



HARM REDUCTION

*Aplikácia filozofie znižovania
rizík v pomáhajúcich
profesiách*

**Zborník
z medzinárodnej
konferencie**

Nitra,
2014

HARM REDUCTION
Aplikácia filozofie znižovania rizík v pomáhajúcich profesiách

Zborník z medzinárodnej konferencie

Nitra 2014

Zborník príspevkov z konferencie s titulom Harm Reduction - Aplikácia filozofie znižovania rizík v pomáhajúcich profesiách

Vydalo:

Združenie STORM

Nitra, 2014

1. vydanie

počet strán: 104 s.

Recenzovala:

doc. PhDr. Martina Žáková, PhD.

Zostavila:

Mgr. Katarína Debnáriková, PhD.

Grafický dizajn:

Iveta Rehušová

ivka.rehusova@gmail.com

Za obsah, pôvod a úplnosť literárnych zdrojov jednotlivých príspevkov zodpovedajú autori. Združenie STORM nepreberá zodpovednosť za obsah a pôvod príspevkov.

Príspevky autorov neprešli jazykovou úpravou. Publikované texty nie je možné rozširovať bez súhlasu autorov.

ISBN 978-80-970667-2-7

EAN 978-80-970667-2-7



„Podujatie a publikovanie zborníka podporila spoločnosť Reckitt Benckiser Pharmaceuticals z prostredkov edukačného grantu spoločnosti. Spoločnosť žiadnym spôsobom nezasahovala do obsahu materiálov. Spoločnosť Reckitt Benckiser Pharmaceuticals má právo posúdiť materiál z hľadiska technickej správnosti a presnosti uvedených informácií.“



RECENZIA PRÍSPEVKOV

doc. PhDr. Martina ŽÁKOVÁ, PhD.

Hoci služby v rámci harm reduction existujú na Slovensku už 20 rokov, nemôžeme povedať, že sú rozšírené a fungujú bez ťažkostí či problémov. Vidíme aj veľké nebezpečenstvo v tom, že pracovníci nemajú istotu v pokračovaní svojej práce, pretože nevedia, či vôbec získajú finančné krytie, čo má za následok aj časté striedanie personálu a nie je teda dostatočne zabezpečený rozvoj personálu. Tiež nemôžeme povedať, že je dostatok programov/organizácií, ktoré poskytujú takéto typy služieb. Hlavným prínosom tejto konferencie je to, že sa na jednom mieste stretnú predstavitelia všetkých združení, ktoré na Slovensku poskytujú služby v rámci prístupu harm reduction a tiež predstavitelia niektorých združení z Českej republiky.

Zborník pozostáva zo 16 príspevkov 25 autorov, ktoré boli prednesené na medzinárodnej konferencii v Nitre. Zborník má 104 strán a prináša tradične množstvo nových vedeckých, odborných ale aj praktických informácií.

Príspevky sú do značnej miery rôznorodé. Dva príspevky sa venujú harm reduction službám poskytovaným zraniteľným skupinám, jeden sekundárnej výmene injekčných striekačiek, jeden nízkoprahovému prístupu, jeden popisuje skúsenosti zo stáže v Nemecku, jeden popisuje preventívne aktivity v oblasti znižovania prenosu sexuálne prenosných ochorení a v oblasti znižovania diskriminácie HIV pozitívnych osôb. Dva príspevky sú zamerané na prevenciu závislostí, jeden na harm reduction v rekreačnom prostredí mládeže. Ostatné príspevky sú viac všeobecné či analytické.

V niektorých príspevkoch vidíme aj negatíva, nie sú ucelené, nakoľko autori ich nedodali a v zborníku sa nachádzajú iba prezentácie týchto príspevkov. Takýmto príspevkom je hneď úvodný príspevok Sklený alebo reálny strop pre služby harm reduction na Slovensku?, kde sa autorka Tatiana Hičárová venuje analýze možných systémových, spoločenských a ľudských prekážok, ktoré na Slovensku existujú pre služby v rámci harm reduction. Ide o zaujímavý príspevok, avšak nie je kompaktný. Rovnako je to aj v prípade príspevku Jiřího Valnohy s názvom Silné a slabé stránky harm reduction v Českej republike, v ktorom autor zhrnul hlavné úspechy tohto prístupu s dôrazom na sieť kontaktných služieb a hlavných epidemiologických ukazovateľov.

Príspevok s názvom Služby harm reduction v kontexte drogovej situácie a ich projekcia v monitorovacích výstupoch NMCD nám podáva ucelený pohľad na harm reduction služby na Slovensku počas posledného obdobia cez zozbierané údaje v Národnom monitorovacom centre pre drogy.

Autorka príspevku Harm reduction prístup a podoby jeho dozrievania na Slovensku – príležitosti a limity je bývalou slovenskou terénnou pracovníčkou, ktorá momentálne pracuje na Klinike adiktológie 1. Lekárskej fakulty Karlovej univerzity v Prahe. Jej príspevok sa začína predstavením jej súčasného pracoviska a pokračuje svojím pohľadom na súčasný stav harm reduction služieb na Slovensku. Opätovne musíme konštatovať, že je škoda, že nie je tento príspevok kompletný.

Ďalší príspevok autorov Gabrielovej a Velemínskeho sa zaoberá možnosťami a limitmi prístupu harm reduction, autori poznamenávajú, že v súčasnosti je trend aplikácie tohto prístupu aj do iných oblastí práce s klientmi, čo považujem za dobrý trend, pretože ide o prístup, prostredníctvom ktorého sa dá s klientom pracovať nediskriminačne a s jeho vlastným aktívnym zapojením.

Príspevok autoriek Púčikovej a Vavrinčikovej uvádza prehľad harm reduction služieb na Slovensku a analyzuje tieto služby na z pohľadu poskytovateľov služieb, čo považujeme za veľmi prínosné, keďže takáto súhrnná informácia na Slovensku absentovala.

Príspevok Petra Steklého poukazuje na vývoj služieb v kontexte práce organizácie s regiónom. Tento príspevok je opätovne iba vo forme prezentácie.

Príspevok Zuzany Šťastnej popisuje prácu v nízkoprahovom klube Likusák pre deti a mládež s cieľovou skupinou užívateľov drog v Brne.

Veľmi zaujímavým príspevkom je príspevok autoriek Drzsíkovej a Halásovej, ktorý sa zaoberá filozofiou prístupu harm reduction a jeho využitím v primárnej prevencii závislosti zmenou hodnotového rebríčka jedinca, jeho správania a noriem spoločnosti, v ktorej sa daný jedinec pohybuje. Autorky popisujú využitie tohto prístupu v programe STEREO, ktorý je programom Združenia STORM.

Príspevok Žilinskej a Bartoša popisuje 13-ročné skúsenosti práce s mládežou v rámci programu SEX/DROGY, ktorý je predovšetkým na letných festivaloch, kde sa poskytujú služby, ktoré majú za cieľ znížiť riziká súvisiace s užívaním drog mladými užívateľmi a zameraním sa na sexuálne zdravie. V príspevku sú aj popísané nové výzvy v tejto oblasti.

Príspevok Milana a Šimončičovej poskytuje základné informácie o službách, ktoré Linka detskej istoty poskytuje svojim klientom. Pozitívne hodnotíme snahu aplikovať pri práci s klientmi princípy harm reduction.

Ďalším príspevkom je príspevok Štefančíka, ktorý je venovaný popisu preventívnych aktivít smerujúcich k zníženiu prenosu sexuálne prenosných infekčných ochorení a k zníženiu stigmatizácie a diskriminácie HIV pozitívnych osôb. Autor v príspevku aj predstavil Občianske združenie Doma svetla, ktorého cieľom sú práve takéto preventívne aktivity.

V príspevku Jandu a Andrášikovej sa môžeme dozvedieť, aké sociálne služby sa poskytujú užívateľom drog v Berlíne. Považujem za veľmi dôležité inšpirovať sa poskytovaním sociálnych služieb v zahraničí, teda najmä z takých krajín, kde tieto služby fungujú dlhšiu dobu ako u nás a sú efektívnejšie ako u nás.

Nasledovný príspevok sa zaoberá popisom sekundárnou výmenou injekčných striekačiek prostredníctvom samotných užívateľov. Občianske združenie Odyseus takýto typ výmeny injekčných striekačiek malo a prostredníctvom neho mali prístup k sterilným injekčným striekačkám aj užívatelia, ktorí by ho nemali, aj preto pozitívne hodnotíme zapájanie samotných klientov do aktivít a to nielen v rámci prístupu harm reduction.

Príspevok autoriek Pódovej, Strelkovej a Chovancovej je zameraný na prácu so zraniteľnou skupinou užívateľiek drog – na osoby pracujúce v sex-biznise. Tento príspevok je prakticky orientovaný, obsahuje rady, ktoré môžu byť využité ako prevencia zdravotných problémov a tiež násiliu či iných negatívnych situácií v ich živote a informácie v tomto príspevku môžu byť využité aj iné združenia, ktoré pracujú s rovnakou klientelou a posledný príspevok je zameraný na inú zraniteľnú skupinu – na ľudí bez domova. Považujeme za dôležité uplatňovať princípy harm reduction aj s inými skupinami klientov, pretože tak ako sme už uviedli, tieto princípy sú uplatniteľné pri akejkolvek klientele.

Zborník Aplikácia filozofie znížovania rizík v pomáhajúcich profesiách prináša veľa zaujímavých informácií nielen pre samotných streetworkerov pracujúcich s užívateľmi drog, ale aj pre sociálnych pracovníkov pracujúcich s inými skupinami klientov či pre iných odborníkov pomáhajúcich profesií, ale aj pre študentov sociálnej práce či iných odborov, ktoré zaradujeme medzi pomáhajúce profesie.

OBSAH

Príhovor štatutárnej zástupkyne Združenia STORM <i>Mgr. Andrea Hugáňová, PhD.</i>	7
Sklený alebo reálny strop pre služby Harm Reduction na Slovensku? <i>Mgr. Tatiana Hičárová</i>	8
Služby Harm Reduction v kontexte drogovej situácie a ich projekcia v monitorovacích výstupoch NMCD <i>RNDr. Imrich Šteliar</i>	11
Silné a slabé stránky Harm Reduction v Českej Republike <i>Dr. Jiří Valnoha</i>	25
Harm Reduction prístup a podoby jeho dozrievania na Slovensku <i>PhDr. Lenka Vavrinčíková PhD.</i>	30
Možnosti a limity prístupu Harm Reduction <i>Mgr. Jana Gabrielová, PhD. – prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., dr.h.c.</i>	40
Inštitucionálna analýza Harm reduction služieb na Slovensku <i>Mgr. Dominika Púčiková - PhDr. Lenka Vavrinčíková PhD.</i>	46
Od Harm Reduction služieb ku komplexnému systému služieb v regióne <i>Mgr. Petr Steklý</i>	58
Deti a mládež pod vplyvom <i>Mgr. Zuzana Šťastná</i>	62
Možnosti využitia prístupu Harm Reduction v primárnej prevencii závislostí <i>Mgr. Martina Drzsíková - Mgr. Magdaléna Halásová</i>	68
Harm Reduction v rekreačnom prostredí mládeže – 13 rokov skúseností a nové výzvy <i>Mgr. Miroslava Žilinská, MA – Bc. Martin Bartoš</i>	73
Nízkoprahový prístup k sanácii rodinného prostredia <i>Mgr. Michal Milan – Mgr. Jana Šimončíčová</i>	77
Preventívne aktivity v oblasti znižovania prenosu infekčných chorôb pohlavných stykom, aktivity v oblasti znižovania stigmatizácie a diskriminácie osôb HIV+ <i>Miloš Štefančík</i>	82
Skúsenosti zo stáže v Berlíne <i>Mgr. Adam Janda - Mgr. Karina Andrášiková</i>	86
Zapájanie ľudí, ktorí injekčne užívajú drogy do programu výmeny injekčných striekačiek <i>Bc. et Bc. Iveta Chovancová - Mgr. Miroslava Žilinská, MA</i>	89

Harm reduction prístup v sex-biznise

Mgr. Olívia Strelková - Alexandra Pódová - Bc. et Bc. Iveta Chovancová

96

Využitie prístupu Harm Reduction pri práci s ľuďmi bez domova

Mgr. Martina Drzsíková

101

Fotogaléria

PRÍHOVOR ŠTATUTÁRNEJ ZÁSTUPKYNE ZDRUŽENIA STORM

Andrea HUGÁŇOVÁ

Vážené kolegyne, kolegovia,

predkladáme vám zborník z odbornej medzinárodnej konferencie s názvom **Harm Reduction. Aplikácia filozofie znižovania rizík v pomáhajúcich profesiách**, ktorá sa konala 19. 11. 2014 v priestoroch Krajského osvetového strediska v Nitre.

Združenie STORM ako hlavný organizátor sa systematicky snaží o budovanie tradície otvorených diskusných stretnutí nielen pre odborníkov z akademickej pôdy, ale najmä pre odborníkov z praxe.

Práve téma filozofie znižovania rizík je veľmi aktuálna a má dopad na prácu s mnohými cieľovými skupinami na Slovensku i v zahraničí. Napriek tomu, že sa primárne spája s užívaním drog, je využiteľná aj v mnohých iných smeroch. Dokazujú to aj viaceré príspevky pracovníkov s deťmi, mládežou, študentmi, ľuďmi bez domova a pod.

Združenie STORM už viac ako desaťročie rozvíja programy zamerané na znižovanie rizík a škôd. Okrem terénnej sociálnej práce s užívateľmi drog a s osobami pracujúcimi v sex-biznise sa venuje aj práci s neorganizovanými skupinami detí na sídlisku. Zároveň posunulo svoje pôsobenie aj do základných či stredných škôl. Vypracovalo program zameraný na prevenciu rizikového správania žiakov a študentov, venuje sa aj osvetovej činnosti pre verejnosť.

Združenie tak ucelene pracuje vo všetkých svojich programoch s princípmi Harm Reduction a aplikuje ich do praktického života.

V zborníku podávajú autori z teoretického i praktického aspektu vlastné názory na túto tému. Zároveň povzbudzujú k tvorivej diskusii a výmene skúseností z rôznych odborov. Zaujímavým doplnením konferencie boli tiež poznatky z Českej republiky, kde je filozofia znižovania rizík etablovanejšia.

Odborná, ale i laická verejnosť, ako aj akademickí pracovníci a študenti univerzít si v zborníku môžu nájsť rad cenných poznatkov a informácií o problematike, ako aj inšpirácie pre prácu na Slovensku.

Veríme, že zborník bude prínosom a zaujímavým čítaním pre všetkých, ktorým téma Harm Reduction nie je ľahostajná.

SKLENÝ ALEBO REÁLNY STROP PRE SLUŽBY HARM REDUCTION NA SLOVENSKU?

Tatiana HIČÁROVÁ

Abstrakt: Autorka sa v príspevku zameria na analýzu možných systémových, spoločenských a ľudských prekážok existujúcich na Slovensku pre služby v oblasti harm reduction. Prostredníctvom stručného prehľadu vývoja a etablovania harm reduction služieb od 90. rokov bude hľadať odpoveď na otázku, prečo do dnešného dňa neexistuje plne rozvinutá sieť nízkoprahových služieb so systémovou podporou, a akú podiel má na aktuálnej situácii nízke zapojenie aktívnych užívateľov a členov komunity. Vo svetle existujúcich trendov v užívaní drog ako aj pripravovaných zmien v oblasti drogovej legislatívy sa pokúsi identifikovať možné riešenia. Vo svojom príspevku sa autorka bude opierať o svoje skúsenosti vyplývajúce z práce v oblasti harm reduction ako aj drogovej politiky.

Kľúčové slová: Drogová politika. Harm Reduction. Prekážky. Zapojenie komunity.

ZAČIATKY HARM REDUCTION NA SLOVENSKU

Prístup sa začal presadzovať ako reakcia na epidémiu HIV, HBV a HCV medzi injekčnými užívateľmi drog

- Veľká Británia: začiatok 80. rokov tzv. Mersey model „harm reduction“ vychádzajúci z tzv. „Britského systému“ odporúčaného Rolleston Committee (1920), spolupráca s políciou
- Holandsko: začiatok 80. rokov: 1. PVIS: 1984: presadený a realizovaný Junkie Union na prevenciu HBV medzi injekčnými užívateľmi, spolupráca s políciou
- Severná Amerika: koncom 50. rokov v Kanade a koncom 60. rokov v USA začali 1. metadónové udržiavacie programy
- Prístup importovaný prostredníctvom zahraničných inštitúcií (donorov, primárne OSI)
- Miera akceptácie prístupu závisela od prítomnosti otvorených ľudí na kľúčových pozíciách+angažovaných politikoch+ľudí z terénu/profesionálov majúcich záujem harm reduction služby presadzovať a vykonávať
- **Česko:** r. 1993 niekoľko MVO vyzvalo vládu, aby reagovala na zintenzívňujúci sa fenomén užívania drog vytvorením systému účinnej protidrogovej politiky. V r. 1993 vznikla *Meziresortní protidrogová komise (MPK)*, následne v r. 2001 Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky a zároveň bolo zriadené RVKPP *Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti*
- **Legislatíva: užívanie nie je trestné, prechovávanie malých množstiev pre vlastné spotrebu je priestupok**
- **Poľsko:** harm reduction programy realizované od 1989, jednou z pionierskych organizácií bol MONAR, pokrytie programov VIS od roku 2000 klesá, financovanie je obmedzené, dosah substitučnej terapie obmedzený
- **Legislatíva: prechovávanie je trestný čin, prechovávanie malého množstva: účasť na preventívnom alebo liečebnom programe**
- **Maďarsko:** harm reduction presadzovala OSI v Budapešti, pokrytie programov je obmedzené, dostupnosť substitučnej terapie limitovaná, financovanie programov obmedzené a nepravidelné
- **Legislatíva:** konzumácia a prechovávanie sú nelegálne (od 2013), trest do dvoch rokov za malé množstvo
- **Slovensko:** päť HR programov na Slovensku, pokrytie problémových užívateľov do 21% (2011), metadónový program: dostupný v 2 mestách, buprenorfín-naloxón teoreticky vo všetkých psychiatrických ambulanciách
- **Legislatíva: prechovávanie akéhokoľvek množstva nad 1 dávku je trestným činom**

Ako a kedy začalo Harm Reduction na Slovensku

- Koncom 90.rokov existovalo 5 organizácií HR na Slovensku (OZ Prima, OZ Odysseus (BA), OZ Alternatíva – neskôr Združenie dobrovoľníkov (BB), OZ Storm (NR) a OZ Pomocná ruka (KE))
- Organizácie vznikli z iniciatívy študentov/absolventov katedier sociálnej práce/psychológie, zapojenie aktívnych užívateľov resp. členov komunity na začiatku ich fungovania bolo minimálne resp. žiadne
- Organizácie boli primárne financované zo zahraničných zdrojov (nadácií), len symbolicky zo štátu respektíve z miestnej úrovne
- Všetky ďalšie pokusy o podporu/vznik ďalších združení poskytujúcich služby harm reduction na iných miestach Slovenska neboli úspešné (resp. zanikli po krátkom čase)

- **Na vznik HR služieb nevznikal ŽIADEN TLAK ZDOLA či komunity alebo užívateľov, nikto si nepripúšťal možný vznik epidémie HIV/HCV, HBV**
- **Vznik a etablovanie týchto služieb nikdy nebolo prioritou vlády alebo osôb v rozhodujúcich pozíciách**
- **Nové organizácie boli pri vzniku podporované čisto z donorských prostriedkov, bez účasti štátu/regionálnych/miestnych zastupiteľstiev**

Pozitívne momenty

- Otvorenie vzdelávacieho kurzu na Univerzite Mateja Bela v BB „Úvod do harm reduction“ (2003/2004) pod vedením L. Vavrínčikovej
- Úprava drogovej legislatívy od roku 2005 (mierne uvoľnenie zákonov smerom od 1 OJD k 3 až 10 násobku OJD)
- Akreditácia terénnych sociálnych pracovníkov od 2009

Slovensko a jeho PROTIdrogová politika

?- GSVMDZKD (špecializovaný odbor)

2002: zriadené NMCD v rámci GSVMDZKD

2010: Odbor koordinácie protidrogovej stratégie (OKPS) (samostatný odbor)

2011: od 2011 začlenený do sekcie zahraničnej spolupráce ÚVSR

2012: činnosť OKPS prechádza pod NMCD

2013: NMCD prechádza pod MZSR, vzniká **Odbor koordinácie protidrogovej politiky (OKPP) s dvoma oddeleniami:**

a) oddelenie koordinácie protidrogovej stratégie,

b) oddelenie monitorovania drog - Národné monitorovacie centrum pre drogy.

znižený počet zamestnancov, ten istý rozsah úloh

Národná protidrogová stratégia na roky 2013-2020, žiadne akčné plány

Súčasnosť PROTIdrogovej politiky

- Česko: je postavená na princípoch tzv. stredného prúdu drogových politik. Staví na pragmatickom a racionálnom prístupe, ktorý si stanovuje realistické a dosiahnuteľné ciele (nie „spoločnosť bez drog“), opiera sa o štyri základné piliere (tj. o primárnu prevenciu, harm reduction, liečbu a resocializáciu, represiu), stavia na komplexných a dlhodobých opatreniach, usiluje o vyváženosť pri uplatňovaní prevencie a represie,
- Slovensko: je zameraná na dosiahnutie merateľného zníženia dopytu po drogách, závislosti od drog a zdravotných a sociálnych rizík a škôd súvisiacich s drogami,
- podporuje viacúrovňovú koordináciu prostredníctvom aktívnej diskusie a analýzy vývoja a výziev v oblasti drog na regionálnej a národnej úrovni,

- prispieva k lepšiemu šíreniu výsledkov monitorovania, výskumu a hodnotení a lepšiemu porozumeniu všetkým aspektom drogovej problematiky, ako aj účinkom intervencií s cieľom poskytnúť komplexné podklady pre tvorbu politiky a opatrení.

Sklený alebo reálny strop

REÁLNY

Chýbal nám Bém, chýbajú nám Mravčík, Popov, Miovský, Zábranský, Gajdošíková, VAVRINČÍKOVÁ, KIŠSOVÁ

Čo máme?

- Odbor koordinácie protidrogovej politiky pod vedením p. Šteliara
- Splnomocnenca vlády pre MVO otvoreného pre komunikáciu s nami
- Platformu MVO
- Aktívne združenia
- Klientov, čo potrebujú naše služby a majú záujem (?) sa na ich presadzovaní a realizácii podieľať
- <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/>
- http://www.rokovania.sk/File.aspx/ViewDocumentHtml/Mater-Dokum-157086?prefixFile=m_
- <http://www.emcdda.europa.eu/>

PLÁN B n.o.

Poskytujeme:

- Právne a sociálne poradenstvo súčasným a bývalým užívateľom nelegálnych psychoaktívnych látok
- Vzdelávanie
- Aktívnu participáciu na tvorbe drogovej legislatívy
- Výskum v oblasti drog a drogových závislostí

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Použité zdroje sú na vyžiadanie dostupné u autorky.

AUTORKA

Mgr. Tatiana Hičárová

Plán B n.o.

tana.hicarova@gmail.com

www.drogyinak.sk

SLUŽBY HARM REDUCTION V KONTEXTE DROGOVEJ SITUÁCIE A ICH PROJEKCIA V MONITOROVACÍCH VÝSTUPOCH NMCD

Imrich ŠTELIAR

Abstrakt: *Pochopenie princípu znižovania zdravotného poškodenia u ľudí užívajúcich drogy, spolu so systematickým rozvojom služieb v tejto oblasti boli jedným z kľúčových momentov zvládnutia drogovej epidémie na konci minulého storočia. Nízkoprahový charakter programov v oblasti harm reduction implikuje ich tesné prepojenie s terénom a s populáciou užívateľov, najmä takzvaných „problémových“, u ktorých je užívanie drog spojené so zvýšenými rizikami pre ich individuálne zdravie, ale aj pre zdravie všeobecnej populácie. Preto nezanedbateľným prínosom tohto typu služieb je hodnota získavaných informácií a skúseností. Slúžia ako zdroj jedinečných informácií o viac alebo menej skrytej časti drogového problému.*

Tieto informácie využíva pri monitorovaní drogovej situácie na Slovensku aj Národné monitorovacie centrum pre drogy. Prostredníctvom špecializovaných dotazníkov i cez osobné kontakty sa snaží zmapovať túto časť domácej drogovej scény, jednak z epidemiologického hľadiska, ale i z hľadiska vývoja poskytovania služieb harm reduction. Príspevok prináša prierezový pohľad na vývoj harm reduction služieb na Slovensku za posledných päť rokov, prostredníctvom kvalitatívnych a kvantitatívnych údajov zbieraných v NMCD pre potreby výročných správ.

Kľúčové slová: *Dotazník. NMCD. Situácia na Slovensku.*

ÚVOD

„Nikto nie je ostrovom samým pre seba; každý je kusom pevniny, kusom súše; a ak more odmyje hrudu, Európa sa zmenší, akoby sa stratil výbežok zeme alebo sídlo tvojich priateľov či tvoje vlastné; smrť každého človeka umenší mňa, lebo ja som súčasťou človečenstva; a preto sa nikdy nepýtaj, komu zvoní do hrobu; zvoní tebe“ (John Donne, anglický básnik, 1572-1631).

Tento citát anglického básnika Donne-a si za motto svojho románu Komu zvoní do hrobu zvolil Ernest Hemingway ako esenciálne vyjadrenie princípu ľudskej solidarity, aká sa v globálnom rozmere prejavila proti spoločnej hrozbe fašizmu v občianskej vojne v Španielsku, čo je hlavnou témou románu. Hoci v súčasnosti na Slovensku neprebíha vojenský konflikt, princíp solidarity je rovnako dôležitý aj tu, aj dnes a aj pre ostatné aspekty spoločenského života, ktoré v sebe obsahujú skrytý či otvorený hodnotový konflikt. V prípade pomoci drogovu závislým azda dokonca o žiadny konflikt ani nejde: ide o pomoc ľuďom, ktorí ju potrebujú a takto formulovaný prístup je univerzálnou požiadavkou a atribútom civilizovanej spoločnosti a má v sebe hlboko humánny náboj.

O téme motta v kontexte poskytovania služieb harm-reduction na Slovensku by sa pritom dalo diskutovať ešte z niekoľkých viacerých pohľadov. Tieto služby by mali byť súčasťou kontinua starostlivosti o užívateľov drog a mali by byť preto riešené v rámci neho, nie ako „ostrov sám pre seba“; a naopak – ostatné služby zamerané na rovnakú cieľovú skupinu tiež nie je možné vnímať oddelene od sociálne ladených programov harm-reduction, ktoré sú pre nízky prah vstupu vnímané ako brána a často po dlhú dobu aj jediný (priateľný) kontakt užívateľov drog s akoukoľvek formou pomoci, spolupráce a aspoň čiastočného sociálneho začlenenia. Vyvážené definovanie, najmä legislatívne, systému služieb v systéme protidrogovej politiky však v súčasnosti na Slovensku absentuje, a tak s čiastkovými zmenami prostredia, v ktorom sa služby prakticky realizujú na dennej báze, tak bežne dochádza k rozpadu zotrvačnosťou fungujúcich systémov, nastavených v 90. rokoch počas heroínovej epidémie. Rozpad postihuje všetky oblasti protidrogovej politiky a všetky jej úrovne, či už ide o organizačné zmeny v rámci rezortov ako je zánik organizácii a nimi poskytovaných služieb, alebo medzirezortne oslabovanie výskumných kapacít, koordinácie, monitoringu, až po personálne zmeny na jednotlivých postoch v dôsledku fluktuácie, straty motivácie i vymierania.

Jednotné legislatívne ukotvenie problematiky sa v súčasnosti javí ako kľúčový nástroj udržateľnosti systému, ktorý počas zmienenej epidémie ukázal svoje silné stránky a ktorého neoddeliteľnou súčasťou sú služby znižovania zdravotných a sociálnych poškodení – harm reduction. Pokiaľ však má byť legislatíva pevne ukotvená a účinná, musí nielen vychádzať z aktuálnych spoločenských potrieb, ale byť v rámci spoločnosti aj dobre odkomunikovaná. A to je druhá veľká výzva – dostať drogovú tému do povedomia odbornej i laickej verejnosti a správne a citlivo odkomunikovať jej priority, hlavné témy a potreby. K tomu môžu prispieť podujatia, ako je dnešná konferencia.

No a napokon ďalšou oblasťou, v ktorej je dnes viac ako inokedy potrebná vzájomná solidarita, je spolupráca samotných harm-reduction organizácií a inštitúcií. Za súčasného stavu môže zánik ktorejkoľvek z nich predstavovať nielen vážne riziká pre verejné zdravie, ale zvyšovať aj existenčné riziká všetkých ostatných takýchto inštitúcií. Situácia je vážna a vyžaduje tesnú spoluprácu a ochranu, či už na platforme svojpomocných koordinačných mechanizmov (napr. profesijné združenie/asociácia), alebo v optimálnom prípade aj pomoc a zastrešenie zo strany štátu, kde by mostným prvkom mohol byť inštitút Splnomocnenca vlády SR pre rozvoj občianskej spoločnosti, nakoľko harm reduction aktivity na Slovensku sú dnes realizované takmer výlučne ako aktivity občianskych združení. Je potrebné spolupracovať navzájom, a voči verejnosti informovať, zviditeľňovať sa (i mediálne), šíriť a komunikovať odborné poznatky a dôkazy o význame a užitočnosti harm-reduction. To si však vyžaduje dodatočné kapacity a náklady, ktorých získanie je najmä dnes mimoriadne problematické, ako ukážeme aj neskôr.

1 HARM REDUCTION VO VZŤAHU K MONITOROVANIU DROGOVEJ PROBLEMATIKY

1.1 VŠEOBECNÝ METODOLOGICKÝ RÁMEC

Na udržaní a rozvoji sektora harm reduction a fungovaní nízkoprahových prvkontaktných centier je cez svoje aktivity zainteresované aj Národné monitorovacie centrum pre drogy (NMCD). Ich prínos totiž nespočíva len v ich primárnej činnosti, t.j. v poskytovaní služieb, ale takisto v ich sekundárnej, pridruženej činnosti – vo vytváraní informácií najmä o časti tzv. problémových užívateľov drog, ktoré sú v rámci drogového informačného systému jedinečné a veľmi cenné. Napriek limitom, vyplývajúcich priamo zo špecifik tejto práce a súvisiacich s ochranou osobných údajov klientov, pochádza z nízkoprahových terénnych programov stále množstvo údajov, ktoré nie je možné získať inde (liečba, sociálna reintegrácia). Údaje o problémových užívateľoch drog sa môžu príležitostne vyskytovať v hláseniach služieb z oblasti znižovania ponuky – policajné záznamy, správy prokuratúry alebo štatistiky odsúdených či väzenské dáta. Informačné prepojenie užívania drog a služieb v tejto oblasti je však len sekundárne a nie je zacielené na užívanie drog a rizikové správanie, čo obmedzuje využiteľnosť týchto zdrojov pre hlbšie poznanie stavu drogového problému. Tieto dáta tak osvetľujú z istého uhla skôr jeho sociálne (tzv. „sociálno-patologické“) dôsledky.

Informačné požiadavky NMCD nadväzujú na metodologický prístup Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA)¹ k popisu drogovej situácie prostredníctvom piatich kľúčových ukazovateľov, a od samého začiatku drogovej epidemiológie na Slovensku sa vyvíjali v kontexte medzinárodnej spolupráce.

1.2 MEDZINÁRODNÉ HISTORICKÉ SÚVISLOSTI

Vznik EMCDDA bol odpoveďou Európskej únie na novú vlnu drogovej epidémie. Tradícia užívania drog a protidrogových opatrení bola za „železnou oponou“ dlhšia než v nových kandidátskych štátoch v strednej a východnej Európe, v ktorých na prelome osemdesiatych

¹ EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

a deväťdesiatych rokoch došlo k zmenám politických režimov za súčasného otvorenia hraníc, ktoré sa otvorili samozrejme aj dovtedy nepoznaným – prinajmenšom nie v takom masovom meradle – drogám. Ale takisto v západných štátoch bola v tom období na vzostupe heroínová epidémia, za ktorou sa tá na Slovensku a v okolitých štátoch časovo ani príliš neoneskorovala. Je možné, že jej dynamiku podmienilo práve otvorenie nových čiernych trhov v štátoch strednej a východnej Európy. Ich obyvateľstvo bolo týmto novým fenoménom vydesené a volalo po riešeníach. Mechanizmy OSN sa ukázali ako príliš hrubý, rámcový nástroj na formuláciu efektívnych a rýchlych administratívnych opatrení proti šíreniu epidémie. Rovnako tak vedecky rigorózne, no práve preto zdĺhavé postupy Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) v oblasti skúmania zdravotných rizík psychoaktívnych látok. Spoločná hrozba zomkla európske spoločenstvo, na výskum drog a formulovanie opatrení v rámci medzinárodných programov a projektov boli vyčleňované značné prostriedky, vďaka ktorým bolo možné naozaj široké zapojenie štátov do projektov, napomáhajúcich koordináciu úsilia a výmenu poznatkov. Pozoruhodné pritom je, že ako Pompiduova skupina, ktorá pôvodne vznikla ako iniciatíva protidrogovej represie, tak aj EMCDDA, v čase vzniku spadajúce pod riadenie generálneho direktoriátu Spravodlivosť a vnútorné záležitosti (DG JHA – Justice and Home Affairs), zaznamenali odklon svojej činnosti a zamerania od represie smerom do oblasti znižovania dopytu po drogách – k liečbe užívateľov drog, k ich sociálnej rehabilitácii, k znižovaniu zdravotných (i sociálnych) poškodení súvisiacich s užívaním drog. Tento posun nebol náhodný – opieral sa o dôkazy nahromadené intenzívnym výskumom i skúsenosťami jednotlivých štátov, kde sa príležitostne i z nedostatku iných riešení, vydávali cestou rozličných experimentálnych opatrení znižovania dopytu, založených na teoretickom poznaní, ktoré sa neskôr neraz ukázali ako účinné alternatívne nástroje na riešenie drogového problému. Príkladom takého postupu môže byť substitučný heroínový program vo Švajčiarsku, ktorý sa stal základom pre opioidové substitučné programy v Európe i vo svete. Napriek rozmachu monitorovania, zberu a analýz informácií o drogách na celoeurópskej úrovni a napokon i zastaveniu heroínovej epidémie, s jej ústupom akoby sa celá protidrogová problematika dostala v Európe na druhú koľaj. Na Slovensku sa nepodarilo zachytiť obdobie rozmachu a rozvoja drogových služieb a výskumu natoľko, aby to viedlo k legislatívnemu ukotveniu hlavných zásad protidrogovej politiky. Azda preto je tu úpadok záujmu o protidrogovú problematiku osobitne dobre viditeľný.

1.3 HISTORICKÉ SÚVISLOSTI - SLOVENSKO

V roku 1995 bol uznesením vlády SR² vytvorený Výbor ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog a jeho Generálny sekretariát ako exekutívny orgán medzi zasadaniami Výboru. Zložený zo zástupcov kľúčových rezortov, bol Generálny sekretariát umiestnený na Úrade vlády, čo malo svoje opodstatnenie vzhľadom na interdisciplinárny charakter protidrogového prístupu a teda aj požiadavku medzirezortnej spolupráce a nevyhnutnej akcieschopnosti za účelom prijímať rýchle a účinné opatrenia. Predsedom Výboru bol podpredseda vlády, čo umožňovalo jednostupňovú koordináciu činností rezortov. V rámci Výboru fungovala pomerne úzka spolupráca politikov a odborníkov, nakoľko vzhľadom na vážnosť situácie boli pre politické opatrenia nevyhnutné spoľahlivé informácie založené na dôkazoch, a politici im pozorne načúvali. Opatrenia viedli k mnohým systémovým zásahom, ktorých zvyšky tvoria prvky protidrogovej koncepcie dodnes, či už sú to špecializované liečebné centrá, vytvorenie sústavy resocializačných zariadení, ale aj harm-reduction aktivity, vznik terénnych programov, zavádzanie substitučnej liečby a pod. Navyše, ako finančná opora preventívnych aktivít na riešenie drogového problému, bol vytvorený Protidrogový fond, ktorého poslaním bolo sústreďovať a rozdeľovať finančné prostriedky na aktivity v oblasti znižovania dopytu po drogách. V rámci Generálneho sekretariátu sa od roku 2001

² Uznesenie vlády SR č. 583/1995

rozmýjali takisto monitorovacie aktivity³, aj keď z nepochopiteľných dôvodov NMCD – okrem krátko ani nie polročného obdobia – nebolo napriek úporným dlhoročným snahám doposiaľ etablované ako samostatný orgán zameraný na objektívne a nezávislé monitorovanie drogovej situácie, ale uchováva sa jeho podriadené postavenie v rámci politického establishmentu, čo nielen limituje jeho akcieschopnosť a pozbavuje nezávislosti, ale navyše ho vystavuje všetkým politicko-administratívnym otrasom v rámci zmien štruktúr ústredných štátnych organizácií.

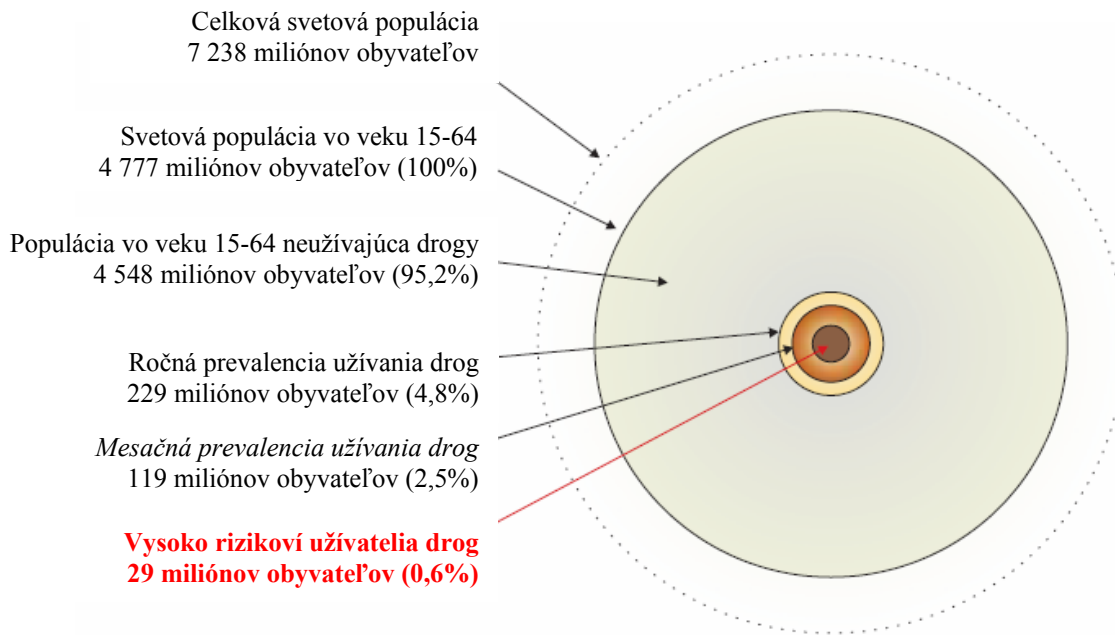
Po prevzatí viacnásobne zredukovaných finančných prostriedkov Protidrogového fondu a jeho následnom zrušení zanikla aj legislatívne garantovaná finančná podpora protidrogových aktivít. Podoba, do ktorej bola transformovaná nedáva ani právnu istotu pokračovania, ani neposkytuje dostatočnú záruku odborného posudzovania pridelovania prostriedkov.

1.4 ROZSAH A OBSAH DROGOVÉHO PROBLÉMU A JEHO MONITOROVANIA

Riešenie týchto otázok je súčasťou širšieho diskurzu o úlohe štátu pri riešení drogovej otázky. Napriek vyššie uvedeným negatívnym vplyvom sa prikláňame k názoru, že táto úloha je potrebná a že užívanie drog nemožno posudzovať čisto z hľadiska slobodnej vôle občana rozhodovať o svojom živote. Užívanie drog nie je len rizikom pre individuálne zdravie, ale v sebe skrýva riziká i z pohľadu verejného zdravia a takisto hraničné zdravotno-sociálne alebo výlučne sociálne riziká, kde najvypuklejší a najviditeľnejší – s drogami súvisiaca kriminalita – je len jedna časť mozaiky. Ide o problémy ako sociálna vylúčenosť vysoko rizikových užívateľov, kodependentné správanie ich okolia, narušenie sociálnych väzieb v rodine a medzi blízkymi priateľmi, zanedbanie starostlivosti o deti, problémy so zamestnanosťou, práceneschopnosťou, zvýšenou úmrtnosťou a podobne. Toto so sebou prináša záťaž na služby a s tým súvisiace ekonomické náklady. Aj pri abstrahovaní od akýchkoľvek svetonázorových či občianskych postojov a názorov ide teda o riešenie pragmatického problém týkajúceho sa určitej skupiny občanov a v konečnom dôsledku celej spoločnosti, presne v duchu na úvod citovaného motta. Napokon, aj služby harm reduction patria medzi opatrenia, na ktorých by mal štát systematicky participovať a starať sa o ich rozvoj a udržanie. Taktiež z prieskumov postojov i názorov sú zrejmé očakávania veľkej časti obyvateľstva, pokiaľ ide o zodpovednosť štátu za riešenie drogového problému. Štát je viazaný k plneniu úloh v tejto oblasti aj realizáciou medzinárodnej politiky pri dodržiavaní konvencií OSN. Drogový problém nepozná hranice a je svojou povahou globálny.

Jeho rozsah v globálnom meradle možno pre ilustráciu odhadnúť nasledovne ().

³ Uznesením vlády SR č. 622/2001 bol vytvorený tzv. „Ústredný uzol drogového informačného systému“, základ neskoršieho NMCD, ktoré bolo oficiálne ustanovené 22. mája 2002 uznesením vlády SR č. 534/2002 ako súčasť prípravy na vstup Slovenska do EÚ.



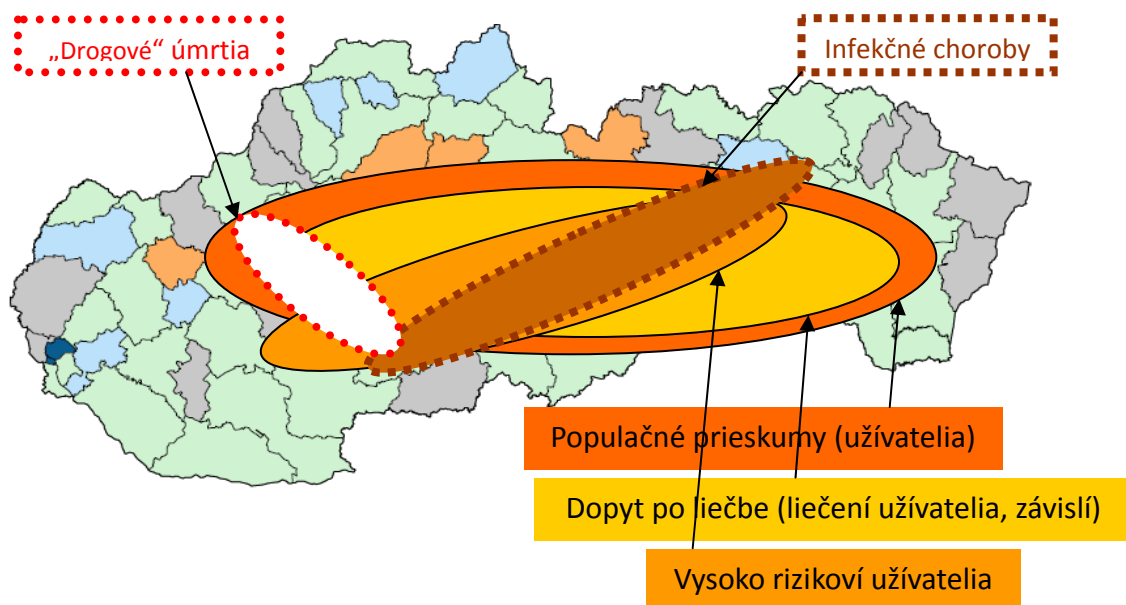
Obrázok 1 Schéma proporcionálneho rozloženia drogového problému v globálnej populácii z hľadiska početnosti užívateľov. Zdroje: Upravené podľa UNODC, World Drug Report 2010; Prepočty obyvateľstva: Population Reference Bureau, 2014 World Population Data Sheet.

Aspoň príležitostným užívaním drog (raz za posledný rok) je postihnutých cca necelých 5% svetovej populácie v produktívnom veku, denne užíva drogy asi 2,5% tejto populácie. Vysoko rizikóvi užívatelia drog, o ktorých pochádzajú informácie predovšetkým z prostredia služieb harm reduction, tvoria v globále asi 0,6% populácie v produktívnom veku. V porovnaní s rozsahom srdcovo-cievnych alebo onkologických ochorení, je to nízke číslo – i keď treba uvážiť, že je to stále 29 miliónov obyvateľov – osudov ľudí žijúcich často na pokraji spoločnosti. Ale z tohto rozloženia vidno, že aj keď primárnym dôvodom vyhlásenia globálneho a koordinovaného tzv. „boja proti drogám“ konvenciami OSN sú zdravotné komplikácie a zdravotné ohrozenia všeobecnej populácie, závažnosť problému dodávajú jeho sociálne konotácie.

1.5 KĽÚČOVÉ INDIKÁTORY EMCDDA

Odpoveď na jednoduchú otázku „Koľko drog sa teda užíva?“ nie je vôbec ľahká ani jednoznačná. Drogová epidemiológia skladá mozaikovitý obraz o skúmanom probléme a pracuje s pojmami interpolácia hodnôt, aproximácia dát, triangulácia zdrojov, s nepriamymi metódami a odhadmi. Je to pochopiteľné vzhľadom na skutočnosť, že veľká časť látok užívaných ako drogy je nelegálnych. Ostáva otázkou, nakoľko by k poznaniu rozsahu problému prispeli legislatívne opatrenia zmäčkujúce prístup k nelegálnym látkam – dekriminalizácia či legalizácia ich držby a obchodovania. Isté pochybnosti v tomto ohľade prinášajú skúsenosti so šedou a čiernou ekonomikou u legálnych komodít ako sú alkohol (domáce i priemyselné pálenie „načierno“, spojené okrem iného s nedávnymi tragickými metylalkoholovými excesmi) alebo tabak (pašovanie cigariet na východnej hranici SR), prípadne zneužívanie iných legálnych látok (prchavé látky, no najmä lieky).

Rámec piatich kľúčových indikátorov, hoci nie je úplný, sa snaží zachytiť čo najširší obraz najvýznamnejších stránok drogovej problematiky. Každý z indikátorov sa pritom zameriava na inú populáciu ().



Obrázok 2 Schéma rozsahu jednotlivých populácií, popísaných kľúčovými inidikátormi EMCDDA

Najširšiu skupinu – všeobecnú populáciu – zachytáva indikátor *Populačné prieskumy (GPS)*⁴, kam patria taktiež prieskumy školské. Nakoľko tento typ zisťovania je pomerne širokospektrálny a málo špecificky zameraný na vzorku užívateľov drog, mnohí z nich nimi nie sú zachytení. Buď nie sú zastihnutí anketármi, prípadne majú z obavy pred prípadnou neskoršou perzekúciou tendenciu informácie o svojom užívaní nezákonných látok skresľovať alebo tajiť. Skrytá populácia je pritom pojem súvisiaci práve s ťažšími drogovými a sociálnymi problémami – o nich nám populačné prieskumy veľa nehovoria. Vo vzorkách populačných prieskumov sa celoživotná prevalencia užívania (t.j. užitie aspoň raz v živote) u nezákonných látok s vysokým návykovým potenciálom (pervitín, heroín) pohybuje na úrovni menej ako 2%, resp. 0,3%. Avšak majú svoju výpovednú hodnotu jednak vo vzťahu k legálnym látkam a tiež ako obraz distribúcie drog – legálnych či nelegálnych – v populácii. Takto získané informácie dopĺňajú výsledky novo vyvíjanej metodológie zisťovania konzumácie drog v populácii analýzou odpadových vôd. Nakoľko ide o krátko používaný spôsob monitorovania spotreby drog na danom území, nie sú celkom známe silné a slabé miesta jeho využitia, každopádne však ide o zaujímavý a objektívny zdroj informácií.

Podskupinou všeobecnej populácie je populácia liečených, ktorú skúma druhý kľúčový indikátor – *Dopyt po liečbe (TDI)*⁵. V rámci neho sa zbierajú informácie nielen o počte liečených v zdravotníckych zariadeniach rezortu zdravotníctva, ale aj v súkromných/neštátnych zdravotníckych zariadeniach, vo väzenských zdravotníckych zariadeniach rezortu spravodlivosti a taktiež o rizikovom správaní pacientov, ich socioekonomické charakteristiky, komorbidita a pod. Tento indikátor bol z piatich kľúčových najlepšie prepracovaný, dnes – najmä v dôsledku revízií požiadaviek – niektoré informácie nepokrýva dostatočne a je potrebné opätovné preskúmanie spôsobu zberu dát.

V skupine liečených je vyššie zastúpenie tzv. vysoko rizikových užívateľov drog, ktoré skúma ďalší kľúčový ukazovateľ – *Vysokorizikové užívanie drog (HRDU)*⁶. Populácia, ktorú sleduje

⁴ General Population Surveys

⁵ Treatment Demand Indicator

⁶ High Risk Drug Use

však nie je čistou podmnožinou liečených, ale sčasti transversálne rozloženou skupinou presahujúcou obe predošlé spomenuté populácie, pretože ako už bolo uvedené, mnohí z rizikových užívateľov patria z pohľadu štatistických zisťovaní do tzv. skrytej populácie a nie sú žiadnym z týchto zisťovaní zachytení.

Časť skrytej populácie užívateľov drog je nositeľom infekčných ochorení súvisiacich s drogami. Ide predovšetkým o hepatitídu typu B a C, o infekciu HIV/AIDS a niektoré ďalšie (TBC, syfilis), prenášané okrem iných spôsobov aj injekčným náradím. Veľká časť takýchto užívateľov sa vyskytuje medzi klientmi nízkoprahových programov harm reduction a sú predmetom skúmania ďalšieho kľúčového indikátora *Infekčné choroby súvisiace s drogami (DRID)*⁷, ale nie je to výlučný zdroj – informácie o uvedených infekčných chorobách pochádzajú tiež z väzenského prostredia, kde sa sledujú pre zvýšené riziko prenosu oproti bežnej populácii v otvorenom prostredí. Avšak ľudia postihnutí spomenutými infekčnými ochoreniami sa mohli nakaziť aj iným spôsobom, ktorý s užívaním drog nesúvisí, a preto je požiadavkou tohto indikátora sledovanie infekčných ochorení medzi injekčnými užívateľmi drog a nie naopak – sledovanie počtu užívateľov drog medzi nakazenými osobami, sledovanými notifikačnými systémami zdravotníctva v rámci Informačného systému hygieny, epidemiológie a mikrobiológie (ISHEM), prevádzkovaného v rámci verejného zdravotníctva, ktorý – aj keď v dôsledku požiadavky EÚ ústretovo zisťuje anamnestické údaje o užívaní drog – v tomto prípade slúži ako doplnkový zdroj, resp. referenčný rámec pre interpretáciu premorenosti populácie užívateľov. Ako ukázala účasť niektorých nízkoprahových organizácií na projektoch testovania, ucelený a systematický program testovania klientov využívajúcich služby harm reduction by pri prepracovanej metodike mohol byť významným príspevkom k poznaniu potenciálnych i reálnych ohnísk a rizík vypuknutia nákazy.

*Úmrtia súvisiace s drogami (DRD)*⁸ sú posledným z menovaných kľúčových indikátorov EMCDDA. U nás sa v súčasnosti zisťujú len toxikologicky overené úmrtia u pitvaných osôb. Oba uvedené faktory – toxikologické konfirmácie a miera pitvanosti sú zárukou spoľahlivosti zistenia drogy ako príčiny úmrtia, sú však zároveň limitujúcimi faktormi indikátora s prihliadnutím na skutočnosť, že oba sú determinované ekonomickými okolnosťami zisťovania, v drvivej väčšine – aspoň v súčasnosti – nepriaznivými.

K uvedeným indikátorom používa EMCDDA na popis drogovej situácie v Európe aj doplnkové informácie – legislatívne úpravy drogovej problematiky a politiky jej riešenia (napr. príklady dobrej praxe, opatrenia na zaistenie dostupnosti a kvality služieb) a koordinácie, informácie z oblasti trestnoprávných postihov, ktoré sa v súčasnosti formujú do šiesteho kľúčového indikátora, informácie o nových psychoaktívnych látkach a pod.

Treba ešte spomenúť, že systém monitorovania prostredníctvom siete Reitox⁹ je síce ojedinelý, ale nie jediný systém na zber údajov pre hodnotenie drogovej situácie. Rovnako UNODC¹⁰ a INCB¹¹ majú svoj (globálny) systém zberu údajov prostredníctvom rozsiahlych výročných dotazníkov a predformátovaných sústav tabuliek z ktorého pripravuje výročnú Svetovú správu o drogách (World Drug Report). Mnohé informácie sa zisťujú špecificky zameranými ad hoc štúdiami (napríklad štúdie o účinnosti preventívnych opatrení, štúdie finančných nákladov, štúdie užívania drog v špecifických prostrediach a populáciách).

⁷ Drug-Related Infectious Diseases

⁸ Drug-Related Deaths

⁹ Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies, Európska informačná sieť pre drogy a drogovú závislosť založená EMCDDA, ktorá je prepojením uzlových pracovísk v jednotlivých členských štátoch

¹⁰ United Nations Office for Drugs and Crime, Úrad pre drogy a kriminalitu OSN

¹¹ International Narcotic Control Board, Medzinárodná rada pre kontrolu narkotík

2 KONTEXT DROGOVEJ SITUÁCIE

2.1 GLOBÁLNY POHĽAD

Prostredníctvom týchto informačných zdrojov sa systémom skladania mozaiky a interpolácie hodnôt vytvára obraz o aktuálnej situácii. A aj keď vzhľadom na rozličné limity, na niektoré z nich sme už poukázali, táto informácia azda nie je ideálne presná, poskytuje predstavu prinajmenšom o trendoch a vývoji.

Pokiaľ ide o globálne trendy, v posledných rokoch sú badateľné známky stability, pokiaľ ide o pestovanie/produkciiu a spotrebu väčšinu nezákonných drog (kokaín, stimulanty amfetamínového typu, kanabis, opioidy).

Produkciiu opioidov a opiátov, ktoré sú na špici rizikových látok, najmä v dôsledku závažných zdravotných rizík a úmrtí súvisiacich s ich užívaním, po rokoch poklesu znova stúpila. Napriek rôznym opatreniam sa zvyšuje pestovanie opiového maku v Afganistane a takisto nárast bol zistený v Mjanmarsku. V Európe tento vzostup nie je natoľko badateľný, ako napríklad v regióne juhovýchodnej Ázie, najmä vďaka oslabeniu významu tzv. balkánskej cesty v dôsledku rôznych faktorom, ako zrejme sú efektívnejšie represívne opatrenia a znižujúci sa trh v západnej a strednej Európe. Oslabený je aj tok do Európy tzv. Severnou cestou cez Ruskú federáciu. Významnejšou sa stáva tzv. Južná cesta cez južné oblasti Afganistanu a cez krajiny Stredného a Blízkeho Východu a cez Afriku. V niektorých oblastiach sa tak ako náhrada heroínu objavili syntetické opioidy, obzvlášť rizikové je užívanie fentanylu v Estónsku, Fínsku a v USA, kde sa zase naopak podarilo znížiť užívanie niektorých iných syntetických opioidov vyrábaných z používaných liečiv.

V USA sa po období poklesu tiež objavili známky opätovného zvýšenia spotreby kokaínu a zdá sa, že napriek poklesu produkcie (v roku 2012 bola zaznamenaná najnižšia od deväťdesiatych rokov, kedy sa začali robiť jej odhady) sa zvýšila jeho dostupnosť v štátoch Európy s najväčšími trhmi, najmä vďaka zvýšeniu čistoty a poklesu cien, čo však za sledované obdobie nemalo za následok zvýšenie dopytu v Európe. Trhy sa rozvíjali najmä v Afrike, vďaka presmerovaniu obchodných trás cez tento kontinent, v Južnej Amerike, najmä v Brazílii a nárast obchodovania bol zaznamenaný aj v Oceánii.

Stimulanciiu amfetamínového typu sú v globálnom meradle na vzostupe a v Európe sú tradične vysoké, aj keď najväčším trhom sa ukazujú Spojené štáty a Mexiko, ako aj oblasť východnej a juhovýchodnej Ázie. Posledne menovaná oblasť je spolu s Európou hlavným spotrebiteľom extázy (odhaduje sa až 80% svetovej spotreby).

U kanabisu pokračuje trend zvyšovania lokálneho pestovania rastlinného kanabisu a znižovania produkcie hašiša, ktorá sa koncentruje na tradičné oblasti severnej Afriky. Spotreba kanabisu je globálne stagnujúca, alebo dokonca mierne klesajúca. Nové mechanizmy regulácie v štátoch USA Colorado a Washington a v Uruguaji, ktoré umožnili s istými obmedzeniami legálne rekreačné užívanie kanabisu, môžu mať vplyv na produkciu i spotrebu. Tieto vplyvy však v takom krátkom čase nie je možné objektívne vyhodnotiť a bude potrebné dlhodobejšie monitorovanie, aby bolo možné odhadnúť širšie dopady týchto zmien na trh, zdravie, trestnú činnosť a ekonomiku. Predbežne sa podľa doterajších výskumov zdá, že oslabovanie vnímania rizík užívanie a zvyšovanie dostupnosti by mohlo viesť k zvýšeniu užívanie a k jeho zvýšenej iniciácii u mladých. Zisky z daní za maloobchodný predaj by mohli tvoriť príjmy štátneho rozpočtu, ale tieto je potrebné starostlivo zväžiť oproti výdavkom na prevenciu a zdravotnú starostlivosť.

Jedným z hlavných celosvetových trendov je nárast polyužívanie – užívanie viacerých látok súčasne. Nie je dokonca neobvyklé užívanie látok s opačným účinkom – stimulanciiu spolu so sedatívne účinkujúcimi látkami (heroín s pervitínom, pervitín s opioidovými liekmi), čo značne komplikuje terapeutické prístupy.

Aj keď v súčasnosti v globálnom meradle neprebíha výraznejšia drogová epidémia a situácia je – azda okrem stimulancií – stabilizovaná, neodstránili sa sociálne faktory podporujúce užívanie drog, ako sú chudoba, korupcia, politická nestabilita. Rovnako programy náhradnej produkcie, ktoré boli s prispáním OSN v predchádzajúcich dekádach široko implementované, dnes stagnujú alebo upadajú do zabudnutia ako ekonomicky menej výnosné pre pestovateľov.

2.2 DROGOVÁ SITUÁCIA V EURÓPE A NA SLOVENSKU

Slovensko je od roku 2004 členským štátom Európskej únie. Slovenský trh s drogami sa tak stal súčasťou európskeho, aj keď má isté regionálne špecifiká. Preto má zmysel hodnotiť celkovú situáciu na Slovensku v kontexte celej Európy.

Z pohľadu globálneho obchodovania je Slovensko predovšetkým tranzitným štátom, aj keď producenti v posledných rokoch veľmi citlivo reagujú na rozdiely v legislatíve a akékoľvek zaostávanie v oblasti právnej regulácie obchodovania s drogami sa okamžite prejaví vo zvýšenom výskyte menej kontrolovanej (v porovnaní s okolitými štátmi) látky na území štátu, čo následne podnecuje rozvoj regionálnej produkcie z transportovaných medziproduktov, prekursorov a pre-prekursorov.

Podobne ako globálna situácia, aj situácia v Európe nesie známky ustálenosti, pokiaľ ide o tradičné druhy nelegálnych drog, čo so sebou prináša aj pokrok v oblasti verejného zdravia. Dynamicky sa však rozvíja trh so syntetickými drogami. V tejto oblasti nebaďat' známky poklesu ani ustálenosti, naďalej je – rovnako ako za posledných päť rokov na vzostupe. V roku 2013 bolo v rámci systému včasného varovania pred novými psychoaktívnymi látkami (EWS)¹² v EÚ monitorovaných vyše 350 nových syntetických látok z toho 81 nových ich bolo v tomto roku nahlásených. Najväčšou skupinou sú syntetické kanabinoídy, z hľadiska zdravotného poškodenia majú závažné dopady katinóny ako napr. mefedrón, ktoré sa najčastejšie užívajú injekčne a sú stále žiadané pre svoje stimulačné účinky. Obavy vzbudzujú jednak svojím neurčitým zložením, čím sa v distribučnom reťazci otvárajú možnosti „rezať“ ich mnohými prímiesami, ale aj vysokou účinnosťou pri nízkych koncentráciách. Kým na prípravu 10 000 dávok extázy je potrebných 750 g MDMA, na prípravu amfetamínového stimulantia postačuje 100 g čistého amfetamínu, a pri nových syntetických drogách sa hovorí o gramových množstvách (2,5 g metylfentanylu), resp. miligramoch (100 mg karfentanylu) na rovnaký počet dávok. Okrem agresívneho marketingu využívajúceho internet je jednou z príčin ich šírenia aj ich legálny status v mnohých štátoch, podporujúci dopyt. Dynamika produkcie týchto látok sa stala výzvou pre mechanizmy ich legálnej kontroly v duchu konvencií OSN, prinajmenšom obchodovanie tých látok, u ktorých boli preukázané úmrtia v dôsledku ich požitia, či už v čistej forme alebo ako súčasť zmesi látok. V súčasnosti sa v Európe využívajú najmä zrýchlené legislatívne procedúry na zastavenie obchodovania s podozrivými substanciami po určitú dobu, čo vytvára možnosti na preskúmanie ich zdravotných rizík. Pri identifikácii výskytu takýchto rizikových látok môžu nízkoprahové služby harm reduction, popri urgentnej medicíne, zohrať významnú úlohu vysielania prvých signálov ohrozenia zdravia.

Rovnako ako v globálnom meradle, aj na Slovensku a v EÚ je zaznamenaný ďalší rast produkcie i užívania amfetamínových stimulantov, pričom českým a slovenským špecifikom zostáva vysoká miera produkcie a spotreby metamfetamínu, známeho v týchto štátoch pod menom pervitín. V posledných dvoch-troch rokoch bolo zaznamenané úsilie rozšíriť obchodovanie s touto drogou aj na susedné štáty, čo postihlo predovšetkým nemecký trh, ale aj Maďarsko a Poľsko. Predpokladá sa, že tento trend bude pokračovať, preto Nemecko v rámci medzinárodnej spolupráce na pôde OSN volá po sprísnení pravidiel pre nakladanie s prekursorom tejto drogy, používanými v humánnej medicíne. Na Slovensku bolo v rokoch

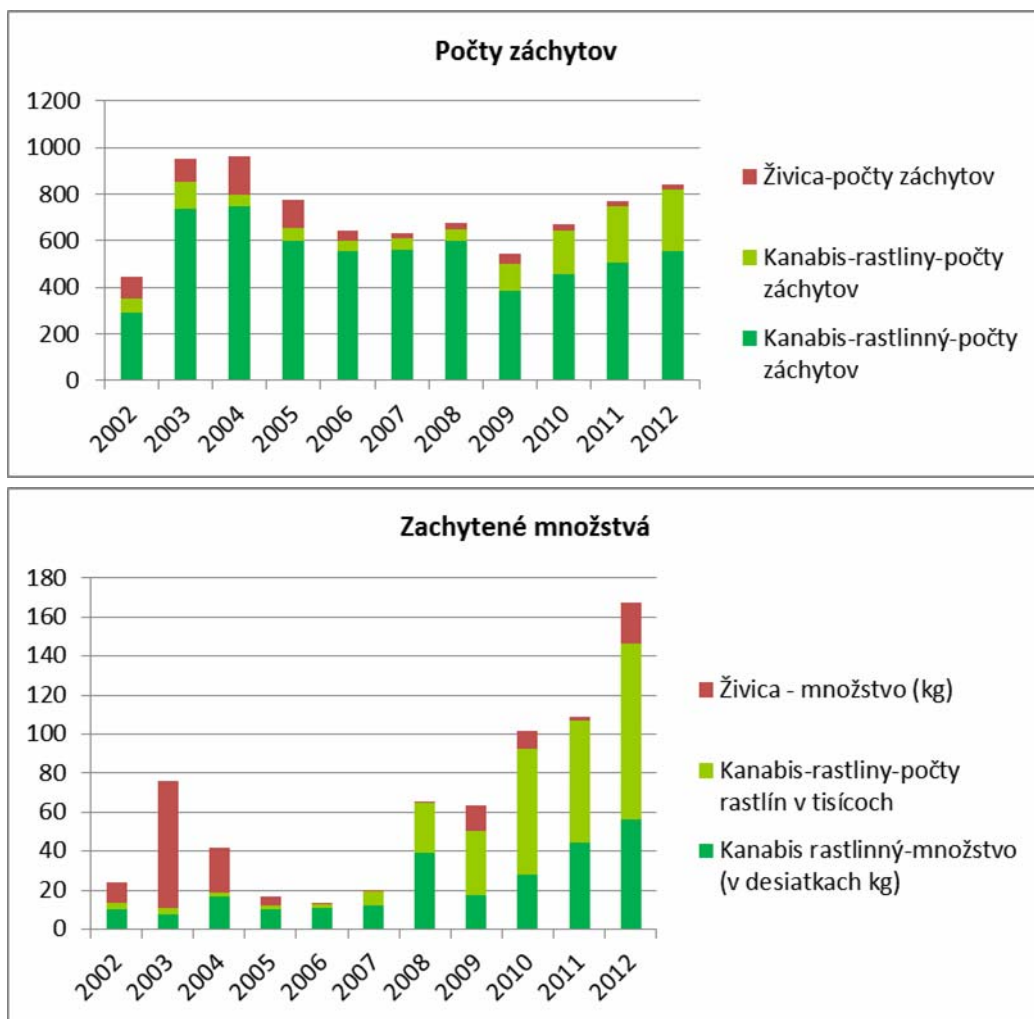
¹² Early Warning System

2012 i 2013 viac osôb v liečbe kvôli užívaniu pervitínu než kvôli užívaniu akejkolvek inej nelegálnej drogy, vrátane heroínu a kanabisu.

Pokiaľ ide o užívanie opioidov na Slovensku, pokračuje nízka popularita a tým aj prevalencia heroínu. Údaje nepriamo poukazujú, že súčasný nedostatok heroínu na trhu, i jeho nízke ceny a kvalita, sú sekundárne a sú podmienené nízkym dopytom po tejto droge. Napriek tomu si však opioidové drogy zachovávajú istú mieru popularity, pričom heroín je nahradzovaný inými opioidmi, či už Subutexom (dovážaným najmä z Čiech, kde sa v tejto forme využíva ako látka na substitučnú opioidovú liečbu), ale tiež zneužívaním legálnych liečiv s obsahom opioidov, prípadne príležitostne účelovo dovezenými a pripravenými syntetickými náhradami, ako sme boli svedkami v rokoch 2011 a 2012 počas epizódy rozšírenia fentanylu. Tento sa pripravoval v jedinom laboratóriu a než sa jeho príprava a distribúcia stihli rozrásť, laboratórium bolo odhalené a zlikvidované.

V súvislosti s poklesom užívania heroínu bol zaznamenaný pokles injekčného užívania, čo je takisto v súlade s európskym trendom. To by mohlo znamenať priaznivý vývoj prevalence infekčných chorôb súvisiacich s drogami, ale, paradoxne – hoci na Slovensku zatiaľ takýto jav zaznamenaný nebol – v niektorých štátoch Európy vypukli v nedávnej minulosti epidémie HIV/AIDS (Rumunsko, Grécko) a vo viacerých bol zaznamenaný nárast hepatitíd. Grécka vláda ako jedno z opatrení na zvládnutie epidémie urýchlene posilnila programy výmeny a poskytovania injekčných ihliel a striekačiek medzi užívateľmi drog a podľa prvých údajov sa zdá, že tento krok bol správny. Preto aj na Slovensku je potrebné zachovať obozretnosť, najmä v súvislosti s rizikovými skupinami pre šírenie infekčných chorôb súvisiacich s drogami, ako sú injekční užívatelia drog, ale aj napr. populácia vo väznicach, a udržiavať vysokú dostupnosť injekčného materiálu prostredníctvom nízkoprahových programov harm reduction, ako i prostredníctvom siete verejných lekární.

Kanabis ostáva najširšie užívanou drogou a ustavične rastie aj počet pacientov v liečbe, ktorí ju vyhľadali primárne kvôli problémom s užívaním kanabisu. Môže to súvisieť aj so šírením produktov s vyššou koncentráciou účinnej látky THC. V súčasnosti sa na úrovni pracovných skupín rozpracúvajú možnosti zmäkčenia trestnoprávných postihov za držbu malého množstva drog, inšpirované Českou republikou. V Čechách je však štruktúra služieb širšia a inak nastavená – prvkontaktné centrá a nízkoprahové programy tvoria ucelenú a pomerne hustú sieť, pričom podobne ako na Slovensku existujú tiež zariadenia špecializovanej zdravotnej starostlivosti i sociálnej reintegrácie. Riešenie problémov s užívaním drog tam viedlo k vytvoreniu samostatného vysokoškolského študijného oboru adiktológia na Lekárskej fakulte Karlovej univerzity a k uznaniu i uzákoneniu samostatného povolania adiktológa ako nelekárskeho zdravotníckeho povolania. Navyše, prijatie liberalizačných legislatívnych opatrení nezastavilo nárast počtu záchytov ani množstvá zachytenej drogy (*Obrázok 3*) a prevalencia užívania v ČR je jedna z najvyšších v Európe – celoživotná prevalencia užitia sa pohybuje okolo 28% vo všeobecnej populácii produktívneho veku.



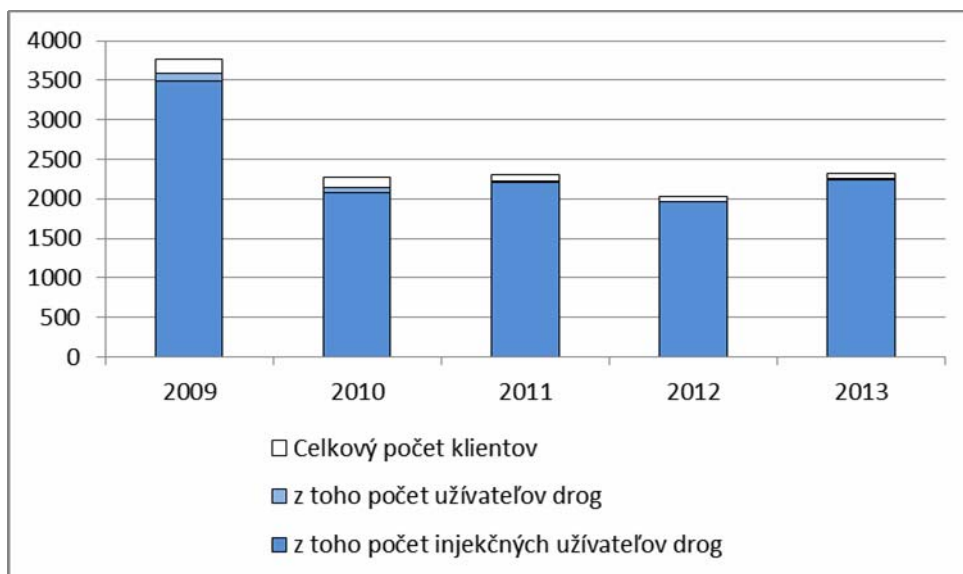
Obrázok 3 Počty záchytov a zachytené množstvá konopných drog v Českej republike. Zdroj: EMCDDA Statistical Bulletin, 2014

Tieto trendy však nemusia priamo súvisieť s prijatými legislatívnymi opatreniami a na úplné posúdenie vývoja a príčinných súvislostí bude potrebný dlhší časový rad dát a podrobnejšie analýzy.

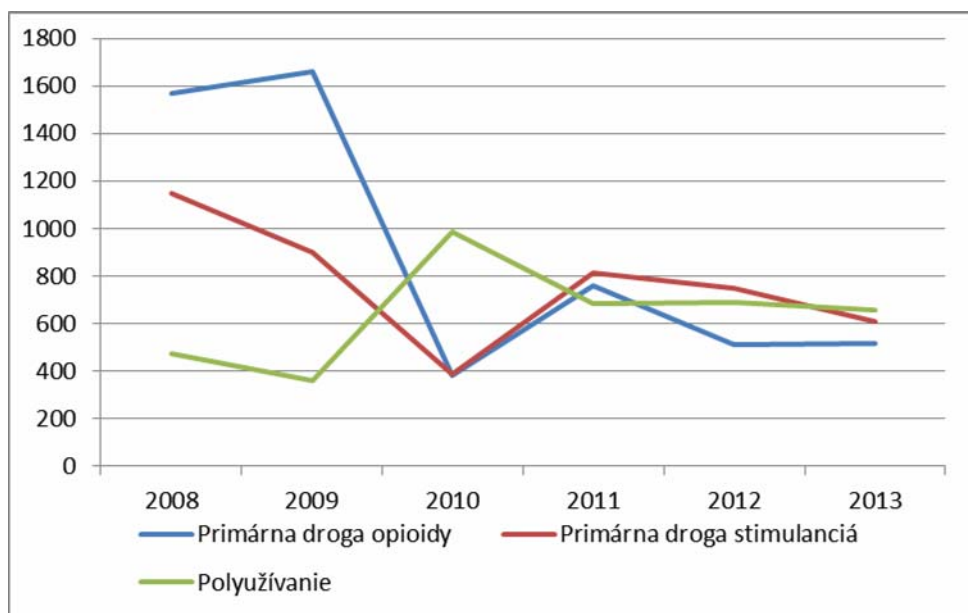
2.3 ÚDAJE O HARM REDUCTION NA SLOVENSKU

Oproti situácii v Českej republike, na Slovensku je ponuka nízkoprahových centier a programov značne redukovaná. Sčasti sa na tom môže podieľať aj epidemiologická situácia popísaná vyššie, predovšetkým zníženie výskytu heroínu a injekčného užívania, ktoré je s ním spojené. Niektoré údaje, zbierané prostredníctvom výkazov NMCD, sú prezentované na grafoch (Obrázok 4 až Obrázok 6). Na obrázkoch vidno pokles počtu klientov najmä po roku 2009, súčasne s počtom klientov došlo aj k redukcii počtu programov a najmä k redukcii regionálneho pokrytia. V súčasnosti eviduje NMCD programy len v Bratislave, v oblasti západného Slovenska (Nitra, Sereď, Trnava), a v Košiciach. Prevažnú časť klientely týchto programov tvoria užívatelia drog, predovšetkým injekční (Obrázok 4).

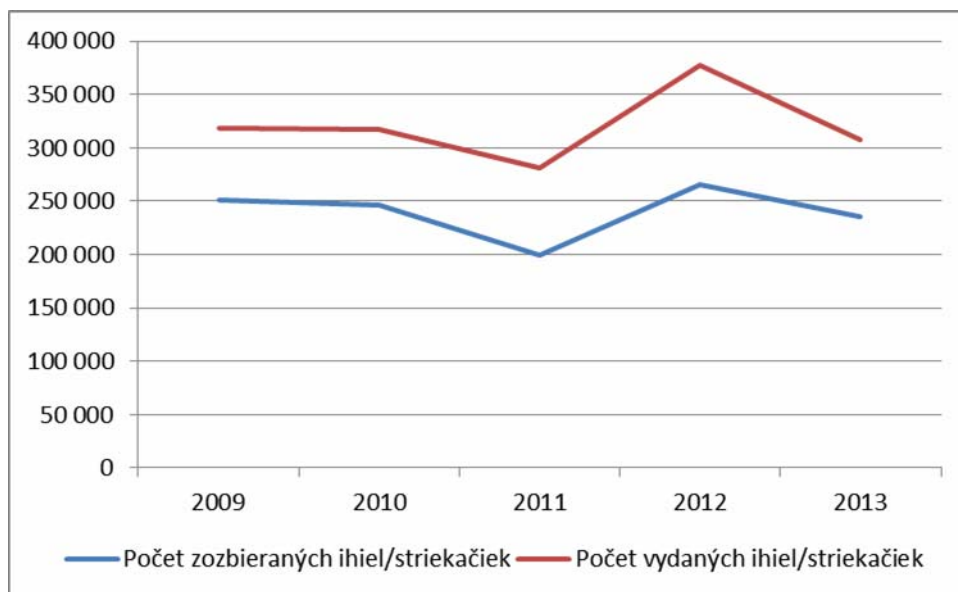
Od roku 2008 tiež vidno postupné preskupenie štruktúry klientov podľa primárnej drogy (Obrázok 5). Prudký pokles klientov s primárnou drogou heroín a vzostup polyužívateľov vystriedali protismerné trendy spolu s nárastom užívatel'ov pervitínu, až sa napokon všetky tri hlavné skupiny ustálili na približne rovnakej hodnote a tvoria tak približne tretinové podiely zo všetkých klientov nízkoprahových programov harm reduction.



Obrázok 4 Počty klientov v programoch harm reduction v SR, 2009-2014. Zdroj: NMCD, výkazy nízkoprahových programov



Obrázok 5 Skladba klientov nízkoprahových programov podľa užívanej primárnej drogy. Zdroj: NMCD, výkazy nízkoprahových programov



Obrázok 6 Počty vydaných a zozbieraných injekčných ihliel a striekačiek v programoch harm reduction v SR, 2009-2013. Zdroj: NMCD, výkazy nízkoprahových programov

I keď terénne sociálne programy harm reduction nie sú redukované len na výmenu injekčného materiálu, faktom je, že na Slovensku tvoria práve výmenné aktivity ich významnú časť. Ako vidno na obrázku (Obrázok 6), prispievajú terénne sociálne programy s výmenou ihliel a striekačiek k ich všeobecnej dobrej verejnej dostupnosti. Významnú úlohu tiež zohráva výmenný princíp, ktorý redukuje riziká zamorenia životného prostredia použitými ihlami alebo striekačkami. Miera odovzdaných ihliel k vydaným sa dlhodobo pohybuje okolo 75%.

Informácie zbierané prostredníctvom výkazov nízkoprahových programov sú omnoho pestrejšie – obsahujú okrem iného tiež približné priemerné vekové rozpätie klientov, rozsah poskytovaných služieb, ktorý sa pohybuje od výdaja injekčného materiálu a ďalších sterilných pomôcok, cez základnú zdravotnú starostlivosť (ošetrenie drobných poranení), výdaj potravín a/alebo nápojov, poskytovanie informačného materiálu, sprievod a podpora pri rôznych vybavovaniach, a samozrejme poradenstvo, predovšetkým individuálne, časový rozsah poskytovaných služieb a podobne. Do výročnej správy sú spracúvané len základné epidemiologické údaje, domnievame sa však, že spracovaním aj ďalších administratívno-organizačných údajov možno získať vhodný základ pre plánovanie opatrení pri rozvoji harm reduction služieb.

ZÁVER

Ako vyplýva z uvedeného, služby harm reduction sú v súčasnosti na Slovensku značne redukované. Čiastočne to vyplýva z ustálenosti aktuálnych epidemiologických charakteristík drogovej situácie a následnému odklonu pozornosti a zdrojov, k čomu prispela aj ekonomická a finančná kríza, ktorá ostatné problémy, vrátane drogového, odsunula do úzadia. Domnievame sa však, že predovšetkým je redukovaný stav harm reduction služieb na Slovensku výsledkom dlhodobého neriešenia situácie v tejto oblasti. Za vyše dvadsaťročnej existencie samostatného štátu a rovnako dlhého – ak nie dlhšieho – vývoja drogového problému, nebolo doteraz oficiálne špecifikované inštitucionálne a finančné zabezpečenie programov harm reduction. Sú definované v oblasti znižovania dopytu ako zložka protidrogovej stratégie štátu. Ako také patria náplňou – prevažne sociálnou prácou – do rezortu ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny; ako občianske združenia, čo je najčastejšia podoba, sa môžu uchádzať o podporu územných samospráv v regiónoch, kde pôsobia. To je však všetko málo na to, aby sa politika harm reduction rozvíjala ako

komplexný a konzistentý celok. Ak sa majú rozvíjať ako nepretržitá a kvalitná služba, mali by existovať záruky kontinuálnej podpory zo strany štátu, resp. samospráv, ktoré by sa prípadne viazali na splnenie istých minimálnych štandardov kvality poskytovanej služby. Dotačná podpora na báze každoročne predkladaných projektov je určite lepšie ako nič, ale – odhliadnuc od toho, že ani tá nie je garantovaná – nezakladá možnosti dlhodobého fungovania a rozvoja programov. Preto sa domnievame, že je potrebné doriešiť legislatívne ukotvenie protidrogovej politiky, vrátane harm reduction ako výskumom overeného a skúsenosťami potvrdeného účinného prístupu k riešeniu drogového problému. Informácie, ktoré z tejto oblasti pochádzajú, môžu významne prispieť k zmysluplnej formulácii budúcich cieľov a k zlepšeniu podmienok pre plnenie dôležitých spoločenských funkcií službami a organizáciami v oblasti harm reduction.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Použité zdroje sú na vyžiadanie dostupné u autora.

AUTOR

RNDr. Imrich Šteliar

Národné monitorovacie centrum pre drogy, Ministerstvo zdravotníctva SR

Limbová 2, 837 52 Bratislava

imrich.steliar@health.gov.sk

(02) 59 373 167, www.infodrogy.sk.

SILNÉ A SLABÉ STRÁNKY HARM REDUCTION V ČESKÉ REPUBLICE

Jiří VALNOHA

Abstrakt: Příspěvek se pokusí stručně zrekapitulovat hlavní úspěchy přístupu Harm Reduction v České republice s akcentem na rozvinutou síť dostupných kontaktních služeb a klíčové epidemiologické ukazatele. Poukáže na rizika přílišného akcentu na výměnu jehel a stříkaček jako rizikového faktoru pro identitu zaměstnanců a služeb a připomene určité „sisyfovské“ paradigma nutnosti neustálého obhajování významu, funkčnosti a výhodnosti přístupu Harm Reduction při řešení drogové problematiky.

Klíčové slova: Česká republika. Harm Reduction.

ČESKÁ REPUBLIKA



Obrázok 1 Mapa ČR

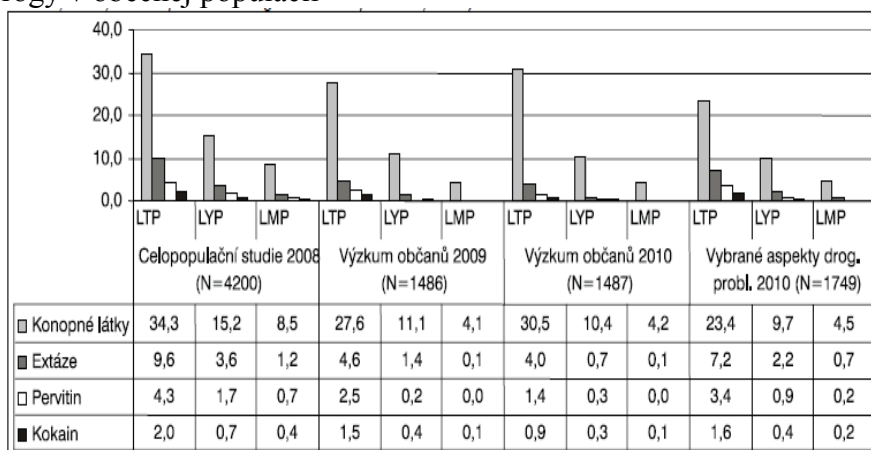
NÁRODNÍ STRATEGIE PROTIDROGOVÉ POLITIKY OD ROKU 1993



Obrázok 2 Strategie ČR

UŽÍVÁNÍ DROG V OBCENÉ POPULACI

Tabuľka 1 Drogy v obecnej populácii

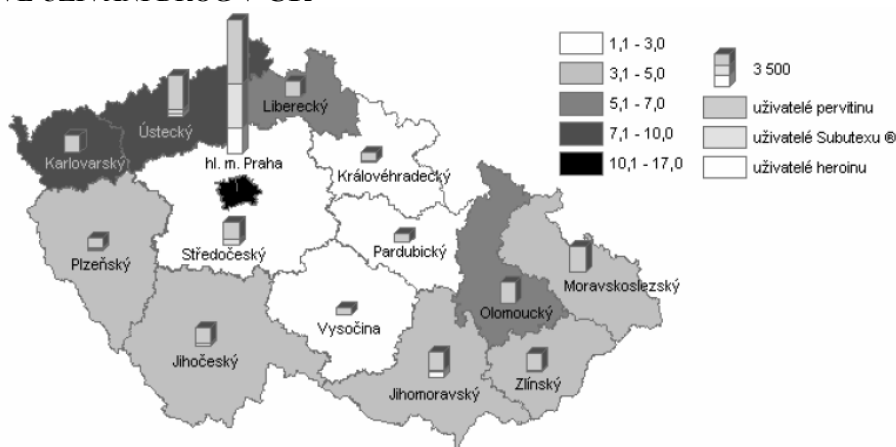


VÝDAJE NA PROTIDROGOVOU POLITIKU V ČR (2008-2012)

Tabuľka 2 Financovanie v ČR

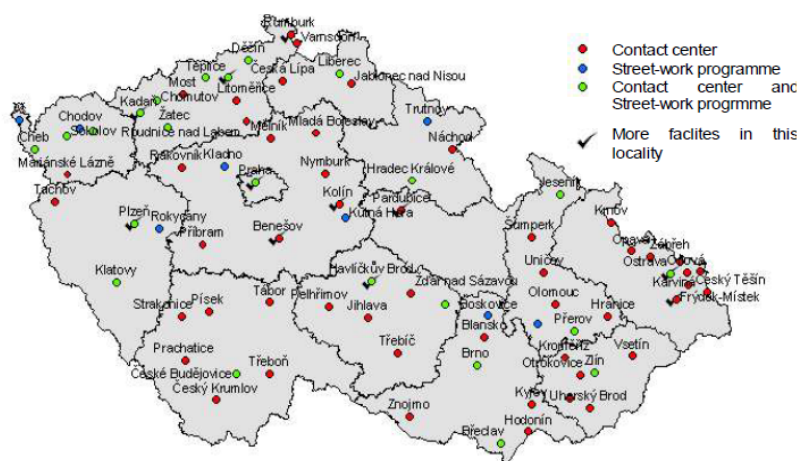
Kategorie služby	2008		2009		2010		2011		2012	
	Výdaje	%	Výdaje	%	Výdaje	%	Výdaje	%	Výdaje	%
Prevence	58 360	9,8	54 955	9,0	62 296	9,9	54 921	9,7	48 725	8,3
Harm reduction	159 354	26,7	174 965	28,8	166 196	26,5	152 663	27,1	161 160	27,4
Léčba	121 965	20,4	113 138	18,6	108 856	17,4	102 157	18,1	112 145	19,1
Záchytné stanice	62 577	10,5	64 030	10,5	87 236	13,9	69 015	12,2	79 818	13,6
Následná péče	24 919	4,2	31 761	5,2	31 316	5,0	29 494	5,2	33 926	5,8
Koordinace, výzkum, hodnocení	12 559	2,1	11 139	1,8	18 952	3,0	18 598	3,3	13 497	2,3
Prosazování práva	152 142	25,5	154 718	25,5	149 367	23,8	133 538	23,7	131 304	22,4
Ostatní, nezařazeno	5 417	0,9	2 807	0,5	3 156	0,5	3 441	0,6	6 717	1,1
Celkem	597 293	100,0	607 513	100,0	627 376	100,0	563 827	100,0	587 293	100,0

PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG V ČR



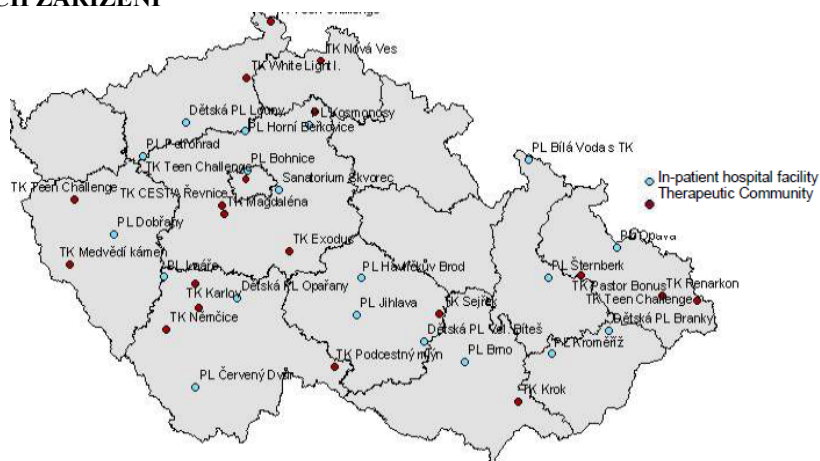
Obrázok3 Problémové užívanie

SÍŤ SLUŽEB S PŘÍSTUPEM HR



Obrázok 4 HR služby

SÍŤ LÉČEBNÝCH ZAŘÍZENÍ



Obrázok 5 Liečebné zariadenia

NEFATÁLNÍ INTOXIKACE

Tabuľka 3 Nefatálna intoxikácia

Table 6-12: Non-fatal drug intoxications in the Czech Republic registered by the Public Health Service, 2002–2011 (Studničková and Petrášová, 2012)

Drug	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Pervitin	191	149	180	222	231	343	364	187	148	150
Heroin	176	152	179	244	149	190	166	122	162	96
Methadone	6	3	2	10	7	2	1	1	0	0
Subutex®	–	2	12	14	18	32	7	0	0	0
Other opiates	23	22	20	19	21	40	17	42	24	32
Benzodiazepines	89	157	126	153	124	139	113	180	136	138
Other sedatives, hypnotics	137	82	103	88	107	125	135	127	112	105
Cannabis	101	90	84	73	72	127	108	105	102	84
Inhalants	58	69	64	48	28	31	9	33	18	25
Psilocybin	7	4	10	6	5	10	9	7	4	2
Cocaine, crack	2	6	5	7	8	1	7	2	0	1
Datura stramonium	0	0	0	1	0	1	5	2	0	0
LSD	2	3	7	3	5	7	4	13	3	7
MDMA	4	8	3	8	12	12	3	1	2	0
Other known drugs and medications	179	100	92	111	89	124	140	173	137	139
Other, unknown	25	34	65	186	78	71	58	23	1	26
Total	1,000	881	952	1,193	954	1,255	1,146	1,018	849	805

FATÁLNÍ PŘEDÁVKOVÁNÍ

Tabuľka 4 Fatálna intoxikácia

Table 6-17: Fatal drug overdoses in the Czech Republic by groups of drugs, age groups, and gender, in 2011 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SSLST ČLS JEP, 2012)

Drug/age group	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>64	Total			
													Males	Females	Total	
Only opiates/opioids (excluding methadone)	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Only methadone	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
More substances incl. opiates/opioids	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
– methadone	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total opiates/opioids	0	0	0	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	5	1	6
One or more substances, excluding opiates/opioids	0	1	4	1	4	6	3	0	2	1	0	0	0	18	4	22
– inhalants	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	4	0	4
– pervitin	0	1	3	0	3	5	2	0	1	1	0	0	0	13	3	16
– cocaine	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
– synthetic (dance) drugs (such as ecstasy, ketamine etc.)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
– hallucinogens	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Unspecified / unknown	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total illegal drugs and inhalants (EMCDDA selection D)	0	1	4	2	7	7	4	0	2	1	0	0	0	23	5	28
Psychoactive pills	1	1	9	9	15	16	16	11	22	20	16	26	84	78	162	
– benzodiazepines	0	1	5	4	5	7	5	6	13	7	4	7	37	27	64	
Total	1	2	13	11	22	23	20	11	24	21	16	26	107	83	190	

INFEKCE U INJEKČNÍCH UŽIVATELŮ DROG

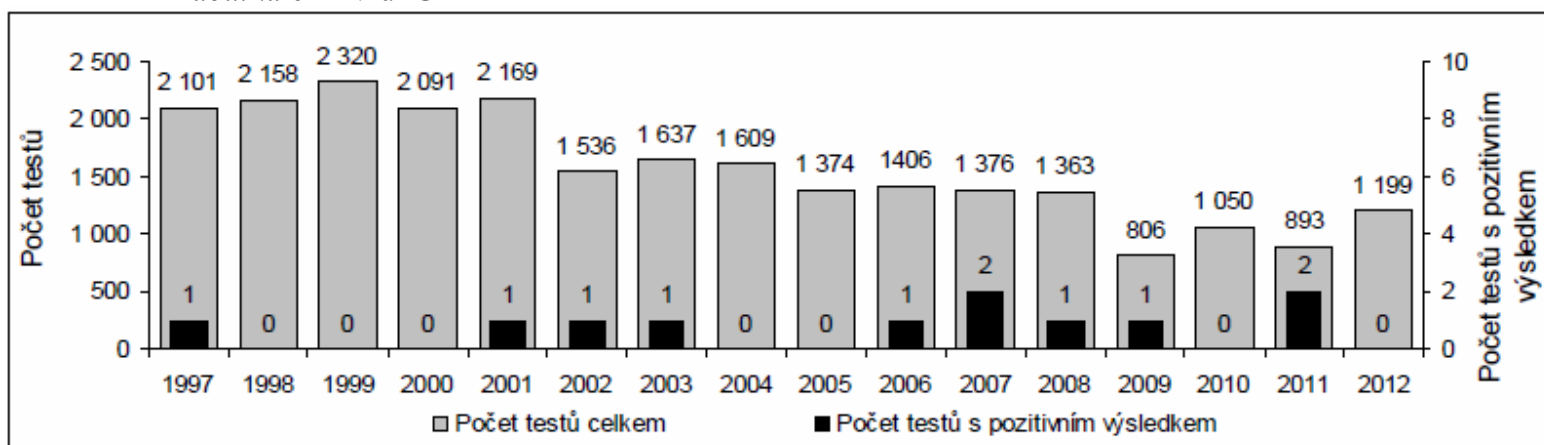
Tabuľka 5 Infekcie IUD

Table 6-7: Results of testing for HIV, HAV, HBV, and HCV (self-reported) among IDUs demanding treatment in 2003–2011 (Studničková and Petrášová, 2012)

Year	HIV		HAV		HBV		HCV	
	Total tested	Positive tests (%)	Total tested	Positive tests (%)	Total tested	Positive tests (%)	Total tested	Positive tests (%)
2003	2,471	0.8	2,132	7.1	2,504	11.2	2,884	31.5
2004	2,483	0.4	2,059	5.5	2,581	9.9	2,913	33.6
2005	2,253	0.2	1,931	4.5	2,332	10.1	2,577	35.0
2006	2,196	0.5	1,997	3.3	2,290	10.0	2,497	32.6
2007	1,905	0.3	1,774	3.3	2,004	8.4	2,168	31.0
2008	2,332	0.6	2,271	8.4	2,463	8.9	2,636	32.0
2009	2,558	0.5	2,307	6.1	2,553	8.3	2,852	29.8
2010	2,865	0.6	2,515	5.8	2,837	8.1	3,189	30.4
2011	2,933	0.9	2,429	5.5	2,915	7.2	3,276	28.7

HIV U INJEKČNÍCH UŽIVATELŮ DROG

Tabuľka 6 HIV u IUD



HR = ViP ?

Přehnaný akcent na výměnu injekčních stříkaček vytváří dojem, jakoby HR byla pouze výměna injekčních setů.

Oficiální statistiky služeb HR vyžadují občas pouze evidenci počtu kontaktů a počtu vydaných stříkaček, intervence hlavní donátory nezajímají.

Vytrácí se vnímání HR jako komplexního a na osobnost pracovníka náročného přístupu v sociální práci s nemotivovaným uživatelem drog.

Degradace pracovníků na výměnné automaty.

DEFINICE HR DLE IHRA

„Politiky a programy, kterých primárním cílem je snižování negativních zdravotních, společenských a ekonomických následků užívání psychotropních látek pro jednotlivce, uživatele drog, jejich rodiny a komunity.“

Všechny programy založené na přístupu HR kladou důraz na komunikaci s uživateli, jejich vzdělávání, motivování a poskytování informací.

PŘÍKLADY KONKRÉTNÍCH CÍLŮ PŘI PRÁCI S KLIENTEM V RÁMCI PŘÍSTUPU „HARM REDUCTION“:

ukončení sdílení injekčního materiálu

ukončení sdílení dalšího nádobí pro užívání drog

ukončení opakovaného používání náčiní k aplikaci drog

používání méně rizikových způsobů aplikace drog

odstranění dalšího rizikového chování (dodržování pravidel bezpečného sexu atd.)

redukce trestné činnosti

navázání nebo udržení vazeb a vztahů – s rodinou, partnerem, dětmi atd.

stabilizace zdravotní situace, léčba (odstranění) somatických poškození

stabilizace sociální a finanční situace (bydlení, práce)

stabilizace psychické situace (především v případě duálních diagnóz – léčba atd.)

upevnění či znovuvytvoření základních hygienických návyků

HR ≠ ViP

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Použité zdroje sú na vyžiadanie dostupné u autora.

AUTOR

Dr. Jiří Valnoha, DiS

Společnost Podané ruce, o.p.s.

valnoha@podaneruce.cz

www.podaneruce.cz

HARM REDUCTION PRÍSTUP A PODOBY JEHO DOZRIEVANIA NA SLOVENSKU - PRÍLEŽITOSTI A LIMITY

Lenka VAVRINČIKOVÁ

Abstrakt: Autorka v príspevku predstaví Klinikú adiktológie, koncepčné zmeny v odbore Adiktológia a aktuálne projekty kliniky, na ktorých sa podieľala. Ponúkne svoj pohľad na harm reduction služby na Slovensku, perspektívu človeka, ktorý prešiel terénom, viedol a manažoval projekt výmeny ihl a striekačiek na Slovensku, učil o harm reduction (HR) prístupe sociálnych pracovníkov s víziou profesionalizovať tento segment služieb a napokon odišiel za skúsenosťami/príležitosťami do HR slobodnejšieho a akceptujúcejšieho českého prostredia. Pri analýze sa autorka inšpiruje štúdiami, ktoré realizovala: „Institucionálna analýza harm reduction služieb v Slovenskej republike“ (2014), „Mapování dostupnosti a charakteru sítě služeb oboru Adiktologie“ (MZ ČR, 2012), „Institucionální analýza HR aktivit v ČR: možnosti a meze poskytování zdravotní péče v jejich kontextu a stav připravenosti na kombinaci zdravotních a sociálních služeb různým cílovým skupinám“ (2012) a „Analýza existujících harm reduction služeb pro aktivních uživatelův drog v Slovenskej republike“ (2007).

Kľúčové slová: Harm Reduction na Slovensku. Klinika adiktologie.

KLINIKA ADIKTOLOGIE 1. LFUK A VFN WWW.ADIKTOLOGIE.CZ

- odborné pracovisko pre výuku a výskum rôznych foriem ľudského správania, ktoré môže viesť k vytvoreniu závislosti + Apolinář (oddelenie pre liečbu závislosti VFN)

Jadro činnosti:

- študijný odbor Adiktológia (Bc., Mgr., PhD.)
- výskum a vývoj nových prístupov v prevencii, liečbe, sociálnej reintegrácii UD, práve, kriminológie, minimalizácii rizík
- CŽV pre profesionálov v odbore
- klinická prevádzka: LOM, LOŽ, ALKO, TOXI, CSL, SPART, ADDA (7/2014)

CA vzniklo: 3. 9. 2005/ KAD: 1.1. 2012

Prednosta KAD: prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D

ADIKTOLÓG - NELEKÁRSKA ZDRAVOTNÍCKA PROFESIA

- vzdelávanie od 2005, transdisciplinárny vedný odbor Adiktológia
- nová profesia (zdravotnícka), v zákone od roku 2008

6 typov zdravotných výkonov pre profesiu adiktológa (2014) :

1. Vyšetrenie adiktológem pri zahájení adiktologickej starostlivosti
2. Vyšetrenie adiktológem kontrolné
3. Minimálny kontakt adiktológa s pacientom
4. Adiktologická terapia individuálna
5. Adiktologická terapia rodinná
6. Adiktologická terapia skupinová

KONCEPCIA SIETE ŠPECIALIZOVANÝCH ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽIEB

- dokument koncepčný, platný a schválený – SNN ČLS JEP a ČAA
- definuje sieť špecializovaných adiktologických služieb – vrátane prevencie a návrhu dostupnosti jednotlivých typov služieb na národnej i lokálnej úrovni

2 prílohy:

CERTIFIKAČNÉ ŠTANDARDY PREVENIE RIZIKOVÉHO SPRÁVANIA

CERTIFIKAČNÉ ŠTANDARDY ŠPECIALIZOVANÝCH ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽIEB

ADIKTOLOGICKÁ SLUŽBA

- je poskytovaná v rôznych *procedúrach, výkonoch*, ktoré sa často *zlučujú* do skupín ako *programy*
- služba je *základná jednotka*
- jadro špecializovanej adiktologickej starostlivosti tvorí 9 typov služieb
 1. Detoxifikace
 2. Terénny programy
 3. Kontaktní a poradenské služby
 4. Ambulantní léčba
 5. Ambulantní stacionární péče
 6. Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba
 7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách
 8. Doléčovací programy
 9. Substituční léčba

KLASIFIKÁCIA ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽIEB

Špecializované adiktologické služby:

STATUS

- zdravotné a sociálne (alebo kombinácia)

FORMA

- ambulantné a lôžkové
 - terénne služby – súčasť ambulantnej starostlivosti

ŠPECIALIZOVANÉ ADIKTOLOGICKÉ SLUŽBY TYPOLÓGIA

Ambulantné adiktologické služby:

- AT ambulancia (adiktologická ambulantná služba lekárska, tzv. *lekárska ordinácia pre návykové poruchy*),
- adiktologická ambulancia (adiktologická ambulantná služba zdravotnícka nelekárska),
- adiktologický stacionár.

AT AMBULANCIA

- *Cieľová skupina*: problémoví užívatelia alkoholu, liekov, nelegálnych NL a tabaku, patologickí hráči
- *Personál*: vedúci lekár (psychiatria/certifikovaný kurz NCH min. 0,5; doporučené: zdravotná sestra, adiktológ, doplnenie nezdravotníckymi profesiami
- *Intervencie*: komplexný prístup: liečebná a preventívna starostlivosť, farmakoterapie, individuálna a skupinová psychoterapie, edukácia, sociálna práca - môže integrovať substitučný program

ADIKTOLOGICKÁ AMBULANCIA

- *Cieľová skupina*: problémoví užívatelia alkoholu, liekov, nelegálnych NL a tabaku, patologickí hráči
- *Personál*: vedúci adiktológ (so zmluvne zabezpečeným lekárom), doporučené: zdravotná sestra, doplnenie nezdravotníckymi profesiami, najmä sociálnym pracovníkom
- *Intervencie*: komplexný prístup: zdravotná starostlivosť – adiktologická terapia, minimalizácia rizík, včasná diagnostika a intervencie, edukácia, skupinová práca, individuálne poradenstvo, sociálna práce, externe psychiatrická a psychologická starostlivosť

► ► ► môže integrovať rôzne typy programov: terénny program, kontaktné centrum, doliečovací program – nízkoprahové služby a služby následnej starostlivosti

ADIKTOLOGICKÝ STACIONÁR

- *Cieľová skupina:* problémoví užívatelia alkoholu, liekov, nelegálnych NL a tabaku, patologickí hráči
- *Personál:* vedúci lekár (psychiatria/certifikovaný kurz NCH), alebo klinický psychológ, alebo adiktológ (so zmluvne zabezpečeným psychiatrom); doporučené: zdravotná sestra, doplnenie nezdravotníckymi profesiami, najmä sociálnym pracovníkom
- *Intervencie:* skupinová psychoterapia, princípy terapeutickkej komunity, režim, sociálna práca, psychologická diagnostika a starostlivosť, psychiatrická starostlivosť

ŠPECIALIZOVANÉ ADIKTOLOGICKÉ SLUŽBY TYPOLÓGIA

Lôžkové adiktologické služby (vrátane jednodennej starostlivosti):

- jednodenná starostlivosť (stabilizácia)
- detoxifikácia
- krátkodobá a strednodobá odvykacia liečba
- rezidenční liečba v terapeutických komunitách.

JEDNODENNÁ STAROSTLIVOSŤ

- *Služba:* stabilizačná jednotka v rámci oddelenia pre liečbu závislostí/ liečební pre liečbu závislostí; záchytná stanica; krízové lôžka pre jednodennú hospitalizáciu (v rámci adiktologických ambulancií alebo stacionárov - stabilizácia resp. izolácia klientov – s podmienkou náväznosti na ďalšie služby, na princípe case-managementu
- *Cieľová skupina:* problémoví užívatelia alkoholu, liekov, NL a tabaku, patologickí hráči - v stave akútnej dekompenzácie, somaticky stabilizovaní
- *Intervencie:* stabilizácia kríz, relapsov, akutných intoxikácií, krízová intervencia, sociálna práca

DETOXIFIKÁCIA

- *Cieľová skupina:* problémoví užívatelia alkoholu, liekov, NL a tabaku, patologickí hráči pred liečbou
- *Personál:* vedúci lekár (psychiatria/certifikovaný kurz NCH); doporučené: zdravotná sestra, adiktológ, klinický psychológ, doplnenie nezdravotníckymi profesiami
- *Intervencie:* predchádzanie a tlmenie abstinénčného syndrómu predovšetkým farmako- a psycho-terapeutickými intervenciami a režimovými opatreniami

KRÁTKODOBÁ A STREDNODOBÁ ODVYKACIA LIEČBA

- *Služba:* Psychiatrická liečebňa pre liečbu závislostí; Oddelenie pre liečbu závislostí
- *Personál:* vedúci lekár (psychiatria/certifikovaný kurz NCH); doporučené: zdravotná sestra, adiktológ, klinický psychológ, doplnenie nezdravotníckymi profesiami
- *Intervencie:* štruktúrovaný komplexný program obsahujúci terapeutické aktivity *medicínske* (vrátane farmakoterapie), *psychoterapeutické* vrátane prevencie relapsu a zvládania cravingu, *režimové*, *psychosociálne rehabilitačné*, *volnočasové* apod.

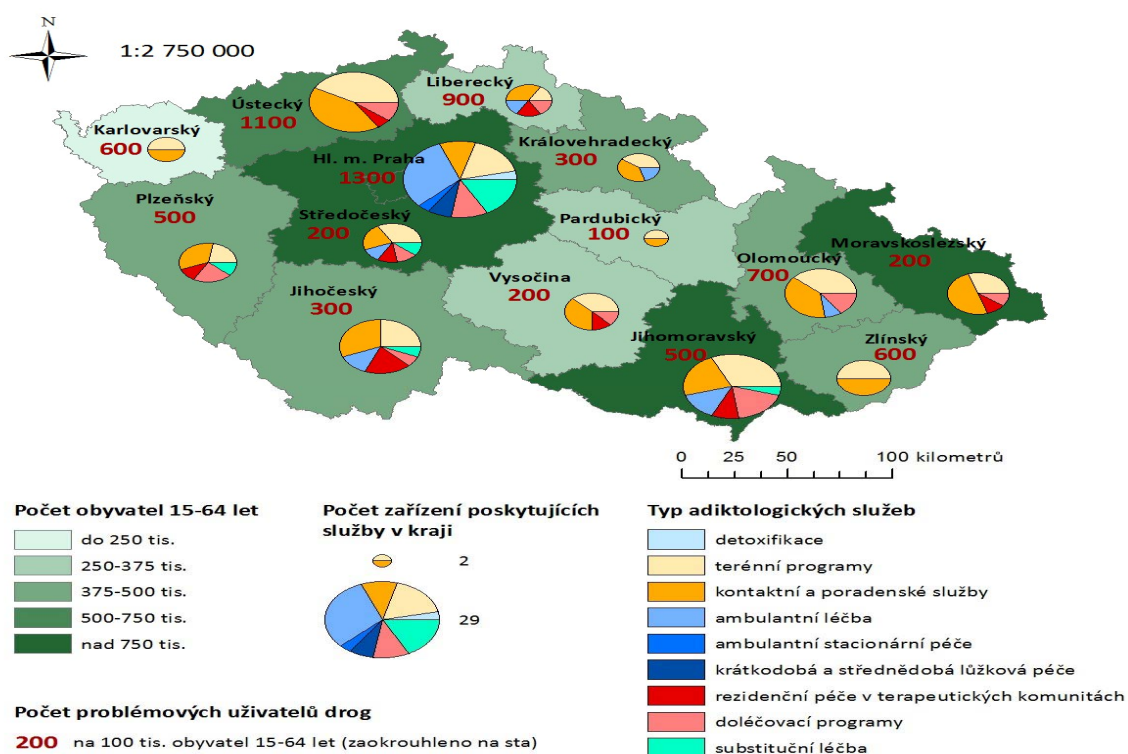
► ► ► pracuje sa s *motivačným cyklom zmeny* s cieľom dosiahnutia a udržania abstinencie, stabilizácie psychického a somatického stavu a maximálnej možnej resocializácie pacienta.

REZIDENČNÁ LIEČBA V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH – TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

- *Cieľová skupina:* problémoví užívatelia alkoholu, liekov, NL a tabaku, patologickí hráči
- *Personál:* vedúci lekár(psychiatria/certifikovaný kurz NCH), alebo klinický psychológ, alebo adiktológ (so zmluvne zabezpečeným psychiatrom); doporučené: zdravotná sestra, doplnenie nezdravotníckymi profesiami, najmä sociálnym pracovníkom
- *Intervencie:* komplexný štruktúrovaný program dlhodobej liečby závislostí charakteru následnej starostlivosti nadväzujúcej na akútnu starostlivosť: dosiahnutie a udržanie abstinencie, práca s motiváciou, stabilizácia psychického a somatického stavu a rehabilitácia a resocializácia klienta

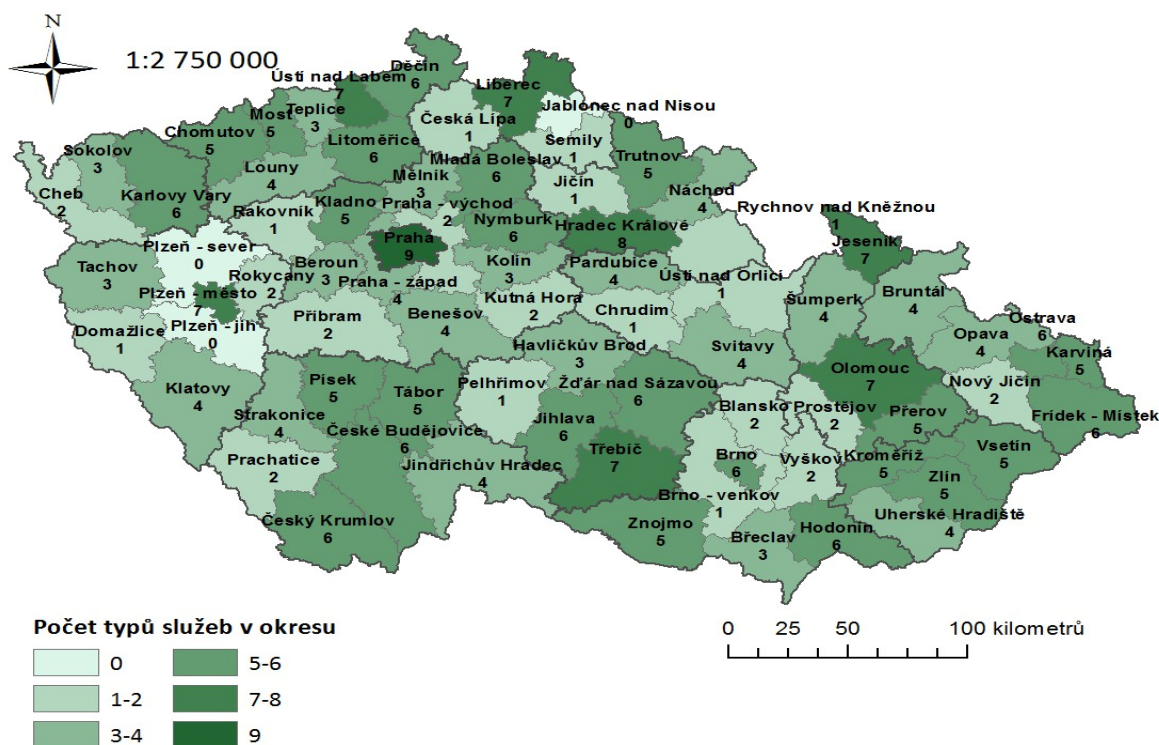
MAPOVANIE DOSTUPNOSTI A CHARAKTERU SIETE SLUŽIEB ODBORU ADIKTOLÓGIA (MZ, 2013)

- Sčítaní adiktologických služieb 2012 (SAS 2012)
- certifikované programy RVKPP k 25. 10. 2012
- Výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky v kraji za 2011 (KPK)
- Registr žádosti o léčbu spojenou s užíváním drog Hygienické služby (databáze léčebných a poradenských center)
- Národní zdravotnický informační systém, který spravuje ÚZIS, o ambulancích i lůžkových zařízeních oboru psychiatrie; Národní registr hospitalizovaných; data o zdravotnických zařízeních poskytujících substituční léčbu z Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek.



Obrázok 1 Dostupnosť (geografická) služieb – aktuálny stav

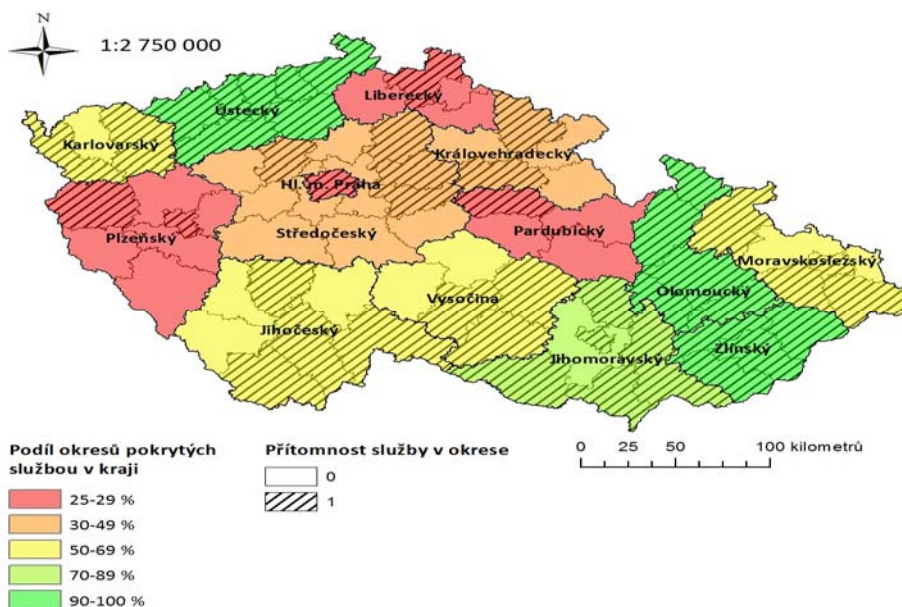
za jednotku geografickej dostupnosti bol použitý okres - 76 okresů + hl. m. Praha (22 obvodů) navrhovaný počet služieb vychází ze: (i) současného stavu počtu poskytovatelů, (ii) prevalenčních odhadů problémových uživatelů NL a závislých, (iii) současné kapacity a počtů pacientů/klientů jednotlivých programů, (iv) ukazatele přepočítané na počet obyvatel podle okresů ve věku 15–64 let k 31. 12. 2011 – konzervativní odhady/minimální síť jednotlivé zdroje dat poskytují v podstatě různé pohledy na tutěž síť služieb



Obrázok 2 Aktuálny počet typov adiktologických služieb podľa okresov ČR (SAS 2012)

TERÉNNÉ PROGRAMY

- Celkom je v ČR 43–44 terénnych programov pre UD
- Najviac TP je v kraji Ústeckom, Olomouckom a Zlínskom
- TP sa nenachádza v 31 okresoch. Najmenej TP je v Pardubickom, Libereckom a Plzenskom kraji a v hl. m. Praha (1 typ služby na 2 pražské správne obvody)

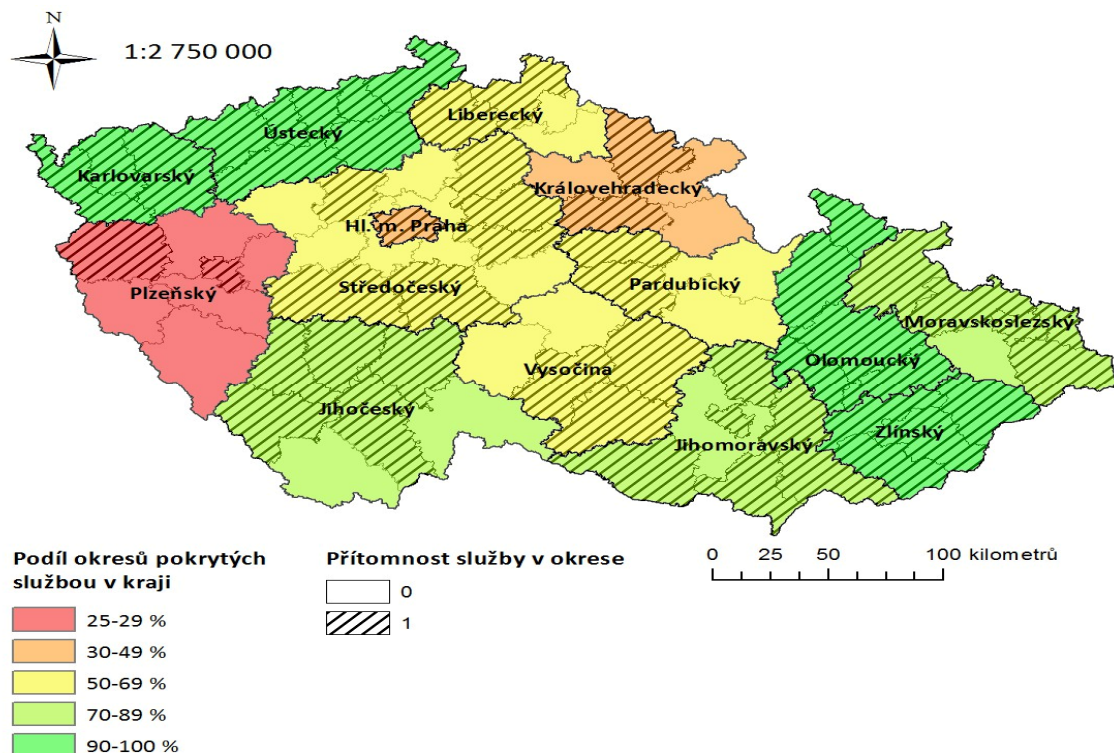


Obrázok 3 Podiel okresov pokrytých službou v kraji – terénne programy

KONTAKTNÉ A PORADENSKÉ SLUŽBY

- Celkom je v ČR 57 kontaktných centier.

- Najviac KC je v kraji Ústeckom (8–9), relatívne na počet obyvateľov vo veku 15–64 rokov má najviac kontaktných centier Ústecký kraj a Karlovarský kraj.
- Kontaktné centrum sa nenachádza v 24 okresoch. Najmenej KC vzhľadom na potrebu má Plzeňský kraj, Královohradecký kraj a Praha.



Obrázok 4 Podiel okresov pokrytých službou v kraji – kontaktné a poradenské služby

Tabuľka 1 Navrhovaná minimálna sieť ambulantnej a lôžkovej adiktologickej starostlivosti

Typ služby	Doporučení min. dostupnosti	Počet okresů/krajů kde daný typ služby chybí
Nízkoprahová služba (TP nebo KPS)	1 na okres	21 okresů bez nízkoprahové služby (31 okresů TP a 24 okresů KPS)
AT ambulance	1 na okres	37 okresů
Stacionární program	1 na kraj	13 krajů (6 stacionářů podle SAS)
Substituční středisko	1 na kraj	25 okresů
Adiktologické ambulantní centrum (certifikované, integrující služby)	1 na okres cca 100 000 obyvatelů	15 okresů
Detoxifikace	2-4 na kraj	55 okresů, 2 kraje
AT lůžková péče	1-3 na kraj	4 kraje
Terapeutická komunita	1 na kraj	3 kraje
Doléčovací programy - strukturované	1 na kraj	61 okresů/35 okresů podle SAS 2012

Rezidenční centrum (certifikované, integrované služby podle potřeb lokality)

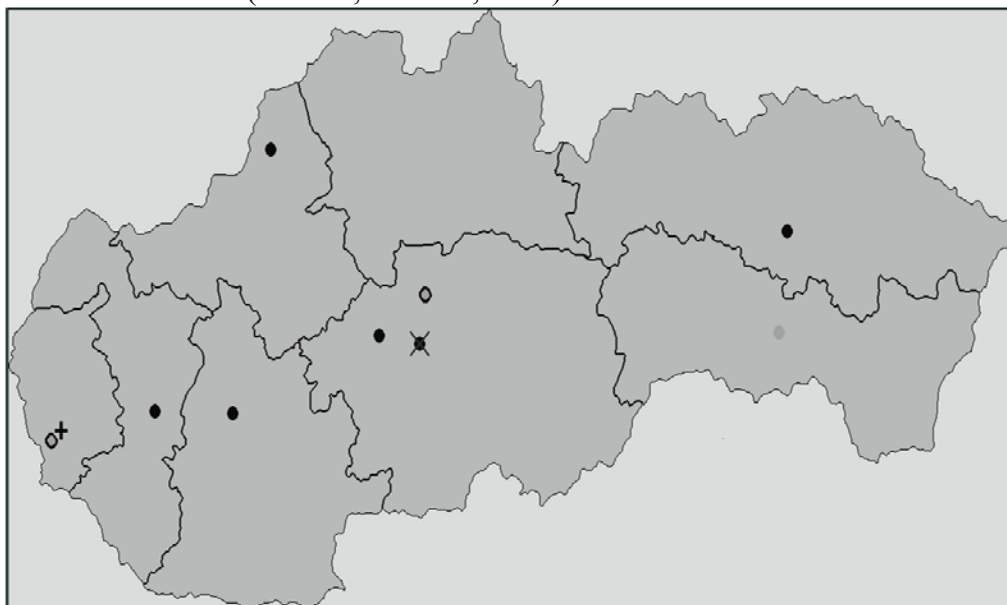
1 na kraj
cca 500 000
obyvatelů

absentuje

Koncept harm reduction na Slovensku

► V SR súčasť znižovania dopytu po drogách - oblasť liečby drogových závislostí (Národný program boja proti drogám 1995; 2004 – 2008)

- ⇒ samostatný pilier riešenia drogovej problematiky (EU drogová stratégia 2005 – 2012, Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009 – 2012, Protidrogová stratégia na obdobie rokov 2013-2020)
- ⇒ implementácia Harm Reduction služieb (MZ a MPSV)
- ⇒ súbor harm reduction a risk reduction intervencií predstavuje integratívny prístup rešpektujúci aspekt ochrany zdravia a redukcie rizík na úrovni jednotlivca i populácie a reprezentuje v tomto poňatí v posledných rokoch mainstream public health intervencií (Rhodes, Hedrich, 2010).



Obrázok 5 Intervencie/služby harm reduction v SR

Programy výmeny ihliel a striekačiek

- 1994 - CPLDZ na Hraničnej (BA)
- 1998 - prvý program organizovaný v teréne - projekt „Chráň sa sám“ – OZ Odysseus (BA), do 2006 Púchov x
- 1999 - OZ Prima (BA)
- 2000 - OZ Heuréka (BB) – projekt „Alternatíva“ x
- 2003 - OZ Storm pri UKF (NR) – projekt „Krok vpred“ ; Sereď (2003), Trnava (2006)
- OZ Pomocná ruka pri CPLDZ v Košiciach:
 - 2002 - stabilné miesto výmeny
 - 2006 - terénny program
- 2003/2004 OZ Risen, Prešov: CDZ/Pouličné centrum x
- 2006 OZ Centrum dobrovoľníctva (BB) – projekt „VIS“ x

Substitučné programy

- október 1997 CPLDZ BA

- september 2005 CPLDZ BB
- ambulánna psychiatrická starostlivosť – 2008 subutex nahradený suboxonom

AKTUÁLNA DOSTUPNOSŤ HR SLUŽIEB - NGO (2013)

TP - Bratislava, Trnava, Nitra, Sereď a Košice

KC – Sereď, Bratislava

Rozpočet 2/3 služieb sa od 2011 do 2013 výrazne znížil (u 2 poskytovateľov redukcia na polovicu). 87 % HR programov nemá peniaze na vývoj služby, ktorý je odrazom potrieb klientov. Sedem z ôsmich poskytovateľov služieb nemá zdroje na pokrytie dostatočného materiálneho zabezpečenia služby. Po 20 ročnej histórii fungovania HR služieb vnímajú programy svoje postavenie v systéme služieb ako nedocenené, necítia dostatočné finančné ohodnotenie a uznanie odbornej kvality vo svojom odbore. („Institucionální analýza harm reduction služeb v SR“ (Púčíková, Vavrinčíková, 2014)

Tabuľka 2 „Analýza existujúcich harm reduction služieb pre aktívnych užívateľov drog v Slovenskej republike“ (2007)

NÁZOV PROJEKTU	LOKALITA PROJEKTU POČET OBYVATEĽOV k 31.12. 2004	ODHAD VEĽKOSTI KOMUNITY UŽÍVATEĽOV DROG podľa PROAKTÍVNEHO MODELU 0,5 – 5% POPULÁCIE	POČET REGISTROVANÝCH KLIENTOV rok 2005
Chráň sa sám OZ Odysseus 7 rokov v teréne	Bratislava 425 155	2 125 – 21 257	1 852
	Púchov 18 675	93 - 933	111
Stacionárny a mobilný streetwork OZ Prima 6 rokov v teréne	Bratislava 425 155	2 125 – 21 257	926
Alternatíva OZ Heuréka 5 rokov v teréne	Banská Bystrica 81 704	408 – 4 085	64
	Žiar nad Hronom 19 718	99 - 986	76
Združenie STORM – KROK VPRED 2 roky v teréne	Nitra 85 742	429 – 4 287	83
	Sereď 17 286	86 - 864	97
CDZ Centrum drogových závislostí Risen 2 roky v teréne	Prešov 91 767	459 – 4 588	113

V roku 2007 bol odhadovaný počet PUD vo vekovej skupine 15-64 rokov od 12 800 do cca 34 800, so stredným odhadom 17 900 PUD (NMCD, 2008). V roku 2008 tento odhad výrazne poklesol a to na rozmedzie 8 200 až 33 500 PUD, so stredným odhadom 10 500 osôb. Základné informácie: Počet obyvateľov: 5.4 mil.

PUD: 13 800 – 34 500

(Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009 - 2012)

DROGOVÁ SITUÁCIA V SR – Výročná správa NMCD 2008

PRÍLEŽITOSTI ROZVOJA HARM REDUCTION SLUŽIEB NA SLOVENSKU

- nízka prevalencia HIV, relat. priaznivá situácia HVB, HVC
- regionálne rozloženie HR služieb
- „svojpomocné“ sieťovanie organizácií (podpora NOS – OSF)
- realizácia pravidelných prieskumov o projektoch a špecifických potrebách klientov (RAR, mapovanie potrieb komunity, kvalifikačné práce)
- Príklady dobrej praxe:
 - Úvod do harm reduction (2003/2004) – akademické vzdelávanie, akreditovaný kurz Úvod do harm reduction (2005/2006) – vzdelávanie lektorov, Letná škola harm reduction (2007)
 - PIKADU – priama informačná kampaň medzi drogovými užívateľmi (2007: BA, BB, KE)
 - PAD.sk - Projekt evalvácie uplatňovania vybraných drogových paragrafov Trestného zákona SR (2006 – 2009)
 - ...lokálne príklady

LIMITY ROZVOJA HARM REDUCTION SLUŽIEB NA SLOVENSKU

- identita harm reduction služieb (kontinuita – sieť služieb pre UD, spolupráca, zdravotné či sociálnych služieb)
- chýba zastrešujúca profesijná organizácia
- štandardizácia harm reduction služieb (MINIMÁLNE ŠTANDARDY NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽIEB PRE UŽÍVATEĽOV/UŽÍVATEĽKY DROG V ZMYSLE HARM REDUCTION (2007; Združenie STORM; NOS – OSF)
- systém financovania - nerovnováha a ohrozenie samotnej verejno-zdravotnej podstaty HR služieb, nesystémová zraniteľnosť celej siete služieb

FINANCOVANIE HR SLUŽIEB

- Financovanie protidrogovej politiky:
 - do mája 2009 PDF; 2009 – 2012 Úrad vlády SR; od 2013 MZ
 - „Treba konštatovať, že zdroje zo štátneho rozpočtu medziročne klesajú od roku 2009 o cca 0,5 mil € ročne..... čo sa premieta do znižujúceho sa počtu podporených projektov v priebehu 5 rokov (zo 73 v roku 2009 na 20 v roku 2013)“ In: Stav drogovej problematiky na Slovensku – súhrn Výročnej správy NMCD o stave drogovej problematiky v roku 2013. Košice 2014)
- MZ SR (od 2013 Odbor koordinácie protidrogovej politiky - oddelenie organizácie protidrogovej stratégie a oddelenie monitorovania drog; CPLDZ – očkovanie, testovanie, substitúcia)
- MPSVaR SR
- akreditované subjekty podľa platnej legislatívy:
 - Zákon NR SR 305/2005 o sociálno-právnej ochrane a sociálnej kuratele
 - Zákon NR SR 448/2008 o sociálnych službách
- Regionálna a územná samospráva (obce/mestá, VUC)
- Domáce a zahraničné nadácie
- EU fondy

OTÁZKY NAMIESTO ZÁVERU

- Čo /najviac/ ohrozuje segment harm reduction služieb na Slovensku?
- Ako sa darí HR službám na Slovensku prežiť?

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Použité zdroje sú na vyžiadanie dostupné u autorky.

AUTORKA

PhDr. Lenka Vavrinčíková, PhD.

Klinika adiktologie

1. LF UK a VFN v Praze

Apolinářská 4

128 00 Praha 2

+420-22496 5098

vavrincikova@adiktologie.cz, www.adiktologie.cz

MOŽNOSTI A LIMITY PRÍSTUPU HARM REDUCTION

Jana GABRIELOVÁ – Miloš VELEMÍNSKÝ

Abstrakt: Príspevok poukazuje na možnosti a limity prístupu harm reduction. V súčasnosti sa rozširujú možnosti použitia filozofie znižovania rizík v rôznych oblastiach. Táto filozofia sa aplikuje nielen na problematiku závislosti (s ktorou je najviac spájaná), ale čoraz častejšie preniká aj do iných oblastí, ako sú práca v sex-biznise, bezdomovectvo a pod. V článku sú prezentované vybrané možnosti (drogová problematika a problematika bezdomovectva) a limity (nedosiahnuteľnosť hodnotovo-neutrálneho postoja k užívaniu drog v praxi a dezinterpretácia pojmov vzťahujúcich sa k harm reduction) využitia prístupu harm reduction.

Kľúčové slová: drogy, harm reduction, prevencia

ÚVOD

Pojmom „harm reduction“ sa v podstate označuje typ verejnej politiky a programy, ktorých cieľom je znižovať škody spojené s užívaním drog. Ich nosnou vlastnosťou je zameranie sa na prevenciu poškodení spojených s užívaním drog, nie na prevenciu užívania drog per se (Hunt, 2003).

V užšom pojatí môžeme harm reduction definovať ako súbor praktických stratégií, ktoré redukujú negatívne dopady užívania drog, zahrňuje spektrum stratégií od bezpečnejšieho užívania po stratégie vedúce k abstinencii. Harm reduction stratégie sa snažia pracovať s klientmi „tam, kde práve sú“ a zameriavajú sa na okolnosti užívania, i na užívanie samotné (Kalina a kol., 2008).

Pre potreby harm reduction rozlišuje Newcombe (1992) škody na rôznych úrovniach – individuálne, komunitné a na úrovni spoločnosti. Ďalej rozlišuje typy škôd – zdravotné, sociálne a ekonomické. Aktuálnejšiu klasifikáciu škôd spôsobených s užívaním drog je možné získať včlenením časovej dimenzie (krátkodobé, strednodobé alebo dlhodobé vplyvy), dimenzie trvania (dočasné alebo trvalé vplyvy) a/alebo dimenzie miery (minimálne, stredné alebo veľké vplyvy) do tejto dvoj-dimenzionálnej schémy.

Je potrebné tiež rozlišovať medzi rizikom (zdieľanie injekčných striekačiek) a škodou (HIV-pozitívnosť).

Prístup harm reduction:

- sa vyhýba zveličovaniu škôd spojených so zneužívaním drog,
- prístupuje k užívateľom drog s úctou ako ku každej inej ľudskej bytosti,
- maximalizuje možnosti intervencií,
- je založený na zoradení dosiahnuteľných cieľov podľa priorít,
- je neutrálny, pokiaľ ide o legalizáciu alebo dekriminalizáciu a
- dištancuje sa od vojny proti drogám (Hunt, 2003).

Pojem „harm reduction“ je čiastočne zadefinovaný škálou princípov, z ktorých vychádzajú príslušné politiky a programy. Kanadské centrum pre zneužívanie látok uvádza nasledujúce princípy:

1. Pragmatizmus: Harm reduction akceptuje, že istá miera užívania psychotropných látok patrí medzi bežné aspekty skúseností človeka. Ďalej uznáva, že užívanie drog nesie v sebe riziko, ale zároveň poskytuje užívateľovi isté prínosy, ktoré je nutné zohľadniť, ak má dôjsť k pochopeniu užívania drog. Z hľadiska komunity môže byť pragmatickejšou alebo schodnejšou alternatívou kontrola a zmiernenie škôd spojených s drogami ako úsilie zamerané na úplnú elimináciu ich užívania.
2. Humanistické hodnoty: Rozhodnutie užívateľa drog brať drogy je akceptované ako fakt. Neznamená to súhlas s užívaním drog. Nezaujímajú sa žiadny moralistický postoj odsudzujúci alebo podporujúci užívanie drog, a to bez ohľadu na mieru užívania alebo jeho spôsob. Rešpektuje sa dôstojnosť a práva užívateľa drog.

3. Zameranie sa na škody: Skutočnosť alebo miera užívania drog per se má druhoradý význam v porovnaní s rizikom škôd vyplývajúcich z užívania. Škody, ktoré tvoria jadro záujmu, sa môžu týkať zdravotných, sociálnych, ekonomických alebo mnohých iných faktorov, môžu ovplyvňovať jednotlivca, komunitu a spoločnosť ako celok. Preto je prvoradou prioritou zníženie negatívnych následkov užívania drog pre užívateľa a ostatných, a nie znižovanie užívania drog ako takého. Harm reduction nevyklučuje ani nepredpokladá dlhodobý cieľ abstinencie. V niektorých prípadoch môže byť jednou z najefektívnejších foriem harm reduction znižovanie miery užívania. V iných prípadoch môže byť efektívnejšia zmena spôsobu užívania.
4. Vyváženie nákladov a prínosov: S cieľom zabezpečiť vynakladanie prostriedkov na riešenie prioritných problémov sa pragmaticky identifikuje, meria a posudzuje relatívny význam problémov spojených s drogami, škôd spojených s ich užívaním a nákladov/prínosov intervencie. Rámec analýzy presahuje momentálne záujmy užívateľov v snahe zohľadniť širšie záujmy komunity a spoločnosti. Vzhľadom na tento racionálny prístup sa postupy harm reduction teoreticky uplatňujú pri hodnotení v porovnaní s inými typmi intervencií. V praxi sú však takéto hodnotenia komplikované vzhľadom na množstvo premenných, ktoré treba skúmať z krátkodobého aj z dlhodobého hľadiska.
5. Priorita okamžitých cieľov: Vo väčšine programov harm-reduction existuje hierarchia aktuálnych cieľov, ktorých úlohou je pro-aktívne zainteresovať jednotlivcov, cieľové skupiny a komunity do riešenia ich akútnych potrieb. Dosiachnutie okamžitých a najrealistickejších cieľov sa obyčajne vníma ako prvý krok k „užívaniu bez rizika“, prípadne k abstinencii (Riley, 1999).

Harm Reduction Coalition (2007) navrhuje nasledujúce princípy ako jadro praxe harm reduction, kedy prístup harm reduction:

1. akceptuje, že legálne i nelegálne drogy sú súčasťou nášho sveta, a preto skôr pracuje na minimalizácii škodlivých účinkov, ktoré z užívania drog vyplývajú, než aby ich jednoducho ignoroval alebo odsudzoval,
2. chápe užívanie drog ako komplexný, mnohotvárnny jav, ktorý zahŕňa kontinuum správania od veľmi pokročilého užívania k celkovej abstinencii a uznáva, že niektoré spôsoby užívania drog sú jednoznačne bezpečnejšie ako iné,
3. vyzýva k neodsudzujúcemu, nenátlakovému poskytovaniu služieb a zdrojov pre ľudí, ktorí užívajú drogy a komunity, v ktorých žijú, aby im pomáhala pri znižovaní sprievodných škôd,
4. zaručuje užívateľom drog a tým, ktorí drogy užívali, aby mohli uplatniť svoj hlas pri tvorbe programov a služieb, ktoré sú pre nich určené,
5. potvrdzuje, že užívatelia drog sú sami primárnymi hýbateľmi, ktorí môžu znižovať škody svojho užívania a snaží sa splnomocňovať užívateľov k zdieľaniu informácií a vzájomnému podporovaniu v rámci stratégií, ktoré riešia ich aktuálne podmienky užívania,
6. vybudovanie kvalitného individuálneho a komunitného života nemôže byť jediným kritériom úspešných intervencií a prístupov, pretože nevyhnutne nevedie k abstinencii,
7. uznáva, že skutočnosti ako chudoba, trieda, rasizmus, sociálna izolácia, zažitá trauma, diskriminácia na základe pohlavia a ďalšie sociálne nerovnosti majú vplyv ako i na zraniteľnosť, tak i na schopnosť ľudí účinne sa zaoberať riešením škôd súvisiacich s drogami,
8. nekladie si za cieľ minimalizovať alebo ignorovať skutočné a tragické škody a nebezpečenstvá spojené s užívaním legálnych a nelegálnych drog.

MOŽNOSTI VYUŽITIA HARM REDUCTION

Harm reduction sa využíva v rôznych oblastiach. Nasledujúca časť príspevku bude zameraná na využitie harm reduction v dvoch vybraných oblastiach, a to konkrétne v problematike užívania drog a problematike bezdomovectva.

Drogová problematika

Harm reduction je realistický a pragmatický prístup k užívaniu drog, deklarujúci, že spoločnosť bez nich je nereálny cieľ. Programy harm reduction vychádzajú z poznania, že niektoré skupiny ľudí nie sú schopné alebo ochotné vzdať sa bezprostredne užívania drog (Hejda, Duben, 2002). Harm reduction akceptuje užívanie drog ako sociálnu realitu, na drogovú závislosť sa nahliada ako na prechodnú fázu v živote danej osoby. Cieľom harm reduction je pomôcť túto fázu prekonať bez škôd alebo aspoň škody v maximálne možnej miere redukovať (Petroš, 2006).

Harm reduction podporuje menej rizikové správanie u osôb, ktoré užívajú návykové látky, a tak pomáha znižovať negatívny dopad ich užívania na jednotlivca i celú spoločnosť.

Najzávažnejším rizikom spojeným s užívaním drog je predávkovanie (Tab. 1). Prevencia predávkovania je realizovaná prostredníctvom vzdelávania užívateľov drog.

Tabuľka 1 Počet úmrtí spôsobených drogami (vo veku 15 – 64 rokov)

Krajina	2009	2010	2011	2012
Česká republika	49	55	28	32
Slovenská republika	22	20	16	26
Rakúsko	187	170	201	161
Maďarsko	31	17	14	24

Zdroj: EMCDA, 2014

Ďalším významným rizikom je šírenie hepatitíd, vírusu HIV a pohlavne prenosných chorôb používaním nesterilných pomôcok k aplikácii drog a nechráneným pohlavným stykom.

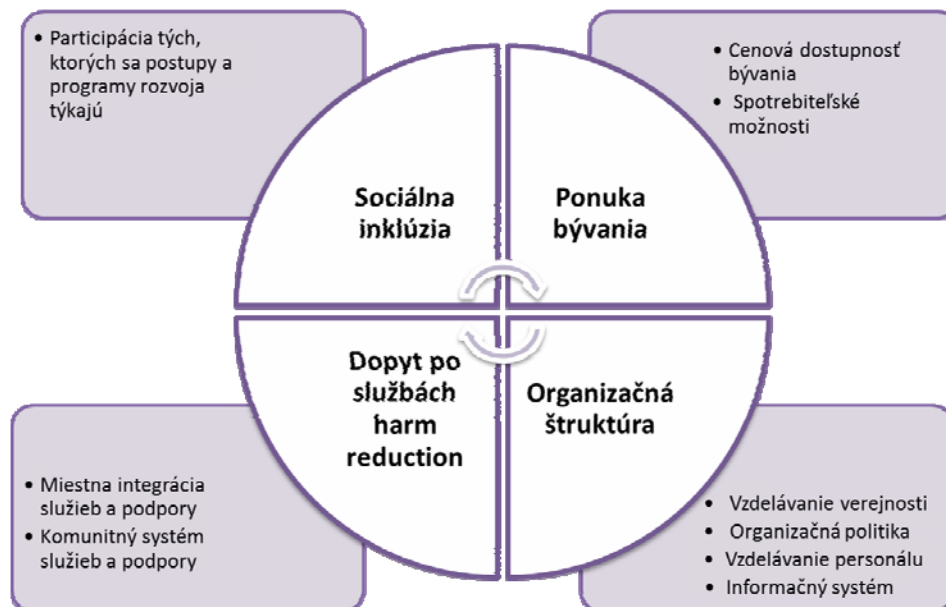
Ciele harm reduction sa dosahujú prostredníctvom šírenia informácií o rizikách užívania návykových látok a ich kombinovaní, jednotlivých spôsobov aplikácie a zdieľania injekčného materiálu, informácií o zásadách bezpečného užívania drog a bezpečného sexu, informácií o fungovaní orgánov štátnej správy a orgánov činných v trestnom konaní. Ďalej prostredníctvom výmeny injekčných striekačiek a ihliel, bezplatnej distribúcie materiálu potrebného k aplikácii drog, potravinového, vitamínového, zdravotníckeho a hygienického servisu (Petroš, 2006).

Problematika bezdomovectva

Bezdomovectvo a problematické užívanie drog sa často prekrývajú (Fischer et al., 2005). Škody spojené s užívaním návykových látok, vrátane zvýšenej náchylnosti na krvou prenosné ochorenia, stigmy, predávkovania a smrti bezdomovectvo zhoršuje (Corneil et al., 2006). Zohľadnenie oboch problematík je považované za dôležitý aspekt stratégií na ukončenie bezdomovectva.

Integrácia harm reduction do stratégií na ukončenie bezdomovectva si vyžaduje relevantný a realistický politický rámec, ktorý prispieva k vytvoreniu bezpečnejšieho prostredia. Boli

identifikované štyri kľúčové rozmery a oblasti činnosti: 1) rozvoj programov sociálneho začlenenia, 2) zabezpečenie adekvátnej ponuky bývania, 3) uspokojenie dopytu po službách harm reduction a 4) systematická a organizačná infraštruktúra (Obr. 1).



Obr. 1 Systémový rámec pre integráciu bývania a harm reduction
Zdroj: Pauly et al., 2013

LIMITY VYUŽITIA HARM REDUCTION

Napriek úspechu, ktorý dosahuje harm reduction v posledných rokoch, existujú podľa Hathaway (2001) praktické a ideologické problémy, ktoré ho limitujú.

Nedosiahnuteľnosť hodnotovo-neutrálneho postoja k užívaniu drog v praxi

Mnohí autori (napr. Newcombe, 1992) poukazujú na to, že jedným z charakteristických prvkov harm reduction je jeho záväzok amorálne pristupovať k užívaniu drog. To však nemusí byť dosiahnuteľné v praxi, pretože povaha škody je sama o sebe otvorená interpretácii a už samotné posudzovanie škôd obsahuje morálne hodnotenie (Valverde, 1998, s. 26).

Dezinterpretácia pojmov vzťahujúcich sa k harm reduction

Harm reduction je viac považovaný za praktický než vedecký koncept. Z toho vznikajú problémy, ako napríklad nejednoznačnosť v tom, ako definovať harm reduction a ako hodnotiť programy harm reduction. Mnoho dezinterpretácií vyvolal článok Mckeganey a kol. (2004), v ktorom autori priniesli výsledky výskumu zameraného na to, čo hľadajú užívatelia, keď kontaktujú drogové služby. Zistili, že viac ako polovica (56,6 %) užívateľov drog chce „abstinenciu“ ako jedinú zmenu, ktorú dúfajú, že dosiahnu. Tohto zistenia sa hneď chytili tí, čo hľadajú „dôkazy“, že abstinencia je základom uzdravenia a harm reduction nie je viac potrebný.

ZÁVER

Harm reduction predstavuje jednu z možností ako nahliadať na problematiku užívania drog. Vždy budú klienti, ktorí nie sú schopní alebo ochotní vzdať sa užívania drog. Z tohto dôvodu budú taktiež stále potrebné programy harm reduction. A keď sa klient povie, že chce abstinovať, neznamená to, že úloha harm reduction končí. Keď jedinci hovoria, že chcú abstinovať, nemusí to znamenať abstinenciu od všetkých drog, možno nechcú abstinovať

teraz a mohli by ešte chcieť harm reduction. Harm reduction môže pomôcť aj tým, že poskytuje podporu a minimalizuje mnoho osobných, psychologických, materiálnych a sociálnych škôd spojených s užívaním drog.

„Tento článok vznikol v rámci projektu OP VK „Rozvoj postdoktorandských pozíc na JU“ (CZ.1.07/2.3.00/30.0049), spolufinancovaného Európskym sociálnym fondom a štátnym rozpočtom Českej republiky.“

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

CORNEIL, T. et al. 2006. *Unstable housing associated risk behavior, and increased risk for HIV infection among injection drug users*. Health & Place, 2006, Vol. 12, No.1, ISSN 1353-8292, p. 79–85.

EMCDAA [online]. 2014. [cit.2014–10–10]. Dostupné na: <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014>

FISCHER, B. et al. 2005. *Illicit opioid use in Canada: Comparing social, health, and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN Study)*. Journal of Urban Health, 2005, Vol. 82, No. 2, ISSN 1468-2869, p. 250–266.

HARM REDUCTION COALLITION. 2007. *Principles of Harm Reduction* [online]. [cit.2014-10-30]. 2007. Dostupné na: <http://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>

HATHAWAY, D. A. 2001. *Shortcomings of harm reduction: toward a morally invested drug reform strategy*. International Journal of Drug Policy, 2001, Vol. 12, ISSN 0955-3959, P. 125-137.

HEJDA, J., DUBEN, R. 2002. *Veřejně prospěšné organizace a jejich postavení v systému prevence a ochrany proti drogovým závislostem*. Praha: Ministersvo vnitra České republiky, 2002. 187 s. ISBN 978-80-8658-702-8.

HUNT, N. 2003. *Pokrokové zmysľanie o drogách*. Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti, 2003. 76 s. ISBN 80-9692271-0-8.

KALINA, K. a kol. 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

MCKEGANEY, N. et al. *What Are Drug Users Looking For When They Contact Drug Services: abstinence or harm reduction? Drugs: education, prevention a policy*, 2004. Vol. 11, No. 5, ISSN 0968-7637, p. 423-435.

NEWCOMBE, R. 1992. *The reduction of drug-related harm. A conceptual framework for theory, practice and research* [online]. 1992. 13 s. [cit. 2014-10-30]. Dostupné na: <http://www.drugtext.org/Various-general/the-reduction-of-drug-related-harm-a-conceptual-framework-for-theory-practice-and-research.html>

PAULY, B. et al. 2013. *Housing and har reduction: What is the role of harm reduction inaddressing Homelessness?* International Journal of Drug Policy, 2013, No. 24, ISSN 0955-3959, p. 284-290.

PETROŠ, O. 2006. *Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 50 s. ISBN 80-86734-76-5.

RILEY, D. et al. 1999. *Harm Reduction: Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper*. Substance Use & Misuse, 1999. Vol. 34, No. 1. ISSN 1532-2491, s. 9-24.

VALVERDE, M. 1998. *Diseases of the will: alcohol and the dilemmas of freedom*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998. 256 p. ISBN 0-521-64469-0.

AUTORI

Mgr. Jana Gabrielová, PhD.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta, Katedra klinických a preklinických oborů
Jírovцова 1347/24
370 04 České Budějovice
jgabrielova@zsf.jcu.cz

Prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta, Katedra klinických a preklinických oborů
Jírovцова 1347/24
370 04 České Budějovice
mveleminsky@tbn.cz

INŠTITUCIONÁLNA ANALÝZA HARM REDUCTION SLUŽIEB NA SLOVENSKU

Dominika PÚČIKOVÁ - Lenka VAVRINČIKOVÁ

Abstrakt: *Harm reduction prístup v systéme adiktologických služieb je nepopierateľne súčasťou drogovej politiky EÚ, čo akceptuje a potvrdzuje aj Národná protidrogová stratégia Slovenskej republiky. Aj napriek tomu neexistoval súhrnný materiál, ktorý by analyzoval dostupné HR služby na Slovensku. Príspevok si kladie za cieľ poskytnúť komplexný prehľad ponúkaných HR služieb v Slovenskej republike a zanalyzovať ich z hľadiska charakteristiky poskytovateľov služieb, pôsobnosti a dostupnosti programov, klientely, poskytovaných intervencií, financovania služieb a ich zázemia v rámci systému starostlivosti o užívateľov drog.*

Kľúčové slová: *harm reduction prístup, typológia služieb, analýza, verejné zdravie, Slovenská republika*

ÚVOD

Motiváciou na vypracovanie analýzy harm reduction služieb bola skutočnosť, že absentoval súhrnný materiál, ktorý by podrobne mapoval situáciu harm reduction (ďalej HR) služieb na Slovensku (v štúdií sa pod pojmom HR služby myslia programy zamerané na zníženie negatívnych dopadov spojených s užívaním drog. Konkrétne sa práca zameriava na poskytovateľov nízkoprahových služieb a poskytovateľov substitučnej liečby).

Neexistencia takéhoto súhrnného materiálu je zarážajúca najmä z dôvodu, že HR je evidence based prístup, ktorý je obsiahnutý v rámci drogovej politiky Európskej únie a je zároveň jednou zo zložiek Národnej protidrogovej stratégie Slovenskej republiky. HR služby na Slovensku majú pritom svoju históriu. Prvý program distribúcie ihiel a striekačiek začal fungovať v roku 1994 v Centre pre liečbu drogových závislostí (ďalej CPLDZ) v Bratislave. Od tohto roku vznikali ďalšie organizácie poskytujúce program výmeny ihiel a striekačiek: Odyseus, Prima, Centrum dobrovoľníctva – projekt V.I.S., Storm pri UKF, Risen, Heuréka, Pomocná ruka. Tieto služby boli poskytované celkovo v desiatich mestách. Koncom roka 2006 svoju činnosť skončil program výmeny ihiel a striekačiek v Púchove. Nové terénne programy sa otvorili v Trnave, Banskej Bystrici, v Košiciach a po dvojročnej prestávke vo Zvolene. V danom roku sa začala príprava otvorenia ďalšieho kontaktného centra v Nitre (okrem Bratislavy). Odhaduje sa, že pri fungovaní HR služieb v desiatich mestách bolo v kontakte s nízkoprahovými službami 21% problémových užívateľov drog (ďalej len PUD) (NMCD, 2007). V roku 2011 poskytovalo HR služby už len 5 nízkoprahových organizácií, v lokalitách šiestich miest, pričom počet užívateľov v kontakte s týmito službami klesol za 5 rokov o 1600 osôb. (NMCD, 2012). Klesajúci trend v počte klientov v kontakte s adiktologickými službami nastal za posledné roky aj v substitučnej liečbe. V roku 2010 bolo v substitučnej terapii približne 600 klientov, v roku 2012 to bolo 465 klientov (<http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Slovakia#demand>, 2014). Pritom sa dá predpokladať, že z hľadiska fyzickej dostupnosti, by o substitučnú terapiu malo záujem viac problémových užívateľov opioidov, Slovensko sa mierou pokrytia radí ku krajinám s najnižším pokrytím a to menej ako 10 % (Hičárová, Krošláková, Kiššová, Segešová, 2011).

Projekt štúdie

Cieľom štúdie realizovanej v rámci bakalárskej práce bolo poskytnúť komplexný prehľad ponúkaných HR služieb v Slovenskej republike a zanalyzovať ich z hľadiska charakteristiky poskytovateľov služieb, pôsobnosti a dostupnosti programov, klientely, poskytovaných

intervencií, financovania služieb a ich zázemia v rámci systému starostlivosti o užívateľov drog.

Základnou metódou zberu dát bol on-line dotazník, určený pre pracovníkov HR služieb. Výskumný súbor tvorili poskytovatelia terénnych programov, kontaktných centier, substitučnej liečby. Výskumný súbor tvorili 4 HR organizácie, 6 Centier pre liečbu drogových závislostí a 15 ambulancií so špecializáciou drogových závislostí. Počet poskytovateľov, ktorí sa zapojili do výskumu zobrazuje Tabuľka 1.

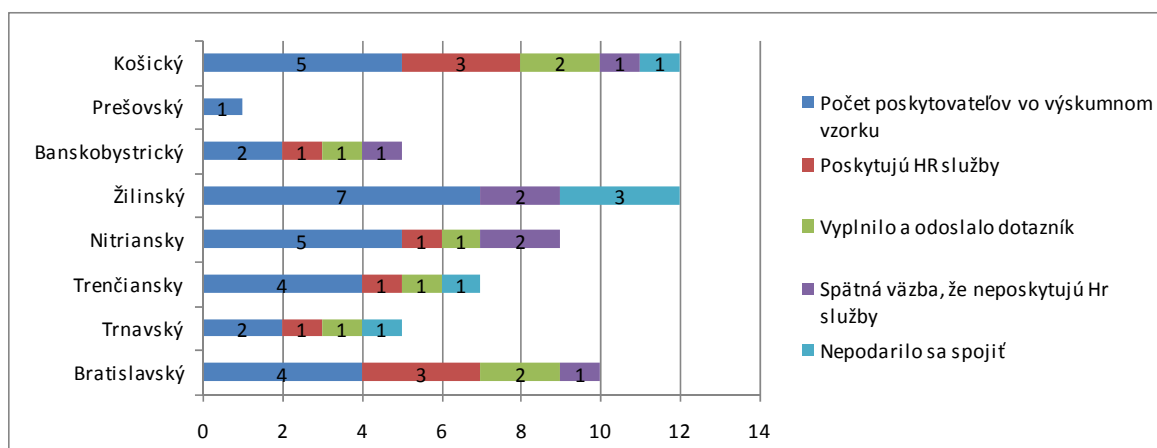
Tabuľka 1 Výskumný súbor

Typ poskytovateľa služby	Počet oslovených poskytovateľov	Respondenti	
		N	%
HR organizácie (NGO, nízkoprah)	4	4	100
CPLDZ	6	2	33,3
Špecializované ambulancie	15	1	6,6
SPOLU	25	7	28

Účasť na štúdiu bola dobrovoľná, respondentom boli poskytnuté informácie o účele dotazníkového šetrenia a taktiež o spôsobe využitia dát. Všeobecná charakteristika programov je v texte uvedená pod konkrétnym názvom programu. Informácie o klientoch, financovaní, poskytovaných intervenciách a o spolupráci s ostatnými službami, sú uvedené pod kódom služby, ktorý bol programom pridelený náhodne a pod týmto kódom boli uvedené počas celej doby spracovania a analyzovania výsledkov.

Vybrané výsledky inštitucionálnej analýzy HR služieb na Slovensku

Výskumnú vzorku tvorilo 31 HR služieb z dostupných databáz adiktologických služieb, oslovených na spoluprácu bolo po aktualizácii kontaktov 25 poskytovateľov. Z nich 7 sa sami ako poskytovatelia HR služieb neidentifikujú. V Grafe 1 je znázornený počet poskytovateľov HR služieb podľa krajov Slovenskej republiky. Je možné vidieť nepomer v rozložení výskumného súboru podľa krajov. V Žilinskom kraji bolo najviac služieb identifikovaných do výskumnej vzorky, paradoxne bola návratnosť nulová. Dáta o službách sa nepodarilo získať z Prešovského kraja, v Prešovskom kraji nie je v súčasnosti poskytovaný ani jeden výmenný program injekčných striekačiek a ihiel, taktiež ani jedno CPLDZ.



Graf 1 Výskumná vzorka a návratnosť podľa krajov Slovenskej republiky

60% respondentov bolo zo sociálneho typu služby, 30% zastupovalo zdravotné zariadenie. Jeden respondent odpovedal, že patria medzi „Iný typ služby“, s vysvetlením, že ide o „kombináciu rôznych“ typov. Zdravotný typ služieb predstavujú AT ambulancie (1) a Centrá pre liečbu drogových závislostí (2). Vo všetkých zdravotných službách bol typ

poskytovanej HR intervencie substitučná liečba. Sociálne typy HR služieb sú poskytované formou terénnych programov (6), ďalej formou nízkoprahových kontaktných centier (2), sociálnej asistencie (2) on-line poradne (1) a telefonického poradenstva (1).

Existujúce HR programy

Pôsobnosť služieb bola analyzovaná z dvoch hľadísk (tabuľka 2). Z hľadiska miestnej pôsobnosti, teda v ktorom meste (mestách) je program realizovaný a z hľadiska toho, či, program využívajú miestni klienti, klienti z celého regiónu alebo z celého Slovenska. Združenie STORM prevádzkuje kontaktné centrum (KC) v Seredi a terénny program (TP), ktorý pôsobí v Seredi, Nitre a Trnave. Oba tieto programy sú využívané klientmi z celého Slovenska. OZ Odyseus poskytuje dva terénne sociálne programy a jeden program sociálnej asistencie. Dva z nich sú realizované v Bratislave, terénna sociálna služba „Sex/drogy“ je poskytovaná na festivaloch a formou on-line poradne. V Bratislave taktiež funguje program (fungujúci niektoré dni ako terénny program a niektoré dni ako kontaktné centrum) realizovaný občianskym združením Prima, ktorý využívajú klienti z regiónu. OZ Pomocná ruka je jedinou organizáciou poskytujúcou výmenné programy ihiel s striekačiek v Košickom a Prešovskom kraji. Substitučnú liečbu poskytovanú v Trenčíne AT ambulanciou využívajú miestni klienti, substitučné udržiavacie programy v Banskej Bystrici a Košiciach. majú regionálnu pôsobnosť. Pre presnejšie priblíženie dostupnosti služieb jedna z otázok smerovala časovú pôsobnosť služieb v jednotlivých lokalitách ich fungovania. V Bratislave pôsobia 3 HR programy v rôznych lokalitách (Petržalka, Vrakuňa, Ružinov, Nové mesto, Slovnaft, Pentagon, Panónska cesta) každý deň okrem soboty, 23 hodín týždenne. V Trnave pôsobí 1 TP, dostupný v stredu a štvrtok vždy tri hodiny. Okrem toho v Trnave funguje substitučný program dostupný v pondelok 8 hodín. V Seredi je TP dostupný 3 hodiny v piatok, KC je otvorené počas pracovných dní. V Nitre funguje TP v pondelok 2 hodiny. V Košiciach (pri Hlavnej železničnej stanici) je dostupný TP 3 dni v týždni, celkovo 6 hodín a substitučný program fungujúci počas pracovných dní, celkovo 21 hodín. Substitučný program v Banskej Bystrici poskytuje služby tri dni v týždni, celkovo 24 hodín. TP je poskytovaný v rekreačnom prostredí mládeže (hudobné festivaly, klubové akcie), medzi jeho ďalšie aktivity patrí on-line poradňa, nemá teda stanovenú presnú časovú a miestnu pôsobnosť. Z týchto údajov vyplýva, že v roku 2014 bol program distribúcie injekčného materiálu a parafernálii realizovaný iba v 5tich mestách Slovenskej republiky. Žiaden program takéhoto typu sa nenachádza v Trenčianskom, Banskobystrickom, Žilinskom a Prešovskom kraji, čo celkovo tvorí polovicu krajov.

Tabuľka 2 Poskytovatelia HR služieb a ich programy

Poskytovatelia HR služieb	Počet programov	Typ a názov programu	Miestna pôsobnosť služby	Pôsobnosť z hľadiska pôvodu klienta
Združenie STORM	2	KC "Zóna"; TP "Krok vpred"	Sereď (KC Zóna), Sereď, Nitra, Trnava (TP Krok vpred)	Celoslovenská
OZ Odyseus	3	TP "Sex /drogy" ; TP " Chráň sa sám", Sociálna asistencia	Bratislava	Celoslovenská
OZ Prima	1	TP "Prima streetwork"	Bratislava	Regionálna
OZ Pomocná ruka	1	TP a stacionárne výmenné miesto "Projekt Stanica"	Košice	Miestna
AT ambulancia Trenčín	1	Substitučná liečba	Trenčín	Miestna

CPLDZ Banská Bystrica	1	Substitučná liečba	Banská Bystrica	Regionálna
CPLDZ Košice	1	Substitučná liečba	Košice	Regionálna

Charakteristika klientely HR programov

Údaje z Národného monitorovacieho centra pre drogy poukazujú na pokles užívateľov využívajúcich programy poskytované nízkoprahovými organizáciami o 1600 osôb medzi rokmi 2006 – 2011 (NMCD, 2012). Tento náhly pokles pravdepodobne súvisel so zrušením programov pre PUD v 4-och mestách. Preto sme sa zamerali na bližšiu charakteristiku klientov využívajúcich HR služby za posledné roky 2011 – 2013, v ktorých sa nezmenil počet poskytovaných programov.

Tabuľka 3 Počet klientov jednotlivých programov v rokoch 2011 - 2013

HR program	Počet klientov za rok		
	2011	2012	2013
HR 1	1130	1020	945
HR 2	64	67	48
HR 3	4607	1915	2782
HR 4	49	80	x
HR 5	X	52	129
HR 6	202	243	225
HR 7	30	30	17
HR 8	405	456	486
HR 9	10	15	30
HR 10	15	13	13
Spolu	6512	3891	4675

Pri HR 4 chýba údaj za rok 2013, pretože v čase zbierania dát ešte nemali spracovanú štatistiku pre tento rok. Pri HR 5 chýba údaj za rok 2011, pretože program začal fungovať 1.9.2012. Celkový súčet klientov poklesol medzi rokom 2011 a 2012 približne o 2600 klientov. Tento pokles bol spôsobený zredukovaním počtu klientov HR5, čo je terénny program fungujúci v rekreačnom prostredí mládeže. To znamená, že počet klientov využívajúci službu je premenlivý a závisí od návštevnosti festivalov alebo klubov. V ostatných programoch nenastali žiadne výrazné zmeny a počet klientov v jednotlivých rokoch iba mierne kolísal. Priemerný počet klientov všetkých služieb bol za jeden rok 5026, viac ako polovica klientov bolo z jednej HR služby, ktorá pôsobí v rekreačnom prostredí mládeže. Teda programy ktorých primárna cieľová skupina sú problémoví užívatelia drog boli celkovo využívané každoročne v priemere 2000 klientmi, pričom klienti substitučných programov vo výskumnom súbore štúdie netvorí ani 3%.

Zisťovali sme charakteristiku klientov podľa primárne užíwanej drogy. Najpočetnejšiu skupinu klientov tvorili užívatelia pervitínu (v priemere 46%). Za obdobie rokov 2011-2013 je možné sledovať mierne navýšenie percentuálneho zastúpenia užívateľov heroínu (približne o 3%), naopak percentuálne zastúpenie užívateľov Subutexu a Suboxonu mierne pokleslo.

Tabuľka 4 Klienti HR služieb podľa primárne užívanej drogy

Psychoaktívna látka	2011 % z N=3707	2012 % z N=4894	2013 % z N=3792
Pervitín	48	44	48
Heroin	37	39	40
Subutex, Suboxon	20	25	17
Lieky vyvolávajúce závislosť	0.1	0.4	0.3
Užívanie opiátu a pervitínu v jednej dávke	1.2	1.02	1.1

Tabuľka 5 Štruktúra klientov HR programov

Klientela HR programov	% poskytovateľov
Klienti do 15 rokov	0
Klienti vo veku 15-18 rokov	60
Klienti starší ako 18 rokov	90
Užívatelia drog aplikujúci intravenózne	100
UD aplikujúci inak než intravenózne	70
Ženy pracujúce v sex biznise	70
Eudia bez domova	60
Klienti s psychickou komorbidity	60
Klienti s fyzickou komorbidity	20
Osoby blízke (priatelia, rodinní príslušníci)	30

Poskytované HR služby

Keďže na Slovensku neexistuje jednotný systém štatistiky vykazovania pre HR služby, nebolo možné zvoliť presnú terminológiu intervencií, ktoré by všetky programy vykazovali rovnako, na čo upozornili aj niektorí poskytovatelia. Tento zmätok a nejednotnosť vo vykazovaní poskytovaných intervencií mohla byť príčinou, že väčšina respondentov nevyplnila počet výkonov, ale iba to, či danú intervenciu v roku 2013 vykonali.

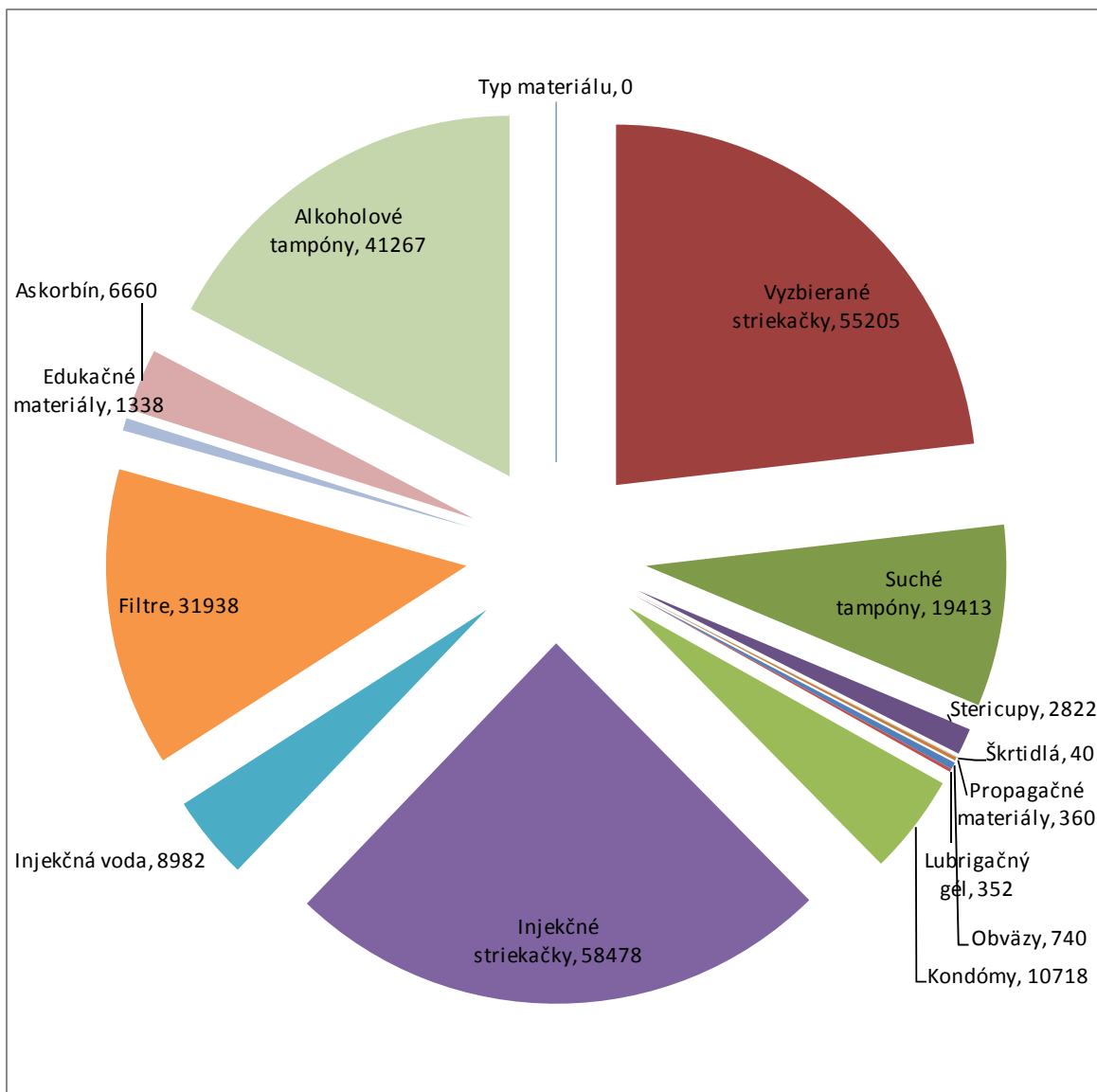
V tabuľke 6 vyhodnocujeme počet a typ HR programov, ktoré dané intervencie poskytovali.

Tabuľka 6 Prehľad poskytovaných HR služieb

INTERVENCIE	2013	TYP HR SLUŽBY
Distribúcia injekčného materiálu	6	5TP, KC
Zdravotné ošetrovanie	8	4TP; KC; 3Sub.l.
Hygienický servis	2	2TP
Potravinový servis	3	2TP; KC
Vitamínový servis	0	
Individuálna psychoterapia	5	3 Sub.L.;2TP
Skupinová psychoterapia	2	2Sub.L.
Krízová intervencia	9	5 TP; 3Sub.L.; KC
Asistenčná služba	5	4TP; KC
Testy HBV, HCV	3	3Sub.L.
Testy HIV	4	KC, TP, 2Sub.L.

Testy na syfilis	3	TP; 2Sub.L.
Tehotenské testy	1	Sub.L.
Testy na prítomnosť drog	3	3Sub.L.;
Poskytnutie informácií ohľadom bezpečnejšieho užívania drog	8	4TP; KC, 3Sub.L.
Právne poradenstvo	6	4TP; KC; Sub.L.
Sociálne poradenstvo	7	4TP; KC; 2Sub.L.
Zdravotné poradenstvo	9	5TP; KC; 3Sub. L.
Poradenstvo o liečebných možnostiach, matching potrieb klienta s ponukou dostupných služieb	10	6TP; KC; 3Sub.L.
Svojpomocná skupina rodičov	2	2Sub.L.;
Poradenstvo s rodičom	5	TP; KC; 3Sub.L.
Školenie ďalších odborníkov	4	2TP; KC; Sub.L.
Služby primárnej prevencie	4	2TP; 2Sub.L.

Všetky služby v roku 2013 poskytli poradenstvo o liečebných možnostiach klienta (matching potrieb klienta s ponukou služieb). Tento údaj potvrdzuje fakt, že HR služby sú pre klienta sprostredkovateľmi kontaktov a informácií o ďalších možnostiach v systéme starostlivosti o užívateľov drog. Ďalej boli najčastejšími poskytovanými intervenciami: krízová intervencia, zdravotné poradenstvo, poskytovanie informácie ohľadom bezpečnejšieho užívania drog, zdravotné ošetrovanie. Menej služieb poskytovalo testovanie na krvou prenosné ochorenia. Testy na HBV, HCV poskytovali iba substitučné programy (celkovo 3), tehotenské testy dokonca distribuoval iba jeden substitučný program. HIV pozitivitu testovalo jedno kontaktné centrum, 1 terénny program a dva substitučné programy. Injekčný materiál distribuovalo 5 terénnych programov, jedno kontaktné centrum, žiaden poskytovateľ substitučnej terapie neuviedol, že by zároveň distribuovali aj paraferniálne. Konkrétny počet poskytnutých výkonov danej intervencie vyplnili v priemere iba tri HR služby. Niektoré služby uviedli informáciu, že danú intervenciu síce poskytujú, ale neevidujú o nej výkazy. Údaje o konkrétnom počte poskytnutých intervencií neposkytol žiaden substitučný program. Výsledky teda neodzrkadľujú celé spektrum poskytovaných služieb, iba pár terénnych programov a kontaktné centrum. Najčastejším priemerne poskytnutým výkonom v roku 2013 bola distribúcia injekčného materiálu, priemerne bol v HR službách poskytnutý 3tisíckrát. Za ním nasledoval 1400krát poskytnutý potravinový servis (zahrňuje aj distribúciu tekutín), 470krát zdravotné poradenstvo, 370krát podanie informácie o bezpečnejšom užívaní. To znamená, že približne každá ôsma distribúcia paraferniálií bola sprevádzaná informovaním klienta o bezpečnejšom užívaní drog. Graf 2 znázorňuje sortiment najčastejšie distribuovaného HR materiálu.



Graf 2 Priemerne distribuovaný materiál v roku 2013 jednou HR službou

Financovanie služieb

Podľa údajov Národného monitorovacieho centra pre drogy (2014), v posledných rokoch nastáva „trend“ zníženia zdrojov zo štátneho rozpočtu, ktorým sú podporované protidrogové aktivity. Od roku 2009 – 2013 klesol rozpočet približne na 1/3 z pôvodnej sumy. Či tento trend postihol aj HR služby, poprípade aké sú následky tohto znižovania rozpočtu sme zisťovali v okruhu zameranom na finančné fungovanie služieb.

Sledovali sme časovú radu reálneho rozpočtu a ideálneho rozpočtu služieb v období rokov 2011-2013. Údaje od šiestich poskytovateľov HR programov, ktorí poskytnú dáta sú zobrazené v Tabuľke 7. U 2/3 respondentov nastal pokles reálneho rozpočtu v tomto období. Respondent HR3 v roku 2013 vykazoval výrazné zvýšenie rozpočtu, je to kvôli tomu, že v rokoch 2011 služba fungovala úplne na dobrovoľníckej báze, a v roku 2012 fungovala prevažne na dobrovoľníckej báze. HR4 služba z nedostatku financií takisto začala v roku 2013 pôsobiť na dobrovoľníckej báze čiže jej odpadli náklady na mzdu a z finančných dôvodov musela obmedziť poskytované služby. Reálny rozpočet služby HR1 poklesol od roku 2011 takmer o 45%, rozpočet terénneho programu HR6 sa znížil takmer o 50%. Reálny rozpočet HR1 za tri roky predstavoval 67% z ideálneho rozpočtu. U HR2 reálny rozpočet tvoril 90%, u HR3 17% (dva roky fungovala na dobrovoľníckej báze), u HR4 58%, u HR5 35%, a u HR6 tvoril

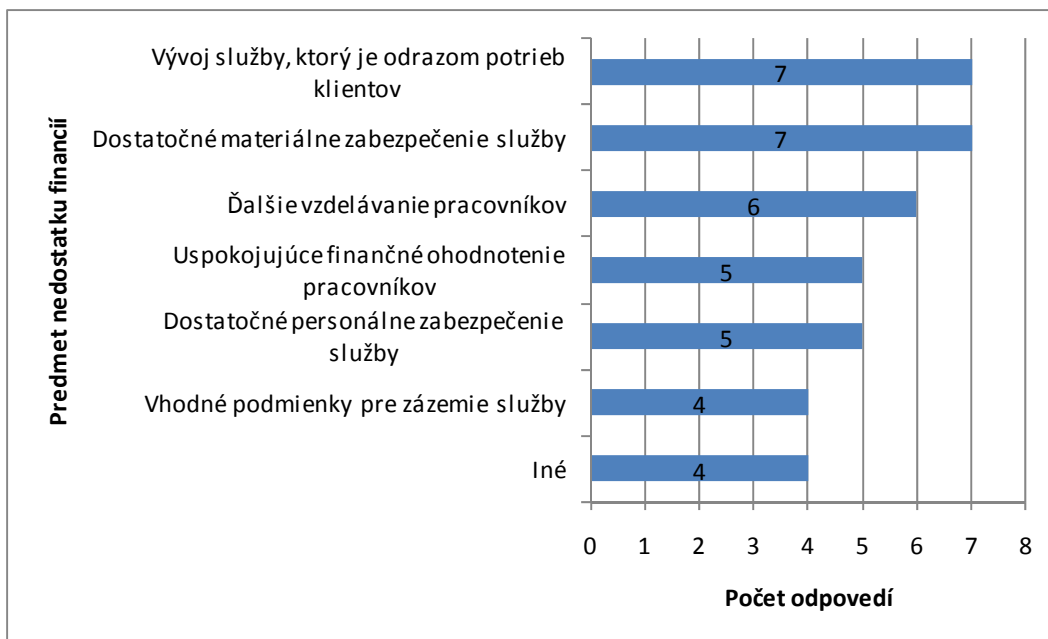
reálny rozpočet z ideálneho 55%. V rozpočte všetkých služieb je to 57% z ideálneho rozpočtu. Z toho sa dá vyvodiť, že HR služby na Slovensku majú k dispozícii približne iba polovicu finančného rozpočtu, ktorý by potrebovali na fungovanie služby podľa ich predstáv.

Tabuľka 7 Reálny a ideálny rozpočet služieb v rokoch 2011, 2012, 2013

	Reálny rozpočet 2011/€	Ideálny rozpočet 2011/€	Reálny rozpočet 2012/€	Ideálny rozpočet 2012/€	Reálny rozpočet 2013/€	Ideálny rozpočet 2013/€
HR1	104 500	119 569	115 208	153 048	58 858	142 258
HR2	7 612	8 000	6 662	7 000	8 237	10 000
HR3	500	20 000	2 000	25 000	10 203	30 000
HR4	50 973	70 000	50 614	70 000	20 000	70 000
HR5	0	0	15 900	30 000	12 530	50 000
HR6	49 745	70 000	41 244	70 000	25 461	70 000

Substitučný program poskytovaný v rámci CPLDZ bol počas rokov 2011, 2012, 2013 financovaný jediným zdrojom a to zdravotnými poisťovňami. Ostatné služby boli financované z niekoľkých zdrojov, ktorých podiel sa v priebehu rokov menil. Peniaze z dotačných mechanizmov jednotlivých rezortov u všetkých služieb tvorili v roku 2013 menší podiel ako v roku 2011. Podiel peňazí z dotačných mechanizmov jednotlivých rezortov poklesol u jednotlivých HR organizácií od roku 2011 do roku 2013 priemerne o 23%. Väčšinový podiel financovania, u 5-tich HR služieb v roku 2013 tvorilo financovanie na úrovni miestnych samospráv, kde nahradili väčšinový podiel dotačných mechanizmov jednotlivých rezortov. Zdroje z európskych štrukturálnych fondov za tri roky využili iba dve služby a tvorili vždy okolo 20% z rozpočtu. Zdroje zo zahraničných nadácií využili dve služby, z čoho u jednej tvorili v roku 2013 až 94% rozpočtu. Financie z domácich nadácií čerpalo 6 HR služieb, s priemerným podielom na rozpočte služieb 20 % (u jednej HR službe až 80 %). Podiel z dobrovoľných príspevkov a asignačného mechanizmu tvorili menšinový podiel financovania služieb počas tohto obdobia. Zhrnutím teda je, že podiel jednotlivých zdrojov financií sa v priebehu rokov menil. Poklesol podiel financovania jednotlivých rezortov, stúpol podiel z financovania na úrovni miestnych samospráv. Ostatné zdroje boli u jednotlivých služieb, počas troch rokov nestále

Keďže priemerne reálny rozpočet HR služieb tvoril v rokoch 2011, 2012, 2013 polovicu „ideálneho rozpočtu“, znamená to, že služby majú k dispozícii polovicu finančných prostriedkov, ktoré by potrebovali k fungovaniu služby podľa ich predstáv. Preto sme sa zamerali na konkrétne položky ich fungovania, na ktoré im neostávajú finančné prostriedky. Respondenti si mohli vybrať viacero možností, zo siedmich ponúknutých alternatív (Graf 3). 87,50% programov nemá peniaze na vývoj služby, ktorý je odrazom potrieb klientov. Sedem z ôsmich respondentov taktiež označilo, že im chýbajú zdroje na pokrytie dostatočného materiálneho zabezpečenia služby. ¾ služieb nie je schopných zabezpečiť ďalšie vzdelávanie svojich pracovníkov. 5 služieb označilo, že nepokryjú uspokojujúce finančné ohodnotenie pracovníkov a nedokážu pokryť dostatočné personálne zabezpečenie služby. Najmenej programov (4) označilo, že im chýbajú vhodné podmienky pre zázemie služby. Posledná možnosť s názvom „Iné“ umožňovala dopísať, na čo iné im chýbajú financie. Túto možnosť využili 4 respondenti. Jednému z nich chýbajú peniaze na vybudovanie kontaktného centra v lokalite, v ktorej sa nachádza veľké množstvo potenciálnych klientov služby (HR8) Službe HR1 chýbajú peniaze na advokáciu pri komunikácii s ministerstvami. Respondent z tejto služby napísal, že celkovo chýbajú financie na koordináciu HR služieb v rámci SR. Ďalšiemu programu chýbajú financie na režijné výdavky (HR3) Posledná služby napísala, že jej chýbajú financie na zdravotnícky materiál, testy na krvou prenosné ochorenia, odmeny, pohonné hmoty (HR6).



Graf 3 Zložky programu, na ktoré chýbajú financie

Mapovanie financovania a finančnej situácie služieb sme uzavreli pomocou zisťovania názoru respondentov na finančnú udržateľnosť HR služby (programu) do budúcnosti. Zistenia je možné štrukturovať do troch kategórií:

- Služba je do budúcnosti finančne udržateľná a môže byť poskytovaná minimálne v takej kvalite ako doteraz.
- Služba je do budúcnosti udržateľná, s ohrozením kvantity a kvality poskytovaných služieb.
- Pokiaľ nenastane zmena vo financovaní, služba je finančne neudržateľná.

Z ôsmich služieb, ktoré odpovedali na otázku o finančnej udržateľnosti programu, len jeden poskytovateľ substitučnej liečby si bol úplne istý budúcnosťou financovania (zdravotné poisťovne). Vníma neohrozené fungovanie služby v takej kvalite ako doteraz, bez potreby získavania financií z iných zdrojov. Väčšina služieb (75%) vníma dobrú finančnú udržateľnosť svojej služby v prípade, že sa im podarí získať rôzne projekty, granty, príspevky. Práve tieto projekty im pomáhajú udržať kvalitu HR programu a neposkytovať klientom iba nevyhnutné služby, ktoré môžu zabezpečiť financovaním od štátu. Jedna HR služba si nebola istá svojím fungovaním v budúcnosti, pretože nevie, či finančné zdroje pokryjú materiálne zabezpečenie služby.

Posledný okruh štúdie bol zameraný na prepojenosť HR služieb s celkovým systémom starostlivosti o užívateľov drog a na postavenie HR služieb v tomto systéme. Až 80% poskytovateľov má prehľad o dostupných službách a ich program je v kontakte s inými službami pre užívateľov drog. Len jeden respondent spochybnil komplexnosť systému starostlivosti: „systém komplexnej starostlivosti pre UD z môjho pohľadu nefunguje, niektoré služby abstentujú úplne – napr. starostlivosť pre aktívne IUD, ktoré sú tehotné atď.“ (HR5). Po preskúmaní spolupráce HR služieb s ostatnými adiktologickými programami, sme sa zamerali na názor respondentov o postavení HR služieb v systéme drogových služieb. Zistenia je možné zhrnúť do troch hlavných bodov:

- Svoje postavenie v systéme starostlivosti o UD vnímajú ako nevyhnutné
- Vedia zdefinovať svoju pozíciu medzi ostatnými službami
- Napriek tomu necítia dostatočné finančné ohodnotenie HR služieb a uznanie odbornej kvality v svojom obore.

ZÁVER

Prvý výmenný program začal na Slovensku fungovať v roku 1994 v rámci Centra pre liečbu drogových závislostí v Bratislave, prvá HR organizácia bola založená v roku 1997. Aj napriek 20-ročnej tradícií výmenných programov, nebol na Slovensku realizovaný výskum, ktorý by ponúkol súhrnnú podrobnú analýzu fungovania rôznych typov HR organizácií. Čiastkové údaje o službách sú uvedené vo Výročných správach Národného monitorovacieho centra pre drogy, údaje o jednotlivých organizáciách sú poskytnuté na ich internetových stránkach a vo výročných správach. V roku 2011 bola publikovaná správa o dostupnosti substitučnej terapie (Hičárová et al.), ktorá zhrňuje informácie o poskytovaní substitučnej liečby na Slovensku a o jej dostupnosti na Slovensku.

Štúdia sa sústredila na zozbieranie a analýzu dát o HR službách, ktoré doteraz neboli poskytnuté v žiadnom súhrnnom materiáli. Cieľom bola analýza základnej charakteristiky Harm reduction služieb (typy, dostupnosť a pôsobnosť programov), analýza klientely HR programov, poskytovaných intervencií, financovania a postavenia HR služieb v rámci systému starostlivosti o užívateľov drog.

Celkový počet fungujúcich terénnych programov v roku 2014 na Slovensku bol päť (z toho jeden program je poskytovaný v rekreačnom prostredí mládeže). Jeden program je kombináciou terénneho programu a kontaktného centra (dva dni v týždni), samostatne fungujúce kontaktné centrum je jedno. Programy distribúcie (výmeny) sterilného injekčného materiálu a parafernálií sú dostupné celkovo v piatich mestách Slovenskej republiky (Bratislava, Trnava, Nitra, Sereď a Košice), žiaden program takéhoto typu sa nenachádza v Trenčianskom, Banskobystrickom, Žilinskom a Prešovskom kraji, čo celkovo tvorí polovicu krajov, ktoré nie sú týmito programami pokryté.

Priemerný počet klientov všetkých HR služieb v jednom roku je 5026 osôb, pričom viac ako polovicu tvorili klienti z terénneho programu (TP) poskytovaného v rekreačnom prostredí mládeže. Teda programy ktorých primárna cieľová skupina sú problémoví užívatelia drog boli celkovo využívané každoročne v priemere 2000 klientmi. Klienti substitučných programov vo výskumnom vzorku štúdie netvorí ani 3%. Zloženie klientely podľa typu užívaných drog v rokoch 2011 až 2013 sa výrazne nemenilo.

Sledovanie poskytovaných HR intervencií komplikuje nejednotná terminológia a neexistujúci jednotný systém výkazníctva. Všetky služby v roku 2013 poskytli poradenstvo o liečebných možnostiach klienta (matching potrieb klienta s ponukou služieb). Tento údaj potvrdzuje fakt, že HR služby sú pre klienta sprostredkovateľmi kontaktov a informácií o ďalších možnostiach v systéme starostlivosti o užívateľov drog, 90% služieb poskytlo krízovú intervenciu a zdravotné poradenstvo, 80% poradenstvo o bezpečnejšom užívaní drog. Najčastejším poskytnutým výkonom v roku 2013 bola distribúcia injekčného materiálu, priemerne bol v HR službách poskytnutý 3tisíckrát. Priemerný počet distribuovaných injekčných striekačiek jedným HR programom bol 58 478 kusov za rok. Z toho vyplýva, že na jednu distribúciu pripadalo približne 20 striekačiek. Priemerný počet vyzbieraných injekčných striekačiek bol približne 55 205 kusov, to znamená, že približne 94% distribuovaných striekačiek mohlo byť následne bezpečne zlikvidovaných, čo v značnej miere prispieva k ochrane verejného zdravia. Medzi ostatné najčastejšie distribuované materiály patrili alkoholové tampóny, filtre a suché tampóny, injekčná voda, askorbín.

Až u dvoch tretín HR služieb nastalo od roku 2011 do roku 2013 zníženie reálneho rozpočtu (u troch služieb bol reálny rozpočet v roku 2013 polovičný). Jedna služba, u ktorej došlo ku zvýšeniu rozpočtu prvé dva roky fungovala na dobrovoľníckej fáze a vďaka zvýšeniu rozpočtu, mohla začať platiť mzdy a investovať do materiálu. Druhá služba bola nútená z nedostatku finančných prostriedkov začať fungovať na dobrovoľníckej báze. Tento fakt odzrkadľuje trend zníženia zdrojov zo štátneho rozpočtu, ktorým sú podporované protidrogové aktivity (od roku 2009 – 2013 klesol rozpočet približne na 1/3 z pôvodnej

sumy). Z tohto zníženého rozpočtu, iba 6% išlo na HR programy čo v roku 2013 znamenal príspevok v hodnote 33 369,00 € (NMCD, 2014), ak by sme túto sumu rozdelili rovnakým dielom medzi 7 nízkoprahových programov, každý z nich by dostal iba 4 800,00 €. Reálny rozpočet priemerne u všetkých služieb za tri roky predstavoval 57% z ideálneho rozpočtu. Z toho sa dá vyvodit', že HR služby na Slovensku majú k dispozícii približne polovicu finančného rozpočtu, ktorý by potrebovali na fungovanie služby podľa ich predstáv (podľa potrieb klientov). 87,50% programov nemá peniaze na vývoj služby, ktorý je odrazom potrieb klientov. Sedem z ôsmich respondentov taktiež označilo, že im chýbajú zdroje na pokrytie dostatočného materiálneho zabezpečenia služby. ¾ služieb nie je schopných zabezpečiť ďalšie vzdelávanie svojich pracovníkov. Päť služieb označilo, že nepokryjú uspokojujúce finančné ohodnotenie pracovníkov a nedokážu pokryť dostatočné personálne zabezpečenie služby. Z toho vyplýva, že väčšine HR služieb chýbajú financie na pokrytie základných zložiek fungovania služieb.

HR služby na Slovensku pôsobia už 20 rokov a HR prístup bol oficiálne prijatý do Národnej protidrogovej stratégie. Udržanie HR programov je podporované aj zo strany Európskeho spoločenstva a medzinárodných organizácií (STORM, 2012). Po 20 ročnej histórii fungovania poskytovatelia HR služieb vnímajú svoje postavenie v systéme starostlivosti o UD ako nevyhnutné, vedia zadefinovať svoju pozíciu medzi ostatnými službami. Napriek tomu necítia dostatočné finančné ohodnotenie HR služieb a uznanie odbornej kvality vo svojom obore.

Štúdia poskytuje popisnú analýzu všetkých HR organizácií fungujúcich na Slovensku. Keďže, dáta boli získané len od 3 poskytovateľov substitučnej liečby, nedajú sa plošne aplikovať na všetkých poskytovateľov substitučnej liečby. Výsledky majú potenciál využitia v praxi, pri ďalšom rozvoji HR služieb na Slovensku. Mohli by byť použité ako argument na dobudovanie systému HR služieb a na potrebu zmeny financovania tohto segmentu služieb na Slovensku. Do budúcnosti by bolo žiaduce spracovať analýzu HR služieb, ktorá by neostala na popisnej rovine, ale skúmala by súvislosti medzi jednotlivými identifikovanými javmi.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- Drogový informačný portál. Adresár inštitúcií. Retrieved 01, July 2014 from: http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=Institutions&page=InstitutionSearchResults&SearchText=&CategoryID=CPLDZ_institucie&Search=VYH%C4%BDADA%C5%A4
- Drogový informačný portál. Adresár inštitúcií. Retrieved 01, July 2014 from: http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/AdresarInstitucii/STREETWORK_institucie/vymena_a_distribucia_injekcnych_striekaciek_a_ihiel.html
- Hičárová, T. & Krošláková, M. & Kiššová, L. & Segešová, M. (2011). Záverečná správa projektu „Stav a dostupnosť substitučnej terapie na Slovensku“. Retrieved June, 25, 2014 from: http://www.drogyinak.sk/wp-content/uploads/2014/04/V%C3%BDro%C4%8Dn%C3%A1-spr%C3%A1va-ZA-ROK-2011_FINAL-130712
- Národné monitorovacie centrum. (2007). Výročná správa o stave drogovej problematiky v roku 2006. Retrieved 18, July, 2014, from: <http://www.infodrogy.sk/narodnasprava/index.cfm>
- EMCDDA. Treatment demand Slovakia. Retrieved July, 2, 2014 from: <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Slovakia#demand>
- Ministerstvo zdravotníctva (2003). Odborné usmernenie o štandardoch pre diagnostiku a liečbu v odbore drogovej závislosti. Retrieved 01, July, 2014 from: http://www.substitutnaliecba.sk/ke-stazeni/odborne-usmernenie-o-standardoch-pre-diagnostiku-a-liecbu-v-odbore-drogove-zavislosti-18?confirm_rules=1
- Národné monitorovacie centrum pre drogy. (2012). 2012 National report (2011 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Retrieved 16, June, 2014 from: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index191584EN.html>

Národné monitorovacie centrum pre drogy. (2014). Stav drogovej problematiky na Slovensku - Súhrn Výročnej správy NMCD o stave drogovej problematiky v roku 2013..Retrieved 15 July, 2014 from:

<http://www.infodrogy.sk/indexAction.cfm?module=Library&action=GetFile&DocumentID=1089>

Púčiková, D. (2014). Inštitucionálna analýza harm reduction služieb na Slovensku. Retrieved 10 December, 2014 from:

[file:///home/dominika/Downloads/BPTX_2013_1_11110_0_326611_0_142438%20\(1\).pdf](file:///home/dominika/Downloads/BPTX_2013_1_11110_0_326611_0_142438%20(1).pdf)

Tvoj lekáreň. Zdravotnícke zariadenia - Ambulancia, medicína drogových závislostí. Retrieved 01, July 2014 from: http://www.tvojlekar.sk/poskytovatelia-zdravotnej-starostlivosti.php?q=&obec=&kod_zp=0&specializacia=073&utvar=2

Združenie Storm. (2012). Zmysluplnosť nízkoprahových programov – Zborník z konferencie realizovanej pri príležitosti 10. Výročia založenia združenia STORM. Nitra: Združenie STORM

AUTORKY

PhDr. Lenka Vavrinčíková, PhD.

Klinika adiktologie

1. LF UK a VFN v Praze

Apolinářská 4

128 00 Praha 2

tel: +420-22496 5098

vavrincikova@adiktologie.cz

www.adiktologie.cz

OD HARM REDUCTION SLUŽIEB KU KOMPLEXNÉMU SYSTÉMU SLUŽIEB V REGIÓNE

Petr STEKLÝ

Abstrakt: *V príspevku jsem nechtěl prezentovat sociální služby a jejich vnitřní systém, ale poukázat na příběh a vývoj služeb v kontextu práce organizace s regionem. Motivovat k pojetí služby a organizace jako k součásti územního celku. Nepracovat nejen na kvalitě služby směrem ke klientele, ale s veřejností a politickým systémem. Nebát se v této práci využít služby jako nástroj pro komunikaci či úpravu veřejného mínění. Mezi řádky či přímo, jsem se snažil sdělit, že není potřeba se bát populismu a že cesta, jež nabízí Adiktologie, tedy cesta k odbornosti, výlučnosti je v podmínkách Slovenska likvidační pro HR služby, neb profesionální už jste, další práci na profesionalitě ztratíte čas pro kampaň a lobby za systémové financování HR služeb. Protidrogová politika by v Čechách nebyla tam kde je nebýt doktora Douady a zpěáka Ivana Hlase, který rok objížedeli kina s uživateli drog a upozorňovali na rizika. V dnešních podmínkách nemyslitelná věc, která by byla odbornou veřejností odsouzena pro předávání španého příkladu, neefektivitu a zkráslenost, ale v podmínkách doby, vyvolala tato akce politickou diskusy jejímž představitelém se stal později Bém, který položil základy adiktologie a systémového financování. Odbornost je sama sobě na škodu.*

Klíčové slová: *Region. Sociální služby.*

Prierez prezentáciou prezentovanou na konferencii

HR služby od roku 2003(Kontaktní centrum a Terénní programy)

Primární prevence do roku 2005

Sociální programy od roku 2006 (sociálně aktivizační služby a odborné sociální poradenství)

NZDM Kotelna ve Zruči nad Sázavou od roku 2007

Kolárka – komunitní centrum sociálních služeb

- Terapie
- AT Ordinance
- Pomoc obětem domácího násilí
- Středisko výchovné péče
- Vzdělávací centrum
- Psychologové na školách
- Vlastní kurzy
- pronájem

Kmochův Kolín 2010 - 2014

- Kulturní management
- Nové pojetí

Školka v zahradě od roku 2012

SOCIAL TRADE – lokální prostupné zaměstnávání

Lepší Místo

- Rozvoj regionu
- Nástroj systémové změny Česka

21014 – xxx Evropská organizace s působností po celé ČR

- Frančizing – regionální rozvoj
- Komunitní projekty
- Regionální rozvojové agentury

Co pomohlo?

- Růst díky invenci
- Lokálnost
- Populismus
- Vytváření poptávky dříve než přijde
- Inspirace zahraničím a firemním sektorem
- Zaměstnávání schopných lidí z úřadů a firem
- Síťování, které obohacuje
- Být pozitivní

3 – 4. Celoorganizační setkání

200 000

12 let s regionem

Drogové služby

Primární prevence

Sociální programy

NZDM Kotelna

CSR TPCA

Kolárka

NZDM Kolárka

Kmochův Kolín 2010 - 2014

Piloti Praha

Školka v zahradě

Psychologové na školách

SOCIAL TRADE

lokální dostupné zaměstnávání

Lepší Místo

Nástroj systémové změny Česka

KluBus

Evropská Agentura

Vzdělávání, stážování, rozvoj

200 000

1

3

služby – vzdělávání – rozvoj
spolupráce

Výsledky spolupráce

- služby – vzdělávání – rozvoj
- Ztracenka
- Herní plácek zengrovka
- Kmochuv Kolín
- Lepší místo
- Psychologové na školách
- Workout KH

Vlastnosti

- služby – vzdělávání – rozvoj
- globální myšlení, lokální jednání
- přirozenost
- ekosystém
- DNA

Směr 2015 - 2020

- Evropská organizace s působností po celé ČR
- Služby – vzdělávání – rozvoj
- Lepší místo, socialtrade, komunitární projekty
- Transférní síť dobré praxe – frančizing

Kdo to řídí?

- Projektové od. – Personálně fin. – Provoz - rozvoj
- Stategické plánování
- Týdenní porady
- 10 min
- Asana
- stáže

Co a kdo nás čeká?

- Růst díky invenci
- Finanční turbulence
- ASANA
- Samostatnost - samota
- Svoboda
- Radost

Ještě něco?

- Daně

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Použité zdroje sú na vyžiadanie dostupné u autora.

AUTOR

Mgr. Petr Steklý

PROSTOR PRO, o.p.s.

Čajkovského 1861

500 09 Hradec Králové

petr.stekly@lepsimisto.cz

<http://www.prostorpro.cz/>

DETI A MLÁDEŽ POD VPLYVOM

Zuzana ŠŤASTNÁ

Abstrakt: Príspevok sa venuje práci v nízkoprahovom klube pre deti a mládež s cieľovou skupinou klientov, ktorí sú často pod vplyvom návykových látok. Tiež je zameraný na užívanie návykových látok, ako jeden z hlavných znakov životnej stratégie klientov. Zahrňuje dobrú prax v rámci prevencie a pri kontaktoch s klientmi na tému harm reduction a to hlavne ohľadom alkoholu a marihuany.

Kľúčové slová: drogy, mládež, prevencia, sociálne služby.

NK Likusák

Nízkoprahový klub Likusák je registrovanou sociálnou službou a je jedným zo 4 programov, ktoré poskytuje organizácia RATOLEST BRNO, občanské združenie. Funguje od roku 2004 a jeho cieľová skupina, rovnako ako poskytované služby, sa v priebehu času prispôbovala zmenám v spoločnosti či klientele. V zariadení pracuje 6 sociálnych pracovníkov na plný úväzok s deťmi a mládežou od 12 do 26 rokov z Brna a okolia. NK Likusák má dve pobočky, časť tímu sídli v priestoroch klubu a dvaja pracovníci, ktorí poskytujú len terénnu službu, majú kanceláriu na opačnej strane mesta. Klub je pre klientov otvorený v pracovné dni a zároveň do terénu od pondelka do štvrtka vyrážajú dve dvojice pracovníkov. Okrem terénnej a ambulantnej formy majú klienti možnosť kontaktovať pracovníkov aj prostredníctvom sociálnej siete. Už tretí školský rok dochádza raz týždenne dvojica pracovníkov do areálu strednej školy, kde sú počas obednej pauzy v kontakte so študentmi.

1 TYPICKÝ KLIENT SLUŽBY

Od vzniku služby boli pracovníci v kontakte s viac ako 800 klientmi. Zmeny v správaní, príslušnosť k subkultúram či problémoch, ktoré klienti riešili, boli počas rokov markantné. Aktuálne sa klienti, s ktorými prichádzame najčastejšie do kontaktu, vyznačujú pozitívnym vzťahom k drogám. Súbežne so záujmom o omamné látky pozorujeme časté experimentovanie s drogami alebo plánovanie niektoré z drog vyskúšať. Typický klient služby:

- fajčí denne a pokúšal sa aspoň raz prestať

Aj napriek tomu, že vek klientov je cca 15 až 17 rokov, vnímajú fajčenie ako súčasť svojho života. Je to pre nich otázka príslušnosti k parte, nástroj na zahnanie nudy alebo potvrdenie toho, že už nie sú deťmi. Dôležité je v tomto období skúsiť prestať fajčiť a zároveň hovoriť, že to nejde, pretože je závislý. Nikotín je jediná droga na ktorej je cool byť závislý a stáva sa to každému, u akejkoľvek inej drogy je závislosť neprijateľná a klientov sa určite nikdy týkať nebude.

- má skoré skúsenosti s alkoholom, časté nadmerné pitie

Je časté, že si klienti denne kupujú pivo alebo víno a počas popoludnia sa pripijú. Hlavne počas mesiacov, keď je teplejšie ich inak ako s fľašou nestretávame. Počas víkendov sa zvyknú opíjať tak, aby o sebe nevedeli a nepamätali si, čo sa dialo. Väčšinou druhy alkoholu miešajú, pijú vysoké dávky v krátkom čase a na verejnosti, nechodia často do podnikov, pretože tam im nenalejú.

- marihuana je dostupná a v partii populárna

Poslednou dobou popularita marihuany stúpa u čoraz mladších klientov. Každý pozná niekoho, kto má ľahký prístup k zdroju drogy. Je bežné, že sa klienti zhúlia pred školou, počas školy a cez popoludnie kedykoľvek. Klientov, ktorí do styku so službou prichádzajú pod vplyvom je odhadom okolo 70%.

- pozná pozitíva užívania drog, riziká sa ho netýkajú

Tento jav je najviac pozorovateľný pri užívateľoch marihuany, ktorým sú negatívne aspekty častého užívania neznáme. Naštudované majú pozitívne účinky a využitie v liečbe, ale len vo veľmi obmedzenej miere a často nesprávne interpretované. Výnimkou je fajčenie a pitie alkoholu, ktorých riziká sú známe a zároveň nie sú dôvodom, aby sa danej látke vyhli.

- lysohlávky, extáza a iné sezónne experimenty

Experimenty na párty alebo v sezóne dozrievania lysohlávok sú veľmi časté. Klientov zaujímajú informácie o účinkoch, doporučených dávkach a podobne, ale nie riziká, ktoré môžu nastať. Z rozhovorov s klientmi vyplýva, že ich skúsenosti sú veľmi pestré najmä okolo 16 až 18 roku, kedy skúšajú, čo im vyhovuje a čo im naopak párty pokazí. Pokiaľ ide o výšku dávky alebo kombinovanie drog, dajú na odporúčanie kamaráta, ktoré nie je vždy to najbezpečnejšie.

- Má v okolí rizikových užívateľov

Mnoho klientov pochádza z rodín, kde príbuzní boli alebo sú závislí. Tiež sa v ich okolí pohybujú kamaráti alebo susedia, ktorým sa drogová kariéra vymkla z rúk a poznali ich, keď boli ešte v pohode. Aj napriek tomu, že sa stretávajú s následkami nadmerného užívania drog, nepripúšťajú možnosť, že by sa mohli niekedy experimenty z rúk vymknúť im.

2 PREČO PRACOVAŤ S KLIENTMI, KTORÍ SÚ POD VPLYVOM

Nížkoprahové kluby (NK) sú mnohokrát vnímané ako miesto, kde sa má zabezpečiť bezpečný priestor. Práve tento termín spôsobuje, že v doslovnom vnímaní vylučuje z klubu a niekedy aj služby, klientov pod vplyvom návykových látok alebo pijúcich pivo v teréne. Iné je poňatie bezpečného priestoru v kontexte sociálnej služby zameranej na prevenciu u detí a mládeže v ťažkej situácii. Zo samotného charakteru služby totiž vyplýva, že klienti sú prirodzeným rizikom sami pre seba a ich kumulovanie na jednom priestore teda z pravidla bezpečné nie je. Klub alebo terénna služba, do kontaktu s ktorou klient prichádza, mu teda poskytuje nie len bezpečie ale aj ohrozenie.

Užívanie návykových látok je neoddeliteľným znakom cieľovej skupiny a snaha o vylúčenie osôb pod vplyvom zo služby teda bráni práve tým, ktorým je služba určená, využívať jej ponuku. Dôvody prečo k prehodnoteniu NK ako „bezdrogovej“ služby došlo popísali H. Kotová a M. Holiš pre publikáciu Kontaktní práce:

„ Postupem času se ale situace vyvinula takovým směrem, že se z několika důvodů stala situace nadále neudržitelná. Šlo zejména o tyto důvody:

- 1) Časem došlo k samovolnému posunu zařízení tím, že jsme stejně nedokázali odhalit všechny klienty, kteří přicházeli do klubu pod vlivem, někteří pod vlivem byli (1 pivo, 1 joint, dojezd). Tím se přirozeně začalo otevírat téma alkoholu a drog, klienti o tom sami začali mluvit.

- 2) Došlo k posunu u pracovníků a v jejich vnímání – je možné toho využít a nevyklouzat je, navíc potom, co se klient přizná (místo pochopení a podpory – vyhazov). Zjistili jsme, že fakt, že je někdo pod vlivem, neohrožuje nijak výrazně službu, ale dá se s tím pracovat.

- 3) Pracovníci v terénu si ověřili, že pracovat s lidmi pod vlivem je možné – i když je to obtížnější. V terénu pracovníci mohou vstupovat do situací, kdy klienti např. pijí víno v parku, kouří marihuanu, domlouvají se na „kšeftech“ atd. Pokud je vztah mezi streetworkerem a klienty dobrý, pracovník v této situaci může zůstat a reflektovat ji. Na druhou stranu, pokud klienti vysloví nesouhlas s přítomností pracovníka, ten musí situaci opustit a ztrácí tak možnost práce s klienty nebo již dopředu do těchto situací nevstupuje, neboť nevidí smysl v komunikaci s lidmi pod vlivem.

- 4) Zvyšování sebevědomí služeb – profilace služby je hotová. Služby se dokážou postavit jako partner a ustojí si kontroverzní situaci: jsme tu i pro tuto velkou rizikovou skupinu, nechceme odmítat potřebné.

- 5) Přibližování se Evropě - klienti služeb se mění - „tvrdnou“ (začínají se zneužíváním v čím dál ranějším věku, rizikověji a i s tvrdými drogami)
- 6) Nalezení prostoru pro drogové téma v rámci NZDM - drogy jsou jen jedním z problémů u klienta (pracujeme s ním jako s člověkem, který je v obtížné životní situaci – více bude popsáno dále), pokud jsou hlavní (primární) problém, se kterým klient přichází, v tom případě s nimi nepracujeme, ale odesíláme do návazných služeb)
- 7) Limity drogových služeb - pracovníci drogových služeb sami tvrdí, že neví, co jiného než my by klientům NZDM, kteří pouze experimentují, poskytli (kromě výměny materiálu). Pracovníci NZDM mají potenciál pracovat i s těmito klienty. Z našich zkušeností víme, že v podstatě jedině, co klienti po pracovnících chtějí, jsou informace a možnost mít se komu svěřit, vypovídat, reflektovat situaci. (Bc. Martin Holíš, Mgr. Helena Kotová, Kontaktní práce 2010, ČAS)“

3 LIMITY PRÁCE

Počas rokov poskytovania služby sa na základe praxe vytvorila v NK Likusák metodika, ktorá určuje jasný postup práce s klientmi pod vplyvom. Pracovníci vďaka nej dodržia jednotný prístup v situáciách, ktoré môžu byť pre bežný chod služby náročnejšie. Obsahuje jasné vymedzenia skupín klientov pod malým až vysokým stupňom intoxikácie.

3.1 Metodika NK Likusák – Vstup pod vplyvom:

„Vstup pod vplyvom návykovej látky (alkohol, marihuana atď.) je do klubu tolerovaný, ale s ním spjatý nasledujúci rozdielny spôsob prístupu ke klientom, podľa toho nakoľko sú pod vplyvom. Klienty pod vplyvom rozdeľujeme do kategórií klienta pod nerozpoznaným vplyvom, klienta pod viditeľným neohrožujúcim vplyvom, klienta pod viditeľným a ohrožujúcim vplyvom a klienta v death stave. Způsob práce je rozepsán níže. Tato metodika platí za běžného provozu klubu, ne při akcích. Jde o akce, které probíhají cca 5x za rok a nejsme zde schopni metodiku uplatnit. Nefunguje PC ani kontaktní místnost. Klient, který je opravdu hodně pod vplyvom death a nekontrolovaný klient není v době konání akce vpuštěn (např. rap battle, oslava klubu apod.) V případě, že se u nás jeho stav teprve rozvine, taktéž odchází z klubu pryč.

Rozhodnutí kdo do které kategorie patří, závisí na rychlé dohodě 2 pracovníků na službě, dohoda musí být dosažena okamžitě a pracovníci si nesou důsledky. Klientovi se během klubu může stav pouze zhoršovat, posun ke zlepšení není již akceptován, tzn., že se může probrat či vystrízlivět, avšak pro ten den už se na klub s celou nabídkou služby nedostane. Kdo se dostane díky svému stavu pod vplyvom do kontaktní (ať už kvůli stavu samotnému anebo kvůli porušení pravidel), tak smí následující: může chodit ven, na WC, může přicházet a odcházet, ale nesmí už ten den do klubové místnosti a využívat PC. Služba na klubu mu věnuje zvýšenou pozornost.

Poskytované služby na základě stavu klientů

Klienti nejsou pod vplyvom nebo pracovník vliv nerozpozná:

- klientovi/tům se dostává kompletní nabídka služby
- klient/ti nepodléhají této metodice přímo, ale nepřímo - přihlížejí jejímu uplatňování u druhých klientů. Práce na jedinci ve společnosti skupiny je také prací se skupinou.

Pracovníky viditelný vliv:

Dále se dělí na neohrožující či kontrolovaný vliv, ohrožující či nekontrolovaný vliv a death stav:

1) Neohrožující či kontrolovaný vliv

- klient musí dostat informace od pracovníka, že víme anebo máme podezření, že je pod vplyvom

- není podstatné, zda svůj vliv přizná či ne, nemusíme mu jej dokazovat, již podezření nás opravňuje k použití této metodiky z bezpečnostních důvodů
- u tohoto klienta/klientů stále ještě funguje sebekontrola
- neporušuje/jí pravidla klubu
- je vnímán se zvýšenou kontrolou pracovníky
- v klubu jich může být libovolné množství (limitované kapacitou zařízení)
- klient dostává informace, že pokud začne „divočít“, můžeme ho přesunout do kontaktní – pokud je v té chvíli již plná, opouští klub

2) Ohrožující či nekontrolovaný vliv

- v kontaktní místnosti mohou být maximálně 3 klienti „pod ohrožujícím vlivem“ a platí pro ně následující speciální pravidla:
- zákaz využívání jiných služeb zařízení vyplývající z prostorového rozdělení a běžné nabídky služeb
- omezený pohyb po klubu (pouze venek, kontaktní místnost či WC)
- nespí a pracovník jej udržuje komunikací v bdělém stavu
- i po vystřízlivění může využívat pouze omezenou nabídku klubu (venek, kontaktní, WC)

Speciální povinnosti pro pracovníka:

- informovat jej o tom, že se na něj vztahují zvláštní pravidla a vysvětlí mu tento režim
- nenechává jej/je o samotě a neustále na něho/ně mluví
- mluví se s ním o situaci - jak mu je, kolik čeho do sebe dostal atd.
- v případě, že je podezření na otravu návykovou látku, volá sanitku 155

3) Death stav

- je opravdu „mimo“, není schopen samostatné chůze
- prakticky nulová komunikace
- zkontrolovat stav a případně zavolat sanitku
- rozhodně nenechávat o samotě (Metodika NK Likusák, interný dokument)

V klube aj napriek vypracovanej metodike a jej dodržiavaniu môžu vznikat' situácie, ktoré vyžadujú stop stav pre klienta na daný deň. Napríklad mať niekoho po užití pervitínu v malej miestnosti a viesť s ním rozhovor, je takmer nemožné. Je preto vždy dôležité, aké drogy klient užil a nakoľko prišiel do klubu tráviť čas alebo sa zabaviť tým, že vyprovokuje pracovníkov.

V teréne tento metodický postup neplatí, nakoľko pracovníci vstupujú do prirodzeného prostredia klientov. Pracovník sa teda podľa svojho uváženia rozhodne, či do kontaktu s klientom pod výrazným vplyvom vstúpi a zotrvá v ňom, alebo nie.

4 PREVENCIA A HARM REDUCTION (HR) S DEŤMI A MLÁDEŽOU

Najčastejšie sa HR rady a poradenstvá venujú alkoholu a marihuane, pretože sú to návykové látky, ktoré klienti užívajú takmer denne. Pravdaže sa sezónne preberajú aj iné typy návykových látok a pracovníci majú informácie a letáčky aj o nich.

V rámci nástrojov prevencie sa nám neosvedčili nástenky a informačné koláže v klube. Zistili sme, že klientov nebaví čítať texty rovnako ako ich nezaujímajú pre pracovníkov vtipné obrázky. Tvorbu násteniek sme preto obmedzili v klube na minimum a dve sme umiestnili na toaletách, kde nič zaujímavejšie ako nástenka nie je. Osvedčili sa nám krátke informácie, veľké písmo a pár obrázkov – čím menej textu, tým väčšia pravdepodobnosť, že o to niekto zavadí pohľadom.

Ďalším nástrojom sú besedy s odborníkmi, ktoré sme zvykli organizovať takmer mesačne. Záujem klientov klesal, a preto sme ich obmedzili na párkrát ročne a snažíme sa, aby si klienti

sami vybrali tému, ktorá ich baví. V rámci HR vidíme ako prínosnejšie, keď je beseda vedená formou diskusie alebo veľmi voľným spôsobom a odborník má od pracovníkov podklady o tom, čo sa v klube rieši, aby mohol reagovať na živé a zaujímavé témy, aj keď nie sú pomenované priamo na besede.

Na otvorenie témy sa nám osvedčilo pripravovať tematické osemsmierovky a tajničky, ktoré obsahujú zaujímavé a menej známe informácie či pojmy. Klienti si nimi krátia čas na klube aj na teréne a navyše ako motivačný faktor pôsobí, že sa ich vyplnením zapájajú do zlosovania o hakys alebo inú drobnosť. Samotné vyplňanie je zmysluplné, keď je prítomný pracovník, ktorý môže reagovať na nejasnosti ktoré klient má. Často sa práve vďaka tomuto nástroju otvoria otázky, ktoré sú pre klienta aktuálne a rovnako sa pýta na HR informácie, ktoré nemal. Ďalším príjemným spštením prevencie je pracovníkmi NK Likusák vytvorená hra Riskuj! (samostatný článok o hre bol uverejnený na stránke streetwork.cz), ktorá je tvorená otázkami za rôzne počty bodov a môže ju hrať naraz 2 až 20 klientov. Vždy obsahuje aspoň 5 okruhov otázok, z ktorých je možné si vybrať. Motivačným faktorom je zbieranie bodov a pozitívne je, že klientov baví aj opakované. Práve vďaka opakujúcim sa témam vieme, že aj keď sa to počas hry nezdá, klienti naozaj počúvajú a dokonca si pamätajú správne odpovede. Je vhodná aj na terén, stačí notebook a hárok s odpoveďami pre pracovníka.

Najúčinnejšie sú HR rady, ktoré vyplývajú z rozhovoru s jednotlivcom alebo v skupine. Pri práci s klientmi pod vplyvom je jednoduché dbať na aktuálnosť témy, pretože ňou neustále žijú. Dôležité je sa pri vedení rozhovoru zamerať na krátku, jasné a presné informácie. Tiež je na pracovníkovi, aby odhadol nakoľko je klient témou zaujatý a chce sa o nej baviť.

5 SPOLUPRÁCA S DROGOVOU SLUŽBOU

Už tretím rokom spolupracujeme s pracovníkmi Terénnych programů Brno (TP), ktoré fungujú v rámci organizácie Společnost Podané ruce o.p.s. Začiatok spolupráce bol zo strany terénnych programov navrhnutý kvôli monitoringu pre nich menej známych mestských častí a ich drogovej scény. Pre klientov NK Likusák tak vznikla možnosť odborného poradenstva o drogách priamo v teréne. Spolupráca tiež vytvára prirodzené prostredie pre otvorenie témy nelegálne drogy už samotným predstavením činnosti drogových pracovníkov.

V priebehu roku 2014 sa cieľová skupina TP rozšírila aj o experimentátorov, čo vytvorilo ešte výraznejšie prekrytie cieľových skupín dvoch služieb. Vďaka rozšíreniu sa začali zameriavať aj na užívateľov marihuany a distribuovať filtre pre bezpečnejšie fajčenie jointov. Klienti v teréne tak získavajú nie len odborné informácie, ale aj HR materiál, s čím sa doteraz nestretávali.

Dobrá prax spojenia dvoch služieb na jeden terén mesačne spočíva aj v kontaktovaní začínajúcich injekčných užívateľov. Tí sa prostredníctvom pracovníka, s ktorým majú vzťah a majú k nemu dôveru, zoznámia s nadväzujúcou službou a majú možnosť si ju ochutnať vo svojom prostredí. Tým, že spoznajú pracovníka TP, zvyšuje sa možnosť, že si injekčné striekačky naozaj pôjdu vymeniť. Mnoho začínajúcich užívateľov má totiž predstavu, že na výmenu chodia len „závislí“ čo oni nie sú a že službu nepotrebujú a to im bráni ju využiť.

Spolupráca tiež vytvára otázky, kedy už klient prestáva byť klientom NK a začína byť klientom TP, teda kedy mu už služba pre mládež nevie poskytnúť služby, ktoré potrebuje. Ďalšou otázkou je forma poskytovania výmennej služby v okolí NK, keďže priamo v klube nie je možná. Tiež je niekedy náročné aj po stretnutí s pracovníkom TP klienta motivovať na zapojenie do výmenného programu kvôli lokalitám, kde výmena prebieha – sú vzdialené, jedná sa o vylúčenú alebo nepopulárnu lokalitu.

ZÁVER

Drogová prevencia je nedeliteľnou súčasťou práce s mládežou v nízkoprahoch. Jej cieľom je zlepšenie životnej situácie klientov, ktorí už skúsenosti majú alebo sú pravidelnými

užívateľmi návykových látok. Výzvou ostáva, ako informácie o rizikách užívania klientom podať zaujímavou a inovatívnou formou, aby ich počuli a v ideálnom prípade si na ne spomenuli vo vhodnej situácii. Z praxe vyplýva, že preferencie klientov sa neustále menia, prístup k informáciám majú neobmedzený a mnohokrát majú zmätok v tom, čo je pravda a čo diskusia laikov či blog. Tiež je dôležité dbať na vyváženosť informácií, ktorými chceme klientov sýtiť – drogy totiž nemajú len negatíva a hrozby a klienti to zo skúseností vedia. Je preto pre pracovníka výzvou, ako sa prispôbi potrebám klientov a zároveň názoru väčšinovej spoločnosti, ktorá vníma nelegálne drogy ako verejného nepriateľa a alkohol ako bežnú súčasť života.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Kolektív autorov. 2010. *Kontaktní práce 2010*. Praha: Česká asociace streetwork, 2010. 113 s. ISBN 978-80-86728-42-1

AUTORKA

Mgr. Zuzana Šťastná
NK Likusák, RATOLEST BRNO, občanské sdružení
Třída Kpt. Jaroše 7b
602 00 Brno
zuzana.stastna@ratolest.cz
+420 604 194 064
<http://www.ratolest.cz/>

MOŽNOSTI VYUŽITIA PRÍSTUPU HARM REDUCTION V PRIMÁRNEJ PREVENCII ZÁVISLOSTÍ

Martina DRZSÍKOVÁ - Magdaléna HALÁSOVÁ

Abstrakt: *Príspevok sa zaoberá filozofiou prístupu Harm Reduction a jeho využitím v primárnej prevencii. Cieľom primárnej prevencie závislosti je znížiť dopyt po drogách a iných návykových látkach, ako i snaha eliminovať ich vyhľadávanie a konzumáciu zmenou hodnotového rebríčka jednotlivca, jeho správania a noriem spoločnosti, v ktorej sa pohybuje. V rámci primárnej prevencie má svoje nezastupiteľné miesto aj prístup označovaný Harm Reduction. Týmto termínom sa označuje koncepcia programov a činností vedúca k minimalizovanej dôsledkov súvisiacich s užívaním drog. Medzi najznámejšie postupy využívané v rámci Harm Reduction patrí okrem iného poskytovanie informácií a kontaktné poradenstvo, kde možno vidieť paralely so samotnou primárnou prevenciou.*

Kľúčové slová: Harm Reduction. Primárna prevencia. Združenie STORM.

Prevencia je pojem, s ktorým sa stretávame pomerne často. Pravidelne sa dostávame k informáciám o prevencii rôznych ochorení, prevencii kriminality, či nehodovosti.

V práci sociálnych pracovníkov sa spája pojem prevencia predovšetkým so závislosťou, užívaním návykových látok a snahou predchádzať tejto skutočnosti. Vo všeobecnosti môžeme prevenciu chápať ako proces minimalizovania rizikového správania.

Stotožňujeme sa tiež s cieľom primárnej prevencie, ktorý môžeme definovať ako predchádzanie vzniku rizikového správania, v tomto prípade užívania návykových látok. Primárna prevencia je zameraná na zníženie dopytu po drogách, alkohole a iných látkach spôsobujúcich závislosť a ovplyvnenie správania takým spôsobom, aby hodnoty a normy spoločenského života nevedli ku konzumácii drog. Tieto aktivity sú potrebné predovšetkým u mladých ľudí, nakoľko veková hranica prvého kontaktu s návykovou látkou je alarmujúco stále nižšia.

Oblasť primárnej prevencie drogových závislostí pokladáme za priestor, v ktorom by preventívne a výchovné opatrenia mali byť vedené snahami orientovať mladú generáciu na pozitívne, prosociálne správanie, a to v zmysle podpory a ochrany zdravia, z hľadiska psychického, fyzického a somatického. Pozornosť je pritom zameraná na tzv. rizikové a ochranné faktory. Pokladáme za dôležité, aby oblasť primárnej prevencie bola vedená smerom k citlivému a informovanostou nasýtenému postojovi k návykovým látkam a tiež smerom k ich užívaniu.

Primárnu prevenciu by sme mohli deliť na všeobecnú prevenciu, ktorá je určená celej populácii, selektívnu prevenciu, ktorá má za cieľovú populáciu deti a dospelých so zvýšeným rizikom, ktorí ešte návykové látky neužívajú, napr. hyperaktívne deti s poruchami pozornosti, alebo správania a indikovanú prevenciu, ktorá je určená tým deťom a dospelými, u ktorých nie je možné diagnostikovať škodlivé užívanie, alebo závislosť od návykových látok, ale ktorí vykazujú varovné signály užívania návykových látok. Primárna drogová prevencia zahŕňa aj vzdelávanie o drogách a varovanie o ich nebezpečenstve, ale neobmedzuje sa len naň. Zameranie sa na konkrétne drogy tvorí v skutočnosti len menšiu časť drobovej prevencie (Ondrejko, 2009).

Práve v rámci vzdelávania o drogách sa dostávajú k cieľovej populácii potrebné informácie o vývoji závislosti a varovných znakoch, ktoré je tak možné včas identifikovať. Vývoj závislosti ovplyvňuje viacero faktorov. Ako uvádzajú autori Heller, Pecinová (1996), okrem iného sú to tzv. sociálne príčiny, kde identifikujeme práve tolerantný postoj spoločnosti k užívaniu návykových látok, predovšetkým alkoholu, ktoré sa stávajú súčasťou rôznych spoločenských udalostí, firemných akcií, či životných udalostí a tým ovplyvňujú spomínanú vekovú krivku, ktorá neustále klesá. Ďalším dôležitým faktorom, kde sú viditeľné paralely

s obsahom primárnej prevencie sú priebehové mechanizmy ovplyvňujúce vývoj závislosti. Pod priebehovými mechanizmami rozumieme vznik a vývoj opakovaných situácií, v ktorých sa podarilo dosiahnuť účinok, a uspokojenie pomocou návykovej látky a neprítomnosť iných dostupných alternatív k riešeniu situácií s uspokojivým výsledkom. V praxi to znamená, že mladí ľudia často pokladajú drogy a alkohol ako účinný liek na rôzne životné situácie. Stávajú sa alternatívnym riešením vzniknutej situácie, kedy absentuje snaha hľadať iné a nové možnosti. Práve táto skutočnosť poukazuje na nevyhnutnosť primárnej prevencie.

V rámci všeobecných zásad primárnej prevencie identifikujeme postupy, ktoré sú označované ako nie príliš efektívne. Medzi tieto postupy patrí odstrašovanie, emočné vydieranie, direktívny prístup zo strany preventistu a rôzne iné.

Rosenbaum (2008) poukazuje na to, že účinnosť týchto prístupov oslabuje:

- neochota rozlišovať medzi užívaním a zneužívaním drog, vyjadrená tvrdením „každé užívanie je zneužívanie“;
- uplatňovanie dezinformácií, ako taktiky odrádzania,
- neschopnosť poskytnúť komplexné informácie, ktoré by užívateľom pomohli znižovať škody, ktoré drogy môžu spôsobiť.

Trojica českých autorov Nešpor, Csémy a Pernicová (1996) uvádza odborný prehľad stratégií a ich účinnosti, špecificky zameraných na oblasť prevencie drogových závislostí, monitorujúcich i vybrané aspekty komplexnej prevencie sociálnopatologických javov u detí a mládeže:

- zastrašovanie - neúčinné;
- citové apely - neúčinné;
- jednoduché informácie - neúčinné;
- ponuka lepších alternatív - účinné v skupinách so zvýšeným rizikom;
- peer groups - vrstovnicke programy - účinné;
- spoločenská prevencia - účinná;
- znižovanie dostupnosti návykových látok - účinné, spojené so znižovaním dopytu;
- liečba - znižovanie nákladov (sekundárnej, terciárnej prevencie) relatívne účinná, najmä ak je poskytnutá včas.

Jednoduché informácie sa ukázali ako neúčinné, nakoľko riziková mládež má záujem o informácie komplexné a pravdivé. Reálny obraz problematiky závislosti je oveľa účinnejším spôsobom primárnej prevencie. Tu možno vidieť prepojenie Harm Reduction, a teda filozofie znižovania rizík, s primárnou prevenciou. Ak totiž chceme, aby bola prevencia efektívna, musíme podať o drogách komplexné informácie, opísať riziká a zdôrazniť, že majú len takú moc, ako sami dovolíme. V praxi to znamená, že primárna prevencia zameraná na oblasť závislostí, by mala poskytnúť skutočný reálny obraz o tom, čo návyková látka je a čo so sebou jej užívanie prináša. Dôležité je uvedomiť si a zdôrazniť rozdiel medzi užívaním a zneužívaním návykových látok, nakoľko deti a mladí ľudia často len kopírujú správanie, ktoré vnímajú vo svojom blízkom okolí. Ako uvádza Marsha Rosenbaum (2002) deti majú odpozorované od dospelých, čo je užívanie a čo zneužívanie návykových látok, často však dochádza k ich vlastnej interpretácii obrazu, ktorý vidia. Napríklad väčšina dospelých konzumuje alkohol, či už v rámci rodinných osláv alebo bezdôvodne, bez toho, aby ho užili v nadmernom množstve a nie sú automaticky závislí od alkoholu. Deti to vidia a vnímajú rozdiel, preto neveria tvrdeniam, aby nikdy neskúsili piť alkohol pod hrozbou tvrdenia, že sa hneď stanú závislými. Dožadujú sa pravdivých a komplexných informácií o drogách a iných témach, ktoré s drogami súvisia. Komunikácia je preto základným nástrojom primárnej prevencie.

V súvislosti s primárnou prevenciou závislostí v kontexte filozofie Harm Reduction by sme radi predstavili program STEREO. Je jedným z programov Združenia STORM, ktorý vznikol v školskom roku 2010/2011. Predstavuje primárnu prevenciu v základných a stredných

školách. Vznikol z iniciatívy sociálnych pracovníčok pôsobiacich v práci s cieľovou skupinou užívateľov drog (v programe KROK VPRED Združenia STORM) a tiež neorganizovaných skupín detí a mládeže (v programe CIRKUS Združenia STORM).

Každý z programov Združenia STORM využíva prvky filozofie Harm Reduction, preto myšlienka aplikácie týchto princípov do primárnej prevencie úzko súvisí s nastavením programov združenia.

Medzi princípy Harm Reduction, ktoré si program STEREO osvojil patria:

- pragmatizmus,
- humanistické hodnoty,
- zameranie sa na škody,
- vyváženie nákladov a prínosov,
- priorita okamžitých cieľov.

Zakladateľka programu a tiež jeho koordinátorka, poukazuje na skutočnosť, že nie je možné presne vymedziť hranice medzi primárnou a sekundárnou prevenciou. Svoje tvrdenie opiera o skúsenosti z praxe z práce so žiakmi základných a stredných škôl. Mnohí z nich majú už za sebou prvé skúsenosti s experimentovaním s drogami (Chovancová, Ščasný, 2013). Práve z tohto dôvodu sa stotožňujeme s názorom, že hranice medzi jednotlivými stupňami prevencie sú ťažko stanoviteľné, najmä v určitom veku mladých ľudí.

V programe STEREO dvaja vyškolení lektori pracujú vždy s jednou školskou triedou s maximálnym počtom 20 žiakov (pri väčšej skupine sa trieda delí). Jedno stretnutie trvá 90 minút, teda dve vyučovacie hodiny a interval opakovania stretnutí je 2-6 týždňov. Spravidla je program nastavený na 6-8 stretnutí (pričom ponuka stretnutí je širšia a školy majú možnosť voľby). Súčasťou je úvodné stretnutie, ktoré slúži na mapovanie potrieb skupiny (napr. aktivita „More očakávaní“) a záverečné sumarizačné stretnutie. Témy sú z oblasti závislostí (alkohol, cigarety, halucinogény, stimulanty, depresanty a i.), ale aj oblastí s ktorými sa mladí ľudia bežne stretávajú a je dôležité venovať sa ich prevencii (ohrozenia na internete, šikana a i.).

Každé stretnutie začína rozohrievacou aktivitou (Icebreaker), ktorá súvisí s témou stretnutia. Aktivity sú tvorené interaktívne – príbehy a videá s následnou diskusiou, mýty verzus fakty s dopĺňaním informácii, práca v skupinách, tvorba plagátov, rolové hry a i. Tým, že je STEREO realizované už viac rokov a zapojili sa do neho noví lektori s novými nápadmi na aktivity, vytvorili sa viaceré alternatívy aktivít, ktoré možno kombinovať podľa potrieb skupiny. Záver stretnutia slúži na opakovanie najdôležitejších informácii v téme a odovzdanie kontaktov na odborníkov, ktoré môžu využiť v prípade potreby. Žiaci majú možnosť kontaktovať aj lektorov prostredníctvom e-mailu, aby im poskytli pomoc, prípadne pomoc sprostredkovali.

Myšlienky, ktoré odznievajú na stretnutiach v úvode aj závere sú: „Najbezpečnejšie je drogy nebrať.“ a „Správaj sa čo najmenej rizikovo.“ Zároveň však program pragmaticky reflektuje realitu a zažitú skúsenosti s experimentovaním a rizikovým správaním žiakov. Podáva komplexné informácie k téme. Príkladom môže byť konzumácia alkoholu. Dostávajú informáciu, že najbezpečnejšie je drogy nebrať. Ak sa však dostanú do situácie, v ktorej sa rozhodnú alkohol konzumovať, sú im poskytnuté informácie, aby riziká s tým spojené boli čo najmenšie. Odporúčania typu: „Nemiešaj viac druhov alkoholu dohromady.“, „Nemiešaj alkohol s inými typmi drog (napríklad marihuanou).“, „Pred pitím alkoholu sa poriadne najedz“ a „Ak by sa niečo stalo, číslo na záchranú službu je 155, prípadne 112.“ a i.

Aby sme to zhrnuli, cieľom programu STEREO je:

- „Preventívne pôsobiť na žiakov základných a stredných škôl v oblasti látkových a nelátkových závislostí a s tým spojených sociálno-patologických či iných javov.
- Pracovať so žiakmi základných a stredných škôl prostredníctvom skupinovej práce, interaktívnou formou v zmysle filozofie Harm Reduction (znižovania rizík).

- Odstraňovať mýty, stereotypy a zároveň ponúkať pravdivé informácie o závislostiach a rizikovitom správaní.

- Umožniť žiakom vytvoriť si vlastný pohľad a názor potrebný na predchádzanie závislosti a rizikám s tým spojeným.

- Skupinovú prácou a akceptujúcim postojom vytvárať bezpečný, podporujúci priestor na realizáciu preventívnych aktivít“ (STEREO - charakteristika, 2014).

V roku 2013 lektori pracovali s dvoma skupinami žiakov SOŠ vo Vrábloch, kde pokračovali v skupinách už druhý školský rok. V ZŠ a SŠ v Dvorníkoch absolvovali program STEREO žiaci 9. ročníka a v rámci programu STEREO bol spustený pilotný program s deťmi predškolského veku (program bol prispôsobený a konzultovaný s učiteľkou materskej školy s dlhoročnou praxou).

Záverom sa stotožňujeme s myšlienkou Marshy Rosenbaum (2008), že zaistenie bezpečnosti mládeže by malo byť najvyššou prioritou. Z nášho pohľadu vyššou než predstierať, že drogy neexistujú. K tejto ochrane slúži podľa Rosenbaum (2008) prístup vychádzajúci z reality a umožňuje, v našom prípade žiakom, zodpovedne sa rozhodovať a to tým, že:

- poskytuje pravdivé informácie, ktoré je možné vedecky podložiť,

- napomáha poznaniu právnych a sociálnych dôsledkov užívania drog,

- nabáda k zdržanlivosti, pokiaľ experimentovanie v mladom veku pretrváva dlhšie,

- kladie dôraz na bezpečnosť zaistenú osobnou zodpovednosťou a vedomosťami.

Podobné princípy - ochrana zdravia a minimalizácia rizík, úzko súvisia s filozofiou Harm Reduction a rovnako sú využívané v rámci preventívnych stretnutí so žiakmi v základných a stredných školách v Nitrianskom a Trnavskom kraji prostredníctvom programu STEREO Združenia STORM.

Tak, ako je prítomná rôznorodosť medzi ľuďmi, bolo by ideálne, keby existovala rôznorodosť aj v rámci primárnej prevencie a táto myšlienka sa rozširovala stále ďalej, nakoľko na každého z nás pôsobí efektívne iný postup.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

CHOVANCOVÁ, K. – ŠČASNÝ. 2013. STEREO- prevencia v základných a stredných školách v Nitrianskom a Trnavskom kraji. In MIKUŠ T. – LEVICKÁ, J. *Dobrá prax- naša inšpirácia*. Zborník z konferencie. Trnava: Úrad Trnavského samosprávneho kraja. 2013. 978-80-971439-0-9. 202 s.

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. a kol. 1996. *Závislosť známá, neznámá*. Praha: Grada, 1996. 168 s. ISBN 80-7169-277-8.

NEŠPOR, K. - CSÉMY, L. - PERNICOVÁ, H. 1996. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách. Příručka pro pedagogy*. Praha: Sportpropag, 1996. 156 s.

ONDREJKOVIČ, P. a kol. 2009. *Sociálna patológia*. 3. vyd. Bratislava: VEDA, 2009. 580 s. ISBN 978-80-224-1074-8.

ROSENBAUM, M. 2002: *Bezpečnosť na prvom mieste: Prístup k teenagerom a drogám postavený na reálnych základoch a náuka o drogách*. Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti, 2002. 32 s. ISBN 80-968359-7-1

ROSENBAUM, M. 2008. *Bezpečnosť predovšetkým...realistický prístup k mládeži a drogám*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády České republiky, 2008. Zveřejněno se souhlasem Drug Policy Alliance. 20 s.

STEREO – charakteristika. [online]. 2014, [citované 2014-11-17]. Dostupné na internete: <<http://www.zdruzeniestorm.sk/projekty/stereo/charakteristika.htm>>.

AUTORKY

Mgr. Martina Drzsíková
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre
Kraskova 1, 949 74 Nitra
martina.drzsikova@ukf.sk

Mgr. Magdaléna Halásová
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre
Kraskova 1, 949 74 Nitra
magdalena.halasova@ukf.sk

HARM REDUCTION V REKREAČNOM PROSTREDÍ MLÁDEŽE – 13 ROKOV SKÚSENOSTÍ A NOVÉ VÝZVY

Mgr. Miroslava ŽILINSKÁ – Bc. Martin BARTOŠ

Abstrakt: *Príspevok predstavuje 13 rokov skúseností práce s mládežou v rámci programu SEX/DROGY. Program SEX/DROGY pôsobí predovšetkým na letných festivaloch, kde poskytuje služby s cieľom znížiť riziká súvisiace s užívaním drog medzi mladými a so zameraním na sexuálne zdravie. Okrem toho od roku 2012 prevádzkuje celoročne online poradenstvo prostredníctvom stránky www.drogy.org. Príspevok predstaví dobrú prax pri znižovaní rizík spojených s užívaním tanečných a iných drog a zároveň poukáže na nové výzvy, akými sú napríklad nové psychoaktívne látky a práca na klubovej scéne.*

Kľúčové slová: *OZ Odysseus. Sex/drogy.*

ÚVOD

Mladí ľudia na Slovensku užívajú drogy, čo potvrdzujú štatistiky EMCDDA (2006). Výskum prebiehal práve v rekreačnom prostredí mládeže, na letných festivaloch. Z výskumu vyplýva, že každý tretí návštevník má skúsenosť s extázou a každý štvrtý návštevník má skúsenosť s drogou amfetamínového typu. Z toho vyplýva potreba služieb pre týchto mladých ľudí, ktoré poskytuje program SEX/DROGY. Najefektívnejšie je zachytávať mladých ľudí priamo v prostredí v ktorom užívajú drogy teda na festivaloch a v kluboch. Práve tam sa najviac koncentruje táto cieľová skupina, ktorá má právo na prístup k odborným informáciám o znižovaní rizík, ktoré súvisia s užívaním drog,

1 Z HISTÓRIE

Program SEX/DROGY vznikol v roku 2001 ako súčasť občianskeho združenia Odysseus. Cieľovou skupinou programu sú mladí ľudia, ktorí užívajú drogy, chcú experimentovať s drogami alebo aktívne vedú sexuálny život. Program SEX/DROGY vznikol ako reakcia na absentujúce nízkoprahové harm reduction služby sekundárnej prevencie pre mladých ľudí, ktorí užívajú drogy a vedú sexuálny život na Slovensku.

Užívanie drog aj sexuálny život prinášajú určité riziká. Týmto mladým ľuďom hrozí najmä riziko vylúčenia zo školy, trestné stíhanie, rodinné problémy a s tým spojená strata bývania, riziko psychiatrických ochorení, riziko vytvorenia závislosti na drogách, infikovanie sa krvou a pohlavne prenosnými ochoreniami či nežiadúce tehotenstvo.

Program SEX/DROGY vzdeláva mladých ľudí o tom, ako tieto riziká znižovať priamo v ich rekreačnom prostredí, čiže na festivaloch alebo v kluboch. Okrem terénnej sociálnej práce od roku 2001 poskytujeme poradenské služby aj na internete, prostredníctvom stránky www.drogy.org, na ktorej je zriadená online poradňa pre užívateľov drog a ich známych. Prvá terénna sociálna práca v rámci programu SEX/DROGY prebehla v roku 2001 na festivale Pohoda. Pracovníci a dobrovoľníci stánku poskytovali poradenstvo na témy bezpečnejšie užívanie drog a bezpečnejší sex návštevníkom festivalu. Okrem konzultácií prebiehala distribúcia kondómov, informačno-edukačných materiálov na témy znižovania rizík spojených s užívaním drog a so sexom a prebiehal workshop ako správne navliecť kondóm.

2 VÝVOJ PROGRAMU ZA 13 ROKOV

Program SEX/DROGY má za sebou 13 rokov fungovania a za tú dobu sme stihli nakontaktovať skoro **40 000 mladých ľudí**, ktorým sme poskytli viac ako **16 000 poradenských rozhovorov** na témy bezpečnejšie užívanie drog a bezpečnejší sex.

Počas týchto 13 rokov program prechádzal prirodzeným vývojom, aby naše služby čo najviac oslovili cieľovú skupinu a aby sme reflektovali potreby cieľových skupín. Počas rokov 2003-

2006 sa služby rozšírili o testovanie na protilátky syfilisu priamo na festivaloch. Od roku 2006 sme začali klientom ponúkať aj ženské kondómy, ktoré boli v tom čase úplnou novinkou na Slovensku.

Zmenami prechádzal aj samotný stánok SEX/DROGY, v ktorom poskytujeme svoje služby mladým ľuďom na festivaloch. Program začínal poskytovať svoje služby za obyčajným rozkladacím stolíkom, neskôr pod jednoduchým prístreškom a od roku 2007 používame rozkladací stánok, ktorý nám poskytuje dostatok priestoru pre naše činnosti.

Vývojom prechádzali aj informačno-edukačné materiály (Obr. 1, Obr. 2, Obr. 3), ktoré distribuujeme a ktoré sa snažíme každý rok inovovať, aby upútali mladých ľudí.



Obrázok 1 Info-edukačný materiál o droge extáza z roku 2004



Obrázok 2 Info-edukačný materiál o droge alkohol z roku 2010



Obrázok 3 Info-edukačný materiál o drogách so stimulačným účinkom z roku 2014

Z festivalu Pohoda, na ktorom sme už každoroční účastníci, sme sa neskôr rozšírili aj na iné festivaly. Klienti nás vedeli nájsť aj na festivaloch Hodokvas, BeeFree či Toto je Hip-Hop.

Výber festivalov sme vždy prispôbovali našim cieľovým skupinám, a vyberali sme festivaly, ktoré boli atraktívne pre naše cieľové skupiny.

Trináť rokov práce s mladými ľuďmi sa v roku 2014 prejavilo tým, že náš program SEX/DROGY bol nominovaný na ocenenie MOST za najlepší projekt roka 2014, ktoré udeľuje Rada mládeže Slovenska. Spomedzi 130 nominovaných projektov sme sa dostali medzi top 5 najlepších projektov.

V roku 2014 program SEX/DROGY zameral svoje aktivity nielen na festivaly ale aj bratislavské kluby. Na jar a na jeseň sme spustili kampaň: Aby zábava skončila zábavou, kedy sme v 5 Bratislavských kluboch lepili plagáty a nálepky s harm reduction tematikou. Kampaň sme doplnili aj priamou terénnou prácou na 2 podujatiach pre mládež v bratislavských kluboch.

Úplnou novinkou v programe SEX/DROGY sú špeciálne sety na bezpečnejšie nazálne užitie drog alebo tzv. „šnup sety“, ktoré sme distribuovali medzi klientov a o ktoré bol záujem zo strany mladých, ktorí užívajú drogy šnupaním. Za rok 2014 sme rozdali **105** šnup setov na bezpečnejšie užívanie.

3 DOBRÁ PRAX PRÁCE S MLÁDEŽOU

Množstvo rokov terénnej práce v rekreačnom prostredí mládeže nám umožnilo získať cenné skúsenosti pre prácu s mládežou, ktoré by sme si dovolili formulovať ako dobré odporúčania pre poskytovanie takýchto nízkoprahových služieb.

Kľúčovým odporúčaním je dôležitosť zapojenia mladých ľudí na báze „**peer involvement**“ do služieb a to ako do plánovania, dizajnovania až po poskytovanie daných služieb. Špeciálnu príležitosť vidíme práve pre mladých ľudí z komunity – to znamená mladých, ktorí majú skúsenosti s drogami, klubovou či festivalovou scénou. Prínos mladých ľudí, ktorí poznajú potreby cieľovej skupiny z prvej ruky umožňuje reflektovať skutočné potreby mladých ľudí a dizajnovat' služby tak, aby boli zaujímavé po obsahovej i obrazovej stránke, a tak efektívnejšie.

Info-stánok, ktorý je umiestnený na festivaloch sprevádza väčšinou dobrá nálada a odľahčená atmosféra. Priateľské kontakty a otvorené dialógy však nesmú zhať etické princípy nízkoprahovej práce, menovite **anonymitu** klientov a klientok, ktorí navštívili info-stánok. Princíp anonymity je potrebné zachovať jednak počas práce, ale aj pri propagácii výsledkov práce napríklad prostredníctvom fotografií (je potrebné uverejňovať fotografie s vedomím klient/ky ale uverejňovať také fotografie, na ktorých nemôže byť klient/ka identifikovateľný/á).

Hovoriť o tabu témach s mladými efektívne je možné iba pokiaľ pracovníci/čky a dobrovoľníci/čky info-stánku dokážu a chcú udržať bezpečie a vzájomnú otvorenosť. Pod otvorenosťou chápeme jednak schopnosť hovoriť o tabuizovaných témach bez hanby a emócií a zároveň aj akceptujúci postoj voči klientom/kám, voči ich správaniu. Práve **otvorenosť** a **akceptácia** umožnia viesť efektívny pomáhajúci rozhovor, ktorý ponúkne mladému človeku informácie, ktoré skutočne potrebuje.

Dôležitou súčasťou efektívnej práce je aj dobré **poznanie terénu**. Inak bude pracovníkov/čky a dobrovoľníkov/čky čakať cesta pokus-omyl, čo je vzhľadom na krátkosť festivalov problematické. Je dôležité vopred hovoriť s organizátormi podujatia o vhodnom umiestnení info-stánku tak, aby bol viditeľný a zároveň aby bolo možné v ňom realizovať poradenstvo (čo je často náročné spojiť vzhľadom na hlučnosť dobre viditeľných stanovísk). Pre niektoré festivaly je príznačné, že najefektívnejšia je práca vo večerných až nočných hodinách. Festivalu je potrebné prispôbiť aj ponúkané služby – opäť poznanie terénu a cieľovej skupiny toho daného festivalu pomôže pripraviť tím na efektívne poradenstvo a služby.

Pri práci s mládežou je ďalej potrebné klásť dôraz aj na **prít'azlivosť servisu**. Vedecky podložené informácie môžu zachrániť život – ale nik si ich nezoberie, ak sú vytlačené

neprofesionálne a dizajn brožúrky je nevábný. Aj pri edukačných materiáloch treba nasledovať trendy – jednak dizajnové, ale aj formálno-obsahové (napr. vývin k čoraz stručnejším textom s použitím slangových výrazov, hľadanie alternatív k tradičným brožúrkam). Nápad sa ráta a kreatívne spracovanie tradičného info-edukačného letáku do praktického obalu na kondóm s edukačným posolstvom má veľký ohlas.

4 VÝZVY PROGRAMU SEX/DROGY

Program SEX/DROGY funguje už 13 rokov a ďalej plánujeme jeho rozvoj. Skutočnou výzvou pre našu prácu je **poskytovanie služieb v lokálnych kluboch** so zameraním na menšie klubové komunity. Kým v mnohých krajinách je pojem „safer party“ v spojení s klubovým životom dobre známy, na Slovensku ostáva tento prístup v ústraní a to ako u cieľových skupín, tak aj u prevádzkovateľov a majiteľov klubov. Je na nás priniesť do lokálnych klubov tému harm reduction ako takú, spolu so službami pre mladých a formovaním klubov tak, aby sa stali miestom čo najbezpečnejšej zábavy.

Nemalou výzvou, ktorá bude pravdepodobne najbližšie roky formovať poskytované služby pre mladých, sú **nové psychoaktívne látky** (NPL). Dôležitosť pokrytia témy NPL v rámci odborného poradenstva je neodškriepiteľná, čo vzhľadom na meniace sa trendy v NPL môže byť veľmi náročné na odborné zvládnutie, nakoľko väčšina NPL ostáva neskúmaná a nepoznaná. Do budúca by preto tím programu SEX/DROGY nemali tvoriť iba pracovníci/čky a dobrovoľníci/čky humanitného zamerania, ale aj odborníci/čky na oblasť neurológie a chémie, ktorí by vedeli priniesť do konzultácií o NPL nový rozmer. Ostáva otázkou, nakoľko vynárajúce sa NPL dodajú na dôležitosti službe „**pill testing**“ – tj. testovania tabliet/drog, ktorej realizácia je na Slovensku zatiaľ právne obmedzená a ostáva nedostupná, napriek dopytu zo strany cieľových skupín. Pill testing sa ukazuje v zahraničí ako efektívny nástroj sekundárnej selektívnej prevencie pri práci s mladými užívateľmi/lkami drog – a dúfame, že v budúcnosti bude možné túto službu priniesť aj na Slovensko.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

EMCDDA. 2006. Developments in drug use within recreational settings [online]. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, 2006, 24 p. [cit. 2014-09-12]. Dostupné na internete: <<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34883EN.html>>. ISSN: 92-9168-250-0.

AUTORI

Mgr. Miroslava Žilinská
OZ ODYSEUS
Haanova 10, 852 23 Bratislava
zilinska@ozodyseus.sk
0903 786 708
www.odyseus.org, www.drogy.org, www.hivaid.sk

Bc. Martin Bartoš
OZ ODYSEUS
Haanova 10, 852 23 Bratislava
martinbartos.ozodyseus@gmail.com
02/ 524 94 344
www.odyseus.org, www.drogy.org, www.hivaid.sk

NÍZKOPRAHOVÝ PRÍSTUP K SANÁCI RODINNÉHO PROSTREDIA?

Michal MILAN - Jana ŠIMONČIČOVÁ

Abstrakt: Článok prináša základné informácie o východiskách a službách, ktoré Linka detskej istoty ako národný projekt Slovenského výboru pre UNICEF poskytuje svojim cieľovým skupinám a zamyslenie nad skúsenosťou s aplikáciou princípov harm reduction v týchto službách.

Kľúčové slová: dieťa, terénna sociálna práca, harm reduction, znižovanie rizík

1 LINKA DETSKEJ ISTOTOY PRI SLOVENSKOM VÝBORE PRE UNICEF

Linka detskej istoty (ďalej „LDI“) funguje ako národný projekt Slovenského výboru pre UNICEF (ďalej „SV UNICEF“) od roku 1996. V aktivitách LDI sa odráža základná vízia SV UNICEF, ktorou je ochrana a podpora dodržiavania práv a právom chránených záujmov detí, pričom oblasť svojho záujmu vymedzuje na územie Slovenskej republiky. Na napĺňanie tejto vízie používa dištančné poradenstvo, preventívne projekty na ochranu detských práv a osobné intervencie.

1.1 DIŠTANČNÉ PORADENSTVO

Jeho cieľovou skupinou sú deti, mládež a dospelí volajúci v mene dieťaťa z územia celej SR. V presvedčení, že deti vedia najlepšie identifikovať svoje problémy sa LDI snaží prostredníctvom svojich aktivít vypočuť každý detský hlas - „byť v spojení s deťmi“. Do roku 2008 LDI prevádzkovala jedno helperské číslo. V roku 2008 zareagovalo vedenie LDI na požiadavku EK (rozhodnutie Komisie 2007/116/EC z 15. februára 2007, aktualizovaného rozhodnutím Komisie 2007/698/EC z 29. októbra 2007) a vyvolalo proces zriadenia dvoch európskych čísel sociálneho charakteru 116 111 a 116 000 na Slovensku. Prevádzka nových čísel zostala v kompetencii LDI, tým sa dodržala kontinuita poskytovania služieb deťom SV UNICEF.

Non stop linka pre deti a mládež 116 111, je bezplatná a anonymná. Jej hlavným cieľom je zabezpečenie prvého kontaktu a poskytovanie odbornej pomoci a starostlivosti maloletým deťom, v prípade potreby sprostredkovanie priamej odbornej špecializovanej pomoci podľa príslušnej územnej lokality. Je to linka, na ktorú sa môžu obrátiť deti s akýmkoľvek problémom, témou alebo len s potrebou s niekým sa podeliť o svojom prežívaní.

Služby pre deti realizuje LDI aj chatovou formou a to prostredníctvom internetovej poradne na stránke www.pomoc.sk.

Linka Pomoc.sk – od 16⁰⁰ do 22⁰⁰h. LDI je partnerom organizácie e-Slovensko a MV SR pri realizácii preventívneho projektu s cieľom ochrany detí pred negatívnymi javmi, ktoré prostredníctvom internetu, mobilov a nových technológií môžu ohrozovať a ovplyvňovať ich zdravý vývin. Projekt zastrešuje Európska komisia v rámci komunitárneho programu Safer internet plus.

V rámci linky 116 111 realizuje LDI „Sociálno- právnu poradňu“ a „Rodičovskú linku“.

Sociálno- právna poradňa (SPP) poskytuje poradenstvo v sociálno-právnej rovine hlavne pre dospelú populáciu, ktorá koná v prospech dieťaťa. Bezplatné poradenstvo poskytuje LDI pravidelne každý štvrtok a sobotu od 14⁰⁰ do 20⁰⁰h.

Rodičovská linka je zriadená pre rodičov, ktorí sa chcú poradiť, prekonzultovať svoje výchovné postupy, získať informácie a hlavne spolu s odborníkom hľadať optimálne postupy pri riešení problémov so svojimi deťmi. Bezplatné poradenstvo poskytuje LDI pravidelne každú stredu od 14⁰⁰ do 20⁰⁰h.

Non stop Linka pre nezvestné a sexuálne zneužívané deti 116 000 je taktiež bezplatná linka. Zabezpečuje možnosť dovolať sa a hľadať radu či konkrétnu pomoc pre deti, ktoré sa z akéhokoľvek dôvodu dostali mimo svojho domova, či už nútene alebo dobrovoľne. Poskytuje

poradenstvo a informácie zneisteným rodičom, dáva im možnosť prekonzultovať svoje postupy a postoje v prípade ak sa ich deti nevrátia domov. Je tiež miestom, na ktoré sa deti môžu obrátiť pred svojimi zásadnými životnými rozhodnutiami, o ktorých možno samé tušia, že nie sú tým najlepším riešením.

LDI je členom medzinárodnej detskej linky Child Helpline International a Missing Children Europe.

Child Helpline International je sieť tiesňových detských liniek z celého sveta, založená na presvedčení, že deti a mladí ľudia majú nielen práva, ale že oni sú tí, ktorí vedia najlepšie identifikovať svoje problémy.

Missing Children Europe je medzinárodná organizácia, ktorá zastrešuje mimovládne organizácie, ktoré pôsobia v 18 členských štátoch Európskej únie a v Švajčiarsku. Každá z týchto organizácií je aktívna v prevencii a ponúka pomoc nezvestným a sexuálne zneužívaným deťom a ich rodinám.

Dištančné linky pomoci slúžia ako významný nástroj pre všetky úrovne prevencie od poskytovania primárnych informácií až po znižovanie potenciálnych rizík v záťažových situáciách (napr. tehotenstvo maloletej matky, a pod.). Každoročne kontaktujú linku pre deti a mládež 116 111 tisícky detí a mladých ľudí, ktorí sú v životnej fáze charakteristickej vytváraním životných názorov, postojov a mechanizmov správania. Popri rodine, vrstovníkoch, blízkom okolí a médiách funguje aj LDI ako zdroj okamžitého objektívneho a veku primeraného poradenstva.

1.2 PREVENTÍVNE PROJEKTY NA OCHRANU DETSKÝCH PRÁV

Cieľovou skupinou týchto projektov sú deti ako skupina – ide napr. o nasledovné projekty:

Hľadané deti - pomoc pri hľadaní nezvestných detí, prevencia a osвета

CHIPS (Childline in partnership with schools) –projekt pre školy - rozvíjanie rovesníckych vzťahov detí prostredníctvom rozvoja sociálnych zručností, scitlivovanie detí a riešenie otázok, ktoré medzi nimi vznikajú

Za oponou – projekt na zvýšenie tolerancie všetkého druhu

Bezpečný internet – projekt zameraný na zvýšenie povedomia pre bezpečné a zodpovedné používanie nových technológií – internetu, mobilov, a pod.

Čítajme si – kampaň na zvýšenie záujmu detí o čítanie, ktoré rozvíja detskú predstavivosť, fantáziu a zlepšuje sociálne zručnosti dieťaťa

Detská participácia – téma, ktorá pre LDI vyšla z projektu „Posilnenie hlasov detí v spoločnosti EÚ...“ zameraného na podporu zapájania detí do vecí, ktoré sa ich týkajú; a ktorú sa LDI v súčasnosti snaží uplatňovať v poskytovaných službách

1.3 OSOBNÉ INTERVENCIE

Tieto sú realizované ambulantnou a terénnou formou pre oblasť bratislavského samosprávneho kraja a to v Ambulantnom krízovom stredisku (ďalej "AKS") a Centre výchovy k rodičovským zručnostiam CESTA (ďalej „CVRZ CESTA“). AKS poskytuje ambulantnou formou odbornú interdisciplinárnu starostlivosť v situáciách akútnej krízy a iných závažných životných situáciách, v ktorých sa dieťa alebo rodič s dieťaťom ocitá.

CVRZ CESTA pracuje s rodinami, ktoré sa nachádzajú v negatívnej životnej situácii, ktorú už nedokážu riešiť vlastnými silami.

Keďže je súčasťou LDI, do práce CVRZ CESTA sa premieta vízia SV UNICEF, čo ovplyvňuje praktickú realizáciu služieb pre cieľovú skupinu:

1. Pracovníci / pracovníčky CVRZ CESTA pracujú s celou rodinou a väčšina služieb je poskytovaná rodičom zo spolupracujúcich rodín, cieľom spolupráce s rodinou ale je, aby zlepšenie situácie v rodine prispelo k uspokojovaniu všetkých relevantných potrieb dieťaťa z tejto rodiny. Ako "koncový" klient je v CVRZ CESTA teda vnímané dieťa, čo v praktickej

práci s rodinou môže spôsobovať rôzne problémy. Na jednej strane napr. pracovníci / pracovníčky ponúkajú rodičom rôzne možnosti riešenia ich situácie, z ktorých si títo jednu vyberú a následne v spolupráci s pracovníkmi / pracovníčkami realizujú, ale v prípade, že sa rodičom z rôznych dôvodov (vrátane ich nekonania) nedarí negatívnu situáciu, v ktorej sa nachádzajú, vyriešiť, pracovníci / pracovníčky začnú konať v prospech dieťaťa, a to aj za cenu, že by toto konanie bolo v nesúlade so želaniami rodičov. Dôvodmi na takýto typ práce je jednak snaha o realizáciu najlepšieho záujmu dieťaťa, ako aj právny rámec Slovenskej republiky (napr. § 7 ods. 1) Zákona č. 305 /2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov).

2. keďže je cieľom ochrana a podpora dodržiavania práv a právom chránených záujmov detí, CVRZ CESTA spolupracuje najmä s rodinami v krízovej situácii, ktorá spôsobuje, že v týchto rodinách hrozí vyňatie dieťaťa zo starostlivosti jeho rodiča/rodičov a jeho umiestnenie do starostlivosti Detského domova, prípadne už dieťa do starostlivosti Detského domova bolo umiestnené. S tou- ktorou rodinou sa teda pracovníci / pracovníčky CVRZ CESTA snažia pracovať tak, aby jej podmienky boli upravené tak, aby sa predišlo vyňatiu dieťaťa, príp. aby sa dieťa mohlo vrátiť do starostlivosti jeho rodičov. Takýto spôsob práce je pritom založený na predpoklade, že biologická rodina je najlepším miestom pre uspokojovanie potrieb dieťaťa, a snaží sa naplniť článok 9 Dohovoru o právach dieťaťa.

Viac ako polovica rodín spolupracujúcich s CVRZ CESTA čelí kombinácii viacerých problémov, najčastejšie sa objavujú závislosti na rôznych psychoaktívnych látkach, bezdomovectvo a výchovné problémy detí.

Spomenutým rodinám ponúka CVRZ CESTA sociálne poradenstvo, sociálnu asistenciu, psychologické poradenstvo, krízovú intervenciu a jednorázové a skupinové aktivity.

CVRZ CESTA pracuje v dvojstupňovom modeli, t. j. s rodinami z cieľovej skupiny začínajú pracovníci / pracovníčky pracovať terénnou formou, v jej prirodzenom prostredí a postupne sa ich snažia „posúvať“ do poradenstva realizovaného ambulantnou formou, pričom ambulantná forma poradenstva je v CVRZ CESTA vnímaná o. i. ako priestor pre nácvik sociálnych zručností členov spolupracujúcich rodín, pre riešenie problémov ktorých je nevyhnutné, aby boli v kontakte s úradmi, inštitúciami (napr. úrady práce, sociálnych vecí a rodiny, zdravotné poisťovne, sociálna poisťovňa), a pod. . Počas celého trvania spolupráce s rodinou je terénna forma práce nezastupiteľným zdrojom poznatkov o rodine a prostriedkom nadväzovania vzťahu pracovníkov / pracovníčok s rodinou.

V teréne sa pracovníci / pracovníčky CVRZ CESTA snažia realizovať všetky služby, ktorých charakter to umožňuje – ide najmä o sociálne poradenstvo a psychologické poradenstvo, podľa potreby krízovú intervenciu a výhradne sociálnu asistenciu.

Skupinové aktivity realizujú pracovníci / pracovníčky v priestoroch CVRZ CESTA. V súčasnosti ide o:

1. tzv. „rodičovskú“ skupinu – otvorenú skupinu, v ktorej sa dospelí členovia spolupracujúcich rodín stretávajú v bezpečnom prostredí CVRZ CESTA a v spolupráci s jeho pracovníkom/ pracovníčkou sa venujú témam súvisiacim s ich aktuálnou životnou situáciou, získavajú podporu členov/ členiek skupiny, ich skúsenosti s riešením podobných negatívnych situácií, a pod.
2. skupinu zameranú na vzťahy – uzavretú podporno- terapeutickú skupinu, ktorá sa zameriava na cieľovú skupinu obetí násillia páchaného na ženách
3. detskú skupinu – určenú deťom zo spolupracujúcich rodín a realizovanú počas „rodičovskej“ skupiny a skupiny zameranej na vzťahy - ako taká umožňuje rodičom zúčastňovať sa týchto skupín. Zameriava sa na zmysluplné využívanie voľného času a prípravu detí na prechod z ich aktuálneho do (pred)školského prostredia.

4. program zameraný na rozvoj sociálnych zručností – určený dospelým zo spolupracujúcich rodín, v ktorom títo pracujú (a to aj prostredníctvom hier, nácviku rol, a pod.) v základných okruhoch: komunikácia, zamestnanie a rodičovské zručnosti.

Okrem terénnej a ambulantnej poskytujú pracovníci / pracovníčky CVRZ CESTA služby, ktorých charakter to umožňuje (sociálne poradenstvo, krízová intervencia) aj telefonickou a písomnou formou.

2 HARM REDUCTION?

LDI sa vo svojich aktivitách snaží reagovať na potreby svojej cieľovej skupiny, teda detí, čo je možné vidieť na vývine LDI v čase:

Prvotne realizovanou službou LDI bolo poskytovanie dištančného poradenstva deťom, postupne ale LDI začali kontaktovať aj rodičia s problémami týkajúcimi sa detí a dospelí konajúci v ich záujme. V reakcii na túto situáciu vzniklo ako priestor, kde môžu prichádzať dospelí a hovoriť s odborníkmi o veciach, ktoré sa týkajú detí, AKS. Počas realizácie služieb v rámci AKS sa pracovníci / pracovníčky LDI dostali do kontaktu s takými dospelými, pre ktorých bolo napr. dochádzanie do kancelárie v konkrétnom čase na stretnutie s pracovníkom / pracovníčkou za účelom poradenstva neprekročiteľne vysokým prahom. V reakcii na takéto kontakty bol v záujme detí z takýchto rodín vytvorený program „Terénneho rodinného poradcu“, ktorý predstavoval možnosť poskytovania služieb rodinám v ich prirodzenom rodinnom prostredí a ktorý v roku 2009 nahradilo CVRZ CESTA.

V tomto stručne popísanom vývine služieb LDI je možné vidieť prvky nízkoprahovosti, ktoré sa objavujú v snahe reagovať na potreby detí.

Ako „nositeľov“ nízkoprahovosti služieb v rámci LDI vnímame najmä jej pracovníkov a pracovníčky - napr. tím CVRZ CESTA formovali a formujú ľudia so skúsenosťami z práce v nízkoprahovom programe pre deti a mládež vo vylúčených komunitách, alebo z organizácií poskytujúcich harm reduction služby injekčným užívateľom drog a osobám pracujúcim v sexbiznise.

Ako sme naznačili vyššie, ako problém poskytovania služieb v zmysle harm reduction (výhradne) v kontexte CVRZ CESTA, resp. LDI sa javí konflikt medzi potrebami dieťaťa a ne/aktivitou jeho rodičov v riešení negatívnej situácie, v ktorej sa rodina nachádza a ktorá má priamy vplyv na ne/uspokojovanie potrieb dieťaťa. Prvky znižovania rizík v konkrétnej práci je ale možné využívať v zmysle ochrany potrieb dieťaťa. Počas spolupráce s tou- ktorou rodinou, v prípade, že je to potrebné, to znamená nesnažiť sa naďalej poskytovať nízkoprahové služby rodičom, ale zamerať sa na ochranu života, zdravia a práv dieťaťa. Povedané inak, snažiť sa byť nízkoprahový v poskytovaní služieb, nikdy ale nie vo vnímaní potrieb dieťaťa.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV:

Dohovor o právach dieťaťa

Zákon č. 305 /2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov

AUTORI

Mgr. Michal Milan

Centrum výchovy k rodičovským zručnostiam CESTA Linky detskej istoty pri SV UNICEF,
Nám. SNP 13, P.O.Box 52

810 00 Bratislava

michal@unicef.sk

0917 280 235

<http://www.ldi.sk/>

Mgr. Jana Šimončíčová
Linka detskej istoty pri SV UNICEF
Nám. SNP 13, P.O.Box 52
810 00 Bratislava
jana.simonicova@unicef.sk
0918 880 066
<http://www.lds.sk/>

PREVENTÍVNE AKTIVITY V OBLASTI ZNIŽOVANIA PRENOSU INFEKČNÝCH CHORÔB POHLAVNÝM STYKOM, AKTIVITY V OBLASTI ZNIŽOVANIA STIGMATIZÁCIE A DISKRIMINÁCIE OSÔB HIV +

Miloš ŠTEFANČÍK

Abstrakt: *Predstavenie občianskeho združenia Dom svetla Slovensko a aktivít v oblasti redukcie prenosu infekčných chorôb hlavne vírusu HIV pohlavným stykom a znižovania stigmatizácie a diskriminácie osôb žijúcich s HIV/AIDS. Aktuálne informácie o situácii a vývoji výskytu infekcie HIV v SR a dostupných dátach o HIV pozitívnych občanoch SR žijúcich a otestovaných v zahraničí.*

Kľúčové slová: *Dom svetla. HIV. Výskyt HIV na Slovensku.*

ÚVOD

Výrazný nárast nových prípadov infekcie HIV na Slovensku v roku 2013 a trend nárastu za prvých deväť mesiacov tohto roku jasne naznačujú, že v tejto oblasti je obrovský priestor na zvyšovanie povedomia v spoločnosti. Aj keď nie sú zaznamenané reálne prípady diskriminácie HIV pozitívnych osôb, tendencie testovať sa na HIV v okolitých krajinách jasne ukazuje, že stigmatizácia vírusu HIV a ochorenia AIDS v spoločnosti existuje. Aj preto vzniklo so zahraničnou podporou občianske združenie Dom svetla Slovensko. Prioritnou úlohou bolo zastrešenie práce občianských aktivistov, ktorí v tejto oblasti pracovali na StreetWork aktivitách a ich zapojenie do medzinárodných projektov a partnerstiev s podobne fungujúcimi organizáciami v zahraničí.

1 PREDSTAVENIE OBČIANSKÉHO ZDRUŽENIA

Občianske združenie Dom svetla Slovensko je mimovládnu neziskovou organizáciou, ktorej hlavným cieľom je odstránenie stigmatizácie ľudí žijúcich s HIV v spoločnosti, obhajoba a presadzovanie ich ľudských práv a prevencia šírenia HIV/AIDS a ďalších sexuálne prenosných chorôb.

1.1 CIELE ZDRUŽENIA

- odborné vykonávanie zdravotnej a výchovno - vzdelávacej prevencie a poskytovanie komplexného poradenstva v súlade s poslaním a činnosťou združenia,
- organizovanie vzdelávania, školení, seminárov, pracovných skupín, konferencií, poskytovanie konzultácií a usmernení, podávanie návrhov a spracovávanie nových projektov v súlade s poslaním a činnosťou združenia,
- pomoc a poradenstvo občanom v nepriaznivej životnej situácii, poskytovanie sociálnych služieb, aktivizovanie vnútorných schopností na prekonanie psychických, fyzických a sociálnych dôsledkov ich nepriaznivej životnej situácie a pomoc s ich integráciou do života,
- podpora všestrannej a komplexnej výchovy odbornej i laickej verejnosti,
- organizovanie zážitkových, športových a kultúrnych podujatí,
- publikačná činnosť, tvorba a vydávanie náučných a výchovno-vzdelávacích materiálov,
- podpora celoživotného vzdelávania, zvyšovania kompetencií a podpora študijných ciest a pracovných pobytov pre členov združenia,
- spolupráca s partnermi - domácimi a zahraničnými v súlade s poslaním a činnosťou združenia,
- vyvíjanie činnosti vedúcej k získavaniu sponzorských finančných a materiálnych darov, príspevkov a dotácií pre združenie.

2 AKTIVITY V OBLASTI ZNIŽOVANIA PRENOSU INFEKČNÝCH CHORÔB POHLAVNÝM STYKOM

2.1 SVETLÁ LINKA AIDS POMOCI

Za najdôležitejšiu aktivitu redukcie prenosu HIV a výchovno - vzdelávacej prevencie považujeme Svetlú linku AIDS pomoc 0800 666 777, ktorú sme spustili v spolupráci s Českou spoločnosťou AIDS pomoc. Je bezplatná a v režime nonstop prevádzky 365 dní v roku. Jej prevádzka sa hradí zo sponzorských darov. Na otázky odpovedajú riadne preškolení a poučení pracovníci. Otázky sa musia týkať problematiky HIV/AIDS. Za dobu jej ročnej existencie bolo zaznamenaných 57 telefonátov. Okrem riešenia náhlych krízových situácií sú časté otázky na oblasti testovania na HIV, ciest prenosu HIV, klinických príznakov HIV a AIDS, sociálnych a právnych aspektov, ako žiť s HIV, prevencia ochrany pred HIV infekciou, štatistických údajov o HIV a AIDS.

2.2 WEBOVÉ STRÁNKY ZDRUŽENIA

Z dôvodu potreby informovania a poskytovania informácií o problematike sme spustili webové stránky združenia www.domsvetlaslovensko.sk v zaujímavej grafike. Informujeme na nich o našej činnosti a aktivitách. Na tvorbe vstupov spolupracujeme s odborníkmi na problematiku. Dôležitou časťou je poradňa, v ktorej sa zameriavame na pomoc HIV pozitívnym pri riešení ich každodenných problémov. Monitorujeme aktuálne informácie zo sveta a informujeme o nich. Stránky pravidelne aktualizujeme.

2.3 STREETWORKOVÉ AKTIVITY

V rámci StreetWorkovej činnosti sme sa zamerali na distribúciu preventívnych materiálov o problematike prenosu infekčných chorôb pohlavným stykom. Zamerali sme sa hlavne na akcie zamerané pre mládež športové podujatia, koncerty a diskokluby - LOTOS CUP Bratislava 2013, Koncert TUESTO, Koncert ARMIN VAN BUREN, Diskotéka TEPLAREŇ, Diskotéka HOMOMAT

3 AKTIVITY V OBLASTI ZNIŽOVANIA STIGMATIZÁCIE A DISKRIMINÁCIE OSÔB HIV +

V tejto oblasti sme sa zamerali hlavne na vytvorenie partnerstiev so zahraničnými organizáciami a zapojenie do medzinárodných projektov. Účelom účasti v projektoch je získanie kontaktov a skúsenosti ako k riešeniu problematiky pristupujú v zahraničí a možnosť využiť príklady dobrej praxe aj na území SR. Projekty boli financované z Európskeho sociálneho fondu a Vyšehradského fondu.

Aktivity projektov sú zamerané na elimináciu diskriminácie HIV pozitívnych osôb v spoločnosti a na trhu práce, pretože si uvedomujeme dôležitosť otvorenia tejto témy aj v Slovenskej republike. Participujeme na projektoch: „Inovace a akcelerace aktivít pro odstraňování bariér při zaměstnávání osob infikovaných HIV“ a „Mezinárodní tematická síť pro výměnu zkušenosti zaměstnávání HIV pozitivních osob s důrazem na eliminaci diskriminace osob ve služebním poměru“. V rámci nich sme sa aktívne zapájali do naplňania kľúčových aktivít a plnenia monitorovacích indikátorov.

Na Slovensku aj v okolitých krajinách je v spoločnosti silne zakorenený strach z vírusu HIV. Strach je spôsobený čiastočne neinformovanosťou a tiež zlými predstavami o priebehu infekcie a možnostiach jej prenosu plynúcich z kampaní na konci 80-tych rokov. Obavy okolia z nákazy sú tiež často dôvodom skrytej diskriminácie v spoločnosti alebo v zamestnaní. Preto sa podieľame na projekte financovanom Vyšehradským fondom s

partnermi z ostatných krajín V4. Projekt si kladie za cieľ informačnou kampaňou zlepšiť vzťah spoločnosti k HIV pozitívnym osobám.

Naši zahraniční partneri sú:

Deutsche AIDS-HILFE e. V. (Nemecko)

Společný Komitet ds. AIDS (Polsko)

Česká společnost AIDS pomoc, z.s (Česko)

4 VÝSKYT INFEKČIE HIV V SR

Napriek pokroku v liečbe a preventívnym programom zostáva HIV/AIDS stále nevyliciteľné. V posledných rokoch dochádza aj na Slovensku k nárastu počtu novo zistených prípadov HIV pozitívnych osôb. Najvyšší nárast od začiatku monitorovania v roku 1985 za jeden kalendárny rok bol v roku 2013, kedy bolo zistených 83 nových prípadov. Podobný vzrastajúci trend a črtá aj v roku 2014. Za prvých 9 mesiacov roku 2014 bolo zistených 65 nových prípadov HIV čo je mierny vzostup v porovnaní s predchádzajúcim rokom. Za celé monitorovacie obdobie od roku 1985 je v SR 704 zaznamenaných prípadov HIV. Z tohto počtu je 577 osôb občanov SR. Aj keď sa Slovensko radí ku krajinám s nižším výskytom prípadov HIV v EÚ, neodrážajú sa v štatistikách HIV pozitívni občania SR, ktorí sa nechajú otestovať v zahraničí, prípadne tam dlhodobo žijú. V ČR bolo k 31.12.2013- 110 občanov SR, ktorí boli HIV pozitívni, prípadne u nich prepukol AIDS. Podobné štatistiky z Rakúska nemáme k dispozícii, ale hlavne občania z bratislavského regiónu sa nechávajú testovať v AIDS Hilfe Wien z obavy pred prezradením HIV statusu na Slovensku. Z uvedeného možno vyvodzovať, že aj napriek faktu, že doposiaľ nebol oficiálne zaznamenaný žiadny prípad diskriminácie HIV pozitívnych osôb, stigmatizácia v spoločnosti existuje. Vychádza hlavne z informácií, ktoré zazneli v kampaniach na konci 80-tych a začiatku 90-tych rokov. Chýbajúca kampaň, ktoré by zasiahla väčšinu spoločnosti napomáha v prežívaní mýtov o HIV/AIDS.

ZÁVER

K odbúraniu mýtov o HIV/AIDS sme naštartovali kampaň „ČERVENÁ STUŽKA“. V rámci nej budeme realizovať prednášky s HIV pozitívnym lektorom na školách. Očakávame, že osobná skúsenosť a zažitý príbeh pomôže k destigmatizácii ľudí žijúcich s HIV. Zameriame sa na rozvoj spolupráce s ďalšími mimovládnyimi a neziskovými organizáciami, ktoré pomáhajú HIV pozitívnym s cieľom nastaviť základné formy vzájomnej spolupráce. Zintenzívniť spoluprácu s Národným referenčným centrom pre prevenciu HIV/AIDS a prispieť k plneniu Národného programu boja proti AIDS v Slovenskej republike.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV:

Prednáška „*Situace a trendy ve vývoji infekce HIV/AIDS v ČR*“ - Doc.RNDr. Vratislav NĚMEČEK, CSc. a RNDr. Marek MALÝ, Ph.D - Praha 6.listopadu 2014 - Konferencie "Zaměstnávání HIV pozitivních osob s důrazem na eliminaci diskriminaci na trhu práce a ve služebním poměru"

Prednáška „*Predstavuje Zamestnávanie HIV-pozitívnych osôb riziko pre spoločnosť*“ - Doc.RNDr. Danica Staneková CSc. - Praha 6.listopadu 2014 - Konferencie "Zaměstnávání HIV pozitivních osob s důrazem na eliminaci diskriminaci na trhu práce a ve služebním poměru"

Webové stránky Úradu verejného zdravotníctva <http://www.uvzsr.sk/>

AUTOR

Miloš Štefančík

Dom svetla Slovensko

milos.stefancik@domsvetlaslovensko.sk
+421 948 024 044

SKÚSENOSTI ZO STÁŽE V BERLÍNE

Adam JANDA – Karin ANDRÁŠIKOVÁ

Abstrakt: *Príspevok predstavuje sociálne služby poskytované v Berlíne mladým ľuďom, ženám a matkám, ľuďom, ktorí užívajú drogy, poskytujú sexuálne služby prevažne na ulici, ľuďom z etnických menšín a ľuďom zo sociálne znevýhodneného prostredia; ktoré navštívili streetworkeri OZ Prima v spolupráci s SPI Forschung v rámci projektu WEDworks, zameraného na etnické menšiny, ženy a pomáhajúce služby v oblasti drog.*

Kľúčové slová: *prevencia, obchodovanie s ľuďmi, sociálne služby*

ÚVOD

16. – 19. júna 2014 sa streetworkeri z Občianskeho združenia Prima – Adam Janda a Karin Andrášiková – v spolupráci s nemeckou organizáciou SPI Forschung v rámci projektu WEDworks zameraného na ľudí z etnických menšín, ženy a pomáhajúce služby v oblasti drog, zúčastnili štvordňovej odbornej stáže v Berlíne, kde videli príkladný a efektívne fungujúci systém sociálnych služieb určených mladým ľuďom v oblasti prevencie bezpečného sexu, ľuďom, ktorí užívajú drogy, poskytujú sexuálne služby prevažne na ulici, ľuďom, prevažne ženám a matkám, z etnických menšín a ľuďom zo sociálne znevýhodneného prostredia.

1 CENTRUM PRE SEXUÁLNE ZDRAVIE A PLÁNOVANIE

Centrum pre sexuálne zdravie funguje ako jedno z oddelení Inštitútu verejného zdravia. Pracovníčky tohto centra streetworkerom predstavili službu, ktorá pracuje s ľuďmi v oblastiach rodičovstva, jeho plánovania a sexuality. Realizujú pravidelné prednášky o rôznych otázkach bezpečného sexu – ako používať prezervatív, o sexuálnych partneroch, pohlavných chorobách – a to na pôde tohto centra v špeciálne vyhradenej miestnosti a alebo priamo na školách. Program zameriavajú na deti v čo najskoršom veku, t.j. stretávajú sa už s 10-11 ročnými deťmi. V týchto prevenčných aktivitách využívajú makety pohlavného ústrojenstva z rôzneho materiálu – plyš, resp. drevo a to aj pre praktickú skúsenosť. Deti a mladí ľudia so stretnutí odchádzajú s prezervatívom a informačnými materiálmi adekvátnymi k veku. Táto služba je pre svoj zábavný a nenásilný charakter veľmi populárna. Toto centrum pracuje tiež so ženami a matkami z etnických menšín, ktoré sa živia prácou v sex-biznise, sú tehotné alebo sú matky užívajúce drogy a majú záujem riešiť svoju neľahkú sociálnu situáciu týkajúcu sa tehotenstva, sex. zdravia, zdravia ako takého, bývania a pod.

2 KLINIKA GYNEKOLÓGIE, KLINIKA INFEKTOLÓGIE, PROJEKT WIGWAM

Priamo v nemocnici Charité je zriadené špeciálne oddelenie prepojením kliník infektológie a gynekológie a neziskovej organizácie Wigwam, kde je sme videli unikátny projekt posúvajúci prah o niečo nižšie tým, že dokážu veľa záležitostí vyriešiť na jednom mieste. Program tohto oddelenia využívajú prevažne tehotné ženy, mamičky a ženy, ktoré užívajú drogy, s rôznymi pohlavne prenosnými chorobami. Keďže väčšina pacientok tohto oddelenia, rieši okrem zdravia aj ďalšie existenčné otázky ohľadom dokladov, práce alebo ubytovania, už priamo na tomto oddelení má svoju kanceláriu aj Wigwam, a pacientky majúce záujem o pomoc v sociálnych otázkach sa tak stávajú klientkami tamojších soc. pracovníčok hneď v nemocnici.

3 OLGA DROP IN CENTRUM PRE ŽENY UŽÍVAJÚCE DROGY A PRACUJÚCE V SEX-BIZNISE

Kontaktné centrum OLGA je otvorené výhradne pre ženy a to, priamo v dome na ulici, kde sa poskytujú sexuálne služby. Okrem možnosti výmeny použitých striekačiek za sterilné a ďalší

zdravotnícky materiál, ošetrovania, právneho a sociálneho poradenstva, tu majú možnosť klientky zložiť sa a oddýchnuť si, najesť sa či dať si kávu a zúčastniť sa rôznych workshopov a kurzov – varenia, šitia, PC zručností, self-ekonomiky, z ktorých po absolvovaní dostanú certifikát, ktorý im môže pomôcť uplatniť sa v inej práci.

4 FIXPUNKT

Organizácia Fixpunkt poskytuje viacero nízkoprahových služieb zameraných na znižovanie škodlivých účinkov drog. Niekoľko z nich, ktoré videli streetworkeri:

4.1 APLIKAČNÁ MIESTNOSŤ

Realizujú program Kontaktného drop in centra v ktorom prevádzkujú aplikačnú miestnosť, resp. fajčiareň drog. Do oboch týchto miestností si klienti majú možnosť prísť bezpečne aplikovať drogu, pod dohľadom špecializovaného zdravotného personálu, ktorý je k dispozícii pre prípad, že by došlo k akútnej intoxikácii alebo iným ťažkostiam spojených s užitím drogy. Zaujímavosťou je, že vo fajčiarni nie je povolené fajčiť konope či tabak.

4.2 MOBILNÝ STREETWORK

Program mobilného streetworku, ktorý nám predstavili, zahŕňa okrem výmeny použitých ihiel a striekačiek aj zvlášť pojazdnú aplikačnú miestnosť, určenú ľuďom, ktorí nechcú alebo nie sú motivovaní z rôznych dôvodov opustiť miesto, kde sa zdržiavajú. Mobilný streetwork realizujú výlučne v karavanoch, kde človek realizuje výmenu/aplikáciu priamo v aute.

4.3 PREDAJNÉ AUTOMATY NA STRIEKAČKY

Fixpunkt už 20 rokov prevádzkuje v Berlíne automaty na striekačky a v súčasnosti ich prevádzkuje 16. Z nich si človek môže kúpiť sterilný zdravotnícky materiál pre aplikáciu drogy a prezervatívy. Je tak zabezpečená väčšia dostupnosť tohto materiálu pre prípad potreby bezpečnej aplikácie drogy pre človeka, ktorý nechce alebo nie je motivovaný z rôznych dôvodov využiť služby s vyššie nastaveným prahom. V novších automatoch sú umiestnené aj zberné nádoby na použité ihly a striekačky.

5 FRAU SUCHT ZUKUNFT

Projekt je zameraný na špecifické psychologické poradenstvo poskytované výhradne ženám v oblasti užívania drog. Výhradne pracovníčky tu pracujú v 11 programoch so ženami v rôznom veku, od mladých do 18 rokov až po staršie. V týchto programoch je ženám poskytované základné psychologické poradenstvo, život v svojpomocnej terapeutickej komunite, otvorené aj uzavreté chránené bývanie pre abstinujúce matky s deťmi, workshopy zamerané na bezpečný sex a bezpečnejšie užívanie drog, projekt kaviarne, kde pracujú abstinujúce klientky i sprostredkovanie zdravotnej starostlivosti.

DISKUSIA

Stáž v Berlíne ukázala len niečo málo o efektívnom fungovaní služieb v Nemecku. Prečo málo? Tamajšie služby datujú začiatok ich realizácie do roku 1970, a začali vznikať ako reakcia na zvyšovanie počtu HIV pozitívnych ľudí. Za ten čas až doteraz sociálne služby urazili veľmi dlhú cestu, z ktorej je za tak krátky čas možné vidieť len zlomok. Avšak fungujúci efektívny prístup, ktorí mali streetworkeri OZ Prima možnosť vidieť a počuť, zanechal hlboký dojem. Veľmi inšpirujúce bolo vidieť a cítiť efektívnosť a význam nízkoprahového prístupu v priamej práci s klientmi a to nielen na NGO úrovni, kde ani napr. chýbajúce zdravotné poistenie nie prekážkou na poskytnutie dôstojnej služby človeku. O.i. je zaujímavá skutočnosť ukotvenia financovania týchto služieb v zákonoch. Minimálne v tejto oblasti je silná odlišnosť od pomerov na Slovensku. Spomenuté projekty, ale aj množstvo

iných sociálnych projektov je zo zákona podporovaných či už na úrovni mestskej časti, mesta alebo samotnej krajiny, ktoré nielen kvôli prijatému zákonu majú záujem o podporu týchto nízkoprahových harm reduction služieb, ako výrazne efektívnych v práci v oblasti užívania drog, bezpečného sexu, etnických menšín a sociálne znevýhodneného prostredia ako takého. Organizácie nie sú každoročne závislé od úspešného získania grantových prostriedkov, čo je v Nemecku vnímané „len“ ako doplnková činnosť, ale môžu sa sústrediť na skvalitňovanie služieb a prácu s klientom. Práve preto tamojšie služby neustále napredujú a prispievajú tak k skvalitneniu života klientom a ich sociálnemu okoliu.

AUTORI

Mgr. Adam Janda
Občianske združenie Prima
Hviezdoslavovo nám. 17.
811 01 Bratislava,
+421 944 466 464
www.primaoz.sk
<https://www.facebook.com/primaoz>

Mgr. Karin Andrášiková
Občianske združenie Prima
Hviezdoslavovo nám. 17.
811 01 Bratislava
www.primaoz.sk
<https://www.facebook.com/primaoz>

ZAPÁJANIE ĽUDÍ, KTORÍ INJEKČNE UŽÍVAJÚ DROGY DO PROGRAMU VÝMENY INJEKČNÝCH STRIEKAČIEK

Iveta CHOVANCOVÁ – Miroslava ŽILINSKÁ

Abstrakt: Participácia užívateľov drog je dlhodobou významnou súčasťou harm reduction prístupu. Vďaka odporúčaniam svetových inštitúcií, ale aj prijatím Národnej protidrogovej stratégie na roky 2013-2020 by sa účasť užívateľov drog mala stať aktuálnejšou otázkou aj pre Slovensko. Príspevok pojednáva o skúsenostiach so zapojením injekčných užívateľov drog do programu výmeny injekčných striekačiek. V roku 2014 OZ Odyseus iniciovalo vytvorenie tímu komunitných dobrovoľníkov/čok za účelom zvýšenia kvality prevencie HIV a iných krvou prenosných infekcií. Cieľmi projektu bolo zvýšenie dostupnosti sterilných striekačiek, zvýšenie informovanosti o bezpečnejšom užívaní drog a posilnenie komunity. Okrem pozitív spojených s touto formou práce sme sa zamerali aj na výzvy a tzv. lessons learned.

Kľúčové slová: injekčné užívanie drog, zapájanie ľudí, ktorí injekčne užívajú drogy, peer edukácia

ÚVOD

V príspevku autorky predstavujú skúsenosti občianskeho združenia Odyseus so zapájaním ľudí z komunity injekčných užívateľov/liek drog* - komunitných dobrovoľníkov/čok (ďalej len KD). V rámci príspevku predstavia teoretické východiská práce s „peer“, medzinárodné odporúčania a samotné skúsenosti OZ Odyseus so zapájaním ľudí z komunity.

1 ZÁVÄZKY SLOVENSKEJ REPUBLIKY V OBLASTI ZAPÁJANIA ĽUDÍ, KTORÍ UŽÍVAJÚ DROGY A ODPORÚČANIA SVETOVÝCH INŠTITÚCIÍ

Zmysluplné zapájanie ľudí, ktorí užívajú drogy do drogovej politiky na Slovensku nemá tradíciu. Napriek individuálnym a skôr sporadickým snahám mimovládneho sektora zapájať komunitu injekčných užívateľov/liek drog do implementácie harm reduction služieb ostáva otázka aktívnej participácie komunity na drogovej politike na našom území nezodpovedaná, hoci rozhodne je relevantná.

V záujme dodržiavania ľudských práv, ale aj vzhľadom na efektivitu preventívnych snáh v oblasti HIV by sa malo stať zapájanie kľúčových komunit samozrejmosťou. Existujúce vedecké dôkazy totiž hovoria o tom, že napríklad **programy v oblasti zdravia sú efektívnejšie a ich výsledky lepšie, keď sa na nich podieľajú zasiahnuté populácie** (WHO, 2014).

Princíp zmysluplného zapájania ľudí, ktorí užívajú drogy sa zároveň premietol aj na politickej úrovni vo forme **Európskej drogovej stratégie (2013-2020)**, kde v prierezovej téme koordinácie nachádzame okrem iného prioritu 24.5. v znení: „*Podporovať a nabádať na aktívnu a zmysluplnú účasť a angažovanosť občianskej spoločnosti, vrátane mimovládnych organizácií, ako aj mládeže, užívateľov drog a príjemcov služieb súvisiacich s drogami, v procese tvorby a uplatňovania drogových politík na národnej úrovni, úrovni EÚ a medzinárodnej úrovni...*“.

Táto priorita sa súčasne objavuje v takmer identickej verzii aj v rámci slovenskej **Národnej protidrogovej stratégie na obdobie rokov 2013-2020**, ktorá bola schválená Vládou SR dňa 10. júla 2013 a je teda pre Slovenskú republiku aktuálna a záväzná.

Okrem tohto najaktuálnejšieho dokumentu z oblasti drogovej politiky je už 10 rokov pre Slovensko záväzná **Dublinská deklarácia o partnerstve v boji proti HIV/AIDS** z roku

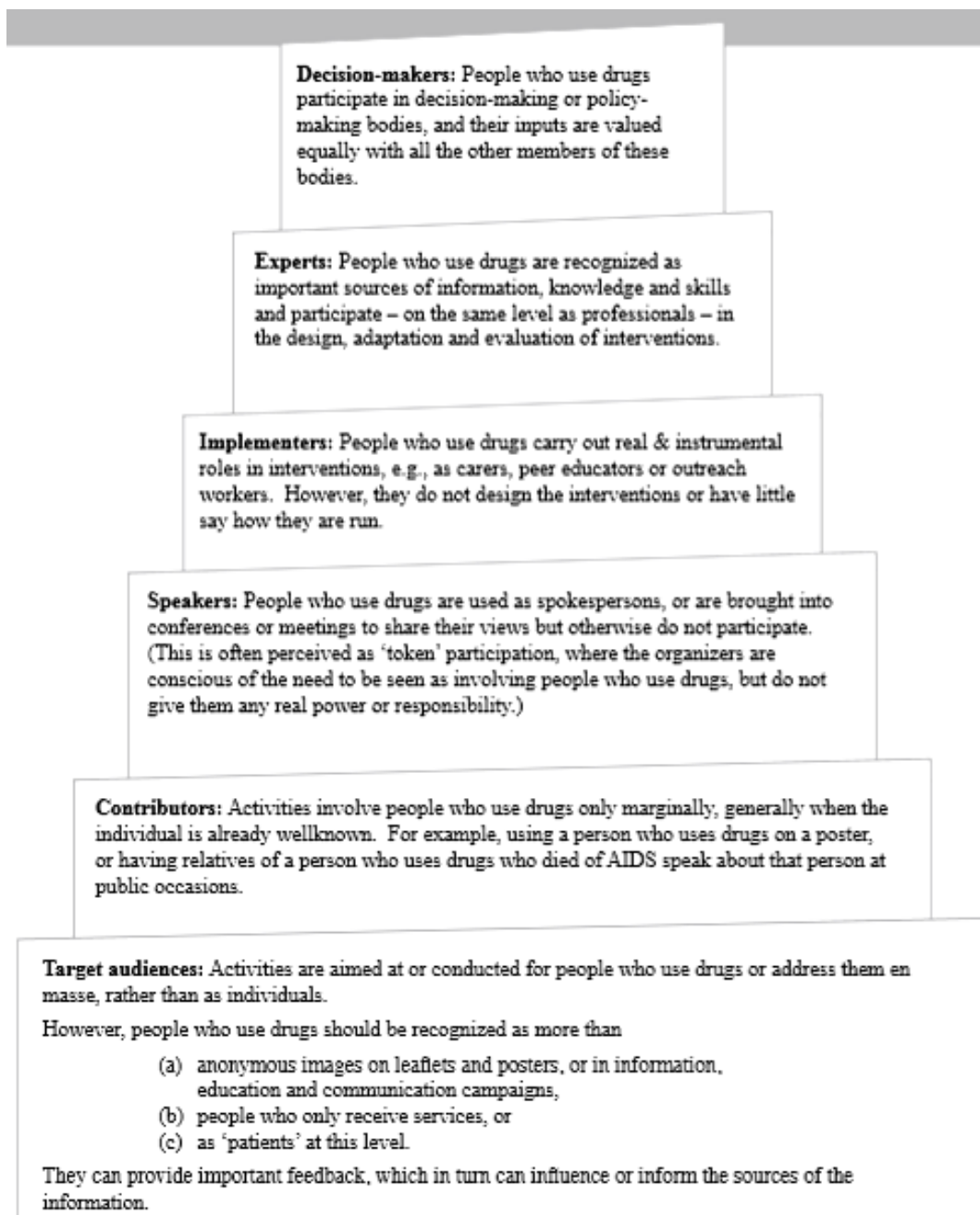
* Termín komunitný dobrovoľník/čka zodpovedá v tomto prípade anglickému výrazu „peer“. Vzhľadom na to, že na Slovensku neexistuje uspokojivý preklad slova „peer“, ktorému by rozumela verejnosť ako aj naše cieľové skupiny, rozhodli sme sa nechať samotnú komunitu rozhodnúť o mene/termíne pre zapojených ľudí z komunity. Počas ankety v rámci výkonu terénnej sociálnej práce bolo zvolené označenie „komunitný dobrovoľník/čka“.

2004, ktorej prijatím Slovenská republika uznala, že zásada zapojenia ľudí, ktorí žijú s HIV alebo sú zasiahnutí HIV je rozhodujúca pre etické a efektívne vnútroštátne intervencie proti epidémii. Aj po 10 rokoch však zároveň musíme konštatovať, že prihlásenie sa k tomuto záväzku ostalo iba na deklaratívnej rovine. Pritom aj **Svetová zdravotnícka organizácia** v smerniciach z júla 2014 označuje zmocňovanie (empowerment) komunití kľúčových populácií za nevyhnutné pre úspech intervencií v oblasti HIV a zaradila ho medzi základné odporúčania. Ďalej sa v dokumente uvádza, že zmocňovanie je rozhodujúce pre zlepšenie životných podmienok týchto populácií a tvorbu opatrení zameraných na práva a zdravie. Pritom zmocňovanie okrem iných foriem môže nadobúdať aj podobu zmysluplného zapájania ľudí z kľúčových populácií (WHO, 2014).

Ignorovaním týchto záväzkov a odporúčaní je na Slovensku významne ochudobnená nie len prevencia v oblasti HIV, ale aj realizácia protidrogovej stratégie, ktorá má rovnako celospoločenský význam a svoje ďalšie aspekty, ktoré sa dotýkajú napríklad efektivity vynaložených finančných prostriedkov v rámci dotačnej podpory Ministerstva zdravotníctva SR na podporu protidrogových aktivít a v neposlednom rade zámeru podporovať faktami podložené intervencie.

2 PODOBY ZAPÁJANIA ĽUDÍ, KTORÍ UŽÍVAJÚ DROGY

V kontexte aktívnej participácie ľudí, ktorí užívajú drogy sa ako nosná charakteristika zdôrazňuje zmysluplnosť. Existujú však pritom rôzne typy zapájania, ktoré predstavujú aj rôznu úroveň zmysluplnosti a aplikácie princípu aktívnej účasti. Pre ilustrovanie a opis odlišných typov uvádzame tzv. Pyramídu zapájania, vid' Obr. 1 (Jürgens, 2008). Stúpaním po pyramíde pritom rastie rozsah uplatňovania princípu zmysluplného zapájania – najvyšší level reprezentuje jeho úplnú implementáciu.



Obrázok 1 Pyramída zapájania (Jürgens, 2008)

Praktické skúsenosti OZ Odysseus môžeme zaradiť najmä na implementátorskú úroveň.

3 ZAPÁJANIE KOMUNITNÝCH DOBROVOĽNÍKOV V PRAXI OZ ODYSEUS

Samotnému zapájaniu KD predchádzala **príprava tímu**. V rámci tejto prípravy prebehlo 2-dňové vzdelávanie, spoločná príprava interných smerníc, ktoré upravujú spoluprácu OZ Odysseus a KD a tvorba zmluvy pre KD. Interné smernice práce spolu so zmluvou pomohli ukotviť a zadefinovať podmienky spolupráce, ale aj jej podobu, čím sme minimalizovali možné riziká spolupráce pre obe strany a prispeli tak ku kvalitnejšej komunitnej práci.

V rámci vzdelávania prebehla diskusia v tíme aj o **výbere** zapojených KD. Vzhľadom na limitujúce finančné možnosti sme sa rozhodli pre zapájanie max 4 -5 KD naraz, pri čom KD vyberá tím terénnych sociálnych pracovníkov/čok OZ Odysseus po spoločnej diskusii a zhode. Výber sme podmienili maximalizáciou efektívnosti intervencie peer edukácie s dôrazom na

hľadanie viacnásobného znevýhodnenia a zraniteľnosti. V rámci komunity ľudí, ktorí injekčne užívajú drogy sú to napríklad mladí ľudia, ľudia, ktorí zároveň pracujú v pouličnom sex-biznise, ľudia bez domova či ľudia z lokalít, kde neprebíha výmena injekčných striekačiek. Dôležité bolo tiež nájsť takých KD, ktorí budú pôsobiť v rôznych lokalitách.

O pripravovanej aktivite OZ Odysseus boli cieľové skupiny informované aj prostredníctvom časopisu INTOXI, ktorý vychádza v náklade 150-200 ks/mesačne. Každý klient a každá klientka mali možnosť uchádzať sa o pozíciu KD, pri čom ich záujem bol podrobne prebraný na danej službe a následne v tíme TSP.

Pred začatím spolupráce a pred samotným podpisom dobrovoľníckej zmluvy sme s kandidátom/kou na pozíciu KD prediskutovali tieto body:

- **podmienky spolupráce** (vek min. 18 rokov, príslušnosť ku komunite inj. užívateľov/liek drog, nezdialanie domácnosti s maloletou osobou a pod.)
- **práva** (napr. KD má nárok na odmenu vo forme potravinového alebo hygienického balíčka v hodnote cca 4 EUR, má právo bez udania dôvodu zo spolupráce odstúpiť a pod.)
- **povinnosti** (stretnutie s TSP min. 2x mesačne, vzdelávanie sa, výmena striekačiek a poradenstvo vo svojich komunitách atď.)
- **bezpečnosť** (KD získava laminovaný preukaz s kódom, ktorým sa môže pri kontakte s políciou preukázať a službukonajúci pracovníci/čky polície si môžu na tel. číslo overiť, či človek s prideleným kódom pôsobí ako KD OZ Odysseus, zaškolenie o narábaní s potenciálne infekčným odpadom a pod.)
- **riziká spolupráce** (strata súkromia, riziká pri manipulácii s infekčným odpadom, a pod.)

Stretnutie s KD v roku 2014 prebiehalo počas bežných služieb TSP, napriek tomu, že združenie ponúkalo aj možnosť individuálnych stretnutí a dochádzania za KD. Priemerná dĺžka jedného stretnutia sa pohybovala v rozmedzí 20-30 minút. Počas stretnutia prebehla výmena a distribúcia zdravotného materiálu, vrátane info-edukačných materiálov, vzdelávanie, objednávka odmeny-balíčka a prebratie skúseností KD s jeho prácou počas týždňa. Celý proces práce s KD bol následne zaznamenaný v internej správe, ku ktorej mal prístup celý tím terénnych soc. pracovníkov/čok. V rámci pravidelných stretnutí tímu bol vyhradený čas na diskusiu práve o práci s KD a naplánovaní ďalších krokov s KD.

3.1 VÝSLEDKY A ÚSPECHY ZAPÁJANIA KD

Spolupráca s KD sa ukázala ako veľmi efektívna. Za obdobie máj-október 2014 sme zapojili celkom 5 KD, ktorí spoločne distribuovali 8700 injekčných striekačiek, 162 kondómov 224 info-edukačných materiálov a časopisov INTOXI vo svojich komunitách. Späť na výmenu priniesli viac ako 6130 použitých injekčných striekačiek, to znamená, že dokázali počas svojej práce zabezpečiť návratnosť až 70 % striekačiek. V radoch KD sme mali mladého injekčného užívateľa pervitínu a heroínu, ženu, ktorá pracuje v pouličnom sex-biznise a užíva drogy, 2 injekčných užívateľov v lokalite tzv. Pentagonu v Bratislave (pôsobili v rôznom časovom období) a užívateľa pervitínu, ktorý býva v komunite ľudí bez domova v bratislavskej lokalite, kde neprebíha výmena injekčných striekačiek.

Síce sme nepožadovali, aby si KD viedli evidenciu svojej práce, ale počas kontaktu s nimi sme pravidelne zisťovali informácie o priebehu ich práce. Na základe týchto rozhovorov môžeme usúdiť, že počet ľudí, s ktorými KD pracujú je variabilný – istý KD sa pohyboval v užšej komunite asi 8 injekčných užívateľov drog, iný udával až 20 ľudí.

Poskytovanie poradenstva a konzultácií v oblasti bezpečnejšieho užívania drog predstavovalo výzvu jednak pre KD, ale aj pre tím TSP OZ Odysseus. KD, ako odborníci/čky na dané témy často uvádzali, že nevedia, ako podávať informácie ďalej alebo že ich okolie nemá o informácie záujem. Spoločne sme tak prišli na to, že skutočná výhoda ich poradenských

možností je práve v príležitosti poskytovať informácie v neformálnych situáciách alebo v situáciách, keď sú presne v danom momente potrebné (napríklad, pri príprave dávky). Povzbudzovali sme KD, aby do poradenstva vniesli svoje skúsenosti a šírili odporúčania aj na základe nich, ale tiež, aby si napríklad pri konzultácii pomáhali edukačnými brožúrkami či zápalkami s edukačným odkazom. Napriek tomu, že KD boli skôr pesimistickí pri hodnotení svojich konzultácií, v rozhovoroch sme zisťovali, že KD konzultujú do omnoho väčšej miery ako si sami uvedomujú. To môže byť následkom práve toho, že šíria informácie, ktoré už vedia a je pre nich prirodzené – poradiť a pomôcť druhým.

Súčasťou starostlivosti o KD bola aj povinnosť tímu terénnych soc. pracovníkov/čok zisťovať, či sa KD stretáva pri práci aj s nejakými problémami, ťažkosťami či dilemami. KD väčšinou udávali bezproblémový priebeh ich práce, mnohí to nevnímali ani ako záťaž. Častým problémom, ktorý udávali však bola návratnosť použitých injekčných striekačiek. Odyseus odporúčal KD, aby menili striekačky „kus za kus“, realita však stavala KD do situácií, kedy distribuovali na osobu viac injekčných striekačiek a kedy nie vždy získali použité naspäť. Mnohí to kompenzovali tak, že oni sami zbierali pohodené použité striekačky zo zeme alebo oslovili známych, aby pre nich striekačky pozbierali. Dvaja KD spomenuli, že na miestach, kde sa frekventovane užívajú injekčne drogy zanechávali pár sterilných striekačiek rovnako ako fľašu, do ktorej následne užívateľ/ka mohli použitú striekačku hodiť. Miesto chodili pravidelne kontrolovať a použité striekačky z daného miesta odnášali na výmenu OZ Odyseus.

Síce nie frekventovanému, ale za to závažnému problému čelili niektorí KD pri kontakte s políciou. Veľké množstvo použitých striekačiek často vzbudilo podozrenie. Všetci KD boli na začiatku spolupráce vybavení laminovanou kartou s ich kódom a odkazom na OZ Odyseus spolu s tel. číslom na koordinátorku projektu, na ktoré mohol príslušník/čka Policajného zboru zatelefonovať. Podľa dohody s KD, koordinátorka projektu mohla políciou potvrdiť, že človek s prideleným kódom pracuje ako dobrovoľník/čka pre OZ Odyseus a že je poučený o narábaní s potenciálne infekčným odpadom, ktorého likvidáciu zabezpečuje OZ Odyseus. Za celé trvanie projektu nikto telefonicky koordinátorku nekontaktoval, za to od KD vieme, že viackrát im tento preukaz pomohol pri kontakte s políciou. Neúspech sme zaznamenali len raz, kedy príslušníci zabavili aj sterilný materiál. KD nepodal bližšie informácie o čine a neželal si, aby OZ Odyseus podalo na konanie polície sťažnosť.

4 ODPORÚČANIA PRE PRÁCU S KOMUNITNÝMI DOBROVOĽNÍKMI A DOBROVOĽNÍČKAMI

Na základe našich skúseností so zapájaním ľudí z komunity si dovoľujeme zdôrazniť viaceré odporúčania a pravidlá, ktoré sa tímu OZ Odyseus pri práci s KD osvedčili. V neposlednom rade osvetlíme aj výzvy, ktoré prináša práca s KD a na ktoré je potrebné sa v budúcnosti zamerať s cieľom rozvoja a zvyšovania účinnosti zapájania ľudí z komunity.

Kľúčovým odporúčaním je **minimalizácia rizík a poškodení súvisiacich s komunitnou prácou** pre dobrovoľníka. Riziká môžu byť vzhľadom na rôznorodosť komunit špecifické, uvedieme preto len niektoré, ktoré sme identifikovali v „teréne“ tímu KD OZ Odyseus:

- strata súkromia (môže byť ťažké odmietnuť niekomu vymeniť materiál, hoci záujemca príde v noci alebo v nevhodnej chvíli, najmä ak ide známeho či starého priateľa)
- riziko infekcie pri náhodnom poranení
- viditeľnosť (či už zvýšená viditeľnosť a identifikovateľnosť pre políciu alebo aj v rámci komunity, susedstva)
- v prípade zvažovania zmeny užívania (liečba, zníženie frekvencie užívania a množstva užitej drogy) môže byť kontakt s komunitou či so striekačkami problematický (berúc do úvahy fenomén závislosti na ihle či rituálne správanie spojené s užívaním drogy a s prostredím KD)

Tieto riziká treba jasne komunikovať už pred začatím spolupráce s KD a KD musí mať dostatočný čas na to premyslieť si, či benefity, ktoré s komunitnou prácou získa prevyšujú uvedené či iné riziká. Okrem rozhovoru možno viaceré riziká ošetriť aj inými nástrojmi – akými bol napríklad preukaz pre KD, zabezpečenie očkovania proti hepatitíde typu B13, jasné definovanie práce KD pred ostatnými klientmi/klientkami a pod.

Je dôležité počas práce dodržiavať zásadu **rovnocennosti** – KD je nositeľom informácií, ktoré možno nie sú vedecky podložené a overené, sú však podložené skúsenosťou. Nepodceňujte a nezľahčujte skúsenosti KD, pracujte s nimi a využite ich v prospech komunitnej práce. **Povzbudzujte zdieľanie skúseností v komunite** – či už pozitívnych alebo negatívnych. Silnou stránkou KD sú práve ich skúsenosti, ktoré sú komunitou prijímané – je preto dôležité spojiť ich s informáciami od terénnych sociálnych pracovníkov/čok. Tak je poradenstvo pre skryté komunity dostupnejšie a atraktívnejšie.

Ak chcete spoluprácu s KD skutočne rozvíjať, **buďte úprimní a otvorení**. Len štúdium odborných manuálov a príručiek pracovníkom/čkam nezabezpečí schopnosť pracovať formou individuálneho prístupu pri práci s KD. Tá pritom bude natoľko jedinečná, že okrem pravidiel a „best practices“ si vyžaduje veľkú mieru empatie, akceptácie a intuície. Komunikujte a otvorene hovorte s KD o procesoch či problémoch, ktoré nastávajú, rovnako nezabúdajte chváliť. Buďte otvorení a úprimní aj voči komunite, napríklad pri výbere KD – netvrdzte, že KD sa môže stať každý, pokiaľ to naozaj nie je pravda. S úprimnosťou zjédete najďalej – tá je potrebná už na začiatku, kedy treba pomenovať aj o nevýhody, ktoré pre KD zo spolupráce plynú. Čím viac odhalíte, tým viac minimalizujete to, čoho sa obáva mnoho sociálnych pracovníkov/čok – klamania či zatajovania zo strany klientov/ok.

ZÁVER A VÝZVY

OZ Odyseus plánuje v zapájaní KD pokračovať aj naďalej v roku 2015 a spoluprácu rozvíjať. Výzvou ostáva, pre akú podobu rozvoja spolupráce s komunitou sa rozhodneme a ako takúto spoluprácu zabezpečíme tak, aby bola udržateľná, rozvojová a zároveň výhodná pre obe strany. Symbolický balíček ako odmena pre KD síce poteší, no ani zďaleka neodzrkadľuje skutočnú hodnotu a námahu vykonanej práce KD. Medzi otázky, ktoré je potrebné riešiť spadajú aj tieto:

- Ako zabezpečiť financovanie odmien pre KD tak, aby boli pre ľudí z marginalizovaných komunit výhodné a motivujúce vzhľadom na početné dlžoby a exekúcie?
- Ako zabezpečiť udržateľnosť financovania zapájania ľudí z komunity, keď sú pre nich požiadavky grantových schém verejných inštitúcií zväčša nesplniteľné (vysokoškolské vzdelanie, výpis z registra trestov...)?
- Ako im umožniť plnohodnotne sa začleniť na trh práce (vo forme komunitnej práce) s obmedzeniami, ktoré ich život často prináša, ako nestabilné bývanie, užívanie drog, drogová závislosť a iné?

Napriek týmto výzvam chceme v zapájaní a posilňovaní komunity naďalej pokračovať s presvedčením, že komunita ľudí, ktorí injekčne užívajú drogy sa má a bude podieľať na hľadaní najlepších a najefektívnejších spôsobov.

Informácie o zapájaní komunitných dobrovoľníkov spolu s odkazmi na najvýznamnejších donorov tejto aktivity nájdete aj vo videu na: <http://youtu.be/ioL-3HXRKVw>

¹ Počas spomínaného obdobia sa v rámci projektu očkovanie neuskutočnilo. Záujem o očkovanie zo strany KD nebol prítomný a je pravdepodobné, že viacerí boli v minulosti vakcinovaní v rámci programu CPLDZ v Bratislave, ide však o medzeru, ktorej do budúcnosti musíme venovať bližšiu pozornosť.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care For Key Populations. Geneva, World Health Organization, Depart. of HIV/AIDS, 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations>, 10 November 2014)

Dublinská deklarácia o partnerstve v boji proti HIV/AIDS, 2004

EU Drugs Strategy (2013-2020)

Jürgens R. *“Nothing about us without us” — Greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: A public health, ethical, and human rights imperative.* Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance, Open Society Institute, 2008.

Národná protidrogová stratégia SR na obdobie rokov 2013-2020

UNAIDS Guidance for partnerships with civil society, including people living with HIV and key populations. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2011 (http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2236_guidance_partnership_civilsociety_en.pdf, 10 November 2014)

AUTORKY

Bc. et Bc. Iveta Chovancová

OZ Odyseus

Haanova 10, 852 23 Bratislava

chovancova@ozodyseus.sk

+421 903 786 706

www.odyseus.org, www.drogy.org, www.hivaid.sk

Mgr. Miroslava Žilinská

OZ Odyseus

Haanova 10, 852 23 Bratislava

zilinska@ozodyseus.sk

+421 903 786 708

www.odyseus.org, www.drogy.org, www.hivaid.sk

HARM REDUCTION PRÍSTUP PRE ŽENY PRACUJÚCE V SEX – BIZNISE

Alexandra PÓDOVÁ - Olívia STRELKOVÁ - Iveta CHOVANCOVÁ

Abstrakt: *Znižovanie rizík a škôd hrá významnú úlohu nie len v kontexte užívania drog, ale aj v oblasti sex-biznisu. Osoby pracujúce v sex-biznise, sú okrem rizika sexuálne prenosných infekcií vystavené aj násiliu zo strany zákazníkov, okoloidúcich, ale aj zo strany inštitúcií, ktoré by ich mali chrániť a pomáhať im.*

Cieľom príspevku je zhrnutie praktických informácií a rád, ktoré sme získali vďaka priamej spolupráci so ženou dlhoročne pracujúcou v sex-biznise. Vďaka týmto informáciám je možné predchádzať zdravotným problémom, násiliu a iným nepriaznivým situáciám v živote ľudí pracujúcich v sex-biznise a napomôcť k zvýšeniu kvality ich života.

Kľúčové slová: *znižovanie rizík, harm reduction, sex-biznis, násilie*

ÚVOD

OZ Odyseus definuje harm reduction ako prístup, ktorý v sebe zahŕňa súbor stratégií zameraných na predchádzanie a znižovanie zdravotných, sociálnych a ekonomických poškodení, súvisiacich s rizikovým správaním sa a/alebo ohrozujúcim prostredím na úrovni jednotlivca, komunity a spoločnosti. Cieľom je akákoľvek pozitívna zmena (OZ Odyseus, 2008).

OZ Odyseus vníma sex-biznis ako prácu, v rámci ktorej dochádza ku dobrovoľnému predaju sexuálnych služieb medzi dvoma dospelými osobami. Takéto chápanie sex-biznisu je v súlade s terminológiou Programu Organizácie Spojených národov pre oblasť HIV a AIDS (UNAIDS, 2007) ako i samotných ľudí pracujúcich v sex-biznise (napr. Leigh, 1997).

OZ Odyseus sa venuje ľuďom pracujúcim v pouličnom sex-biznise prostredníctvom programu Červený dáždňík. Prístup harm reduction môžeme v rámci pouličného sex-biznisu uplatniť rôznymi spôsobmi. Najčastejšie témy na ktoré sa v tomto smere zameriavame sú násilie páchané na ľuďoch pracujúcich v sex-biznise, bezpečnosť pri práci v sex-biznise a bezpečnejší sex (OZ Odyseus, 2007).

OZ Odyseus sprostredkúva ľuďom pracujúcim v sex-biznise informácie, ktoré vychádzajú z dlhoročných skúseností a poznatkov samotných ľudí pracujúcich v sex-biznise a ich praktické využitie je nimi overené. Týmto informáciami je možné predísť zdravotným problémom, násiliu a iným nepriaznivým situáciám v živote ľudí pracujúcich v sex-biznise a napomôcť k zvýšeniu kvality ich života. Medzi takéto informácie patria aj informácie o voľbe oblečenia a miesta pri práci, no chceme zdôrazniť, že ide len o praktické rady. OZ Odyseus sa nestotožňuje s odporúčaniami, ktoré ženám radia ako sa „správne“ obliecť prípadne kde sa majú resp. nemajú pohybovať, aby predišli násiliu zo strany agresora. Takéto rady prenášajú zodpovednosť za násilie na ženy a ospravedlňujú agresorov. V žiadnom prípade nie je vysvetlením, či dokonca ospravedlnením, ak k násiliu/znásilneniu dôjde v tmavom parku a žena je oblečená v minisukni. Žiadna okolnosť násilie alebo znásilnenie neospravedlňuje.

1 HARM REDUCTION A NÁSILIE PÁCHANÉ NA ĽUĎOCH PRACUJÚCICH V SEX-BIZNISE

Cieľom aplikácie prístupu harm reduction v tejto oblasti je predchádzať zdravotným problémom, násiliu a iným nepriaznivým situáciám v živote ľudí pracujúcich v sex-biznise a napomôcť k zvýšeniu kvality ich života. Jednou z možností, ako tento cieľ dosiahnuť, je vzájomná výmena informácií medzi ľuďmi pracujúcimi v sex-biznise. Upozorňovanie na agresívne alebo inak nevhodne správajúcich sa zákazníkov je jednou z možností ako predchádzať opakovanému bitiu, znásilneniu či okradnutiu. Zdieľanie informácií zároveň

podporuje spolupatričnosť, ktorá je jedným z nevyhnutných predpokladov pre komunitnú sociálnu prácu ako metódu sociálnej práce smerujúcu k podpore sociálnej inklúzie ľudí pracujúcich v sex-biznise (Payne, 2014).

V praxi terénnej sociálnej práce môžeme harm reduction prístup aplikovať napr. nasledujúcim spôsobom: ženám, ktoré pracujú v pouličnom sex-biznise sú distribuované kartičky, na ktoré si môžu zapísať základné údaje o agresívnom zákazníkovi, napr. jeho odhadovanú výšku, hmotnosť, vek, farbu vlasov, očí, popis oblečenia ŠPZ a farbu auta, či ďalšie „poznávacie znamenia“ ako tetovanie, poruchu reči, piercing a pod. Naše skúsenosti hovoria, že napadnutá žena si dokáže na agresorovi všimnúť veľa detailov. Potrebuje však čas a trpezlivú a citlivú komunikáciu, aby bola schopná tieto detaily pomenovať. Zápis na kartičku jej môže pomôcť rozpamätať sa na dôležité skutočnosti, ktoré sú využiteľné aj pre prípad, že sa rozhodne čin oznámiť na polícii.

Na druhej strane kartičky je miesto aj na zapísanie údajov o policajnej hliadke, ktorá prekročila svoje právomoci, alebo sa inak nevhodne správala. Informácie o agresívnych zákazníkoch ďalej šíriame prostredníctvom časopisu INTOXI.* V minulosti sme informácie o agresívnych zákazníkoch (tzv. Bad Date List) šírili aj na skupinových stretnutiach žien pracujúcich v sex-biznise a rovnako sme v teréne distribuovali „brožúrky“ - zviazané informácie o týchto zákazníkoch. Tie obsahovali dátum a miesto (kedy a kde došlo k neprijemnej skúsenosti so zákazníkom), popis zákazníka, popis celej situácie (akú službu chcel, ako sa pri tom správval a pod.) Každá žena si tak v prípade pochybností mohla skontrolovať či sa zákazník nachádza alebo nenachádza v tomto zozname a prípadne mu odmietnuť poskytnúť služby.

Medzi ďalšie služby, ktorým sa OZ Odyseus z hľadiska harm reduction prístupu venuje, môžeme zaradiť sprevádzanie k lekárom a krízovú intervenciu. V prípade, ak žena prežila násilie, je potrebné vedieť vhodne reagovať a reflektovať jej potreby: zabezpečiť jej pomoc formou konzultácie/poradenstva, sprevádzania na vyšetrenie k lekárovi, informovať ju o možnosti nahlásenia činu na polícii, v prípade potreby jej vedieť sprostredkovať kontakt na právnik, psychológa a odkázať ju na centrá pomoci obetiam násilia.

2 HARM REDUCTION A BEZPEČNOSŤ PRI PRÁCI V POULIČNOM SEX-BIZNISE

S násilím páchaným na ľuďoch pracujúcich v sex-biznise úzko súvisí aj dôraz na zabezpečenie najvyššej možnej bezpečnosti pri výkone tejto práce. Jednou z možností, ako predchádzať násiliu zo strany agresora, môže byť voľba oblečenia a obuvi. Napríklad, môže byť nebezpečné nosiť na krku šatku (hrozí riziko uškrtenia zo strany agresora), topánky s vysokým opätkom zase môžu znemožniť rýchly útek v prípade núdze. Je dôležité sprostredkovať aj informácie o tom, ako si dávať pozor na peniaze a doklady, aké výstražné správanie si majú všímať na zákazníkovi a podobne.

Pre tieto účely OZ Odyseus vytvorilo za pomoci ženy pracujúcej v sex-biznise info-edukačný materiál - brožúrku s názvom „Myslime na svoju bezpečnosť“ (Obr.1) (Pódová- Tornóczyová-Jirešová, 2012).

Brožúrka je vytvorená na základe dlhoročných skúseností samotných žien pracujúcich v pouličnom sex-biznise. Obsahuje tipy a rady zamerané práve na oblasť zvyšovania bezpečnosti pri práci v sex-biznise (napr. voľba miesta, na čo si treba dávať pri práci pozor, ako sa môžu ženy pracujúce v sex-biznise navzájom chrániť a kontrolovať). Brožúrka tak pomáha predchádzať rôznym negatívnym skúsenostiam s agresívnymi zákazníkmi. Tieto informácie slúžia ženám pracujúcim v sex-biznise k zvýšeniu ich bezpečnosti pri práci na

* Časopis INTOXI vydáva OZ Odyseus raz mesačne pre svojich klientov a klientky. Je to jeden z nástrojov vďaka ktorému sa môžu (nielen) ženy pracujúce v sex-biznise dozvedieť rôzne informácie. Častými témami sú ľudské práva, zdravie, bezpečnejší sex a iné. Klientky a klienti OZ Odyseus sú častými prispievateľkami a prispievateľmi do časopisu.

ulici, súčasne je však potrebné ich uvážlivou distribúciou minimalizovať riziko, že budú zneužit v neprospech žien pracujúcich v sex-biznise.

Špeciálny význam majú dané informácie pre ženy, ktoré práve začínajú pracovať v pouličnom sex-biznise a ich skúsenosti s prevenciou násilia sú limitované.

Za ďalšiu dôležitú súčasť aplikácie harm reduction prístupu z pohľadu zvyšovania bezpečnosti pri práci v sex-biznise považujeme distribúciu reflexných pásikov. Ženy pracujúce v sex-biznise pracujú na okraji cesty, v rôznych podmienkach viditeľnosti a ako účastníčky cestnej premávky sú od 1.1.2014 povinné nosiť reflexné prvky nielen mimo obce ale aj v obci (Zákon č. 49/2014 Z.z.). Ich distribúcia napomáha k lepšej viditeľnosti klientok a tým k bezpečnosti cestnej premávky, no taktiež k predchádzaniu pokutovania klientok zo strany polície a ujme na zdraví či živote, ktoré im môže spôsobiť nevhodný/á vodič/vodička.

3 HARM REDUCTION A BEZPEČNEJŠÍ SEX

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) platí, že „ženy pracujúce v sex-biznise sa v situáciách, kedy nemajú prístup ku kondómom, informáciám o prevencii HIV, zdravotným službám alebo im je z akýchkoľvek dôvodov bránené v ochrane ich zdravia alebo používaní kondómov, dostávajú do zvýšeného ohrozenia vírusom HIV“ (WHO, 2005). Pre OZ Odysseus je preto distribúcia kondómov (ženských aj mužských) a lubrikačných gélov ako aj poskytovanie poradenstva a sprostredkovanie sprevádzaní k lekárom samozrejmosťou. Pomáhame tak predchádzať šíreniu pohlavne prenosných infekcií (PPI) a poskytujeme možnosť ochrany zdravia ľuďí poskytujúcich i využívajúcich platené sexuálne služby.

Ľudia pracujúci v sex-biznise často nemajú prístup k testovaniu na HIV a iné PPI. Dôvody prečo tomu tak je sú rôzne. Patrí medzi ne násilie alebo strach z násilia, ale aj diskriminácia, ktorej musia čeliť (WHO, 2005).

Úspešná prevencia PPI je však podmienená dostupnosťou dobrovoľného, dôverného a anonymného testovania na protilátky infekcií s nevyhnutnou podmienkou kvalitného pred- a potestového poradenstva. Rovnako dôležité je zabezpečenie následnej starostlivosti v prípade reaktívneho výsledku testu.

Ak bude prístup k týmto službám zabezpečený pre všetkých ľudí pracujúcich v sex-biznise, je možné dosiahnuť pokrok v boji proti HIV či iným PPI.

OZ Odysseus z vyššie uvedených dôvodov poskytuje priamo v teréne aj anonymné a bezplatné testovanie na protilátky HIV. Od 1.1.2014 do 31.10.2014 sa v teréne dalo otestovať na HIV protilátky 30 klientov/ok. Na syfilis sa, počas tohto obdobia, dalo v teréne otestovať 39 klientov/ok.

So ženami pracujúcimi v pouličnom sex-biznise je dôležité hovoriť o bezpečnejšom sexe a sexuálne prenosných infekciách. Počas workshopov v teréne majú možnosť natrénovať si správne použitie mužského i ženského kondómu – jeho aplikáciu na umelom penise a umelej vagíne. Počas týchto workshopov sú poskytované konzultácie a poradenské rozhovory na tému prevencie pred PPI (napr. tipy, ako predchádzať prasknutiu kondómu, prečo je dôležité pri každej sexuálnej praktike použiť kondóm, latexové rukavice alebo rúšku Hot-Dam).

Na ženy pracujúce v sex-biznise je často vyvíjaný nátlak zo strany zákazníkov, nepoužiť kondóm pri orálnom sexe alebo aj pri iných sexuálnych praktikách. „Pre ženy pracujúce v sex-biznise je náročné vyjednávať podmienky bezpečnejšieho sexu s intímnymi partnermi a zákazníkmi, nakoľko sa boja, že z ich strany budú vystavené fyzickému alebo psychickému násiliu“ (WHO, 2005).

So ženami pracujúcimi v sex-biznise preto konzultujeme, aké tipy a triky použiť, aby sa mohli čo najlepšie chrániť pred PPI a zároveň zvýšili motiváciu svojich zákazníkov použiť kondóm s minimalizáciou rizika, že budú vystavené agresii. Pre lepšiu informovanosť o PPI a spôsoboch ich šírenia tiež rozdávame v teréne brožúrky o tejto téme.

4 HARM REDUCTION V OZ ODYSEUS A SEX-BIZNIS V ČÍSLACH

Počas roka 2013 sa OZ Odyseus podarilo

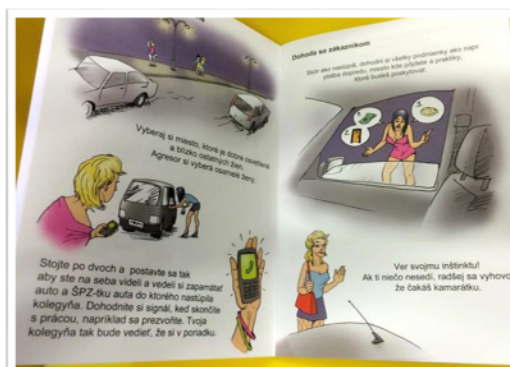
- ✓ kontaktovať **224** žien pracujúcich v pouličnom sex-biznise
- ✓ distribuovať **15 972** mužských kondómov
- ✓ uskutočniť **62** workshopov o bezpečnejšom sexe a ukážok navliekania kondómu
- ✓ uskutočniť **376** poradenských rozhovorov a konzultácií na tému bezpečnejší sex, pohlavne prenosné infekcie, sex-biznis, ľudské práva a násilie
- ✓ uverejniť **23** článkov o sex-biznise, pohlavne prenosných ochoreniach a bezpečnejšom sexe v časopise INTOXI

ZÁVER

Prístup harm reduction bol dlhodobo vnímaný takmer výlučne ako súčasť starostlivosti o ľudí užívajúcich drogy. Dnes je už nespochybniteľné, že má svoje miesto aj v rámci terénnej sociálnej práce s osobami pracujúcimi v sex-biznise. S prácou v sex-biznise sú spojené určité riziká a je preto prirodzené rozvíjať služby, ktoré pomáhajú tieto riziká znižovať. Pri aplikácii prístupu harm reduction v oblasti terénnej sociálnej práce s osobami poskytujúcimi sexuálne služby je potrebné rozmyšľať tvorivo, počúvať ich, reflektovať ich potreby a zapájať ich do rozhodovania o službách, rovnako ako ich koncipovania a implementácie. Osoby pracujúce v sex-biznise najlepšie vedia čo potrebujú, vedia aké riziká im ich práca prináša a majú často najužitočnejšie nápady a rady, ako sa v situáciách, kedy sú ohrozené/í chrániť.



Obrázok 1 Myslime na svoju bezpečnosť- informačno-edukačný materiál OZ Odyseus pre ženy pracujúce v sex-biznise



Obrázok 2 Myslime na svoju bezpečnosť - informačno-edukačný materiál OZ Odyseus pre ženy pracujúce v sex-biznise

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

LEIGH, C. 1997. *Inventing Sex Work*. In: NAGLE, J. *Whores and Other Feminists*. New York, NY: Routledge, 1997. ISBN 0-415-91822-7, s. 225 – 231.

PAYNE, Malcolm. 2014. *Modern Social Work Theory*. Hampshire, UK: Palgrave Macmillan, 2014. ISBN 978-0-230-24960-8.

PÓDOVÁ, A.- TORNÓCZYOVÁ, E.- JIREŠOVÁ, K. 2012. *Myslím na svoju bezpečnosť*. Bratislava: OZ Odysseus, 2012. 16 s. ISBN 978-80-970070-5-8

UNAIDS' Terminology Guidelines [online]. 2007. [cit. 2014-11-20]. Dostupné na: http://data.unaids.org/pub/MediaAdvisory/2007/20070328_unaids_terminology_guide_en.pdf

Violence against sex workers and HIV prevention [online]. 2005. [cit. 2014-11-20]. Dostupné na: <http://www.who.int/gender/documents/sexworkers.pdf>

Zákon č. 49/2014 Z.z. o cestnej premávke a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Základné informácie o harm reduction [online]. 2008. [cit. 2014-11-20]. Dostupné na: http://www.odysseus.org/index.php?option=com_content&view=article&id=82&Itemid=132

Základné informácie o sex-biznise [online]. 2007. [cit. 2014-11-20]. Dostupné na: http://www.odysseus.org/index.php?option=com_content&view=article&id=88&Itemid=138

AUTORKY

Alexandra Pódová

OZ Odysseus

Haanova 10, 852 23 Bratislava

podova@ozodyseus.sk

+421 252 494 344

www.odysseus.org, www.drogy.org, www.hivaidssk.sk

Mgr. Olívia Strelková

OZ Odysseus, Haanova 10

852 23 Bratislava

sexwork@ozodyseus.sk

0940 510 095

www.odysseus.org, www.drogy.org, www.hivaidssk.sk

Bc. et Bc. Iveta Chovancová

OZ Odysseus

Haanova 10, 852 23 Bratislava

chovancova@ozodyseus.sk

0903 786 706

www.odysseus.org, www.drogy.org, www.hivaidssk.sk

VYUŽITIE PRÍSTUPU HARM REDUCTION V PRÁCI S ĽUĎMI BEZ DOMOVA

Martina Drzsíková

Abstrakt: *Príspevok sa zaoberá využitím prístupu Harm Reduction v práci s ľuďmi bez domova. Ľudia bez domova sú marginalizovanou skupinou obyvateľov a napriek mnohým faktorom, ktoré s touto cieľovou skupinou súvisia, je nutné s nimi pracovať. Prístup Harm Reduction je vo všeobecnom ponímaní chápaný ako filozofia znižovania rizík. Hoci je tento prístup aplikovaný v práci s injekčnými užívateľmi drog, je možné identifikovať paralely týchto dvoch cieľových skupín, a to injekčných užívateľov drog a ľudí bez domova a teda aj využitie tohto prístupu v práci s ľuďmi bez domova.*

Kľúčové slová: *Bezdomovectvo. Harm Reduction. Ľudia bez domova.*

Ľudia bez domova sú súčasťou našej spoločnosti, hoci sú často vnímaní ako jej neželaná súčasť a utláčaní na jej okraj. Podľa Ondrejkooviča (2009) bezdomovec i napriek všetkému naďalej ostáva členom spoločnosti, preto sa práve spoločnosť nemôže zbaviť zodpovednosti a musí vytvoriť ochrannú sieť pre tých, čo z nej „vystúpili“. Bezdomovci sú osoby, ktoré z funkcionálneho hľadiska trpia jedným alebo viacerými defektmi. V minulosti sa väčšinou na bezdomovcov pozeralo ako na nedostatočne socializovaných jednotlivcov, ktorí sa utiahli pred pravidlami širšej spoločnosti. Dnes je postoj spoločnosti radikálnejší a ich utiahnutia sa do ústrania priam žiadané. Bezdomovci sú odsudzovaní a aj to je dôvodom, prečo je dôležité s touto cieľovou skupinou pracovať a nielen zatvárať pred ľuďmi bez domova oči.

Pojem bezdomovec sa u nás ujal ako preklad z anglického výrazu „homeless“, ktorý označuje človeka bez domova. Tento termín prešiel určitým historickým vývojom, ktorý posunul jeho význam. Pôvodne totiž pojem bezdomovec označoval osoby bez štátneho občianstva alebo domovského práva (Matoušek, 2005).

V súčasnosti tento termín chápeme ako niečo hanlivé, bezdomovcov si predstavujeme ako špinavých ľudí z ulice, prípadne žobrákov a vyhýbame sa stretnutiu s nimi. Bezdomovcov môžeme charakterizovať aj ako osoby, ktoré z rôznych dôvodov stratia štátne občianstvo a nenadobudnú štátne občianstvo iného štátu. Pre potreby sociálnej intervencie však za bezdomovcov pokladáme ľudí, ktorí sú z najrozličnejších dôvodov v momentálnej situácii bez možnosti trvalého či prechodného ubytovania, možnosti užívania základných hygienických potrieb a možnosti pravidelného stravovania. Ide prevažne o ľudí nachádzajúcich sa v sociálnych kolíziách, ktorí sú neprispôsobiví spoločenským normám, pričom prevažne sa jedná o ľudí vracajúcich sa z výkonu trestu, alkoholikov, narkomanov, ako aj trvale či prechodne nezamestnaných.

Paralely spájajúce prístup Harm Reduction a ľudí bez domova sú rôzne. Prvou skutočnosťou, ktorú môžeme identifikovať je skutočnosť, že samotní užívatelia drog, ktorí sú primárnou cieľovou skupinou tohto prístupu, sú sami často bezdomovcami a žijú na ulicu. Otázka súvisu závislosti a života bez domova v kontexte príčiny a dôsledku je stále nezodpovedanou dilemou.

Príčiny, ktoré dovedú ľudí k životu na ulici sú rôzne a traduje sa názor, že azda najčastejším dôvodom je závislosť na alkohole, alebo iných psychoaktívnych látkach. Najprirodzenejšou a najpochopteľnejšou príčinou je finančná situácia, respektíve zlá finančná situácia. Človek stráca zamestnanie, finančnú istotu, tento stav rieši zadlžením sa, čo vedie až k strate majetku, čiže strechy nad hlavou. Príčinou však môže byť aj rozpad rodiny, či rozchod partnerov, odchod z inštitúcií, ktorou sa najčastejšie chápe detský domov a taktiež návrat z výkonu trestu. Isté však je, že príčina bezdomovectva siaha hlbšie a nemôžeme si ju vysvetľovať len ako neprispôsobenie sa životu väčšinovej spoločnosti.

Kasanová a Tvrdoň vo svojej publikácii Chudoba a bezdomovstvo (Kasanová, Tvrdoň, 2004) uvádzajú niekoľko najčastejších príčin bezdomovstva, a to:

1. Nezamestnanosť

V podmienkach našej spoločnosti je zamestnanie súčasťou a vzorom normálneho života. Je preto prirodzené, že práve dlhodobo nezamestnaní sú najčastejšie spájaní s problémom chudoby a následného bezdomovstva. Riešiť bezdomovstvo je preto potrebné predovšetkým riešením nezamestnanosti. Nezamestnanosť vo všeobecnosti vedie k sociálnej izolácii a človeka stavia na okraj spoločnosti. U bezdomovcov je tento fakt ešte viac vyhranený. Dlhodobá nezamestnanosť a s ňou spojená strata sociálnej a ekonomickej istoty so sebou nesie zvýšené riziko vzniku násillia, kriminality, toxikománie a prostitúcie. Toto všetko sú faktory, ktoré sú často sprievodným javom bezdomovstva.

2. Nezamestnateľnosť

Na proces nezamestnanosti naväzuje automaticky problém nezamestnateľnosti. Dlhodobu nezamestnaný človek stráca svoje kvality, jeho psychický stav vplyvom tohto faktu môže viesť až k depresiám a snaha zamestnať sa a nájsť si vhodnú pozíciu je stále ťažšia.

Matoušek (2005) uvádza ako príčiny bezdomovstva objektívne a subjektívne faktory. Medzi objektívne faktory zahrňuje celkovú spoločenskú klímu, kam spadá napríklad politika zamestnanosti, bytová politika, postavenie etnických skupín postoj väčšinovej spoločnosti a ďalšie, väčšinou politické a spoločenské dôvody. Ako faktory subjektívne uvádza celkovú sociálnu situáciu daného jedinca, schopnosť sociálnej adaptácie, ktorá úzko súvisí s rodinným zázemím, dosiahnutou úrovňou vzdelania a inými faktormi. Za najväčší problém práve našej spoločnosti autor považuje neadekvátnu politiku zamestnanosti, nedostatok sociálnych bytov a nevyhovujúcu podporu znevýhodnených osôb.

Americká organizácia NHC (national homeless coalition) uvádza ako najčastejšie príčiny bezdomovstva nasledovné faktory, a to nízke mzdy, smrť blízkych príbuzných, vysokú nezamestnanosť a s ňou spojenú ekonomickú situáciu, návrat z výkonu trestu odňatia slobody, či odchod z inštitúcií ako domov sociálnych služieb. Podobné príčiny uvádza aj nezisková organizácia Proti prúdu, ktorá v rámci dlhodobej praxe s ľuďmi bez domova uvádza dôvody ako napríklad partnerské problémy, úmrtie partnera alebo rodičov, zdravotné postihnutie, migráciu do metropolí, neschopnosť plniť podmienky spojené s užívaním bytu, výstup z ústavného zariadenia, návrat z výkonu trestu odňatia slobody, rôzne druhy závislostí a sklon k nekonvenčnému spôsobu života prijatý ako riešenie problémov.

Problémy týkajúce sa bezdomovstva vznikajú na strane samotných bezdomovcov a taktiež na strane spoločnosti. Pri riešení týchto problémov a intervencií sociálnej práce je nutné teda pracovať so samotnými ľuďmi bez domova, ako aj spoločnosťou. Pracovať, znamená často znižovať riziká, ktoré so sebou život bez domova prináša. Filozofia znižovania rizík je vo svojej podstate zameraná na klienta samotného a jeho okolie. V prípade ľudí bez domova v praktickej rovine môžeme za rizikové pokladať faktory ako priestory, v ktorých títo ľudia prespávajú, konflikty, do ktorých sa dostávajú, užívanie alkoholu a iných látok a ich vzájomná kombinácia, zdravotné riziká spojené s fóbiou z lekárov a sociálne riziká súvisiace s fóbiou z úradov a spoločnosti ako takej. Cieľom terénnej sociálnej práce, ktorej súčasťou je filozofia Harm Reduction by pri s touto cieľovou skupinou mala byť snaha o elimináciu týchto rizík, upozornenie klientov na riziká, ktoré so sebou nesie napríklad pobyt bez strechy nad hlavou pri mínusových teplotách v súvislosti s možnosťou využitia nocľahárne, o ktorej niekedy sami nevedia, prípadne majú strach jej služby využiť. V tejto rovine identifikujeme znižovanie rizík pre samotného klienta, no s tým úzko súvisí aj znižovanie rizík pre spoločnosť. Tak, ako je to v prípade injekčných užívateľov drog znižovanie rizík pre spoločnosť vďaka zberu použitých ihliel, je možné tieto riziká znižovať aj v prípade ľudí bez domova.

Model Harm Reduction uprednostňuje osobnú zodpovednosť a zdravie pred perzekúciou. Uprednostňuje liečbu vo všetkých svojich možnostiach a za krok správnym smerom je považovaná akákoľvek pozitívna zmena smerom k zníženiu poškodenia (Kalina, 2003). Táto stručná definícia vystihuje filozofiu prístupu Harm Reduction vo všeobecnej rovine, kedy tento prístup môžeme využiť pri práci s rizikovou skupinou obyvateľov, a teda s ľuďmi bez domova.

O niečo obširnejšie, ale so zachovaním základnej myšlienky definujú tento prístup autorky Jirešová, Javorková (2003), ktoré tvrdia, že Harm Reduction je čokoľvek, čo redukuje riziká poškodenia, ak jedinec nie je schopný zdržať sa rizikového správania. Prirodzene, je to forma zmeny správania, ktorá je konzistentná so všetkými prevládajúcimi modelmi zmien sexuálneho správania a užívania drog a všetkými modelmi zmien správania v týchto oblastiach, ktoré preukázali akýkoľvek úžitok.

Harm Reduction je prístup, ktorý v sebe zahŕňa okrem iného súbor stratégií zameraných na predchádzanie a znižovanie zdravotných, sociálnych a ekonomických poškodení súvisiacich s rizikovým správaním alebo ohrozujúcim prostredím na úrovni jednotlivca, komunity a spoločnosti, ktorého cieľom je akákoľvek pozitívna zmena. Práca s ľuďmi bez domova, snaha o ich integráciu do spoločnosti, ako aj príprava spoločnosti na ich akceptáciu pozitívnou zmenou jednoznačne sú. Aplikovať teda tento prístup v práci s ľuďmi bez domova môžeme pokladať za potrebné a prospešné zároveň.

Pojem harm reduction je čiastočne zadefinovaný škálou určitých princípov, z ktorých vychádzajú príslušné politiky a programy a ponúka nasledujúce princípy:

1) Pragmatizmus: uznáva, že užívanie drog v určitých množstvách je bežnou súčasťou ľudskej skúsenosti. Priznáva, že aj keď užívanie drog so sebou nesie pre užívateľa riziká, zároveň mu poskytuje prínosy, ktoré treba zohľadniť, ak máme pochopiť jeho správanie spojené s užívaním drog. Z hľadiska komunity obmedzenie a zmiernenie škôd spojených s drogami môže byť pragmatickejšie alebo v praxi realizovateľnejšie riešenie ako snaha užívanie drog úplne eliminovať.

2) Ľudské hodnoty, humanizmus: rozhodnutie užívateľa brať drogy sa akceptuje ako fakt. Neznamená to, že niekto užívanie schvaľuje. Rešpektuje sa dôstojnosť a práva každého užívateľa. Nerobia sa žiadne moralistické uzávery, odsudzujúce alebo podporujúce užívanie drog.

3) Zameranie sa na škody: uvedené škody môžu súvisieť so zdravotnými, so sociálnymi, s ekonomickými alebo s mnohými inými faktormi, ktoré majú dosah na jednotlivca, komunitu a spoločnosť ako celok. Hlavnou prioritou je preto znížiť negatívne dôsledky.

4) Rovnováha medzi nákladmi a prínosmi: k identifikácii, meraniu a posudzovaniu relatívneho významu hierarchie problémov spojených s užívaním drog a s nimi súvisiacich škôd, ako aj nákladom a prínosom intervencie sa pristupuje pragmaticky, s cieľom sústrediť zdroje na prioritné problémy. Rámec analýzy presahuje bezprostredné záujmy užívateľov s cieľom obsiahnuť širšiu komunitu a záujmy spoločnosti.

5) Priorita bezprostredných cieľov: väčšina programov znižovania škôd spojených s užívaním drog má stanovenú hierarchiu cieľov. V prvom rade sa bezprostredne zameriava na aktívnych jednotlivcov, cieľové skupiny a komunity so zámerom riešiť ich najpálčivejšie potreby. Dosiahnutie najbližších a najrealistickejších cieľov sa zvyčajne chápe ako prvý krok k bezrizikovému užívaniu, prípadne k abstinencii (Vavrinčíková a kol., 2005).

Hoci sú popísané princípy špecifické pre užívateľov drog a prácu s nimi, v každom z princípov môžeme identifikovať paralely s prácou s ľuďmi bez domova. Pragmatizmus akceptuje človeka ako takého, aj keď žije na ulici. Život na ulici sa spája s užívaním alkoholu a iných látok, čo však princíp pragmatizmu akceptuje, pretože v tej danej situácii môže únik k návykovej látke byť pre človeka oslobodzujúcim a tlmiacim fakty, ktoré so sebou takýto život prináša. Cieľom nemusí byť preto ich úplná abstinencia, to by naopak mohlo byť

považované za príliš idealistické, ale snaha o konzumáciu v menšom množstve, vyvarovanie sa rizikám súvisiacim s ňou. Princíp humanizmu je v práci s ľuďmi bez domova nevyhnutný. Napriek svojmu súčasnému sociálnemu statusu sú bezdomovci stále ľudské bytosti s citmi a emóciami, hoci tento dôležitý fakt je spoločnosťou prehladaný. Zameranie sa na škody, rovnováha medzi nákladmi a výnosmi a prioritá bezprostredných cieľov sú tiež princípy plne využiteľné v práci s ľuďmi bez domova. Hierarchia aktuálnych potrieb klienta, a teda prioritá bezprostredných cieľov je cesta ku komplexnej práci s človekom bez domova. Zníženie akéhokoľvek rizika súvisiaceho s problematikou bezdomovectva zabezpečí týmto ľuďom nádej na dôstojnejší život.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- JIREŠOVÁ, K. – JAVORKOVÁ, S. 2003. *Harm reduction v problematike injekčného užívania drog*. Bratislava : OZ Odyseus, 2003. 113 s. ISBN 80-968576-6-5.
- KALINA, K. a kol. 2003. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úrad vlády Českej republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6
- MATOUŠEK, O. – KOLÁČKOVÁ, J. – KODYMOVÁ P. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2005. 352s. ISBN 80-7367-002-X
- ONDREJKOVIČ, P. a kol. 2009. *Sociálna patológia*. Bratislava: VEDA, 2009. 580 s. ISBN 978-80-224-1074-8.
- TVRDOŇ, M. – KASANOVA, A. 2004. *Chudoba a bezdomovstvo*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF, 2004. 141s. ISBN 80-8050-776-7
- VAVRINČÍKOVÁ, L. a kol. 2005. *Úvod do harm reduction. Príručka pre učiteľa*. Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti, 2005. 190 s. ISBN 80-96271-2-4.

AUTORKA

Mgr. Martina Drzsíková
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre
Kraskova 1, 949 74 Nitra
martina.drzsikova@ukf.sk

FOTOGALÉRIA



Príspevok I. Šteliara



Príhovor A. Hugáňovej



Vyžiadaná prednáška J. Valnohu



Vyžiadaná prednáška T. Hičárovej



Príspevok K. Andrášikovej



Vyžiadaná prednáška L. Vavrínčikovej



Príspevok Z. Šťastnej



Príspevok M. Drzšíkovej



Príspevok M. Milana



Príspevok M. Žilinskej a M. Bartoša



Príspevok M. Štefančíka



Príspevok P. Steklého



Príspevok K. Andrášikovej a A. Jandu



Moderátorka M. Halásová



Plénium



Príspevok I. Chovancovej a M. Žilinskej



Pracovníci a dobrovoľníci Zdrúženia STORM



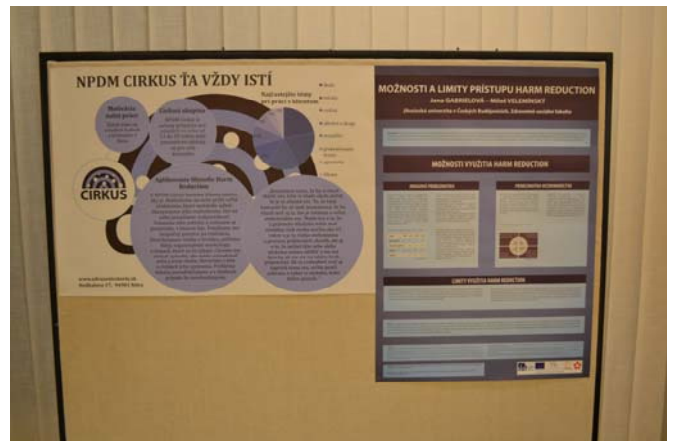
Prezenčný materiál



Občerstvenie



Prezenčný materiál



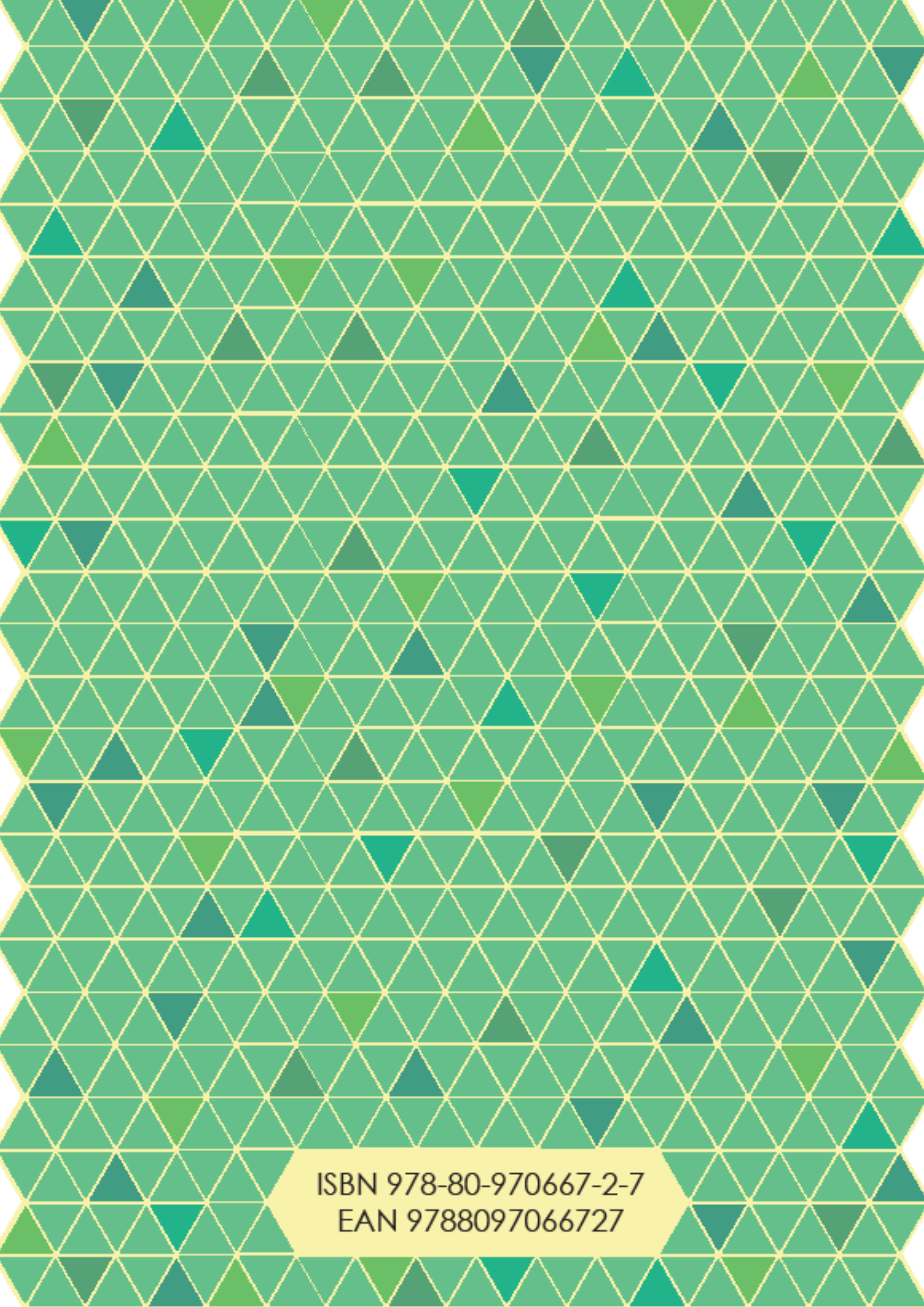
Posterová sekcia



Prezenčný materiál



Prezenčný materiál



ISBN 978-80-970667-2-7
EAN 9788097066727