



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Služby harm reduction v České republice a zahraničí

Vypracovala: Šárka Tovt

Vedoucí práce: PhDr. Alena Kajanová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Bakalářská práce na téma Služby harm reduction v České republice a zahraničí je zaměřena na metody snižování rizik u drogově závislých. Zabývá se popisem jednotlivých služeb nabízených v České republice, Velké Británii, Spojených států amerických a v Ruské federaci. V bakalářské práci je vysvětlen pojem harm reduction, jeho principy, strategie a postoje. Současně se zabývám pojmem prevence a droga, který neodmyslitelně patří k součásti harm reduction.

Práce je vedena jako teoretická s cílem porovnat služby nabízející metody snižování rizik napříč různými státy. Popisuje jednotlivé služby jako například výměna injekčního materiálu, testování na přítomnost pohlavních chorob, distribuce kondomů a další možnosti snižování rizik v prostředí drogové scény. V České republice probíhají tyto služby nejčastěji v prostorech kontaktních center, kde se sociální pracovníci starají o klienty s drogovou závislostí, kteří momentálně nemohou nebo nechtějí abstinovat nebo v jejich přirozeném prostředí v rámci terénních služeb.

V rámci této práce jsem se snažila zohlednit poznatky z působení v Kontaktním centru Prevent, o.s., Kontaktním centru Kotec, o.s., Doléčovacím zařízení Prevent,o.s. a Adiktologické poradny Prevent, o.s.

Klíčová slova: Harm Reduction, terciární drogová prevence, drogová závislost, uživatel drog, terénní sociální práce

Abstract

Bachelor thesis on Harm reduction services in the Czech Republic and abroad theme is focused on methods to reduce the risk of drug addicts. It deals with the description of the various services offered in the Czech Republic, Great Britain, United States of America and the Russian Federation. In the thesis explains the concept of harm reduction, principles, strategies and attitudes. I deal with the concept of prevention and drugs that are inherent to components of harm reduction.

The work is led by a theoretical order to compare services offering methods to reduce risk across the different countries. Describes various services such as needle and syringe exchange, testing for STDs , condom distribution and other ways to reduce risks in the drug scene. In the Czech Republic these services take place most often in areas of contact centers, where social workers caring for clients with drug addictions who are currently unable or unwilling to abstain or in their natural environment by the outreach services.

In this work, I tried to take into account the findings of work in the KC Prevent , o.s. , KC Kotec, o.s. , Doléčovací zařízení Prevent , o.s. , Adiktologická poradna Prevent , o.s.

Keywords : Harm Reduction, tertiary prevention , drug addiction, drug user , social work

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5.5.2014

.....

Šárka Tovt

Poděkování

Děkuji PhDr. Aleně Kajanové, Ph.D. za vedení své bakalářské práce, za cenné rady, trpělivost a čas, který mi věnovala v rámci konzultací. Ráda bych také poděkovala své rodině za podporu při zpracovávání mé bakalářské práce, ale i během celého studia.

Obsah

Úvod

1 Cíl práce	8
2 Metodika	9
3 Vymezení pojmů	11
4 Harm reduction	14
4.1 Úvod	14
4.2 Historie harm reduction	15
4.3 Principy a cíle harm reduction	16
4.4 Protidrogová politika a harm reduction	17
5 Systém péče zaměřený na harm reduction v České republice	17
5.1 Současný stav	17
5.2 Služby poskytované v rámci harm reduction	18
5.2.1. Výměnný program	18
5.2.2. Výdejní automaty na harm reduction materiál	19
5.2.3. Testování infekcí	20
5.2.4. Poradenství v rámci harm reduction	21
5.2.5. Substituční léčba	22
5.2.6. Harm reduction v prostředí zábavy	24
5.3 Zařízení v České republice poskytující harm reduction	25
6 Systém péče ve Spojených státech amerických	29
6.1. Úvod	29
6.2 Výměnný program	30
6.3 Substituční léčba	32
6.4 Druhy léčby	32
7 Systém péče ve Spojeném království	33
7.1 Úvod	33
7.2 Výměnný program	34

7.3 Substituční léčba	36
8 Ruská federace	37
8.1. Úvod.....	37
8.2. Výměnný program.....	39
8.3 Substituční léčba	39
8.4. Druhy léčby	40
9 Diskuze	42
10 Závěr	45
11 Seznam použité literatury	48

Úvod

Drogová závislost – pojem, který se objevuje v rámci téměř každého státu. Je to globální, celospolečenský problém. Nelze před ním zavírat oči, čím více se otáčíme k osobám drogově závislým zády, tím více se nás dotknou celoplošně rizika zdravotní a sociální.

Se zvyšující se dostupností drog se zvyšuje i jejich užívání, a právě na užívání drog je zaměřen přístup harm reduction. Tento přístup se snaží rizika užívání drog minimalizovat. Nevnučuje se tedy postojem k nutnému vyléčení, nýbrž funguje jako pomocník osobám, které nemohou či nechtějí podstoupit úplnou abstinenci od drog, ale zároveň potřebují zajistit jejich bezpečné užívání.

Prostřednictvím uplatňování přístupu harm reduction fungují v rámci adiktologických služeb různé nástroje snižování rizik. V České republice působí jako zprostředkovatelé principu harm reduction nízkoprahová kontaktní centra a terénní programy.

Princip harm reduction je významnou součástí protidrogové politiky ve většině zemí. Jednotlivé státy mají protidrogovou politiku víceméně založenou na stejné podstatě, tedy represí v podobě protidrogových opatření. Jednotlivé služby harm reduction se ale mohou odlišovat.

Zaměřila jsem se na Spojené státy americké, Velkou Británii, Českou republiku a Rusko. Západní země jsem si vybrala pro jejich dlouholetou historii ohledně problematiky harm reduction, Českou republiku jako svou rodnou zemi ve které žiji a ve které jsem měla možnost díky praxi poznat fungování služeb v rámci drogové problematiky. Rusko, největší země světa, která je teprve na vzestupu v opatření snižování rizik a z uvedených zemí patří mezi nejslabší ohledně zmíněné problematiky.

1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce bylo analyzovat intervence v oblasti harm reduction v České republice a předem zvolených zemích, zmapovat jejich úroveň a odlišnosti a v závěru zhodnotit jejich poskytované služby.

2 Metodika

Teoretická práce byla zpracována dvojí formou dle zvolené země. V rámci studia České republiky proběhla komparace zdrojů v českém jazyce zejména z knižních publikací, článků, výzkumných zpráv.

Zahraniční země, v tomto případě se jedná o Spojené státy americké, Spojené království a Ruskou federaci, byly zpracovány taktéž z výzkumných studií, přehledových studií, článků, knih v internetových formách.

Jazyk byl ve většině případů volen anglický, v menší míře jazyk ruský a německý.

Specifické zdroje zahraničních publikací byly vyhledávány prostřednictvím klíčových hesel jako harm reduction, needle and syringe exchange program, substitution treatment, drug abuse, drug paraphernalia, drug equipment.

Zpracování proběhlo v primární fázi přípravou podkladů a v rámci sekundární fáze proběhla vlastní analýza.

Příprava podkladů se uskutečnila v rámci tradičních knihovnických služeb a z elektronických databází. V první řadě se jednalo o obecně koncipované databáze (Web of Science, EBSCO, ScienceDirect), dále o specializované databáze pro medicínu (Medline, PubMed), o databázi Scopus, o vyhledávače Google Scholar a Google.

Základní kritéria pro zařazení do bakalářské práce byly zdroje od období 1990 do současnosti, výše jmenované jazyky a uvedená základní hesla.

Země/druh dokumentu	Počet
Česká republika	CELKOVÝ-25
Monografie	8
Příspěvek na webu	9
Periodikum	2
-články	6
Odborná studie	2
Spojené státy americké	CELKOVÝ-11
Příspěvek na webu	8
Periodikum	2
-Články	2
Výzkumná zpráva	1
Spojené království	CELKOVÝ-14

Příspěvek na webu	11
Periodikum	1
-články	3
Ruská federace	CELKOVÝ-12
Příspěvek na webu	6
Periodikum	5
-články	6

3 Vymezení pojmů

Droga

Dle definice WHO se vyznačuje charakteristikou jakékoliv látky vpravené do těla za účelem změny jedné nebo více funkcí organismu. Droga má mnoho významů. V medicíně se jedná o látku, která má potenciál léčit nebo vyléčit nemoc. Ve farmakoterapii jsou to všechny látky, které mohou měnit

biochemické a fyziologické procesy tkání a organismů. V běžné terminologii se jedná o psychoaktivní látku, užívanou nelegálně a bez lékařského předpisu (1).

Drogová závislost

Závislost neboli náruživost, je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů charakterizované silnou touhou užití látky, tendencí k zvyšování dávek, nepříjemnými pocity při vysazení látky (2).

Světová zdravotnická organizace definuje drogovou závislost jako psychický, někdy i fyzický stav provázený změnou chování s nutkáním užívat látku opakovaně pro její schopnost změny psychického vnímání.

Důsledky závislosti

1. Somatické komplikace

Život drogově závislých, zejména způsob života vede k různým somatickým onemocněním infekční i neinfekční povahy. Infekční choroby vyplývají často ze specifického chování uživatelů, například:

- Používání nesterilního injekčního náčiní a dalších pomůcek souvisejících s aplikací drogy.
- Nízká hygiena jako velmi častý důsledek života osob bez přístřeší.
- Sexuální promiskuita, která je ve většině případů prostředek pro získání peněz na opatření si drogy.

Nechť závislého navštívit zdravotnické instituce problém prohlubuje, často zvyšuje dávky, aby nepocíťoval větší bolest. V důsledku se zdravotní komplikace zvětšují a vyvolávají mnohem horší následky.

Nejčastější komplikací u těchto osob bývá bakteriální infekce či různé orgánové nebo systémové poškození.

Bakteriální infekce dělíme na povrchové, přičemž nejčastěji sledujeme různé kožní infekce jako abscesy a flegmóny. Invazivní infekce je taková, která proniká do cévního řečiště a doslova „roznáší“ bakterie po celém těle. V současné době je v tomto ohledu velmi diskutovaný problém infekční endokarditidy (5), kterou onemocní téměř každý 20. uživatel drog. Rozšířená začala být až v poslední době, kdy vzniká nárůst uživatelů, kteří si aplikují látky obsahující pevné částice (jedná se zejména o rozpouštění tablet Rivotrilu, Subutexu, Vendalu atd.) (6).

Virové hepatitidy jsou další velmi častá onemocnění, zejména typ A, kdy hlavním přenosem je nedostatečná hygiena rukou, což velmi koreluje s životem bez přístřeší nebo v různých squatech či jiných způsobech pobytu. Hepatitida B a C se přenáší krví a tělními tekutinami, tzn. u uživatelů drog sdílením injekčního náčiní a sexuálním stykem. Proti typu A a B existuje očkovací látka, proti poslednímu typu nikoliv (5).

Dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog pro rok 2012 je v České republice relativně příznivá situace ohledně rozšíření infekcí.

V roce 2012 bylo v České republice 518 osob nakažených virem žloutenky typu C, 50 osob žloutenky typu B a 5 osob nakažených virem HIV, jedná se vždy o injekční uživatele drog (8).

2. Sociální důsledky

Sociální důsledky se týkají zejména rodinných problémů, drogová závislost narušuje interpersonální vztahy převážně v této primární sociální skupině. Vlivem špatné situace v rodině dochází často k odchodu z rodiny, čímž se může spustit další problém- osoby závislé zůstanou bez přístřeší.

Pro obstarání si obživy a zejména prostředků k „živení“ své závislosti je mnohdy jediná možnost kriminální činnost, kdy dochází ke krádežím, nejčastěji v obchodech. Vysoká míra kriminální činnosti je u uživatelů velmi běžná.

Nezaměstnanost je též velmi zhusta objevující se záležitost u drogově závislých osob, podepisuje se na ní zejména špatný zdravotní stav, neschopnost abstinovat a tím se podílet na běžných činnostech, nutnost každodenního shánění drogy.

Prevence v oblasti drogových závislostí

Prevence v oblasti zneužívání drogových látek je cíleně vedená intervence, sloužící k předcházení užívání látek, snížení výskytu či zmenšení rizik vznikajících během rizikového chování.

Prevence je rozdělena na 3 druhy:

- primární
- sekundární
- terciární

Primární prevencí se rozumí takové jednání, které zabraňuje užití drog u osob, které nemají prozatím žádnou zkušenost s užitím drogy.

Sekundární prevence funguje na bázi předcházení vzniku závislosti u osob, které již nějakou drogu užívají.

Terciární prevence vztahuje svá opatření na osoby závislé, kterým pomáhá přecházet vážnému zdravotnímu či sociálnímu poškození. Do terciární prevence patří zejména snižování rizik poškození, odborně zvané harm reduction (3).

4 Harm reduction

4.1 Úvod

Harm reduction je termín, který označuje koncepce, programy a činnosti směřující k snížení škod které souvisejí s užitím psychoaktivních látek. Zaměřuje se tedy na klientelu drogově závislých osob, která v užívání nechce nebo nemůže přestat, tzn. přístup, který nutně netlačí osoby k razantní změně svého chování (4).

Přístup je součástí strategie ochrany veřejného zdraví, který se vyvíjel nikoliv jako odpověď na vzrůstající epidemii užívání drog, ale jako nutná součást řešení problému přenosu infekčních nemocí, zejména AIDS a hepatitid B a C. Přenos probíhal ve zvýšené míře u uživatelů s preferovanou metodou injekční aplikace drog, proto se odvinula nutnost výměnného programu jehel, distribuce kondomů, testováním na přenosné choroby. Public health je zaměřen celoplošně, nikoliv na individualitu problémového jedince.

Harm reduction se nesnaží působit represivním přístupem k uživatelům drog ani k drogám samotným, snaží se přistupovat ke klientům tak, aby jejich užívání bylo co nejméně negativní ve smyslu poškození těmito látkami. Vychází z potřeb klienta, on sám si určuje, jak a kde má být léčen, do jaké míry se chce sám podílet na svém zdraví (5).

Přístup často vyvolává bouřlivé reakce v oblastech laické veřejnosti. Dle mého názoru je to především pro neinformovanost společnosti ohledně efektivity těchto opatření. Současné studie uvádí, že v zemích kde například není funkční výměnný program, výrazně vzrostl počet osob nakažených virem HIV.

4.2 Historie harm reduction

Tato metoda se začala objevovat ve Spojených státech amerických v 2. polovině 20. století. Vznikla jako nutná odpověď na zvýšené šíření AIDS v důsledku intravenózní aplikace drog.

Již v roce 1920 se v Británii objevily první názory britských lékařů, že v některých případech je vhodné a žádoucí udržovat u osob drogově závislých určité zdravotní standardy a pomoci jim tímto vést lepší život.

Okolo roku 1980 v městě Merseyside v Británii vznikl, v reakci na drogovou epidemii (zejména užívání heroinu), unikátní model snižování rizik poškození. Oproti předchozím pokusům byl zaměřen na snižování následků než na běžné trestání uživatelů. Vznikl tak výměnný servis injekčního náčiní, předepisování metadonu a dokonce v ojedinělých případech i heroinu.

Začátek 90. let byl průkopnický také pro Holandsko, vznikl tam první výměnný program na území, realizovaný v rámci tzv. „Junkie Union“, což byla organizace s cílem bojovat v zájmu uživatelů drog a pomáhat jim ve složitých životních situacích (5).

V roce 1985 proběhlo ve světě první testování na virus HIV, které ukázalo šokující výsledky ohledně infekčnosti v různých městech Evropy. Například v Edinburghu bylo podle studií nakaženo až 50% injekčních uživatelů drog virem HIV, Miláno uvádělo počet nakažených v 60 % zastoupení.

Rok poté zavedla výměnu jehel Velká Británie, Dánsko, Španělsko a Švédsko. V roce 1990 se výměna týkala celkem 14 zemí (Evropa), z toho 12 bylo financováno z veřejných prostředků. Již v této době pracovali některé země s méně rozšířenými možnostmi výměnného programu, například s výdejními automaty na sterilní injekční náčiní.

V souhrnu lze tedy říct, že výměna jehel začala v letech 1980-1990 ve většině částí Severní Ameriky, následována Evropou.

4.3 Principy a cíle harm reduction

1. Abstinence- je považována za ideální stav, ale akceptovaný stav je i ten, kdy pracujeme s neabstinujícím klientem. V tomto případě se pragmatičností rozumí to, že nepočítáme pouze s ideální variantou, tedy abstinencí. Ve většině případu nelze úplně odstranit riziko poškození při užití drogy, lze jej pouze snížit a to účelně vynaloženými prostředky a metodami, kterými vedeme klienta k zodpovědnosti za sebe samotného a především za své zdraví. Tímto postupně snižujeme míru rizikovosti užívání drogy. Harm reduction abstinenci nevnučuje jako mnohé programy (označované jako vysokoprahé, čili téměř nedosažitelné pro určitý druh (klientů)).
2. Nízkoprahovost- znamená práci s klientem „tady a teď“, čili práci s klientem v konkrétním momentě a stavu, ve kterém se momentálně nachází a při podmínkách které jsou předem dohodnuté. Situace se řeší hned teď, bez odkladu a s individuální péčí pracovníka. V programech cílených na harm reduction často nedochází k identifikaci klienta (uživatel je identifikován pomocí kódů, zpravidla to bývá kombinace jména matky + datum narození klienta), služby bývají anonymní. Tyto charakteristiky bývají velmi ceněné ze stran klientů (5).
3. Priorita okamžitých cílů- zavádí hierarchii dosažitelných kroků, které postupně jeden po druhém pomáhají vést lepší a zdravější život pro uživatele drog
4. Angažovanost uživatelů drog- v oblasti harm reduction tvoří „srdce“ aktivní zapojení uživatelů, kteří jsou považováni za nejlepší zdroj informací ohledně drog a věcí v přímé i nepřímé souvislosti s nimi (7).

Cíle:

- U intravenózních uživatelů nutnost odstranění opakovaného použití náčiní k aplikaci drog.
 - Vést uživatele k nahrazení rizikovější aplikace tou méně rizikovou (např. místo intravenózního užívání pervitinu nasální užívání).
 - Podávání informací uživatelům- například s aplikací drogy nebo o bezpečnějším sexu.
 - Minimalizace rizika somatického a psychického postižení (zejména předávkování, infekční nemoci).
 - Snížení rizik souvisejících se sociální situací závislého (nezaměstnanost, problémy v rodině, trestná činnost).
- Adresné poskytování služeb- kombinovat a poskytovat služby s potřebami uživatelů a místními podmínkami (např. terénní programy, testování, základní zdravotní péče).

4.4 Protidrogová politika a harm reduction

Protidrogová politika je komplexní soubor preventivních, léčebných a sociálních opatření s cílem snížit užívání drog anebo škod spojených s užíváním těchto látek (9).

V České republice je harm reduction v poli politickém zakomponován v dokumentu Strategie protidrogové politiky, který uvádí snižování rizik jako jeden ze základních pilířů.

Na poli mezinárodním je strategie harm reduction formulována v Úmluvách OSN z roku 1991 jako součást terciární prevence.

Celosvětově je kladen důraz na tzv. vyvážený přístup mezi snižováním nabídky a poptávky a současně i rizik spojených s užíváním. Základní modely protidrogové politiky vyváženého přístupu mohou být různé:

- Model prohibice a represe- snaha o potlačení užívání všech nelegálních drog.
- Model minimalizace škod- snaha o předcházení škod vzniklých s užíváním drog.
- Model ochrany veřejného zdraví- s cílem omezit škodlivé jevy ve smyslu zdravotního poškození v populaci. Jedná se o specifickou podobu minimalizace škod (3).

5 Systém péče zaměřený na harm reduction v České republice

5.1 Současný stav

V roce 2012 bylo v České republice zhruba 41,3 tisíc problémových uživatelů drog (tedy těch osob, které užívají dlouhodobě či opakovaně popř. injekčně heroin, kokain, amfetamin, pervitin).

Mezi nejčastější nelátkové drogy užívané v České republice řadíme marihuanu, následovanou extází a pervitinem. Konzumace heroínu postupně klesá.

Vysoká konzumace v České populaci je též při užívání alkoholu, zejména rizikové užívání se týká 17 % uživatelů.

Hlavní zdroj prostředků pro financování léčby plyne ze zdravotního pojištění, v roce 2011 tyto náklady dosahovaly 1593 mil. Kč.

5.2 Služby poskytované v rámci harm reduction

5.2.1. Výměnný program

Výměna stříkaček a jehel je služba poskytovaná uživatelům užívající drogy intravenózně s cílem předejít šíření infekčních nemocí, ke kterému velmi často dochází vlivem sdílení náčiní k aplikaci drog. Trend podílu sdílení dlouhodobě klesá, např. u uživatelů žádajících o léčbu uvedlo sdílení v roce 2012 30,5 % žadatelů.

Tento program funguje na principu výměny, tzn. klient, který přinese jehly, dostane i stejný počet nazpět. V ojedinělých případech kdy nepřinese žádné použité jehly, dostává pouze omezený počet (většinou se jedná o 2 jehly)- tento postup sice není v souladu s přístupem harm reduction, bohužel ale bývá vynucený politickými tlaky.

Použité jehly a stříkačky klienti vhazují při výměně do kontejnerů k tomu určených, které jsou bezpečně likvidovány jako infekční materiál firmou, která k tomuto vlastní oprávnění. Pracovník účastnící se výměny by neměl přijít do přímého styku s injekčním náčiním, je proto nutné opravdu striktně dodržovat bezpečnost práce.

Výměna jehel a stříkaček je primární úlohou harm reduction. Pro účel efektivnosti je důležitý indikátor návratnosti, tedy poměr mezi výdejem a příjmem jehel. Tento poměr by měl být ideálně víc než 100 % (připočítané by měli být i jehly vydané např. z lékáren).

Z vlastní zkušenosti z praxe znám přístup, kdy základní jehly, resp. ty nejlevnější jsou distribuovány bezplatně a klient má možnost si připlatit „nadstandard“ čili lepší jehly (většinou se jednalo o jehly od výrobce Braun).

Výměnný program probíhá v rámci nízkoprahových kontaktních center a terénních programů. V roce 2012 tento program na území České republiky nabízelo 103 různých programů a bylo vydáno celkem 5,4 mil. kusů injekčního materiálu (8).

Společně s výměnou dostává klient další harm reduction materiál používaný k aplikaci. Mohou to být například velmi důležité **dezinfekční polštářky**, které slouží k očištění místa vpichu před aplikací a zabránění vniknutí infekce (jedná se spíše o bakteriální infekce, například virus HIV nezastaví). Tyto polštářky jsou účinné zejména při boji proti různým typům abscesů či flegmón.

Většina organizací v České republice distribuuje svým klientům **vodičky** určené k ředění drogy. Tyto vodičky jsou sterilní, slouží k rozpuštění léčiv a dodání ve formě injekce do těla. Klienti si léčivé látky nahradí drogou a aplikují (10).

Součástí standardní nabídky bývají i **bavlněné filtry** používané k filtraci látky vpravené do stříkačky a následně do těla. Fungují tak, že oddělují částice pevných látek vzniklé nedostatečným naředěním drogy, tyto částice se zastaví při natahování látky do bavlněného filtru.

Želatinové kapsle jsou nejmladší novinkou podávanou klientům. Jedná se o kapsle určené pro aplikaci drogy orálně. Vhodné jsou pro klienty, které nemohou nebo nechtějí aplikaci drogy použít intravenózně nebo nasálně. Tím, že se kapsle rozpustí v žaludku, nedochází k poškození žilního systému, popřípadě sliznice. Tento způsob aplikace je samozřejmě méně rizikový než např. intravenózní, nicméně klienti tuto možnost využívají spíše méně, často uvádějí jako negativum pomalejší nástup účinkování drogy.

Stericup®, neboli „**pánvička**“ je malý kalíšek určený k přípravě, čili rozdělení drogy. Nahrazuje často a zejména opakovaně používané lžičky, na kterých si klient míchá drogu (11).

V současné době se na území České republiky nenachází **výměnný program použitého náčiní ve vězení**. Skutečnost, že Česká republika zaostává ohledně řešení tohoto problému, dává možnosti rozvinutí tzv. skryté drogové scény a z toho plynou i důsledky, zejména rozšíření infekčních chorob u této skupiny. Nutno podotknout že tento typ snižování rizik je prozatím velmi málo používaný

3.2.2. Výdejní automaty na harm reduction materiál

První automat na harm reduction materiál byl na území České republiky otevřen v roce 2008 jako pilotní projekt NON STOP 24 občanského sdružení Progressive v Praze, fungoval 5 měsíců. V současnosti se výdejní automaty nachází v Plzni, Kolíně, Strakonících a dvakrát v Praze (12).

Tyto automaty slouží k doplnění funkce výměnného programu. Je vhodný pro ty skupiny uživatelů, kteří nejsou v kontaktu se stávajícími službami z různých důvodů, např. identifikace ze strany ostatních uživatelů či ztotožnění se s touto skupinou navenek.

Mezi největší výhody patří výše jmenovaná anonymita, nízké provozní náklady a snadná obsluha. Nevýhodu spatřuji v „bezkontaktní“ práci s uživatelem, to znamená, že uživatel může ztratit kontakt s odborným personálem, může postrádat různé informace atd.

V automatu nalezneme veškerý „sortiment“ jako při běžném výdeji, tedy: injekční stříkačky, dezinfekce, vodu a další materiál jako například: kondomy, vitamíny, kapsle atd. (13).

5.2.3. Testování infekcí

Velmi důležitý výkon harm reduction je testování na přítomnost infekčních nemocí, zejména virové hepatitidy a virus HIV/AIDS. Nejčastěji bývají testováni injekční uživatelé drog, osoby promiskuitní atd.

Testování infekčních nemocí může provádět pouze odborný adiktologický pracovník, přičemž odběry krve provádí pouze zdravotnický pracovník (jedná-li se o odběr kapilární krve, může test provádět jakýkoliv pracovník).

Je nutné dodržovat určité standardy spojené s tímto výkonem. Zejména hygienické, tedy bezpečná manipulace s potencionálně infekčním materiálem. Mezi další standardy patří personální oblast popsaná výše a v neposlední řadě jsou to provozní podmínky. Testování infekčních onemocnění musí být prováděno v místnosti k tomu určené.

Testování může být prováděno v kontaktních centrech nebo specializovaných pracovištích. V kontaktních centrech se používají jednoduché testy, jejichž výsledek je znám během několika minut. Nejčastěji se odběry provádí ze slin nebo krve, samotný odběr trvá cca 10 minut. K odběru je nutný další materiál kromě samotných testů najdeme při výkonu používání tampónů, dezinfekce, nádoby na odběr moči, kontejner na použitý materiál aj (14).

Nedílnou součástí testování na infekční nemoci je předtestové a potestové poradenství. Předtestové poradenství označuje soubor intervencí směřovaných na klienta, ještě než dojde k samotnému testování. S klientem probíráme jeho osobní anamnézu a rizikové chování, které by mohlo vést k nákaze tou danou chorobou, kterou testujeme. Důležité je zjistit klientovo rozsah povědomí o dané nemoci a případné nedostatky doplnit a vysvětlit. Před samotným výkonem je taktéž žádoucí popsat průběh celého testování.

Potestové poradenství je různé, záleží na negativním či pozitivním výsledku. Při pozitivním výsledku je nutné klienta uklidnit, pomoci mu společně čelit krizi, která může probíhat v důsledku se zjištěním o chorobě. Při negativním výsledku je žádoucí klienta vést k méně rizikovému chování, k uvědomění si proč vlastně přišel a neopomíjet tento důvod v důsledku euforie a opadnutí strachu (5).

V roce 2008 bylo na území České republiky nabízeno testování 76 nízkoprahovými zařízeními a provedeno bylo celkem 2178 testů na infekční choroby, nejvíce se jednalo o testy na přítomnost HIV (889 testů), v tomto případě byl nalezen jeden pozitivní výsledek a to z tzv. jednoduchého testu z kapilární krve (8).

5.2.4. Poradenství v rámci harm reduction

Poradenství/ poradenská činnost je směřována na klienta, který se nachází ve fázích prvního užití drogy, opakovaného či rizikového užívání nebo klienta v léčbě nebo po absolvování léčby. Tato činnost je soubor technik vedoucích k zlepšení současné situace, ve které se klient nachází. Je jednou z nejčastějších používaných intervencí (5).

Tato činnost by měla být prováděna odborným adiktologickým pracovníkem, který by měl mít praxi minimálně jeden rok a vhodné je i aby měl aspoň započatý psychoterapeutický výcvik.

Poradenství je velmi závislé na osobnosti pracovníka provádějícího tuto činnost. Schopnost empatie, jedna z důležitých složek osobnosti terapeuta nebo jiného pracovníka, neznamená doslovné vcítění se do druhé osoby, nýbrž schopnost se o to vůbec pokusit a snažit se pochopit klienta. V poradenství je to spíše bráno jako schopnost přijímat klientovo obavy, potřeby a přání.

Informace o bezpečnějším užívání látek a bezpečnějším sexu jsou nejčastější informace, které pracovníci (kontaktních center ale i terénních programů) předávají a měli by předávat klientům. Nejvíce se zprostředkovávají během provozu kontaktní místnosti, při realizaci výměnného programu, během individuálního poradenství atd.

S klienty je nutné umět hovořit bez zábran a předsudků, umět eliminovat tabuizaci u některých choulostivých témat.

Uživatelům musí být maximálně dostupné informace ohledně bezpečného sexu, rizicích nechráněného sexu a z ostatních forem sexuálních kontaktů. Je vhodné klienta vzdělávat i v oblastech správného užití

ochrany, vést klienty k nutnosti léčby v případě pohlavních nemocí jak týkajících se své osoby, tak i partnera uživatele.

Bezpečné užívání drog se převážně vztahuje na injekční uživatele drog. Klient by měl znát základní pravidla ohledně užití a to zejména:

- používat sterilní stříkačky a jehly, nejlépe vlastní, čisté a ostré
- používat dezinfekce a filtry před a při aplikaci, znát základní hygienické návyky (např. mytí rukou před aplikací)
- znát správná místa na svém těle pro aplikaci, tzn. znát svůj žilní systém, orientaci pro správné místo vpichu
- umět poskytovat první pomoc při předávkování (14).

5.2.5. Substituční léčba

Substituce je terapeutický a léčebný postup, kdy probíhá nahrazení návykové látky, která je většinou užívána nelegálně, rizikově a obsahuje neznámé sloučeniny a látky, látkou legální, bez výrazně toxických příměsí a předepisovanou lékařem.

Význam substituce tkví ve výrazném snižování užívání nelegálních drog spojených s rizikovým užíváním.

Substituci dělíme na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou léčbu. Krátkodobá léčba probíhá většinou během detoxifikace, která bývá často realizována během hospitalizace klienta v různých léčebných zařízeních. Probíhá v rozmezí jednoho až dvou týdnů. Střednědobá substituce probíhá v rozmezí několika týdnů a indikuje se nejčastěji u klientů s vysokou tolerancí nebo při duálních závislostech. Dlouhodobá substituční léčba probíhá v rozmezí několika měsíců až let, jedná se o tzv. udržovací léčbu a realizována je většinou ambulantní formou.

Substituce je léčba časově omezená, není tedy doživotní a vede klienta k momentálnímu odkládání trvalé abstinence s cílem udržet, popř. zlepšit jeho zdravotní stav, zlepšit sociální vztahy. Nejčastěji je indikován klient užívající injekčně opiáty, vykazující těžkou závislost na vysokých dávkách, který se současně pokoušel opakovaně a neúspěšně o abstinenci.

Společně se substitucí je žádoucí aplikovat na klienta další postupy jako psychoterapie a poradenství, pracovní rehabilitace atd.

V České republice se používají k substituční léčbě dvě látky: metadon a buprenorfin.

Metadon je chemicky vyráběná látka určená k náhradě opiátů. Je ve formě sirupu a tablet, působí na organismus v průměru až 25 hodin (max. 36 hodin). Metadon, stejně jako ostatní opiáty je návyková látka s několika nežádoucími účinky, např. při jeho užití nebo předávkování může dojít k útlumu dýchání či oběhovému selhání. Nicméně stále má více výhod než nevýhod, například při užívání metadonu nedochází k euforickým stavům, látka neutlumuje organismus a umožňuje tím normální fungování ve společnosti. Při užívání nedochází k zvyšování tolerance, dávka může být aplikována ve stabilním množství.

Subutex® obsahuje účinnou látku buprenorfin, Subuxone®-mladší „příbuzný“ Subutexu, současně s buprenorfinem obsahuje i naloxon, který jako antagonistu opiátů výrazně snižuje injekční zneužití této látky. Obě tyto náhražky se užívají sublingválně, dochází ale i k injekčnímu zneužití. Léčba buprenorfinem je dražší než metadonem (15).

Mezi cíle substituce patří:

- ukončení intravenózní aplikace
- omezení či úplné zabránění užívání nelegálních látek
- dekriminalizace
- zlepšení sociálních vztahů, udržení či znovuoobnovení návštěvy zaměstnání nebo studia
- zlepšení nebo udržení zdravotního stavu

V praxi se substituce vykonává dvojím druhem. První model zahrnuje komplexní substituční léčbu, která poskytuje jak látku indikovanou k substituci, tak i široké spektrum dalších služeb jako jsou různé terapie, poradenství, sociální práci. Druhý model zahrnuje nízkoprahové substituční programy poskytující pouze metadon bez výše jmenovaných služeb (5).

Historie substituce v České republice se začala vyvíjet od roku 1992, kdy MUDr. Jiří Presl (nynější ředitel Drop-in) dovezl několik kg metadonu ze Švýcarska, za účelem podávání jej těm nejproblémovějším klientům, kterým veškeré ostatní způsoby léčby vedoucí k abstinenci nepomohli. Dostal povolení od MZČR provádět substituci jako jednoroční experiment, který ale nebyl nikterak vyhodnocen a Preslovi nebylo povoleno v tomto pokračovat. V roce 1997, po opětovném volání po zavedení substituční léčby, byl pod Oddělením pro léčbu závislostí 1. LF a VFN pod vedením MUDr. Petra Popova zaveden pilotní projekt s 20 klienty. Pozitivní výsledky se potvrdily a program mohl dále pokračovat. V roce 1999 vytvořilo MZČR Standardy substituční léčby, vzdělávací programy pro lékaře a zdravotnický personál a Registr substituční léčby. Poptávka po substituční léčbě výrazně převyšovala nabídku, a proto bylo zřízeno v roce 2000 dalších 7 substitučních programů (16).

Během roku 2012 bylo v Registru substituční léčby evidováno 2298 osob, 71 % bylo léčeno buprenorfinem a zbytek metadonem.

Počet uživatelů opiátů v substituci se zvyšuje a podle posledních odhadů je cca 4000 osob v substituční léčbě. v České republice v současnosti funguje 15 center specializovaných na substituční léčbu (2 z nich jsou ve věznicích) (17).

Od 1. února 2010 se zavedlo částečné hrazení přípravku Subuxone® 8 mg. Přípravek je hrazen pouze pokud je předepsán psychiatrem a lékařem s odborností na návykové nemoci, při nespolupráci (např. nedodržení pravidelnosti návštěv lékaře) se přípravek hradí plně klientem (18).

5.2.6. Harm reduction v prostředí zábavy

Opatření směřující tímto směrem jsou vedena na uživatele, kteří drogy užívají rekreačně. Rekreační užívání drog je velmi běžným jevem a počet uživatelů stoupá. Jedná se vesměs o mladší věkovou kategorii, často studující, pracující a relativně dobře finančně zabezpečenou skupinu (19).

Prostředí nočního života a taneční scény je místem, kde se objevuje velký výskyt různých drog a mladí lidé s nimi přicházejí do kontaktu. Na poli zábavy nalezneme několik adiktologických služeb orientovaných na harm reduction s podobnými nebo stejnými cíli.

Užívání návykových látek v prostředí zábavy není jev novodobý, objevil se již v 70. letech. S vývojem tohoto fenoménu se vyvíjely i užívané drogy. Nejprve vedly kanabinoidy a halucinogeny, posléze amfetaminy a dnes velmi rapidně roste užívání extáze patřící do skupiny stimulantů. V České republice se kupříkladu v roce 2012 spotřebovalo 62,3 tisíc tablet extáze (8).

Intervence vedené v rámci snižování rizik se rozdělují podle typů akcí na taneční nebo rockové, klubové nebo open air atd. Společným jmenovatelem ale zůstává vždy velký počet lidí kumulujících se na jednom místě a tím pádem i větší pravděpodobnost užití či setkání se s drogou.

Mezi nejčastější rizika v prostředí zábavy patří akutní zdravotní problémy související s užitím drog (např. tzv. bad trip, předávkování), dehydratace, pohlavně přenosné choroby, pasivní kouření.

Možné intervence v souvislosti s akutními zdravotními problémy je cílené podávání informací o účincích drog např. jak je správně užívat a možnosti podání první pomoci, stejně tak jako edukace osob z řad účastníků zábavy. Poskytování kondomů zdarma pomáhá zabraňovat přenosům pohlavních chorob. Současně se také může provádět testování drog, ukazující možné nežádoucí příměsi.

Cílená intervence v podstatě spočívá v terénní práci, kdy cílová skupina jsou rekreační uživatelé, experimentátoři nebo prvouživatelé.

V současné době v České republice poptávka po službách v prostředí zábavy výrazně převyšuje nabídku. Vzhledem k zastavení financování testování tablet a s tím spojených služeb většina poskytovatelů od těchto činností upustila (20).

V roce 2007 byla provedena studie Tanec a drogy s cílem zmapovat míru užívání látek v prostředí elektronické taneční hudby a zábavy a zjistit spokojenost, poptávku po preventivních aktivitách. Této studii předcházela stejná v roce 2003 a při výsledném porovnání ukázala nárůst užití alkoholu, tabáku, konopí, extáze a pervitinu. Z výsledků prostřednictvím dotazníků vyplynulo, že nejčastějšími užívanými drogami jsou alkohol, konopí, extáze a pervitin. Z dotazníků dále vyplynulo, že v prostředí zábavy účastníci (75%) výrazně postrádají testy na zjištění látek v tabletách extáze (21). Na otázku jak často si uživatelé provádí kvalitativní testy na extáze, uvedlo 53,8 % respondentů že nikdy vzhledem k faktu že tyto testy služby nejsou nabízeny. Pouze 0,8% uvedlo, že tyto testy si uživatel provádí před každým užitím drogy.

Organizace Chilli.org, která vznikla v roce 2002, se zaměřuje na potencionální uživatele legální i nelegálních drog v prostředí taneční scény a zábavy spojené s hudební produkcí. Tato organizace nabízí chilloutové zóny na parties, občerstvení, krizovou intervenci, první pomoc a informace o drogách.

Další projekt s názvem Safer Party Tour 2008 probíhal na dvou velkých festivalech, kde nejčastějším distribuovaným materiálem v celkovém počtu kontaktů 248 byly letáky v 62,9 %, kondomy v 21,8 %, špunty do uší ve 47, 2 %. Na těchto akcích byl nejčastěji užíván alkohol v 60,3 %, konopí v 27,8 % a extáze v 11,9 % (22).

V oblasti alkoholu a minimalizace rizik spojených s jeho užívání například pod organizací Sananim, o. s. funguje od roku 2005 projekt Promile INFO. Jedná se o praktický nástroj pro osobní kontrolu alkoholu prostřednictvím SMS.

5.3 Zařízení v České republice poskytující harm reduction

Mezi základní působiště v oblasti harm reduction patří kontaktní centra, terénní programy a substituční programy.

Kontaktní centra

Dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách je kontaktní centrum definováno takto:

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) sociálně terapeutické činnosti,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- c) poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

Kontaktní centra definuje Slovník sociální práce jako nízkoprahové zařízení určené klientům, kterým stačí pravidelný nebo občasný ambulantní program. Cílová skupina je tedy uživatel drog užívající látku rizikově. Klient je evidován, ale anonymně. Ve většině případů je evidován pod specifickým kódem vytvořeným pracovníky, veškeré služby jsou poskytovány bezplatně nebo se symbolickou částkou. Čas, který klient pobývá v prostorách kontaktního centra, je omezený na určitou časovou jednotku. V zařízeních je zákaz manipulace s drogami (23).

Zařízení poskytuje tyto služby:

- hygienický servis
- podporované zaměstnání
- individuální poradenství pro klienty, rodiče a osoby blízké
- informační servis
- kontaktní práce
- krizová intervence
- potravinový servis
- výměnný program
- sociální práce
- testování infekčních nemocí
- základní zdravotní ošetření

- zhodnocení stavu a potřeby drogové služby (14)

V roce 2012 bylo na území České republiky evidováno 103 kontaktních center a využito bylo celkem 32 tis. klienty (8).

Terénní programy

Dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách jsou terénní programy definovány takto:

(1) Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Tato specifická práce probíhá buď v rámci kontaktních center nebo prostřednictvím terénních programů. Spočívá v navázání kontaktu s klientem, vytvoření bezpečné atmosféry a navození důvěry. Jedná se o rozhovor vedoucí k uvědomění rizik spočívajících s užíváním drog, možnostech snížení rizik, motivace k návštěvě dalších zařízení, poukázání na možnosti využití dalších služeb v rámci kontaktního centra nebo terénního programu (3).

Terénní sociální práce

Tato forma sociální práce působí přímo v přirozeném prostředí klienta. Nejčastější důvod pro terénní sociální práci u drogově závislých jsou uživatelé patřící do tzv. skryté skupiny uživatelů drog, kteří nemohou či nechtějí navštívit kontaktní centrum a pociťují např. nutnost výměny (24).

Služby poskytované v rámci terénní sociální práce:

- individuální poradenství
- informační servis
- intervence v oblasti zábavy
- krizová intervence
- analýza tablet syntetických drog

- orientační test z moči
- potravinový servis
- výměnný program
- testování infekčních nemocí
- základní zdravotnické ošetření (14)

Substituční programy

Zařízení poskytující substituční léčbu jsou v České republice situována do dvou částí:

1. Specializovaná substituční centra
2. Nеспециализovaná léčba v ambulanci

V prvním případě se jedná o přímo orientovanou službu na uživatele opiátových látek s možností dalších podpůrných služeb. Substituční látky jsou předepisovány lékařem se specializací v oboru adiktologie. Druhá možnost je prováděna v ambulancích praktických lékařů a psychiatrů.

Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek je určen k hlášení pacientů užívajících substituční látky. Každé zařízení, resp. každý lékař, který předepisuje substituční látky je povinný hlásit pacienty do registru. Důvodem pro vznik registru byla mimo jiné také snaha zabránit tomu, aby byla jednomu pacientovi předepisována léčba na více pracovištích, čímž by docházelo k úniku substitučních látek na černý trh (25).

6 Systém péče ve Spojených státech amerických

6.1. Úvod

V současnosti je výměna jehel poskytována 186 programy a substituční léčbu podává 1433 poskytovatelů, celkový počet injekčních uživatelů drog je 1,9 milionu.

Spojené státy americké mají klíčové programy v oblasti harm reduction a tyto programy jsou podporovány v některých aspektech na národní úrovni. Ve Spojených státech není ale často poskytování služeb v souladu s místními zákony, což vedlo v minulosti k prosazování právních předpisů a uplatňování jediného přístupu- abstinence.

Ve Spojených státech bylo zakázáno v roce 1988 využívat federální, resp. veřejných příspěvků na financování výměny jehel, v roce 2009 byl tento zákaz zrušen prezidentem Barackem Obamou. V současné době se ale stále objevuje tlak na zrušení financování, to ale nadále probíhá v režii státních fondů a soukromých fondů. Za zmínku též stojí velmi přísné vymáhání práva vůči drogovým deliktům, což vede k obrovskému zvyšování vězeňské populace na území Spojených států amerických. V důsledku má toto

restání také velký vliv na využívání služeb spojených s výměnou jehel a stříkaček, které od tohoto jednání odrazují (26).

Ve Spojených státech zaznívá také velká kritika nákladové efektivnosti distribuce jehel a stříkaček. Předpoklady hovoří, že distribuce stojí 423 milionů dolarů ročně, zatímco léčba jednoho jedince s HIV stojí 300 tisíc až 600 tisíc dolarů po celý jeho život. Čistá jehla stojí méně než 1 dolar (27).

V roce 2011 byla na žebříčku nejčastěji využívaných nezákonných látek marihuana, heroin, kokain jako crack, heroin a metamfetaminy (28).

6.2 Výměnný program

Dle výzkumu organizace Nasen, což je americká společnost, která provozuje síť poskytovatelů výměnného programu, se počet poskytovatelů v roce 2007 blížil k 187 organizacím. Programy ve spolupráci s Nasen uvedly, že počet vyměněných stříkaček vzrostl z 8 milionů ročně na 29,5 milionů. Veřejné financování se zvýšilo z 3,9 milionů na 19 milionů dolarů. V roce 2007 nabízelo 89 % programů ve výzkumu primární výměnu. Poskytování doplňkových služeb jako kondomy, doporučení do léčby, testování na přítomnost protilátek viru HIV, C. B a poradenství, naloxon při předávkování poskytovalo 40 % programů. Výměnu provádělo 31 států a 100 měst.

Společně s výměnou tedy organizace poskytují kondomy, dezinfekční polštářky, dezinfekci určenou pro čištění injekčního náčiní ale i oblečení, potraviny, hygienické prostředky, naloxon a ostatní látky vedené jako substituční. Samozřejmostí je i edukace v oblasti prevence nemocí, bezpečnější aplikace látek a související péči o žilní systém.

Mezi nejčastější problémy, které organizace uvedly, byl nedostatek financí, které by se účinně podílely na výměně, nedostatek pracovníků ochotných pracovat v tomto směru a syndrom vyhoření u pracovníků (29).

V roce 2011 bylo na území U. S. A. osloveno 197 organizací společností Nasen v rámci výzkumu, 144 z nich spolupracovalo. Zúčastnily se organizace ze 117 měst a 32 států, bylo vyměněno 36,9 milionů stříkaček a jehel a 84% bylo financováno státem (30).

Materiál distribuovaný společně s výměnou v U. S. A. se ve většině případů neliší od jiných zemí. V distribuci materiálu najdeme náplasti, určené k zakrytí místa vpichu a zabránění proniknutí infekce. Bleach (doslova bělidlo), je dezinfekční prostředek v lahvičkách, sloužící k dezinfekci a čištění jehel, stříkaček, pánviček. Dle výzkumů je toto čištění efektivnější při viru HIV než HCV.

Pokud hovoříme o jehlách, v U.S.A. se rozlišují jehly podle otvoru v nich obsaženém. Čím tenčí, tím menší je rána a menší poškození. V distribuci se také objevují jehly určené pro intramuskulární aplikaci drog, např. steroidů a ostatních hormonů. Obsah stříkačky je 1ml, 5 ml a 10 ml.

Stříkačky jsou buď s jehlou pevně spojené, anebo odnímatelné.

Další materiál distribuovaný v rámci harm reduction: Stericup®, tzv. pánvičky určené k sterilnímu rozdělení drogy, bavlněné filtry, latexová škrtidla, sloužící k lepší identifikaci žil před vpichem. Sterilní voda v lahvičkách, alkoholové polštářky určené k dezinfekci, kondomy- mužské i ženské, různé informační letáčky- o infekčních chorobách, dalších střediskách výměn a jejich otevírací době, možnosti léčby, prevence předávkování. Mezi doporučený materiál patří- kyselina askorbová nebo citrónová, sloužící k rozpuštění zejména heroinu ale i ostatních látek v pevném skupenství, suché gázy, náplasti, antibakteriální masti proti rozvinutí kožních infekcí. Zvláštní split safe soupravy, sloužící pro přípravu látky z jednoho roztoku pro více osob, jedná se o soubor Stericupu, jehly a stříkačky, většinou v jiné barvě pro odlišení uživatelů. Materiál pro užívání cracku- různé trubičky na kouření, nátrubky ale i balzámy na rty určené k ošetření po spálení při užívání. Dále mohou být distribuovány sterilní sáčky pro harm reduction materiál ale i pro sterilní uchování drogy.

Možnosti provádění výměny jehel a stříkaček jsou různé avšak ničím nevybočující. Jedná se o budovy v kancelářích či podobných prostorech, kde se poskytuje široké spektrum služeb od výměny jehel po testování na HIV, HCV. Další možností je mobilní poskytování ve smyslu při pěší chůzi, na kole, dodávkou atp. Zastávky pracovníků výměny a distribuce jsou pevně dány časem a místem. Některé mobilní programy poskytují kromě výměny i základní zdravotní ošetření, testování, doporučení do léčby. Mobilní služby mohou být také realizovány v místě bydliště drogově závislého jako domácí služby. Výměna jehel je také realizována lékárnami a nemocnicemi (31).

6.3 Substituční léčba

Počátek léčby metadonem začal díky dvěma lidem, doktoru Dole a doktorce Nyswander, kteří oba tvrdili, že závislost na heroinu je provázena metabolickou poruchou, která se nejlépe zvládá pomocí léčby s alternativními léky. Metadon byl vybrán pro jeho specifické vlastnosti (nevytváření abstinčních příznaků, poločas účinku v těle apod.).

V U.S.A. se využívá metadon od roku 1972, buprenorfin od roku 2003, levacetylmethanol neboli LAAM a naltrexon (sloužící i k léčbě alkoholových závislostí) od roku 2008 (32).

Buprenorfin je předepisován ve zdravotnických zařízeních a distribuován jako Subutex® a Subuxone® ve formě sublingválních tablet a jako injekční roztok Buprenex ® sloužící k léčbě bolesti.

Metadon je používán ve formě tablet, perorálního roztoku jako tekutý koncentrát a prášku. Nejčastěji je ale používá v tekuté podobě a perorálním podáním. Mimořádní aplikace je v programech léčby závislosti zakázána. Metadon je distribuován společně s jinými látkami (např. jako ochucený nápoj). Dávkování je přizpůsobeno příjemci, většinou v rozmezí 30-60 ml.

Metadonové programy jsou vysoce regulované vládou U.S.A., ti kteří je chtějí provozovat musí být registrováni v US Drug Enforced Agency (Úřad pro kontrolu obchodu s drogami) a vlastnit akreditaci od Substance Abuse and Mental Health Services (pobočka amerického ministerstva zdravotnictví a sociálních služeb) (33).

Ve Spojených státech bylo v roce 2012 1,6 milionů osob závislých na lécích opioidní povahy a 323 tisíc na heroinu. 80 % z nich je bez léčby vlivem nedostatečných finančních prostředků, nedostatečnému zdravotního pojištění (34). Další faktor, který hraje proti léčbě je dlouhá čekací lhůta, která je dána pořadníky v programech substituční léčby. Počet programů je omezen státními a místními předpisy, což vykazuje v důsledku výrazně vyšší poptávku, než je nabídka. Zajímavý je též postoj justice, která velmi často zakáže, resp. nepovolí léčbu metadonem při nástupu k výkonu trestu. Zástupci justice pohlíží mnohokrát na metadon jako na lék, který je návykový a zneužitelný (35).

6.4 Druhy léčby

Rezidentní, dlouhodobá ústavní léčba poskytuje 24 hodinovou péči mimo zdravotnické zařízení. Poskytuje pobyt od šesti do dvanácti měsíců, nejčastěji v prostředí terapeutické komunity. Obsahuje veškeré komplexní služby jako například pomoc při sehnání zaměstnání, nového bydlení, začlenění do společnosti atd. Terapeutická komunita může být zaměřena na specifické skupiny- mladistvé ženy, osoby s duševním onemocněním, trestané osoby atd.

Krátkodobé programy poskytují intenzivnější léčbu v kratším časovém ohraničení. Tyto programy vznikly původně jako odpověď na kokainovou epidemii v roce 1980 a sloužily mimo jiné i k léčbě alkoholových závislostí. Probíhají v rozmezí 3-6 týdnů kdy jsou pacienti hospitalizováni v nemocnici a posléze se účastní svépomocných programů typu Anonymní alkoholici nebo Anonymní narkomani. Po uplynutí doby docházejí do ambulantních programů, aby se zabránilo případné recidivě.

Ambulantní programy jsou vhodné pro lidi se zaměstnáním a určitými sociálními jistotami, často je jejich obsahem individuální drogové poradenství. To je zaměřeno jak na zastavení nebo snížení užívání, tak i mezilidské vztahy, postavení v zaměstnání. Poradce taktéž poskytuje doporučení pro další návazné služby jako lékařské, pracovní agentury a podobně.

Velmi četné jsou též kliniky vedené jako luxusní rehabilitační centra pro léčbu závislostí, které jsou vybavené velmi nadstandardně například saunou, bazénem, poskytují aromaterapie, masáže atd.

Platby za léčbu jsou ve formě přímé hotovosti, ze soukromého zdravotního pojištění, formou Medicaid, z veřejného pojištění, formou Medicare a z federálního vojenského pojištění (36).

7 Systém péče ve Spojeném království

7.1 Úvod

Ve Spojeném království je v současné době 133 tisíc injekčních uživatelů drog a 1523 programů působících na výměně jehel. Spojené království má k dispozici tedy jak výměna jehel, tak i substituční léčbu, dostupnou i ve věznicích. Spojené království nedisponuje výměnou jehel na vězeňské úrovni a taktéž nemá aplikační místnosti pro osoby drogově závislé (37).

Mezi nejčastěji užívanými drogami patří opiáty, opiáty užívané současně s crackem, crack sám, benzodiazepiny a kokain.

Léčba je velmi podobná ostatním zemím. Zahrnuje substituční léčbu metadonem, buprenorfinem, naloxonem a lékařským heroinem. Do léčebných programů patří ústavní protidrogová léčba a strukturované denní programy.

Ve Spojeném království je čtyřstupňový model péče, přičemž každý poskytovatel léčby či péče je podle něj označen. V prvním stupni jsou služby jako primární lékařská péče, obecné psychiatrické služby, služby zaměřené na pomoc s bydlením a pro osoby bez přístřeší. V druhém stupni jsou služby typu drop-in center, výměna jehel, terénní služby. Třetí pilíř zahrnuje například doléčovací zařízení, denní programy, detoxifikaci. Poslední, čtvrtý stupeň, zahrnuje ústavní a rezidenční programy, služby zaměřené na léčbu HIV a jaterních chorob (38).

Strukturované denní programy jsou činnosti na bázi poradenství, kdy klient dochází 5 krát až 7 krát týdně do střediska. Společně s pracovníkem řeší vše okolo drog, zdravotní potřeby, sociální potřeby atd. Tyto programy figurují i jako následná léčba po ústavní léčbě nebo jako nařízený dohled probační služby.

Ústavní protidrogová léčba probíhá v psychiatrických odděleních nemocnic, ve speciálních lůžkách zaměřených na zneužívání látek vedených v nemocnicích či rezidenčních rehabilitačních klinikách.

Rehabilitační kliniky jsou pobytová zařízení odpovídající potřebám různých uživatelů. Zahrnují přístupy z terapeutických komunit, z programů 12 kroků apod. (39).

7.2 Výměnný program

V roce 1971 byl vydán zákon, který zakazuje distribuci materiálu sloužícího k přípravě a užívání drogy. Obsahuje ale též ustanovení pro služby zabývající se výdejem harm reduction materiálu, kterým uděluje výjimku a tuto distribuci umožňuje. Jedná se o jehly, stříkačky, sterilní lžice, kyselinu citronovou a askorbovou, filtry a ampulky se sterilní vodou. Seznam byl několikrát upraven a jednalo se vždy o navýšení o určité položky, aby nedošlo k případnému trestnímu stíhání pracovníků. Nicméně některé položky jako například fólie pro kouření heroinu, škrtidla, trubičky pro kouření cracku nejsou povolené. Stíhání ale zatím nebylo nikdy uvaleno na zaměstnance drogových služeb.

Zajímavá je též událost z roku 1998, kdy byl zveřejněn dopis od lékárníka z hrabství Somerset zveřejněný v lékařském věštníku, který zpochybňoval zákonné dodávání kyseliny citronové. Výsledná vlna

strachu ze stíhání zastavila prodej kyseliny téměř v celé zemi. I přes konečnou dohodu s policií a prokuraturou ohledně povolení k prodeji to vedlo k obrovskému snížení prodeje. Uživatelé heroinu na tento nedostatek zareagovali tak, že začali používat ocet a citronovou šťávu a díky tomuto bylo hlášeno pracovníky služeb mnoho osob, u kterých se vyskytla slepota a problémy se zrakem (40).

Prvotní nápad pro vznik distribuce sterilního injekčního náčiní vznikl díky lékárníkům v Edinburghu jako odpověď na vzrůstající epidemii hepatitidy typu B a C v letech 1982-1984. Oficiálně byla výměna započata v roce 1986.

Služby poskytované v rámci výměnného programu jsou zejména směřované na informace a poradenství ohledně užívání drog, na bezpečnou likvidaci injekčního náčiní, distribuci souvisejícího materiálu, očkování, zdravotní prohlídky a diagnostické testy.

Výměna je realizována dvojím stylem: v rámci specializovaných center zaměřených na snižování rizik u drogově závislých a v lékárnách.

Typy služeb v rámci specializovaných center se poskytují zejména v kombinaci terénní práce.

Mezi nejčastější problémy uváděné v literatuře, se kterými se potýká fungování výměnného programu, je financování služeb, zahrnující veškerý materiál a personál. V lékárnách je častý problém střídání se personálu, špatné získávání prostoru pro fungující lékárnou a zvyšující se náklady na pojištění.

Většina služeb poskytuje mnoho druhů stříkaček o různém obsahu a s různou tloušťkou jehel. Jedná se o 1ml, 2ml, 5ml a 10ml obsah, přičemž ten největší, 10ml je hojně užívaný zejména v Londýně. Stříkačky a jehly jsou velmi často distribuovány v typech „all-in-one“, tzn. jehla + stříkačka ve složeném a pevném stavu.

Do distribuovaného harm reduction materiálu se řadí speciální kyblíky na jehly, sloužící na jejich bezpečné uschování, kyselina citrónová, vatové tampony, kondomy, vitamin C, sterilní lžice, sterilní ampulky vody, chlorové tablety určené k čištění jehel a stříkaček, Stericup® a Sterifit®.

Společně s výměnou je prováděna i klasická kontaktní práce směřovaná jako motivační rozhovory, poradenství ohledně bydlení, práva, péči o drobné infekce či zranění, edukace v oblasti předávkování (41).

Doplňkové terapie obsahují postoupení léčby, substituční terapii, očkování na hepatitidu typu A+B, tetanus, testování těchto hepatitid a HIV, psychosociální intervenci, služby primární péče (do této skupiny se řadí poskytování kondomů, všeobecné zdravotní služby zaměřující se na pohlavní choroby, ale i například na péči o chrup), služby sekundární zdravotní péče (léčba hepatitid, HIV) a právní služby (42).

Pracovníci provádějící výměnu jsou velmi často registrované zdravotní sestry, pracovníci s akademickou hodností, sociální pracovníci (41).

Ve Spojeném království je též možné nakoupit materiál určený k aplikaci drog online, prostřednictvím internetových prodejen. Např. organizace Harm reduction supplies poskytuje náčiní bez zatížení daní a dodává ho jak pro jedince (zde je možnost objednání si materiálu v diskretním balíčku) tak i pro organizace (43)

7.3 Substituční léčba

Metadon je ve Spojeném království předepisován praktickými lékaři, odbornými lékaři, lékárníky. Nejčastěji jsou předepisovány tyto druhy léčby: na prvním místě metadon, dále dihydrokodein a buprenorfin. Tyto substance jsou nejvíce podávány perorálně v kapalné formě, jako tablety nebo ve formě injekčních ampulí (44).

Ve Spojeném království je v každém vězení pro dospělé osoby substituční léčba pro závislé na opiátech prováděná v rámci klinické a psychosociální léčby (45).

Lékařský předpis opioidů pro závislé byl schválený od roku 1926, kdy závislost byla klasifikována jako nemoc a tedy jako odpovědnost lékařů. To znamená, že v té době měl jakýkoliv lékař právo předepsat diamorfin komukoliv dle jeho úsudku. V pol. 20. století vzrostl počet uživatelů lékařsky čistého heroinu, předepsaného lékaři bez léčebného podkladu. Toto vedlo k vzniku práva, které uvádělo, že předepisovat heroin může pouze licencovaný lékař od ministerstva vnitra (46).

Existují sice předpisy ohledně léčby, nevztahují se ale například na množství denních dávek ani na spotřebu dávek. Není ani neobvyklé výdej dávky na týden dopředu (47). Toto ovšem způsobuje, že metadon je posunut na pole nelegálního zneužití a prodeje na černém trhu.

Optimální dávky metadonu, který se předepisuje, se pohybují v rozmezí 60-120 ml a nejčastěji je předepisován jako tekutina k perorálnímu užití (48). Metadon je ale i k dostání v podobě tablet a ampulkách určených k injekčnímu podání. Náklady na metadon jsou zhruba 12 liber/100 ml.

Buprenorfin je k dispozici ve formě sublingválních tablet, náplastí a taktéž injekčních ampulí. Průměrná udržovací dávka je 12-24 mg. Cena je zhruba 3 libry/8mg (49).

Společně se substituční léčbou je velmi častým doplňkem psychosociální podpora, sloužící k odolání zneužití dalších drog ale zároveň i o jako pomyslný dohled. Ve Spojeném království je doporučeno, aby

dohled sestry, lékaře nebo lékárníka byl při užívání minimálně 3 měsíce a byl snížen pouze, pokud je zajištěno nezneužívání léčby, klient má zaměstnání apod.

Dostupnost je v rámci ambulantních, lůžkových, specializovaných center. Klient je standardně vyřazen z léčby při 3 absencích (50).

Ve Spojeném království se vyskytuje výjimečný systém substituční léčby u uživatelů, kteří nereagují na klasickou ústní formu metadonu a jsou dlouholetými uživateli heroinu. Statistiky uvádějí, že až 50 % uživatelů udržovací léčby jí během dvanácti měsíců opustí. Pro tyto a podobné jedince je vhodný systém (tzv. britský) injekční aplikace opioidů- metadonu a diamorfinu (Diaphin ®, farmaceutický heroin). Většina těchto uživatelů dostává metadon a diamorfin domů.

Metadon je užíván pod dozorem minimálně pětkrát do týdne, po třech měsících se dávka snižuje a stejně tak i docházka. Nejsou výjimkou ani náhodné testy z moče, které se provádí jednou týdně (49).

8 Ruská federace

8.1. Úvod

V Ruské federaci je zhruba 1815500 injekčních uživatelů drog, v této zemi je povolena výměna jehel a oficiálně s pověřením vlády jí provádí 4 organizace. Substituční léčba je zákonem zakázána. Co se týče politických opatření a harm reduction- téměř vůbec neexistují. V ruských věznicích neexistuje výměnný program. Rusko vykazuje obrovský nárůst osob HIV pozitivních osob (51).

Rusko je země, která se nachází na hlavní tranzitní trase pro drogy z Afghánistánu do Evropy. Afghánistán je jedním z hlavních výrobců opia, proto největší počet uživatelů vykazuje závislost právě na této látce, odhadem až 1,7 milionu. Kriminalizace uživatelů drog, policejní zneužívání moci, vazby a vězení, nedostatek programů výměny jehel, zakázaná substituční léčba nastartovala obrovskou epidemii HIV (52).

Nejčastější užívaná droga je tedy heroin, dále domácí opiátový roztok získávaný z máku, domácí metamfetamin, typická droga pro východní země „Krokodil“, složená z kodeinu, benzínu a jódu.

Ruská vědní obor Narcologia, nauka o návykovém chování a součást specializace psychiatrie se více přiklání k modelu narkoman-deviant, kdy jediná možnost léčby je izolace převýchova. Dle výzkumu má téměř polovina psychiatrů názor, že závislost je spíše než nemoc prostopášné chování a náboženství je základní prvek k vyléčení (53).

Rusko odmítá principy harm reduction. Lékaři poskytující péči v rámci narkologie nabízejí pouze těžce lékařskou detoxifikaci. Pohled závislý-kriminální osoba je velmi podobný Spojeným státům americkým (54).

Narkologie je věda velice úzce spojená s policejním aparátem. Pokud se osoba drogově závislá přihlásí k léčbě, ztratí nárok na zaměstnání, nesmí řídit apod. Léčba v Ruské federaci vykazuje velmi vysoké procento relapsu.

Programy harm reduction jsou dle ministerstva zdravotnictví kontroverzní, jejich právní postavení je nejasné. Některé z programů jsou dokonce odmítnuté a je velmi těžké najít místo pro jejich uplatnění. Poprvé se tyto intervence objevily v polovině 90. let 20. století a právní orgány vyjadřovaly spíše názor, že distribuované injekční stříkačky jsou podpora pro nelegální činnost a navádění někoho aby je použil je podpora užívání těchto nelegálních látek (53).

Na základě statistik je 20 % závislých osoby školního věku, 60 % mladí lidé ve věku 16-30 let a 20% osoby starší. Vyrůstá procento dětí ve věku 9-13 let, kteří užívají nelegálně drogy. Rusko je první země ve světě v míře spotřeby heroinu (55).

8.2. Výměnný program

Výměna stříkaček a jehel je prováděna v rámci nestátní organizací a lékáren, kde je jejich koupě legální. Někteří uživatelé ale nemají přístup k těmto možnostem, proto také dochází ke sdílení náčiní a prudkému nárůstu osob s HIV a žloutenkou typu C. Většina uživatelů uvádí, že i přes legalizaci prodeje jehel a stříkaček bývá při policejní kontrole běžnou praxí, že náčiní spojené s užíváním se zabaví a zničí (57).

Projekty, které figuruji v rámci výměny jehel, jsou závislé na nevládním financování, velmi často z prostředků mezinárodních dárců.

Většina uživatelů používá lékárny jako jejich hlavní zdroj čistého náčiní a pouze malé procento má zkušenost se speciálními projekty výměny injekčního materiálu.

Lékárny jsou téměř všude, vykazují velmi dobrou dostupnost a obzvláště, jedná-li se o velké město.

Výjimku netvoří ani lékárny mající noční provoz. Rozšířil se též výběr stříkaček, prvotní skleněné nahradili plastové. V lékárnách mohou uživatelé dostat sterilní vodu a tampony. Jehly jsou v lékárnách zpoplatněné, zhruba 2 rubly za set.

V Rusku je znatelná nedůvěra k výměně jehel přes specializované programy. Jedná se zejména o strach z policejní kontroly, která se vyskytuje v blízkosti těchto institucí. Při zadržení je osoba vlastnící jakékoli injekční náčiní zkontrolována, vše je jí zabaveno a zničeno a je předvedena na policejní stanici. Současně se objevuje chybně nastavený systém výměny „jedna za jednu“, kdy mnoho osob závislých uvádí, že nechtějí skladovat stříkačky a jehly, hlavně z důvodu častých kontrol (107).

Pokud porovnáme výměnu jehel oproti ostatním zemím, distribuce materiálu spojeného s výměnou jehel je v základním rozmezí. Jedná se o jehly, dezinfekční tampony, sterilní vodu, kondomy a různé informační letáky. Zahrnuje též i základní lékařské ošetření a testování na HIV, hepatitidy a syfilis (58).

8.3 Substituční léčba

Rusko je největší spotřebitel heroinu, k dostání je zhruba za 20 korun za jednu dávku. Současně je to také země, která vykazuje jednu z nejvíce rostoucích křivek v počtu nakažených HIV. Vzhledem k riskantním injekčním praktikám, nemožností substituce je tento stav pouze vyvrcholením ruské protidrogové politiky a ochrany veřejného zdraví. V roce 2010 byla zveřejněna studie v časopise British

Medical Journal, která uváděla, že při zavedení substituční terapie je možné snížit až o 55 % přenos HIV (59).

V Rusku je možné se setkat s názory od významných narkologů, například v memorandu Ne pro metadon v Rusku, že efektivní způsob léčby drogové závislosti je zavedení nového životního stylu, nikoliv výměna jedné drogy za drogu jinou (54).

V roce 2008 označil hlavní hygienik Genadij Oniščenko na Konferenci v boji proti AIDS substituční léčbu nevhodnou jak pro léčbu závislosti, tak i jako prevenci proti AIDS. Dále prohlásil, že dosud neexistují žádné důkazy o efektivitě metadonu (60).

Na oficiálních webových stránkách Státního protidrogového výboru Ruské federace se můžeme dočíst, že legalizace metadonu by byla legalizace drogy a legalizace drogové závislosti. Dozvíme se také, že „metadon je hrozná droga a lidé, snažící se jí zlegalizovat jsou vrazi“ (61).

V Rusku je substituční léčba zakázána, k dostání je ale Naltrexon, který je v současné době jediná farmakoterapie závislosti na opioidech. V Ruské federaci je dostupný ve formě tablet (62).

8.4. Druhy léčby

Do 90. let 20. století byli lidé, kteří odmítnuli léčbu vedeni v pracovních táborech, určených pro drogově a alkoholově závislé osoby. Délka pobytu byla od šesti měsíců do dvanácti let. Po roce 1990 bylo toto nařízení zrušeno a označeno za protiústavní. V současné době je léčba dobrovolná (pokud se nejedná o nařízení soudu).

V roce 2005 bylo na území Ruské federace 192 narkologických klinik a 1975 narkologických ambulancí.

Léčba je soustředěna zejména do ordinací či klinik oboru narkologie, které ve většině případů nabízí pouze detoxifikaci. Tyto kliniky se nacházejí ve většině velkých měst.

Rehabilitační státní centra, zaměřující se na psychologické zvládnutí závislosti jsou rozšířené pouze v malé míře. Mohou být náboženského charakteru, kdy prvek víry je jediná věc která má pomáhat závislému při cestě za vysvobozením. Často jsou tyto kliniky drahé a pro většinu osob nedostupné.

Pacienti bývají na klinikách silně medikováni, a proto jsou různé psychosociální intervence zbytečné nebo obtížné. Detoxifikace je první proces léčby a zahrnuje užívání řady léků na potlačení abstinčních

příznaků, prášků na spaní, antipsychotik. Tento proces trvá od 3 do 21 dnů. Další proces ústavní léčby trvá 6 až 8 měsíců, kdy pacient dostává dále léky a postupují krevní a močové testy na přítomnost drog.

Při registraci do těchto programů putují údaje o uživateli do centrálního systému a mohou být použity pro omezení určitých práv jako například práva řídit či pracovat v určitém odvětví. Tyto omezení jsou uložena na dobu pěti let bez jakékoliv možnosti přezkumu.

Existuje pouze malé procento klinik zaměřených na léčbu „západního typu“, pomalu ale toto číslo stoupá. Většinou se jedná o centra zaměřené na 12ti krokové programy (56).

9 Diskuze

V bakalářské práci jsem se snažila zjistit, na jakých úrovních jsou vedeny intervence v oblasti harm reduction v České Republice, Spojených státech amerických, Spojeném království a Ruské federaci. Na základě výsledku poté porovnat tyto intervence.

Ke zpracování byla použita analýza literatury k tématu harm reduction v českém, ale i zahraničním kontextu. V diskuzi se zamýšlím nad výsledky zkoumání a porovnávám je mezi sebou. Porovnání výše jmenovaných zemí je vedeno směrem Česká republika a západní země, tedy Spojené království a Spojené státy americké a Česká republika versus Ruská federace.

Základní věc, od které se veškeré další intervence odvíjejí, je vždy přístup k osobě drogově závislé. Ve zkratce může být dvojitý: závislý člověk je duševně nemocný nebo je to osoba páchající kriminální činností. Přístup v České republice operuje s vizí osoba drogově závislá je osoba nemocná, stejně tak i ve Spojeném království. Pokud se ale podíváme do Spojených států amerických, pohled je velmi rozdílný, a to tedy že osoba drogově závislá je potenciální kriminální živel a je tedy třeba k němu i tak přistupovat, což se u tohoto konkrétního případu odráží i v obrovské vězeňské populaci, která z části vzniká z velmi přísných zákonů za drogové delikty.

V České republice jsou vedené intervence na dobré úrovni. Je zde zatím malé číslo ohledně počtu nakažených intravenózních uživatelů drog virem HIV a žloutenkami a velkou měrou se na tomto podílí včasné zavedení principů harm reduction do protidrogové politiky. Dostupnost služeb je stále v dostačujících číslech.

Materiál, distribuovaný společně s výměnou jehel je v základní skladbě nutné k cílenému snižování rizik. Pokud srovnáme Českou republiku se západními zeměmi, jsme na téměř stejné úrovni ohledně dostupnosti tohoto materiálu, ale i jeho kvality. Drobné odlišnosti jsou pouze v rámci skladby užívání drog nacházejících se na prvních příčkách- zatímco v České republice je to intravenózní užívání pervitinu a heroinu, v U.S.A. a Spojeném království jsou to mimo jiné i uživatelé kokainu, resp. cracku, který je užíván prostřednictvím kouření, a proto bylo nutné zaměřit se i na tyto osoby a nabídnout jim materiál, určený přímo pro jejich závislost. Jedná se o trubičky, náhubky apod. Ve Spojených státech a Spojeném království je ale i velký výběr ostatního materiálu souvisejícího s užíváním drog, který se u nás nevyskytuje, popř. ve velmi malé míře. Jedná se o tzv. „nadstandard“ v distribuci paraphernalií, který je vhodný ale není nutný. Mluvíme zde například o distribuci škrtydel, kontejnerů pro použitý materiál, ale i o balzámy na rty. Jednoznačně je toto odvíjeno od finanční stránky států, resp. míře finančních prostředků, které jsou schopné

a ochotné do této problematiky vložit. V České republice je omezený počet financí na terciární prevenci a proto je třeba zajistit základní fungování a na jakýsi pomyslný „nadstandard“ bohužel prostředky nezbyvají.

Léčba v České republice je velmi kvalitní, provázená dlouhou historií a vedená uznávanými odborníky, obsahuje všechny hlavní formy léčby známé v zahraničí. Podobá se tedy zahraničním zemím, stejně jako ty západní máme ústavní léčbu a ambulantní formu léčby. Rozdíl je patrný v síti rezidenčních služeb, resp. v možnostech léčby. V České republice je rezidenční léčba reprezentována terapeutickými komunitami, určenou pro běžnou klientelu, opět se základními prvky léčebného rázu. V západních zemích je ale také velký počet luxusních klinik, určených pro náročnější klientelu. Tyto centra jsou po praktické stránce léčby stejná, liší se ale poskytováním doplňkových služeb, například provozováním masáží, akupunktury, sauny apod.

Co se týče substituční léčby, dostupnost přípravků, tedy metadonu, Subutexu a Subuxone je stejná ve všech třech zemích. Liší se ovšem formy podávání, jednoznačně ale vede orální podávání tekutého metadonu. Ve Spojeném království je veden unikátní přístup, který v České republice a Spojených státech nenajdeme. Jedná se o injekční podávání lékařského heroinu. Tato volba je málo využívaná, ale přesto zde tato možnost pro uživatele špatně reagující na léčbu klasickými přístupy existuje. Co se týče dostupnosti, Česká republika je spíše země s nízkým počtem substitučních center, ovšem pokud jde o proces nástupu do léčby, není obtížný ani zdoluhavý. Ve Spojeném království je léčba vedená i prostřednictvím lékáren, tudíž dostupnost je větší. Spojené státy americké mají velmi nízký počet substitučních center a tedy i nízký počet osob v této léčbě. Zajímavý je též fakt, že distribuce naloxonu je vedena i prostřednictvím specializovaných center na výměnu a terénní práci. V České republice je toto nemožné.

V přístupu k drogově závislým osobám je Rusko velice pozadu, mezi touto zemí a Českou republikou je propastný rozdíl téměř ve všech výše jmenovaných intervencích. Rusko, obdobně jako U.S.A. nepohlíží na drogově závislého jako na duševně nemocnou osobu ale jako na osobu páchající trestný čin a tento přístup se velmi silně odráží ve veškerých službách vedených pro drogově závislé. Jedná se zejména o poskytování služeb těmto osobám- o výměnný program a vedení léčby. Drogově závislá osoba v Ruské federaci trpí silným stigmatem a současně i strachem, který brání ve využívání specializovaných služeb. Vše je díky dlouhodobě vedené politice zavírání drogově závislých osob do pracovních táborů v minulosti a díky časté policejní kontrole v současnosti. V České republice je díky odlišnému pohledu na problematiku závislosti téměř nulové pronásledování osob.

Pokud se jedná o využívání služeb v rámci výměny jehel, v České republice je spíše situace orientovaná do kontaktních center než do lékáren, v Ruské federaci je tomu právě naopak. Vzhledem k vysokému výskytu policejních složek před těmito institucemi a častými kontrolami, je výměna realizována v rámci

lékáren. Rozsah pokrytí specializovaných center je žalostný, figurují pouze ve velkých městech. Lékárenské služby jsou ale široce dostupné.

Distribuce paraphernálií je v základních schématech, tzn. stříkačky a jehly, dezinfekce, voda a sterilní vatové tampony. V České republice je distribuce taktéž v základní rovině, ovšem s tím rozdílem, že za základní materiál se považuje nejen injekce a stříkačky, ale například i želatinové kapsle, kondomy apod.

Financování služeb jako výměna jehel je katastrofální, většina je odkázána na zahraniční spolupráci a dárce.

Léčba drogových závislostí se opírá o zastaralé prvky a neúčinné přístupy. Je jen velmi málo klinik „západního“ typu, léčba je vedena ve velkém rozsahu pouze detoxifikační stránkou terapie.

Zarážející je též nezavedení substituční léčby, která je prokazatelně vedena jako účinná intervence. Vrcholní představitelé ruské politiky a také vědního oboru narkologia mají stejný názor na substituci, a to tedy, že léčba substitučními látkami je pouze náhražka jedné drogy za jinou a je neúčinná. Rusko je ve všech směrech varovným příběhem o drogách.

10 Závěr

Podmětem ke zkoumání tohoto tématu byla má souvislá praxe v různých centrech terciární prevence v oblasti drogových závislostí, ale v ostatních formách péče o tento typ cílové skupiny. Často jsem si kladla dotazy jaká je vlastně úroveň poskytování péče v rámci harm reduction v České republice? Co by bylo možné zlepšit? Kde čerpat inspiraci pro dobrou praxi? Jak se tato praxe liší v zahraničí?

Cílem této práce bylo zmapovat služby pro drogově závislé v oblasti snižování rizik v České republice, Spojeném království, Spojených státech amerických a Ruské federaci, zhodnotit jejich stav a porovnat ho s Českou republikou.

Výzkumem bylo zjištěno, viz. Tabulka 1: Srovnání zemí, že Česká republika je na srovnatelné úrovni se západními zeměmi v poskytování služeb v rámci terciární prevence závislým osobám. Česká republika, jako bývalá země východního bloku, je oproti Rusku výrazně na předních příčkách v intervencích ohledně péče o závislé osoby, je otevřená inovacím v tomto směru a posouvá se směrem kupředu.

Ačkoliv se objevuje rušení služeb díky nedostatečnému financování či ztrátě finančních prostředků, není to ve velké míře. Základní programy, jejich dostupnost a kvalita je stále na výborné úrovni a troufám si říci, že stojíme v těsné blízkosti za západními zeměmi. Počet problémových uživatelů, výskyt HIV a žloutenek je u nás v nejnižších číslech, a proto jsme též často za naší efektivní protidrogovou politiku a s ní ruku v ruce kráčející terciární prevencí velice kladně hodnoceni.

Tabulka 1: Srovnání zemí

Česká republika	
Pozitiva	Negativa

Strategie v oblasti harm reduction	Velmi dobrá úroveň	
Výměnný program+distribuce paraphernálií	Výborná, vysoké pokrytí	Nedostatek financí na rozšířený sortiment
Substituční léčba	Velmi dobrá úroveň, standardně používané látky	Nízké pokrytí služeb
Léčba závislostí	Velmi dobrá, standardní postupy	
Spojené státy americké		
Strategie v oblasti harm reduction	Dobrá úroveň, na vzestupu	V důsledku dlouhodobého zákazu financování přetrvávající problematika s financemi
Výměnný program+distribuce paraphernálií	Výborné pokrytí, rozšířený sortiment, pružná reakce nabídky na poptávku	
Substituční léčba	Standardní látky	Nedostatečné pokrytí, velice nízká účast osob
Léčba závislostí	Výborná úroveň, dostatečné pokrytí, standardní postupy ,nadstandardní možnosti léčby	
Spojené království		
Strategie v oblasti harm reduction	Výborné, dlouhá historie	
Výměnný program+distribuce paraphernálií	Výborné pokrytí, rozšířený sortiment	Zákaz distribuce některých paraphernálií ukotvená v zákoně
Substituční léčba	Výborná úroveň, jiné	

	možnosti léčby než standardní postupy, dostatečné pokrytí	
Léčba závislostí	Výborná úroveň, standardní postupy, nadstandardní možnosti léčby	
Ruská federace		
Strategie v oblasti harm reduction		Snižování rizik neukotveno v základních opatřeních
Výměnný program+distribuce paraphernálií	Základní materiál	
Substituční léčba		Neexistence tohoto druhu léčby
Léčba závislostí		Zastaralé postupy, nízká efektivita

Zdroj: vlastní výzkum.

11 Seznam použité literatury

1. Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization: Drug. In: *World health organization* [online]. 2014 [cit. 2014-04-24]. Dostupné z: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/.
2. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, 173 s. ISBN 978-807-3679-088.
3. KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova, 2001, 118 s. ISBN 80-238-8014-4.
4. Co je harm reduction?: Stanovisko Mezinárodní organizace pro harm reduction (IHRA). In: *Harm reduction international*[online]. April 2010 [cit. 2014-04-24]. Dostupné z: <http://www.ihra.net/files/2010/10/26/Briefing-WhatisHR%28czech%29amended2.pdf>
5. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-61.
6. EDEKONTAMINACE. Infekční endokarditida. In: *EDekontaminace* [online]. [cit. 2014-04-22]. Dostupné z:<http://www.edekontaminace.cz/clanek/2/291/infekcni-endokarditida.html>
7. *Harm reduction: a British Columbia community guide*. Victoria, 2005. ISBN 07-726-5440-9
8. MRAVČÍK, Viktor et al. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012 [Annual Report on Drug Situation 2012 – Czech Republic] MRAVČÍK, V.(Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky
9. ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0709-4
10. FRÝBERT, Jiří. Trocha chemie okolo vodiček. In: *EDekontaminace* [online]. 2013 [cit. 2014-04-14]. Dostupné z:<http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/343/trocha-chemie-okolo-vodicek.html>

11. KROPÁČKOVÁ, Michaela et al. Stericup, Sterifilt-testování nového HR materiálu. In: *AT konference 2010 - „Stav ve věcech alkoholu, tabáku a psychoaktivních léků v ČR v roce 2010“*. Špindlerův Mlýn: Společnost pro návykové nemoci ČLS J. E. Purkyně, 2010. Dostupné z: http://www.at-konference.cz/data/document/20100525/35_plockova_stericup_AT2010_1.pdf?id=438
12. *Zaostřeno na drogy / Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009, roč. 7, č. 3. ISSN 1214 -1089.
13. RANDÁK, Daniel. Výměnný automat-provokace nebo nutnost?. In: *Společnost pro návykové nemoci ČLS J. E. Purkyně*. Kongres hotel Jezerka, 2012. Dostupné z: http://www.at-konference.cz/data/document/20120604/Randak_a_kol._-Vymenny_automat_-_provokace_nebo_nutnost.pdf?id=570
14. ADAMEČEK, David. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 80-867-3481-1.
15. *Zaostřeno na drogy / Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, roč. 1, č. 2. ISSN 1214 -1089.
16. Substituční léčba v ČR-něco z historie. In: *Drogy-info.cz* [online]. 15.08.2008. [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substitucni_lecba/substitucni_lecba_v_cr_neco_z_historie
17. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, s. r. o., 2009, roč. 10, č. 1.
18. Substituční přípravek Suboxone je od 1. února 2010 částečně hrazen zdravotními pojišťovkami. In: *Drogy-info.cz* [online]. 05.02.2010 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/substitucni_prip_ravek_suboxone_je_od_1_unora_2010_castecne_hrazen_zdravotnimi_pojistovkami

19. *Zaostřeno na drogy / Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, roč. 1, č. 5. ISSN 1214 -1089.
20. *Zaostřeno na drogy / Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády ČR, 2011, roč. 9, č. 2. ISSN 1214 -1089.
21. ŠKAŘUPOVÁ, Kateřina. *Tanec a drogy 2007*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008, 10 s. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/tanecni_drogy/tanec_a_drogy_2007_vysledky_studie
22. ŠKAŘUPOVÁ, Kateřina. *NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Evaluace projektu Safer Party Tour 2008*. Praha, 2008.
23. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0
24. FLEISCHMANN, Otakar. *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 271 s. ISBN 80-704-4769-9
25. Substituce a udržovací programy. In: *Drogy-info.cz* [online]. 14.8.2008 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z:http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substitucni_lecba/substituce_a_udrzovaci_programy
26. Global state of harm reduction: North America. In: *Harm reduction international* [online]. 2014 [cit. 2014-04-16]. Dostupné z: <http://www.ihra.net/north-america>
27. ALMAZAN, Anthony. REVISITING THE BAN ON FEDERAL FUNDING FOR SYRINGE EXCHANGE PROGRAMS. In: *Harvard health policy review*[online]. 2013 [cit. 2014-04-16]. Dostupné z: <http://hhpronline.org/revisiting-the-ban-on-federal-funding-for-syringe-exchange-programs/>

28. Commonly abused drugs chart. In: *National institute on drug abuse* [online]. March 2011 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: <http://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/commonly-abused-drugs/commonly-abused-drugs-chart>
29. DES JARLAIS, Don C et al. Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States. *Addiction* [online]. 2009, vol. 104, issue 9 [cit. 2014-04-12]. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2008.02465.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1360-0443.2008.02465.x>
30. JARLAIS, Des. *2011 National Survey of Syringe Exchange Programs: Summary of results*. 2011. Dostupné z: <http://www.nasen.org/news/categories/survey/>
31. Harm reduction supplies. In: *Injection drug users alliance* [online]. May 22, 2013 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: <http://iduha.org/category/harm-reduction-supplies/page/3/>
32. HUNT, Neil. A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. *International harm reduction association* [online]. 2002 [cit. 2014-04-08]. Dostupné z: <http://www.ihra.net/files/2010/05/31/HIVTop50Documents11.pdf>
33. NIDA INTERNATIONAL PROGRAM. Methadone Research Web Guide. In: *National institute on drug abuse* [online]. december 2006 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/pdf/methadoneresearchwebguide.pdf>
34. Integrated Prevention Services for HIV Infection, Viral Hepatitis, Sexually Transmitted Diseases, and Tuberculosis for Persons Who Use Drugs Illicitly: Summary Guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services. In: *Centers for disease control and prevention* [online]. Novemeber 9, 2012 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6105a1.htm>
35. CSETE, Joanne a Holly CATANIA. Methadone treatment providers' views of drug court policy and practice: a case study of New York State. *Harm Reduction Journal* [online]. 2013, vol. 10, issue 1, s. 35- [cit. 2014-04-09]. DOI: 10.1186/1477-7517-10-35. Dostupné z: <http://www.harmreductionjournal.com/content/10/1/35>

36. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition): Types of Treatment Programs. In: *National institute on drug abuse* [online]. December 2012 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/drug-addiction-treatment-in-united-states/types-treatment-programs>
37. Western Europe - Regional Overview. *Harm reduction international* [online]. 2014 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.ihra.net/western-europe>
38. Models of care for treatment of adult drug misusers: Update 2006. In: *National Treatment Agency for Substance Misuse* [online]. July 2006 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_modelsofcare_update_2006_moc3.pdf
39. NATIONAL TREATMENT AGENCY FOR SUBSTANCE MISUSE. PART 2. *Models of care for treatment of adult drug misusers: promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services in England* [online]. London: National Treatment Agency, 2002 [cit. 2014-04-09]. ISBN 0954453409.
40. Drug paraphernalia and UK law. In: *Exchange supplies: tools for harm reduction* [online]. 2014 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: http://www.exchangesupplies.org/article_paraphernalia_and_the_law_introduction.php
41. The NTA's 2005 survey of needle exchanges in England. In: *National treatment agency for substance misuse* [online]. April 2007 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_nes1_needle_exchange_survey.pdf
42. Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment. In: *Harm reduction coalition* [online]. February 2009 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://harmreduction.org/wp-content/uploads/2012/01/NHS-NSP.pdf>

43. *Exchange supplies: tools for harm reduction* [online]. 2014 [cit. 2014-04-09]. Dostupné z: <http://www.exchangesupplies.org/>
44. GP prescribing of opioids to opiate-dependent patients: Secondary analyses of data collected during a national survey of general practitioners in England and Wales in mid-2001. In: *National treatment agency for substance misuse* [online]. April 2007 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_rb28_gp_prescribing_opioids.pdf
45. STÖVER, Heino a MICHELS. Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. *Harm Reduction Journal* [online]. 2010, vol. 7, issue 1 [cit. 2014-04-09]. DOI: 10.1186/1477-7517-7-17. Dostupné z: <http://www.harmreductionjournal.com/content/7/1/17>
46. The history of methadone prescribing. In: *Exchange supplies: tools for harm reduction* [online]. 2014 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: http://www.exchangesupplies.org/article_the-history-of-methadone-prescribing.php
47. ROBERTS, Kay a Carole HUNTER. A comprehensive system of pharmaceutical care for drug misusers. *Harm Reduction Journal* [online]. 2004, vol. 1, issue 1, s. 6- [cit. 2014-04-09]. DOI: 10.1186/1477-7517-1-6. Dostupné z: <http://www.harmreductionjournal.com/content/1/1/6>
48. Guidance for the use of substitute prescribing in the treatment of opioid dependence in primary care. In: *Royal college of general practitioners* [online]. 2011 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.rcgp.org.uk/revalidation-and-cpd/~media/Files/SMAH/RCGP-Guidance-for-the-use-of-substitute-prescribing-in-the-treatment-of-opioid-dependence-in-primary-care-2011.ashx>
49. LINTZERIS, Nicholas et al. Methodology for the Randomised Injecting Opioid Treatment Trial (RIOTT): evaluating injectable methadone and injectable heroin treatment versus optimised oral methadone treatment in the UK. *Harm Reduction Journal* [online]. vol. 3, issue 1, s. 28- [cit. 2014-04-09]. DOI: 10.1186/1477-7517-3-28. Dostupné z: <http://www.harmreductionjournal.com/content/3/1/28>

50. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence. In: *National institute for health and clinical excellence* [online]. January 2007 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11606/33833/33833.pdf>
51. Global state of harm reduction: Eurasia. *Harm reduction international* [online]. 2014 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.ihra.net/eurasia>
52. Harm Reduction International statement at the UN Human Rights Council - MDG 6 summit, Russia and harm reduction. In: *Harm reduction international* [online]. 27 September 2011 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.ihra.net/contents/1085>
53. MENDELEVICH, Vladimir D. Bioethical differences between drug addiction treatment professionals inside and outside the Russian Federation. *Harm Reduction Journal* [online]. 2011, vol. 8, issue 1 [cit. 2014-04-09]. DOI: 10.1186/1477-7517-8-15. Dostupné z: <http://www.harmreductionjournal.com/content/8/1/15>
54. ELOVICH, Richard a Ernest DRUCKER. On drug treatment and social control: Russian narcology's great leap backwards. *Harm Reduction Journal* [online]. 2008, vol. 5, issue 1, s. 23- [cit. 2014-04-09]. DOI: 10.1186/1477-7517-5-23. Dostupné z: <http://www.harmreductionjournal.com/content/8/1/15>
55. Drug addiction statistics in Europe and Russia: Reference materials. In: *RIA Novosti* [online]. 01.06.2010 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://en.ria.ru/society/20100601/159275131.html>
56. Rehabilitation Required: Russia's Human Rights Obligation to Provide Evidence-based Drug Dependence Treatment. In: *Human rights watch* [online]. November 2007 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/russia1107webwcover.pdf>
57. RHODES, Tim et al. Injecting equipment sharing among injecting drug users in Togliatti city.. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* [online]. roč. 35, č. 3 [cit. 2014-04-09]. Dostupné z: http://journals.lww.com/jaids/Abstract/2004/03010/Injecting_Equipment_Sharing_Among_Injecting_Drug.11.aspx

58. KSOBIECH, K et al. Characteristics and HIV Risk Behaviors among Injection Drug Users in St. Petersburg, Russia. *Journal of Drug Issues* [online]. 2004-10-01, vol. 34, issue 4, s. 787-804 [cit. 2014-04-10]. DOI: 10.1177/002204260403400404.
59. WALKER, Shaun. Kidnappings, incarceration and the world's worst heroin habit. *The Independent* [online]. 2011 [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <http://www.independent.co.uk/news/world/europe/kidnappings-incarceration-and-the-worlds-worst-heroin-habit-2220673.html>
60. Russlands Chefhygienearzt zweifelt an Erfolg von Methadontherapie gegen Drogensucht. In: *RIA Novosti* [online]. 03.05.2008 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://de.ria.ru/russia/20080503/106442797.html>
61. Replacement Therapy and its Consequences for Rehabilitation of Drug Users. In: *State anti-drug committee of the Russian federation* [online]. 2014 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: http://fskn.gov.ru/pages/gak_eng/7395/7822/7834/index.shtml
62. KRUPITSKY, Evgeny, Edwin ZVARTAU a George WOODY. Use of Naltrexone to Treat Opioid Addiction in a Country in Which Methadone and Buprenorphine Are Not Available. *Current Psychiatry Reports* [online]. 2010, vol. 12, issue 5 [cit. 2014-04-10]. DOI: 10.1007/s11920-010-0135-5. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11920-010-0135-5>