

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Markéta Barbořiková

**Specifika práce zdravotní sestry s uživateli drog v
kontextu terénního programu**

The work of a general nurse with drug users within the
street - based program

Bakalářská práce

Praha, květen 2018

Autor práce: Markéta Barboříková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová, PhD.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 15. 6. 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 1. května 2018

Markéta Barboříková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní doktorce Janě Heřmanové za vedení mé práce, trpělivost a lidský přístup. Dále organizaci SANANIM za podporu, možnost osobního rozvoje a umožnění čerpat teoretické i praktické znalosti z jejich zdrojů. Děkuji rovněž svým přátelům.

Obsah

ÚVOD.....	7
1. SESTRA V PRIMÁRNÍ PÉČI.....	9
1.1. PRIMÁRNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	9
1.2. KOMUNITNÍ PÉČE.....	10
1.3. ROLE SESTRY V PRIMÁRNÍ PÉČI.....	11
1.4. SPECIFIKA PRÁCE SESTRY V PRIMÁRNÍ PÉČI O UŽIVATELE DROG.....	12
1.4.1. Samostatnost a zodpovědnost	12
1.4.2. Důvěra jako základ	13
1.4.3. Adekvátní komunikace, pacient x klient	13
1.4.4. Hranice	14
1.4.5. Konflikty.....	15
1.4.6. Důraz na týmovou práci	16
1.4.7. Respekt x despekt veřejnosti na práci sestry v nemocnici x terénu	17
1.4.8. Označení a oděv terénních pracovníků	17
1.4.9. Široké spektrum zdravotních problémů	18
1.4.10. Pracovní prostředí.....	19
1.4.11. Angažovanost	19
1.4.12. Rizika.....	19
1.4.13. Další odlišnosti.....	20
2. OTEVŘENÁ DROGOVÁ SCÉNA V PRAZE	20
2.1. DEFINICE.....	20
2.2. ZÁVISLOST	21
2.3. NEJČASTĚJI ZNEUŽÍVANÉ LÁTKY V PROSTŘEDÍ ULICE	22
2.3.1. Psychostimulancia	22
2.3.2. Tlumivé látky.....	24
3. TERÉNNÍ PRÁCE V PÉČI O INJEKČNÍ UŽIVATELE DROG.....	30
3.2. CÍLOVÁ SKUPINA	30
3.3. PRINCIPY TERÉNNÍ PRÁCE	31
3.2.1. Public Health	31
3.2.2. Harm Reduction	32
3.2.3. Nízkoprahovost	33
3.4. SLOŽKY TERÉNNÍ PRÁCE	34
3.5. CÍLE TERÉNNÍCH PROGRAMŮ.....	35
3.6. PRACOVNÍCI TERÉNNÍCH PROGRAMŮ.....	35
4. SANANIM	36
4.1. OBECNĚ	36
4.2. TERÉNNÍ PROGRAMY SANANIM.....	37
4.3. KLÍČOVÉ CÍLE	37
4.4. PROJEKT SANITKA	38
5. NEJČASTĚJŠÍ ZDRAVOTNÍ OBTÍŽE INJEKČNÍCH UŽIVATELŮ DROG.....	45
5.1. NEJČASTĚJŠÍ ZDRAVOTNÍ OBTÍŽE UŽIVATELŮ DROG	45
5.1.1. Bakteriální infekce nitrožilních uživatelů.....	46
5.1.2. Orgánová a systémová postižení	48
5.1.3. Krví a sexuálně přenosné infekce u injekčních uživatelů drog	52
5.1.3.1. Virové hepatitidy	52
6. KAZUISTIKA	58
6.1. ANAMNÉZA.....	58
6.2. OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM – POPÁLENINA PRAVÉHO BÉRCE	59
DISKUSE	69

ZÁVĚR	70
SOUHRN	71
SUMMARY	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	78
SEZNAM PŘÍLOH.....	79
PŘÍLOHY.....	80

ÚVOD

Cílem této práce je popsat specifickou roli a práci zdravotní sestry s injekčními uživateli drog v kontextu terénního programu, její jedinečné poslání a široké uplatnění v těchto netypických podmínkách, které sestru navrací do pacientova prostředí a které na ni klade značné profesionální a osobnostní nároky.

Pracuji jako zdravotní sestra v terénním programu organizace SANANIM. Tato organizace se jako první nestátní nezisková organizace u nás začala zabývat problematikou závislostí na nealkoholových drogách.

Na tomto pracovišti jsou respektovány principy individualizovaná péče, partnerský přístup k pacientovi (dále budu používat slovo klient), adekvátní komunikace, holismus, pozornost zaměřená na klienta, úcta a respektování práv, aktivní práce s životním příběhem klienta, odborné vzdělávání, důraz na osobnostní kvality pracovníků a jejich rozvoj, dobré vztahy a vzájemná spolupráce mezi členy týmu. Tento přístup jsem postrádala v mnoha zdravotnických zařízeních, ve kterých jsem v minulosti pracovala. Na zdravotní sestry jsou v současnosti kladeny čím dál větší nároky po odborné stránce, ale respektování těchto principů, které jsou z mého hlediska samou podstatou ošetrovatelství, v praxi však značně zaostává, i když je na něj apelováno ve všech českých koncepcích ošetrovatelství.

V terénním programu SANANIMu jsem měla jedinečnou možnost blíže poznat tento specifický druh práce, klienty užívající služby nízkoprahových adiktologických programů a problémy, které je provázejí. Tato práce výrazně přispěla k rozšíření mých odborných vědomostí a osobnímu růstu. Zdravotní sestra je zde v poněkud odlišné roli, než na jakou je připravována v době svého kvalifikačního studia na středních zdravotnických školách nebo univerzitách, kde se péči o lidi bez domova nebo lidi užívající návykové látky nevěnuje takřka žádný prostor. Přitom by se paradoxně dalo hovořit o ideálním symbiotickém prospěšném vztahu - studentům by se v podmínkách ulice dostalo jedinečné zkušenosti, kterou jinak není možné získat. V podmínkách ulice nebo u lidí užívající návykové látky se vzhledem k jejich životnímu stylu často vyskytují choroby, se kterými se student v běžných institucionalizovaných zařízeních neseťkává. Co se týče druhé strany,

tedy klientů - v prostředí ulice není zatím k dispozici dostatek odborně vzdělaných zdravotníků, kteří by byli schopni a ochotni poskytovat adekvátní péči a služby, které by vhodně reflektovaly potřeby této specifické skupiny.

Z tohoto faktu pak často pramení problémy, jako přetížení některých dostupných nízkoprahových služeb, vznik zdravotních komplikací a progres onemocnění, riziko šíření infekcí a ohrožení zdraví veřejnosti a v návaznosti i konflikty těchto klientů s personálem v běžných zdravotnických zařízeních.

Velmi vítám fakt, že na 3LF UK se od loňského roku podařilo díky velké snaze studentů ze spolku „Medici pomáhají "ve spolupráci s Mgr. Janou Heřmanovou, PhD. do výukových osnov zařadit volitelný předmět Zdravotní péče o lidi bez domova.

Ve své práci budu vycházet především z vlastní praxe sestry v terénním programu. V první, teoretické části této práce se budu věnovat primární a komunitní péči, roli sestry v systému primární péče a specifikům, která s sebou nese tato práce v oblasti péče o injekční uživatele drog. Ve druhé praktické části uvádím kazuistiku klienta, který dlouhodobě využívá nízkoprahových služeb TP SANANIM a o kterého jsem pečovala v rámci projektu Sanitka.

1. SESTRA V PRIMÁRNÍ PÉČI

1.1. Primární zdravotní péče

Ve zdravotnickém systému je primární zdravotní péče první úrovní při kontaktu s jednotlivci, rodinami, či celými komunitami (ICN, 2008) a je dále poskytována na základě dlouhodobého kontinuálního přístupu k pacientům. Je žádoucí tuto péči poskytovat s respektem k bio-psycho-sociálně-spirituálním potřebám pacienta a pokud možno co nejlíže jeho přirozenému sociálnímu prostředí (Čeledová, 1998). V ČR je tento systém ustanoven v zákoně č.372/2011 Sb., o zdravotních službách. Podle tohoto zákona je účelem primární ambulantní péče „poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli. Tyto služby poskytují registrující poskytovatelé, např. praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, agentury (komplexní) domácí péče, rodinní lékaři, ambulantní gynekologové, stomatologové, pracovníci komunit a to jak zdravotníci, tak nezdravotníci, lékařské služby první pomoci a lékárny.

Vzhledem k závažné nerovnosti ve zdravotním stavu lidí, jak mezi rozvinutými a rozvojovými zeměmi, tak v rámci jednotlivých států Světová zdravotnická organizace (WHO) a Mezinárodní rada sester (ICN) zakotvily do oficiálního dokumentu Deklarace z Alma-Aty, jako jeden z hlavních cílů rovnocenný přístup ke zdravotnickým službám pro lidi na celém světě, bez ohledu na sociální či ekonomické postavení, a to prostřednictvím primární zdravotní péče (WHO, 1978). V následujících letech se téma primární péče a působení sester v tomto sektoru drží na předních pozicích aktuálních otázek, kterými se WHO zabývá. V r. 2008 je primární péče opět na předním místě programu o globálním zdraví. ICN zdůrazňuje vedoucí úlohu ošetrovatelství a podporuje větší zapojení sester do primární zdravotní péče.

Úloha zdravotních sester v primární péče je ustanovena v etickém kodexu sester poprvé schváleném v roce 1953 a naposledy aktualizovaném v roce 2012 (ICN, 2012). Uplatnění etického kodexu v Čechách zprostředkovává Česká asociace

sester (ČAS). Ve čtyřech hlavních částech jsou vymezeny normy etického chování sester. Článek první se věnuje sestřám a spoluobčanům. Druhý článek se týká sester a jejich ošetrovatelské praxe. Třetí článek věnuje pozornost sestřám a profesím a poslední čtvrtý článek pojednává o sestřách a jejich spolupracovnících (ČAS, 2000).

1.2. Komunitní péče

Specifickou součástí systému zdravotní péče je péče komunitní. Principem komunitní péče je poskytování intervencí a podpory na vhodné úrovni a v adekvátní podobě takovým způsobem, aby pacient získal co nejvyšší možnou úroveň nezávislosti a samostatnosti ve svém životě. Jedná se o systém služeb, které jsou odbornou podporou a pomocí v určitém typu komunity. Podstatou komunitní péče je poskytování péče v přirozeném prostředí klienta, prostřednictvím terénní práce. Cílem je v případě hospitalizace minimalizovat dobu pobytu v nemocničním prostředí na co nejkratší. Po propuštění do domácího ošetřování potom zajišťuje následnou péči v přirozeném prostředí pacienta. Propojuje oblasti zdravotní a sociální.

Komunita je definována jako sociální seskupení se zvláštním typem vnitřních sociálních vazeb a speciálním postavením v širším sociálním prostředí. Slovo komunita vzniklo spojením dvou latinských termínů, *Cum* = spolu, mezi sebou, a *munere* = darovat. Lze jej chápat jako společnost, společenství ale také jako laskavost nebo štědrost (Šallaiová, 2012).

Komunitní péče je realizována v rámci systému tvořeného klientem, rodinou, státem, obcí, praktickým lékařem, stacionáři, specializovanými centry a pečovatelskou službou. Specifickou úlohu v tomto systému hraje komunitní sestra. Její práce spočívá v poskytování preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí. Měla by být schopná samostatně poskytovat, koordinovat a řídit ošetrovatelskou péči, včetně specializované ošetrovatelské péče. Jsou na ni kladeny vysoké požadavky na koncentraci, komunikační schopnosti,

empatii, sebekontrolu a sebeovládání, paměť, flexibilitu, samostatnost, schopnost pracovat v týmu, zodpovědnost, rozhodnost, odolnost vůči psychické a fyzické zátěži, vystupování a schopnost navazování a rozvíjení sociálních kontaktů. Z tohoto výčtu je zřejmé, že se jedná o práci nesmírně náročnou vyžadující vysokou odbornou i osobnostní způsobilost. Výčet jejích činností je charakterizován v § 52 vyhlášky číslo 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků. Podle informací MZČR lze specializaci Komunitní sestra studovat v magisterském studijním programu. Věstník MZČR, částka 6 (metodický pokyn k vyhlášce č.39/2005 Sb.) uvádí tento popis studijního oboru: "Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický celek. Zaměřuje se na zdraví lidí v komunitě. Studenti pochopí význam pojmu 'Komunita', její hlavní sociální funkce v uspokojování potřeb lidí a její hierarchii: jedinec – rodina – obvod – město – kraj – stát – národ - svět. Uvědomí si nutnost zdravého společenského a přírodního prostředí v komunitě pro život jednotlivců a jejich rodin. Naučí se ošetřování klientů/pacientů v jejich vlastních sociálních podmínkách." Konkrétní vysokou školu, která by tento obor v současné době otevírala, se mi ovšem nepodařilo najít.

1.3. Role sestry v primární péči

Nároky na primární péči se v mnoha rozvinutých zemích zvyšují z důvodu stárnutí populace, rostoucích očekávání pacientů i reforem přesouvajících péči z nemocnic na komunitní úroveň. I stavy lékařů jsou limitované a zároveň roste tlak na snižování nákladů. Jedním z možných řešení je tedy přesunutí části péče z lékařů na zdravotní sestry, díky čemuž by mohlo dojít ke zmírnění pracovní zátěže lékařů a snížení nákladů při současném zachování úrovně poskytované péče a zvýšení efektivity zdravotnického systému (Laurant et al., 2005). Dále je pak ve vyspělých zemích tendence přecházet od tradičního delegování úkolů k týmové péči a integrace dalších zdravotnických profesí pod dohledem lékařů a sester, což vyžaduje vysokou úroveň kompetencí, spolupráce a sdílení péče všech poskytovatelů (Vojtíšková, 2006; Frondet al., 2015; Bodenheimer a Bauer, 2016).

Základní činnosti všeobecné sestry jsou zakotveny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kterou dále

upravují vyhlášky č. 2/2016 Sb. a 391/2017 Sb. V praxi však role sestry a její kompetence v primární péči nebývají pevně dané, jsou velice různorodé, liší se na jednotlivých pracovištích, závisí na organizaci a dělbě práce na pracovišti a odvíjí se také od kvalifikace a praxe sestry. Zdravotní sestra v primární péči musí působit současně v několika rolích a plynule je zvládat, mimo jiné by měla mít alespoň částečné znalosti také v sociálně - právní a ekonomické oblasti a v nepřítomnosti lékaře by měla být schopna zajistit plynulý chod ordinace (Vojtíšková, 2006; Košta, 2013).

Specifické nároky na práci sestry vznikají v závislosti na odborné specializaci a zaměření pracoviště. Jiné požadavky tak budou kladené na práci na chirurgii a jiné v gastroenterologii, svá specifika budou mít pracoviště zaměřená na určitou skupinu populace, např. pediatrie, geriatricke či adiktologie.

Další specifika pak vznikají v závislosti na lokalizaci pracoviště, zda se jedná o nemocnici, ordinaci praktického lékaře, terénní pracoviště, nebo třeba zdravotnické mise v místech přírodních katastrof či válečných konfliktů.

1.4. Specifika práce sestry v primární péči o uživatele drog

V následujícím textu se budu zabývat některými odlišnostmi a specifiky práce sestry v terénním programu oproti práci sester v klasickém institucionálním zařízení.

1.4.1. Samostatnost a zodpovědnost

Oproti standardnímu ambulantnímu či lůžkovému zařízení, kde sestra vykonává svoji ošetrovatelskou činnost převážně na základě ordinace lékaře, popřípadě je s ním v těsné spolupráci, při ošetřování klientů v terénním programu je sestra odkázaná sama na sebe, své vlastní odborné a praktické dovednosti. Vzhledem k psychické a fyzické náročnosti práce s uživateli drog je nezbytné, aby sestra dosahovala potřebných profesionálních a osobnostních kvalit. Přicházejí klienti s nejrůznějšími typy zdravotních obtíží, se kterými si sestra musí umět poradit, popřípadě vědět, do jakého zařízení klienta odeslat, aby byla zajištěna potřebná

péče nebo její kontinuita. Je rovněž nutné podotknout, že důraz na zodpovědnost a etické a mravní kvality pracovníka se stává zřetelnějším, když si uvědomíme, že jsme možná jedinými lidmi, kteří jsou s klientem v kontaktu a mají možnost mu poskytnout pomoc a péči. Pokud bychom klienta odmítli ošetřit, je dost možné, že ho odsuzujeme k dalším životním těžkostem, protože nemá již mnoho jiných možností, kam se obrátit. Běžně zažité postupy v současném zdravotnictví, kdy nás zdravotnický personál odkáže na někoho jiného nebo jinou dobu jsou zde neúčinné, ohrožující a z morálního hlediska nepřijatelné.

V nejasných nebo komplikovanějších případech má sestra k dispozici zkušenější kolegy nebo může složitější případy telefonicky konzultovat s externími lékaři. Z vlastní zkušenosti mohou rovněž potvrdit, že se zdravotnické týmy pravidelně setkávají na společných poradách.

1.4.2. Důvěra jako základ

„Vztah mezi dvěma subjekty je tvořen jednak souborem psychických obsahů (postojů, představ, zkušeností, očekávání, apod.) jednotlivých subjektů vztahu a jednak dynamikou vztahu“ (Vymětal, 2004). K poskytování efektivní ošetrovatelské péče je nezbytná spolupráce pacienta. Stěžejním faktorem je v tomto ohledu bezesporu důvěra. Vytvoření kvalitního profesionálního vztahu s klientem není otázkou jednoho či dvou setkání, ale dlouhodobé spolupráce a vzájemného poznávání, které může trvat i několik let. Každý klient má své jedinečné osobnostní předpoklady a je tedy možné, že s některými pracovníky si vytvoří vztah pro potřebnou práci snáze nežli s ostatními. Důvěra v práci s uživateli drog je základním kamenem pro jakékoliv další působení a práci s nimi obzvláště pokud klient přichází po předchozích negativních zkušenostech s jinými službami.

1.4.3. Adekvátní komunikace, pacient x klient

Pro uživatele služeb nemocničních i ambulantních zdravotnických zařízení je standardně užíván termín *pacient*. V prostředí adiktologických či sociálních služeb je běžně užíván pojem *klient*. Ve zdravotnickém zařízení se běžně neuchylujeme k tykání nebo oslovení křestním jménem, pokud se nejedná o malé dítě, nebo o

jinak specifický vztah (známí, přátelé). Je nutné dodržování jasně nastavených pravidel - představujeme se celým jménem a pozicí, na které pracujeme a pacientovi vykáme nebo po dohodě s pacientem vykáme a oslovujeme křestním jménem. Při práci v terénu náš přístup vychází ze samotného klienta a aktuální situace, je třeba vždy citlivě zvážit, jak komunikaci rozvíjet. Je přípustné tykání a oslovování křestním jménem nebo přezdívkou, pod kterou se klient představí. Při zdravotních ošetřeních nebo konzultacích v sanitce, popř. testování na infekční nemoci se pracovník klientovi vždy představí a podají si ruce. Po celou dobu kontaktu s klientem je třeba být bdělý, vnímat celkovou situaci a adekvátně přizpůsobovat komunikaci tak, aby byla pro klienta maximálním přínosem. Je nezbytné být přirozený, uvědomovat si význam neverbální komunikace či tónu hlasu. Vzhledem k negativním zkušenostem klientů či jejich nedůvěře k institucionalizovaným službám, je někdy vhodná neformálnost našeho jednání (slangové výrazy, styl oblékání, účesu atp.)

1.4.4. Hranice

Pro zdravý a kvalitní výkon profese terénního pracovníka je třeba mít jasně nastavená pravidla vztahu s klienty, aby nedocházelo ke vzniku vzájemné manipulace, která může ohrozit jak klienta (omezení nebo poškození rozvoje), tak pracovníka (syndrom burn-out, ohrožení nebezpečnými situacemi). Od narození si člověk vytváří a buduje hranice, které mu umožňují žít autonomní život, musí se umět vymezit vůči ostatním osobám. Jedním z nejčastějších problémů v pomáhajících profesích je tzv. splývání - kdy pracovník příliš soucítí s klientem a přebírá jeho zodpovědnost. Dle Kopřivy jsou hranice ideálně dobře a jasně nastavené a polopropustné. Účinným nástrojem v udržení hranic je asertivita, která umožňuje respektovat zájmy druhých a zároveň prosazení zájmů vlastních. Je to také obrana vůči jednání pasivnímu nebo agresivnímu. Pro pracovníky terénního programu je téma hranic velmi živé a aktuální, vzhledem k cílové skupině, která vykazuje vyšší riziko manipulace, ohrožujícího chování, psychiatrických onemocnění nebo jedná pod vlivem návykových látek). Klienti mají někdy problém s nastavením a udržováním stanovených pravidel a hranic. Je tedy především na pracovníkovi, aby dokázal tyto hranice stanovit a uměl s nimi adekvátně zacházet.

V institucionalizovaných zařízeních standardních oddělení není významnost hranic oproti práci sestry v terénním programu tolik patrná, pacienti umějí lépe hranice respektovat. Pracovník v každé pomáhající profesi by měl umět zacházet se svým časem, energií, altruismem ve prospěch klienta, být zdravě egoistický (neobětovat se přespříliš pro klienta), zároveň být angažovaný a empatický. Opakem přístupu sebeobětování ve prospěch klienta je naopak přístup pouze egoistický, kdy je pracovník motivován pouze finanční odměnou, společenským uznáním nebo obohacením vlastních potřeb). V rámci své duševní hygieny je pro všechny pracovníky nezbytná práce na osobním rozvoji (vzdělávání, odborné výcviky) a pravidelná supervize (možnost sebereflexe, nástroj zkvalitnění práce, podpora osobního růstu pracovníka). (Kopřiva, 1997).

1.4.5. Konflikty

Při výkonu svého povolání se pracovníci setkávají s náročnými a vypjatými situacemi. Ve zdravotnických zařízeních, je mezi zdravotnickým personálem a pacientem jistá bariéra (lůžko, pokoj, zábrany, ochranka) a je možnost ze situace vyjít – např. pacient je při nedodržení pravidel propuštěn domů, v případě akutní agrese může zdravotní sestra opustit pokoj, využít zázemí sesterny a zavolat pomoc. V prostředí ulice se ale pracovníci nacházejí v prostředí klientů, tedy na otevřené drogové scéně, jsou vystaveni potencionálně nebezpečným situacím a není tedy možné je vykázat z tohoto prostoru nebo používat represivní opatření. Je třeba, aby po celou dobu výkonu služby jednotliví pracovníci vzájemně spolupracovali a jeden věděl o druhém.

Častou příčinou konfliktních situací jsou psychická onemocnění rozvíjející se dlouhodobým užíváním návykových látek. Klienti prožívají výkyvy nálad, jsou pod vlivem návykových látek nebo mohou prožívat abstinenci syndrom. Základním bezpečnostním pravidlem je proto prověření stavu klienta již před vstupem do sanitky (mobilní ambulance). Pokud klient jeví známky těžké akutní intoxikace (lehce nebo středně intoxikována je většina klientů), prožívá psychotické období nebo je agresivní, je možné, že mu bude poskytnuta zdravotní péče v omezeném rozsahu, konzultace nebo testování odmítnuto, s vysvětlením, že jeho stav

neumožňuje v danou chvíli smysluplné provedení požadovaného výkonu a je požádán, aby přišel později.

V situaci, kdy je ohrožena bezpečnost pracovníka, ale klientův zdravotní stav je závažný, snaží se pracovník zrealizovat alespoň ty intervence, které jsou možné, např. vydat obvazový materiál klientovi s sebou, popř. lze výjimečně ošetřit klienta na ulici, kde je pod dozorem svých kolegů, kteří mohou v případě potřeby zasáhnout. Pracovníci pravidelně procházejí školením, jak postupovat v krizových situacích, nacvičují jejich zdárné vyřešení. Pro zvýšení bezpečnosti zdravotníků uvnitř sanitky je do vnitřního prostoru zabudován dálkový zvonek, kterým si může pracovník přivolat pomoc kolegů, kteří pracují před sanitkou. V případě mimořádné události se provede po skončení služby záznam, který je k dispozici pro všechny členy týmu a může být impulsem pro zlepšení práce týmu.

1.4.6. Důraz na týmovou práci

Terénní práce by nebyla možná bez kolektivu, kde můžete svým kolegům věřit a vážit si jich za jejich práci, respektovat je jako osobnosti, od kterých se vzájemně můžete mnoho naučit a být si oporou. V nemocnicích jsem se s ničím takovým bohužel nesešla, oproti tomu jsem měla často zkušenost s nesoudržnými kolektivy, které vytvářely negativistické postoje vůči sobě navzájem i vůči pacientům. Při výkonu terénní práce by přítomnost takových kolegů byla velmi ohrožující jak pro klienty, tak pro terénní pracovníky.

Terénní tým by měl být dostatečně flexibilní a schopný adekvátně dostát mnohdy konfrontačním a frustrujícím požadavkům terénní práce s problémovými uživateli drog. Důraz je kladen na osobnostní vyzrálост jednotlivých členů, jejich praktické znalosti, průběžné vzdělávání (oblast prevence léčby závislostí, sociální práce, krizové intervence, trénink motivačních rozhovorů, individuální terapie, práce s agresivním klientem), dodržování etických kodexů a práci se supervizí.

V týmu terénního programu SANANIM je kladen důraz na dobré kolegiální vztahy. Součástí vytváření dobrého fungujícího silného týmu je bezesporu team-building (pracovní víkendy mimo běžné pracoviště, mimopracovní setkání a společné akce).

Spolupráce funguje i mezi jednotlivými programy organizace SANANIM, spolupracujeme se zdravotníky z Kontaktního centra, i v souvislosti s tím, že řada našich klientů využívá služby jak našeho terénního programu, tak Kontaktního centra. U společně ošetřovaných klientů je spolupráce a společné plánování péče více než vhodné. Je třeba, aby se dodržoval jednotný postup zejména při ošetřování chronických ran a závažnějších popálenin a nedocházelo k nevhodným kombinacím terapeutických postupů a aplikací kontraindikujících léčiv.

1.4.7. Respekt x despekt veřejnosti na práci sestry v nemocnici x terénu

Pohled veřejnosti na terénního pracovníka nebo na zdravotní sestru pracující s uživateli drog v terénu není často příliš chápající. Většinová společnost má stále mnoho předsudků o lidech, kteří jsou závislí na návykových látkách a jsou mnohdy pobouřeni, pokud o tyto lidi někdo pečuje, pracuje s nimi. Despekt pramenící z neporozumění je také možným pozorovatelným rozdílem mezi prací sestry v terénním programu a v nemocničním zařízení nebo ambulanci.

Z vlastní zkušenosti z práce v různých nemocničních zařízeních mohu potvrdit také rozdílný přístup veřejnosti i k sestrám pracujícím na běžném lůžkovém oddělení v porovnání s pracovišti s moderním přístrojovým vybavením, jako jsou např. jednotky intenzivní péče, kde jsou zdravotní sestry veřejností více respektovány.

1.4.8. Označení a oděv terénních pracovníků

Každá nízkoprahová služba si buduje svůj vlastní obraz o sobě a identifikační prvky se v jednotlivých typech zařízení a služeb liší. Po diskuzích s policií ČR (ohledně řešení drogové scény v Praze) obdrželi terénní pracovníci od MČ Praha 1 oblečení s nápisem "Terénní programy". Nejčastěji se jedná o černé tričko, mikinu nebo bundu s bílým nápisem a logem služby. Svoji práci tedy vykonávají v civilním oblečení, na kterém je oficiální oděv s těmito znaky. Takovéto označení je pro mne jakožto pro zdravotníka netypické a nese s sebou řadu odlišností, které se promítají do vzájemného vztahu s klientem.

Na základě zkušenosti z práce v terénu a dalších zaměstnání, kde jsem pracovala s uživateli návykových látek (substituční programy), se domnívám, že kdyby měl terénní pracovník při výkonu služby na sobě bílé zdravotnické oblečení nebo plášť, nebyly by kontakty a práce s klienty na takové úrovni a v takové kvalitě, jako je tomu v případě „civilního“ oděvu. Bílá barva vyvolává v klientech strach, zdůrazňuje autoritu a moc zdravotníka. Znemožňuje tak navázání partnerské komunikace a je bariérou pro prohlubování neformálního vztahu. Klienti se poté mnohdy staví do opozice, vytvářejí koalice a mají tendenci s personálem soupeřit.

Označení pracovníků se snaží respektovat různé pohledy všech zúčastněných stran (pracovníci, uživatelé drog, veřejnost a policie). Klienti by neměli být „stigmatizováni“, pokud jsou viděni při kontaktu se službou tohoto charakteru. Podstatou je tedy být natolik viditelný, aby klienti dokázali službu v terénu rozpoznat, ale aby neohrožovala jejich soukromí. Veřejnost a policie pak musí mít jasné rozlišovací znaky, že se jedná o TP. Dále má každé prostředí a každá situace své specifické podmínky a žádá přizpůsobení a flexibilitu. Pokud půjde terénní pracovník pracovat na taneční party, jasné označení bude přínosem. Pokud by se měl pohybovat na uzavřené drogové scéně (např. v bytech) není jeho viditelné označení vítáno.

1.4.9. Široké spektrum zdravotních problémů

Zdravotní sestra zaměstnaná na oddělení určitého typu se pravděpodobně bude setkávat se stále stejnými zdravotními obtížemi pacientů (vyjma pracovišť centrálních příjmů a urgentní medicíny). Je vysoce odborně připravena na určitý typ ošetření a péče. Je zde však riziko, že se časem nevyhne rutině ve své práci. Každý zdravotník by měl zvládat základní spektrum ošetrovatelské profese, počínaje poskytnutím první pomoci. Není ale reálné, aby byl specializován pro všechny obory. V tomto bodě spatřuji jednu z největších odlišností mezi prací sestry v TP a v lůžkovém zařízení. Klientelu, která kontaktuje terénní zdravotní služby, tvoří široké spektrum lidí různého věku a různého zdravotního stavu. Četné působení infekčních a parazitárních agens vyvolává řadu kožních onemocnění, respiračních, gastroenterologických, venerologických a dalších. Vysoko v žebříčku zdravotních obtíží injekčních uživatelů drog e drží i stomatologické problémy.

1.4.10. Pracovní prostředí

Terénní práce, jak z názvu vyplývá, probíhá v terénu a to za každého počasí (déšť, sníh, mráz, horko). Není zde žádné zázemí jako má k dispozici sestra v nemocnici nebo ambulanci (dostupnost toalety, tepelný komfort, prostor pro odpočinek).

1.4.11. Angažovanost

Někteří pracovníci vykonávají své povolání pouze jako výkon svěřené pravomoci a o klienta, jakožto individualitu nejeví žádný zájem. Vnitřní svět klienta je pro něho nepodstatný. Vztah založený na důvěře a empatii, který je nezbytný pro výkon v pomáhajících profesích tak jen těžko může vzniknout. Takový pracovník není angažovaný a nemůže být opěrným bodem pro člověka, který se na něho obrátí s prosbou o podporu. Postupně se může tato neangažovanost přeměnit v hrubé, arogantní chování a lhostejnost vůči klientovým potřebám. Podle míry angažovanosti lze posuzovat kvalitu vztahu mezi klientem a pomáhajícím. (Kopřiva, 1997).

1.4.12. Rizika

Každá zdravotnická profese s sebou nese potenciaální rizika. V terénní práci je vzhledem k cílové skupině terénní pracovník ohrožen zejména infekčními vlivy, přenosem parazitárního onemocnění nebo úrazem. Je proto kladený zvýšený důraz na školení bezpečnosti, nácvik krizových situací, další vzdělávání pracovníků (práce s agresivním klientem, práce s klientem akutně intoxikovaným, asertivní komunikace, atp.) a dále vznikem psychické újmy, zejména vznik syndromu *burning out*.

Burning out

Pojem *burning out* se v pomáhajících profesích používá k označení „vyčerpání, ztráty energie a síly pokračovat ve své práci“. (Freudenberger, 1974). Syndrom vyhoření nastává v důsledku velké zátěže, kterou přinášejí pomáhající profese. Může ho způsobit to, že pomáhající neodhadne hranice svých možností a nezvládne tíhu a množství úkolů, které na sebe dobrovolně naložil. Snaží se jim dostat za

každou cenu, což se podepisuje na jeho zdraví. Syndrom vyhoření nastává v důsledku chronického stresu a je přirozenou ochranou organismu proti němu. Je zařazen do mezinárodní klasifikace nemocí s označením Dg. Z 73.0. Prevencí může být správná psychohygiena (osobní rozvoj, další vzdělávání, supervize)

1.4.13 Další odlišnosti

Další odlišností je snaha získat maximum informací o životě klienta, jeho životním příběhu, současné situaci. Prioritou není z pohledu zdravotníka získat pouze co nejvíce zdravotnických dat, ale stejným dílem se zajímat o sociální situaci, nálady a pocity klienta, zájmy, názory, plány na blízkou i vzdálenou budoucnost, jeho současné obtíže v jakékoliv oblasti života. S těmito informacemi dále pracuje, s klientem se uzavírá jistý kontrakt o využívání služby, probíhá individuální plánování. O jednotlivých klientech se diskutuje na poradách, někteří náročnější klienti mají přiděleného klíčového pracovníka, který má komplexní přehled o případu klienta a koordinuje ostatní členy týmu (case management). Vedou se Balintovské skupiny, kde je možné s příběhem klienta dále pracovat a ve spolupráci s ostatními kolegy nacházet nové pohledy na práci s klientem. Flexibilně se přizpůsobuje práce týmu s klientem, tak aby nabízené služby byly pro klienta maximálně přínosné. Pořádají se také společné akce - např. Letní škola Harm Reduction.

2. OTEVŘENÁ DROGOVÁ SCÉNA V PRAZE

2.1. Definice

Jedná se veřejné místo nebo místa (nádraží, parky, ulice, náměstí, průchody, atp.), kde se setkávají jednotliví účastníci drogové scény. Většinou zde probíhá konečný článek obchodu a distribuce drog. Dále se rozlišuje drogová scéna polootevřená (kluby, restaurace, bary) a uzavřená (soukromé byty, soukromé kluby). Obecně by se za drogovou otevřenou scénu daly označit všechny situace, kdy je veřejnost konfrontována s užíváním drog, s drogovým obchodem a s nežádoucími jevy, které

provázejí tuto komunitu (obchod s odcizenými věcmi, abstinenční syndromy uživatelů, konflikty mezi jednotlivými členy drogové scény, injekční aplikace na veřejnosti, pohoršování veřejnosti, atp.) Na otevřené drogové scéně se setkávají dealéři drog, uživatelé a v návaznosti na ně terénní pracovníci. Až 800 lidí denně zde kupuje drogy. Nejčastějším důvodem pohybu na otevřené drogové scéně je nákup a prodej drog, výměna injekčního materiálu a kontaktování s terénními pracovníky, „dělání“ peněz, soudržnost komunity, kamarádi a známosti a rovněž i možnost ztratit se v davu (Procházková a Klouček, 2011).

2.2. Závislost

V mezinárodní klasifikaci nemocí je toto onemocnění zařazeno do skupiny F10-19.(poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek). Dříve byl užíván termín toxikomanie, který je stále zažitý laickou i odbornou veřejností. V roce 1960 na doporučení WHO došlo ke změně tohoto termínu na pojem závislost, protože pojem toxikoman s sebou může znít hanlivě či bulvárně. Nešpor (2005) definuje závislost jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, ve kterých užívání určité látky nebo skupiny látek má u jedince mnohem větší přednost, nežli jiné jednání, kterého si v minulosti cenil více. Základní charakteristikou syndromu závislosti je silná a přemáhající touha užívat psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Po období abstinence se objevuje návrat k užívání látky a znovuobjevení dalších rysů syndromu podstatně rychleji nežli u jedinců, u kterých se závislost nevyskytuje.

Kudrle (nedatováno) definuje závislost jako vyústění nutkové naléhavosti, která se stává výlučnou a dominantní činností zajišťující pocit uspokojení. Rozvíjí se pozvolna na základě přirozené lidské touhy po změněném prožitku a pozitivní zpětné vazby se fixuje komplex očekávání a prožitků a postupně přerůstá v návyk. Dotyčná osoba při tom většinou nereflektuje.

2.3. Nejčastěji zneužívané látky v prostředí ulice

2.3.1. Psychostimulancia

Psychostimulancia jsou látky se stimulujícím účinkem na CNS. Typicky mezi ně patří pervitin (metamfetamin), amfetamin, kokain. Psychostimulancia zvyšují bdělost, psychomotorické tempo. Zmenšují únavu, eliminují spánek, vyvolávají euforii a pocity dušení i tělesné síly a energie. Potlačují chuť k jídlu. Mohou vyvolávat úzkostné stavy, vyvolávat agresivní reakce, přeceňování vlastních schopností. V organismu působí sympatomimeticky - stimulují sympatikus. Po jejich užití dochází ke zvýšení tepové frekvence vzestupu krevního tlaku, bronchodilataci. Po odeznění akutní intoxikace se dostavuje tzv. dojezd. Je to stav podobný kocovině. Uživatel je po několikadenní "jízdě" celkově vyčerpaný, následuje několikadenní spánek, který je proložen krátkými epizodami přejídání a přijímání velkého množství potravy.

Dlouhodobým užíváním dochází ke vzniku závislosti. Ta je v případě psychostimulancií nejen fyzická, ale i psychická (vyznačuje se cravingem - chorobným bažením po droze a jejím účinku), což bývá pro uživatele vážnějším problémem, protože se jí nelze rychle zbavit a je nutná dlouhodobá terapie. Užívání psychostimulačních látek zatěžuje celý organismus, zejména kardiovaskulární systém (riziko mozkových a srdečních příhod). Uživatelé vzhledem k zrychlenému metabolismu v době užívání drogy ztrácejí rychle svoji váhu a časem docházejí k extrémní vyhublosti. Uživatelé psychostimulancií jsou ohroženi rozvojem toxických psychóz (vztahovačnost, ztráta náhledu, paranoidní myšlení, halucinace). Akutní toxická psychóza je indikací k hospitalizaci, pacient může mít suicidální myšlenky nebo být nebezpečný pro své okolí.

2.3.1.1. Pervitin (piko, perník, peří, parno, péčko)

Pervitin se řadí do skupiny budivých aminů. Zvyšuje krevní tlak a tepovou frekvenci. Ovlivňuje psychiku, motorické funkce. Urychluje proud myšlenek, ovšem často na úkor kvality. Vyvolává pocit euforie, neklidu, fyzické a psychické síly, je příčinou stereotypního chování, eliminuje pocit hladu a potřebu spánku.

Nevzniká na něm fyzická závislost, ale výrazná závislost psychická, která bývá největším problémem v úspěšné léčbě. Jedná se o synteticky vyráběnou drogu, jejíž původ sahá ke konci 19. století, kdy byl poprvé syntetizován v Japonsku. Využívali ho japoňští letci kamikadze a němečtí parašutisté během druhé světové války. V České republice se všeobecně tvrdí, že se jedná o český vynález. Původně byly amfetaminy určeny k léčbě narkolepsie - chorobné spavosti. V 30. letech 20. stol. se také předepisovaly jako lék pro obézní pacienty. Brzy se však zjistilo, že jsou amfetaminy vysoce návykové. U nás během komunistického režimu došlo k znovuzrození této látky a uživatelé si přizpůsobili výrobu pro domácí podmínky. Výroba pervitinu probíhá nejčastěji v domácích laboratořích, kdy základem jsou běžně dostupné léky s obsahem efedrinu. Samotná výroba není příliš náročná, což přispívá k faktu, že se pervitin dlouhodobě řadí v České republice mezi nejužívanější nelegální drogy. Užívání pervitinu je spojeno s vysokým rizikem vzniku zdravotních komplikací, širokým socioekonomickým dopadem a ohrožujícím životním stylem (prostituce, kriminalita, násilí...) (Kalina, 2001).

Nejčastější způsob aplikace pervitinu u nás je injekční forma. Dalšími možnými způsoby užití je ústy (terénní programy distribuují gelové kapsle) nebo šňupáním. Účinek nastupuje dle způsobu užití. U i. v. aplikace ihned, u šňupání za 5-10 minut. Příznaky intoxikace vymizí za 8 -24 hodin. Injekční způsob aplikace je spojený s vysokým výskytem zdravotních obtíží (lokální i celkové postižení organismu). U chronického užívání dochází k výraznému poškození organismu a možné ireverzibilní změny. Více se této problematice věnuji v kapitole 5.1. Nejčastější zdravotní obtíže uživatelů drog. Terapie závislosti na pervitinu vyžaduje komplexní dlouhodobý přístup a kombinaci všech prvků ambulantních i ústavních možností léčby, včetně dlouhodobých pobytů v terapeutických komunitách. Možnost substituční terapie zde zatím neexistuje.

2.3.1.2. Kokain

Jedná se o alkaloid amerického keře Koky pravé. Byl tradičně užíván indiánskými kmeny, kterým tato rostlina sloužila k náboženským účelům a také jim umožňovala přežít drsné podmínky v horách. Do Evropy se dostal v roce 1859. Jeho lokální anestetické účinky popsal Sigmund Freud. Tradiční způsob užívání bylo žvýkání

listů koky. V našich podmínkách je nejčastější užití šňupáním, méně často injekční aplikací. Účinek je shodný s ostatními stimulanty (vzestup krevního tlaku, srdeční frekvence, mydriatické zornice, zvýšené pocení). Opakované užívání vede k euforii. Uživatel má veselou náladu, je nadměrně družný, tendence ke zvýšenému pohybu. Nevyvolává fyzickou závislost, o to více je ale rozvinuta závislost psychická. Kokain je silné anorektikum. Zatěžuje nadměrně kardiovaskulární systém, dochází také k poškození nosní přepážky (mnohdy ireverzibilnímu). Vznik toxických psychóz je u užívání kokainu běžný (Minařík, 2003; SANANIM a, nedatováno).

2.3.2. Tlumivé látky

Tyto látky působí tlumivě na CNS, vyvolávají zklidnění, uvolnění, pasivitu, zpomalení reakcí, ospalost až spánek (detailněji viz tabulka 1). Mezi nejznámější patří opiáty a opioidy, anxiolytické léky, hypnotika ale také společností tolerovaný alkohol.

2.3.2.1. Heroin

Patří do skupiny opiátů. Historicky se jedná o velmi starou drogu, o jejímž užívání jsou známky již ve starověkých civilizacích (účinky šťávy z nezralých makovic) kde byly využívány pro své analgetické a tišící účinky. Moderní historie sahá do 18. stol, kdy byl objeven derivát opia - morfin. K jeho rozšíření došlo rovněž během 2. světové války. V prostředí ulice se nevyskytuje, vyjma specifických skupin, jakými jsou např. zdravotníci a zaměstnanci nemocničních zařízení nebo veterinární medicíny. Heroin v současné podobě se objevil začátkem 20. století, kdy byl farmaceutickými firmami distribuován jako lék na dýchací problémy, kašel a onemocnění plic. Dokonce byl uplatňován v terapii závislostí vzniklé na morfinu. Heroin je ale podstatně návykovější nežli morfin. Heroin má stejně jako ostatní látky opiátového typu tlumivé účinky na centrální nervový systém. Mění subjektivní prožívání vnímání světa, který uživateli připadá podstatně více klidný a v harmonii. Veškeré tělesné funkce jsou zpomaleny. Uživatelé jsou ohroženi zástavou dechu a udušením, v souvislosti se zpomalenou střevní peristaltikou trpí také těžkými formami zácpy. Heroin působí silně analgeticky, což bývá důvodem,

proč nevyhledají jeho uživatelé v případě zdravotních obtíží včas odbornou pomoc. Dochází tak ke vzniku život ohrožujících komplikací a pokročilých stadií onemocnění. Heroin lze inhalovat z alobalu, což je bezpečnější varianta nežli injekční aplikace. Užití je možné také per os pomocí želatinových kapslí. Chronickým užíváním heroinu vzniká těžká fyzická i psychická závislost. Tolerance drogy k organismu se zvyšuje, závislý člověk je nucen neustále navyšovat dávky, aby dosáhl původního efektu.

Tab. 1. Účinky opiátů na organismus.

Tělní systém	Účinek
Centrální nervový systém	Dráždí chemorecepční zónu pro zvracení, potlačují percepční, lokalizační, psychickou a emocionální složku bolesti, euforie, zklidnění, ospalost, útlum dýchacího centra k poklesu citlivosti na dráždivý účinek acidózy a může dojít k zástavě dechu (je nezbytné zahájit řízené dýchání) centrálně snižují tělesnou teplotu, způsobují miózu
Oběhový systém	Vasodilatace, bradykardie, hypotenze, v toxických dávkách může dojít k obrně vegetativních center v mozku, což může mít za následek náhlou zástavu oběhu.
Respirační systém	Bradypnoe, snižuje dechový objem, snižuje pohyblivost řasinkového epitelu, což snadno vede k zápalu plic
Gastrointestinální systém	Útlum pohyblivosti a vzestup napětí hladkého svalstva, zahuštění střevního obsahu, které vedou k těžké zácpě, biliární kolika
Pohybový systém	Ochabnutí organismu, svalstva a tělesné hmotnosti
Urogenitální systém	Retence a zadržování moči pro vzestup napětí močového měchýře, u žen dochází k vzestupu napětí dělohy a k poklesu činnosti řasinkového epitelu ve vejcovodech, což může vést ke sterilitě

Zdroj: SANANIM b (nedatováno)l

2.3.2.2. Braun

V době komunismu byl u nás rozšířen ještě tzv. **Braun**, který se vyráběl v domácích podmínkách z kodeinu, který byl součástí mnohých léků. Na organismus má takřka totožné účinky jako heroin, může být snadno zaměněn s hnědým heroinem. Primární cesta dovozu do České republiky je z balkánských zemí. Cestou se však

původní heroin ředí (paracetamole, anestetiky, kofeinem, atp.) a čistota heroinu dostupného na otevřené drogové scéně je pouze okolo 10-15 %. Hrozí zde vysoké riziko předávkování, vzhledem k proměnlivosti obsahu účinné látky. Dlouhodobé užívání vede stejně jako předešlé uvedené látky k závažným dopadům v oblasti zdravotní, sociální, ekonomické. Rozvoj abstinčních příznaků nastává již po několika hodinách po užití poslední dávky. Život uživatele se tak brzy eliminuje na kolotoč shánění peněz na drogu, koupě a aplikace dávky a další shánění peněz. Vzhledem k nepříjemným stavům, které s sebou odnětí drogy nese, jsou uživatelé vysoce ohroženi rizikem infekčních onemocnění, protože jsou ochotni si aplikovat nesterilním materiálem na kterémkoliv místě na těle, aby se vyhnuli rozvoji abstinčního syndromu. V terapii má zásadní význam substituční terapie. U nás jsou k dispozici substituční látka metadon nebo Suboxone (dříve Subutex). Tyto preparáty se užívají per orálně a odpadá tak rizikové užívání injekční jehlou. V zahraničí je také přístupná substituce legálním heroinem. Ten je téměř ve 100 % čistotě a navíc ve sterilních ampulkách určených k i. v. aplikaci. Uživatel tak není nucen shánět drogu na černém trhu, odpadá nutnost shánění velkých finančních prostředků na obstarání drogy, je zajištěna čistota a sterilita materiálu, což eliminuje možné infekční onemocnění a další zdravotní komplikace. Názory na tento typ substituce se ovšem v různých státech liší.

2.3.2.3. Subutex, Suboxone (Buprenorfin)

Je firemní označení substitučních preparátů obsahující buprenorfin. V České republice jsou tyto léky distribuovány ve formě tablet, které jsou určeny k rozpuštění pod jazykem. Na černém trhu se však s těmito přípravky obchoduje, předprodávají se recepty, na které se mnohdy finančně skládá několik uživatelů. Výhodou pro uživatele oproti heroinu je snadná dostupnost a nízké finanční náklady. Také doba působení je delší, uživatel není nucen již po několika hodinách znovu drogu aplikovat. Oproti heroinu také nehrozí předávkování. Ovšem vzhledem k tomu, že uživatelé tento přípravek začali aplikovat injekční cestou, způsobují si velké zdravotní obtíže, zejména poškození cévního systému (zanesení škrobem, dráždění přídatnými látkami obsaženými v tabletě) a infekčními onemocněními (abscesy, vznik bérkových vředů způsobený nesterilní přípravou drogy k aplikaci a vpravováním četných patogenů do organismu. Od r. 2007 je na

trhu k dispozici nový preparát Suboxone, který byl vyvinut, aby zamezil zneužívání pro injekční aplikaci. Obsahuje navíc látku Naloxone, která v případě užití do žíly způsobuje těžké abstinenci příznaky. Tato látka ale nefunguje u všech lidí stejně, takže se i tento lék zneužívá na drogové scéně.

2.3.2.3. Fentanyl

Jedná se o opiat, syntetického typu, který je využíván v medicíně pro léčbu bolesti a jako anestezie. Největší riziko, které s sebou užívání fentanylu nese je předávkování. V porovnání s heroinem má až 80x větší analgetickou účinnost a asi 50x vyšší efekt na útlumu dechového centra. V lékařském prostředí se užívá jako transdermální náplast, která je účinnou látkou napuštěna. Nejčastější forma zneužití je polknutí papírku, který je napuštěný fentanylovým koncentrátem nebo nitrožilní aplikování roztoku, který vznikne vyvařením fentanylových náplastí (NMS, 2014).

2.3.2.4. Surové opium

Sezonní záležitost, během léta, kterou využívají zejména uživatelé heroinu a tlumivých látek, aby snížili finanční náklady svého abusu. Na maková pole se vydávají uživatelé ve skupinkách a tráví zde i delší čas. Užívání surového opia s sebou nese rovněž riziko vzniku zdravotních obtíží.

2.3.2.5. Metadon (methadonum hydrochloridum)

Je syntetický opioid, který na CNS působí podobně jako morfin. Má silné účinky analgetické a centrálně tlumivé. Může vyvolat útlum dechového centra a selhání krevního oběhu. Ovlivňuje hladké svalstvo, zpomaluje metabolismus. Je dvakrát silnější nežli morfin a jeho účinek trvá déle (až 48 h). Jeho užívání vyvolává rovněž závislost. Obvykle se užívá dávka jednou denně a to ve formě perorálního roztoku ve specializovaných zařízeních - centrech metadonové substituce. Také užívání metadonu s sebou nese riziko možných zdravotních obtíží (zácpa, bušení srdce, nauzea, retence moči, snížení sexuálního libida...). Vysoce rizikové je jeho zneužívání pro injekční aplikaci, kdy dochází k těžkému poškození cévního systému a následnému vzniku chronických defektů, nejčastěji na dolních končetinách.

2.3.2.6. Další zneužívané látky

Mezi další zneužívané látky patří léky ze skupiny **analgetik** (Tramal, Apaurin, Kodein, a **benzodiazepinů** (Alprazolam, Klonazepan, Diazepam, Midazolam, Zolpidem, atd.). Časté jsou polymorfní závislosti, kdy uživatelé kombinují všechny výše uvedené látky vzájemně nebo navíc v kombinaci s alkoholem, THC a dalšími drogami.

3. TERÉNNÍ PRÁCE V PÉČI O INJEKČNÍ UŽIVATELE DROG

3.1. Terénní programy - obecné vymezení

Terénní programy jsou komunitními programy pro problémové uživatele drog. Spadají do ambulantních adiktologických služeb, tzv. nízkoprahových programů. Ty jsou součástí sítě adiktologických služeb, které pokrývají široké spektrum problémů, se kterými se uživatelé drog mohou setkat. Dále jsou v systému péče zastoupeny programy ambulantní léčby (poskytované především v ambulancích psychiatrů a v adiktologických specializovaných lékařských pracovištích – tzv. AT ordinacích), substituční péče, poradenství, následná péče, psychoterapeutické stacionáře, krizová centra a terapeutické komunity. Terénní práce (streetwork) je poskytována v běžném prostředí klienta, zejména v prostředí ulice. Klient má možnost se rozhodnout, jestli nabízené služby využije, pokud je mu pracovníkem nabídnuta. Terénní práce s uživateli drog je v naší zemi poměrně mladým oborem, který prošel určitými etapami vývoje. Od získávání zkušeností a čerpání informací ze zahraničí, přesvědčování veřejnosti a politické sféry o prospěšnosti těchto programů, osvojování si technik a postupů, pracovní etiky až po prosazení se mezi ostatními uznávanými službami. Obor se nadále rozvíjí a snaží se flexibilně reagovat na měnící se potřeby klientů i veřejnosti.

3.2. Cílová skupina

Terénní programy jsou na prvním místě v systému péče o uživatele drog a bývají vůbec první službou, se kterou se uživatel setkává, z čehož vyplývá cílová populace, na kterou je tato práce zaměřena. Klientelu tvoří tzv. problémoví uživatelé drog, v různém stadiu závislosti na různých návykových látkách, kteří žijí rizikovým způsobem života, mají minimální motivaci k řešení svých problémů (zdravotních, sociálních, psychologických, právních...) a jejich komunita je obtížně dosažitelná.

Hlavním cílem terénních programů je s těmito klienty navázat vztah a motivovat je ke změně a stabilizaci životního stylu.

Cílovou skupinou terénní práce jsou rizikovní jednotlivci a skupiny, které nejsou efektivně zachycovány existujícími institucemi, buď proto, že těmto institucím nedůvěřují a vyhýbají se jim, nebo proto, že v nich nemohou najít takové služby, které potřebují. K těmto cílovým skupinám patří např. bezdomovci, „děti ulice“, prostitutky a prostituti, migranti, příslušníci etnických menšin, specifickou cílovou skupinu tvoří uživatelé drog (Kalina, 2001).

3.3. Principy terénní práce

Základními principy terénní práce jsou nízkoprahovost (anonymita, bezplatnost, minimum nároků na klienta pro poskytnutí služby), respektování lidských práv, individuálních potřeb klientů a důstojnosti. Stěžejními prvky jsou dále principy Public Health (ochrana zdraví veřejnosti) a přístup Harm Reduction (snižování zdravotních a sociálních škod). Respektování těchto principů umožňuje práci s uživateli drog v různých stupních závislosti, včetně těch, jejichž hlavním cílem není úplná abstinence nebo nejsou schopní či motivovaní tohoto stavu dosáhnout.

3.2.1. Public Health

Dle Kaliny (2003) je přístup Public Health definován jako přístup ochrany veřejného zdraví, je přístupem vycházejícím z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Tento přístup vznikl a vyvíjel se především v souvislosti s šířením viru HIV. Nesleduje zájem individuálního klienta, ale ochranu populace, především před přenosem závažných infekčních chorob jako je AIDS, a hepatitidy B a C. Jeho hlavním zájmem je rizikové chování uživatelů drog, tedy nitrožilní užívání drog a rizikový pohlavní styk, což jsou významné kanály, jimiž se infekce HIV šíří. Z tohoto se odvíjí metodické postupy jako výměna injekčního materiálu, distribuce kondomů a edukačních materiálů, testy na HIV, očkování drogové populace proti hepatitidám apod. Nicméně dominance přístupu ochrany veřejného zdraví může

vést k zanedbání individuálních potřeb a perspektiv problémového uživatele, k rezignaci na léčení, sociální opatření atd.

„Přístup zaměřený na ochranu a podporu zdraví ve společnosti vychází z pojetí zdraví jako veřejného statku. V oblasti zneužívání drog se zaměřuje na prevenci šíření HIV a virů hepatitidy B a C nesterilním injekčním užíváním a nechráněným pohlavním stykem"(Kalina, 2001).

3.2.2. Harm Reduction

Podle *Mezinárodní asociace pro Harm Reduction* se termínem „Harm Reduction" označují koncepce, programy a činnosti, směřující k minimalizaci škod souvisejících s užíváním psychoaktivních látek u osob, které nejsou schopny nebo ochotny s užíváním přestat. Určujícím rysem je spíše důraz na prevenci rizik či škod a zaměření na osoby, které v užívání drog pokračují, než na prevenci drog jako takovou.

Harm Reduction (česky snižování rizik či škod) je metoda, která vede k tomu, že můžeme smysluplně pracovat se sebedestruktivním či destruktivním chováním lidí. V širším pohledu jde o filozofii dávající smysl lidskému pomáhání i v případech, že se nejví naděje na velkou změnu v chování těch, kterým pomáháme. Snižování rizik umožňuje pracovníkům nízkoprahových služeb nepropadat panice či zoufalství. Navíc, díky tomu, že tento moderní a liberální přístup při svém vývoji čelil kritice a mnoha překážkám, jde o metodu „evidence based" – založenou na důkazech a finančně velmi efektivní (Herzog, 2016).

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

Ve stanovisku *Mezinárodní asociace pro Harm Reduction (IHRA)* se dále říká: „Přikládejme význam jakékoli pozitivní změně, které člověk užívající drogy ve svém životě dosáhne. Abstinenci vnímejme jako žádoucí, ale přitom obtížně

splnitelný cíl. Jednoznačnou a prvořadou prioritou je udržet uživatele drog naživu a zabránit nenapravitelným škodám. Zásadní je důstojnost a empatie k lidem užívajícím drogy. Nálepkováním dochází k marginalizaci uživatelů drog i jejich rodin a vytváření překážek, které brání v tom, aby jim mohla být poskytnuta pomoc. Terminologie a užívaný jazyk by měly vždy odrážet respekt a toleranci. Mnohé politiky a praktiky vědomě, či nevědomě vytvářejí a zvyšují rizika a negativní důsledky, jimž jsou uživatelé drog vystaveni. Je nutné usilovat o jejich přehodnocení. Je zapotřebí, aby se na rozhodnutích, která mají vliv na jejich život, podíleli také uživatelé drog" (IHRA, 2010).

3.2.3. Nízkoprahovost

Dalším základním principem terénní práce je nízkoprahový přístup, jehož podstatou je maximální dostupnost nabízených služeb v čase i prostoru. Termínem "nízkoprahovost" se podrobně zabývá ve své práci Herzog (2003): „Nízkoprahovostí rozumíme, že poskytovatel realizuje službu tak, aby byla umožněna maximální přístupnost. Realizovat službu nízkoprahově znamená snažit se odstraňovat technické, psychologické a sociální bariéry, které by bránily cílové skupině vstupu do prostoru zařízení či využití nabídky poskytovaných služeb."

Jako příklady bariér na straně uživatele uvádí:

- neznalost a neinformovanost, lenost, rezignaci a pasivitu
- neochotu nebo neschopnost vyhledat službu a následně plnit podmínky t
- obavu z možného postihu nebo ze stigmatizace

Jako bariéry na straně poskytovatele služby uvádí:

- ideové a ideologické překážky (nedostatek pragmatického přístupu)
- neznalost funkčních řešení souvisejících s nedostatkem inovace, nedostatkem hledání
- rezignaci, neochotu investovat do určité oblasti veřejné prostředky či jejich nedostatek

Jako reakce na výše uvedené začala vznikat nízkoprahová zařízení, která minimalizují svoje vstupní požadavky (klient zůstává v anonymitě, nemusí se předem objednávat, atp.) a nekladou na klienta na počátku kontaktu téměř žádné podmínky.

I přes tyto skutečnosti však stále zůstává mnoho klientů, pro které jsou i nízkoprahová zařízení nedosažitelná. Právě těmto klientům jsou určeny terénní programy, v rámci kterých se pracovníci vydávají přímo za nimi na jejich scénu, mimo zděné instituce.

3.4. Složky terénní práce

- 1. Výměna injekčního materiálu a poskytování parafernálií** (aluminiové folie, sterilní voda, kyselina askorbová, alkoholové tampony, náplasti, filtry, kondomy). Součástí výměny je i motivace klientů k bezpečnému zlikvidování použitého injekčního materiálu. Čistý injekční materiál je pro klienta motivací k navázání kontaktu s terénními pracovníky. Během výměny vzniká prostor pro vzájemné budování vztahu a mapování situace klienta i rizikových situací
- 2. Informační servis** - pracovníci poskytují informace o účincích drog, vzniku a průběhu závislosti a všech důsledcích, které s sebou závislost nese, o principech Harm Reduction, možnostech léčby, pravidlech či podmínkách jednotlivých zařízení. Kromě verbální komunikace jsou využívány i letáky a časopisy (např. Dekontaminace).
- 3. Zdravotní a sociální poradenství, základní zdravotní ošetření** -působení směřující ke stabilizaci životního stylu klientů, pomoc při řešení aktuálních problémů (vyřízení občanského průkazu, nalezení ubytování, hledání pracovního místa, trestně-právní poradenství, pomoc při vyřizování sociálních dávek, atd..), motivace ke změně, zprostředkování kontaktu s dalšími institucemi, základní zdravotní ošetření a informování o rizicích spojených se zanedbáním péče, navázání na další instituce, případně osobní asistence klienta
- 4. Krizová intervence** - zvládání aktuálních těžkých životních situací a období klienta

3.5. Cíle terénních programů

- vyhledávání, navazování a rozvíjení kontaktů s uživateli drog
- monitorování drogové scény a sběr dat
- motivace uživatelů drog ke změně životního stylu
- minimalizace škodlivých důsledků užívání drog (zdravotních, sociálních)
- zvyšování informovanosti klientů
- prevence šíření infekčních onemocnění (hepatitidy, HIV/ AIDS, syfilis...)
- změna rizikového chování souvisejícího s užíváním drog k méně rizikovému
- ochrana většinové společnosti před infekčními nemocemi (výměna, sběr a likvidace použitého injekčního materiálu)

(SANANIM c, nedatováno; Drop-in, nedatováno; Magdaléna, nedatováno)

3.6. Pracovníci terénních programů

Prioritou při výběru pracovníků není formální vzdělání, ale osobnostní předpoklady a kvality, jako dovednost komunikace, důvěryhodnost, otevřenost, schopnost kreativně myslet a jednat, ale i sebekázeň. Odborný růst a kontinuální vzdělávání jsou zaměstnavatelem nejen vyžadovány, ale i podporovány.

Terénní práce je psychicky i fyzicky náročná a nese s sebou řadu rizik. Proto je nezbytné kvalitní proškolení pracovníků, včetně bezpečnosti práce a také prevence vyhoření (Burn-out), formou soustavné supervize. V terénních programech mohou působit jako pracovníci také bývalí uživatelé návykových látek nebo jako externí pracovníci i stabilizovaní aktivní uživatelé drog. Jejich specifikum spočívá v jejich postavení na drogové scéně, kdy pracují i s uživateli, ke kterým by se profesionální pracovníci nedostali (uzavřená drogová scéna, utajené byty vařičů drog, atp.), mohou lépe vyhovovat komunikačním standardům dané komunity a tak lépe předávat informace ohledně Harm Reduction. Terénní pracovníci pracují většinou ve dvojicích (vzhledem k potencionálnímu nebezpečí) a jsou označeni oblečením s nápisem "Terénní programy". Označení pracovníků a odlišnostem, které s sebou toto označení nese, jsem se věnovala v kapitole Specifika práce v péči o injekční uživatele drog. (Herzog, 2006; Jedlička et al., 2004).

4. SANANIM

"Nechceme lhostejně míjet ty, kteří ztratili víru v sebe, druhé, lidskou existenci. Ty, kteří na své cestě životem hledali útočiště u drogy a poznali i její odvrácenou tvář, která se objevuje s neúprosnou logikou – tvář utrpení, bolesti, samoty, nesvobody, smrti. Chceme podat pomocnou ruku všem, kteří na to čekají, kteří volají své S.O.S. a varovat ty, pro které je droga symbolem magického neznáma romantické vzpoury, únikem z nepřátelské skutečnosti."

Programové prohlášení SANANIM z.ú.

4.1. Obecně

Organizace SANANIM patří v České republice mezi nejstarší zařízení a v současné době i největší nestátní poskytovatele služeb v oblasti prevence, péče a terapie závislostí na nealkoholových drogách. Nabízí širokou síť adiktologických služeb, které pokrývají potřeby lidí potýkajících se závislostí nebo poskytují podporu a péči jejich blízkým. Kromě terénních programů a kontaktního centra, které jsou první linií kontaktu s klienty, je dalšími složkami tohoto systému adiktologická ambulance pro mladistvé a dospělé, Gambling ambulance, denní stacionář, Centrum komplexní péče o dítě a rodinu, Specializované ambulantní služby CADAS, Poradna pro rodiče, Terapeutická komunita Karlov, Terapeutická komunita Němčice, Doléčovací centrum s chráněnými byty, Doléčovací centrum pro matky s dětmi, Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem, Pracovní a sociální agentura, Drogové informační centrum a vzdělávací programy.

Dalšími projekty jsou potom programy zaměřené na vzdělávání, primární prevenci, publikování a zahraniční spolupráci. Další subjekty zřízené a vlastněné organizací SANANIM jsou SANANIM Charity Services s.r.o. (Café Therapy SOS, s.r.o., U Karáska, Bistro Therapy) a servisní organizace SANANIM SOS, s.r.o., která se zabývá externím vzděláváním a SANANIM 4D, o.p.s. V současné době zajišťuje provoz organizace SANANIM více než 130 stálých zaměstnanců a 15 externích pracovníků.

4.2. Terénní programy SANANIM

Terénní programy realizované neziskovou organizací SANANIM, z. ú. poskytují zdravotní a komplexní péči uživatelům drog v Praze a doplňují služby, které veřejná zdravotní péče není schopna zajistit. Služby terénního programu jsou poskytovány v Kontaktním centru (kamenné zařízení se sídlem v Praze 5), v rámci programu Sanitka (mobilní ambulance) a pěší terénní prací (dvojice pracovníků působící v lokalitách otevřené drogové scény).

TP SANANIM jsou držiteli Certifikátu odborné způsobilosti pro poskytování služby terénní programy, vydaného Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Zařízení je provozováno na základě zákona 379/2005 Sb. a sociální službou dle zákona 108/ 2006 Sb. Projekt TP je realizován za finanční podpory Úřadu vlády České republiky a Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Magistrátu hlavního města Prahy, Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva zdravotnictví, Úřadu městské části Prahy 13 a Úřadu městské části Prahy 2(SANANIM d, nedatováno).

Kontaktní centrum SANANIM v Praze funguje od roku 1993. Kontaktní centrum a Terénní programy SANANIM vyměnily do roku 2015 více než 19 milionů injekčních setů. Společně jich každoročně vyměníme okolo 1 700 000 ks, jsme v kontaktu s více než 5 000 injekčními uživateli drog, otestujeme cca 500 osob na infekční choroby, uskutečníme více než 3 000 individuálních poradenství, a pomůžeme nastoupit do léčby více než 100 uživatelů drog. (Herzog, 2016). Přehled a frekvence základních výkonů TP SANANIM je uveden v tabulce 2.

4.3. Klíčové cíle

- Poskytovat efektivní, profesionální pomoc osobám, které jsou ohroženy drogovou závislostí v síti služeb a programů, jež vytvářejí komplexní systém prevence, péče, léčby i resocializace.
- Rozvíjet systém v oblasti poskytování specifických služeb

- Spolupracovat při plánování a realizování protidrogové politiky, včetně zahraniční spolupráce a to na místní i centrální úrovni, pracovat na změně pohledu veřejnosti na tuto problematiku.
- vzdělávat laickou veřejnost, profesionály i paraprofesionály v problematice drogových závislostí

Tab. 2. Přehled výkonů TP SANANIM v letech 2011 - 2016.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Počet kontaktů	32 461	34 540	34 597	33 328	30 011	29 466
Počet klientů celkem	2 170	2 358	2 640	3 093	4 370	2 855
Počet vydaných injekčních setů	384 419	405 880	495 696	427 678	403 747	376 978
Individuální poradenství	1 127	1 741	1 948	2 356	2 034	2 237
Pracovní terapie	N/A	N/A	N/A	100	440	1 983
Zdravotní ošetření	N/A	N/A	N/A	559	608	460

V rámci terénních programů SANANIM je veden rovněž elektronický portál e-dekontaminace a vydává se časopis Dekontaminace, který je zaměřen na drogovou problematiku. Tento časopis je vydáván již od r. 1966. a prostřednictvím terénních pracovníků a nízkoprahových zařízení je distribuován zdarma, mimo běžnou síť.

4.4. Projekt SANITKA

Projekt Sanitka je součástí terénních programů organizace SANANIM. Jedná se o mobilní ambulanci (vůz Mercedes Sprinter 413), která je v provozu od roku 2010. Klientům je k dispozici každé pondělí a čtvrtek v době od 14-18 hod. Její stálé stanoviště je asi 800 m od Václavského náměstí, které je centrem největší otevřené drogové scény v Praze. Sanitka patří mezi klientsky velmi vytíženou službu. Lokalita, kde je sanitka přistavena, byla vybrána ve spolupráci s městskou policií a Městskou částí Praha 1.

V sanitce jsou dostupné tyto služby:

- Výměna injekčního materiálu a výdej parafernálií (sterilní injekční vody, filtry, aluminiové folie, vatičky, náplasti, pánvičky, alkoholové desinfekční tampony, želatinové kapsle, kondomy, lubrikační gely, atd.)
- Možnost základního zdravotního ošetření
- Poradenství (zdravotní, sociální, právní)
- Distribuce šťávy, čaje
- Testování na infekční nemoci (VHC, HIV, syfilis)

Osobní asistence, možnost zprostředkování telefonátu (úřední, pracovní účely, atp.)

- Krizová intervence

Hlavní cíle projektu:

- Zvýšit počet klientů testovaných na infekční choroby
- zvýšit dostupnost zdravotní péče
- navazovat klienty na následnou zdravotní péči
- zvýšit množství vyměněného injekčního materiálu
- zvýšit počet zprostředkovaných následných léčeb v terénních podmínkách (SANANIM, 2010)

Průměrný denní počet kontaktů v sanitce za rok 2017 činil **144 kontaktů** a vydáno bylo v průměru 1 968 injekčních setů (SANANIM, 2018). Zjednodušený přehled z let 2011 – 2017 je uveden v tabulce 3.

Testování na infekční nemoci – HIV, HCV, HBV, syfilis

V současnosti již není nutné diskutovat či spekulovat o významu možnosti a dostupnosti testování na infekční onemocnění (HIV, HCV, Syfilis apod.) Vzhledem k rizikovému životnímu stylu (sdílení injekčního materiálu, rizikový sexuální kontakt, prostituce, promiskuita) se řadí skupina IUD mezi skupiny s vysokým stupněm ohrožení výskytem a šířením infekce. Přehled infekčních onemocnění zjištěných v rámci Projektu Sanitka je uveden v tabulce 4.

Tab. 3. Zjednodušený přehled výkonů Projektu Sanitka (Vrchlického sady).

	Počet kontaktů	Vydané sety
I. pololetí 2011	5 684	52 068
II. pololetí 2011	8 038	77 687
I. pololetí 2012	7 304	80 048
II. pololetí 2012	7 407	79 590
I. pololetí 2013	7 889	89 769
II. pololetí 2013	7 881	102 400
I. pololetí 2014	8 058	109 024
II. pololetí 2014	7 961	100 680
I. pololetí 2015	7 996	109 847
II. pololetí 2015	7 438	100 415
I. pololetí 2016	7 264	102 439
II. pololetí 2016	8 201	103 496
I. pololetí 2017	7 197	102 171
II. pololetí 2017	7 181	94 687

Tab. 4. Přehled testování infekčních chorob v Projektu Sanitka za rok 2017.

Výkony	Počet vyšetřených osob	Počet reaktivních výsledků	Počet reaktivních výsledků v %
HIV	107	0	0%
Syfilis	101	2	1,98%
Virová hepatitida C	60	21	35%

Mezi nejnebezpečnější onemocnění přenosná krevní cestou patří virus lidské imunodeficiency (HIV), virus hepatitidy C (VHC), který převažuje výrazně nad ostatními uvedenými a virus hepatitidy typu B (VHB). Hlavní cestou přenosu je především sdílení infekčního injekčního materiálu a příslušenství k přípravě a aplikaci drogy. Druhým nejčastějším přenosem je cesta rizikového pohlavního styku. Nízkoprahová zařízení a terénní programy jsou často pro klienty prvním kontaktem s odbornou institucí, kde se o možnosti otestování dozví a mají možnost testy rovnou provést. Součástí je samozřejmě testové poradenství (informace zaměřené na prevenci vzniku infekce, základní informace o onemocnění a možné léčbě).

Legislativa vztahující se k testování

Testování na infekční onemocnění v nízkoprahových programech podléhá Standardům odborné způsobilosti (Kalina, 2003b).

Každé zařízení by v souladu s těmito standardy mělo mít písemně zpracovaný manuál, který specifikuje postupy a předpisy vztahující se k monitorování HIV a hepatitid (včetně hygienických opatření, úklidu, desinfekce zařízení, atp.).

Zákonné předpisy ČR, které dále upravují podmínky provádění diagnostických testů

- Zákon 258/ 2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů
- Zákon 20/ 1966 Sb. o péči a zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška 440/ 2000 Sb., kterou se stanovují hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a upravují podmínky provádění zákroků, při nichž je porušována integrita kůže.
- Metodické opatření MZ Řešení problematiky infekce HIV/AIDS, Věstník MZ ČR, částka 8/ 2003

K samotnému provedení vyšetření je třeba mít zajištěný vhodný prostor (v našem případě vnitřek mobilní ambulance) a mít dostatečně proškolený personál. Testování probíhá anonymně, na základě informovaného souhlasu. Klient může a nemusí uvádět svoje iniciály. Lze uvádět klientské kódy. Test je prováděn na základě odběru kapilární krve. Výsledky jsou k dispozici do 15- 20 minut. Nezbytnou součástí testování je i před a potestové poradenství. Všichni pracovníci dodržují povinnost mlčenlivosti a respektují diskrétnost osobních informací o zdravotním stavu klienta.

Používané kapilární testy by měly splňovat požadavky Národní referenční laboratoře (NRL) a rovněž by měly být schváleny a registrovány MZ ČR. Tyto testy jsou vhodné pro rychlé vyšetření v terénu, reagují na střední až silné koncentrace antigenů nebo protilátek v séru. Nízké hladiny ale nemusejí být zachyceny. Negativní výsledek ale nemá stejnou výpovědní hodnotu jako stejný výsledek

získaný laboratorní metodou. Mimo kapilární testy existují na trhu ještě testy ze slin, ty ale naše zařízení nepoužívá.

Oblasti testování a práce s klientem, jemuž je sdělován reaktivní výsledek vyžaduje od pracovníka terénního programu empatii, schopnost naslouchat, umět klienta povzbudit, dát mu dostatek prostoru pro vyjádření vlastních pocitů a otázek, motivovat ho k případné léčbě, umět s klientem vytvořit plán další spolupráce. Pracovníci by měli mít rovněž schopnost hovořit citlivě i o intimních tématech, různých sexuálních praktikách, prostituci. Pokud má být poradenství efektivní, nelze se zaměřit pouze na rizika spojená s injekční aplikací a ostatní možné cesty přenosu opomíjet.

Je důležité umět motivovat i ty klienty, kteří si sami o testování neřeknou. Právě u těch bývá mnohdy větší pravděpodobnost, že se v minulosti vystavili rizikovému chování a nyní mají strach, že se mohli nakazit. Někteří klienti o možnosti anonymního testování zdarma nevědí, nebo je tato možnost nezajímá, protože péče o jejich zdraví není aktuálně na jejich žebříčku hodnot. Je třeba umět rozptýlit obavy z možných reaktivních výsledků testů a zmírnit stres, který s sebou toto vyšetření nese. Rovněž případné přijetí reaktivního výsledku a hledání dalších postupů a řešení vyžaduje od klienta jistou dávku energie, kterou jsou ne všichni klienti ochotni nebo schopni věnovat.

Předtestové poradenství – probíhá před samotným odebráním krevního vzorku a započítím testování. V této části se snažíme zjistit co nejpodrobněji osobní anamnézu klienta, možné riziko nákazy v minulosti i současnosti (sexuální chování, používání kondomů, rituály injekčního užívání drog atp.). Dále se zaměřujeme na dosavadní znalosti klienta o jednotlivých onemocněních, inkubační době, možnostech nákazy, snažíme se vyvrátit různé nepravdivé informace, které klienti mnohdy přinášejí a uvádět je na pravou míru. Rovněž se ptáme na předchozí zkušenost s testováním, výsledky testů, na informovanost ohledně průběhu testování a principu testů samotných. Již v této fázi, tedy ještě před započítím vlastního testování připravujeme klienta na možnost reaktivního výsledku, monitorujeme předpoklady vyrovnat se s možnou krizí. Další částí rozhovoru je podrobné seznámení s průběhem testování. Seznámíme klienta s principy, na

kterých test funguje, informujeme ho o nutnosti vyčkat na výsledky. Před započítím testu ještě klient podepisuje informovaný souhlas. Po celou dobu kontaktu by se mělo jednat spíše o vzájemnou diskuzi nežli o monolog pracovníka. Je třeba také v průběhu i na závěr sledovat zpětnou vazbu, zdali klient porozuměl našemu sdělení, ponechat mu dostatek času na otázky. V průběhu testování klienta informujeme o všech prováděných výkonech, monitorujeme jeho celkový stav i reakce, snažíme se ho motivovat ve změně rizikového chování a podpořit v případné léčbě.

Potestové poradenství - na straně klientů v případě negativního výsledku dochází většinou ke značné úlevě a euforii. Mají tendenci rychle opouštět prostor sanitky, nechťejí se již příliš zdržovat a zaobírat dalšími informacemi. Přesto je jim před odchodem vždy kladen důraz na vyhnutí se rizikovému chování. Rovněž je důležité připomenout, že je vhodné testování za další 3 měsíce znovu zopakovat. Na žádost klienta je možné vydat potvrzení o výsledcích testů.

V případě reaktivního výsledku testu je nezbytné zajistit návaznost další péče (odběr žilní krve pro provedení konfirmačního (potvrzovacího) testu). V případě reaktivity hepatitid je našim klientům nejčastěji doporučováno zařízení, které se specializuje na komplexní péči o injekční uživatele drog, klinika Remedis v Nuslích. Zde je rovněž veden i substituční program, který v případě, že se klient rozhodne podstoupit léčbu hepatitidy je nezbytným článkem v cestě za úzdravou (omezení užívání injekční aplikace – přechod na substituční látku, která se užívá ústy). V případě reaktivity HIV je klient odeslán na příslušné venerologické oddělení nebo do Domu světla, který se touto problematikou zabývá. Klientovi je nabídnuta i osobní asistence. U klienta může sdělení reaktivního výsledku vyvolat různé reakce. Může se jednat například o šok, kdy se může klient stáhnout do ústraní, emočně ochabnout, může začít propadat zoufalství. Další možnou reakcí je odmítnutí či popření výsledku, kdy nás klient podezřívá z chybného postupu, z odborné chyby, nevěří nám, žádá si zopakování testu nebo se chce nechat otestovat ještě v další instituci. Vztek je rovněž způsobem, jakým klienti mohou reagovat na stresující informaci o svém zdravotním stavu. Může mít vztek na pracovníky, kteří ho testovali sám na sebe, že nechal situaci dojít tak daleko. Mnohdy hledá viníky ve svém okolí a pátrá po tom, kdo mu toto onemocnění způsobil. Další možnou reakcí jsou úzkostné až sebevražedné tendence, kdy klient propadá beznaději.

Nevěří, že by se mohl uzdravit, neumí si představit, že by měl či dokázal změnit svůj životní styl a podstoupit náročnou léčbu. Je nutné vždy dobře sledovat klienta a umět "číst i mezi řádky ". Ne vždy se nám sebevražedný klient otevřeně svěřuje se svými myšlenkami a plány. Nikdy klientovi nevymlouváme jeho pocity, nekritizujeme ho ani nezlehčujeme jeho reakce a prožívání. Snažíme se mu maximálně naslouchat a udržet s ním dobrý kontakt. Platí zde více než kde jinde zásada "Tady a teď". Nezahlcujeme klienta informacemi o všech možných řešeních jeho situace, ale snažíme se mu pomoci krok po kroku najít pro něho co nejpříjemnější řešení. Vždy je dobré si kontakt na závěr shrnout, domluvit se a naplánovat další postupy, setkání, spolupráci.

5. NEJČASTĚJŠÍ ZDRAVOTNÍ OBTÍŽE INJEKČNÍCH UŽIVATELŮ DROG

5.1. Nejčastější zdravotní obtíže uživatelů drog

Způsob života, který je spojen s drogovou závislostí s sebou nese řadu závažných společenských, psychosociálních a ekonomických dopadů. Významně je zasažena somatická oblast. Rozvíjí se četná infekční i neinfekční onemocnění, komplikuje se průběh nemocí již probíhajících. Uživatel drog je ohrožen nejen samotnou intoxikací, ale i rizikem vzniku psychických onemocnění. Nejčastěji se jedná o toxickou psychózu, s užíváním drog je ale kromě výše uvedeného spojeno i vyšší riziko otrav, úrazů, dopravních nehod a často se také uživatelé stávají oběťmi násilných trestných činů. Následující kapitola se zabývá stručným popisem místních a celkových infekcí a postižením orgánů, k nimž dochází při nitrožilním užívání drog. Převažují zde infekční onemocnění, jejichž vznik souvisí s následujícími faktory:

- používání nesterilních pomůcek pro i. v. aplikaci, vzájemné sdílení pomůcek, nesterilní příprava drogy
- nedostatečná hygiena související s nízkou socio-ekonomickou úrovní
- sexuální promiskuita, prostituce

Vzhledem k tomu, že uživatelé drog mají tendenci se vyhýbat návštěvám lékaře, nese s sebou průběh a diagnostika onemocnění řadu odlišností. Řadu symptomů provázející jednotlivá onemocnění se uživatelé drog snaží vyřešit „samoléčbou“. Užívají ve velké míře nesteroidní antirevmatika a mnohdy již v počátcích horečky zahajují ATB léčbu (typ antibiotik je často nesprávně zvolený a nevhodně užívaný). Vzniklé nepříjemné symptomy řeší nejčastěji zvyšováním dávky drogy nebo její častější aplikací. Tímto způsobem eliminují především vnímání bolesti. Takovým přístupem může dojít k značnému zanedbání choroby a k rozvoji pokročilých stadií, což může v případě infekčních nebo nádorových onemocnění vést k rozvoji

závažných komplikací a k ohrožení na životě. Je třeba také brát v potaz, že některé symptomy, které běžně značí infekci v těle (únava, nechutenství, bolesti kloubů, nevolnost, třes svalů, zvýšená teplota, atp.), mohou být pouze známkou nekvality užití drogy nebo rozvíjejícího se abstinenčního syndromu. Onemocnění, která v souvislosti s užíváním drog vznikají, jsou mnohdy v konečném důsledku závažnějším problémem, než samotná drogová závislost.

Vznik a závažnost somatických komplikací jsou dány typem zneužívané látky, způsobem její aplikace a zejména délkou drogové kariery.

5.1.1. Bakteriální infekce nitrožilních uživatelů

5.1.1.1. Povrchové (lokální) infekce

Povrchové infekce postihují kůži, sliznice a měkké tkáně podkoží. Dochází ke vzniku drobných i rozsáhlých kožních ulcerací, vzniku abscesů (povrchních i hlubokých), rozvoji flebitid, flegmon, impetiga. Nemusejí být provázeny celkovými příznaky zánětu, celkovou schváceností. Vznikají v souvislosti s injekční aplikací drogy, kdy se do těla místem vpichu vpravuje kromě toxické látky (včetně všech nežádoucích příměsí) i velké množství mikroorganismů, které běžně žijí na povrchu kůže.

„Riziko lokálních infekcí narůstá zejména při společném používání jehel, stříkaček a jiných injekčních pomůcek, při opakovaném používání nesterilních injekčních pomůcek, při používání kontaminovaných pomůcek během společného užívání drog, v důsledku nehygienické přípravy drog a používání kontaminovaných pomůcek na jejich přípravu (např. voda), při nedostatečné osobní hygieně a v důsledku užívání nefarmaceutických preparátů.“ (Jirešová, Javorková, 2003). Mezi nejčastější onemocnění související s nitrožilní aplikací patří kožní ulcerace, absces, flegmona, impetigo, flebitida a flebotromboza.

Absces – jedná se o chorobnou dutinu vzniklou zánětem, která je vyplněná hnisem (zbytky bakterií, leukocytů a tkáňového dendritu). Vzniká buď přímou cestou (vniknutí infekce při poranění) nebo metastaticky. Absces může být i mnohočetný. Postižené místo jeví typické známky zánětu (bolestivost, zarudnutí, otok, zteplání

a porucha funkce). Může dojít k spontánní perforaci, vzniku píštěle a samovolnému vytékání hnisavého obsahu. Dutina abscesu se může zhojit vazivovou jizvou nebo může sekrece hnisu pokračovat a dojde opět k naplnění dutiny. V případě, že se absces uvolní dovnitř, je hojení značně komplikováno, zánětlivý proces se může šířit dále. Menší abscesy se mohou zhojit bez intervence nebo užitím vhodných mastí. Je důležité vždy vzít v potaz, v jaké lokalitě se absces vytvořil. Pokud se jedná o vysoce rizikové místo jako je oblast krku, obličeje nebo třísel je třeba vždy chirurgické ošetření.

Flegmona - neohraničený hnisavý zánět, který se šíří řídkými tkáněmi organismu. Bývá provázen celkovými příznaky. Na postižené cévě se může manifestovat jako zarudlé ložisko jazykového tvaru šířícího se v průběhu postižené cévy. Většinou vyžaduje chirurgické ošetření a léčbu antibiotiky. Bez léčby hrozí až amputace postižené končetiny a nemocný je ohrožen na životě.

Impetigo - hnisavé kožní onemocnění způsobené bakteriemi rodu *Staphylococcus* či *Streptococcus*. Projevuje se vznikem hnisavých puchýřků.

Flebotromboza - můžeme ji rozdělit dle rozsahu a lokalizace postižení na řadu podtypů (tromboflebitis varicosa, tromboflebitis migrans, tromboflebitis venae saphenae, atp.). Základní rozdělení je ovšem následující:

Flebotromboza povrchová (tromboflebitis superficialis) – pruhovitý ohraničený, zarudlý otok, místo je silně bolestivé. U povrchové flebitidy je léčba pouze konzervativní a spočívá v aplikaci protizánětlivých léků a bandáží DKK. Časté recidivy zhoršují insuficienci chlopní a mohou působit vznik varixů dolních končetin.

Flebotromboza hluboká (tromboflebitis profunda) - částečný nebo úplný uzávěr hlubokých žil trombem s nebezpečím plicní embolie. Nejčastěji vzniká v oblasti hlubokých žil dolních končetin, ale může vzniknout kdekoliv v organismu. Je provázena zánětlivou reakcí, edémem a bolestivostí končetiny. Pokožka je citlivá, napjatá, palpací je možné vyhmátat tuhý bolestivý pruh v průběhu cévy, můžeme pozorovat cyanózu. V případě hluboké flebotrombozy je nezbytné vyhledat odbornou lékařskou pomoc. Terapií je pak léčba antikoagulancii, popřípadě chirurgické řešení.

V souvislosti s lokálními kožními onemocněními je možné zmínit i často se vyskytující parazitární onemocnění – svrab. Tímto onemocněním trpí především uživatelé drog, kteří jsou bez domova, spí ve squatech, často uživatelé pervitinu.

5.1.1.2. Invazivní infekce

Jedná se o druh infekcí, při kterých bakterie překonají lokální obranné mechanismy a dostávají se dále do cévního systému. Zde mohou působit krátce a nevyvolávat závažnější následky. Pokud se však nepodaří tuto infekci včas eliminovat, může dojít k pomnožení a šíření bakterií. Tento stav je v počátcích provázen celkovými známkami zánětu (zrychlený puls, dech, zvýšená tělesná teplota). Bez vhodné léčby může vyústit až v septický šok, závažná orgánová poškození a úmrtí. I krátkodobá bakteriémie však může vyvolat vznik metastatických hnisavých ložisek kdekoli v těle, např. v plicích, srdci, ve slezině a je spojena s rozvojem dalších zdravotních komplikací (např. plicní embolie). Mezi nejzávažnější patří infekční endokarditida.

Infekční endokarditida - vzniká usazováním bakterií na vnitřní výstelce srdce, zejména na srdečních chlopních, kde dále vytváří rozsáhlé vegetace. Nejčastějším původcem je *Staphylococcus aureus* nebo *Streptococcus pyogenes*, ale i další. Často je pozorována polymikrobiální infekce. U nitrožilních uživatelů je nejčastěji postižena trojcípá chlopeň v pravém srdci. Klinicky se toto poškození manifestuje zejména horečkou, plicními obtížemi (důsledek septických embolizací do plic) a příznaky celkové infekce. Zdrojem plicních embolizací nemusí být pouze bakteriální vegetace z pravého srdce, ale také ze vzdálených ložisek (tromboflebitidy žil pánve, atp.). V případě jednostranného poškození srdce, které je mnohem méně časté, je nemocný ohrožený zejména embolií do mozku (Kalina et al., 2015).

5.1.2. Orgánová a systémová poškození

5.1.2.1. Poškození cévního systému

Kromě výše uvedených zdravotních obtíží, přímého působení infekčních agens dochází při dlouhodobém užívání drog intravenózní cestou i k opakovanému mechanickému poškození cévního systému. Ve stěnách cév dochází ke vzniku

drobných mikrotraumat, která mohou být později zdrojem usazování bakterií a následně místem vzniku krevních sraženin (trombů) s následnou ischemizací okolních tkání a vznikem abscesů. Uživatelé s letitou drogovou kariérou se časem uchylují k vysoce rizikovému aplikování drog do velkých cév (v. jugularis, v. subclavia nebo v. femoralis). Ke vzniku těchto komplikací přispívá rovněž fakt, že společně s aplikovanou drogou se do krevního řečiště vpravují i nečistoty a různé příměsi (např. rozpouštědla). Ta vyvolávají stažení cév, lokální poškození nebo vznik nekrózy.

Chronická žilní insuficience- toto označení zahrnuje všechna onemocnění, která vycházejí z poruch podmíněných zpětným tokem krve na podkladě anatomických či zánětlivých změn. Lze je rozdělit vývojově na dvě stadia.

1. **stadium-** vznik drobných metličkovitých varixů, které nepůsobí obtíže, vznik edému
2. **stadium** - změny pigmentace (hyperpigmentace), žilní hypertenze, bakteriální zánět, bolestivost, ztvrdlá, napjatá a lesklá kůže
3. **stadium** – ulcus cruris venosum - vznik bércového vředu

Bércové vředy (Ulcus cruris)- uvnitř povrchových i hlubokých žil dolních končetin jsou obsaženy chlopně, které zabraňují zpětnému toku krve. V součinnosti se svalovou pumpou se jedná o efektivní systém, který umožňuje návrat krve zpět do srdce. Jakékoliv poškození těchto chlopní narušuje tuto funkci. Dochází k městnání krve, vasodilataci, vzniku otoku, poruše odtoku lymfy. Následně vznikají kožní defekty, které mohou vyústit ve vznik vředů.

U injekčních uživatelů drog je cévní systém opakovaně a trvale poškozován. Často jsou aplikované látky nevhodné pro injekční aplikaci, zejména hojně zneužívaná substituční látka buprenorfin (Subutex, Suboxone). Tato substituční látka je určena k užití ústy. Kromě účinné látky buprenorfinu (+ Naloxone) tableta obsahuje velké množství kukuřičného škrobu, který postupně zanáší a dráždí cévní systém. Výsledkem je nefunkčnost cév, která se projevuje častými otoky dolních končetin, pocitem chladu, porušenou kožní integritou, špatným hojením poranění a následně i hlubokými kožními defekty a ulcerózními procesy.

Mezi klíčové konzervativní postupy v léčbě bércových vředů patří kvalitní a funkční kompresní terapie (podpora svalové pumpy omezení otoku a žilní hypertenze), elevace končetiny, obklady a koupele, úprava životního stylu. U pokročilých a hlubokých defektů je třeba chirurgické ošetření, ATB léčba a léčba moderními přípravky (granulační a epitelizační, atd.). V současné době je řada moderního obvazového materiálu velice široká.

Je proto nezbytné aby ošetřující personál uměl správně diagnostikovat stadium hojení a typ defektu a dokázal vyhodnotit vhodnost užití jednotlivých přípravků a doporučovaných metod. Nelze opomenout ani vliv vhodné výživy, dostatek vitamínů a bílkovin ve stravě, které podporují hojení, zvolení správné obuvi a edukace o vhodném ošetřování v daných podmínkách, ve kterých se pacient vyskytuje. Bércové vředy jsou onemocněním, které je spojeno pro nemocného se stresem, zatěžuje psychiku a člověka může se podílet na rozvoji sociální izolace a vzniku deprese.

Aneurysma (výdut')- je velmi závažná komplikace intravenózního užívání drog. Opakovaným poškozováním cév dochází k výronům krve v okolí místa vstupu, následně mohou vznikat zánětlivé změny, vznikat abscesy a patologické změny na cévním systému. Takto jsou postiženy především femorální tepny, obzvláště na levé straně (dominantní ruka je u většiny populace pravá) Nejzávažnější komplikací je ruptura aneurysmatu. Je nutné rychlé chirurgické řešení, intenzivní péče a dlouhodobé podávání antibiotik.

Srdeční arytmie, postižení srdce - zejména u uživatelů psychostimulačních drog dochází ke vzniku arytmií srdce, infarktu myokardu nebo náhlého selhání srdce a to i bez souvislosti s infekčními příčinami.

1.5.2.2. Postižení plicního systému

Postižení plic je u intravenózních uživatelů drog rovněž velmi časté. Poškození plic (akutní nebo chronické) má za následek nedostatečné okysličování krve a tím jsou poškozeny mnohé další orgány. Na přísun kyslíku je přitom nejcitlivější tkáň nervová. Zejména u uživatelů opiátů a jiných tlumivých látek, často v kombinaci s alkoholem je velké riziko zástavy dechu a následného udušení. Užití některých

drog může vyvolávat bronchospasmus, edém plic. Většina uživatelů drog jsou současně i silní kuřáci cigaret, popř. konopných drog. Plicní systém je tak kontinuálně zatěžován, je snížena samočistící schopnost průdušek a průdušinek. Drogy mohou vyvolat také poruchu vědomí (zejména předávkování opioidy nebo alkoholem), což může zapříčinit aspiraci žaludečního obsahu a vznik aspirační pneumonie. Je nutná hospitalizace a antibiotická léčba. U uživatelů je zaznamenán také vyšší výskyt zápalu plic. Ten vzniká v důsledku snížené ventilace některých plicních segmentů. V kombinaci s dalšími komplikacemi může dojít k otoku plic. Také mikroembolizace v plicích, způsobené drobnými pevnými částicemi z aplikovaného roztoku drogy vyvolávají zánětlivou reakci a omezení funkční kapacity plic. Další rizikovou skupinou jsou uživatelé inhalačních drog (organických rozpouštědel), kde navíc dochází k přímému poleptání plicní tkáně.

1.5.2.3. Postižení oka, ledvin, CNS

Postižení oka - jedná se o vzácné, ale velmi závažné onemocnění, kdy infekční agens postihne oční bulbus. Především napadení kvasinkovými plísněmi (*Candida albicans*), může skončit až enukleací očního bulbu. Dále díky drobným embolizacím mohou vznikat ireverzibilní retinopatie. Uživatelé stimulačních látek mohou častěji onemocnět šedým nebo zeleným zákalem.

Poškození ledvin -vzniká dlouhodobým injekčním užíváním a opakovanými infekcemi. Dochází tak k poškození nefronu, ke změnám souvisejících s metabolismem bílkovin a k poruše vylučování a zpětné resorpce. Akutní forma poškození ledvin může vzniknout při nadměrném užití stimulačních drog nebo drog tanečních (MDMA), kdy je organismus dehydratován dlouhodobou tělesnou námahou bez dostatečného příjmu tekutin.

Postižení CNS - injekční uživatelé drog jsou ohroženi především vznikem abscesů v mozku, jak již bylo uvedeno výše. U uživatelů organických rozpouštědel dochází k významnému poškození mozkové tkáně, vzniku dutinek, postižení mozečku a kognitivních funkcí. Stimulancia mohou způsobit krvácení do mozku, protože prudce zvyšují krevní tlak. V případě přítomnosti aneurysmat je vysoké riziko jejich prasknutí a následnému krvácení do mozkové pleny.

5.1.3. Krví a sexuálně přenosné infekce u injekčních uživatel drog

5.1.3.1. Virové hepatitidy

Virové hepatitidy patří mezi vysoce nakažlivá onemocnění způsobená viry A, B, C, D, E. Jednotlivé typy se liší způsobem přenosu, inkubační dobou nebo příznaky onemocnění. Ty mohou být shodné s příznaky chřipky (zvýšené teploty, bolesti kloubů, únavnost), není výjimkou ale i bezpříznakový průběh onemocnění.

Hepatitida typu a (VHA) - hlavní cestou přenosu jsou špinavé ruce. Cesta přenosu krví je vzácná. Rizikový je sexuální styk zejména orálně- anální praktiky. Inkubační doba je 2-8 týdnů. Rychle se šíří v prostředí s nízkým hygienickým standardem (např. squaty). Příznaky onemocnění mohou být zažívací obtíže (nechutenství, zvracení), zvýšená teplota. V pokročilých stadiích onemocnění je možné pozorovat tmavou moč, světlou stolicí a žluté zabarvení sklér a kůže celého těla. V České republice je při zjištění infekce povinná dvoutýdenní hospitalizace na infekčním oddělení. Nejúčinnější prevencí onemocnění je očkování. Tato forma hepatitidy nepřechází do chronické formy a při dodržování léčby (dietní opatření, především absence užívání alkoholu a dalších hepatotoxických látek) je možná plná úzdrava.

Hepatitida typu B (VHB) - hlavní cestou přenosu mezi IUD je cesta krevní (sdílení injekčního náčiní a parafernálií) a cestou pohlavním stykem (i přes neporušenou sliznici). Inkubační doba je 2-6 měsíců. Stejně jako u předchozího typu (VHA), jsou možnými příznaky onemocnění únava, bolesti kloubů, tlak v pravém podžebří, únavnost, zvýšená teplota. K zežloutnutí kůže nedochází u všech, ale tmavého zbarvení moče a světlejší stolice si většinou nemocný povšimne. Průběh hepatitidy B může být velmi těžký. Přechází v chronickou formu a může vyústit v jaterní cirhózu, selhání jater či rakovinné onemocnění. Léčba je především podpůrná, je možné užívat antivirové preparáty. Významná je především prevence, tedy očkování proti VHB. V České republice je od r. 2001 zavedeno povinné očkování novorozenců a dvanáctiletých dětí, u kterých je předpoklad rizikového chování v budoucnosti. Význam očkování je již patrný, dochází k výraznému poklesu nově hlášených případů akutní hepatitidy typu B.

Virová hepatitida typu C (VHC)- onemocnění jater, vyvolané virem hepatitidy C. Rozeznáváme 6 genetických podtypů. VHC je nejrozšířenější infekční onemocnění mezi injekčními uživateli drog. Hlavní cestou přenosu je sdílení injekčního náčiní a nechráněný pohlavní styk s infikovanou osobou. Inkubační doba VHC je 2-6 měsíců. Nakažený člověk nemusí vykazovat žádné příznaky. Většina infikovaných osob neví, že jsou nositeli viru nebo z různých důvodů nepodstoupili včas léčbu (aktivní injekční uživatelé neschopní dodržovat léčebný režim, obavy z vedlejších účinků, nedostupnost testování a léčby), takže onemocnění přechází v chronickou formu, což je značnou zátěží jak pro samotného nemocného (rozvoj zdravotních komplikací), tak pro celý zdravotní systém (finanční náklady na zdravotní péči). Ideální je předcházet vzniku tomuto onemocnění- důraz na prevenci (Harm Reduction) - zabránění dalšímu šíření infekce mezi uživateli (testování infekcí ohrožených osob). Léčba VHC spočívala ještě v nedávné době v podávání interferonu v kombinaci s užíváním ribavirinu (antivirotikum). Tento typ léčby byl ovšem spojený s mnoha nežádoucími účinky a někteří pacienti ji špatně snášeli. V posledních letech došlo k velkému pokroku v terapii a vývoji nových preparátů, které přinášejí účinnější, lépe tolerovanou formu terapie, která probíhá podstatně kratší dobu. Jde o nový typ antivirotik a zavedení bezinterferonových terapeutických režimů. Místo injekční formy podávání je možné perorální užití a to pouze jednou. Chronická forma VHC může přecházet ve fibrózu či cirhózu jater, hepatocelulární karcinom nebo končit úmrtím. Prevence očkováním není v případě hepatitidy C zatím možná.

Další fakta o VHC

- U 25 % pacientů s rakovinou jater je původní příčinou VHC.
- Přibližně 130–150 milionů lidí na celém světě je chronicky infikováno VHC (WHO, 2014).
- V Evropě je infikováno VHC 14–84 % injekčních uživatelů drog.
- U cca 75–85 % nově infikovaných jedinců dochází k rozvoji chronického onemocnění a u 60–70 % těchto osob přechází chronická infekce VHC do chronického onemocnění jater, u 5–20 % propuká cirhóza a 1–5 % na cirhózu nebo rakovinu jater umírá (NMS, 2015).

Tab. 5. Přehled nejčastějších infekcí u IUD.

Onemocnění	Inkubační doba	Přechod do chronicity	Hlavní způsoby přenosu			
			Krví	Nechráněným pohlavním stykem	Špinavým a rukama	Z matky na plod
HIV/ AIDS	21-90 dnů		ANO	ANO	NE	ANO
VHA	15-50 dnů	0	možný	možný	ANO	NE
VHB	30-180 dnů	< 5%	ANO	ANO	NE	ANO
VHC	15-160 dnů	60-80 %	ANO	ANO	NE	ANO
syfilis	10-90 dní	10-25 %	ANO	ANO	NE	ANO

Zdroj: Dolanská et al. (2004)

5.1.3.2. Infekce HIV (Human Immunodeficiency Virus) / onemocnění AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome).

Původcem onemocnění je virus HIV patřící mezi retroviry. Napadá imunitní buňky člověka a tím poškozuje jeho imunitní systém. Dochází k postupné ztrátě imunity. Nejčastější cestou přenosu je nechráněný pohlavní styk (vysoké hladiny viru jsou obsaženy ve spermatu, vaginálním sekretu). Přenos krevní cestou je méně častý. Dalším možným způsobem vzniku infekce je přenos z matky na dítě během porodu a při kojení. HIV virus je citlivý na vnější podmínky. Je možné ho zničit běžnými desinfekčními prostředky, hyne při teplotě nad 60 ° C a při zaschnutí. Příznaky provázející počátek tohoto onemocnění mohou být neurčité, rovněž podobné chřipce (bolesti kloubů, únava, zvýšené teploty, zvětšené uzliny). Další fází je období nosičství viru, kdy nemusí být přítomny žádné klinické příznaky onemocnění. Pro prodloužení kvalitního života je podstatné včasné detekování vzniku onemocnění a zahájení léčby antiretrovirovými léky a předcházením vzniku přisedajících onemocnění, popř. jejich včasnou terapií. **AIDS** je označení pro pokročilou fázi onemocnění, která nastává po 10-15 letech (v závislosti na účinnosti nastavené léčby) od primoinfekce. Následkem ztráty imunity dochází ke vzniku řady infekcí, plísňových onemocnění, nádorovému bujení. Je postižen i centrální nervový systém, nejen samotným virem HIV, ale i dalšími viry, bakteriemi, plísněmi či nádory. Příčinou úmrtí bývají běžné infekce plísněmi či infekcemi nebo nádorová onemocnění. Zásadní význam má prevence vzniku onemocnění. Tedy dodržování zásad Harm Reduction (čisté injekční náčiní včetně parafernálií, nepřítomnost promiskuitního chování, bezpečné sexuální praktiky) a včasná osvěta mezi dětmi a mládeží.

"Celosvětově je hlášeno přibližně 60 milionů onemocnění, z toho již téměř 20 milionů nemocných infekcí HIV podleho, z nich byly necelé 4 miliony dětí. V České republice je hlášeno dosud celkem 550 případů HIV pozitivních nemocných včetně AIDS, a z nich jich nákaze podleho necelých 100 nemocných"(Minařík a Hobstová, 2003).

1.5.3.3. Syfilis

Vyvolavatelem onemocnění je bakterie *Treponema pallidum*. Syfilis může být vrozená nebo získaná. Získaná forma se přenáší zejména pohlavním stykem, přenos je vzácně možný i krevní cestou. Testy na prokázání tohoto původce bývají reaktivní přibližně 6 týdnů po nákaze. Léčba syfilis vyžaduje ATB terapii (během 1. a 2. stadia onemocnění), často je nutná hospitalizace. Důležité je také přeléčení sexuálních partnerů. Šíření tohoto onemocnění je trestné, podléhá hlášení hygieně. Jedinou efektivní prevencí je předcházení promiskuitě a dodržování zásad bezpečného sexuálního styku.

Zdravotní obtíže uživatelů drog - přehled

Podle průzkumu Národního monitorovacího střediska z r. 2013, který vychází z názoru klientů, byla zjištěna následující prevalence zdravotních obtíží u IUD

- svalová a kosterní onemocnění 37,2 % uživatelů (především ztuhlost a bolesti kloubů a svalů)
- obecné zdravotní problémy 36,8 % (únava, ztráta hmotnosti, problémy se spánkem, problémy se zuby)
- gynekologické obtíže (především nepravidelný menstruační cyklus) 34,6 %
- neurologické, kardiovaskulárních, dýchací, trávicí, pohlavní a vylučovací obtíže 12-30 %.

S významně častějším výskytem téměř všech uvedených zdravotních obtíží se potýkají uživatelé heroinu oproti ostatním uživatelům.

Mezi nejčastější diagnózy sdělované lékařem patří:

- VHC (59,6 % respondentů),
 - poruchy chrupu (54,6 %),
 - abscesy v místě vpichu (39,6 %),
 - zápal plic (33,8 %),
 - VHB (29,6 %),
 - abscesy jinde na těle (16,7 %),
 - zánět ledvin (13,3 %),
 - jaterní cirhóza (10,0 %).
- Podle vlastních vyjádření prodělalo někdy VHA 16,3 %, VHB 32,9 % a VHC 63,7 % respondentů. HIV pozitivní byli 2 (0,9 %) respondenti.

Vyšetřující lékař vyhodnotil zdravotní stav u 12,5% respondentů jako nevyhovující. Nejčastěji stanovovanou diagnózou byly (chronická) VHC, stav po VHA, VHB, chronický zubní kaz, nekompletní chrup, otoky bérců a trofické změny na bércích po tromboflebitidě, hnisavé kožní defekty, vředová choroba gastroduodenální (Mravčík a Nečas, 2014).

Dalším výzkum ve stejném roce zaměřený na toto téma (Spůrová, 2013) proběhl v nízkoprahových programech v Praze (terénní programy SANANIM, Drop In, Progressive a Eset Help, kontaktní centra SANANIM, Drop In a Stage 5 Progressive). Závěry testu jsou uvedeny v tabulce 6.

Tab. 6. Zdravotní obtíže uživatelů drog.

Somatické komplikace IUD	Počet provedených intervencí	Podíl (%)
Drobná zahnisaná ložiska	251	14,3

Somatické komplikace IUD	Počet provedených intervencí	Podíl (%)
Abscesy	249	14,2
Bércové vředy	236	13,4
Nejasné jiné kožní obtíže	215	12,2
Hepatitidy	187	10,6
Mechanická postižení, př. bodné a řezné rány, odřeniny	142	8,1
Záněty žil	111	6,3
Sexuálně přenosné infekce	77	4,4
Parazitární onemocnění (např. svrab, vši)	73	4,2
Flegmóny	70	4
HIV	47	2,7
Infekční endokarditida	35	2
Celková seps	34	1,9
Popáleniny, omrzliny	27	1,5
Jiné		
Plísňová onemocnění	2	0,1
Předávkování	1	0,1
Epileptické záchvaty	1	0,1
Celkem	1 758	100

6. KAZUISTIKA

Klient muž, 39 let, polymorfní abusus drog – alkohol, amfetaminy, heroin, LSD (diethylamid kyseliny lysergové), marihuana, MDMA (3,4-methylendioxy-N-metamfetamin). Silný kuřák cigaret. Drogy užívá více jak 19let.

6.1. Anamnéza

Rodinná anamnéza: narušené vztahy s primární rodinou, má tři sourozence, dvě starší sestry, se kterými si nerozumí, hádají se. Jednu mladší sestru, kterou má moc rád a mrzí ho, že se s ní nevidá. Vztah s mámou popisuje jako komplikovaný, mají velké spory. Má ji rád, ale vadí mu, že hodně pije alkohol. Doma se vždycky hodně křičelo. Vlastního otce nezná, matka žije s jeho otčímem, který ho psychicky a fyzicky týral, když byl dítě. Klient popisuje, že si o něho otčím típal cigarety. S matkou má snahu udržet kontakt, na narozeniny nebo Vánoce se ji snaží navštěvovat. Ale návštěva většinou skončila hádkou. Doma byl naposledy před rokem. Následující pokusy o návštěvu skončily většinou již cestou, kdy ho na hlavním nádraží zlákala nabídka drog, peníze na cestu utratil za jejich nákup. Často když klient hovoří o mámě, je plný emocí, zejména hněvu, beznaděje a smutku. Z domova odešel v 15 letech.

Sociální anamnéza: sociálně nestabilizovaný, nedokončil truhlářský učební obor, nikdy nepracoval, bez sociálních návyků, nikdy neměl žádný trvalejší vztah, pouze krátkodobé intimní vztahy. Nyní ve vztahu asi 2 roky. Partnerka je rovněž uživatelka drog. Hodně se hádají, ale mají se rádi. Jiného blízkého přítele než partnerku nemá. Klient se na ulici necítí dobře, unavuje ho takový život, ale nedaří se mu situaci změnit. V minulosti bydlel občas na ubytovně, ale po konfliktech s ostatními spolubydlícími a majitelem musel ubytovnu opustit. V současnosti se s partnerkou znovu pokoušejí získat bydlení na ubytovně, zatím bydlí ve stanu. Ve výkonu trestu byl 4,5 roku, za majetkovou trestnou činnost. Nyní má roční podmínku. Má z toho velké obavy, ale snaží se nezaplést se do žádných dalších problémů. Při kontaktu s námi je klient většinou dobře naladěný, komunikativní, svěřuje se svými těžkostmi.

Drogová anamnéza: po odchodu z domova zvýšeně užíval alkohol a THC. Od 17 let začal užívat pervitin, ze začátku drogu aplikoval šňupáním, brzy přešel na injekční aplikaci. Časem přešel na pervitin, následně heroin. Absolvoval 4x pobyt v PN Bohnice, 1x Červený Dvůr, léčbu nikdy nedokončil. V minulém roce nastoupil substituční léčbu buprenorfinem. Jednou za čas si dopřeje s partnerkou pervitinovou jízdu.

Zdravotní anamnéza: Běžná dětská onemocnění, neprodělal žádné závažné úrazy a operce, běžné zdravotní obtíže v souvislosti s užíváním drog, zejména opakované záněty žil, abscesy, omrzliny, popáleniny. Poslední rok má bolesti v dolních končetinách, pocity brnění, mírné otoky. Udává zhoršení po "perníkových jízdách". Zejména ho trápí bolestivost levé dolní končetiny. Měl jít už dávno na neurologii, ale nikdy tam nedorazil. Nikdy se neléčil s VHC, na testování chodí nepravidelně.

V kontaktu s terénními programy SANANIM od doby co je v Praze (9 let). V kontaktu a komunikaci je většinou bezproblémový, s partnerkou docházejí poslední rok na substituční léčbu Suboxonem (Buprenorfin). Pomáhá jim to stabilizovat se, chválí si, že se jim někdo tak intenzivně věnuje a pomáhá řešit jejich situaci. Plánují s partnerkou společné bydlení na ubytovně.

6.2. Ošetrovatelský problém – popálenina pravého bérce

Pro výraznou obsáhlost zápisů všech kontaktů, které s klientem proběhly, od doby vzniku jeho úrazu, jsem vybrala pouze ty, ve kterých je zaznamenána výraznější změna hojení nebo nové skutečnosti v životě klienta. Období, ve kterých probíhal pravidelný kontakt se zavedenou a nastavenou léčbou popisují souhrnně.

14.srpen2017

Klient se dostavil k sanitce pro pravidelnou výměnu injekčního materiálu, hlásil se ale také o zdravotní ošetření. Při vypalování mědi z kabelů začal hořet, vzhledem k tomu, že byl pod vlivem benzodiazepinů, nezaregistroval tuto skutečnost ihned, ale až druhý den, kdy ho probudila silná bolest nohy.

Jednalo se o 2 dny starou popáleninu na pravém bérce. Neošetřenou, nekrytou žádným obvazovým materiálem. Po opatrném odstranění přischlé látky (odmočeno oplachovým roztokem) bylo možné sledovat rozsáhlou popáleninu 2. - 3. st., přibližně 20 x 9 cm, zasahující kůži, podkoží a část svalové vrstvy, popraskanými puchýři. Na povrchu četné příškvary, rána silně secernující, okolí bolestivé.

Hovoříme s klientem dlouze o rozsahu a závažnosti jeho poranění a důrazně doporučuji návštěvu chirurgické ambulance, nicméně klient tento postup zásadně odmítá, má z nemocnice strach. Svěřuje se se zážitky z minulosti, kdy byli k němu v nemocnici hrubí a ponižovali ho. Prosí nás o ošetření. Vysvětluji riziko možných komplikací a nabízím mu osobní asistenci do nemocnice. Klient ale tuto nabídku nepřijímá a trvá na ošetření u nás.

Ošetření: důkladně čistím ránu od nečistot, spodina je mírně povleklá hlenem, se sekrecí. Oplachuji opakovaně roztokem Debricasan, přikládám obložky s tímto superoxidovaným roztokem na 10 minut (více bohužel nedovoluje situace u sanitky). Jemně a postupně odstraňuji nečistoty a příškvary, které se roztokem odmočily a jsou uvolněné, okolí rány rovněž důkladně očišťuji gázovými tampony namočenými ve stejném roztoku. Ránu se daří uvést poměrně rychle do "slušného" stavu. Okraje rány a okolí rány zevně natírám zinkovou mastí a široké okolí mastí Calcium panthotenicum. Celá pokožka bérce je křehká a mnohočetně zjizvená předchozími poraněními. Dle tvaru rány vystříhnuji čtverce mastného tylu, aby nepřesahovaly samotnou ránu, a pokládám na vyčištěnou ránu. Překrývám sterilním čtvercem (pozn. není standardní vybavení sanitky). K ošetření používám vydesinfikované nůžky, pinzetu a rukavice.

Hodně si s klientem povídáme o tom, že je důležité se o ránu vhodně starat. Vysvětluji mu, jak moc je pro zdárné zhojení podstatné, aby se do rány nedostala žádná infekce. Domlouváme se, že do rány nebude aplikovat žádné masti, které najde nebo někde získá, ani do ní zasahovat znečištěnými rukama. Pro případ, že by přece jen měl potřebu takto činit, vydávám mu s sebou dvojce rukavice. Doporučuji, pokud bude mít příležitost, ránu jemně osprchovat čistou vodou. Domlouváme se na kontrolu ve čtvrtek (příští sanitka), v případě jakýchkoliv obtíží může navštívit zdravotní ambulanci kontaktního centra SANANIM nebo již

zmíněnou chirurgickou ambulanci. Vydávám mu také balení vitamínu B12, na podporu hojení rány, doporučuji užívat dlouhodobě.

S klientem probíráme možnost testování na infekční nemoci, obává se hepatitidy C, je si vědom svého dlouhodobého rizikového chování. Nejvíce se bojí pozitivitu HIV. Bavíme se o jeho rizikovém chování a pravděpodobnosti možné nákazy. (viz kapitola Testování na infekční nemoci). V testech vychází reaktivně hepatitida C, bez reakce jsou syfilis a HIV. Klient je s výsledkem smířený a celkem spokojený. Hepatitida C ho nepřekvapuje. Vypisuji mu doporučení na krevní odběry z plné krve do zařízení Remedis, které se specializuje na léčbu hepatitid. Klient váhá, jestli na odběry jít nebo ne. Bojí se léčby interferonem, slyšel o něm jen samé hrůzné historky. Příště nám dá vědět, jak se rozhodl. S přítelkyní hledají stále ubytovnu, zatím bydlí dále ve stanu. Mají konflikty s ostatními klienty, kteří bydlí opodál, řeší často krádeže a přepadení. Má již hodně naspěch, nečekal takové zdržení s převazem a navíc testováním. Bohužel se tak pořízení fotografie popáleniny nepodařilo.

Srpen

Klient v průběhu srpna dochází minimálně jednou týdně na převaz k sanitce, popřípadě využívá i jiné nízkoprahové služby tak, aby zajistil téměř dennodenní ošetření a kontrolu rány. Při každém setkání intervenujeme, aby navštívil odbornou ambulanci, vzhledem k rozsahu rány a omezeným možnostem ošetřování u nás. Klient ale odmítá. Rána byla dlouhodobě s mírnou sekrecí, někdy s přítomností hlenového povlaku. Rozměry rány zůstávají víceméně beze změny. Rána je u nás dlouhodobě ošetřována v režimu důkladného vyčištění, obkladu s roztokem Debricasanu. Dále překrytí rány mastným tylem nebo Inadine mřížkou. Jako poslední část silná vrstva mulového krytí a obvazu. Celou nohu potom ošetřujeme měsíčkovou mastí nebo promažeme Calcium panthotenicum, spíše preventivně. Ránu se daří nakonec udržet dlouhodobě bez známek infekce.

21. září (6 týdnů po úrazu)

Klient přichází po delší době na ošetření. Poslední záznam o kontaktu s klientem byl začátkem září. Vypadá hodně unaveně. Měli teď prý hodně starostí s bydlením.

Byli přepadeni ve stanu a okradeni o peníze a doklady. Taky se jim podařilo sehnat kvalitní pervitin, takže je už asi týden na nohách. Intervenujeme, aby včas nahlásil ztrátu dokladů policii a zažádal si o nové vydání občanky. Na to nemá zatím moc myšlenky, trápí ho hlavně bydlení a ta noha. Začala otékat a celkově působit bolest. Na odběry krve prý ke svému vlastnímu překvapení do Remedis prý došel, výsledky budou ale až za dlouho. Popálenina na pravém bérce – ránu si ošetřoval převážně sám, různými mastmi, nepamatuje si už přesně název, někde je našel. Místo sprchy v čisté vodě zvolil koupel v řece. Rána nebyla kryta žádným obvazovým materiálem, byla v kontaktu přímo s vrstvou kalhot, které byly znečištěné vytékajícím sekretem a přischlé ke spodině rány. Po uvolnění rány (odmočením tkaniny) je možné pozorovat otok, noha je zarudlá a teplá. Rána se od doby posledního setkání ale celkově o něco zmenšila, zejména v šířce rány je patrné zúžení. Objevila se ale menší otevřená ložiska v okolí rány. Jsou pokryta krustou, pod kterou se nachází hnis. V části rány blíže ke kotníku je tkáň nepravidelně zčernalá, okraje rány jsou výrazně seschlé, což je bariérou pro další hojení a uzavírání rány. Převážná část rány je vyplněna sytě červenou narůstající granulační tkání, která je snadno zranitelná a krvácí. Bylo by vhodné je chirurgicky odstranit, což není v našich podmínkách možné. Na ránu přikládám na 10 minut obložku z Debricasan roztoku. Postupně se uvolňují některé příškvary a krusty. Včetně černě zbarvených ložisek. Menší kožní ulcerace se po odmočení zbavují stroupku, následně je ošetřuji tamponem s Betadine roztokem. Pořizujeme první fotodokumentaci rány (Viz foto č. 1). Domlouváme se s klientem, že se bude snažit o ránu více pečovat, protože mu s tímto přístupem hrozí závažné zdravotní komplikace. Přislíbil, že nás bude navštěvovat častěji.

Září / říjen

Klient dále docházel poměrně pravidelně na převazy, minimálně jednou týdně. Rána se vyčistila, je bez známek infekce. Nová tkáň je ale velmi křehká, snadno krvácí. Je možné pozorovat růst epitelu. Do rány na mastný tyl jsme začali aplikovat pravidelně Flamigel, k podpoře růstu tkáně. Klient z něho není ale nadšený, rána mu příliš brzy prosakuje, není to pro něho komfortní. Často si obvaz s Flamigelem už večer sám odstraní, zatímco pokud je rána ošetřena roztokem Betadine vydrží mu i několik dnů. Jinak si na zranění nestěžuje, je zatížen nadále spíše sociálními

těžkostmi. Podařilo se jim s partnerkou domluvit ubytovnu, bydleli ale jen pár dní. Vyhodili je, protože se pohádali s majitelem. Jsou už oba z celé situace zoufalí. Pozván na Sokolskou, do stabilizačního programu k projednání jeho sociální situace. Zkusí se tam v týdnu zastavit. Má rovněž problémy s ÚP, ze kterého ho chtějí vyhodit. Klient se ale chce pokusit sám tyto věci vyřešit, pochválen a povzbuzen. S ošetřováním mu mnohdy pomáhá jeho partnerka, chválí si její péči. Mají teď možnost čisté sprchy, takže ránu pravidelně sprchuje. V době nepřítomnosti naší ambulance využívá jiná nízkoprahová zařízení, kde mu ránu ošetří.

12. října (9 týdnů po úrazu)

Popálenina dnes vypadá celkově hůře, už se nehojí tak rychle. Barva rány je jasně červená. Snadno krvácející. Okolí rány je výrazně seschlé a tvoří ostrou hranici mezi zdravou a poškozenou tkání, zabraňuje dalšímu procesu hojení (viz foto č. 2). Rozhodli jsme se nedávat již další gely na podporu růstu tkáně (Flamigel), protože ta začíná mírně přerůstat povrch okolní kůže. Volíme pouze Debricasan roztok na oplach a Inadine mřížku + krytí mulovým čtvercem. Znovu se s klientem bavíme o tom, že by bylo dobré zkusit navštívit ambulanci pro hojení chronických ran, protože u nás jsou možnosti léčby omezené. Souhlasí. Zkoušíme vyzvolat ambulance pro hojení chronických ran. Bohužel ve večerní době už se nepodařilo nikam dovolat. Předáváme klientovi kontakt na tyto ambulance. Slibuje, že se tam pokusí objednat a zjistit, zda nepotřebuje doporučení od PL nebo od nás. I my budeme zkoušet i nadále se dovolat. Klient je v ošetřování rány nyní spolehlivý, chodí pravidelně na převazy a stará se o nohu dobře. Pravidelně ránu sprchuje, myslím, že by byl spolupracující pacient.

26. října (11 týdnů po úrazu)

Klient dostal nedávno dopis z Remedis s pozvánkou na testy a případné nastavení léčby interferonem, má z toho trochu strach a hlavně se mu nechce řešit neurologii a interferon zároveň. Doporučila jsem mu příliš neotálet. Nabízíme asistenci. Novinkou je, že byl na magnetické rezonanci (MR). Výsledky by jeho neuroložka měla mít do týdne. Řeší s ní dlouhodobé bolesti v levé noze, které vystřelují ze zad až k palci. Nejhorší je to po ránu, má pocit že ho táhnou šlachy. Jako novinku nám

klient ukazuje odloučené nehty na všech prstech PDK, prý se to stalo během pár dnů. Neví, z čeho to mohlo nastat. Vypadá to dramaticky, byl na chirurgii, kde mu doporučili heřmánkové koupele. Ošetřujeme oplachem Debricasan roztokem a mastí Dermazulen. Mezi palcem a druhým prstem výrazný otlak, jemně krvácí, vkládáme čtvereček s Braunovidonem.

Klient se podivuje nad tím, že ho nebolí noha s popáleninou a ty odloučené nehty, necítí v ní dobře ani teplo a chlad.

Popálenina na PDK - rána je čistá, nepovleklá (viz foto č. 3). Vypadá celkově lépe nežli minule. Znovuobnoven proces hojení. Klient o ránu nyní vzorně pečuje. Drobné kožní defekty v okolí rány zůstávají ale stále nezhojeny, opět je z nich patrná mírná sekrece. Rána vyčištěna klasicky Debricasanem, dále aplikován mastný tyl, Braunovidon a krytí. Do okolí rány zinková mast. Celkově se klient cítí hodně unavený, během ošetření usínal. Nemají s partnerkou stále bydlení, i když se možná brzy zadaří. Šetří zatím finance na první nájem. Zkoušel volat do ambulance chronických ran, ale nepodařilo se. Potom už na to neměl peníze, čas nebo sílu. Mluvil také o vyšetření MR, kam ho odeslala jeho praktická lékařka. Prý to doktoři popletli a vyšetřili mu horní část těla a ne spodní. Čeká tedy na nový termín.

12. listopadu (14 týdnů od úrazu)

Klientovi se podařilo najít bydlení, má velikou radost. Jsou s partnerkou na ubytovně a majitel jim vyšel vstříc s platbou za nájemné. Užívají si nyní takového komfortu, nejsou na to zvyklí. Hodně teď spí a jí a dobíjejí baterky, dle svých slov. O nohu se klient stará na své poměry vzorně. Dokonce ji pravidelně dopřává heřmánkové koupele. Pravidelně chodí na převazy k nám pondělí - čtvrtek a v týdnu i do dalších nízkoprahových zařízení. Rána vypadá velmi pěkně (viz foto č. 4.), je čistá, bez sekrece nebo povlaku, znatelná granulující tkáň, došlo k výraznému zmenšení průměru rány, okolí rány je hodně suché, drobné defekty se pomalu hojí, zdá se, že jich je otevřených méně, nehty se také začínají hojit, postižené místo je již bez sekrece, nebolestivé. Otlak mezi prsty se zahojil. Klient prsty převázat nechtěl, protože si ráno nohu převazoval. Převazujeme pouze popáleninu – standardní obložka s Debricasanem, očištění + mastný tyl, Braunol roztok + krytí,

Klient má za tři týdny termín na nové vyšetření magnetickou rezonancí, do té doby musí čekat.

30. listopadu (16 týdnů po úrazu)

Rána je čistá, opět došlo k výraznému zhojení, zmenšení průměru. Okolí mírně zarudlé. (viz foto č. 5). Ošetřeno standardně Debricasanem, mastným tylem, okolí Zinková mast, Braunolem + krytí. Vydáváme klientovi další balení B - komplexu, o který si sám řekl, protože už vypotřeboval poslední balení. Pokračuje v pravidelném sprchování rány a koupelích v heřmánku. Skvělá zpráva je, že se mu podařilo objednat na příští týden do ambulance pro léčbu chronických ran, podle předběžných informací ho přijmou do péče. Má velkou radost, že překonal strach a věří, že se mu podaří zranění nohy již brzy zahojit. Děkuje nám za naši péči a dá nám vědět, jak se bude stav vyvíjet. Vystavujeme klientovi zprávu o průběhu ošetřování u nás a současně nastaveném režimu léčby.

Jinak řeší nyní ještě změnu obvodní lékařky, protože ta, ke které chodí, mu odmítá vypsát neschopenku na správném formuláři, který potřebuje pro ÚP. Hrozí mu tak, že bude muset opustit s partnerkou ubytovnu, protože ji nebudou schopni dále platit. Doporučujeme praktické lékaře z Moje Ambulance. Zvažoval také léčbu hepatitidy na klinice Remedis, je rozhodnutý ji v blízké době nastoupit.

Má ze sebe teď dobrý pocit, že dokázal pohnout s několika věcmi najednou. Chválíme a podporujeme!

6.1. Fotodokumentace hojení rány

Foto č. 1 (6 týdnů po úrazu)



- Zanedbána péče o ránu
- Okraje rány jsou vyschlé, tvrdé
- Tkáň je křehká, snadno krvácející
- Vytvořily se nové drobné hnisavé defekty v okolí rány
- Končetina je mírně oteklá a teplá

Obložky s Debricasan roztokem na 10 minut, uvolnění a očištění odumřelých částí, mastný tyl+ Betadine roztok, zinková mast do okolí, později aplikace přípravku Flamigel pro podporu granulace

Foto č. 2 (9 týdnů po úrazu)



- Výrazná tvorba granulační tkáně
- Seschlé okraje rány tvořící bariéru hojení, přestáváme na ránu aplikovat Flamigel

Foto č. 3 (11 týdnů po úrazu)



- Ošetřená granulující vyčištěná rána s vloženou částí mastného tylu a zinkovou mastí v okolí, pečlivé ošetření menších defektů, mulové čtverce s Betadine + krytí

Foto č. 4 (14 týdnů po úrazu)



- Rána čistá, výrazné zmenšení, bez sekrece a povlaku, patrný nárůst epitelizační tkáň
- Drobné defekty se pomalu hojí, na větší přikládán rovněž mastný tyl a mulový čtvereček s roztokem Betadine

Foto č. 5 (16 týdnů po úrazu)



- Klient se vzorně o nohu stará- heřmánkové koupele, pravidelné převazy
- Výrazné zmenšení rány, bez známek infekce, nárůst epitelizační tkáň, výrazně červené okraje rány, postupné hojení menších defektů
- Klient předán do péče ambulance chronických ran

DISKUSE

Nepodařilo se mi najít informace o dalších nízkoprahových službách využívajících mobilní ambulanci pro poskytování pomoci drogově závislým. V ČR však využívá mobilní ambulanci také armáda spásy při péči o osoby bez domova (Armáda spásy, nedatováno) a ve světě je relativně rozšířené využití ambulancí pro prevenci a vyšetření na HIV (ICF, 2008).

Uvědomuji si omezené možnosti naší pojízdné ambulance. Nedostatek sterilního obvazového materiálu, nástrojů, pomůcek a moderních obvazových materiálů nás však nelimitují v poskytování kvalitní základní zdravotní péče. I přes tyto nedostatky má tato služba své pozitivní výsledky a je službou velmi vytíženou. Je přínosem pro zdraví klientů a vede ke zlepšení kvality jejich života. Nedostatečnosti ve vybavení nahrazuje maximální angažovanost pracovníků, partnerský přístup ke klientům, respektování jejich práv a názorů, empatie a povzbuzení. V prostředí, kde se nemocný člověk cítí dobře a bezpečně, kde cítí, že nás jeho problémy zajímají a jsme mu oporou a impulsem pro start k možné změně svého životního stylu, se i těžké a komplikované případy hojí mnohdy s dobrým výsledkem, bez závažných komplikací nebo doživotních následků. Dobré slovo, které vychází z lásky k bližnímu má (nejen) pro naše klienty velkou moc a sílu, léčí a proměňuje člověka. Tento přístup, který se může na první pohled zdát patetický, je reálným dokladem fungování principů psychosomatiky (věda, která zkoumá vztah mezi tělesným stavem a emocionálními a psychickými složkami) a důležitou složkou naší práce.

ZÁVĚR

Komunita injekčních uživatelů drog je specifickou skupinou, která se potýká s řadou životních problémů. Bohužel institucionální systém služeb se často míjí s potřebami klientů a dosažitelnost péče je pro tuto komunitu obtížnou. Ta se tak stále více propadá do sociální exkluze, bez možnosti zlepšení své životní situace. Fungování neziskových organizací a nízkoprahových programů, které s touto skupinou obyvatel komplexně pracují, jsou potřebným a podstatným vyplněním chybějícího místa na poli státem poskytovaných zdravotně - sociálních služeb. Zdravotní sestra poskytující péči těmto lidem je důležitou osobou, která má možnost výrazně působit na život klienta v jeho běžném prostředí. Podílí se na prevenci vzniku onemocnění, zdárném průběhu léčby onemocnění již nastalých a eliminuje vznik možných zdravotních komplikací. Může zde uplatnit maximálním způsobem své ošetrovatelské vzdělání, které by nemělo ulpívat pouze na tělesné oblasti života klienta, ale na celistvém vnímání lidské bytosti se všemi jeho bio – psycho – sociálně - spirituálními součástmi. Tímto přispívá ke zdraví jedince, komunity a celé společnosti.

SOUHRN

Bakalářská práce popisuje specifika práce zdravotní sestry v primární péči v kontextu terénního programu zaměřeného na pomoc injekčním uživatelům drog. Popisuje otevřenou drogovou scénu v Praze, nejčastěji zneužívané látky a jejich účinky na organismus, shrnuje principy terénní práce, její specifika, prostředky, cíle a rizika. Konkrétně se věnuje práci neziskové organizace SANANIM, z. ú. a představuje její klíčový terénní program "Sanitka". V praktické části popisuje nejčastější zdravotní obtíže injekčních uživatelů drog a kazuistiku jednoho z klientů programu, dlouhodobého uživatele drog.

SUMMARY

The bachelor thesis describes the specifics of nursing work in primary care in the context of a field program aimed on helping injecting drug users. It describes the open drug scene in Prague, the most commonly used substances and their effects on the organism, summarizes the principles of field work, its specifics, means, objectives and risks. In particular, the thesis is focused on the work of the non-profit organization SANANIM, z. ú. and presents its key field program "Sanitka". The practical part describes the most common health problems of injecting drug users and the case report of one of the clients of the program, a long-time drug user.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARMÁDA SPÁSY. Terénní SOS auto [online]. Praha: Armáda spásy, nedatováno [cit. 2.5.2018]. Dostupnost z: <<http://armadaspasy.cz/pomahame-vam/zdravotni-pece/terenni-sos-auto/>>

BODENHEIMER, T and BAUER, L. Rethinking the Primary Care Workforce — An Expanded Role for Nurses. *New England Journal of Medicine*, 2016, vol. 375, no. 11, p. 115-117.

ČAS: Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. [on-line]. Praha: Česká asociace sester, 2000 [cit. 2.5.2018]. Dostupnost z: <http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf>

ČELEDOVÁ, L.: Primární péče – postavení a úloha v systému zdravotní péče ČR. [on-line]. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1998 [cit. 2.5.2018]. Dostupnost z: <<http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=59>>

DOLANSKÁ, P., KORČIŠOVÁ, B., MRAVČÍK, M. Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2004. 25 s. ISBN 80-86734-16-1.

DROP IN. Terénní program sociálních asistentů – Streetwork [on-line]. Praha: Středisko prevence a léčby drogových závislostí Drop In o.p.s., 2018 [cit. 2. 5. 2018]. Dostupnost z: <<http://www.dropin.cz/2015/06/terenni-program-3/>>

FREUDENBERGER, H. J. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 1974, vol. 30, no. 1, p. 159-165.

FREUND, T. et al. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the health care professionals in the primary care teams across the world? *International Journal of Nursing Studies*, 2015, vol. 52, no. 3, p. 727-743.

HERZOG, A. et al. Pojmosloví nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM) [online]. Praha: Streetwork.cz, oborový portál o nízkoprahových sociálních službách a zařízeních, 2006 [cit. 2.5.2018]. Dostupnost z: <<http://www.streetwork.cz/content/view/202/145/>>

HERZOG, A. Harm reduction se vyplatí! In *Snižování škod a drogy* (sborník z konference). Praha: SANANIM, 2016, s. 9-17. ISBN 978-80-904536-9-2.

HERZOG, A. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež. Sborník z konference “Práce s neorganizovanými dětmi a mládeží“, Praha, 21. – 22. května 2003. *Éthum*, 2003, vol 2003, no. 39, p. 152.

ICF. Annual Report International HIV/AIDS 2007 Alliance in Ukraine. Kyjev: International Charitable Foundation “International HIV/AIDS Alliance in Ukraine”, 2008 [cit. 3.5.2018]. Dostupnost z: <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/report2007_en.pdf>

ICN. Declaration of Alma-Ata. [on-line]. Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, 1978 [cit. 2.5.2018]. Dostupnost z: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>

ICN. Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Primary Health Care. [on-line]. Geneva: International Council of Nurses, 2008 [cit. 2.5.2018]. Dostupnost z: <<http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2008.pdf>>

ICN. *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses, 2012, 10 s. ISBN 978-92-95094-95-6.

IHRA. What is harm reduction? A position statement from Harm Reduction International. [online]. Londýn: Harm Reduction International, 2010 [cit. 2.5.2018]. Dostupnost z: <https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_Czech.pdf>

KALINA, K et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.

KALINA, K et al. Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. [online]. Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003. [cit. 10.5.2018]. Dostupnost z: <<http://www.cekas.cz/category/hlavni-nabidka/certifikace-rvkpp/dokumenty-pro-proces-certifikaci>>

KALINA, K. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. 118 s. ISBN 80-238-8014-4.

- KALINA, K. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In KALINA, K. et al, *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 164-168. ISBN 80-86734-05-6.
- KLÍMA, P. Čím a jak se odlišují nízkoprahové služby od standardních? In JEDLIČKA, R. et al. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Themis, 2004. 384 s. ISBN 80-7312-038-0.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást pomáhající profese*. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
- KUDRLE, S. Závislost jako spirituální učitel? [online]. Nedatováno [cit. 2.5.2018]. Dostupnost z: <<http://www.adiktologie.cz/download/645/Zavislost-jako-spiritualniucitel-S.Kudrle.pdf>>
- LAURANT, M. et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, no. 2, CD001271.
- MAGDALÉNA. Naše cíle [on-line]. Včelník: Magdaléna o.p.s., 2018 [cit. 2. 5. 2018]. Dostupnost z: <<http://www.magdalena-ops.eu/cz/slu%C5%BEby-pro-z%C3%A1visl%C3%A9/ter%C3%A9nn%C3%AD-a-kontaktn%C3%AD-slu%C5%BEby/ter%C3%A9nn%C3%AD-programy>>
- MINAŘÍK, J. Rozdělení a účinky návykových látek: Stimulancia. In KALINA, K. et al, *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 164-168. ISBN 80-86734-05-6.
- MINAŘÍK, J., HOBSTOVÁ, J. Somatické komplikace a komorbidita 2 – Infekční hepatitidy a AIDS. In KALINA, K. et al, *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 164-168. ISBN 80-86734-05-6.
- MRAVČÍK, V., NEČAS, V. Somatická komorbidita uživatelů drog. *Zaostřeno na drogy*, 2014, vol. 12, no. 4, p. 1-20.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2003. 152 s. ISBN 80-7178-831-7.
- NMS. Léčba virové hepatitidy typu C u injekčních uživatelů drog. [online]. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015 [cit. 25.4.2018]. Dostupnost z: <https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/20748/679/Z3.pdf>

NMS. Opiáty [online]. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2014 [cit. 2. 5. 2018]. Dostupnost z: <http://txt.www.drogy-info.cz/index.php/drogova_situace/illegalni_drogy/opiaty/fentanyl_umely_heroin>

PROCHÁZKOVÁ, L., KLOUČEK, E. Otevřená drogová scéna v hl. městě Praze – systémové řešení nebo obvyklý militantní amatérismus. [on-line]. AT Konference, Český adiktologický institut, 2011 [cit. 2. 5. 2018]. Dostupnost z: <<http://www.at-konference.cz/archiv/2011-2/>>

SANANIM a. Kokain [online]. Praha: Drogová poradna SANANIM, nedatováno [cit. 2. 5. 2018]. Dostupnost z: <<http://www.drogovaporadna.cz/stimulacni-drogy/kokain.html>>

SANANIM b. Opiáty [online]. Praha: Drogová poradna SANANIM, nedatováno [cit. 2.5.2018]. Dostupnost z: <<http://www.drogovaporadna.cz/opiaty.html>>

SANANIM c. Naše cíle [on-line]. Praha: Drogová poradna SANANIM, nedatováno [cit. 2. 5. 2018]. Dostupnost z: <[http://www.sananim.cz/kontaktნი-centrum-\(kc\)/nase-cile.html](http://www.sananim.cz/kontaktნი-centrum-(kc)/nase-cile.html)>

SANANIM d. Terénní programy [online]. Praha: SANANIM, nedatováno [cit. 2.5.2018]. Dostupnost z: <[http://www.sananim.cz/terenni-programy-\(tp\).html](http://www.sananim.cz/terenni-programy-(tp).html)>

SANANIM. Oznámení pro občany Prahy 1 a Prahy 5 [online]. Praha: SANANIM, 2010 [cit. 2.5.2018]. Dostupnost z: <<http://sananim.cz/aktuality/19/oznameni-pro-obcany-prahy-1-a-prahy-5.html?pg=23&pg=22>>

SANANIM. Výroční zpráva za rok 2017. Praha: Drogová poradna SANANIM, 2018. Dosud nepublikováno, předpokládaná dostupnost z: <<http://www.sananim.cz/ke-stazeni/vyrocní-zpravy.html>>

SCHAVEL, M. Sociálna prevencia, teória a prax. Liptovský Ján: Prohu s.r.o., 2016.267 s. ISBN: 978-80-89-535217.

SPŮROVÁ, N. Mapování a metodika zvládnání somatických komplikací injekčních uživatelů drog. Diplomová práce [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2013. 123 s. [cit. 30.4.2018]. Dostupnost z: <<https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/60643>>

ŠALLAIOVÁ, M. Komunita. [online]. Praha: WikiKnihovna., 2012 [cit. 8.5.2018]. Dostupnost z: <<http://wiki.knihovna.cz/index.php/Komunita>>

VOJTÍŠKOVÁ, J. Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*, 2006, vol. 2006, no. 2: p. 94–96.

VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada, 2004. 340 s. ISBN 978-80-247-0723-5.

WHO: Declaration of Alma-Ata. [on-line]. Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, 1978 [cit. 2. 5. 2018]. Dostupnost z: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>

SEZNAM OBRÁZKŮ a TABULEK

Tab. 1. Účinky opiátů na organismus.....	26
Tab. 2. Přehled výkonů TP SANANIM v letech 2011 -2016.....	38
Tab. 3. Zjednodušený přehled výkonů Projektu Sanitka (Vrchlického sady)....	40
Tab. 4. Přehled testování infekčních chorob v Projektu Sanitka v roce 2017...	40
Tab. 5. Přehled nejčastějších infekcí u IUD.....	54
Tab. 6. Zdravotní obtíže uživatelů drog.....	57
Foto č. 1. Popálenina 6 týdnů po úrazu	67
Foto č. 2. Popálenina 9 týdnů po úrazu.....	68
Foto č. 3. Popálenina 11 týdnů po úrazu.....	68
Foto č. 4. Popálenina 14 týdnů po úrazu.....	69
Foto č. 5. Popálenina 16 týdnů po úrazu.....	69

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Sanitka, mobilní ambulance.....	80
Příloha č. 2: Sanitka, interiér - místo pro klienta, pracovní stolek.....	80
Příloha č. 3: Sanitka, interiér - pracovní nástroje, uložení obvazového materiálu.....	81
Příloha č. 4: Sanitka, interiér - uložení obvazového materiálu, dokumentace	81
Příloha č. 5: Sanitka, interiér - dřez pro desinfekci nástrojů a hygienu rukou.....	81

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Sanitka, mobilní ambulance



Příloha č. 2: Sanitka, interiér - místo pro klienta, pracovní stůlek



Příloha č. 3: Sanitka, interiér - pracovní nástroje, uložení obvazového materiálu



Příloha č. 4: Sanitka, interiér - uložení obvazového materiálu, dokumentace



Příloha č. 5: Sanitka, interiér - dřez pro desinfekci nástrojů a hygienu rukou

