

ANALÝZA POTŘEB KLIENTŮ NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ V PRAZE V ROCE 2010

ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA

Centrum adiktologie
Praha, 2011

Vedoucí projektu: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Členové týmu: PhDr. Monika Nevoralová
Bc. Amálie Pavlovská
Mgr. Lenka Čablová
Bc. Kateřina Mladá

Citace:

Šťastná, L., Nevoralová, M., Pavlovská, A., Čablová, L., Mladá, K. (2011). Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2010. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Poděkování patří pražským nízkoprahovým zařízením, která se této studii zúčastnila.

Tato publikace neprošla redakční ani jazykovou úpravou.

Obsah

1	ANALÝZA POTŘEB	5
2	CHARAKTERISTIKA HL. M. PRAHY	7
2.1	DEMOGRAFICKÁ A SOCIOEKONOMICKÁ CHARAKTERISTIKA	7
2.2	EPIDEMIOLOGICKÉ ÚDAJE	9
2.2.1	<i>Populační studie (školní a celopopulační studie)</i>	9
2.2.2	<i>Prevalenční odhad problémových uživatelů drog</i>	10
2.2.3	<i>Léčba uživatelů drog</i>	11
2.2.4	<i>Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog</i>	12
2.3	INSTITUCIONÁLNÍ KONTEXT	15
2.3.1	<i>Nízkoprahové služby pro uživatele drog</i>	16
3	PŘEHLED DOPOSUD REALIZOVANÝCH ANALÝZ POTŘEB	22
4	CÍLE VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	27
5	ETICKÉ NORMY A PRAVIDLA VÝZKUMU	28
6	METODIKA RAPID ASSESSMENT AND RESPONSE	29
6.1	VOLBA METODIKY RAPID ASSESSMENT AND RESPONSE	29
6.2	METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT	30
6.3	ANALÝZA DAT	33
7	POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU	34
8	VÝSLEDKY VÝZKUMU	39
8.1	INFORMOVANOST O NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽBÁCH	39
8.2	VYUŽÍVÁNÍ NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB A ZKUŠENOST S NIMI	39
8.3	ATRAKTIVITA NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB	40
8.4	SPOKOJENOST S NÍZKOPRAHOVÝMI SLUŽBAMI.....	42
8.5	SPOKOJENOST S PŘÍSTUPEM PERSONÁLU	43
8.6	VYUŽÍVÁNÍ DALŠÍCH SLUŽEB (SUBSTITUTE)	44
8.7	ANALÝZA OHNISKOVÝCH SKUPIN S POSKYTOVATELI NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB	46
9	METODOLOGICKÁ OMEZENÍ A KVALITA DAT	51
10	DISKUZE	52
11	ZÁVĚR	57

ÚVOD

Analýza potřeb provedená mezi klienty nízkoprahových zařízení určených pro uživatele nelegálních návykových látek navazuje na obdobnou studii provedenou ve Středočeském kraji (Charvát & Gabrhelík, 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 nepravidelně) nabídky mimopražských zařízení. Celá studie pokračovala v roce 2010 a je tedy možné srovnat výsledky také v čase.

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 jedná jak 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 pro to, 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 specifickou 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.

1 Analýza potřeb

Analýza potřeb je jedním z typů evaluace. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) můžeme rozlišovat šest hlavních typů evaluace: evaluaci formou analýzy potřeb, evaluaci procesu, evaluaci nákladů, evaluaci spokojenosti klientů, evaluaci výsledku a ekonomickou evaluaci (Marsden, Ogborne, Farrell, & Rush, 2000). Definice a vymezení evaluace byla publikována celá řada. Podle Springera a Uhla (1998) je evaluace v širším významu slova soubor různých aktivit, které nám přinášejí informaci o významech spojených s chápáním sebe nebo vnějšího okolí u různých cílových skupin. Uhl toto pojetí zužuje a říká, že evaluace je proces sledující, zda bylo dosaženo toho, co bylo stanoveno – toto pojetí umožňuje aplikovat pojem evaluace na různé aktivity s různými předpoklady a na různé skupiny lidí. Jinými slovy lze evaluaci vymezit také jako zhodnocení aktuálního stavu s cílem tento stav zlepšit (Galla et al., 2005).

Světová zdravotnická organizace definuje evaluaci jako prostředek k získání zpětné vazby ohledně programu nebo sítě programů. Evaluace má zásadní význam pro to, aby se dalo určit, zda aktivity fungují tak, jak by měly, a zda se na nich dá něco zlepšit. Cílem tedy je vytvořit a udržet efektivní a účinné programy a intervence (Marsden et al., 2000). Dalším možným výkladem pojmu evaluace konkrétní intervence nebo programu je systematické shromažďování, analyzování a interpretování informací o průběhu této intervence nebo programu a jejich možných účincích a dopadech. Cílem evaluace je prověřit, zda intervence, program či projekt odpovídá identifikovaným potřebám a cílům. Získané informace mohou být použity k rozhodování o zlepšení intervence směrem k jejímu rozšíření nebo odmítnutí (EMCDDA, 1998; EMCDDA, 2000).

Evaluace by měla odpovědět na otázky typu: Jaká je povaha a rozsah problému? Které intervence mohou problém ovlivnit? Kterou cílovou skupinu má intervence zasáhnout? Zasahuje intervence skutečně cílovou skupinu? Je intervence implementována podle plánu? Je intervence efektivní? Odpovědi na tyto otázky jsou nezbytně nutné, abychom mohli odlišit užitečné intervence, programy od těch neefektivních a zbytečných (EMCDDA, 1998).

Evaluace programů a služeb by měla být prováděna pravidelně v určitých časových intervalech. Hlavním důvodem je to, že služby se neustále rozrůstají a mění, vznikají nové a jiné zanikají. Evaluace by tedy měla být prováděna mj. za účelem financování kvalitních a efektivních programů. Tím mohou poskytovatelé finančních prostředků cíleně ovlivňovat poskytované služby, zvyšovat jejich kvalitu a šetřit peníze na efektivní služby. Současně to ale nemusí znamenat, že negativní výsledek evaluace povede ke zrušení programu či služby. Naopak programy se ve skutečnosti málokdy ruší na základě jedné evaluace. Mnohem častěji dochází k úpravám stávajících struktur (Marsden et al., 2000).

Jednotlivé typy evaluace se mohou překrývat. Každý typ evaluace se zaměřuje na zodpovězení určitého typu otázek. Rozhodnutí o tom, který konkrétní typ evaluace se uplatní, záleží na položených otázkách. Typy evaluace na sebe mohou také postupně navazovat. Nejdříve obvykle probíhají evaluace ve formě analýzy potřeb a po nich často následuje evaluace procesu, příp. evaluace nákladů. K evaluaci výsledku a ekonomických aspektů se většinou přistupuje později, poté, co jsou vyhodnoceny procesní a nákladové aspekty. Neexistují však žádná pevně stanovená pravidla (Marsden et al., 2000).

Vymezení analýzy potřeb

Analýza potřeb je dnes prakticky všudypřítomná. Jedná se o systematický proces sběru a analýzy informací za účelem identifikování toho, kdo je v ohrožení, proč a co může být uděláno (UN, 2005). Evaluace formou analýzy potřeb je prováděna v mnoha disciplínách a profesích, tj. od medicíny, sociální práce až po psychologii a management. Je prvním krokem

v procesu plánování a přípravy jakékoli služby (Leigh, Watkins, Platt, & Kaufman, 1998) a uplatňuje se také při zkvalitňování služeb. Často je analýza potřeb ztotožňována s evaluací, v našem pojetí je analýza potřeb vnímána jako jeden typ evaluace.

Podle WHO (WHO, UNDCP, & EMCDDA, 2000) je evaluace formou analýzy potřeb formální a systematickou snahou o stanovení a následné vyplnění mezer mezi tím, „co je“, a „co by mělo být“. Spočívá ve zdokumentování důležitých nesrovnalostí mezi aktuálními a požadovanými výsledky a vytyčení těchto nesrovnalostí jako priorit z hlediska plánování programů a intervencí. Z tohoto pohledu spočívá analýza potřeb v identifikaci potřeb a jejich klasifikaci dle míry důležitosti. Analýza potřeb je nástroj k plánování programu. V ideálním případě probíhá předtím, než je program naplánován a realizován. V rámci analýzy potřeb se zjišťuje, jak by měl být stávající program upraven, aby reagoval na potřeby, které nejsou uspokojovány. Analýzy potřeb mohou také vycházet z názorů laické a odborné veřejnosti ohledně toho, co funguje a co by se mělo udělat, a často bývají zadávány financujícími organizacemi, které se něčím chtějí řídit při rozdělování stávajících nebo nových prostředků.

V rámci analýzy potřeb se můžeme ptát na následující otázky a snažit se na ně nalézt odpověď a řešení (WHO et al., 2000): Jaký je charakter a rozsah poruch souvisejících se zneužíváním návykových látek v dané komunitě? Do jaké míry současné služby odpovídají potřebám rizikové populace? U kolika lidí v regionu nebo komunitě existuje potřeba léčby poruch spojených s užíváním návykových látek? Jaká je relativní potřeba léčebných služeb v rámci různých regionů nebo komunit? Jaké typy služeb jsou potřeba a jaká je jejich nezbytná kapacita? Jsou stávající služby dobře koordinovány a co je třeba k zdokonalení celkové úrovně fungování daného systému?

Analýza potřeb může být velmi jednoduchá studie zahrnující velmi malý počet respondentů, ale může se také jednat o velmi náročný a rozsáhlý výzkum zahrnující stovky respondentů. V tomto kontextu můžeme uvažovat o úrovních, na kterých lze analýzu potřeb provádět. Analýza potřeb na národní úrovni může být např. důležitá pro legislativní změny v dané oblasti, pro komplexní modifikaci služeb, pro efektivní plánování služeb a jejich financování apod. Dále může být analýza potřeb prováděna na regionální, lokální a individuální úrovni (Stevens & Raftery, 2004).

V zahraniční literatuře se také často hovoří specificky o analýze potřeb týkající se zdraví „health needs assessment“. Jedná se o systematický a otevřený proces, v průběhu něhož jsou posouzeny zdravotní problémy dané populace. Cílem celého procesu je zlepšit zdravotní stav a redukovat zdravotní rozdíly a to tak, že jsou identifikovány priority nutné pro změnu a naplánována opatření potřebná k tomu, aby bylo dosaženo požadovaných změn. V jádru celého procesu stojí čtyři kritéria, která se zaměřují na proměnlivost problémů, přijatelnost a proveditelnost efektivních změn. Pro splnění daného cíle, tj. zlepšení zdravotního stavu, jsou určeny změny, které se zaměřují na zlepšení nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících zdraví. Následuje integrace těchto změn do procesu plánování služeb a implementace těchto změn (Hooper & Longworth, 2002).

2 Charakteristika 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 (313 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 1 249 026 obyvatel představovalo 11,4 % populace státu (ČSÚ, 2010).

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.

Praha je také nejvýznamnější dopravní uzel státu s největším regionálním trhem práce v ČR. Jeho hlavními rysy jsou vysoká atraktivita, profesní mobilita a nízká obecná míra nezaměstnanosti. 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 dojížděkou 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 79,6 tis. studentů (2002/2003). Navíc zde bylo 10,4 tisíce studentů doktorského studia (ČSÚ, 2010).

Podobné postavení má Praha ve zdravotnictví, kdy některé specializované typy péče poskytuje pro celou ČR. Resort zdravotnictví měl 25 nemocnic se 196 odděleními a 10 535 lůžky. Celkový přepočtený počet lékařů dosáhl 3 487. Relativní ukazatele vybavenosti a výkonů zdravotnictví mírně rostou (např. 8,4 lůžka na 1000 obyvatel) (ČSÚ, 2010).

2.1 Demografická a socioekonomická charakteristika

V Praze žije 1 249 026 obyvatel (k 31. 12. 2009). Pražská populace měla vždy spíše starší věkovou strukturu než ostatní kraje a snižování počtu zemřelých to ještě umocňuje. V současnosti se také hovoří o stárnutí populace v souvislosti s přesunem populačně silných ročníků do důchodového věku. Dlouhodobě ubývá dětská složka populace a to i přes příznivý vývoj porodnosti posledních několika let. Osob ve věku 15-29 je stabilně kolem 21 %, podíl osob ve věku 30-44 let mírně vzrostl, pravděpodobně díky dorůstání osob silných ročníků sedmdesátých let do tohoto věku a částečně i migrací cizinců v produktivním věku. Osoby pozdního produktivního věku (45-59 let) tvoří v současnosti cca 20 % populace, což je stejně, jako tomu bylo na začátku devadesátých let. Osob ve věku 60-74 let, tedy v důchodovém

věku, mírně přibývá. Zastoupení poslední věkové kategorie v populaci Prahy (75 a více let) dlouhodobě stoupá (ČSÚ, 2010).

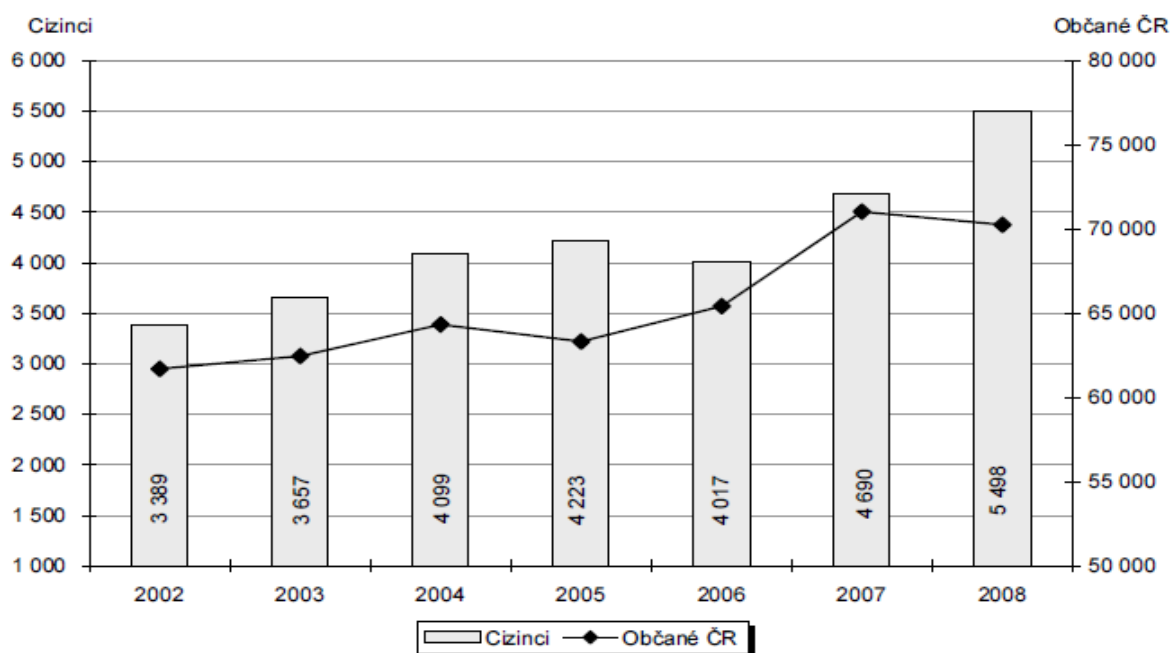
Míra registrované nezaměstnanosti v r. 2009 byla 3,1 %. Míra zaměstnanosti činila 60,7 %, což je vyšší než celorepublikový průměr (54,8 %). Průměrná měsíční mzda je v Praze o 6 157,- Kč vyšší než průměrná mzda v ČR (22 229,- Kč) (ČSÚ, 2010).

V ČR stoupá počet cizinců a přistěhovalců. K 30. 6. 2010 bylo v ČR evidováno 426 498 cizinců (185 437 s trvalým pobytem a 241 061 ostatních typů pobytu), což je 4 % z úhrnného počtu všech obyvatel ČR. Tito cizinci jsou nejčastěji původem ze Slovenské republiky a Ukrajiny, dále z Vietnamu, Polska a Ruska. K 31. 12. 2008 byl azyl udělen 2 376 osobám. Mezi lety 2002-2004 docházelo k nárůstu trestné činnosti, a to jak u cizinců, tak u občanů České republiky. V roce 2005 byla u občanů ČR zaznamenaná stagnace, zatímco počet odsouzených cizinců nadále rostl. U cizinců nastal pokles v roce 2006 a až v roce 2007 začaly počty odsouzených osob opět narůstat (Obrázek 2-1). Nejčastějším trestným činem byly krádeže (22 %), ohrožování pod vlivem návykové látky (18 %) a řízení motorového vozidla bez řidičského oprávnění (13 %). Nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů byla zastoupena 1 % (ČSÚ, 2009). V r. 2008 zaznamenala Služba cizinecké a pohraniční policie MV ČR 3 829 případů nelegální migrace. Nedovoleným způsobem překročilo státní hranici 168 osob, u 3 661 osob bylo zjištěno porušování pobytového režimu (ČSÚ, 2010). Vývoj nelegální migrace v letech 2003-2008 ukazuje Obrázek 2-2. Nárůst případů nelegální migrace od roku 2000 je významně ovlivněn tím, že do roku 1999 nebyly systematicky sledovány informace o porušování pobytového režimu. Nelegální migrace bude mít pravděpodobně významný 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 záchytu. 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.

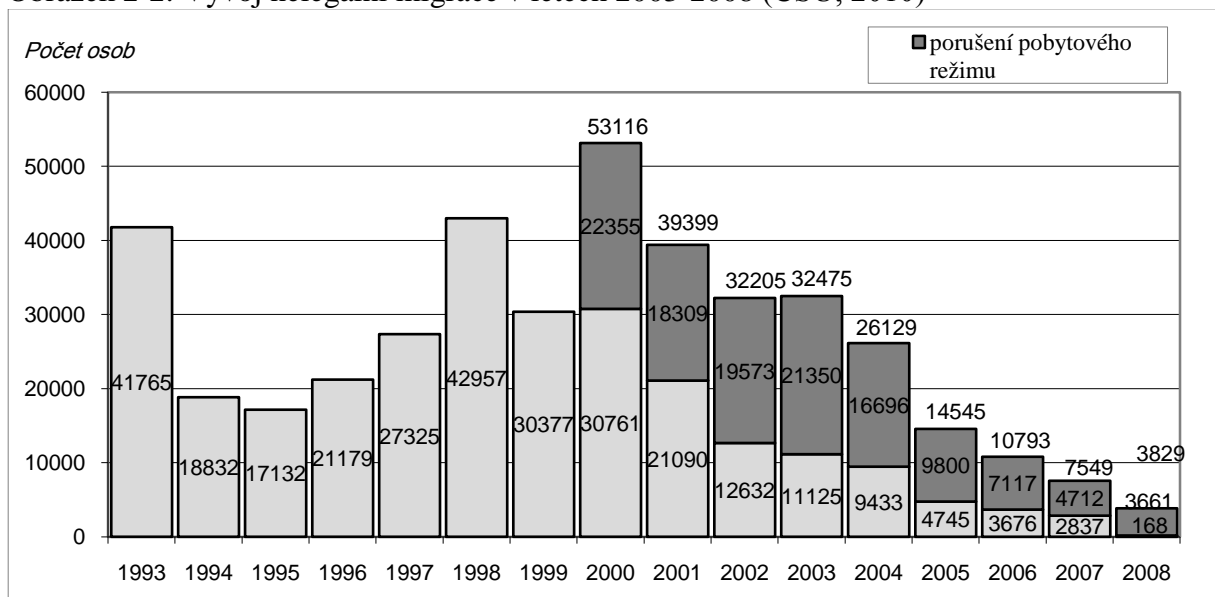
V minulosti byla Praha migračně atraktivní z valné většiny pro české občany, v současnosti jde především o cizince. I když v posledním roce 2009 se migrační atraktivita Prahy pro cizince zejména s ohledem na ekonomickou krizi snížila. V Praze je nejvíce občanů Ukrajiny (více než 47 tisíc), Slovenska (téměř 20 tisíc osob) a Ruska (více než 15 tisíc) (ČSÚ, 2010).

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, Mravčík, & Radimecký, 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), s. 81).

Obrázek 2-1: Počet odsouzených osob v letech 2002-2008 – občané ČR a cizinci (ČSÚ, 2009)



Obrázek 2-2: Vývoj nelegální migrace v letech 2003-2008 (ČSÚ, 2010)



2.2 Epidemiologické údaje

2.2.1 Populační studie (školní a celopopulační studie)

V České republice bylo od poloviny 90. let realizováno několik dotazníkových šetření o drogách mezi studenty, pouze několik z nich bylo reprezentativních (Miovský & Urbánek, 2001; Polanecký et al., 2001). Mezinárodní školní studie ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) patří nejen mezi reprezentativní studie, ale je realizována pravidelně každé 4 roky, a to od roku 1995, již ve 35 evropských zemích. Česká republika se projektu účastní od jeho počátku. Cílem projektu je podat přehled o situaci v ČR v oblasti užívání legálních a

nelegálních látek v populaci dospívající mládeže a porovnat ji se situací v ostatních evropských zemích.

Studie, realizovaná v roce 2003 a v roce 2007 u populace 16letých středoškoláků, poskytuje data za jednotlivé kraje, tedy i za hl. m. Prahu (Csémy, Sadílek, Sovinová, & Lejčková, 2003; Csémy, Lejčková, Sadílek, & Sovinová, 2006; Csémy, Chomynová, & Sadílek, 2008). Soubor všech 16letých respondentů ve všech krajích čítal 7 025 osob (47,8 % chlapců a 52,1 % dívek) v roce 2003 a 5 399 respondentů (45,6 % chlapců a 54,4 % dívek) v roce 2007. V Praze byl získán reprezentativní soubor o velikosti 592 osob v roce 2003 a 493 osob v roce 2007.

Mezi šestnáctiletými studenty je celkem 25 % denních kuřáků. V Praze se počet denních kuřáků blíží celorepublikovému průměru. Podobně je tomu u silných kuřáků (8 % v Praze i celé ČR). Pití alkoholu 5 a vícekrát v posledních 30 dnech je v Praze výrazně vyšší než v celé ČR. Studenti v Praze také častěji učinili zkušenost s jakoukoli nelegální drogou za celý život. Mezi lety 2003 a 2007 došlo spíše ke snížení počtu zkušeností než k jejich nárůstu (Tabulka 2-1).

V roce 2004 realizoval Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR „Celopopulační studii o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice“. Průzkumu se účastnilo 3526 respondentů ve věku 18-64 let (49,9 % žen, 50,1 % mužů) (ÚZIS ČR, 2005a). Celkem 22 % respondentů užilo někdy v životě nelegální drogu, v posledním roce to bylo 10,4 % respondentů a 5,3 % v posledním měsíci. Nejčastěji udávanou drogou byly konopné látky a extáze (ÚZIS ČR, 2005b). Výsledky nebyly prezentovány podle jednotlivých krajů.

Tabulka 2-1: Zkušenost s cigaretami, alkoholem, jakoukoli nelegální drogou a nekonopnou drogou u populace ve věku 16 let v Praze a v ČR v roce 2003 a 2007 (v %)

	Hl. m. Praha		Česká republika	
	2003	2007	2003	2007
Kouření tabáku – denní kuřáci	30,7	24,2	27,0	25,2
Kouření tabáku – silní kuřáci (11 a více cigaret denně)	10,9	8,1	7,6	8,0
Alkohol 5 a vícekrát v posledních 30 dnech	28,8	31,5	28,8	24,3
Nadměrné pití 3 a vícekrát v posledních 30 dnech	17,3	19,0	17,5	19,7
Celoživotní zkušenost s jakoukoli nelegální drogou	49,8	49,0	43,8	46,6
Zkušenost s jakoukoli nelegální drogou v posledním roce	42,6	41,8	35,9	n.a.*
Zkušenost s jakoukoli nelegální drogou v posledním měsíci	24,7	20,4	19,4	n.a.
Celoživotní prevalence zkušenosti s jakoukoli nelegální drogou mimo konopné látky	14,7	13,2	11,2	n.a.
Prevalence zkušenosti s jakoukoli nelegální drogou mimo konopné látky v posledním roce	8,4	8,3	7,3	n.a.
Prevalence zkušenosti s jakoukoli nelegální drogou mimo konopné látky v posledním měsíci	4,1	3,3	3,3	n.a.

*Pozn. n.a. – not available

2.2.2 Prevalenční odhad problémových uživatelů drog

Počet problémových uživatelů drog dosahuje v ČR odhadem 32 500 osob, z toho injekčních uživatelů je 31 200 osob, počet problémových uživatelů pervitinu je přibližně 21 200 a heroínu 6 400 osob. Počet problémových uživatelů v Praze tvoří 35,4 % z počtu problémových uživatelů v celé ČR – viz Tabulka 2-2. Odhadovaný počet injekčních uživatelů v Praze je 11 400 osob, počet uživatelů pervitinu je odhadován na 4 300 osob a uživatelů opiátů na 7 200 osob (Mravčík et al., 2009).

Tabulka 2-2 Prevalence problémových uživatelů drog v letech 2002-2008 v Praze a v České republice (Mravčík et al., 2003)

	Hl. m. Praha	Česká republika
2002	10 950	35 100
2003	n.a.*	29 000
2004	n.a.	30 000
2005	9 800	31 800
2006	8 400	30 200
2007	10 000	30 900
2008	11 500	32 500

*Pozn. n.a. – not available

2.2.3 Léčba uživatelů drog

Léčba uživatelů drog a závislých je v ČR poskytována sítí služeb různých typů s relativně širokým spektrem. Hygienická stanice hl. m. Prahy v roce 2009 evidovala v registru žádostí o léčbu celkem 31 léčebně-kontaktních zařízení, 26 z nich do registru také hlásilo údaje o léčených uživatelích drog (10 ambulantních zdravotnických zařízení, 8 ambulantních nezdavatnických zařízení, 9 lůžkových zařízení a 4 nízkoprahová centra) (Studničková & Petrášová, 2010a).

V r. 2009 bylo v Praze evidováno celkem 854 prvních žádostí o léčbu (first treatment demand) a 1 701 všech žádostí o léčbu (treatment demand) (Tabulka 2-3). V souvislosti s užíváním opiátů se léčilo 36,9 % osob (26,6 % v souvislosti s užíváním heroinu, 7,8 % Subutexu), s užíváním pervitinu a ostatními stimulanty 49,1 % a s užíváním konopných drog 10,8 %. Průměrný věk všech žadatelů o léčbu byl v roce 2009 26,7 let (muži 28,2 let, ženy 24,4 let), nejpočetnější věkovou skupinou byli žadatelé ve věku 20-29 let, následovali žadatelé ve věku 15-19 let (Studničková & Petrášová, 2010b).

Mezi prvožadatelé o léčbu byli nejčastěji zastoupeni uživatelé pervitinu a ostatních stimulantů (51,6 %), následovali uživatelé heroinu a ostatních opiátů (28,5 %) a uživatelé kanabinoidů (15,8 %). Průměrný věk prvožadatelů o léčbu byl v roce 2009 24,8 let (muži 25,9 let, ženy 23,1 let), nejpočetnější věkovou skupinou byli žadatelé ve věku 20-29 let (Studničková & Petrášová, 2010b).

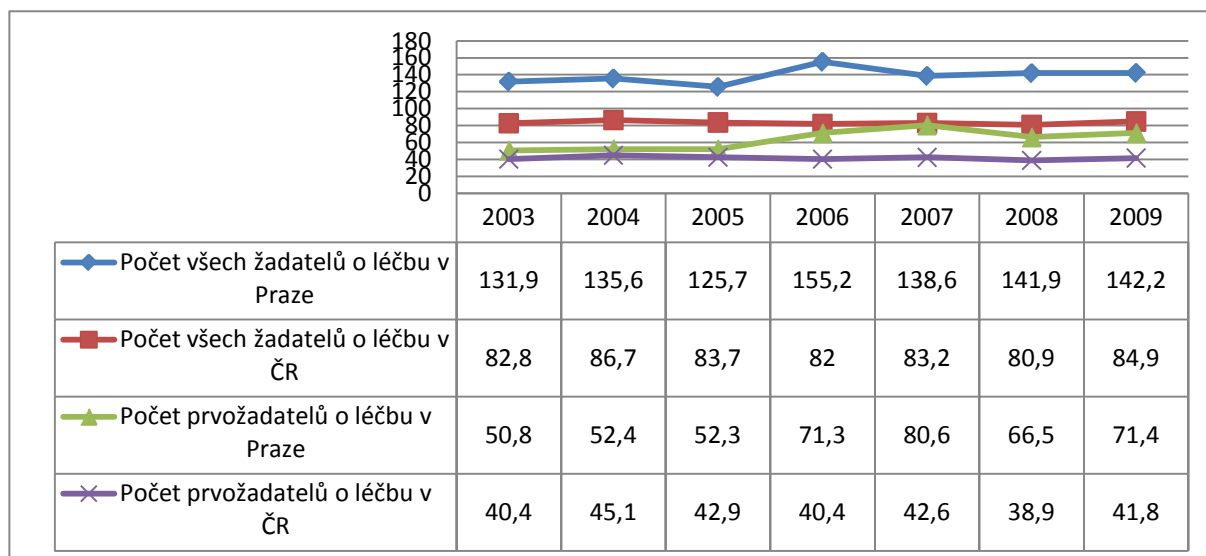
Tabulka 2-3 Incidence a prevalence uživatelů drog – žadatelů o léčbu v Praze a v ČR v letech 2003-2009

	Hl. m. Praha		Česká republika	
	Počet všech žadatelů	Počet prvožadatelů	Počet všech žadatelů	Počet prvožadatelů
2003	1 549	596	8 522	4 158
2004	1 571	607	8 845	4 600
2005	1 460	608	8 534	4 372
2006	1 809	831	8 366	4 119
2007	1 610	936	8 487	4 346
2008	1 669	782	8 279	3 981
2009	1 701	854	8 763	4 318

Vývoj počtu žadatelů o léčbu se v průběhu let 2003-2009 výrazně nezměnil. Výrazné zvýšení počtu žádostí o léčbu bylo v Praze zaznamenáno v roce 2006, v následujících letech se situace

opět stabilizovala. Incidenci a prevalenci žadatelů o léčbu na 100 000 obyvatel v Praze a v ČR v r. 2003 ukazuje Obrázek 2-3.

Obrázek 2-3 Incidence a prevalence uživatelů drog – žadatelů o léčbu v Praze a ČR v letech 2003-2009 na 100 000 obyvatel



2.2.4 Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Infekční nemoci mezi uživateli drog

V roce 2008 došlo k opětovnému zvýšení podílu injekční aplikace mezi prvožadateli o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu, a naopak k mírnému poklesu u uživatelů pervitinu; injekční aplikace je rovněž nejčastější formou aplikace Subutexu® mezi žadateli o léčbu v souvislosti s jeho užíváním. Infekcí přenášených v souvislosti s užíváním drog je celá řada (infekce kůže a měkkých tkání, záněty plic a tuberkulóza, infekční zánět srdeční nitroblány, infekce skeletu a centrálního nervového systému, pohlavní nemoci). Mezi nejčastější a nejzávažnější dlouhodobou komplikací injekčního užívání drog patří v České republice virové hepatitidy. HIV/AIDS je celosvětově nejzávažnější infekcí přenášenou v souvislosti s užíváním drog, ale v České republice se infekce HIV doposud rozšířila omezeně a počty hlášených případů nedosahují hodnot obvyklých v jiných zemích (Řehák & Krekulová, 2002; Mravčík et al., 2009).

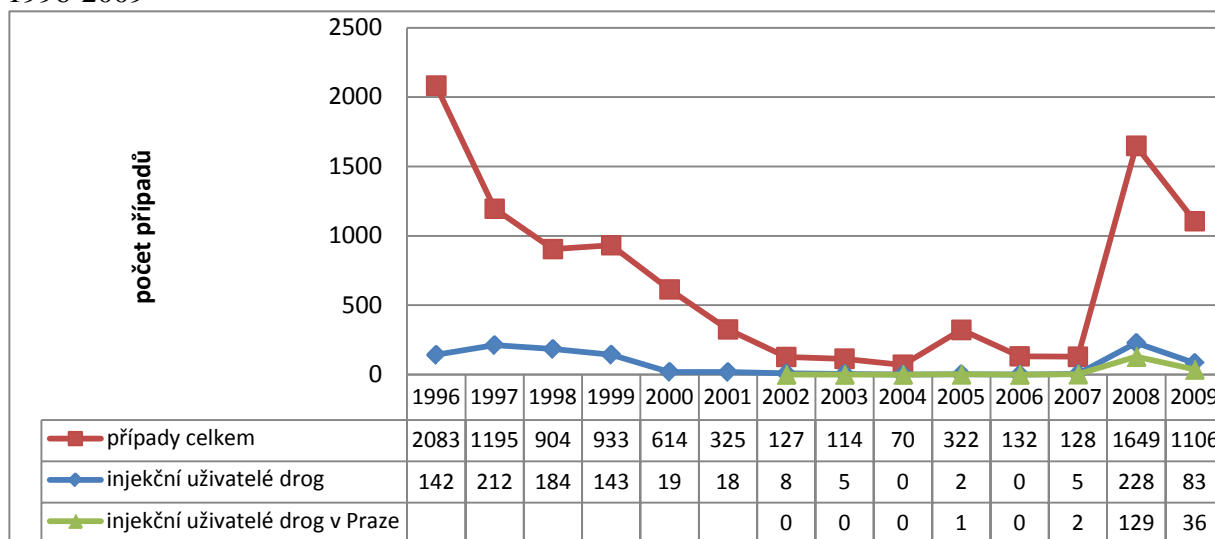
K 31. 12. 2008 bylo v ČR evidováno celkem 1 190 HIV pozitivních osob s trvalým pobytem na území ČR, z toho je 62 injekčních uživatelů drog a 21 dalších osob je ve smíšené kategorii zahrnující injekční užívání drog a homo/bisexuální styk (Mravčík et al., 2009).

Od roku 1996 stabilně klesá počet případů VHA v obecné populaci, v populaci injekčních uživatelů drog je situace stabilní. Výjimkou je až rok 2008, kdy probíhala v České republice epidemie VHA, která byla zejména v měsících květen – červen výrazně spojena s injekčním užíváním drog (Obrázek 2-4). V druhé polovině roku se epidemie šířila mezi dalšími rizikovými skupinami (bezdomovci, alkoholiky, osobami s rizikovým sexuálním chováním) a v obecné populaci. Většina případů byla hlášena z Prahy (54 %), kde také epidemie začala. Jedním z protiepidemických opatření bylo očkování uživatelů drog proti VHA, neboť u injekčních uživatelů drog se pravděpodobně jednalo o přenos přímým kontaktem nebo případně cestou injekční aplikace. Celkem bylo očkováno 2002 uživatelů drog a bezdomovců (Mravčík et al., 2009). V roce 2009 byla situace opět stabilizovaná (tabulka 2-4).

Tabulka 2-4 Hlášená incidence akutní a chronické virové hepatitidy A, B, C v celé populaci a u injekčních uživatelů drog v Praze v r. 2009 (Studničková & Petrášová, 2010b)

Kraj	VHA celkem	injekční uživatelé		VHB celkem	injekční uživatelé		VHC celkem	injekční uživatelé	
		počet	%		počet	%		počet	%
Hl.m. Praha	229	36	15,7	69	20	29,0	151	107	70,9
Česká republika	1 106	83	7,5	442	80	18,1	843	539	63,9

Obrázek 2-4 Hlášená incidence VHA v celé populaci a u injekčních uživatelů drog v letech 1996-2009



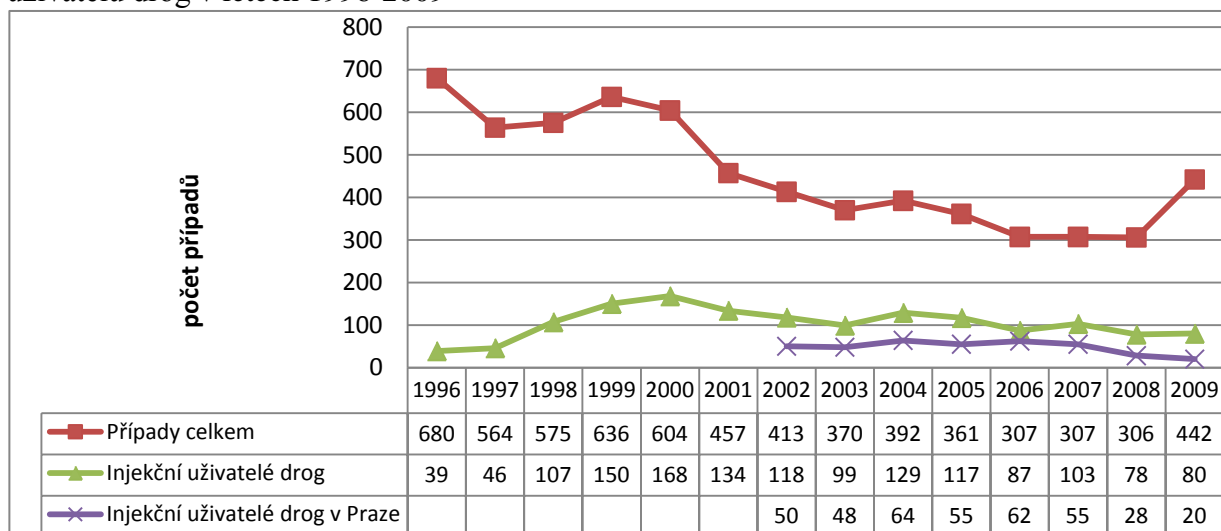
Od roku 1996 dochází také k poklesu VHB v obecné populaci. U injekčních uživatelů drog je situace stabilní nebo s mírným poklesem počtu případů. Zatímco ale situace u injekčních uživatelů drog byla v roce 2009 stabilní, situace v obecné populaci se změnila – došlo k nárůstu počtu případů VHB. Situace v hl. m. Praze je příznivá, v průběhu let 2002 – 2009 došlo k výraznému poklesu hlášených případů akutní a chronické VHB u injekčních uživatelů drog -

Obrázek 2-5 (Studničková & Petrášová, 2010a; Studničková & Petrášová, 2010b; Studničková, Benáková, Šeblová, & Zemanová, 2008).

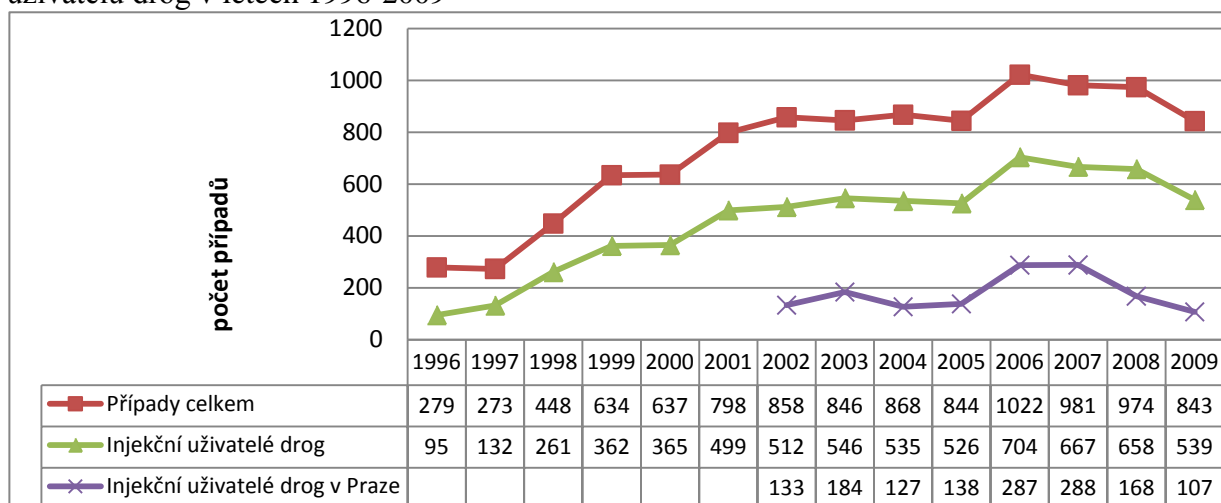
V letech 1996-2006 docházelo k nárůstu případů akutní a chronické VHC v celé populaci a u injekčních uživatelů drog, od roku 2006 dochází k pozvolnému poklesu. Situace v hl. m. Praze byla v letech 2002-2005 relativně stabilní, v letech 2006 a 2007 došlo k výraznému nárůstu počtu hlášených případů. Od roku 2008 dochází opět k poklesu (

Obrázek 2-6). V roce 2009 bylo celkem 19 % případů akutní a virové VHC hlášeno v hl. m. Praze.

Obrázek 2-5 Hlášená incidence akutní a chronické VHB v celé populaci a u injekčních uživatelů drog v letech 1996-2009



Obrázek 2-6 Hlášená incidence akutní a chronické VHC v celé populaci a u injekčních uživatelů drog v letech 1996-2009



Z výsledků studie Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“ provedené ve 12 nízkoprahových zařízeních v letech 2002-2003, z toho ve dvou pražských nízkoprahových zařízeních, vyplývá, že až 44,7 % klientů bylo pozitivních (viz tabulka 2-5).

tabulka 2-5 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
Kontaktní centrum SANANIM, Praha	101	37	36,6
Celkem	759	226	29,8

Od roku 2004 probíhá monitoring testování infekcí u injekčních uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních. Výsledky za rok 2008 byly získány prostřednictvím internetového dotazníku umístěného na stránkách drogy-info.cz v období leden-únor 2009. Odpovědělo celkem 52 nízkoprahových programů, z toho 23 kontaktních center, 13 terénních programů a 16 programů současně provozujících kontaktní centrum i terénní program. Výsledky získané rychlými testy naznačují nižší míru prevalence než výsledky laboratorních testů. Vysoké prevalence byly zjištěny v kraji Ústeckém (20 %) a Moravskoslezském (33 %) (Mravčík et al., 2009).

V r. 2007–2008 byla Centrem adiktologie realizována studie seroprevalence HIV, VHB a VHC zaměřená na injekční uživatele drog ze zemí bývalého Sovětského svazu pohybující se na drogové scéně v Praze (Zábranský & Janíková, 2008). Studie se zúčastnilo 59 osob ze zemí bývalého Sovětského svazu, které v současnosti injekčně užívají drogy. Otestována byla i jedna žena-neuživatelka, partnerka osoby pozitivní na sledovanou infekci. Byly zjištěny 2 případy HIV pozitivních uživatelů drog (3,5 %). Na VHC bylo pozitivních 49 (83,1 %) účastníků studie. Aktivní infekce VHC byla prokázána u 37 z 56 případů s hodnotitelnými vzorky (66 %). U 31 případů z 58 s hodnotitelným výsledkem byla prokázána proběhnuvší VHB (53,3 %); u 7 osob (11,9 %) byla prokázána současná akutní nebo chronická VHB infekce (přítomnost HBs antigenu), u 5 případů (8,5 %) byla prokázána replikace viru VHB, která je známkou vysoké infekčnosti onemocnění. Na základě výsledků studie byla státním orgánům a Magistrátu hl. m. Prahy doporučena realizace preventivních a léčebných opatření. V oblasti systémových opatření se jedná o léčebné a harm reduction intervence, které budou brát ohled na specifika komunit migrantů (uzavřenost vůči majoritní společnosti, kulturní specifika, legální status částí jejich příslušníků atd.). Optimálním řešením by měl být navrhovaný integrovaný program služeb pro imigranty užívající drogy realizovaný v hl. m. Praze i v aglomeracích nebo velkých městech. Zdravotnické služby by v rámci integrovaného programu měly být koordinovány s aktivitami nízkoprahových, azylových a dalších zařízení. Jako okamžitá opatření jsou navrhovány:

- zvýšení dostupnosti testování na HIV, VHB a VHC, služeb prvního kontaktu a další následné péče uživatelům drog a jejich blízkým (sexuálním) kontaktům,
- zajištění výroby a široké dostupnosti informačních materiálů v jazyce migrantů,
- zařazení péče o zahraniční uživatele drog do osnov vzdělávání pro zdravotnické a nezdravotnické odborníky v oblasti adiktologie,
- zvýšení znalosti azylového řízení mezi pracovníky služeb pro uživatele drog a podpora síťování mezi drogovými zdravotnickými a nezdravotnickými službami,
- dostupnost služeb v azylových zařízeních respektujících citlivost tématu (užívání drog, HIV, hepatitidy).

2.3 Institucionální kontext

Užívání drog sebou nese riziko, a to nejen pro jednotlivé uživatele a jejich zdraví, ale také pro zdraví konkrétní komunity a veřejné zdraví obecně. Cíle protidrogové politiky tedy jsou: předcházet tomu, aby lidé začali užívat drogy; předcházet tomu, aby lidé začali brát drogy nitrozilně; podporovat uživatele, aby přestali brát drogy; minimalizovat rizika spojená s užíváním drog. Pokud mají intervence/programy/zařízení účinným způsobem napomáhat uvedeným cílům, musí být ve vztahu k uživatelům drog pragmatické, musí pružně reagovat a poskytovat uživatelům drog takové služby, které potřebují (Rhodes, 1999).

V rámci této studie nebyla provedena samostatná institucionální analýza. Nicméně v hl. m. Praze je zastoupeno celé spektrum služeb: služby primární prevence, detoxifikace, krátkodobá

a střednědobá ústavní léčba v psychiatrických léčebnách, ambulantní léčba, stacionární léčba, substituční léčba, následná péče zahrnující ambulantní doléčovací programy, programy chráněného ubytování a chráněných bytů s psychosociální podporou a programy chráněných dílen a chráněných zaměstnání s psychosociální podporou.

Pouze rezidenční léčba v terapeutických komunitách určená pro problémové uživatele drog starší 18 let¹ je soustředěna mimo hl. m. Prahu. V Praze je provozováno Středisko výchovné péče Klíčov, které je rozděleno na dvě ambulantní oddělení, dvě celodenní (stacionární) oddělení a jedno pobytové (internátní) oddělení. Tato oddělení spolu úzce souvisejí a spolupracují společně i v tom smyslu, že si navzájem podle indikace výchovného problému předávají klienty. Jednotlivé programy jsou určeny konkrétní cílové skupině klientů. Obecnou náplní Střediska je snaha o diagnostiku a nápravu výchovných problémů, nebo negativních projevů chování, které nastaly u dítěte přibližně od 6 do 18 let věku.

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 (kde je také dostupná substituční léčba). Mezi základní poskytované služby patří asistence v oblasti sociální práce, kontakt před léčbou, diferenciatně diagnostický filtr, poradenství, kontakt se státními institucemi a soudy, s jinými sociálními pracovníky, s Probační a mediační službou ČR, kontakt s rodinnými příslušníky.

Mezi další služby specifické pro Prahu patří Právní poradna A.N.O., která 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).

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).

2.3.1 Nízkoprahové služby pro uživatele drog

Nízkoprahová centra určená uživatelům drog poskytují kontaktní služby, poradenství, motivační trénink, programy harm reduction, diferenciatně diagnostický filtr a zprostředkování detoxifikace a ústavní nebo ambulantní léčby. Cílovou skupinou jsou problémoví uživatelé drog, experimentátoři a jejich rodiny a blízcí. Často jsou nízkoprahová centra první službou, kterou tito uživatelé využijí. Abstinence není podmínkou spolupráce klienta se zařízením. Klientům je také umožněn anonymní kontakt, čímž dochází k odbourání stigmatizace z návštěvy odborného zařízení, dochází k navázání kontaktu a budování důvěry mezi klientem a pracovníky (Libra, 2003).

Nízkoprahové služby využívají principů přístupu „harm reduction,“ který směřuje k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů souvisejících s užíváním drog. Důraz je tedy kladen na prevenci rizik či škod a zaměřen na osoby, které v užívání drog pokračují. Zastřešujícím cílem je ochrana veřejného zdraví (IHRA, 2010).

¹ Definice problémového užívání drog podle EMCDDA: užívání drog nitrožilně nebo dlouhodobé/pravidelné užívání heroinu, kokainu a/nebo amfetaminů.

Prevence infekčních nemocí patří mezi základní služby poskytované nízkoprahovými zařízeními (poskytování informací, distribuce letáků upozorňujících na nebezpečí infekčních chorob a dalších zdravotních problémů, vzdělávání a motivace k bezpečnější aplikaci drog a k bezpečnému sexu, výměnný program jehel a stříkaček, distribuce kondomů, poskytování/zprostředkování testování infekcí a případné další zdravotní péče) (Mravčík et al., 2009).

Významnou součástí služeb nízkoprahových, ale také léčebných zařízení, je prevence předávkování, která je prováděna prostřednictvím poradenství a tréninku uživatelů drog v rámci těchto služeb. Hlavními tématy vzdělávání jsou první pomoc v případě předávkování, rizika kombinování drog a zásady bezpečnějšího užívání. Většina nízkoprahových zařízení poskytuje anonymně poradenství v těchto oblastech i prostřednictvím e-mailu a telefonu. K dispozici je celá řada informačních materiálů zpracovávaných samotnými zařízeními, některé z nich i v cizích jazycích (zejména v romštině a ruštině, ale také v angličtině, např. v rámci Safer Party Tour). Sdružení Podané ruce (Brno) zpracovalo manuál pro bezpečnější (injekční) užívání drog, který je dostupný na internetu. Pracovníci nízkoprahových zařízení, především terénních programů, jsou proškoleni v poskytování první pomoci v případě předávkování u klienta (Mravčík et al., 2009).

Většina uživatelů drog není v kontaktu s existujícími službami a často se nedaří tuto populaci účinně oslovit existujícími způsoby intervencí, případně existující služby neposkytují takové služby, které cílové skupiny populace potřebují. V těchto případech je účinnou intervencí terénní práce, která by se měla zaměřovat na ty jednotlivce, kteří nejsou v kontaktu se stávajícími službami a kteří potřebují odbornou pomoc (Rhodes, 1999). Terénní programy se tedy zaměřují na těžko dostupnou populaci, na populaci, která není v kontaktu s žádnými službami. Nejrizikovějšími cílovými skupinami jsou skupiny mladých uživatelů drog (EMCDDA, 2001). Terénní programy jsou ve Standardech odborné způsobilosti (RVKPP, 2003) 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. Terénní práce je metodou šíření zdravotnické osvěty a služeb, a to šíření informací o možných zdravotních rizicích, podporování změn směrem od rizikového chování a udržení pozitivní změny v chování. Cílem terénní práce je vyjít vstříc cílové skupině (Rhodes, 1999). Terénní práce se nezaměřuje pouze na vyhledávání skryté populace uživatelů drog, ale také na současné trendy na drogové scéně. Mezi tyto trendy můžeme zahrnout: a) užívání nových drog jako např. syntetických drog, b) užívání přírodních drog (např. halucinogenních hub, efedry), které mají dlouhou tradici, ale nejsou široce rozšířené, c) návrat „starých“ drog jako např. zvýšení užívání kokainu na tanečních akcích v některých evropských zemích, d) nové způsoby užívání, e) měnící se cílové skupiny (např. bezdomovci, žadatelé o azyl nebo návštěvníci tanečních akcí).

Jedním ze zdrojů informací pro klienty nízkoprahových programů v Praze je např. časopis Dekontaminace vydávaný o. s. SANANIM. Terénní pracovníci ho distribuují mezi aktivní uživatele návykových látek. Časopis 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. Informace o drogách a poradenství, které mimo jiné zahrnuje i problematiku předávkování, infekčních chorob a zdravotních problémů souvisejících s drogami, poskytují také internetové poradny www.drogovapradna.cz (o.s. SANANIM) a www.extc.cz (Sdružení Podané ruce).

V rámci Systému včasného varování před novými psychoaktivními (Early Warning System) látkami jsou všechna nízkoprahová zařízení informována v případě, že je v ČR zachycen výskyt nových drog či nebezpečných drog se zvýšeným rizikem vzniku zdravotních potíží a předávkování (Mravčík et al., 2009).

Základními dokumenty pro zajištění kvality poskytovaných služeb jsou „Standardy kvality sociálních služeb“ (MPSV, 2007) a Standardy odborné způsobilosti – obecné a speciální (RVKPP, 2003). Cílem dodržování standardů je zvyšování kvality služeb pro uživatele drog a jejich efektivní financování z veřejných zdrojů.

Sít' nízkoprahových programů tvoří kontaktní nízkoprahová centra a terénní programy, v roce 2008 jich v ČR bylo celkem 100. Počet uživatelů drog, kteří využili služby těchto zařízení v posledních třech letech roste. Od roku 2003 je patrný nárůst počtu problémových uživatelů drog v kontaktu a naopak pokles počtu uživatelů konopných látek. Průměrný věk uživatelů dlouhodobě roste. Návštěvnost nízkoprahových zařízení a objem poskytnutých služeb zůstává v posledních třech letech stabilní. Nejvyšší počet kontaktů vykazují nízkoprahové programy v Praze a dále v krajích Ústeckém, Jihomoravském a Olomouckém. Nejvyšší počet výměn byl proveden v roce 2008 v hl. m. Praze (cca 120 tis.) a v kraji Ústeckém (cca 31 tis.) (Mravčík et al., 2009).

V Praze v r. 2003 působily celkem 4 nízkoprahová, kontaktní, 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 býv. SSR, Jugoslávie, Polsko). Rusky mluvící uživatelé drog ze zemí bývalého SSSR (zejména z Ukrajiny) se pohybují na drogové scéně v Praze v počtu desítek osob; terénní program SANANIM proto zaměstnává rusky mluvící (rodilí mluvčí) terénní pracovníky, kteří s těmito klienty pracují. Dolní věková hranice cílové populace je 15 let. Pro uživatele drog romské národnosti bylo v roce 2003 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 roce 2010, v době provedení druhé analýzy potřeb, poskytovaly nízkoprahové služby 3 nestátní neziskové organizace (o. s. SANANIM, DROP IN a Stage 5 o.s. Progressive). Národní monitorovací středisko monitoruje vybrané výkony provedené v nízkoprahových zařízeních a referuje o nich ve Výročních zprávách o stavu ve věcech drog v ČR.

V Praze byly v roce 2003 provozovány 4 terénní programy (Terénní program soc. asistentů – 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 brání, 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.

V roce 2010 bylo v Praze provozováno 5 terénních programů (Terénní program Streetwork o.p.s. Drop In, Terénní program Mobil Street o.p.s. Drop In, Romský terénní program o.s. SANANIM, Terénní program o.s. SANANIM a Terénní program No Biohazard o.s. Progressive).

Z tabulky 2-6 je zřejmé, že se zvyšuje množství distribuovaného injekčního materiálu, což může souviset s rostoucím počtem odhadovaných injekčních uživatelů drog (Mravčík et al., 2010), ale také s tím na co upozorňují autoři kvalitativního šetření provedeného v Praze (Radimecký, Janíková, & Zábranský, 2009):

- drogová populace postupně stárne a lze tedy předpokládat, že vlivem delší drogové kariéry mají uživatelé poškozený žilní systém a tedy k úspěšné aplikaci drogy spotřebují více injekčních stříkaček,
- dochází ke změně uživatelských návyků, někteří uživatelé Subutexu filtrují roztok k injekční aplikaci v jedné stříkačce a k samotné aplikaci použijí stříkačku jinou,
- uživatelé dbají více zásad bezpečné aplikace a používají více sterilního materiálu.

tabulka 2-6 Počet distribuovaných jehel a stříkaček ve výměnných programech v Praze a v ČR v letech 2003-2009 (Mravčík et al., 2010)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hl. m. Praha	979 560	1 210 704	1 697 554	1 850 330	2 071 788	2 060 588	2130 729
Celkem v ČR	1 777 957	2 355 536	3 271 624	3 868 880	4 457 008	4 644 314	4859 100

V r. 2002 zahájila Společnost Hvězda realizaci projektu „Romský terén“, který byl v r. 2003 rozšířen o projekt „Baterie“. Cílem obou projektů bylo 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 zaměřoval na realizaci třífázového výcviku romských a neromských terénních pracovníků, kteří pracují v romských komunitách. Projekt Baterie byl zaměřen na vytvoření romsko-českého Komiksu (Vrtbovská, 2003).

Podle průzkumu mezi klienty všech pražských nízkoprahových programů pro uživatele drog z května 2008 (Šejvl, 2008) využívali klienti nejvíce výměnný program (48 %), dále

poradenství a rozhovor s pracovníkem (25 %), kontaktní místnost (12 %), zdravotní ošetření (11 %) a hygienický servis (7 %). Denní nebo téměř denní užití služeb uvádí 26 %, několikrát týdně 33 %, několikrát v měsíci 24 % a méně často 13 % klientů, 4 % klientů frekvenci využití služeb neuvádějí. K testování na HIV uvedlo 51 % klientů, že bylo testováno v posledním roce, 31 % dříve než v posledním roce a 18 % uvedlo, že nebylo testováno nikdy. Dvě třetiny (66 %) klientů byly na HIV testovány v kontaktním centru, 19 % při nástupu do vazby či výkonu trestu a 15 % při nástupu do léčby závislosti. Na VHC bylo testováno 53 % klientů v posledním roce, 33 % dříve než v posledním roce a 14 % nikdy; 57 % klientů bylo na VHC testováno v kontaktním centru, 26 % při nástupu do vazby či výkonu trestu a 17 % při nástupu do léčby závislosti.

Pražské nízkoprahové programy spolupracovaly v r. 2008 na vyšetřování a očkování v rámci protiepidemických opatření při zvýšeném výskytu VHA – viz výše.

Součástí služeb nízkoprahových zařízení je v rámci prevence přenosu infekcí distribuce aluminiové folie ke kouření heroiny a v některých programech jsou distribuovány také želatinové tobolky určené k polykání drogy, především pervitinu. V roce 2006 (Mravčík et al., 2007) byly zveřejněny první informace o programech distribuce želatinových tobolek jako službě vedoucí k redukci injekční aplikace. V roce 2009 proběhl internetový dotazníkový průzkum s cílem podrobněji zmapovat distribuci kapslí. Internetový dotazník vyplnilo 52 nízkoprahových zařízení. Z dotazníků vyplývá, že v současnosti kapsle jako harm reduction materiál distribuuje 17 zařízení a dalších 20 o distribuci kapslí uvažuje. Poptávka po kapslích mezi uživateli drog roste. Podle účastníků ohniskových skupin, které byly provedeny mezi klienty Terénních programů o.s. SANANIM v Praze, jsou primární cílovou skupinou injekční uživatelé pervitinu, kteří mají poškozené žíly a hledají alternativu k injekčnímu užívání drogy. Dalšími cílovými skupinami jsou zejména rekreační uživatelé pervitinu, kteří nemají s injekčním užíváním zkušenost, a sociálně stabilizovaní uživatelé drog, kteří se za určitých okolností obávají aplikovat drogy injekčně (např. v práci). Uživatelé opiátů nebyli uvedeni jako cílová skupina pravděpodobně vzhledem k nižší metabolické dostupnosti opiátů ze zažívacího traktu. Poškozené žíly a motivace ke snížení frekvence injekčního užívání drog jsou hlavními uváděnými důvody pro užívání kapslí. Kapsle ve srovnání s prostým orálním užitím pomáhají eliminovat typickou hořkou chuť drogy a při jejich užití nechybí tzv. nájezd účinku drogy. Výhodou kapslí je snadná příprava a bezpečnost aplikace. Zmíněna byla ale i zdravotní rizika související s orálním užitím pervitinu, zejména v souvislosti s poškozením sliznic zažívacího traktu. Distribuce kapslí se jeví jako vhodný efektivní přístup snižování rizik, zejména ve skupině uživatelů pervitinu, resp. uživatelů drog na bázi amfetaminů. Potenciální rizika i výhody užívání kapslí v harm reduction by měly být předmětem dalšího výzkumu (Škařupová, Mravčík, & Orliková, 2009).

Na začátku roku 2010 spustilo o.s. SANANIM projekt, v rámci kterého provozuje sanitku, ve které jsou poskytovány služby uživatelům drog. Vůz je přistaven v dosahu největší otevřené drogové scény v blízkosti Václavského náměstí a ve Vrchlického sadech. Každé pondělí a čtvrtek od 14.00 do 18.00 zde mohou klienti využít služeb výměnného programu, zdravotního ošetření, testování na infekční choroby a poradenství. Mezi hlavní cíle projektu patří: 1) zvýšení počtu klientů otestovaných na infekční choroby, 2) zvýšení dostupnosti zdravotní péče, 3) navazování klientů na následnou zdravotní péči, 4) zvýšení množství vyměněného injekčního materiálu, 5) zvýšení počtu zprostředkovaných následných léčeb v terénních podmínkách.

Občanské sdružení PROGRESSIVE v květnu 2008 zahájilo projekt NON STOP 24. V rámci tohoto projektu instalovalo v Praze prodejní automaty na harm reduction materiál. Cílem projektu je rozšířit systém ochrany veřejného zdraví prostřednictvím zvýšení dostupnosti harm reduction materiálu a oslovení specifické skupiny injekčních uživatelů drog. Pilotní fáze

programu byla zahájena instalací 2 přístrojů v Praze 5. Automaty umožňovaly časově neomezený přístup k čistému injekčnímu materiálu, dezinfekcím, čisté vodě apod. Jeden z automatů byl vybaven bezpečnostním kontejnerem na odhoz použitých stříkaček. V říjnu 2008 byl projekt pozastaven ze strany Městské části Praha 5, uvedeným důvodem bylo zhodnocení dopadů celého projektu pro městskou část; do srpna 2009 nebyl projekt obnoven. Interní vyhodnocení projektu ukázalo, že počet setů vydaných v automatech kontinuálně rostl a služba byla klienty pozitivně hodnocena; ukázalo se také, že přibližně třetina klientů nebyla v kontaktu s žádným jiným harm reduction programem a projekt tak zachytil dosud nekontaktovanou, resp. těžce kontaktovatelnou část pražské populace injekčních uživatelů drog (Mravčík et al., 2008; Mravčík et al., 2009).

Dalším projektem v oblasti harm reduction v Praze je FIX POINT realizovaný o.s. PROGRESSIVE. Projekt spočívá v instalování speciálních bezpečnostních kontejnerů na odhoz použitého injekčního materiálu. Tyto kontejnery jsou umístěny na vytipovaných místech tak, aby byly pro injekční uživatele drog co nejdostupnější. Cílem projektu FIX POINT je rozšíření možností bezpečné likvidace použitého injekčního materiálu v lokalitách zatěžovaných injekčním

užíváním drog. Příprava tohoto projektu probíhala od r. 2008 a oficiálně byl projekt zahájen v červnu 2009. V současnosti jsou kontejnery umístěny na 9 místech v Praze 5 (Mravčík et al., 2009).

Nízkoprahová zařízení poskytují svoje služby také účastníkům tanečních akcí. V Praze se jedná o o. p. s. Drop In, které vykázalo v r. 2008 v závěrečných zprávách aktivity harm reduction mezi uživateli drog na tanečních akcích (Mravčík et al., 2009).

Vedle nízkoprahových zařízení se na snižování rizika přenosu infekčních nemocí mezi uživateli drog podílí také lékárny, které představují doposud ne plně využívaný zdroj injekčního materiálu (Vacek, Gabrhelík, & Miovský, 2008).

3 Přehled doposud realizovaných analýz potřeb

V odborné literatuře nalezneme mnoho studií věnovaných problematice spokojenosti klientů různých druhů zdravotní péče. Velmi málo studií bylo ale publikováno na téma analýza potřeb, případně analýza spokojenosti uživatelů drog, kteří jsou v kontaktu s drogovými službami. Nejčastěji publikovanými pracemi jsou studie věnující se spokojenosti klientů v léčbě drogové závislosti (McLellan & Hunkeler, 1998), dále potom studie srovnávající různé druhy léčby (Speed & Janikiewicz, 2000) a studie zkoumající spokojenost s dostupností léčby (Chitwood, Comerford, & McCoy, 2002). Jinou oblastí výzkumu je zkoumání životní spokojenosti klientů určitého typu léčby (Luty & Arokiadass, 2008).

To, že jsme v rámci rešerše zahraniční odborné literatury nenašli odpovídající výzkumné studie, nemusí nutně znamenat, že takové studie nebyly a nejsou prováděny. Většinou jsou tyto studie prováděny na místní úrovni, zaměřeny na daný, konkrétní problém a nejsou příliš „vědecky“ atraktivní pro publikování. Jedním z příkladů mohou být studie realizované National Treatment Agency for Substance Misuse, které uvádíme níže.

V letech 2005 – 2007 provedla v Anglii National Treatment Agency for Substance Misuse studie zaměřené na zkušenosti, názory a spokojenost uživatelů drog s různými službami. První studie byla provedena v roce 2005 (Best, Campbell, & O'Grady, 2006). Každý rok se výzkum zaměřil na jiné téma. V roce 2005 to bylo komunitní plánování služeb a v roce 2006 se výzkum zaměřil právě na služby harm reduction (NTA, 2007).

V roce 2006 se tedy NTA zaměřila na to, jaké harm reduction služby jsou nabízeny uživatelům všech typů služeb včetně výměny jehel a stříkaček v lékárnách. Hlavním důvodem pro toto zkoumání byl zvyšující se počet uživatelů drog, kteří sdílejí injekční náčiní s jinými uživateli. V důsledku toho narůstá také riziko přenosu krevně-přenosných infekcí. Výzkum byl proveden v rámci dotazníkové studie „The 2006 user survey“, která obsahovala také část zaměřenou na služby harm reduction (NTA, 2007).

Hlavním cílem tohoto výzkumu týkajícího se spokojenosti klientů bylo zjistit, jaká je úroveň harm reduction služeb a získat informace, kterou mohou být využity pro měření změn v čase. Druhým cílem bylo zjistit rozsah poskytování služeb pro uživatele drog a na kolik tyto služby pracují v souladu s Modely péče a dalšími guideliny, definovanými NTA a Komisí pro zdravotní péči (NTA, 2006).

Dotazník byl distribuovaný klientům, kteří využívají služby pro uživatele drog v Anglii. Dotazník, který obsahoval také část zaměřenou na služby harm reduction byl distribuovaný pouze klientům programů výměny injekčního náčiní v lékárnách. Celkem bylo analyzováno 10 070 vyplněných dotazníků (8 765 dotazníků z výzkumu „The 2006 user survey“ a 1 305 dotazníků z lékáren). Zkoumaná populace uživatelů sestávala tedy převážně z uživatelů drog v léčbě, kteří měli v 65 % stanovený léčebný plán. Také přibližně 60 % respondentů kontaktovaných prostřednictvím lékáren mělo léčebný plán a 70 % respondentů bylo buď v substituční léčbě, nebo mělo léčebný plán, nebo boje. Pro 4 % respondentů je lékárna jediným kontaktem se zařízením pro uživatele drog. Přibližně 70 % současných injekčních uživatelů využívalo drogové služby a programy výměny jehel a stříkaček za účelem získání sterilního injekčního materiálu a parafernálií. S tímto účelem využilo lékárnu 57 % respondentů. 30 % současných injekčních uživatelů získává čisté injekční náčiní od drogových služeb, programů výměny jehel a stříkaček a z lékáren. Necelých 7 % také získává sterilní náčiní od jiných uživatelů a 2 % od dealerů.

Pokud jde o cíle zaměřené na snižování rizik, ty byly zahrnuty téměř ve všech léčebných plánech. Přibližně 60 % současných uživatelů, kteří mají léčebný plán, udalo, že jejich plán

obsahuje také cíle zaměřené na snižování rizika šíření infekčních nemocí a předávkování. Součástí léčebného plánu bylo ve 30 % také snižování rizik spojených s užíváním alkoholu.

V rámci služeb harm reduction většina injekčních uživatelů drog (více než 60 %) byla poučena o rizicích sdílení injekčního náčiní a o zvýšeném riziku předávkování při injekčním užívání drog. Další rizika spojená s injekčním užíváním byla zmíněna výrazně méně často. Častěji dostávali služby harm reduction ti klienti, kteří byli současnými uživateli drog nebo měli léčebný plán, byli v substitučním programu, byli v kontaktu s klíčovým pracovníkem a byli muži. Podstatná část respondentů si myslí, že služby harm reduction jsou pro ně relevantní, ale ve skutečnosti je nedostali. Například 33 % současných uživatelů drog věří, že trénink prevence předávkování je pro ně relevantní, ale neabsolvovali ho a 30 % respondentů udalo význam zdravotních prohlídek. Z toho lze usoudit, že potřeby těchto respondentů nejsou naplněny. Výzkum jasně ukazuje potřebu zlepšit služby harm reduction v rámci celého léčebného systému se zaměřením na intervence pro nejrizikovější skupiny uživatelů a na ty, kteří nevyužívají těchto služeb.

V roce 2007 se NTA zaměřila na rozmanitost poskytovaných služeb a na rezidenční léčbu, následnou péči a na podporované bydlení. Vzhledem ke stanoveným cílům byl výzkum rozdělen na dvě části. První se zaměřila na dospělou populaci uživatelů, kteří využívají komunitní typ drogových služeb. Druhý se zaměřil na klienty následné péče a podporovaného bydlení. Součástí obou studií bylo také zjišťování spokojenosti klientů se specializovanou léčbou. Výzkumu se zúčastnilo 12 398 respondentů. Z výsledků vyplývá, že většina klientů byla spokojena se svou léčbou. Léčbu viděli v pozitivních termínech a souhlasili s tím, že byla příčinou změn v jejich životech (Gordon, Burn, Campbell, & Baker, 2008).

Analýza potřeb uživatelů drog v České republice

Po roce 2000 začaly být realizovány různé studie zaměřené na analýzu potřeb klientů drogových služeb. Výsledky těchto studií často nebyly publikovány v odborných časopisech, proto zde vycházíme ze závěrečných zpráv těchto studií. Jednou z prvních byla „Analýza potřeb klientů nízkoprahových služeb ve Středočeském kraji“ (Charvát & Gabrhelík, 2004; Gabrhelík, Charvát, & Miovský, 2005), která se zabývala zkušenostmi a potřebami klientů, tj. kontaktovaných uživatelů nelegálních drog. Konkrétně se jednalo o zkoumání toho, jak klienti vnímají kvalitu a účinnost nabízených služeb, jaká zlepšení by uvítali, v čem spatřují přitažlivost služeb pro uživatele drog, za jakých podmínek služby využívají (případně nevyužívají) a jaká je dostupnost služeb v rámci regionu. Nízkoprahová zařízení ve Středočeském kraji mají různou historii, některá jsou poměrně nová, snažící se prosadit a aktivně vyhledávat potenciální klienty. Při kontaktování nových klientů se nejlépe osvědčuje šíření informací prostřednictvím samotných uživatelů a dále také prostřednictvím informačních letáčků a plakátů. Aktivní vyhledávání cílové populace je možné pouze za předpokladu, že v rámci daného zařízení funguje i dobře rozvinutý terénní program. Odhadovaný počet problémových uživatelů pracovníky nízkoprahových služeb ve Středočeském kraji se pohybuje mezi 200 až 300 uživateli. Podle klientů je v kontaktu s nízkoprahovými službami přibližně 50 % všech problémových uživatelů drog. Pokud jde o využívání nízkoprahových služeb, první kontakt je ze strany uživatelů vnímán jako ohrožení. Klíčovou roli při rozhodování, zda vyhledat a kontaktovat nízkoprahové služby, hraje konkrétní představa, kterou si uživatel vytvořil z dostupných informací. Nejčastějšími překážkami jsou obava z prozrazení, anticipace spíše zdravotnického zařízení a nevládného, spíše staršího personálu. V kontextu prvního setkání je personál vnímán velmi pozitivně. Téměř polovina respondentů je s nízkoprahovými službami spokojená. Klienti udávají, že nejdůležitější je pro ně výměna injekčního materiálu. Pokud klientům něco chybí, je to

především časové rozšíření služeb v terénu a fungování kontaktního centra i přes víkend. Klienti nemají výraznější námitky, co se týká přístupu personálu.

Většina dalších studií byla provedena v Praze v letech 2006 – 2008. Důvodem je pravděpodobně to, že v Praze je soustředěna velká část uživatelů drog a také finanční prostředky jsou vyšší než v ostatních krajích České republiky.

V roce 2006 byla provedena „Analýza potřeb a současného stavu adiktologických služeb na území hl. m. Prahy určených dětem do 15 let“ (Miovský et al., 2006b). Respondenty této studie byli poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pediatři, pražští protidrogoví koordinátoři a zástupci městské samosprávy. Ze získaných dat je zřejmé, že dochází ke stálému narůstání problémů s nelegálními návykovými látkami, přestože větší objem problémů je s alkoholem a tabákem. Byla zaznamenána potřeba rozšířit služby pro děti (primární prevence, telefonní linka, síť zařízení, pobytové programy), zřídit specializovaná zařízení pro děti (ambulantní, lůžkové, nízkoprahové) a restrukturalizovat ústavní péči. Z institucionální analýzy ale vyplynulo, že v Praze služby pro tuto cílovou skupinu existují a z informací od respondentů je zřejmé, že informovanost o nich je malá. Opakovaným problémem je tedy často neznalost sítě služeb. Rezervy v současném systému jsou zřetelné v oblasti návaznosti péče, lepší propojenosti a spolupráce mezi jednotlivými poskytovateli.

Další studie provedená na území Prahy byla „Analýza potřeb příslušníků národnostních menšin a přistěhovalců v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy“ (Miovská, Vacek, Gabrhelík, & Miovský, 2006). Jejím cílem bylo popsat současný stav drogových služeb na území hl. m. Prahy určených příslušníkům národnostních menšin a identifikovat potřeby příslušníků národnostních menšin. Celkem bylo provedeno 27 rozhovorů se zástupci 8 národností (nejčastěji Romové, Gruzínci, Slováci). Respondenti byli se službami spokojeni, nejčastěji jim chyběla lékařská péče, výdejní automaty na injekční materiál, případně noční výdej a výdej o víkendech. Většina klientů nevnímala jazyk jako faktor narušující kontakt, větší problémy byli zaznamenány u rusky mluvících klientů. Důvody, proč někteří uživatelé nevyužívají nízkoprahové služby, jsou především strach a nedůvěra v instituci a v pracovníky.

V roce 2006 získalo o. s. SANANIM finanční prostředky na zavedení nového typu služby, a to na Pracovní a sociální agenturu a zadalo tedy Centru adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze provést analýzu potřeb. Byla tedy provedena „Analýza potřeb léčených uživatelů návykových látek z hlediska jejich uplatnitelnosti na trhu práce“ (Miovský et al., 2006a). Hlavním cílem bylo zjistit a popsat potřeby jednotlivých cílových skupin zapojených do projektu z perspektivy uplatnitelnosti klientů následné péče na trhu práce. Výzkumný soubor tvořilo celkem 63 klientů terapeutických komunit a následné péče a 11 pracovníků zdravotnických a sociálních zařízení v Praze. Většina respondentů uvádí, že má zkušenost s prací na hlavní pracovní poměr, někteří však nebyli zaměstnáni legálně. V porovnání s mírou obtíží při hledání zaměstnání byly úspěchy v nalezení práce zmiňovány okrajově. V takových případech bylo nalezení zaměstnání v minulosti vázáno především na aktivitu klienta, kdy výdrž a překonávání odmítnutí vedly nakonec k úspěchu. Nejčastěji uváděným důvodem pro nepřijetí žadatele byl dle jejich vlastního názoru záznam v rejstříku trestů, dále nízké vzdělání a nedostatečná nebo žádná praxe v daném oboru. Jako nejčastěji uváděné překážky v přijetí do zaměstnání uvádějí klienti nedůvěru v instituce, které mají zajišťovat zprostředkování práce, jedná se zejména o Úřady práce, psychický či somatický handicap, přičemž respondenti potvrzují, že handicap se projevil až po delší době užívání nebo ho začali vnímat až při abstinenci, těžkosti při navazování kontaktů v pracovním kolektivu. Pokud jde o „fungování“ respondentů v zaměstnání, významnou roli v jejich úspěšnosti hrálo to, zda abstinovali či nikoliv. Užívání drog v minulosti, v době trvání pracovního poměru, vedlo často k dobrovolnému odchodu ze zaměstnání.

Na tuto analýzu navázal Morávek „Analýzou potřeb potenciálních zaměstnavatelů léčených uživatelů návykových látek v Praze“ (Morávek, 2007), která se zaměřila na zjištění a popsání vnímání možností a překážek zaměstnávání léčených uživatelů drog mezi potenciálními zaměstnavateli v Praze. Celkem 17 respondentů – osob zodpovědných za přijímání zaměstnanců v soukromých i veřejných podnicích a organizacích na území Prahy, poskytlo 25 rozhovorů. Potenciální zaměstnavatelé si jsou vědomi některých výhod spojených se zaměstnáváním léčených uživatelů drog (např. motivace k práci, vděčnost za šanci), vyjadřují ale také vůči nim nedůvěru spojenou se záznamem v trestním rejstříku, s drogovou minulostí a dlouhou nezaměstnaností. Poslední uvedené vede zaměstnavatele k domněnce, že uchazeč nemá skutečný zájem o práci, čemu lze předejít vysvětlením těchto mezer v životopise. Jednou z nejčastějších obav, které personalisté v souvislosti s léčeným uživatelem drog vyslovují, je jeho snížená pracovní způsobilost. Téměř všichni zaměstnavatelé vyjadřují obavu z relapsu. Oslovení zaměstnavatelé projevíli zájem o službu Pracovní a sociální agentury o. s. SANANIM zaměřenou na vytvoření kvalitního a korektního vztahu se zaměstnancem (Agenturu vidí jako zdroj referencí o uchazeči, záruku proti relapsu a jako zdroj informací o okolnostech závislosti a abstinence).

Poslední studie provedená v Praze byla „Analýza potřeb kriminálních uživatelů drog v Praze“ (Morávek, Šíp, & Veis, 2008). Ta byla provedena s cílem vytvořit standardizovaný program sociálních služeb pro cílovou skupinu dlouhodobých uživatelů drog v opakovaném konfliktu se zákonem v Praze a zjistit potřeby této cílové skupiny. Z analýzy 20 rozhovorů vyplynulo, že klienti jsou nespokojeni s kapacitou chráněného bydlení s doléčováním, tu považují za nedostatečnou. Vedle bydlení se někteří uživatelé potýkají s vyšším znevýhodněním na trhu práce, většinou kvůli záznamu v rejstříku trestů a nízké nebo žádné kvalifikaci. Respondenti tedy vítají asistenci pracovníků při kontaktu s úředníky státní správy a jsou spokojeni s individuálním přístupem těchto pracovníků k řešení jejich problémů. Limitem zůstává fakt, že část klientů asistenci odmítá.

Dále jsme identifikovaly další analýzy potřeb provedené v České republice. První z nich byla realizována v roce 2006 a jednalo se o „Analýzu potřeb uživatelů sociálních služeb - osob užívajících drogy, osob ohrožených drogovou závislostí a jejich blízkých“ (CpKP, 2006). Cílem této analýzy bylo zprostředkovat možné náměty k diskusi a k zamyšlení pro komunitní plánování sociálních služeb. Bylo provedeno celkem 30 rozhovorů s uživateli sociálních služeb v Plzni (16 uživatelů drog, 8 klientů následné péče, 6 rodinných příslušníků uživatelů). Z analýzy vyplývá, že v Plzni je nedostatek chráněného bydlení pro všechny typy klientů. Zcela chybí následná péče a doléčování pro děti do 15 let věku. Uživatelé také apelují na zavedení dostupné a systematické substituční léčby. Z rozhovorů s rodiči a blízkými klientů vyplynul požadavek na rozšíření poradenských služeb pro rodiče dětí ohrožených drogovou závislostí. Nejsou také dostatečně rozšířeny programy specifické primární prevence. Analýza se také zabývala nízkoprahovými službami. Respondenti uvedli nutnost rozšíření stávajících služeb (nové prostory, delší provozní doba kontaktních center, možnost využívat služby i o víkendu).

Druhou, zatím poslední studií je bakalářská práce Paštrnákové, kterou realizovala v Břeclavi a obhájila pod názvem „Analýza potřeb klientů Kontaktního centra Břeclav“ (Paštrnáková, 2009). Autorka se zaměřila na získání informací o tom, jak klienti uspokojují svoje potřeby prostřednictvím kontaktního centra, jak jsou spokojeni s poskytovanými službami tohoto centra a s jejich kvalitou, jak hodnotí přístup personálu a do jaké míry personálu důvěřují. Za tímto účelem bylo provedeno 9 rozhovorů s pravidelnými klienty kontaktního centra. Respondenti využívají služeb kontaktního centra v plné míře (např. také potravinový servis, hygienický servis apod.). Respondenti vyjádřili nespokojenost s poskytovanými službami

v oblastech, které byly spojeny se zázemím a naplňováním potřeby domova. Tyto potřeby ale není možné v rámci služeb kontaktního centra naplnit.

V roce 2009 byla provedena studie zaměřená na aktuální trendy na drogové scéně (Radimecký et al., 2009), která se mj. také zabývala potřebami klientů nízkoprahových služeb. Data byla sbírána prostřednictvím ohniskových skupin s pracovníky těchto služeb. Celkem tři ohniskových skupin se účastnilo 25 pracovníků z Prahy a Středočeského kraje, z Čech a Moravy. Z výsledků vyplývá, že služby jsou klienty přijímány velmi dobře a lze mluvit o větší otevřenosti klientů k pracovníkům služeb, na něž si klienti již zvykli a vědí, co od nich mohou očekávat. Oproti minulosti nepřicházejí klienti terénních programů jen se zakázkou na výměnu injekčního materiálu, ale využívají také služeb sociálního poradenství. Uzavřenost skupin nebo celých komunit je nejčastěji spojována s etnickými/národnostními menšinami, v některých místech mají programy dobré kontakty s romskými uživateli drog. V nových lokalitách se těžko buduje důvěra potenciálních klientů. V sociálně vyloučené lokalitě může být problémem střet otevřenosti klientů a uzavřeného prostředí. Pro navázání kontaktu jsou nejvíce využívány přirozené kontakty, zprostředkování kontaktu stávajícím klientem, který pracovníky představí dalším klientům. Pro zvýšení efektivity jsou testovány večerní a noční hodiny, což však naráží na finanční a personální nároky programu. Osvědčená kontaktní metoda, která do služby přiláká široké spektrum klientů, je nabídka testování na infekční choroby. Ale pro uživatele z prostředí taneční zábavy chybí nabídka testování tablet.

Studie také podpořila trend nárůstu počtu injekčních stříkaček vyměňovaných a/nebo distribuovaných nízkoprahovými programy. To může být ovlivněno následujícími faktory:

- část populace injekčních uživatelů stárne a má zdevastovaný žilní systém. Proto může k úspěšné aplikaci drogy potřebovat více injekčních stříkaček;
- část uživatelů drog může - zvláště při i. v. užívání Subutexu - používat jednu stříkačku pro „rozdělení“ drogy a druhou pro její aplikaci;
- část uživatelů drog může injekční stříkačky prodávat dalším uživatelům, kteří zrovna čistý injekční materiál nemají a potřebují jej;
- zejména mladší uživatelé drog patrně více dbají o zásady bezpečnějšího užívání a používají více sterilního injekčního materiálu.

Uživatelé mají zájem o nové pomůcky pro přípravu a aplikaci drog jako lžičky či želatinové kapsle. Zejména v Praze podle respondentů chybí aplikační místnosti a automaty na injekční materiál. V řadě zdravotnických zařízení, jež poskytují substituční léčbu, podle respondentů chybí odpovídající míra komunikace lékařů s klienty a dostupnost psychosociální složky léčby.

Přitom se respondenti stále setkávají s případy, kdy uživatelům drog předepisuje substituční preparát nezávisle na sobě více lékařů. Respondenti by uvítali více specializovaných pracovišť pro uživatele s duální diagnózou a s určitým prahem programu pro uživatele, kteří chtějí výhledově substituční léčbu ukončit. Nejčastěji vnímanou bariérou v dostupnosti zdravotní péče pro klienty nízkoprahových programů se zdají být přístup zdravotnického personálu ke klientům, kterému programy zčásti čelí asistencí klientům, tj. jejich doprovodem do zdravotnického zařízení, chybějící finanční prostředky na poplatky ve zdravotnických zařízeních a chybějící doklady klientů (Radimecký et al., 2009).

4 Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek

Cílem práce je 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.

5 Etické normy a pravidla výzkumu

Charakter nízkoprahových služeb a zejména terénních služeb přímo ovlivňuje možnosti a limity terénního výzkumu. Podstatnou roli sehrává cílová skupina, kterou jsou injekční uživatelé drog, jejichž chování je často spojeno s dalšími rizikovými faktory, jako je např. sexuálně rizikové chování, trestná činnost apod. (Miovský, Miovská, & Gajdošíková, 2004; Miovský et al., 2004).

Základním předpokladem a závazkem při získávání informací prostřednictvím interview je neohrožit 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 et al., 2004). Mezi základní etická pravidla patří respekt a ohled vůči účastníkům výzkumu, právo na informace, právo na soukromí a ochranu informací o účastnících výzkumu a právo odstoupit od výzkumu (Ferjenčík, 2000).

Proces rozhodování o tom, jaké chování je etické, vyžaduje více než jednoduché akceptování etických pravidel a principů. Pravidla a principy musí být aplikovány a testovány ve specifických podmínkách. Cílem by měly být takové principy, které jsou vhodné pro konkrétní specifické podmínky. Již existující pravidla a principy mohou posloužit jako odrazový můstek pro diskusi, jejímž výsledkem budou přiměřená a vhodná rozhodnutí (UNODC, 2004).

Přijaté etické normy a pravidla výzkumu:

- Rozhovory bude provádět zaškolený tazatel.
- Respondenti se zúčastní zcela dobrovolně, bez nároku na odměnu.
- Účastníci výzkumu budou 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 budou 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 budou 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 je vědom rizik spojených se situací, je seznámen s možnostmi, jak řešit krizové situace apod.

6.1 Volba metodiky 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. Její 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. 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 nahradit 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). Metodika RAR má potenciál generovat důležité informace týkající se veřejného zdraví, které mohou být užitečné pro rozvoj programů. Metodika je využitelná zejména tam, kde je nutné rychle reagovat na problém (Fitch & Stimson, 2003).

RAR může pomoci při zhodnocení vhodnosti, přiměřenosti služby, dostupnosti služby a při návrhu nových intervencí. RAR by měl být součástí plánování a vývoje intervencí a služeb jak na komunitní, tak i na národní úrovni. Rychlé zhodnocení situace může přinést důležité informace politikům, poskytovatelům finančních prostředků a pomoci jim při rozhodování o rozvoji služeb či zavádění nových služeb a intervencí.

RAR je souborem několika 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, kterou je v ideálním případě „snowball sampling“ (překládaná do českého jazyka jako metoda sněhové koule). Třetí část pak tvoří metody získávání dat. Jedná se o polostrukturovaný rozhovor (semistructured interview), ohniskové skupiny (focus groups), zúčastněné pozorování (participative observation) a kvalifikovaný odhad (estimation techniques). Nejslabším článkem jsou metody sloužící k analýze a interpretaci dat, které metodika nemá adekvátně zpracovány a specificky upraveny.

Speciálními znaky metodiky RAR jsou: rychlost, hospodárnost, využívání existujících dat, využívání různých indikátorů a zdrojů dat, výzkumné (investigativní) zaměření, indukce a budování závěrů na základě porovnávání a ověřování širokého spektra informací, má význam vzhledem k intervencím a praktickým problémům, zkoumá mnoho úrovní společnosti, zahrnuje ty, kteří se podíleli na vzniku a rozvoji intervencí, zkoumané problémy diskutuje s různými odborníky a uživateli služeb, klade důraz spíše na adekvátnost a aplikovatelnost než na vědeckou přesnost (Stimson, Fitch, & Rhodes, 1998).

Ačkoli RAR se řídí principem rychlosti, indukce a kreativity (viz výše), neznamená to, že nevyžaduje pečlivé plánování a organizaci. Před samotným plánováním je nutné se seznámit s danou metodikou, dále je nutné naplánovat veškeré kroky potřebné ke splnění stanovených cílů, sestavit výzkumný tým a jednotlivým členům týmu přidělit konkrétní úkoly, zjistit, zda a jak se bude na výzkumu podílet širší společnost a následně začít realizovat výzkumný plán.

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

Metody rychlého posuzování jsme zvolili z důvodů, kterými jsou:

- specifičnost zkoumané populace,
- stanovené cíle,
- povaha získávaných dat.

6.2 Metody získávání dat

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 drog dle definice EMCDDA (EMCDDA definuje problémové užívání drog jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu (Mravčík et al., 2009),
- využívání nízkoprahových služeb.

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

V roce 2010 se studie zúčastnilo celkem 27 klientů nízkoprahových služeb v Praze. Byla provedena jedna ohnisková skupina se 6 pracovníky nízkoprahových služeb. Pro analýzu byly dále využity záznamy z dalších dvou ohniskových skupin, které byly provedeny v roce 2009 v rámci výzkumu „Trendy na drogové scéně v ČR – ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů“ a „New Trends in HIV-Related Risky Patterns of Injecting Drug Use and Drugs Distribution in Three Eurasian Countries with Substantial Presence of ATDS.“

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. Nominační technikou byl tedy **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.

Mezi zdroje relevantních dat patří také existující informace, tj. data pravidelně získávaná a popisující současnou situaci. Tyto údaje slouží jako základ analýzy, pomáhají identifikovat nedostatky a mezery ve stávajících službách a mohou být použity pro triangulaci získaných výsledků. Dále mohou pomoci porozumět chování klíčových informantů nebo respondentů.

Polostrukturovaný rozhovor

Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. V tomto výzkumu byl použit polostrukturovaný rozhovor, který vycházel z předem připraveného seznamu témat a otázek. Rozhovor musí být vždy připraven dopředu, tazatel musí být vybaven teoretickou znalostí daného problému a zkoumaného prostředí (Švaříček, 2007).

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 21 respondentů.

S každým respondentem byl proveden jeden polostrukturovaný rozhovor o délce jedné hodiny až hodiny a půl. Při plánování rozhovorů jsme vycházeli z koncepce Garyho Barkera (Barker, 2000) a Steinara Kvaleho (Kvale, 1996), kdy jsou prostřednictvím rozhovoru zkoumání členové určitého prostředí, určité specifické sociální skupiny s cílem získat stejné pochopení jednání, kterým disponují členové dané sociální skupiny. Rozhovory byly nahrávány na diktafon.

V úvodní fázi rozhovoru byly respondentovi podány všechny základní informace o studii, o jeho účasti ve studii, o jeho právech. Byl získán informovaný souhlas. Dále byl rozhovor rozdělen do tří částí, ke kterým respondenti mohli volně vyjadřovat svůj názor, popisovat události, zkušenosti apod.

Okruhy otázek:

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.

Ohniskové skupiny

Při zkoumání některých sociálních jevů se ukázalo prospěšné zjišťování názorů či postojů u více respondentů současně. Postupně se tedy začaly rozvíjet techniky skupinového rozhovoru a ohniskové skupiny, jejichž podstatou je právě větší počet zároveň dotazovaných účastníků (Sedláček, 2007). Není jednoduché striktně rozlišit tyto dvě metody. Skupinový rozhovor lze pojímat jako metodu, při níž se provádí strukturované interview s více než třemi osobami najednou, přičemž se nepracuje se skupinovou interakcí a dodržuje se model otázka – odpověď (Miovský, 2006).

Ohnisková skupina tedy představuje výzkumnou metodu, pomocí které získáváme data za využití skupinových interakcí, které samovolně vznikají a probíhají v debatě na předem

určené téma (Morgan, 2001). 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 snaží 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).

V roce 2010 byla provedena jedna ohnisková skupina se 6 pracovníky ze 3 nízkoprahových programů. Pro analýzu byly dále využity záznamy z dalších dvou ohniskových skupin, které byly provedeny v roce 2009 v rámci výzkumu „Trendy na drogové scéně v ČR – ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů“ a „New Trends in HIV-Related Risky Patterns of Injecting Drug Use and Drugs Distribution in Three Eurasian Countries with Substantial Presence of ATDS.“ Byl proveden záznam všech ohniskových skupin a také záznam posazení účastníků kolem stolu (schématický náčrt polohy účastníků v průběhu ohniskové skupiny pro jejich identifikaci v audio záznamu). Témata ohniskových skupin provedených s poskytovateli služeb byly stejné jako témata pro rozhovory s respondenty.

Zúčastněné pozorování - nestrukturované

Pozorování patří mezi nejstarší metody získávání informací o světě. Lidské pozorování je ale vždy selektivní a výjimkou není ani vědecké pozorování. Zachytit a zaregistrovat veškeré podněty není možné, zákonitě tedy dochází k selekci vnímaných podnětů. Vědecké pozorování je na rozdíl od pozorování v běžném životě plánovitě selektivní. Výzkumník pozoruje a zaznamenává to, co si předem pečlivě naplánoval, pečlivě definoval a vymezil (Ferjenčík, 2000).

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.

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 zkreslení 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).

6.3 Analýza 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.

Pro analýzu dat byla využita metoda zakotvené teorie. Zakotvená teorie (ZT) byla vyvinuta v šedesátých letech 20. století a jejími autory jsou Barney Glaser a Anselm Strauss. ZT představuje sadu systematických induktivních postupů pro vedení kvalitativního výzkumu zaměřeného na vytváření teorie (Šed'ová, 2007).

"Zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatím 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), s. 23).

7 Popis výzkumného souboru

V roce 2010 bylo provedeno 25 rozhovorů s klienty nízkoprahových programů v Praze. Převážnou většinu respondentů tvoří muži (21). Průměrný věk respondentů je 32,7 let (muži 36,4, ženy 29 let). Je zřejmé, že respondenti jsou výrazně starší než respondenti v roce 2003, což může souviset se stárnutím populace uživatelů drog. Věkové rozložení respondentů ukazuje

Tabulka 7-1.

Tabulka 7-1 Zastoupení respondentů v souboru dle věkových skupin

	2010		
	Muži	Ženy	Celkem
16-20	0	0	0
21-25	0	1	1
26-30	6	2	8
31-35	6	0	6
36-40	2	1	3
41-45	3	0	3
46 a více	4	0	4
Celkem	21	4	25
Průměrný věk	36,4	29	32,7

V roce 2010 žilo 24 respondentů v Praze, 1 v jiném městě blízko Prahy. Všichni respondenti jsou české národnosti. Průměrný věk odstěhování se od rodičů byl 18,4 let (muži 19 let, ženy 16 let). Jeden respondent se od rodičů neodstěhoval, žije sám poté, co mu rodiče v jeho 40 letech zemřeli - viz tabulka 7-2.

tabulka 7-2 Věk, kdy se respondenti odstěhovali od rodičů

	2010		
	Muži	Ženy	Celkem
13-15	4	1	5
16-20	10	3	13
21-25	4	0	4
26-30	1	0	1
Neodstěhován	1	0	1
Neuvedeno	0	0	0
Celkem	20	4	24
Průměrný věk	19	16,2	18,4

Dvě třetiny respondentů uvádí, že nemají stále bydlení, dva respondenti bydlí s rodinou a čtyři mají vlastní byt (tabulka 7-3).

tabulka 7-3 Způsob života respondentů

	2010		
	Muži	Ženy	Celkem
Bezdomovec	4	1	5
Squat	9	2	11
Ubytovna	0	0	0
Byt s přáteli	2	1	3

Doma s rodiči / rodinou	2	0	2
Vlastní byt	4	0	4
Neuvedeno	0	0	0
Celkem	21	4	25

V roce 2010 žilo bez partnera 19 respondentů, s partnerem 6 respondentů. Celkem 13 respondentů uvedlo, že mají děti (2 ženy, 11 mužů) – viz tabulka 7-4.

tabulka 7-4 Rodinná situace respondentů

	2010		
	Muži	Ženy	Celkem
Svobodný/á	12 (4 děti)	2 (1 dítě)	14
Žije s partnerem/partnerkou	4 (5 děti)	1	5
Ženatý/vdaná	0	1 (2 děti)	1
Rozvedený/á	5 (8 děti)	0	5
Rozvedený/á, žije s partnerkou/partnerem	0	0	0
Ovdovělý/á	0	0	0
Celkem	21	4	25

Všichni respondenti mají ukončenou základní školu. V roce 2010 celkem 20 respondentů uvedlo, že ukončili středoškolské vzdělání (13 respondentů absolvovalo učební obor bez maturity a 7 respondentů dokončilo střední školu s maturitou). Pět respondentů ukončilo vzdělávání základní školou (viz tabulka 7-5).

tabulka 7-5 Vzdělání respondentů

		2010		
		Muži	Ženy	Celkem
Ukončená základní škola		3	2	5
Učební obor bez maturity	- začal a pokračuje	0	0	0
	- úspěšně dokončil	11	2	13
Střední škola s maturitou	- začal a nedokončil	0	0	0
	- začal a pokračuje	0	0	0
	- úspěšně dokončil	7	0	7
Ukončená vysoká škola		0	0	0
Celkem		21	4	25

V roce 2010 bylo ekonomicky aktivních 8 respondentů, ostatní respondenti uvedli, že jsou nezaměstnaní.

tabulka 7-6 Ekonomická aktivita respondentů

	2010		
	Muži	Ženy	Celkem
Student	0	0	0
Ekonomicky aktivní – stálé zaměstnání	2	0	2
Ekonomicky aktivní – příležitostné zaměstnání (brigády)	4	1	6
Nezaměstnaný	14	3	17

Jiná	1	0	0
Celkem	21	4	25

Drogová kariéra

V roce 2010 respondenti nejčastěji uváděli jako první drogu tabák (10 respondentů), který poprvé užili ve věku 10 - 20 let (průměrný věk prvního užití tabáku je 12,8 let). Dva respondenti ve stejném věku vyzkoušeli tabák spolu s marihuanou (v 16 a 20 letech). Druhou nejčastější iniciační drogou byl alkohol (3 respondenti). Tito respondenti poprvé užili alkohol ve věku 11 – 17 let (průměrný věk prvního užití alkoholu je 13,7 let). Jeden respondent uvedl, že alkohol začal užívat ve svých 17 letech spolu s morfinem a kodeinem. Sedm respondentů začalo užívat tabák a alkohol současně ve věku 12 – 16 let (průměrný věk je 21 let). S jinou než legální návykovou látkou zahájili svoji drogovou kariéru dva respondenti. Jednalo se o efedrin (1 respondent) a o barbituráty a opiáty (1 respondent).

Mezi poprvé užívané nelegální látky patřily konopné drogy (11 respondentů), průměrný věk prvního užití je 15 let. Pět respondentů užilo v jednom roce konopné drogy a jinou nelegální návykovou látku (extázi, kokain, pervitin). Devět respondentů neužilo konopné látky jako první nelegální drogu. Pět respondentů užilo jako první drogu pervitin ve věku 17,8 let, další respondenti uvádějí kodein, extázi, morfin a opiáty.

Přehled v současnosti užívaných drog ukazuje tabulka 7-7, trvání a frekvenci injekčního užívání ukazuje tabulka 7-8 a tabulka 7-9.

tabulka 7-7 Užívané návykové látky

	2010		
	Muži	Ženy	Celkem
Tabák	17	3	20
Alkohol	12	2	14
Konopné drogy	13	2	15
Léky	0	0	0
Toluen	0	0	0
Lysohlávky	2	0	2
Pervitin	17	4	21
Heroin	5	1	6
LSD	0	0	0
Braun	0	1	1
Speed	0	0	0
Kokain	1	0	1
Metadon	2	0	2
Subutex	13	2	15
Suboxon	1	0	1
Opiáty	1	1	2
Opium	2	1	3

tabulka 7-8 Trvání injekčního užívání drog

	2010		
	Muži	Ženy	Celkem
Neužívá injekčně	2	0	2
4-6 měsíců	0	0	0
7-12 měsíců	0	0	0
13-24 měsíců	2	0	2
Déle než 2 roky	17	4	21
Celkem	21	4	25

tabulka 7-9 Frekvence injekčního užívání drog

	2010		
	Muži	Ženy	Celkem
Neužíval/a v posledním měsíci	2	0	2
1-3krát za měsíc	1	1	2
1krát týdně	1	0	1
2-6 dní v týdnu	7	1	8
Denně	10	2	12
Neuvedeno	0	0	0
Celkem	21	4	25

Oslovení 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.

V roce 2010 byla situace mírně příznivější ve smyslu méně častého rizikového chování. Deset respondentů někdy v životě vzalo a předalo již použitou jehlu, 4 respondenti použitou jehlu buď od někoho vzali, nebo někomu předali a 10 respondentů nikdy jehlu nevzalo ani nepředalo (viz tabulka 7-10).

tabulka 7-10 Sdílení injekčního náčiní

	2010		
	Muži	Ženy	Celkem
Vzal/a a předal/a	8	2	10
Vzal/a, ale nepředal/a	2	1	3
Nevzal/a, ale předal/a	1	0	1
Nevzal/a, ani nepředal/a	9	1	10
Celkem	20	4	24

V roce 2010 celkem 20 respondentů uvedlo, že od nikoho v posledním měsíci jehlu nevzalo, 5 respondentů použitou jehlu vzalo 1x – 3x.

V roce 2010 celkem 20 respondentů nikomu použitou jehlu v posledním měsíci nepředalo, 5 respondentů jehlu předalo 1x – 2x (tabulka 7-11). Respondenti při šetření v roce 2010 udávali výrazně méně často rizikové chování nejen v posledním měsíci, ale také v delším časovém úseku.

tabulka 7-11 Předávání již použitého injekčního náčiní

2010						
	Vzal		Celkem vzal	Předal		Celkem předal
	Muži	Ženy		Muži	Ženy	
Včera (dnes)	0	0	0	1	0	1
Během posledního týdne	1	2	3	2	1	3
Během posledního měsíce	2	0	2	0	0	0
Před více než měsícem	7	0	7	6	0	6
Nevzal / nepředal	9	2	11	11	3	14
Neuvedeno	1	0	1	1	0	1
Celkem „vzal“ / „předal“	10	4	14	9	1	10

V roce 2010 celkem 24 respondentů uvádí, že jehly pouze mění. Jeden respondent uvedl, že jehly mění, případně také dezinfikuje převařením.

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 (tabulka 7-12).

tabulka 7-12 Při jaké příležitosti respondenti užívají drogy

	2010		
	Muži	Ženy	Celkem
Sám/a	15	2	17
Ve dvojici se sexuálním partnerem	4	2	6
Ve dvojici s přítelem	7	2	9
V partě	5	1	6
Na koncertě nebo v klubu	1	0	1

8 Výsledky výzkumu

8.1 Informovanost o nízkoprahových službách

O možnosti výměny injekčního náčiní se respondenti dozvěděli převážně od kamarádů a známých (22 respondentů) - „*Mě tam přived známěj, kterej tam chodil, neměli jsme co dělat, tak jsme tam šli.*“ Dva respondenti uvedli, že už si to nepamatují a jeden respondent uvedl: „*chodil jsem na Středisko drogových závislostí a doktoři, kteří to tam vedli, založili DROP IN, takže jsem se o tom dozvěděl.*“

Celkem 21 respondentů si myslí, že má dostatek informací o poskytovaných službách. Informace získávají od pracovníků služeb, z internetu, uvádí, že čtou různé informační letáky a brožurky, časopis Dekontaminace. Dva respondenti tvrdí, že informace získali až s příchodem do nízkoprahového centra, před tím než byli v kontaktu, neměli skoro žádné informace („*Je to velice málo. Když už sem přijдете, tak ty informace dostanete, ale když sem nepřijдете, tak ne.*“). Často také respondenti zmiňují, že nemají žádný rozpis, kdy a kde budou streetworkeri vyměňovat.

Jako hlavní zdroje informací jsme identifikovali:

- Známí, kamarádi (19 respondentů): „*Hodně to funguje, že si lidi mezi sebou informace předávají.*“ „*Většinou je to z doslechu od známých – někoho potkám, ten mi řekne, že je to tam dobrý, že mi tam uvařej kafe, ale víc informací nedostanu.*“,
- Pracovníci nízkoprahových služeb (7 respondentů),
- Letáky, brožury, časopis Dekontaminace, nástěnky (6 respondentů),
- Internet (4 respondenti).

Tři respondenti uvádí, že se s ostatními uživateli o nízkoprahových ani jiných službách nebaví a pokud potřebují nějaké informace, zjistí si je sami.

8.2 Využívání nízkoprahových služeb a zkušenost s nimi

Respondenti využívají nízkoprahových služeb průměrně 11 let (6 klientů využilo tyto služby poprvé před 16 – 20 lety) především z důvodu výměny injekčního náčiní (5 respondentů). Další motivací byly také další poskytované služby, především pomoc při hledání práce, zatelefonování si, pomoc s vyřizováním dokladů, dále možnost si tam odpočinout, posedět a dát si kávu nebo polévku. Někteří uvádějí, že tam šli ze zvědavosti nebo jen s kamarádem a vůbec nevěděli, co mají očekávat (3 respondenti).

Představy a očekávání spojené s první návštěvou nízkoprahového centra většinou klienti neměli (9 respondentů) z toho důvodu, že vůbec netušili, jak zařízení pracuje a co vše mohou očekávat („*Jsem do té doby vůbec nevěděl, že něco takovýho je. Nešel jsem s nějakýma představama.*“). Čtyři respondenti uvádějí, že do centra šli s obavami a nedůvěrou, nevěděli, co je čeká, báli se pracovníků („*Bál se se tam jít, byl překvapený, co tam vše funguje – boxy, čisté stříkačky.*“), všichni současně uvádějí, že byli překvapeni v pozitivním smyslu. Celkem 6 respondentů bylo již předem informováno o tom, jak zařízení funguje, tudíž neměli první návštěvu spojenou s nereálnými očekáváními („*Měl jsem takový představy, jaký to tam potom doopravdy bylo, protože už jsem o tom ty informace dostal.*“), centrum navštívili zejména kvůli výměně injekčního náčiní, ale také kvůli dalším poskytovaným službám (zdravotní ošetření). Tři respondenti uvedli, že centrum vyhledali kvůli odborné pomoci, kterou nabízí („*Doufal jsem, že mi tam pomůžou, když budu mít nějaký problém, zdravotní třeba.*“).

První kontakt s nízkoprahovým zařízením respondenti ohodnotili na škále:

- Pozitivní dojem („*Hodně mě to překvapilo, chodila jsem tam ráda, bylo dobrý vědět, že na ty problémy není člověk sám.*“) (14 respondentů).
- Podle představ a očekávání („*Jo, očekávání to naplnilo, když jsem chtěl jít do léčby, mohl jsem si od nich zavolat a objednat se.*“) (6 respondentů).

Negativní zkušenost vyjádřil pouze jeden respondent, ale bez konkrétních připomínek nebo komentářů. Dva respondenti zmínili negativní aspekty setkávání se většího počtu uživatelů na jednom místě a snahu se těmto situacím vyhýbat.

Respondenti využívají nízkoprahové služby především v Praze, někteří (5 respondentů) mají také zkušenost s centry ve Středočeském kraji, dva respondenti navštívili nízkoprahové centrum na Slovensku a v Německu. Pokud jde o frekvenci využívání služeb, 17 respondentů navštěvuje nízkoprahové centrum minimálně jednou týdně, z nichž 7 uvádí každodenní frekvenci („*Jsem tu furt, pravidelně, můžu tady na ten internet, abych mohl hledat práci a to je pro mě velice důležité.*“). Celkem 17 respondentů využívá pouze nízkoprahových služeb, 5 respondentů uvádí substituční léčbu a 3 respondenti využívají služeb Armády spásy a Naděje. Téměř všichni (22) uvedli, že někdy využili služeb psychiatra nebo psychologa většinou v souvislosti s trestním řízením, pokusem o sebevraždu, případně na popud blízkého člověka. Dva respondenti uvádějí, že služby psychologa vyhledali v období, kdy užívali pervitin a potýkali se s problémy s tím spojenými, zejména s depresemi.

8.3 Atraktivita nízkoprahových služeb

Všichni respondenti hodnotí nabídku nízkoprahových služeb jako zajímavou a vadilo by jim, kdyby se tyto služby zrušily nebo omezily. Čtyři respondenti vyjadřují také obavu či názor na to, jak by se situace změnila, kdyby nebyly tyto služby dostupné (zejména nárůst prevalence infekčních onemocnění, ale také např. upozornění na odhazování stříkaček do popelnic, na ulici apod.). Třem respondentům by tyto služby nechyběly, přestože si myslí, že jsou důležité („*Je zajímavá. Mě osobně by to zrušení nevadilo, ale mnoha lidem ano, myslím, že je to potřebný pro ty lidi.*“). Nejvíce si cení to, že si tam mohou zdarma vyměnit a že kontaktní pracovníci jim mohou pomoci, doporučit je do léčby apod. („*...hlavně ty lidi tady se dostanou k informacím od pracovníků, takže když člověk chce, tak tady vede krátká cesta k tomu, jak se z toho dostat.*“). Jeden respondent upozorňuje také na neochotu uživatelů drog kupovat si injekční náčiní („*feťák než by dal 7 korun za jehlu, tak to dá radši do drogy.*“), jeden respondent by nevěděl, kdy jinde by mohl pořídit čisté jehly („*To by bylo šílený, kdyby se zrušily, byl bych sám, nevěděl bych kam si chodit pro věci.*“).

Celkem osm respondentů by na stávajících službách vůbec nic neměnilo („*Nic bych neměnil, takto je to dobré, ty lidi, který to dělaj to většinou ví, o co jde.*“), pouze jeden zmiňuje znatelný nedostatek finančních prostředků („*Já si myslím, že na tomhleto místě je to celkem dobrý. Akorát si myslím, že by to potřebovalo víc financí. Dřív byla voda se štávou, dnes už není, protože nejsou peníze.*“).

Ostatní respondenti zmiňují následující nedostatky:

- nemožnost vyprat si prádlo, osprchovat se – hygienický servis (6 respondentů),
- krátká délka pobytu v kontaktní místnosti (2 respondenti) („*...prodloužit dobu pobytu o půl hodiny.*“),
- nedostatečně velký prostor kontaktní místnosti, malá kapacita (2 respondenti),
- chybí právní poradenství (1 respondent),

- chybí aplikační místnost (1 respondent) (*„Já bych zařídil nějakých pár buněk, těch modernějších, kde by si ty lidi mohli v klidu nandat, aby si nemuseli dávat někde pod mostem, aby tam byl nějaký streeták a dohlížel na to.“*),
- malá nabídka studených nápojů (1 respondent),
- nedostatečná propagace služeb (1 respondent) (*„Chtěl bych, aby se to dalo víc na veřejnost, na školy, aby se to dostalo mezi lidi.“*).

Podobné nedostatky se objevovaly při odpovědi na otázku „Jak by mělo vypadat ideální káčko?“. Osm respondentů tvrdí, že jsou spokojeni, ostatní uvádí většinou již výše uvedené návrhy na zlepšení (hygienický servis, potravinový servis, výměna, možnost přespání, najít klientům práci, kvalifikovaný personál včetně psychiatra/psychologa, aplikační místnost, lékařské ošetření, poradenství, dostatečně velké prostory, příjemné prostředí, neomezená délka pobytu). Dva respondenti přirovnávají ideální kontaktní centrum ke kontaktnímu centru o. s. SANANIM v Holešovicích (*„Jako káčko v holešovicích, jak to fungovalo.“*).

Důvody k nevyužívání nízkoprahových služeb skrytou populací z pohledu klientů

Celkem 16 respondentů má ve svém okolí někoho, kdy nevyužívá nízkoprahové služby. Důvodů, proč je tito lidé nevyužívají, udávají respondenti několik:

- nechtějí, aby někdo věděl, že berou drogy, stydí se (5 respondenti) (*„Bojí se, že by se provařilo, že fetujou. Je to hodně o těch začínajících.“*),
- nedůvěra – obavy z propojení s policií a z nezachování anonymity (6 respondentů) (*„oni to vidí jakože policie. Káčko vnímají jako policii, lidi nechtějí být evidováni, jen kvůli tomu, že se bojí, že by je někdo za rohem...“*),
- nechtějí se potkávat s jinými uživateli (4 respondenti) (*„Nechtěj se s náma stýkat, jsme pro ně horší sorta fetáků, i když jsme v podstatě všichni stejní.“*),
- kupují v lékárnách, na injekční materiál mají peníze a tedy nepotřebují tyto služby využívat (4 respondenti) (*„Spíše nepotřebují, znám člověka, který má spoustu peněz a o tyto služby se nezajímá, vše nakupuje.“*),
- lenost (4 respondenti) (*„...protože jsou líný a kašlou na to.“*),
- stříkačky jim donese někdo jiný (5 respondentů) (*„...je pro něj jednodušší, když mu ty stříkačky dovezu já.“*).

Většinou respondenti zmínili kombinaci různých faktorů, proč jejich známí tyto služby nevyužívají. Jeden respondent situaci shrnul následovně: *„Ano, hodně známých. Styděj se před lidma a sami před sebou. Daj mi špinavý jehly, já je sem přinesu a dám jim je. Jsou to i lidi, který dělaj, takže chtějí být v anonymitě – anonymitě tady nevěří, už se někdy zklamali.“*

Devět respondentů nemá mezi svými známými nikoho, kdy by nevyužíval nízkoprahové služby.

Názory respondentů na to, co by uživatele přilákalo k využívání těchto služeb lze rozdělit do třech kategorií:

- maximální zachování anonymity, výměna i bez registrace a kódu (2 respondenti),
- nabídnout něco navíc - jídlo, odměna za docházku (4 respondenti) (*„Nabídnout jim něco víc – ubytování, sociální jistoty, že mu najdete práci, ubytování, pak vám na tyhle programy přistoupí. Přijít se širokou nabídkou a jistotou“*),

- změna jejich vlastního postoje (4 respondenti) („*To záleží jen a jen na těch lidech.*“).

8.4 Spokojenost s nízkoprahovými službami

Celkem 16 respondentů vyjádřilo celkovou spokojenost se stávající nabídkou služeb. Ostatní respondenti jsou se službami spokojeni, ale vyjadřují také přání na rozšíření, zdokonalení stávajících služeb. Jedná se především o vitamínový servis („*Akorát bychom rádi brali ty vitamíny, ale oni jsou hrozně veliký, když je polykám, tak je mi na zvracení, proto je nejím.*“), zdravotní ošetření („*Horší je to s lidmi, kteří mají zdravotní problémy, např. abscesy, setřička tu nemůže dělat veškeré ošetření.*“), hygienický servis („*Chtěl bych se tam vykoupat, ve Stage to není, vlastně za poplatek, holící strojek.*“). Jeden respondent si stěžuje na nemožnost vyměnit si např. 100 stříkaček kus za kus („*Akorát mi nedají víc jehel a stříkaček, když přinesu 100, tak mi jich dají jen 12 – mají to omezené.*“). Tři respondenti tvrdí, že jsou spokojeni s nabídkou služeb, protože dostávají více, než sami využijí.

Pokud klientům něco schází, je to možnost vysprchování se a vyprání prádla (13 respondentů). Dále by respondenti uvítali větší množství počítačů v kontaktní místnosti („*Je tu jen jeden počítač a je tam tlačnice.*“), právní poradenství, nabídku práce, možnost přespání, větší kontaktní místnost, aplikační místnost a jídlo a pití dostupné po celý den. Jeden respondent sám kriticky komentuje to, že „od vyprání a sprchování jsou zase jiný služby.“ Jeden respondent oceňuje kvalitu a důležitost časopisu Dekontaminace.

Žádnou službu nepovažují respondenti za zbytečnou, pouze dva respondenti se negativně vyjádřili k instalovaným automatům na stříkačky, o kterých si myslí, že je uživatelé nevyužijí a že jsou zbytečné a drahé v porovnání s kvalitou.

Pokud jde o otevírací dobu kontaktního centra, 15 respondentů s ní nemá problémy a vyhovuje jim. Ostatní respondenti navrhují rozšíření otevírací doby:

- otevřeno od 10 hodin dopoledne (5 respondentů) („*Bylo by to pro hodně lidí výhodnější, protože bych si tu mohl zavolat dřív – v jednu hodinu už na spoustě úřadech nejsou.*“),
- otevřeno do 18 hodin (1 respondent),
- otevřeno 24 hodin denně (1 respondent).

Respondenti měli také možnost se vyjádřit k povolené délce pobytu. Jejich připomínky lze shrnout do tří kategorií. První skupině respondentů vyhovuje povolená délka pobytu (1 hodina) a nepovažují za nutné ji prodlužovat (10 respondentů). Zatímco druhé skupině respondentů jedna hodina pobytu v kontaktní místnosti nestačí a navrhují ji prodloužit na 1,5 – 3 hodiny (5 respondentů) („*Za hodinu nestihne člověk to, co potřebuje – když se tu sejdou tři nebo čtyři lidi, co potřebují na počítač, tak se to nestihne.*“). Třetí skupina respondentů by uvítala neomezenou délku pobytu (3 respondenti).

Podle pravidel nízkoprahových center nemohou klienti v kontaktních místnostech přespávat. Celkem 10 respondentů tvrdí, že by tuto možnost uvítali a využívali ji, zejména přes noc. Ostatní respondenti (12) si myslí, že je to zbytečné, protože tyto služby poskytují jiná zařízení („*Neviděl bych v tom smysl, protože noclehárny patří na jiný místo.*“). Pracovníci kontaktního centra jsou ochotni poradit klientům ohledně možností přespání („*V káčku nám dali seznam azyláků ohledně přespání.*“). Jeden respondent popisuje současnou situaci následovně: „*Většina lidí je z ulice, tak by byli rádi, kdyby našli ubytovnu, která by byla třeba za dvacku, jako je třeba ta loď, jenže tam jsou malý prostory a hodně lidí, jsou tam toxikomani, bezdomovci, alkoholici, tříská se to mezi sebou. Bylo by vhodné, kdyby byla ubytovna čistě*

jenom pro registrované toxikomany a bylo tam nějaký poradenství. Kdyby to bylo tady, bylo by to dobré. Samozřejmě za poplatek.“).

Za nejdůležitější služby respondenti považují výměnu injekčního materiálu, potravinový a hygienický servis, ošetření, poradenství a testy. Mezi další služby, které naopak respondenti postrádají a které by uvítali, patří pomoc při shánění práce, případně ubytování, psychoterapie, rodinné poradenství, lékařská péče, pomoc při komunikaci s úřady.

Zřízení aplikačních místností

Celkem 8 respondentů si někdy aplikovala drogu v kontaktní místnosti, 14 respondentů nikoli. Celkem 12 respondentů se kladně vyjádřilo k možnosti zřízení aplikačních místností. Většina respondentů by tuto možnost uvítala v místech, kde se uživatelé nejčastěji pohybují (6 respondentů). Někteří tvrdí, že by aplikační místnosti mohly být i na okraji města a uživatelé by tam dojížděli (3 respondenti). Názory respondentů na počet aplikačních místností se velmi lišily. Někteří si myslí, že by stačila jedna aplikační místnost, jiní, že je potřeba co nejvíce takových míst. Nejvíce by respondenti na aplikační místnosti ocenili možnost bezpečně si aplikovat drogu a tím předcházet předávkování a zdravotním rizikům spojeným s injekčním užíváním drog. Dva respondenti by také uvítali možnost získat drogu přímo v aplikační místnosti spolu s výměnou injekčního materiálu.

Deset respondentů uvedlo, že by aplikační místnost nevyužívalo. Hlavním důvodem byla uváděna nedůvěra (*„Na jednu stranu dobrý, na druhou stranu je to blbost. Nepřistoupil bych na to, že by se řešilo, kde člověk ty drogy vzal.“*; *Nevyužíval bych ze strachu z policie, nevěřím tomu, že by nás tam nechali být.“*).

8.5 Spokojenost s přístupem personálu

Celkově je většina respondentů s přístupem personálu spokojená (*„Suproví lidi to sou, chtějí pomoci, můžu jim věřit.“*). Dva respondenti poukazují na to, že přístup všech pracovníků není stejný, podobně pozitivní (*„Jak který a jak kdy. Jsou pracovníci, který s člověkem mluví zvrchu, pak jsou jiní, kteří jsou v pohodě. Můžu jim důvěřovat.“*). Respondenti kladou zejména důraz na:

- zájem a komunikaci (*„Když jsem sem přišel zamlklej, nechtěl jsem komunikovat, tak mě překvapil přístup pracovníků, kteří se mě snažili otevřít, což se jim samozřejmě povedlo, takže se mi udělalo líp.“*),
- přátelskost (*„Dobře, byli jsme jako kámoši, bylo fajn si pokecat s někým, kdo tomu rozumí, měl zkušenost.“*),
- pomoc (*„No, super, slušně, jsou kamarádský, pomůžou, jak můžou.“*),
- důvěru (*„Chovají se ke mně dobře, můžu jim důvěřovat...“*),
- profesionalitu (*„Jejich chování je profesionální, je to tak dobře.“*),
- empatii (*„Je to o tom, že ty lidi se chovaj slušně, ta intonace a jejich empatie, to je maximum co oni můžou udělat.“*),
- slušné jednání (*„Zatím mě nikdo, nikdy neodmít, nevyhodil, naopak slušný jednání, nedávaj najevo, že nás maj plný zuby.“*).

Celkem 15 respondentů nemá žádné výhrady a připomínky k chování pracovníků nízkoprahových služeb. Ostatní respondenti (8 respondentů) jsou celkově spokojeni, ale navíc

zastávají názor, že pracovníci jsou příliš hodní a navrhuji, aby byli přísnější a jasně určovali hranice („*Musí to mít nějaký mantinely, kam se smí nebo nesmí zajít. Někdy je to individuální věc, kdy být ostřejší.*“; „*Ale měli by být na některý lidi tvrdší, přísnější. Každému člověku vyhovět nemůžou.*“).

V přístupu pracovníků respondentům nejčastěji vadí:

- nedůslednost („*Aby pracovníci byli důslední a dbali na dodržování pravidel ze strany klientů, prostě je vyhodit, pokud to pravidlo poruší.*“),
- nevhodné – neslušné chování („*...aby se sami chovali ke klientům slušně, že potom se budou i klienti chovat vůči nim jinak.*“),
- lhostejnost, nezájem („*Aby pracovníci nebyly lhostejní, já se jim na jednu stranu nevidím, aby bylo vidět, že ho to zajímá, když s ním mluvím.*“),

Pokud jde o důvěru, 18 respondentů pracovníkům důvěřuje („*Důvěřuju, zatím se nestalo, že by mě zklamali.*“; „*Kdybych k nim neměl důvěru, tak si tady nenechám vést papíry.*“). Čtyři respondenti důvěřují pouze někomu nebo v některých situacích („*Ano, ale jen některým.*“; „*Svým způsobem ano, důvěřuju, ale neřeknu všechno, to je můj blok z kriminálu.*“). Dva respondenti nedůvěřují nikomu („*Nedůvěřuju ani svojí mámě, feťáci obecně nevěří nikomu.*“).

Pracovníci také mj. pomáhají klientům při rozhodování o abstinenci, při hledání vhodné léčby apod. Celkem 18 respondentů by určitě chtělo přestat brát drogy („*Chtěl bych přestat brát, nepřipadám si jako feťák, těším se, až si najdu normální holku, budu s ní mít děti, žádné drogy.*“), ale již ne všichni jsou přesvědčeni, že se jim to podaří („*Můj sen je přestat, ale nevěm, že to někdy dokážu.*“). Dva respondenti jsou spokojeni a netouží přestat užívat drogy („*Mě to vyhovuje. Přestat bych chtěl, ale už jsem na to starej, takhle mi to vyhovuje.*“) a jiní dva respondenti neví, zda chtějí přestat užívat, nebo nechtějí („*Střídavě oblačno, jak se to vezme, občas jo, záleží na financích.*“). Všichni respondenti uvádějí, že se někdy snažili přestat užívat drogy buď z vlastní vůle, častěji ale na popud někoho jiného. Někteří také abstinovali, nejčastěji ve výkonu trestu. Pracovníci nízkoprahových služeb hrají u 14 respondentů významnou roli: snaží se klientům pomoci, motivovat je ke změně, podporují je a dodávají jim sebedůvěru, pomáhají se zařízením léčby, případně se sháněním práce. Přesto ale celkem 12 respondentů uvádí, že svoje problémy nekonzultují s žádným odborníkem, ani pracovníky kontaktního centra. Ostatní řeší svoje problémy nejčastěji s pracovníky nízkoprahových služeb (7 respondentů), s partnerem (5 respondentů), s psychiatrem či psychologem (5 respondentů), s kamarády (4 respondenti) a s rodinou (3 respondenti).

8.6 Využívání dalších služeb (substituce)

Užívání opioidů

Celkem 6 respondentů užívalo někdy v minulosti heroin, 15 Subutex, 2 respondenti metadon a 3 opium. Dva respondenti uvedli obecně užívání opiátů.

V současnosti užívá opioidy celkem 19 respondentů. Užívání heroínu uvádí 3 respondenti (z toho jeden výjimečně, jeden pouze šňupáním či kouřením). Další 4 respondenti uvádí užívání velkého spektra opioidů (kodein, braun, morfin, heroin, Subutex, Dolzin, Tramal, opium).

Užívání Subutexu a Suboxonu

Subutex užívá celkem 15 respondentů a Suboxon 1 respondent. Užívané množství se pohybuje od 1 mg 1-2x týdně po 12 mg denně. Nejčastěji respondenti uvádějí 1 – 2 mg denně.

Nejčastější je injekční aplikace. Respondenti také uvádějí, že Subutex kombinují s alkoholem, pervitinem, marihuanou.

Celkem 8 respondentů kupuje Subutex na černém trhu, kde je velmi dobře dostupný („*Dneska to má každý druhý.*“... „*S dostupností není problém, mám dobře zásobovaný lidi.*“). Dostupnost Subutexu je nízká zejména o víkend („*Problém je taky sehnat o víkendu, když už je, tak je dražší, třeba 300,- za kousíček.*“). Respondenti také upozorňují na vysokou nejistotu při nakupování na černém trhu, zda se opravdu jedná o Subutex, jeden respondent udává 60% jistotu, že jde skutečně o Subutex. Cena Subutexu na černém trhu se nejčastěji pohybuje okolo 400,- za 2 mg tabletu, běžná cena v lékárně je 250,- Kč („*Dostupnost je jak kdy, stovka za čtvrtku, ale dá se pořídit půlka za sto padesát, jak kdy a jak od koho.*“).

Subutex předepsaný lékařem užívají 3 respondenti (dva respondenti udávají injekční aplikaci). Výhodu předepsaného Subutextu spatřují v tom, že je dobře dostupný, nevýhodou je jeho vysoká cena.

Celkem 4 respondenti kombinují oba způsoby získávání Subutexu, tj. jak na černém trhu, tak od lékaře („*Na ulici nebo mám recept, ale většinou nemám na to si ho koupit v lékárně, tak ho vyměním za Subutex.*“).

Jeden respondent užíval Subutex v minulosti, nyní užívá 1 mg Suboxonu denně, který získává na černém trhu.

Užívání metadonu

Pouze jeden respondent je v substituční léčbě metadonem (150 mg denně), který ale užívá v kombinaci s pervitinem („*Přijde mi to výhodný, protože ty opiáty jsou moje životní droga, tu toleranci si vyženu hrozně vysoko, to stojí hrozně moc peněz a já už nechci krást, nechci do vězení, dělat podvody. Heroin mi hrozně křivil charakter, ničil osobnost. Na metadonu není člověk tak vyčleněnej ze společnosti.*“).

Využívání substituční léčby

Celkem 5 respondentů bylo někdy v substituční léčbě, 4 respondenti ji využívají také v současnosti. O substituční léčbě se respondenti nejčastěji dozvěděli od kamarádů a známých a také od pracovníků nízkoprahových služeb.

Metadonová substituční léčba je pro klienty atraktivní pouze z finančního pohledu („*Metadon je lepší, je zadarmo.*“), tudíž nemusejí shánět peníze ani na drogy, ani na Subutex. Hlavní problém spatřují respondenti v každodenním docházení do zařízení. Jejich vidění je také to, že metadon je určen pro těžké, dlouhodobé uživatele drog, kteří nemají perspektivu přestat užívat drogy.

Substituční léčba Subutexem je pro respondenty výrazně atraktivnější než substituční léčba metadonem. Vzhledem k dobré dostupnosti Subutexu na černém trhu, je pro respondenty výhodou legálního získávání Subutexu to, že je levnější („*...na ulici by to bylo dražší – za jednu krabičku 2800,-, nemusím krást, můžu fungovat v práci.*“). Další výhodou je jistota, že tableta je opravdu Subutex („*Určitě přitažlivější než si to kupovat na ulici, protože mám svůj klid, svoje recepty, když si to vyberu, tak mám svoje tablety.*“). Přesto 4 respondenti uvádějí, že je pro ně Subutex drahý a přiklánějí se buď k úplně abstinenci, nebo k užívání metadonu.

Hlavní výhody substituční léčby podle respondentů jsou:

- každodenní přístup k čisté „droze“ („*Je to lepší než tableta z ulice, nemusím mít strach z toho, co to je.*“),

- není nutné krást za účelem získání peněz na drogu („*Nemusím krást, můžu fungovat v práci.*“),
- je možné chodit pravidelně do práce,
- naděje na úplnou abstinenci („*Je tam taková naděje, že by člověk mohl z toho vyjít ven.*“).

8.7 Analýza ohniskových skupin s poskytovateli nízkoprahových služeb

Navázání kontaktu s klienty

V roce 2010 došlo k významným změnám v dostupnosti nízkoprahových služeb v Praze. Kontaktní centrum o.s. SANANIM, které je jedno z nejvýznamnějších nízkoprahových center, bylo na nátlak obyvatel městské části Prahy 7 – Holešovice přestěhováno na Prahu 5, kde získalo prostory, které nemůže zatím využívat, tudíž poskytují svoje služby ze sanitky. Vzhledem k vysokému počtu problémových uživatelů v Praze (Mravčík et al., 2010) je tato situace velmi závažná a je reflektována nejen samotnými pracovníky, ale také klienty.

Otevřenou drogovou scénu v Praze lze lokalizovat zejména do oblasti metra C – mezi Hlavním nádražím („*Taky je jiná situace ten noční hlavák, kdy tam není nikdo jiný než policie a klienti, takže tam je takový rušno někdy.*“) a Muzeem, dále do Holešovic a na Anděla. Obecněji lze říci, že uživatelé drog se nejvíce pohybují v okolí heren a zastaváren, také v okolí lékáren.

Pokud jde o první kontakt s nízkoprahovými službami, pracovníci terénních programů se snaží vyhledávat a oslovovat nové klienty, udržet je v kontaktu a případně je motivovat k návštěvě kontaktního centra. Úkolem terénních pracovníků je vedle výměny také sběr použitého injekčního materiálu. V současnosti není na tuto aktivitu kladen takový důraz („*...a poslední roky není hlavním zadáním sběr, kromě Prahy 7 a okolí.*“). V době, kdy byly v provozu automaty na injekční materiál, bylo nutné pečlivěji kontrolovat tuto oblast.

Respondenti se nejčastěji o nízkoprahových službách dozvídají od svých kamarádů a známých, často s nimi také poprvé tuto služby využijí.

Pracovníci mají velmi málo prostoru a kapacity vyhledávat nové klienty a navštěvovat takové lokality, které nejsou zasaženy terénním programem.

Situace v populaci národnostních menšin je odlišná. Pokud jde o Romské uživatele drog, daří se s nimi navazovat kontakt, ale je nutný individuální přístup („*...i si méně a snažíme se k nim individuálně přistupovat, hodně slyší třeba na zdravotní ošetření a někdy i názorně jim ukázat k čemu ta mastička je.*“). Často také vznikají konfliktní situace spojené s pravidlem výměny, kdy klient jednu jehlu odevzdá a měl by jednu jehlu dostat. Romští uživatelé drog mají nejen lepší povědomí o nízkoprahových službách, ale mají k nim také větší respekt („*...postupně se to zlepšuje i u těch Romských klientů, snažíme se, aby u některých věcí řekli prosím, děkuji a nevyrváli nám tu tašku, aby respektovali pravidla.*“). Přesto jsou skupiny a lokality málo zasažené nebo vůbec zasažené výměnným programem („*Ted' třeba Masarykovo nádraží se začíná probouzet a tak je to minimální, tam je koncentrace Olachů, a ti jsou úplně nedotčeni tady téma informacemi. Nejenom, že se tam objevují lidi, který jsme nikdy neviděli a neměli v kontaktu a kolikrát nevědí, že existuje výměnný program.*“).

Nízkoprahových služeb dále využívají také rusky mluvící uživatelé drog, odhadovaný počet je podle pracovníků minimálně několik set. Tito uživatelé nejčastěji využívají výměnný program, který velmi oceňují („*Jsou za služby vděční, protože jim přijde neuvěřitelné, až divné, že je to zadarmo.*“). Pracovníci zmiňují, že největším problémem je jazyková bariéra.

Výměnný program také využívají asiáté, ale ve velmi malém počtu („*Asiati jsou z mého pohledu velmi uzavřená skupina, nepotkáváme se s nimi vůbec, mluví se o nich, že jsou tady.*“; „*K nám chodí čtyři, dostali leták ve vietnamštině, chodí pravidelně kvůli výměně.*“).

Důvěra

Pracovníci získávají důvěru postupně, samozřejmě záleží na konkrétním klientovi a jeho postoji. Jak vyplynulo také z rozhovoru s klienty, někteří nebudou pracovníkům důvěřovat nikdy, protože buď se někdy zklamali, nebo zastávají takový postoj. Situace na otevřené drogové scéně je situace podobná s tím rozdílem, že důvěru pracovníci budují výrazně déle. Pracovníci vidí problém v negativních zkušenostech s policií, a to nejen ve zkušenosti klientů („*...kolikrát jsem někdy viděl úplně zbytečnou prudu, šikanu, kdy mu tam vysypal buchny.*“), ale také ve zkušenosti samotných pracovníků („*...kvůli tomu, že tam vůbec jsme, že tam pracujeme, odháněl klienty a tak.*“).

Z rozhovorů s klienty vyplynula nedůvěra v kódy používané v nízkoprahových službách. Také pracovníci uvádějí, že je velké množství klientů, kteří uvádějí „no code“ („*...tak těch je relativně hodně, víc než polovina.*“). Nejenže nechtějí být spojováni s nízkoprahovým centrem a s identitou uživatele, ale také nedůvěřují anonymitě kódu („*Oni nedůvěřují té anonymitě a ta se nedá zvládnout jenom nějakým rozhovorem, uklidněním, ať se nebojí.*“).

Přístup ke klientům

Přestože nízkoprahové služby využívají dlouhodobí problémoví uživatelé drog, pracovníci neuvádějí výraznější problémy v kontaktu s nimi. Jejich cílem je přistupovat ke klientům s respektem a náležitou autoritou, udržovat optimální hranice a být vstřícní. Problém pracovníci spatřují v tom, že do kontaktu se uživatelé častou dostanou až po 2 i více letech užívání. Tito klienti si ale stěžují na to, že se nechtějí potkávat s těžkými uživateli drog.

Pokud jde o kvalitní komunikaci s klienty, pracovníci se setkávají s mnoha problémy ze strany klientů. Jedním těžce řešitelným problémem je situace, kdy klienti navštěvují zařízení v páru (muž – žena, mladší – starší uživatel apod.). Jeden z páru komunikuje s pracovníky a druhý stojí opodál a ničeho se neúčastní, tudíž je velmi obtížné dostat se s ním do přímého kontaktu.

Pracovníci také uvádějí, že se výrazně častěji setkávají s uživatelkami – ženami, těhotnými, matkami s dětmi („*Jako to není, že by měly jenom jedno, 3 a opakovaně, anebo po čtvrté těhotná, ale že si je všechny nechávají a pak tam pobíhají po hlaváku s kočárkem a dvěma dětma.*“), pro které není mj. dostatečná kapacita v celém systému služeb („*A ještě taky matky s dětmi, kam poslat a neposlat.*“).

Pravidla

Pracovníci vyžadují důsledné dodržování všech stanovených pravidel. S pravidly jsou klienti seznámeni při první návštěvě kontaktního centra. Pravidla jsou také sepsána a zveřejněna na nástěnce v kontaktní místnosti. Pravidla se samozřejmě liší v rámci jednotlivých nízkoprahových zařízení. Klienti vyjádřili největší nespokojenost se stanovenou délkou pobytu v kontaktní místnosti, dále s kapacitou kontaktní místnosti a s otevíracími hodinami. Délka pobytu v kontaktní místnosti úzce souvisí s kapacitou místnosti. V současnosti je

situace zkomplikována výše zmíněným přestěhováním kontaktního centra SANANIM z Prahy 7 na Prahu 5 a nevyhovujícími prostorami.

Klienti často porušují zákaz aplikace drogy v prostorách zařízení. Pracovníci se shodují na tom, že není možné tolerovat porušení tohoto pravidla, současně ale upozorňují na možnost vzniku aplikačních místností, které by pomohly tento problém vyřešit.

Nejdůležitější služba

Za nejdůležitější službu označili pracovníci nízkoprahových zařízení výměnu injekčního materiálu, při které je velmi důležitá kvalita kontaktu. V rámci kontaktu, a to nejen mezi pracovníkem a klientem, ale také mezi klienty navzájem dochází k předávání důležitých informací. Pracovníci upozorňují na úskalí spojená s předáváním informací mezi klienty, přesto ale považují za tento způsob předávání informací efektivní. Také z rozhovorů s klienty je zřejmé, že nejčastěji získávají informace od kamarádů a známých.

Pokud jde o výměnu injekčního materiálu, pracovníci tvrdí, že narůstá počet vyměněných jehel (*„Jde o trend, který trvá nějaký ten 1 rok, kdy se výměna navyšuje a nevypadá to na extra nárůst klientů.“*; *„...obrovský nárůst v takové té materiální spotřebě, to, co dřív bylo vyměněný za rok, tak to teď máme za půl.“*). Narůstá také počet kontaktů a nových klientů. Na návratnost použitého injekčního materiálu se respondenti ne dívají jednotně. Některá zařízení nevyžadují výměnu „kus za kus“, některá striktně vyžadují výměnu odpovídajícího počtu (*„Snažíme se uhájit jméno výměnný program, ale mě to přijde někdy výdejna prostě.“*). Pracovníci si ale obecně stěžují na špatnou návratnost injekčního materiálu a podotýkají, že mají klienty, kteří jehly rozdávají dalším uživatelům drog (*„...záleží to taky na lokalitách...já vím, že třeba rozdává.“*).

Mezi další důležité služby patří testování na infekční nemoci a individuální poradenství. Testování na infekční nemoci je součástí harm reduction intervencí, které nízkoprahová centra poskytují. Problémem je klesající počet provedených testů a také klesající počet zařízení, které testy nabízejí. Jedná se především o testy na HIV a virovou hepatitidu typu C.

Slabá místa a zlepšení

Největším nedostatkem současného systému je nedostatek finančních prostředků, který má dopad nejen na nedostatečné ohodnocení pracovníků drogových služeb, ale také na rozvoj služeb a personálu. Vzhledem k rostoucímu počtu uživatelů drog, rostoucímu počtu kontaktů a vyměněných injekčních setů nezůstává příliš velký prostor pro individuální přístup, poradenství a předávání informací. Celkově je v současné době podhodnocená kapacita kontaktních center, s čímž souvisí také stíznosti klientů na omezenou délku pobytu a malou kapacitu kontaktní místnosti. Jeden pracovník odhaduje, že pro optimální zvládnutí situace jsou potřeba 3-4 plně fungující kontaktní centra a zdůrazňuje potřebu navýšení kapacity nejen kontaktních center, ale také terénních programů.

Dalším závažným nedostatkem je velmi nízká dostupnost rychlých testů především na VHC a HIV (*„Já myslím, že jako obecně v tomhle máme velký rezervy, jako že máme zkušenost, že když se postaví sanitka na místa, kde je náhka otevřená scéna, nějakým bonusem nebo bez bonusu, tak jsou uživatelé schopný nechat se otestovat, ale nejsou na to prostředky, neděláme to a nedělá se to. Takže tady máme velký rezervy.“*).

Klienti také považují za velký nedostatek nedostupný hygienický servis a nedostatečný potravinový servis. Pracovníci podotýkají, že tyto služby poskytují jiné organizace a že není

prvotním cílem nízkoprahových služeb poskytovat tento typ služeb („*Takoví ti klienti, co tam chodili za pračkou, za sprchou a tak, ti se tam objeví tak jednou za měsíc, a dřív tam bývali dennodenní klienti. Ti tak nějak vymizeli od nás.*“; „*Těch klientů je tolik, že když poskytneme tohle, tak nejsme schopni poskytovat nic jiného.*“; „*To je zajímavé i z toho pohledu, že se ukazuje, že tam nechodí primárně kvůli těm drogovým službám. Některý ne, no.*“).

Pracovníci také zmínili poskytování služeb, které byly zrušeny, ale které by měly fungovat. Jednalo se o rozdávání lžiček („*...když se začaly rozdávat ty lžičky, o to byl obrovský zájem, to je nová věc, za ty dotazníky, jak jsme to rozdávali, a setkalo se to s velkým ohlasem mezi klienty.*“; „*Jenže to je zase obrovské náklady, třeba v zahraničí se jim nerozdává všechno zadarmo. Nějaký základní set, co může dostat zadarmo, zbytek věcí už si může pořídit.*“) a zavedení dvou automatů na jehly na Praze 5 („*...byly využívány víc, než jsme čekali, svou klientelu si našly.*“). Automaty byly na podnět Městské části Prahy 5 odinstalovány. Přesto ale byla služba využívána a plnila svůj účel („*Tady v Praze je tak velká a různorodá klientela a tak velká drogová scéna, že si to najde svoje uživatele...Jsou to i ti pracující, kteří mají děti a práci a mají všechno, žijou normálně sociálně akorát si ráno dají trochu perníku nebo něčeho jiného, tak to byla třeba jedna skupina, pro kterou to bylo ideální.*“). Potenciální klientelou automatů jsou nejen finančně zajištění uživatelé drog, ale také mladiství a cizinci. Výhodu pracovníci spatřují v tom, že odpadá problém identifikování se se skupinou uživatelů drog (klienti velmi často upozorňují na to, že nízkoprahové služby nevyužívají, protože se nechtějí stýkat s ostatními uživateli drog a nechtějí být s nimi spojováni).

Spolupráce s lékaři a jinými organizacemi

Nízkoprahová centra spolupracují s praktickými lékaři, o kterých vědí, že se na ně klienti mohou spolehnout a dále také s Červeným křížem, Člověkem v tísní, Nadějí, Rozkoší bez rizika apod. V minulosti také bývalí uživatelé drog iniciovali a rozvíjeli aktivity podobné aktivitám Anonymních alkoholiků – UFO. V posledních letech ovšem nebyly tyto aktivity rozvíjené, až v roce 2010 se opět obnovují aktivity bývalých uživatelů drog.

Pokud jde o spolupráci s lékaři obecně, ta je podle pracovníků na velmi špatné úrovni. Problémem je především odmítavý přístup zdravotnického personálu k uživatelům drog („*...člověk s hepatitidou A přijde do Motola a čeká tam 4 hodiny mezi normálníma lidma. Kolikrát posíláme klienty od čerta k ďáblu a potom je nikde nevezmou a přitom je k tomu přemlouváme, to jsou blbý sístuace.*“). Postoj lékařů je velmi ovlivněn jejich názorem, že uživatelé si danou nemoc zavinili sami. Tomu také odpovídá průběh veškeré zdravotnické péče o uživatele. S těmito problémy se potýkají především dlouhodobí uživatelé drog, jejichž zdravotní stav a sociální status jsou velmi špatné.

Nedostatečná je také dostupnost ambulantních služeb – AT ambulancí, specificky potom nedostatek terapeutických služeb („*...nikdo nepracuje terapeuticky s lidma, co prostě berou. Ten názor všeobecně, že se s nimi pracovat nedá a že to nemá smysl, já věřím, že jo.*“).

Pracovníci zmiňují velký počet lékařů – psychiatrů, kteří předepisují uživatelům drog Subutex. Většinou se ale tito lékaři pacientům – uživatelům drog příliš nevěnují, terapeuticky s nimi nepracují („*Tady je moc doktorů, kteří předepisují Subutex, ale když máte klienta, který chce se sebou opravdu něco dělat, tak to se vám zúží výběr na dvě místa v Praze. To mi teda nepříjde jako moc v tom trendu jakej je. Já vím přesně, kam ho neposílat a už vím hodně málo, kam ho poslat, protože není kam.*“), což může souviset s rozsáhlým černým trhem se Subutexem („*Mělo by to být nastavené a doplňovat tu ambulantní část...spousta lidí řekne, že dostanou jenom recept, ani ta komunikace s doktorem: Jak ti je? Máš toho dost? Nic prostě. Dostane recept, dostane ho na více místech, to je další věc.*“).

Nejenže terapeutická práce s uživateli drog je nedostatečná, ale také velmi nedostatečná a nevyhovující je terapie beroucí v potaz psychiatrickou komorbiditu.

Aplikační místnosti

Podobně jako klienti, také pracovníci nízkoprahových služeb spatřují aplikační místnosti jako potřebné. Měly by být umístěné v místech, kde se uživatelé drog nejvíce pohybují, tj. zejména v centru města. Předěšlo by se tak aplikacím drogy na veřejnosti a otevřená drogová scéna by nebyla tolik viditelná.

9 Metodologická omezení a kvalita dat

Nejzásadnější omezení provedené studie vyplývá ze samotného zadání a formulovaného cíle, kterým je popis a 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. Odpovědi na ně jsou pouze předběžné návrhy, které je třeba ověřit následnými studiemi 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 méně 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 mezi velmi problémové klienty, s nimiž je spojeno množství rizik pro personál, stejně tak jako komplikací doprovázejících prováděné 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 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.

10 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. Rozdíly 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, Záborský, Gajdošíková, & Mravčík, 2001). Tyto odlišnosti v potřebách klientů a širších souvislostech poskytování 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, Spirig, & Havlíčková, 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 útěky z domova může dojít k extrémnímu vyhocení 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.).

Dále budeme diskutovat konkrétní výsledky získané prostřednictvím naší analýzy. Na tomto místě je ale nutné upozornit na současnou situaci na otevřené drogové scéně v Praze. Otevřená drogová scéna v centru Prahy je dlouhodobým problémem, jehož racionální řešení vyžaduje spolupráci všech zainteresovaných subjektů. Terénní pracovníci a poskytovatelé služeb jsou přibližně dva roky vystaveni tlaku především represivních orgánů, které jim znesnadňují práci s cílovou populací lidí ohrožených užíváním nelegálních drog. Cílem tohoto jednání je snaha o vytlačení uživatelů drog z Václavského náměstí. Konkrétně se jedná o práci policie, která se snaží vedle vytlačení uživatelů drog také znemožnit práci terénních pracovníků v této lokalitě. Po celé řadě jednání byla v dubnu 2010 potvrzena vzájemná dohoda mezi Městskou policií Prahy 1 a terénními programy, která navrhovala vyčlenění nové, provizorní drogové zóny v blízkých Vrchlického sadech a současně terénním pracovníkům zaručovala korektní přístup policistů k jejich práci. Tuto situaci výrazně pomohl řešit také nový projekt o. s. SANANIM, které od srpna 2010 dvakrát v týdnu provozuje v určené zóně sanitku, ve které probíhá nejen výměna injekčního materiálu, ale také testování na infekční nemoci, zdravotní ošetření a poradenství. Situace se ale ani touto novou službou, ani dohodou zainteresovaných stran nezlepšila a policie opět zjišťuje totožnost pracovníků terénních programů na Václavském náměstí a pravidelně dělá zásahy i ve vyčleněné zóně ve Vrchlického sadech. Dochází také k tomu, že policisté perlustrují uživatele drog, kteří v danou chvíli chtějí využít služeb sanitky.

Dále současnou situaci v Praze komplikuje také přestěhování kontaktního centra o. s. SANANIM z Prahy 7 – Holešovice na Prahu 5. Kontaktní centrum o. s. SANANIM obdrželo výpověď z prostor v Praze 7. Ovšem ani na Praze 5 není provozování služby bez problémů. Pracovníci museli poskytovat nízkoprahové služby v autě zaparkovaném před sídlem společnosti, protože stavební úřad Prahy 5 vydal zákaz provozovat činnost s odůvodněním, že SANANIM přestavěl bývalé kancelářské prostory na kontaktní centrum bez stavebního povolení. K této situaci přispívají také místní obyvatelé a smíchovská radnice, kteří bojují proti provozování kontaktního centra v daných prostorách. Tato situace názorně ilustruje obecný postoj veřejnosti k uživatelům drog, na který poukázali také pracovníci nízkoprahových služeb v provedených ohniskových skupinách. Tento fakt je podpořen také studií provedenou Centrem pro výzkum veřejného mínění (CVVM, 2010), ze které vyplývá, že 86 % občanů by za sousedy nechtělo drogově závislé, 79 % lidí závislé na alkoholu a 75 % lidí s kriminální minulostí. Z našich výsledků je patrné, že postoj zdravotnických pracovníků je také většinou negativní a odmítavý.

Tato situace je navíc komplikována tím, že dochází k nárůstu počtu uživatelů drog (Mravčík et al., 2010), nárůstu počtu vyměněných jehel, kontaktů a klientů nízkoprahových zařízení. V rámci tohoto tématu pracovníci a klienti zmiňují nejen vznik dalších kontaktních center, ale také vznik nových služeb a větší zapojení lékáren do celého systému péče o uživatele drog. Pokud jde o nové služby, v první řadě se jedná o vznik aplikačních místností. Zřízení aplikačních místností podporuje řada výzkumných studií, která byla provedena vzhledem ke kontroverznímu pohledu veřejnosti na tuto službu. Mezi největší obavy patří to, že tato zařízení propagují iniciaci injekčního užívání, tak vzniká konflikt s léčebnými cíli, kdy uživatelé jsou podporováni v užívání drog, místo aby nastoupili do léčby a zařízení zvyšují v dané lokalitě distribuci drog a kriminalitu spojenou s užíváním drog (Hedrich, Kerr, & Dubois-Arber, 2010). Zřizování aplikačních místností sleduje tři hlavní cíle: poskytování prostředí k bezpečnější aplikaci drog, zlepšení zdravotního stavu uživatelů a snížení narušování veřejného pořádku. Pro efektivní službu je potřeba vzít v úvahu umístění aplikační místnosti v blízkosti drogového trhu a zajistit dostatečnou kapacitu a dostatečně dlouhou otevírací dobu pro využití služby. Jako klíčová se dle zahraničních zkušeností jeví spolupráce všech zainteresovaných subjektů. V České republice nejsou aplikační místnosti doposud

zavedeny, přestože už od roku 1999 jsou realizovány kroky nutné k jejich zavedení. Zatím poslední aktivity započaly na jaře roku 2010, kdy sekce „Harm Reduction“ Magistrátu Hlavního města Prahy na Mimořádném jednání protidrogové komise mj. navrhla také zřízení 3 nízkoprahových zařízení s aplikační místností a pracovním programem. Dále nebylo zřízení nových služeb projednáváno, a to i přes přetrvávající potíže s kumulací klientů na Václavském náměstí. Je však nutné podotknout, že ani se zřízením aplikačních místností problém veřejného užívání drog zcela nevytizí (Janíková, 2010).

Mezi další relativně nové služby patří výdejní automaty na injekční materiál. První projekt pod názvem NON STOP 24 zahájilo o. s. Progressive v květnu 2008. Jednalo se o instalaci dvou výdejních automatů v Praze 5. Projekt byl v říjnu 2008 místní samosprávou pozastaven a automaty byly demontovány. Podle průběžné evaluace byl ale projekt úspěšný. Zvyšující se počet prodaných injekčních setů poukazyval na vysokou a rostoucí poptávku po této službě. Také část klientely, která automaty využívala, pravděpodobně nebyla v pravidelném nebo žádném kontaktu s jinou službou a projekt tedy zachytil dosud nekontaktovatelnou nebo těžce kontaktovatelnou část pražské populace injekčních uživatelů drog. Velkou výhodou výdejních automatů je také to, že fungují 24 hodin denně, zejména v noci. Doposud nebyly automaty v Praze znovu nainstalovány. Zavedení na Praze 5 brání místní samospráva, ostatní nízkoprahová zařízení se potýkají s nedostatkem finančních prostředků, tudíž o zavedení této služby v jiných městských částech neuvažují.

Také větší zapojení lékáren do celého systému by výrazně posílilo současné služby harm reduction. V současnosti se prodejem injekčního materiálu lékárny aktivně podílí na snižování rizika přenosu infekčních onemocnění mezi uživateli drog. Podobně jako z naší analýzy, tak i z dalších studií je ale zřejmé, že lékárny jsou okrajovým zdrojem injekčního materiálu i přesto, že pro některé uživatele je tento zdroj jediný možný (Minařík, 2004; Charvát & Gabrhelík, 2004). Z výsledků jediného rozsáhlého výzkumu provedeného v lékárnách a zaměřeného na problematiku injekčního užívání drog vyplývá, že téměř polovina lékáren není příznivě nakloněna prodeji injekčního materiálu uživatelům drog (Mravčík & Záborský, 2001). I přes tuto neochotu poskytovat služby uživatelům drog existují lékárny, které kromě prodeje injekčního materiálu, léků s prekurzory k výrobě pervitinu a substitučních preparátů poskytují uživatelům drog i další služby, např. informační materiály s kontakty na drogové služby v regionu, balíčky s injekčními sety, parafernáliemi a informacemi a likvidací použitého injekčního materiálu. Pasivní nabídka informačních letáků je v lékárnách možná, problematická je ale výměna injekčního materiálu. Implementace služeb harm reduction do lékáren je tedy možná, nezbytnou podmínkou je ale plošné řešení a zejména zvyšování motivace, znalostí a dovedností pracovníků i majitelů lékáren (Vacek et al., 2008; Gabrhelík & Miovský, 2009).

Služby by také měly reagovat na zvyšující se počet těhotných uživatelék drog a aktivních uživatelék drog – několikanásobných matek na otevřené drogové scéně. V současné době je velmi málo služeb, které reflektují rozdílnosti mezi muži - uživateli drog a ženami - uživatelkami drog. Je tedy nutné reagovat nejen na epidemiologické ukazatele, ale také na rozdíly v osobnosti a chování mužů a žen, v charakteru užívání drog. Studie upozorňují na fakt, že poměr mužů a žen 3:1, kteří využívají nabízené služby, neodpovídá skutečnosti poměru mužů a žen na drogové scéně, kde je to spíše 2:1 (Vobořil, 2002).

Další specifickou skupinou jsou uživatelé drog – příslušníci národnostních menšin. Příslušníci romského etnika tvoří v některých lokalitách většinu klientů výměnného programu (Radimecký et al., 2009). Občanské sdružení SANANIM na tuto situaci reagovalo zavedením Romského terénního programu. Před vznikem tohoto specifického programu se v odborné veřejnosti diskutovalo na téma vzniku nových samostatných programů zaměřených výhradně pro určité etnikum. Podle studie „Analýza současného stavu a potřeb v oblasti drogových

služeb na území hl. m. Prahy určených příslušníkům národnostních menšin a přistěhovalcům“ není vznik nových samostatných programů nejuvhodnější cestou (Miovská et al., 2006). Podle autorů zprávy tohoto výzkumu je vysoké riziko segregace a oslabování trendu integrace těchto klientů. Autoři uzavírají, že služba musí odpovídat poptávce a pokud existuje specifická skupina uživatelů, které současné služby nevyhovují a která má odlišné potřeby, je třeba příslušnou službu této skupině v adekvátní míře přizpůsobit (Miovská et al., 2006). Všechna nízkoprahová zařízení poskytují svoje služby samozřejmě bez rozdílu všem příslušníkům národnostních menšin. Důraz je kladen především na individuální přístup. V kontaktu s uživateli drog z post-sovětských republik, Vietnamci se pracovníci potýkají ovšem často s jazykovou bariérou. Částečně tuto situaci řeší letáky přeložené do daného jazyka.

Celou situaci může také dokreslit stav v oblasti užívání Subutexu a černý trh s tímto preparátem. Substituční léčba Subutexem je podle našich výsledků pro klienty atraktivnější než substituční léčba metadonem. Srovnání obou typů léčeb popisuje také kvalitativní studie „Identifikace psychosociálních faktorů predikujících retenci pacientů v buprenorfinové léčbě“ (Molnárová, Bartoňová, Večeřová-Procházková, & Kobličková, 2008). Výsledky studie podporují výsledky naší studie, kdy tvrdí, že hlavním důvodem, proč by uživatelé brali metadon, je to, že je zadarmo. Pokud respondenti této studie vyzkoušeli oba typy substituční léčby, za vyhovující formu považovali spíše léčbu Subutexem. Metadonová léčba je totiž časově náročná, což brání v zařazení se do normálního života a dále Subutex má pozitivnější účinky na fyzickou stránku. Dostačující motivací pro vstup do léčby není sociální tlak okolí, ale především rodina (partner či dítě), „vysoký“ věk, nespokojenost v sociálním fungování a špatná finanční situace. Silně pozitivní účinek na setrvání v substituční léčbě mají různé formy psychoterapie, které doprovází samotné podávání léku (Molnárová et al., 2008). Tato zjištění ovšem nekorrespondují s praxí, neboť v řadě zdravotnických zařízení poskytujících substituční léčbu chybí odpovídající míra komunikace lékařů s klienty. Klient si u lékaře často vyzvedává recept na lék, ale lékař klientovi již nevěnuje žádnou další pozornost a klient tudíž často nemá ani povinnost a v případě jejich motivace ani možnost někam docházet pro psychosociální složku léčby (Radimecký et al., 2009).

Pokud jde o únik buprenorfinu na černý trh, ten je zaznamenán i v dalších evropských zemích (EMCDDA, 2010), nejen v České republice (Mravčík et al., 2010). Černý trh se Subutexem je utvářen uživateli, kteří část svého předepsaného množství prodají dalším uživatelům, aby tak získali finanční prostředky na nákup dalšího množství stejné nebo jiné látky (Radimecký et al., 2009). Odběratelem je jiný uživatel heroínu (nebo jiných opiátů), který užíváním Subutexu řeší špatnou dostupnost heroínu nebo jeho nízkou kvalitu. Lze předpokládat, že také tento uživatel zjistí, že je finančně výhodnější zajistit si oficiální předepisování Subutexu (Kotrbová, Hadravová, Salvová, & Pešek, 2004). Legitimní otázkou samozřejmě je, do jaké míry je oprávněná kontrola vydávání, užívání Subutexu? Další aktuální otázkou je injekční užívání tablet Subutexu, které klienti ve většině případů zmiňovali. Tento fakt popisuje také jiná studie (Kotrbová et al., 2004), jejíž autoři tvrdí, že problém injekční aplikace Subutexu je v ambulantních podmínkách ovlivnitelný jen minimálně i přesto, že klienti hovoří o protektivních faktorech, které snižují frekvenci jejich injekční aplikace Subutexu (např. opakované flebitidy, snaha udržet si práci apod.). Přestože je tedy užívání Subutexu na drogové scéně v Praze (včetně vysoké míry injekční aplikace) velmi frekventované, opatření snižující dostupnost Subutexu by s velkou pravděpodobností vedla k nárůstu užívání heroínu se všemi jeho negativními důsledky (Mravčík & Orlíková, 2007).

Celá situace je dále zkomplikována nedostupností rychlých testů z kapilární krve. Na začátku roku 2006 byla distribuce testů na HIV a VHC podmíněna evropským certifikátem. Došlo tedy k několikaměsíčnímu výpadku v dostupnosti rychlých testů na HIV a k výpadku testů na

VHC, který přetrvával do začátku roku 2010. Počátkem roku 2010 byl na český trh uveden rychlý test na VHC z kapilární krve. Pracovníci nízkoprahových zařízení tuto situaci reflektují a uvádějí, že by uvítali, kdyby tyto testy byly opět dostupné. Limitujícím faktorem pro použití testů je totiž jejich cena (nejnižší cena jednoho vyšetření rychlým testem z kapilární krve se pohybuje kolem 60 Kč) (Mravčík & Nečas, 2010). Jak vyplývá z výsledků studie „Trendy na drogové scéně v ČR – Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů“ v současnosti používají nízkoprahové služby jiné metody testování klientů, a to testy z plné krve ve spolupráci s laboratoří, ze séra na místě v zařízení a slinné testy na HIV. Dále nízkoprahové programy spolupracují s místní laboratoří, kam pracovníci programu klienty doprovází, s dalšími zdravotnickými zařízeními (krajské hygienické stanice nebo zdravotní ústavy a jejich poradny HIV/AIDS) a lékaři (praktičtí lékaři a infektionisté) (Radimecký et al., 2009). Vzhledem k tomu, že testování a včasný záchyt infekcí u injekčních uživatelů drog se značně podílí na prevenci a ochraně veřejného zdraví, je žádoucí, aby testy na infekční nemoci byly dostupné co největšímu počtu uživatelů. Epidemiologické údaje ovšem naznačují právě opačný trend. Od roku 2005 je pozorován výrazný úbytek provedených testů u injekčních uživatelů drog, především HIV testů a testů na VHC. Také je pozorován pokles počtu testujících nízkoprahových zařízení pro uživatele drog. Lze tedy předpokládat, že se zvýšil počet neodhalených a neléčených případů infekcí mezi injekčními uživateli drog (predevším HIV a VHC) a zvýšila se tak pravděpodobnost dalšího šíření těchto nemocí v ČR (Mravčík & Nečas, 2010).

Veškerá doporučení, která vyplývají z tohoto výzkumu, je tedy samozřejmě nutné uvažovat v kontextu celkové současné situace, která není příliš nakloněna jakémukoli provádění změn směřujících k rozšiřování stávajících služeb.

Celá tato problematika je navíc zosťřena současnou politickou situací, a to zejména situací v oblasti financování drogových služeb. V rámci mezinárodní konference „Městská a regionální protidrogová politika v éře globalizace,“ která se konala v Praze ve dnech 30. 9. - 2. 10. 2010, vznikla Pražská deklarace (o principech účinné lokální protidrogové politiky). Tato deklarace vznikla v reakci na místní drogovou politiku, která má vliv na situaci na drogové scéně. Deklarace apeluje na zavedení účinnější a vyváženější drogové politiky a vyjadřuje obavy vědců a veřejných činitelů z rizik, které plynou jak z užívání nelegálních drog, tak z nežádoucích dopadů protidrogových politik na zdraví a bezpečnost společnosti v globálním měřítku. V rámci deklarace tedy bylo vyhlášeno sedm jednoduchých a stručných pravidel účinné drogové politiky na místní úrovni (<http://www.praguedeclaration.com/cz/>). O měsíc později, v listopadu 2010, na celou situaci znovu upozornil Josef Radimecký, který upozorňuje na dlouhodobé omezování finančních prostředků na drogovou problematiku, což může způsobit zhroucení celého systému.

11 Závěr

Hlavním cílem této 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 rozšíření jejich interpretačních možností.

V rámci studie jsme provedli stručný popis demografické a socioekonomické charakteristiky hl. m. Prahy, epidemiologických údajů týkajících se užívání drog (školní a celopopulační studie, prevalenční odhad problémových uživatelů drog, infekční nemoci a žádosti o léčbu). 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 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 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 roce 2010 bylo provedeno 25 rozhovorů s klienty nízkoprahových zařízení a 1 ohnisková skupina s poskytovateli těchto služeb. Pro analýzu byly dále využity záznamy z dalších dvou ohniskových skupin, které byly provedeny v roce 2009 v rámci výzkumu „Trendy na drogové scéně v ČR – ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů“ a „New Trends in HIV-Related Risky Patterns of Injecting Drug Use and Drugs Distribution in Three Eurasian Countries with Substantial Presence of ATDS.“ Převážná většina respondentů jsou muži (45). Průměrný věk respondentů je 32,7 let (muži 33,2 let, ženy 26,5).

Z analýzy vyplývá, že zařízení, která se studie zúčastnila, jsou dlouhodobě přetížena. 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 nezvládají 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 zkreslené 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 záchyty nových klientů v jednotlivých programech a srovnat tyto záchyty 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. Přiměřeně reagovat na zvyšující se počet těhotných uživatelék drog a uživatelék drog s dětmi.
4. Vytvořit návrh na systémové zavedení minimální varianty pro sledování a vyhodnocení potřeb klientů nízkoprahových služeb a vytvořit podmínky pro udržení takového systému.
5. Zajistit lepší dostupnost rychlých testů z kapilární krve.
6. Zvýšit informovanost o nízkoprahových službách, zaměřit se také na skrytou populaci uživatelů drog.

Literatura

Barker, G. (2000). *Metody rychlého posuzování zneužívání drog ve společnosti*. Boskovice: Nakladatelství Albert.

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.

CpKP (2006). *Analýza potřeb uživatelů sociálních služeb - osoby užívající drogy, osoby ohrožené drogovou závislostí a jejich blízcí. Komunitní plánování sociálních služeb v Plzni* Plzeň: CpKP.

Csémy, L., Chomynová, P., & Sadílek, P. (2008). *ESPAD 07. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, Česká republika, 2007. Přehled hlavních výsledků za rok 2007 a trendů za období 1995 až 2007*. Praha: Úřad vlády ČR.

Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P., & Sovinová, H. (2006). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003* Praha: Úřad vlády ČR.

Csémy, L., Sadílek, P., Sovinová, H., & Lejčková, P. (2003). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Česká republika 2003. Přehled hlavních výsledků zlet 1995, 1999 a 2003. Zpráva pro tisk* Praha: Psychiatrické centrum Praha.

CVVM (2010). *Tolerance ke skupinám obyvatel. Naše společnost 2010. Tisková zpráva* Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.

EMCDDA (1998). *Guidelines for the evaluation of drug prevention*. Lisbon: EMCDDA.

EMCDDA (2000). *Evaluation: a key tool for improving drug prevention*. (EMCDDA Scientific Monograph Series ed.) (vols. No. 5) Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2001). *Guidelines for the evaluation of outreach work. A manual for outreach practitioners*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2010). *Prevention and evaluation resource kit (PERK)*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Fitch, C. & Stimson, G. V. (2003). *RAR – Review. An international review of rapid assessments conducted on drug use. A Report from the WHO Drug Injection Study Phase II*. Geneva: World Health Organisation.

Fountain, J. (2004). *Focus Assessment Studies: A Qualitative Approach to Data Collection. Toolkit module 6* Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

Gabrhelík, R., Charvát, M., & Miovský, M. (2005). Kvalitativní analýza potřeb klientů využívajících nízkoprahové služby ve Středočeském Kraji. *Adiktologie*, 5, 23-33.

Gabrhelík, R. & Miovský, M. (2009). Možnosti a meze současného využití sítě lékáren z hlediska jejich participace na nízkoprahových veřejnozdravotních intervencích v rámci adiktologických služeb. *Adiktologie*, 9, 74-84.

Gordon, D., Burn, D., Campbell, A., & Baker, O. (2008). *The 2007 user satisfaction survey of Tier 2 and 3 service users in England* London: National Treatment Agency for Substance Misuse.

Hedrich, D., Kerr, T., & Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. In T.Rhodes & D. Hedrich (Eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (pp. 305-332). Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

IHRA (2010). Co je "harm reduction"? Stanovisko Mezinárodní asociace pro harm reduction (IHRA). *Adiktologie*, 10, 188-190.

Janíková, B. Aplikační místnosti. *Zaostřeno na drogy*, (in press).

Kotrbová, K., Hadravová, V., Salvová, D., & Pešek, R. (2004). Realizace buprenorfinového substitučního programu v Českých Budějovicích - první zkušenosti. *Adiktologie*, 4, 177-188.

Leigh, D., Watkins, R., Platt, W., & Kaufman, R. (1998). Alternate models of needs assessment: Selecting the right one for your organization. *Human Resource Development Quarterly*, 11, 87-93.

Lejčková, P., Mravčík, V., & Radimecký, J. (2004). *Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002* Praha: Úřad vlády ČR.

Libra, J. (2003). Nízkoprahová kontaktní centra. In K.Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2* (pp. 165-171). Praha: Úřad vlády ČR.

Luty, J. & Arokiadass, S. M. R. (2008). Satisfaction with life and opioid dependence. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3.

Marsden, J., Ogborne, A., Farrell, M., & Rush, B. (2000). *Mezinárodně platné pokyny k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek*. Geneva: WHO, UNDCP, EMCDDA.

Mayring, P. (1990). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. München: Psychologie Verlag Union.

Minařík, J. (2004). *Analýza drogové scény a dostupnosti nízkoprahových služeb pro uživatele drog v Ústeckém kraji* Ústí nad Labem: Centrum komunitní práce.

Miovska, L., Vacek, J., Gabrhelík, R., & Miovský, M. (2006). Analýza potřeb příslušníků národnostních menšin a přistěhovalců v oblasti drogových služeb na území hl.m. Prahy.

Ref Type: Slide

Miovský, M. (2000). *Analýza faktorů vulnerability pro drogovou kariéru (kvalitativní biografická analýza s uživateli drog v rámci kvalitativní substudie projektu Copernicus: Global approach on drugs)* Praha: SANANIM.

Miovský, M. (2002). *Možnosti a meze rychlého posuzování (Rapid Assessment) v adiktologickém výzkumu. Disertační práce.* Olomouc: FF UP.

Miovský, M., Janíková, B., Gabrhelík, R., Gajdošíková, H., Grohmannová, K., Miovska, L. et al. (2006a). *Závěrečná zpráva projektu analýzy potřeb léčených uživatelů návykových látek z hlediska jejich uplatnitelnosti na trhu práce* Tišnov: Sdružení SCAN.

Miovský, M., Majzlíková, J., Miovska, L., Hošková, H., Kolařík, M., & Vondráčková, P. (2006b). *Analýza potřeb a současného stavu adiktologických služeb na území hl. města Prahy určených dětem do 15 let. Závěrečná zpráva* Tišnov: Sdružení SCAN.

Miovský, M., Miovska, M., & Gajdošíková, H. (2004). Etické aspekty terénního výzkumu s uživateli nelegálních drog. *Biograf, časopis nejen pro biografickou a reflexivní sociologii* [35], 33-55.

Ref Type: Journal (Full)

Miovský, M., Spirig, H., & Havlíčková, M. (2003). *Vězeňství a nelegální drogy. Sborník textů z oblasti užívání nelegálních návykových látek ve věznicích.* Praha: Úřad vlády ČR.

Miovský, M. & Urbánek, T. (2001). *NEAD 2000. Zprávy z výzkumu za jednotlivé okresy Boskovice*: Boskovice: Nakladatelství Albert.

Miovský, M., Zábranský, T., Gajdošíková, H., & Mravčík, V. (2001). *PAD: Kvalitativní analýza (Substudie výzkumného projektu Průběžné analýzy dopadů novelizované drogové legislativy v ČR). Výzkumná zpráva* Praha: Úřad vlády ČR.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: GRADA Publishing, a.s.

Molnárová, M., Bartoňová, J., Večeřová-Procházková, A., & Kobližková, R. (2008). Funkce drog v životě uživatelů opiátů a jejich substituční léčba buprenorfinem. *Adiktologie, 8*, 13-29.

Morávek, J. (2007). *Analýza potřeb potenciálních zaměstnavatelů léčených uživatelů návykových látek v Praze. Závěrečná zpráva z výzkumu* Praha: SANANIM.

Morávek, J., Šíp, J., & Veis, Š. (2008). *Analýza potřeb kriminálních uživatelů drog v Praze. Závěrečná zpráva z výzkumu* Praha: SANANIM.

Morgan, D. (2001). *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu.* Boskovice: Nakladatelství Albert.

MPSV (2007). *Standardy kvality sociálních služeb* Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Pešek, R., Škařupová, K., Škrdlantová, E. et al. (2008). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007* Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O. et al. (2007). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006* Praha: Úřad vlády ČR.

Mravčík, V. & Nečas, V. (2010). Testování infekčních chorob jako součást prevence a snižování rizika infekcí mezi injekčními uživateli drog v ČR. *Adiktologie*, 10, 84-90.

Mravčík, V. & Orlíková, B. (2007). Překryv klientů mezi jednotlivými nízkoprahovými programy a zneužívání buprenorfinu v Praze. *Adiktologie*, 7, 13-21.

Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Škařupová, K., Šťastná, L. et al. (2010). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009* Praha: Úřad vlády ČR.

Mravčík, V., Pešek, R., Škařupová, K., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Šťastná, L. et al. (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008* Praha: Úřad vlády ČR.

Mravčík, V. & Záborský, T. (2001). Dotazníkový průzkum injekčního užívání drog v lékárnách České republiky. *Adiktologie*, 1, 11-21.

Mravčík, V., Záborský, T., Korčíšová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Šťastná, L. et al. (2003). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002* Praha: Úřad vlády ČR.

Řehák, V. & Krekulová, L. (2002). Virové hepatitidy u injekčních uživatelů psychoaktivních látek. *Adiktologie*, 2, 41-47.

Pastrnáková, N. (2009). *Analýza potřeb klientů Kontaktního centra Břeclav. Bakalářská práce*. Univerzita Palackého v Olomouci. Cyrilometodějská teologická fakulta, Olomouc.

Pearson, R. & Kessler, S. (1992). *Use of rapid assessment procedures for evaluation by UNICEF*.

Polanecký, V., Šmídová, O., Studničková, B., Šafr, J., Šejda, J., & Hustopecský, J. (2001). *Mládež a návykové látky v České republice – trendy let 1994 – 1997 – 2001* Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.

Radimecký, J., Janíková, B., & Záborský, T. (2009). *Trendy na drogové scéně v ČR - ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů. Závěrečná zpráva* Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

Rhodes, T. (1999). *Terénní práce suživateli drog. Zásady a praxe*. Brno: Sdružení Podané ruce a Nakladatelství Albert.

RVKPP (2003). *Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele omamných a psychotropních látek* Praha: Úřad vlády ČR.

Sedláček, M. (2007). Ohniskové skupiny a skupinový rozhovor. In R.Švaříček (Ed.), *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* (pp. 184-192). Praha: Portál.

Šedřová, K. (2007). Zakotvená teorie. In R.Švařiček (Ed.), *Kvalitativní výzkum v pedagoických vědách* (pp. 84-96).

Šejvl, J. (2008). *Průřezová dotazníková studie o uživatelích návykových látek v hl. m. Praze* Praha: Centrum adiktologie PK a 1. LF UK v Praze.

Škařupová, K., Mravčik, V., & Orlikobá, B. (2009). *Hard gelatine capsules as a harm reduction drug delivery alternative to injecting* Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

Speed, S. & Janikiewicz, S. M. (2000). A comparison of levels of satisfaction of stable drug users treated in general practice and an outpatient (community based) drug treatment service. *Health Soc Care Community*, 8, 436-442.

Stevens, A. & Raftery, J. (2004). Implementing joint strategic needs assessment. Appendix 2. In A.Stevens, J. Raftery, J. Mant, & S. Simpson (Eds.), *Health care needs assessment. The epidemiologically based needs assessment reviews* (second ed., Oxford: Radcliffe Publishing.

Stimson, G. V., Fitch, C., & Rhodes, T. (1998). *The rapid assessment and response guide on injecting drug use* Geneva: World Health Organisation - Substance Abuse Department.

Strauss, A. & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvená teorie*. Boskovice: Nakladatelství Albert.

Studničková, B., Benáková, Z., Šeblová, J., & Zemanová, R. (2008). *Výroční zpráva ČR - 2007. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog* Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.

Studničková, B. & Petrášová, B. (2010a). *Výroční zpráva ČR - 2009. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog* Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.

Studničková, B. & Petrášová, B. (2010b). *Výroční zpráva Praha - 2009. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog* Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.

Švařiček, R. (2007). Hlubkový rozhovor. In *Kvalitativní výzkum v pedagoických vědách* (pp. 159-184). Praha: Portál.

UN (2005). *Data collection and leads assessment* Geneva: United Nations: International mine action standards.

UNODC (2004). *Ethical challenges in drug epidemiology: issues, principles and guidelines* Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

ÚZIS ČR (2005a). Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice - charakteristika výběrového souboru. *Aktuální informace*, 10/05.

ÚZIS ČR (2005b). Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice - nelegální drogy. *Aktuální informace*, 1-5.

Vacek, J., Gabrhelík, R., & Miovský, M. (2008). Zapojení lékáren do systému služeb pro uživatele nelegálních drog: výsledky kvalitativní studie. *Adiktologie*, 8, 301-319.

Vobořil, J. (2002). Gender differences - ženy jako zvláštní skupina zasluhující pozornost - review anglicky psané literatury. *Adiktologie*, 2, 33-39.

Vrtbovská, P. (2003). *Výroční zpráva za rok 2002* Praha: Společnost Hvězda.

WHO, UNDCP, & EMCDDA (2000). *Analýza potřeb* Geneva: WHO, UNDCP, EMCDDA.

Zábranský, T. & Janíková, B. (2008). *Studie „Séroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými injekčními uživateli na drogové scéně v hl. m. Praze (RUS-IDU-PHA)“* Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky a 1. LF UK v Praze.