřednictvím osoby tazatele. Právě konfrontace mezi transkripcí záznamu interview a tím, co pozoroval tazatel sám, byla zdrojem dalších dat užitečných při analýze. Tento přístup

je postaven na různých introspektivních technikách. Obecně platí pravidlo, že čím kvalitnější je schopnost introspekce a tedy čím lepšího a kvalitnějšího sebe-poznání tazatel dosáhne, tím kvalitnějším a užitečnějším se stává „výzkumným nástrojem“. Toho se dosahuje systematickým a kontrolovaným nácvikem (Miovský, 2000).

Zaznamenáno bylo vzezření respondenta, jeho spolupráce a postoj, úsilí, pozornost a adaptace na testovou situaci, spontaneita v chování, celková nálada, kontakt během rozhovoru, známky úzkosti a napětí a celkový dojem o osobnosti respondenta a také to, zda respondent byl, či nebyl pod vlivem nějaké legální nebo nelegální návykové látky. Tazatel si ihned po skončení interview udělal podrobné poznámky.

2.2.6 Kvalifikovaný odhad

Kvalifikovaný odhad (Stimson et al., 1998) je podobně jako zúčastněné pozorování metodologicky zakotven jako introspektivní přístup. Samozřejmou podmínkou pro jeho užitečné použití je stanovení kritérií, za kterých můžeme s určitým stupněm jistoty o určitém posuzovateli prohlásit, že díky své hluboké zkušenosti je schopen nám o jevu, který pozoruje a s nímž má dobrou

zkušenost, sdělit informace nedostupné prostým pozorováním a popisem. Samozřejmým úskalím je právě jistým způsobem uzavřený rámec osobní zkušenosti a jeho aplikace na novou pozorovanou a zažívanou událost. Tedy zkresení vznikající zaběhlým způsobem uvažování a interakce se zkoumaným jevem, u nichž lze předpokládat, že svojí setrvačností mohou negativně ovlivnit přesnost a validnost registrace a pozorování jevu (Miovský, 2002).

2.2.7 Okolnosti rozhovorů a ohniskových skupin (setting)

Respondenti byli kontaktováni prostřednictvím pracovníků nízkoprahových center či terénních programů. Rozhovory probíhaly buď v kontaktní místnosti či jiné místnosti nízkoprahového centra, nebo byli respondenti pozváni do kavárny, hospody apod. Výraznou ochotu a dobrou spolupráci zaznamenali tazatelé u 11ti respondentů. Čtyřem respondentům bylo během rozhovoru nevolno, tři respondenti byli pod vlivem drog, což sdělili tazatelé. U dvou respondentů byl zaznamenán velmi zanedbaný zevnějšek. Ohniskové skupiny proběhly v prostorách Akademie věd ČR.

2 / 3 Analýza dat

2.3.1 Fixace dat

Osobní údaje, tzn. osobní anamnéza a užívání drog, byly zapsány do připravených archů, které tazatelé vyplňovali v průběhu první části rozhovoru. Druhá a případná třetí část rozhovorů (třetí část byla určena pro uživatele opiátů) a všechny ohniskové skupiny byly nahrávány a poté doslovně přepsány. Doslovné přepisy rozhovorů byly upraveny pomocí redukce I. a II. řádu.

2.3.2 Redukce transkribované verze rozhovoru

„Transkribovaná verze rozhovoru je méně přehledná. Nejen vzhledem ke svému značnému rozsahu, ale také proto, že jde o obtížně čitelný text. Příčinou jsou rozdíly mezi mluveným a psaným jazykem. Některé jevy, jichž si v živém roz-

hovoru nejsme vědomi, např. nečekaná přerušení, nedokončené věty atd., rozdělují text na kratší úseky, které na sebe plynule nenavazují a znesnadňují tak čtenáři, jenž není s materiálem důvěrně obeznámen, sledovat základní linii rozhovoru“ (Čermák, Lindénová, 2000, s. 18). K vyřešení tohoto problému byly provedeny dvě verze původní transkripce.

Redukci I. řádu rozumíme proces transformace údajů obsažených ve významových jednotkách do podoby vhodnější pro další analytickou práci. S daty z plné transkripce činíme to, že jsou vynechány všechny části vět nesdělující identifikovatelnou informaci a dále je text očištěn o výrazy, jejichž přítomnost text spíše narušuje a které samy opět netvoří podstatnou součást nositele in-

formace, tedy významovou jednotku (Miovský, 2000).

Redukce II. řádu má za úkol „*selektivně na základě hlavních výsledků analýzy případové studie zvolit všechny identifikované hlavní kategorie a vzájemně je spojit do smysluplného celku s kategoriemi identifikovanými v rámci analýzy ostatních případových studií. Výsledkem je tvorba sítě vztahů mezi těmito hlavními kategoriemi. V případě úspěšné práce, je na základě této sítě možné zpětně vysvětlit a interpretovat jakoukoli analyzovanou případovou studii. Naopak při nenasycenosti dat, dochází ke vzniku „trhlin“ při výkladu a interpretaci při této zpětné kontrole“ (Miovský, 2000, s. 40).*

2.3.3 Metoda analýzy dat

„*Zakotvená teorie (ZT) je teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatímně ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. Proto se shromažďování údajů, jejich analýza a teorie vzájemně doplňují. Nezačínáme teorií, kterou bychom následně ověřovali. Spíše začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné.*“ (Strauss, Corbinová, 1999; dále také Glaser, Strauss, 1967; Corbin, Strauss, 1990).

Principy, na nichž je ZT vystavěna se prakticky bez větších odchylek shodují se základními obecnými principy kvalitativní analýzy a je možné ji užívat v různých obměnách a specifických úpravách prakticky v jakémkoli kvalitativním výzkumu. Jednou z dalších velmi významných výhod této metody je její plastičnost, tedy možnost ji v rámci definovaných pravidel a zásad libovolně upravovat dle předmětu a cíle výzkumu. Samotní její autoři počítají s jejími úpravami a přizpůsobováním a při její konstrukci zohlednili uvedený požadavek. Díky tomu není ZT rigidním nástrojem, ale velmi živým a tvůrčím prostředkem výzkumu.

Na ZT klade Strauss a Corbinová (1999) čtyři základní požadavky:

- Shoda (mezi pozorovanými a kódovanými skutečnostmi).
- Srozumitelnost (vystavění teorie na základě empirických, věřitelných a srozumitelných poznatků).
- Obecnost (schopnost vypovídat o podobných jevech, vysvětlovat tyto jevy, ev. být schopen zdůvodnit jak fungují a proč např. jiné fungují jinak).

- Kontrola (zpětné ověření vybudované teorie konfrontací s výchozími daty).

Techniky týkající se analýzy a interpretace shromážděného materiálu také přehledně zpracovali ve svém článku Čermák a Štěpaníková (1998) podle práce Milese a Hubermana (1994; In: Čermák, Štěpaníková, 1997, 1998), kteří doporučují následující postupy ke generování významu z dílčí konfigurace kvalitativních dat:

- zachycení vzorců, témat, či „gestaltů“ (jednotlivé informace byly redukovány do menšího počtu jednotek – témat – na základě podobnosti),
- vidění plausibility (na počátku analýzy jsme intuitivně nacházeli vztahy mezi různými tématy a kategoriemi, tyto vztahy byly zohledněny ve výzkumných otázkách),
- vytváření trsů jako souvisejících kategorií (dílčí výzkumné jednotky jsme seskupili do kategorií),
- výčet (provedli jsme výčet jednotlivých témat a kategorií společně s jejich frekvencí výskytu).



3 ETICKÉ NORMY A PRAVIDLA VÝZKUMU

Základním předpokladem a závazkem při získávání informací prostřednictvím interview bylo neohrozit a nepoškodit účastníky výzkumu a současně se tento problém týká také tazatele, který se především při práci s touto rizikovou populací vystavuje jistému nebezpečí (Miovský, Miovská, Gajdošíková, 2004).

Přijaté etické normy a pravidla výzkumu

- Rozhovory prováděli zaškolení tazatelé.
- Respondenti se zúčastnili zcela dobrovolně, bez nároku na odměnu.
- Účastníci výzkumu byli vždy na začátku interview seznámeni se všemi základními informacemi o studii a svých právech, včetně práva odmítnout nahrávání nebo práva, kdykoli žádat o zničení nahrávky (informovaný souhlas). Respondenti byli náležitě chráněni před fyzickou a duševní nepohodou, újmou či nebezpečím, jež by mohlo nastat v důsledku rozhovoru. V případě, kdy by výzkumné postupy vyústily v nežádoucí následky pro respondenta, tazatel nese odpovědnost za odhalení a odstranění nebo nápravu těchto následků.
- Nahrávky byly bezpečně archivovány u tazatelů a mohou být využity výhradně pro účely tohoto výzkumu. Nemá k nim mít přístup nikdo další a nesmí být využity k žádné jiné činnosti a nikým, kdo není členem výzkumného týmu.
- Všechny údaje, jež by bylo možné využít k identifikaci respondenta budou z písemného záznamu interview odstraněny a dále s nimi nebude pracováno – anonymita tedy bude zachována.
- Respondenti budou seznámeni také s jejich právem kdykoli přerušit účast na této studii, neodpovídat na otázky či kdykoli přerušit rozhovor apod.
- Tazatel si byl vědom rizik spojených se situací, byl seznámen s možnostmi, jak řešit krizové situace apod.



CHARAKTERISTIKY HL. M. PRAHY

Praha je hlavním městem České republiky a jako milionová metropole tvoří přirozené centrum života státu. Pozice Prahy v systému osídlení ČR je navíc podpořena její centrální polohou v české kotlině. Moravská část České republiky má dva póly osídlení – Brno (369 tis. obyv.) a Ostravu (313313 tis. obyv.) – obě z dalších největších měst ČR mají tedy zhruba třetinovou populaci. Hl. m. Praha má plochu 496 km², což je pouze 0,6 % území republiky, ale 1 165 581 obyvatel představovalo 11,4 % populace státu.

Během 90. let Praha zažila rozsáhlou proměnu života včetně modernizace svých stavebních fondů a infrastruktury. Město se muselo vyrovnat s bezprecedentní povodní v srpnu 2002. Rozsah, pestrost a zachovalost historického centra zařadily Prahu v r. 1992 na seznam kulturního dědictví UNESCO. Celkově se Praha pádem totalitního režimu vrátila mezi významná centra Evropy.

Kvalita životního prostředí, zejména kvalita ovzduší v centru Prahy, je přes významné zlepšení v 90. letech hodnocena celkově jako nevyhovující. Praha je stále řazena k nejvíce postiženým regionům státu, spolu s krajem Moravskoslezským a Ústeckým. Znečištění ovzduší oxidem siřičitým v posledních deseti letech výrazně pokleslo, přesto však v centru města a v kotlině kolem Vltavy přesahuje zákonný roční limit. Růst intenzity automobilové dopravy způsobil i růst koncentrace přízemního ozónu, znečištění olovem ale dlouhodobě klesá. Podíl obyvatelstva, vystaveného nadměrnému hluku, je zhruba 30 % a Praha je tak nejvíce zatíženým regionem celé ČR. Praha je také nejvýznamnější dopravní uzel státu a největším regionálním trhem práce v ČR. Jeho hlavními rysy jsou vysoká atraktivita, profesní mobilita a nízká obecná míra nezaměstnanosti (v r. 2003 byla v Praze 4,2 % proti 7,8 % v ČR). Vysoké je zapojení zahraničních pracovníků. Evidenční počet zaměstnanců podniků, které mají sídlo v Praze, představuje cca 28 % celostátní zaměstnanosti. Pražská pracovní síla má ve srovnání s ostatními regiony ČR výrazně vyšší kvalifikaci, více než čtvrtina zaměstnaných jsou vysokoškoláci (28 % v r. 2001), jejich podíl v posledních letech roste. Také průměrné mzdy

v Praze jsou nadprůměrné. Postavení Prahy ve státě je z hlediska výkonnosti ekonomiky výsadní, neboť zde vzniká cca čtvrtina celostátního HDP. Tento podíl v 90. letech rostl v přepočtu HDP na 1 obyvatele dosahuje ČR cca 60 % průměru zemí EU, ale v případě Prahy objem regionálního HDP na hlavu překračuje několik let průměr EU o více než pětinu. Vyšší úroveň tvorby HDP je typická pro metropole a je dána vysokým zastoupením sektoru služeb, vyšší úrovní mezd, lokalizací či registrací sídel významných ekonomických subjektů ve městě a konečně i dojížděnou za prací a službami ze zázemí. Mezi odvětví s největší dynamikou v 90. letech se zařadil také cestovní ruch, který se stal významnou oporou ekonomického rozvoje města. Roste význam kongresové turistiky.

Pražské školství má mimořádné postavení mezi ostatními regiony zejména v nabídce vysokých škol, které využívají studenti celé ČR a stále více i ze zahraničí (zejména Slovenska). V Praze je 8 vysokých škol s 36 fakultami, na nichž studovalo 75,6 tis. studentů (2001/2002). Navíc zde bylo 9,6 tisíce studentů doktorského studia. Podobné postavení má Praha ve zdravotnictví, kdy některé specializované typy péče poskytují pro celou ČR. Resort zdravotnictví měl 23 nemocnic se 174 odděleními a 9 755 lůžky (rok 2001, mírně klesající trend). Další 3 nemocnice se 867 lůžky měly jiné resorty. Celkový přepočtený počet lékařů dosáhl 3 387. Relativní ukazatele vybavenosti a výkonů zdravotnictví mírně rostou (např. 8,4 lůžka na 1000 obyvatel) (ČSÚ, 2004a).

V Praze žije 1 165 581 obyvatel (k 1.1.2004), 70,7 % je ve věku 15–64 let, 16,2 % ve věku nad 65 let a 13,1 % osob mladších 14 let. Obyvatelé Prahy jsou v 78,2 % zaměstnaní ve službách, v 21,3 % v průmyslu a 0,5 % obyvatel je zaměstnáno v zemědělství. Průměrné procento pracovní neschopnosti v r. 2002 činilo 5,31. Míra registrované nezaměstnanosti v r. 2003 byla 4,2 %. Průměrná měsíční mzda je v Praze o 5 752,- Kč vyšší než průměrná mzda v ČR (19 081,- Kč) (ČSÚ, 2004a).

V r. 2002 činil celkový počet trestných činů 102 847, z nichž bylo objasněno 26 309 trestných činů (ČSÚ, 2003; Statistická ročenka 2002). Policejní prezidium ČR v r. 2002 zjistilo celkem 1 762 drogových trestných činů.

V ČR stoupá počet cizinců a přistěhovalců. V r. 2003 bylo v ČR evidováno 240 tis. cizinců (160 tis. s povoleným dlouhodobým pobytem a 80 tis. s trvalým pobytem), což je 2,3 % z úhrnného počtu všech obyvatel ČR. Tito cizinci jsou nejčastěji původem ze Slovenské republiky a Ukrajiny, dále z Vietnamu, Polska a Ruska. Ažyl byl doposud udělen 1 544 osobám. V ČR bylo podle údajů státních zastupitelství a soudů v r. 2002 stíháno 93 378 osob, z toho 3 480 cizinců (4 %). Obžalováno bylo 77 210 osob, z nich 2 804 cizinců (4 %), a pravomocně odsouzeno 65 098 osob, z toho 3 361 cizinců (5 % všech odsouzených). V r. 2003 zaznamenala Služba cizinecké a pohraniční policie 34 556 případů nelegální migrace. Nedovoleným způsobem překročilo státní hranici 13 206 osob (z toho 16 % tvořili občané ČR), u 21 350 osob bylo zjištěno porušování pobytového režimu (ČSÚ, 2004b). Nelegální migrace bude mít pravděpodobně vyznaný

vliv na budoucí vývoj nízkoprahových služeb a substituční léčby. Výsledky studie naznačují, že pouze malý zlomek imigrantů majících problémy s návykovými látkami tyto služby vyhledá. Díky tomu máme velmi málo informací o potřebách těchto cílových skupin a zřetelná je naše malá schopnost zvýšit atraktivitu těchto služeb a dosáhnout tak většího zachytu. Ve spojitosti s tím lze očekávat další nárůst rizik spojených s užíváním návykových látek v této populaci, kterému lze čelit především větší pozorností zjišťování potřeb těchto uživatelů a promítnutím této znalosti do dalšího rozvoje nízkoprahových služeb.

Srovnáním jednotlivých krajů mezi sebou se zabývá publikace „Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002: Situační analýza v širším demografickém a socioekonomickém kontextu“ (Lejčková et al., 2004). Shluková analýza rozdělila 14 krajů České republiky do pěti typů, podle toho, které kraje si byly navzájem nejvíce podobné. Praha tvoří jeden samostatný typ, který je charakteristický „výrazně nepříznivou charakteristikou sociálního prostředí; ukazuje se, že zde dochází k určité koncentraci kriminality včetně drogové, ... koncentruje se sem časté experimentování s nelegálními drogami (nadprůměrné zkušenosti mládeže s drogami), je zde vysoká prevalence problémových uživatelů drog a vyšší počet žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu. Zároveň je zde ale také vyšší vzdělanost obyvatelstva, nadprůměrně vysoká mzda a vysoké celkové dotace na drogovou politiku. Na druhé straně má relativně příznivou demografickou strukturu a vyznačuje se dobrým zdravotním stavem obyvatelstva.“ (Lejčková et al., 2004).

4.2.1 Populační studie (školní a celopopulační studie)

Školní studie ESPAD, realizovaná v r. 2003 u populace 16letých středoškoláků, poskytuje data

za jednotlivé kraje, tedy i za hl. m. Prahu (Csémy et al., 2003; Csémy et al., 2004). Soubor všech 16letých respondentů ve všech krajích čítal 7 025 osob (3 362 chlapců a 3 663 dívek). V Pra-

ze byl získán reprezentativní soubor o velikosti 592 osob (260 chlapců a 332 dívek).

Zkušenost s cigaretami alespoň jednou v životě mělo v Praze 77,6 % 16letých a s alkoholem 97,2 % mladistvých. Denně kouří 30,7 % mladistvých – viz tabulku 4.1. Celoživotní zkušenost s jakoukoli nelegální drogou mělo téměř 50 % mladistvých a s jakoukoli nekonopnou drogou 15 % mladistvých – viz tabulku 4.2. Co se týče zkušenosti s alkoholem a tabákem a s nelegální-

mi drogami, jsou hodnoty mírně zvýšené oproti hodnotám v ČR. Největší rozdíl je v užívání konopných látek, u celoživotní zkušenosti s konopnými drogami o 6,6 % – viz tabulku 4.3. Naopak je tomu u zkušenosti s těkavými látkami, kdy celoživotní zkušenost s nimi má v Praze 8,3 % mladistvých oproti 9 % v ČR – viz tabulku 4.4. Celoživotní zkušenost s heroinem a jinými opiáty má 3 % mladistvých v Praze, s pervitinem a jinými stimulanty 5,3 % mladistvých a s extází 9,6 % mladistvých.

Tabulka 4.1: Zkušenost s tabákem a alkoholem mezi šestnáctiletými v Praze v r. 2003 (v %)

Kraj	Kouření		Pítí alkoholu	Binge drinking (5 a více sklenic alkoholu)
	Denní	Silné (11 a více cigaret denně)	6 a vícekrát v posledních 30 dnech	3 a vícekrát v posledních 30 dnech
Hl. m. Praha	30,7	10,9	28,8	17,3
Česká republika	27,0	7,6	25,6	17,5

Tabulka 4.2: Zkušenost s jakoukoli nelegální drogou a nekonopnou drogou mezi šestnáctiletými v Praze v r. 2003 (v %)

Kraj	Jakákoliv nelegální droga			Jakákoliv nekonopná droga		
	Celoživotní	Posledních 12 měsíců	Posledních 30 dnů	Celoživotní	Posledních 12 měsíců	Posledních 30 dnů
Hl. m. Praha	49,8	42,6	24,7	14,7	8,4	4,1
Česká republika	43,8	35,9	19,4	11,2	7,3	3,3

Tabulka 4.3: Zkušenost s konopnými látkami samostatně a v kombinaci s alkoholem mezi šestnáctiletými v Praze v r. 2003 (v %)

Kraj	Konopné látky				Konopné látky s alkoholem		
	Celoživotní	Posledních 12 měsíců	Posledních 30 dnů	6+ v posledních 12 měsících	Celoživotní	Posledních 12 měsíců	Posledních 30 dnů
Hl. m. Praha	50,2	43,2	24,2	20,5	39,6	27,7	14,1
Česká republika	43,6	35,7	19,2	23,2	30,8	21,4	10,2

Tabulka 4.4: Zkušenost s těkavými látkami mezi šestnáctiletými v Praze v r. 2003 (v %)

Kraj	Těkavé látky			
	Celoživotní	Posledních 12 měsíců	Posledních 30 dnů	6+ v posledních 12 měsících
Hl. m. Praha	8,3	4,1	1,7	0,5
Česká republika	9,0	4,3	1,3	0,5

4.2.2 Prevalenční odhad problémových uživatelů drog

Počet problémových uživatelů drog dosahuje v ČR odhadem 35–37 tis. osob, z toho injekčních uživatelů je 30–32 tis. osob, počet problémo-

vých uživatelů pervitinu je přibližně 22 tis. a heroinu 13–15 tis. osob. Počet problémových uživatelů v Praze tvoří 31,2 % z počtu problémových uživatelů v celé ČR – viz tabulku 4.5 (Mravčík et al., 2003).

Tabulka 4.5: Prevalence problémových uživatelů drog v r. 2002 (Mravčík et al., 2003)

Kraj	Počet problémových uživatelů drog	Přepočet na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let
Hl.m. Praha	10 950	13,3
Česká republika	35 100	4,9

4.2.3 Infekční nemoci mezi uživateli drog

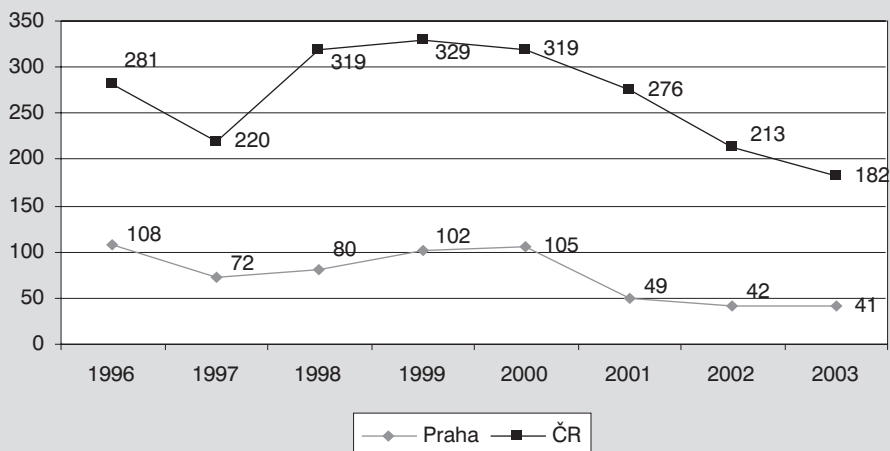
U injekčních uživatelů dochází k poklesu hlášených případů virové hepatitidy typu C (viz obrázek 4.2), což může být pravděpodobně způsobeno monitorovacím systémem.

Z výsledků studie NMS „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ provedené ve 12 nízkoprahových zařízeních v l. 2002–2003, z toho ve dvou pražských nízkoprahových zařízeních, vyplývá, že až 44,7 % klientů bylo pozitivních (viz tabulku 4.7).

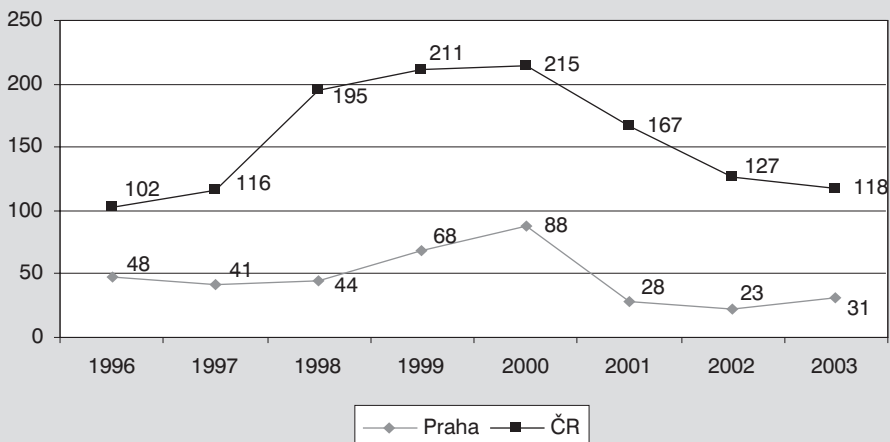
Tabulka 4.6: Hlášení virové hepatitidy v celé populaci a u injekčních uživatelů drog v Praze v r. 2003 (Polanecký et al., 2004)

Kraj	VHA celkem	injekční uživatelé		VHB celkem	injekční uživatelé		VHC celkem	injekční uživatelé	
		počet	%		počet	%		počet	%
Hl.m. Praha	25	0	0,0	104	39	37,5	41	31	75,6
Česká republika	114	5	4,4	370	94	25,4	182	118	64,8

Obrázek 4.1: Hlášené případy akutní virové hepatitidy typu C v celé populaci v letech 1996–2003 (Polanecký et al., 2004)



Obrázek 4.2: Hlášené případy virové hepatitidy typu C u injekčních uživatelů drog v letech 1996–2003 (Polanecký et al., 2004)



Tabulka 4.7: Průběžné výsledky seroprevalenční studie VHC ve vybraných zařízeních (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003)

Zařízení	Počet otestovaných respondentů	Počet testů s pozitivním výsledkem	
		Počet	%
Drop In Praha	114	51	44,7
KC SANANIM Praha	101	37	36,6
Celkem	759	226	29,8

4.2.4 Žádosti o léčbu (treatment demand a first treatment demand)

Do registru Hygienické stanice hl. m. Prahy vykazuje celkem 28 pražských center (3 nízkoprahová, 10 ambulantních, 6 ambulantních nezdrazvotnických a 9 lůžkových). V r. 2003 bylo v Praze evidováno celkem 596 prvních žádostí o léčbu a 1 549 všech žádostí o léčbu. V souvislosti s užíváním heroinu a ostatními opiáty se léčilo (TD) 791 osob (51,1 %), s užíváním pervitinu a ostatními stimulanty 587 osob (37,9 %) a s užíváním kanabinoidů 137 osob (8,8 %).

Naopak mezi prvožadatelé o léčbu (FTD) byli nejčastěji zastoupeni uživatelé pervitinu a ostatních stimulantů (258 osob, 43,3 %), následovali uživatelé heroinu a ostatních opiátů (226 osob, 37,9 %) a uživatelé kanabinoidů (99 osob, 16,6 %) (Polanecký et al., 2004). Incidenci a prevalenci žadatelů o léčbu na 100 000 obyvatel v Praze a v ČR v r. 2003 ukazuje tabulky 4.8 a 4.9.

Tabulka 4.8: Žadatelé o léčbu v souvislosti s vybranými drogami na 100 000 obyvatel (Polanecký et al., 2004)

Kraj	Žadatelé o první léčbu	Všichni žadatelé o léčbu	Žadatelé o první léčbu ve věku 15–39 let	Všichni žadatelé o léčbu ve věku 15–39 let
Hl.m. Praha	50,8	131,9	132,0	345,3
Česká republika	40,4	82,8	103,7	212,9

Tabulka 4.9: Incidence a prevalence vybraných psychiatrických diagnóz (na 10 000 obyvatel) (ÚZIS, 2003)

Kraj	dg. F10 (alkohol)		dg. F11–19 (ostatní psychoaktivní látky)	
	Incidence	Prevalence	Incidence	Prevalence
Hl.m. Praha	8,3	29,6	9,4	27,1
Česká republika	6,1	22,9	3,1	10,0

4 / 3 Institucionální kontext

V rámci této studie nebyla provedena samostatná institucionální analýza. Využita byla data dostupná z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002 (Mravčík et al., 2003), Závěrečných zpráv o realizaci programu protidrogové politiky za rok 2003, ze Seznamu zařízení poskytujících služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci (RVKPP, 2003a), internetových stránek www.drogy-info.cz a dalších veřejně dostupných zdrojů. Jsou zde také uvedeny nejznámější a nejvýznamnější instituce,

rozhodně se nejedná o vyčerpávající přehled zařízení.

4.3.1 Detoxifikace

Detoxifikace je definována jako léčení odvykacího syndromu, abstinenčních příznaků spojených s přerušением užívání návykové látky (v případech, kdy nejsou ohroženy vitální funkce organismu) (RVKPP, 2003b). Podle dostupných údajů jsou v Praze 3 detoxifikační stanice pro dospělé: VFN U Apolináře, PL Bohnice, FN Vinohrady

a jedno Dětské a dorostové detoxifikační centrum, Nemocnice Milosrdných sester sv. K. Boro-mejského. Kritéria přijetí k detoxifikaci se oddělení od oddělení liší, a to někdy velmi výrazně. Některá detoxifikační oddělení mají velmi nízký práh, jiná si kladou jako podmínku např. i zajištění následné léčby po ukončení detoxifikace apod. (Mravčík et al., 2003).

V průběhu roku 2003 zahájilo svoji činnost Centrum ambulantní detoxifikace a substituce (CADAS), o.s. SANANIM. Centrum poskytuje služby osobám užívající ilegální drogy (opiáty a stimulantia) na stupni závislosti nebo s vysokým stupněm škodlivého užívání, s možnými somatickými a psychickými komplikacemi, bez ohledu na stupeň motivace k abstinenci léčbě, se základní sociální stabilitou. Dolní věková hranice cílové populace je 17 let.

Základní poskytované služby:

- psychoterapie,
- farmakoterapie: krátkodobé nebo střednědobé schéma ambulantní detoxifikace buprenorfinem, podpůrná psychofarmaka,
- kontrolovaný domácí režim,
- návštěvní služba personálu v bytě klienta.

4.3.2 Nízkoprahové služby

Nízkoprahová centra poskytují kontaktní služby, poradenství, motivační trénink, programy harm reduction, diferenciatně diagnostický filtr a zprostředkování detoxifikace a ústavní nebo ambulantní léčby (RVKPPP, 2003b). V Praze v r. 2003 působily celkem 3 nízkoprahová centra (Nízkoprahové středisko Drop In; Harm reduction – výměnný program IUD, ČČK; Kontaktní centrum o.s. SANANIM), které poskytovaly služby osobám užívající návykové látky. Cílovou populací jsou uživatelé nejen z Prahy, ale také z ostatních krajů a zahraničí (Slovensko, státy bý. SSR, Jugoslávie, Polsko). Dolní věková hranice cílové populace je 15 let. Pro uživatele drogové národnosti je určeno Kontaktní středisko pro romské uživatele drog v Praze (o.s. HOST). Služby jsou poskytovány také rodičům, příbuzným, přátelům, partnerům či známým uživatelů.

Základní poskytované služby:

- kontaktní práce,
 - výměnný program stříkaček a jehel,
 - základní zdravotnický servis,
 - hygienický servis,
 - testy HIV, prevence HIV/AIDS,
 - poskytování kondomů,
 - vitamínový a potravinový servis (voda, čaj, polévka, pečivo),
 - sociální práce,
 - poradenství, motivační trénink,
 - krizová intervence,
 - telefonické poradenství, telefonická krizová intervence,
 - pracovní programy,
 - asistence při jednání s úřady,
 - probační práce (ochranná ambulantní léčba).
- V těchto čtyřech nízkoprahových programech bylo v r. 2003 zaměstnáno celkem 27 na celkem 19,1 úvazků. Přímé práci s klienty bylo určeno celkem 15,2 úvazků. Počty kontaktů, výměn a vydaných injekčních jehel jsou vypočítány pouze přibližně ze Závěrečných zpráv o realizaci programu protidrogové politiky za rok 2003 – viz tabulku 4.10.

Tabulka 4.10: Počet kontaktů, výměn a výměněných injekčních jehel v nízkoprahových centrech (Závěrečné zprávy o realizaci programu protidrogové politiky v roce 2003)

Počet programů	4
Počet kontaktů celkem	48 586
Počet kontaktů s uživateli drog	48 213
Počet výměn	42 555
Počet vydaných injekčních jehel	634 000

Terénní programy jsou ve Standardech odborné způsobilosti (RVKPP, 2003b) definovány jako služby prvního kontaktu v terénu včetně komplexního programu harm reduction s cílem ovlivnit motivaci klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání příslušných odborných zařízení. V Praze jsou provozovány 4 tyto programy (Terénní program soc. asisten-

tů–Streetwork, o.p.s. Drop In; Terénní programy, o.s. SANANIM; Stanice prvního kontaktu, o.s. ESET-HELP; Mobilní terénní program soc. asistentů – Streetmobil, o.p.s. Drop In). Cílovou skupinou jsou problémoví uživatelé návykových látek starší 15 let a také uživatelé tanečních drog. Pro romské uživatele drog je určen program Terénní práce s romskými uživateli drog v Praze (o.s. HOST).

Základní poskytované služby:

- výměnný program injekčních stříkaček a jehel,
- sběr použitých injekčních stříkaček na veřejných místech,
- distribuce kondomů, desinfekčních tamponů, filtrů, sterilní vody, alobalu,
- poradenství ohledně zdravotních rizik spojených s užíváním drog, poskytování informací o bezpečném braní, o bezpečnějším sexu, motivační trénink ke změně životního stylu směrem k abstinenci,
- zdravotní ošetření,
- potravinový a vitamínový servis,
- sociálně-právní poradenství,
- reference do sociálních a zdravotnických zařízení,
- testy HIV, VHC, těhotenské testy,
- distribuce letáků o nebezpečích spojených s užíváním drog.

Terénní pracovníci o.s. SANANIM distribuují mezi aktivní uživatele návykových látek časopis „Dekontaminace“ (náklad 2 000 ks), který je zaměřen na poskytování informací týkajících se bezpečnějšího užívání, bezpečnějšího sexu, sítě léčebných zařízení pro uživatele, informací o drogové scéně, novinek z oblasti adiktologie apod.

Provoz těchto pěti programů zajišťovalo celkem 30 pracovníků (16,0 úvazků), na přímou práci s klienty bylo vyčleněno celkem 9,4 úvazků. Počty kontaktů, výměn a vydaných injekčních jehel jsou vypočítány pouze přibližně ze Závěrečných zpráv o realizaci programu protidrogové politiky za rok 2003 – viz tabulku 4.11.

V r. 2002 zahájila Společnost Hvězda realizaci projektu „Romský terén“, který byl v r. 2003 roz-

Tabulka 4.11: Počet kontaktů, výměn a vyměněných injekčních jehel terénními pracovníky (Závěrečné zprávy o realizaci programu protidrogové politiky v roce 2003)

Počet programů	5
Počet kontaktů celkem	39 793
Počet kontaktů s uživateli drog	38 926
Počet výměn	36 250
Počet vydaných injekčních jehel	345 800

šířen o projekt „Baterie“. Cílem obou projektů je zvýšit schopnosti terénních pracovníků pro přímou práci s klientem a týmovou práci a využít jejich zkušeností a kontaktů s terénem pro získání informací o užívání drog romskou populací a následně pro zlepšení této situace. Projekt Romský terén se zaměřuje na realizaci třífázového výcviku romských a neromských terénních pracovníků, kteří pracují v romských komunitách. Projekt Baterie je zaměřen na vytvoření romsko-českého Komixu (Vrtbovská, 2003).

4.3.3 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba zahrnuje léčbu a preventivní péči v AT ordinacích a jiných zdravotnických a nezdravotnických zařízeních.

Podle informací dostupných v adresáři ÚZIS (2002) (<http://www.uzis.cz/cz/zarizeni/zzkraj.htm>) a Katalogu pražské extramurální péče je v Praze celkem 17 AT ordinací, z nichž některé poskytují služby pouze klientům závislým na alkoholu.

Adresář ÚZIS (2002) uvádí přibližně 90 klinických psychologů v ambulantních zdravotnických zařízeních, 100 psychiatrických ordinací a 3 dětské psychiatrické ordinace.

V oblasti neziskového sektoru jsme podle revize Závěrečných zpráv o realizaci protidrogové politiky v r. 2003 zaznamenali 3 programy zaměřené na poskytování ambulantních služeb experimentujícím s návykovými látkami, problémovým uživatelům, osobám závislým a jejich rodinám,

blízkým (Terapie osob závislých na návykových látkách, o.s. pro péči o rodiny závislých Anima; Centrum poradenství pro mládež a rodiny, o.s. Prev-Centrum; Konzultační centrum pro závislé, o.s. ESET-HELP). Programy jsou určeny pro osoby starší 18 let, v případě práce s rodinou je věková hranice dětí od 6 let (o.s. Anima) a od 11 let (o.s. Prev-Centrum).

Základní poskytované služby:

- individuální a skupinová psychoterapie a poradenství,
- práce s rodinou,
- sociální práce,
- motivační program,
- telefonické poradenství,
- krizová intervence,
- volnočasové aktivity,
- preventivní a vzdělávací programy.

4.3.4 Stacionární programy

Jedná se o intenzivní ambulantní péči, tj. o strukturované denní, odpolední popř. noční programy v délce 3–4 měsíců (RVKPP, 2003b). Denní stacionář pro osoby užívající návykové látky je v Praze jeden, Denní stacionář, o.s. SANANIM. Je určen klientům ve věku od 17 let s diagnózami „škodlivé užívání“ nebo „závislost“ na nealkoholových drogách, zejména heroinu a pervitinu a s motivací ke změně vedoucí k abstinenci.

Základní poskytované služby:

- denní program (intenzivní ambulantní péče),
- motivační program,
- individuální terapie a poradenství, rodinná terapie,
- psychologické a psychiatrické vyšetření,
- poradenství a skupina pro rodiče, partnery klientů, další rodinné příslušníky,
- sociální práce,
- diferenciatní diagnostika,
- program pro matky – uživatelky s dětmi,
- klubové a volnočasové aktivity.

4.3.5 Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba

Ústavní léčbu můžeme definovat jako lůžkovou péči na samostatných odděleních psychiatrických léčeben a klinikách, na samostatných specializovaných odděleních všeobecných nemocnic, případně v samostatných zdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 5–14 týdnů (RVKPP, 2003b). V Praze poskytují léčbu drogově závislým VFN v Praze (Apolinář) a PL Bohnice.

PL Bohnice i VFN v Praze (Apolinář) mají dvě oddělení, pro muže a pro ženy, pro léčbu alkoholismu a toxikomanie a jedno oddělení pro ochranné léčby. PL Bohnice poskytuje kromě standardní péče v psychiatrických léčebnách také práci v chráněných dílnách, arteterapii, muzikoterapii, skupinovou terapii, nácvik sociálních dovedností, pohybové terapie, ergoterapie, poradenství ad. Dále léčebna provozuje internetové stránky o drogové prevenci www.plbohnice.cz.

4.3.6 Rezidenční péče v terapeutických komunitách

Klienti mající zájem o střednědobou či dlouhodobou (6–18 měsíců) lůžkovou léčbu v terapeutické komunitě jsou odkazováni na komunitu umístěnou mimo hl. m. Prahu. Tuto léčbu v r. 2002 zajišťovalo celkem 16 komunit (215 lůžek, cca 520 klientů) (Mravčík et al., 2003).

Středisko pro mládež Klíčov provozuje 3 oddělení, a to Alternativa (odd. pro mládež experimentující s drogou, pro mládež od 15 let), Most (krizové odd. pro mládež od 15 let), Cesta (odd. s výchovně léčebným režimem mezi 15–19 rokem).

Teen Challenge Na Bendovce provozuje rezidenční program pro ženy užívající návykové látky v délce 14–18 měsíců a následnou péči pro tyto ženy.

4.3.7 Následná péče

Následnou péči můžeme v rámci bio-psychosociálního pojetí závislosti vymezit jako soubor všech služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu a které ve svém souhrnu pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence od užívání drog nebo sociální rein-

tegrace klienta v životě po léčbě (Mravčík et al., 2003, Kalina et al., 2001). Cílem není pouze abstinence klienta, ale také prevence relapsu ve vztahu k jeho primární droze nebo jeho zapojení do normálního života bez výrazných problémů způsobených příležitostným užitím některé návykové látky (Mravčík et al., 2003). Můžeme rozlišit tři základní typy programů následné péče:

- ambulantní doléčovací program,
- program chráněného ubytování a chráněných bytů s psychosociální podporou,
- program chráněných dílen a chráněných zaměstnání s psychosociální podporou.

Následnou péči v Praze poskytují dvě nestátní neziskové organizace, a to o.p.s. Drop In a o.s. SANANIM. Obecně prospěšná společnost Drop In provozuje Centrum následné péče a Centrum pro rodinu (program resocializace matek užívající psychotropní návykové látky a monitoring jejich dětí v dětských domovech a kojeneckých ústavech). Občanské sdružení SANANIM provozuje Doléčovací centrum s chráněnými byty a chráněnou dílnou a Doléčovací centrum pro matky s dětmi.

Cílovou populací jsou:

- klienti po léčbě drogové závislosti nebo klienti abstinující alespoň 2 měsíce,
- matky s dětmi a těhotné ženy s diagnózou závislosti na nelegálních drogách vracějící se z léčebných zařízení, z výkonu trestu a případně i bez předchozí léčby, pokud splňují kritéria dle minimálních standardů péče,
- rodiče, děti klientů, partneři, další rodinní příslušníci.
- Základní poskytované služby:
- strukturovaný doléčovací program (individuální a skupinová terapie, práce s rodinou, poradenství, socioterapie, sociální práce, krizová intervence apod.),
- prevence relapsu,
- volnočasové aktivity,
- preventivní aktivity,
- chráněné byty,
- chráněná práce.

4.3.8 Substituční léčba

Podle Standardů substituční léčby se jedná o časově neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle, tj. trvalé a důsledné abstinence, na dobu, kdy bude pacient objektivně i subjektivně schopen abstinčně orientovanou léčbu podstoupit. Do té doby chce udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav (MZ ČR, 2001). V ČR jsou schváleny k substituční léčbě dva preparáty – metadon a buprenorfin. Buprenorfin poskytují zdravotnická lůžková a ambulantní zařízení. Metadon je podáván v substitučních centrech, které jsou v Praze dvě – VFN v Praze (Apolinář) a o.p.s. Drop In, které realizuje dva programy.

Tabulka 4.12: Registr substituční léčby MZ, stav k 31.12.2003 (2003)

	Přijetí do léčby	Ukončení léčby	Stav registru celkem
VFN, Apolinář	134	42	146
Drop In	288	248	138
Celkem	422	290	284
Celkem v ČR			
(9 center)	669	454	569

4.3.9 Protidrogová primární prevence

Programy primární prevence můžeme rozdělit na školní, mimoškolní a práci s rodinami. Školní prevence probíhá v rámci dvou základních typů programů, jedná se o minimální preventivní program na školách a ve školských zařízeních a o tzv. prevenci sociálně patologických jevů v rezortu MŠMT. Mimoškolní programy pro děti a mládež realizují především nestátní neziskové organizace a pedagogicko-psychologické poradny. Příkladem dobré praxe může být komunitní program protidrogové prevence v Praze 6 (www.praha6.cz/bezpecnost/protidrogove.pho) či komunitní aktivity Prev-Centra (www.prevcentrum.cz) (Mravčík et al., 2003).

V Praze jsme zaznamenali tři programy primárně zaměřené na protidrogovou prevenci (Centrum primární prevence, Prev-Centrum; Centrum primární prevence Institut Filia; Komplexní program prevence zneužívání návykových látek, o.s. Život bez závislosti). Cílovými skupinami jsou žáci základních a zvláštních škol, studenti středních škol, vyšších odborných škol a vysokých škol, pedagogové, školní metodici prevence, rodiče.

Pokračuje také rozvoj internetové formy prevence. Nejvíce navštěvovanými on-line poradnami v r. 2002 byly www.drogovoporadna.cz (o.s. SANANIM) a www.extc.cz (o.s. Podané ruce) (Mravčík et al., 2003). Na začátku r. 2004 vznikly nové internetové stránky věnované primární prevenci www.odrogach.cz (o.s. SANANIM).

4.3.10 Drogové služby ve věznicích

Občanské sdružení SANANIM poskytuje v Praze služby uživatelům návykových látek, kteří jsou motivováni k řešení své současné situace a jsou ve vazbě nebo ve výkonu trestu a nemohou osobně kontaktovat kontaktní či léčebné zařízení. Služba je také určena klientům s již nařízenou ústavní nebo ambulantní léčbou, kteří jsou aktuálně propuštěni z vazby nebo výkonu trestu. Služby jsou poskytovány ve vazebních věznicích Ruzyně a Pankrác (Závěrečná zpráva o realizaci programu protidrogové politiky v roce 2003 – Práce s uživateli ve vazbách).

Základní poskytované služby:

- asistence v oblasti sociální práce,
- kontakt před léčbou,
- diferenciálně diagnostický filtr,
- poradenství,
- kontakt se státními institucemi a soudy, s jinými sociálními pracovníky, s Probační a mediační službou ČR,
- kontakt s rodinnými příslušníky.

4.3.11 Ostatní služby

Právní poradna A.N.O. poskytuje právní poradenství a konzultace v oblasti práva trestního, občanského, rodinného a pracovního související s problematikou užívání nealkoholových drog

(zejména uživatelé konopí, mládež experimentující s drogami, zaměstnanci zařízení poskytující služby a ostatní profesionálové přicházející do styku s drogovou problematikou).

Základní poskytované služby:

- telefonické, e-mailové, osobní konzultace,
- přímé zastupování klientů v trestním i civilním řízení,
- vyhotovování právních dokumentů,
- komunikace se státní správou, samosprávou a soudy.

Pomocí rodičům, jejichž děti užívají drogy se věnuje řada organizací, např. Rodiče proti drogám, Infocentrum sociální pomoci – Anonymní rodiče, o.s. Rodiče atd. Také všechny již výše zmíněné programy mají významnou část služeb určenou pro rodiče, partnery a další příbuzné.

Bývalí uživatelé ať už legálních (zejména alkohol) či nelegálních návykových látek vytvářejí svépomocné skupiny (Anonymní alkoholici) a uživatelská fóra (UFO).

V kontextu tohoto tématu je také nutné zmínit služby pro HIV pozitivní, s čímž úzce souvisí provádění prevence sexuálně přenosných chorob. Tyto služby v Praze nabízí celkem 6 organizací (La Strada ČR; Rozkoš bez rizika; Národní linka prevence AIDS, KHS; Poradna pro AIDS, VFN; AIDS centrum Bulovka; Česká společnost AIDS pomoc – Dům světla) (Městské centrum sociálních služeb a prevence, 2002).

Ucelený přehled poskytovatelů sociálních služeb v Praze lze najít v publikaci Městského centra sociálních služeb a prevence (2002) a na internetových stránkách tohoto centra www.mcssp.cz.

4.3.12 Poskytování dotací na programy protidrogové politiky z rozpočtové kapitoly VPS

Nestátní neziskové organizace získávají maximálně 70 % finančních prostředků ze státního rozpočtu (podle usnesení vlády č. 114/2001 ze dne 7.2.2001 „Zásady vlády pro poskytování dotací ze státního rozpočtu ČR nestátním neziskovým organizacím ústředními orgány státní správy“).

vy", druhá část: Postup při poskytování dotací, bod 5). Nejméně 30 % musí tedy tyto organizace zajistit z jiných zdrojů. Významnými zdroji jsou místní samosprávy, kraje a také zahraniční subjekty. V r. 2003 byly náklady na projekty realizované v Praze 80 964 119,- Kč. Výše navrhované dotace od RVKPP činila v r. 2003 celkem 25 285 500,- Kč. Lze říci, že financování praž-

ských programů je celkem uspokojivé, žadatelé o dotaci z RVKPP dostanou v průměru 71,4 % požadované dotace – viz tabulky 4.13 a 4.14. Neuspokojivá je ale situace týkající se rozvoje služeb. Programy sice pokryjí svoje náklady na provoz, ale není možný další rozvoj již existujícího programu, ani vzniku programu úplně nového.

Tabulka 4.13: Přidělené finanční prostředky z RVKPP v r. 2003

	Náklady na projekty celkem	Požadovaná dotace na RVKPP	Navrhovaná dotace od RVKPP	% nákladů na žádost	% nákladů na projekt
Praha	80 964 119	35 392 587	25 285 500	71,4	31,2
Celkem za ČR	340 959 065	135 981 323	90 541 000	66,6	26,6

Tabulka 4.14: Přidělené finanční prostředky z resortů, krajů a obcí v r. 2003

	Praha	Celkem ČR	%
RVKPP	25 285 500	93 751 000	27,0
MPSV	5 841 500	47 089 800	12,4
MZ	9 300 600	25 793 100	36,1
MŠMT	1 200 000	13 542 000	8,9
Celkem ze státního rozpočtu	42 282 100	180 175 900	23,5
Hl.m.Praha/kraje	12 466 000	48 082 000	25,9
Městské části/Obce	10 758 267	33 173 553	32,4
Celkem	65 506 367	261 431 453	25,1



POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU

V druhé polovině r. 2003 bylo provedeno celkem 30 rozhovorů s klienty nízkoprahových zařízení v Praze. Převážná většina respondentů jsou muži (24), což činí při dalších analýzách mírné obtíže při srovnávání mužů a žen navzájem. Podle výsledků ze závěrečných zpráv o realizaci programu protidrogové politiky v r. 2002 a v r. 2003 se procentuální zastoupení klientů nízkoprahových zařízení – mužů pohybuje okolo 60 %. V našem souboru toto zastoupení činí 80 %. Průměrný věk respondentů je 29 let (muži 30 let, ženy 24). Věkové rozložení respondentů – viz tabulku 5.1. Celkem 28 respondentů žije trvale v Praze, 2 žijí v jiném městě blízko Prahy. Dva respondenti jsou jiné národnosti než české, jeden z nich je cizinec, druhý je občanem ČR, ale jiné národnosti než české.

Tabulka 5.1: Zastoupení respondentů v souboru dle věkových skupin

	Muži	Ženy	Celkem
16–20	3	1	4
21–25	4	4	8
26–30	5	0	5
31–35	6	1	7
36–40	3	0	3
41–45	3	0	3
Celkem	24	6	30
Průměrný věk	30	24	29

Celkem 23 respondentů žilo či žije v úplné rodině, dvěma respondentům zemřel otec a dalším dvěma (1 muž, 1 žena) zemřela matka, jednomu respondentovi zemřeli oba rodiče. Rodiče jednoho respondenta jsou rozvedeni. Průměrný věk odstěhování se od rodičů byl 18 let, u mužů byl tento věk vyšší (19 let), u žen byl poměrně nízký (14,7 let) a pohyboval se mezi 13–15 rokem – viz tabulku 5.2.

Dvě třetiny respondentů nemá stálé bydlení (jsou úplně bez domova, na squatu, na ubytovně, bydlí s přáteli). Zbývající třetina respondentů bydlí doma s rodiči nebo užívají vlastní byt. Na otázku, kdy se odstěhovali od rodičů,

Tabulka 5.2: Věk, kdy se respondenti odstěhovali od rodičů

	Muži	Ženy	Celkem
13–15	2	3	5
16–20	11	1	12
21–25	3	0	3
26–30	2	0	2
Neodstěhován	2	0	2
Neuveдено	4	2	6
Celkem	24	6	30
Průměrný věk	19	14,7	18

odpověděli pouze dva respondenti, že s rodiči stále bydlí, avšak na další otázku, jak a s kým žijí odpovědělo 5 respondentů, že bydlí s rodiči – viz tabulku 5.3.

Tabulka 5.3: Způsob života respondentů

	Muži	Ženy	Celkem
Bezdomovec	7	0	7
Squat	9	0	9
Ubytovna	1	0	1
Byt s přáteli	1	0	1
Doma s rodiči	3	2	5
Vlastní byt	2	3	5
Neuveдено	1	1	2
Celkem	24	6	30

Celkem 24 respondentů žije bez partnera, s partnerem žije pouze 6 respondentů. Osm respondentů uvedlo, že mají děti (5 žen, 10 mužů) – viz tabulku 5.4.

Všichni respondenti mají ukončenou základní školu. Pouze základní školu ukončilo 7 respondentů, 12 respondentů úspěšně absolvovalo učební obor bez maturity a 8 respondentů úspěšně dokončilo střední školu s maturitou

Tabulka 5.4: Rodinná situace respondentů

	Muži	Ženy	Celkem
Svobodný/á	13	4 (1 dítě)	17
Žije s partnerem/partnerkou	1	1 (1 dítě)	2
Ženatý/vdaná	2 (1 dítě)	1	3
Rozvedený/á	6 (4 děti)	0	6
Rozvedený/á, žije s partnerkou/partnerem	1 (1 dítě)	0	1
Ovdovělý/á	1 (1 dítě)	0	1
Celkem	24	6	30

Tabulka 5.5: Vzdělání respondentů

	Muži	Ženy	Celkem
Ukončená základní škola	2	0	2
Učební obor bez maturity	– začal a pokračuje	1	0
	– úspěšně dokončil	11	1
Střední škola s maturitou	– začal a nedokončil	4	1
	– začal a pokračuje	0	1
	– úspěšně dokončil	5	3
Ukončená vysoká škola	1	0	1
Celkem	24	6	30

Tabulka 5.6: Ekonomická aktivita respondentů

	Muži	Ženy	Celkem
Student	1	1	2
Ekonomicky aktivní			
– stálé zaměstnání	3	1	4
Ekonomicky aktivní			
– příležitostné zaměstnání (brigády)	3	0	3
Nezaměstnaný	16	4	20
Jiná	1	0	1
Celkem	24	6	30

a jeden respondent má vysokoškolské vzdělání. Ukončené středoškolské vzdělání má 20 respondentů – viz tabulku 5.5. Dva respondenti ve studiu pokračují.

Ekonomicky aktivních respondentů je v souboru celkem 7, zbývající většina respondentů (20 respondentů) je nezaměstnaná – viz tabulku 5.6. Tři respondenti uvedli, že pracují jako externí terénní pracovníci.

Drogová kariéra

První užitou drogou, ať již legální či nelegální, byl nejčastěji tabák (14 respondentů) ve věku 10–17 let (průměrný věk prvního užití tabáku je 13 let). Druhou nejčastější iniciační drogou byl alkohol (7 respondentů), a to ve věku 12–16 let (průměrný věk prvního užití alkoholu je 14,3 let). Čtyři respondenti začali užívat alkohol a tabák současně ve věku 11–15 let (průměrný věk je 13,2 let). S jinou než legální návykovou látkou jako iniciační drogou zahájili svoji drogovou kariéru celkem 4 respondenti. Jednalo se o marihuanu (2 respondenti), pervitin (1 respondent) a morfin (1 respondent). Jeden respondent neuvěděl, kdy začal užívat alkohol a tabák a je z tohoto výčtu vyřazen.

Z nelegálních návykových látek byla nejčastěji užívána marihuana (11 respondentů), průměrný věk jejího prvního užití je 15,5 let. Deset respondentů užívalo v jednom roce marihuanu a jinou nelegální návykovou látku. Spektrum těchto užitých látek je velice široké a pestré. Pohybuje se od kombinace jedné až dvou po kombinaci až pěti různých látek. Jednalo se o kombinaci marihuany s lysohlávkami, LSD, pervitinem, heroinem, extází a toluenem. Věk užívání tohoto velkého spektra drog se pohyboval okolo 16 let, což lze považovat za určité období experimentování s drogami. Většina těchto respondentů navíc v současnosti takovéto rozličné spektrum látek neužívá. Devět respondentů neužívalo marihuanu samotnou ani v kombinaci jako první nelegální drogu. Spektrum těchto látek bylo přibližně stejné jako v případě kombinace s marihuanou. Přehled užívaných drog ukazuje tabulka 5.7, trvání a frekvenci injekčního užívání ukazuje tabulka 5.8 a tabulka 5.9.

Tabulka 5.7: Užívané návykové látky

	Muži	Ženy	Celkem
Cigarety	20	6	26
Alkohol	13	2	15
Marihuana	14	3	17
Léky	7	1	8
Toluen	2	0	2
Lysohlávky	4	1	5
Pervitin	20	5	25
Heroin	9	2	11
LSD	2	0	2
Braun	3	0	3
Speed	1	0	1
Kokain	1	0	1
Metadon	1	1	2
Subutex	14	2	16

Tabulka 5.8: Trvání injekčního užívání drog

	Muži	Ženy	Celkem
Neužívá injekčně	1	0	1
4–6 měsíců	1	0	1
7–12 měsíců	1	0	1
Déle než 2 roky	21	6	27
Celkem	24	6	30

Klienti nízkoprahových služeb mění jehly až na třech různých místech, nejčastěji mění v nízkoprahových centrech, dále si mění jehly u streetworkerů, kupují v lékárnách nebo kupují od kamarádů.

Polovina respondentů (15 respondentů) někdy v životě vzala a předala již použitou jehlu, 10

Tabulka 5.9: Frekvence injekčního užívání drog

	Muži	Ženy	Celkem
Neužíval/a v posledním měsíci	0	1	1
1–3krát za měsíc	2	0	2
1krát týdně	1	0	1
2–6 dní v týdnu	6	4	10
Denně	14	1	15
Neuvedeno	1	0	1
Celkem	24	6	30

respondentů použitou jehlu buď od někoho vzali nebo někomu předali, 5 respondentů nikdy použitou jehlu nevzalo ani nepředalo – viz tabulku 5.10.

Na otázku, kolikrát použili jehlu v posledním měsíci po někom jiném, odpovědělo 23 respondentů. 16 z nich v posledním měsíci od nikoho použitou jehlu nevzali, 6 respondentů vzalo 1 až 2, jeden respondent udal, že vzal použitou jehlu v posledním měsíci 15krát – viz tabulku 5.11.

Na otázku, kolikrát v posledním měsíci někomu předali jimi použitou jehlu, odpovědělo 23 respondentů. Celkem 16 z nich použitou jehlu nikomu v posledním měsíci nepředalo. 1–2krát předalo použitou jehlu 6 respondentů. Jeden respondent předal použitou jehlu 15krát.

Tabulka 5.10: Sdílení injekčního náčiní

	Muži	Ženy	Celkem
Vzal/a a předal/a	12	3	15
Vzal/a, ale nepředal/a	5	0	5
Nevzal/a, ale předal/a	3	2	5
Nevzal/a, ani nepředal/a	4	1	5
Celkem	24	6	30

Celkem 6 respondentů si aplikovalo již použitou jehlou během posledního měsíce, 15 respondentů před více než měsícem. Sedm respondentů předalo již použitou jehlu během posledního měsíce, 16 respondentů jehlu předalo před více než měsícem – viz tabulku 5.11.

Šest respondentů uvádí, že jehly desinfikují a popisují různé způsoby desinfekce, např. kyselínou solnou, vodou. Většinou používají jednu jehlu až 3krát, mezi každým použitím jehlu vydesinfikují. Celkem 20 respondentů uvedlo, že jehlu použijí pouze jednou, většinou mění v nízkoprahovém centru po větším množství, někteří uvádějí až 50–100 ks na jednu výměnu. Dva respondenti nedesinfikují ani nemění, uvádějí, že jednu jehlu použijí až 10krát.

Tabulka 5.11: Předávání již použitého injekčního náčiní

	Vzal		Celkem vzal	Předal		Celkem předal
	Muži	Ženy		Muži	Ženy	
Včera (dnes)	1	0	1	0	0	0
Během posledního týdne	1	0	1	2	0	2
Během posledního měsíce	4	1	5	5	0	5
Před více než měsícem	12	3	15	10	6	16
Neuvedeno	6	2	8	7	0	7
Celkem	24	6	30	24	6	30

Na otázku při jaké příležitosti užívá respondent drogu nejčastěji bylo možné uvést více odpovědí, ženy uvedli 1 až 2 odpovědi, muži jednu až čtyři kategorie. Nejčastější respondenti užívají sami, ve dvojici se sexuálním partnerem, ve dvojici s přítelem a v partě – viz. tabulku 5.12.

Tabulka 5.12: Při jaké příležitosti respondenti užívají drogy

	Muži	Ženy	Celkem
Sám/a	14	2	18
Ve dvojici se sexuálním partnerem	4	1	5
Ve dvojici s přítelem	10	3	13
V partě	3	1	4



VÝSLEDKY

Informovanost uživatelů drog o nízkoprahových a jiných službách je jedním z hlavních bodů efektivního fungování těchto služeb. Jedním z hlavních cílů nízkoprahových služeb je kontaktovat cílovou populaci, vyhledávat skrytou populaci a motivovat ji k využívání nízkoprahových či léčebných služeb.

O možnosti výměny jehel se respondenti dozvěděli převážně od kamarádů a známých (21 respondentů) – „byli jsme ve městě náhodně, vydali jsme se na nákupy a najednou jsme zjistili, že máme potřebu dát si drogu a měli jsme u sebe špinavý vercajky, tak kamarád, co jel s náma, tak říkal, že ví, kde sehnat buchny, no a vzal nás tam“. Ostatní respondenti na otázku buď neodpověděli (5 respondentů), nebo byly jejich odpovědi ojedinělé, např. „člověče, to už ti nepovím, to už je strašně dlouho, ale někdo mi to řekl, že se ten člověk zdržuje hlavně tam na tom káčku, tak jsem to káčko vyhledal a začal jsem tam chodit, normálně jsem tam přišel, že někoho sháním a oni mě tam nechali a pak asi za měsíc jsem začal brát a začal jsem tam chodit pravidelně,“ nebo „tak ono to není daleko od xxx, já tam kousek bydlím, takže to si všimneš, když chodíš okolo, že tady lidi mění buchny, taky už jsem o tom něco slyšel, tak jsem je tam taky zanes a vymění“.

Respondenti se domnívají, že mají dostatek informací o poskytovaných službách. Tyto informace získali převážně od známých („to je z člověka na člověka, mezi známými“), od pracovníků nízkoprahových služeb („buďto mi to někdo řekne, nebo se o tom nedozvím, to je většinou street-worker nebo tak, jako je to i ve mně, že se o to nezajímám“; „na cokoli se tam prostě zeptám a je v jejich kompetenci a vědomostech, tak se prostě dozvím“), z různých letáků („Sedíš v parku a vidíš na lavičce leták, vezmeš do ruky, přečteš si to, přijdu, půjdu se zeptat.“) a také z Dekontaminace („od známých, od přátel, časopis Dekontaminace“).

Souhrn

Respondenti se domnívají, že o službách mají dostatek informací. Ty získali nejčastěji od kamarádů, přátel – uživatelů. Navrhují informace šířit pomocí letáků, médií a pracovníků nízkoprahových služeb. Navrhují také rozšířit základní informace o výměně injekčního materiálu do škol. Často byl kladně oceňován význam časopisu Dekontaminace¹.

První zařízení, které respondenti využili bylo ve 23 případech nízkoprahové centrum, v 5 případech se jednalo o služby terénních pracovníků. Jeden respondent využil možnost substituční léčby metadonem a jeden služeb charitativní organizace. Všichni respondenti uvedli, že injekční materiál kupovali a kupují v lékárnách (ke 13.9.2004 bylo v Praze 281 lékáren [Česká lékárnická komora, 2004]). Respondenti využívají služeb výměnných programů průměrně 7,6 let

(1–19 let), 3 respondenti začali využívat těchto služeb v r. 2003.

Na otázku, co respondenty přilákalo do nízkoprahového centra, jich odpovědělo celkem 16. Nejčastějším důvodem byla výměna jehel, hledání pomoci („Vůbec jsem nevěděl o tom nic, prostě jsem tam přišel a okoukal, co tam vlastně je...myslel jsem si, že mi tam třeba nějak poradí, co s tím můžu dělat nebo tak nějak.“; „Protože

1 Dekontaminace – časopis pro sekundární a terciární prevenci drogových závislostí vydávaný o.s. SANANIM.

jsem nic jiného neznal, protože jsem hledal pomoc.“), potravinový a hygienický servis („Kamarád říkal, pojď na polívku, tak jsme šli.“), dále pak zjistit, co to nízkoprahové centrum je a jaké služby poskytuje („měl jsem informace od kamaráda, přišlo mi to zajímavý, tak sem se tam šel podívat“). Tři respondenti vůbec o nízkoprahovém centru nevěděli, šli tam náhodou s kamarády („on říkal, že chodí na nějaký místo, kam chodí všechny lidi, tak jsem tam šel s ním, no a od těch dob to prakticky využívám“).

Představy a očekávání se výrazně lišily, od představ nízkoprahového centra jako zdravotnického zařízení („jsem si to představoval víceméně jako nějaký zdravotnický zařízení, které poskytuje ty aplikační prostředky, vitamíny, že tam bude nějaká doktorka... vyložené zdravotnický zařízení, bílý prostě“) až po velmi negativně zabarvené představy („čekala sem nějakou díru, vysmaženou“). Nejčastěji zmiňovaným očekáváním byla potřeba pomoci, rady, podpory a informací („že mi pomůžou znovu získat domov a nějak se vrátit do normálního života“; „hledal jsem podporu a informace“), dále také výše zmíněné služby, a to zejména výměna injekčního materiálu, hygienický a potravinový servis („vím, že jsem si tam mohla vyměnit, třeba i osprchovat se, ale byla jsem občas i na dně, takže jsem se potřebovala umýt“). Někteří respondenti navštívili nízkoprahové centrum ze zvědavosti a případně i za účelem setkání se s novými lidmi. Výjimečně se objevují také klienti motivovaní (na základě neznalosti) k návštěvě zařízení snahou opatřit si zde drogy („podívat se, jaký to tam je, že se tam dá sehnat matroš a takový“). Velmi často přicházeli respondenti do nízkoprahových center bez jakýchkoli očekávání a představ („spíš jsme nic nečekali“; „nic jsem si nepředstavoval, nad tím jsem vůbec neuvažoval“). Několik respondentů navštívilo nízkoprahové centrum za účelem výměny injekčního materiálu, ale s určitými obavami a nedůvěrou („myslela jsem, že to bude pro víc lidí a že tam přijdu a budou se mě vyptávat na nějaký věci, že mi třeba udělají nějaký problém“).

První kontakt s nízkoprahovým centrem respondenti ohodnotili na škále:

■ Negativní dojem, zklamání: „realita mě trochu zklamala, dostali jsme knížečku, tam bylo datum další návštěvy a podle toho jsme chodili... jako docházka“; „no, byl jsem vykulený, ty lidi jsem viděl, tu starou gardu, teď to prostředí na mě působilo tak morbidně, ty železný dveře, ty počmáraný zdi, jsem si říkal: že je to baví dřeptět tady celý den“; „zarazilo mě, že jsem tam přišel a slušně pozdravil a oni ke mně přišli: Ahoj, co potřebuješ, důvěrný tykáni prostě, jakoby jsme se znali dlouho, to mě zarazilo“; „spíš, že je to takový hrozný, že je tam hodně feťáků pohromadě, oni se pak chovají jako primitivové, to prostředí na mě nepůsobilo dobře“ (6 respondentů).

■ Podle představ a očekávání: „všechno, co mi řekl kamarád, tak to všechno vlastně pasovalo“; „všechno bylo podle toho, jak jsem si představoval, že to bude“ (5 respondentů).

■ Pozitivní dojem: „spokojený“; „když jsem tam přišel, tak oni mi řekli, co se tam všechno dá dělat, smí a nesmí, takovej nějaký řád“; „bylo pro mě překvapení, že jsem s takovou úrovní a takovým vystupováním ani nepočítal“; „realita byla zajímavá, dostal jsem čaj, jak jsem tam chodil, tak dokud jsem nezačal mluvit, tak si mě nikdo nevšímal, nikdo na mě nic nevyzvídal, to se mi začalo líbit“ (10 respondentů).

Respondenti také okrajově zmínili negativní aspekty setkávání se většího počtu uživatelů na jednom místě („spíš, že je to takový hrozný, že je tam hodně feťáků pohromadě, oni se pak chovají jako primitivové, to prostředí na mě nepůsobilo dobře“; „překvapilo mě, že je to tu hezký, tam ta místnost, to je spíš jak kavárna, kdyby tam teda nechodili fetky“; „zajímavý prostředí, vstřícní pracovníci, bála sem se starých feťáků, kteří čekali v čekárně, sama bych tam nešla“). Okrajově byl zmíněn také prodej drog, jemuž nelze i přes různá preventivní opatření vždy účinně zabránit a který se výjimečně může objevit v jakémkoli zařízení, podobně jako se s tímto rizikovým jevem někdy setkáváme také ve věznicích atd. („nic se nestalo, nic tam nebylo: „že se tam chodí jenom vlastně kupovat drogy a vyměňovat buchny“).

Využívání služeb poskytovaných terénními pracovníky

Služby poskytované přímo na ulici jsou využívány méně než služby poskytované nízkoprahovými centry, někteří respondenti kupují stříkačky v lékárně a vrací je terénním pracovníkům („v lékárně si třeba koupím jednu, dvě a pak ty špinavý, když jich je víc nebo když nemám prachy, tak u streeta“). U terénních pracovníků mění respondenti menší množství stříkaček, většinou 2–10, větší množství potom mění v nízkoprahovém centru, přibližně 50–150 stříkaček, na konci doby určené pro výměnu, kdy již kontaktní pracovníci vědí, kolik stříkaček jim zbylo a mohou je tedy vydat. Polovina respondentů využívá služeb terénních pracovníků minimálně jednou týdně (dva respondenti jsou externími terénními pracovníky) – viz tabulku 6.1. Jedna respondentka udává, že na kontaktním místě se pohybuje pouze proto, aby koupila Subutex („v posledních měsících 1x týdně, pokud na streety náhodně narazím, nevyhledávám je... jinak koupím v lékárně, mezi feťáky sem nerada, je to nutný zlo, abych pořídila Subutex“).

Tabulka 6.1: Frekvence využívání služeb poskytovaných terénními pracovníky

	Muži	Ženy	Celkem
Vůbec	8	1	9
Jednou za měsíc a méně	3	0	3
Jednou za týden	3	2	5
2–3krát týdně a více	7	2	9
Nezodpovězeno	1	1	2
Celkem	22	6	28

Devět respondentů (30 %) bylo kontaktováno přímo na kontaktním místě, tzn. že na otázku, kdy využili služeb terénních pracovníků naposledy, odpověděli: dnes. Tři respondenti den před rozhovorem, jeden před 3 dny a další tři před týdnem. Celkem 16 respondentů (53 %) využilo těchto služeb v posledním týdnu. Před více než 3

měsíci využilo těchto služeb 8 respondentů, 6 respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Kontaktních míst by podle klientů měl být větší počet, měla by být dobře dostupná, několik by jich mělo být ve středu města a měla by být tam, kde se uživatelé nejvíce pohybují. Kontaktní pracovníci by na toto místo měli chodit pravidelně a frekvence by se měla řídit potřebami klientů. Důležité jsou také dny výměny, rozhodně by neměl být opomíjen pátek a víkendy, kdy se spotřeba drog zvyšuje a je minimální možnost výměny injekčního materiálu. Podobně je tomu o svátcích. Důležité je informování klientů, někteří respondenti uváděli, že vlastně vůbec nevědí, kdy si mohou u terénních pracovníků vyměnit, ale mění vždy, když je potkají. Jak je zřejmé již z hodnocení nízkoprahových center, respondenti těchto služeb nejvíce využívají odpoledne, protože většinou celé dopoledne shánějí drogu a prostředky pro její zakoupení.

Využívání služeb poskytovaných nízkoprahovými centry

Minimálně jednou týdně navštíví nízkoprahové centrum 25 respondentů (83 %) ,jednou za měsíc a méně než 7 respondentů (23 %) a vůbec nízkoprahové centrum nenavštěvují 2 respondenti (6 %) – viz tabulku 6.2.

Liší se také frekvence využívání těchto služeb podle toho, jaké je roční období („v zimě 5x týdně, přes léto 3–4x“) a také podle toho, kolik mají „volného“ času („sem chodím obden, i každé den, jak mám čas, no, když jdu okolo, tak se stavím, takhle, někdy se tam neobjevím týden a pak tam chodím 12 dní v kuse“; „co tři, co dva dny, to záleží, když třeba něco vyřizuju“). Pravidelnost v jejich chování chybí („tak zajdu někdy třeba 2x za týden, někdy tak dva týdny ne, ale jako pravidelně ne“). Respondenti navštěvují nízkoprahové centrum nejen z důvodu výměny injekčního materiálu, ale také proto, že je to místo, kde si mohou odpočinout, v zimě se mohou zahřát, najíst se a napít. Někteří se zde pokoušejí také o aplikaci drogy („no, vono taky bylo třeba období, kdy jsem tam nešel nebo nechodil, protože nebyl důvod nebo prostě nebylo proč tam jít, nejvíc jsem tam chodil denně, několikrát, a hlavně dřív jsem tam

chodil proto, že měl člověk kde být chvíli, jako odpočinout, kde si mohl dát čaj, kde si mohl v klidu šlehnout, když to nikdo nevidí"). Data naznačují, že se dle očekávání mezi klienty postupně rekrutuje skupina velmi těžkých uživatelů návykových látek, pro které by adekvátním řešením zřejmě byla aplikační místnost. Diskuse mezi odbornou veřejností již v minulosti naznačila, že se počet těchto klientů v Praze zřejmě přiblížil momentu, kdy by podobné zařízení mělo smysl zřídít a také zkušenosti pracovníků některých programů naznačují, že toto téma nemělo být podceňováno. Jeden respondent vysvětluje, proč nízkoprahové centrum nenavštěvuje, hlavní důvody už jsou zmíněny výše („nikdy jsem tam nebyl, vím o tom, že to existuje, ale nebyl jsem tam...já mezi ty ostatní feťáky zrovna nemusím, není proč, jako že bych si šel někam sednou na polívku? To je dobrý pro lidi, co jsou jako na ulici, určitě, ale já si dám polívku radši v hospodě“).

Tabulka 6.2: Frekvence využívání služeb poskytovanych k-centry

	Muži	Ženy	Celkem
Vůbec	2	0	2
1krát za měsíc a méně	6	1	7
1krát za týden	4	1	5
2–3krát týdně a více	11	4	15
Nezodpovězeno	1	0	1
Celkem	24	6	30

Celkem 17 respondentů (57 %) bylo kontaktováno přímo v nízkoprahovém centru, tzn. že na otázku, kdy využili služeb nízkoprahového centra naposledy, odpověděli: dnes. Jeden respondent den před rozhovorem, jeden před 3 dny a tři před týdnem. Celkem 22 respondentů (73 %) využilo těchto služeb v posledním týdnu. Před více než 3

měsíci využil těchto služeb 1 respondent, 4 respondenti na tuto otázku neodpověděli.

Důvodem návštěvy nízkoprahového centra je pro devět respondentů také to, že tam mohou potkat svoje kamarády, další 3 respondenti se naopak s touto skupinou osob setkávat nechtějí („no, že bych sem vyloženě chodil za těma lidma, že bych je vyhledával, to jako ne“).

Téměř všichni respondenti (11 respondentů ze 14), kteří se vyjádřili ke stanoveným pravidlům a trestům, vědí o stanovených pravidlech:

- sedm respondentů s těmito pravidly souhlasí a dodržuje je („já jsem je neporušoval, protože je to zbytečný, už jsem si na to zvyk, že to tam tak má bejt, tak se podle toho chovám“; „to ty lidi dodržujou, ty lidi, i když mají zákaz, tak prostě si tam jdou vyměnit a popřípadě požádají o čaj, zapijou si tam svoje vitamíny a vystřelí, já je určitě neporušuju“),
- tři respondenti s nimi souhlasí, ale podle nich jsou příliš tvrdé („znám, no, ta hodina, že tady můžeš být jen hodinu, to je jasný, ale tvrdý, mě to nevdá, já tady nepotřebuju nějak vysedávat, ale těch starých nebo i těch mladých, co jsou na ulici, tak to je drsný, ale to je jasný, oni by se sem jinak nevešli“),
- jeden respondent s nimi nesouhlasí („já prostě ty zákazy neuznávám“).

Jedna respondentka se zmiňuje o vlastním porušování pravidel: „nikdy jsem neměla žádné trest na káčku, já nic neporušuju, no jako porušuju, že si občas dám na záchodě“. V naprosté většině případů se však přijatá preventivní opatření v jednotlivých nízkoprahových zařízeních, směřující k omezení rizik spojených s podobným jedním, jeví jako adekvátní a účinná.

Dva respondenti nejsou o pravidlech informováni („nevím, jak fungují, já jsem tam zatím žádné trest osobně nezažil“; „já nevím, já prostě většinu těchto zařízení proběhnu a prostě jdu, fakt nevím, jaký jsou tam“).

Jeden respondent zastává radikální názor, že stanovená pravidla nejsou dodržována ani vyžadována („asi moc ne, pravidla jsou třeba, že tam

člověk může strávit hodinu, a to v zimě často třeba jsou tam zalezlí, ale už uběhla další hodina, ale ještě tam byli, takže asi je to takový laxní, no, to fetování tam taky probíhá"). Co se týče porušování pravidel, respondenti popisují, jak se v nízkoprahovém centru domlouvá nákup-prodej drog. Klienti zastávají různé názory:

- drogy se prodávají přímo v nízkoprahovém centru a respondenti to berou jako samozřejmost („tak, aby to prostě personál neslyšel, to je každou návštěvu, někdy tam chodím cíleně, ale chodí tam lidi i s tím, že si tam dají tu polívku a zároveň, že nějaký kšeft bude, prodává se přímo tam“; „hodně, někteří sem chodí jen kvůli tomu“),
- pouze se domluví prodej, ale samotná akce proběhne mimo centrum („domlouvaj, to je přeče jasny, no, jako já tady nedomlouvám prostě kšefty, já tady třeba sedím, někdo přijde, zeptá se mě: hele, víš o perníku? A já řeknu: jo vím, ale musím si zavolat, počkejte tu, tady už se to neřeší, prostě řekne, že jo, že shání, já řeknu, že vím, ale prostě jde se to vyřešit někam jinam“),
- respondenti ví o prodeji drog, ale sami takto drogy neshánějí („já myslím, že jo, samozřejmě, drogy, to nevím, já to nedělám, protože je to zakázaný“).

Nízkoprahová zařízení vyvíjejí různé strategie jak těmto rizikovým situacím čelit. Část té nejtěžší klientely je však poměrně obtížně usměrnitelná a vyžaduje dlouhodobou systematickou práci, aby respektovali základní pravidla. Ve většině případů se to zřejmě daří, ovšem i zde se objevuje hypotéza, zda u klientů, kteří opakovaně hrubě poruší pravidla a ani při dlouhodobé práci je nejsou schopni respektovat, zda by v jejich případě nebylo vhodnější pro ně vytvořit speciální program. Zdá se, že pro tuto nejtěžší klientelu by takové řešení bylo adekvátní a snížilo by rizika běžného provozu nízkoprahových zařízení jak z pohledu personálu, tak ostatních klientů (podrobněji viz kapitola 6.4).

Pokud respondenti drogu koupí přímo v nízkoprahovém centru, velmi často si ji tam také aplikují („jo, jsem měl na to zrovna chuť a zrovna jsem se k tomu dostal tam, tak s tím nepůjdu ji-

nam, že jo, co kdyby se mi to zkazilo nebo mi to někdo sebral“). Celkem 9 respondentů uvádí, že si občas drogu v centru aplikují, většinou na záchodě, ale také se stane, že si někdo aplikuje přímo v kontaktní místnosti („tak jednou za 14 dní, když prostě mám cestu tam a od někoho tam dostanu matroš, hned si to tam dám...no, protože to tam jde, tam se člověk zavře na záchodě a normálně si tam dá, třeba o tom nikdo neví, ale nedávám si třeba u stolu, jako to někdo dělá“). Čtyři respondenti uvádějí, že by si nikdy drogu v centru neaplikovali („ne, nikdy, měl jsem už takovej nápad na záchodě, ale to nemá smysl“).

Využívání jiných služeb

Z dalších služeb, které respondenti využívají jsou to: Armáda spásy, Naděje, Český červený kříž. Dále respondenti navštěvují psychiatrické ordinace zejména kvůli předpisu Subutexu a nemocnice kvůli testům na infekční onemocnění.

Souhrn

Téměř všichni respondenti využívají služeb nízkoprahových center, polovina respondentů využívá také služeb terénních pracovníků. Poprvé respondenti využili těchto služeb většinou za doprovodu kamaráda, důvodem byla především výměna injekčního materiálu, potravinový a hygienický servis a také hledání pomoci. Respondenti vyjádřili obavy, které pociťovali před první návštěvou centra, měli strach z toho, že se o tom dozví rodiče nebo policie, že centrum je „nevládné“ zdravotnické zařízení se starším personálem, podobně jako mají zkušenosti např. s různými nemocnicemi. Představy o propojení nízkoprahových služeb s policií nebyly ojedinělé. Znamená to, že klienti často nemají konkrétní informace o tom, co vše lze reálně od nízkoprahových služeb očekávat a vytváří si svoji vlastní představu založenou často na zkreslených informacích. Mezi hlavní očekávání lze zařadit potřebu pomoci, rady a podpory (samozřejmě vedle výměny injekčního materiálu). Pravidla a tresty nízkoprahových center respondenti většinou znali a souhlasili s nimi. Největší výhrady měli k povolené délce pobytu, která jim připadá příliš krátká. Respondenti také zmiňovali prodej drog v centrech nebo domlouvání tohoto prodeje.

Co se týče terénních programů, měly by navazovat na dobrou znalost dané lokality, být dobře časově a místně dostupné, klienty často oceňo-

vanou výhodou je výměna po domluvě mobilním telefonem.

6 / 3 Atraktivita nízkoprahových služeb

Sedm respondentů považuje nabídku nízkoprahových služeb za zajímavou, nejvíce si cení to, že si tam můžou:

- zdarma vyměnit („jako pro feťáky to je, protože bych si musel jinak kupovat někde v lékárnách, přes den to jde, od těch pěti korun, ale v noci třeba chtějí čtyřicet korun“),
- odpočinout si („chodil jsem tam strašně rád, protože to bylo takový...já jsem si tenkrát připadal docela dobře, protože to bylo takový útočiště, prostě člověk, když byl v prdeli po nějakých sračkách, tak tam šel, protože tam vždycky někoho potkal, kdo měl ještě větší sračky, takže se člověk z toho dostal s tím, že je na tom někdo ještě hůř, prostě líbilo se mi to, chodil jsem tam strašně rád“; „můžu vyměnit, abych nepřitěžoval okolí a že se vlastně můžu ohřát, že mám kam jít a nejsem sám“),
- kontaktní pracovníci jim mohou napsat doporučení do nemocnice, léčby apod. („no, tak v určitých případech ano, když nevím, co zrovna mám pod kůží a tak, tak si s tím radši zajdu do Drop-inu, aby mi napsali ten papír, tu vizitku do té nemocnice“).

Celkem 4 respondenti nepovažují nabídku nízkoprahových center za zajímavou, chybí jim:

- kontakt s pracovníky nízkoprahového centra („dostaneš tam akorát buchny čistý, daj ti polívku a vypadni, ale nejdůležitější nedostaneš... pokec, kteréj chtěj někomu říct, někomu, komu věřít“),
- další si stěžují na stanovená pravidla („chybí tam spousta věcí, jako nemůžeš si tam donést svoje vlastní jídlo nebo tak... za ten měsíc jsem čekal asi 2–3krát, asi půl hodiny – aby tam nebyl bordel, aby tam nedošlo ke rvačkám, aby se tam nebralo“).

Jeden respondent nepovažuje nabídku za zajímavou, využívá pouze výměnu stříkaček a o ostatní služby se nezajímá. Další respondent centrum nenavštěvuje – nechce se stýkat s ostatními uživateli.

Respondenti jsou nejvíce nespokojeni s povolenou délkou pobytu v nízkoprahovém centru a s otevíracími hodinami (10 respondentů), dále respondenti považují za nedostatečný potravinový servis (9 respondentů), 5 respondentů není spokojeno s přístupem personálu a 2 respondenti navrhují rozšíření služeb o právní poradenství a lékařské ošetření, další 4 navrhují rozšířit služby o možnost pobytu na 1–2 dny, možnost přespání. Tři respondenti popisují výhody aplikačních místností. Dva respondenti navrhují zvýšit kapacitu nízkoprahových center.

Délka pobytu:

- možnost delšího pobytu: respondenti si stěžují zejména na to, že během hodiny nejsou někdy schopni stihnout vše, co potřebovali, zejména hygienu a praní prádla, navrhovaná délka pobytu je od 1,5 hodiny až po neomezený pobyt („změnilo se to ukrutně, dřív tam člověk mohl být celý den... šel a mohl se tam vyspat; prostě tam přijdu a jenom vyměním, jindy si dám čaj“; „podle potřeby každého, ale prostě zase s tím, aby se tam dostalo na každého, když tam chce být někdo tak dlouho, tak ať tam je, nějaký ty limity bych prostě zrušil“; „párkrát se mi stalo, že sem byl úplně jako psychicky i fyzicky prostě zničenej, když jsem třeba jel dlouhou jízdu, nějaká nemoc na mě vlezla, tak kolikrát mě tady nechali, třeba sem přišel ve tři hodiny, nechali mě tady do večera, ale to viděli, že sem na tom zle“; „koupelna je věčně narušená, protože oni tu koupelnu otvírají ve tři, takže sem zažila, že sem přijde narkoman, že

jich přijde hodně, který nepustí do sprchy a jenže když oni čekají a mezitím se tři lidi vysprchujou, tak jim uplyne ta hodina a oni jim řeknou, že musí odejít, takže ten člověk se ani nevykoupe a musí po hodině odejít“),

- rozšířit hodiny, kdy je poskytován potravinový servis,
- poskytování služeb i v sobotu a v neděli.

Potravinový servis:

- rozšířit spektrum poskytovaných potravin: polévka, jogurty, ovoce, vitamíny, prodej sladkostí („*jídlo by mohli zavést, no, dost lidí sem přestalo chodit, protože se sem chodili najíst“; „dřív dávali jogurty, už je zase nedávají, tak tam je docela prázdná“; „rozlišil bych to jenom na ty evidovaný lidi, o kterých by věděli, že jsou na tom opravdu špatně, aby to nezneužíval někdo“),*
- prodloužit dobu, kdy se poskytuje potravinový servis („*dávaj polívku jenom do dvanácti“).*

Přístup personálu:

- důraz na intenzivní kontakt („*máš tam jednu místnost, tam jsou feťáci, druhou místnost, tam jsou ti pracovníci a nic vlastně mezi...mezi tím dveře...je to hrozně rozdělený, oddělený“; „já bych to měl spíš orientovaný na to, lidi z toho vést ven z toho užívání, než tam být jenom proto, aby se vlastně jenom ty lidi podporovali, ale tím nemyslím, že jako zruším výměnu, ale že je to jako dost jednostranný ten přístup“),*
- nedůvěra k personálu („*je to takový strašně neosobní, takový jenom formální, že bych jim spoustu věcí neřekla, že bych s nima nemluvila o těch věcech“),*
- nedostatek respektu ze strany personálu („*teď je to jako spíš někdo, kdo tě postrkuje a opovrhuje tebou jako ty všichni ostatní, každej jde spíš jenom proto, že si tam jde vyměnit stříkačky a protože tam je zvyklý chodit, no, ale už určitě ne proto, že mu tam bylo aspoň chvilku dobře“).*

Možnost přespání:

- prodloužit dobu pobytu až na 1–2 dny s možností přespání, jeden respondent navrhuje i nízký poplatek za tuto službu („*schází mi třeba to, že oni neposkytují třeba jednodenní ubytování, když je ten člověk vyloženě totálně v prdeli, prostě si tam nemůže složit hlavu, na jednu noc třeba“; „určitě ten nocleh, na dva dny, maximálně na tři, když je člověk v tý největší krizi, aby se tam dostal z toho nejhoršího“; „když už je n tny ulici; přijít kdykoli i v noci, aby se mohli vyspat, pravidelnou stravu, oblečení, aby si mohli vyprat, trochu si odpočinout od těch fetů“).*

Aplikační místnosti („*aby si tam mohl třeba v klidu zaplikovat“; „to by měli zřídít někde, kde by se dalo volně i přes den aplikovat, že by se to nemuselo šířit venku... a i to odborně rozdělat v čistým a všechno, aby si lidi minimálně museli dávat po barákách, když je třeba zima, tak vlezeš někam do baráku do sklepa a tam si dáš“).*

Kapacita nízkoprahových center:

- respondenti navrhuje zvýšit kapacitu nízkoprahových center („*základní problém je malá kapacita místnosti... když je tam málo lidí, tak tam nechají sedět“; „asi jednu nebo dvě místnosti navíc, no a tím asi víc pracovníků denně, asi dvě, tři sprchy a asi všechno takový ve větším“).*

Důvody k nevyužívání nízkoprahových služeb skrytou populací z pohledu klientů

Téměř všichni respondenti kteří se vyjádřili k tématu (19 z 20 respondentů), mají ve svém okolí někoho, kdo nízkoprahových služeb nevyužívá. Počet těchto přátel se pohybuje od 1 do 20, průměrně se jedná o sedm přátel na jednoho respondenta.

Důvodů, proč tito lidé nevyužívají nízkoprahových služeb udávají respondenti několik:

- nechtějí, aby někdo věděl, že berou drogy, stydí se za svoje chování („protože to jsou lidi, který žijou s rodinami nebo mají malé děti, prostě já osobně bych řekl, že je to pod jejich úroveň“) – 4 respondenti,
- nedůvěra – mají obavy z propojení s policií a z nezachování anonymity („mají strach sem jít, z toho, že se tady musí zaevidovat a jsou v nějaký evidenci a spousta z nich žije utkvělou představou, že policajti mají normálně přístup do té evidence“; „že tam musíš být zaregistrovaný a přitom je to anonymní, jenže oni tomu nevěří, bojí se“; „podle nich je to organizace... tam někde musí mít nasunutý nějaký mikrofony nebo takový věci, z něčeho se musejí živit, oni tvrdí, že jsou nezávislá nestátní organizace, tak z čeho fungují? (tazatel: dotace) tak tomu ty lidi nevěří, proto tam nechodí“) – 4 respondenti,
- kupují v lékárnách, na injekční materiál mají peníze a tedy nepotřebují nízkoprahových služeb („většinou mají třeba lepší zázemí, bydlí doma a přišun peněz, takže si ty jehly můžou koupit, nenutí je to sem přijít“; „to jsou dealeři, za kterými chodím kupovat, jsou inkognito, nechodí nikam, tak si to musí prostě kupovat... a když hledají nějakou pomoc, třeba léčbu nebo tak, tak si asi chodí za svýma psychiatrami a nebo někam jinam... tam chodí takhle lidí, který jsou na ulici spíš“) – 3 respondenti,
- nechtějí se potkávat s jinými uživateli, být konfrontováni s těžkými uživateli drog („vadí mu třeba, že tam chodí někdo, s kým se nechce potkávat“) – 2 respondenti,
- stříkačky jim donese někdo jiný („protože jsou lenivý, vždycky si prostě nějakým způsobem opatří nějakýho paskoka, kterej jim tam skočí, já nevím, 500 buchen, nebo streeti berou taky a není problém, oni nafasují a polovinu z toho, co nafasují, jim klidně dají, protože dostanou nové nástřel“; „nic je tam netáhne, co potřebují, to dostanou, uvařej si perník a tak, sami o sebe se starají, choděj jako normální civilní lidi... a když potřebují nějaký stříkačky, tak jdou třeba já“) – 2 respondenti,

- nejsou spokojeni se stanovenými pravidly („protože nejsou spokojený s těma pravidlami, je to opruz, přijdou sem a hned se hádají s těma terapeutkami“) – 1 respondent,

- nemají informace, což je většinou typické pro uživatele, kteří užívají 1–2 roky a nemají ještě dostatek informací-zkušeností („nemají informace o nich (streetech), kdyby o nich věděli nebo kdyby to bylo v okruhu jejich, kde se pohybují, tak by to využili“) – 1 respondent.

Přestože nejčastějším důvodem toho, proč někdo nevyužívá služeb nízkoprahových center bylo zachování anonymity a strach před policií, nejčastějším návrhem na změnu byl návrh na změnu chování personálu, které kritizují – 3 respondenti („právě to lepší zacházení a víc čistoty tady“; „kdyby se to zlepšilo, tady jsou některý terapeuti, který nám rozumí, který jsou v pohodě, ale jsou tady některý den takový terapeuti, který prostě jsou jak profesorka na učňáku a nejradši by nás mlátili holí“). K zachování anonymity se vyjádřil pouze jeden respondent („něco jako bankomat, tady dávám špinavý, děkuju čistý, aby tam na mě nikdo neviděl“). Další respondent hovoří o chybějící důvěře k personálu („aby si uvědomili, že je tam nenaprásli nebo něco takového, aby věděli, že je to chráněný, jako důvěru nějakou“). Jeden respondent nevidí chybu v přístupu personálu („už nejde víc udělat, aby je to přilákalo, si skoro myslím, že dělají víc než by měli a než mají v popisu práce“).

Souhrn

Ti respondenti, kteří považují nabídku nízkoprahových služeb za atraktivní nejvíce oceňují výměnu injekčního materiálu zdarma (což dávají do kontrastu s nákupem injekčního materiálu v lékárně s nočním provozem). Dále si respondenti cení možnosti odpočinout si v kontaktní místnosti a možnost získat doporučení k vyšetření či do léčby. Ti respondenti, kteří označují nízkoprahové služby za málo atraktivní či neatraktivní vytýkají málo intenzivní, nerespektující vztah personálu, nedostatečný potravinový servis, stanovená pravidla, především pak povolenou délkou pobytu v kontaktní místnosti, a v této souvislosti navrhuje zvýšit kapacitu místností a tím také povolenou délkou pobytu. Respondenti také navrhuje rozšířit nízkoprahové služby

o právní poradenství a lékařské ošetření a zříditi tzv. aplikační místnosti.

Důvody, proč někteří uživatelé nevyužívají nízkoprahových služeb, vidí respondenti především v tom, že tito uživatelé nechtějí, aby někdo věděl, že berou drogy, stydí se za svoje chování, mají obavy z propojení nízkoprahových služeb s policií, obávají se ztráty anonymity, nechtějí se potkávat s jinými uživateli, mají peníze na to, aby si mohli injekční materiál kupovat v lékárnách, nejsou spokojeni se stanovenými pravidly nízkoprahových center, nebo také nemají žádné

informace o tom, že takové služby existují. Ne vždy je možné navázat s těmito klienty kontakt. Důležitá je trpělivost a stabilita v poskytování služeb, tzn. co nejméně personálních změn, stěhování apod. Pravděpodobně nejlepší možností, jak tuto skrytou populaci uživatelů kontaktovat je prostřednictvím terénních pracovníků, kteří by tuto skrytou populaci měli aktivně vyhledávat. To je možné pouze za předpokladu, že funguje i dobře rozvinutý terénní program. Pokud tomu tak není, jsou pracovníci nuceni poskytovat služby jen těm klientům, kteří vyhledají kontakt sami.

6 / 4

Spokojenost s nízkoprahovými službami

Celkem 10 respondentů vyjádřilo celkovou spokojenost se stávající nabídkou služeb („já myslím, že víc už mi nabídnout nemůžou“; „co jsem potřeboval, mi vyhověli vlastně, ale já jsem toho právě moc nechtěl...využívám to, co tam je k dispozici“). Vždy se vyjádřili k tomu, které služby využívají nejvíce a právě kvůli nim nízkoprahové centrum navštěvují („normální, vyhovuje...ty stříkačky si tady můžu měnit během celého dne a když potřebuju třeba ošetření, tak můžu taky přijít“; „já tam většinou jsem, že si tam vyměním buchny a vypadnu odtamtud, nebo si umeju ruce nebo něco takového, nebo si udělat test, pokecat o tom metadonu“). Respondenti také zmiňují fakt, že chodí vyměňovat 50 a více stříkaček a stěžují si, že ne vždy dostanou zpátky stejný počet, který odevzdali. Jeden respondent mění velké množství stříkaček (až 300) a poté je rozdává v prostředí, ve kterém se pohybuje, stěžuje si také na to, že ne vždy dostane stejný počet, který odevzdá („já třeba tam přijdu vyměnit 300 stříkaček a ona mě jednou dala jednu na těch 300...no, já jsem si řekl v tomhle případě, ale stejně ti dají, já nevím kolik navíc, ale jde o to, že já prostě většinou, já to pak jdu rozdat tam do tý oblasti“).

Pouze 2 respondenti nedostávají vše, co potřebují, v potravinovém servisu postrádají zejména polívku („přestali dávat polívku z toho důvodu, no, to není veřejnosti nějak známý, že se tam za-

čali scházet alkáči, který si hráli na velký narkomany, kvůli tomu, aby se tam mohli hodinu vohřát a fasovat další polívku, takže díky tomu se to utlo, aby ta služba nebyla zneužívána“).

Jeden respondent zmiňuje vedle nedostatečné kapacity kontaktních místností také to, že jich je celkově nedostatek („hodina je dostačující, ale kdyby těch center třeba bylo víc, kdyby byly rozšířené po Praze, tak je to dostačující“).

Některým respondentům také není příjemná registrace a nedůvěřují anonymitě kódu („na Drop-inu musíš být registrovaný, abys tam mohl být, já nejsem registrovaný, kdežto na káčku jenom řeknu jméno, a to je všechno“).

Respondenti velmi oceňují možnost individuálního poradenství („no, já když tam přijdu, vypadám blbě, tak třeba mi řeknou, ať jdu třeba na pohovor, nebo když je mi blbě, tak mi daj ty vitamíny a prostě mi poradí, kam mám jít“), stanovená pravidla a jejich dodržování. Současně se je však možné setkat s tím, že někteří klienti mívají s personálem konflikty nebo pravidla a jednání personálu interpretují po svém („nelíbilo se mě, nejsou tam pravidla jako tady, je tam bordel a samý toxici, tam můžou spát a můžou si i šlehnout, tam to nikdo nehlídá, tam jsou zavřené dveře a ty terapeuti jsou prostě uvnitř“).

Dva respondenti navrhuji doplnit služby o skupinové setkávání uživatelů i abstinujících („já bych se snažil rozjet prostě systém těch... skupinový podpory pro jak abstinující feťáky, tak pro lidi, který užívají, pro informace“).

Pro respondenty bylo velmi těžké určit tři nejdůležitější služby, nejčastěji vyjmenovávali všechny, které využívají, v pořadí dle důležitosti. Mezi nejdůležitější služby poskytované nízkoprahovými centry je tedy řazena výměna injekčního materiálu, potravinový a hygienický servis, ošetření, poradenství, testy.

Zřízení aplikačních místností

Celkem 14 respondentů se kladně vyjádřilo k možnosti zřízení aplikačních místností. Většina respondentů (11 respondentů) by tuto možnost uvítala v místech, kde se uživatelé nejčastěji pohybují („co mě chybí a teď nevím, jestli mi to chybí přímo v tom centru nebo mi to chybí tak jako celkově, já nevím, jestli tys slyšel, šlehárna, že by to ocenila spousta lidí...je to lepší, než aby ten dotyčný prostě zalez, já nevím, do sklepa nebo do baráku, nechával tam bordel, za druhý ho tam někdo načape, dejme tomu, že mu to vyleje nebo ho zbije a kdyby se náhodou něco stalo, kdyby se třeba předávkoval, byl by tam člověk, kterej by rychle zasáhl“). Důležité je právě to, že by tato místnost či místnosti měly být umístěny v centru města či v místech, kde se uživatelé nejvíce pohybují („někde poblíž, prostě tady toho, tady toho chumle, toho stálého výskytu feťáků“). Co se týče počtu aplikačních místností, lze respondenty rozdělit na dvě poloviny, jedna část respondentů si myslí, že stačí pouze jedna aplikační místnost, druhá zastává názor, že by těchto místností mělo být co nejvíce a měly by být dobře dostupné („tady v Praze potřebují aspoň dvě, prostě ne v blízkosti lidí, kteří neberou“; „no, tak na 10 místech v Praze“).

Výhod respondenti spatřují několik:

- prevence předávkování a zdravotních rizik, dostupné zdravotní ošetření („bylo by miň předávkovaných lidí, méně abscesů, byl by tam hlavně lékařskej personál, byl bys celkově pod dohledem“; „když se mi během náslehu něco

stane, mám ošetření a když si toho dám víc a zhroutím se, tak dostanu pomoc“),

- výměna injekčního materiálu („tam dostaneš čistou vodu, čistou buchnu, prostě všechno“),
- bezpečná aplikace neohrožující ani uživatele, ani ostatní obyvatele („bylo by to lepší, protože my jsme si chodili šlehat do baráků a když na nás ty lidi přišli, tak zamkli všechny vchody a zavolali policajty, ti přijeli, ten herák nám rozkopali, takže jsme byli na abstáku a ještě nás vyslyšali, odkud jsme to koupili; nebo mrzne a někde v parku hledáš žíly, aby sis mohl nastřelit“; „nemusím se našlehávat někde na rychlovku pod schodama nebo na veřejnosti“; „někdy si musím dát hned a to by bylo asi dobrý, teda lepší než zalst k muzeu za křoví a bát se, že tě tam vychytaj policajti“).

Respondenti by také uvítali možnost získat drogu současně s výměnou injekčního materiálu („byl by to asi přínos pro společnost, ale ne pro mě, leda, že by to dávali i s drogou podle potřeby“), jsou si ale také vědomi možného zneužití této služby a přirovnávají to k současné situaci v substituční terapii Subutexem („ale u nás, my bysme to zneužívali, hned by okamžitě všichni moulové, který v životě ani nikdy nečichli k heroinu, chodili jako teď na ty subutexový programy“; „to by bylo tolik obkladačů, že by sis to ani nestáčil šlehnout, hned by ti to sebrali“) a zdůrazňují existenci jasně stanovených pravidel a jejich dodržování („v pohodě, ale má to taky určitě svý pravidla, to nevím, jak by tady fungovalo, to by bylo strašně hustý“).

Co by klienti změnili

- Zvýšit počet nízkoprahových center podle toho, kde se uživatelé nejvíce pohybují („asi bych jich udělal víc a na jiných lokalitách než jsou, aby to bylo dostupnější“; „aby to bylo úplně v centru, protože tady je nejvíc feťáků“).
- Zvětšit prostory („větší prostory, je to tady dost omezený“).
- Prodloužit otvírací hodiny („tak třeba do 12 nebo aspoň do 8, přiletíš s mokrým čelem ve tři pět s tím, že se jdeš vykoupat a je plno, tak já tam budu hodinu čekat, příště půjdu dřív a kdy dřív, když otvírají ve tři, no, tak půjdu pozděj, pátá, půl šestá už nejsou ručníky, šampony

nejsou“; „no asi bych to udělala non-stop, aby tam člověk přišel na jak dlouho chce, kdyby to nešlo, tak aspoň v noci do desíti do jedenácti, aby to bylo“).

- Prodloužit dobu pobytu v kontaktní místnosti, představy o povolené délce pobytu se liší od dvou hodin až po neomezený pobyt („udělal bych to aspoň na dvě hodiny, prodloužil bych to“).
- Rozšířit potravinový servis („dřív byla polívka a byl chleba k tý polívce, takže bych dal polívku a nějaký pečivo k tomu“; „dal bych všude polívku, to ovoce nějaký“).
- Rozšířit sociální práci („aby víc pomáhali lidem, který potřebují zařídit nějakým způsobem třeba doklady nebo administrativní věci“).
- Zapojit do práce v nízkoprahových centrech bývalé uživatele drog („většinou bych asi chtěl tam lidi, který ví něco o drogách, něco o zkušenosti v životě s drogama, ale který už neberou, tak dokážou s těma lidma komunikovat“).
- Diferencovaný přístup dle potřeb každého klienta („nějakou tu individuální péči větší, ale taky lidem, který to víc potřebujou, aby to víc rozlišovali“).

Některé z požadavků či přání představují bezpochyby zajímavý podnět k úvaze o současném spektru služeb, některé však zřetelně také ukazují menší zakotvenost a soudnost klientů, kteří by si samozřejmě přáli různé změny, avšak nejsou schopni příliš reálně reflektovat např. ekonomické limity. Podobně se s těmito jevy lze setkat také u některých bezdomovců či jiných sociálně-potřebných skupin v populaci.

Souhrn

Respondenti jsou převážně s nízkoprahovými službami spokojeni, 10 respondentů k nim nemá

žádné výhrady. Respondenti vidí tyto centra jako pomoc v krizi, která se jim vždy dostane, dále respondenti zdůrazňují zejména důležitost výměny injekčního materiálu a víc od těchto center neočekávají. Týká se to především klientů s dobrým sociálním zázemím. Přesto je zřejmé, že tato bezplatná výměna je pro klienty velmi důležitá proto, že kdyby tuto možnost neměli, používali by jednu jehlu vícekrát i s vědomím rizik s tím spojených.

Ostatní respondenti vidí nedostatky zejména v potravinovém servisu a nejsou spokojeni s kapacitou těchto center. Někteří klienti vyjádřili také obavy z kódování, kdy nevěří anonymitě kódu. V této souvislosti je nutné doporučit včas klienty informovat o funkci a bezpečnosti kódu s důrazem na možnost volby, tj. že klient má samozřejmě možnost nenechat se evidovat, aniž by se to projevilo na poskytovaných službách.

Vedle výměny injekčního materiálu bylo nejvíce oceňováno individuální poradenství a individuální přístup, což vyžaduje dostatečný počet personálu, který by se takto intenzivně mohl klientům věnovat aniž by byly opomíjeny základní nízkoprahové služby. Dále respondenti kladně hodnotili existenci pravidel a snahu personálu o jejich dodržování.

Respondenti navrhuji zvýšit počet nízkoprahových center, zvětšit prostory stávajících center, prodloužit otvírací hodiny (také o víkendu) a povolenou dobu pobytu a rozšířit potravinový servis o polévku. Důležité téma respondenti spatřovali ve zřízení aplikačních místností, které by podle nich byly účinnou prevencí předávkování a dalších zdravotních rizik apod. Cílem této studie ovšem není určit, jaký by toto opatření mělo vliv dopad na celkovou situaci.

Celkově je většina klientů s přístupem personálu spokojená („myslím, že dělají všechno, co je v jejich silách“; „dobrý, v pohodě...nikdy se mi nesta-

lo, že by mě odmítli nebo na mě křičeli nebo prostě byl nějaký problém...snaží se, záleží na tom s kým jednáš“; „parádní...všichni jsou takovi

vstřícní, mě vyhovujou, nemám s nima žádný konflikty, možná teď tam byly nějaký rozpory, ale to už ani nevím kvůli čemu“). Kladou zejména důraz na:

- pomoc („aby tam byl vždycky někdo, kdo by chtěl pomoci třeba slovem nebo to“; „nejsou schopný pomoci prostě“),
- podporu („jako ta podpora tam prostě není a na druhou stranu jsou tam ty feťáci, od kterých si hned seženeš...vlidný jsou, v pohodě, když něco potřebuju, tak oni se mě snaží vyjít vstříc“),
- zájem („je tam taková ta nezúčastněnost, jako zájem...někteří jsou taková, prostě jenom prodou“; „měli by se víc zajímat“; to tam přijdeš, že si potřebuješ vyměnit buchny, oni se zeptají, jak se jmenuju, jestli tam jsem registrovaný, vyměním a odejdu, ale nepřijemný nejsou, to ne“; „spokojený, že přijdou, usmějou se, jejich první věc je vlastně, jak se máš, co děláš, hned debata, bez problémů“),
- důvěru („jako důvěřuju jim docela... no, když potřebuju, tak mi doporučí komunity nebo mají kontakt na státní“; „oni jsou všichni dobří, chtějí pomoci, důvěřuju jim“),
- příjemné vystupování („jako některý z nich by měli přehodnotit svůj přístup, ty vztahy, prostě to jednání mezi tím zaměstnancem a tím klientem, že určitý zaměstnanec prostě, že sem člověk přijde a oni že na něj štěkaj a vypadá to, že maj nějaký mindrák, prostě nějaký problém a že si ho chtějí řešit na úkor někoho jiného“; „jsou tam takový odměřený od těch feťáků“),
- respekt a zachování důstojnosti („já myslím, že dost lidí odradilo to, že s náma jednájí jako s otrokama, jak s nějakýma úplně bezcennýma lidma“; „no, to zacházení těch lidí, toho personálu... řekne, s nějakou špinou, že seš bezdomovec nebo takový, že seš squater, tak se k tobě chovaj, víš co“),
- individuální přístup („je to takový strašně neosobní, takový jenom formální, že bych jim tady spoustu věcí neřekla, nebo že bych s nima nemluvila o těch věcech“),
- otevřenost („personál je tady dobrej, ale měl by být víc otevřenější“),

- dělat tuto práci, protože je baví („jako ten kontakt je takovej, že oni se s tebou baví do té doby, dokud je to nějak nezačne unavovat, takže potřebuješ ty výjimečně něco prostě na ně a okamžitě ten kontakt zrušej, diskuzi jako prostě, mají najednou hodně práce, prostě jsou trošku v něčem flinkovi, i když se snaží... ale nevykonávají svoji práci... je vidět, že je to jejich taková povinnost“),
- poradenství („spíš ta možnost poradit mi vyhovuje dost, že tě neodpálkujou, ale naopak rádi si s tebou popovídají“; „milí tam jsou, můžeš se s nima poradit, když něco potřebuješ“; „to co potřebuju, sem se vždycky zeptal, co bylo v jejich kompetenci, tak jsem vždycky dostal odpověď“),
- osobní zkušenost s drogou („myslím, že personál by měl mít zkušenosti, jako přímo zkušenost s tou drogou“; „no, v první řadě by ten pracovník měl mít zkušenosti s drogama, měl by být bejvalej toxik, aby věděl, co s tím člověkem je, ten, kdo o tom nic neví, nepochopí“),
- příjemné prostředí, atmosféru (“taková ta atmosféra toho nepřátelství, taková ta přisná atmosféra“),
- zvyšování motivace klienta („měli by je víc motivovat, mě to připadá, že jsou zvyklí na to jenom si vyměnit a vzít si vitamín a za hodinu jdeš pryč, že by se vyptávali na to, jestli se chceš léčit nebo tak, to mi nepřipadá, mě to přijde, že tam jenom hldají, aby tam nebyl nějaký bordel nebo tak... já si myslím, že oni o to hodně lidí ani nestojí, ale ani oni jim nejdou vstříc... nikdo se neptá, jestli si nechceš popovídat... oni sami ti k tomu jako nedají impuls, spíš musím sám, ale hodně lidí toho nevyužívá“),
- reference do léčby („dají ti, co potřebuješ a mají ty kontakty“).

Jeden respondent vyjadřuje svůj názor na chování externích terénních pracovníků: „prostě se chovají, jenom proto, že jsou to terénní pracovníci a mění nám jehly, tak jenom proto se cítí něco víc než my, narkomani, mají rypáky nahoru...[...]... chovají se přezíravě, povýšeně“.

Jeden respondent opět zmiňuje fakt nedostatečné kapacity a nízkého počtu personálu, v důsledku těchto dvou nedostatků není možné poskytovat poradenství, sociální práci, motivační pohovory apod. v takové míře, v jaké by bylo třeba („*jsou takový ty určitý body, kdy člověk potřebuje, ale ten personál to nestihá, protože ta hodina je málo*“).

Souhrn

Respondenti kladou důraz na pomoc, podporu a zájem ze strany personálu, což je základem jejich vzájemného vztahu. K vybudování vztahu mezi klienty a pracovníky je samozřejmě nutná důvěra, kterou také respondenti označili za velice důležitou. Většina respondentů personálu věří, samozřejmě míra je u každého jiná a také se jedná o neustálý proces budování a upevňování vzájemné důvěry. Co se týče osobnosti pracovníka nízkoprahových služeb kladli respondenti důraz zejména na otevřenost, osobní zkušenost s drogou a zaujetí prací (dělat práci proto, že je baví). Velmi často bylo zmiňováno to, aby pracovníci měli osobní zkušenost s drogou, bez této zkušenosti nejsou podle respondentů schopni je pochopit a pomoci jim. Tento pracovník by měl být bývalý uživatel drog, který je přibližně ve středním věku a dostatečně dlouho abstínuje. Tento bývalý uživatel by byl díky své minulé dro-

gové kariéře více empatický, lépe by jim rozuměl a byl by schopen jim doporučit vhodnou strategii ke zvládnutí krizových situací či k abstinenci. Do protikladu k těmto představám respondentů se staví fakt, jak respondenti hovořili o externích terénních pracovnících, kteří se k nim chovají povýšeně a nadřazeně. Věk pracovníků by měl být co nejrozumnější, aby si klient sám mohl vybrat pracovníka, kterému nejvíce důvěřuje. Respondenti si také často o pracovnících rychle vytvoří negativní první dojem, který velmi těžko mění, zvláště jsou-li v kontaktu velmi málo. Pro respondenty je dále velmi důležitý individuální přístup, hlubší a osobnější vztahy, respekt ze strany pracovníků a zachování důstojnosti. To vše (a nejen to) ovlivňuje celkovou příjemnou atmosféru centra spolu s jasně stanovenými a dodržovanými pravidly a tresty za jejich porušení. Ne vždy ovšem respondenti prokázali znalost těchto pravidel a trestů (2 respondenti). Přesto většina respondentů pravidla respektuje a chápe jejich funkci. Někteří respondenti také dávají přednost centrům s jasnými pravidly, jejichž porušování je trestáno a vyhovuje jim tento stanovený řád. Jiní klienti tato centra nenavštěvují a záměrně si vybírají ta, kde nejsou pravidla tak přísná a jejich dodržování není takto striktně vyžadováno, kontrolováno a trestáno.

6 / 6

Využívání dalších služeb (substituce: metadon, Subutex)

Užívání opioidů

Celkem 11 respondentů užívalo někdy v minulosti heroin, 16 respondentů Subutex a 2 respondenti metadon.

V současnosti užívá opioidy celkem 10 respondentů. Heroin užívá jeden respondent, a to převážně v létě. Další respondent užívá heroin v kombinaci se Subutexem. Subutex užívá celkem 9 respondentů. Jeden respondent užívá metadon pouze ke zvládnutí abstinčních příznaků („*když mám metadon, to jako mi není špatně, tak nemám důvod, já prostě ty opiáty neberu proto, abych se s nima vyfetoval, ale jenom proto, aby mi nebylo špatně*“).

Respondenti zmiňují také nízkou kvalitu heroínu („*heroin vůbec, buď je špatnej nebo mi nechutná, proto mám radši Subutex*“; „*když mám nějakou dobrou zdroj na heroin, kde to stojí za to, dávaj mi váhu, tak beru heroin, ale ten poslední dobou v Praze není skoro nikde dobrý*“; „*heroin neberu, on je jako dost špatnej*“; „*nikdo nemá dobrou heroin, teď se to tak strašně pajcuje, že je to fakt o hubu*“).

Užívání Subutexu

Subutex užívá celkem 9 respondentů v souboru. Užívané množství Subutexu se pohybuje od 1 mg 1–2× týdně až po 4 mg denně. Nejčastěji ovšem respondenti uvádějí 2 mg denně. Subutex res-

pondenti aplikují injekčně. Jeden respondent popisuje výhody Subutexu oproti heroinu: „jsem na něm aktivní, není mi zima, nemám zábrany, chybí mě tam euforie, jinak je to jako herák, funguje to dlouho, když to tam prdnu, tak 12 hodin vím, že se nemusím o nic starat a je to levnější a vím, že nemusím mít strach z toho, co to je“. Někteří respondenti užívají Subutex pouze, když jsou vyloučeni z metadonového programu.

Všichni respondenti, kteří v současnosti užívají Subutex, ho kupují na černém trhu. Někteří se pokouší získat recept od lékaře, když ho neseženou, kupují ho na černém trhu. Uvádí, že je jednodušší sehnat Subutex na černém trhu než od lékaře („tady skoro každé bere subáče, takže než se někam hnát, někoho se doprošovat, to je lepší udělat ty 200,- a koupit to tady“). Někteří dříve navštěvovali více psychiatrů, od kterých si nechali předepisovat Subutex, který potom prodávali („měla jsem asi 5 psychiatrů, který jsem střídala, šla jsem k prvnímu, napsal mi recept, šla jsem k druhému a napsal mi recept a pak jsem to prodávala...až to bylo na modrej pruh, tak už mi to nepředepsal“).

Cena Subutexu se na černém trhu pohybuje od 150,- do 250,- za 2 mg tabletu, běžná je cena 200,- Kč („ta jedna dvojka stojí 200,- a před tím stála 100,-, teď je to omezený, je to na modrej pruh, takže je toho o hodně míň, cena stoupla dvojnásobek od té doby“). Polovina 8 mg tablety stojí od 250,- do 400,- Kč. Cena 8 mg tablety se pohybuje v rozmezí 500–600 Kč.

Budeme-li uvažovat, že uživatel Subutexu bere průměrně 2 mg denně za 200,- Kč, znamená to, že na nákup drogy potřebuje přibližně 5 600,- Kč měsíčně („já mám jenom sociálku, tak já si to můžu dovolit vybrat jednou měsíčně, ale už nebudu mít na nájem, jídlo, oblečení a teď se mě a nejenom mě, ale i mým známým stane, že oni si je vyberou v lékárně, náhodně je kontrolují policajti a seberou jim to...i když mají potvrzení z lékárny, tak se to děje“).

Užívání metadonu

V našem souboru je pouze jeden respondent, který je v metadonovém substitučním programu

(„metadon mi vyřeší to, že když se ráno půjdu napít a nebudu abstinovat, tak že si zbytek dne můžu zařadit sociálku a všechny jiné věci, dát se prostě do pořádku, nechat si vyprat“). Jeho cílem je zbavit se závislosti na opiátech a užívat pouze pervitin.

Dva respondenti popisují negativní zkušenosti s metadonem: jedná se podle nich o nejsilnější opiát, který nevyřeší touhu po droze, ta zůstává – na rozdíl od Subutexu, při snaze abstinovat se navíc objevují těžké abstinenční příznaky („vyzkoušel, musím říct, že hrozný, je to nejsilnější opiát, první měsíc sem vůbec nevěděl, čí sem, chutě na drogu neopadly, kdežto na tom Subutexu, to potlačuje chuť na ostatní opiáty, takže ten, kdo je na Subutexu, tak ti na herák sere“).

Využívání substituční léčby

O substituční léčbě se 4 respondenti dozvěděli od pracovníků nízkoprahových služeb. Jeden respondent udává, že informace raději získává od kamarádů a známých, kteří mu sdělí svoje zkušenosti, na jejichž základě se rozhodne, jakou službu si vybere („je to stejně na hovno... já se spíš poradím s těma feťákama, který tam na ten metadon chodí a ty mi poradí, že mám jít radši k Apolináři, že je to tam lepší“).

Metadonová substituční léčba sebou nese několik negativních aspektů, kvůli kterým ji nechtějí respondenti podstoupit. Nejdůležitějším je to, že ti klienti, kteří mají stabilní sociální zázemí a zaměstnání nemohou např. každý týden navštěvovat lékaře („nechce se mi chodit k Apolináři, protože mám vztahy a zaměstnání, tak si nemůžu dovolit prostě jeden den v týdnu nejít do práce a jít na nějakou substituci a nějaké pohovory“). Dále respondenti uvádějí, jak je obtížné vstoupit do metadonového programu („substituční léčba, aby ten, kdo chce přestat, tak aby mu to umožnili chodit do toho jejich programu, to je pro nějaký vyvolený případy jejich, taky mě řekli, že to není tak jednoduchý, že se tam nedostane každý... nevím, proč já ne, proč mi to nechtěli dohodit, třeba už za sebou musíš mít nějakou léčbu, což jsem neměl“).

Substituční léčba Subutexem je pro klienty mnohem více atraktivní než substituční léčba metadonem. S obtížemi se klienti setkávají také u tohoto typu léčby. Respondenti si často stěžují na to, že jim lékař Subutex nepředepsal. Z těchto tvrzení ale nelze posoudit, zda je respondent pro léčbu Subutexem indikován či nikoli („já jsem byl, když to (Subutex) ještě mohla psát obvodní doktorka, tak jsem toho jednou chtěl využít a setkal jsem se s tím přístupem, že to nepotřebuju vlastně a že mi dají radši nějaký léčení a ne to zkoušet sám někde nějakým Subutexem, což docela chápu, protože se to zneužívá a prodává se to“). Respondenti mají také problémy s udržení abstinence už na samém počátku léčby („já jsem si chtěl zařadit subutexovou léčbu, ale nějak sešlo z toho, nedotáhl jsem to do konce, protože jsem se nějak rozjel s drogama“). Ztížený vstup do programu také odůvodňují tím, že do programu chtějí všichni („jeden známý má Subutex od Apolináře, ale tam je to prý na dlouhý lokte, protože se tam ženou všichni“).

Hlavní výhody substituční léčby podle respondentů:

- uživatel má každodenní přístup k čisté „droze“ („je to pro mě výhoda to, že to nebudu muset shánět způsobem, jakým to sháním, prostě že se mi nemůže stát, že budu mít absták, to prostě budu mít předepsaný legálně od doktora“),
- uživatel nemusí krást, aby si vydělal na nákup drogy,

- uživatel se nemusí obávat, že bude mít abstinční příznaky,
- uživatel může pracovat („může mi to změnit život a můžu normálně chodit do práce“).

Někteří respondenti jsou si vědomi, že udržovací forma léčby není řešením („já nevím, já si připadám, že bych šel z bláta do louže, synovec, ten na to chodí a je tam, kde byl, napořád, jako nezlepšuje se to, akorát má denně drogu a nemusí krást“).

Souhrn

V našem souboru užívá pouze jeden respondent heroin a jeden respondent je v metadonovém substitučním programu. Celkem 9 respondentů užívá Subutex, který kupují na černém trhu. Subutex je relativně dobře dostupný na černém trhu, co se týče dostupnosti legální cestou, tj. na předpis lékaře, je tato možnost omezená, lékaři omezili předepisování tohoto léku z důvodu administrativního zatížení. Respondenti si aplikují Subutex většinou injekčně, důvodem je to, že podle jejich názoru sublinguální aplikace nemá takový účinek jako injekční. Někteří respondenti zmiňují tzv. závislost na jehle. Substituční léčba Subutexem je pro respondenty mnohem atraktivnější než substituční léčba metadonem. Výhod substituční léčby spatřují respondenti několik, a to přístup k čisté droze, možnost pracovat, nemusí mít obavy z abstinčních příznaků a nemusí každý den krást, aby měli peníze na nákup drogy.

Navázání kontaktu s klienty

Jednotlivé nízkoprahové služby v Praze se v některých charakteristikách různou mírou odlišují a tím se navzájem doplňují a vytvářejí širší spektrum charakteru poskytovaných služeb, např. co se týče nízkoprahovosti. Pracovníci popisují dva odlišné přístupy terénních programů, kdy pracovníci jednoho programu navštěvují stabilně ta

místa, kde se pohybuje největší počet klientů a snaží se tyto klienty navyknout na tato konkrétní místa, zatímco pracovníci jiného programu navštěvují místa odlehlejší od centra Prahy a také drogové byty. Oba přístupy jsou potřebné a opodstatněné. Navzájem se také liší jednotlivá nízkoprahová centra („tam jsou ty klienti takový drsnější o něco... možná o tom to je, že tam hned

tak někdo nepude, že jo... ale ono to má i ten dopad, že odrazují i takový ty mladší, ty čerstvější, jo. Tam je taková, jsou tam otrlejší"). Obecně lze ale říci, že pracovníci terénních programů se snaží vyhledávat nové klienty, oslovovat je a udržet v kontaktu („Já to osobně vidím jako zachycení co nejvíce klientů, vlastně to ostatní se od toho může nějak odvíjet, protože pokud je nezachytíme, tak tam k ničemu dalšímu jako nedojde z naší strany... a jejich směřování do těch center, aby brali čistějma, zajistit jim prostě ty služby.“)

Respondenti se nejčastěji o nízkoprahových službách dozívají od svých kamarádů a přátel, s těmi také poprvé využijí těchto služeb („my ty klienty potkáváme s někým už z dřívějších let, takže ten klient ví už od něj, co od nás může čekat a my mu to pak vysvětlíme. Ale málokdy se stane, že bysme potkali úplně někoho samotného, kdo nemá zkušenosti s žádným výměněm programů a neví vůbec“).

Průběh prvního kontaktu popisuje pracovník: „První kontakt v podstatě probíhá tak, že se ptám klienta, co ho k nám přivádí, co pro něj můžeme udělat, co se teda děje, že přišel k nám. Ptám se ho na to, jak se o nás dozvěděl... pokud je to teda možný a nějak to domluvit, že to není klient, který si přichází vyměnit a evidentně není jako hned na odchodu, tak mu sdělujeme základní informace, tzn. jak máme otevřeno, jaké služby nabízíme, pro koho jsme určeni, pro jaký klienty, jaké jsou podmínky např. kontaktní místnosti, jaké jsou tam pravidla, co od nás můžou očekávat.“; „Teda pokud ten klient přijde a má čas tam být, že není zrovna na odchodu, tak dostane všechny základní informace najednou. Takže nějaký delší rozhovor s tím klientem, třeba na půl hodiny... myslím, že těch informací není tolik, abysme ho nepřehltili při tom prvním kontaktu. První mu říct, kdy tam jsme, co od nás může čekat, jak nás pozná.“

Terénní pracovníci se snaží předávat kontaktované klienty do nízkoprahových zařízení, což se jim ne vždy daří („My máme standardně X klientů a nemůžeme si dovolit odejít z Muzea, protože ty klienti si do káčka vyměnit nepojedou... my je můžeme odesílat a taky je odesíláme, ale oni stejně

nechoděj.“). Snaží se klientům poskytnout základní poradenství, které standardně poskytují nízkoprahová zařízení, ale tam se tito klienti nedostanou. Je velmi těžké u těchto klientů navodit jakoukoli pravidelnost a terénní pracovník proto musí neustále vyhledávat nejfrekventovanější místa („Opravdu nejsme dýl jak měsíc na jedné lokalitě, která zrovna jede.“). Mezi plánované aktivity právě patří vytvoření funkčního systému předávání klientů z terénního programu do nízkoprahového zařízení („Vyměřili jsme třeba, že by z terénu dostal ten klient poukázku, se kterou by přišel do káčka a tam by na základě týchle poukázky mohl získat nějakou lehce nadstandardní službu“).

Pracovníci mají také velmi málo prostoru a kapacity na to, chodit do lokalit, které nejsou zasazeny terénním programem, tzn. zejména vyhledávat nové kontakty („no, personální, časovou kapacitu... prostě máme tolik klientů, že prostě nestihneme nic dalšího“; „já si myslím, že je prostě málo služeb v Praze, že kdyby bylo nějaký káčko na Muzeu, tak by minimálně polovina těch klientů, co se pohybují na Muzeu tam bude docházet jenom proto, že to mají prostě u huby, ale do Holešovic v životě nikdo nedojede z nich“). Vzhledem k tomu, že pracovníci nemají dostatečnou kapacitu nenavštěvují málo frekventovaná místa („Tak se zdržujeme na tom Muzeu, protože tam opravdu těch lidí jsou mraky a je blbě prostě odejít a vyhledávat klienty někde na Černém Mostě, kde bysme potkali třeba jednoho, ale nevyměnili bysme těm třiceti, no.“).

Jiná situace je v populaci národnostních menšin; tito uživatelé nejsou velmi často vůbec v kontaktu s nízkoprahovými službami a také jejich kontaktování není příliš jednoduché („Že když tam byly nějak na Národní, ty Rusáci a Ukrajinci a takhle, takže s nima jsme to tak vobčas dělali, že jsme je oslovovali, protože oni by si nepřišli.“), přitom se jedná o jednu z nejrizikovějších skupin obyvatel. Důvodem pro nevyužívání těchto služeb těmito uživateli je především neinformovanost o existenci a možnostech služeb pro uživatele návykových látek („Oni jsou vyloženě vděční za to, za ty služby, protože nikdy nic takovýho neviděli... že třeba jenom, sem si vzpomněla s těma

Rusama, že jim bylo hrozně záhadný nebo těžký, že pro nás ta špinavá jehla je jako důležitá, že prostě nám nechtěli jako přidělovat práci, tak jako došli pro tu čistou a pak nám řekli, že tu špinavou někde vyhodili, že nám s tím nechtěli přidělovat práci, to bylo hrozně těžký, aby pochopili, že pro nás je ta špinavá jehla hrozně důležitá.“). V současnosti se nízkoprahové služby začínají intenzivněji zaměřovat právě na uživatele drog z řad cizinců, národnostních menšin.

Důvěra

Pracovníci si důvěru klientů získávají postupně („Nám důvěřují velmi...myslím, že nám důvěřují už v tý anonymitě...a důvěřují nám v tom, že je prostě neprásknem“). Jsou samozřejmě klienti, jejichž důvěru si pracovníci nikdy nezískají kvůli negativním zkušenostem s policií apod. („Tam jsou teda klienti, kteří nám nedůvěřují a nikdy nebudou... to je pravda, že vlastně jsme přišli do tohodle místa akorát v době, kdy to vyčistili policajti. Tak je možný že tam tohle hapruje.“).

Přístup ke klientům

Většina klientů jsou těžcí problémoví uživatelé drog, kteří za sebou mají dlouhou drogovou kariéru, často jsou VHB a VHC pozitivní. Nějakou pomoc vyhledají až po delší době užívání drog, po jednom až dvou letech („Takže ty, co berou míň než dva roky, tak jsou absolutně nepodchytilelný z hlediska nějakých čísel...během nějakých těch dvou tří let jsou schopný žít v tý rodině, ať už s partnerkou nebo s rodičema, a tak nějak to tutlaj, jo, a k nám se dostávají, až když jsou na ulici.“). Tito klienti si ale stěžují právě na to, že se nechtějí potkávat s těžkými uživateli drog („S těma lidma se vůbec nechtěj stýkat v tý čekárně... a těch starejch klientů je taky dost, co potřebujou péči a že ty mladý jsou navázaný na káčko... a ty mladý si spíš přijdou k nám na výměnu, ale jako do čekárny moc ne... jako jsou tam třeba lidi, kteří je třeba taky nějakých 18, ale ty jsou prostě na ulici od 13, že jo, to jsou taky starý klienti.“).

Pracovníci ke klientům přistupují s náležitým respektem a autoritou, snaží se udržovat optimální hranice kontaktu a být vstřícní. Klienti podle nich znají svoje hranice, vědí, co si mohou dovolit a co ne („A oni jsou hlavně zvyklí na to, že

jim člověk postaví hranici, z tý rodiny, z toho okolí jsou zvyklí, že prostě vždycky narazí.“). Pracovníci se aktivně snaží o kvalitní komunikaci s klienty a setkávají se s mnoha problémy ze strany klientů, např.: „Tam je určitá skupina holek, který přicházejí vždycky s klukem a v podstatě za ně hovoří ten kluk, a i když ona chce něco vosobního, třeba vošetřit, nějaký zdravotní věci nebo testy nebo vyměnit, tak to prostě dělá ten partner nebo prostě ten kluk. Říká: Ona by chtěla, udělejte ji todle. Nebo on mění a mění to jako na svůj kód, přestože si od ní bere ty stříkačky. A ona není zakódovaná a on je. A v podstatě, když se snažíme komunikovat s ní, tak často za ni odpovídá ten partner... že když holka s klukem začnou nastejno brát, tak ta holka je na tom za rok o 100, o 200 % hůř než ten kluk.“

V přístupu pracovníků mužů a pracovníků žen nejsou patrné žádné významné rozdíly, které by měly vliv na kvalitu poskytovaných služeb. Samozřejmě klienti volí pro individuální pohovory muže či ženu podle jejich osobních preferencí a samozřejmě také potřeby mužů a žen jsou jiné („Je to i vidět v tom, že ta holka častěji vyhledává nějakou pomoc. A není to třeba jenom ošetření, ale je to hodně často i to jako: Potřebuju si popovídat a potřebuju řešit todle. A hodně jako jsou krizovky s holkama...a jsou prostě věci, se kterými chodí výhradně za mnou, těhotenství, gynekologické problémy.“).

Pravidla

Pracovníci vyžadují důsledné dodržování všech stanovených pravidel. Největší nespokojenost klienti vyjádřili se stanovenou délkou pobytu v kontaktní místnosti.. Podle pracovníků se ale mnohdy nejedná o nedostatek času, většina klientů vše bez problémů stihne („Já mám pocit, že pro některý klienty nestačí ani osm hodin, aby nebyli ve stresu. Takže to je hrozně individuální v tomhleto“; „Já si taky myslím, že průměrně akční člověk to zvládne v klidu.“). Kriticky ale zmiňují, že problémem je kapacita místnosti, která je maximálně vytížená („Já si myslím, že je to jako hodně o tý kapacitě... třeba to, že nepřevyšujeme kapacitu a může tu být jeden na hodinu, tak to se stane třeba třem lidem za ten den. A pak teda už takhle je to problém se s nima do-

hadovat o tom, že máš hodinu a pokud by to bylo daný ještě tím, že můžeš tu být tak dlouho, dokud nebude plná kapacita, tak jako budem dělat jenom to, že se s nima budeme hádat, jestli budou odcházet nebo nebudou.“). Pracovníci se také snaží rozšířit otvírací hodiny nejen v pracovní dny, ale také o víkendy („Ale tak jako určitě klienti by byli rádi, kdyby tam mohli chodit každé den a sedět tam od rána do večera, to je jasný, takový ty stálý.“).

Situaci týkající se obtíží dodržování všech pravidel a zejména přísného zákazu jakékoli aplikace drogy v prostorách nízkoprahových zařízení výstižně popsal jeden pracovník: „Jako platí tam to pravidlo zákazu manipulace a aplikace drogy, ale nikdo nám to neřekne, že si tam aplikoval na tom WC nebo na tý sprše, ale nedělám si iluze o tom, že se to tam neděje, třeba některý klienti se mi stalo, že se třeba ptali, jak to tady funguje, usmívali se nad tím a víceméně tím naznačovali, že se tam něco podobného děje... zkoušeli jsme tam třeba dávat nové žárovky, ale ona jich potom byla zvýšená spotřeba, byly věčně rozbitý nebo vyšroubovaný... krom toho zdatnější si tam nastříhali i s prdlou žárovkou, takže to je úplně jedno... my to odmítáme a máme to tak, že když to o někom tušíme, že to dělá, tak o tom s ním mluvíme, i když nám to třeba zapírá, ale fakt je, že určitě se to tam děje, protože nacházíme plasty od vody všude možně a obaly od stříkaček na záchodě a takovýchle věci, ale netolerujeme to... já se jenom domnívám, že si tam někdo aplikuje a na ten záchod přijde denně třeba 50 lidí, tak stejně nevím, po kom tam zbyla ta stříkačka nebo něco... my to nezjistíme, kdybychom to zjistili, tak má stopku.“ Všichni pracovníci se tedy shodují na tom, že toto jednání nelze tolerovat a je nutné je přísně trestat. Zřízení aplikačních místností by částečně mohlo toto porušování pravidel zmírnit, neboť se zřetelně jedná o relativně velmi úzkou skupinu těch nejobtížnějších klientů.

Nejdůležitější služba

Za nejdůležitější službu označili pracovníci nízkoprahových zařízení výměnu injekčního materiálu, při které je velmi důležitá kvalita kontaktu, někteří pracovníci zastávají názor, že nejdůležitější není výměna, ale právě kontakt, setkání, ur-

čitý cíl dne. Netýká se to pouze kontaktu mezi klienty a pracovníky, ale také kontaktu mezi klienty navzájem. Za neefektivnější způsob předávání informací označili pracovníci i respondenti právě samotné klienty („Oni si to řeknou mezi sebou... když jsme jim vzali nějakou službu, tak se to rozkřiklo teda okamžitě. Jsme jim odebrali polívku, tak to věděli třetí den všichni, že jo.“). To samozřejmě neznamená, že pracovníci nízkoprahových služeb nešíří informace jinými způsoby, právě naopak. Neustále také hledají nové atraktivnější a efektivnější způsoby kontaktování a šíření informací („Pořád to nabízíme, bavíme se s nima o těch zdravotních problémech a musíme to teda podpořit tím, že dáváme třeba sušenky nebo něco takového. Ať něco z toho taky trošku mají. Ale tam je to hodně o tý naší nabídce. Prostě furt dokola prostě říkáme: Vyvěsili jsme to na nástěnku... já si myslím, že to hodně záleží na tom, jak oni mezi sebou se informují.“).

Mezi další nejdůležitější služby řadí pracovníci možnost pobytu v kontaktní místnosti, hygienický a potravinový servis. Narůstá také počet klientů, kteří využívají individuální pohovory, což je ovšem kapacitně omezeno. Možnosti individuálního rozhovoru s většími problémy využívají starší klienti muži, kteří „si neumějí říct o to, že si chtějí jen popovídat a že potřebují pozornost, že to občas jako neumí, to berou přes různý klíčky.“

Pracovníci terénních programů se snaží svoje klienty odesílat do kontaktních místností, ale u většiny těchto klientů se to nedaří. Odhadují, že jejich klientela se s klientelou nízkoprahových zařízení překrývá přibližně 10 %. V situaci, kdy klient potřebuje zdravotní ošetření, nemůže terénní pracovník udělat nic lepšího, než ho poslat do nízkoprahového centra nebo do příslušného zdravotnického zařízení.

Slabá místa a zlepšení

Za slabá místa a těžko ovlivnitelná považují pracovníci především nedostatek finančních prostředků. Zejména se jedná o objem vykonané práce a její ohodnocení („Čím víc máme klientů, tím víc máme peněz... to už naprosto odporuje třeba těm sídlištím, ta produktivita tý práce se tedy ne-

dá vyčíslit tím jednoduchým vzorečkem... jako má to svoji logiku, ale hodně povrchní.“). V rámci poskytování služby a kapacitních možností již není příliš velký prostor pro individuální přístup a poradenství. Také již není příliš velký prostor pro rozšiřování služeb a personálu („Pak je tam ještě jedna, co mě přijde a to je, že bych přivítala, kdybysme měli lékaře v tom zařízení“). Přesto pracovníci neustále přehodnocují svoji práci a poskytované služby a pracují na jejich zlepšení („Já mám pocit, že u nás je to docela dynamický, že jakmile nás napadne něco, co se dá zlepšit, tak to prostě uděláme, pokud to je možný udělat.“; „Ale třeba jsme měli i nějaký návrh, který potom ve finále nevyšly, že pořád přemýšlíme nad nějakými změnami.“).

Dalším nedostatkem je již klienty zmíněná prostorová kapacita nízkoprahových zařízení („Mě teda přijde, že kromě té kapacity, že třeba i tu prostorovou kapacitu docela vnímám.“; „My tam cítíme problém s tím prostorem konkrétně... no, mě tam chybí ta sprcha.“).

Snahou pracovníků nízkoprahových zařízení je také do spolupráce aktivněji zapojit externí terénní pracovníky, kteří mění jehly v terénu („My se teď snažíme třeba trochu transformovat naše externí terénní pracovníky do nějaký skupiny, která by byla funkčnější trochu než... dělala by i něco jinýho, než jenom chodila měnit jehly.“).

Klienti také vyjádřili obavy z anonymity kódu, podle pracovníků je ale klientů, kteří kód odmítají minimum („Protože jim vysvětlíme na co my to potřebujem. A že jim to prostě nevádí... z 90 procent je to lenost vyplňovat ten incomovej dotazník, jako nic jinýho. Je jim jedno, jak dlouhej. Jim to nevyhovuje. Nemají na to čas prostě.“). Pokud klient odmítne nechat se zaregistrovat „může využívat služeb, tam je to jedině pokud nemá kód, tak ty naše služby jsou omezené pouze tím, že nemůže dostat ty jehly na dluh, jinak žádný jiný omezení, pokud klient nemá kód, není.“

Spolupráce s lékaři a s jinými organizacemi

Nízkoprahová centra úzce spolupracují s praktickými a dalšími lékaři, o kterých vědí, že se na ně klienti můžou spolehnout a uvítala by možnost vlastního lékaře („Mám pocit, že kdybysme mohli ještě vobčas předepsat nějaký předpisovej lék, ať už je to blbej, já nevím framykoin nebo cokoliv jinýho, tak by nám to kolikrát usnadnilo a nebylo by to vo tom, že pošlu klienta k doktorovi a von tam prostě nedojde.“).

Dále spolupracují s Červeným křížem, Člověkem v tísni, SOS apod. a neustále se snaží rozšiřovat spolupráci o další organizace („Snažíme se o sobě co nejvíc dozvědět, informovat se a používání často těch odkazů jako na ty jiný... Jinak nám dávaj jako kontakty přes klienty, no. Že prostě, když mám, já nevím, teď mám společnou klientku, která chodí hodně často na Armádu spásy, je tam na někoho navázaná, tak s nima spolupracuju prostě“).

Pracovníci také vítají jakoukoli aktivitu a spolupráci ze strany klientů – bývalých uživatelů drog, např. UFO² („Ale opravdu je to dělaný na velmi dobrý úrovni a prostě mám pocit, že je to nějaký sdružení... chtěj bejt nezávislý.“).

Aplikační místnosti

Podobně jako klienti, i personál nízkoprahových služeb vidí aplikační místnosti jako potřebné a užitečné. Měly by být umístěny blízko míst, kde klienti kupují drogy („Na tom Muzeu si myslím, že tam je to skoro nezbytný, aby něco podobnýho vzniklo, tam je to šilený... tam si šlehají přímo v parku... policajti tam chodí často, vlastně jsou tam denně, denně tam probíhá nějaká kontrola... já mám pocit, že u Muzea na to trochu rezignovali tí policajti, jako že mají kamery všude, chodí tam, ale nic jim neudělají.“). Vhodné umístění je také poblíž stávajících nízkoprahových zařízení, kam už si klienti zvykli chodit. Nízkoprahové zařízení by se potom mohlo intenzivněji zabývat poradenstvím a dalšími sociálními službami („Káčko by pak plnilo funkci spíš nějakýho pora-

denskýho centra než jako nízkoprahovýho zařízení dejme tomu a šlehárna by fungovala jako výměna a aplikační místnost.“). Dále pracovníci zmiňují to, že by nebylo vhodné spojit do jednoho místa kontaktní a aplikační místnost („...kdy tam chodí rodiče, chodí tam lidi, co chodí na nějakou podporu v abstinenci a který chtějí do léčby a tak dále, a mít hned vedle toho šlehárnou mi přijde úplně nic moc.“). Za nejvhodnější formu navrhuje aplikační místnost s možností výměny injekčního materiálu a v nízkoprahovém zařízení možnost výměny injekčního materiálu a poskytování poradenství a dalších sociálních služeb. Jsou si také vědomi rizikovitosti potenciálních klientů, vlivu na okolní prostředí a dalších možných rizik.

Souhrn

Jednotlivé nízkoprahové služby v Praze se v některých charakteristikách různou mírou odlišují a tím se navzájem doplňují a vytvářejí širší spektrum charakteru poskytovaných služeb, např. co se týče nízkoprahovosti. Pracovníci terénních programů se snaží vyhledávat nové klienty, oslovovat je a udržet v kontaktu. Pracovníci mají také velmi málo prostoru a kapacity na to, chodit do lokalit, které nejsou zasaženy terénním programem, tzn. zejména vyhledávat nové kontakty a také vzhledem k tomu, že pracovníci nemají dostatečnou kapacitu nenavštěvují málo frekventovaná místa.

Uživatelé – příslušníci národnostních menšin – nejsou velmi často vůbec v kontaktu s nízkoprahovými službami a také jejich kontaktování není příliš jednoduché, přitom se jedná o jednu z nejrizikovějších skupin obyvatel. Důvodem pro nevyužívání těchto služeb těmito uživateli je především neinformovanost o existenci a možnostech služeb pro uživatele návykových látek

Pracovníci ke klientům přistupují s náležitým respektem a autoritou, snaží se udržovat optimální hranice kontaktu a být vstřícní. Klienti podle nich znají svoje hranice, vědí, co si mohou dovolit a co ne. V přístupu pracovníků mužů a pracovníků žen nejsou patrné žádné významné rozdíly, které by měly vliv na kvalitu poskytovaných služeb.

Pracovníci vyžadují důsledné dodržování všech stanovených pravidel. Největší nespokojenost klienti vyjádřili se stanovenou délkou pobytu v kontaktní místnosti. Podle pracovníků se ale mnohdy nejedná o nedostatek času, většina klientů vše bez problémů stihne.

Za nejdůležitější službu označili pracovníci nízkoprahových zařízení výměnu injekčního materiálu, při které je velmi důležitá kvalita kontaktu, někteří pracovníci zastávají názor, že nejdůležitější není výměna, ale právě kontakt, setkání, určitý cíl dne. Netyká se to pouze kontaktu mezi klienty a pracovníky, ale také kontaktu mezi klienty navzájem. Za neefektivnější způsob předávání informací označili pracovníci i respondenti právě samotné klienty. Mezi další nejdůležitější služby řadí pracovníci možnost pobytu v kontaktní místnosti, hygienický a potravinový servis. Narůstá také počet klientů, kteří využívají individuální pohovory.

Za slabá místa a těžko ovlivnitelná považují pracovníci především nedostatek finančních prostředků. Zejména se jedná o objem vykonané práce a její ohodnocení. V rámci poskytování služby a kapacitních možností již není příliš velký prostor pro individuální přístup a poradenství. Také již není příliš velký prostor pro rozšiřování služeb a personálu. Dalším nedostatkem je již klienty zmíněná prostorová kapacita Nízkoprahových zařízení.

Nízkoprahová centra úzce spolupracují s praktickými a dalšími lékaři, o kterých vědí, že se na ně klienti můžou spolehnout a uvítaly by možnost vlastního lékaře. Dále spolupracují s Červeným křížem, Člověkem v tísní, SOS apod. a neustále se snaží rozšiřovat spolupráci o další organizace. Pracovníci také vítají jakoukoli aktivitu a spolupráci ze strany klientů – bývalých uživatelů drog, např. UFO.

Podobně jako klienti, i personál nízkoprahových služeb vidí aplikační místnosti jako potřebné a užitečné.



METODOLOGICKÁ OMEZENÍ A KVALITA DAT

Nejzásadnější omezení provedené studie vyplývá ze samotného zadání a formulovaného cíle, kterým je popis a kvalitativní analýza potřeb. K tomuto účelu byly využity téměř výhradně kvalitativní metody a pouze v odůvodněných případech, byla v souladu se základními požadavky na tento výzkumný postup (Mayring, 1990) část těchto údajů kvantifikována. Studie splňuje všechny základní požadavky kladené na aplikaci kvalitativních metod. Omezena je však možnost zobecnění některých jejích závěrů. Ve studii bylo formulováno několik výzkumných otázek, na které není prostřednictvím získaných dat možné odpovědět a které je třeba ověřit následnými studii využívajícími kvantitativních metod. Strategie získávání výběrového souboru, stejně tak jako metody získávání, zpracování a analýzy dat neumožňují učinit některé závěry týkající se kvantitativních ukazatelů vztahujících se k charakteru poskytovaných služeb a modelovat tak různé varianty reagující na měnící se potřeby cílových skupin.

Jisté omezení při práci s daty představuje nedostatečná triangulace zdrojů dat a použitých metod (Čermák, Štěpaníková, 1998). Pro důkladnější analýzu je třeba zohlednit také data od dalších poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, kteří se sledovanými cílovými skupinami přicházejí do kontaktu (ambulantní lékaři, specialisté, pracovníci úřadů práce, pracovníci azylových domů atd.). Drogové služby představují pouze určitou část spektra všech služeb, které uživatelé drog využívají a získaná data tak neumožňují komplexnější hodnocení. Obtíže tak vyvstávají zejména v oblasti kontextuálních vztahů mezi některými typy služeb. Například propojení údajů o způsobu využívání drogových služeb s údaji o jejich nelegálních pracovních aktivitách a současném využívání systému sociálních služeb by nám umožnilo mnohem důkladnější interpretaci faktorů, které mohou pozitivně ovlivnit motivaci těchto klientů k léčbě a aktivnějšímu přístupu v řešení problémů.

Omezení studie také vyplývá z relativní nepřesnosti některých existujících údajů. Zřetelné je to zejména v oblasti ilegálních imigrantů nebo oblasti tzv. drogové kriminality. Chybějící či mě-

ně přesné údaje v těchto oblastech znemožňují přesněji zachytit a interpretovat oblast potřeb právních a sociálně-právních služeb, bez kterých si lze jen velmi těžko představit účinnou a komplexní intervenci. Přestože jsou dnes tyto služby v Praze součástí standardní nabídky většiny drogových služeb, není možné z výzkumu odpovědět na to, zda je tato nabídka dostatečná z hlediska kapacity i specifčnosti.

V neposlední řadě je třeba zmínit velmi důležitý faktor, který může hrát z hlediska validity údajů významnou roli. Někteří klienti v souboru patří do jádra nejtěžších klientů, s nimiž je spojeno množství rizik pro personál, stejně tak jako komplikací doprovázejících provádění intervence. Obecně lze říci, že žádná ze současných služeb nemá pro práci s těmito klienty vytvořené odpovídající podmínky. Díky tomu se tito klienti dříve, či později dostávají do různých typů konfliktů s personálem. Některé jejich výpovědi jsou touto skutečností kontaminovány a spíše než o nedostatku či chybě v poskytování pomoci vypovídají o odlišném nastavení těchto služeb. Současné nízkoprahové služby jsou nastaveny spíše na určitý „průměr“ tzv. problémových uživatelů a nemohou vyjít vstříc potřebám nejtěžší klientely. Tato skutečnost byla při analýze opakovaně popsána a je třeba právě z této perspektivy na některé extrémně kritické výhrady klientů nahlížet.

Jedním ze zdrojů obtíží práce s daty je také skutečnost, že rozsáhlejší analýzy potřeb doposud netvoří součást pravidelného hodnocení vývoje drogové scény a vývoje nízkoprahových služeb. Chybí tak zřetelně možnost srovnání, navazování a triangulace různých studií navzájem.



DISKUZE

Z hlediska porovnání získaných dat s popisem drogové scény prostřednictvím standardního systému epidemiologických indikátorů (Mravčík et al., 2002, 2003) nepřináší studie překvapivá zjištění. V obecné rovině odpovídají problémy a potřeby cílových skupin důsledkům spojeným s užíváním vysoce rizikových návykových látek ze skupiny stimulancií a opioidů. Životní styl, rizikové chování spojené s užíváním návykových látek a aktivity směřující k získávání prostředků na tyto látky generují několik skupin problémů, s nimiž se je možné u této klientely setkat prakticky kdekoli. Rozdílů však nastávají v rovině analýzy kvalitativních ukazatelů na případové úrovni. Zde nacházíme několik zřetelných rozdílů od zjištění dosažených výzkumy provedenými v jiných lokalitách (Charvát, Gabrhelík, 2004; Miovský et al., 2001). Tyto odlišnosti v potřebách klientů a širších souvislostech poskytovaných služeb lze rozdělit do několika skupin:

- a) Významnou roli hraje fenomén velkoměsta: podmínky života těžkého uživatele návykových látek se zásadním způsobem v Praze liší. Na jedné straně je zde poměrně široké spektrum nabídky různých služeb a tyto služby jsou z hlediska lokalizace poměrně dobře dostupné. Na druhé straně jsou však tyto služby výrazně přetížené a v jejich využívání jsou „úspěšnější“ pouze určité skupiny klientů. Existuje zde zřetelná „odstředivá“ tendence snižující pravděpodobnost, že se někteří klienti do kontaktu vůbec dostanou, nebo že se do něho dostanou velmi pozdě.
- b) Praha na sebe váže výrazně vyšší výskyt rizik pro uživatele drog z hlediska tzv. terciární drogové kriminality (Miovský et al., 2003). Mnohem snadněji než kdekoli jinde se tito uživatelé stávají díky své závislosti nedobrovolnými oběťmi trestné činnosti jiných osob (kuplířství, omezování osobní svobody, sexuální zneužívání atd.).
- c) Drogová scéna v Praze představuje výrazně vyšší riziko pro méně zkušené uživatele, kteří se dostanou mezi nejtěžší uživatele. Toto riziko je o to vyšší, pokud se jedná o uživatele přicházející do Prahy z jiných míst ČR, kteří neznají místní poměry a zvyklosti. Vůbec nejvyšší je toto riziko u nejmladších věkových

skupin, kde zejména v kombinaci s útekem z domova může dojít k extrémnímu vyhození rizik spojených s pohybem na drogové scéně těžkých uživatelů. Důsledkem je velmi obtížná situace sociální exkluze odolávající běžným typům intervencí.

Bez povšimnutí nelze nechat ani fakt, že malá pozornost, která byla doposud tématu analýzy potřeb v Praze věnována, s sebou přinesla vytvoření konstruktů o „pražské drogové scéně“. Tento konstrukt odpovídá zjištěním učiněným při terénních studiích v jiných regionech. Každé nízkoprahové zařízení se profiluje určitým způsobem a dříve či později podléhá určitým stereotypům spojeným s charakterem prováděných intervencí a s nimi souvisejícími kodifikovanými i nekodifikovanými („nepsanými“) pravidly. Díky tomu každé takové zařízení osloví určité spektrum klientely. Tomu odpovídá například odlišné spektrum klientů v programech např. o.s. SANANIM a Drop In o.p.s. Tento fenomén je přirozený a naopak je žádoucí, neboť se díky tomu klientela lépe „rozprostře“ dle svých potřeb mezi více programů. Rizikem je však situace, kdy se tato diferenciací odehrává nereflektovaně nebo je ponechána svému vývoji. Právě zde se ze získaných dat zdá, že v Praze existují u poskytovatelů výrazné rezervy z hlediska sdílení a výměny informací mezi programy a cílené práce s modelováním služeb. To do jisté míry komplikovalo také výzkumnou práci, neboť každá z organizací má vytvořený „svůj konstrukt“ o tom, komu, jak a kde má služby poskytovat a komunikace existuje spíše uvnitř organizací, nikoli mezi nimi navzájem. Zřetelné tak jsou mezery především v komunikační rovině, kde by bylo možné právě z hlediska dalšího modelování nízkoprahových služeb dosáhnout kvalitnějšího popisu potřeb klientů a možností, jak na tyto potřeby reagovat v nastavení služby (zřejmě je to například v oblasti práce s imigranty atd.).



SOUHRN

Hlavním cílem této studie bylo vytvořit metodu pro získávání kvalitativních údajů, pro sledování nových trendů v užívání nelegálních návykových látek a s tím souvisejících změn v potřebách těchto cílových skupin. Cílem pilotní studie bylo identifikovat okruhy problémů, které mohou být jednak podnětem pro další zlepšování poskytovaných služeb či zavádění neexistujících, chybějících programů apod. a jednak problémů, které se mohou týkat kvality získaných dat, či rozšířit jejich interpretační možnosti.

V rámci studie jsme provedli stručný popis demografické a socioekonomické charakteristiky hl. m. Prahy, epidemiologických údajů (školní a celopopulační studie, prevalence odhad problémových uživatelů drog, infekční nemoci a žádosti o léčbu), dále také stručný popis institucionálního kontextu v r. 2003. V rámci terénní studie jsme se zaměřili na tyto oblasti: chování uživatelů návykových látek, využívání služeb, aktuální problémy uživatelů na místní drogové scéně, poměry na distribuční scéně. Prioritní oblastí pro celý pilotní projekt byla analýza potřeb, které je podřízeno získávání ostatních údajů.

Zvolili jsme metody rychlého posuzování (RAR) především z důvodu specifčnosti zkoumané populace a povahy získávaných dat. Účastníky výzkumu byli klienti nízkoprahových služeb v Praze nominovaní metodou sněhové koule v kombinaci se záměrným výběrem a výběrem přes instituce. Druhou skupinu tvořili poskytovatelé nízkoprahových služeb v Praze. Data byla získávána prostřednictvím semistrukturovaných rozhovorů s respondenty, ohniskových skupin s poskytovateli služeb, zúčastněného pozorování a kvalifikovaného odhadu. Data jsme analyzovali pomocí zakotvené teorie.

V druhé polovině r. 2003 bylo sebráno celkem 30 rozhovorů s klienty nízkoprahových zařízení v Praze a provedeny 2 ohniskové skupiny s poskytovateli nízkoprahových služeb v Praze. Převážná většina respondentů jsou muži (24). Průměrný věk respondentů je 29 let (muži 30 let, ženy 24). Celkem 28 respondentů žije trvale v Praze, 2 žijí v jiném městě blízko Prahy. Dva respondenti jsou jiné národnosti než české.

První užitou drogou, ať již legální či nelegální, byl nejčastěji tabák (14 respondentů) ve věku 10–17 let. Druhou nejčastější iniciační drogou byl alkohol, a to ve věku 12–16 let. Čtyři respondenti začali užívat alkohol a tabák současně ve věku 11–15 let. S jinou než legální návykovou látkou jako iniciační drogou zahájili svoji drogovou kariéru celkem 4 respondenti. Jednalo se o marihuanu (2 respondenti), pervitin (1 respondent) a morfin (1 respondent). Z nelegálních návykových látek byla nejčastěji užívána marihuana (11 respondentů), průměrný věk jejího prvního užití je 15,5 let. Deset respondentů užílo v jednom roce marihuanu a jinou nelegální návykovou látku. Devět respondentů neužílo marihuanu samotnou ani v kombinaci jako první nelegální drogu.

Respondenti se domnívají, že mají dostatek informací o službách, které získali nejčastěji od kamarádů, přátel – uživatelů. Navrhují informace šířit pomocí letáků, médií a pracovníků nízkoprahových služeb.

Téměř všichni respondenti využívají služeb nízkoprahových zařízení, polovina respondentů využívá také služeb terénních pracovníků. Poprvé respondenti využili těchto služeb většinou za doprovodu kamaráda, důvodem byla především výměna injekčního materiálu, potravinový a hygienický servis a také hledání pomoci. Největší výhrady měli k povolené délce pobytu, která jim připadá příliš krátká. Ti respondenti, kteří považují nabídku nízkoprahových služeb za atraktivní nejvíce oceňují výměnu injekčního materiálu zdarma. Dále si respondenti cení možnosti odpočinout si v kontaktní místnosti a možnost získat doporučení k vyšetření či do léčby. Ti respondenti, kteří označují nízkoprahové služby za málo atraktivní či neatraktivní vytýkají málo intenzivní, nerespektující přístup personálu, nedostatečný potravinový servis, stanovená pravidla, především pak povolenou délku pobytu v kontaktní místnosti, a v této souvislosti navrhuje zvýšit kapacitu místnosti a tím také povolenou délku pobytu. Někteří klienti vyjádřili také obavy z kódování, kdy nevěří anonymitě kódu.

Důvody, proč někteří uživatelé nevyužívají nízkoprahových služeb, vidí respondenti především v tom, že tito uživatelé nechtějí, aby někdo věděl, že berou drogy, stydí se za svoje chování, mají obavy z propojení nízkoprahových služeb s policií, obávají se ztráty anonymity, nechtějí se potkávat s jinými uživateli, mají peníze na to, aby si mohli injekční materiál kupovat v lékárnách, nejsou spokojeni se stanovenými pravidly nízkoprahových center, nebo také nemají žádné informace o tom, že takové služby existují.

Co se týče osobnosti pracovníka nízkoprahových služeb kladli respondenti důraz zejména na otevřenost, osobní zkušenost s drogou a zaujetí prací (dělat práci proto, že je baví). Věk pracovníků by měl být co nejružnorodější, aby si klient sám mohl vybrat pracovníka, kterému nejvíce důvěřuje. Pro respondenty je dále velmi důležitý individuální přístup, hlubší a osobnější vztahy, respekt ze strany pracovníků a zachování důstojnosti. To vše (a nejen to) ovlivňuje celkovou příjemnou atmosféru centra spolu s jasně stanovenými a dodržovanými pravidly a tresty za jejich porušení.

V našem souboru užívá pouze jeden respondent heroin a jeden respondent je v metadonovém substitučním programu. Celkem 9 respondentů užívá Subutex, který kupují na černém trhu. Subutex je relativně dobře dostupný na černém trhu, co se týče dostupnosti legální cestou, tj. na předpis lékaře, je tato možnost omezená. Substituční léčba Subutexem je pro respondenty mnohem atraktivnější než substituční léčba metadonem. Výhod substituční léčby spatřují respondenti několik, a to přístup k čisté droze, možnost pracovat, nemusí mít obavy z abstinenčních příznaků a nemusí každý den krást, aby měli peníze na nákup drogy.

10 ZÁVĚR

Z analýzy je zřejmé, že zařízení, která se studie zúčastnila, jsou dlouhodobě přetížena a zajímavé je, že tento stav není personálem příliš výrazně reflektován. Projevy této přetíženosti je možné pozorovat v několika rovinách:

1. Je věnována malá pozornost změnám potřeb u klientů a s tím souvisí menší pružnost při úpravách programu.
2. Zařízení nevládají věnovat větší pozornost méně se prosazujícím klientům.
3. Nedostatečně jsou rozvíjeny strategie směřující ke kontaktování nových klientů, aktivní vyhledávání těchto klientů a identifikace míst, kde by bylo možné nové klienty kontaktovat a přizpůsobovat těmto místům a podmínkám strategie práce.
4. Nepřiměřený důraz je kladen na technickou stránku poskytování služeb a personálu zbývá jen velmi málo prostoru na motivační práci a další složky kontaktní práce. Velmi zřetelný je tento trend zejména u terénních programů. Obecně lze říci, že kvalita kontaktu s klientem a její prohlubování mírně ustupuje kvantitě, zejména v podobě úkonů spojených s tradiční představou o nízkoprahových službách (výměnný program, krátký informační servis atd.).
5. Větší část hlavního města není nízkoprahovými programy vůbec pokryta (ani terénními programy), často přitom jde o lokality a spádové oblasti s výrazně větší hustotou zalidnění, než v jakých působí drtivá většina obdobných zařízení mimo Prahu.

Je zřejmé, že pracovníci při diskusích tyto roviny reflektují a mnozí mají poměrně jasnou představu o potřebných změnách. Zásadním problémem však zůstává tlak systému, který nutí k povrchnějšímu stylu práce v důsledku nedostatku finančních prostředků a neadekvátnímu tlaku na výkaz kvantitativních ukazatelů.

Určitá „paralyzovanost“ nízkoprahových služeb a jejich malý rozvoj jednak neodpovídá epidemiologickým údajům a počtu a typu uživatelů na území hl. m. Prahy a současně prostřednictvím stabilizace určitého jádra klientů může dále vést k vytvoření zkrslé představy o správném nadimenzování těchto služeb v Praze.

Krátce lze hlavní teze shrnout v následujících doporučeních:

1. Provést analýzu týkající se poskytovaných výkonů u jednotlivých organizací, spektra těchto výkonů a charakteru klientely. Tuto analýzu vztáhnout k analýze využití pracovní doby personálu nízkoprahových zařízení a vytvořit návrh optimálního rozvržení realizovaných strategií s cílem dosáhnout větší vyváženosti mezi jednotlivými intervencemi a vytvořit dostatečný prostor pro všechny potřebné výkony, nikoli pouze ty, které jsou akcentovány kvantitativními ukazateli. Vytvořit návrh na hodnocení kvalitativních ukazatelů práce, který bude kompatibilní se současným systémem hodnocení kvantitativních ukazatelů.
2. Provést zhodnocení jednotlivých městských částí z hlediska místních specifik a zejména s ohledem na místní drogovou scénu a vytvořit jednotný plán poskytování a rozvoje nízkoprahových služeb na území hlavního města. V rámci tohoto zhodnocení porovnat zachyty nových klientů v jednotlivých programech a srovnat tyto zachyty s vybranými mimopražskými zařízeními a porovnat strategie identifikace, vyhledávání a kontaktování nových klientů. Na základě těchto dvou analýz navrhnout taková opatření, která zajistí potřebný rozvoj nízkoprahových služeb na území hlavního města v potřebné kapacitě a kvalitě.
3. Vytvořit komunikační platformu pro sdílení a výměnu informací mezi pracovníky různých organizací v Praze a facilitovat lepší provázanost a koordinaci programů realizovaných různými organizacemi.
4. Vytvořit návrh na systémové zavedení minimální varianty pro sledování a vyhodnocení potřeb klientů nízkoprahových služeb a vytvořit podmínky pro udržení takového systému.
5. Zvýšit dostupnost substituční léčby.
6. Zvýšit informovanost o nízkoprahových službách, zaměřit se také na skrytou populaci uživatelů drog.

- Barker, G. (2000). *Metody rychlého posuzování zneužívání drog ve společnosti*. Albert. Boskovice.
- Corbin, J. & Strauss, A. (1990). *Basic of qualitative research*. London, New Delhi: Sage, Thousand Oaks.
- Csémy, L., Sadílek, P., Sovinová, H. & Lejčková, P. (2003). *ESPAD 03. Přehled hlavních výsledků z let 1995, 1999 a 2003*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. Notes: Zpráva pro tisk.
- Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P. & Sovinová, H. (2004). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003*. Praha: Notes: Připravuje se k tisku.
- Čermák, I. & Lindénová, J. (2000). *Povolání: herec*. Brno: Větrné mlýny.
- Čermák, I. & Štěpaníková, I. (1997). Validita dat v kvalitativním psychologickém výzkumu. *Československá psychologie* 6 (41), 503–512.
- Čermák, I. & Štěpaníková, I. (1998). Metody kontroly validity dat v kvalitativním psychologickém výzkumu. *Československá psychologie* 1 (42), 50–62.
- Česká lékárnická komora (2004). .
- ČSÚ (2004a). http://www.czso.cz/krajce/pr/publikace/rychla_cisla_2003/cz/cz.html
- ČSÚ (2004b). http://www.czso.cz/ciz/cizinci.nsf/i/pocet_cizincu_v_cr
- Fitch, Ch., Rhodes, T. & Stimson, G. V.: *Origin of an epidemic: the methodological and political emergence of rapid assessment and response.. Working paper*.
- Fountain, J. (2004). *Focus Assessment Studies: A Qualitative Approach to Data Collection. Toolkit module 6*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Glaser & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Charvát, M. & Gabrhelík, R. (2004). *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení ve Středočeském kraji. Závěrečná zpráva č. 3 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji*. Liberec: NTI-consulting, s.r.o.
- Kalina, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova.
- *Katalog pražské extramurální péče*: www.plbohnice.cz.
- Kvale, S. (1996). *Interviews*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Lejčková, P., Mravčík, V. & Radimecký, J. (2004). *Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002*. Praha: Úřad vlády ČR.
- *Městské centrum sociálních služeb a prevence* (2002). www.mcssp.cz.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Miovský, M. (2000). *Analýza faktorů vulnerability pro drogovou kariéru (kvalitativní biografická analýza s uživateli drog v rámci kvalitativní studie projektu Copernicus: Global Approach on Drugs)*. Závěrečná zpráva. Praha: SANANIM 2000.
- Miovský, M., Gajdošíková, Skutilová, K. & Zábranský, T. (2001b). *Přehled výsledků studie provedené s policisty, vyšetřovateli, kriminalisty a soudci ve vztahu k trestné činnosti uživatelů nelegálních drog: kvalitativní analýza*. *Adiktologie*, 1(1) Supplementum, 80–97.
- Miovský, M. (2002). *Možnosti a meze metod rychlého posuzování (Rapid Assessment and Response) v adiktologickém výzkumu*. Disertační práce v oboru klinické psychologie. Olomouc: Katedra psychologie FF UP.
- Miovský, M., Spirig, H. & Havlíčková, M. (Eds.) (2003). *Vězeňství a nelegální drogy. Sborník textů z oblasti užívání nelegálních návykových látek ve věznicích*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Miovský, M., Miovská, L., Gajdošíková, H. (2004). *Etické aspekty terénního výzkumu s uživateli drog*. *Biograf*, 35, 33–52.
- Morgan, D. (2001). *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.
- Mravčík, V., Zábranský, T., Korčíšová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Štátná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K. & Vopravil, J. (2003). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002 (Annual Report on Drug Situation 2002 – Czech Republic)* Praha: Úřad vlády ČR.
- MZ ČR (2001). *Standard substituční léčby*. <http://www.drogy-info.cz/article/archive/75/>.
- MZ ČR (2003). *Registr substituční léčby MZ ČR, stav k 31.12.2003*.
- *Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti* (2003). *Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog*. Nepublikované výsledky studie.
- Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J. & Železná, Z. (2004). *Výroční zpráva ČR – 2003. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčebných uživatelů drog*. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- RVKPP (2003). *Závěrečné zprávy o realizaci programu protidrogové politiky v r. 2003*. Praha: Úřad vlády ČR.

- RVKPP (2003a). Seznam zařízení poskytujících služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci. Praha: Úřad vlády ČR.
- RVKPP (2003b). Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele omamných a psychotropních látek. Praha: RVKPP.
- Stimson, G. V., Fitch, Ch. & Rhodes, T. (1998). The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use (IDU RAR). World Health Organization.
- Strauss, A. & Corbinová, J. (1999). Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody Zakotvené teorie. Albert, Boskovice.
- Vrtbovská, P. (2003). Výroční zpráva za rok 2002. Praha: Společnost Hvězda.
- ÚZIS (2002). <http://www.uzis.cz/cz/zarizeni/zzkraj.htm>.
- ÚZIS (2002). Zdravotnická ročenka České republiky. Praha: ÚZIS.
- ÚZIS (2003). Činnost oboru psychiatrie. Aktuální informace 21. Praha: ÚZIS.
- ÚZIS (2004). Psychiatrická péče 2003. Praha: ÚZIS.

ABSTRAKT

ABSTRACT

Analýza potřeb provedená v roce 2003 mezi klienty pražských nízkoprahových zařízení určených pro uživatele drog navazuje na obdobnou studii provedenou ve Středočeském kraji. Cílem této studie bylo identifikovat okruhy problémů, které mohou být podnětem pro zlepšování poskytovaných služeb či zavádění chybějících programů. Z důvodu specifčnosti zkoumané populace a povahy získávaných dat byly zvoleny metody rychlého posuzování (Rapid Assessment and Response). Účastníky výzkumu byli klienti nízkoprahových zařízení v Praze nominováni metodou sněhové koule v kombinaci se záměrným výběrem a výběrem přes instituce. Druhou skupinu tvořili poskytovatelé nízkoprahových služeb v Praze. Data byla získána prostřednictvím semistrukturovaných rozhovorů, ohniskových skupin, zúčastněného pozorování a kvalifikovaného odhadu. Získaná data byla analyzována pomocí zakotvené teorie. V rámci studie byl také proveden stručný popis demografické a socioekonomické charakteristiky hl. m. Prahy, epidemiologických údajů a institucionálního kontextu v Praze v roce 2003.

A study of Needs Assessment carried out in 2003 in Prague among clients of low-threshold facilities providing services for drug users refers to the similar study carried out in Central Bohemia. The aim of this study was to identify the factors that can facilitate the improvement of services provided or the establishment of so far missing programs. With regard to the specificity of the population examined and the character of the data, the methodology of Rapid Assessment and Response was chosen. Two groups of participants were involved in this study. The clients of low-threshold facilities in Prague were nominated by snowball sampling method combined with intentional sampling and sampling through institutions. The second group of participants was formed by low-threshold services providers in Prague. Data were obtained through semistructured interviews, focus groups, participative observation and estimation techniques. Data were analyzed through grounded theory. In the frame of the study, a brief description of demographic and socioeconomic characteristics, epidemiological data and institutional context in Prague in 2003 was conducted.

0 AUTORECH PUBLIKACE

Mgr. Lenka Miovská

Pracovnice Centra pro adiktologii Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze, postgraduální studentka oboru klinická psychologie na FF UP v Olomouci. Zabývá se kvalitativními daty a problematikou užívání drog v marginalizovaných skupinách včetně národnostních menšin.

PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Psycholog a psychoterapeut. Je vedoucím Centra pro adiktologii Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze, dále působí jako odborný asistent na Katedře psychologie na FF UP v Olomouci, kde se věnuje metodologii výzkumu, léčbě a prevenci problémů způsobených užíváním drog a narativní psychologii.

Mgr. Roman Gabrhelík

Absolvent jednooborové psychologie na FF UP v Olomouci. V současnosti je postgraduálním studentem na Fakultě sociálních studií MU v Brně a pracovníkem Akademie věd ČR. V současné době se plně věnuje aplikovanému výzkumu v oboru adiktologie, kvalitativní metodologii a psychologii osobnosti (prokrastinace).

Mgr. Miroslav Charvát

V současné době dokončuje postgraduální studium na Katedře psychologie FF UP v Olomouci, kde vyučuje psychologickou metodologii a experimentální psychologii. Spolupracuje na adiktologických výzkumech, specializuje se zejména na kvalitativní výzkumné metody. Je také zaměstnancem Sdružení Podané ruce, kde pracuje jako vedoucí terénních programů pro uživatele drog v Olomouci.

Mgr. Lenka Miovská, PhDr. Michal Miovský,
Ph.D., Mgr. Roman Gabrhelík, Mgr. Miroslav
Charvát

Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení
v Praze v roce 2003

Vydal © Úřad vlády České republiky, 2005

Národní monitorovací středisko pro drogy
a drogové závislosti

1. vydání

Redakčně uzavřeno 8.6. 2005

Design Missing-Element

Sazba Vladimír Vašek

ISBN 80-86734-44-7

ANALÝZA POTŘEB KLIENTŮ NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ V PRAZE V ROCE 2003

■ Publikace se zabývá analýzou potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003. Analýza potřeb patří mezi základní nástroje, jimiž zjišťujeme, jaké jsou potřeby a požadavky cílových skupin, kterým nabízíme či chceme nabízet určité služby. Jejich prostřednictvím se tedy dovídáme více o tom, zda to, co nabízíme, odpovídá reálným potřebám těchto skupin nebo případně co a jak bychom měli v nabídce změnit, aby tomu tak bylo. Jedná se tedy o základní nástroj pro plánování a rozvoj služeb, tak také o nástroj umožňující specifickou kontrolu nastavení a fungování systému služeb i jeho jednotlivých článků.



neprodejné