

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

VÝMĚNNÝ PROGRAM

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor:	Klára Pašková Synková
Katedra:	Katedra Sociálně pedagogická
Vedoucí práce:	Ing. Mgr. Jan Dočkal CSc.
Studijní program:	Sociální práce
Studijní obor:	Pastorační a sociální práce
Přidělovaný akademický titul:	Bc.
rok odevzdání:	2008

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Výměnný program“ napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

Souhlasím s tím, aby byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne 5. 6. 2008

Klára Pašková Synková

Výměnný program

Exchange programme

Anotace

Cílem této práce je popsat a zhodnotit výměnný program jehel a stříkaček, jenž je poskytován intravenózním uživatelům drog. Rámcově popisuje vznik těchto programů ve světě i v ČR, negativní dopady sdílení injekčního materiálu a nejvíce intravenózně zneužívané drogy v ČR. Podrobněji je popsán program výměny jehel a jeho realizace v o.s. Sananim s důrazem na konkrétní metody a úkony. V praktické části je prostřednictvím rozhovorů s klienty výměnného programu hodnocena jejich spokojenost, využívání programu a možné negativní přesahy této služby.

Annotation

This thesis is to describe and evaluate the Needles & syringes exchange programme, which is provided for the intravenous drug users. This work outlines the origin of such programmes in the world and in the Czech republic and it also describes the negative impacts of sharing the syringe material and the most intravenously abused drug in the Czech republic. The thesis elaborates the Needles exchange programme and its implementation in the o.s. Sananim with an emphasis on specific methods and procedures. The practical part of this thesis uses interviews with the Exchange programme clients to evaluate client's satisfaction, programme utilization and possible negative overruns.

klíčová slova**key words**

závislost – drug addiction

užívání drog – drug use

sdílení jehel – sharing needles

abstinenční syndrom – abstinence syndrome

injekční aplikace – syringe application

injekční jehla – grouting point

injekční stříkačka – syrette

zmírňování poškození – harm reduction

výměnný program – exchange programme

kontaktní centrum – contact centre

terénní program – ground programme

nízkoprahové zařízení - low treshold center

Motto:

*Opuštěná náruč
záblesk
a pak stín
přivine se k ní
v slibu tajemství*

*Bolestně a bez obrany
sleduji
jak brousí hrany
zubů svých*

*Vezmu si tě
syčí tiše
nebraň se mi
Svobodný
ve tvém horku
slasti vlno
budeme si
souzeni*

*Zůstaneme sobě věrní
monogamní milenci
co jsem já teď ty jsi taky
zlatý nápis na věnci*

OBSAH

Úvod	7
1. VÝVOJ DROGOVÉ SCÉNY V ČR PO ROCE 1989	8
1.1. Současná drogová scéna	8
2. PROTIDROGOVÁ POLITIKA	9
2.1 Harm Reduction	12
3. NEJČASTĚJI INJEKČNĚ ZNEUŽÍVANÉ DROGY	14
3.1 Pervitin	14
3.2 Heroin	16
3.3 Subutex	17
3.4 Suboxone	18
3.5 Metadon	18
4. ZÁVISLOST A INTRAVENÓZNÍ APLIKACE	18
5. INTRAVENÓZNÍ APLIKACE A JEJÍ RIZIKA	20
5.1 HIV/AIDS	21
5.2 Hepatitidy	22
5.3 Kožní infekce	23
6. VÝMĚNNÝ PROGRAM	24
6.1 V Evropě	24
6.2 V České republice	26
7. O.S. SANANIM	28
7.1 Kontaktní centrum	29
7.2 Terénní program	31
7.2.1 Externí terénní program	32
7.2.2 Romský terénní program	33
7.3 Cíle kontaktních programů TP a KC	33
7.4 Akt výměny jehel	35
7.5 Registrace klientů TP a KC	36
7.6 Zásady správné aplikace TP a KC	37
7.7 Srovnání TP a KC	39
8. ANALÝZA ROZHOVORŮ S KLIENTY VÝMĚNNÝCH PROGRAMŮ	40
Závěr	43
Příloha	47

Úvod

Názory na výměnu injekčního náčiní se různí. Část laické společnosti ji může vnímat jako podporu zneužívání drog, výsledky studií však ukazují opak. Cílem této práce je zjistit, zda program výměny jehel skutečně je efektivním nástrojem terciální prevence, jak jsou s touto službou spokojeni sami klienti, co by bylo možné zlepšit a zda se může objevit i negativní „přesah“ tohoto programu.

Ve své práci jsem se zabývala filosofií harm reduction v oblasti protidrogové politiky a nástroji, které užívá, konkrétně programem výměny injekčního náčiní. Stručně jsem nastínila protidrogovou politiku, uskutečňované trendy v programu výměny v Evropě, v ČR a realizaci programu u nás. Náplní teoretické části jsou také: výčet negativních dopadů intravenózní aplikace, problém závislosti a druhy nejčastěji intravenózně zneužívaných látek. Jako konkrétní model uskutečňování tohoto programu jsem zvolila provoz nízkoprahových zařízení o. s. Sananim – Terénního programu a Kontaktního centra s důrazem na jeho filosofii a obsah. V praktické části jsem se z rozhovorů, které jsem vedla s klienty programu, snažila získat zpětnou vazbu na fungování výměnného programu. Osobně jsem se účastnila aktivit souvisejících s tímto programem a některé zkušenosti a poznatky jsem využila v této práci.

1. Vývoj drogové scény v ČR po roce 1989

Po roce 1989 došlo s uvolněním a změnou režimu i k postupné proměně drogové scény, jež byla před revolucí samozřejmě totalitním režimem ovlivněna. Trh s drogami neexistoval, prakticky všechny dostupné drogy byly vyráběny podomácku. Jejich uživatelé se seskupovali v uzavřených skupinách, ve kterých zároveň probíhala i produkce a distribuce. Šíření drog proto mělo malý, spíše lokální dosah, dělo se opatrně, mezi známými. Tabuizovanost tohoto fenoménu a absence jakéhokoli opatření, kromě občasných represí, neumožňovala dostatečné porozumění problému. To mělo po roce 1990 za následek celospolečenskou nepřipravenost řešit nastalou situaci.

S formováním nové společnosti, která teprve hledala cesty k obnovení společenské kontroly, došlo k enormnímu nárůstu užívání drog, jehož vážné následky se projevily v oblasti sociální a zdravotní. Dealeři nemohli být postihováni, protože držení drogy pro vlastní potřebu nebylo trestné, žádné množství „pro osobní potřebu“ nebylo stanoveno.

Začleněním do mezinárodního společenství vstoupila Česká republika i na nezákonný trh z drogami v globálním měřítku. Do Čech začalo proudit množství drog a docházelo k nárůstu nejen v množství, ale i v rozmanitosti zneužívaných látek.

1.1. Současná drogová scéna

V současné době je v České republice podle aktuální výroční zprávy Monitorovacího střediska drog celkem zhruba 30 200 problémových uživatelů návykových látek. Nejrozšířenější drogou zůstává stále pervitin, jež užívá podle odhadů 19 700 lidí. Počet osob závislých na opiátech je zhruba 10 500, z toho na heroinu 6200. Vzhledem ke stále vzrůstajícímu počtu uživatelů subutexu byl v roce 2006 vůbec poprvé proveden odhad počtu jeho uživatelů. Ukázalo se, že zde vzhledem ke stoupající tendenci oproti klesajícímu počtu uživatelů heroinu nebude počet 4300 zdaleka konečný. Největší zastoupení uživatelů subutexu je v Praze a Severních Čechách.¹

¹ Viz Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe, str. 52

2 . Protidrogová politika ČR

V novodobých dějinách nemá politika zaměřená na řešení problémů spojených s šířením a užíváním ilegálních látek dlouhou tradici. Teprve na počátku 90. let předpověděla řada odborníků budoucí šíření nelegálních drog i nárůst jejich spotřeby. Jako poradní orgán federální vlády vznikla v roce 1991 Federální komise pro narkotika. Její činnost však byla poněkud omezena situací kolem rozpadu Československé federace, a přestože komise navázala určité mezinárodní styky a připravovala pro federální vládu koncepční a programový dokument, po volbách v r. 1992 již ve své činnosti nepokračovala.

V roce 1993, po vzniku samostatného státu, se česká vláda ztotožnila se závazky vyplývajícími z Úmluvy OSN a jejího Globálního akčního plánu z roku 1991, který charakterizuje zneužívání drog jako globální problém. Poradním orgánem byla ustanovena Meziresortní protidrogová komise (MPK). Během velmi krátké doby byl zpracován a přijat první vládní dokument, který konstatoval, že nezákonný obchod s drogami a jejich zneužívání jsou nebezpečím pro rozvoj demokratické ČR, a důrazně odmítl liberalizaci a legalizaci drog. Na základě tehdy velmi skromných informací zmapovala komise situaci v oblasti drog a definovala zásady protidrogové politiky. V oblasti prevence byl stanoven důraz na prevenci primární, přesto už dokument uváděl dosud neznámá zařízení jako např. nízkoprahová kontaktní centra, denní stacionáře a terapeutické komunity. Cílem represe se stalo potírání drogové kriminality se zaměřením na nejvyšší pozice organizovaného zločinu. Dokument dále navrhoval základní mechanismy a postupy pro naplnění aktivit na regionální úrovni, zavedl i okresní protidrogové koordinátory, kteří se začali angažovat v naplňování protidrogové politiky. V období 1998–2000 byla přijata druhá vládní koncepce, která už měla k dispozici údaje z výzkumu drogové epidemiologie. Dokument tehdy navrhl a definoval systém opatření vedoucí k omezení nabídky i poptávky drog. Kromě detoxifikačních jednotek, dostupnosti včasné intervence atd. zavedl i program harm reduction.²

² Viz Koncepce a program protidrogové politiky na období 1993–1996, (Bém, Kalina, Radimecký, 2003)

Protidrogová politika 90. let usilovala především o vybudování základních koordinačních mechanismů, programů prevence, léčby a resocializace osob závislých na ilegálních drogách. Národní strategie 2001–2004, která navazovala na předchozí východiska, se zaměřila především na zvyšování kvality a efektivity realizovaných opatření v oblastech prevence, léčby a resocializace. Její koncepce vychází ze dvou hlavních cílů, kterými jsou snižování nabídky a poptávky.

Snižování nabídky (supply reduction)

Činnost, jež mají na starost orgány státní správy. Jejím hlavním nástrojem je přímé postihování nelegální výroby a distribuce omamných látek, zabraňování zneužívání legálních látek používaných v medicíně a vymýcení pěstitelských kultur dle zákona o návykových látkách (167/1998 Sb.)

Snižování poptávky (demand reduction)

Pojem užívaný pro snižování vyhledávání, konzumace a zájmu o drogy ze strany zákazníků. Pod tímto programem se vytvářejí projekty směřované na dosažení a udržení abstinence, vzdělávání, sociálních opatření, zmírňující následky užívání drog. Významným nástrojem snižování poptávky je prevence. Její postup kopíruje i schéma rozvoje závislosti. Je rozdělena do tří částí. Primární prevence se orientuje na předcházení užívání drog. Sekundární prevence na ty, kteří do kontaktu s drogou vstoupili, a snaží se předcházet rozvoji a přetrvávání závislosti. Jde hlavně o komplex služeb zabezpečující zajištění a zahájení léčby až k uzdravení. Terciární prevence se snaží předcházet poškození z užívání drog. Sem patří i zmírňování zdravotních rizik u neabstinujících klientů. Zahrnuje hlavně služby sociálně rehabilitační a sociální.

Z těchto dvou cílů vyrůstají čtyři základní pilíře protidrogové politiky:

Primární prevence

Aktivity zaměřené na předcházení užívání drog, případně oddálení první zkušenosti v maximální možné míře. Intervence v oblasti primární prevence poskytují ponejvíce policisté, zdravotničtí odborníci, občanská sdružení, rodiče nebo bývalí uživatelé drog, dobročinné organizace, učitelé, vrstevníci.

Ve velké míře se tyto programy uskutečňují na školách, kde je přístup k mladé generaci nejsnazší.

Léčba a resocializace

Vyhledání problému, který již vznikl, a jeho následná léčba jsou záležitostmi sekundární prevence. Jedná se o nabídku možnosti léčby k abstinenci uživatelům drog a o proces znovuzачlenění jedince do společnosti. Tento proces může mít řadu forem: pracovní terapie, výuka sociálních dovedností, rekvalifikační kurzy apod. Zatímco léčba a rehabilitace se zaměřuje na somatická a psychická poškození, resocializace umožňuje získání potřebných sociálních znalostí a dovedností.

Všechny tři typy intervencí spolu úzce souvisí a vzájemně se podmiňují. V minulosti byly resocializační programy považovány za službu následující až po léčbě, dnes však je situace taková, že tyto služby mohou být poskytovány uživatelům návykových látek ve všech fázích drogové kariéry, tedy aktivním uživatelům, klientům na substituční léčbě i lidem abstinujícím.

Snižování rizik

Strategie, jež je od konce 90. let zařazena mezi čtyři pilíře evropské drogové politiky. Zahrnuje aktivity a služby vedoucí ke snižování zdravotních i sociálních rizik pro aktivní uživatele drog i pro společnost v duchu terciální prevence – harm reduction. Jedná se zejména o výměnu injekčního náčiní a substituční léčbu.

Snižování dostupnosti

Primárním cílem je snižování dostupnosti ilegálních drog – pro populaci obecně, a zejména pro nezletilé, prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů. Jednou z významných strategií podle Akčního plánu MV je zkvalitňování komunikačních mechanismů mezi Policií ČR, místní samosprávou a nevládními organizacemi při řešení drogové problematiky v daném teritoriu. Celkové výdaje na řešení problematiky drog dosáhly v roce 2006 přibližně 5 517 mil. Kč (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog 2006).

2.1 Harm reduction

Termín harm reduction byl ve světě poprvé definován kolem 80. let 20. století a objevil se jako reakce na vysoký nárůst AIDS, šířeného drogově závislými osobami. Prvními zeměmi, kde se tento model začal uplatňovat, bylo Nizozemí, Velká Británie, Švýcarsko, Německo a další. Výraz harm reduction neboli zmírňování poškození se už v našem jazyce poměrně ustálil. Zmírňovat rizika ohrožující hlavně lidský život je přirozené. V běžném životě jsme na minimalizaci rizik zvyklí, viz používání slunečních brýlí, ochranných krémů, bezpečnostních pásů v autě, helem na stavbě apod. Pokud se však jedná o fenomén veřejností tak obtížně přijatelný, jakým je zneužívání drog, může se snaha o zmírnění rizik setkávat i s nechutí laické veřejnosti. Jak uvádí lékař a psycholog Jan Kalina, existují tři modely pohledů na závislost. V prvé řadě je to *model moralizující*, jenž vyjadřuje nesouhlasný, odsuzující postoj a řešení vidí pouze v převýchově. Zmírňování rizik chápe spíše jako podporu drogové závislosti a řešení vidí v represí.

Další postoj vnímá problém závislosti z *pohledu biomedicínského*. To znamená, že závislost je chápána jako nemoc, plynoucí z vrozených dispozic, a tudíž je celoživotním nevyléčitelným problémem, jehož jediné řešení je absolutní abstinence.

Třetí pohled je nazýván *adaptivní model* a klade důraz na vývojové okolnosti prožívání raného věku. Negativní zkušenosti z raného dětství způsobují psychickou nestabilitu v období dopívání a požíváním drog se kompenzují nepříjemné pocity, jako jsou komplexy méněcennosti, nesmělost, úzkosti, různá traumata apod. Léčba závislosti je možná pouze odhalením těchto příčin a řeší se zpravidla pomocí psychoterapie.³

Problém závislosti na návykových látkách sice může u veřejnosti vyvolávat řadu emotivních reakcí, ale ten, kdo se s tímto fenoménem setkal, ví, že je třeba potlačit negativní pocity a reálně si uvědomit, co v tomto případě možné je, a co ne. Absolutní eliminace drog u jedinců je vzácná a vyplývá výhradně z vlastního, osobního rozhodnutí uživatele.

³Viz Kalina Kamil a kolektiv. Drogy a drogové závislosti 1, str. 90–145

Takovéto rozhodnutí bývá v drtivé většině až výsledkem dlouhodobé, bolestné zkušenosti s užíváním drog a vzniká většinou v situaci, kdy člověk závislý na návykových látkách nemůže dál, je na konci svých sil, často mívá zprerhané sociální vazby s okolím i se svými nejbližšími a nulový výhled do budoucna. Léčba vedoucí k abstinenci je pro něj pak posledním a jediným řešením. Takovému rozhodnutí většinou předchází dlouhý proces, drogová kariéra narkomana. Nebezpečná a po všech stránkách ohrožující etapa života, kdy jediná účinná pomoc spočívá právě ve zmírňování rizik – harm reduction.

Důležitým a podstatným principem přístupu HR je nízkoprahovost. Tzn., že je to služba přístupná komukoli, má za cíl oslovit co nejvíce lidí, to jest i okolí uživatele, jeho rodinu a další zúčastněné osoby.

Jedná se tedy o přístup, jež je možno považovat za alternativu k tradičním modelům řešení užívání drog a závislostí. Považuje sice za ideální výsledek abstinenci klienta, ale akceptuje i práci s neabstinujícím klientem, kde hlavním cílem je zachovávat stabilizovaný zdravotní stav a předávat informace a motivovat klienty k odpovědnějšímu chování.

Velký význam role principu HR podnítila a ukázala na počátku 80. let minulého století epidemie AIDS. Hlavní příčinou jeho šíření bylo především sdílení použitého injekčního náčiní mezi narkomany. Následkem zjištění souvislosti mezi rizikovým chováním drogově závislých a šířením epidemie HIV byl růst počtu nízkoprahových zařízení a programů, jako jsou výměnné programy, programy prevence předávkování, substituční programy a další. Jejich společnou filosofií je motivovat klienty ke změně rizikového chování a udržení nových návyků.

Mnoho studií a výzkumů potvrdilo, že výměnné programy snižují celkový počet HIV pozitivních osob v populaci, zvyšují počet jednorázového použití jehly a umožňují klientům přístup k zdravotním a dalším.

Tradičnější formy léčby zajišťují většinou veřejná zařízení, jako jsou např. detoxifikační jednotky, residenční léčby, krizové intervence a primární prevence. Občanská sdružení provozují spíše nízkoprahová centra, denní stacionáře, poradenská pracoviště, terénní programy, komunity, doléčovací zařízení a další.

Důležitou roli v navázání prvního kontaktu s klientem hrají právě nízkoprahová centra. To, jak první kontakt probíhá, má zásadní vliv na vytváření klientova postoje k dalším zařízením v systému péče o drogově závislé. Pokud se klient setká s nevlídným přijetím ze strany kontaktních pracovníků, může ho to přinejmenším na určitou dobu od dalších pokusů odradit. (výstup z rozhovoru: „...zlepšil bych chování některých pracovníků – „jsme na ulici a občas potřebujeme být někde uvnitř jako doma a najíst se u stolu...“). Proto je třeba, aby kontaktní pracovníci vládli dobrými komunikačními dovednostmi, byli trpěliví a měli celkové osobnostní předpoklady pro kontakt s drogově závislými.

3. Nejčastěji injekčně zneužívané drogy

V České republice se injekční zneužívání návykových látek týká zejména klasického pervitinu, heroinu a substitučních opiátových látek.

3.1. Pervitin

Pervitin je syntetická stimulační droga, jež byla rozšířená hlavně na území bývalého Československa. Tzv. „vařiči“ ji podomácku vyráběli z efedrinu, který byl vyextrahován z léků nebo ukraden z farmaceutických provozů.

Izolace čistého efedrinu pomocí jodovodíkové kyseliny a fosforu (stejný postup využívají čeští „vařiči“) se poprvé podařila v Japonsku v roce 1919.

Na německém trhu se roku 1937 objevil přípravek *Pervitin Tabletten* a o rok později přibyla i forma určena k injekční aplikaci. U nás se nelegálně pervitin vyráběl v improvizovaných podmínkách od 70. let.

Jde o látku s povzbudivým účinkem na centrální nervový systém, která patří do skupiny látek zvané psychostimulancia. Typickými zástupci těchto látek jsou kromě pervitinu (metanfetaminu) i amfetamin a kokain. Účinky se projevují hlavně zvýšeným psychomotorickým tempem, zrychleným myšlením, tvorbou asociací, euforií a sníženou únavou až neschopností spánku s výrazným efektem potlačení hladu. Celkové nabuzení však probíhá jakoby na dluh, po odeznění účinků se dostavuje tzv. „dojezd“, doprovázený

celkovou skleslostí, vyčerpáním, bolestí kloubů, dlouhotrvajícím spánkem a nadměrným hladem.

Stimulancia nevyvolávají fyzickou, nýbrž psychickou závislost. Ta se projevuje tzv. cravingem (dychtěním po látce). Menší nebezpečnost pouze psychické závislosti je jen zdánlivá, neboť absence fyzického návyku a dychtění po droze velice prodlužuje drogovou kariéru narkomana. Z toho důvodu je i léčba závislosti na látkách tohoto typu obtížná a dlouhodobá.

Pervitin (perník, péčko, peří, piko) má podobu bílého prášku s mírným „chemickým“ zápachem a je silně hořké chuti. Hlavními součástmi jsou efedrin, louh a červený fosfor. Jeho výroba vyžaduje znalost ne zcela jednoduchého chemického postupu. „Pervitin se aplikuje ústně, šňupáním, nebo nitrožilně, což je v ČR nejčastější způsob aplikace“⁴.

Obvyklá dávka se pohybuje v rozmezí od 50–250 mg. U i. v. aplikace nastupuje účinek okamžitě, při šňupání do 5–10 minut a u orálního požití zhruba do hodiny. Hlavní příznaky vymizí přibližně do 24 hodin podle síly dávky. Výše popsané účinky společné pro psychostimulancia jsou u pervitinu obzvláště výrazné. Pocity silné euforie, empatie, sebejistoty, rozhodnosti a tělesné výkonnosti sahají až na hranice somatických možností. Toxický syndrom, který amfetaminy vyvolávají, se projevuje hlubokými změnami v chování, vizuálními, sluchovými a hmatovými halucinacemi, spojenými s pocity paniky, agrese a neustálého pocitu ohrožení, tzv. stíhy. Počet problémových uživatelů pervitinu v roce 2006 dosáhl přibližně 19 700. Český statistický úřad v roce 2001 odhadl (Vopravil 2001), že se v ČR ročně zkonsumuje cca 4,5 tuny pervitinu.

⁴ Drogy a drogové závislosti, Kalina, str. 166

3.2. Heroin

„Byl objeven již v roce 1874 pod názvem diacetylmorfin. Od roku 1898 tento lék prodávala německá firmou Bayer pod obchodním označením „heroin“ jako prostředek na uklidnění.“ V současnosti je to nejvíce zneužívaný opioid v ČR. Vyskytuje se ve dvou formách. Hnědý heroin, který se v základní chemické formě dováží většinou z Afghánistánu, se před nitrožilním užitím musí upravit přidáním kyseliny. Je možné ho i kouřit, běžně se aplikuje vdechováním par vznikajících napalováním látky na alobalu. Bílý heroin ve formě soli lze bez úpravy po rozpuštění aplikovat přímo do žíly, nebo jej šňupat. Jako všechny opioidy ovlivňuje centrální nervovou soustavu. Má tlumivé účinky, potlačuje bolest a způsobuje euforii. Jde o látku silně návykovou, závislost vzniká už od 1 měsíce pravidelného užívání, po kterém dochází postupně ke zvyšování tolerance k potřebnému množství. Počáteční dávky se pohybují kolem 100 mg látky až ke spotřebě 1 a více gramů za den. Jedno z největších nebezpečí heroinu spočívá v tom, že hranice mezi dávkou potřebnou k intoxikaci a smrtelnou dávkou je velice malá. Odvykání je doprovázeno abstinenčními příznaky.

Podle stupně závislosti se projevuje bolestí, nespavostí, vzestupem tělesné teploty, třes, poruchy řeči, vzácně může dojít ke kolapsu až k smrti.

Není podstatné, jakou formou probíhala aplikace drogy, důležitá je dávka a pravidelnost. Při odvykání zároveň dochází rychle ke snížení tolerance, což je nebezpečné u tzv. relapsů, kdy narkoman po delší době aplikuje drogu v množství, na které byl zvyklý před detoxikací; v takových případech občas dochází k úmrtí.

Mezinárodně je heroin kontrolován podle *Jednotné úmluvy o omamných látkách*, kde je zařazen do kategorie, jež podléhá omezenému použití ve zdravotnictví ve zdůvodněných případech. K Úmluvě bývalé Československo přistoupilo ratifikací dne 23. listopadu 1963. V ČR podléhá v souladu s touto konvencí ustanovením Zákona č. 167/1998 Sb. o návykových látkách. Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy bylo v roce 2006 v ČR cca 6000 problémových uživatelů heroinu.

3.3. Subutex (buprenorfin)

Substituční látka, patřící mezi opiáty, jež se svými účinky podobá heroinu. Buprenorfin byl sice objeven už v roce 1960, ale jako lék proti bolesti. K substituční a detoxifikační léčbě se začal používat až v roce 1978. Na našem trhu se v průběhu let 2002 stal subutex jednou z nejpopulárnějších drog. Do září 2003 jej mohl předepsat kterýkoli lékař na obyčejný recept, v současnosti je vydáván pouze na tzv. opiátové recepty s modrým pruhem, které podléhají přísnější kontrole. Subutex. resp. buprenorfin je polysyntetický derivát jednoho z alkaloidů opia – thebainu. Tlumí aktivitu centrálního nervového systému, ale ve srovnání s heroinem, metadonem či morfinem má menší účinek na opioidní receptory. Díky tomu se po aplikaci neobjevuje tzv. „nájezd“ – silná vlna prvního účinku, a to ani po injekční aplikaci. Silně se však na opioidní receptory váže a vyvolává tím blokádu jiných, slaběji se vážících látek, například heroinu. Aplikace subutexu tak může u závislého na heroinu způsobit prudký abstinenční syndrom. Subutex je primárně určen k sublingvální aplikaci (rozpuštění pod jazykem), při spolknutí je neúčinný, protože se zcela metabolizuje již při prvním průchodu játry. Velice rozšířená je jeho injekční aplikace, přestože může postupně vést k zanesení krevních řečišť, neboť látka obsahuje množství pevných částic (např. škrob), které nelze spolehlivě odfiltrovat. To způsobuje zhoršenou průchodnost cév, opakované infekce, jež mohou vést k poškození vzdálených orgánů, např. ledvin, mozku, očí apod. Efekt nastupuje během několika desítek minut a vrcholu dosahuje během 1–1,5 hodiny. Běžně se tento lék prodává i na černém trhu. Údajně se jeho cena může v neděli večer, kdy bývá těchto látek po víkendu mezi uživateli nedostatek, vyšplhat za jednu 800 mg tabletu až na 800 Kč. Závislost se rozvíjí dlouhodoběji, až několik měsíců. Abstinenční příznaky se podobají heroinovým s tím rozdílem, že nejsou sice tak dramatické, zato ale dlouhodobější, se střídající se intenzitou, od problémů s usínáním až k občasným návratům klasických abstinenčních příznaků. Odvykací stav u zdravého jedince není život ohrožující.⁵

⁵ Viz Prevcentrum. [online]. Praha. 2008

3.4. Suboxone

Je novou alternativou substituční léčby, jež má předcházet injekčnímu zneužívání buprenorfinu (subutex). Jde o tabletu, která v sobě kombinuje buprenorfin s naloxonem. Naloxon jako specifický opioidní protilék, běžně používaný při resuscitaci po předávkování opiáty, ruší při intravenózní aplikaci suboxonu účinek buprenorfinu a může vyvolat i abstinenční stav. Při perorálním užití se naloxon nevstřebává a účinek buprenorfinu neruší. I přesto si někteří uživatelé suboxone injekčně aplikují.

3.5 Metadon

Tento substituční preparát užívaný v České republice se na pouliční drogové scéně vyskytuje v omezené míře, protože není běžně distribuován v lékárnách, ale je vydáván ve specializovaných zařízeních v rámci substitučních programů.

Přesto, že je zde snaha předcházet injekčnímu zneužívání tím, že jsou klienti metadonového programu povinni dávku užít přímo v zařízení, kde je vydáván, stabilizovanější klienti dostávají dávky na celý týden. Injekční zneužití je velmi nebezpečné, protože nesprávné užití metadonu s sebou nese vysoké riziko předávkování se smrtelnými následky.

4. Závislost a intravenózní aplikace

„Anglický výraz pro závislost – addiction – původně označoval jakoukoli větší zálibu v určitém předmětu či činnosti. Odpovídal tedy asi českému slovu náruživost či nadšení. Psychiatrie význam tohoto slova zúžila a popsala jím chování člověka ve vztahu k určité užívané látce.“⁶

Podle expertů Světové zdravotnické organizace lze drogovou závislost definovat jako psychický či fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně nebo ustavičně pro její psychické účinky a k zabránění vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu.

⁶ Viz Jan, TRNKA. *Je kouření tabáku závislostí?*

Drogová závislost je zařazena mezi chronická onemocnění CNS, která je možno diagnostikovat, léčit je a předcházet jim.

Pod pojmem „drogy“ jsou zde myšleny látky, jejichž užití je spojeno s rizikem vzniku závislosti (potřebou opakovaného nutkavého užívání). Míra rizika navození závislosti je u různých látek odlišná a plynule přechází od velmi vysokého rizika (např. u heroinu) přes analgetika-antipyretika až třeba po antibiotika s minimálním rizikem.

S potřebou řešit problém závislosti na návykových látkách v posledních desetiletích se stále rozvíjí studium vzniku závislosti. Nové poznatky jsou pak využívány v léčbě i prevenci drogových závislostí.

K hlavním příčinám i okolnostem vzniku drogové závislosti patří součinnost tří složek – člověka, prostředí a drogy.

Je známo, že četnost injekčního užívání mezi uživateli drog ovlivňuje řada faktorů, včetně vzorců užívání, stupně závislosti a typu užívané drogy.

Drogovou závislost je nutno vidět z širší perspektivy než jen vztah člověk – droga. Při jejím vzniku nelze přehlížet vliv sociálního prostředí. Ke kontaktu s drogou totiž dochází častěji v některých situacích, jako jsou diskotéky, party, kluby apod. Při opakovaném užití drog postupně dochází k adaptačním změnám v centrálním nervovém systému a ke vzniku nutkavé potřeby (craving – dychtění po droze) drogu aplikovat. Vznik této silné vazby je způsoben hlavně třemi činiteli: schopností drogy vyvolat silný psychický účinek, vznikem nepříjemných pocitů při přerušení opakované aplikace a možností rozpoznání drogy mezi jinými látkami v těle.

Jak již bylo zmíněno, mezi faktory usnadňující vznik závislosti patří i sociální okolnosti jedince, jako jsou rozvrácená rodina, fetující přátelé, osamělost, komplexy méněcennosti, stres, deprese apod. Z poznatků z posledních let vyplývá, že při setkání s prostředím, které má člověk spojené s aplikací drogy, reagují mozková centra stejně jako při aplikaci samotné drogy. Toto „prostředí“ může představovat určitá vůně, melodie, kamarádi, ale také a hlavně injekční stříkačka. Takové prostředí tedy působí jako jakýsi vnější posilovač. Tato vazba je obzvláště významná v souvislosti s psychickou závislostí, která přetrvává i po detoxifikaci organismu. Dalším krokem je tedy postupné rozpojování podmíněných vazeb, tzv. metoda „vyhasnutí“, jež vede

k postupnému vymizení naučených asociací, v tomto případě vazby mezi drogou a injekční stříkačkou.⁷ Mechanismus této vazby je patrný u těch drogově závislých, kteří injekčně aplikují substituční lék suboxone (viz níže) přesto, že vědí, jaký kontraproduktivní účinek tento lék při i. v. aplikaci má. Závislost je tedy vypěstovaná nejen na droze, ale právě rovněž na i. v. aplikaci, což samozřejmě velice ztěžuje samotnou léčbu závislosti.

Závislosti na návykových látkách u mladistvých a u dětí se vyvíjejí obecně rychleji než u dospělých, průběh onemocnění je dramatičtější, mívá závažnější a trvalejší důsledky fyzické i psychické. Závislost má rysy obsedantně kompulsivního chování, kde nutkavost nemusí být vždy odměněna pocitem libosti. Zároveň droga posiluje chování vedoucí k odměně. Nejprve se rozvíjí psychická závislost charakteristická náruživou touhou po další dávce. Následně často dochází (nemusí to být pravidlem) k rozvoji závislosti fyzické, jež je doprovázena celou řadou změn vyvolaných drogou mimo CNS (poškození srdce, prudký úbytek váhy apod.). Znakem fyzické závislosti jsou výrazné abstinенční příznaky, často velmi drastické a nebezpečné (např. u opiátové závislosti).

5. Intravenózní aplikace a její rizika

Jedním z vážných důsledků injekčního užívání drog je přenos onemocnění HIV a dalších infekčních nemocí, především hepatitidy C a B. Souvislost mezi injekčním užíváním drog a přenosem nemocí je jasně prokázána. Hlavním cílem opatření v oblasti veřejného zdraví se tak stalo snižování injekčního užívání drog a sdílení injekčního náčiní. Mezi všemi problémovými uživateli přetrvává vysoké procento injekčních uživatelů, za rok 2006 to bylo 80 až 90 %⁸.

Protože v souvislosti s užíváním drog dochází přímo z charakteru povahy samotné závislosti k určité nespolehlivosti co se týče používání vlastního injekčního náčiní, je nutné drogově závislé o možných následcích informovat.

⁷ Viz FISEROVA, Magdalena. *Historie drogových závislostí*

⁸ Viz Výroční zpráva ve věcech drog za rok 2006

Jsou s nimi seznamováni podle možností kontaktními nebo terénními pracovníky. Centra také vydávají časopisy a informační letáky ve formě, jež je přístupná mladé generaci i kultuře drogově závislých, aby je seznámila s nebezpečím, kterému se vystavují v případě sdílení injekčního materiálu nebo nechráněným pohlavním stykem.

5.1 HIV / AIDS

V roce 1981 bylo v USA poprvé rozpoznáno nové onemocnění, které později dostalo jméno AIDS. Jedná se o soubor příznaků, jež vedou ke ztrátě imunity. Lidský organismus se tak stává náchylným k řadě dalších infekčních a nádorových onemocnění. Původcem onemocnění je virus, který byl nazván HIV. Tento virus napadá v organismu bílé krvinky – T lymfocyty, v nichž se množí, později je zabíjí, a snižuje tak jejich počet v těle nakaženého člověka. Výrazný pokles počtu bílých krvinek vede k selhávání imunity a rozvíjí se v onemocnění AIDS. Člověk nakažený virem HIV nemusí mít dlouhou dobu, třeba několik let, vůbec žádné příznaky nemoci, může však již v tomto bezpříznakovém období přenést infekci na další osoby.

Choroba se přenáší v první řadě nechráněným sexuálním stykem, sdílením injekčních stříkaček a jehel s nakaženým člověkem, další způsoby, u nichž dochází k možnému předávání krve nakaženého, je tetování, sdílení holení či kartáčku na zuby, a samozřejmě je tu přenos z nakažené matky na dítě. AIDS končí vždy smrtí. Z příčin možné nákazy vyrůstá filosofie harm reduction, konkrétně výměna sterilních stříkaček. „I když se zatím neví, jaké je minimální množství HIV nutné k přenosu infekce, životaschopný virus HIV byl zjištěn v injekčních stříkačkách skladovaných při pokojové teplotě až po dobu čtyř týdnů.“⁹ To jen potvrzuje riziko spojené se sdílením jehel a stříkaček. Klienti, docházející do nízkoprahových zařízení, jsou na tato nebezpečí stále upozorňováni. Kontaktní centra zároveň nabízejí bezplatné testování HIV.

⁹ Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog, str. 21

V ČR se HIV mezi injekčními uživateli drog šíří mizivě. Z HIV testů, které evidovala Národní referenční laboratoř pro AIDS byl u injekčních uživatelů drog ze 1406 testů 1 pozitivní, ze 728 HIV testů v nízkoprahových zařízeních nebyl pozitivní žádný.

5.2 Hepatitidy

VHA (virová hepatitida A)

Infekční, zánětlivé onemocnění jater, jež je přenášeno análním nebo orálním kontaktem prakticky s čímkoli, co přišlo do styku s nakaženým člověkem. Tedy jde nejen o sdílení použitých jehel, ale i o nedostatek hygieny, nechráněný sex či používání cizích hygienických potřeb. Hlavní souvislost s drogami spočívá ve snížené obranyschopnosti člověka vlivem užívání drog. Při nedokonalém залéčení může dojít k poškození jater. Inkubační doba je 2–7 týdnů.

VHB (virová hepatitida B)

Onemocnění má těžší a delší průběh než VHA, časté jsou příznaky chřipkové, kloubní, kožní a nervové. Onemocnění má tendenci k přechodu do chronicity (5–10 %) s případným vznikem cirhózy jater či karcinomu. Virus B byl nalezen téměř ve všech tělních tekutinách, ale pro přenos infekce má zásadní význam krev a krevní deriváty, dále sperma, vaginální sekret a sliny. Nejčastěji dochází k přenosu krví, tedy intravenózní aplikací použitou infekční jehlou, sdílením dalších předmětů – zubní kartáčky, holicí strojky –, pohlavním stykem a přenosem z matky na novorozence.

V roce 2006 došlo k poklesu počtu nově hlášených případů u injekčních uživatelů drog. Inkubační doba je 1–6 měsíců.

VHC (virová hepatitida C)

V 75% probíhá hepatitida C skrytě, průběh nemoci je většinou lehký, méně často se může projevit žaludečními obtížemi, zvracením. Závažný je vznik chronické infekce. Postihuje 70% infikovaných, ve 30-60% se může vyvinout

v chronickou aktivní hepatitidu, u 5–20% pacientů se objeví cirhóza, může dojít i ke vzniku karcinomu.

Diagnóza se stanovuje laboratorním vyšetřením. Pro léčbu je užíván interferon alfa. Imunizace zatím nebyla objevena. Monitoring hepatitidy C ve 23 nízkoprahových centrech přinesl výsledky, které se poněkud liší podle jednotlivých krajů. Prevalence VHC v Praze dosahuje v průměru 30%, pravděpodobně však bude větší, neboť starší uživatelé, u nichž se VHC také předpokládá, využívají testování mnohem méně než mladší uživatelé, ti naopak bývají infikováni v menší míře.

Jelikož VHC znamená ze všech typů hepatitid největší ohrožení zdraví a života – není proti ní možnost očkování a léčba interferonem je velice nákladná (cca 500 000,-) a pro pacienta nepříjemná, neboť léčbu provází mnoho vedlejších účinků na psychický i fyzický stav –, představuje tento typ hepatitidy vedle HIV jeden z hlavních argumentů pro program výměny injekčního náčiní.

5.3 kožní infekce

Absces

Je ohraničený zánět v blízkosti žíly, velký i několik centimetrů. Může přestoupit do mizních uzlin, dostat se krevního oběhu a vyvolat otravu krve. Na pohled se projevuje červenými pruhy kolem místa vpichu, mizní uzliny jsou hmatné a bolestivé – převážně v podpaždí či v tříslech. Někdy bývá doprovázen horečkou a únavou. Absces se může vstřebat, ale většinou praskne a hnis se vyvalí ven z těla. V nejhorším případě praskne dutina s hnisem dovnitř těla, a může tak nastartovat flegmónu (neohraničené hnisání – viz níže) nebo otravu krve. Absces je velmi častou nemocí mezi narkomany užívajícími drogy nitrožilně a bez dostatečné hygieny. Tvoří se po aplikaci na nedezinfikované místo nebo po použití nesterilní jehly. Občas se přenosem infekce krví stává, že se vytvoří na části těla, kam droga aplikována nikdy nebyla.



(Obrázek 1 – otevřený absces na noze narkomana.

http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Absces_1.JPG)

Flegmóna

Tento prudce postupující zánět projevující se neohrazeným hnisáním, které se jazykovitě šíří po postižené končetině a bolestivě otéká, vzniká prasknutím abscesu dovnitř těla. Teplota je většinou velmi vysoká, postižený bývá ve velice špatném stavu. Pokud není neodkladně vyhledána lékařská pomoc, infekce se rozšíří, postižená končetina do 2–3 dnů odumře, v krajním případě může dojít i k smrti.

6. Výměnný program

Zavádění výměnných programů se ve světě zpočátku neprosazovalo snadno. Na první, laický pohled může výměna injekčního náčiní vypadat kontraproduktivně, totiž jako podpora intravenózní aplikace návykových látek, mnohé studie však potvrdily její pozitivní účinnost.

6.1 V Evropě

V současnosti téměř všechny členské státy EU provozují programy výměny injekčních jehel a stříkaček. Poprvé byl tento přístup aplikován ve skotském Edinburghu, když v letech 1982 až 1984 vypukla epidemie hepatitidy B a C.

Místní lékárník začal poskytovat uživatelům drog sterilní injekční náčiní, bohužel se úřadům takový přístup nelíbil a jeho aktivitu brzy zakázaly, stejně jako později v Amsterdamu. Zde v roce 1983 požádala jedna z organizací zabývající se drogovou problematikou injekčních uživatelů drog městské zdravotnické orgány o poskytování sterilního náčiní. Počáteční zamítnutí však bylo brzy odvoláno – a vznikl první oficiální program výměny jehel a stříkaček na světě. Šířící se pandemie HIV brzy ukázala opodstatněnost tohoto přístupu, který se záhy rozšířil postupně do 40 států světa, a to nejenom do zemí vyspělých, ale i do rozvojových. Byly vypracovány strategie na distribuci a likvidaci použitých jehel a stříkaček, a rovněž zákony týkající se tohoto programu. Zároveň byly zpracovány postupy na zvyšování informovanosti, jež měla omezovat rizikové chování a navodit změnu postojů. Vzhledem k tomu, že stále není vyvinuta vakcína proti HIV, zůstává zatím tento program nejúčinnějším nástrojem zabraňujícím jeho šíření.

Z výstupů devíti zemí, kde je výměna zavedena, je možné zhruba odhadnout počet injekčních stříkaček vydaných jednomu injekčnímu uživateli za jeden rok.

Ukazuje se, že počet distribuovaných stříkaček na jednoho uživatele mezi jednotlivými státy kolísá. 2–3 v Řecku, přes 60–90 v České republice, Lotyšsku, Rakousku a Portugalsku, až po přibližně 110 ve Finsku, 210 na Maltě a více než 250 v Lucembursku a Norsku.¹⁰

Způsob distribuce injekčních potřeb se v jednotlivých zemích liší. Obvyklý je model kontaktního nízkoprahového centra, jehož součástí bývají terénní služby, které usilují o kontaktování uživatelů drog v jejich přirozeném prostředí.

V osmi zemích jsou v provozu i automaty na výměnu – hlavně ve Francii a Německu. Některé země jako Španělsko, Německo, Švýcarsko, Bělorusko a další zavedly již výměnu také ve věznicích.

Další možnost distribuce injekčních stříkaček v lékárnách. Jejich prodej je ve všech státech kromě Švédska povolen.

¹⁰ Viz Výroční zpráva za rok 2006: Stav drogové problematiky v Evropě, kap. 7

V devíti evropských zemích funguje výměna injekčních jehel přímo v lékárnách (Belgie, Dánsko, Německo...), v Severním Irsku je zajišťována výhradně prostřednictvím lékáren. V roce 2004 bylo ve Skotsku distribuováno v síti 116 lékáren 1,7 milionu stříkaček. V Portugalsku se do programu zapojilo více než 1300 lékáren, které vydaly 1,4 milionu stříkaček.¹⁷ Distribuce dalšího sterilního materiálu (např. lihem napuštěné vatové tampony a suché ubrousky, voda, filtry a vaříče) spolu s čistými stříkačkami se stává běžným postupem poskytovatelů služeb. Ačkoli distribuce sterilního injekčního materiálu v programech výměny injekčních jehel a stříkaček již není vnímána jako kontroverzní téma, ne všechny země považují tyto programy za prioritu, přičemž pro některé státy je dostačující prodej tohoto materiálu v lékárnách.

Specializované organizace poskytující programy výměny injekčních jehel a stříkaček sehrávají důležitou úlohu i při zvyšování povědomí o možných rizicích u klientů, jejich motivování nejen k protidrogové léčbě, ale též k očkování nebo testování.

Řada studií prokázala, že výměnný program má kromě snížení zdravotních rizik i další dopady, zejména zvýšenou účast na léčbě drogových závislostí, a také vyšší počet těch, kteří u léčby vytrvali – v porovnání s osobami, jež tento program nevyužívaly.¹¹

6.2 V České republice

Výměnný program v ČR zajišťuje síť nízkoprahových programů, které tvoří kontaktní centra, terénní programy a víceúčelové drogové služby (drogové agentury), jež nemají schválený standard odborné způsobilosti.

Dosud u nás nebyla zavedena výměna injekčního náčiní ve věznicích, přestože ve světě – viz výše – už toto opatření běží úspěšně, např. v Německu či Španělsku.

¹¹ Viz Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček, kap. 3/3

Je všeobecně známo, že do věznic se dostane droga snáze než injekční náčiní. Proto jsou osoby užívající návykové látky ve věznicích odkázány často náčiní sdílet, nebo je údajně vyrábět např. z propisovacích tužek, na které nasadí jehlu.

Světová zdravotnická organizace, jež sledovala rizikové chování injekčních uživatelů drog ve dvanácti městech, zjistila, že až 90% respondentů bylo od doby, kdy začali drogy užívat, ve věznicích. „Další studie (a nakonec i praxe) ukazuje, že nejenže lidé užívají po propuštění z vězení drogy dál, ale dokonce jich mnoho ve věznici drogy užívat začne.“¹² (Počet výměnných programů se od roku 1998 více než zdvojnásobil. Počet distribuovaných stříkaček a jehel se takřka zosminásobil – viz tabulka č. 1). Tato skutečnost může být dána i horší kvalitou drog, tím pádem slabším účinkem a potřebou častější aplikace. Podle informací ze závěrečných zpráv si každý injekční uživatel, navštěvující nízkoprahové zařízení, vyměnil za rok 2006 průměrně 9x a získal celkem 210 sterilních stříkaček.¹³ V ČR sice není, tak jako v ostatní Evropě, výměna zjišťována prostřednictvím lékáren, na druhou stranu tvoří vedle výměnných programů zásadní zdroj injekčního náčiní pro drogově závislé. V roce 2000 byl proveden zatím poslední odhad prodaných kusů, který v tomto roce dosáhl 924 000 ks (Mravčík a Záborský, 2002).

Tabulka 1: Výměnné programy v ČR v r. 1998–2006 (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006)

Rok	Počet výměnných programů	Počet distribuovaných stříkaček a jehel
1998	42	486 600
1999	64	850 285
2000	80	1 152 334
2001	77	1 567 059
2002	88	1 469 224
2003	87	1 777 957
2004	86	2 355 536
2005	88	3 271 624
2006	90	3 868 880

¹² Výměna jehel ve věznicích, str. 27

¹³ Viz Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, str. 29

7. O. s. Sananim

O.s. Sananim je největší a jedna z nejstarších nestátních organizací v ČR. Poskytuje služby v oblasti péče a léčby závislostí na nealkoholových drogách.

Je určeno pro osoby starší 15 let, které v důsledku užívání návykových látek potřebují informace a podporu ve snižování rizikového způsobu života, pomoc ve změnách životního stylu směrem k návratu do společnosti a k abstinenci. Cílovou skupinou jsou také osoby blízké klientům, s nimiž je spolupráce rovněž navazována.

Sdružení bylo registrováno u MV ČSR v roce 1990. V současnosti provozuje 8 hlavních programů – Terénní programy, Kontaktní centrum, Denní stacionář, CADAS (specializované ambulantní služby), Terapeutické komunity Němčice a Karlov, Doléčovací centrum s chráněnými byty a dílnou, Drogové informační centrum Kápo a řadu doplňujících programů, jako jsou Rómský terén, doléčování pro matky s dětmi a práce ve věznicích. Další aktivity se realizují zejména v oblasti primární prevence, publikační činnosti i zahraniční spolupráce. Činnost sdružení zajišťuje v současnosti více než 95 zaměstnanců a 40 externích pracovníků.

Provoz je přibližně ze 75% finančně podporován prostřednictvím státních a krajských dotací. 25% prostředků získává sdružení od soukromých subjektů, nadací, fondů programů a vlastní činností.¹⁴

Některé projekty jako např. zaměstnávání klientů se podařilo realizovat z dotací Evropských strukturálních fondů.

V rámci jednotlivých odborných programů a služeb spolupracuje sdružení s řadou státních zařízení (např. PL Bohnice, Oddělení závislosti Apolinář, PL Červený Dvůr) i nestátních organizací, jako jsou DROP IN, Podané ruce apod.

¹⁴ Viz Výroční zpráva za rok 2006. Praha: O.s. Sananim. 2007

Základy koncepce Sananimu lze najít v existenciální filosofii. Za základní teze pokládá zejména:

- člověk je svobodná bytost, odpovědná za své jednání
- osobnost člověka se formuje ve vztazích k druhým lidem
- celkové založení člověka stojí na pohybu vpřed – tendence pokračujícího rozvoje
- člověk žije stále v situaci volby

Právě proto je principem přístupu respektování základních lidských práv klienta a ponechání mu možnosti svobodného rozhodování o postupu své léčby.

Služby jsou přístupné pro každého zájemce bez ohledu na pohlaví, věk, rasu, politické přesvědčení, náboženství, psychický i fyzický zdravotní stav (včetně HIV positivity), typ užívané návykové látky i socioekonomické možnosti.

Etický kodex je základním východiskem zaměstnanců vůči klientům. Jedná se zejména o to, aby pracovníci center zachovávali vůči klientům profesionální přístup, vystupovali jako vyzrálý a pozitivní vzor, striktně zachovávali informace o klientovi v tajnosti, informovali klienta o jeho právech a ubezpečovali se, že je správně chápe. Nikdy nesmějí využívat klienta ve svůj prospěch a musí dbát o jeho zájmy a respektovat jeho potřeby.

7.1 Kontaktní centrum (KC)

Hlavním cílem a důvodem vzniku centra je navázat kontakt se skrytou populací uživatelů drog, vést je ke snižování sociálních a zdravotních rizik a motivovat je ke změně životního stylu směrem k abstinenci. Centrum poskytuje klientům základní zdravotní péči, zdravotnický materiál, provádí testy HIV, syfilitidy a těhotenství. Důležitým posláním centra je i poradenství před léčbou, zprostředkování léčby, krizová intervence a motivační rozhovory s klienty. Centrum zajišťuje služby poradenství a krizové intervence také telefonicky.

KC je určeno uživatelům drog, kteří aktuálně neabstínují a jsou starší 15 let. Kapacita je 10 osob, veškeré služby má klient možnost využít během půl hodiny.

Provoz kontaktní místnosti má svá pravidla, která jsou vyvěšena na viditelném místě. Při jejich překročení lze klientovi udělit tzv. „plot“ na služby po určitou dobu (na možnost „výměny“ se „plot“ neuděluje).

Podle Výroční zprávy o.s. Sananim 2006 navštívilo tento rok průměrně každý den 86 až 100 osob, celkem přibližně 28 000. Převažují klienti závislí na pervitinu (55%), na opiátech (35%), zbylí jsou uživatelé se zkříženou závislostí a uživatelé dalších návykových látek. V roce 2006 bylo v KC vydáno celkem 815 865 ks injekčních stříkaček, což je ve srovnání např. s rokem 2004, kdy bylo vydáno 571 830 ks, značný nárůst. Průměrný věk klientů je 27 let, dvě třetiny tvoří muži. Do cílové skupiny patří také rodiče uživatelů, příbuzní či partneři.

V posledních letech se osvědčila spolupráce s Probační a mediační službou ČR. Jednou týdně nabízí KC trestně právní poradenství. Pro klienty pořádá KC jednou měsíčně „tématické dny“, zaměřené například na hepatitidu C, vyřizování dokladů, subutex a rizika injekční aplikace, pohlavně přenosné choroby a další.

Důvodem vzniku centra je tedy snaha podchytit skrytou populaci uživatelů drog, která se nekontaktuje se žádnou ze státních institucí, k čemuž je většinou vede obava z možné represe a mnohdy celková nechut' si vůbec připustit svou reálnou situaci a „snížit se na úroveň feťáků“ (výsledky rozhovorů). Mezi těmi skupinami bývá osvěta o zdravotních rizicích nejvíc potřebná a právě mnohdy velice zanedbaná. Proto se o.s. Sananim snaží vydáváním informačních letáků a časopisu přístupnou formou přinášet důležité informace svým klientům. Jedním z cílů Centra je i snaha pomoci získat těmto osobám pozitivní zkušenost s odbornou institucí, která je prvním předpokladem pro vytvoření důvěry mezi klientem a pracovníkem, nezbytné k dalším intervencím. Stále je zachováno pravidlo, že pro klienta musí být pracovník pozitivním vzorem. Ke kontaktu s klientem dochází skrze prostřednictví nabízených služeb, v KC jde hlavně o „výměnný program“. Pracovníci se také věnují přípravě klientů ke spolupráci s institucemi návazné

péče a mapují tendence na drogové scéně. Sdružení nabízí vzdělávání profesionálům i laikům, kteří začínají pracovat v oboru drogových závislostí.

Jak již bylo řečeno, hlavní důvod návštěvy klienta bývá zpravidla výměna injekčního materiálu. Dále mají klienti k dispozici základní hygienické potřeby, nápojový servis (čaj v barelu) a kávu za 4 Kč. Ženy mají možnost se osprchovat, muži umýt či oholit u umyvadla. V kontaktní místnosti se využívá podle situace všech možností k navázání rozhovoru s klientem. Dobrou příležitostí je právě samotný akt „výměny“, při němž je možné zapříst rozhovor na téma „správné braní, bezpečný sex.“ Mnohdy je potřeba takové osvěty evidentní, klient si může stěžovat na různé obtíže, mít nápadně oteklé ruce apod. Často se kontakt vyvine v potřebu základního zdravotního ošetření, jako je převaz rány, dezinfekce a ošetření zanícených míst. V případě, že má klient obavy z nákazy infekčním onemocněním (HIV, hepatitidy), nabízí KC zadarmo testování. Osobní kontakt také umožňuje pracovníkovi upozornit na potřebu větší péče o hygienu apod.

KC dále nabízí zprostředkování všech typů ambulantní i rezidenční léčby včetně detoxifikace.

7.2 Terénní program (TP)

Hlavním cílem programu je kontaktování klientů, kteří nejsou aktuálně ve styku s žádnou léčebnou či podobnou institucí, motivovat je k bezpečnějšímu užívání drog, bezpečnějšímu sexu a ke změně životního stylu. Každý den v pravidelnou dobu nabízejí pracovníci terénních programů výměnu injekčních stříkaček a zdravotnický materiál, poskytují první pomoc, krizovou intervenci, poradenství i základní zdravotnické ošetření. Stejně jako v KC platí stejný nízkoprahový přístup ke klientům a filosofie HR, ze které vychází nabídka služeb (poradenství, výměna injekčního náčiní).

Podle „Výroční zprávy o.s. Sananimu 2006“ došlo v tomto roce k 27 000 kontaktům při celkovém počtu 1176 klientů. Bylo vyměněno 298 321 ks jehel a stříkaček. Denně kontaktovalo terénní pracovníky cca 107 klientů, z nichž 40% tvoří Romové, 40% majoritní společnost a 20% ruskojazyční klienti. Právě na rostoucí počet kontaktů s klienty minoritní společnosti se terénní

program snažil reagovat otevřením Romského terénního programu (viz níže) a přijetím ruských rodilých mluvčích. Díky nim se podařilo navázat kontakt s touto skupinou a začít řešit její rizikovou situaci. V současnosti je stálý kontakt přibližně s padesáti rusky mluvícími klienty. Drtivá většina z nich nevyužívá služby žádných zdravotnických zařízení, část z nich je HIV pozitivní. Díky programu začali využívat ambulantní služby CADAS (Specializované ambulantní služby), jež také otevřely pro tyto klienty terapeutickou skupinu.

Terénní program se zaměřuje i na monitorování lokalit, ve kterých je zjištěn větší rozsah zneužívání návykových látek. Monitorování terénu a aktivní vyhledávání zatím nekontaktovaných klientů probíhá tak, že terénní pracovníci systematicky procházejí určenou lokalitu a na místech, kde najdou odhozené použité injekční náčiní, nalepí na strom či nejbližší možnou plochu samolepku s kontakty na terénní pracovníky, u nichž si lze náčiní vždy na určitém místě a v jistý čas vyměnit.

7.2.1. Externí terénní program – XTP

V souladu s evropským trendem politiky zaměstnanosti usiluje program o integraci osob znevýhodněných na trhu práce prostřednictvím chráněných pracovních míst, která jim umožní nácvik pracovních dovedností. Navíc mají díky pravidelnému příjmu možnost si vyřešit některé sociální problémy. Zároveň mohou využít i poradenství a případně se rozhodnout pro léčbu. Tento program zaměstnává stabilizované uživatele drog, tzv. externí terénní pracovníky. Jsou odborně proškoleni a prostřednictvím programu se snaží kontaktovat uživatele na uzavřené drogové scéně, kteří žijí ve skupinách a ke kterým je jen velmi obtížný přístup. Externí pracovník má za úkol sbírat odhozený injekční materiál a zároveň mění klientům injekční náčiní jako regulérní pracovník. Významnou aktivitou programu je vydávání časopisu Dekontaminace, při němž lze využít osobních zkušeností a přístupu těchto pracovníků-klientů k drogově závislým.

7.2.2 Romský terénní program

V souvislosti s dlouhodobým sledováním situace romských komunit v ČR vznikl v roce 2006 pod hlavičkou kanceláře Rady vlády pro záležitosti romské komunity Program podpory terénních sociálních pracovníků, do kterého bylo zapojeno 97 terénních pracovníků. K tomu přispěla i studie Ministerstva vnitra, jež sbírala data prostřednictvím krajských správ Policie ČR. Závěry této studie potvrzují, že romská menšina je silně zasažena drogami. Jde zejména o užívání pervitinu a subutexu, se kterým Romové často obchodují na černém trhu. Další cílovou skupinou jsou blízcí rodinní příslušníci romských uživatelů, kteří pomáhajícím institucím příliš nevěří a mají většinou jen málo informací o možnostech řešení.

V roce 2006 podařilo získat do pracovního poměru s o.s. Sananim dva romské zaměstnance, díky nimž došlo k významnému navázání kontaktů. Romové tak tvoří 40–50%, což znamená 750 víceméně stabilních klientů.

V dalších třech kapitolách jsou shrnuty společné prvky fungování TP a KC. Jedná se především o vedení dokumentace, zásady správné aplikace a cíle a prostředky nízkoprahových programů.

7.3 Cíle kontaktní práce TP a KC

Celkově lze shrnout cíle a prostředky kontaktní práce nízkoprahových programů (TP a KC o.s. Sananim) do několika bodů:

Cíle

- motivovat klienta, aby upustil od opakovaného používání stejného náčiní k aplikaci drog, nebo dokonce od jeho sdílení s jinými uživateli drog (u intravenózních uživatelů)
- naučit a motivovat klienty k užívání méně rizikových způsobů aplikace drog, popř. injekční aplikace méně rizikovými způsoby
- informovat klienty o rizicích spojených s užíváním nealkoholových drog (druhy, účinky drog, ale též způsoby aplikací)

- informovat klienty o zásadách bezpečnějšího sexu
- změnit chování uživatelů drog směrem k méně rizikovému, omezit je nebo od něj zcela odradit
- minimalizovat rizika somatického poškození v důsledku užívání drog
- zvýšit znalosti a dovednosti klientů v otázkách poskytování první pomoci (včetně kardio-pulmonální resuscitace)
- zvýšit informovanost klientů o systému fungování orgánů státní správy a orgánů činných v trestním řízení (způsoby komunikace, práva a povinnosti)
- upevnit u klientů či znovu vytvořit základní hygienické návyky
- přispět ke snížení trestné činnosti páchané uživateli drog
- motivovat uživatele drog k pravidelnému kontaktu s odborným zařízením.

Prostředky

- šíření informací o rizicích spojených s užíváním drog i s nechráněným sexem písemnou, obrazovou (informační materiály, letáky, časopis) i verbální formou
- výměna injekčních stříkaček a jehel
- poskytování materiálu potřebného k aplikaci drog bezpečnější formou (dezinfekční alkoholové tampony, voda pro injekční aplikaci, kyselina, bavlněné filtry, aluminiová fólie, náplast)
- motivační trénink ke změně rizikového chování (bezpečnější užívání drog, bezpečnější sex)
- základní zdravotní ošetření
- reference klienta do specializovaných zdravotnických zařízení (chirurgické ambulance, infekční, gynekologické, kožní odd., testování HIV pozitivitu apod.)
- reference klienta do léčebného zařízení (terapie, substituce, atd.)
- zprostředkování detoxu
- testy zjištění na přítomnosti viru HIV ze slin
- kondomy
- potravinový, vitaminový a hygienický servis

7.4 Akt výměny

Výměna stříkaček a jehel je jednou ze služeb Kontaktního centra nabízených v rámci harm reduction intravenózním uživatelům drog. Hlavním argumentem pro výměnu je prevence šíření infekčních onemocnění. Pokud si již uživatel drog aplikuje drogy injekční cestou, je důležité, aby měl možnost si použité injekční náčiní vyměnit za sterilní. Je nezbytné, aby všichni uživatelé byli informováni o rizicích i. v. aplikace a o méně rizikových způsobech aplikace.

Výměna probíhá denně. Klient, který chce využít této služby, má možnost si vyměnit tolik čistých jehel, kolik jich přinese použitých. Pokud se stane, že klient nemá žádné použité náčiní, má možnost dostat na dluh dvě stříkačky a jehly. Jedná-li se o klienta, který dochází do KC, je evidován (tzn. má kód), je tento dluh zapsán. Pracovníci tak mohou sledovat jeho chování, a pokud se opakovaně stává, že klient přichází bez použitých jehel, je tato skutečnost předmětem rozhovoru na téma bezpečnější chování a bezpečnější injekční aplikace. V TP se dluh nezapisuje. Klient dostává k injekčním stříkačkám stejný počet dezinfekčních alkoholových polštářků určených k očištění místa vpichu před aplikací. Zájemci mohou také dostat kyselinu askorbovou v jednorázových balíčcích, potřebnou pro přípravu heroinu k aplikaci. Součástí nabídky programu jsou rovněž bavlněné filtry používané pro natahování látky do stříkačky, buničina určená k ošetření místa vpichu, náplast a kondomy.

Nedílnou součástí vlastního aktu výměny je komunikace s klientem. Pracovník je povinen s klientem hovořit o způsobech aplikace, eventuálních souvisejících problémech, nevtíravou formou informovat o bezpečnějších způsobech užívání, dotazovat se na zdravotní stav. Při distribuci HR materiálů je třeba mapovat, zda je klient informován o tom, jak tyto pomůcky řádně používat, a chybějící informace poskytnout či doplnit. Použité stříkačky a jehly klienti vhazují do speciálních kontejnerů k tomu určených a ty jsou posléze likvidovány firmou zpracovávající injekční nemocniční materiál. Pracovník nesmí přijít do styku s použitým injekčním materiálem. Je povinností všech zaměstnanců striktně dodržovat základní bezpečnostní pravidla, aby byla vyloučena jakákoliv možnost kontaktu pracovníka s infikovaným materiálem.

Náklady na výměnu

Materiál, který tvoří součást výměnného programu, obsahuje:

stříkačky, jehly, vodu, dezinfekci, filtry, alobal, kondomy, kyselinu, mast Heparoid. Na jednu stříkačku tvoří náklady s dalším HR materiálem cca 4,40 Kč. Další náklady tvoří kontejnery na skladování použitých stříkaček, zdravotní materiál a léky.

7.5 Registrace a dokumentace klientů TP a KC

Otázka registrace klientů je obzvláště citlivá, protože většina z nich mívá často různé problémy se zákonem a bez důvěry v anonymitu svých údajů by byla spolupráce nemožná.

V jednotlivých zařízeních o.s. Sananim je vedena dokumentace o klientech podle potřeb místních služeb. V případě registrace používají jednotlivé programy jednotný přístup.

Vstupní vyšetření klientů je anonymní a provádí se výhradně se souhlasem klienta, který s pracovníkem vyplní anamnestický dotazník, tzv. in-come, kde se uvádí: pohlaví, věk, užívané drogy, vzdělání, zaměstnání, vyšetření HIV, hepatitidy, předchozí a aktuální léčby, způsob aplikace drogy. Osobní spis je veden v papírové podobě pod kódem, jenž je klientovi přidělen sestavením prvních tří písmen křestního jména matky, den narození klienta, dále z prvních tří písmen jména klienta a měsíce jeho narození (např. mar01kla05). Klient se při každém kontaktu registruje pod svým kódem v denním výkazu klientů, u kterého kontaktní pracovník uvádí formou čísel klientovu aktuální zakázku, jako jsou např.: počet vyměněných stříkaček a jehel, ostatní distribuovaný materiál, provedené výkony (výměna, 1. kontakt, krizová intervence, zdravotní vyšetření, poradenství, informace, odkazy a zprostředkování).

U klientů, kteří využívají poradenství, je osobní dokumentace vedena neanonymně, pod rodným číslem a jménem klienta, obsahuje in-come, zhodnocení stavu klienta a definování cílů jeho zakázky. Při každé další konzultaci je proveden zápis se stručným shrnutím.

Při ukončení kontaktu s klientem je zaznamenán důvod intervence, původní plán postupu, průběh kontaktu (kvalita kontaktu, komunikace, spolupráce, průběh změn apod.), intervence a zajištění následné péče.

Veškeré údaje o klientovi jsou důvěrné a nejsou poskytovány bez jeho souhlasu v souladu se standardy o Ochráně práv osob. Jsou shromažďovány pouze informace nezbytné pro zajištění procesu léčby a péče. Sananim je evidován u Úřadu na ochranu osobních údajů.

7.6 Zásady správné aplikace v TP a KC

V duchu harm reduction jsou klientům doporučovány zásady správné aplikace. To je velice důležité obzvláště u mladších uživatelů, což dokládají i mnohé výroční zprávy, ze kterých vyplývá, že nižší věk je základním faktorem souvisejícím s vysoce rizikovým chováním při injekční aplikaci.¹⁵

Níže uvedené zásady intravenózní aplikace jsou klientům předkládány v tiskových materiálech (letáky, časopis, apod.), nebo ústně, kdykoli je to potřeba.

kultivace dobrých žil: Klientům je doporučováno pravidelné cvičení, např. mačkání balónku, které vede ke zvyšování objemu svalových vláken. To způsobuje vytlačení žil na povrch a usnadňuje lepší aplikaci.

poučení o žilách: Uživatel by měl být poučen o způsobu nalezení chlopní, aby předešel napichování chlopně, která po čase přestane plnit svou funkci a dochází k otokům.

čisté povrchy: Pro snížení rizika nákazy je nezbytné vytvoření čistého povrchu pro aplikaci. Ideální je použití alkoholového polštářku (součást HR materiálu). Důležité je místo aplikace očistit pouze jedním tahem, aby se opakovaným otíráním nedostala nečistota z okolí místa vpichu. Platí samozřejmě zásada čistých rukou.

¹⁵Viz Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací, str. 14–15

filtry: Pro co nejdůkladnější pročištění aplikované látky je nutné používat vhodný filtrační materiál. Ideální je filtr pro to přímo určený, který je také součástí vydávaného HR materiálu. V případě nutnosti lze použít i další materiály, jako jsou např. menstruační tampóny, či v krajním případě cigaretové filtry, přestože nejsou zdaleka ideální, protože obsahují vlákna, která se lámou, a kousky nich se mohou dostat do aplikované látky.

drogy známého složení a sterilní voda: Ideální je distribuovaná (součást HR) destilovaná voda v jednorázovém balení či fyziologický roztok. Je možné použít i 15 minut převařenou vodu. Poškození žil snižuje i použití více kapaliny na rozředění.

stříkačky a jehly: Každá aplikace by měla být prováděna sterilní, novou stříkačkou. Čím menší je jehla, tím méně je poškozována tkáň. Hledisko výběru velikosti jehly je závislé i na tom, co je aplikováno, do kterého místa.

aplikace pevných látek: Nutné je látku rozpustit tak, jak je to jen možné. Vhodné je použití lžice k rozdrčení na co nejjemnější prášek.

škrtidla: K zaškrcování žil je vhodné používat dostatečně široká, pružná, snadno sundatelná škrtidla, která je možno vyčistit.

místa pro bezpečnou aplikaci: Drogu je nejlépe aplikovat do ruky, po směru toku krve směřující k srdci. Rozhodně se snažit vyvarovat rizikových míst, jako jsou třísla, krk, tepny.

proces přípravy heroinu: Přípravuje se rozpouštěním nad plamenem (většinou na lžici) za použití kyseliny.

orientace a poloha jehly: Při aplikaci je ideální přiložit jehlu dírkou nahoru v ostrém úhlu k ruce.

nabodnutí a uvolnění škrtidla: Uvolnění škrtidla po nabodnutí umožňuje korigovat množství dávky a předchází ztrátě části drogy a krve do tkáně, což obvykle vede ke vzniku modřin, horšímu hojení a zvýšení rizika infekce.

kontrolování dávky: Předávkování se předchází pomalým vpouštěním drogy, „ochutnávkou“.

zastavení krvácení: Předchází vzniku modřin.

péče o místo vpichu: Vtírání mastí, krémů či používání pleťových vod podporuje hojení.

udržování bezpečnosti: Pro vlastní ochranu i ochranu okolí je nejvhodnější ukládání použitých stříkaček do kontejnerů (součástí HR materiálu), PT lahví apod., či alespoň vložit jehlu do stříkačky a zatlačit píst.

postup při předávkování: Předávkovaný se resuscituje, pro zablokování účinků opiátů se používá naloxon.

7.7. Srovnání nízkoprahových programů o.s. Sananim

V roce 2007 byla provedena studie, zaměřená na srovnání klientely Kontaktního centra a Terénního programu o.s. Sananim. Probíhala v době od 27. 3. do 13. 4. 2007. V TP vyplnilo dotazník 183 klientů, v KC se průzkumu účastnilo 400 osob. Byly sledovány rozdíly týkající se věku, pohlaví, druhu užívaných drog a možnosti bydlení klientů.

Průzkum ukázal, že KC navštěvují klienti kolem 28 let, s délkou užívání 9 let, 41% klientů KC bydlí ve squatu nebo na ulici, proto využívají ve větší míře kontaktního centra, kde mohou být někde „uvnitř“. Pravděpodobně i proto, že větší procento mužů jsou bezdomovci nebo squateři, využívají víc hygienický servis než ženy a i celkově navštěvují muži KC častěji než ženy. 32% KC tvoří uživatelé opiátů.

TP využívají klienti v průměru 27 let, 70% z nich má kde bydlet. 50% je závislých na opiátech.

Co se týče mimopražských klientů, v KC jsou klienti častěji závislí na pervitinu, v TP převládá užívání subutexu.¹⁶

¹⁶ Viz Studie o.s. Sananim, P. Porubský, 2008

8. Analýza rozhovorů s klienty nízkoprahových zařízení o.s. Sananim

Rozhovory jsem vedla podle sestavených otázek (viz příloha 1) se čtyřmi muži a čtyřmi ženami. Tři z nich byli bývalí uživatelé drog a této služby, pět aktivních uživatelů. Čtyři užívali drogy 10–20 let, čtyři z nich 2–5 let. Rozhovory jsem dělala s klienty jak v Kontaktním centru, tak s uživateli drog, které jsem sama vyhledala. Zaměřila jsem se na hlavní tři okruhy:

Jak program „Výměny jehel a stříkaček“ splňuje očekávání klientů a jeho možné přesahy:

Důvody nevyužívání služby některými uživateli drog.

Z rozhovorů vyplynulo, že nejčastějším důvodem, proč si někteří uživatelé nechodí měnit injekční materiál ani v TP, ani v KC, je ten, že se stydí, nechtějí, aby je někdo při výměně viděl, protože nechtějí být vnímáni jako narkomani. Dalším případem jsou matky s malými dětmi, jež nechtějí brát k výměně s sebou, či prostitutky ve „veřejných domech“. Potřebu čistého náčiní řeší tak, že si je nechávají vyměnit od známých a kamarádů, kteří na výměnu chodí. Obvyklé také je, že u narkomanů, kteří se sdružují ve „vaříčských“ bytech, jde jeden nebo dva vyměnit pro všechny ostatní. Program výměny s tím počítá a do denní evidence zaznamená, pro kolik lidí bude injekční náčiní vydáno. Pro větší množství je možné přijít do K-centra, protože v terénním programu nemají pracovníci možnost nosit s sebou dostatečné množství materiálu a výdej je tak omezen na 100–200 kusů. Část narkomanů si obstarává jehly převážně v lékárnách.

Co se týká případného upřednostňování jednoho ze zařízení, dotazovaní, kteří nemají kde bydlet, dávali přednost KC, dalším argumentem byl strach z okradení v oblasti, kde se TP realizuje (většinou na Hlavním nádraží).

Využívání informací o „správném braní“:

Převážná část dotazovaných odpověděla, že využila některé informace, jež se týkají správné aplikace (viz výše). Jedná se především o aplikaci

subutexu a nutnost důkladné filtrace pevných částic, používání masti Heparoid na poraněná místa vpichů, zohlednění nebezpečí sdílení injekčního materiálu a správné přípravování dávky. Ze všech dotazovaných využívajících výměnné programy na otázku, zda k aplikaci používají vždy svou, čistou jehlu, odpověděli negativně pouze dva s tím, že pokud nepoužijí své náčiní, je vždy zásadně pouze po partnerovi. Ostatní odpověděli shodně, že použijí vždy výhradně svou jehlu, ovšem častokrát dvakrát za sebou.

Spokojenost s programy, návrhy zlepšení:

Na otázku, co bys na výměně zlepšil, několik dotazujících odpovědělo, že by uvítali nepřetržitou dostupnost injekčního náčiní. Přestože, hlavně v nočních hodinách, je možné nakoupit jehly v lékárnách, v mnoha z nich se k nočnímu prodeji tohoto materiálu staví velice negativně a uživatelům to dávají patřičně najevo. Navíc ne ve všech lokalitách jsou lékárny s nočním provozem dostupné. Řešením by byly výdejní automaty, které se velice osvědčily např. v Německu či Francii. Další výraznou připomínkou byla poptávka po možnosti sprchování pro muže v KC a praní osobního prádla, což bylo oboje z provozních důvodů zrušeno. Jeden z dotazovaných si posteskl, že když je člověk v zimě na ulici, je to pak pro něj něco jako domov, kde by rád občas snědl jídlo a mohl u něj sedět u stolu v teple, ale toto je v kontaktní místnosti zakázáno. Někteří si myslí, že by se k nim pracovníci měli chovat laskavěji, protože přesto, že uznávají, že si za svou situaci mohou sami, oceňují laskavý přístup a domnívají se, že na něj mají i nárok. Z rozhovorů zároveň vyplynulo, že všichni, kteří tuto službu využívají, tak činí prakticky po celou dobu užívání drog. Všichni dotazovaní se shodli na potřebnosti programu výměny jehel a potvrdili, že bez ní si neumějí vlastní fungování vůbec představit. Vzpomínka jednoho z dotazovaných na to, jak před rokem 1989 často vybírali kontejnery u nemocnic a pohotovostí a hledali v nich použité vyhozené injekční stříkačky, je toho dokladem.

Možné negativní přesahy HR:

Za negativní přesah by se dal pokládat obsah odpovědi jednoho z bývalých klientů (tři roky abstinujícího), že k injekční aplikaci ho inspiroval letáček Kontaktního centra, který popisoval, jak správně postupovat. Přesto, že

užíval heroin půl roku – aplikací kouřením – a uvažoval o abstinenci, po injekční aplikaci, kterou provedl přesně podle návodu v informačním letáku, pokračoval v i. v. aplikaci další tři roky. Na otázku, zda možnost výměny může ovlivnit začínající narkomany, odpovědělo šest dotázaných shodně, že ne, protože injekční náčiní je i tak běžně dostupné v lékárnách. Zbylí dva se domnívali, že by dostupnost jehel ovlivnit začínající narkomany mohla, protože pokud by tato nabídka nebyla, spíše by drogu aplikovali šňupáním.

Závěr

Cílem této práce bylo posouzení efektivity programu výměny injekčních stříkaček a jehel na základě odborné literatury a analýzy rozhovorů s klienty nízkoprahových zařízení o.s. Sananim.

Ze statistik uváděných ve výročních zprávách vyplývá, že využívanost výměnných programů u nás i ve světě stále roste, stejně jako objem vyměněných jehel. Díky včasnému zavedení této nabídky je prevalence HIV v ČR stále velmi nízká. Naopak značná rozšířenost hepatitid a infekčních kožních chorob mezi injekčními uživateli drog potvrzuje opodstatněnost pokračování a rozvíjení této služby. Negativní přesah, jenž by se v souvislosti s programem objevil, se nepotvrdil, až na malý signál od jednoho klienta, popsany v hodnocení rozhovorů.

Stále však zůstává prostor pro rozšiřování a zdokonalování v nabídce a kvalitě služeb. Jak zároveň vyplývá z této práce, cílem programu výměny jehel není „jen“ výměna injekčního náčiní a navázání kontaktu pro další poradenství, ale i určitý přesah, jenž pochází ze samotné povahy pomoci nejslabším členům společnosti. Nabídka soucitu, sdílení těžkého osudu, pozornost k těm, od nichž se většina okolí již odvrátila. Práce s drogově závislými klienty není lehká, ale ze zkušenosti mohu dodat, že nabídka opory, zájmu, laskavosti a sdílení bolestné zkušenosti je ze strany klientů velice ceněna. Jakýsi „pastorační přesah“, který v metodách práce o.s. Sananim není definován, se přesto, jako v každé pomáhající profesi, objevuje spontánně. Takové kontakty s klienty pak bývají ty nejhezčí, klient a pracovník se obohacují navzájem, dávání a brání se stává obousměrným procesem. Tak se z nabídky pomoci může zároveň stávat podpora, skrze kterou se nástroje snižování rizik mohou realizovat efektivněji, s ještě větším důrazem na obnovu ztracené důstojnosti člověka.

POUŽITÁ LITERATURA

- *Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe.* Vydání 1. Úřad vlády České republiky. 2005. ISBN 80-86734-45-5
- KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1 a 2, mezioborový přístup.* Vydání 1. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. ISBN 80-86734-05-6
- *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009* Vydání 1. Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-39-0
- Peter PORUBSKÝ, *Srovnávací studie Kontaktního centra a Terénního programu o. s. Sananim, 2008*
- *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006.* Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 978-80-87041-22-2
- *Výroční zpráva 2006. Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací.* Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 978-80-87041-16-1
- *Výroční zpráva za rok 2006.* Praha: O. s. Sananim, 2007
- *Výroční zpráva za rok 2006: Stav drogové problematiky v Evropě.* Belgie. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2006. ISBN 92-9168-254-3
- *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog: Odborné podklady pro činnost.* Vydání 1. Úřad vlády České republiky, 2004. ISBN 80-86734-74-9
- *Zaostřeno na drogy 5/2007: Situace ve věcech drog v České republice v roce 2006.* Úřad vlády ČR
- FISEROVA, Magdalena. *Historie drogových závislostí* [online]. Praha. Ústav farmakologie 3. LF UK, 2000 [cit. 2008-5-4]. Dostupný z http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm
- Prevcentrum. [online]. Praha. 2008. [cit. 2008-1-6]. Dostupný z <http://www.prevcentrum.cz/cz/home/info-o-drogach/subutex/.htm>

- Jan, TRNKA. *Je kouření tabáku závislostí?* [online]. Praha. 3. lékařská fakulta UK a Psychiatrické centrum, 2000 [cit. 2008-2-5]. Dostupný z <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH400/11dopisy.htm>
- *Výměna jehel ve věznicích: Poznátky z komplexního přehledu mezinárodních údajů a zkušeností.* Překlad David Fuchs. Úřad vlády ČR, 2006
- *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací.* 1. vydání. Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 978-80-87041-16-1
- *Seznam a definice výkonů drogových služeb.* Vydání 1. Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 80-86734-81-1
- DOČKAL, Jan. *Člověk a drogy.* Éthum, 2000
- ŠVARC, Jiří. *Zákonný rámec substituční léčby* [online]. Praha: Psychiatrická léčebna Bohnice, 2008 [cit. 2008-18-2]. Dostupný z http://www.drogy.net/clanek/pro-tisk/zakonny-ramec-substitutucni-lecby-i_2008_02_18.html
- ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Nový lék pro léčbu závislosti na opiátech* [online]. Psychiatrická klinika I. LF a VFN, 2007 [cit. 2008-15-5]. Dostupný z <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/78/907/Novy-lek-pro-lecbu-zavislosti-na-opiatech.html>
- *Detailně o AIDS [online].* Národní program boje proti AIDS v ČR, [cit. 2008-17-3]. Dostupný z <http://www.aids-hiv.cz/>
- JANÍK, Alojz; DUŠEK, Karel. *Drogy a společnost.* Avicenum. Praha, 1990. ISBN 80-201-0087-3
- Michal MIOVSKÝ a kolektiv. *Vězeňství a nelegální drogy: Sborník textů z oblasti užívání nelegálních návykových látek ve věznicích.* Vydání 1. Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-03-X

Zkratky:

- HR – Harm reduction
- KC – Kontaktní centrum
- TP – Terénní program
- i. v. – intravenózní aplikace

Příloha

Otázky k rozhovorů s klienty Kontaktního centra a Terénního programu

1. Věk, pohlaví, místo pobytu (pohybu)
2. Druh aplikovaných drog, délka užívání
3. Jak dlouho už chodíš do „Káčka“ (do terénu)? Nebo jsi chodil?
4. Kdo ti o „Káčku“ (terénu) řekl, jak ses o něm dozvěděl?
5. Co je pro tebe příjemnější a proč?
6. Dáváš některému z těchto dvou zařízení přednost a proč?
7. Kolik si asi tak vyměníš jehel za týden, měsíc... 10, 20, 50, 100, 200, víc?
8. (Pokud je to ve větším množství, co s tím děláš?) – neklást, jen v případě, že se to bude hodit, využít spíš smysl než obsah.
9. Měníš jen pro sebe, nebo někdy s někým děláš?
10. Používáš vždycky čistou jehlu?
11. Pokud ne, měl jsi už ze špinavé zdravotní problémy, choroby?
12. Znáš někoho, kdo si mění větší množství, (např. 1000) a co s tím dělá?
13. Znáš naopak někoho, kdo si měnit nechodí? Víš proč?
14. Kupuješ si někdy stříkačky na černém trhu? Za kolik? Máš ponětí, kde se berou?
15. Využil jsi informace, buď ústně od terapeuta, nebo v letáčku „o správném braní“ a pomohlo ti to vyřešit problémy, které jsi měl? Jaké?
16. Myslíš, že dnešní dostupnost čistých stříkaček může nějak ovlivnit začínající narkomany? (Je to jiné než dřív – když ty jsi začínal?)
17. Umíš si představit, co by se podle tebe stalo, kdyby tato služba zanikla?
18. Je něco, co bys na „výměně“ zlepšil?