

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE  
SV. ALŽBETY BRATISLAVA  
ÚSTAV SV. JÁNA NEPOMUKA NEUMANNA PŘÍBRAM**

**141813**

**HARM REDUCTION A JEHO MÍSTO V SOCIÁLNÍ  
PRÁCI S UŽIVATELI DROG**

**BAKALÁŘSKA PRÁCE**

**2017**

**MAGDALENA CHALOUPKOVÁ**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE  
SV. ALŽBETY BRATISLAVA  
ÚSTAV SV. JÁNA NEPOMUKA NEUMANNA PŘÍBRAM**

**HARM REDUCTION A JEHO MÍSTO V SOCIÁLNÍ  
PRÁCI S UŽIVATELI DROG**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Studijní program:**

**Sociální práce**

**Školitel:**

**doc. PhDr. Tibor Roman, PhD.**

**PŘÍBRAM 2017**

**MAGDALENA CHALOUPKOVÁ**

**Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava**  
**Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna Příbram**

**ZADÁNÍ ZÁVĚREČNÉ PRÁCE**

<b>Akademický rok:</b>	2016/2017
<b>Typ závěrečné práce:</b>	bakalářská
<b>Název závěrečné práce:</b>	Harm reduction a jeho místo v sociální práci s uživateli drog
<b>Jméno, příjmení a tituly studenta:</b>	Magdalena Chaloupková
<b>Studijní program:</b>	7761 R 00 sociální práce
<b>Studijní obor:</b>	7761 sociální práce
<b>Jméno, příjmení a tituly školitele:</b>	doc. PhDr. Tibor Roman, PhD.
<b>Jméno, příjmení a tituly ředitelky ústavu:</b>	doc. PhDr. Dagmar Kalátová, PhD. mim. prof.

**Anotace:**

Práce se zaměří na oblast užívání drog z pohledu filozofie harm reduction. Seznámí čtenáře s nástroji harm reduction, které se uplatňují v České Republice a vybraných zemích EU. Poukáže na důležité místo sociálního pracovníka v multidisciplinárních týmech služeb poskytujících harm reduction. Práce představí ucelený systém informací o harm reduction a pomůže čtenářům zorientovat se v dané problematice.

<b>Jazyk práce:</b>	český
<b>Vyjádření a podpis školitele závěrečné práce:</b>	souhlasím
<b>Podpis školitele:</b>	
<b>Datum schválení zadání:</b>	31.05.2016
<b>Podpis ředitelky ústavu:</b>	

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Čestně prohlašuji, že bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, neporušila jsem autorský zákon a použitou literaturu jsem uvedla na příslušném místě.

Příbram 26.4.2017

.....

## **ABSTRAKT**

CHALOUPKOVÁ, Magdalena: Harm reduction a jeho místo v sociální práci s uživateli drog. [Bakalářská práce]/ Magdalena Chaloupková – Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžběty Bratislava. Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna Příbram. - Školitel: doc. PhDr. Tibor Roman, PhD. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář sociální práce. –

Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna, 2017. 59 s.

### **Harm reduction a jeho místo v sociální práci s uživateli drog**

Bakalářská práce pojednává o problematice užívání drog na území ČR a minimalizaci zdravotních a sociálních rizik, která jsou s fenoménem užívání drog spojená. Na problematiku autorka nahlíží prostřednictvím filozofie harm reduction, kterou spatřuje ve službách kontaktních center. Oblast pomoci minimalizovat sociální a zdravotní rizika u uživatelů drog představuje pomocí několika nástrojů harm reduction s důrazem na uplatnění sociálních pracovníků v přímé práci s uživateli drog. Práce má teoretické zaměření obohacené o poznatky z praxe. Obsahuje tři kapitoly. Autorka se zabývá vymezením základních pojmů z oblasti harm reduction jako je nízkoprahovost, problémové užívání drog, výměnný program, substituční léčba, kontaktní práce, ale i nástroji, které v současné době nejsou aplikovány v ČR jako je aplikační místnost, výměnný injekční program ve věznicích a možnosti dostupného bydlení uživatelů drog. V diskusi autorka podává náhled nad představenou problematikou a vede rozpravu s odbornou veřejností.

### **Klíčová slova**

Harm reduction. Kontaktní centrum. Sociální práce. Sociální pracovník. Nástroje harm reduction. Zdravotní a sociální rizika.

## **ABSTRACT**

CHALOUPKOVÁ, Magdalena: Harm reduction and its place in social work with drug users. [Bachelor thesis]/ Magdalena Chaloupková – College of Health and Social Work St. Elisabeth Bratislava. Institute of St. Jan Nepomuk Neumann, Píbram – Supervisor: doc. PhDr. Tibor Roman, PhD. Level of professional qualification: Bachelor of Social Work. – Píbram: Institute of St. Jan Nepomuk Neumann, 2017. 59 p.

### **Harm reduction and its place in social work with drug users**

The bachelor thesis deals with the issue of drug use in the Czech Republic and minimizing health and social risks that are associated with the phenomenon of drug use combined. The author looks at the issue through the philosophy of harm reduction, which sees in the service contact centers. The area of help through minimizing the social and health risks drug users presents a number of instruments, emphasizing harm reduction on the application of social workers in work with drug users. The work has mainly theoretical focus with findings from practical knowledge. It contains three chapters. The author deals with the definition of the basic concepts of harm reduction such as low threshold, problem drug use, exchange programs, substitution treatment, outreach work, but also tools that are currently not applied in the Czech Republic, such as the application room, a syringe exchange program in prisons and the possibility of affordable housing for drug users. In the discussion, the author provides a preview of the introduced issues and debate with leading experts.

### **Keywords**

Harm reduction. Contact center, Social worker. Harm reduction instruments. Health and social risks.

# OBSAH

ÚVOD .....	9
1 HARM REDUCTION .....	11
1.1 Historie harm reduction .....	11
1.2 Harm reduction v koncepci protidrogové politiky České republiky .....	13
1.3 Minimalizace zdravotních a sociálních rizik .....	15
1.4 Princip harm reduction .....	19
2 KONTAKTNÍ CENTRUM PRO UŽIVATELE DROG .....	24
2.1 Obecné informace .....	24
2.2 Popis služby kontaktní centrum .....	26
2.2.1 Výměnný injekční program .....	30
2.2.2 Kontaktní práce .....	31
2.2.3 Informační servis .....	32
2.2.4 Sociální práce .....	33
2.2.5 Individuální plánování s klienty .....	34
2.3 Sociální pracovník v kontaktním centru.....	35
3 VYBRANÉ HARM REDUCTION NÁSTROJE V EVROVPSKÉ UNII .....	37
3.1 Aplikační místnost .....	38
3.2 Výměnný injekční program ve věznici .....	41
3.3 Housing first .....	44
DISKUSE .....	46
ZÁVĚR .....	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	55

## **SEZNAM ILUSTRACÍ**

<b>Obrázek 1: Předvolební kampaň politického hnutí Pro Prahu .....</b>	<b>15</b>
--	-----------



## **SEZNAM ZKRATEK**

CAS – centrum adiktologických služeb

EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

HR – harm reduction

IASSW – Mezinárodní asociace škol sociální práce

IFSW – Mezinárodní federace sociálních pracovníků

IHRA – Mezinárodní asociace Harm Reduction

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

MV – Ministerstvo vnitra ČR

MZ – Ministerstvo zdravotnictví ČR

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

SRN – Spolková republika Německo

SZÚ – Státní zdravotní ústav

HBV – virová hepatitida typu B

HCV – virová hepatitida typu C

## ÚVOD

*„Každý člověk je důležitý:  
někdo tím, kým je, jiní tím, jaký je  
a většina tím, kým se může stát.“*  
(motto Magdaléna o.p.s.)

Při volbě tématu pro vypracování bakalářské práce jsme se rozhodli věnovat problematice užívání drog z důvodu několikaleté působnosti autorky v nízkoprahovém typu služby v podobě kontaktního centra, kde pracuje mimo jiné i s aktivními uživateli drog na základě HR přístupu. Myslíme si, že užívání drog ve společnosti bude stále přítomné i přes profesionálně poskytované programy primární prevence. Užívání drog vnímáme jako jev, na který je potřeba reagovat, monitorovat ho, otevřeně o něm hovořit a nabízet uživatelům drog adekvátní zdravotní a sociální služby ve všech fázích užívání návykových látek.

Drogy jsou užívány jedinci napříč společnostmi z různých jejích vrstev a jedinci s odlišným sociálním statutem, nemůžeme tedy tvrdit, že užívání drog se týká pouze určitého typu jedinců. Domníváme se, že do kontaktu s drogou se dnes můžeme dostat velmi lehce např. díky internetu, který nabízí nepřeborné možnosti v podobě objednávání nových syntetických drog. Při kontaktu s drogou někteří jedinci nabídku odmítnou, jiní ji vyzkoušejí a zůstanou u jednorázového užití v podobě experimentu a někteří jedinci účinkům drog podlehnou a užívání drogy či kombinace více látek se prohlubuje. Častější a pravidelnější užívání drog má za následek zhoršující se situaci ve zdravotní a sociální oblasti v podobě ztráty kontaktů s vrstevníky z nedrogového prostředí, narůstající konflikty v rodině, vyostřené vztahy, ukončení studia, ztráty zaměstnání, narůstajících dluhů, ztráty bydlení a mnoho dalšího. I přes vyjmenované důsledky uživatelé drog nechtějí s bráním drog přestat, nebo se pokoušejí, ale ve svém snažení selhávají. I přes to, že uživatelé drog nechtějí přestat brát drogy, tak v praxi u nich objevujeme motivaci pro chování, které minimalizuje zdravotní poškození v souvislosti s užíváním drog, touhu po respektu a přijetí je samotných s jejich rozhodnutím užívat nadále drogy. To vše mohou nalézt ve službách kontaktního centra.

Cílem bakalářské práce je přinést ucelený soubor informací z oblasti HR především začínajícím pracovníkům, kolegům v kontaktních centrech. Informace zasadíme

do kontextu protidrogové politiky ČR, čtenáře seznámíme s filozofií HR a přineseme jim komplexní pohled na práci s aktivními uživateli drog prostřednictvím odborných informací implementované do prostředí praxe. V bakalářské práci se zaměříme na propojení přístupu HR se sociální prací a upozorníme na význam sociálních pracovníků v kontaktních centrech. Čtenáře seznámíme s aktuálními nástroji HR uplatňující se na území ČR a nástroji, které jsou v jiných státech součástí HR, ovšem v ČR jsou vnímány do jisté míry kontroverzně.

Bakalářská práce je rozdělena do třech kapitol, které jsou dále děleny, čímž dosahujeme logické posloupnosti předkládaného textu. V první kapitole čtenáře seznámíme s vymezením pojmu HR, historií přístupu HR a aktuálním propojením s protidrogovou politikou ČR. Prostřednictvím dat získaných ze statistik NMS propojíme aktuální drogovou situaci se sítí poskytovaných služeb v oblasti HR. Čtenáře seznámíme s osvědčenými nástroji, díky kterým se daří minimalizovat zdravotní a sociální rizika související s užíváním drog.

Ve druhé kapitole se tematicky zaměříme na službu kontaktního centra. Prostřednictvím získaných informací zasadíme službu do legislativního rámce ČR a čtenáře seznámíme s klíčovými dokumenty, které jsou pro poskytování služby nezbytné. Blíže se budeme věnovat tématům individuálního plánování, výměnného programu, kontaktní práci v propojení s výkonem sociální práce z pohledu praxe. Pozornost zaměříme na sociálního pracovníka a jeho uplatnění ve službě kontaktní centrum.

Ve třetí kapitole čtenáře seznámíme s vybranými nástroji HR uplatňující se v několika zemích EU, které v současné době nejsou aplikovány na území ČR. Přineseme informace o aplikačních místnostech, tak jak jsou zřizovány v Německu. Seznámíme s problematikou užívání drog ve výkonu trestu odnětí a svobody. Přineseme informace ze Španělska, kde se podařilo aplikovat HR přístup na území věznic prostřednictvím výměny injekčních stříkaček. Třetí oblast služeb založených na filozofii HR se bude věnovat možnosti bydlení uživatelů drog. Inspiraci načerpáme v Holandsku, prostřednictvím funkčního modelu Housing first.

V předkládané bakalářské práci vycházíme z dostupných informačních zdrojů věnující se adiktologické oblasti, které byly veřejnosti předloženy v několika posledních letech v podobě knih, monografií, závěrečných zpráv, internetových zdrojů a příspěvcích na odborných konferencích.

Bakalářská práce díky zpracování tematicky zaměřených kapitol přinese komplexní pohled na přístup HR v souvislosti s výkonem sociální práce.

# 1 HARM REDUCTION

Harm Reduction je nedílnou součástí služeb, které se poskytují uživatelům drog. Toto slovní spojení můžeme vnímat jako strategii, filozofii či přístup k danému fenoménu užívání návykových látek. Návykové látky a jejich užívání je v historii lidstva od nepaměti a domníváme se, že toto chování bude vždy součástí lidské společnosti. Ve společnosti jsou uživatelé drog, kteří nejsou motivováni pro abstinenci od užívání drog, nechtějí podniknout kroky, které vedou směrem k abstinenci, ale jsou schopni a ochotni dělat kroky, které vedou ke snižování rizik, která jsou s užíváním návykových látek spojená.

O pojmu Harm Reduction jako přístupu v sociální práci Mátel (In Mátel, Schavel a kol., 2013, s. 181) uvádí že, „*se jedná o přístup zaměřující se na snižování rizikového chování klientů a ochranu veřejného zdraví celé populace zejména před přenosem závažných infekčních onemocnění (HIV, hepatitidy B a C apod.)*.“

HR patří do oblasti sociální prevence na její terciární úroveň. Do této oblasti prevence spadají substituční programy, testování uživatelů drog na infekční onemocnění, výměna použitých injekčních stříkaček, osvětová činnost prostřednictvím odborníků, kteří působí v terénních programech, kontaktních centrech či substitučních programech. (Schavel, 2016).

Kalina vysvětluje pojem HR jako přístupy, které se zaměřují na snižování či minimalizaci poškození drogami u osob, které v současné době drogy užívají a nejsou motivováni pro abstinenci. Dále autor upozorňuje kromě zdravotních komplikací i na nutnost minimalizovat riziko sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti uživatelů drog. (Kalina et al., 2001).

Pokud přemýšlíme o HR jako o přístupu, filozofii či strategii pohybujeme se na rovině čistého pragmatismu a respektování rozhodnutí uživatelů drog nadále drogy užívat.

## 1.1 HISTORIE HARM REDUCTION

Ve všeobecnosti můžeme přístup HR spatřit ve společnosti od jejích prvopočátků. V historii nalezneme nespočetně příkladů, kdy se lidé snažili zabraňovat a minimalizovat možné důsledky rizikového chování. Minimalizaci možných rizik můžeme spatřovat v používání bezpečnostních pásů při jízdě automobilem, používání

cyklistické helmy při jízdě na kole, v používání ochranných pomůcek při práci a v mnohém dalším. Cílem je předcházet rizikům, které mohou z daného chování či činnosti vzniknout. Ovšem HR jako přístup byl definován až v 80. letech 20. století, a sice v souvislosti s užíváním drog a šíření viru HIV převážně mezi injekčními uživateli drog. (Hrdina In Kalina et al., 2003a).

Jak už jsme již zmínili počátky HR, jako přístupu nalézáme v 80. letech 20. století ve Velké Británii, kterou bychom po právu mohli označit za průkopnici tohoto přístupu. Ve městě Merseyside, což je část Liverpoolu, byl vytvořen HR program, který se skládal z pestré palety služeb pro uživatele drog od výměnného injekčního programu, vzdělávání, poradenství a lékařského předepisování heroinu a kokainu. Právě preskripce heroinu a kokainu byla již v této zemi zavedena v roce 1920, toto opatření mělo za cíl snížit škody, které vznikly užíváním těchto látek. (Hrdina In Kalina et al., 2003a). V tomto opatření spatřujeme prvopočátky substituční léčby.

Hrdina (In Kalina et al., 2003a) dále uvádí Nizozemsko, které jako první přistoupilo k radikální změně svojí protidrogové politiky ve smyslu dekriminlizace. Tím rozumíme dekriminlizaci uživatelů drog, samotné užívání drog není tedy trestné. Je kladen důraz na tezi, že drogová politika musí obsahovat i hledisko rizik spojení s užíváním drog. V roce 1984 byl v Amsterdamu založen první výměnný injekční program.

Česká republika má díky odkazu Jaroslava Skály dlouhodobou tradici v péči o uživatele drog, v minulosti se jednalo převážně o alkoholiky. Přístup HR spatřujeme i v provozování protialkoholních záchytných stanic u jejich zrodu stál již zmiňovaný Jaroslav Skála. Přístup HR se v České republice začíná objevovat po roce 1989 s nástupem demokracie na našem území. Česká republika včasně zareagovala a začala uplatňovat přístup HR v tématech protidrogové politiky i samostatné sociální práci s uživateli drog.

Od roku 1992 v České republice funguje první nízkoprahové zařízení pro uživatele drog na principu HR, zřizovatelem je Drop In o.p.s. Od roku 1993 tato společnost provozuje první substituční program v Praze pro uživatele heroinu. (Drop In, 2000).

Od roku 1994 poskytuje Sananim z. ú. mimo jiné i terénní program pro uživatele drog. Z historického hlediska se jedná o první terénní program pro uživatele drog, který byl a doposud je poskytován na území hl. města Prahy. Od roku 1996 Sananim z.ú. vydává časopis Dekontaminace, v současném nákladu 6 500 ks, který je dále distribuován výhradně uživatelům drog prostřednictvím služeb, které poskytují HR služby. (Herzog, 2016). Z praxe víme, že distribuce tohoto časopisu a dalších materiálů, které jsou určeny uživatelům drog, by měla zůstat pouze u cílové skupiny. Články obsahují slangové výrazy,

snaží se upoutat pozornost uživatelů drog a působit na ně edukativně ve smyslu HR. Pro neuživatele drog by tento materiál mohl sloužit jako návod k užívání návykových látek.

V roce 1996 vznikla Mezinárodní Harm Reduction Asociace (dále jen jako IHRA). Tato organizace zaštiťuje definici HR. Definice zní „*Jako harm reduction se označují koncepte, programy a činnosti směřující primárně k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek, aniž by nutně docházelo ke snižování jejich potřeby. Harm reduction je prospěšná pro uživatele drog, pro jejich rodiny a pro celou společnost*“ (IHRA, 2016). Z definice se dozvídáme o tom, že HR není zacíleno pouze na oblast nelegálních návykových látek, ale i na oblast legálních drog. V praxi se setkáváme s HR přístupem při práci s uživateli alkoholu např. v oblastech kontrolovaného pití.

HR ušlo během relativně krátké doby velký kus cesty a upevnilo si svoje místo v poskytovaných službách, jak v sektoru sociálním tak i zdravotnickém. K upevnění tohoto přístupu zcela jistě pomohlo i ukotvení HR v dokumentech, které jsou pro ČR závazné.

## **1.2 HARM REDUCTION V KONECPCI PROTIDROGOVÉ POLITIKY ČESKÉ REPUBLIKY**

Při přemýšlení nad koncepcí protidrogové politiky České republiky je nutné její východiska zasadit do mezinárodního kontextu, ze kterého aktuální koncepce vychází. Uvědomění si, že ČR je součástí EU a její kroky v oblasti protidrogové politiky musí být v souladu se společnými normami Evropské Unie. Zvědomění, že ČR je signatářem všech úmluv OSN, které se týkají i protidrogové politiky.

Globální komise pro protidrogovou politiku doporučuje podporovat intervence, které pomáhají snižovat škody spojené s užíváním návykových látek. Mezi tyto intervence řadí programy pro výměnu injekčních stříkaček, substituci opioidů a aplikační místnosti. Komise zdůrazňuje finanční efektivitu těchto opatření ve spojitosti se zlepšením situace v oblasti veřejného zdraví. (Global Commission on Drug Policy, 2015). Významné prohlášení v oblasti HR učinila v roce 2008 Kancelář OSN pro drogy a kriminalitu, toto prohlášení vnímáme nadále jako aktuální. „*Koncept harm reduction je často zbytečně považován za kontroverzní téma. Jako by existoval nějaký rozpor mezi prevencí a léčbou na jedné straně a snižováním zdravotních a sociálních důsledků na straně druhé. To je falešná dichotomie, tyto přístupy se vzájemně doplňují*“ (In Zaostřeno, 2015, s. 3.)

Česká republika má vytvořen vlastní dokument, který vychází z doporučení a tezí organizací, které jsme uvedli výše. Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018 (dále jako Strategie) navazuje na dokumenty k dané problematice z předešlých období. Na základě Strategie můžeme vnímat protidrogovou politiku jako úspěšnou. Úspěšnost se odvíjí od stabilního počtu problémových uživatelů drog, nízké mortality uživatelů drog a nízký výskyt infekčních onemocnění uživatelů drog. (Vláda ČR, 2011).

Strategie je členěna do čtyř základních pilířů, jedním z nich je snižování rizik. Tento pilíř je realizován prostřednictvím přístupu HR, který je vnímán jako snižování rizik spojené s užíváním návykových látek a hazardního hraní. HR přístup je dále prezentován jako jeden z několika cílů Strategie. (Vláda ČR, 2011). Tento dokument dále HR představuje jako „*Intervence v oblasti snižování rizik, které jsou zaměřeny na snižování nepříznivých zdravotních a sociálních důsledků užívání návykových látek pro společnost a samotné uživatele, kteří návykové látky aktuálně užívají*“. (Vláda ČR, 2011, s. 19).

Díky ukotvení HR přístupu ve Strategii jsou uživatelům drog přiznaná práva na ochranu zdraví, právo na informace a svobodnou volbu rozhodnutí.

Dalším závazným dokumentem, ve kterém je ukotven HR přístup, je Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2016 – 2018 v oblasti nelegálních návykových látek (dále jen jako akční plán). Tento dokument potvrzuje, že se ČR daří držet relativně dobrý zdravotní stav injekčních uživatelů drog v oblasti výskytu HIV, HCV a HBV. Akční plán na toto období kritizuje nerovnoměrnou síť HR služeb, nízkou dostupnost služeb v prostředí nočního života, absenci podporovaného bydlení pro uživatele drog, nedostatečnou míru protestovanosti na infekční onemocnění u uživatelů drog, absenci systému testování drog vyskytujících se na drogové scéně a nejasné vymezení kompetencí resortů financování HR programů. (Vláda ČR, 2016).

I přes to, že je protidrogová politika v ČR vnímána jako úspěšná, vychází z mezinárodně uznávaných doporučení, setkáváme se s nepochopením HR služeb napříč politickým spektrem. Nepochopení spatřujeme v agresivních předvolebních politických kampaních, které se objevují v našich městech a hlásají slogany, které jsou zaměřeny proti uživatelům drog. Pro ilustraci předkládáme fotku, která byla použita na billboardu k předvolební kampani v roce 2014.



Obrázek 1 Předvolební kampaň politického hnutí Pro Prahu

Zdroj: <http://www.drogy-info.cz/drogova-situace-2014/narodni-protidrogova-politika-a-jeji-kontext-2014/institucionalni-ramec-strategie-evaluace-a-koordinace-2014/xxxx>

Pokud se věnujeme tématu HR, měli bychom vědět pro kolik lidí je tento přístup v ČR aktuální, jakému počtu uživatelů drog je určen. Z informačních zdrojů NMS nám jsou pro rok 2015 známa data z okruhu počtu uživatelů, preferenci užívaných látek, mortality a mnoho dalších. Problémových uživatelů drog (pervitinu a opioidů) je v ČR přibližně 46,9 tisíc. Z toho 34,2 tisíc uživatelů pervitinu, 4,5 tisíc uživatelů heroínu, 7,1 tisíc uživatelů buprenorfinu a 1150 uživatelů jiných opioidů. Celkový počet injekčních uživatelů je 43,9 tisíc. (Mravčík et al., 2016).

Harm reduction je tedy v ČR zaměřeno na početnou cílovou skupinu z řad uživatelů nelegálních návykových látek. K tomuto počtu je zapotřebí myslet i na blízké okolí uživatelů drog v podobě jejich rodin a blízkých osob, kterých se HR nepřímo týká. HR se zaměřuje na minimalizaci zdravotních a sociálních rizik, která jsou spojena s problémovým užíváním drog.

### 1.3 MINIMALIZACE ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH RIZIK

HR přístup se nejčastěji uplatňuje u problémových uživatelů drog. Jako problémové užívání drog Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, dle vlastního překladu autorky, uvádí, že se jedná o injekční, dlouhodobé či pravidelné užívání drog z řad opiátů, pervitinu a kokainu. Pro účely EMCDDA se do problémového užívání nezařazuje užívání extáze nebo konopí. (EMCDDA, 2005).

Užívání drog s sebou přináší řadu problémů či rizik, čím více se užívání prohlubuje od experimentování přes rekreační užívání, problémové užívání drog až po samotný rozvoj



závislosti, tím více problémy narůstají a nabírají na intenzitě. (Radimecký et al., 2007). Přístup Harm reduction se zaměřuje na snižování rizik z oblasti zdravotní a sociální. Díky poznatkům z praxe víme, že problémoví uživatelé drog, jsou nejčastěji těmto rizikům vystaveni, protože dlouhodobé injekční užívání drog vede k rychlé devastaci člověka po stránce zdravotní i sociální.

HR přístup se ve zdravotní oblasti zaměřuje především na minimalizaci rizik infekčních onemocnění, která jsou spojena se sdílením materiálu, který je potřebný k intravenózní aplikaci drog, především injekční stříkačky, a dále na oblast bezpečného sexuálního chování. Z informačních zdrojů Státního zdravotního ústavu se seznamujeme s údaji za rok 2015 v problematice HIV. Situace v ČR z pohledu šíření HIV má vzrůstající charakter, v roce 2015 SZÚ zaevidoval 266 nových případů. Nejčastější způsob přenosu této infekce je pohlavní cestou. Z cílové skupiny uživatelů drog se jednalo o zachycení třech nových případů výskytu HIV. Data k výskytu HIV se sledují od roku 1985, od tohoto roku bylo HIV diagnostikováno celkem u 100 injekčních uživatelů drog. (SZÚ, 2016). K situaci HIV mezi uživateli drog v ČR se vyjádřil ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček v roce 2016 na zasedání Komise OSN pro narkotika, jak uvádí Herzog (2016) *„Patříme mezi malou skupinu zemí s celosvětově nejnižším výskytem HIV a AIDS mezi uživateli drog aplikovaných injekčně. Důležitým bodem pro nás je význam minimalizace škodlivých účinků drog (harm reduction). Bylo přesvědčivě vědecky prokázáno, že zaměření na minimalizaci škodlivých účinků přispívá k záchraně životů, zlepšení veřejného zdraví a bezpečí společnosti.“* Kalina uvádí, že mezi uživateli drog je nejčastější cestou přenosu HIV sdílení injekčního materiálu. Na základě zjištění této skutečnosti mnoho zemí po celém světě, včetně ČR, zavedlo programy pro poskytování sterilního injekčního materiálu intravenózním uživatelům drog za účelem minimalizovat rizika přenosu infekčního onemocnění. (Kalina et al., 2001).

Země, které nezařadili HR přístup do celého komplexu protidrogové politiky a razí cestu války proti drogám, se potýkají se zvýšeným počtem HIV pozitivních mezi uživateli drog. Takovýto přístup žene uživatele drog do ilegality, což má za následek sdílení nebo prodej již použitého injekčního materiálu. Příkladem může být země Rusko, kde v roce 2014 bylo celkem 907 tisíc HIV pozitivních osob, z toho 57 procent případů je spojeno s užíváním drog. (Koubová, M., 2016). HR zacílené na uživatele návykových látek je v oblasti minimalizace přenosu viru HIV v ČR vnímáno jako úspěšné.

Dalším zdravotním rizikem pro problémové uživatele drog a potažmo další celou společnost je šíření VHC. Oproti viru HIV ve společnosti nezaznamenáváme mediální

kampaně, které informují veřejnost o závažných zdravotních komplikacích, který tento virus způsobuje.

Z dostupného zdroje, který vypracovala Globální komise pro protidrogovou politiku (2013) se dozvídáme o závažnosti tohoto problému. Odhaduje se, že z celkového počtu 16 milionů injekčních uživatelů drog ve světě jich 10 milionů žije s HCV. V zemích, kde se uplatňuje represivní přístup protidrogové politiky je až 90 procent z celkového počtu injekčních uživatelů drog nakaženo HCV.

V České republice k roku 2015 nám jsou známa data z NMS o drogové situaci v ČR. Dle dostupné zprávy je těžké posuzovat a vyhodnocovat dané statistiky, vzorky sesbírané z nízkoprahových programů nejsou brány jako reprezentativní. Dlouhodobě se ČR potýká s nízkou mírou protestovanosti na přítomnost HCV u injekčních uživatelů drog. V roce 2015 bylo hlášeno Národní referenční laboratoři celkem 956 případů akutní a chronické nákazy HCV. Z celkového počtu bylo 560 případů tvořeno injekčními uživateli drog. (Mravčík et al., 2016).

V zemích EU se prevalence na zjištěné protilátky HCV u injekčních uživatelů drog pohybuje v rozmezí 40-80 procenty. (Giraudon et al., 2016). V České republice byla zřejmě nejpřesněji získaná data týkající se HCV infekce u injekčních uživatelů drog v rozmezí let 2002 až 2005, prostřednictvím provedené studie z řad klientů nízkoprahových zařízení. Reaktivita na HCV byla prokázána u 30 % osob, celkem 226 pozitivních ze 760 provedených testů. Dalším zajímavým výstupem bylo zjištění, že během prvních 6 měsíců intravenózní aplikace se infikuje 8% osob, při délce 2-5 let 25% osob, při délce užívání více jak 10 let 78% osob. (Urbánek, 2010).

Asociace nestátních organizací a její sekce Harm reduction ve své tiskové zprávě vydané v roce 2016 upozornila na vzrůstající počet pozitivních osob na HCV. V roce 2015 se v průměru za jeden měsíc tímto virem nakazilo 80 osob. K přenosu viru stačí zaschlá kapka krve na injekční stříkačce. Častým problémem bývá, že nakažená osoba necítí zdravotní komplikace, nevyhledá odbornou pomoc a virus tak může šířit dál. Nestátní neziskové organizace poskytující harm reduction služby, jako je výměna injekčních stříkaček, odborné poradenství a testování na infekční onemocnění mají nezastupitelné místo v prevenci šíření tohoto viru a v ochraně společnosti. Zpráva se odvolává na protidrogového koordinátora Vobořila „*Musím říct, že v oblasti harm reduction a prevence jako takové jdou nestátní organizace příkladem, nicméně situace je dlouhodobě neudržitelná, programy jsou poddimenzované a nedostatek personálu má za efekt stoupající počet nakažených.*“ (Rampachová, 2016).

Virovou hepatitidu typu C vnímáme jako skrytý problém drogové scény, jejíž následky mohou být při pozdějším záchytu pro jedince fatální v podobě cirhotického onemocnění jater. Infekční onemocnění není jen hrozbou pro samotné uživatele drog, ale i pro širokou společnost, ve které se toto onemocnění může dále šířit. Dostupné služby HR, které nabízejí i testování na infekční onemocnění představují efektivní nástroj pro včasný záchyt HCV, dále možnost edukativně působit na samotné uživatele drog v mírnění rizik přenosu tohoto viru. Uvědomujeme si, že náklady na testování zjištění protilátek jsou vysoké, ale domníváme se, že investice do prevence v podobě testování a plnohodnotného HR přístupu jsou výhodnější než finanční investice do následné samotné léčby hepatitidy typu C.

Samotné užívání drog, potažmo problémové užívání drog, s sebou přináší řadu rizik nejen ze zdravotní, ale i z oblasti sociální. (Mravčík et al., 2016). S rozvojem užívání osoba užívající návykové látky ztrácí kontakt s nedrogovým způsobem života, vytrácí se ze života denní řád, pracovní návyky a uživatel drog se dostává na okraj společnosti, kdy cesta zpět do běžné společnosti je nelehká. HR se snaží minimalizovat propady na sociální úrovni.

*„Sociální dopady a souvislosti užívání drog představuje poměrně široké spektrum problémů od problémů s bydlením (bezdomovectví) přes nezaměstnanost a zadluženost po problémy ve vztazích s blízkými.“* (Mravčík et al., 2016, s. 187). Celkem 95% klientů adiktologických služeb má dluhy. Výše dluhů u uživatelů drog dosahuje přibližně do 250 tisíc korun. Problémoví uživatelé drog neznají podrobně své dluhy a aktuálně tuto situaci neřeší. Případné řešení vnímají jako nerealizovatelné, na podmínky osobního bankrotu nedosáhnou, na jejich majetek je uvalena exekuce, nejsou motivováni pracovat. Pro významnou část uživatelů drog je jejich zadluženost bariérou v návratu do společnosti. (Mravčík et al., 2016).

V otázkách bydlení problémoví uživatelé vnímají jako bariéru nedostatek forem přechodného bydlení, vysoké kauce nájemných bytů. (Mravčík et al., 2016). Na problematiku bydlení pro aktivní uživatele drog upozorňuje i Herzog (2016), který uvádí, že v současné době není k dispozici v ČR nízkoprahové bydlení v podobě nocleháren a azylových domů pro aktivní uživatele drog, které jsou v zahraničí označovány jako wet houses. Stávající ubytování jako jsou noclehárny či azylové bydlení, si často s aktivními uživateli drog neví rady a uživatelé drog se často nevejdou svým chováním do pravidel daných zařízení hlavně tím, že v danou chvíli jsou pod vlivem drog. Herzog zmiňuje Těmínovou, která uvádí *„Pokud klientovi odpadne jedna starost (bydlení)*

*má najednou výrazně větší kapacitu řešit starosti jiné (např. užívání drog, práci, rodinu a podobně).*“(Herzog, 2016, s. 16).

V oblasti kriminality HR působí na úrovni sekundární drogové kriminality. Sekundární drogová kriminalita zahrnuje trestné činy, které jsou spáchány pod vlivem psychoaktivních látek a trestné činy které jsou motivovány získáním financí pro obstarání drog. (Mravčík et al., 2016). HR programy pracují s aktivními uživateli drog, díky nim se klienti posouvají dál ve směru k abstinenci. Substituční léčba ovlivňuje snižování počtu trestných činů, které jsou páčány za účelem sehnání financí na drogy. Harm reduction tedy můžeme vnímat i jako crime reduction. (Herzog, 2016).

Z poznatků, které jsme získali během praxe, představuje Harm reduction v sociální oblasti kontakt s klienty, práci s motivací klienta, mapování situace klienta a hledání možných cest ke zmírnění či prohlubování sociálního dopadu, který často vede k sociálnímu vyloučení. Klient v HR službě je v kontaktu s odborníkem, který mu může pomoci se v problematice zorientovat, odkázat a doprovodit do další instituce. HR přístup praktikovaný prostřednictvím nízkoprahové služby pro uživatele drog, vnímáme na celé škále poskytovaných služeb na základní úrovni. Je to úroveň, která je přístupná klientům, kde jsou přijímání bez předsudků a přehnaných nároků ve směru k abstinenci.

## **1.4 PRINCIP HARM REDUCTION**

Jak jsme se již zmínili přístup HR je podepřen dalšími principy, východisky či strategiemi. Tyto strategie se v přístupu HR doplňují a společně vytvářejí ucelený systém a jejich působení je vyrovnané.

Strategie ochrany zdraví v ČR je definována jako „*souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, ohrožení zdraví v souvislosti s vykonávanou prací, vzniku nemoci souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a dozoru nad jejich zachováním. Ohrožením veřejného zdraví je stav, při kterém jsou obyvatelstvo nebo jeho skupiny vystaveny nebezpečí, z něhož míra zátěže rizikovými faktory přírodních, životních nebo pracovních podmínek překračuje obecně přijatelnou úroveň a představuje významné riziko poškození zdraví.*“ (Zákon č. 258/2000 Sb. § 2 odst. 2). Strategie ochrany veřejného zdraví, neboli public health, není zaměřena na jedince, ale na celou společnost. Ve spojitosti s užíváním drog se tento přístup zaměřuje

na prevenci šíření viru HIV, hepatitid typu B a C. (Kalina et al., 2001). Přístup public health primárně nevznikl v souvislosti s užíváním drog, ale s šířením viru HIV v populaci. Jeho šíření je mimo jiné podpořeno sdílením injekčních stříkaček a rizikovým pohlavním stykem. Na rizikové způsoby chování uživatelů drog se přístup public health zaměřuje, prostřednictvím několika nástrojů. Mezi nejzákladnější nástroje patří výměna injekčního náčiní, distribuce kondomů, edukačních materiálů a služba screeningového testování na HIV. (Hrdina In Kalina et al., 2003a).

Ochrana veřejného zdraví prostřednictvím nástrojů HR je v ČR vnímána úspěšně. V ČR je vybudována síť zdravotních a sociálních služeb kde se tyto nástroje používají v praxi. Aby ochrana veřejného zdraví byla funkční je potřeba umožnit uživatelům drog co nejsnazší přístup ke službám, které pracují na principu public health.

Princip nízkoprahovosti zaručuje, že se HR přístup dostane k aktivním uživatelům drog. Již samotné slovo nízkoprahovost vystihuje tento princip, a sice minimalizaci překážek pro dosažení a využití služby.

Podle Klímy a Jedličky nízkoprahovost vystihuje dostupnost služby ve smyslu dostupnosti místní, časové a finanční. Důležitým faktorem v nízkoprahovosti je anonymita klientů, citlivost pracovníků k roli klienta a v respektu, kdy chce být klient aktivním uživatelem dané služby. (Klíma et al., 2009). Hrdina k nízkoprahovosti ve spojitosti s uživateli drog popisuje minimální požadavky na uživatele v souvislosti s jejich užíváním drog. Tzn., že klienti nemusejí abstinovat, nebo omezovat svoji frekvenci užívání drog, v souvislosti s využíváním služeb. Práce s klientem na základě nízkoprahovosti je práce s klientem v jeho aktuální situaci, v aktuálním stavu, tady a teď. (In Kalina et al., 2003a).

Užívání drog a s ním spojené problémy či rizika se dotýkají oblasti zdravotní a sociální. HR tedy nelze zařadit pouze do sociálního či zdravotnického sektoru. V roce 2005 vznikl v ČR studijní obor adiktologie, který se zabývá závislostí v celostní rovině, propojuje poznatky z medicíny, sociální práce, psychologie, sociologie a dalších oborů ve vztahu k závislosti. Radimecký uvádí, že *„Adiktologie je v ČR koncipovaný vědní multidisciplinární obor, který se zaměřuje na studium různých forem lidského konání, jež mohou vést k vytvoření závislého chování a opatření, jak toto chování ovlivňovat tj. jak mu předcházet (primární prevence), řešit je (léčba a resocializace těch, kteří se se závislým chováním potýkají) a/nebo minimalizovat s ním související rizika a jeho potenciální nepříznivé dopady nejen pro závislé, ale i pro společnost (minimalizace rizik).“* (Radimecký et al., 2007, s. 9).

Globální definice, kterou stanovila IFSW a IASSW v roce 2014 upravuje sociální práci jako „*profesi založenou na praxi a akademickou disciplínu, která podporuje sociální změnu a rozvoj, sociální soudržnost jako i zmocnění a osvobození lidí. Principy sociální spravedlnosti, lidských práv, společné zodpovědnosti a respektování rozmanitosti jsou ústřední pro sociální práci. Podepřená teoriemi sociální práce, společenských věd, humanitními a místními poznatky, se sociální práce zaobírá lidmi a strukturami, aby podněcovala životní změny a zlepšovalo blaho.*“ (Mátel, Schavel a kol. 2015, s. 12).

Kořeny HR jako přístupu k problému užívání drog spatřujeme v sociální práci jako pomáhající profesi. HR je zaměřena na jedince i celou společnost, vede k společné zodpovědnosti k dané problematice, díky HR přístupu se ke klientům dostávají informace, které jim pomáhají orientovat se v problematice, tím zplnomocňují klienty v jejich rozhodování, HR nástroje pomáhají zabránit zdravotnímu a sociálnímu propadu uživatelů drog, HR posouvá uživatele drog k pozitivním změnám a tím i celou společnost.

Jak jsme již zmínili, v České republice se používá několik nástrojů, které se nesou v duchu HR. Jedná se především o substituční program, výměnný injekční program a testování na infekční onemocnění uživatelů drog.

Substituce je způsob léčby, při kterém se nahrazuje užívaná droga lékařsky předepsaným preparátem, avšak s mírnějšími riziky, než droga původní. Cílem substituce je stabilizovat uživatele ve smyslu snížení dávky a minimalizace způsobu formy užívání drogy. Např. uživatel, který si injekčně aplikuje heroin, v substituci orálně užívá metadon. Minimalizuje se tím riziko předávkování, uživatel má zajištěn příjem dávky, která nezpůsobuje bažení po droze a místo injekční aplikace je látka užívaná ústně, čímž se minimalizuje riziko sdílení použitého injekčního náčiní a v neposlední řadě se jedná o snižování sociálních dopadů, které jsou s užíváním drog spojené. (Kalina et al., 2001). Popov k tématu substituce upozorňuje na fakt, že v drogách ilegálního původu jsou často toxické příměsi, které jsou pro uživatele rizikové a způsobují řadu komplikací fyzického rázu. U předepisované drogy – léku, je složení známé, látka má tzv. bezpečnostní profil. (In Kalina et al., 2003b). V České republice se v souvislosti s nelegálními návykovými látkami substituují opiátové látky, jako substituční látka se užívá metadon a léky s obsahem buprenorfinu. Z informací NMS se dozvídáme, že bylo v roce 2015 v České republice celkem 63 zařízení poskytující substituční léčbu, celkem v 7 věznicích byla poskytována substituční léčba, data z ordinací praktických lékařů k tomuto roku nejsou známa. (Mravčík et al., 2016). Česká republika, tak jako jiné země kde se předepisují pro

substituci tablety s obsahem bubrenorfinu, jedná se o Subuxone®, Subutex®, Ravata®, se potýká se zneužíváním substituce. S léky je obchodováno na černém na trhu a jsou užívány injekčně, což vede ke zvyšování zdravotních rizik. (Mravčík, 2016). K dané problematice zneužívání substituce se Herzog, (2012) vyjadřuje pragmaticky z pohledu HR, poukazuje na rychlé zareagování pracovníků nízkoprahových služeb v oblasti edukace uživatelů drog a filtrování tablet. Při nahlížení na substituci z pohledu HR není cílem postupné vysnižování dávky k úplné abstinenci. HR je o minimalizaci zdravotních a sociálních rizik. Díky substituci opiátů se snížila mortalita uživatelů drog na předávkování heroinem, substituce není pro klienty tak finančně nákladná, má tedy i efekt crime reduction.

Dalším nástrojem HR je výměnný injekční program pro uživatele drog, který je někdy veřejností vnímán jako podpora uživatelů, v jejich dalším užívání drog. Výměnný injekční program je jedním z efektivních nástrojů pro minimalizaci zdravotních rizik, která jsou s užíváním drog spojená.

V tomto nástroji, v této službě, která je poskytována v kontaktních centrech či terénních programech spatřujeme významnou složku HR. V rámci tohoto programu jsou uživatelům drog distribuovány prostředky jako je sterilní voda, dezinfekce, bavlněné filtry, které minimalizují rizika injekční aplikace a samozřejmě informace. Míra úspěšnosti výměnného injekčního programu je závislá od indikátoru navrácených – vyměněných injekčních stříkaček. (Kalina et al., 2001). Z dat Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogovou závislost se dozvídáme, že v roce 2015 bylo v ČR distribuováno prostřednictvím nízkoprahových služeb celkem 6,4 milionů injekčních setů. (Mravčík et al., 2016).

Dalším nástrojem HR jsou výdejní automaty na stříkačky. V ČR v roce 2015 byly v provozu celkem 3 automaty, které uživatelům drog nabízejí za poplatek náčiní určené k intravenózní aplikaci. Se službou automatů se pojí i sběrné boxy pro použitý injekční materiál, které jsou umístěny na veřejných prostranstvích, a uživatelé drog do nich mohou bezpečně odhodit svůj injekční materiál. (Mravčík et al., 2016). NMS k problematice výdejních automatů vydalo stanovisko, které obhajuje tento nástroj. V řadě jiných evropských zemí jsou automaty funkční, stejně tak i v ČR. Cílem těchto automatů je oslovit tzv. skrytou cílovou skupinu uživatelů drog, kteří se chovají velmi rizikově a nejsou v kontaktu s žádnou odbornou službou. Automaty musí plnit požadavky správné instalace a zabezpečení. Jedinou nevýhodou automatů je absence kontaktu s odborníkem, tuto absenci částečně může nahradit kontakt na adiktologickou službu, který je umístěn na automatu. (NMS, 2009). I přes princip nízkoprahovosti služby poskytující výměnný

injekční program narážejí na svoje limity. Jedná se především o limity personální, místní a časové. Automaty nabízejí HR materiál bez prahů služeb. (Janouškovec, Mravčík, 2009).

Cílem automatů není nahradit nízkoprahové programy, které kromě výměnného injekčního programu nabízejí i kontakt s odborníkem. Myslíme si, že cílem výdejních automatů je služby doplnit a tím princip HR nabídnout i uživatelům drog, kteří se obtížně kontaktují nebo je kontakt nemožný např. díky jazykové bariéře. Domníváme se, že zakoupit si náčiní k injekční aplikaci prostřednictvím výdejního automatu je přijatelnější forma, než-li zakoupení injekční stříkačky bez dalšího zdravotnického materiálu v lékárně, kde uživatel drog nedostane kontakt na odbornou službu.

Dalším nástrojem HR je testování uživatelů drog na infekční onemocnění. Domníváme se, že ideální stav by byl, kdyby všichni injekční uživatelé drog, kteří jsou v kontaktu s adiktologickými službami, které pracují se svými klienty na základě HR přístupu, byly protestováni na HIV a HCV.

Nízkoprahová zařízení jsou mnohdy jedinou odbornou službou, se kterou jsou uživatelé drog v kontaktu, je tedy potřeba aby testování na infekční onemocnění sama prováděla. Pro potřeby nízkoprahových zařízení jsou k dispozici screeningové testy, které se provádějí ze slin či kapilární krve. Jedná se o rychlé testy, které umožňují detekci silných a středních koncentrací antigenů nebo protilátek na testovaný vir. Při reaktivním výsledku screeningového testu je nutné laboratorní vyšetření žilní krve, které potvrdí či vyvrátí pozitivitu. K samotnému testování patří předtestové a potestové poradenství a samozřejmě zprostředkování kontaktu na další odbornou službu k dalšímu vyšetření krve, do takového zařízení mohou pracovníci v rámci asistenční služby klienta doprovodit. (Dolanská et al., 2004). Nízkoprahové programy se potýkají s nízkou motivovaností klientů podstoupit testování na infekční onemocnění. K této problematice nám je známo toto doporučení *„V první řadě je výhodné, pokud testování prezentujete jako běžnou a standardní nabídku vašich služeb. Stejně tak jako třeba výměnný program se i testování postupem času může dostat do povědomí vašich klientů jako něco samozřejmého.“* (Dolanská et al., 2004, s. 11).

Nízkoprahová zařízení odvádějí na poli HR nezastupitelné služby, jsou součástí prostředků ochrany veřejného zdraví, svými službami napomáhají minimalizovat rizika, která jsou spojená s užíváním návykových látek, vytvářejí pro uživatele drog přijímající prostředí prostřednictvím principu nízkoprahovosti, podílejí se na zlepšení kvality života uživatelů drog a tím i celé společnosti a v neposlední řadě chrání lidskou důstojnost uživatelů drog.



## 2 KONTAKTNÍ CENTRUM PRO UŽIVATELE DROG

Kontaktní centrum pro uživatele drog je někdy veřejností ať už odbornou či laickou slangově označováno jako Káčko. Samotný pojem kontakt v nás evokuje dotyk, spojení s lidmi, blízkost a zapojení.

*„Kontaktní centra nabízejí své služby cílové skupině drogově závislých, která není v kontaktu s jinými zdravotními a sociálními institucemi (skrytá populace). Kontaktní centra překonávají psychologické a administrativní bariéry dostupnosti a umožňují této klientele přístup ke službám bez jakéhokoliv doporučení přímo z ulice, anonymně a v neformálním prostředí, proto se též nazývají nízkoprahová.“ (Kalina et al., 2001, s. 55).*

Služby poskytované v kontaktních centrech můžeme sledovat ve dvou liniích. Jedna je tvořena kontaktními službami zaměřujícími se na aktivní uživatele drog a druhá linie je tvořena službou odborného poradenství, které je zacílené především na abstinující uživatele a osoby blízké uživatelům nelegálních návykových látek. (Libra, In Kalina et al. 2003b). Z pohledu Harm Reduction vnímáme kontaktní služby jako stěžejní pro přímou práci s aktivními uživateli drog.

S kontaktními a poradenskými službami nás blíže seznamují Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby, které definují služby jako nízkoprahové se zaměřením na navazování kontaktů s cílovou skupinou. Práce s klienty je vedena především na základě přístupu snižování rizik spojených s problémovým užíváním návykových látek. (Adameček, Libra, Šedivá, 2015).

V České republice v roce 2015 uživatelé drog mohli využívat nabízené služby prostřednictvím kontaktních center celkem na 45 místech, nejvíce těchto služeb v ČR nalezneme v Ústeckém kraji, kde se nachází 9 Kontaktních center. (Mravčík V. et al., 2016).

Kontaktní centra jsou pomyslnou vstupní branou do systému odborných služeb a umožňují uživatelům drog bezpečný kontakt s odborníky z oblasti adiktologie, sociálními pracovníky, zdravotníky, adiktology a psychology.

### 2.1 OBECNÉ INFORMACE

Historie počátku služeb kontaktních center na území ČR spadá do počátku 90. let 20. st. V tomto období se péče o uživatele drog, která se do této doby odehrávala na půdě

AT ordinací zabývajících se alkoholismem a jinými toxikomániemi, přesouvá mimo zdravotní sektor. Po roce 1989 došlo díky změnám, které se ve společnosti odehrávaly k výraznému nárůstu uživatelů drog. Díky tomuto jevu byla potřeba opustit klasický medicínský přístup na poli problémového užívání drog či závislostního chování, a čímž vznikala prostor pro rozvoj nových služeb v podobě kontaktních center, která upřednostňovala bio-psycho-socio-spirituální přístup. (Libra, In Kalina et al., 2003b).

V praxi se nejčastěji setkáváme s kontaktními centry, která jsou často registrována jako sociální služba, jejímž zřizovatelem zpravidla bývá nestátní nezisková organizace. Financování služeb je vícezdrojové na základě dotačních titulů daných rezortů (jako je např. MPSV, RVKPP, MZ a další). V současné době je systém financování služeb kritizován Asociací nestátních organizací sdružující adiktologické služby pro osoby ohrožené závislostí. Kritika je cílená na všechny fáze dotačního řízení. Poskytovatelé služeb se setkávají s nesystematičností dotačních titulů, s protichůdností pravidel dotačních titulů a mnohým dalším. Poskytovatelé služeb dlouhodobě financování služeb vnímají, jako ohrožení stávající vybudované sítě zahrnující i kontaktní centra. Ze systému veřejných financí putovalo v roce 2015 do oblasti HR, kam mimo jiné spadají i kontaktní centra, celkem 208.004.000,-Kč. (Mravčík et al., 2016). Samostatná kapitola financování kontaktních center z dostupných dokumentů není známá.

Základní legislativní ukotvení kontaktních center nalezneme v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sbírky. Dle tohoto zákona „*Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženými závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.*“ (Zákon č. 106/2008 Sb. § 59 ods.1.). Kontaktní centrum nalézáme i v Zákoně o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, kde v § 1 odst. 1 spatřujeme HR přístup v „*opatření směřující k ochraně před škodami na zdraví způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.*“ Tento zákon potvrzuje již výše zmíněné financování drogových služeb, tedy i kontaktní centra. Stanovuje, že realizace preventivních opatření v oblasti primární, sekundární a terciární prevence koordinuje vláda. Financování protidrogové politiky zajišťuje vláda spolu s ministerstvy např. MPSV, MV, MZ. (Zákon č. 379/2005 Sb.).

Jelikož legislativa upravuje kontaktní centrum a služby nabízené uživatelům drog jsou mimo jiné hrazeny ze státního rozpočtu, je potřeba garantovat kvalitu poskytovaných služeb.

V praxi se setkáváme se dvěma dokumenty upravující kvalitu služby. Jedním jsou standardy kvality sociálních služeb, které jsou doporučovány MPSV. Tyto standardy jsou všeobecné a zacílené na veškeré sociální služby, které jsou v registru poskytovatelů sociálních služeb. Pro příklad uvedeme několik standardů. „*Poskytovatel vytváří podmínky, pro osoby, kterým poskytuje sociální službu, aby mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace. Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované služby a okruh osob, kterým je určena podle těchto pravidel poskytovatel postupuje. Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.*“ (MPSV, 2009). Druhým dokumentem jsou Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče). Tento dokument je oproti standardům MPSV úzce profilovaný mimo jiné i pro kontaktní centrum. Pro příklad uvedeme několik standardů. Standard číslo 3.1.1 „*Služba snižuje rizika spojená s problémovým užíváním drog a ovlivňuje motivaci osob ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání další odborné pomoci. Služba poskytuje poradenství v oblasti prevence a léčby závislosti, zhodnocení stavu klienta, sociální práci, zprostředkování léčby. Služba poskytuje podmínky pro vykonání osobní hygieny. Služba je registrována jako zdravotní a/nebo sociální služba.*“ Standard číslo 3.4.4 „*Služba distribuuje materiál pro snižování rizik zdravotního poškození a šíření infekčních chorob. Služba má pro tuto činnost odpovídající podmínky a písemně definované postupy, kterými se pracovníci řídí.*“ (Adameček, Libra, Šedivá, 2015)

Během praxe jsme se mohli seznámit s řadou interních materiálů, které upravují popis nízkoprahových služeb. Materiály vycházejí ze stejného základů, a naplňují stejný rámec, který je stanoven standardy odborné způsobilosti.

## **2.2 POPIS SLUŽBY KONTAKTNÍHO CENTRA**

Libra k cílové skupině kontaktního centra uvádí, že se jedná především o problémové uživatele drog, kteří užívají drogy vysoce rizikovým způsobem jako je injekční aplikace, nejsou motivováni pro abstinenci a jsou ohroženi sociálně patologickými jevy. (In Kalina et al., 2003b). K cílové skupině se vyjadřují i Standardy odborné způsobilosti RVKPP, které cílovou skupinu popisují ve standardu 3.1.2 jako „*Primárně osoby problémově užívající návykové látky, osoby experimentující či škodlivě užívající*

*návykové látky včetně alkoholu. Dále: Osoby závislé na návykových látkách, osoby ohrožené patologickým hráčstvím, rodinní příslušníci a osoby blízké těchto cílových skupin.*“ (Adameček, Libra, Šedivá, 2015, s. 31).

Cílovou skupinu lze rozdělit do dvou základních linií poskytovaných služeb. Kontaktní služby jsou určeny pro aktivní uživatele drog bez ohledu na délku, způsob a frekvenci užívání. Poradenské služby, které jsou poskytovány v poradenské místnosti, jsou určeny pro uživatele drog včetně alkoholu, bez ohledu na délku, způsob a frekvenci užívání, pro osoby ohrožené patologickým hráčstvím a osoby blízké. Je potřeba tyto dvě základní služby, které kontaktní centrum poskytuje, od sebe prostorově oddělit, či vymezit otevírací dobou. (Magdaléna o.p.s., 2012).

Zákon ani výše zmíněné standardy neupravují věkovou hranici pro poskytování služeb klientům. V praxi se nejčastěji setkáváme s věkovou hranicí 15ti let věku, horní hranice věku se neuvádí.

Některá kontaktní centra poskytují kontaktní služby současně uživatelům alkoholu a uživatelům nelegálních návykových látek (Prevent 99 z.ú., 2017). Jiná zařízení pracují s uživateli alkoholu pouze v odborných poradenských službách (Magdaléna, o.p.s., 2012). Setkáváme se s kontaktními centry, které časově vymezují kontaktní služby pro uživatele drog a uživatele alkoholu. Příkladem může být Kontaktní centrum Riaps, které sídlí v Trutnově. Pracovníci tohoto centra si uvědomili nedostatek služeb v daném regionu, které by aktivně pracovali s aktivními uživateli alkoholu. Za dobu několika let praxe se přesvědčili, že kontaktní práci s aktivními uživateli drog umí a svoje poznatky a dovednosti nasměrovaly k aktivním uživatelům alkoholu, se kterými pracují v kontaktních službách v dopoledních hodinách, kdy kontaktní služby nejsou určeny pro uživatele nelegálních návykových látek. Čalovka uvádí že „*Dopolední hodiny jsme zvolili z důvodu větší pravděpodobnosti střízlivosti klientů*“. (Čalovka, 2013). V praxi se setkáváme i s kontaktními centry, které s uživateli alkoholu nepracují vůbec. (Sananim z.ú.).

Odras praxe v pojetí cílových skupin dokládá široké nastavení pro kontaktní centra prostřednictvím odborných standardů RVKPP. Daná služba tak může reagovat na situaci v lokalitě svého působení.

V popsanych definicích, které nás seznamují se službou kontaktního centra, se setkáváme s pojmem nízkoprahovost. Tento pojem v nás evokuje bezbariérovost, neznamená to ovšem bezbariérovost architektonického rázu. Napříč sociálními službami se

můžeme setkat s bariérami finančními, časové nedostupnosti a nutnosti sdělovat osobní údaje.

Nízkoprahovost v kontaktních centrech, potažmo v kontaktních službách spatřujeme v přístupu ke klientovi. Služby jsou realizovány tak, aby byla umožněna maximální přístupnost klientů do služeb. Jsou typické finanční bezplatností, přizpůsobenou otevírací dobou potřebám klientům, pro využívání služeb není překážkou klientovo pasivita ani nepravidelnost využívání služeb. Klientům kontaktních center jsou služby poskytovány anonymně. Při kontaktu klienti nepředkládají pracovníkům svůj občanský průkaz, nesdělují svoje identifikační údaje. S principem anonymity bychom mohli narazit na věkovou hranici klientů. Uvedli jsme, že jsou služby poskytovány klientům starším patnácti let věku, posouzení, ve smyslu zda už klientovi bylo 15 let, je na kontaktním pracovníkovi. (Magdaléna o.p.s., 2012).

Libra (In Kalina et al., 2003b) k anonymitě uvádí nutnost základní evidence klientů. Zařízení poskytující služby potřebují získávat data za účelem potřeby hodnotitelnosti programu, efektivity služby, znát počet klientů, kteří službu využívají atd. Z toho důvodu je nutné kódování klientů, kteří službu využívají.

V praxi se můžeme setkávat v souvislosti s kódováním klientů na nedůvěru klientů v anonymitu, případně ve službu. Kontaktní pracovníci musí prokázat profesionalitu a komunikační dovednosti, klientům musí být sdělen účel kódování a přes přidělený kód zachovat anonymitu klienta. V praxi má klient přidělen kód do třetí návštěvy služby. Kód klienta se skládá z prvních třech písmen jména matky, data narození, prvních třech písmen jména klienta a měsíce narození. Pro příklad uvedeme smyšlený kód jan23mag05. Tento systém skládání klientského kódu používají všechna nízkoprahová zařízení, která pracují s aktivními uživateli drog v ČR, tudíž je kód klienta přenositelný napříč nízkoprahovými službami. Důležitou roli při důvěře ve službu a tedy i sestavování kódu hraje skutečnost, zda klient přichází sám, na doporučení jiného klienta nebo v doprovodu se stávajícím klientem. (Vavřincová, 2017).

Nízkoprahovému režimu poskytovaných služeb je přizpůsoben i požadavek, který je zahrnut ve standardech kvality sociálních služeb, a to požadavek uzavírat s klienty dohody o využívání služeb. Dohoda může být uzavřena písemně či ústně (MPSV, 2009). V praxi propojení tohoto požadavku spatřujeme při práci s klientem v rámci prvokontaktu, tedy v situaci kdy klient využívá službu poprvé. Pro kontaktního pracovníka je v takovéto situaci důležité zvědomění a empatické porozumění situaci klienta. Klient přichází do služby, sděluje, že je uživatel drog, neví co se od něj bude očekávat, může cítit stud

a obavy z určité evidence. Pracovník přizpůsobuje komunikaci a kontakt aktuálnímu rozpoložení klienta. Pokud klient chce zůstat ve službě jen několik minut, sdělí mu pracovník pouze základní informace (nabídka služeb, otevírací doba a informaci že příště mu o službách sdělí více). Prvokontakt vnímáme jako proces, při kterém klient získává informace o službách (nabídka a pravidla služby, klientovo práva, způsob vedení dokumentace, evidence klientů=kódování klientů) a při kterém se dále zjišťuje klientova zakázka, zda a v jakém rozsahu chce služby využívat. Poté je s klientem uzavřena ústní dohoda o využívání služeb, což se přibližně stává do třetího kontaktu klienta se službou. (Vavřincová, 2017).

Nízkoprahovost spatřujeme i v pravidlech služby. Pravidla služby by měla být jasně a srozumitelně formulována a svým složením by neměla vytvářet bariéry ve využívání služeb. Interní dokument CAS Magdaléna, Příbram klientům kontaktního centra ukládá tato pravidla *„Kontaktní služby vyjma výměnného programu a krizové intervence klient může využít maximálně jedenkrát denně. V prostorách CAS je zakázáno manipulovat s drogou a se zbraní. V prostorách CAS je nepřípustné chovat se agresivně fyzicky či slovně. V prostorách CAS je zakázáno sexuální chování.“* (Magdaléna o.p.s, 2012, s. 81). Při nedodržení pravidel mají klienti zákaz využívat služby. Zákaz je odstupňován mírou prohřešku proti pravidlům, může se jednat o zákaz využívání pouze jedné služby po určitou dobu, či omezení vstupu do služeb po určitou dobu. (Magdaléna o.p.s., 2012).

Označení kontaktní služby pro uživatele drog zahrnují řadu služeb a výkonů. Výkony upravuje Seznam a definice drogových služeb. Jedná se o materiál vydaný Sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky Úřadu vlády ČR. Smysl tohoto dokumentu spatřujeme ve sjednocení nabídky kontaktních služeb napříč regiony v ČR a sjednocení systému vykazování v kontaktních centrech.

Libra zmiňuje Kudrleho a Kalínu (In Kalina et al., 2003b), kteří chápou poskytované služby jako všechny prvky včasné intervence při práci s aktivními uživateli drog. Prostřednictvím intervencí se usiluje o zásah do drogové kariéry z pohledu HR o minimalizaci zdravotních a sociálních rizik. Intervence představuje především kontaktní práci, výměnný program, základní zdravotní péči, základní poradenství, sociální práci, krizovou intervencí, doplňkové služby jako je praní prádla, poskytnutí hygienického a potravinového servisu, individuální plánování a zhodnocení psychosociálního stavu klienta.

Dle rozdělení cílové skupiny kontaktního centra do skupin uživatelů a spoluzávislých, vnímáme i nabízené služby kontaktních center ve dvou liniích, služby

kontaktní a služby poradenské. S tímto rozdělením se setkáváme i ve standardech odborné způsobilosti RVKPP, které pojmenovávají služby kontaktních center na kontaktní a poradenské. (Adameček, Libra, Šedivá, 2015).

Nízkoprahový přístup v poradenských službách spatřujeme v bezplatném poskytování služeb a v anonymitě klientů z řad uživatelů drog, alkoholu, osob ohrožených patologickým hráčstvím a blízkým okolím vyjmenovaných osob jako jsou nejčastěji rodiče, partneři a přátelé. Klienti poradenské služby se musejí předem do služby objednat, pracovník s nimi pracuje v uzavřené poradenské místnosti, která je oddělena od prostoru, který využívají klienti kontaktních služeb. Vavřincová dále uvádí „*I přes to, že se jedná o dvě oddělené služby, jsou spolu s kontaktními službami propojené. Klienti kontaktních služeb využívají poradenské služby spolu se svými klíčovými pracovníky při tématech, která se nehodí do kontaktní místnosti, kde v danou chvíli může být až 10 klientů najednou. Toto rozdělení ovšem neznamená, že by se poradenská práce s klienty v kontaktních službách neodehrávala.* (Vavřincová, 2017).

Kontaktní centra mají pestrou a komplexní nabídku služeb pro uživatele drog, které nabízejí prostřednictvím kontaktních a poradenských služeb. Pro účely naší práce a propojení s HR se zaměříme na bližší seznámení se službami, které spatřujeme v kontaktních službách. Kontaktní služby se odehrávají převážně v prostorách kontaktní místnosti, která je k těmto účelům vybavená. Podobu kontaktní místnosti a nároky na vybavení dotvářejí samostatní poskytovatelé služeb.

### **2.2.1 Výměnný injekční program**

Během poslední revize definice výkonů drogových služeb v roce 2015 došlo k přejmenování tohoto výkonu na distribuci harm reduction materiálu. Samotný akt výměny injekčního náčiní se odehrává v odděleném prostoru od kontaktních služeb. Oddělený prostor nabízí klientovi soukromí od ostatních klientů, kteří se v daný okamžik zdržují v prostorách kontaktní místnosti. Výměna injekčního materiálu v podobě jehel a stříkaček v sobě zahrnuje odevzdání použitého materiálu a následně výdej sterilního injekčního materiálu. Klientům programu je dále nabízen standardní harm reduction materiál v podobě dezinfekčního materiálu, buničiny, bavlněných filtrů, injekční vody, kyseliny askorbové a kondomy. Dle potřeby je klientům vydáván další harm reduction materiál, který je určen k méně rizikovému způsobu užívání drog, jako jsou želatinové kapsle pro ústní či anální užití drogy, brčka pro šňupání drog a alobal pro kouření drog.

Výměnný program není jen o vydání materiálu ale i o předání informací z oblasti minimalizace zdravotních dopadů, které jsou s intravenózní aplikací spojené. Pracovníci zároveň mapují rizikové chování uživatelů drog. (Trojáčková, 2015).

Vavřincová zmiňuje potřebu vzdělaných pracovníků z oblasti HR při poskytování výměnného programu. Nutnost znát postup injekční aplikace, neustále klientům opakovat co a jak se používá a to tak, aby klientům toto sdělení bylo srozumitelné. (Vavřincová, 2017). I přes mnohaletou tradici HR programů v ČR se setkáváme s faktem sdílení injekčního materiálu mezi uživateli drog. V rozmezí let 2002 až 2005 na území ČR probíhala široká studie zaměřená na výskyt HCV u uživatelů drog. Získaná data od respondentů, kteří byli složeni ze 760 injekčních uživatelů drog, udává celkem 585 respondentů fakt, že někdy po někom použili injekční stříkačku k aplikaci drogy. (Urbánek, 2010).

Výměnný injekční program není jen o výměně injekčního náčiní, pracovníci reflektují klientův aktuální stav, popisují klientovi, co vidí, jeho propady fyzické, psychické nebo naopak vyzdvihují jeho pozitivní změny, kterých si všímají. *Při výměnném programu si všímáme, v jakém stavu klienti vracejí použité stříkačky, zda je mají pomíchané se sterilním náčiním, zda je mají jen na jednom místě v baťožu, zda mají zvláštní penál na čistý HR materiál. Chválíme je za to, že vidíme pozitivní změny, že přecházejí od intravenózní aplikace k méně rizikovým způsobům a mnoho dalšího.* (Vavřincová, 2017).

Valnoha upozorňuje na vytrácení se vnímání HR jako komplexního přístup při práci s nemotivovanými uživateli drog. Tento jev zdůvodňuje zaměřením pozornosti donátorů na počty vyměněných injekčních stříkaček. Uvádí, že HR se nerovná pouze výměnný injekční program, ale i další intervence, které vedou ke snižování vysoce rizikového chování, které je s užíváním drog spojené. (Valnoha, 2014).

### **2.2.2 Kontaktní práce**

V publikacích, které se zaměřují na drogovou problematiku, se setkáváme s použitím pojmu definice kontaktní práce jako metody práce s klienty a dále jako označení výkonu této práce. Od roku 2013 se o kontaktní práci jako o výkon zajímá RVKPP v rámci závěrečných a průběžných zpráv tento výkon zařízení poskytující nízkoprahové služby pro uživatele vykazují.



Frýbert upozorňuje na rozdíl mezi kontaktem s klientem, který nemusí obsahovat kontaktní práci, jedná se např. o rychlý kontakt ve výměnném programu, kdy klient nemá zájem o rozhovor a potřebuje pouze vyměnit materiál k injekční aplikaci. Pojem kontaktní práce vnímá jako povídání si s klientem o jeho užívání drog a dalších tématech z klientova života. (Frýbert, 2014).

Za základní cíl kontaktní práce Kalina uvádí, navázání kontaktu s klientem, díky kterému se buduje komunikace založená na důvěře a otevřenosti. Prostřednictvím kontaktní práce se buduje důvěra v nabízené služby, v zařízení, které nabízí odbornou pomoc. Do kontaktní práce patří poskytování dalších výkonů, jako je informační servis, poradenství, podpora klienta pro pozitivní změny v jeho životě. (Kalina et al., 2001).

Dle definice výkonů drogových služeb je kontaktní práce vnímána jako „*vytvoření základního pracovního rámce potřebného pro realizaci konkrétní služby, který vychází z aktuální situace klienta a jeho potřeb. Cílem je vytvoření vzájemné důvěry a podmínek, potřebných pro poskytování dalších služeb.*“ (Trojáčková., 2015. s. 26.).

Zahradník kontaktní práci vnímá jako profesionální aktivitu, která je specifická ve svém pojetí nízkoprahovosti a zaměřující se na proces zvědomování možností změn sociokulturního prostředí člověka a ovlivňování průběhu těchto změn prostřednictvím aktivního a podporujícího kontaktu pracovníka s klientem nízkoprahových služeb. (In Klíma et al., 2009).

V praxi vnímáme kontaktní práci jako velmi křehkou metodu práce s uživateli drog. Zpočátku jsou klienti ve službu nedůvěřiví, během rozhovorů se buduje vztah mezi pracovníkem a klientem, prostřednictvím kterého se daří klienta posouvat v jeho životě ke kvalitativním změnám. Pracovníci mají na paměti, že každý klient má svoje tempo, někdy klientovi trvá řadu měsíců, než nastane jeho čas pro aktivní zapojení se do kontaktní práce, někteří klienti se do kontaktní práce nezapojí nikdy a ve službách kontaktního centra využívají pouze výměnný program, který se odehrává v několika minutách a jedná se tedy o kontakt s klientem bez zapojení do kontaktní práce.

### **2.2.3 Informační servis**

Výkony drogových služeb popisují informační servis jako poskytnutí informací klientovi z oblasti bezpečnějšího užívání drog a bezpečnějšího sexu, z oblasti zdravotní a sociálně-právní, informace o literatuře pro vzdělávání, a další specifické informace, které nelze zařadit do žádné z vyjmenovaných oblastí. K předávání informací slouží

pracovníkům informační tištěný materiál. Informace jsou podávány na základě klientova zájmu o ně a na základě znalosti pracovníka v určité oblasti poskytovaných informací. (Trojáčková, 2015).

V praxi pracovníci v kontaktních centrech přistupují ke každému klientovi individuálně, respektují klientovo aktuální rozpoložení, informace poskytují srozumitelnou formou, k čemuž používají slangové výrazy drogové scény. Informace klientovi aktivně nabízejí, mapují klientův zájem o informace, zajímají se o klienta o jeho způsob života. Nabízejí informace, které mohou být začátkem v jeho pozitivních změnách např. v oblasti zdravotní (např. léčba HCV), sociální (např. postup jak žádat o ubytovnu). Vavřincová k informačnímu servisu uvádí, že v počátcích poskytovaných služeb v CAS Magdaléna Příbram byly pracovníci velmi aktivní ve zjišťování informací, které chtěli klienti vyhledat. Od telefonního čísla na pracovníci úřadu práce, směrovací číslo na vazební věznici a mnoho dalšího. *Od aktivního přístupu pracovníků v určitých oblastech jsme upustili, podporujeme klienty v tom, aby si informace prostřednictvím námi nabízených služeb vyhledávali sami. Učíme je pracovat s internetem na počítači, který je k dispozici na kontaktní místnosti. Je to jistě delší proces, nežli klientovi informaci sdělit, ale klient roste s tím, co zvládne sám a získaná informace má pro něj větší váhu. Tuto činnost vnímáme jako přesah výkonu informačního servisu.* (Vavřincová, 2017).

Poskytnutí informací vnímáme jako nedílnou součást sociální práce s klienty. Správně podaná informace posiluje klienty v jejich rozhodování se o svém životě.

#### **2.2.4 Sociální práce**

Sociální práci dle Matouška vnímáme v rovině společenskovední disciplíny a praktické činnosti. V praktické činnosti se sociální pracovníci zabývají zmírňováním a řešením sociálních problémů klientů, napomáhají klientům dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Sociální práce se opírá o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. (Matoušek, 2003).

Kontaktní centra vykazují dle seznamu a definic výkonů drogových služeb sociální práci, která je stanovena jako výkon, který v sobě nese aktivity zaměřené na pozitivní změnu v oblasti sociální situace klienta. Aktivity, které jsou zaměřeny na posilování klientových schopností řešit běžné sociální problémy. Definice výkonů vyjmenovává pro sociální práci aktivity při pomoci vyřizování sociálních dávek, dokladů, pomoc při řešení

problémů s bydlením, zprostředkování služeb v jiných zařízeních, asistenční službu a další. (Trojáčková, 2015).

Sociální práci s uživateli drog vnímá Miovský za součást mezioborového přístupu k léčbě závislostí, která nabízí bohaté spektrum činností při práci s uživateli drog. (In Kalina et al, 2003b).

Sociální práci v kontextu definice výkonů vnímáme z pohledu sociálních pracovníků velmi úzce vymezenou. Mátel zmiňuje Thompsona, který uvádí, že za sociální práci můžeme považovat veškerou činnost, kterou v rámci výkonu profese sociální pracovník provádí. (Mátel, Schavel a kol., 2013). V kontaktních centrech by se tedy jednalo o veškeré poskytované služby, které poskytuje sociální pracovník. Zvědomění, že v kontaktních centrech s uživateli drog, nepracují pouze sociální pracovníci, ale mutlidisciplinární týmy, nás vede k poznatku nutnosti nastavit výkon sociální práce tak, jak je uveden v definicích výkonů drogových služeb.

### **2.2.5 Individuální plánování s klienty**

Individuálně plánovat s klienty průběh poskytované služby ukládá kontaktním centrům vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb. v platném znění. Dle této vyhlášky klienti kontaktních center musí s pracovníky rozebírat svou osobní a sociální situaci, společně hledat vhodné formy a možnosti pro nastavení vhodné podpory. (Straková, Čermáková, 2008).

Problematické individuálního plánování s klienty v nízkoprahových službách se věnuje Herzog, který připomíná, že se nejedná pouze o vyplnění formuláře, ve kterém si klient stanoví cíle, kroky vedoucí k naplnění a to, zda se dosažení cíle zdařilo. Individuální plánování vnímá jako proces, který je součástí sociální práce s klientem. Na začátku tohoto procesu by mělo být ujasnění si problému, kterému se klient chce prostřednictvím nabízené služby věnovat. V nízkoprahových službách pracovníci neví, zda klient, se kterým právě teď pracují, využije službu v budoucnosti. Rozhodujícím faktorem, který ovlivňuje průběh spolupráce s klientem je i čas, který klient stráví ve službě. Herzog zdůrazňuje, že se může jednat o pětiminutový kontakt ve výměnném programu. I přes takto krátké intervence pracovníci mohou s klientem individuálně plánovat. Při krátkém kontaktu pracovníci uzavírají s klienty tzv. dohodoplánování. V praxi se jedná o jednání se zájemcem o službu, kdy přicházejícímu klientovi představujeme nabízené služby, zjišťujeme, kterou službu chce klient využít, naplánujeme s ním průběh služby a provedeme revizi plánu. Herzog

upozorňuje, že dohodoplánování je určeno pro stále se opakující služby jako je vydání potravinového servisu, poskytnutí výměnného programu a základních informací. Ve zkratce jde o intervence, kdy víme, že čas na přímou práci s klientem je velmi omezen. (Baláž, 2011).

K individuálnímu plánování se vyjadřují obecné standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné adiktologické služby prostřednictvím standardu 4.4, který uvádí, *že s pacientem/klientem je stanoven individuální plán odborné péče, který reflektuje jeho potřeby a cíle, kterých chce prostřednictvím odborné péče/služby dosáhnout a které jsou vzhledem k jeho možnostem za využití služby realizovatelné.* (Adameček, Libra, Šedivá, 2015, s. 15).

Vnímáme, že minimalizace a snižování rizik, která jsou s užíváním drog spojená, jsou ovlivněny aktivním plánováním klienta spolu s pracovníkem. Individuální plánování je proces, prostřednictvím kterého uživatelé drog dosahují méně rizikového způsobu života. Z pohledu HR cíle v individuálních plánech nemusí vést k abstinenci od užívání drog.

### **2.3 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V KONTAKTNÍM CENTRU**

Z historického hlediska se pozice sociálních pracovníků utvářela po staletí od intuitivní charitativní pomoci, přes počátky vzdělávání pomáhajících pracovníků až po systematické studium na vyšších odborných a vysokých školách. (Mátel, Schavel a kol., 2013).

Sociální pracovník se v kontaktním centru při výkonu svého povolání setkává se sociálními problémy, krizovými situacemi a s jedinci, kteří nemají vlastní dovednosti, síly a možnosti svojí situaci zlepšit. Domníváme se, že je nutné, aby práci v kontaktních centrech vykonávali odborníci, kteří mají vědomosti a dovednosti z oblasti závislostí, sociální práce a tyto znalosti uměli přinášet do přímé práce s klienty. Mezi odbornou veřejností se při pracovních příležitostech jako jsou odborné konference, vzdělávání apod. setkáváme s pracovníky z kontaktních center, které spojuje vysoké pracovní nasazení, zapálení pro problematiku závislostí a chuť pomáhat druhým.

K problematice závislosti a problémového užívání drog pracovníci přistupují na základě bio-psycho-socio-spirituálního modelu, s tím souvisí i požadavek na multidisciplinárně zaměřený tým služby kontaktního centra. Pluralita týmů nabízí rozšíření úhlů pohledu na problematiku užívání drog. (Miovský in Kalina et al, 2003b).

Na základě rozmanitosti týmu a vyváženého přístupu se domníváme, že v kontaktních centrech mají sociální pracovníci nezastupitelné místo.

Výkon povolání sociálního pracovníka v ČR upravuje zákon o sociálních službách. Základním předpokladem pro profesi sociálního pracovníka je plná svéprávnost, zdravotní a odborná způsobilost a bezúhonnost. Odbornou způsobilostí se rozumí získání minimálně vyššího odborného vzdělání v oborech zaměřující se na sociální práci, sociální pedagogiku, humanitární práci a sociálně právní činnost. Povolání sociálního pracovníka se může profilovat ze získaného vysokoškolského studia zaměřující se na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku. Sociální pracovník má povinnost se nadále vzdělávat v oblasti sociální práce prostřednictvím akreditovaných kurzů, účastí na konferencích atd. (Zákon č. 106/2008 Sb.).

Profesionální sociální pracovník do týmu kontaktního centra přináší široké znalosti z oblasti sociální práce, při práci s klienty se opírá o přístupy sociální práce, metody sociální práce, propojuje teoretické poznatky s praxí a jeho činnost s klienty není nahodilá, ale cílevědomá.

Sociální pracovník v kontaktním centru s uživateli drog pracuje prostřednictvím autentického lidského vztahu, který se tvoří mezi pracovníkem a klientem. (Zahradník In Klíma, Jedlička, 2009). Mátel zmiňuje Machalovou, která uvádí, že sociální pracovník pracuje prostřednictvím svojí osobnosti. (In Mátel, Schavel a kol., 2013). Sociální pracovník při práci s klienty kontaktního centra uplatňuje svoji empatii, projevuje klientům vřelost a v rámci kontaktu je autentický. Během komunikace prokazuje schopnost vhledu do situace klienta, zajímá se o klienta a přizpůsobuje komunikaci cílové skupině. V komunikaci je kladen důraz na jednoznačnost a srozumitelnost předávaných informací. (Řezníček, 2000).

V praxi pozorujeme uplatnění znalostí sociálních pracovníků zejména na poli minimalizace sociálních rizik, která jsou s užíváním drog spojená. Sociální pracovník v rámci základního sociálního poradenství pomáhá klientovi orientovat se v systému sociálního zabezpečení, podporuje a motivuje klienty využívat tzv. záchranou sociální síť za účelem stabilizace sociální situace klienta. Přináší do týmu široký pohled na problematiku závislosti.

### 3 VYBRANÉ HARM REDUCTION NÁSTROJE V EVROPSKÉ UNII

Česká republika se při práci s aktivními uživateli drog opírá o přístup HR a minimalizaci rizik, která jsou s užíváním návykových látek spojená. Díky těmto nástrojům získáváme informace o drogové problematice a možnost odborně s uživateli drog pracovat na základě lidských práv a svobod. Mimo území ČR se setkáváme s dalšími HR nástroji, které mohou být pro naši zemi inspirativní v možnostech rozvoje HR aktivit s uživateli drog.

Evropská unie v otázkách protidrogové politiky vystupuje jednotně. Protidrogová politika věnující se mimo jiné i oblasti HR, je prezentována v dokumentu Protidrogové strategie pro období 2013-2020 (dále jako Strategie). Od této Strategie se odvíjí samostatné aktivity členských států EU. Strategie uvádí oblasti, kterým je potřeba věnovat se v rámci členských zemí a v rovině mezinárodní spolupráce. Jedná se zejména o snižování poptávky a nabídky po drogách, snižování zdravotních a sociálních rizik, která jsou s užíváním drog spojená. Z pohledu HR Strategie reflektuje stále vysokou míru úmrtnosti v souvislosti s užíváním drog, vysoký výskyt infekčních onemocnění, které jsou primárně přenášeny krví mezi injekčními uživateli, zejména HCV. Tyto skutečnosti Strategie spolu s dalšími vnímá jako výzvy, kterým je potřeba se věnovat. (EU, 2012). Dokument udává obecný rámec pro problematiku protidrogové politiky, konkrétní kroky jak uvedených cílů dosáhnout ovšem nechává v diki samotných členských států EU. Proto se ne v každé zemi setkáme se stejnými nástroji HR při dosahování vytyčených cílů.

Janíková vnímá základní služby HR v ČR jako funkční, reflektuje jejich nastavení a ukotvení ve stávající síti poskytovaných služeb. Domnívá se, že ČR se ocitá v době, kdy je potřeba hledat, pojmenovávat a aktivně se věnovat novým výzvám v oblasti HR. (Janíková In. Kalina, 2015).

V České republice prozatím nenastala vhodná doba k realizaci aktivit, které jsou v jiných zemích EU již standardním nástrojem HR, podobně jako HR nástroje, které se stali již součástí poskytovaných služeb, vzbuzovali ve svých počátcích u široké veřejnosti rozpaky, či byla vnímána jako kontroverzní témata. Uvědomujeme si, že nástroje HR, které v tuto chvíli nejsou součástí protidrogové politiky ČR, mohou být napříč společností vnímány rozličnými způsoby.

### 3.1 APLIKAČNÍ MÍSTNOST

Uvědomujeme si, že zřizování aplikačních místností pro uživatele drog je ve společnosti vnímáno kontroverzně. K tomu, aby tento nástroj mohl být z pohledu HR efektivní, předchází řada příprav, mimo jiné i komunitní práce se širokou veřejností. Aplikační místnosti nalezneme v několika zemích EU a dalších nečlenských státech.

Janíková aplikační místnost popisuje jako „*odborně vedené zdravotnické zařízení, kde uživatelé mohou užít drogu v bezpečných, hygienických podmínkách.*“ (Janíková, In Kalina et al., 2015, s. 283). Personál této služby je tvořen sociálními pracovníky, zdravotními sestrami, lékaři a dalšími pracovníky, kteří jsou školeni pro poskytování první pomoci a sociální pomoci uživatelům drog. (Janíková, In. Kalina et al., 2015).

První aplikační místnost byla zřízena ve Švýcarském městě Bern v roce 1968. Do dnešní doby se služba umožňující aplikaci drog pod odborným dohledem v hygienicky vyhovujících podmínkách rozšířila na území Německa, Dánska, Nizozemska, Lucemburska, Španělska, Kanady, Austrálie a jako poslední se v roce 2017 přidala Francie. (Haniaková, T., 2017).

Jedním z primárních cílů aplikačních místností je aplikace drog samotnými uživateli pod odborným dohledem personálu a tím minimalizovat riziko předávkování drogou, dále poskytnout hygienicky vhodné zázemí pro aplikaci drog spolu se sterilním náčiním určené k aplikaci drog a tím zamezit riziku šíření infekčních onemocnění mezi uživateli drog. Dalším cílem je zprostředkovat kontakt problémových uživatelů drog s odbornou službou z oblasti adiktologie, sociálních a zdravotních služeb. Sekundárním cílem je snaha o eliminaci užívání drog na veřejných místech a omezit počet volně odhozených injekčních stříkaček na veřejně dostupných místech. (Janíková, B., 2015).

Štefunková aplikační místnosti rozděluje dle Hedricha do tří hlavních typů. Integrovaná zařízení jsou charakterizována návazností služeb v rámci jednoho zařízení, kdy zařízení poskytuje škálu služeb pro uživatele drog mimo jiné i aplikační místnosti. Pro účely aplikační místnosti je vymezen zvláštní prostor v oddělené části zařízení od ostatních nabízených služeb. V integrovaných zařízeních tvoří klienti aplikační místnosti jednu z několika cílových skupin. Druhým typem aplikačních místností jsou specializovaná zařízení, která jsou zřizována za výhradním účelem aplikace drogy pod odborným dohledem. Aplikační místnosti specializovaného typu jsou často zřizována poblíž drogových trhů, kde je otevřená drogová scéna a na těchto místech je vysoká poptávka po bezpečných místech k aplikaci drogy. Ze specializovaných aplikačních místností jsou

uživatelé odesílání do dalších návazných služeb. Třetí typ aplikačních místností je vnímán jako neformální. Tyto neformální místnosti jsou provozovány stávajícími nebo bývalými uživateli drog, nejčastěji na bytech. Neformální aplikační místnosti je nutno odlišovat od aplikačních místností prvních dvou typů. (Štefunková, 2010).

Janíková (2015) model neformální neuvádí, jako třetí model aplikační místnosti vedle integrované a specializované uvádí mobilní. Mobilní aplikační místnost je provozována v podobě pojízdné dodávky, je vybavena zařízením odpovídající svému účelu a odborným personálem. Výhodou této služby je možnost pružného reagování na změny drogové scény ve smyslu lokálních přesunů. (Janíková, In. Kalina et. al., 2015).

Společné rysy aplikačních místností nalézáme napříč poskytovanými státy poskytující službu supervidované aplikace drog. Janíková vyzdvihuje ze společných rysů „*například přístup je zpravidla umožněn pouze registrovaným uživatelům dané služby a je nutné splňovat určité podmínky, například minimální věk a trvalé bydliště v dané lokalitě.*“ (2015, s. 3). Dále poukazuje na zvyšující se potřebu reagovat a následně ve smyslu HR pracovat i s uživateli drog, kteří si neaplikují drogu injekčně. Na tento fakt reagují i některé aplikační místnosti, které klientům umožňují aplikovat si drogu v bezpečném prostředí způsobem inhalace či kouřením. (Janíková, 2015).

V praxi jsou aplikační místnosti jediným nástrojem HR, který se zaměřuje na injekční uživatele drog, kteří jsou toho času osobami bez přístřeší a k aplikaci drog nemají dostačující hygienické zázemí. Domníváme se, že nejen injekční uživatelé drog z řad osob bez přístřeší řeší otázku vhodného místa pro aplikaci drog. Během praxe v kontaktním centru se klientů doptáváme a mapujeme jejich možnosti na bezpečné místo pro aplikaci drog. Setkáváme se často s odpovědi typu restaurační sociální zařízení, různá křoví, opuštěné domy apod. Připomínáme, že i injekčnímu uživateli drog aplikujícímu si drogu v domácím, hygienicky vhodném prostředí, s každou aplikací hrozí riziko předávkování, které v důsledku může být pro uživatele drog fatální. Toto riziko je potřeba eliminovat dohledem odborného personálu.

Pro doplnění informací o aplikačních místnostech představujeme ukotvení této služby v Německu, které začalo otázku aplikačních místností zvažovat v 90. letech 20. století. Impulzem pro zabývání se tímto HR nástrojem byla otevřená drogová scéna zejména ve městech Hamburk a Frankfurt. Otevřená drogová scéna v těchto městech s sebou přinášela takové jevy, jako byl vysoký počet případů předávkování, nehygienická aplikace drog a v neposlední řadě stížnosti místních obyvatel a policie na rušení veřejného pořádku. V roce 1994 začal provoz aplikačních místností ve Frankfurtu a postupně se



aplikační místnosti začali otevírat i v jiných městech. V roce 2003 bylo v Německu celkem 25 aplikačních místností a byly poskytovány prostřednictvím mobilní, integrované a speciální formy. Cílová skupina aplikačních místností je tvořena problémovými uživateli drog, kteří jsou obtížně dosažitelní z pohledu jiných nízkoprahových služeb, se zvláštním důrazem na uživatele drog na otevřených drogových scénách. Injekční užívání drog je rozhodující pro využívání služby u necelé poloviny aplikačních místností z celkového počtu. Aplikační místnosti jsou vybaveny jak pro injekční aplikaci, tak i pro inhalaci drog. Vstup do služeb se v různých městech liší, kritérium pro vstup tedy není v zemích SRN jednotný. Některá zařízení umožňují vstup na základě předložených osobních dokladů a v těchto případech jsou služby poskytovány pouze osobám mající pobyt v daném městě. (Štefunková, 2010). V předkládání osobních dokladů narážíme na zásadu anonymity, která je pro HR služby charakteristická.

Veškeré aplikační místnosti na území Německa mají dle zákona o omamných látkách povinnost dodržovat při poskytování služby minimální standardy. Standardy mimo jiné upravují potřebu škály podpůrných služeb a orientaci na léčbu uživatelů drog. (Štefunková, 2010). K cílové skupině se vyjadřuje standard číslo 7. *„přesná definice skupiny osob oprávněných užívat aplikační místnosti, konkrétně co se týká jejich věku, typu omamné látky, kterou si smějí přinést, a způsobu užívání; osoby, u nichž je patrné, že se jedná o nové nebo občasné uživatele, musejí být z užívání aplikačních místností vyloučen;“* (Hedrich, In Štefunková, 2010). Štefunková (2010) k tomuto standardu zmiňuje vyjádření Judda, který v tomto vymezení spatřuje jisté dilema v souvislosti s obtížným zvažování dané situace. Vysoký výskyt HCV u injekčních uživatelů drog nás vede k včasnému zapojení injekčních uživatelů drog do systému odborných služeb, protože včasné zapojení může vytvářet příležitosti pro podporu zdraví ve smyslu HR. Na druhé straně existuje riziko ztotožnění se a silného zakotvení ve skupině injekčních uživatelů drog u jedinců, u kterých by injekční užívání mohlo být pouze přechodné.

Praktický exkurz do problematiky aplikační místností nám přináší Mladá, popisující aplikační místnost ve městě Berlín. Služba aplikační místnosti ve městě Berlín je zřizována nestátní organizací Vista v rámci projektu Birkenstuble, které zajišťuje nízkoprahové služby (kontaktní a poradenské) a aplikační místnost. Služba aplikační místnosti je poskytována na základě předložení průkazu totožnosti a sepsání kontraktu. Pokud osoba průkaz totožnosti nemá, musí jí být nejméně 25 let, věk je na posouzení personálu. Při vstupu do aplikační místnosti se klient prokáže dokladem totožnosti, sdělí personálu jako látku a jakým způsobem si ji bude aplikovat. V místnosti pro injekční

aplikaci klienti mají k dispozici sterilní zdravotnický materiál, který je určen k intravenózní aplikaci, tištěný materiál s návodem pro méně rizikový způsob aplikace. Zdravotní pracovník dohlíží na průběh aplikace a edukuje ve smyslu HR, v případech zdravotních komplikací poskytuje první pomoc. Ve službě je klientům k dispozici místnost pro kuřáky heroinu, zde zdravotnický personál dohlíží na průběh aplikace přes sklo. (Mladá et al., 2010).

V ČR jsme během praxe zaznamenali snahy o zřízení aplikační místnosti především na území hlavního města Prahy, která se potýká s negativními dopady otevřené drogové scény. V tuto chvíli aplikační místnosti jako účinný nástroj HR nemají dostatečnou politickou a veřejnou podporu, stejně tak jako další HR nástroje, které se v tuto chvíli v ČR neuplatňují.

### **3.2 VÝMĚNNÝ INJEKČNÍ PROGRAM VE VĚZNICI**

Užívání drog v souvislosti s vězeňským systémem je často spojováno. Prostřednictvím médií jsme informováni o policejních akcích, které vyšetřují dodávání a další redistribuci drog přímo v prostorách věznic. Z tohoto důvodu a dále i díky poznatkům z praxe usuzujeme, že k užívání drog ve věznicích dochází. Z HR nástrojů se v českých věznicích využívá pouze substituce formou metadonu a to pouze v několika věznicích na území ČR. Některé země EU začaly rozšiřovat vězeňský systém o přístup HR prostřednictvím programů zajišťující výměnu sterilních jehel a stříkaček v prostorách věznic.

V roce 2010 byla na území ČR provedena rozsáhlá dotazníková studie, která se zaměřila na užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody. Studie se zúčastnilo celkem 2000 respondentů z celkem 36 věznic na území ČR. K vyhodnocení dotazníků bylo použito celkem 1668 dotazníků. Celkem 6,6% z počtu dotázaných uvedlo použití injekční stříkačky k aplikaci drogy ve vězení. (Mravčík et al, 2011).

Uvědomění si vyššího výskytu infekcí HIV a VHC u vězňů než v běžné populaci vede řadu států k nastavování HR programů přímo ve věznicích. Rizika nákazy infekčním onemocnění jsou ve věznicích vysoké z důvodu sdílení injekčního náčiní k aplikaci drog a nechráněného pohlavního styku. Další fakt, který zvýšený výskyt infekčních onemocnění vysvětluje je, že samotní uživatelé drog často páchají trestnou činností a tvoří velkou část osob ve výkonu trestu odnětí svobody. Pokud tedy ve věznicích bude čím dál tím více osob, které užívají drogy injekčním způsobem, bude se zvyšovat riziko pro vznik epidemie

infekčních onemocnění na půdě věznic. Na tuto situaci je potřeba reagovat prostřednictvím HR nástrojů v podobě výměny injekčního náčiní k aplikaci drog a distribuci kondomů. (Mravčík, 2006). K HR nástrojům ve věznicích se vyjadřují i Evropské směrnice pro HIV/AIDS a hepatitidy ve věznicích, které upozorňují na situaci „že se vždy najdou vězni, kteří si drogy ve věznici nějak opatří, a proto by zde měla existovat možnost jejich bezpečné injekční aplikace.“ (Mioviský, Spirig, Halvíčková, 2003, s. 42). K problematice distribuce kondomů směrnice doporučují snadný anonymní a bezplatný přístup k prezervativům a lubrikantům na půdě věznic. (Mioviský, Spirig, Havlíčková, 2003). K problematice vysoké prevalence výskytu infekčních onemocnění přistupujeme primárně ze zásady ochrany veřejného zdraví. Snížení výskytu infekčních onemocnění ve vězeňském prostředí je přínosné jak pro samotné vězně, tak pro personál pracující ve věznicích a rodinné příslušníky zmíněných. Při propuštění vězňů s infekčním onemocněním na svobodu se otázka zdraví vězňů stává otázkou veřejného zdraví. (Mravčík, 2006).

Jsme si vědomi, že samotná výměna injekčního materiálu nebo distribuce materiálu k aplikaci drog v prostorách věznic je kontroverzním tématem, vzbuzující řadu emocí napříč společnostmi. K důležitosti HR přístupu byla vypracována řada zpráv a příkladů dobré praxe, které se zakládají na čistém pragmatismu.

Petroš (2006) konstatuje, že vězeňské systémy na území Evropy zauímají často odmítavý postoj k zavádění programů výměny injekčních stříkaček. Obavy vězeňského systému ze zavedení programu plynou z možnosti náhodného poranění o injekční stříkačku, konfliktů mezi vězni, použití jehly jako zbraně a v neposlední řadě o zvýšení nárůstu injekčního užívání drog. Příklady dobré praxe uvádějí, že se tyto obavy ve věznicích, kde se výměnný injekční program poskytuje, nenaplnily.

Pro přiblížení se problematice výměnného injekčního programu v prostředí věznic se seznámíme s HR přístupem ve věznicích Španělska, kde funguje model výměny v převážné většině věznic.

Španělsko zareagovalo na fakt, že přibližná polovina osob, která je ve výkonu trestu odnětí svobody má předchozí zkušenost s užíváním nelegálních návykových látek, nebo byla před výkonem trestu aktivními uživateli drog. Jedná se převážně o uživatele heroínu či injekční uživatele kokainu. S tím souvisí vysoká míra výskytu infekčních onemocnění HIV a HCV mezi vězni. Opatření vyplývající z této skutečnosti se realizovala na půdě věznic prostřednictvím zavedení bezdrogových zón, kde mají osoby možnost léčit se ze svojí závislosti souběžně s výkonem trestu odnětí svobody. Odborníci na drogovou

problematiku si uvědomují, že ne všichni uživatelé drog, kteří jsou ve výkonu trestu odnětí svobody, jsou vhodní pro zapojení programu vedoucího k abstinenci. Na základě tohoto důvodu byl přijat přístup HR na půdě věznic. (Mravčík, 2006).

První pilotní program výměny jehel ve věznicích byl zaveden v roce 1997. Pro první testovací zkušenost s programem výměny jehel byla vybrána relativně malá mužská věznice v Bilbao s kapacitou 250 osob. Z počtu 180 mužů, kteří nastoupili výkon trestu odnětí svobody, byla třetina pravidelnými injekčními uživateli drog. Z této třetiny vězňů byla téměř polovina HIV pozitivní. Výměnný injekční program realizovali externí pracovníci z neziskových organizací, kteří již na půdě věznice působili v rámci jiných služeb. Samotný akt výměny se realizoval na dvou diskrétních místech věznice 5 hodin denně. Postupem času se pilotní program rozšířil do dalších tří věznic. Na základě pozitivních zkušeností s prvními pilotními projekty se počet věznic zapojených do programu výměny rozrůstal. Pověření pro realizaci programů výměny jehel měly v roce 2006 všechny věznice na území Španělska, celkem tedy 69 věznic. Program výměny není možný realizovat ve věznicích pro pachatele s duševním omezením a v jedné věznici se zvýšenou ostrahou. (Mravčík, 2006).

Ve srovnání ČR se Španělskem se na našem území v prostorách věznic plošně netestuje na HIV a VHC, není tedy dostatečně zmapována situace v oblasti infekčních onemocnění uživatelů drog, kteří jsou ve výkonu trestu odnětí svobody. (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003).

Ve Španělských věznicích se výměna jehel provádí přímou formou prostřednictvím zdravotnického personálu a externími pracovníky z neziskových organizací. Kromě označené jehly pracovníci distribuují dezinfekční prostředky, destilovanou vodu a filtry. Vězni, kteří se účastní programu, jsou povinni svoji jehlu uchovávat v bezpečnostním plastovém obalu. Pracovníci dále poskytují informace z oblasti minimalizace rizik, léčby a navazujících služeb. V případě prohlídky celé vězeň nahlásí, kde se jehla nachází. Jehly, které nejsou označeny, jsou při prohlídkách zabaveny. Jedná se o jehly, které jsou do prostoru věznic pašovány. Program výměny jehel ve věznicích se opírá o příklady dobré praxe nízkoprahových služeb poskytujících služby mimo vězeňský systém a jde především o minimalizaci pravidel při samotném aktu výměny. Nastavení minimálních pravidel vede k efektivitě programu, prostřednictvím pragmatického přístupu. Výměnný program ve Španělských věznicích se striktně nedrží pravidla výměny jehly za jehlu. Hlavním cílem výměnného programu je přecházení sdílení injekčního materiálu. Vězni, kteří jsou vedeni v metadonovém programu, nejsou z programu výměny vyloučeni, stejně tak, pokud

výměnu využívá vězeň z léčebného programu přistupuje se k němu s terapeutickou podporou pro zvládnutí relapsu. Vyloučen z programu může být vězeň, který jehlu použije jako zbraň, osoby které jsou kvalifikovány jako mimořádně násilné a osoby s duševními poruchami, které představují nebezpečí. (Mravčík, 2006).

Českou republiku v otázkách užívání drog ve věznicích vnímáme v určité fázi vývoje. Domníváme se, že tento vývoj dospěje k uplatnění HR přístupu v prostorách věznic. Pokroky vnímáme z pohledu praxe v otevírání se věznic neziskovému sektoru působícímu s řadou služeb v prostorách věznic, v možnosti metadonové substituce, ve zřizování bezdrogových zón a možnosti zapojit se do terapeutického programu za účelem abstinence. Pokud se ČR rozhodne o zavedení pilotního programu výměny jehel v prostorách věznic, domníváme se, že poznatky ze zavádění programu ve Španělsku mohou být pro ČR příkladem dobré praxe a velkou inspirací.

### 3.3 HOUSING FIRST

Bezdomovectví je často spojováno s problémovým užíváním drog, vnímáme ho jako jeden z mnoha sociálních dopadů užívání návykových látek. Bezdomovectví je spojováno s dalším negativním jevem ve společnosti s nezaměstnaností.

Na problematiku bezdomovectví a užívání drog v ČR upozorňuje Herzog (2016, s. 16) v tzv. 6. výzvě HR „*Věnujme se bydlení osob, které užívají drogy*“. Ve výzvě reflektuje proměnu bydlení uživatelů drog převážně na otevřené drogové scéně. Uživatelé drog často dávají přednost bydlení ve stanech o samotě, či po menších skupinkách, než ve velkých squatech, jak tomu bylo v minulosti. Zvědomuje, že do zajišťování pobytové služby pro aktivní uživatele drog se organizace působící na poli protidrogové politiky nezapojují. Upozorňuje na problematiku azylového bydlení či nocleháren nepovolující vstup do zařízení pod vlivem návykové látky. (Herzog, 2016). Lindovská zmiňuje významné překážky pro dosažení institucionálního bydlení v podobě azylového domu či noclehárny je aktivní užívání návykové látky, nemožnost ubytovat se spolu se psem a v neposlední řadě nemožnost ubytovat se v partnerském páru. (Lindovská, 2017).

Problematice bydlení uživatelů drog se věnují některé státy EU. Pro přiblížení HR přístupu v bydlení se zaměříme na popis projektu v Nizozemí, který je realizován na základě filozofie Housing first v překladu známe jako bydlení především.

Housing first stojí na několika základních myšlenkách. Bydlením se rozumí základní právo pro všechny lidi, volba změny je volbou klienta, s klientem se pracuje tak

dlouhou dobu, dokud to uzná klient za vhodné. Preferuje se samostatné bydlení, odděluje se bydlení od sociálních služeb a v neposlední řadě se uplatňuje přístup minimalizace rizik. Filozofie Housing first v kontextu s užíváním návykových látek opouští myšlenku toho, že lidé, kteří jsou na ulici, nebo žijí v nevyhovujících formách bydlení, si za svoji situaci mohou sami. O svoje bydlení přišli z nějakého důvodu, nemají tedy další šanci na kvalitní bydlení. (Lindovská, 2017). V rozmezí let 2011 až 2013 bylo město Amsterdam zařazeno do projektu Housing first Eurpe, evaluace projektu zaznamenala úspěšnost u 97% osob, které si po celé dva roky udržely stabilní bydlení. Projekty Housing first v praxi představují možnost zprostředkovat bydlení na nájemní smlouvu v nájemních sociálních bytech. Podmínky, které podpořené osoby musí plnit, jsou tři. První z nich je být dobrým sousedem, druhá je platit nájem a třetí, jednou týdně ve svém bytě přijmout návštěvu sociálního pracovníka. „*Housing first se orientuje především na práci s klienty, kteří mají velké potíže. Jsou například závislí na drogách nebo mají problémy s duševním zdravím.*“ (Busch-Geersem, In Snopek 2014). Případné selhání v projektu neznamena neposkytnutí další šance v zapojení se do projektu.

V Nizozemí pomáhá uživatelům drog, majícím kromě závislosti ještě psychiatrickou diagnózu, dostat se z ulice do bytu organizace HVO Querido Amsterdam. Práce s klienty se opírá o fakt, že si klient vybírá pracovníka, který mu vyhovuje a navazuje s ním vztah, protože dobrý vztah mezi pracovníkem a klientem dává větší šanci na úspěch. Organizace v Amsterdamu pracuje jedenáctým rokem a při jejich začátku bylo v ulicích města cca 10 tisíc osob bez domova, což vyvolávalo ve společnosti nespokojenost a ulice nebyly bezpečné. V současné době je v Amsterdamu na ulici přibližně 1500 osob. Aktivity organizace se opírají o zákon o sociálním bydlení, který zde platí od roku 1903. Zastoupení sociálních bytů na půdě Amsterdamu je vysoké, existuje zde 6 stavebních společností, které staví sociální byty. Přibližně 60 % sociálních bytů je nabízeno osobám, které mají nižší příjem než je třicet osm tisíc euro ročně. Zbýlých 40% bytů je k dispozici osobám s nízkými příjmy a dalšími problémy jako je závislost na návykových látkách apod. (Čápková, 2016).

V projektu Housing first spatřujeme funkční HR nástroj pro aktivní uživatele drog. Respektování rozhodnutí klienta k užívání drog a nabízení adekvátní bydlení, které eliminuje jeho sociální propady, pomáhá mu se začleněním do společnosti a v neposlední řadě i s minimalizací zdravotních rizik.

## DISKUSE

V dnešní době vnímáme světovou drogovou politiku rozdělenou do dvou linií. Jedna je tvořena válkou proti drogám vedoucí ke kriminalizaci drogových uživatelů odepírající základní práva a svobody a druhá line, která je tvořena pragmatickým přístupem k problematice užívání drog.

O reálném dopadu války proti drogám nás seznamují v dnešní době především média informující o situaci na Filipínách, kde tamní prezident Rodrigo Duterte postavil svojí předvolební kampaň na očistě Filipín od drog a po zvolení do čela státu se jeho sliby začaly uskutečňovat. Filipínská válka proti drogám si vyžádala k prosinci 2016 necelých 6 tisíc obětí z řad dealerů a uživatelů drog. (Barochová, 2016).

V současné době jsou uživatelé drog na Filipínách doslova vyhlazováni, oproti tomu pragmatický přístup k drogové problematice, je zastoupen jak represivní složkou potírající obchod s drogami, tak preventivními opatřeními a v neposlední řadě i minimalizací rizik v pojetí HR. S pragmatickým přístupem k drogové problematice se setkáváme na území ČR.

V odborné literatuře se setkáváme s řadou definic HR ve spojitosti s užíváním drog. K nejpřesněji vymezené definici se přikláníme k nadefinování pojmu HR Mezinárodní Harm Reduction Asociací (2016), která odráží široké spektrum aktivit v problematice užívání legálních i nelegálních návykových látek.

Z poznání dané definice IHRA reflektujeme, že v definici není zahrnuta problematika nelátkových závislostí, kterou v současné době v podobě patologického hráčství vnímáme jako další výzvu pro přístup HR.

V definici Harm reduction s uživateli návykových látek, tak jak o ní hovoří například Mátel (In Mátel, Schavel a kol., 2013), spatřujeme kladení důrazu převážně na část zdravotní oblasti, v podobě minimalizace zdravotních rizik z pohledu ochrany veřejného zdraví.

Tento úhel pohledu je jistě důležitý, a sice právě z důvodu rizika šíření infekčních onemocnění především HIV a VHC napříč společnostmi. Nic méně si myslíme, že se v tomto vnímání HR vytrácí minimalizace sociálních rizik. Přikláníme se k defínováním HR v pojetí Kaliny (2001), který zdůrazňuje v přístupu HR i minimalizaci sociálních rizik, která jsou s užíváním návykových látek spojena. K tomuto pojetí se připojuje i z pohledu praxe Valnoha (2014) upozorňující na fakt, že Harm reduction se nerovná pouze počtu

vyměněných injekčních stříkaček, kdy počet vydaných kusů nás neinformuje o skutečnosti, zda injekční uživatelé drog mezi sebou nesdílí injekční materiál.

Během několikaleté praxe v nízkoprahových službách jsme se setkávali s určitou rivalitou mezi poskytovateli služeb, kteří svůj úspěch v HR aktivitách prezentovali počty vyměněných injekčních setů. Úspěch HR programů spatřujeme v naplňování kritérií zaměřujících se na stabilizaci klienta po zdravotní stránce, tzn. minimální výskyt zdravotních komplikací u uživatelů drog v podobě abscesů, flegmón, infekčních onemocnění apod. Jako další kritérium úspěšnosti HR programů vnímáme v navázání klientů na odbornou službu, která je na základě přístupu minimalizace rizik motivuje ke zkvalitnění jejich sociální situace. Myslíme si, že naplnění těchto ukazatelů odráží kvalitní sociální práci s uživateli drog, která se zakládá na přijetí, respektu a především individuálním přístupu ke každému jedinci.

Míru úspěchů HR programů s injekčními uživateli drog v globálním měřítku sledujeme v minimalizaci výskytu HIV a HCV. Snižování tohoto jevu se dosahuje prostřednictvím nástrojů vedoucích k omezení sdílení materiálu, který je potřebný k injekční aplikaci. Herzog (2016) zmiňuje tehdejšího ministra zdravotnictví Německa, který v roce 2016 na zasedání OSN vyzdvihuje úspěchy HR programů v boji proti šíření HIV na území ČR. Oproti tomu Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2016-2018 kritizuje nízkou míru protestovanosti na infekční onemocnění u injekčních uživatelů drog. (RVKPP, 2016).

Tyto dvě tvrzení vnímáme v rozporu, domníváme se, že je potřeba více se zaměřit v praxi nízkoprahových programů na zvýšení protestovanosti na infekční onemocnění u injekčních uživatelů drog. Pokud se podaří míru protestovanosti zvýšit, získáme tím relevantní data o míře úspěchu HR programů v boji proti šíření infekčních onemocnění. Zde vidíme příležitost pro sociální pracovníky v kontaktních centrech, kteří prostřednictvím individuálního přístupu ke klientovi mapují rizikové chování injekčních uživatelů drog a poskytují jim informace o problematice infekčních onemocnění. Díky těmto aktivitám mohou klienty motivovat pro podrobení se testování pomocí screeningových testů otestovat. Souhlasíme s názorem Dolanské (2004), která je zastáncem zakomponování screeningových testů na infekční onemocnění do systému běžně nabízených nízkoprahových služeb, tak jako je běžně nabízen výměnný program.

V praxi se setkáváme s kontaktními centry, které díky personálním nedostatkům nemohou zajistit poskytování služby testování během každého otevřeného dne služby. Což



je skutečnost mající za následek zvyšování prahu ve využívání služby screeningového testování na půdě kontaktních center.

Kontaktní centra mají v ČR nezastupitelné místo v poskytování služeb uživatelům drog. Jejich důležitost spatřujeme prostřednictvím hustě vybudované a stabilní sítě služeb pokrývající celé území ČR. Souhlasíme s Librou (In Kalina, et al., 2003b), který cílovou skupinu kontaktních center primárně popisuje jako problémové uživatele drog aplikující především injekčním způsobem a uživatelé drog, kteří jsou ohroženi sociálně patologickými jevy.

Oproti tomu standardy odborné způsobilosti RVKPP cílovou skupinu kontaktních center definují v širším zastoupení. Zmiňují uživatele drog včetně alkoholu, osoby spoluzávislé a osoby ohrožené patologickým hráčstvím. (Adameček, Libra, Šedivá, 2015). V širokém nadefinování cílové skupiny kontaktních center spatřujeme možnost reagovat na dané problémy v lokální úrovni. V praxi se setkáváme s kontaktními centry, poskytující služby v lokalitě malého města, díky tomuto faktu mají služby širší záběr cílové skupiny než kontaktní centra ve velkých městech jako je např. Praha, kde se vyskytuje větší počet uživatelů drog a dobře vybudovaná síť sociálních služeb pro další osoby např. uživatele alkoholu, gamblery apod.

Souhlasíme se zásadou nízkoprahovosti ve službách uplatňující HR přístup v podobě minimálních pravidel. S doporučením na minimální pravidla služby se setkáváme i při poskytování výměnného programu ve věznicích ve Španělsku (Mravčík 2006). Na zásadě minimálních pravidel stojí i projekty Housing first v Amsterdamu (Čáповá, 2016). Poskytování služeb v rámci minimálních pravidel vnímáme z pohledu praxe jako funkční nástroj. Pravidla jsou pro pracovníky a klienty služeb jasná, čitelná, zapamatovatelná a při jejich porušení klienti vědí, co bude následovat. V minimálních pravidlech HR služeb spatřujeme propojení se sociální prací, díky nízkoprahovému nastavení služeb se naplňuje definice sociální práce při práci s uživateli drog, která je specifickou cílovou skupinou. Prostřednictvím minimálních pravidel jsou uživatelé drog schopni služby využívat. Samotné intervence založené na individuálním přístupu vedou k naplňování sociální změny v životě klientů, uplatnění lidských práv a v neposlední řadě k prevenci šíření infekčních onemocnění vedoucí k celkovému zlepšení blaha ve společnosti.

Libra zmiňuje při práci s cílovou skupinou uživatelů drog přístup založený na bio-psycho-socio-sprirituálním poznání. (In Kalina et al., 2003b). Zastáváme myšlenku, že užívání drog nepředstavuje oddělený pohled zdravotní a sociální, jedná se o vzájemné

propojení, kdy zdravotní oblast ovlivňuje sociální, psychickou a naopak. Pokud se při práci s klientem zaměříme na řešení jeho zdravotního stavu, ať už se jedná např. o bércové vředy a nebudeme řešit to, že klient nemá v danou chvíli, kde bydlet a odvykl si základním hygienickým návykům, tak nemůžeme být úspěšní v řešení jeho zdravotního stavu.

Na základě přístupu HR klienti služeb mohou dosahovat kvalitativních změn ve svém životě, domníváme se, že těchto změn by nebylo možné dosáhnout pomocí individuálního plánování. Herzog zastává názor že, „*bez individuálního plánování nelze dělat sociální práci.*“ (In Baláž, 2011). S touto myšlenkou se ztotožňujeme a reflektujeme, že bez individuálního plánování by pracovníci v kontaktních službách zastávali funkce připomínající výdejní automaty.

Prostřednictvím praxe v kontaktním centru si zvědomujeme několik přístupů, které se během práce s klientem prolínají. Přístupu orientující se na člověka jak uvádí Mátel (In Mátel a kol. 2013) se zakládá na mezilidském vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem. Tento vztah je charakteristický nedirektivností, důvěrou v klienta a v jeho vlastní zdroje pro nastavení změny v životě a respektování klienta jako odborníka na svůj život. Sociální pracovník při práci s klientem dává najevo svoje pocity během práce, je tedy v kontaktu sám se sebou. Klient je bezpodmínečně sociálním pracovníkem přijímán i ve chvílích, kdy pracovník nesouhlasí s určitým chováním klienta. Posledním znakem přístupu orientovaného na člověka je empatické porozumění sociálního pracovníka vedoucí k porozumění klientského světa.

Přístup orientovaný na člověka v praxi HR spatřujeme v přijetí klienta a v respektování jeho způsobu života. Sociální pracovník během každého kontaktu s klientem buduje vztah, který je autentický a zakládá se na důvěře. Během kontaktní práce sociální pracovník vstupuje do klientského světa bez předsudků, což mu umožňuje budovat s klientem vztah, který vede k pozitivním změnám v životě klienta.

Další přístup, který v praxi sociální pracovník v nízkoprahových službách s uživateli drog může využít je přístup orientovaný na úlohy. Mátel (In Mátel, Schavel a kol., 2013) k tomuto přístupu uvádí úlohu sociálního pracovníka pomoci klientovi orientovat se v jeho v problémech a být mu nápomocný ve stanovení konkrétních cílů, kterých chce klient dosáhnout. Mátel uvádí autory Reid a Epstein, kteří rozdělili práci s klientem do 4 fází, vytvoření dohody, identifikaci konkrétních úloh, proces dosahování změn a vyhodnocení spolupráce a dosažení daných úloh. (In Mátel, Schavel a kol., 2013).

Tento přístup nám evokuje individuální plánování s klientem, tak jak o něm informuje Herzog. Který taktéž uvádí 4 fáze individuálního plánování v tzv. dohoděplánování jde o domluvení se s klientem o využívání služby, stanovení cílů, které má služba prostřednictvím intervencí pracovníků naplnit, uskutečňování daných kroků k naplnění cíle a na závěr vyhodnocení individuálního plánu a případné stanovení dalších cílů. (In Baláž, 2011). Reflektujeme, že přístup zaměřený na úlohy stejně jako individuální plánování se odehrává na půdě bezpečného partnerského vztahu mezi pracovníkem a klientem služby.

V praxi HR sociální pracovník využívá při práci s klienty i poznatky z přístupu kognitivně-behaviorální teorie. Mátel se odvolává na Navrátila (In Mátel, Schavel a kol., 2013), který vyzdvihuje poměrně direkticky vedené intervence zaměřující se na změnu chování klienta, kterým si klient působí různé těžkosti, na vytváření nových dovedností, zaměřené na zvýšení sebevědomí a další.

Direktivnost můžeme spatřovat v edukativní roli sociálního pracovníka, při předávání informací z oblasti HR. Myslíme si, že pokud sociální pracovník vede intervenci direktivním způsobem, musí tak být na základě navázání vztahu s klientem.

Joovers (In Čápová, 2016) působící v projektu Housing first uvádí, že se v jejich pracovním týmu vyskytuje několik rolí pracovníků zahrnující např. přátelský, rodičovský a direktivní přístup. Tyto přístupy si volí klient na základě svého rozhodnutí, z toho důvodu, že každý je individuální a potřebuje jiný přístup.

Domníváme se, že pracovník, který působí v týmu kontaktního centra má široký základ vědomostí pro přímou práci s klienty a má možnost své poznatky z oboru přinášet do praxe. V multidisciplinárnosti týmu spatřujeme výhody ne jen pro klienty, ale i pro pracovníky, kterým různorodost přináší řadu nových pohledů na danou problematiku.

V současné době se v praxi často setkáváme s nemožností uživatelů drog dosáhnout na formy adekvátního bydlení. Vavřincová k problematice bydlení uvádí, že v kontaktním centru nejčastěji pracují s uživateli drog bydlící v ubytovnách, které jsou vnímány širokou veřejností jako getha marginalizovaných spoluobčanů. Klienty motivují pro změnu v oblasti bydlení, ale zaznamenávají překážky v podobě vysokých kaucí nájemních smluv. (Vavřincová, 2017). V praxi se setkáváme s příběhy klientů, kteří jsou v evidenci úřadů práce pobírající dávky hmotné nouze, kdy stát jim vyplácí doplatek na bydlení. K tomuto doplatku klienti ještě z hmotné nouze doplácí ubytovateli nemalé finanční částky za účelem úhrady bydlení na ubytovně. Tento systém vnímáme jako obchod s chudobou a zmiňujeme nezbytnost sociálního bydlení v ČR.

Jako příklad dobré praxe spatřujeme projekt Housing First realizovaný v Holandsku, který se opírá o zákon o sociálním bydlení. V ČR v současné době zákon o sociálním bydlení není v platnosti.

MPSV v lednu 2017 odeslalo návrh zákona ke schválení legislativní radě vlády ČR. Dle tohoto návrhu bude přidělování sociálních bytů v režii Státního fondu rozvoje bydlení a povinnost obcí starat se o problematiku sociálního bydlení zákon upravuje jako dobrovolnou činnost. (MPSV, 2017). Dovolujeme si tvrdit, že princip subsidiarity sociální politiky v problematice sociálního bydlení, dle tohoto návrhu zákona, nespátřujeme. Uvědomujeme si, že zákon o sociálním bydlení na území Holandska má v porovnání s ČR dlouholetou tradici a, že se ČR nachází na samém začátku dlouhé cesty k funkčnímu nastavení sociálního bydlení. V otázkách bydlení uživatelů drog připomínáme slova Herzoga (2016) upozorňující na bariéry, které jsou kladeny aktivním uživatelům návykových látek k nízkoprahovému typu ubytování v podobě nocleháren či azylových domů. Pokládá si otázku, zda nás k přehodnocení poskytovaných služeb do podoby tzv. wet houses, tzn. možnost ubytování osob pod vlivem drog, donutí krutá zima, která může mít za následky fatální důsledky v podobě úmrtí uživatelů drog žijící na ulici.

K předcházení úmrtí uživatelů drog na ulici spatřujeme i nástroj HR v podobě aplikačních místností, které jsou v několika státech EU zřizovány. Souhlasíme se způsobem zřizování služby aplikační místnosti, tak jak ho představuje Štefunková (2010) na území Německa, kde jsou aplikační místnosti zacílené na otevřenou drogovou scénu. Ztotožňujeme se s etickým dilematem, se kterým nás seznamuje Štefunková (2010) odvolávající se na Judda, v oblasti vymezení cílové skupiny služby aplikační místnosti. Pragmatický přístup HR se svými cíly nás vede k navázání do služby co největší počet injekčních uživatelů primárně z důvodů minimalizace zdravotního poškození. Standardy z cílové skupiny vylučují začínající injekční uživatele, z toho důvodu, aby se ve službě zamezilo kontaktu dlouholetých injekčních uživatelů a osob, u kterých může být injekční aplikace jednorázovou záležitostí.

Myslíme si, že takto upravená cílová skupina prostřednictvím standardu neodpovídá pragmatickému přístupu HR. Během praxe jsme v kontaktním centru naráželi na podobné etické problémy ve smyslu potkávání se klientů, kteří užívají drogy injekčně s těmi, kteří je aplikují jiným méně rizikovým způsobem. Z kontaktů s klienty jsme vyzorovali, že klienti užívající drogy rozličným způsobem se vzájemně znají a tráví spolu čas i mimo službu kontaktního centra.

Z dostupných informačních zdrojů se dozvídáme mnoho informací o funkčních nástrojích HR uplatňující se na území ČR a těch, které se v tuto chvíli neuplatňují. Jako nejvíce kontroverzní téma vnímáme výměnné programy ve věznicích. Srovnání přístupu protidrogové války uplatňující se v současné době na území Filipín a přístupu Španělska k problematice užívání drog v prostorách věznic na nás působí absurdním dojmem. V jedné zemi jsou lidé zavíráni za užívání nelegálních návykových látek a v druhé zemi jim je v prostorách věznic distribuován materiál k injekční aplikaci drog.

Mravčík (2006) uvádí, že se Španělská vláda v roce 1997 svým pilotním projektem výměnného programu ve věznicích zasadila o ochranu veřejného zdraví před infekčními onemocněními. Souhlasíme s názorem Mravčíka (2006), který upozorňuje na fakt užívání drog v prostorách věznic injekčním způsobem a potřebou na tuto skutečnost adekvátně reagovat prostřednictvím HR programů v prostorách věznic. Ztotožňujeme se s nárokem autorů Mivoský, Spirig a Havlíčková (2003) upozorňující na nutnost plošného testování na HIV a VHC všech osob, kteří se nacházejí ve výkonu trestu odnětí svobody.

Z předložených informací usuzujeme, že HR má svoje nezastupitelné místo v poskytování sociálních či zdravotních služeb v ČR a domníváme, že sociální pracovník by neměl chybět v žádné službě, která HR přístup k uživatelům drog uplatňuje.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme chtěli přiblížit problematiku užívání drog z pohledu sociální práce s aktivními uživateli drog prostřednictvím přístupu HR. Díky uskutečněné sumarizaci informací o HR a propojením s praxí v podobě kontaktních center se nám podařilo dosáhnout stanového cíle bakalářské práce. Ucelený text předkládá aktuální obraz drogové situace v ČR a vyzdvihuje nezbytnost filozofie HR, díky které se daří problematiku drogové scény monitorovat a aktuálně reagovat na vznikající rizika spojená s užíváním drog.

Při přemýšlení nad drogovou situací musíme zmínit, že užívání drog je rozhodnutím, které jedince nezabavuje jejich základním lidským právům a nezabavuje právo být přijímán většinou společnosti. Přístup HR uplatňující se v nízkoprahových službách napomáhá k naplňování lidských práv a svobod, respektuje a přijímá uživatele drog se všemi jeho právy a povinnostmi. Při zpracování tématu jsme se podrobně věnovali klíčovým principům, na jejichž základě je HR přístup uplatňován. Získané informace během studia problematiky nám pomohly k propojení problematiky se základní tezí sociální práce.

Představili jsme komplexní nástroje HR aplikující se na území ČR, které jsou zasazené do protidrogové politiky, díky nimž je ČR ve světě vnímána jako příklad dobré praxe. Získané informace během studií odborných textů nám pomohly zasadit filozofii HR od celoevropského k místnímu konceptu protidrogové politiky až po samotné uplatnění přístupu HR při přímé práci s klienty v kontaktních centrech.

I přes to, že je ČR se svými HR programy vnímána jako pokroková země, v předložené práci jsme se věnovali i oblastem HR, která jsou v současné době českou společností stále vnímána jako kontroverzní témata. Příklady dobré praxe, které předkládáme prostřednictvím krátkého exkurzu do problematiky aplikačních místností, modelu Housing first a výměnného injekčního programu ve věznicích, vnímáme jako výzvy, kterým by se ČR v oblasti HR měla do budoucna zabývat.

Podrobné seznámení se s kontaktními centry prostřednictvím předkládané práce přináší praktický exkurz do problematiky HR a vyzdvihuje myšlenku, že HR není pouze o výměně materiálu určeného k injekční aplikaci, potažmo minimalizaci zdravotních rizik uživatelů drog. Při psaní práce jsme si uvědomili, že každý výkon poskytovaný klientům

kontaktních center v sobě zahrnuje naplnění definice sociální práce a tím má přístup HR se svými nástroji nezastupitelné místo v sociální práci s uživateli drog.

Samotní pracovníci v zařízeních poskytující nízkoprahové služby uživatelům drog, jsou veřejností často vnímáni jako dobrovolníci, kteří mění injekční stříkačky, především pro to, aby se široká veřejnost neporanila o volně odhozený injekční materiál. Druhý pohled na sociální pracovníky pracující v kontaktních centrech nahlíží jako na odborníky, kteří se orientují pouze v systému sociálního zabezpečení. Práce poukazuje na nezbytnost profesionálních sociálních pracovníků v týmech kontaktních center, kteří svými širokými znalostmi, dovednostmi a osobnostním nastavením napomáhají minimalizovat zdravotní a sociální rizika plynoucí z užívání návykových látek a tím předcházejí mimo jiné i nárůstu společenského tlaku napříč společnostmi. Sociální pracovník má pro práci s uživateli drog široké penzum vědomostí a možností dalšího sebevzdělávání v oblastech adiktologie, v této skutečnosti spatřujeme výhodu oproti dalším oborům.

Během studia materiálu k tvorbě bakalářské práce jsme si uvědomili pokrokovost ČR v otázkách užívání drog a v detailně rozpracovaných metodikách zabývající se závislostním chováním. Úspěchy HR dále spatřujeme díky kompetentním odborníkům z oboru adiktologie a sociální práce ve vysokých politických funkcích, kteří svojí aktivitou lobují za udržení přístupu harm reduction v poskytovaných sociálních nebo zdravotních službách a za to jim patří velké poděkování.

V závěru si dovolíme konstatovat, že se podařilo naplnit cíl předkládané práce, a informace obsažené v textu pomohou začínajícím kolegům v kontaktních centrech proniknout do přímé práce s uživateli drog a nahlížet na HR v širokém úhlu pohledu.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ADAMEČEK, D. - LIBRA, J. (ed.) - ŠEDIVÁ, D. 2015. *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a program poskytující adiktologické odborné služby*. [online]. 2015-03-03. [citované 2017-02-11]. Dostupné na internetu: [https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy\\_odborne\\_zpusobilosti\\_uprava\\_zari\\_2015.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf)
- BALÁŽ, R. 2011. Bez individuálního plánování nelze dělat sociální práci. In *Sociální práce*. ISSN 1213-6204, 2011, č.3, s. 10-12.
- BAROCHOVÁ, A. 2016. Boj proti drogám se změnil v jatka, lidé děkují policii za čisté ulice. In *Idnes.cz*. [online]. 2016-12-9. [citované 2017-03-25]. Dostupné na internetu: [http://zpravy.idnes.cz/filipiny-drogova-valka-ronald-dela-rosa-celebrita-f7b-/zahranicni.aspx?c=A161209\\_124305\\_zahranicni\\_aba](http://zpravy.idnes.cz/filipiny-drogova-valka-ronald-dela-rosa-celebrita-f7b-/zahranicni.aspx?c=A161209_124305_zahranicni_aba)
- BĚLÁČKOVÁ, V. - HORÁKOVÁ M. - CHOMYNOVÁ P. - NECHANSKÁ B. 2012. *Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky, 196 s., ISBN 978-80-7440-052-0.
- ČALOVKA, O. 2013. *Uživatelé alkoholu v kontaktních centrech*. Seč: AT Konference [rozhovor]. Osobní komunikace, 5.6.2013
- ČÁPOVÁ, H. 2016. Tak si to s nimi vyměňte, říkám kritikům sociálního bydlení. [rozhovor s Valerií Joovers]. In *Respekt*. [online]. 2016-10-27. [citované 2017-03-23]. Dostupné na internetu: [https://www.respekt.cz/spolecnost/tak-si-to-s-nimi-vymente-rikam-kritikum-socialniho-bydleni?utm\\_source=feedburner&utm\\_medium=feed&utm\\_campaign=Feed%3A+respekt-clanky+%28T%C3%BDden%C3%ADk+Respekt+%E2%80%A2+V%C5%A1echny+%C4%8DI%C3%A1nky%29](https://www.respekt.cz/spolecnost/tak-si-to-s-nimi-vymente-rikam-kritikum-socialniho-bydleni?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+respekt-clanky+%28T%C3%BDden%C3%ADk+Respekt+%E2%80%A2+V%C5%A1echny+%C4%8DI%C3%A1nky%29)
- ČERMÁKOVÁ K. - STRAKOVÁ M. 2008. *Standardy kvality sociálních služeb – příručka pro uživatele*. Praha: MPSV. s. 38. Bez ISBN.
- DOLANSKÁ, P. - KORŠČIČOVÁ, B. - MRAVČÍK, V. 2004. *Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních*. Praha: Úřad vlády ČR. 25 s. ISBN 80-86734-16-1.
- DROP IN, 2000. *Výroční zpráva 1999*, Praha: Drop In, 24 s. bez ISBN.
- EMCDDA. 2005, *Methods and definition*. [online]. 2005. [citované 2017-01-02]. Dostupné na internetu: <http://stats05.emcdda.europa.eu/en/page018-en.html>



- EU. 2012. *Protidrogová strategie EU (2013-2020)*. [online]. 2012-12-29. [citované 18.3.2017]. Dostupné na internetu: [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=uriserv:OJ.C\\_.2012.402.01.0001.01.CES&toc=OJ:C:2012:402:TOC](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2012.402.01.0001.01.CES&toc=OJ:C:2012:402:TOC)
- FRÝBERT, J. 2014. *Výkon Kontaktní práce*. In eDekontaminace.[online]. 2014-02-11. [citované 2017-02-20]. Dostupné na internetu: <http://www.edekontaminace.cz/clanek/4/378/vykon-kontaktnei-prace.html>
- GIRAUDON, I. et al. 2016. Infekční onemocnění spojená s užíváním drog v Evropě. In *Zaostřeno*, ISSN 2336-8241, 3/2016, s. 1-4.
- GLOBÁLNÍ KOMISE PRO PROTIDROGOVOU POLITIKU. 2013. *Válka proti drogám a její negativní dopady na veřejné zdraví: Skrytá epidemie hepatitidy typu C*. Praha: Úřad vlády České republiky, 48 s. ISBN 978-80-7440-082-7.
- GLOBÁLNÍ KOMISE PRO PROTIDROGOVOU POLITIKU. 2015. Snižování rizik spojených s užíváním drog. In *Zaostřeno*, ISSN 2336-8241, 2015, 2/2015, s. 3.
- HANIAKOVÁ, T. 2017. Paříž má speciální místnost pro aplikaci drog. In *Lidovky*. [online]. 2016-10-17. [citované 2017-03-18]. Dostupné na internetu: [http://www.lidovky.cz/pariz-ma-drogovou-aplikacni-mistnost-narkomanum-nabizi-bezpecne-utociste-1to-/zpravy-svet.aspx?c=A161016\\_124811\\_In\\_zahranici\\_ele](http://www.lidovky.cz/pariz-ma-drogovou-aplikacni-mistnost-narkomanum-nabizi-bezpecne-utociste-1to-/zpravy-svet.aspx?c=A161016_124811_In_zahranici_ele)
- HAVLÍČKOVÁ, M. – MIOVSKÝ, M. – SPIRIG, H. (eds) 2003. *Vězeňství a nelegální drogy*. Praha: Úřad vlády ČR, 138 s. ISBN 80-86734-03-X.
- HERZOG, A. 2012, Harm reduction s injekčními uživateli substitučních látek. In *Kniha abstrakt AT konference 2012*, Praha: Český adiktologický institut. 68 s., ISBN 978-80-260-1999-2.
- HERZOG, A. 2016, Harm reduction se vyplatí! In *Snižování škod a drogy, Sborník odborné konference*, Praha: Sananim. ISBN 978-80-904536-9-3. s. 9-17.
- HRDINA, P. 2003. Harm reduction – Snižování poškození drogami. In KALINA, K. et al. 2003a. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6. s. 263-274.
- INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION. 2010. *Co je „harm reduction“?* [online]. 2010-10-26.[ citované 2016-12-26]. Dostupné na internetu: <https://www.hri.global/files/2010/10/26/BriefingWhatisHR%28czech%29amended2.pdf>
- JANÍKOVÁ, B. (ed). 2015. Aplikační místnosti: Přehled informací o intervenci a jejích výsledcích. In *Zaostřeno*. ISSN 2336-8241, 2015, 4/2015, s. 8.
- JANÍKOVÁ, B. 2015. Harm reduction. In KALINA, K et al. *Klinická adiktologie*. Praha:

- Grada. ISBN 978-80-247-4331-8, s. 272-285.
- JANOŠKOVEC, V.- MRAVČÍK, V. 2009. Výdejní automaty na harm reduction materiál. In *Zaostřeno na drogy*. ISSN 1214-1089, 2009, květen-červen 2009, s. 8.
- KALINA, K. et al. 2001. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády ČR. 103 s. ISBN 80-238-8014-4.
- KLÍMA, P. - JEDLIČKA, R. 2009, Sociální práce s dětmi a mládeží v tíživých životních situacích v nízkoprahovém kontextu. In KLÍMA, P. et al. *Kontaktní práce, antologie textů České asociace streetwork*. Praha: NVF, ISBN 978-80-254-4001-8, s.11-20.
- KOUBOVÁ, M. 2016. Přístup tvrdého potírání drog prý selhal. In *Zdravotnický deník*. 2016. [online]. Praha: Media Network s.r.o., 28.3.2016. [citované 2017-01-03]. Dostupné na internetu: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/03/pristup-tvrdeho-potirani-drog-selhal-jen-zvysil-pocet-nemoci-a-kriminalitu-mez-narkomany/>
- LIBRA, J. 2003. Nízkoprahová kontaktní centra. In KALINA, K. et al. 2003b. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6. s. 165-171.
- LINDOVSKÁ, E. (ed). 2017. *Způsoby řešení bezdomovectví a vyloučení z bydlení*. Ostrava: Ostravská univerzita. 192 s. ISBN 978-80-7464-852-6.
- MAGDALÉNA O.P.S. 2012. *Operační manuál centra adiktologických služeb*. [ interní dokument]. Příbram, 131 s. bez ISBN.
- MLADÁ, K. - PAVLOVSKÁ, A. – NOVÁK, P. 2010. Vybrané harm reduction služby v Berlíně. In *Adiktologie*. ISSN 1213-3841, 2010, 4/2010, s. 252-258.
- MÁTEL, A. - SCHVAEL, M. et al. 2013. *Teória a metódy sociálnej práce I*. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce. 446 s. ISBN 978-80-971445-1-7.
- MÁTEL, A. – SCHAVEL, M et al. 2015. *Teoría a metódy sociálnej práce I*. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce. 420 s. 2. Vyd. ISBN 978-80-971445-6- 2.
- MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. 288. ISBN 80-7178-549-0.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2009. *Standardy kvality sociálních služeb*. [online]. 2009-10-26. [citované 2017-02-11]. Dostupné na internetu: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2017. *MPSV by chtělo zákon o sociálním bydlení vádě dát do konce ledna*. [online]. 2017-01-27. [citované 2017-04-01]. Dostupné na internetu: <http://www.mpsv.cz/cs/29312>
- MRAVČÍK, V. (ed) 2006. *Výměna jehel ve věznicích*. Praha: Úřad vlády ČR, s. 112. ISBN 80-86734-79-X.
- MRAVČÍK, V. et al. 2011. Drogy a vězni v ČR. In *Zaostřeno na drogy*. ISSN 1214-1089.

- září-říjen 2011. s. 16.
- MRAVČÍK, V. (ed) et al. 2016. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*, Praha: Úřad vlády ČR. s. 266. ISBN 978-80-7440-156-5.
- MRAVČÍK, V. 2016. Prezentace na AT konferenci 2016, *Substituční léčba v ČR: aktuální situace*. [online], 2016-05-03, [citované 2017-01-09], dostupné na internetu: <http://at-konference.cz/archiv/2016-2/>
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI  
2009. Tisková zpráva – *Automaty na stříkačky jsou účinným nástrojem harm reduction u uživatelů drog*. [online]. 2009-04-23. [citované 2017-01-09]. Dostupné na internetu: <http://www.streetwork.cz/images/download/progressive3.pdf>
- PETROŠ, O. 2006. *Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction*. Praha: Úřad vlády ČR. s. 48. ISBN 80-86734-76-5.
- PREVENT Z. S. 2017, Cílová skupina Kontaktního centra. In *Informační leták*. [online]. [citované 2017-01-13]. Dostupné na internetu: <http://kccb.prevent99.cz/cilova-skupina>
- RADIMECKÝ, J. et al. 2007. *Učební texty ke kurzu: Úvod do Adiktologie*, Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova Praha. S 59, ISBN 978-80-239-99600.
- RAMPACHOVÁ, H. 2016. *Tisková zpráva A.N.O. - Počet případů hepatitidy C stoupá, nestátním organizacím chybí personál*. [online]. 2016-07-27. [citované 2017-01-06]. Dostupné na internetu: <http://www.asociace.org/aktuality/pocet-pripadu-hepatitidy-c-stoupa-nestatnim-organizacim-chybi-personal-2/>
- ŘEZNÍČEK, I. 2000. *Metody sociální práce*. Praha: SLON. 80 s. ISBN 80-85850-00-1.
- SCHAVEL, M. a kol. 2016. *Sociální prevence – teorie a praxe*. Liptovský Ján: Prohu s.r.o. s. 268. ISBN 978-80-89535-21-7.
- SANANIM Z. Ú. 2017. Cílová skupina Kontaktního centra. In [www.sananim.cz](http://www.sananim.cz). [citované 2017-01-13]. Dostupné na internetu: [http://sananim.cz/kontaktni-centrum-\(kc\)/komu-je-kc-urceno.html](http://sananim.cz/kontaktni-centrum-(kc)/komu-je-kc-urceno.html)
- SNOPEK, J. 2014, Sociální bydlení a model Housing first. [rozhovor s Volkerem Busch-Greetsem]. In *Deník Referendum*. [online]. 2014-11-28. [citované 2017-03-23]. Dostupné na internetu: <http://denikreferendum.cz/clanek/tisk/19248-socialni-bydleni-a-model-housing-first>
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. 2016. *Tisková zpráva Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS – Trendy a vývoje výskyt HIV/AIDS v ČR v roce 2015*. [online]. 2016-01-29. [citované 2017-01-02]. Dostupné na internetu:

- [http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV\\_AIDS/rocn\\_i\\_zpravy/2015/Tiskova\\_zprava\\_NRL\\_pro\\_HIV\\_AIDS\\_v\\_CR\\_v\\_roce\\_2015.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocn_i_zpravy/2015/Tiskova_zprava_NRL_pro_HIV_AIDS_v_CR_v_roce_2015.pdf)
- ŠTEFUNKOVÁ, M. (ed). 2010. *Přehled modelů zajišťování aplikačních místností*. Praha: Centrum adiktologie a sdružení SCAN. s. 44. ISBN 978-80-86620-27-5.
- TROJÁČKOVÁ, A. (red). 2015. *Seznam a definice výkonů drogových služeb. Revize 1.1*. Praha: Úřad vlády ČR. s. 69. Bez ISBN.
- UNITED NATIONS OFFICE OF DRUGS AND CRIME. 2015. *World drug report 2015*, New York: United Nations. s 162. ISBN 978-92-1-148282-9.
- URBÁNEK, P. 2010. Virová hepatitida C. In *Adiktologie*, ISSN 1213-3841, 2010/10/2. s. 103-109.
- VALNOHA, J. 2014. Silné a slabé stránky Harm Reduction v České Republice. In *Harm Reduction . Sborník z mezinárodní konference*. Nitra: Storm, 2014. ISBN 978-80-970667-2-7. s. 23-29.
- VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY: RADA VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. 2011. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018*. Praha: Úřad vlády České republiky. s. 56. ISBN 978-80-7440-045-2.
- VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY: RADA VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. 2016. *Akční plán realizace Národní protidrogové strategie na období 2016 až 2018 v oblasti nelegálních návykových látek*. [online]. 2016-06-22. [citované 2016-12-26]. Dostupné na internetu: [https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/AP\\_nelegalni\\_latky\\_2016\\_2018.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/AP_nelegalni_latky_2016_2018.pdf)
- VAVŘINOCOVÁ, H. 2017. *Anonymita klientů. Prvokontakt. Poradenské služby*. Příbram: CAS Magdaléna Příbram. [rozhovor]. Osobní komunikace, 2017-02-17
- ZAHRADNÍK, M. 2009. Kontaktní pracovník a jeho kompetence v sociálním poli. In KLÍMA, P. et al. *Kontaktní práce, antologie textů České asociace streetwork*. Praha: NVF. ISBN 978-80-254-4001-8, s. 145-156.
- Zákon č. 258/2000 Sb. z. Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.
- Zákon č. 106/2008 Sb. Zákon o sociálních službách