

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie kombinovaná



Jan Mišta, DiS.

**MÍRA SPOTŘEBY INJEKČNÍHO MATERIÁLU PRO
APLIKACI NÁVYKOVÝCH LÁTEK V ČESKÉ REPUBLICĚ
V ROCE 2010**

**THE EXTENT OF USE OF SYRINGES AMONG
INJECTION DRUG USERS IN THE CZECH REPUBLIC IN
2010**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Roman Gabrhelík Ph.D.

PRAHA
2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny řádně citoval a uvedl. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 10. 8. 2011

Jan Mišta

Identifikační záznam:

MIŠTA, Jan. *Míra spotřeby injekčního materiálu pro aplikaci návykových látek v České republice v roce 2010. [The Extent of Use of Syringes among Injection Drug Users in the Czech Republic in 2010]*. Praha. 2011. 47 s., Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Roman Gabrhelík Ph.D.

Děkuji všem, kdo jakkoliv přispěli ke vzniku této práce. Zejména Mgr. Nečasovi, Mgr. Malhockému, Ing. Škodové a Daně Prokopové, kteří poskytli potřebné údaje, přispěli tak k bezproblémovému sběru dat pro tuto práci. Dále svojí ženě za podnětné připomínky a podporu.

Zvláštní poděkování patří vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Romanu Gabrhelíkovi Ph.D. za ochotu, cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Vysoká škola: Univerzita Karlova v Praze Fakulta: 1. lékařská fakulta

Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie Školní rok: 2010/2011

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Jan Mišta, DiS.

Obor: Adiktologie

Rok imatrikulace: 2011

Vedoucí práce: Mgr. Roman Gabrhelík Ph.D.

Oponent: Mgr. Jaroslav Vacek

Počet stran: 47

ČJ

Název bakalářské práce:

Míra spotřeby injekčního materiálu pro aplikaci návykových látek v České republice v roce 2010.

Abstrakt:

V bakalářské práci na téma Míra spotřeby injekčního materiálu pro aplikaci návykových látek se zaměřuji na míru distribuce injekčního materiálu pro injekční uživatele návykových látek v České republice v roce 2010. V teoretické části práce se zabývám zejména problematikou injekčního užívání, možných komplikací spojených s touto aplikací a minimalizací rizik tohoto užívání. Rovněž zde uvádím problematiku nízkoprahových drogových služeb. V praktické části práce vycházím z dat výrobců tohoto specifického injekčního materiálu, ale hlavně z dat šesti nejrozšířenějších distributorů, kteří zásobují veřejné lékárny léčivými přípravky a zdravotnickou technikou. Dále jsem rovněž zmapoval situaci kolem pacientů aplikujících si inzulin pomocí klasických inzulinových

stříkaček, dodávek těchto „inzulínek“ do zařízení nemocničního typu a na další možné koncové trhy. Rovněž se zde zabývám největším koncovým trhem, tedy nízkoprahovými službami – kontaktní centra, terénní programy. V závěrečných kapitolách uvádím k uvedeným přehledům svůj komentář s možnými návrhy řešení, které by mohly přispět ke zkvalitnění adiktologických služeb.

Klíčová slova:

injekční užívání, inzulínová stříkačka, distribuce injekčního materiálu, kontaktní centra, terénní programy

AJ

Title:

The Extent of Use of Syringes among Injection Drug Users in the Czech Republic in 2010.

Abstract:

The goal of my bachelor thesis - The Extent of Use of Syringes among Injection Drug Users in the Czech Republic in 2010, is to point out the extent of the distribution of syringes to injection drug in the Czech Republic. In theory part my main focus is on problem injection use, complication connected with intravenous application, and with reducing risk and harm of this use. I also pay attention to drug low-threshold services. In the practical part, I have collected the data obtained from producers of this specific injection material and from six most known distributors who supply public pharmacies with healing preparations and medical technology. I have conducted a survey on situation of patients who apply insulin using classic insulin injections. Further, I have conducted a survey on delivery of this insulin injections into institution of hospital type and for other final markets. In my work I also focus on the biggest final market: threshold services – contact centres, terrain programme.

In the Discussion I present a set of recommendations that could contribute to improvement of addictology services in the Czech Republic.

Keywords:

injection use, insulin injection, distribution of injection material, contact centres,
terrain programme

OBSAH

1	ÚVOD	12
2	CÍL PRÁCE.....	13
3	INJEKČNÍ UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	14
	3.1 Pojem droga.....	14
	3.2 Historie užívání drog	14
	3.3 Injekční užívání návykových látek v ČR.....	15
	3.4 Komplikace spojené s intravenózní aplikací návykových látek	15
	3.4.1 Lokální komplikace spojené s aplikací návykových látek.....	15
	3.4.2 Postižení kardiovaskulárního systému injekční aplikací návykových látek	16
	3.4.3 Infekční choroby přenosné krví u injekčních uživatelů návykových látek.....	16
	3.5 Minimalizace rizik v souvislosti s intravenózním užíváním drog – Harm reduction .	17
	3.5.1 Harm reduction: časné intervence v nízkoprahových službách	17
	3.5.2 Harm reduction	17
	3.5.3 Nízkoprahový přístup a nízkoprahové programy	21
	3.5.3.1 Nízkoprahový přístup	21
	3.5.3.2 Nízkoprahové programy jako součást systému péče o uživatele drog.....	22
	3.5.4 Terénní programy	24
	3.5.5 Kontaktní centra.....	24
	3.5.6 Další programy spojované s přístupem harm reduction	25
4	PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ - EPIDEMIOLOGIE	26
	4.1 Odhady prevalence problémového užívání drog	26
	4.1.1 Multiplikační metoda odhadu počtu problémových uživatelů.....	26
	4.1 Žádosti o léčbu u uživatelů drog	28
5	DISTRIBUCE INJEKČNÍHO MATERIÁLU INTRAVENÓZNÍM UŽIVATELŮM DROG V ČR.....	30
	5.1 Historie výměnných programů injekčních stříkaček a jehel a další služby pro IUD .	30
	5.2 Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel	31
6	SPOTŘEBA INJEKČNÍHO MATERIÁLU PRO INTRAVENÓZNÍ UŽIVATELE DROG V ČR ZA ROK 2010.....	33
	6.1 Zkoumaný soubor – proces získávání dat.....	33
	6.2 Použité metody – nejčastěji kladené otázky a odpovědi	34

6.3	Trhy užívateli drog používaného injekčního materiálu	38
7	KRITICKÝ POSTOJ A DISKUSE	42
7.1	B-Braun jako monopol pro uživatele v České republice	42
7.2	Distribuce směrem k uživateli – nízkoprah versus lékárna	43
8	ZÁVĚR.....	45
9	POUŽITÁ LITERATURA.....	46

Seznam tabulek:

Tabulka 1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002–2009	27
Tabulka 2: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2009 podle krajů ČR – střední hodnoty	28
Tabulka 3: Přehled certifikovaných programů podle typů k 25.6.2010	29
Tabulka 4: Výměnné programy v ČR v roce 1998 - 2010	32
Tabulka 5: Prodejnost vybraného injekčního materiálu dle distributorů Phoenix, Gehe, Pharmos, Alliance Healt Care v ČR v roce 2010	34
Tabulka 6: Prodejnost značky B-Braun v ČR v roce 2010.....	35
Tabulka 7: Prodejnost značky Terumo v ČR v roce 2010.....	36
Tabulka 8: Prodejnost značek Chirana a BD dle distributorů Phoenix, Gehe, Pharmos, Alliance Healt Care v ČR v roce 2010	36
Tabulka 9: Přehled diabetiků aplikujících si inzulín v roce 2010	41

Seznam grafů:

Graf 1: Celkový přehled prodeje injekčními uživateli používaných injekčních stříkaček v ČR v roce 2010 v %	38
--	----

Graf 2: Trh vybraných stříkaček používaných k injekční aplikaci drog kusech za rok 2010	39
Graf 3: Koncové trhy vybraného inj. materiálu za rok 2010 v kusech.....	40
Graf 4: Injekční stříkačky vybraných typů vydané v lékárnách a zdravotnických potřebách v ČR v roce 2010	42

1 Úvod

Ve své bakalářské práci na téma - Míra spotřeby injekčního materiálu pro intravenózní uživatele drog v České republice, bych rád poukázal na spotřebu injekčního materiálu intravenózními uživateli drog u nás za rok 2010.

Toto dosud nezcela probádané téma jsem si vybral z důvodu úzkého propojení a spolupráce s distributory zásobující lékárny tímto injekčním materiálem, s mým současným zaměstnáním distrikt manažera ve farmaceutické firmě.

V teoretické části práce se zaměřuji na představení problému injekčního užívání v rámci harm reduction, a na současné odhady uživatelů, a další s tímto související epidemiologická data.

Data potřebná pro vznik praktické části práce jsem získával od šesti nejrozšířenějších distributorů, kteří zásobují veřejné lékárny léčivými přípravky a zdravotnickou technikou a přímo od výrobců inzulínových stříkaček, které nejčastěji používají pro aplikaci injekční uživatelé drog. Dále bych rád oddělil prodejnost injekčního materiálu, která jde do původního trhu těchto inzulínových stříkaček, tzn. prodejnost injekčních setů do nemocnic, zde jsem se zaměřil rovněž na použití stříkaček pro diabetiky, kteří zejména v nemocnicích užívají inzulín pomocí těchto jednorázových stříkaček. Zde opět vycházím z dat výrobců a distributorů, kteří jsou schopni oddělit dodávky do nemocnic a z informací získaných od lékařů – diabetologů, o spotřebě těchto klasických „inzulínek“ diabetiky v domácí péči. V neposlední řadě ve své práci rovněž zmíním i další trh, kde se inzulínové stříkačky používají, a to kosmetické salony. Spotřeba zde je v porovnání s intravenózním užíváním téměř zcela zanedbatelná.

Závěrem chci zaujmout k této problematice kritický postoj a navrhnout různé aspekty zjištěných dat, jež by se dala implementovat adiktologickému výzkumu a praxi.

2 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce, je získání, zanalyzování a prezentace co nejpřesnějších dat o počtu a specifikaci jednotlivých značek injekčního materiálu pro aplikaci návykových látek intravenózními uživateli drog v České republice v roce 2010.

Otázky rozvíjející hlavní cíl:

Převažuje skutečně distribuce injekčního materiálu pro intravenózní uživatele drog nízkoprahovými službami nad prodejností tohoto materiálu uživateli ve veřejných lékárnách?

Shodují se odhady o počtu v lékárnách prodaných injekčních stříkaček za rok 2008 (Gabrhelík, 2008) – 1,5 milionu s výsledky šetření za rok 2010?

Jaké jsou zdroje a cesty injekčního materiálu od výrobce až ke koncovým injekčním uživatelům návykových látek?

Lze uvažovat o větším zapojení veřejných lékáren do minimalizace rizik injekčního užívání drog v České republice?

3 Injekční užívání návykových látek

3.1 Pojem droga

Význam pojmu droga se již po tisíciletí téměř nemění. Hippokratés a Galénos definovali drogu: „jako látku, která místo toho, aby byla „přemožena“ tělem a strávena jako běžný pokrm, je naopak schopná „přemoci“ tělo a vyvolat i při směšně malé dávce ve srovnání s jinými pochutinami značné organické a duševní „změny.“ Droga je obecné označení pro velice široký okruh psychotropních látek, jejichž užívání může vést k drogové závislosti. Pojmenování pochází z holandského slova droog, kde v doslovném překladu znamená žízeň. V léčitelství se slovo droga používá k označení sbíraných částí léčivých rostlin. Obecně se používá pro označení psychotropních látek. Drogová závislost je nejužívanější označení pro stav uváděný také jako toxikomanie nebo závislost na návykových látkách, abúzus atd. Drogou jsou zde míněny návykové látky, tedy psychotropně aktivní látky, které jsou schopny navodit stav náruživosti. (Escotado, 2003)

3.2 Historie užívání drog

Historie užívání drog je stará jako lidstvo samo. Tak například vlastnosti makové šťávy byly doložitelně známy na území starodávné Mezopotámie již v době neolitu (8000 - 5000 let př. n. l.). Ve starém Egyptě (14. století př. n. l.) se mák pěstoval na větších plochách a byl z něj vyráběn božský lék proti bolesti - opium. Obličej sešek „bohyní máku a makovic“ ze starověké Kréty (13. století př. n. l.), mají však zvláštní výraz extáze v opiovém opojení a jsou jedním z dokladů toho, že od pradávna byly známy nejen léčebné, ale i opojné vlastnosti opia. (Escotado, 2003)

Alkohol (ethylalkohol) má mezi drogami výjimečné postavení, patří mezi nejstarší, nejrozšířenější a nejvíce užívané drogy, jeho zneužívání má velmi závažné důsledky. Tradici má od nepaměti. Již mezi prvními doklady o pěstování obilovin byly nalezeny i stopy po výrobě kvašených nápojů.

Jednou z nejstarších kulturních rostlin lidstva je i konopí. Pochází pravděpodobně z centrální Asie, odkud se rozšířilo do Afriky a do Číny. Před asi

5000 lety je konopí v Knize léčiv čínského lékaře Sheng-Nunga popisováno jako droga proti zácpě, revmatismu, malárii a dalším potížím. I v indické literatuře (kolem roku 800 př. n. l.) je konopí uváděno jako lék proti mnoha nemocím a zároveň je popisováno i jeho užití v duchovní sféře, např. při uctívání boha Višnu. (Escohotado, 2003)

O historii užívání různých návykových látkách by se dalo uvést ještě mnoho zajímavostí, ale to bychom se dostali mimo hlavní téma – injekční užívání drog.

3.3 Injekční užívání návykových látek v ČR

Návykové látky, u nás nejčastěji metamfetamin (pervitin) a opioidy (heroin), si problémoví uživatelé návykových látek s oblibou aplikují nitrožilně.

Stejně jako v jiných evropských zemích je v České republice injekční aplikace u uživatelů návykových látek velmi oblíbená. I přes mnohaletou historii a rozšířenost harm-reduction programů v ČR existuje významná skupina injekčních uživatelů drog s nedostatečnými znalostmi o možných rizicích infekce, způsobech přenosu, a podobně. (Mravčík V. B., 2009)

Injekční užívání se řadí k nejvíce rizikovému užívání návykových látek, dochází k narušení integrity organismu a aplikaci látky včetně nežádoucích příměsí a mikroorganismů obvykle do krevního řečiště, méně často do svalové tkáně, do podkoží nebo i jinam. (Harrison, 1990)

3.4 Komplikace spojené s intravenózní aplikací návykových látek

3.4.1 Lokální komplikace spojené s aplikací návykových látek

Obvykle jde o kožní infekce a infekce měkkých tkání nejčastěji způsobeny špatným způsobem aplikace a mikroorganismy (častěji pyogenní bakterie – *St. aureus*, *Str. pyogenes*) zanesenými do rány. Klinicky se projevují jako kožní ulcerace, často i rozsáhlé, impetigo, povrchové i hluboké abscesy a flegmóny a povrchové záněty žil. Při povrchových zánětech bývá přímo zarudnutí a otok, hnisavá sekrece s tvorbou zarudlých, žlutavých krust. Nebývají přítomny celkové příznaky (horečka, schvácenost). Pro absces a flegmónu je charakteristické hnisavé roztavení postižené tkáně, rozdíl je v ohraničenosti procesu. Lokálně bývá přítomno bolestivé zarudnutí, výraznější je u flegmóny. Obě formy bývají

provázeny celkovými příznaky infekce, vážným příznakem jsou horečky septického charakteru. (Kalina K. a., 2008)

Komplikace hnisavých onemocnění mohou být místní a celkové. Místně se může hnisavý proces rozšířit na lymfatickou tkáň a žíly. Z místního postižení pak mohou vznikat potíže celkové. Lymfatickou cestou se bakterie mohou dostat do krevního oběhu a vyvolat sepsi. Při postižení žíly se tvoří infikované tromby, které se mohou uvolnit a způsobit septický infarkt nebo metastatický absces. (Kalina K. a., 2003)

3.4.2 Postižení kardiovaskulárního systému injekční aplikací návykových látek

Injekční aplikace drog vede i k poškození cévního systému. Aplikace nesterilních roztoků s nevhodnými fyzikálně – chemickými vlastnostmi vedou k tromboflebitidě. Opakovaně probíhající záněty vedou ke ztluštění cévní stěny a zúžení cévy. Pohmatově se akutně probíhající tromboflebitida jeví jako bolestivé zatvrdnutí postižené žíly. Aplikace do cév na dolních končetinách může vést k zánětu hlubokých žil na dolních končetinách. Může dojít k zamezení odtoku krve z postižené končetiny a jejímu odúmrťí, při utržení krevní sraženiny může dojít k masivní plicní embolii a srdečnímu selhání. Aplikace do vena saphena magna, která se společně s arteria femoralis zanořuje do inguinálního kanálu, může vést k zasažení doprovázející tepny. Může dojít k její ruptuře a tepennému krvácení nebo ke vzniku aneuryzmatu. K méně častým kardiovaskulárním komplikacím patří bakteriální endokarditida. Je vyvolána bakteriemi, které se zachytí z proudící krve na nástěnném nebo chlopňovém endokardu. (Kalina K. a., 2003)

3.4.3 Infekční choroby přenosné krví u injekčních uživatelů návykových látek

Infekční choroby přenášené krví patří k nejčastějším a současně nejzávažnějším komplikacím injekční aplikace drog, v této souvislosti jde nejčastěji o infekce viry hepatitidy B a C a infekci HIV. Incidence HIV infekce mezi uživateli drog v ČR je doposud velmi nízká, výskyt v této rizikové skupině

je sporadický (ke konci roku 2006 bylo hlášeno 41 případů u injekčních uživatelů drog z celkem 920 evidovaných HIV pozitivních osob) (Studničková, 2010). V kontrastu lze uvést situaci v řadě východoevropských zemí, kde v současné době probíhá explozivní epidemie HIV infekce u injekčních uživatelů drog. Migranti z těchto zemí mohou proto být významným zdrojem infekce v ČR. Z hlediska výskytu je aktuálně v ČR nejvýznamnější infekce virem hepatitidy C, v menší míře se uplatňuje hepatitida B. (Kalina K. a., 2008)

3.5 Minimalizace rizik v souvislosti s intravenózním užíváním drog – Harm reduction

3.5.1 Harm reduction: časné intervence v nízkoprahových službách

Časné intervence kladou důraz na práci s jednotlivcem v začátku jeho užívání nebo v začátku kontaktu s odbornými službami. Jde tedy o snahu nabídnout pomoc co nejdříve. Za časné intervence se pokládají krátkodobé odborné postupy navazující na časnou detekci, tj. na „zjištění problémů s užíváním návykových látek dříve, než dojde k závažnému psychickému, somatickému a/nebo sociálnímu poškození či vzniku závislosti“. (Kalina K. a., 2008)

Časnou detekci a časné intervence mohou provádět pracovníci v nespecifickém kontaktu s uživatelem (pedagogové, sociální pracovníci, psychologové, praktičtí lékaři apod.). Tato kapitola pojednává o časných intervencích v nízkoprahových programech pro uživatele drog, obvykle spojovaných s pojmem „harm reduction.“ (Kalina K. a., 2003)

3.5.2 Harm reduction

Přístup k návykovým látkám a k jejich uživatelům se historicky proměňoval podle toho, jak společnost vnímala návykové látky, jejich uživatele a příčiny užívání. Pokud je za problém označena osoba, a nikoli užívaná látka, volí společnost přístupy snižování poptávky s cílem snížit zájem o užívání látek mezi neuživateli a uživateli. Je uplatňován tzv. morální model (oblast snižování poptávky zahrnuje především drogové poradenství, léčbu a sociální reintegraci – následná péče, doléčování. Zde se dnes neuplatňuje morální model, ale model bio

– psycho – sociální, případně bio – psycho - socio- spirituální). Pokud je za problém označena substance, vynakládá společnost veškeré prostředky na snížení dostupnosti drog – tzv. válka proti drogám. Je uplatňováno snižování nabídky. „Harm reduction“ vnímá jako problém vztah mezi člověkem a užívanou substancí, tento vztah se může v čase vyvíjet a měnit (umístěním problému do vztahu mezi osobu a substancí, který se může měnit v čase, se zabývají psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí). (Kalina K. a., 2008)

Termín „harm reduction“ (HR) v doslovném překladu znamená „snižování poškození/škod“ je používán v mnoha slovních spojeních: HR jako protidrogové politiky, HR jako program výměny jehel, HR jako přímá intervence směrem ke klientovi, která se týká bezpečnějšího užívání drog apod. Všechna tato spojení vznikla z potřeby orientace na novém poli harm reduction. Použití termínu odkazuje na vztah k přístupu a na specifickou oblast nejvíce spojovanou s programy výměny jehel a snahou o zastavení šíření infekčních chorob, zejména HIV/AIDS. Neměli bychom však zapomínat, že termín harm reduction označuje především přístup, je tedy jakousi optikou, skrze kterou se na drogovou problematiku díváme. Používá se rovněž termín „myšlenkový směr“. Spojení „harm reduction movement“ (hnutí) bývá používáno jako protiklad k „war on drugs“ (válka proti drogám), tento přístup se vyznačuje nulovou tolerancí k užívání drog. (NTA, 2008)

V užším pojetí můžeme harm reduction definovat jako soubor praktických strategií, které redukuje negativní dopady užívání drog, a zahrnuje spektrum strategií od bezpečnějšího užívání po strategie vedoucí k abstinenci. Harm reduction strategie se snaží pracovat s klienty „tam kde právě jsou“ a zaměřuje se na okolnosti užívání i na užívání samotné. (Kalina K. a., 2008)

Jedna z nejrozšířenějších definic harm reduction rozlišuje poškození na různých úrovních – individuální, komunitní a na úrovni společnosti. Dále rozlišuje typy poškození – zdravotní, sociální a ekonomické. Toto rozlišení poukazuje na velmi široké a rozsáhlé zaměření harm reduction. (NTA, 2008)

Přístup harm reduction:

- vyhýbá se zhoršování poškození způsobeného užíváním drog
- zachází s uživateli drog s důstojností a jako s lidskými bytostmi

- maximalizuje možnosti intervence
- je založen na upřednostňování dosažitelných cílů
- je neutrální k legalizaci nebo dekriminální
- je jasně odlišný od války proti drogám

Pojem „harm reduction“ je nejčastěji používaným pojmem, avšak v literatuře různých států se objevují záměnou také další pojmy, jako například „risk reduction“, „harm minimisation“. Výraz „risk“ je někdy používán jako náhrada za „harm“, a to ve chvíli, kdy není „harm“ jasně nebo dostupně měřitelné. Harm minimisation (minimalizace poškození) by mělo být konečným cílem politik, v této souvislosti je politika nebo program „harm reduction“ spíše pracovním nástrojem. Nicméně výraz „harm reduction“ je mezinárodně nejpoužívanějším a nejrozšířenějším termínem. (NTA, 2008)

Kanadské centrum věnující se problematice návykových látek sestavilo principy harm reduction, které jsou již velmi konkrétní. (NTA, 2008)

1. Pragmatičnost – Harm reduction akceptuje, že látky měnící vědomí jsou běžným prvkem lidské zkušenosti. Drogy s sebou nesou určité riziko, na druhé straně také uživatelé přinášejí určité pozitivní zážitky. Je třeba brát na zřetel jak pozitiva, tak negativa užívání drog, aby bylo možno porozumět chování uživatelů.
2. Humanistické hodnoty – Jako fakt je akceptováno rozhodnutí uživatele drogy užívat. Neznamená to však schvalování užívání. Uživatel není odsuzován moralistickými soudy, ale není také podporován ve svém užívání. Jsou respektována práva a důstojnost uživatele.
3. Zaměření na poškození – Prioritou je snížit negativní dopady užívání přímo u uživatele a jeho okolí než se snažit snížit užívání drog jako takové. Harm reduction nevylučuje, ale ani neprosazuje abstinenci jako dlouhodobý cíl. V některých případech může být snížení dávek jednou z neúčinnějších forem harm reduction, jindy může být efektivní změna způsobu užívání.
4. Zvažuje náklady a přínosy – Je uplatňován proces identifikace, měření a posouzení problémů a poškození spojených s užíváním, jsou prováděna

hodnocení nákladů a přínosů intervencí, protože pak je možné zaměřit zdroje na priority.

5. Zaměření na bezprostřední cíle – Programy mají vytvořeny hierarchie cílů, které jsou vztaženy k jednotlivcům, cílové skupině a komunitě tak, aby odpovídaly na aktuální potřeby. Dosažení bezprostředního a realistického cíle je obvykle prvním krokem k bezpečnému užívání nebo k abstinenci.

Principy harm reduction jako pragmatismus a zaměření na bezprostředně dosažitelné cíle jsou rutinně používány v mnoha případech, kde hrozí poškození. V tomto smyslu přístup harm reduction není odlišný od způsobu, jakým je riziko obvykle zvládáno v mnoha různých oblastech lidské činnosti.

Navzdory zraněním, vlivu na životní prostředí, znečišťováním a úmrtím spojeným s motorismem, jeho omezování či zrušení nelze považovat za realistické, protože lidé jsou na tento způsob dopravy odkázáni a – viděno realisticky – nevzdají se ho. Kontroly rychlosti, kontroly emisí, pravidla pro používání bezpečnostních pásů a přileb můžeme chápat jako strategie harm reduction ke snižování poškození způsobeného motorismem.

Stoupenci harm reduction zastávají názor, že užívání drog je trvalým rysem lidských společností a jakkoli žádoucí to může být, svět bez drog je nerealistickým cílem. Harm reduction vidí abstinenci jako hodnotný a legitimní cíl. Intervence, které prosazují, podporují abstinenci, která je obecně chápána jako „speciální podmnožina harm reduction“.

The International Harm Reduction Association (IHRA) předpokládá, že v rámci harm reduction by měl být zahrnut alkohol, tabák, léky na předpis, nelegální drogy a těkavé látky. V tomto smyslu, programy, které vedou jak k abstinenci, tak ke kontrolovanému pití, mají své místo v oblasti harm reduction. Příkladem mohou být kampaně na podporu řízení vozidla bez alkoholu, doporučení pro bezpečnější konzumaci alkoholu a regulace, které nařizují, že má být na etiketách uvedeno procento alkoholu v nápoji. (NTA, 2008)

Co se týče tabáku, opatření, která snižují inhalaci dehtu spojenou s nikotinovou závislostí a kouřením tabáku (například cigarety s nižším obsahem dehtu, nikotinové náplasti a žvýkačky), mohou být také zahrnuta do opatření

harm reduction.

V souvislosti s ilegálními návykovými látkami bývá pojem harm reduction spojován zejména s programy výměny injekčního materiálu a prevencí infekčních chorob.

Poškození způsobené užíváním drog se odráží v úrovni individua, komunity i společnosti a zahrnuje více oblastí: zdraví, sociální oblast a oblast ekonomickou. Konkrétně mezi poškození způsobené užíváním drog patří: HIV/AIDS, virové hepatitidy (VHA, VHB, VHC), lokální a systémové bakteriální infekce (absces, endokarditida), předávkování, závislost, další tělesné a psychické obtíže (oslabení imunitního systému, deprese, psychóza), úrazy a důsledky agrese (dopravní nehody, rvačky), obtěžování veřejnosti (odhozené stříkačky, injekční aplikace drogy na veřejných místech), kriminalita (primární i sekundární), poškození způsobené kriminalizováním (zdravotní a sociální dopady uvěznění).

3.5.3 Nízkoprahový přístup a nízkoprahové programy

Nízkoprahové programy, ve kterých jsou naplňovány principy harm reduction, jsou nejčastěji kontaktní centra a terénní programy. Nejprve se v mé bakalářské práci budu věnovat významu nízkoprahového přístupu.

3.5.3.1 Nízkoprahový přístup

Nízkoprahový přístup naplňuje takový odborný program, který je přístupný komukoli bez dalších nároků či stanovených omezení. Cílem je tímto způsobem oslovit a vejít do kontaktu s co největším počtem osob. Program je utvořen tak, aby nestavěl bariéry, které by mohly bránit uživatelům drog nebo jejich blízkým službu využít. V pracovní době může přijít kdokoli, není třeba se předem objednávat či sjednávat schůzku za již promyšleným účelem. Pro mnohé uživatele či rodinné příslušníky je důležité, aby zůstali během kontaktu s odborníkem v anonymitě (mají ze ztráty svého zaměstnání či z reakcí okolí), což programy umožňují.

Většina nízkoprahových programů v ČR používá stejný systém sběru dat, kdy je klientovi přidělen kód a na jeho základě jsou dále sledována a sbírána data o populaci klientů a o využívání služeb. K uchovávání a zpracovávání dat je

používána databáze FreeBase (<http://freebase.drogy-info.cz>).

Nežřídka je pracovník nízkoprahové služby vůbec první odborník, se kterým uživatel drog hovoří o své situaci.

Na přicházející osobu nejsou kladeny nároky na abstinenci, tyto programy jsou určeny především aktuálním uživatelům, pro které je okamžitá abstinence, či abstinence v krátkém časovém horizontu nereálná. Nízkoprahová služba musí být také dostupná v čase a prostoru, jinak hrozí, že se bude se svými potenciálními klienty míjet. Proto většina programů zajišťuje služby během odpoledních či večerních hodin, kdy je možno zachytit větší množství uživatelů. Kontaktní centra jsou umísťována tak, aby byla snadno dostupná z centra města, terénní pracovníci docházejí na místa, kde se uživatelé objevují. Klient si může vybrat z nabízených služeb, přičemž každý program má stanovená pravidla pro jejich využívání (např. možná doba setrvání v zařízení, výměna stříkaček kus za kus atd.). V neposlední řadě, důležitým znakem nízkoprahovosti je individuální přístup ke každému klientovi programu. Neexistuje žádný mustr pro práci s touto klientelou, pracovníci zjišťují potřeby každého uživatele, se kterým přijdou do kontaktu, a dle zjištěných informací dále volí způsob intervence a hledají spolu s klientem možná řešení. (Hrdina, 2003)

3.5.3.2 Nízkoprahové programy jako součást systému péče o uživatele drog

Nízkoprahové programy můžeme chápat jako velmi důležitou součást systému péče o uživatele drog. Je to především proto, že je s nimi v kontaktu cca 60 % problémových uživatelů drog (Mravčík V. C., 2006), což znamená, že tyto programy pracují s nejširší skupinou klientů. Část klientů z této skupiny se do dalšího programu léčebné péče (ústavní léčba) již nedostane a podaří se jim dojít k abstinenci vlastními silami. Tyto programy pracují se všemi uživateli, kteří mají o nabízené služby zájem, a vzniká tak různorodá skupina uživatelů s odlišnými potřebami, což klade nárok na pracovníky těchto programů. Pracovníci musí mít dostatečné komunikační schopnosti a dovednosti ve specifických intervencích s touto klientelou (např. motivační rozhovor, schopnost navázat první kontakt s uživatelem, edukace k bezpečnějšímu užívání, atd.).

Nízkoprahové programy jsou službou prvního kontaktu, jak již bylo

uvedeno výše, často je právě nízkoprahový program první místo (odborná služba), kde uživatel hovoří o svém užívání, což mu jednak dává prostor pro reflexi své situace verbalizací, zároveň dostává reflexi a návrhy či informace od pracovníka programu. Hlavním úkolem při prvním kontaktu je předat klientovi základní informace o programu (nízkoprahovost programu, navázání důvěry) s cílem nabídnout mu důvod, proč a za jakých podmínek může program využívat nadále. Tím je možné udržet klienta v kontaktu s programem a dále klientovi nabízet intervence směrem k bezpečnějšímu životnímu stylu.

Nízkoprahové služby jsou také důležitou „branou“ do dalších služeb, a to zejména substitučních programů, ambulantních a rezidenčních léčebných programů, ale také zprostředkování odborné lékařské pomoci (chirurgické, hepatologické, gynekologické atd.) či sociální služby (možnosti ubytování, vyřizování dokladů totožnosti atd.). V těchto programech tedy vzniká díky nízkoprahovému přístupu možnost nabízet uživatelům včasné řešení jejich situace dříve, než by např. pominul zájem o rezidenční léčbu či by se zdravotní a sociální problémy vystupňovaly natolik, že by jejich řešení vyžadovalo mnohem náročnější a intenzivnější způsoby řešení.

Nízkoprahové služby využívají klienti, kteří neakceptují jiný druh služby, nechtějí aktuálně přestat s užíváním. Dále klienti, kteří jsou aktuálně v krizi, hledají pomoc, službu, ale neví, jak do ní vejít nebo kam se obrátit. Obvykle náleží do kategorie závislých a problémových uživatelů, většinou z důvodu intravenózní aplikace nebo jsou příbuzní, přátelé uživatelů drog.

Mezi základní cíle nízkoprahových programů patří:

- zvyšování informovanosti klientů o účincích drog
- snižování počtu předávkování
- omezení šíření infekčních onemocnění, zejména hepatitid, a udržení nízkého výskytu HIV mezi uživateli drog
- zvyšování motivace klientů k méně rizikovému chování a ke změně životního stylu směrem k abstinenci.

V roce 2009 bylo v ČR 95 nízkoprahových zařízení – kontaktních center, terénních programů a výměnných programů (Mravčík V. H., 2010).

3.5.4 Terénní programy

Standardy odborné způsobilost definují terénní programy jako služby prvního kontaktu v terénu včetně komplexního programu „harm reduction“ s cílem ovlivnit motivaci klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání příslušných odborných zařízení.

Terénní práce je specifická forma sociální služby realizovaná přímo na ulici, kdy není stanovena délka péče – ta se odvíjí od potřeb klienta. Služba je uživatelům nabízena aktivně, pracovníci vyhledávají a oslovují potenciální klienty, které jinak oslovit nelze. Je to jediná služba v systému péče, která není poskytována v „kamenném“ zařízení, pracovník přichází za klientem do jeho přirozeného prostředí (ulice, byt), nikoli klient ta pracovníkem. Pracovníci terénních programů tak mohou pružně reagovat na přesun cílové skupiny do jiné lokality. Při terénní práci je stěžejní navázání prvního kontaktu s uživatelem a získání jeho důvěry. Specifikem terénní práce je dále prostor, ve kterém se kontakt odehrává. Místem je často ulice, která neposkytuje příliš dobré podmínky pro delší rozhovor s klientem. Jako nutná se při terénní práci jeví spolupráce s policií, která by měla být informována o probíhajících terénních programech v regionu a způsobech jejich práce. Spolupráce se složkami policie může mít také podobu vyhledávání vhodných lokalit pro terénní práci. (Kalina K. a., 2008)

Služby, které terénní programy nabízejí, jsou výměna injekčního materiálu, informační servis, sociální a zdravotní poradenství, poradenství a krizová intervence, asistenční služba. Podrobněji ve službách kontaktních center níže.

3.5.5 Kontaktní centra

Kontaktní a poradenské služby zahrnují kontaktní služby, poradenství a motivační trénink, programy „harm reduction“, diferenciatně diagnostický filtr a zprostředkování léčby v nízkoprahových kontaktních centrech, poradenských a preventivních centrech.

Kontaktní centrum je zařízení pro uživatele drog, které se vyznačuje snadným přístupem ke službě, nízkoprahovostí, zachováním anonymity klienta a tím, že pro využití služby nevyžaduje abstinenci klienta.

Služby nabízené kontaktními centry jsou:

- Kontaktní práce

Navázání a prohlubování kontaktu s uživateli drog, minimalizace zdravotních a sociálních rizik, spojených s užíváním drog (předávání informací, nabídka kontaktů, nabídka asistenční služby – doprovodu, poskytování informací o stavu klienta, rizicích spojených s užíváním návykových látek, edukace o bezpečnějším užívání drog, např. jak předcházet předávkování, jak používat dezinfekční tampón atd., informace o možnostech léčebné péče, informace o infekčních onemocněních, informace ze sociální oblasti, informace o bezpečném sexu).

- Poradenství

Situační poradenství (např. nařízení k výkonu trestu obecně prospěšných prací) a strukturované poradenství (většinou se jedná o poradenství před nástupem do léčebného zařízení)

- Výměnný program

Výměna injekčního náčiní, distribuce sterilní vody, alkoholových tampónů, filtrů, lžiček, kyseliny askorbové).

- Základní zdravotní péče

Základní zdravotní ošetření drobných poranění, lehčích forem abscesů, běžných virových onemocnění, testování na HIV, HVB, HVC. Dále také neodkladnou péči první pomoci, stejně tak doplňkové služby jako hygienický, potravinový a vitaminový servis.

3.5.6 Další programy spojované s přístupem harm reduction

Další programy, které vycházejí z přístupu harm reduction jsou také substituční programy a aplikační místnosti.

Aplikační místnosti (drug consumption rooms, DCR) byly definovány jako chráněná místa pro hygienickou aplikaci přinesených drog v nehodnotícím prostředí a pod dohledem školeného personálu. V současné době v ČR zatím nebyla taková aplikační místnost zřízena, ač by např. Praha takové zařízení mohla využít. Toto zařízení v současné době existuje v Austrálii, Kanadě,

Švýcarsku, Nizozemsku, Španělsku, Norsku a Lucembursku. (NTA, 2008)

4 Problémové užívání - epidemiologie

Podle EMCDDA je problémové užívání drog definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu. Česká definice nezahrnuje užívání kokainu, neboť to je v ČR stále na velmi nízké úrovni. Ze skupiny amfetaminů je z obdobných důvodů odhadován pouze počet uživatelů pervitinu (metamfetaminu). Mezi opiáty typicky užívanými v ČR patří především heroin a Subutex® (sezonně se objevuje také užívání opia). V r. 2009 výrazně vzrostla střední hodnota odhadovaného počtu problémových uživatelů drog na cca 37,4 tisíc. Na nárůstu se nejvíce podílejí uživatelé pervitinu (cca 25,3 tis.). Vzrostl rovněž počet injekčních uživatelů drog (na cca 35,3 tis.). Mírně vzrostl i počet uživatelů opiátů na cca 12,1 tis., z nichž je odhadováno 7,1 tis. uživatelů heroinu a 5,1 tis. uživatelů Subutexu®. Kraji s nejvyšším počtem problémových uživatelů drog a zároveň s nejvyšším počtem uživatelů opiátů jsou Hl. m. Praha a Ústecký kraj. Ústecký kraj má zároveň ze všech krajů nejvyšší odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu. Zatímco na území hlavního města počet problémových uživatelů drog poprvé od r. 2005 poklesl, v Ústeckém kraji se odhadovaný počet problémových uživatelů zvýšil. (Mravčík V. H., 2010)

Nárůst střední hodnoty celkového počtu problémových uživatelů drog je třeba hodnotit opatrně vzhledem k tomu, že intervaly spolehlivosti odhadů z posledních let se překrývají. I přesto však statisticky významně meziročně vzrostl počet problémových uživatelů pervitinu a počet injekčních uživatelů drog.

4.1 Odhady prevalence problémového užívání drog

Pro odhad počtu problémových uživatelů drog za r. 2009 byla shodně jako v minulých letech použita multiplikační metoda.

4.1.1 Multiplikační metoda odhadu počtu problémových uživatelů

Multiplikační metoda odhadu počtu problémových uživatelů drog se v ČR

používá od r. 2002. Hodnota multiplikátoru byla poprvé získána pomocí zvláštního dotazníkového modulu v rámci studie výskytu VHC u injekčních uživatelů drog z roku 2003 a aplikována pro odhady z let 2002-2005.

V průzkumu Multiplikátor 2010, dotazníkovém šetření mezi klienty nízkoprahových zařízení, byla aktualizována hodnota multiplikátoru, tedy podílu té části problémových uživatelů, která je v kontaktu s nízkoprahovými programy, zbytek je skrytá část populace problémových uživatelů drog, který se dále aplikuje na evidovaný počet problémových uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními v ČR.

Zdrojem údajů o počtu problémových uživatelů drog v kontaktu jsou každoročně závěrečné zprávy projektů podpořených v dotačním řízení Rady vlády pro Koordinaci Drogové Politiky. Na rozdíl od minulých let však nebyla v r. 2009 pro odhad počtu problémových uživatelů z nepodporovaných zařízení použita extrapolace, nýbrž data byla po dotazu získána přímo. (Mravčík V. H., 2010)

Tabulka 1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002–2009

Rok	Problémoví uživatelé celkem		Problémoví uživatelé opiátů/opioidů				Problémoví uživatelé pervitinu		Injekční uživatelé	
	Počet	Na 1000 os. 15–64 let	Uživatelé heroínu	Uživatelé Subutexu®	Celkem	Celkem na 1000 os. 15–64 let	Počet	Na 1000 os. 15–64 let	Počet	Na 1000 os. 15–64 let
2002	35 100	4,89			13 300	1,85	21 800	3,04	31 700	4,41
2003	29 000	4,02			10 200	1,41	18 800	2,61	27 800	3,86
2004	30 000	4,14			9 700	1,34	20 300	2,80	27 000	3,73
2005	31 800	4,37			11 300	1,55	20 500	2,82	29 800	4,10
2006	30 200	4,13	6 200	4 300	10 500	1,44	19 700	2,69	29 000	3,97
2007	30 900	4,20	5 750	4 250	10 000	1,36	20 900	2,84	29 500	4,01
2008	32 500	4,39	6 400	4 900	11 300	1,52	21 200	2,87	31 200	4,21
2009	37 400	5,04	7 100	5 100	12 100	1,63	25 300	3,40	35 300	4,75

Zdroj: Mravčík et al. 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2009

Zajímavý je rovněž pohled na problémové užívání v jednotlivých krajích ČR. Kraji s nejvyšším počtem problémových uživatelů drog a zároveň s

nejvyšším počtem uživatelů opiátů jsou Hl. m. Praha a Ústecký kraj. Ústecký kraj má zároveň ze všech krajů nejvyšší odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu. Zatímco na území hlavního města počet problémových uživatelů drog poprvé od r. 2005 poklesl, v Ústeckém kraji se odhadovaný počet problémových uživatelů zvýšil. (Mravčík V. H., 2010)

Tabulka 2: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2009 podle krajů ČR – střední hodnoty

Kraj	Celkový počet problémových uživatelů	Počet uživatelů opiátů			Počet uživatelů pervitinu	Počet IUD
		Heroin	Subutex®	Celkem		
Hl. m. Praha	10 400	3 000	4 050	7 050	3 300	10 300
Středočeský	2 400	200	550	750	1 700	2 300
Jihočeský	1 500	100	100	200	1 350	1 500
Plzeňský	2 400	1 050	< 50	1 100	1 300	2 200
Karlovarský	1 200	100	< 50	150	1 050	1 100
Ústecký	5 300	1 350	250	1 600	3 700	5 100
Liberecký	1 300	< 50	< 50	< 50	1 300	1 300
Královéhradecký	1 000	100	< 50	100	850	1 000
Pardubický	500	50	< 50	50	450	500
Vysočina	600	< 50	< 50	< 50	600	500
Jihomoravský	3 400	850	< 50	850	2 500	3 100
Olomoucký	3 000	150	< 50	150	2 850	2 500
Zlínský	2 400	< 50	< 50	< 50	2 400	2 100
Moravskoslezský	2 000	100	< 50	100	1 900	1 800
Celkem ČR	37 400	7 100	5 100	12 100	25 300	35 300

Zdroj: Mravčík et al. 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2009

4.1 Žádosti o léčbu u uživatelů drog

Do Registru žádostí o léčbu nahlásilo v r. 2009 data 276 center (72 nízkoprahových, 146 ambulantních a 58 rezidenčních zařízení). Nejnavštěvovanějším typem zařízení byla tradičně nízkoprahová centra, jejich klienti tvořili stejně jako v předchozích letech více než polovinu žadatelů – 54,9 % prvožadatelů a 50,3 % všech žadatelů. Nejčastěji jsou mezi centry zastoupena ambulantní zařízení, nicméně na hlášené incidenci, resp. prevalenci léčených uživatelů drog se podílí pouze 23,0 %, resp. 24,5 %. V r. 2009 vyhledalo léčebné služby uvedených zařízení celkem 8763 uživatelů drog, tj. o přibližně 500 osob více než v r. 2008. Z toho 4318 osob požádalo o léčbu poprvé, což je zhruba o

400 osob více než v r. 2008. V porovnání s předchozími lety se obrací mírně sestupný trend a počty žadatelů o léčbu se tak dostávají na úroveň let 2004 a 2005. Poměrně dominantní je výskyt nejčastěji užívané drogy u žadatelů o léčbu – pervitinu, kdy ve všech regionech napříč ČR převažují uživatelé stimulancií (od 50 % v Hl. m. Praze po 80 % ve Zlínském kraji). Uživatelé opiátů byli významněji zastoupeni mezi žadateli v Hl. m. Praze (36,9 %), Středočeském (35,3 %) a Ústeckém kraji (28,1 %). Genderové rozložení žadatelů o léčbu se dlouhodobě nemění a do jisté míry kopíruje odhadovanou strukturu problémových uživatelů drog v ČR – tedy poměr dva muži na jednu ženu. Dvě třetiny žadatelů si aplikovaly drogu injekčně, případně kouřením (15 %) či inhalací/šňupáním (12,8 %). Nejčastěji probíhal léčebný kontakt v nízkoprahovém zařízení (50,3 %), dále v ambulantních (24,5 %) a rezidenčních (25,1 %) programech. V r. 2009 bylo mezi všemi žadateli o léčbu 7811 (89,1 %) a mezi prvožadateli 3607 (83,5 %) problémových uživatelů drog. Injekční aplikaci drogy uvedlo 5840 (66,6 %) všech žadatelů a 2402 (55,6 %) prvožadatelů o léčbu. (Studničková, 2010)

K červnu 2010 mělo platný certifikát odborné způsobilosti celkem 141 programů pro uživatele drog. (Mravčík V. H., 2010)

Tabulka 3: Přehled certifikovaných programů podle typů k 25. 6. 2010

Typ služby	Počet programů
Detoxifikace	2
Terénní programy	44
Kontaktní a poradenské služby	45
Ambulantní léčba	15
Stacionární programy	1
Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	2
Rezidenční péče v terapeutických komunitách	10
Ambulantní léčba	15
Substituční léčba	7
Celkem	141

Zdroj: Mravčík et al. 2010; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2009

5 Distribuce injekčního materiálu intravenózním uživatelům drog v ČR

5.1 Historie výměnných programů injekčních stříkaček a jehel a další služby pro IUD

Po vypuknutí epidemie hepatitidy B a hepatitidy C (a jak bylo zjištěno později i HIV) mezi injekčními uživateli drog (IUD) ve skotském Edinburghu v letech 1982 – 1984 se jistý lékárník rozhodl poskytovat těmto uživatelům drog sterilní injekční náčiní, úřady však toto počínání brzy zakázaly. Poté, co vypukla epidemie hepatitidy B mezi IUD v Amsterdamu (Nizozemí) v roce 1983, požádala jedna z organizací sdružujících IUD městské zdravotnické orgány, aby jim začaly poskytovat sterilní injekční náčiní. Tato žádost byla sice zprvu zamítnuta, ale zamítavé rozhodnutí bylo brzy odvoláno, což umožnilo vznik prvního oficiálního programu výměny jehel a stříkaček na světě. Vzhledem k šířící se pandemii HIV/AIDS bylo brzy zřejmé, že existence tohoto programu je opodstatněná, a krátce na to, byly obdobné programy zavedeny i v mnoha jiných oblastech světa. V současné době fungují oficiální programy výměny jehel a stříkaček ve více než 40 státech na světě. Krátce po jejich zavedení začala být vyhodnocována jejich účinnost a bezpečnost a brzy na toto téma vznikla rozsáhlá literatura. (WHO, 2004)

Za základní předpoklad všech komplexních a účinných programů prevence krví přenosných infekcí je v současné době považováno zpřístupnění sterilních injekčních jehel a stříkaček injekčním uživatelům drog a propagace jejich používání. Pro toto zpřístupnění sterilního injekčního náčiní a podporu jeho užívání byla vypracována široká škála opatření. Jedná se například o programy výměny injekčních jehel a stříkaček, o strategii dezinfekce opětovně používaných nebo sdílených jehel a stříkaček, jejich distribuci, prodej nebo výměnu v lékárnách, distribuci ve výdejních automatech nebo jinou formou distribuce, strategie a programy na podporu vhodnějšího způsobu likvidace použitých injekčních jehel a stříkaček a zákony, týkající se injekčního náčiní. Značné úsilí bylo vynaloženo rovněž na zvyšování informovanosti, změnu postojů a omezování rizikového chování, samotné zvýšení informovanosti a

změna postojů však ke snížení rizika nepovede, pokud se zároveň nezvýší i postupnost prostředků, které umožní tyto žádoucí změny chování uskutečnit. Ke snížení rizika nedojde ani tehdy, pokud snaha o větší zpřístupnění sterilního injekčního náčiní nebude doprovázena také snahou o změnu chování. Zásahy vedoucí k širšímu zpřístupnění sterilního injekčního náčiní již realizovala řada vyspělých států a v menším měřítku i země s přechodovou ekonomikou a rozvojové země. (WHO, 2004)

V České republice vznikl první výměnný program injekčního materiálu v roce 1986, výměnné programy jsou u nás veřejně financovány od roku 1991. V České republice existuje funkční síť terénních programů. Výdejní automaty byly v roce 2007 v provozu v osmi zemích EU a Norska. V České republice v současné době výdejní automaty injekčního materiálu nejsou v provozu dostupné. Legislativně jejich provozu nic nebrání. V městské části Prahy 5 byly v roce 2008 namontovány a zprovozněny dva výdejní automaty v rámci pilotního projektu, cílovou skupinou výdejních automatů jsou intravenózní uživatelé drog, kteří nejsou v kontaktu s žádnou institucí nebo organizací v oblasti harm reduction. Z rozhodnutí zastupitelstva Prahy 5 byl pilotní projekt zhruba po pěti měsících ukončen a automaty demontovány do doby, než se vyhodnotí jejich efektivita. (Gabrhelík, 2008)

5.2 Výměnné programy injekčních stříkaček a jehel

Výměnný program stříkaček a jehel v r. 2010 poskytovalo 95 nízkoprahových programů. Srovnání počtu programů a počtu distribuovaných injekčních stříkaček v letech 1998–2010 uvádí tabulka 1. Dle dostupných informací ze závěrečných zpráv si každý injekční uživatel, který navštívil nízkoprahové zařízení v r. 2009, vyměnil průměrně 10krát (9,7krát v r. 2008) a obdržel v průměru 205 sterilních stříkaček (208 v r. 2008). Rozložení objemu distribuovaného injekčního materiálu v jednotlivých krajích odpovídá relativnímu počtu injekčních (problémových) uživatelů drog. (Mravčík V. H., 2010)

Zvyšující se množství distribuovaného injekčního materiálu lze kromě rostoucího počtu odhadovaných injekčních uživatelů drog vysvětlit následujícími faktory, které lze obecně předpokládat a jejichž existence je podpořena také

kvalitativními daty: Drogová populace postupně stárne a lze tedy předpokládat, že vlivem delší drogové kariéry mají uživatelé poškozený žilní systém a tedy k úspěšné aplikaci drogy spotřebují vícero injekčních stříkaček, dochází ke změně uživatelských návyků, někteří injekční uživatelé Subutexu filtrují roztok k injekční aplikaci v jedné stříkačce a k samotné aplikaci použijí stříkačku jinou, uživatelé dbají více zásad bezpečné aplikace a používají více sterilního materiálu. (Radimecký, 2010)

Tabulka 4: Výměnné programy v ČR v roce 1998 - 2010

Rok	Počet výměnných programů	Počet vyměněných 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	93	3 868 880
2007	107	4 457 008
2008	98	4 644 314
2009	95	4 859 100
2010	95	4 942 816

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011

6 Spotřeba injekčního materiálu pro intravenózní uživatele drog v ČR za rok 2010

6.1 Zkoumaný soubor – proces získávání dat

Jako zkoumaný soubor jsem si zvolil zdroje distribuce injekčního materiálu pro intravenózní uživatele drog, tzn. výrobce, distributory a prodejce injekčního materiálu, stejně jako nízkoprahové programy, které jsou nejvýznamnějšími zákazníky tohoto trhu.

Abych se dostatečně orientoval v daném problému, mým prvním krokem bylo zmapování situace, konzultace s pracovníkem občanského sdružení, největšího terénního programu v Praze. Ten mi poskytl informace o nejčastěji používaných značkách, typech a zároveň mě uvedl do obchodních praktik jednotlivých výrobců, distributorů i nízkoprahových služeb.

Dalším krokem bylo oslovení vybraných nízkoprahových služeb, za účelem sběru ustáleného seznamu nejpoužívanějších značek a typů injekčního materiálu, které intravenózní uživatelé používají nejčastěji. To se mi zdařilo z důvodu oslovení široké skupiny nízkoprahových zařízení, jejichž kompletní seznam – všech v roce 2009 registrovaných terénních programů a kontaktních center jsem získal při další konzultaci na Úřadu vlády, Národního monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti.

Jelikož se po návštěvě všech popsaných institucí vykryštoval ustálený seznam výrobců, distributorů a prodejců injekčního materiálu, oslovil jsem zástupce firem B-Braun, Terumo, Zelená Hvězda, Gehe, Phoenix, Pharmos, Alliance Healthcare, Chirana a Eli Lilly & Company pomocí e-mailu s žádostí o krátkou osobní konzultaci týkající se spotřeby injekčního materiálu pro intravenózní uživatele drog v České republice za rok 2010. K mému milému překvapení došlo v krátké době k těmto konzultacím u všech popsaných subjektů. Prodejnost značek Chirana a BD se však z důvodu neposkytnutí prodejních dat musela ověřit pouze prostřednictvím rovněž výše popsaných distributorů, kteří pokrývají 96% veškerého zásobování léčivými přípravky i zdravotnickými pomůckami lékárny v České republice v roce 2010.

V rámci svého zaměstnání se rovněž denně pracovně setkávám s větší částí vedoucích významnějších lékáren v oblasti Prahy a na Vysočině, stejně tak i s významnými diabetology a zástupci nemocnic, jejichž poznatky a zkušenosti byly pro moji bakalářskou práci velmi přínosné.

6.2 Použité metody – nejčastěji kladené otázky a odpovědi

V této části bych rád představil nejčastěji kladené otázky, tedy oblast problému, kterému jsem se chtěl věnovat při sestavování přehledu.

V nízkoprahových službách - terénních programech a kontaktních centrech bylo mým hlavním cílem získat celkový vhled do této problematiky a zároveň dostat odpovědi na otázky: Jaké jsou značky a druhy injekčních stříkaček používaných intravenózními uživateli k aplikaci drogy? Jaké zdroje nákupu injekčního materiálu využívají nízkoprahové služby. Případně, jaký je postoj uživatelů k jednotlivým druhům a značkám injekčního materiálu?

Další fází bylo oslovení distributorů Gehe, Phoenix, Pharmos a Alliance Healthcare kteří pokrývají 96% veškerého zásobování léčivými přípravky i zdravotnickými pomůckami lékární v České republice v roce 2010. Přes velmi úzké vazby jsem zástupcům výše zmiňovaných distributorů rozeslal seznam nejčastěji užívaných značek a typů injekčního materiálu, získaný od nízkoprahových služeb. Tento ucelený seznam čítal 10 nejpoužívanějších značek a typů injekčního materiálu, viz graf 1. Během několika dní mi kolegové, zástupci výše popsaných distributorů zaslali seznamy prodeje injekčního materiálu za rok 2010 na kusy, viz tabulka 5. Dle označení kódu PDK, jsem si následně zpracoval data na výše popsaný seznam značek a typů, které byly předmětem mé pozornosti.

Tabulka 5: Prodejnost vybraného injekčního materiálu dle distributorů Phoenix, Gehe, Pharmos, Alliance Health Care v ČR v roce 2010

Phoenix, Gehe, Pharmos, Alliance Health Care, 95% trhu zásobování v ČR	Počet kusů v roce 2010, ČR
Celkem vybraných typů a značek	733.537
Celkem B-Braun - lékárny a prodejny zdravotnických potřeb	644.960
Celkem Terumo - lékárny a prodejny zdravotnických potřeb	47.396
Celkem Chiranal - lékárny a prodejny zdravotnických potřeb	34.156
Celkem BD - lékárny a prodejny zdravotnických potřeb	7.025

Zdroj: Management distributorů Phoenix, Gehe, Pharmos, Alliance Health Care v ČR v roce 2010

Následně jsem kontaktoval výrobce a distributory těchto 10 nejpoužívanějších značek a typů. Zdaleka nejpoužívanější značka B-Braun, výrobce typů Omnican 40, Omnican 50 a Omnican 100. Zde jsem se setkal s velmi vstřícným přístupem jak manažera výhradního distributora Zelená Hvězda, tak následně i kmenovým produktovým manažerem společnosti B-Braun. Byly mi dány k dispozici již zanalyzovaná data, přesně rozdělená na „koncové trhy“. Jako jediná mi tato společnost dala informaci o prodejnosti vybraného materiálu do nemocnic a dalších zdravotnických zařízení, viz tabulka 6.

Tabulka 6: Prodejnost značky B-Braun v ČR v roce 2010

B – Braun: Omnican 40, Omnican 50, Omnican 100	Počet kusů v roce 2010, ČR
Celkem	6.700.000
Zelená Hvězda - nízkoprahové služby	3.026.000
Zelená Hvězda - další distribuce a prodej-lékárny, zdravotnické potřeby	646.000
Přímí prodej výrobce – zařízení nízkoprahové služby	1.850.000
Přímí prodej výrobce – zařízení nemocničního typu	1.178.000
Omnican 40, 40 U. I. 1ml	2.500.000
Omnican 100, 100 U. I. 1ml	2.350.000
Omnican 50, 50 U. I. 0,5ml	1.850.000
Celkem B-Braun lékárna a zdravotnické potřeby	646.000
Celkem B-Braun -nízkoprahové služby	4.876.000
Celkem B-Braun - zařízení nemocničního typu	1.178.000

Zdroj: Management společnosti B – Braun

Druhá nejčastější značka používaná užívateli návykových látek, japonské Terumo, v České republice zastoupená výhradním dovozcem a distributorem, společností Rent-Pharm. Rovněž zde se mi dostalo velmi vstřícného přijetí a hlavně již částečně zanalyzovaných dat, viz tabulka 7. Obchodní zástupce mi předal prodeje vybraného materiálu k další distribuci, tzn. do lékáren a prodejen zdravotnických potřeb a také celkovou prodejnost do nízkoprahových služeb. Dodávky do zdravotnických zařízení mi údajně z důvodu citlivých údajů poskytnout nechtěl.

Tabulka 7: Prodejnost značky Terumo v ČR v roce 2010

Terumo	Počet kusů v roce 2010, ČR
Celkem	210.000
Terumo-U100,1ml	170.000
Terumo - U40,1ml	24.000
Terumo - U40,2ml	10.000
Terumo-U100,0,5ml	6.000
Terumo - nízkoprahové služby	162.000
Terumo - další distribuce a prodej-lékárny, zdravotnické potřeby	48.000

Zdroj: Obchodní zástupce společnosti Rent – Pharm, výhradní distributor značky Terumo

Dalším hráčem je slovenská značka Chirana injection a posledním hráčem je americká Eli Lilly&Company, výrobce stříkaček BD. Zástupce obou těchto subjektů se mi sice podařilo kontaktovat, avšak již nebyli tolik vstřícní jako zástupci B-Braunu a Teruma. Musel jsem tedy vycházet z dat o prodejnosti těchto produktů v lékárnách a zdravotnických potřebách, viz tabulka 8.

Tabulka 8: Prodejnost značek Chirana a BD dle distributorů Phoenix, Gehe, Pharmos, Alliance Healt Care v ČR v roce 2010

Chirana, BD - další distribuce a prodej-lékárny, zdravotnické potřeby	Počet kusů v roce 2010, ČR
Chirana	34.000
Chirana - U100,1ml	6.000
Chirana - 2ml+jehly Medoject	28.000
BD-U100,1ml	7.000

Zdroj: Management distributorů Phoenix, Gehe, Pharmos, Alliance Healt Care v ČR v roce 2010

Od těchto všech výrobců a distributorů byla tedy zjištěna následující data: Celková prodejnost vybraných typů za rok 2010 na kusy, Prodejnost do další distribuce, sítě veřejných lékáren, tzn. distributoři Gehe, Phoenix, Pharmos a Alliance Healthcare, prodej nízkoprahovým službám a u společnosti B-Braun i prodejnost do zařízení nemocničního typu – nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, kalmetizační střediska, atd. Z toho se snadno vyčte použití „inzulínek“ pro diabetiky v nemocnicích, a rovněž i spotřeba „tuberkulínových“ stříkaček, jež jsou rovněž používány u pacientů pro injekční aplikaci drog.

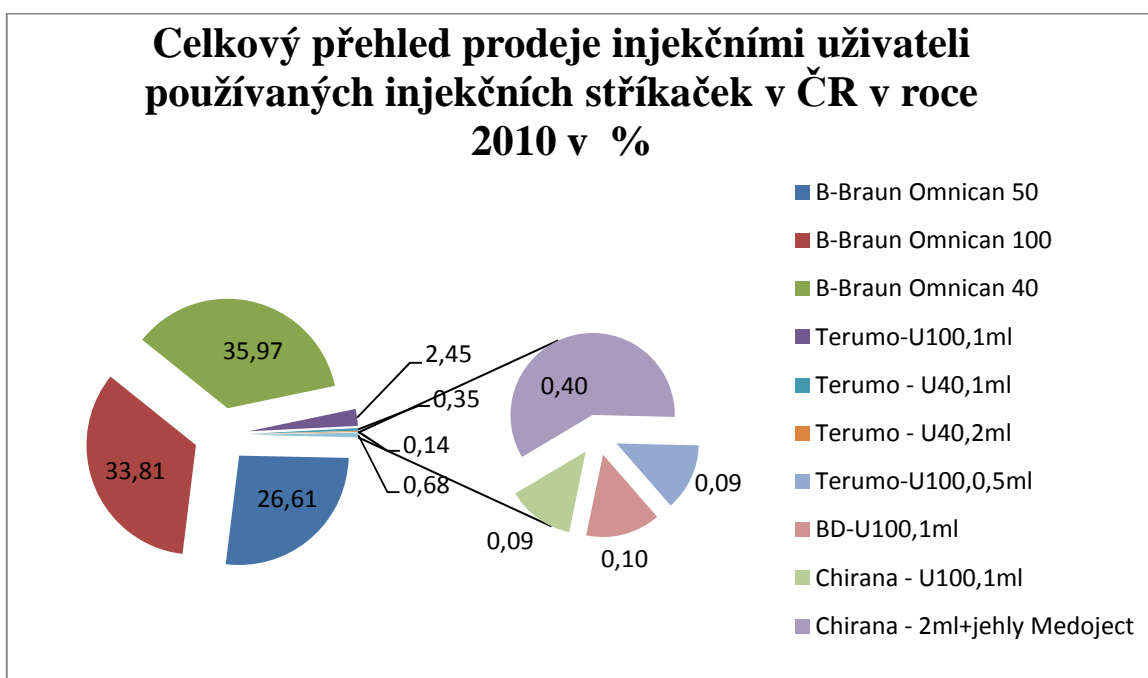
Další krokem bylo rozlišit prodejnost těchto stříkaček v lékárnách k primárnímu účelu, tedy diabetikům. Za tímto účelem byli osloveni zástupci Diabetologické společnosti s cílem upřesnit počty diabetiků aplikujících si inzulín pomocí inzulínové stříkačky. Hlavním cílem zde bylo zmapování situace léčby diabetiků aplikujících si inzulín pomocí klasické inzulínové stříkačky. Hlavní otázky směřovali na celkový počet diabetiků léčených inzulínem, počet pacientů aplikujících si klasickou „inzulínkou“ v domácí péči a průměrný počet těchto aplikací za den.

Posledním zjištěným trhem tohoto specifického materiálu byli kosmetické salóny a kliniky plastické chirurgie, kde se vybrané typy sice v daleko skromnějším, ale ne úplně zanedbatelném počtu používají, zejména k menším operacím obličeje, vyhlazení vrásek a podobně. Kontaktoval jsem v této záležitosti zhruba desítku kosmetických salónů, plastických chirurgií a veterinářů a odhadl jsem zde počet sledovaných značek a typů v lékárnách nakoupeného materiálu v České republice za rok 2010 na 10 tisíc kusů, viz graf 4. Informace mi poskytlo sdružení Unie kosmetiček ČR, podle kterého bylo na našem území v roce 2010 zhruba 600 registrovaných pracovníků v tomto oboru, přičemž 4 náhodně vytypované kosmetické salony a studia v Praze a na Vysočině poskytly informaci o používání těchto specifických „inzulínek“ do 10 kusů za rok, při počtu 600 kosmetických zařízení jsem zprůměroval počet stříkaček na 6 tisíc. Při telefonických dotazech u dvou soukromých veterinárních lékařů a u dvou větších veterinárních klinik v Praze a na Vysočině, jsem zjistil, že četnost používání těchto inzulínových stříkaček je mizivá. Pouze jedna odpověď byla, že je pravděpodobně možné použití u některých veterinářů, v průměru tak ale kolem jednoho kusu za rok, dle údajů komory veterinárních lékařů při počtu dvou a půl tisíce veterinářů a průměrné spotřebě jeden kus za rok dojdeme lehce k dvěma a půl tisícům stříkaček za rok. Posledním v této souvislosti možným místem spotřeby tohoto materiálu jsem vytipoval plastické chirurgy, po telefonické konzultaci u dvou plastických chirurgů jsem dospěl k závěru průměrné spotřeby tohoto materiálu kolem deseti na lékaře a rok. Dle údajů lékařské komory bylo v roce 2010 v ČR 120 plastických chirurgů, při průměrné spotřebě deseti kusů na rok je výsledné číslo kolem 1200 kusů. Po sečtení těchto položek a zaokrouhlení jsem tedy došel k závěru 10 tisíc stříkaček, nakoupených v lékárnách v České

republiky v roce 2010 za těmito účely.

6.3 Trhy s materiemi pro injekční aplikaci drog

K sestavení seznamu injekčního materiálu používaného intravenózními uživateli drog bylo osloveno celkem 69 nízkoprahových služeb - kontaktních center a terénní programy, které měly v roce 2010 certifikovaný program výměny či distribuce injekčního materiálu. Dle dlouhodobého kontaktu služeb s uživateli a zkušeností z tohoto kontaktu, vzešel seznam celkem deset injekčních stříkaček, které klienti v roce 2010 používali k intravenózní aplikaci návykových látek, viz graf 1.

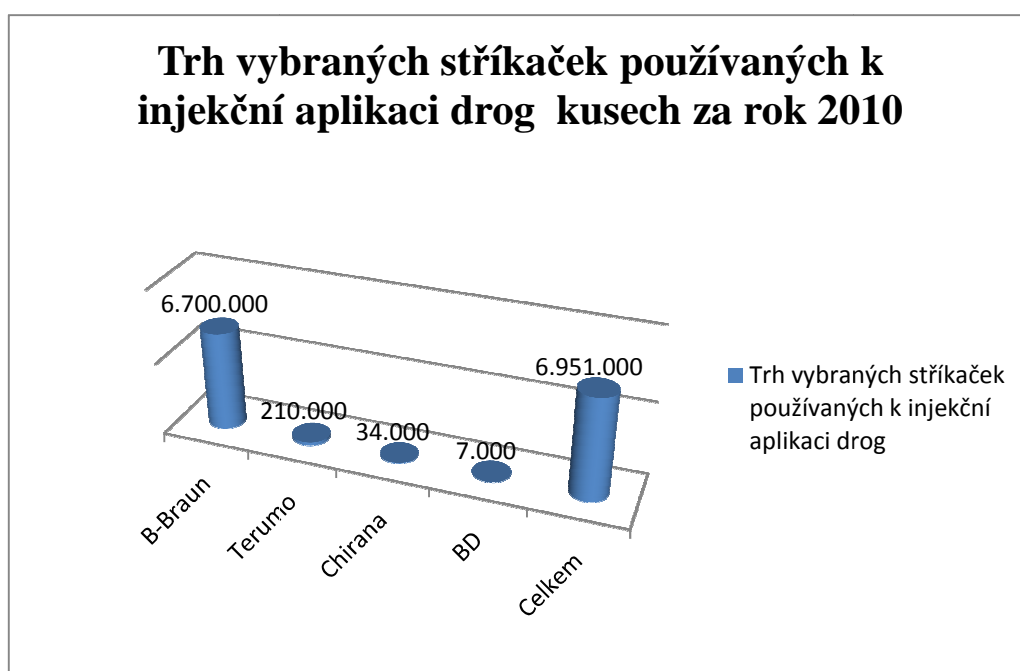


Graf 1: Celkový přehled prodeje injekčními uživateli používaných injekčních stříkaček v ČR v roce 2010 v %

Zdroj: vlastní zpracování na základě získaných dat od managementu společností B-Braun, Rent-Pharm, Phoenix, Gehe, Pharmos, Alliance Health Care v ČR v roce 2010

V prodejnosti těchto vybraných stříkaček za rok 2010 je zde vidět jasná převaha inzulinových stříkaček s integrovanou jehlou Omnican, spol. B-Braun, ty tvoří přes 96% trhu všech uživateli používaného materiálu. Číselné značení za názvem Omnican znamená počet inzulinových jednotek – I. U., počet dílků v stříkačce. Omnican 40 a 100 I.U. jsou jedno mililitrové, Omnican 50 je půl mililitrová stříkačka. Dalšími značkami, které uživatelé používají, jsou Terumo, Chirana a BD, celkový podíl pouze necelé 4% uživatelů používaných stříkaček.

Po sestavení seznamu uživateli používaného materiálu jsem oslovil všechny výrobce a distributory těchto 10 nejpoužívanějších značek a typů za účelem získání dat o celkové prodejnosti v České republice za rok 2010, viz graf 2. Společnost B-Braun a výhradní distributor značky Terumo, společnost Rent-Pharm mi poskytli detailní rozpis nejen o celkové prodejnosti, ale i o následné distribuci, získaná data jsem porovnal s daty distributorů Gehe, Phoenix, Pharmos a Alliance Healthcare kteří pokrývají 96% veškerého zásobování léčivými přípravky i zdravotnickými pomůckami lékární v České republice v roce 2010. Při porovnání došlo k nečekaně velmi přesné shodě. U stříkaček Chirana a BD se data od výrobce nepodařilo získat, vycházel jsem tedy výhradně z dat distributorů zásobujících lékární a zdravotnické prodejny v České republice, viz graf 3.

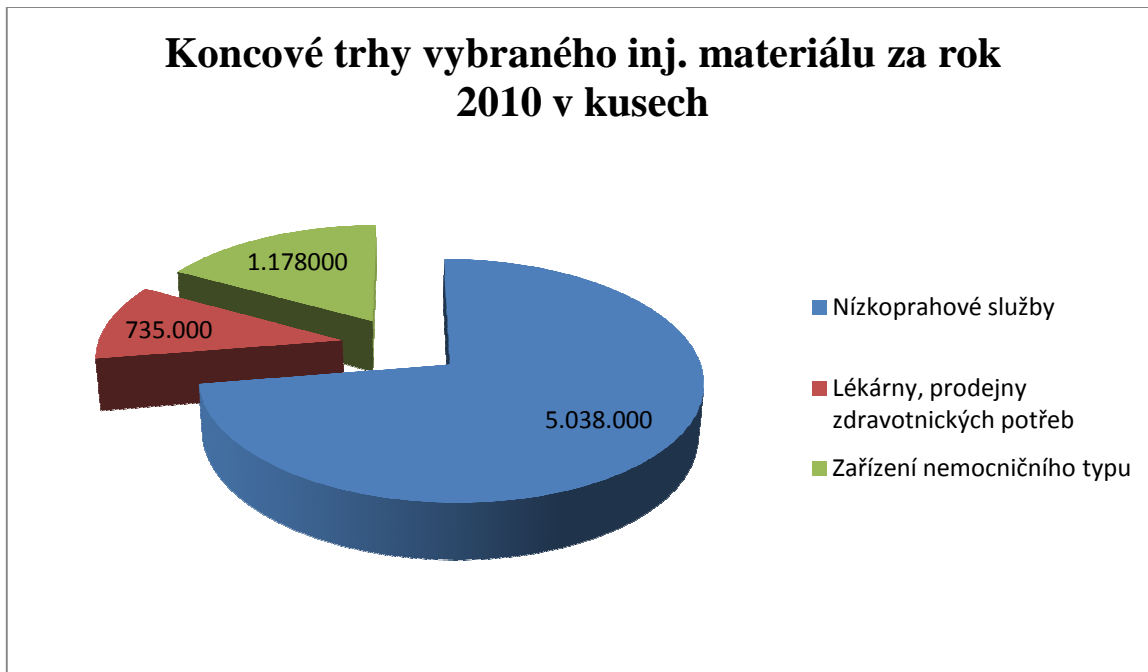


Graf 2: Trh vybraných stříkaček používaných k injekční aplikaci drog kusech za rok 2010

Zdroj: vlastní zpracování na základě získaných dat od managementu společností B-Braun, Rent-Pharm, Phoenix, Gehe, Pharmos, Alliance Health Care v ČR v roce 2010

V tomto přehledu trhu vybraných stříkaček používaných i injekční aplikaci návykových látek v kusech za rok 2010 je opět vidět téměř monopolní zastoupení spol. B-Braun a jejich značky Omnican 6,7 milionu stříkaček za rok z celkového

počtu 6,951 miliónu. Významněji je zde zastoupeno Terumo s 210 tisíci, u Chirany a BD je nutno připomenout, že jde o počty prodané pouze v lékárnách a prodejnách zdravotnických potřeb. Co se týče zaokrouhlení počtů prodaných stříkaček, vycházím zde z přesně obdržených dat od výše popsaných společností.



Graf 3: Koncové trhy vybraného inj. materiálu za rok 2010 v kusech

Zdroj: vlastní zpracování na základě získaných dat od managementu společností B-Braun, Rent-Pharm, Phoenix, Gehe, Pharmos, Alliance Health Care v ČR v roce 2010

Tento přehled ukazuje další distribuci vybraného injekčního materiálu směrem k nízkoprahovým službám, do lékáren a zdravotnických potřeb a do zařízení nemocničního typu. Při tvorbě tohoto přehledu jsem opět vycházel z dat jak výrobců, tak i koncových distributorů zásobující lékárny a prodejny zdravotnických potřeb. Je zde na prvním pohled zřejmé, že klíčovým trhem tohoto materiálu jsou nízkoprahové služby, z celkových 6, 951 to je 5,038 milionů, následují zařízení nemocničního typu 1,063 milionu a významným trhem jsou rovněž lékárny s celkem 735 tisíci.

Co se týče přehledu vydaných stříkaček v lékárnách a prodejnách zdravotnických potřeb, je zde situace s detekováním koncové spotřeby vybraného materiálu poměrně složitější. Ne všechny v lékárně prodané stříkačky jdou k uživatelům návykových látek za účelem aplikace. Máme zde původní trh

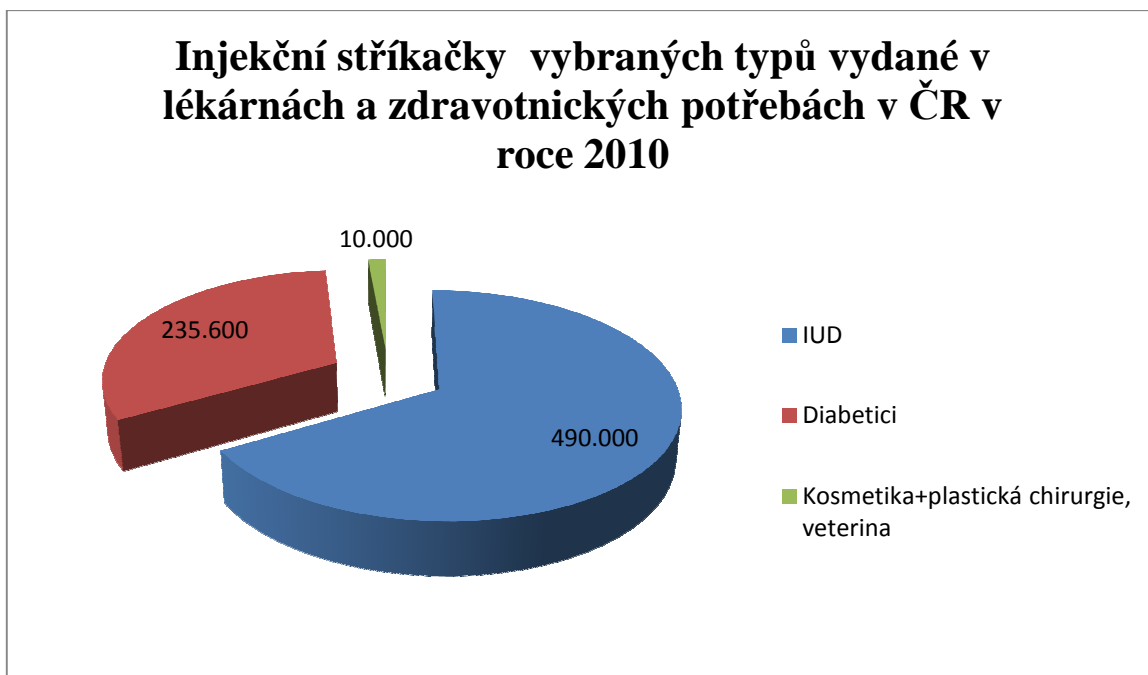
tohoto materiálu, tedy diabetiky aplikující si inzulín pomocí těchto stříkaček, viz tabulka 9.

Tabulka 9: Přehled diabetiků aplikujících si inzulín v roce 2010

Počet diabetiků aplikujících si inzulín k 1. 1. 2010 v ČR	215.165
Odhad počtu diabetiků aplikujících si inzulín klasickou „inzulínkou“ k 1. 1. 2010 v ČR	215
Odhad spotřeby „inzulínek“ všemi diabetiky aplikujícím si klasickou stříkačkou při průměrné spotřebě 3/denně za celý rok 2010	236.600

Zdroj: vlastní zpracování dle dat z Výroční zprávy České Diabetologické společnosti za rok 2009

Dle statistiky Diabetologické společnosti, vycházející ze zdravotnické ročenky 2009 byl k 1. 1. 2010 je celkový počet diabetiků 783.321, z toho aplikujících inzulín 215.165, téměř všichni tito diabetici si aplikují inzulín pomocí inzulínového pera, dle odhadů Diabetologické společnosti pouze asi 1 promile (především velmi starých pacientů, často neschopných naučení se obslužení inzulínovým perem) používá v domácí péči aplikaci pomocí klasické inzulínové stříkačky. V průměru si aplikují tito diabetici v domácí péči inzulín 3 krát denně, tzn. celková spotřeba klasických inzulínových stříkaček pro jejich primární účel – aplikaci inzulínu u diabetiků je kolem 235.600 stříkaček za rok 2010, viz graf 4. Nelze rovněž opomenout koncovou spotřebu tohoto materiálu v kosmetických salonech, soukromých klinikách plastické chirurgie a veterinárních ordinacích a klinikách. Zde jsem výsledných 10. tisíc v lékárně prodaných stříkaček k tomuto účelu uvedl na základě několika konzultací s kosmetickými salony, klinikami plastické chirurgie a veterinárních ordinací a jejich odhadech na průměrnou spotřebu za rok 2010. Z celkového přehledu je však dobře znatelný největší odbyt v lékárně prodaných inzulínových stříkaček intravenózním uživatelům drog. Za účelem zpřesnění těchto údajů jsem vycházel z expertních údajů třiceti vedoucích lékáren, které v rámci svého zaměstnání navštěvují několikrát denně.



Graf 4: Injekční stříkačky vybraných typů vydané v lékárnách a zdravotnických potřebách v ČR v roce 2010

Zdroj: vlastní zpracování dle dat managementu společností B-Braun, Rent-Pharm, Phoenix, Gehe, Pharmos, Alliance Health Care v ČR v roce 2010 a konzultací se zástupci kosmetických salónů, plastických chirurgií, zástupců veterinární péče a lékáren

7 Kritický postoj a diskuse

Z výše uvedených přehledů je patrné, že se mi podařilo splnit hlavní cíl této bakalářské práce, a to získat co nejpřesnější data o specifikaci a počtu prodaných značek a typů injekčního materiálu pro aplikaci návykových látek intravenózními uživateli drog, s rozdělením do koncových segmentů – trhů tohoto materiálu.

Výsledky těchto přehledů jsou velmi zajímavé, a stojí jistě za podrobnější komentář.

7.1 B-Braun jako monopol pro uživatele v České republice

Výhradní postavení společnosti B-Braun jako téměř monopolu pro uživatele návykových látek v České republice se dal předpokládat. Dle vyjádření pracovníků nízkoprahových služeb je hlavní příčinou dlouhodobě vysoká kvalita těchto stříkaček a celkem konzervativní postoj uživatelů k obměně injekčního materiálu. Při nákupu konkurenčních značek nízkoprahovými službami docházelo údajně opakovaně k „reklamacím“ za strany uživatelů, hlavním

důvodem byla menší kvalita konkurenčních stříkaček, uživatelé pravidelně ukazovali ohnuté, zalomené jehly, které uživatelé demonstrativně ukazovali pracovníkům služeb. Tato reakce byla zaznamenána v kontaktních centrech v Šumperku a Plzni a osobně konzultována s pracovníky těchto služeb.

Dle mého názoru stojí za výhradním postavením stříkaček Omnican pro uživatele velmi výhodné sterilní balení po 10 kusech, které B-Braun nabízí jako jediná společnost na českém trhu. Dalším důvodem je dlouhodobá bezchybná distribuce stříkaček této společnosti, naproti tomu u konkurenčních společností docházelo v historii k občasným výpadkům v distribuci, kdy tyto typy nebyly na trhu k dostání. Zcela nezanedbatelným důvodem je, dle mého názoru, jistě rovněž postoj nízkoprahových služeb a jejich ne vždy efektivní využití svěřených prostředků. To souvisí i s výslednou pořizovací cenou, která je často u stříkaček B-Braun dvojnásobná oproti konkurenci. Rovněž podle zkontaktovaných pracovníků z výše zmiňovaných služeb, údajně existují nejmenované nízkoprahové služby, které většinou raději nakoupí dražší, ověřenou značku, než často komplikovaně řešit s uživateli důvody změny značky, a potýkat se tak s možným poklesem v distribuci právě v jejich programech. Ohlas od pracovníků služeb byl i takový, že při změně značky uživatelé začali navštěvovat jiný výměnný program ve vedlejší městě. Jistě to má rovněž souvislost s kvalitou daných produktů, zároveň to však i svědčí o dostatečném pokrytí České republiky nízkoprahovými službami, které provozují výměnné programy. Vedoucí těchto programů by se měli snažit o maximální zefektivnění nákupu injekčního materiálu. Ať už spojením se ve větší celky, kdy vyjednávání se společnostmi může přinést výrazné snížení ceny, např. centrální nákupy občanského sdružení Sananim přímo od výrobce B-Baun nebo o zaměření se na edukaci klientů - uživatelů při přechodu na levnější produkty.

7.2 Distribuce směrem k uživateli – nízkoprahové služby versus lékárna

Další otázky, rozvíjející hlavní cíl práce, byly soustředěny kolem zmapování distribuce směrem k uživatelům návykových látek.

Co se týká této distribuce, z výše uvedených přehledů je zde jasně vidět výrazná převaha výměnných programů nízkoprahových služeb, tedy kontaktních

center, tak terénních programů. Z celkových více jak 7 milionů stříkaček vybraných typů, prodaných v České republice v roce 2010, jde k uživatelům přes nízoprahové služby více jak 5 milionů, přes lékárny zhruba 490 tisíc. Svědčí to opět, nejen o dle mého názoru dostatečném pokrytí České republiky nízoprahovými službami, které provozují výměnné programy, ale i o nedostatečném zapojení veřejných lékáren do systému minimalizace rizik injekčního užívání v České republice. V Belgii či Lucembursku je vidět mnohem efektivnější zapojení lékáren do systému harm reduction. (NTA, 2008). Veřejné lékárny zde jsou velmi dobře propojeny se službami protidrogové péče, probíhá zde nejen výměna jehel, ale i další odborné harm reduction výkony jako poskytnutí základních informací, apod. Vše to souvisí se znalostí služeb protidrogové péče a rovněž i vstřícností a aktivitou všech zúčastněných stran, počínající již snahou zákonodárců. Z příkladu těchto i ostatních zemí bychom se mohli určitě dostatečně inspirovat v tomto zapojení lékáren.

Velmi zajímavé je také porovnání odhadu o počtu v lékárnách vydaných injekčních stříkaček v České republice, který byl publikován v roce 1999, kdy odhady za rok 1998 činily 922.616 kusů, jež odhadem nakoupilo 13.659 uživatelů. Zatím poslední odhad prodaného injekčního materiálu byl 1,5 milionu. (Gabrhelík, 2008). V tomto kontextu je můj odhad za rok 2010 o prodeji výhradně uživatelům s prodanými 490.000 stříkačkami zajímavým a do jisté míry i kontroverzním zjištěním. Příčinou rozdílných počtů ze studií s různým designem mohou být chyby ve způsobu výpočtu odhadů anebo chybou zatížená vstupní data. Nelze opomenout i další koncové trhy, které pořizují vybraný injekční materiál, jako jsou kosmetická studia, kliniky plastické chirurgie a veterinární péče, které jsem ve svém přehledu oddělil. Stále však převládá velmi výrazný nepoměr, který by jistě stál za další analýzu. Dalším specifickým a v poslední době stále více rozšířeným způsobem je nákup materiálu přes internetové lékárenské portály. I tyto subjekty jsou však zásobovány přes nejrozšířenější a již výše zmiňované distributory.

8 Závěr

Domnívám se, že ve své bakalářské práci se mi podařilo odpovědět na otázky stanovené jako hlavní cíle, ale stejně tak se vynořila další témata, která by stála za hlubší analýzu.

Co se týče míry spotřeby injekčního materiálu pro intravenózní uživatele drog v České republice za rok 2010, podařilo se mi sestavit na základě návrhů pracovníků nízkoprahových služeb – kontaktních center a terénních programů, ucelený seznam deseti typů injekčních stříkaček čtyř značek. Tento vybraný injekční materiál byl následně podroben detailnímu průzkumu prodejnosti jak ze strany výrobců, tak i dalších distributorů. Celkem překvapivé se ukázalo konkurenční prostředí ve výrobě, distribuci, prodeji a koncovém trhu tohoto materiálu, kdy zde zaujímá jeden výrobce, i přes celkem výrazně nejvyšší cenu, více jak 96 % trhu. Ukázalo se, že hlavním zdrojem sterilního injekčního materiálu pro intravenózní uživatele jsou nízkoprahové služby. V tomto směru lze bezpochyby říci, že postavení lékáren v systému veřejnozdravotní péče o injekční uživatele návykových látek, není na příliš vysoké úrovni. Celkem nízký počet vydaných stříkaček v lékárnách však zároveň svědčí o velmi dobře rozpracovaném systému nízkoprahových služeb, kde výdej sterilního injekčního materiálu každým rokem stoupá. V roce 2010 se dle uvedeného přehledu v České republice dostal přes hranici 5 milionů stříkaček, naproti tomu v lékárnách si uživatelé návykových látek nakoupili toto náčiní v celkovém počtu kolem 490 tisíc. V tomto kontextu lze jistě hovořit o velkých rezervách ve spolupráci lékáren a dalších protidrogových služeb. Dle dostupných odhadů se počet v lékárnách vydaných injekčních stříkaček pro uživatele drog celkem výrazně snižuje, což může mít velmi špatný dopad hlavně v regionech s malým pokrytím drogových služeb, kde jsou lékárny často jediným zdrojem sterilního injekčního materiálu. Dle mého názoru je zde důležitým aspektem dialog nejen mezi zástupci adiktologických služeb a zástupci lékáren, ale rovněž hledání a pozdější nastavení motivační strategie při větším zapojení lékáren do výdeje, či výměny injekčního materiálu pro intravenózní uživatele návykových látek.

9 Použitá literatura

- Escotado, A. (2003). *Stručné dějiny drog*. Praha: Volvox Globator
- Gabrhelík, R., Miovský, M., Vacek, J. & Miovská, L. (2008). *Lékárny v systému veřejnozdravotní péče o injekční uživatele návykových látek*. Boskovice: Albert
- Harrison, D. W. & Walls, R. M. (1990). „Cotton fever“: a benign fibrile syndrome in intravenous drug abusers. *Journal of Emergency Medicine* 8(2), 135-9.
- Herzog, A., Matoušek, P., Příkryl, Z. (2007). Injekční kalkulátor jako nástroj práce s intravenózními uživateli návykových látek. *Adiktologie*, 7(1), 70-90.
- Hrdina, P., Korčíková, B. (2003). *Terénní programy*. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky
- Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing
- Kalina, K a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky
- Kalina, K a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky
- Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing
- Mravčík, V., Petrošková, B., Zábranský, T., Řehák, V., Coufalová, M. (2009). *Výskyt VHC u injekčních uživatelů drog*. Praha: Úřad vlády České republiky
- Mravčík, V., Horáková, M., Nečas, V., Pešek, R., Škařupová, K., Škrdlantová, E., Kiššová, L., Běláčková, V., Šťastná, L., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Kalina, K., Zábranský, T., Gabrhelík, R. (2010). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky
- Mravčík, V., Pešek, R., Škařupová, K., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Kiššová, L., Běláčková, V., Šťastná, L., Gajdošíková, H., Vopravil, J (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky
- Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Pešek, R., Škařupová, K., Škrdlantová, E., Mioviská, L., Gajdošíková, H., Vopravil, J (2008). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády České republiky
- Mravčík, V., Lejčková, P., Orlíková, B., Petrošková, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O., Sklenář, V., Vopravil, J. (2006). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. Praha: Úřad vlády České republiky
- NTA (2010). *Dobrá praxe v harm reduction-učební texty*. Praha: Centrum adiktologie a sdružení SCAN

Radimecký, J a kol. (2010). *Trendy na drogové scéně v ČR. Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů*. Praha: Úřad vlády České republiky

Studničková, B., Petrášková, B. (2010). *Výroční zpráva ČR 2009. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie

Vacek, J., Gabrhelík, R., Miovský, M. (2008). Zapojení lékáren do systému služeb pro uživatele nelegálních drog: výsledky kvalitativní studie. *Adiktologie*, (8)4, 300-319.

WHO (2006). *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog*. Praha: Úřad vlády České republiky