



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

METODIKA

Evropský průvodce zdravotními a sociálními opatřeními zaměřenými na řešení drogového problému

EMCDDA

> 16



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Evropský průvodce zdravotními a sociálními opatřeními zaměřenými na řešení drogového problému

EMCDDA

Český překlad tohoto dokumentu je publikován se svolením EMCDDA a je plnou zodpovědností překladatele.

Původní dokument Health and social responses to drug problems A European Guide viz http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6343/TI_PUBPDF_TD0117699ENN_PDFWEB_20171009153649.pdf

Obsah této publikace nemusí nutně odrážet oficiální stanoviska jednotlivých partnerů EMCDDA, členských zemí EU nebo jakýchkoli institucí či orgánů Evropské unie. Bližší informace o Evropské unii jsou k dispozici na internetu (<http://europa.eu>).



**Evropské monitorovací centrum
pro drogy a drogovou závislost**

Evropský průvodce zdravotními a sociálními opatřeními zaměřenými na řešení drogového problému

1. vydání v českém jazyce
© Úřad vlády České republiky, 2020
Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1
tel.: +420 296 153 222
rvkpp.vlada.cz, www.drogy-info.cz
Autor: EMCDDA
Editor českého vydání: Lucie Grolmusová
Odpovědný redaktor: Lucie Grolmusová
Jazyková korektura: PhDr. Alena Palčová
Sazba: Vladimír Vašek

ISBN 978-80-7440-224-1

Obsah

Předmluva	5
Poděkování	7
Úvod	11
Jak tohoto průvodce používat	13

Kapitola 1

Koncepční rámec tvorby zdravotních a sociálních opatření zaměřených na řešení drogového problému 17

1.1 Celkový kontext a hlavní principy	18
1.2 Základní informace o koncepčním rámci.	19
1.3 Definice problému a analýza potřeb	21
1.4 Tvorba adekvátních zdravotních a sociálních opatření	28
1.5 Hlavní typy dostupných intervenčních opatření.	35
1.6 Implementace, monitoring a evaluace zvolených opatření	39

Kapitola 2

Problémy související s jednotlivými typy nebo vzorci užívání drog. 45

2.1 Řešení problémů spojených s užíváním konopí	45
2.2 Řešení závislosti na opioidech	57
2.3 Snižování počtu úmrtí v souvislosti s užitím opioidů	67
2.4 Minimalizace šíření HIV, virových hepatitid a dalších infekcí spojených s injekčním užíváním drog	77
2.5 Řešení problémů souvisejících s užíváním stimulantů	88
2.6 Opatření zaměřená na řešení problematiky nových psychoaktivních látek.	99
2.7 Řešení problematiky zneužívání léčiv	112
2.8 Řešení problematiky polyvalentního užívání	123

Kapitola 3

Řešení potřeb konkrétních skupin 131

3.1 Problémoví uživatelé opioidů vyššího věku.	132
3.2 Ženy, které mají problémy s drogami	139
3.3 Migranti, uprchlíci a žadatelé o azyl	151
3.4 Ohrožené skupiny mladých lidí	158
3.5 Dospělí příbuzní osob majících problémy s drogami	169

Kapitola 4

Intervenční opatření v jednotlivých kontextech 175

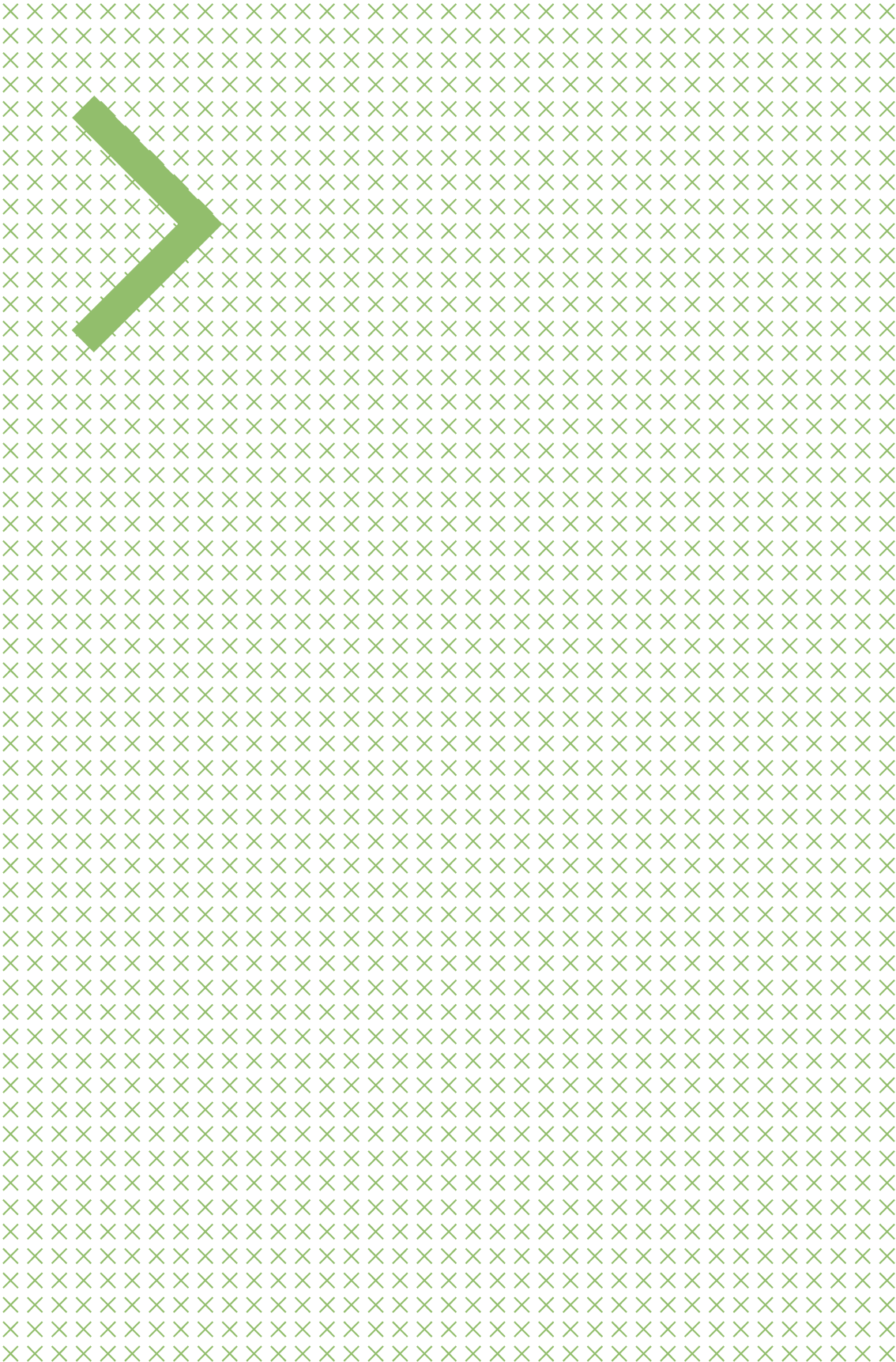
4.1 Vězeňství a systém trestní justice	176
4.2 Noční život, festivaly a další prostředí zábavy	184
4.3 Pracoviště.	194
4.4 Školy	202
4.5 Místní komunity.	209

Kapitola 5

Podpora úspěšné implementace 219

5.1 Praktické využití teoretických poznatků	221
5.2 Budování efektivních systémů a partnerství	227
5.3 Monitoring a evaluace	234

Další postup: efektivní řešení problémů s drogami v Evropě 245



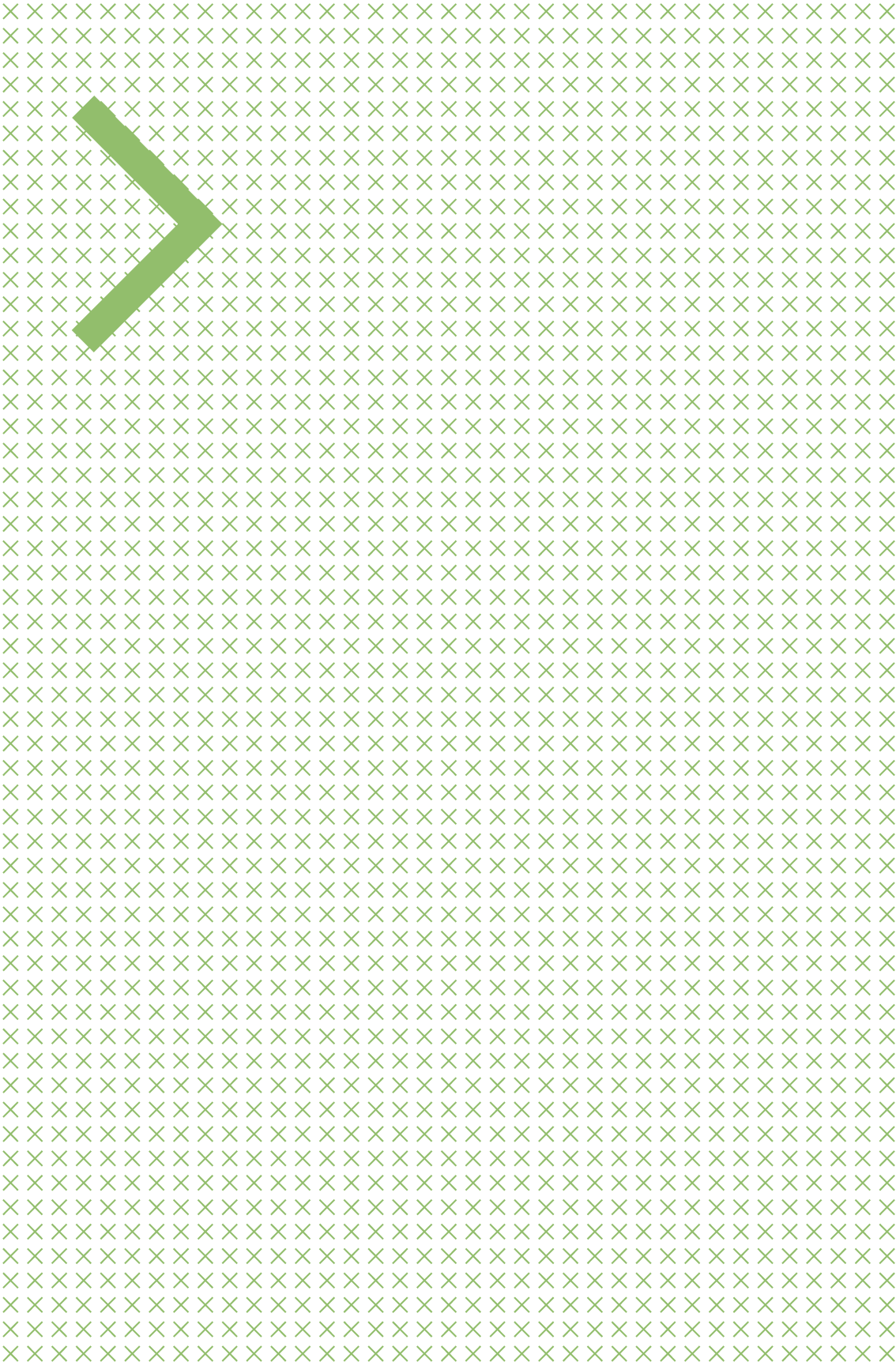
Předmluva

Je mi velkým potěšením, že mohu představit tuto novou publikaci EMCDDA nazvanou *Evropský průvodce zdravotními a sociálními opatřeními zaměřenými na řešení drogového problému*. Jedním z hlavních cílů Strategie 2025 EMCDDA je přispět k tomu, aby byla Evropa zdravější, a tento nový materiál je podle mého názoru důležitou součástí aktivit EMCDDA v této oblasti. Publikace a navazující elektronické zdroje podávají přehled o nejnovějším vývoji ve vztahu k dané problematice a zprostředkovávají detailnější informace a praktické nástroje, které mohou jak činitelé zodpovědní za tvorbu příslušných politik, tak odborníci z praxe využít v rámci snižování negativních zdravotních a sociálních dopadů užívání návykových látek.

Při výběru tematické náplně tohoto průvodce jsme se zaměřovali na otázky, o nichž se domníváme, že si v evropském kontextu zasluhují primární pozornost. Příkladem za všechny je reakce na výzvu, kterou představují nové psychoaktivní látky. Jsou zde zastoupeny rovněž problémy dlouhodobějšího rázu, mezi něž patří např. úmrtí v souvislosti s užíváním opioidů a vysoká míra nákazy virem hepatitidy typu C u injekčních uživatelů drog. S ohledem na možný budoucí vývoj poukazujeme rovněž na některé vznikající problémy, jakým je potenciální nebezpečí drogové závislosti u migrantů a žadatelů o azyl, ale také na možnosti dalšího rozvoje, např. využívání přístupů na bázi tzv. eHealth v rámci prevence, léčby i intervencí v oblasti minimalizace rizik. Toto široké tematické spektrum znamená, že předkládaný průvodce může posloužit různým cílovým skupinám s různými potřebami. Z toho důvodu jsme se rozhodli pro inovativní zpracování publikace, jež je spíše pojata jako referenční dokument či rozcestí k dalším materiálům, které jsou k dispozici on-line.

V průvodci se prolínají dvě významné oblasti působení naší agentury ve vztahu k veřejnému zdraví: přehledové analýzy dosavadních výzkumem ověřených poznatků a příklady dobré praxe v kombinaci s informacemi o situaci v Evropě, jejichž zdrojem jsou naše monitorovací systémy. Pozornost je rovněž kladena na předpokládané hlavní výstupy pro politiku a praxi, které z těchto dvou sfér zájmu vyplývají. Jako v případě veškeré naší práce jsme i zde zavázání širokému spektru partnerů, kteří se na tvorbě tohoto průvodce podíleli, ať už se jedná o jednotlivce a organizace na úrovni jednotlivých států i v celoevropském měřítku, jakož i spolupracující subjekty z dalších regionů. Doufám, že tato partnerství se budou dále rozvíjet v rámci naší další práce v této oblasti a našeho úsilí o další formování důkazní základny pro dobrou praxi a hledání způsobů implementace efektivních řešení, která přispějí k lepšímu zdraví Evropanů stížených drogovým problémem.

Alexis Goosdeel
ředitel EMCDDA



Poděkování

Tato publikace sdružuje informace z velkého množství různých dřívějších i nejnovějších zdrojů. Za svůj vznik také vděčí přínosu široké plejády odborníků, jejichž připomínky přispěly ke zpracování tohoto průvodce. Je však třeba podotknout, že odpovědnost za její obsah nese výhradně EMCDDA.

Tento průvodce by nevznikl bez přispění mnoha pracovníků EMCDDA. Vedle členů vědeckého týmu zabývajících se problematikou jednotlivých intervenčních opatření i dalšími oblastmi, kteří dodali a revidovali obsah po celou dobu přípravy publikace, děkujeme rovněž produkčnímu týmu za jeho pomoc při zpracování inovativního formátu průvodce. Jsme rovněž velmi vděční profesorovi Wayneu Hallovi za jeho průběžnou spolupráci při revizi a redakčních úpravách textu.

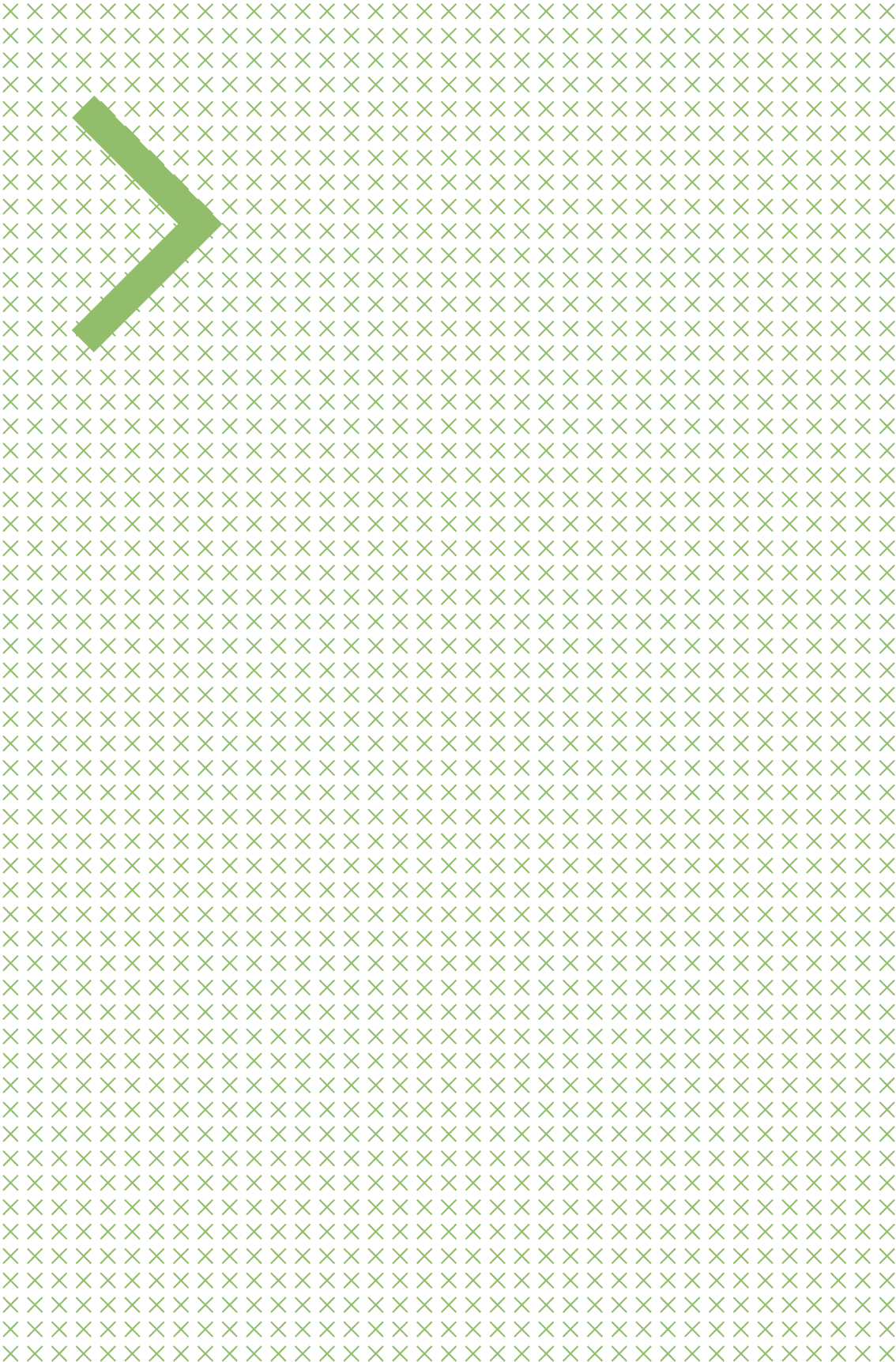
Rádi bychom rovněž poděkovali autorům podkladových materiálů, jež byly publikovány jako součást doprovodného souboru referenčních zdrojů. Jsou jimi Beau Kilmer, Russell Webster, Annette Dale-Perera, Matthijs Blankers a Ajla Mujcic, Tibor Brunt, Sharon Arpa, Jørgen Bramness, Ciara Guiney, Sara Rafael Almeida, Joana Sousa Lourenço a Emanuele Ciriolo, Lauren Johnston, Dave Liddell, Katie Browne a Saket Priyadarshi a Paul Lemmens a Hans DuPont.

V neposlední řadě jsme zavázáni mnoha dalším jednotlivcům a organizacím, kteří přispěli ke vzniku tohoto průvodce jako členové našeho poradního orgánu nebo jako recenzenti. Jsou to:

Adriano Silvestri, FRA
Alessandra Liquori, UNICRI
Anastasia Pharris, ECDC
Anders Eriksson, Švédsko
Anna Dovbakh, EHRN
Anne Arponen, Národní ústav pro zdraví a sociální péči, Finsko
Catherine Comiskey, Trinity College Dublin, Irsko
Cathy Stannard, Frenchay Hospital, Spojené království
Christian Adam, LMU Mnichov, Německo
Cinthia Menel-Lemos, CHAFAE
Claudio Vidal, Energy Control, Španělsko
Dirk Korf, Amsterdamská univerzita, Nizozemsko
Domingos Duran, SICAD, Portugalsko
Eamonn O'Moore, Public Health England, Spojené království
Eberhard Schatz, Correlation Network
Etienne Maffli, Addiction Switzerland
Eva Hoch, LMU Mnichov, Německo
Gerhard Beuhringer, TU Drážďany, Německo
Giovanna Campello, UNODC
Giuseppe Carra, Univerzita Milano-Bicocca, Itálie
Grzegorz Krol, Varšavská univerzita, Polsko
Harry Sumnall, Liverpool John Moores University, Spojené království
Henk Garretsen, Tilburská univerzita, Nizozemsko
Inge Birkemose, Národní úřad pro otázky zdravotnictví, Dánsko

Luis Mendao, European AIDS Treatment Group
Margriet van Laar, Trimbos Institute, Nizozemsko
Marta Torrens Melich, Nemocnice Parc de Salut Mar, Španělsko
Michael Schaub, ISGF, Švýcarsko
Phaedon Kaloterakis, Kethea, Řecko
Rolf Mayer, Verein Arbeits- und Erziehungshilfe, Německo
Valentina Kranzelic, Záhřebská univerzita, Chorvatsko
Viktor Mravčík, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Česká republika
Virginie Paillou, CEID-Addictions, Francie
Ulrich Marcus, Institut Roberta Kocha, Německo
Willem Scholten, konzultant, Nizozemsko
Wouter Vanderplasschen, Gentská univerzita, Belgie

A jako vždy patří náš vděk našim národním monitorovacím střediskům a členům vědeckého výboru, kteří přispívají informačními vstupy a odbornými názory, z nichž všechny naše publikace vycházejí.



Úvod

Tento průvodce a související korpus materiálů dostupných na internetu poskytují referenční bod pro všechny, kdo se podílejí na plánování a realizaci zdravotních a sociálních opatření v rámci řešení problému s drogami v Evropě. Optimálnost opatření bude záviset na konkrétních drogových problémech, kontextech, v nichž se vyskytují, a typech intervencí, jež jsou uskutečnitelné a společensky přijatelné. Prostřednictvím zásadních informací o některých nejdůležitějších problémech, s nimiž se Evropa v souvislosti s drogami potýká, jakož i o dostupných opatřeních k jejich řešení, si tento průvodce klade za cíl sloužit jako pomůcka pro všechny, kteří se touto problematikou zabývají a podílejí se na tvorbě nových a zkvalitňování stávajících programů.

Tato publikace bude každé tři roky aktualizována. Doplnjuje evropskou výroční zprávu o drogách a evropskou zprávu o drogových trzích, která vychází v tříletých intervalech. Tyto tři dokumenty mají společně poskytovat ucelený obraz o situaci v Evropě, a pomáhat tak činitelům odpovědným za tvorbu příslušných politik a odborníkům z praxe koncipovat a uskutečňovat politiky a intervence, jež přispějí ke zdravější a bezpečnější Evropě.

Protidrogová strategie EU na období 2013–2020 si klade za cíl snížit míru poptávky po drogách, závislosti, snížit negativní zdravotní a sociální dopady související s užíváním drog a drogovou nabídkou. Úkolem EMCDDA je podpořit tuto strategii poskytováním „faktických, objektivních, spolehlivých a vzájemně porovnatelných informací týkajících se drog a drogových závislostí a jejich důsledků v rámci Evropy“, shromažďováním informací o nových trendech, jakož i poskytováním informací o příkladech dobré praxe v členských státech EU a zprostředkováváním vzájemné výměny těchto osvědčených postupů. EMCDDA za tímto účelem sbírá informace od mnoha různých partnerských subjektů, a to zejména sítě Reitox, kterou tvoří národní monitorovací střediska z jednotlivých členských států EU, Norska a Turecka. Tento průvodce naplňuje mandát EMCDDA z hlediska stanovených cílů týkajících se snižování poptávky po drogách a negativních zdravotních a sociálních dopadů užívání drog. Nezabývá se problematikou drogových trhů a drogové nabídky. Tato témata jsou předmětem evropské zprávy o drogových trzích.

Užívání drog a problémy s ním související představují složitý a komplexní fenomén, který se vyvíjí v čase. Intervenčních opatření nutných k prevenci a zmírňování souvisejících rizik pro jednotlivce a celou společnost je proto zákonitě mnoho a jsou různé povahy. Navíc je třeba je přizpůsobovat měnícím se vzorcům užívání drog i souvisejícím problémům a také různým národním kontextům. Poskytnout vyčerpávající přehled zdravotních a sociálních opatření zaměřených na řešení drogového problému v Evropě je tak nereálné. Tato publikace je spíše pojata jako úvod do daného tématu, přičemž podrobněji je zde pojednáno o některých tématech souvisejících s drogami, které si v evropském kontextu zasluhují zvýšenou pozornost. V neposlední řadě je třeba zdůraznit, že tento dokument je jakýmsi rozcestím k dalším pravidelně aktualizovaným internetovým zdrojům, jež nabízejí detailnější informace.

Zdravotní a sociální opatření zaměřená na užívání drog a související problémy se realizují na různých úrovních a lze je pojímat z různých úhlů pohledu. Patří sem různé:

- strukturální úrovně – evropská, národní, regionální, místní a úroveň jednotlivých služeb,
- perspektivy – hledisko dané politiky, autorů koncepcí, odborníků z praxe a
- cílové skupiny – celé populace, podskupiny, jednotlivci.

Na jednom konci spektra si můžeme představit tvůrce politik a koncepcí na národní úrovni, jež usilují o nalezení co nejširších veřejnozdravotních opatření reagujících na celou škálu vzájemně propojených drogových problémů. Neméně významný je segment pracovníků služeb, kterým jde o nalezení nejhodnějších způsobů řešení potřeb jednotlivých klientů, s nimiž přicházejí do styku ve své každodenní praxi. Potřeby tvůrců strategií a pracovníků z praxe se ve skutečnosti nemusí až tak lišit, a to i přesto, že šíře a spektrum výzev, kterým čelí, může vykazovat rozdíly. Obě strany budou muset provádět určitou formu vyhodnocení aktuální situace, činit rozhodnutí vycházející z dostupné nabídky možných intervencí a informací o tom, která opatření se osvědčují jako efektivní, a vypracovávat plány na vlastní implementaci i realizaci následných kroků. Přestože tento průvodce je určen zejména těm, kteří se problémem drog zabývají z hlediska plánování veřejnozdravotních opatření na místní i celostátní úrovni, zmapování jednotlivých přístupů a odkazy na vědecky podložené informace a nástroje budou rovněž k užítku i pracovníkům, kteří s uživateli drog přicházejí do přímého kontaktu ve své každodenní praxi.

Definice: zdravotní a sociální opatření zaměřená na řešení problémů s drogami

Opatřeními zaměřenými na řešení drogových problémů se rozumí jakékoli aktivity a intervence realizované za účelem odstraňování negativních dopadů spojených s fenoménem užívání nelegálních drog.

V souvislosti se zdravotními a sociálními opatřeními zaměřenými na řešení problémů s drogami je důraz kladem na aktivity a intervence orientované na užívání drog z hlediska jeho neblahých zdravotních a sociálních dopadů, mezi něž patří úmrtí, infekční onemocnění, závislost, psychické problémy a sociální vyloučení. Do této definice nejsou zahrnuta intervenční opatření v oblasti vymáhání drogových zákonů a snižování nabídky drog. Touto problematikou se zabývají evropské zprávy o drogových trzích.

Jak tohoto průvodce používat



Tento průvodce je zamýšlen jako referenční materiál. Není koncipován tak, že by se měl číst od začátku do konce. Pomineme-li úvodní a závěrečné části, základními stavebními kameny textu jsou jednotlivé samostatné oddíly zakomponované do tří hlavních kapitol. Pro větší přehlednost a snazší orientaci v textu začíná každý oddíl shrnutím daného tématu. Text v rámečcích pak upozorňuje na klíčové prvky, jako jsou definice, aktuální poznatky, přehledy jednotlivých témat a význam pro příslušnou politiku. Každá tato část také obsahuje přehled relevantních zdrojů. Každý rámeček je podle svého typu označen příslušnou ikonkou, podle které mohou čtenáři rychle najít potřebné informace (viz níže).



Definice, vysvětlivky, popisy



Výzkumem ověřené poznatky, metodické pokyny nebo příklady dobré praxe



Zaměřeno na ... důležité otázky a témata s přesahem do dalších oblastí protidrogové politiky



Význam pro politiku a praxi



Doporučené zdroje

V první kapitole je popsán ideový rámec, jehož prostřednictvím se v tomto dokumentu nahlíží na proces realizace jednotlivých opatření a faktory, jež je třeba brát v úvahu v každé jeho fázi. Tato problematika bude konkrétně zajímat všechny, kdo se podílejí na koncipování zdravotní a sociální politiky nebo intervencí zaměřených na řešení otázky užívání drog, ale může být neméně relevantní ve vztahu k intervencím na individuální úrovni.

Kapitoly 2 až 4 se zabývají zdravotními a sociálními opatřeními zaměřenými na řadu drogových problémů v Evropě ze tří různých úhlů pohledu. Mezi těmito různými hledisky dochází nevyhnutelně k překryvům. Na nejvýznamnější z těchto styčných ploch je v rámci příslušných oddílů upozorněno.

Ve druhé kapitole jsou uvedeny příklady opatření zaměřených na řešení problémů spojených s konkrétními vzorci užívání, včetně problémů s konopnými drogami, závislosti na opioidech, drogových úmrtí, šíření infekčních onemocnění a užívání stimulantů. Pozornost je rovněž věnována nejnovějším vzorcům užívání drog, včetně užívání nových psychoaktivních látek a zneužívání léčiv, a také polyvalentnímu užívání drog.

Kapitola 3 se zamýšlí nad možnými způsoby řešení potřeb konkrétních cílových skupin, mezi něž patří např. stárnoucí kohorta uživatelů opioidů v mnoha zemích, ženy užívající drogy, migranti a žadatelé o azyl, kteří nově přicházejí do Evropy, ohrožené skupiny mladých lidí a rodiny zasažené problémem užívání drog.

Kapitola 4 pojednává o příkladech opatření zaměřených na řešení drogové problematiky v různých prostředích, jako jsou věznice, noční podniky, taneční kluby, festivaly apod., pracoviště, vzdělávací zařízení a místní komunity.

Kapitola 5 se zaměřuje na zkvalitňování implementace. Pojednává o množství různých témat, jako je např. práce s vědeckými důkazy (jakož i práce v oblastech, kde je takových důkazů nedostatek), role standardů kvality a výhody uplatňování systémového přístupu usilujícího o propojování jednotlivých služeb v zájmu zvýšení jejich efektivity.

Odkazy na další referenční materiály, včetně elektronické verze tohoto průvodce, stručných publikací pojednávajících o nejrůznějších tématech koncepční i praktické povahy a podkladových zpráv jsou k dispozici na stránce <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>. Tyto zdroje budou dle potřeby průběžně aktualizovány.



Kapitola 1

Koncepční rámec tvorby zdravotních a sociálních opatření zaměřených na řešení drogového problému

SHRnutí

Zdravotní a sociální opatření zaměřená na řešení problémů s drogami v Evropě se uskutečňují v kontextu EU, národních a místních politik a právních rámců, což má vliv na volbu a implementaci jednotlivých řešení.

Je nutné, aby daná opatření byla v souladu se souborem základních principů, mezi něž patří např. respektování lidských práv, včetně práva na dosažení nejvyšší možné úrovně tělesného i duševního zdraví.

Tvorba a implementace opatření zaměřených na řešení drogových problémů, ať už v rámci EU nebo na národní, místní a individuální úrovni, obnáší tři základní kroky:

- určení povahy drogových problémů, jimiž je třeba se zabývat,
- výběr potenciálně efektivních intervencí určených k řešení těchto problémů a
- implementaci, monitoring a evaluaci dopadu těchto intervencí.

V každé fázi je třeba posuzovat mnoho různých faktorů, přičemž na některé z těch nejdůležitějších poukážeme v této kapitole.

Negativní dopady vyplývající z užívání drog závisejí na typu užívaných drog a způsobu jejich aplikace, dále na tom, kdo je užívá a v jakém prostředí k užívání drog dochází. Nej-různější možnosti vzájemné interakce těchto faktorů pak vedou k pestré škále možných scénářů užívání drog, jež se pojí s různou mírou závažnosti zdravotních následků. Nejběžnější kombinace forem užívání drog, uživatelů a prostředí se mezi jednotlivými evropskými zeměmi liší, a tím se současně liší i povaha a rozsah jejich drogových problémů.

Vedle rozdílů mezi jednotlivými zeměmi se užívání drog a problémy s ním související mohou měnit v čase. Znamená to, že na řešení problémů s drogami neexistuje žádná univerzální šablona a že všichni, jejichž úkolem je zabývat se řešením drogových problémů, musejí pravidelně revidovat stávající přístupy a modifikovat aktuálně uplatňované intervence nebo vytvářet nové, které budou adekvátně reagovat na měnící se potřeby. Z výše uvedeného rovněž vyplývá potřeba systematického přístupu, v němž bude evaluace efektivity nedílnou součástí vývoje a realizace opatření zaměřených na řešení drogového problému.

Tato kapitola poskytuje úvod k hlavním tématům, jimž je třeba věnovat pozornost při tvorbě a implementaci zdravotních a sociálních opatření zaměřených na řešení problémů s drogami. Nastiňuje rovněž rámec, podle něhož je tento průvodce koncipován. Tento rámec má sloužit všem, kdo se podílejí na tvorbě a implementaci zdravotních a sociálních opatření, a je také zamýšlen jako jakýsi kontrolní seznam relevantních pojmů, jenž se může hodit při revizi stávající politiky či praxe nebo při koncipování nových činností.

1.1 Celkový kontext a hlavní principy

Rámcový přístup EU k problematice drog je formulován v protidrogové strategii EU na období 2013–2020 a v akčních plánech, které na tento dokument navazují. Jak se uvádí ve společném postoji EU prezentovaném na mimořádném zasedání Valného shromáždění OSN k tématu celosvětového drogového problému, tato strategie vychází z přesvědčení, že „... protidrogové politiky by měly být založeny na uplatňování důsledného veřejnozdravotního přístupu opírajícího se o vědecké poznatky a podporovaného spolehlivými a objektivními monitorovacími systémy a evaluací, a to za současného dodržování lidských práv v pojetí mezinárodních právních nástrojů“. V souladu se Strategií EU rovněž zdůrazňuje potřebu „... integrovaného, vyváženého a vědecky fundovaného přístupu...“, který se zabývá snižováním jak poptávky po drogách, tak jejich nabídky.

Tento průvodce se zaměřuje na zdravotní a sociální opatření zaměřená na řešení problémů s drogami, která spadají zejména do oblasti protidrogové politiky zabývající se snižováním poptávky. Ve vztahu ke snižování poptávky po drogách se ve společném postoji EU dále konstatuje, že „... efektivní, cílené, multidisciplinární a vědecky podložené politiky zaměřené na snižování poptávky po drogách by měly zahrnovat aktivity v oblasti prevence, časné diagnostiky a intervence, minimalizace rizik a dalších negativních dopadů, léčby, následné péče, sociální reintegrace a úzdravy a stavět na kontinuitě poskytování služeb“. Je zde zdůrazňováno, že v souladu s cílem úmluv o kontrole drog, kterým je ochrana veřejného zdraví, je třeba na drogově závislé pohlížet jako na osoby, kteří zasluhují pozornost, péči a léčbu, jejímž prostřednictvím může dojít ke zlepšení jejich zdravotního stavu, usnadnění jejich sociální reintegrace a snížení jejich stigmatizace a marginalizace.

Na zdravotní a sociální opatření však mohou mít značný vliv jak legislativní rámec, tak aktivity orgánů činných v trestním řízení, které mohou působit buď jako překážka těchto opatření, nebo naopak jejich realizaci usnadňovat. Např. činnost represivních složek namířená na osoby užívající drogy může lidi odrazovat od vyhledání odborné pomoci. Aktivity v oblasti kontroly drog tak mohou ještě zhoršovat negativní dopady užívání a představovat bariéru stojící v cestě efektivnímu a účinnému provozování zdravotních a sociálních služeb. Na druhou stranu pracovněprávní legislativa, která znemožňuje diskriminaci osob, které měly někdy v minulosti problémy s drogami, může napomáhat sociální reintegraci a zvyšovat efektivitu léčby a následné péče. Na přijímaná zdravotní a sociální opatření a jejich efektivitu tak mohou mít velký vliv právní rámce a uplatňované politiky jednotlivých členských států EU, mezi nimiž ovšem v tomto ohledu existují značné rozdíly.

Řada klíčových principů z hlediska zdravotních a sociálních opatření zaměřených na řešení drogové problematiky je akcentována také ve společném postoji přijatém v rámci valného shromáždění OSN, v protidrogové strategii EU a v dalších evropských dokumentech, jakými jsou např. minimální standardy kvality pro snižování poptávky po drogách. Pro účely tohoto průvodce jsme zvolily ty z nich, které se bezprostředně vztahují k řešením relevantním pro tuto oblast (viz rámeček). Tyto principy, o nichž bude v rámci této publikace pojednáno v různých kontextech, by měly být základem veškerých intervenčních opatření zdravotní a sociální povahy.

Hlavní principy zdravotních a sociálních opatření zaměřených na řešení problémů s drogami v Evropě

Zdravotní a sociální opatření by měla

- respektovat lidská práva, včetně
 - práva každého člověka na to, aby se těšil co nejlepšimu tělesnému a duševnímu zdraví a
 - práva uživatele drog na poskytnutí informovaného souhlasu s léčbou,
- respektovat etické zásady, včetně informovaného souhlasu, diskrétnosti a rovnosti přístupu,
- počítat s aktivní účastí uživatele služby a jeho okolí v koncepci služby a jejím poskytování,
- uplatňovat veřejnozdravotní přístup,
- vycházet z analýzy potřeb a přesně reagovat na specifické potřeby cílové populace,
- reflektovat kulturní a sociální charakteristiky, včetně genderové problematiky a otázek nerovnosti v oblasti zdraví a
- být správným způsobem koncipována a založena na vědeckých poznatcích, řádně monitorována a evaluována.

1.2 Základní informace o konceptním rámci

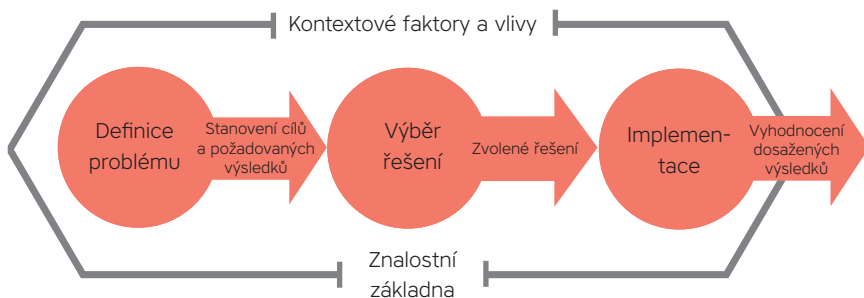
Proces řešení problémů s drogami lze rozdělit do tří základních fází (Obr. 1.1): (i) identifikace konkrétních drogových problémů, jimiž je třeba se zabývat, (ii) výběr opatření či intervencí, jež je třeba realizovat, (iii) implementace intervencí, jejíž nedílnou součástí by měl být monitoring a evaluace dopadu těchto intervencí. Tento přístup lze uplatnit při tvorbě opatření na kterékoli úrovni – celostátní, lokální nebo systémové. Tytéž základní procesy lze stejným způsobem aplikovat, ať už koncipujeme opatření v reakci a konkrétní problém poprvé, nebo přehodnocujeme stávající praxi. Tytéž obecné kroky – identifikaci problému, resp. analýzu potřeb, volbu opatření, resp. intervence, a implementaci, resp. její revizi – lze rovněž vztáhnout na práci s jednotlivci, kteří mají problémy s drogami, byť tato problematika není ústředním tématem této publikace.

Ve všech případech by se mělo vycházet ze získaných informací o rozsahu a povaze problémů, jež je třeba řešit, a na jejich základě následně formulovat požadavky na dosažení konkrétní změny. K tomu lze dospět přezkoumáním dostupných dat o daném problému, počínaje celostátními statistikami a konče prováděním výzkumu a analýzou potřeb v lokálním měřítku, a konzultacemi se všemi zainteresovanými stranami. Priority a intervenční cíle pak budou stanoveny na základě definice problémů a budou reflektovat postoje veřejnosti a politiků, resp. lokálních a celostátních zájmů.

Ve druhé fázi se rozhoduje o tom, jaké konkrétní kroky by se měly uskutečnit a jak naplánotvat jejich praktickou realizaci. Mezi faktory, které se v tomto bodě posuzují, patří typy intervence, která by mohla být v dané situaci efektivní, cílové skupiny a prostředí, v němž mají být předmětná opatření realizována. V závislosti na okolnostech to v praxi může obnášet výběr z nabídky možných prokazatelně efektivních intervencí nebo převzetí či modifikace intervencí, jež se již osvědčily jinde. Pokud neexistuje žádná vhodná alternativa, v úvahu přichází vytvoření nové intervence. V případech, kdy už nějaký program nebo strategie existuje, bude zřejmě nutné posoudit její aplikaci ve světle potřeb jednotlivých skupin, případně korigovat nedostatky v jejím zajištění. Tato rozhodnutí budou vedena úvahami o rozsahu a závažnosti problému, dostupných zdrojích a kompetencích, očekávaných výsledcích a hodnotách a preferencích dané komunity.

Po výběru konkrétního opatření následuje fáze implementace. Zda bude v konkrétním případě fungovat nějaká výzkumem ověřená intervence, bude záležet na způsobu její realizace a na místním kontextu. Zásadním prvkem v této fázi proto bude monitorování a evaluace praktického provádění dané intervence, včetně její nákladovosti a výsledků, která bude podkladem pro průběžné revidování a plánování.

Ve zbývajících částech této kapitoly je podrobněji popsán rámec plánování intervenčních opatření a faktory, které je nutné v každé fázi zohledňovat.



Obr. 1.1 Tři základní fáze tvorby opatření zaměřených na řešení drogových problémů

1.3 Definice problému a analýza potřeb

Definování problémů, resp. analýza potřeb může probíhat na různých úrovních za aktivní účasti nejrůznějších aktérů, včetně orgánů státní správy, plánovačů, konzultantů nebo odborníků z praxe. Při tomto procesu lze uplatnit řadu různých přístupů a účelně využít množství dostupných nástrojů, jakými jsou např. *Prevention and Evaluation Resources Kit* (PERK) a standardní epidemiologické indikátory zavedené EMCDDA. Na individuální úrovni mohou zdravotníci využívat osvědčené posuzovací nástroje, jako je např. Evropský index závažnosti návykového chování (*European Addiction Severity Index*) nebo test pro identifikaci poruch způsobených užíváním návykových látek (*Drug Use Disorder Identification Test*). Širokou nabídku takových nástrojů, jež lze aplikovat na individuální i populační úrovni, obsahuje on-line databáze evaluačních nástrojů (*Evaluation Instruments Bank*).

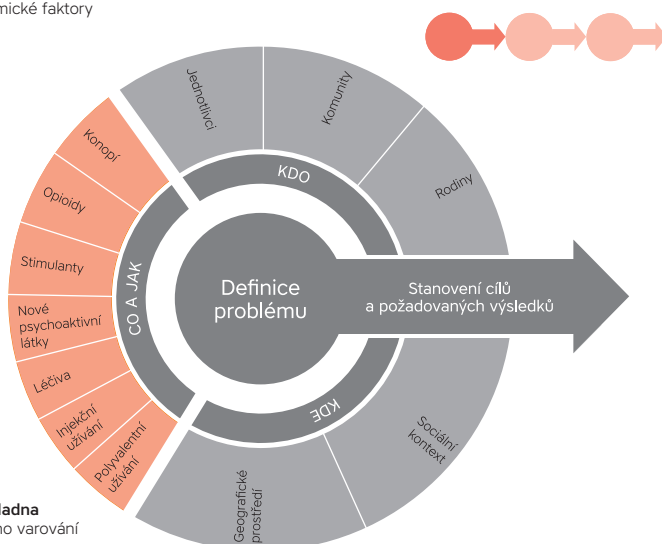
V počáteční fázi tohoto posuzování je zapotřebí formulovat odpovědi na základní otázky: koho se problém týká, o jaké typy látek a vzorce užívání se jedná a kde se problém vyskytuje. Jednotlivá opatření je pak třeba specificky zaměřit na konkrétní projevy drogových problémů, jež mohou být v každé zemi a časové periodě jiné. Široké spektrum faktorů, které je třeba v této fázi celého procesu zohlednit, je právě předmětem této kapitoly a je rovněž znázorněno na Obr. 1.2.

Kontextové faktory a vlivy

Postoje veřejnosti
a zodpovědných činitelů
Národní a lokální priority
Sociální a ekonomické faktory

Vědomostní základna

Systémy včasného varování
Analýza potřeb
Klíčové indikátory



Obr. 1.2 Faktory, které je třeba zohlednit ve fázi 1: definice problému

Role typů drogy a vzorců jejich užívání z hlediska negativních dopadů

Psychoaktivní látky působí na mozek a různým způsobem tak ovlivňují vnímání, náladu, myšlení a chování člověka. Tyto účinky mohou být sice zpočátku pozitivní, např. v tom, že potlačují bolest nebo duševní stres, případně navozují příjemné pocity, ale mohou mít také celou řadu nežádoucích dopadů, které souvisejí s tím, že působení drogy sice vyvolává euforické pocity, ale také negativně ovlivňuje myšlení a pohybovou koordinaci. Např. osoba, která pod vlivem návykové látky řídí automobil, obsluhuje strojní zařízení nebo vykonává nějakou fyzickou aktivitu, může přivodit zranění sobě nebo druhým, případně způsobit i smrt. Intoxikovaní jedinci trpící depresí pak mohou zase impulzivně reagovat na své sebevražedné myšlenky. Osoby pod vlivem návykové látky se také mohou dopouštět násilného chování v sociálním kontextu, který takové chování podněcuje, např. v pohostinských zařízeních, kde se nachází mnoho dalších intoxikovaných hostů. Chronické užívání drog, zejména pokud daná osoba užívá dlouhodobě každý den, může vést k rozvoji syndromu závislosti, což je stav, kdy už je pro uživatele obtížné omezit užívání drog nebo s ním úplně přestat, a tak drogy dále užívá, bez ohledu na zdravotní a sociální újmu, kterou tím působí nejen sobě, ale i svým blízkým. Pokud takové užívání drog pokračuje, může vést k rozvoji nebo dalšímu zhoršování symptomů duševních nebo somatických poruch a vyústit až v postupné selhávání při plnění důležitých sociálních rolí, např. nechození do školy nebo do práce, zanedbávání péče o děti apod. V nejzávažnějších případech může dlouhodobé každodenní intenzivní užívání drog vést k rezignaci na péči o sebe sama a v konečném důsledku i ke ztrátě domova.

Drogové problémy se mohou lišit podle typu drogy, způsobu aplikace (např. perorálně, kouřením nebo injekčně) a frekvence nebo vzorce užívání. To vše pak následně vstupuje do interakce s dalšími faktory, např. s charakteristikami daného uživatele drog (např. mladý člověk, žena nebo muž, sociální integrovanost, nebo naopak znevýhodnění) nebo sociálním prostředím, v němž k užívání drog dochází (např. na pracovišti, doma, v nočním klubu nebo baru, na ulici apod.), které podle situace buď zvyšují, nebo snižují míru problémů, se kterými se uživatelé potýkají. Z těchto důvodů je důležité určit, které z těchto faktorů jsou relevantní z hlediska tvorby intervencí určených k řešení problémů s drogami.

Identifikace hlavních problémových drog a vzorců užívání nám ozřejmí, které nejzávažnější negativní dopady se s nimi budou pravděpodobně pojít. U heroinu a opioidových léčiv je vysoké riziko závislosti, zejména při injekční aplikaci. Může docházet ke smrtelným předávkováním, a pokud uživatelé sdílejí kontaminované injekční náčiní, mohou se nakazit krví přenosnými infekcemi, např. HIV nebo hepatitidou typu B a C, a dále tyto viry šířit.

Stimulancia, např. kokain, MDMA nebo amfetaminy, způsobují intoxikaci. Užívají se často rekreačně, ale mohou se pojít také s problematictějšími vzorci užívání a způsoby užití, jakými jsou injekční aplikace nebo kouření. Osoby pod vlivem stimulancí mohou praktikovat rizikové sexuální nebo jiné aktivity (např. řídit motorové vozidlo), jimiž ohrožují sebe i druhé. Pokud se stimulancia užívají ve velkých dávkách po dobu týdnů až měsíců, mohou přispět ke vzniku psychóz nebo vážných kardiovaskulárních příhod, např. infarktů nebo mrtvic.

U konopí sice existuje minimální riziko fatálních následků, ale jeho uživatelé mohou skončit v nemocnici s akutní intoxikací. Riziko rozvoje závislosti u konopných drog je nižší než u opioidů či stimulantů, případně u legálních drog, jakými jsou alkohol a tabák. Jen u naprosté menšiny uživatelů konopí dojde k rozvoji problémového užívání a vyhledání odborné pomoci v souvislosti s odvykáním od konopí.

Jen málo pravidelných uživatelů drog zůstane pouze u jedné látky. Většina z nich praktikuje polyvalentní užívání, tj. užívají více různých drog, ať už kombinovaně nebo s různým časovým odstupem. Injekční uživatelé heroínu užívají často např. jiné opioidy, alkohol, tabák, benzodiazepiny, konopí nebo stimulanty. Uživatelé kokainu zase často kombinují svou drogu s alkoholem. Mnoho každodenních uživatelů konopných drog rovněž kouří tabák. Tyto kombinace mohou navyšovat riziko újmy, např. tím, že zvyšují pravděpodobnost toxických účinků drog, smrtelných předávkování nebo vzniku závislosti na několika různých drogách, jež může být obtížněji řešitelná než závislost na jedné konkrétní látce.

Rozdíly v negativních dopadech u jednotlivých osob a komunit

Důležitým krokem při definování problému je pojmenování nejdůležitějších původců (resp. faktorů, jež jsou hlavními příčinami) újmy a nejpostiženějších jedinců nebo komunit. Např.: Vzniká problém v důsledku narůstající míry užívání konopných látek mezi mládeží? Pokud ano, koncentruje se tento problém v konkrétní věkové skupině, komunitě nebo geografické oblasti? Souvisí tento nárůst v užívání konopí s nedokončením školní docházky, vyšší nezaměstnaností mladých lidí nebo s nárůstem psychických problémů?

Odpovědi na tyto typy otázek upozorní na problémy, kterými je třeba se zabývat, výsledky, jichž je třeba dosáhnout, a kritéria, podle nichž by se měl hodnotit dopad realizované intervence.

Existují nejrůznější individuální a společenské faktory, jejichž působením hrozí některým uživatelům drog větší riziko. Totéž platí ve vztahu k rodinám a komunitám zasaženým drogovými problémy. Složitá interakce mezi těmito faktory snižuje nebo zvyšuje rizika a negativní dopady spojené s užíváním drog. Tyto faktory mohou navíc interagovat s užíváním drog cyklickým způsobem, a vytvářet tak jakýsi začarovaný kruh. Přehled některých z klíčových faktorů, které je třeba zohlednit, a způsobů jejich vlivu na míru působené újmy je uveden v rámečku na straně 24. Podrobnější informace k této problematice najdete také průběžně v různých částech této publikace.



Příklady faktorů, jež je třeba zohlednit při posuzování drogových problémů

Věk

Obecně platí, že čím je člověk mladší, když poprvé užije drogu, tím je pravděpodobnější, že bude užívat pravidelně, vytvoří si závislost a utrpí někdy v dalším životě nějakou újmu, která bude souviset s drogami. Starší dlouhodobí uživatelé drog mohou konkrétně vykazovat mnohem větší náchylnost jak k akutním, tak ke chronickým zdravotním problémům.

Pohlaví

Přestože užívání drog je mezi ženami méně časté než mezi muži, u žen, které drogy užívají, existuje větší pravděpodobnost výskytu problémů a negativních zdravotních následků než v případech jejich mužských protějšků. Užívání drog u žen v reprodukčním věku může negativně ovlivnit plodnost, a pokud se drogy užívají v těhotenství, existuje riziko nežádoucího zásahu do vývoje plodu.

Tělesné zdraví

Lidé trpící nějakými somatickými zdravotními problémy (např. kardiovaskulárními chorobami a onemocněními dýchacího traktu), kteří současně užívají drogy, jsou vystaveni zvýšenému riziku újmy. Užívání drog může tyto zdravotní potíže dále zhoršit a přispět také k riziku smrtelného předávkování. Užívání drog může mít také negativní dopad na dodržování léčebného režimu a celkový výsledek léčby.

Duševní zdraví

Mnoho lidí, kteří mají problémy s drogami, trpí rovněž souběžně psychickými problémy. Povaha vztahu mezi drogami a duševním zdravím je složitá: u náchylných jedinců mohou drogy zvyšovat riziko rozvoje problémů v oblasti duševního zdraví, mohou zhoršovat existující duševní onemocnění a u osob trpících depresí, úzkostnými poruchami a schizofrenií existuje větší pravděpodobnost problémů způsobených drogami, pokud je tyto osoby užívají.

Biologické vlivy

Neurobiologická výbava každého jedince má vliv na to, jak bude jeho organismus reagovat na drogy a do jaké míry bude náchylný vůči jejich negativnímu působení; dávka tolerovaná organismem jednoho člověka může mít u jiného fatální následky. Riziko užívání drog a újmy, kterou působí, ovlivňuje také impulzivita a další osobnostní rysy.

Socioekonomické faktory

U sociálně znevýhodněných nebo vyloučených jedinců existuje větší pravděpodobnost, že budou užívat drogy a současně pociťovat jejich negativní dopady. Problémy s užíváním drog mohou také prohlubovat sociální znevýhodnění, např. tím, že mladí lidé nedokončí školu nebo nezískají dobře placenou práci. Uživatelé drog bez domova se mohou uchýlovat k rizikovějším uživatelským praktikám, jako je sdílení injekčního náčiní nebo užívání drog v nebezpečném prostředí.

Rodinné faktory

Rodinné faktory mohou mít pozitivní i negativní vliv na individuální vulnerabilitu vůči drogovým problémům. Pokud např. někdo z rodiny užívá návykové látky, může to zvýšit pravděpodobnost užívání drog u dalších rodinných příslušníků, zatímco silné rodinné zázemí a rodičovský dohled může mít z hlediska problémů s drogami protiektivní efekt, případně pomáhat při řešení takových problémů, pokud se vyskytnou.

Etnická příslušnost, náboženské vyznání a sexuální orientace

Příslušníci menšin definovaných etnickým původem, vyznáním nebo sexuální orientací mohou být k užívání drog náchylnější, ale také méně náchylní než většinová společnost. Míra užívání drog může být vyšší, pokud jsou drogy v rámci jejich komunit snadno dostupné nebo pokud pro ně neexistují adekvátní preventivní programy. Pokud se u nich vyskytnou problémy s drogami, stigmatizace a omezený přístup ke zdravotní péči mohou být překážkou ve vyhledání pomoci. Některé minoritní komunity nicméně vykazují nižší míru užívání drog z důvodu silné sociální soudržnosti, úzkých rodinných vazeb a náboženského vyznání, které užívání drog zapovídá.

Role prostředí

Typ a rozsah újmy, kterou drogy působí, může ovlivňovat prostředí, v němž k jejich užívání dochází, a proto je třeba k němu přihlížet. Vyššímu riziku určitého typu újmy mohou být vystaveny osoby, které užívají drogy o samotě. Nebudou mít totiž nablízku nikoho, kdo by jim pomohl, pokud se předávkují. Riziko smrtelného předávkování může např. zvyšovat užívání opioidů bez přítomnosti dalších lidí.

Lidé, kteří užívají drogy na veřejných místech, tak často činí potajmu a ve spěchu. Zvyšuje se tím riziko předávkování nebo nákazy krví přenosnou virovou infekcí, pokud dochází ke sdílení injekčního náčiní. Špatné hygienické podmínky, které se s takovým prostředím často pojí, také přispívají k riziku zanesení mnoha různých dalších infekcí. Výrazný problém to představuje zejména u lidí bez domova. Užívání drog ve věznicích probíhá rovněž pokoutně a rizikovým způsobem (viz také části 2.3, 2.4 a 4.1).

Injekční užívání drog venku v chladném počasí může vést u předávkovaných uživatelů k jejich podchlazení. Naopak uživatel s predispozicí k přehřátí se vystavuje vyššímu riziku, že si přivodí tento vzácný, avšak závažný stav, pokud užije MDMA v horku nočního klubu.

Identifikace a prioritizace problémů, které je třeba řešit

Analýza potřeb často poukáže na množství různých problémů, kterými je třeba se zabývat. Při rozhodování o tom, které problémy se mají řešit, můžeme úspěšně uplatnit veřejnozdravotní přístup. V rámci tohoto přístupu se nejprve posuzuje závažnost problémů z hlediska uživatelů drog i dalších lidí, přičemž se zohledňuje povaha těchto problémů a množství lidí, kteří jsou jimi zasaženi. Následně je věnována pozornost intervencím, které mohou zmírnit dopad identifikovaných drogových problémů na obyvatelstvo. Tento přístup umožňuje identifikovat prioritní intervenční oblasti na základě objektivních skutečností, ale také s přihlédnutím k postojům politiků a veřejnosti.





Zaměřeno na ... národní protidrogové strategie v Evropě

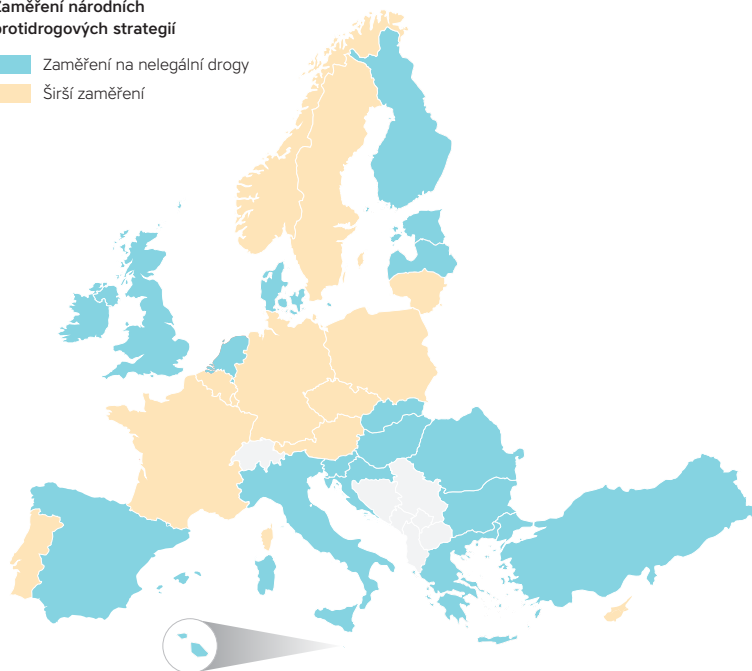
Národní protidrogové strategie jsou nástrojem plánování a koordinace, který evropské státy využívají k formulování svých opatření na řešení různých zdravotních, sociálních a bezpečnostních otázek souvisejících s problémem užívání drog. Zahrnují obvykle obecné principy, cíle a priority a současně specifikují konkrétní opatření a osoby či subjekty odpovědné za jejich implementaci. Tyto strategie podporují vyvážený přístup k protidrogové politice deklarovaný v protidrogové strategii EU na období 2013–2020, jakož i v navazujících akčních plánech, který se zaměřuje na snižování poptávky po drogách i snižování jejich nabídky.

Mnohé z faktorů, které s drogovými problémy, včetně drogové závislosti, souvisejí nebo je prohlubují, představují obecnější sociální otázky, které se rovněž pojí s užíváním dalších potenciálně návykových látek (tabák nebo alkohol) a návykovým chováním (např. hazardním hraním), ale také s kriminalitou a jinými negativními jevy. Tyto potenciální styčné body jsou reflektovány v postupně se rozvíjejícím evropském trendu směrem k protidrogovým strategickým dokumentům, které zohledňují i další návykové látky, případně jsou součástí širěji koncipované adiktologické strategie.

V roce 2016 mělo 18 zemí zpracovány protidrogové strategie zaměřené hlavně na nelegální drogy. V ostatních 12 zemích se rozhodli pro širší záběr svých politik a věnují pozornost také dalším návykovým látkám a chováním (viz mapa). I tyto širěji pojaté dokumenty se stále zaměřují především na nelegální drogy, přičemž míra jejich zájmu o další látky a chování se různí; všechny se zabývají alkoholem, devět si všímá tabákových výrobků, osm se věnuje léčivům, tři zahrnují proble-

Zaměření národních protidrogových strategií

-  Zaměření na nelegální drogy
-  Širší zaměření



matiku dopingů ve sportu (např. přípravků na zvýšení výkonu) a sedm se zabírá otázkou návykového chování (např. v souvislosti s hazardním hraním). Dá se hovořit o určitém trendu ve prospěch šířeji koncipovaných protidrogových strategií, přičemž rozdíl mezi důrazem na nelegální drogy a širší strategií není vždycky zřetelný. Např. ve Spojeném království mají Wales a Severní Irsko jako samosprávné autonomní celky zpracovány širěji koncipované strategické dokumenty, zatímco globální britská strategie se zaměřuje hlavně na nelegální drogy. V dalších případech lze širší záběr spatřovat ve zpracování doplňkových dokumentů věnujících se vybraným prvkům dané strategie. To lze vidět např. ve Finsku, kde existuje specifický akční plán prevence pro oblast alkoholu, tabáku, drog a hazardu.

Viz také publikace EMCDDA *National drug strategies in Europe: trends and developments* [Národní protidrogové strategie v Evropě: trendy a vývoj].

V mnoha evropských zemích je např. předávkování drogami významnou příčinou úmrtnosti mužů ve věku od 25 do 55 let a v některých oblastech těchto případů stále přibývá. Na většinu těchto úmrtí se podílejí heroin a další opiáty. Tato předčasná úmrtí mají enormní dopad na rodiny (které přijdou o rodiče, děti či sourozence) i na širší společnost a kladou značné nároky na službu rychlé zdravotnické pomoci. Snížení počtu úmrtí souvisejících s užíváním opioidů je proto z hlediska protidrogové politiky výraznou veřejno-zdravotní prioritou v mnoha zemích a regionech.

Značnou pozornost médií i znepokojení veřejnosti vyvolávají úmrtí a další negativní jevy spojené s fenoménem nových psychoaktivních látek, byť nejsou tak časté. Také minimalizace újmy pojící se s užíváním nových psychoaktivních látek, které pro uživatele představují neznámé riziko, je proto v rámci Evropy prioritou.

Dalším příkladem jsou otevřené drogové scény, tj. užívání drog a jejich distribuce na veřejných místech. Tyto scény, které narušují veřejný pořádek, budí pohoršení a mohou být dějištěm násilné trestné činnosti, jsou často zdrojem obav veřejnosti a jako takové mohou být rovněž prioritou z hlediska možných intervencí. Opatření v této oblasti musejí zohledňovat jak potřeby místních občanů, tak potřeby problémových uživatelů drog.

1.4 Tvorba adekvátních zdravotních a sociálních opatření

Vyjasnění cílů intervencí

Poté, co byly definovány drogové problémy, které bude nutné řešit, spočívá další krok v určení opatření, která lze za tímto účelem efektivně využít. Pokud to bude možné, měla by se aplikovat kombinace různých intervencí, neboť jedno konkrétní opatření mnohdy nestačí. Volba adekvátního řešení vyžaduje jednoznačné pochopení primárních cílů jednotlivých intervencí. Mezi tyto cíle může např. patřit snaha:

- předcházet tomu, aby mladí lidé začali užívat drogy,
- posouvat věk první zkušenosti s drogami,
- předcházet tomu, aby experimentální uživatelé drog začali užívat pravidelně,
- pomáhat lidem přestat s užíváním drog,
- snižovat míru užívání drog a negativních dopadů u osob, které již drogy užívají,
- snižovat míru negativních dopadů užívání drog na komunity nebo
- usnadňovat sociální integraci osob, které mají problémy s drogami.

Portál dobré praxe

Podrobnější informace o osvědčených a výzkumem ověřených způsobech řešení ve vztahu k různým typům drogových problémů, cílových skupin a prostředí, jakož i metodické pokyny a standardy kvality pro realizaci jednotlivých intervencí lze najít na portálu dobré praxe v rámci webových stránek EMCDDA. Databáze je aktualizována na základě systematických přehledů, metaanalýz a syntéz poznatků obsažených v metodických pokynech (individuální studie jsou obvykle brány v potaz jen ve výjimečných případech), které vznikají ve spolupráci s členy organizací Cochrane Collaboration a Campbell Collaboration a jsou recenzovány předními odborníky v oboru. Portál dobré praxe obsahuje rovněž soubor evropských a mezinárodních směrnic, standardů a příkladů z aplikační praxe.

Jednotlivé cíle budou stanoveny na základě posouzení povahy a fáze vývoje drogového problému, o jehož řešení se jedná. Například:

- Začíná nějaká nová droga způsobovat problémy, přestože počet jejich uživatelů je stále malý?
- Začíná nové problémy působit nějaká tradiční droga, např. heroin, kterou problémově užívá větší množství lidí?
- Existují obavy o opětovný rozmach užívání nějaké nelegální drogy, jakou je třeba MDMA?

V případě nových psychoaktivních látek může být cílem odradit mladé lidi od experimentování s těmito produkty a současně působit na ty, kteří s jejich užíváním již začali, aby přestali, nebo aby je neužívali pravidelně, aniž by však vznikl dojem, že užívání takových drog je normou. Je možné, že identifikace problémových vzorců užívání nových drog se

neobejde bez provádění výzkumu. Možnost představují efektivní adresné formy zdravotní osvěty, jejímž prostřednictvím mohou být uživatelé těchto drog informováni o negativních dopadech a nejrizikovějších vzorcích jejich užívání. Mezi takové formy edukace patří intervence na bázi peer programů nebo šíření relevantních sdělení prostřednictvím sociálních médií, kterým uživatelé drog důvěřují.

V případě nějaké tradiční drogy může být cílem předejít iniciaci jejího užívání a působit na uživatele, u nichž se vyskytly problémy, aby se obrátili na některé z adiktologických zařízení.

Volba nejvhodnějšího řešení

V další fázi se na základě analýzy potřeb a definovaných cílů rozhoduje o volbě adekvátního řešení. Nabízejí se zde tři eventuality: rozšířit nebo zdokonalit nějaké stávající řešení, převzít přístup nebo program, který byl použit někde jinde, anebo vytvořit novou intervenci. V některých případech může být nejvhodnějším řešením drobná modifikace již existujících opatření (např. prodloužení provozní doby služby nebo doplnění vzdělávacího kurikula o nějaký další komponent). Za jiných okolností bude nutné přijít s novou intervencí, kdy bude nutné zvážit množství faktorů, které pomohou určit nejvhodnější a neefektivnější řešení (Obr. 1.3).

Nejprve se budeme ptát, jaké možnosti řešení daného problému jsou k dispozici a jaká fakta hovoří ve prospěch jejich efektivnosti (viz Zaměřeno na obeznámenost s důkazní základnou a její využívání, strana 30).



Zaměřeno na ... obeznámenost s důkazní základnou a její využívání

V následujícím přehledu jsou uvedeny základní typy důkazů, jež lze využít při tvorbě a implementaci intervenčních opatření:

- základní výzkum, znalost důležitých aspektů koncipování nových intervencí,
- evaluace intervencí, např. formou randomizovaných kontrolovaných studií a dalších experimentálních designů nebo observačních studií,
- implementační studie, jejichž zaměřením může být zkoumání faktorů asociovaných s efektivním poskytováním služby a
- syntéza názorů odborníků, jejímž příkladem může být zpracování metodických pokynů či směrnic, s aktivní účastí všech zainteresovaných stran, včetně poskytovatelů a příjemců intervencí.

Různé typy důkazů se liší mírou své váhy a výpovědní hodnoty. Problémy související s drogami jsou komplexní povahy a vyžadují nejen zdravotnické, ale také socioekonomické a vzdělávací intervence. V důsledku toho je často nezbytné integrovat poznatky z širokého spektra disciplín a vědních oborů.

V rámci analýzy dostupných relevantních podkladů pro rozhodování je prvním krokem definování výzkumné otázky, která následně určí i nejvhodnější design výzkumu, který může přinést požadovanou odpověď. Např. individuální efektivita léčby se nejlépe vyhodnocuje pomocí randomizovaných kontrolovaných studií. Při ověřování dlouhodobějšího dopadu již osvědčené intervence nebo dopadu obecnějších politik nebo celopopulačních intervencí se zase budou lépe hodit observační studie. Patří sem např. analýzy přerušované časové řady nebo kontrolované studie porovnávající stav před a po realizaci intervence. Je rovněž důležité zohlednit kvalitu a relevanci dostupných důkazů. Pocházejí zjištění ze studií s odpovídajícím designem, jsou jejich zdrojem správně prováděné studie, v nichž je pamatováno na minimalizaci možných zkreslení, a je o nich informováno adekvátně a lze je uplatnit na předmetnou cílovou skupinu?

Kvalitu či sílu dostupných důkazů můžeme posuzovat mnoha různými způsoby. Obecně platí, že nejkvalitnější důkazy pocházejí ze systematických přehledů, jež kombinují výsledky různých studií a hodnotí jejich kvalitu a míru konzistence zjištění, o nichž referují. U novějších oborů však může chvíli trvat, než je zpracováno dostatečné množství primárních studií, které mohou být následně předmětem systematických přehledů, a často také vzniká potřeba rozvoje služeb v oblastech, kde je důkazní základna slabá nebo neúplná. Při práci s výzkumem ověřenými fakty je také důležité si uvědomovat, že síla důkazů není jediným aspektem; mohou existovat efektivní intervence, jež doposud nelze podložit dostatečně přesvědčivými důkazy, jakož i důkazy svědčící o tom, že některé intervence jsou neefektivní nebo dokonce potenciálně škodlivé. Je také třeba poznamenat, že závěry jednotlivých studií nelze aplikovat plošně, neboť se pojí se specifickými výsledky a obvykle také se specifickými populacemi, resp. prostředím.

Tento průvodce se snaží poskytnout jakousi klasifikaci kvality důkazů sloužících při tvorbě intervencí. Pracuje pro tyto účely převážně se systematickými přehledy, ale přihlíží také k situacím, kdy je možné vycházet i z jiných méně evidentních důkazů. Tato klasifikace zohledňuje kvalitu přehledových studií, kvalitu jednotlivých primárních studií, jež tyto přehledy zpracovávají, a konzistenci výstupů. Průvodce v dané souvislosti pracuje s následujícími kategoriemi:



Důkazy vysoké kvality — jeden nebo více aktuálních systematických přehledů, které zahrnují kvalitní primární studie s konzistentními výsledky. Tyto důkazy mohou posloužit jako podklad pro aplikaci intervence v kontextu, v němž byla podrobena evaluaci.



Důkazy střední kvality — jedna nebo více aktuálních přehledových studií, jež zahrnují množství primárních studií, které vykazují minimálně uspokojivou kvalitu a vcelku konzistentní výsledky. Na základě těchto důkazů se lze domnívat, že v kontextu, v němž byly ověřovány, budou pravděpodobně fungovat, přičemž se však doporučuje provádět další evaluace.



Důkazy nižší kvality — vztahuje se na případy existence primárních studií vysoké či uspokojivé kvality při současné absenci přehledových studií NEBO existenci takových studií, jež však generují nekonzistentní výstupy. Ač jsou tyto důkazy doposud omezené, mohou do budoucna představovat slibný potenciál. Vyplyvá z toho, že tyto intervence mohou stát za pozornost, zejména v kontextu rozšiřování služeb v zájmu naplňování nově identifikovaných či doposud neřešených potřeb, avšak je nutné provádět jejich evaluaci.

Tento průvodce rovněž obsahuje příklady dobré praxe, jež se mohou vztahovat na některé nově zaváděné přístupy v aplikační praxi, nebo intervence, které dosud nebyly předmětem žádných hodnocení, nicméně jsou obecně považovány za přínosné.

Viz podkladový materiál *Evidence review summary: drug demand reduction, treatment, and harm reduction* [Stručný přehled důkazní základny v oblasti snižování poptávky po drogách, adiktologické léčby a minimalizace rizik].

Intervence by měly být optimálně podpořeny co nejpřesvědčivějšími dostupnými důkazy, pokud možno metaanalýzami a systematickými přehledy rozsáhlých randomizovaných kontrolovaných studií a observačními studii výsledků výzkumu, které kombinují výstupy nejruznějších studií pracujících s větším počtem osob. Takové výzkumem ověřené poznatky však nemusejí být vždy k dispozici, nebo jen v minimálním množství. Na opačném konci spektra se pak jako nejlepší alternativa nabízí konsenzus odborníků, a to alespoň do doby, než se podaří zajistit lepší důkazy.

Pokud nejsou k dispozici žádná vhodná řešení, bude zřejmě nutné provést výzkum za účelem vytvoření nějaké intervence, ověřit její proveditelnost a vyhodnotit její přija-

telnost pro danou cílovou skupinu. Poté, co bude program implementován a budou již k dispozici nějaké zkušenosti s jeho aplikací, bude zapotřebí provést další výzkum zaměřený na jeho evaluaci.

Hlavní typy dostupných řešení a způsobů jejich realizace jsou stručně popsány v části 1.5. U komplexních problémů bude často nutné uplatnit kombinaci různých opatření, aby bylo možné věnovat pozornost jednotlivým aspektům takových problémů.

Dalším faktorem, kterým je třeba se v této fázi zabývat, jsou konkrétní cílové skupiny pro danou intervenci. Program může být adresován např.:

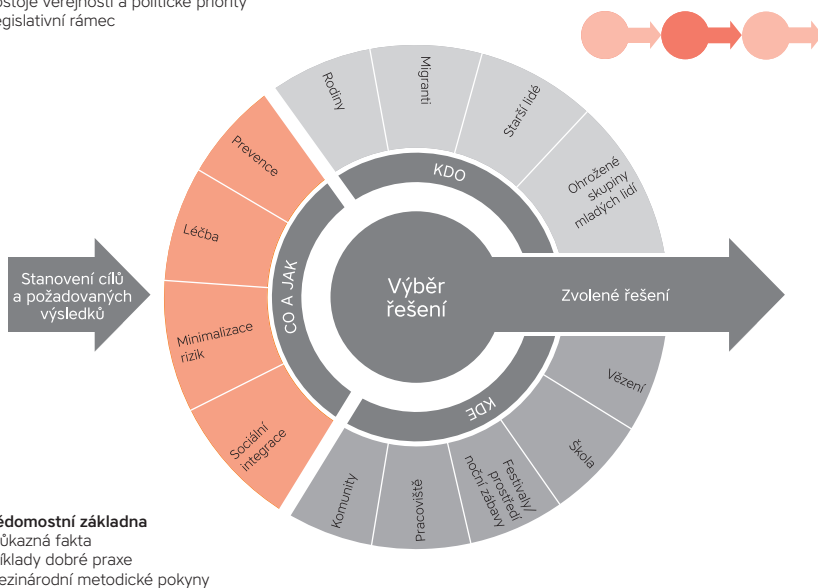
- celé populaci potenciálních uživatelů, např. dospělé populaci,
- dílčími skupinám populace, u nichž je větší riziko, že začnou užívat drogy, nebo kteří vykazují specifické potřeby, např. sociálně znevýhodněná mládež, lidé bez domova, ženy, příslušníci etnických menšin, nebo
- lidem, kteří již drogy užívají nebo vykazují individuální vulnerabilitu.

V neposlední řadě je nutné zohlednit prostředí, v němž bude program zajišťován, např. škola, prostředí noční zábavy, pracoviště, věznice nebo léčebné zařízení. Tyto různé kontexty skýtají příležitosti, ale také úskalí, které je třeba brát v úvahu.

Vedle výše uvedeného je třeba v rámci rozhodování o implementaci určitého souboru intervencí zohledňovat i další faktory.

Kontextové faktory a vlivy

Struktury a zdroje
Postoje veřejnosti a politické priority
Legislativní rámec



Vědomostní základna

Průkazná fakta
Příklady dobré praxe
Mezinárodní metodické pokyny

Obr. 1.3 Faktory, které je nutné zohlednit ve fázi 2: výběr opatření či intervence

Patří mezi ně dostupné struktury a zdroje potřebné k realizaci intervencí. V této souvislosti si lze klást následující otázky:

- Zajišťují již tyto typy služeb nějaké státní, neziskové, občanské nebo charitativní organizace?
- Jsou služby dostupné v dostatečném měřítku, případně mají kapacitu rozšiřovat svůj záběr?
- Jaké další zdroje by musely být k dispozici, aby tyto subjekty mohly dále rozšiřovat své kapacity, např. finanční prostředky na budování či provoz nových prostor, na další pracovníky nebo zvyšování jejich kvalifikace?

V situacích, kdy chybí dostatečné zdroje nebo je třeba rychle reagovat na vzniklou krizi, může vzniknout potřeba hledání kompromisního poměru mezi pokrytím (poskytnutím služby co největšímu počtu lidí) a intenzitou či mírou (kvalitou služby) poskytnuté péče.

Důležitým faktorem z hlediska alokace zdrojů je míra priority, kterou drogovému problému přisuzují politici. Je dostatečně velká, aby zajistila generování zdrojů potřebných na rozšiřování kapacit? Nebo se očekává, že budou stávající poskytovatelé služeb řešit nový problém s prostředky, které mají momentálně k dispozici? Jak se bude rozhodovat o prioritách z hlediska zajišťování služeb pro různé klienty a rozdělování zdrojů mezi jednotlivé služby?

Důležitou determinantou politických priorit mohou být postoje veřejnosti vůči užívání drog, objem prostředků, jež společnost vynakládá na problémy s drogami, a přístup k jejich řešení. Tyto postoje budou záviset na převažujícím „směrodatném obrazu“ užívání drog, tj. zda je užívání drog primárně vnímáno jako neřest, trestný čin, osobní rozhodnutí, choroba nebo handicap.

Na realizovaná opatření může mít také vliv drogová legislativa dané země. Ve všech zemích EU je přechovávání kontrolovaných drog definováno zákonem jako delikt a v mnohých je užívání drog trestným činem. Uživatelé nelegálních drog mohou být v zásadě odsouzeni k nepodmíněným trestům odnětí svobody, nicméně mnohé země uplatňují vůči zdravotním a sociálním problémům plynoucím z užívání drog veřejnozdravotní přístup, který u uživatelů drog spočívá v odklonu od trestního stíhání směrem k terapeutickým alternativám. V některých zemích tyto snahy vedou k navyšování výdajů na léčbu a pomoc uživatelům drog, kteří se potýkají se zdravotními a sociálními problémy.



Obeznamenost se společenskými náklady souvisejícími s problémem užívání drog

Sociální dopad fenoménu nelegálních drog je značný a má různé podoby, ať už se jedná o negativní důsledky pro jednotlivce a jejich rodiny, dílčí segmenty populace nebo společnost jako celek. Výsledkem jsou zvýšené výdaje na zdravotní péči a justici. Další náklady zahrnují poskytování sociálních dávek, financování preventivních intervencí a vzdělávání a výzkum v adiktologii.

Obeznamenost s náklady souvisejícími s protidrogovými opatřeními je důležitá z hlediska plánování a určování priorit. Informace o veřejných výdajích na protidrogová opatření však v Evropě zůstávají kusé a nejednotné, a to jak na místní, tak celostátní úrovni. Na základě výsledků 23 zemí, které poskytly v posledních 10 let své odhady, můžeme usuzovat, že výdaje na protidrogovou politiku v daném regionu tvoří 0,01–0,5 % hrubého domácího produktu (HDP). Na opatření v oblasti snižování poptávky podle dostupných odhadů připadá 23–83 % celkového objemu veřejných výdajů na protidrogovou politiku, z čehož značnou část představují náklady na adiktologickou léčbu a další zdravotní péči. Nedávno publikovaný materiál (*Drug treatment expenditure: a methodological overview*) o metodách sloužících k odhadování výdajů na léčbu uživatelů drog poukázal jednak na velký pokrok v oblasti odhadování nákladovosti léčby, ale také na mnohé přetrvávající překážky, které je třeba ve snaze o předkládání robustních a vzájemně porovnatelných odhadů překonávat. Poskytuje taký základ pro další vývoj aktivit v této oblasti do budoucna.

Veřejné prostředky vynakládané na řešení drogového problému jsou jen částí zátěže, kterou nelegální drogy pro společnost představují. Nesmíme zapomínat na ztráty v individuální rovině ani na další externí společenské náklady, mezi něž patří ztráta produktivity v důsledku předčasných úmrtí a nemocí spojených s užíváním drog, jakož i ekonomické dopady na celé lokality postižené obchodováním s drogami nebo otevřenými drogovými scénami. K těmto potenciálně měřitelným nákladům je nutné přičíst lidské strádání, bolest a utrpení a další následky, které sice nelze přímo měřit, ale je třeba mít je na zřeteli. Odhady těchto širších společenských nákladů, které jdou na vrub užívání drog, se mohou hodit při stanovování možné efektivity a rentability zdravotních a sociálních opatření a zdůvodňování dalšího financování těchto opatření. V evropských státech, pro něž jsou informace k dispozici, se výše společenských nákladů na nelegální drogy odhaduje na 0,1–2 % HDP.

Viz tematická sekce věnovaná problematice veřejných výdajů na protidrogovou politiku na webových stránkách EMCDDA a průvodní dokument k projektu LEADER na stránkách Alicerap.eu.

1.5 Hlavní typy dostupných intervenčních opatření

Drogové problémy lze řešit prostřednictvím širokého spektra různých zdravotních a sociálních opatření. Lze je aplikovat na různé populace, v různých fázích vývoje drogového problému a samostatně, nebo kombinovaně. Ať už se uplatňují na celostátní, nebo místní úrovni, všechna tato opatření mohou být součástí komplexního systému snižování poptávky po drogách a je zapotřebí zajistit jejich koordinované a integrované fungování.

Preventivní přístupy

Oblast protidrogové prevence obnáší široké spektrum přístupů, počínaje intervencemi cílenými na společnost jako celek (environmentální prevence) a konče těmi, které se zaměřují na ohrožené jedince (indikovaná prevence). Při jejich aplikaci je nutné zajistit, aby byly tyto různé strategie adresně nasměrovány na správné cílové skupiny a kontexty, aby byly podloženy výzkumem a měly dostatečný populační záběr. Většina preventivních strategií se zaměřuje na užívání návykových látek obecně, některé si také všímají různých přidružených problémů, jako je násilí nebo rizikové sexuální chování. Jen omezené množství těchto opatření pak cílí na konkrétní látky, např. alkohol, tabákové výrobky nebo konopné látky.

Účelem strategií v oblasti **environmentální prevence** je měnit kulturní, sociální, fyzické a ekonomické prostředí, v němž lidé činí rozhodnutí související s užíváním drog. Spadají sem opatření, jako např. regulace cen alkoholu nebo zákazy reklamy na tabákové výrobky nebo kouření, jejichž efektivitu lze dobře prokázat. Jiné strategie usilují o zajištění protektivního prostředí ve školách, např. podporováním pozitivní a vstřícné atmosféry pro vzdělávání a výchovu k občanským normám a hodnotám.

Všeobecná prevence směřuje k celým populacím, a to obvykle ve školním a komunitním kontextu, s cílem poskytnout mladým lidem sociální kompetence, jejichž pomocí se budou schopni vyhnout nebo oddálit iniciaci užívání návykových látek.

Selektivní prevence obnáší intervence zaměřené na specifické skupiny, rodiny či komunity, u nichž existuje větší pravděpodobnost výskytu užívání drog nebo závislosti, často v důsledku jejich omezenějších sociálních vazeb a možností.

Indikovaná prevence cílí na jedince s behaviorálními nebo psychickými problémy, jež jsou prediktorem vyššího rizika problémů z užívání drog v pozdějším životě. Ve většině evropských zemí obnáší indikovaná prevence primárně poradenství určené mladým uživatelům návykových látek.

Léčba

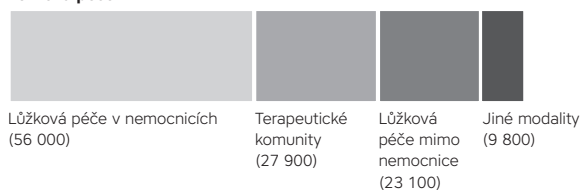
K léčbě problémů způsobovaných drogami se v Evropě užívá množství nejrůznějších intervencí, ať už je to psychosociální péče, opioidová substituce nebo detoxifikace. Relativní důležitost různých léčebných modalit je v jednotlivých zemích určována několika faktory, mezi něž patří např. způsob organizace národního systému zdravotní péče nebo povaha drogových problémů v dané zemi. Adiktologická léčba může být

poskytována v různém ambulantním i lůžkovém režimu: patří sem specializovaná terapeutická pracoviště, ordinace praktických lékařů nebo psychiatrické ambulance, nízkoprahová zařízení, lůžková oddělení nemocnic, specializovaná lůžková zařízení a specializovaná oddělení věznic (viz Obr. 1.4).

Ambulantní péče



Lůžková péče



Věznice (82 100)



Obr. 1.4 Počty lidí v léčbě pro poruchy z užívání drog v Evropě v roce 2015, podle modality

Většina adiktologické léčby v Evropě probíhá ambulantní formou, přičemž mezi dvě hlavní modality ambulantní léčby v Evropě patří opioidová substituční léčba a psychosociální intervence.

Substituční léčba je v Evropě převládající intervencí pro uživatele opioidů. Poskytuje se obvykle na specializovaných ambulantních pracovištích, byť v některých zemích je rovněž k dispozici v lůžkovém režimu a ve výkonu trestu/vazby. Přibližně ve třetině všech členských států EU sehrávají v tomto ohledu důležitou roli také ordinace praktických lékařů, často v rámci kombinovaného modelu péče realizovaného ve spolupráci se specializovanými adiktologickými zařízeními.

Mezi psychosociální intervence patří poradenství, motivační rozhovory, kognitivně-behaviorální terapie, case management, skupinová a rodinná terapie a prevence relapsu. Tyto intervence pomáhají uživatelům zvládat a překonávat jejich problémy s drogami. Představují hlavní formu léčby zajišťovanou pro uživatele stimulačních drog, jako jsou kokain nebo amfetaminy. V kombinaci s opioidovou substituční léčbou jsou rovněž v Evropě poskytovány uživatelům opioidů. V mnoha zemích se odpovědnost za ambulantní psychosociální péči dělí mezi státní instituce a nestátní organizace. Komerční poskytovatelé hrají zpravidla v zajišťování psychosociálních intervencí v Evropě menší roli.

Lůžkové provozy zajišťují v Evropě menší část adiktologické léčby. Od klientů lůžkové či rezidenční léčby, ať už v rámci nemocnic nebo mimo ně, se očekává, že v léčebném zařízení stráví několik týdnů až měsíců, mimo jiné proto, aby měli možnost abstinentovat od drog. Opioidová udržovací léčba se v lůžkovém režimu poskytuje jen zřídka, nicméně existuje pro vybrané skupiny klientů vykazujících vysokou míru nemocnosti. Podmínkou nastoupení léčby může být detoxifikace, krátkodobá intervence realizovaná pod dohledem lékaře, jejímž cílem je omezit nebo eliminovat užívání návykových látek za současného zajištění podpory zaměřené na mírnění abstinenčních příznaků a dalších negativních účinků. Detoxifikace se obvykle provádí jako lůžková intervence v nemocnicích, specializovaných léčebných centrech nebo rezidenčních zařízeních se zdravotnickými nebo psychiatrickými odděleními.

V lůžkových provozech se klientům dostane individuálně strukturované psychosociální péče a účastní se aktivit zaměřených na jejich uzdravu a opětovné začlenění do společnosti. Často se využívá přístup terapeutické komunity. Pro osoby s komorbidními psychiatrickými problémy lze lůžkovou léčbu rovněž zajišťovat v psychiatrických nemocnicích. Do poskytování lůžkové péče jsou v Evropě zapojeny státní instituce, soukromý sektor i nestátní organizace, přičemž podíl jednotlivých typů těchto subjektů na léčbě je v každé zemi jiný.

Nejrůznější preventivní a léčebné intervence pro uživatele drog se stále více poskytují on-line. Potenciál intervencí realizovaných prostřednictvím internetu spočívá v rozšiřování dosahu a geografického záběru léčebných programů směrem k lidem, kteří mají problémy s drogami a nemají jinou možnost, jak se dostat ke specializované adiktologické péči (viz Zaměřeno na intervence typu eHealth, strana 162, a podkladový materiál zabývající se problematikou eHealth a mHealth).

Sociální reintegrace

Mnozí problémoví uživatelé drog, zejména chroničtí uživatelé opioidů, se potýkají se sociálním vyloučením. Běžným jevem je nezaměstnanost a nízké dosažené vzdělání, mnozí jsou bez domova nebo bez stálého bydliště. Intervence související s těmito

otázkami se zaměřují na sociální reintegraci uživatelů drog, včetně posilování schopností daných osob získat a udržet si zaměstnání.

Mezi přístupy uplatňované v této oblasti patří programy odborné přípravy, jejichž cílem je zlepšovat dovednosti a vlastnosti potřebné k uplatnění na trhu práce. Přechod z léčby ke standardnímu zaměstnání mohou usnadnit sociální podniky a družstva, jež umožňují získat pracovní zkušenosti a nabízejí podporované zaměstnání. Velký význam mají také programy, které spolupracují se zaměstnavateli a snaží se na ně působit, aby zaměstnávali osoby s drogovými problémy a poskytovali jim na pracovišti podporu (viz část 4.3 pojednávající o opatřeních na pracovišti).

Nezbytným předpokladem sociální reintegrace je často také řešení problémů s bydlením. Služby nabízející pomoc s bydlením mohou poskytnout krátkodobé nebo dlouhodobé ubytování, jakož i zajistit přístup k jiným službám, jako je lékařská péče, adiktologická léčba, společenské aktivity, vzdělávání a výcvik. Patří sem programy typu „Housing First“, které nejprve co nejrychleji zajišťují ubytování a teprve potom se zabývají řešením drogového problému dané osoby nebo poskytováním jiného typu podpory.

Minimalizace rizik

Minimalizace rizik (*harm reduction*) spočívá v intervencích, programech a politikách, jejichž cílem je zmírňovat zdravotní, sociální a ekonomickou újmu, kterou užívání drog působí jednotlivcům, komunitám a společnosti jako celku. Stěžejním principem konceptu minimalizace rizik je koncipování pragmatických opatření zaměřených na řešení problému užívání drog na základě hierarchie intervenčních cílů, které kladou primární důraz na minimalizaci zdravotní újmy související s dlouhodobým užíváním drog. Reaguje na bezprostřední zdravotní a sociální potřeby problémových uživatelů drog, zejména sociálně vyloučených, nabídkou opioidové substituční léčby a programů výměny injekčního náčiní v zájmu prevence smrtelných předávkování a redukce šíření infekčních onemocnění. Mezi další přístupy patří kontaktní/terénní práce, podpora zdraví a edukace.

V roce 2003 vydala Rada ministrů Evropské Unie doporučení týkající se prevence a minimalizace negativních zdravotních dopadů pojičích se s drogovou závislostí, v němž byly členské státy vyzvány, aby přijaly řadu politik a intervencí určených k minimalizaci zdravotní újmy související s drogovou závislostí. Komise Evropských společenství v roce 2007 stvrdila prevenci a minimalizaci negativních zdravotní dopadů užívání drog jako veřejnozdravotní cíl ve všech zemích. Národní protidrogové politiky v rostoucí míře zohledňují cíle *harm reduction* definované v protidrogové strategii EU a v rámci Evropy panuje široká shoda ohledně významu minimalizace rizik, zejména šíření infekčních onemocnění a nemocnosti a úmrtnosti souvisejícími s předávkováním.

V nedávné minulosti se otevřely nové příležitosti pro zvyšování záběru a efektivity intervencí v oblasti minimalizace rizik, zejména v souvislosti s rozvojem informačních technologií a mobilních aplikací. K novým přístupům patří např. širší využívání eHealth aplikací při poskytování krátkých intervencí a podpory během procesu uzdravy, jakož i využívání znalosti detailních prvků chování lidí při vývoji efektivnějších programů (viz také Zaměřeno na intervence typu eHealth, strana 162, a Zaměřeno na aplikaci multidisciplinárních poznatků o lidském chování na protidrogovou politiku a praxi, strana 232).

1.6 Implementace, monitoring a evaluace zvolených opatření

Úspěšná implementace jakéhokoli řešení závisí na řadě faktorů, které je třeba při plánování a hodnocení politik či programů zohlednit (viz Obr. 1.5).

Faktory ovlivňující implementaci

Za prvé je nezbytná podpora ze strany odpovědných činitelů a veřejnosti. Činitelé odpovědní za tvorbu příslušných politik a veřejnost musejí akceptovat existenci drogového problému, který vyžaduje konkrétní řešení. Někdy je také nutné je přesvědčit, že veřejnozdravotní přístup může být vhodnější než řešení převážně akcentující veřejný pořádek. Upozorňování na ekonomickou efektivnost realizace, případně absence určitých opatření může být nutnou podmínkou alokace společenských prostředků nezbytných pro efektivní kroky v rámci veřejných politik.

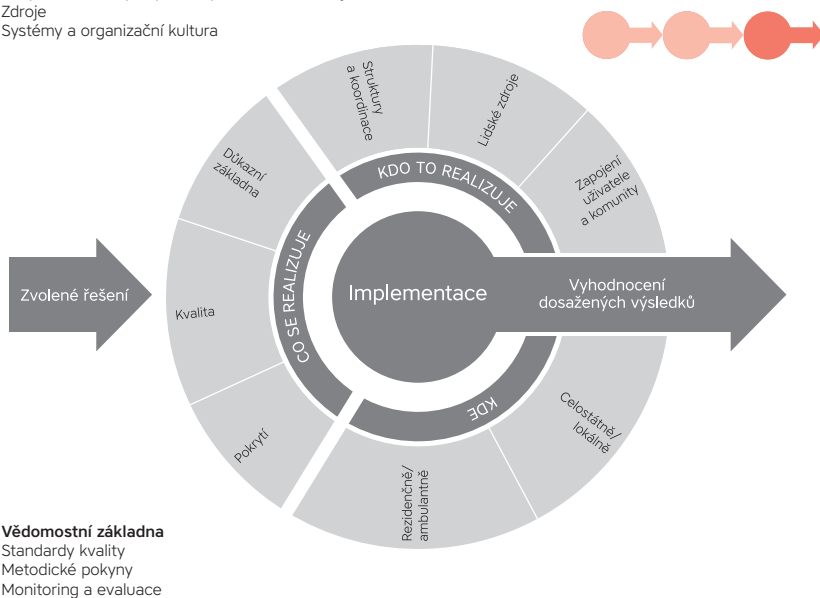
Efektivní implementace intervence závisí na dostupnosti dostatečného počtu jejich kvalifikovaných realizátorů. Pro tyto účely může být nutné vyškolit další pracovníky, s jejichž pomocí budou mít služby možnost dále expandovat. Může sem spadat i přeškolení pracovníků, kteří byli doposud zvyklí pracovat s jinými typy problémových uživatelů drog (např. s injekčními uživateli opioidů spíše než s problémovými uživateli stimulantů nebo konopných drog) nebo které je třeba orientovat na nové skupiny, např. mladé uživatele drog.

Kontextové faktory a vlivy

Podpora ze strany odpovědných činitelů a veřejnosti

Zdroje

Systémy a organizační kultura



Obr. 1.5 Fáze 3: Implementace

Jednotlivé intervence se také neobejdou bez adekvátních zařízení a prostor, kde je možné zajišťovat léčbu, kontaktní práci a další programy. Zapojení komunity může být nezbytné v situacích, pokud se léčba nebo kontaktní služby mají realizovat přímo v rámci komunity. Možné úskalí, kterému je třeba věnovat pozornost, představují obavy, že služby budou lákat uživatele drog a prohlubovat tak problémy s drogami, případně že dojde k shromažďování uživatelů drog v blízkosti těchto zařízení, kteří zde budou neskrývaně s drogami obchodovat a užívat je.

Řízení a koordinace služeb

Aktivity různých zařízení a služeb, jež se snaží řešit drogové problémy, je třeba koordinovat prostřednictvím systémů řízení. Koordinace může vyžadovat ustavení poradních výborů či referenčních skupin s širokým zastoupením klíčových aktérů, jež mohou spoluutvářet směrování celkové strategie. Tyto subjekty jsou také zárukou zapojení všech stran dotčených určitou politikou, což přispívá k širšímu přijetí přístupů uplatňovaných v jejím rámci.

Interakce mezi drogovými problémy a dalšími zdravotními a sociálními problémy dále znamená, že je důležité zajistit náležitou koordinaci mezi adiktologickými službami a další zdravotní péčí. Drogové problémy se např. často pojí s duševními problémy, a je proto nezbytné, aby adiktologické služby a služby v oblasti péče o duševní zdraví spolupracovaly způsobem, který zajistí, že budou oba problémy řešeny efektivně (viz Zaměřeno na komorbiditu adiktologických a duševních poruch, strana 41). Často se to bohužel neděje.

Dalším mechanismem sloužícím efektivní implementaci jsou standardy kvality poskytovaných služeb. O těch je pojednáno v kapitole 5. EU vydala minimální standardy kvality pro oblast snižování poptávky po drogách, které pokrývají problematiku prevence, minimalizace rizik a škod, léčby, sociální reintegrace a následné péče.

Užitečným prostředkem k identifikaci a řešení problémů s implementací mohou být pravidelné konzultace s organizacemi zapojenými do zajišťování služeb. Zdrojem zpětné vazby ohledně poskytovaných služeb i podnětů, jak zlepšit koncepci a realizaci služby, mohou být zástupci uživatelů. Zásadní je vytvořit organizační kulturu založenou spíše na spolupráci než na konkurenčním boji mezi jednotlivými zařízeními a službami o prostředky a klienty.

Monitoring a evaluace poskytovaných služeb

Monitoring, evaluace a zpětná vazba jsou pro správné poskytování služby nezbytné. Umožňují pracovníkům monitorovat realizaci svých programů, zkvalitňovat jejich zajišťování, vyhodnocovat jejich rentabilitu a poskytovat zřizovatelům výkazy o fungování služby. Součástí by vždy měla být také identifikace nezamýšlených negativních důsledků intervencí nebo jiných kroků. Příkladem může být změna v prováděcí praxi vedoucí k nárůstu počtu klientů, kteří z programu odejdou předčasně, nebo případy, kdy opatření učiněná v zájmu prevence pronikání předepisovaných léčivých přípravků na černý trh omezila jejich dostupnost pro pacienty, kteří je potřebují, což vedlo k narušení efektivity léčby, pomíneme-li související bolest a utrpení, a vedoucí k vyšším nákladům na zdravotní péči.

Monitorování implementace a míry využití intervencí se neobejde bez udržitelných systémů sběru dat. Pokud mají být data funkční, příslušné formuláře je nutné vyplňovat v pravidelných intervalech a správným způsobem. Pracovníci služeb by měli být o výsledcích informováni a přesvědčit se tak o hodnotě shromažďovaných dat. Otázky, jež je třeba klást při monitoringu a evaluaci intervencí, mohou znít např. takto:

- Jaké typy intervencí se realizují (např. poradenství, sociální podpora, opioidová substituční léčba)?
- Jakému množství a jakému typu klientů či cílových skupin slouží?
- Jaké jsou výsledky z hlediska prevence nebo redukce užívání drog a jeho negativních dopadů nebo zvyšování kvality života klientů?
- Jaké jsou náklady intervence v porovnání s alternativními programy nebo službami?

Tato data mají význam pro interní i externí účely, např. pro evaluaci a zkvalitňování služeb a řešení pro klienty, výkaznictví směrem k poskytovatelům finančních prostředků, zdůvodňování dalšího nebo rozšířeného financování aktuálních služeb nebo prosazování alternativních nákladově efektivnějších intervencí. Vlastní proces poskytování služeb si obvykle jednotlivá zařízení monitorují a vyhodnocují sama, zatímco evaluaci výsledku a dopadu v ideálním případě provádějí externí evaluátoři, u nichž je zajištěna větší objektivita. Problematikou monitoringu a evaluace se podrobněji zabývá část 5.3.

S ohledem na možnou prodlevu mezi realizací intervencí a nějakým jejich pozorovatelným vlivem na negativní dopady užívání drog stojí před odpovědnými činiteli nelehký úkol, aby zajistili příslušným službám financování i poté, co vnímaná drogová krize odezní. Užitečnou roli v tomto procesu mohou sehrávat výsledky výzkumu dopadu služeb, jejich nákladové efektivity a rozsahu drogových problémů na celopopulační úrovni.

Zaměřeno na ... komorbiditu adiktologických a duševních poruch

Osoby s poruchou z užívání návykových látek velmi často trpí duševními problémy. Tito pacienti tak vykazují klinicky i psychosociálně závažnější problémy než pacienti s poruchami z užívání návykových látek bez komorbidních duševních poruch.

Nejčastějšími psychiatrickými komorbiditami u osob s poruchou z užívání návykových látek jsou deprese a úzkosti (hlavně panické a posttraumatické stresové poruchy) a poruchy osobnosti (hlavně disociální a hraniční). Přítomnost těchto komorbidních duševních problémů zvyšuje náročnost léčby poruch způsobených užíváním návykových látek, zvyšuje riziko chronicity a zhoršuje prognózu jak u psychiatrických, tak u adiktologických poruch.

V rámci dostupné literatury panuje široká shoda, že tyto dva typy poruch je třeba řešit na základě multidisciplinárního přístupu spočívajícího ve spolupráci adiktologů a odborníků na duševní zdraví usilujících o dosažení společného cíle. Konsenzus



však již chybí, pokud jde o nevhodnější léčebné modalitty a nejlepší farmakoterapeutické a psychosociální strategie.

Hlavní překážkou léčby komorbidních adiktologických a psychiatrických poruch je nedostatečná provázanost sítí psychiatrických a adiktologických služeb ve většině evropských zemí. Často to znamená, že jednotlivé terapeutické služby postrádají odpovídající odbornost potřebnou k léčbě obou typů poruch, což má za následek nejednotnost v léčebných přístupech, předpisech i způsobech financování.

Zkvalitňování péče pro osoby s komorbiditou

Při zjišťování a léčbě komorbidních psychických problémů u osob s poruchami z užívání návykových látek je třeba postupovat systematicky.

Adiktologické a psychiatrické poruchy je nutné diagnostikovat pomocí validovaných nástrojů. Pokud s ohledem na nedostatek času nebo nedostatečnou kvalifikaci personálu nelze uplatnit komplexnější diagnostické postupy, je možné kdykoli sáhnout ke standardním screeningovým nástrojům určeným k orientačnímu testování na přítomnost adiktologických nebo psychiatrických poruch.

Léčebné postupy aplikované na duální diagnózy, ať už se jedná o farmakoterapii nebo psychoterapii, případně obojí, se musejí od prvního okamžiku zaměřovat na obě poruchy, aby tak bylo možné stanovit pro každého jedince optimální léčbu.

Nezbytné předpoklady:

- hloubková analýza organizace služeb v evropských zemích,
- mezinárodní studie realizovaná podle standardizované metodologie, která umožní porovnávat situaci v jednotlivých státech,
- rozšíření stávajících evropských systémů hlášení o položky týkající se specificky psychiatrické komorbidity u pacientů s poruchami spojenými s užíváním návykových látek, které by přispěly k zajištění plošného monitoringu této oblasti,
- studie zaměřené na hodnocení výsledků léčby jako způsob budování důkazní základny pro farmakologickou a psychosociální léčbu osob s komorbidním výskytem adiktologických a psychiatrických poruch,
- komplexní analýza a výzkum možností časné intervence při identifikaci vysoce rizikových případů (např. mládež v rané fázi dospívání) za účelem tvorby preventivních opatření.

Viz *EMCDDA Insight 2015, Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe* [Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě].



Doporučené zdroje

EMCDDA

- *Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK)*
- *Evaluation Instruments Bank*
- Portál dobré praxe
- *Drug-related public expenditure*, sekce věnovaná veřejným výdajům na protidrogovou politiku
- *Drug treatment expenditure: a methodological overview*, EMCDDA Insights, 2017
- *National drug strategies in Europe: trends and developments*, 2017
- *Evidence review summary: drug demand reduction, treatment, and harm reduction*, Harry R. Sumnall, Geoff Bates a Lisa Jones, podkladový materiál

Další zdroje

- Protidrogová strategie EU (2013–2020)
- Akční plán EU pro oblast drog 2017–2020
- Společná pozice EU k UNGASS 2016
- Minimální evropské standardy kvality pro snižování poptávky po drogách
- Metodická příručka k projektu LEADER
- Zpráva „O implementaci Doporučení rady z 18. června 2003 k prevenci a minimalizaci zdravotních rizik drogové závislosti“

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.



Kapitola 2

Problémy související s jednotlivými typy nebo vzorci užívání drog

Tato kapitola pojednává o problémech z hlediska jednotlivých vzorců užívání drog a konkrétních látek, jež jsou v mnoha zemích EU důvodem k obavám. U všech případů jsou nastíněny nejdůležitější aspekty daného problému a poskytnut přehled vhodných intervencí, jimiž je možné na ně reagovat. Tyto informace jsou doplněny o krátké shrnutí dostupných výzkumem ověřených poznatků o jejich efektivitě, přehled intervenčních opatření, která se v současnosti uplatňují v rámci Evropy, a o úvahy o některých dopadech na politiku a praxi. Uvedeny jsou rovněž odkazy na další materiály, které se tímto tématem zabývají do větší hloubky.

Obsahem této kapitoly jsou následující témata:

- problémy související s užíváním konopí
- závislost na opioidech
- úmrtí související s užíváním opioidů
- virové hepatitidy, HIV a další infekce pojičící se s injekčním užíváním drog
- problémy související s užíváním stimulancií
- nové psychoaktivní látky
- zneužívání léčiv
- polyvalentní užívání

2.1 Řešení problémů spojených s užíváním konopí

SHRNUTÍ

Témata

Užívání konopí může být příčinou mnoha různých problémů somatické, psychické, sociální a ekonomické povahy, případně může tyto problémy prohlubovat. Výskyt problémů je pravděpodobnější, pokud člověk s užíváním začne v mladém věku a postupně se stane pravidelným dlouhodobým uživatelem. Zdravotní a sociální opatření zaměřená na užívání konopí a související problémy by proto měla v prvé řadě usilovat o:

- předcházení užívání konopí, případně oddalování první zkušenost s touto látkou z období dospívání až do období rané dospělosti,
- předcházení eskalaci užívání konopí z příležitostného na pravidelné,

- omezování škodlivé formy užívání a
- zajišťování intervence, včetně léčby, pro osoby, u nichž se užívání konopí stalo problémovým.

Klíčová slova

konopí, prevence, eHealth, mladí lidé, regulace konopí, krátké intervence

Možnosti řešení

- *Preventivní programy*, např. vícesložkové školní intervence, jejichž prostřednictvím si mohou žáci osvojovat sociální kompetence a dovednosti odmítání a učit se „zdravě“ rozhodovat a zvládat zátěžové situace a která uvádějí na pravou míru falešné normativní představy o užívání drog, nebo rodinné intervence a strukturované intervence poskytované prostřednictvím moderních komunikačních technologií.
- *Krátké intervence*, např. motivační rozhovory poskytované na odděleních urgentního příjmu nebo v rámci primární zdravotní péče.
- *Léčba*: z výsledků výzkumu vyplývá, že v krátkodobém horizontu může ke snížení míry užívání konopí a jeho negativních dopadů přispět kognitivně-behaviorální terapie, motivační rozhovor a incentivní terapie; u nejintenzivnějších uživatelů mladšího věku může při redukci míry užívání pomoci vícerozměrná (multidimenzionální) rodinná terapie a v krátkodobém horizontu mohou užívání konopí snížit některé internetové a jiné elektronické intervence.
- Intervence v oblasti *minimalizace rizik (harm reduction)*, např. řešení negativních dopadů souvisejících s kouřením konopí, zejména v kombinaci s užíváním tabáku.

Situace v Evropě

Všeobecná prevence se realizuje v široké míře, ale ne vždy je založena na objektivním výzkumem podložených faktech. V některých zemích se využívají selektivně preventivní přístupy, nejčastěji u mladých pachatelů trestné činnosti nebo u mládeže v ústavní péči, ale o jejich efektivitě se toho příliš neví. Indikovaná prevence a krátké intervence se podle dostupných údajů tolik nevyužívají.

Lidem, kteří mají problémy s konopím, je v mnohých zemích EU léčba nabízena v rámci všeobecné adiktologické péče, nicméně v polovině z těchto zemí jsou k dispozici také terapeutické programy určené speciálně uživatelům konopí. Tato léčba se většinou poskytuje na komunitní bázi, resp. ambulantně, a stále častěji také on-line.

Obeznamenost s problémem a hlavní cíle opatření

Konopí je nejužívanější nelegální drogou v Evropě i ve zbytku světa. Podle dostupných odhadů užilo za poslední rok konopí 17,1 milion mladých Evropanů (ve věku od 15 do 34 let), resp. 13,9 % příslušníků této věkové skupiny. Do tohoto čísla spadá také 10 milionů mladých lidí ve věku od 15 do 24 let (17,7 % lidí v této věkové skupině). Věk prvního užití konopí je nižší než u většiny dalších nelegálních drog a konopí se také nejvíce užívá mezi mladými dospělými.

Užívání konopí je často experimentální povahy a obvykle k němu dochází pouze krátce v období rané dospělosti. U menší části uživatelů však dochází k rozvoji trvalejších a problematictějších vzorců užívání konopných drog, přičemž tyto problémy mají výraznou souvislost s pravidelným, dlouhodobým užíváním vysokých dávek této látky. Mezi tyto problémy mohou patřit:

- somatické zdravotní potíže (např. chronické respirační symptomy),
- potíže v oblasti duševního zdraví (např. závislost na konopí a psychotické symptomy) a
- sociální a ekonomické problémy plynoucí ze špatných studijních výsledků, předčasného odchodu ze školy, zhoršených výkonů v zaměstnání nebo problémů se zákonem.

Tento vývoj je pravděpodobnější, pokud uživatelé začnou s pravidelným užíváním v dospělosti, kdy se jejich mozek ještě stále vyvíjí. Rizika se mohou zvyšovat při užívání vysoce potentních konopných produktů, zejména těch s vysokou koncentrací psychoaktivní složky tetrahydrokanabinolu (THC) a nižší koncentrací další složky, kanabidiolu (CBD).

Negativní důsledky, které pro mladé lidi má jejich případný záznam v trestním rejstříku v souvislosti s užíváním nebo držením konopí, vzbuzuje v mnohých zemích obavy z možného nepřiměřeného trestního postihu v porovnání s újmou, kterou užívání konopí samo o sobě ve skutečnosti představuje. To je jeden z faktorů, který stojí za experimentováním s různými modely regulace v této oblasti (viz Zaměřeno na dopad nových modelů regulace konopí na intervenční opatření, strana 52).

Nejčastější formou užívání konopí v Evropě je jeho kouření ve směsi s tabákem. S tím se pojí další zdravotní rizika, přičemž přidružená závislost na nikotinu může rovněž komplikovat léčbu. Vystává zde tedy také potřeba celostněji pojatých politik a intervencí zaměřujících se současně na problematiku konopí i tabáku.

Důvodem k obavám jsou také stále více problémy týkající se vysoce potentních syntetických agonistů kanabinoidních receptorů, standardně označovaných jako syntetické kanabinoidy. Přestože působí na tytéž kanabinoidní receptory v mozku, tyto látky se od konopí značně liší. V tomto materiálu je o nich pojednáno v části 2.6 věnované novým psychoaktivním látkám a části 4.1 o věznicích.

Zdravotní a sociální opatření zaměřená na užívání konopí a související problémy mohou mít tyto primární cíle:

- předcházet užívání konopí, případně oddalovat první zkušenost s touto látkou z období dospívání až do období rané dospělosti,

- předcházet eskalaci užívání konopí z příležitostného na pravidelné,
- omezovat škodlivé formy užívání a
- poskytovat léčbu osobám, u nichž se užívání konopí stalo problémovým.

Odpovědní činitelé by také možná měli zvážit možné způsoby, jak u mladých uživatelů konopí minimalizovat míru jejich konfliktu se zákonem.

Možná řešení

Intervence zaměřené na prevenci užívání konopí, oddalování první aktivní zkušenosti s touto látkou nebo eskalaci jejího užívání

Preventivní programy, jež jsou ve vztahu k užívání konopí efektivní, uplatňují obvykle vývojové hledisko a nejsou zaměřeny na konkrétní látky. Preventivní programy pro dospívající mají často za cíl omezit nebo oddálit užívání konopí ruku v ruce s pitím alkoholu a kouřením cigaret.

Ukazuje se, že k nižší míře užívání konopí přispívají také kvalitně koncipované školní preventivní programy. Tyto programy vycházejí ze standardizované metodiky (to znamená, že jejich praktická realizace se provádí podle předepsaných postupů a příruček) a obvykle sledují více různých cílů: rozvoj sociálních kompetencí a dovedností odmítání, zlepšení rozhodování a dovedností zvládání zátěžových situací (*coping*), zvyšování povědomí o vlivu sociálního prostředí na užívání drog, korekce falešných normativních přesvědčení o míře užívání drog mezi vrstevníky a poskytování informací o rizicích spojených s užíváním drog. Bylo zjištěno, že školní programy zaměřující se výhradně na rozšiřování znalostí žáků o rizicích užívání drog nejsou z hlediska prevence užívání konopí a jiných drog dostatečně efektivní. Příklady programů, u nichž provedené evaluace prokázaly pozitivní efekt, lze najít na portálu dobré praxe (viz také část 4.4).

K dispozici jsou důkazy střední kvality, z nichž vyplývá, že preventivní efekt z hlediska užívání konopí mohou mít také některé standardizované všeobecně preventivní rodinné intervence pro rodiče a děti. Jako neefektivnější se v této souvislosti jeví preventivní programy, jež jsou realizovány napříč různými kontexty a oblastmi (např. ve škole a směrem k rodině, za využití mentoringu a mediálních kampaní).

Dostupné poznatky o efektivitě selektivní prevence zaměřené na rodiny mladých lidí spadajících do kategorie „rizikovní“ nevyznívají jednoznačně a nelze proto o efektivitě tohoto přístupu učinit žádné relevantní závěry.

Samostatné mediální kampaně (ať už jsou uskutečňovány prostřednictvím televize, rozhlasu, tisku nebo internetu), šířící informace o rizicích užívání drog na základě principů sociálního marketingu, bývají hodnoceny jako neefektivní, pokud jde o dosahování změny v chování lidí. Obecně se tedy doporučuje, aby se s nimi počítalo pouze jako s jedním z prvků většího komplexu programů, jež v sobě zahrnují široké spektrum nejrůznějších přístupů.

Cílem krátkých intervencí je obecně zasáhnout v rané fázi užívání drog a zmírnit intenzitu užívání nebo předejít progresi směrem k problémovému užívání. Uplatňují se nejčastěji v rámci opatření zaměřených na drogy, které mladí lidé běžně užívají, např. konopí. Tyto



Přehled důkazů o ... intervencích zaměřených na prevenci užívání konopí nebo oddalování první aktivní zkušenosti s touto látkou



Ke snižování míry užívání alkoholu a konopí mohou přispívat vícesložkové intervence realizované ve školách, které vycházejí z myšlenky vlivu sociálního prostředí a zaměřují se na korekci mylných normativních představ a na rozvoj sociálních kompetencí a dovedností odmítání. Bylo zjištěno, že programy, které pouze poskytují informace o rizicích užívání drog, nejsou z hlediska prevence užívání drog efektivní.



Z hlediska prevence užívání konopí mohou být efektivní všeobecně zaměřené rodinné intervence, např. *Familias Unidas*, *Focus on Kids* nebo *Strengthening Families 10-14*, které se realizují napříč různými kontexty a oblastmi.



Z hlediska prevence užívání konopí mohou být efektivní strukturované intervence poskytované prostřednictvím elektronických zařízení, které se realizují ve školách nebo v rámci skupinové práce s rodinnou.



Ve vztahu k užívání konopí mohou být efektivní intervence na bázi motivačního rozhovoru realizované na odděleních urgentního příjmu nebo v rámci primární zdravotní péče.



Není jasné, zda mohou míru užívání návykových látek u mládeže snižovat krátké intervence realizované ve školním kontextu, byť existují určité indicie o jejich možném dílčím pozitivním dopadu na užívání konopí.

intervence jsou časově omezené a specificky cílené a formy jejich realizace se mohou značně lišit. Atraktivita tohoto přístupu spočívá mimo jiné v tom, že jej lze uplatnit v různém prostředí, např. při návštěvě praktického lékaře, v rámci poradenství nebo při práci s mládeží, ale může být aplikován také ze strany policistů. Krátké intervence často zahrnují prvky motivačního rozhovoru. Výsledky přehledové studie zveřejněné nedávno EMCDDA ukázaly, že ačkoli některé výzkumy vyznívají ve prospěch této intervence z hlediska její efektivity, chybí relevantní podklady k jednoznačnému závěru a bude proto ještě nutné tuto oblast dále zkoumat.

Inovativní aktivitu představuje vývoj krátkých intervencí prostřednictvím internetu a určitý preventivní efekt z hlediska užívání konopí byl také zaznamenán (důkazy nižší kvality) u intervencí poskytovaných prostřednictvím elektronických zařízení a internetu v kontextu školy nebo rodinných skupin.

Minimalizace rizik u užívání konopí

Minimalizaci rizik v souvislosti s užíváním konopí se sice ve srovnání s jinými návykovými látkami věnuje méně pozornosti, ale není o nic méně důležitá. Intervence zaměřené na

minimalizaci rizik u uživatelů konopí se mohou zaměřovat na vyhýbání se problémovějším vzorcům užívání, omezení konzumace a zvyšování povědomí o potřebě obezřetnosti vůči možným negativním dopadům užívání na další oblasti života, např. školní prospěch nebo mezilidské vztahy. Za účelem aktualizace kanadských doporučení týkajících se míry užívání konopí představující nízké riziko (*Low Risk Cannabis Guidelines for Canada*) byla v nedávné době zpracována přehledová studie (Fischer et al., 2017), která předkládá relevantní výzkumem podložené závěry, z nichž čerpají další části tohoto textu.

Řešení specifických negativních dopadů souvisejících s kouřením konopí, zejména v kombinaci s tabákem, je dalším důležitým, byť opomíjeným tématem. Intervence v této oblasti by se měly zaměřovat na působení směrem k alternativním formám aplikace, jež se nepojí s kouřením nebo užíváním tabáku, a na minimalizaci újmy působené vdechováním.

Dostupné alternativní způsoby aplikace, např. vaporizéry nebo požívatin s obsahem kanabinoidů, však také nejsou bez rizika. Konzumace konopných požívatin sice eliminuje respirační rizika, nicméně pozdější nástup psychoaktivního efektu může vést k užití větší dávky, než bylo původně zamýšleno, a následným akutním nežádoucím účinkům. Není k dispozici dostatek relevantních dat, na jejichž základě by bylo možné vyhodnotit potenciální relativní pozitiva či negativa některých z již zavedených nebo nových technologií v této oblasti. Je však zřejmé, že z hlediska veřejného zdraví je třeba se vyhnout užívání konopí v kombinaci s tabákem.

Praktiky, které se při kouření konopí často uplatňují, např. inhalace kouře co nejloužeji do respiračního traktu s následným zadržením dechu, vystavují plíce intenzivnějšímu působení toxického materiálu. Uživatelé by měli vědět, že těmto praktikám je třeba se vyhnout.

Produkty s vyšším obsahem THC se pojí s vyšším rizikem akutních i chronických problémů. Uživatelé by měli být poučeni o tom, jak je důležité znát charakter a složení konopných produktů, které konzumují. Na základě dostupných experimentálních důkazů lze usuzovat, že CBD může moderovat psychoaktivní a potenciálně nežádoucí účinky THC, takže je rozumnější užívat konopí spíše s nižším obsahem THC a větším obsahem CBD. Na černém trhu však informace o obsahu THC a CBD nejsou zpravidla k dispozici.

Z provedených výzkumů vyplývá, že řízení pod vlivem konopí zvyšuje riziko dopravní nehody, přičemž toto riziko bude pravděpodobně ještě vyšší při současné konzumaci alkoholu nebo dalších psychoaktivních látek. Bude tedy rozumné, aby lidé, kteří užili konopí, po dobu minimálně šesti následujících hodin neřídili motorové vozidlo (nebo neobsluhovali nebezpečná strojní zařízení). Uživatelé musejí být zároveň obezřetní s místně příslušnou legislativou vztahující se na řízení pod vlivem konopí a dodržovat ji.

Užívání konopí by se měly zejména vystříhat některé populační skupiny, které jsou zjevně v této souvislosti vystaveny zvýšenému riziku újmy. Patří mezi ně jedinci s psychózou nebo adiktologickou poruchou v osobní nebo rodinné anamnéze, dospívající a také těhotné ženy, u nichž hrozí riziko nepříznivého vývoje plodu.

Léčba problémového užívání konopí

Léčba problémů s konopím je založena převážně na psychosociálních přístupech, rodinných intervencích v případě dospívajících a kognitivně-behaviorálních intervencích

u dospělých. Dostupné poznatky hovoří ve prospěch kombinace kognitivně-behaviorální terapie, motivačního rozhovoru a incentivní terapie. Z dostupných důkazů střední kvality lze také usuzovat na možnou efektivitu multidimenzionální rodinné terapie u mladých uživatelů konopí. V souvislosti s uživateli konopí se také stále více využívají internetové a jiné elektronické intervence, které podle dosavadních zjištění přinášejí slibné výsledky z hlediska snižování míry konzumace a zprostředkování léčby založené na osobní komunikaci (v případech potřeby). Efektivitu tohoto přístupu bude ještě nutné ověřit na základě kvalitnějších dat.

Řada experimentálních studií zkoumá také využití farmakologických intervencí při řešení problémů s konopím. Patří sem možnost využití THC, včetně jeho syntetických variant, v kombinaci s dalšími psychofarmaky, včetně antidepresiv, anxiolytik a stabilizátorů nálady. Výsledky jsou prozatím nejednoznačné a žádný efektivní farmakologický způsob léčby závislosti na konopí nebyl doposud stanoven.

Evropské aktivity v oblasti řešení užívání konopí a souvisejících problémů

Prevence

Podle dostupných údajů jsou metodicky standardizované všeobecně preventivní programy zaměřené na rozvíjení sociálních kompetencí a dovedností odmítání, na faktory vlivu sociálního okolí a na korigování mylných normativních představ o užívání drog ústřední složkou celostátních preventivních programů v sedmi zemích EU. Výzkumem podložené rodinné programy jsou dostupné v o něco větším rozsahu.

Další země upřednostňují jiné preventivní přístupy, např. environmentální preventivní opatření (více informací k tomuto tématu obsahuje část 4.2) nebo komunitní přístupy (viz část 4.5).

Selektivně preventivní intervence určené ohroženým skupinám jsou běžné ve skandinávských zemích, Irsku a částech Španělska a Itálie. Zaměřují se na chování jednotlivců i sociální kontext a na místní úrovni je do nich často zapojeno více různých služeb a aktérů (např. sociální služby, rodina, mládež a policie). Nejčastější cílovou skupinou jsou mladí pachatelé trestné činnosti, žáci se studijními a sociálními problémy a mládež v ústavní péči. O náplni těchto preventivních strategií toho není moc známo a chybí také dostatek evaluačních studií o jejich efektivitě. Podle názoru odborníků jsou tyto metody nejčastěji založeny na poskytování informací. Indikovaná prevence určená rizikovým jedincům se v Evropě zajišťuje jen v omezené míře: pouze čtyři země uvádějí, že jsou u nich tyto služby dostupné většině z lidí, kteří je potřebují (viz také část 3.4 týkající se opatření zaměřených na ohrožené mladé lidi).

Krátké intervence

Vzhledem k jejich relativně nízké nákladovosti a skutečnosti, že je mohou po krátkém proškolení potenciálně provádět různí pracovníci v mnoha různých kontextech, jsou krátké intervence intuitivně atraktivní, ale také z povahy věci velmi různorodé. Z příkladů realizovaných v některých evropských zemích uveďme *eSBIRT*, formu krátkých intervencí prováděných na odděleních urgentního příjmu, *Preventure*, program pro školní mládež zaměřený na rizikové osobnostní rysy, a *Fred*, určený pro mladé lidi v rané



Zaměřeno na ... dopad nových modelů regulace konopí na intervenční opatření

Regulace konopí v Evropské unii

Mnohé země EU přistoupily k omezování postihu za užívání nebo přechovávání malého množství konopí a v některých případech i za pěstování omezeného počtu rostlin pro vlastní potřebu. Většina zemí EU postihuje v současnosti přechovávání malého množství konopí pokutami, napomenutím nebo probačním dohledem. Důvodem většiny těchto změn jsou spíše změny ve formálních i neformálních postupech při vymáhání práva ve vztahu k přechovávání nelegálních látek než legislativní změny na celostátní úrovni.

Nizozemsko toleruje určité formy maloobchodního prodeje konopí již 40 let. Ve Španělsku v poslední době začínají vznikat kluby uživatelů konopí, které na komerční bázi produkují konopí určené pro osobní potřebu svých členů. Počty těchto klubů rostou a objevují se také v dalších částech Evropy. V mnoha zemích EU získaly registraci léčivé přípravky na bázi konopí a k datu publikování tohoto dokumentu je užívání konopí pro lékařské účely povoleno nebo tolerováno v několika členských státech.

Legalizace konopí na americkém kontinentě

Na rozdíl od Evropské unie se v některých částech amerického kontinentu zavádí politika legalizace rekreačního užívání konopí u dospělých:

- Občané v osmi státech USA se vyslovili pro legalizaci komerční výroby a prodeje konopí dospělým pro rekreační účely (Colorado a Washington v roce 2012, Oregon a Aljaška v roce 2014 a Kalifornie, Massachusetts, Maine a Nevada v roce 2016). Voliči ve Washingtonu, D. C., kromě toho odsouhlasili opatření legalizující domácí pěstování, přechovávání a darování konopí, nikoli však maloobchodní prodej.
- Uruguay v roce 2013 jako první legalizovala užívání konopí u dospělých osob.
- V roce 2017 přijala kanadská federální vláda právní úpravu, na jejímž základě došlo k legalizaci komerční výroby a prodeje konopí pro rekreační využití dospělými osobami.

Pozitiva a negativa legalizace

Zastánci legalizace argumentují tím, že tyto kroky omezí přístup ke konopí dospívajícím, zlepší regulaci produktů z konopí, omezí možnost kontaktu uživatelů konopí s nebezpečnějšími drogami, eliminují trestní postihy za užívání konopí a budou zdrojem finančních prostředků vybraných na daních, které bude možné investovat do prevence a léčby poruch způsobených užíváním konopí.

Odpůrci legalizace argumentují tím, že normalizace užívání konopí a následné snížení jeho ceny, které se s legalizací pojí, povede k navýšení počtu uživatelů konopí a intenzivnímu užívání mezi stávajícími uživateli, čímž dojde k nárůstu negativních dopadů užívání konopí ve společnosti. Poukazují také na naši velmi omezenou

znalost zdravotních důsledků vysoce potentních produktů, které se ve státech, které se rozhodly pro legalizaci, běžně prodávají.

Jaké jsou možné dopady legalizace konopí?

Je předčasné činit jednoznačné závěry o dopadu legalizace konopí, ale pozornost je třeba věnovat následujícím aspektům pozitivní i negativní povahy:

- změny v míře a vzorcích užívání konopí,
- návštěvy na odděleních urgentního příjmu z důvodu nechtěně způsobených otrav dětí, intoxikace konopím u dospělých a silného syndromu zvracení u intenzivních uživatelů,
- vyhledání léčby v souvislosti s užíváním konopí u dospělých a dospívajících, včetně zdrojů kontaktu na takovou léčbu,
- dopravní nehody, celkem a v souvislosti s užitím konopí nebo alkoholu,
- související změny v užívání a negativních dopadech jiných kontrolovaných a regulovaných psychoaktivních látek (včetně alkoholu, tabáku, léčiv a nelegálních drog, např. opioidů) jako indikátory celkového vlivu na veřejné zdraví,
- náklady související s odlišnými přístupy (včetně nákladů na činnost justičních orgánů, vlivu na trestnou činnost a nákladů spojených s regulací trhu).

Viz zprávu EMCDDA z roku 2017 o evropské legislativě týkající se konopí a podkladový materiál *New developments in cannabis regulation* [Nejnovější vývoj v oblasti regulace konopí].

fázi trestního stíhání. Zdá se však, že realizace krátkých intervencí není v Evropě příliš rozšířená. Pouze tři země uvádějí, že tyto intervence poskytují v plném rozsahu ve školách, dvě pak uvádějí, že je na stejné úrovni realizují v rámci nízkoprahových služeb.

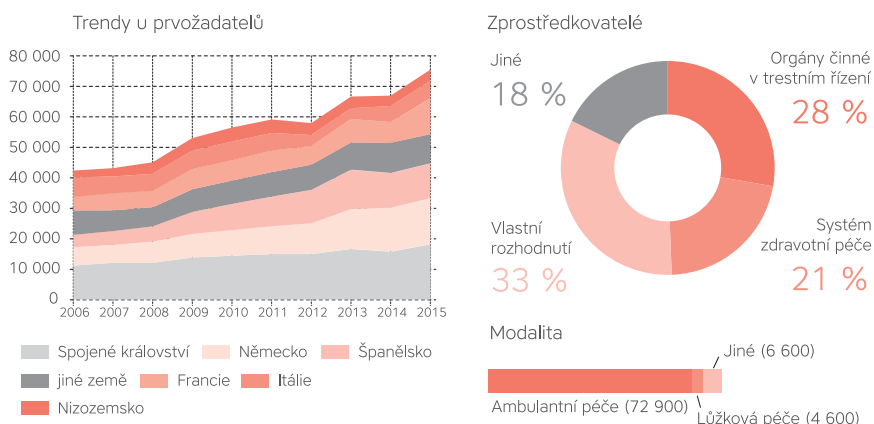
Ve Francii byla vytvořena speciální centra pro mladé lidi užívající konopí nebo jiné psychoaktivní látky, jakož i pro jejich rodinné příslušníky, kteří by se mohli zdráhat obrátit se na tradiční léčebné služby. Tato pracoviště, *Consultations Jeunes Consommateurs* (CJC), spadají pod specializovaná adiktologická centra (CSAPA). Jejich úkolem je intervenovat v raných fázích, někde mezi prevencí a vlastní péčí.

Léčba problémů s konopím

Počet osob, které v rámci Evropské unie nastupují léčbu v souvislosti s problémy s konopím poprvé v životě, vzrostl ze 43 000 v roce 2006 na 76 000 v roce 2015 (Obr. 2.1). Od roku 2009 je konopí uváděno jako nejčastější primární droga u klientů, kteří nově zahajují léčbu („prvozadatelé“). Tento nárůst může souviset s množstvím faktorů, včetně změn v užívání konopí v obecné populaci, a to zejména pokud jde o intenzivní užívání, změn ve vnímaných rizicích, stále větší dostupnosti potentnějších konopných produktů a změn v zajišťování léčby a jejím zprostředkování. Důležitým prvkem přístupu k léčbě uživatelů konopí se stalo její ukládání soudem v rámci trestních řízení; jen v roce 2015 byla čtvrtině uživatelů konopí, kteří v Evropě poprvé nastupovali léčbu, uložena tato léčba v rámci trestního řízení, přičemž v některých zemích byl tento podíl ještě výrazně vyšší. Tato data jsou rovněž ovlivněna rozdílností definic užívaných

jednotlivými státy a praxí týkající se určujících charakteristik léčby poruch souvisejících s konopím, jež se mohou pohybovat v pásmu od krátkých intervencí poskytovaných on-line po přijetí do rezidenční péče.

V Evropě je převážná část léčby pro uživatele konopí poskytována na komunitní bázi, resp. v ambulantním režimu, ale za zmínku také stojí, že přibližně každý pátý člověk nastupující lůžkovou adiktologickou léčbu uvádí, že jeho primární problémy souvisejí s konopím. Přestože v mnoha evropských zemích je léčba pro osoby, které mají problémy s konopím, nabízena v rámci programů všeobecné adiktologické péče, přibližně polovina z nich má k dispozici také terapeutické alternativy zaměřené specificky na užívání konopí. Rozvoj terapeutických programů určených speciálně pro uživatele



Obr. 2.1 Uživatelé konopí nastupující léčbu v Evropě: vývojové trendy a zprostředkovatelé léčby za rok 2015

Pozn.: Údaje o způsobu zprostředkování péče a modalit vycházejí z počtu všech osob nastupujících léčbu, u nichž bylo primární drogou konopí, získaného na základě nejaktuálnějších dat ze všech zemí. Trendy týkající se prožadatelů vycházejí z dat poskytnutých 23 zeměmi. Vzhledem ke změnám v toku dat na národní úrovni není možné data za Itálii od roku 2014 porovnávat s předchozími roky.

Přehled důkazů o léčbě problémového užívání konopí



Behaviorální intervence (např. kognitivně-behaviorální terapie, motivační rozhovor a incentivní terapie) mohou v krátkodobém horizontu snížit míru užívání a zlepšit psychosociální fungování u dospělých a dospívajících.



Multidimenzionální rodinná terapie pomáhá snížit míru užívání a udržet pacienty v léčbě, zejména u mladých pacientů s nevážnějšími problémy.



Internetové a další elektronické intervence mohou účinně přispět k snížení míry užívání konopí, minimálně v krátkodobém horizontu, a jsou nákladově efektivním způsobem navázání kontaktu s velkým počtem uživatelů konopí.

konopí může souviset se specifickými potřebami v lokálním celostátním měřítku (např. existující služby se mohou hodně zaměřovat na uživatele opioidů a pro některé skupiny uživatelů konopí nemusí být dostatečně atraktivní).

Dostupnost a záběr terapeutických alternativ pro uživatele konopí se v jednotlivých zemích liší a nemusí nutně souviset s dostupností specifických programů. V těch zemích, kde se podařilo vytvořit specifické formy léčby pro uživatele konopí, je pokrytí dotčené populace hodnoceno jako „dobré“, přičemž odborníci uvádějí, že většina osob, které se potřebují léčit s poruchami způsobenými užíváním konopí, mají k léčbě přístup. V několika zemích existuje však pouze omezené pokrytí, a to občas přes vysokou celkovou poptávku. Méně je toho známo o dostupnosti léčby poruch souvisejících s užíváním konopí v zemích, které nenabízejí intervence zaměřené specificky na uživatele konopí.

Opatření zaměřená na užívání konopí a souvisejících problémů: význam pro politiku a praxi

Základy

- Těžšími opatřeními v této oblasti jsou všeobecně preventivní přístupy, jejichž cílem je působit proti užívání nebo oddálit jeho počátek, uplatňovat krátké intervence u osob s méně závažnými problémy a formální léčbu u těch, které trpí závažnějšími problémy.

Příležitosti

- Více pozornosti je třeba ve vztahu k užívání konopí věnovat aktivitám v oblasti minimalizace rizik, zejména pokud jde o vzorce jeho užívání a užívání v kombinaci s tabákem.
- Větší využití přístupů v oblasti *eHealth*.
- Nové modely regulace konopí zaváděné po celém světě mohou být zdrojem cenných informací o pozitivních a negativních různých forem regulace a o jejich pravděpodobném dopadu na intervenční opatření realizovaná v reakci na problémy s konopím.

Rezervy

- Stále existuje potřeba lepšího poznání charakteru poruch z užívání konopí a neefektivnějších a nevhodnějších možností jejich léčby u různých klientů.
- Je třeba lépe popsat jednotlivé typy léčby, jejímiž příjemci je v Evropě stále více lidí, kteří nastupují léčbu v souvislosti s užíváním konopí, a zajistit tak jejich adekvátní a efektivní využití.





Doporučené zdroje

EMCDDA

- Portál dobré praxe
- Statistický věstník
- *Cannabis legislation in Europe*, 2017
- *European drug report: trends and developments*, 2017
- *Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights*, 2015
- *New developments in cannabis regulation*, Beau Kilmer, Background paper
- *Implementation of drug-, alcohol- and tobacco-related brief interventions in the European Union Member States, Norway and Turkey*, Technical report, 2017

Další zdroje

- Fischer, B., Russell, C., Sabioni, P., van den Brink, W., Le Foll, B., Hall, W., Rehm, J. and Room, R. (2017), „Lower-risk cannabis use guidelines: a comprehensive update of evidence and recommendations“, *American Journal of Public Health*: před tištěným vydáním publikováno on-line 23. června 2017. DOI: 10.2105/AJPH.2017.303818
- Montanari, L., Guarita, B., Mounteney, J., Zipfel, N. and Simon, S. (2017), „Cannabis use among people entering drug treatment in Europe: A growing phenomenon?“, *European Addiction Research* 23, 113-121.

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

2.2 Řešení závislosti na opioidech

SHRNUTÍ

Témata

Ačkoli prevalence závislosti na opioidech mezi evropskou dospělou populací je nízká a značně se liší stát od státu, tato adiktologická porucha se pojí s neúměrně velkou újmou, ať už jsou to infekční onemocnění a další zdravotní problémy, úmrtnost, nezaměstnanost, zločinnost, bezdomovectví a sociální vyloučení. Největší obavy nadále vyvolává heroin, avšak v mnoha evropských zemích roste také užívání syntetických opioidů, které v některých z nich v současnosti dokonce převládá.

Klíčová slova

opioidy, opioidová substituční léčba, sociální reintegrace, léčba

Možná řešení

- *Farmakologické intervence*, např. opioidová substituční terapie (OST), obvykle na bázi metadonu nebo buprenorfinu. Heroinem asistovaná léčba může být užitečná u osob, kteří nereagují na jiné formy OST.
- *Behaviorální a psychosociální intervence* zaměřující se na psychologické a sociální aspekty užívání drog, kam patří krátké intervence, strukturované psychologické terapie, motivační intervence, incentivní terapie a behaviorální párová terapie. Často se užívají ve spojení s farmakologickými intervencemi.
- *Rezidenční odvykací léčba* spočívá v pobytu v léčebném zařízení a absolvování strukturovaného předem naplánovaného programu péče sestávající ze zdravotních, terapeutických a dalších intervencí. Tento přístup je vhodný pro klienty, jejichž míra potřeby odborné pomoci dosahuje středně vysokých až vysokých hodnot.
- *Svépomoc a vzájemná pomoc* se uplatňuje v rámci skupin, jejichž členové si bez formálního odborného vedení osvojují kognitivní a behaviorální techniky a dovednosti „sebeřízení“ (self-management).
- *Služby určené k podpoře úzdravy/sociální reintegrace*, např. podpora v oblasti nalezení a udržení zaměstnání nebo bydlení.

Efektivní dlouhodobá léčba závislosti na opioidech mnohdy vyžaduje několik léčebných epizod a kombinace různých intervenčních přístupů. Důležité jsou rovněž intervence zaměřené na minimalizaci škod, jakož i psychiatrická péče a další služby zabývající se řešením komorbidních psychických i somatických problémů.

Situace v Evropě

- Uživatelé opioidů představují nejpočetnější skupinu osob, které jsou v Evropě příjemci specializované adiktologické léčby. Mezi jednotlivými zeměmi však v tomto ohledu existují rozdíly, které odrážejí různou míru prevalence, jakož i orientaci systémů adiktologické péče.

- Nejčastějším způsobem léčby je opioidová substituční terapie, poskytovaná obvykle v ambulantním režimu. Jako substituční přípravek při OST se v Evropě nejčastěji využívá metadon (63 %) a buprenorfin (35 %). Odhaduje se, že některá z forem substituční léčby je v úhrnu poskytována přibližně 50 % lidí závislých na opioidech, nicméně v pokrytí tímto typem služeb existují mezi jednotlivými zeměmi výrazné rozdíly.
- Nějakou formu rezidenční léčby poskytují všechny evropské země, ale míra jejich zajištění vykazuje značné rozdíly.

Obeznamení s problémem a hlavní cíle opatření

V mnoha evropských zemích je v posledních 40 letech hlavním drogovým problémem injekční užívání opioidů, zejména heroínu. V Evropě je heroín nejčastěji užívaným nelegálním opioidem; aplikuje se kouřením, šňupáním nebo injekčně. Na vzestupu může být zneužívání i jiných opioidů než heroínu, např. metadonu, buprenorfinu a fentanylu. Ve třech zemích byly nejčastěji užívanými opioidy u osob nastupujících léčbu v roce 2015 tyto látky: fentanyl v Estonsku a buprenorfin v České republice a Finsku.

Prevalence problémového užívání opioidů mezi dospělou populací (15–64) v rámci EU se odhaduje na 0,4 %, resp. na cca 1,3 milionu lidí. Míra prevalence se však mezi jednotlivými zeměmi značně liší; odhadované hodnoty se pohybují v rozmezí necelého jednoho až osmi případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let. Je rovněž zapotřebí poznamenat, že generování těchto odhadů je metodologicky náročné, takže při interpretaci hodnot je nutné zachovávat jistou obezřetnost.

Přestože prevalence užívání nelegálních opioidů je mnohem nižší než u jiných drog, újma, kterou opioidy způsobují, je nepochybně větší. Jmenovitě:

- vysoká míra závislosti, často související s nezaměstnaností, trestnou činností vedenou potřebou obstarat si peníze na nákup drog, bezdomovectvím a sociálním vyloučením
- vysoký počet úmrtí v souvislosti s užitím opioidů, zejména na předávkování,
- tzv. „otevřené drogové scény“ a drogová kriminalita, která sužuje některé městské lokality a
- šíření HIV, virových hepatitid a dalších infekcí v důsledku sdílení injekčního náčiní.

Uživatelé opioidů jako primární drogy tvoří velké procento osob v adiktologické léčbě. Problémové užívání opioidů se také pojí se sociálním vyloučením a znevýhodněním a překonávání závislosti a opětovná integrace do společnosti se často neobejde bez dlouhodobé léčby a několika léčebných epizod.

Z dostupných dat celkově vyplývá, že s užíváním heroínu, zejména injekčně, začíná dnes méně lidí než v minulosti. Mnozí z dlouhodobých uživatelů opioidů v Evropě jsou však polyvalentními uživateli drog, kterým už je přes 40 nebo 50 let. Dlouhé roky injekčního užívání drog, podlomené zdraví, špatné životní podmínky a paralelní užívání alkoholu a tabáku činí tyto jedince náchylnými k chronickým zdravotním problémům, mezi něž patří kardiovaskulární, jaterní a respirační onemocnění. O výzvách spojených s řešením komplexních potřeb této skupiny je pojednáno v části 3.1.

Cílem opatření zaměřených na boj se závislostí na opioidech je přivést závislé uživatele k léčbě a poskytnout jim další podporu potřebnou k tomu, aby začali řešit své početné psychosociální a chronické zdravotní problémy a snižovali míru svého sociálního vyloučení. Zbavení se závislosti na opioidech je obvykle spíše dlouhodobým než bezprostředním cílem léčby. Důležitou roli z hlediska udržení kontaktu osob závislých na opioidech se zařízeními poskytujícími odbornou péči a řešení negativních dopadů souvisejících s užíváním opioidů, jakými jsou např. předávkování, sehrávají programy výměny jehel a stříkaček a další služby realizující aktivity zaměřené na minimalizaci rizik. Podrobněji je o nich pojednáno v částech 2.3 a 2.4.

Možná řešení

Při léčbě osob se závislostí na opioidech a podpoře jejich opětovného začleňování do společnosti lze využívat celou řadu různých přístupů. Patří mezi ně:

- *Farmakologické intervence*, např. dlouhodobá opioidová substituční terapie (OST), při níž se nejčastěji jako substituční přípravek podávají metadon nebo buprenorfin. Tento přístup se zpravidla kombinuje s psychosociálními intervencemi.
- *Behaviorální a psychosociální intervence* zaměřující se na psychologické a sociální aspekty užívání drog, kam patří krátké intervence, strukturované psychologické terapie, motivační intervence, incentivní terapie a behaviorální párová terapie.
- *Rezidenční odvykácí léčba* spočívá v pobytu v léčebném zařízení a absolvování strukturovaného předem naplánovaného programu péče sestávajícího ze zdravotních, terapeutických a dalších intervencí. Tato varianta je vhodná pro klienty, jejichž míra potřeby odborné adiktologické péče dosahuje středně vysokých až vysokých hodnot. Pobytů mohou být krátkodobé nebo dlouhodobé podle individuálních potřeb dané osoby.
- *Svépomoc a vzájemná pomoc* se uplatňuje v rámci skupin, jejichž členové si bez formálního odborného vedení osvojují kognitivní a behaviorální techniky a dovednosti „sebeřízení“ (self-management).
- *Služby určené k podpoře údravy/sociální reintegrace*, např. podpora v oblasti nalezení a udržení zaměstnání nebo bydlení.

Výsledky kontrolovaných studií a observačních výzkumů ukazují účinnost adiktologické léčby při minimalizaci negativních dopadů užívání opioidů a závislosti na nich. Kromě redukce uváděného výskytu rizikového chování při injekční aplikaci snižuje léčba rovněž riziko předávkování, trestnou činnost a společenskou újmu, včetně nežádoucích dopadů na rodiny a celé lokality (shrnutí dosavadních poznatků o jednotlivých typech léčby viz rámeček „přehled důkazů“). Pro její možnou škodlivost se nedoporučuje detoxifikace od opioidů ve stavu těžké sedace.

Ve srovnání s jinými oblastmi se léčba problémů s opioidy může opřít o relativně robustní důkazní základnu. Není však ještě úplná a některé důležité otázky je ještě třeba podrobit zkoumání. Není např. jasné, zda detoxifikace při minimální sedaci pomáhá uživatelům opioidů léčbu úspěšně dokončit a vyhnout se relapsu, nebo zda dospívající se závislostí na opioidech vykazují lepší odezvu na detoxifikaci nebo OST.

Efektivní dlouhodobá léčba závislosti na opioidech často vyžaduje více léčebných epizod a kombinace intervencí. Např. opioidová substituční léčba obvykle obnáší dlouhodobou udržovací farmakoterapii, typicky v kombinaci s psychosociálními intervencemi

a pravidelnými lékařskými kontrolami, jejichž cílem je dosahování pozitivních změn napříč celou škálou zdravotních a sociálních aspektů.

Důležitá je kvalita poskytované péče: substituční opioidové preparáty je nutné adekvátně dávkovat, aby klienti neměli potřebu brát heroin nebo jiné opioidy nad rámec předepisované medikace. Zásadní je také návaznost léčby, neboť časové období těsně po odchodu z léčby, ať už z důvodu jejího úmyslného předčasného ukončení, propuštění nebo přechodu z jednoho zařízení do druhého (např. po propuštění z výkonu trestu), je vysoce rizikové z hlediska předávkování (viz části 2.3 a 3.1). Podobně platí, že k dlouhodobě dobrým výsledkům osob v substituční léčbě mohou přispět nejrůznější doplňková opatření, jakými jsou prevence relapsu nebo podpora sociální reintegrace, včetně zvyšování kvalifikace nebo pomoc s hledáním pracovních příležitostí a bydlení.

Některé dílčí skupiny mohou v této oblasti vykazovat specifické potřeby (viz část 3.1 věnovaná starším problémovým uživatelům drog a část 3.2 pojednávající o potřebách žen užívajících drogy).

Evropské aktivity v oblasti řešení závislosti na opioidech

Celková situace

Uživatelé opioidů tvoří nejpočetnější skupinu osob, kterým je poskytována specializovaná adiktologická léčba, byť mezi jednotlivými zeměmi existují rozdíly. Zatímco např. v Estonsku připadala na uživatele opioidů drtivá většina osob nastupujících léčbu, v Maďarsku nepředstavují ani 5 %. V roce 2015 nastoupilo v Evropě specializovanou adiktologickou léčbu 191 000 klientů, jejichž primární drogou byly opioidy, z toho 37 000 bylo prvožadatelů, z nichž většinu (79 %) tvořili primárně uživatelé heroínu.

V Evropě je většina léčby závislosti na opioidech poskytována na ambulantní bázi, nejčastěji ve specializovaných adiktologických zařízeních. Nízkoprahové služby, poskytované všeobecné zdravotní péče i péče o duševní zdraví, jakož i praktičtí lékaři, ti všichni hrají v řadě zemí důležitou roli. Přestože lůžková péče je méně běžná, i nadále zaujímá významné místo z hlediska počtu osob léčených v psychiatrických nemocnicích, terapeutických komunitách a specializovaných rezidenčních léčebných zařízeních, která jsou všechna pro tyto účely využívána.

V rámci různých léčebných modalit, jež jsou v rámci Evropy k dispozici, je uživatelům drog poskytována široká škála služeb, které se mohou lišit podle kontextu jejich realizace. Přičteme-li k tomu komplikaci v podobě zpravidla dlouhodobého charakteru léčby závislosti na opioidech, bude nám zřejmý význam case managementu jako nástroje, jehož prostřednictvím lze lépe dosáhnout toho, aby příslušné služby reagovaly na potřeby každého jednotlivce a aby se podařilo udržet v léčbě všechny, kdo to potřebují. Důležitá, byť často problematická je také návaznost na další péči, např. psychiatrické služby nebo péči v oblasti sexuálního zdraví – viz Zaměřeno na komorbiditu adiktologických a duševních poruch, strana 41, a Zaměřeno na ... řešení problematiky pohlavního zdraví související s užíváním drog, strana 96.

Přehled důkazů o ... léčbě závislosti na opioidech



Opioidová substituční léčba udržuje pacienty v kontaktu s odbornou péčí, snižuje míru užívání nelegálních opioidů a s ním souvisejícího rizikového chování a úmrtnosti a současně zlepšuje duševní zdraví. Její efekt lze zvýšit kombinací s psychosociální podporou.



Jak metadon, tak buprenorfin se doporučují jako vhodné přípravky pro dlouhodobou farmakologickou udržovací léčbu.



Z hlediska udržení lidí v léčbě během prvních týdnů substitučního programu vykazuje lepší výsledky metadon než buprenorfin.



Bylo zjištěno, že heroinem asistovaná léčba je efektivní u chronických uživatelů opioidů, kteří nereagují na léčbu metadonem.



Metadon nebo buprenorfin jsou efektivní terapeutickou variantou u osob závislých na opioidních léčivech.



Jednoznačně se doporučuje, aby se u těhotných žen závislých na opioidech upřednostňovala opioidová substituční terapie před detoxifikací. Samotné psychosociální intervence neřeší působení opioidů na vývoj těhotenství a porod.



Při indikaci detoxifikace je třeba podávat metadon nebo buprenorfin v postupně se snižujících dávkách v kombinaci s psychosociálními intervencemi.



Účinnost vykazuje také detoxifikace pomocí agonistů α -2 adrenergních receptorů (např. klonidin), ale metadon má méně nežádoucích účinků.



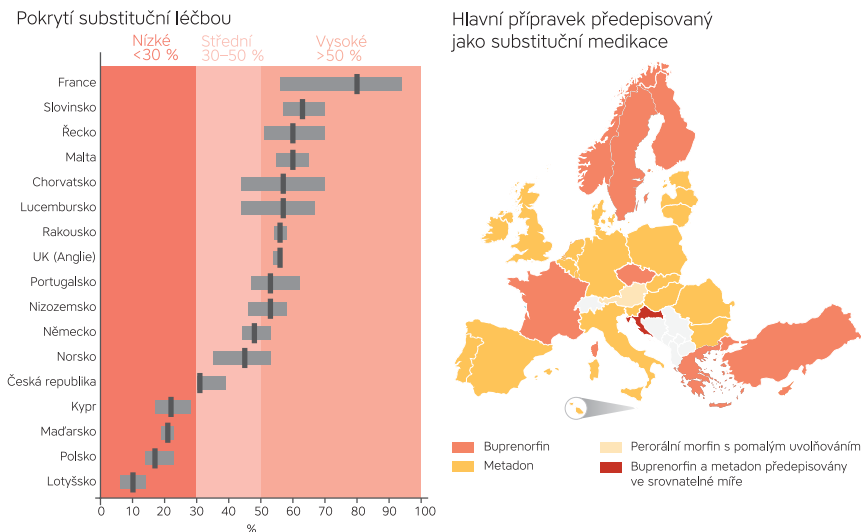
Užívat naltrexon v zájmu prevence relapsu se obecně nedoporučuje, s výjimkou případů, kdy by relaps mohl mít vážné nebo okamžité následky.



Motivačně pojaté terapeutické přístupy (incentivní terapie) a zajištění zaměstnání pomáhá uživatelům drog s jejich sociální situací.

Opioidová substituční terapie v Evropě

Odhaduje se, že přibližně 50 % Evropanům závislým na opioidech je poskytována nějaká forma substituční léčby. Odhady situace v jednotlivých státech se pohybují v rozmezí 10–80 %, což vypovídá jak o značně nerovnoměrném terapeutickém pokrytí v rámci evropského území, tak o nedostatečném zajištění léčby v mnoha částech kontinentu (Obr. 2.2).



Obr. 2.2 Opioidová substituční terapie v Evropě: pokrytí a hlavní předepisovaný přípravek

Pozn.: Pokrytí, odhad procentuálního zastoupení problémových uživatelů opioidů, jež jsou příjemci této intervence; data jsou uváděna jako bodové odhady a intervaly nejistoty. Data se vztahují k roku 2015 nebo poslednímu roku, k němuž jsou k dispozici.

Výzkum realizovaný v 12 evropských zemích (projekt ATOME, *Access To Opioid Medication in Europe*) se zabýval faktory, které mohou snižovat adekvátní dostupnost opioidních substitučních přípravků, včetně těch používaných při léčbě závislosti na opioidech. Bylo zjištěno, že překážkou v dosažení adekvátní úrovně zajištění léčby jsou legislativní a regulační bariéry, restriktivní politiky, nedostatečná informovanost a negativní postoje a omezující kritéria pro zařazení do léčby a její cena. V některých zemích bylo významnou překážkou lepšího přístupu k péči omezení počtu zdravotníků, kteří mohou předepisovat opioidové substituční přípravky, nebo počtu lékáren, jež mají povoleno tyto produkty vydávat.

V roce 2015 byla OST v Evropské unii poskytována odhadem 630 000 uživatelů opioidů. Od roku 2010 toto číslo v úhrnu mírně klesá (o 5 %). Některé země hlásí výraznější pokles během tohoto období, kdy např. v Maďarsku, Nizozemsku, Portugalsku nebo Španělsku klesly počty lidí v programech OST o více než čtvrtinu.



Zaměřeno na ... od minimalizace rizik po úzdravu: rozmanitost cílů léčby

Co jsou hlavní cíle léčby?

Abstinování od drog je tradičně dlouhodobým cílem většiny forem léčby závislosti. Termín „úzdrava“ v souvislosti se závislostí je historicky svázán s jeho užíváním v rámci hnutí „Dvanáct kroků“. V poslední době je úzdrava vnímána jako proces získávání volní kontroly nad návykovými látkami a propracovávání se k pozitivním výsledkům i v dalších oblastech života. Koncept úzdravy se překrývá s pojmem sociální reintegrace a neobejde se bez mnoha těchto intervencí, jako např. podpůrné programy zaměřené na zvyšování kvalifikace a hledání zaměstnání nebo zajišťování bydlení.

S příchodem HIV/AIDS v osmdesátých letech minulého století se do centra zájmu dostávají aktivity v oblasti minimalizace rizik. Služby si často formulovaly „hierarchii“ cílů, v níž eliminace nebo omezení injekčního užívání a užívání heroínu bylo prvním krokem k dosažení dlouhodobých cílů v podobě abstinence a úzdravy. V poslední době se opět otevřela debata o vzájemné roli cílů v podobě abstinence a úzdravy ruku v ruce s *harm reduction*.

Jsou tyto cíle vzájemně neslučitelné?

Uživatelé opioidů patří ke skupinám, u nichž může dosažení cílů léčby představovat největší problém. Platí to zejména pro osoby, které jsou dlouhodobě na OST, u nichž je běžná vysoká míra nemocnosti a obtížné začleňování do společnosti. Úzdrava ve smyslu práce na plný úvazek, dobrého zdravotního stavu atd. je pro tento předčasně zestárlý a stárnoucí segment populace mnohdy nerealistickým cílem (viz část 3.1). Mnozí z nich nebyli nikdy zaměstnaní a jejich uplatnitelnost na trhu práce je proto velmi obtížná. Mnozí mají dlouhodobě zdravotní problémy, které musejí pracovníci příslušných služeb zohlednit při jejich společné snaze o dosažení optimální kvality života pro tuto marginalizovanou a stigmatizovanou skupinu uživatelů drog. K dosažení zlepšení u této skupiny může být nutné přehodnotit cíle adiktologické léčby a vnímat je tak, že se spíše vzájemně doplňují, než že by si konkurovaly. Zaměření na snižování rizik může být nejvhodnější variantou v prvních fázích opioidové substituční terapie, kdy je nutné minimalizovat újmu a navázat konstruktivní kontakt. Po stabilizaci prostřednictvím OST se může dlouhodobý cíl posunout směrem k reintegraci a úzdavě, aby měli uživatelé možnost optimalizovat svou kvalitu života a dosahovat cílů rozprostřených do širšího spektra.

Osoby, které nastupují léčbu, pocházejí z různého prostředí, mají odlišné problémy a mohou využívat různých možností, které se však pravděpodobně během doby budou měnit. Cíle léčby a poskytované podpůrné služby proto musejí být koncipovány tak, aby odrážely specifické individuální potřeby daného jedince, a je třeba je pravidelně revidovat.

Význam pro realizaci služeb

Zvýšený důraz na úzdravu a reintegraci s sebou automaticky nese intenzivnější partnerství s uživateli služeb v zájmu přenastavení služeb takovým způsobem, aby

bylo možné zvyšovat kvalitu jejich života a reagovat na širší spektrum jejich potřeb. Tyto nové terapeutické modely však musejí také zahrnovat aktivní zapojení místních služeb a komunitních zdrojů a bojovat se stigmatizací a diskriminací, jež může pro uživatele drog představovat překážku v integraci do života jejich komunity. Intenzivnější aktivizace peer programů může přispět k rozšíření sociálních vazeb uživatelů služeb a jejich osobní pohody, být zdrojem naděje a poskytnout uživatelům možnost, aby pracovali jako dobrovolníci na neklinických pozicích, a zvýšili tak nákladovou efektivitu služby.

Viz podkladový materiál *Recovery, reintegration, abstinence, harm reduction: the role of different goals within drug treatment in the European context* [Úzdrava, reintegrace, abstinence, minimalizace rizik: role různých cílů v rámci adiktologické léčby v Evropě].

Na druhou stranu ve 14 zemích došlo k rozšíření léčebného pokrytí. V témže období zaznamenaly mnohé země celkový nárůst věku klientů v OST (viz část 3.1).

Nejčastěji předepisovanou substituční medikací jsou v Evropě přípravky na bázi metadonu a buprenorfinu, na něž připadá cca 63 %, resp. 35 % všech OST. V omezené míře se používají také jiné látky, např. morfin s pomalým uvolňováním nebo diacetylmorfin (při tzv. heroinem asistované léčbě), jež jsou podle odhadů předepisovány přibližně 2 % klientů v opioidové substituční léčbě.

Heroinem asistovaná léčba je k dispozici v Dánsku, Německu, Nizozemsku a Spojeném království a v Lucembursku se tato forma léčby aktuálně zavádí. Některým uživatelům je rovněž k dispozici na základě principů „použití ze soucitu“ (*compassionate use*) v rámci klinické studie prováděné v částech Španělska.

Rezidenční formy léčby

Ve většině evropských zemí jsou rezidenční terapeutické programy důležitým prvkem léčby a rehabilitace uživatelů opioidů.

Termín „rezidenční léčba“ zahrnuje různé modely léčby, kdy osoby, které mají problémy s drogami, společně žijí jako jakási terapeutická jednotka, a to obvykle buď v rámci komunity, nebo v nemocničním prostředí. Z historického hlediska mají tyto přístupy obvykle abstinenci zaměřeni, avšak v současnosti roste zájem o možnost integrování OST do této modalitě. Ve většině zemí, kde se tento přístup běžně uplatňuje, existují vědecky fundované klinické směrnice a standardy pro zabezpečování kvality péče v lůžkových zařízeních. Terapeutické přístupy uplatňované v rámci rezidenčních léčebných modalit běžně zahrnují práci s modelem 12 kroků a Minnesotským modelem, jakož i s kognitivně-behaviorálními intervencemi.

Míra poskytování rezidenční léčby se v jednotlivých státech liší. Více než dvě třetiny z 2 500 zařízení v Evropě se nacházejí jen v šesti zemích, nejvíce je jich v Itálii (708). Terapeutické přístupy aplikované v rezidenčních zařízeních se v rámci Evropy rovněž liší. V 15 zemích má většina rezidenčních programů formu terapeutické komunity.

Osoby nastupující lůžkovou léčbu jsou typicky muži, kterým je něco přes 30 let. Vykazují vyšší míru sociálního znevýhodnění než osoby, které se léčí ambulantně (nižší dosažené vzdělání, nestabilní životní podmínky a nezaměstnanost). Necelá polovina z nich nastupuje léčbu primárně z důvodu problémů s opioidy (zejména heroinem).

Léčba závislosti na opioidech: význam pro politiku a praxi

Základy

- Základní intervencí je OST v kombinaci s psychosociální terapií. Tímto způsobem lze efektivně snížit míru užívání nelegálních opioidů, šíření infekčních onemocnění, předávkování drogami a trestné činnosti.
- Pro substituční léčbu jsou dostupné různé přípravky. Volba terapie musí být vedena individuálními potřebami, její součástí musí být dialog s pacientem a musí být pravidelně revidována.
- Někteřím osobám závislým na opioidech, pokud setrvávají v léčbě, může prospět abstinencně orientovaná psychosociální léčba realizovaná v rezidenčním režimu. Tato forma léčby je však relativně nákladná a často se s ní pojí vysoká míra relapsu a tudíž i zvýšené riziko smrtelných předávkování. Stejně jako výběr vhodných klientů a správná práce s nimi je důležitá také podpora v případě relapsu.

Příležitosti

- Optimalizace poskytované péče: důležitá je kvalita realizované léčby, zásadní je zejména adekvátní dávkování opioidních substitučních přípravků a neméně klíčová je návaznost péče. Zvyšování dostupnosti OST by mělo být i nadále prioritou veřejného zdraví v těch zemích, kde její míra klesá pod doporučenou úroveň.
- Tam, kde bylo dosaženo dobrého pokrytí a mnohé z osob na opioidní substituci jsou již po mnoho let příjemci péče, bude možná třeba věnovat větší pozornost sociální reintegraci, včetně pracovních příležitostí, optimalizaci individuálních terapeutických cílů z hlediska vývoje potřeb jednotlivých klientů a podle situace také podpoře jejich celkové úzdravy.

Rezervy

- Terapeutické služby by měly u osob nastupujících léčbu věnovat pozornost možnému užívání jiných opioidů než heroinu a také polyvalentnímu užívání drog, včetně pití alkoholu a kouření tabáku.
- Nutná je lepší informovanost o neuspokojené poptávce po léčbě, díky níž bude možné zajistit adekvátní míru dostupnosti péče.





Doporučené zdroje

EMCDDA

- Portál dobré praxe
- European drug report: trends and developments 2017
- Pregnancy and opioid use: strategies for treatment, EMCDDA Papers, 2014
- Residential treatment for drug use in Europe, EMCDDA Papers, 2014
- Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges, Insights, 2014
- Trends in heroin use in Europe: what do treatment demand data tell us? Perspectives on drugs, 2013
- Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, Insights, 2012
- New heroin-assisted treatment, Insights, 2012
- Recovery, reintegration, abstinence, harm reduction: the role of different goals within the drug treatment in the European context, Background paper, Annette Dale-Perera

Další zdroje

WHO Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, 2009

WHO Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, 2014

ATOME project. Final report and recommendations to ministries of health, 2014

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

2.3 Snižování počtu úmrtí v souvislosti s užitím opioidů

SHRNUTÍ

Témata

Mortalita ať už přímo či nepřímo související s užíváním opioidů je významnou příčinou předčasných úmrtí dospělých Evropanů, kterým lze předcházet. Celková míra drogové mortality mezi problémovými uživateli drog v Evropě se pohybuje od 1–2 % za rok a na předávkování drogami připadá ročně 7 000 úmrtí. Mezi další významné příčiny úmrtí mezi problémovými uživateli opioidů patří infekce, úrazy, násilí a sebevraždy.

Zvýšené riziko hrozí zejména po období abstinence, kdy dochází ke ztrátě tolerance, zejména po propuštění z výkonu trestu nebo abstinčně orientované léčby.

Klíčová slova

drogová úmrtí, předávkování, naloxon, aplikační místnosti, fentanyl

Možná řešení

Důraz se klade zejména na prevenci výskytu předávkování a adekvátní pomoc předávkovaným:

- zařazení uživatelů opioidů do OST a jejich udržení v substituční léčbě a zajištění návaznosti mezi léčbou ve věznicích a na svobodě nebo mezi jinými fázemi péče,
- zvyšování povědomí o problematice předávkování, zejména v souvislosti s nejkritičtějšími obdobími a dalšími rizikovými faktory, jako je např. paralelní užívání alkoholu nebo benzodiazepinů,
- zajištění dostupnosti antagonisty opioidních receptorů (naloxonu) a propagace jeho správného používání ze strany odborného personálu zasahujícího, resp. poskytujícího pomoc při předávkování drogami,
- edukace a proškolení uživatelů drog, jejich vrstevníků a rodinných příslušníků takovým způsobem, aby uměli rozpoznat předávkování a ještě před příjezdem sanitky poskytnout první pomoc aplikováním naloxonu, kterým budou vybaveni,
- zajištění aplikačních místností poskytujících zázemí pro bezpečné injekční užití drogy.

Situace v Evropě

- Přibližně polovina osob závislých na opioidech je v Evropě zařazena do některého z programů OST, nicméně míra pokrytí tímto typem intervence se stát od státu liší.
- Poskytování informací o riziku předávkování se v současnosti praktikuje v 28 státech, od nichž EMCDDA dostává příslušná data.

- V roce 2016 bylo v šesti zemích EU a v Norsku provozováno 78 aplikačních místností. Dvanáct těchto zařízení bylo rovněž v provozu ve Švýcarsku.
- Programy distribuce naloxonu existovaly v roce 2016 v deseti evropských zemích.

Obeznamenost s problémem a hlavní cíle opatření

Mortalita související s užíváním opioidů, ať už přímo či nepřímo, je významnou příčinou předčasných úmrtí dospělých Evropanů, kterým lze předcházet. V roce 2015 došlo v rámci Evropské unie k více než 7 500 smrtelných předávkování, přičemž opioidy byly spojovány s přibližně 80 % těchto případů. Celková míra mortality připadající na smrtelná předávkování činí na území Evropské unie přibližně 20 úmrtí na jeden milion obyvatel, byť tyto hodnoty i trendy se mezi jednotlivými zeměmi značně liší. Evidované rozdíly jsou důsledkem působení mnoha různých faktorů, včetně rozdílu v počtech osob ohrožených smrtelným předávkováním, nebo ve vykazování a indexování případů předávkování v národních registrech mortality.

Hodnoty celkové mortality mezi kohortami problémových uživatelů opioidů se pohybují v rozmezí 1–2 % za rok, což je 5–10krát víc než u ostatní populace stejného věku a pohlaví. Primární příčinou této mortality jsou předávkování drogami, ale významně se na ní podílejí také příčiny, které s užíváním drog souvisejí nepřímo, např. infekce, úrazy, násilí a sebevraždy. Špatný zdravotní stav je u problémových uživatelů opioidů běžným jevem a projevuje se mimo jiné častým výskytem chronických plicních a kardiovaskulárních onemocnění (často souvisejících s tabákem) a jaterních problémů, jejichž původcem je virová hepatitida typu C a intenzivní konzumace alkoholu. Tato onemocnění mají

Zaměřeno na ... fentanyly

Co jsou fentanyly?

Fentanyly patří do skupiny vysoce potentních opioidů. Některé z nich se používají v humánním a veterinárním lékařství, v anesteziologii a léčbě bolesti. V poslední době stále více nekontrolovaných fentanylů figuruje v evidenci evropského systému včasného varování před novými psychoaktivními látkami. Fentanyly se objevují na internetových tržištích a černém trhu, někdy se prodávají jako heroin, případně smíchané s heroinem, jako jiné nelegální drogy a dokonce jako padělky léčiv. Vzhledem k jejich potenciálně vysoké nebezpečnosti bylo již 15 fentanylů na základě jednotné úmluvy OSN o omamných látkách z roku 1961 zařazeno mezi kontrolované látky. Nové fentanyly, nespádající mezi kontrolované substance na základě úmluv OSN, však mohou relativně volně a otevřeně vyrábět a prodávat chemické a farmaceutické firmy, sídlící zejména v Číně. Tento vývoj je součástí fenoménu, jež v posledním desetiletí stojí za výskytem široké nabídky nových psychoaktivních látek na evropském drogovém trhu (viz část 2.6).

Proč fentanyly vzbuzují obavy?

Nelegální užívání fentanylů je v Evropě zdrojem rostoucích obav, protože představují vysoké riziko smrtelného předávkování v důsledku silného respiračního účtumu.



Dlouhodobí uživatelé opioidů riskují předávkování těmito novými látkami, neboť nejsou dostatečně obeznámeni s jejich účinky a adekvátním dávkováním. U uživatelů bez tolerance na opioidy může být smrtelná i velmi malá dávka. V Estonsku již více než deset let evidují injekční užívání těchto drog a hlásí také vysoké počty úmrtí v důsledku předávkování. Také další země EU uvádějí úmrtí související s užitím fentanylu. Fentanyly představují riziko nejen pro ty, kdo je užívají (občas nevědomky), ale také pro osoby, které s nimi mohou náhodně přijít do styku, např. pracovníci pošty, příslušníci policie a celní správy, rodinní příslušníci a přátelé uživatelů.

Tyto látky lze snadno skrýt a převézt, protože i z jejich velmi malého množství lze připravit tisíce dávek. Jsou tudíž jednak velmi atraktivní komoditou pro organizovaný zločin a současně výzvou pro orgány působící v oblasti kontroly drog. Novým aspektem, který vyvolává znepokojení, je výskyt nových forem aplikace, jakými jsou např. nosní spreje nebo kapalné náplně do elektronických cigaret, díky nimž je užívání fentanylu snazší a potažmo také společensky přijatelnější.

Jak na tento vývoj Evropa reaguje?

Při identifikaci rizik, které nové fentanyly představují, a při přijímání opatření zaměřených na jejich minimalizaci sehrávají důležitou roli systémy včasného varování, včetně evropského systému včasného varování při EMCDDA, které umožňují rychle reagovat na hrozby z hlediska veřejného zdraví, které se s těmito drogami pojí (posuzování rizik fentanylu viz webové stránky EMCDDA a rámeček evropský systém včasného varování, strana 105).

První pomoc při akutní otravě fentanyly by se měla řídit obecnými pokyny pro otravy způsobené opioidy, včetně podání naloxonu proti respiračnímu útlumu. Ze zkušeností z poslední doby však vyplývá, že v některých případech jsou k odvrácení otravy nutné větší a opakované dávky naloxonu. Edukace a pokyny týkající se první pomoci při otravě opioidy spojené s programy distribuce naloxonu proto musejí explicitně zohledňovat adekvátní postupy vztahující se specificky na otravy fentanylem. Součástí by měla být také doporučení týkající se odpovídajících zásob naloxonu, aby bylo možné reagovat na potenciálně masový výskyt otrav způsobených fentanyly.

s rostoucím věkem na svědomí vyšší podíl hospitalizací a úmrtí. V mnoha evropských zemích v současnosti stále více roste věk populace uživatelů opioidů, což může mít jak přímý, tak nepřímý dopad na mortalitu. Počet evidovaných smrtelných předávkování mezi staršími věkovými skupinami od roku 2007 roste, zatímco u nižších věkových skupin zaznamenává pokles (viz část 3.1 pojednávající o starších lidech s drogovými problémy).

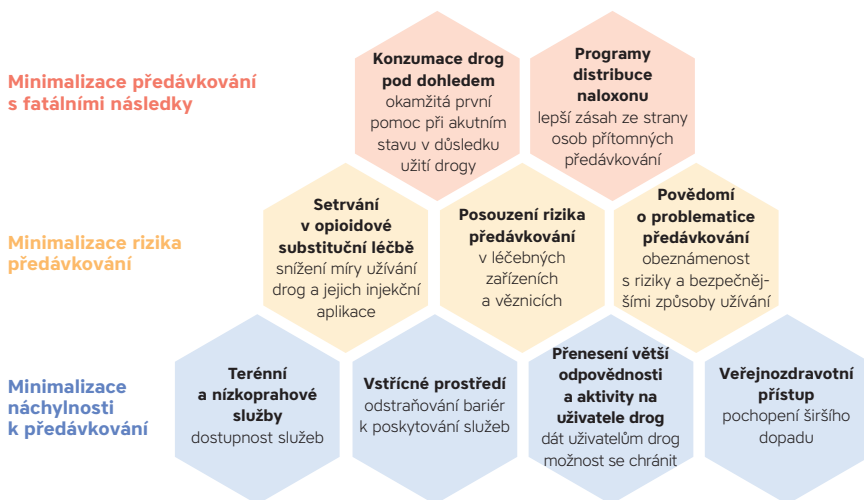
Na riziko předávkování má vliv typ užití látky, způsob aplikace i zdravotní stav uživatele. U většiny případů smrtelného předávkování v Evropě je zjištěn heroin nebo jeho metabolity, často v kombinaci s jinými látkami. V poslední době došlo v Evropě k mírnému nárůstu úmrtí souvisejících s heroinem, ale i jiné opioidy (metadon, buprenorfin a v menší míře i další předepisované opioidy a fentanyly) se výrazně podílejí na smrtelných předávkováních, přičemž v několika zemích jsou dokonce v převaze. Role nelegálně vyráběných syntetických opioidů je pravděpodobně nedostatečně zmapována,

protože testy na jejich přítomnost se v mnoha zemích rutinně neprovádějí. Na smrtelných předávkováních se typicky podílí více různých látek; vedle opioidů je často zjištěna přítomnost benzodiazepinů a alkoholu.

Riziko smrtelného předávkování drogami může zvyšovat množství situačních faktorů, mezi něž v případě uživatelů opioidů patří narušení poskytované léčby nebo špatná návaznost léčby a dalších forem péče. V určitých situacích, např. po detoxifikaci nebo propuštění z abstinenčně orientované léčby, mají uživatelé drog značně sníženou toleranci na opioidy, v důsledku čehož jsou vystaveni obzvláště vysokému riziku předávkování, pokud se k užívání vrátí. Z těchto důvodů se za významný rizikový faktor označuje rovněž nezajištění kontinuity péče zprostředkováním dalších vhodných návazných služeb po propuštění z výkonu trestu.

Možná řešení

Hlavní intervenční opatření zaměřená na snížení míry úmrtí v souvislosti s opioidy jsou obecně dvojího typu: první spočívá v souboru intervencí, jejichž cílem je zabránit, aby k předávkování vůbec docházelo, zatímco druhou skupinu tvoří intervence zaměřené na předcházení úmrtí v případě, že k předávkování přeci jen dojde (Obr. 2.3). Nebezpečí předávkování mohou také omezovat obecněji pojaté intervence v rámci minimalizace rizik, zatímco univerzálnější veřejnozdravotní intervence zaměřené na snižování míry užívání drog a edukace uživatelů drog směrem k tomu, jak se aktivněji chránit, mohou přispívat k vytváření prostředí, v němž je vznik předávkování méně pravděpodobný. Těto třetí skupině obecněji koncipovaných intervencí se věnujeme v jiné části tohoto průvodce.



Obr. 2.3 Intervence zaměřené na snížení rizika úmrtí souvisejících s opioidy

Setrvání v léčbě snižuje riziko předávkování

Riziko předávkování je nižší během doby, kdy jsou uživatelé opioidů na opioidové substituční léčbě. Výsledky provedené metaanalýzy observačních studií ukazují, že OST s podáváním metadonu a buprenorfinu snižuje u osob závislých na opioidech míru předávkování a celkové mortality. Úmrtnost klientů v metadonové léčbě není ve srovnání s uživateli opioidů, kteří neabsolvuji léčbu, ani třetinová. Z výsledků analýz smrtelných předávkování v různých fázích OST vyplývá, že preventivní intervence je třeba cílit na první čtyři týdny léčby (zejména u metadonu) a první čtyři týdny po ukončení léčby. Právě v těchto dvou časových úsecích riziko předávkování významně narůstá. Lidé, kteří opakovaně nastupují léčbu a pak z ní zase odcházejí, jsou k předávkování obzvláště náchylní, stejně tak jako uživatelé drog bezprostředně po propuštění z výkonu trestu (viz část 4.1). V zájmu prevence úmrtí, k nimž dochází po odchodu z vězení, je důležité postupovat proaktivně a propuštěným s předstihem zprostředkovat kontakt s poskytovateli OST nebo dalšího vhodného způsobu léčby na svobodě („komplexnost péče“ či „návaznost péče“). Poskytovatelé léčebné péče by rovněž měli zajistit, aby si jejich klienti při ukončení léčby byli vědomi rizika předávkování a uměli je minimalizovat.

Edukace o problematice předávkování a upozorňování na hrozby pro veřejné zdraví

Efektivní komunikace s uživateli může působit jako katalyzátor minimalizace rizik, jelikož mnozí uživatelé drog podceňují rizika předávkování nebo si jich nejsou vědomi. Prevence, edukace a poradenství ve vztahu k problematice předávkování by měly být rutinně zajišťovány kvalifikovanými pracovníky ve zdravotnických zařízeních a v rámci primární péče, včetně služeb typu *harm reduction*, jakými jsou programy zaměřené na výměnu injekčního náčiní. Screening uživatelů opioidů na rizika předávkování může snížit celkovou mortalitu, zatímco posuzování rizika předávkování může pomoci při včasném zachycení neohroženějších jedinců.

V posledních letech byl zaznamenán prudký nárůst úmrtí na následky užívání opioidů ve Spojených státech a v Kanadě, který je zčásti přičítán zneužívání léčiv a zčásti výskytu syntetických opioidů (včetně fentanylů) na černém trhu s drogami. Evropa se s těmito problémy nesetkává v takovém měřítku jako Spojené státy. Nicméně v některých zemích jsou syntetické opioidy problémem, ať už se jedná o přípravky původně určené k legitimnímu použití, které skončily na černém trhu, nebo ty přímo vyráběné za účelem jejich obdoby na černém drogovém trhu.

Rostoucí počet nových nekontrolovaných opioidů evidovaný evropských systémem včasného varování jen zvyšuje obavy, které v tomto ohledu panují (viz část 2.6 a Zaměřeno na fentanyly, strana 68). Vzhledem ke škodlivému potenciálu těchto drog je důležité, aby byla Evropa ostražitá a připravena rychle a účinně reagovat na jakýkoli pozorovaný nárůst hrozeb v této oblasti. K tomu je nutné investovat do adekvátních způsobů monitoringu, včetně lepších toxikologických informací týkajících se drogových úmrtí. Rovněž to vypovídá o potřebě identifikovat zdroje opioidů, které mají tato úmrtí na svědomí, aby tak bylo možné určit vhodná opatření (viz také část 2.7). Od jednotlivých zemí to také vyžaduje, aby disponovaly adekvátními kapacitami v oblasti prevence, léčby i minimalizace rizik a aby byly v případě potřeby připraveny zvýšit intenzitu svých aktivit zaměřených na snižování mortality související s užíváním opioidů.

Aplikační místnosti

Aplikační místnosti jsou v ideálním případě zdravotnická zařízení s odborným personálem, kde si uživatelé drog mohou aplikovat svou drogu v bezpečných a hygienických podmínkách pod dohledem kvalifikovaných pracovníků. Jejich účelem je snížit rizika plynoucí z nehygienické injekční aplikace (včetně závažných infekčních komplikací, jakými jsou septikémie nebo endokarditida), předcházet předávkováním a zprostředkovávat uživatelům drog kontakt s adiktologickou péčí a zdravotními a sociálními službami (viz Zaměřeno na aplikační místnosti, strana 212).

Aplikační místnosti začaly původně vznikat jako forma opatření na ochranu veřejného zdraví v reakci na rychlé šíření HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog v osmdesátých letech minulého století a na problémy způsobené užíváním drog na veřejnosti. Tato zařízení jsou určena obtížně podchytitelným uživatelům drog, zejména marginalizovaným jedincům, kteří si injekčně aplikují drogy na ulici, v rizikových a nehygienických podmínkách. Tato zařízení mohou mnoha způsoby přispět k nižšímu počtu případů smrtelných předávkování: okamžitým zásahem u předávkování, k němuž dojde přímo na místě, poučením uživatelů služby o problematice předávkování a proškolením o tom, jak jim předcházet, včetně vysvětlení a praktické ukázky použití naloxonu.

Lze zde také upozornit na možnost absolvování opioidové substituční terapie.

Výsledky observačních studií jednoznačně potvrzují, že aplikační místnosti zvyšují bezpečnost injekčního užívání u těch osob, které je využívají, a minimalizují případy předávkování v okolí služeb. Jsou rovněž způsobem, jak přivést injekční uživatele drog k zdravotní péči. Do jaké míry aplikační místnosti snižují mortalitu způsobenou předávkováním, bude záviset na tom, jak velké procento populace injekčních uživatelů opioidů bude mít možnost tato zařízení využívat a jaké další intervence zaměřené na problematiku předávkování budou realizovány.

Přehled důkazů o ... snižování míry úmrtí souvisejících s užíváním opioidů



Úmrtí uživatelů opioidů na předávkování jsou méně častá v době, kdy absolvují opioidovou substituční léčbu.



K dispozici je stále více důkazů o tom, že intervence zaměřené na edukaci a proškolení ohledně distribuovaného naloxonu mají z hlediska smrtelných předávkování opioidy preventivní účinek.



Intranazální podání naloxonu je účinným způsobem první pomoci při předávkování opioidy.



Aplikační místnosti snižují nebezpečí při injekční aplikaci, minimalizují šíření krví přenosných infekcí a předávkování a zprostředkovávají injekčním uživatelům drog kontakt se sítí odborných služeb. Tato zařízení jsou navíc spojována s pozitivním dopadem na veřejný pořádek.

mohou zachránit život uživatelům drog, kteří se v jejich přítomnosti předávkují. Slibné jsou dosavadní poznatky o účinnosti intranazálně podávaného naloxonu. Tento způsob aplikace by do budoucna mohl znamenat možnost používání naloxonu širším okruhem lidí.

Přístup k naloxonu může být prospěšný zejména osobám čerstvě propuštěným z výkonu trestu. Výsledky studie hodnotící program distribuce naloxonu osobám propouštěným z výkonu trestu ve Skotsku ukázaly, že tato praxe vykazovala souvislost s výrazně nižším počtem úmrtí v souvislosti s opioidy v průběhu jednoho měsíce od propuštění.

Evropské aktivity v oblasti prevence úmrtí v souvislosti s opioidy

Jak bylo uvedeno v části 2.2, podle dostupných údajů je v rámci Evropské unie přibližně polovina osob závislých na opioidech příjemcem nějaké formy opioidové substituční léčby, byť mezi mírou pokrytí poptávky existují značné rozdíly.

Dvacet osm zemí, jež přispívají svými daty do informačního systému EMCDDA, uvádí, že zajišťují šíření informací o nebezpečí předávkování, která jsou někdy k dispozici i v jiných jazycích pro uživatele drog cizího původu. Stále častěji se v tomto ohledu využívá internet a další nové komunikační kanály, např. nástroje k vyhodnocování rizika předávkování na bázi *eHealth* a edukační videa o problematice předávkování, která lze prezentovat v čekárnách adiktologických zařízení.

Aplikační místnosti jsou v Evropě provozovány již 30 let: první vznikly ve švýcarském Bernu v roce 1986. V roce 2016 fungovalo 78 těchto zařízení v šesti zemích EU a v Norsku (Obr. 2.4). Toto číslo zahrnuje i první dvě aplikační místnosti, jež měly být otevřeny ve Francii v rámci šestiletého pilotního projektu, a nově vzniklá zařízení v Dánsku a Norsku. Dvanáct zařízení bylo také v provozu ve Švýcarsku a řada dalších zemí uvažuje o legislativních změnách, které by umožnily zřízení těchto aplikačních místností. Z daného vývoje je zřejmý rostoucí zájem o tento typ služby.

V posledních letech se v Evropě v rostoucí míře praktikuje distribuování naloxonu „na doma“. Cílovou skupinou těchto programů, jejichž součástí je edukace ohledně rozpoznání příznaků předávkování a poskytnutí první pomoci, jsou kromě vlastních uživatelů opioidů také jejich partneři, vrstevníci a rodinní příslušníci. V rámci těchto programů se dbá také na to, aby u sebe naloxon měli rovněž pracovníci služeb, kteří přicházejí pravidelně do styku s uživateli drog.

Programy distribuce naloxonu „na doma“ existují v deseti evropských zemích. Např. v Estonsku roste míra distribuce naloxonu na komunitní bázi od roku 2013, načež v roce 2015 byla tato praxe rozšířena i na věznice. Podobné programy distribuce naloxonu určené osobám propouštěným z výkonu trestu uvádí i několik dalších zemí.

Do roku 2017 byly obvykle součástí naloxonových souprav také předplněné stříkačky s medikací připravené k injekční aplikaci. V poslední době začíná být v Evropě k dispozici nově vyvinutý preparát určený k intranazálnímu užití, včetně speciálního aplikátoru, díky němuž bude pro laiky snazší naloxon použít.



Snižování míry úmrtí v souvislosti s užíváním opioidů: význam pro politiku a praxi

Základy

Mezi stěžejní intervence v této oblasti patří:

- odpovídající zajištění opioidové substituční terapie s adekvátním dávkováním, case managementem a doplňkovou podporou,
- zajištění naloxonu jako základní součásti výbavy posádek sanitních vozů, záchranářů a dalších pracovníků, kteří jako první zasahují u případů předávkování, a jeho používání v praxi,
- edukace o problematice předávkování zaměřená na propagaci méně rizikových aplikačních praktik u uživatelů opioidů (vyhýbat se injekčnímu užívání, nemíchat drogy s alkoholem, neužívat o samotě nebo dělit dávku na menší části).

Příležitosti

- Zřízení programů distribuce naloxonu mezi osoby vystavené zvýšenému riziku předávkování opioidy a jejich vrstevníky, partnery a rodinné příslušníky a dát jim tak možnost účinně zasáhnout ještě před příjezdem služby rychlé zdravotnické pomoci.
- Zajištění lepší návaznosti péče při propouštění z výkonu trestu na svobodu za účelem předcházení drogovým úmrtím během prvních dvou týdnů po propuštění z vězení, kdy je riziko předávkování mimořádně vysoké.

Rezervy

- Identifikace a analýza překážek bránících vzniku aplikačních místností v oblastech s výskytem vysokého počtu osob užívajících injekčně drogy na veřejných místech.
- Zajištění zvýšené podpory pro osoby odcházející z abstinenčně orientované léčby, u kterých existuje vyšší riziko smrtelného předávkování z důvodu ztráty tolerance vůči opioidům.



Doporučené zdroje

EMCDDA

- portál dobré praxe
- European drug report: trends and developments 2017
- Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on drugs, 2017
- Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, Perspectives on drugs, 2017
- Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Insights, 2016
- Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, EMCDDA Papers, 2015

Další zdroje

- UNODC. Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality, 2014

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

2.4 Minimalizace šíření HIV, virových hepatitid a dalších infekcí spojených s injekčním užíváním drog

SHRnutí

Témata

Sdílení injekčního náčiní zvyšuje riziko šíření a přenosu nákazy krví přenosnými infekcemi, jako jsou HIV nebo virové hepatitidy typu B a C. Hlavním cílem intervencí zaměřených na injekční uživatele drog – zejména opioidová substituční léčba (OST), programy výměny jehel a stříkaček (výměnné programy) a opatření v oblasti minimalizace rizik (harm reduction) určené k omezení rizikového chování – byla původně redukce šíření viru HIV. Úspěšnost těchto opatření je patrná z nízkého podílu přenosu HIV přisuzovaného injekčnímu užívání drog (přibližně 5 % diagnóz, u nichž je znám způsob přenosu), který za posledních deset let vykazuje setrvalé hodnoty. Injekční užívání drog zůstává přesto v některých zemích významným způsobem přenosu HIV a v Evropě nadále dochází k případům epidemického výskytu HIV souvisejícím s injekčním užíváním drog, zejména v místech s nízkým pokrytím příslušnými službami.

Nejčastější krví přenosnou virovou infekcí mezi injekčními uživateli drog je hepatitida typu C. S rozvojem vysoce účinných forem léčby hepatitidy typu C (VHC) se pozornost postupně přesouvá právě k řešení vysoké míry výskytu této virové nákazy mezi injekčními uživateli drog. Chronická nákaza VHC může totiž vyústit do závažných jaterních chorob, jakými jsou cirhóza nebo rakovina, které nezdědka končí smrtí.

Klíčová slova

infekční onemocnění, zdravotní dopady užívání drog, aplikační místnosti, hepatitida, výměnné programy

Možná řešení

- Poskytování opioidové substituční terapie a další efektivní léčby drogové závislosti lidem, kteří injekčně užívají návykové látky.
- Výměnné programy zajišťující injekčním uživatelům drog přístup ke sterilnímu injekčnímu náčiní.
- Očkování proti hepatitidám typu A a B, tetanu a chřipce a také vakcinace proti pneumokoku u HIV pozitivních jedinců.
- Rutinní testování na HIV, VHC (VHB u neočkovaných) a další infekce, včetně tuberkulózy.
- V případech zjištění nákazy je třeba zajistit návaznost další léčby, včetně aplikace nových přímo působících antivirotik proti VHC, jež jsou aktuálně k dispozici
- Aktivity v oblasti podpory zdraví zaměřené na bezpečnější chování při injekčním užívání, sexuální zdraví, včetně používání kondomů, a prevence a léčba nemocí, včetně testování na jejich výskyt.

- Rozvoj proaktivních vícesložkových přístupů zohledňujících potřeby uživatele a místní podmínky.

Situace v Evropě

- Z 30 států monitorovaných EMCDDA poskytují všechny s výjimkou Turecka zdarma čisté injekční náčiní prostřednictvím specializovaných služeb. Rozdíly v pokrytí jsou však značné, z čehož vyplývá, že v některých zemích je potřeba tyto služby rozšířit.
- Všechny země EU také poskytují OST, byť v některých zemích zůstává pokrytí na nízké úrovni, a to i tam, kde podle dostupných dat existují rizikové faktory z hlediska nákazy HIV nebo hepatitidou typu C mezi injekčními uživateli drog.
- Stále více evropských zemí již přijalo nebo se chystá implementovat strategie týkající se problematiky virové hepatitidy typu C, jejichž součástí je také zavádění nových přímo působících antivirotik používaných k léčbě VHC, k němuž některé země přistoupily v zájmu eliminace této infekce.

Obeznamení s problémem a hlavní cíle opatření

V osmdesátých a devadesátých letech minulého století se v Evropě injekční užívání drog považovalo za hlavní způsob přenosu viru HIV. Od té doby došlo ruku v ruce se zvýšenou dostupností intervencí v oblasti minimalizace rizik a léčby, mezi něž patří poskytování sterilních stříkaček, OST nebo kombinace antiretrovirové terapie, a poklesem prevalence injekčního užívání drog k dramatickému poklesu hlášených případů nákazy virem HIV přičítaných injekční aplikaci drog. Injekční užívání drog zůstává nicméně v některých zemích EU významným způsobem přenosu HIV a také v jiných zemích dochází ke sporadickým případům epidemického šíření tohoto viru. Nehledě na pokles zaznamenaný v posledních letech se v rámci Evropské unie více než každý desátý nový případ AIDS stále připisuje injekčnímu užívání drog. Může to vypovídat o nedostatečně včasném stanovení diagnózy nebo špatném case managementu, což v obou případech znamená újmu pro pacienty, které bylo možné předejít. Mnohé z těchto případů byly zaznamenány v Řecku, Lotyšsku a Rumunsku, kde je zřejmě v oblasti testování na HIV a příslušných terapeutických intervencí ještě co zlepšovat.

Nákaza virem hepatitidy typu C (VHC) vykazuje mezi injekčními uživateli drog vysokou prevalenci. Infekce je často asymptomatická a mnohé z nakažených osob si nejsou vědomy, že mají virus v těle. Virus může být původcem akutní i chronické hepatitidy (přechod do chronické fáze se předpokládá u cca 75–80 % nakažených). Chronická hepatitida typu C může vyústit do závažných onemocnění jater, např. cirhózy nebo rakoviny, jež mohou končit smrtí. Prevalence protilátek na VHC (ukazatel zasažení organismu virem) v celostátních souborech injekčních uživatelů drog se sice značně liší, ale v letech 2014–2015 se její hodnota pohybovala ve většině národních vzorků nad 40 %.

Nákaza virem hepatitidy typu B (VHB) je méně častá, což je důsledek širokého využití účinné vakcíny v rámci národních imunizačních programů. Uživatele drog se však v rámci těchto pravidelných kampaní nemusí vždy podařit podchytit. Dostatečně kvalitní data sice chybí, nicméně dostupné celostátní odhady podílu injekčních uživatelů drog infikovaných hepatitidou typu B se pohybovaly od 2,2 do 11 %. VHB se přenáší sdílením

injekčního náčiní, pohlavním stykem nebo z matky na dítě (v těhotenství, během porodu a po něm).

Injekční aplikace drog s sebou nese také riziko dalších infekčních onemocnění, jako je raný botulismus nebo antrax. Různé marginalizované skupiny, včetně osob se závažnými problémy s drogami, ať už je užívají injekčně či nikoli, mohou být rovněž vystaveny zvýšenému riziku nákazy infekčními onemocněními, jako je tuberkulóza. Při injekčním užívání drog také hrozí nebezpečí poškození žil a souvisejících oběhových problémů.

Řadu potenciálně závažných zdravotních problémů může např. přinášet injekční aplikace návykových látek ve formě tablet, např. buprenorfinu.

Ačkoli v Evropě mezi injekčně užívanými drogami převažují opioidy, množství lidí si také píchá amfetamin, mefedron, anabolické steroidy a další látky. Vztahují se na ně stejná rizika infekce a jiné újmy související s injekční aplikací. Ať už se injekčně užívají jakékoli drogy, hlavním zájmem veřejného zdravotí zůstává totéž: omezení šíření infekčních onemocnění přenašených při sdílení kontaminovaných stříkaček, jehel a dalšího injekčního náčiní.

Lze toho dosáhnout kombinací dvou základních přístupů. Za prvé snahou o redukcí počtu příležitostí, při nichž dochází k nebezpečné injekční aplikaci, zajištěním efektivní adiktologické léčby a dostatečné a snadno dostupné nabídky čistého injekčního náčiní, která přispěje k eliminaci potřeby sdílení již použitého injekčního náčiní. Druhý přístup spočívá ve snaze o redukcí počtu nakažených jedinců poskytnutím léčby těm, kteří už jsou infikovaní, a očkováním neinfikovaných lidí, kteří z hlediska rizika nákazy patří mezi cílovou skupinu.

Možná řešení

K rozvoji programů výměny jehel a stříkaček a dalších aktivit v oblasti minimalizace rizik výrazně přispěly obavy z šíření HIV a AIDS v osmdesátých a devadesátých letech 20. století. Přehled hlavních intervencí, jejichž prostřednictvím je možné předcházet a kontrolovat šíření infekcí mezi injekčními uživateli drog, je uveden v rámečku s příklady dobré praxe (strana 80). V prevenci šíření HIV a virových hepatitid hraje také důležitou roli léčba závislosti na opioidech, o níž je pojednáno v části 2.2. Lidé v opioidové substituční léčbě si píchají méně často a počínají si při injekční aplikaci méně rizikově. Tato část se zabývá dalšími intervencemi určenými k prevenci krví přenosných a jiných infekcí.

Výměnné programy

K dispozici jsou epidemiologické důkazy střední kvality, z nichž vyplývá, že programy výměny jehel a stříkaček mohou snížit šíření viru HIV mezi injekčními uživateli drog. Určitá fakta, byť méně průkazná, vypovídají rovněž o možnosti preventivního působení výměnných programů při snižování míry přenosu VHC. Aby se však vliv výměnných programů projevil v celopopulačních hodnotách míry šíření HIV a VHC, je nutné, aby byly tyto intervence poskytovány v dostatečně velkém měřítku a aby byly kombinovány s dalšími opatřeními, např. léčbou. Bylo také prokázáno, že vedle zajišťování sterilních jehel a stříkaček snižuje rovněž rizikovitost injekčních praktik poskytování i dalších paraferálií, např., sterilních „pánviček“ nebo filtrů.

Poskytování filtrů může být obzvláště důležité v zemích, kde si lidé injekčně aplikují látky dostupné ve formě tablet, např. buprenorfin, což může vést ke vzniku řady zdravotních komplikací, jejichž léčba může být obtížná a nákladná.



Příklady dobré praxe při kontrole infekčních onemocnění mezi injekčními uživateli drog

Klíčové intervenční komponenty

Injekční náčiní: bezplatná a legálně dostupná nabídka sterilních jehel, stříkaček a dalšího injekčního náčiní v rámci vícesložkového přístupu, jenž zahrnuje minimalizaci rizik (*harm reduction*), poradenství a terapeutické programy.

Očkování: imunizace vůči hepatitidě typu A a B, tetanu a chřipce, jakož i vakcinace proti pneumokokovým nákazám u HIV pozitivních jedinců.

Léčba drogové závislosti: opioidová substituční terapie a další efektivní formy léčby drogové závislosti.

Testování: rutinní dobrovolné a diskrétní testování (s informovaným souhlasem) na HIV, VHC (VHB u neočkovaných) a další infekce, včetně tuberkulózy, spojené s doporučením další léčby.

Léčba infekčních onemocnění: antivirová léčba osob infikovaných HIV, VHB nebo VHC. Antituberkulózní léčba případů aktivní tuberkulózy, profylaxe u latentních případů a léčba dalších klinicky indikovaných infekčních onemocnění.

Podpora zdraví: aktivity v oblasti podpory zdraví zaměřené na bezpečnější chování při injekčním užívání, pohlavní zdraví, včetně používání kondomů, a prevence a léčba nemocí, včetně testování na jejich výskyt.

Adresné poskytování služeb: služby je třeba kombinovat a poskytovat s ohledem na potřeby uživatelů a místní podmínky prostřednictvím terénních programů a kamenných zařízení nabízejících adiktologickou léčbu, harm reduction, poradenství a testování a současně zprostředkovávajících kontakt na všeobecnou primární zdravotní péči i lékaře specialisty.

Kombinací těchto intervencí se zvyšuje jejich efektivita.

V upravené podobě převzato z publikace Evropského centra pro prevenci a kontrolu nemocí a Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs* [Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog]. Stockholm: ECDC; 2011.

Testování na HIV a virové hepatitidy a jejich léčba

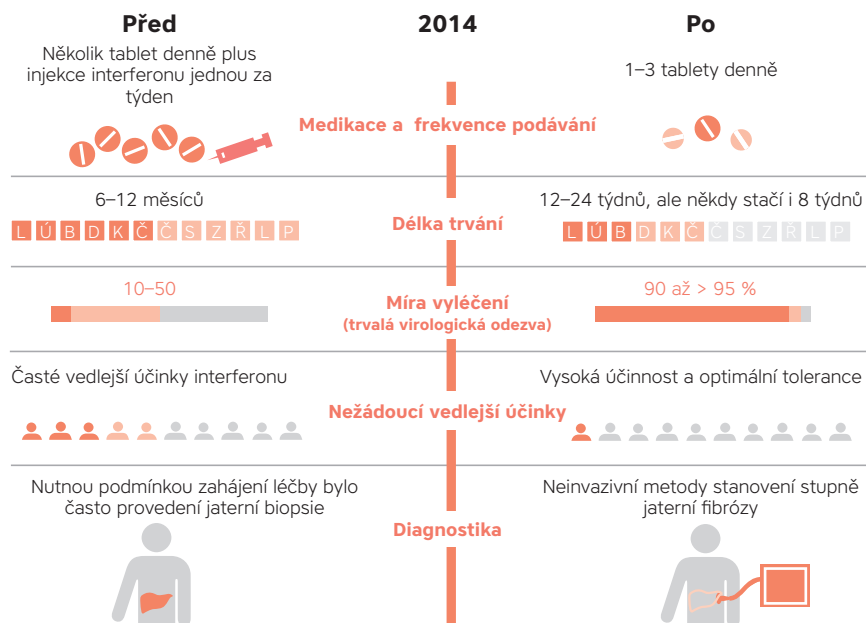
Léčba nákazy virem HIV a VHC u injekčních uživatelů drog je efektivní (důkazy střední kvality). Stigmatizace a marginalizace zůstávají u injekčních uživatelů drog výraznými překážkami v testování na krví přenosné virové infekce i v jejich léčbě a mohou způsobit, že jsou tyto stavy nedostatečně včas diagnostikovány a léčeny. Např. v roce 2015 bylo pozdě diagnostikováno 58 % nově hlášených případů nákazy virem HIV souvisejících s injekčním užíváním drog oproti 47 % u všech způsobů aplikace dohromady. Včasné stanovení diagnózy a zahájení antiretrovirové terapie snižuje morbiditu a mortalitu a nabízí infikovaným jedincům větší pravděpodobnost, že se dožijí věku odpovídajícímu normální střední délce života, a potenciálně omezuje přenos HIV na další osoby. Politika „test-and-treat“ ve vztahu k HIV, kdy se bezprostředně po diagnostikování HIV začíná s antiretrovirovou léčbou, je proto z hlediska řešení nákazy virem HIV mezi injekčními uživateli drog důležitá.

V mnoha zemích nabízejí testování na infekční onemocnění komunitní nízkoprahové adiktologické služby. Evropské minimální standardy kvality pro adiktologické služby se vyslovují ve prospěch dobrovolného testování na krví přenosné choroby zajišťované komunitními zařízeními a poradenství ohledně rizikového chování, jakož i pomoci při léčbě onemocnění. Činnosti těchto služeb mohou přispět k vyšší proočkování proti hepatitidám typu A a B.

Dobrou možností, jak předcházet onemocněním jater a úmrtím, je včasná detekce nákazy VHC a její léčba novými vysoce účinnými antivirotiky s přímým působením (Obr. 2.5). Ze systematického přehledu dostupných poznatků vyplývá, že mnoho infekcí mezi injekčními uživateli drog se nepodaří diagnostikovat a léčit. Nadále také chybí více empirických dat a evaluací dopadu navýšení léčby hepatitidy typu C mezi injekčními uživateli drog, na jejichž základě by bylo možné demonstrovat možné způsoby maximalizace zdravotních přínosů v této oblasti.

Důležité je zvýšit podíl injekčních uživatelů drog v léčbě a zajistit dostupnost efektivních forem léčby, k nimž bude mít tato populační skupina snadný přístup. Lepší přístup k adekvátní péči může být dosažen koncentrací léčby hepatitidy typu C a opioidové substituční terapie v jednom místě. Rezervy existují v oblasti lepšího dodržování režimu léčby ze strany injekčních uživatelů drog. Možnost změny k lepšímu zde představuje case management, podpůrné služby a edukace sloužící ke zvyšování povědomí o problematice zdraví a specificky VHC nejen mezi injekčními uživateli drog, ale také mezi poskytovateli služeb.

V zájmu omezování prevalence a šíření nákazy VHC mezi injekčními uživateli drog je nezbytně nutné navýšovat rozsah léčby hepatitidy typu C. V evropských klinických směrnicích se doporučuje, aby se bez ohledu na věk uvažovalo o léčbě všech pacientů s chronickým jaterním onemocněním, jehož původcem je virus VHC. Doporučuje se zde také, aby byla léčba neprodleně nasazena lidem, u nichž hrozí riziko, že budou virus dále šířit, jako jsou např. injekční uživatelé drog. V ideálním případě by tato intervence měla být přizpůsobena specifickým potřebám každého jednotlivce a poskytována na multidisciplinární bázi.



Obr. 2.5 Léčba hepatitidy typu C před a po zavedení přímo působících antivirotik

Nové kombinace přímo působících výhradně perorálních antivirotik jsou schopny během 8–12 týdnů eliminovat infekci VHC ve více než 90 % případů. Díky své bezpečnosti a účinnosti se stávají při léčbě VHC medikací první volby.

Hepatitidu typu C lze v současnosti u injekčních uživatelů drog bezpečně léčit. Je však třeba zlepšit dostupnost této léčby a zdokonalit způsoby jejího zprostředkování v rámci systému péče, a to včetně nabídky tohoto typu léčby ve specializovaných komunitních adiktologických službách v zájmu navýšení míry jejího využívání a snazšího přístupu k ní.

Na rozdíl od hepatitidy typu C je léčba virové hepatitidy typu B (VHB) dlouhodobá a nevede k eliminaci viru. Díky plošnému očkování dětí proti hepatitidě typu B a očkovacím kampaním zaměřeným na vysoce rizikové skupiny by se hepatitida typu B měla do budoucna vyskytovat spíše vzácně. Avšak vzhledem k tomu, že proočkovanost populace injekčních uživatelů drog nemusí být dobrá, je třeba je vnímat jako skupinu, u níž je na místě dodatečný screening a zrychlené očkovací schéma podle doporučení WHO. Injekčním uživatelům drog by očkování mělo být nabízeno při každém kontaktu s odbornými službami, ať už v rámci činnosti nízkoprahových zařízení zaměřujících se na minimalizaci rizik, v léčebných zařízeních nebo ve věznicích (viz část 4.1).

Je důležité, aby byly v zájmu jejich maximální efektivity služby poskytovány v rámci koordinovaného vícesložkového programu. Programy musejí být rovněž přizpůsobeny specifickým potřebám různých skupin osob, jež se mohou vyznačovat odlišnými vzorci injekčního užívání drog.

Z hlediska efektivních opatření v reakci na šíření infekcí spojených s injekční aplikací stimulantů a dalších drog u mužů, kteří provozují sex s jinými muži, může mít velký význam navázání spolupráce mezi poskytovateli služeb v oblasti adiktologie a péče o pohlavní zdraví. Mezi preventivní intervence ve vztahu k této skupině patří testování na infekce a jejich léčba, zdravotní osvěta a distribuce preventivních prostředků, včetně kondomů a sterilního injekčního náčiní. U populací vystavených nejvyššímu riziku se v rámci prevence přenosu viru HIV při pohlavním styku jako další alternativa nabízí preexpozici profylaxe.

Svou roli v prevenci šíření infekčních onemocnění spojených s injekčním užíváním drog mohou sehrávat také aplikační místnosti (viz Zaměřeno na aplikační místnosti, strana 212).

Evropské aktivity v oblasti prevence šíření infekčních onemocnění spojených s injekčním užíváním drog

Realizace intervencí zaměřených na prevenci šíření infekčních onemocnění spojených s injekčním užíváním drog je třeba vnímat v kontextu výskytu rizikových faktorů z hlediska jejich přenosu, mezi něž patří injekční užívání a míra prevalence onemocnění a jejich vývojové trendy. Přehled dostupných informací o některých hlavních rizikových faktorech a pokrytí příslušnými intervencemi v rámci Evropské Unie, v Norsku a Turecku je obsahem Obr. 2.6.

Opioidová substituční terapie

O poskytování opioidové substituční terapie (OST) v zemích Evropské unie je podrobněji pojednáno v části 2.2, ale základní informace o tomto typu intervence jsou rovněž zahrnuty do tabulky Obr. 2.6. Vyplývá z ní, že v řadě zemí EU je pokrytí OST, ale také výměnnými programy, nízké, přičemž některé tyto země vykazují množství dalších potenciálních rizikových faktorů z hlediska nákazy HIV nebo VHC mezi osobami, které injekčně užívají drogy.

Výměnné programy

Z 30 zemí monitorovaných EMCDDA poskytují všechny s výjimkou Turecka bezplatně sterilní injekční náčiní prostřednictvím specializovaných služeb. Mezi jednotlivými zeměmi však existují výrazné rozdíly v geografickém rozložení těchto služeb a v podílu injekčních uživatelů pokrytých nabídkou těchto výměnných programů. U přibližně poloviny (9) zemí ze 17, které poskytly odhady počtu injekčních uživatelů drog, bylo konstatováno, že s ohledem na počet injekčních uživatelů neposkytují prostřednictvím svých specializovaných a státem financovaných programů dostatek stříkaček.



Zaměřeno na ... rozšiřování léčby hepatitidy typu C v zájmu eliminace nákazy VHC

Významnou překážkou v rozsáhlém navyšování aplikace nových forem léčby hepatitidy typu C je jejich finanční náročnost. V roce 2015 se např. cena přípravku Sofosbuvir pohybovala v 20 evropských zemích mezi 25 000 a 91 000 EUR za 12týdenní léčebný běh. Znamená to, že náklady na léčbu všech dospělých infikovaných VHC v těchto zemích by se pohybovaly mezi 0,91 a 31,7 miliony EUR. Tyto náklady by mohly v budoucnu vyvážit značné úspory na nižší potřebě léčby cirhózy a rakoviny jater.

Dostupnost těchto zdokonalených způsobů léčby se stala pro mnohé evropské země podnětem, aby přijaly nové strategie ve vztahu k virovým hepatitidám, aktualizovaly směrnice vztahující se na daný typ léčby a zvýšily kvalitu testování na VHC a její léčby. Nedostatky nadále přetrvávají v nízké míře testování na VHC a v nepřehledném způsobu předávání pacientů a zprostředkování léčebné péče.

Z modelů vyplývá, že zajištění léčby hepatitidy typu C společně s vysokou mírou pokrytí služeb poskytujících sterilní stříkačky a OST může snížit přenos VHC na zanedbatelné hodnoty. Za účelem dosažení tohoto stavu je nutné zlepšit screening a přístup k testování, jakož i zajistit vyšší míru využívání léčby a dodržování léčebného režimu. Jako optimální pracoviště mohou v tomto ohledu fungovat komunitní služby zaměřené na léčbu VHC, jež jsou integrální součástí dalších služeb pro injekční uživatele drog, jakými jsou intervence typu harm reduction a terapeutické programy. Velkou výhodou jsou v současnosti techniky rychlého testování, jež lze snadno využívat v různých kontextech, včetně nízkoprahových center a terénních programů. Léčba by měla být pokud možno poskytována na týchž místech, aby se zvýšila míra jejího využití. Pracovníci těchto služeb by měli shromažďovat data o injekčním užívání, přenosu VHC a prevalenci VHC. Podchylování osob s hepatitidou typu C a jejich léčba ve výkonu testu odnětí svobody je rovněž nákladově efektivním způsobem minimalizace nákazy.

Při navyšování rozsahu poskytování léčby VHC je nutné zohledňovat potřeby a hlediska injekčních uživatelů drog. Patří sem zkoumání možností navázání kontaktu s těmito skupinami, jejich snazšího přístupu k léčbě a zahájení vlastní léčby virové hepatitidy typu C. Tyto studie a evaluace dopadu navýšení rozsahu léčby hepatitidy typu C na míru reinfekce jsou nezbytným podkladem pro rozhodování o dalším rozvoji těchto forem léčby.

		Rakousko	Belgie	Bulharsko	Chorvatsko	Kypr	Česká republika	Dánsko	Estonsko	Finsko	Francie	Německo	Řecko	Maďarsko	Irsko	Itálie	Lotyšsko	Litva	Lucembursko	Malta	Nizozemsko	Norsko	Polsko	Portugalsko	Rumunsko	Slovensko	Slovensko	Španělsko	Švédsko	Turecko	Spojené království
Indikátory související s HIV	Případy HIV																														
	Trend prevalence HIV																														
Indikátory rizika přenosu	Prevalence VHC: střední/vysoká nebo rostoucí																														
	Prevalence injekčního užívání drog: vysoká nebo rostoucí																														
Pokrytí intervencí	Problémoví uživatelé opioidů v substituční léčbě																														
	Distribuce stříkaček zajišťovaná specializovanými programy																														

Obr. 2.6 Přehled indikátorů potenciálně zvýšeného rizika nákazy HIV a VHC u injekčních uživatelů drog

- Nízká míra hlášeného výskytu HIV (< 5 případů na jeden milion obyvatel) a žádné objektivní známky nárůstu. Žádný výrazný trend nebo statisticky významný pokles prevalence HIV. Hodnoty prevalence na úrovni jednotlivých států nebo územně správních celků < 50 % nebo žádný výrazný trend nebo statisticky významný pokles. Nízká prevalence injekčního užívání drog (< 3 %). Vysoké pokrytí (> 50 % odhadované populace v opioidové substituční léčbě). Vysoké pokrytí (> 200 stříkaček na jednoho odhadovaného injekčního uživatele drog).
- Střední míra hlášeného výskytu (5–10 případů na jeden milion obyvatel) nebo setrvalý, ale nevýznamný nárůst na celostátní úrovni. Setrvalý, ale nevýznamný nárůst výskytu na celostátní úrovni. Hodnoty prevalence na úrovni jednotlivých států nebo územně správních celků mezi 50 a 60 % nebo setrvalý, ale nevýznamný nárůst na celostátní úrovni. Střední prevalence injekčního užívání drog (3–6 %). Střední pokrytí (30–50 % odhadované populace v opioidové substituční léčbě). Střední pokrytí (100–200 stříkaček na jednoho odhadovaného injekčního uživatele drog).
- Vysoká míra hlášeného výskytu (> 10 případů na jeden milion obyvatel) nebo statisticky významný nárůst (95% interval spolehlivosti). Statisticky významný nárůst prevalence HIV (95% interval spolehlivosti). Hodnoty prevalence na úrovni jednotlivých států nebo územně správních celků > 60 % nebo statisticky významný nárůst prevalence VHC (95% interval spolehlivosti). Vysoká prevalence injekčního užívání drog (> 6 %). Nízké pokrytí (< 30 % odhadované populace v opioidové substituční léčbě). Nízké pokrytí (< 100 stříkaček na jednoho odhadovaného injekčního uživatele drog).
- Není známo/informace nejsou k dispozici/v poslední době nerealizovány žádné populační odhady.

Pozn.: V Turecku nejsou k dispozici výměnné programy zajišťující bezplatnou distribuci sterilních injekčních náčin. V případě Spojeného království se pokrytí OST vztahuje pouze k Anglii.

Data z těchto programů v 25 zemích ukazují, že za období 2014/2015 bylo distribuováno 52 milionů stříkaček. Toto číslo je však výrazně podhodnoceno, protože v něm nejsou započítána příslušná data z Německa, Itálie a Spojeného království. Na základě dat aspoň z některých částí těchto zemí lze odhadovat, že se v Evropské unii v rámci celostátních programů ročně vydá více než 100 milionů stříkaček. Toto číslo nezahrnuje injekční náčiní, které si injekční uživatelé drog zakoupí přímo v lékárnách.

Testování a léčba

Stále více zemí přijímá nebo připravuje strategie věnované specificky problematice hepatitidy typu C. Iniciativy zaměřené na boj s hepatitidou typu C prostřednictvím testování, poradenství a léčby určené injekčním uživatelům drog jsou sice na vzestupu, ale zřejmě to stále nestačí, protože v 18 z 23 zemí, které poskytují příslušné informace, se uváděná prevalence VHC mezi touto skupinou stále pohybuje na středně vysokých nebo vysokých hodnotách, případně roste. Děje se tak navzdory prokázané účinnosti antivirové léčby hepatitidy typu C u osob, které injekčně užívají drogy. Zčásti to lze vysvětlit vysokou cenou nových léčiv, ale svou roli zde pravděpodobně hrají i překážky v identifikaci a léčbě případů hepatitidy typu C. Na odstranění některých těchto překážek se pracuje. Do praxe byl zaveden nový diagnostický nástroj (Fibroscan), díky němuž lze snadněji rozpoznat onemocnění jater. Nové léčivé přípravky pak zkracují délku léčby a eliminují negativní vedlejší účinky, což by mělo vést k vyšší míře dodržování léčebného režimu.

Minimalizace infekcí spojených s injekčním užíváním drog: význam pro politiku a praxi

Základy

- Hlavní intervence v této oblasti zahrnují výměnné programy, poskytování opioidové substituční léčby, testování na infekční onemocnění a jejich léčba a aktivity v oblasti podpory zdraví.
- Mnozí uživatelé drog nevědí, že jsou nakaženi VHC. Testování by proto mělo být nabízeno v rámci základního souboru úkonů prováděných při jakémkoli kontaktu s adiktologickými službami.
- Očkování injekčních uživatelů drog proti hepatitidě typu A a B může výrazně snížit výskyt těchto infekcí a jejich závažné zdravotní následky.

Příležitosti

- Snížení výskytu onemocnění jater, včetně onkologických diagnóz, a potenciální eliminace hepatitidy typu C mezi injekčními uživateli drog jako veřejnozdravotní hrozby by mohlo být dosaženo prostřednictvím implementace integrované strategie obnávající prevenci, kontaktní práci, screening a nové formy vysoce efektivních perorálních léčiv proti hepatitidě typu C v koordinaci s opatřeními zaměřenými na minimalizaci rizik (včetně programů výměny stříkaček a jehel) a programy adiktologické léčby (včetně OST), včetně péče tohoto typu ve věznicích.

- Dostupnost testování na infekční onemocnění a pohlavně přenosné nákazy a jejich léčby, jakož i využívání možnosti testování a léčby je možné zvýšit rozvojem praxe provádění screeningu přímo v rámci realizace služeb pro uživatele drog, ať už se jedná o centra adiktologické léčby, aplikační místnosti nebo výměnné programy.

Rezervy

- Dostupnost výměnných programů a OST je v současnosti v mnoha zemích EU pod doporučenou úrovní a je třeba ji zlepšit. Je také zapotřebí zajistit kvalitnější data týkající se míry využití léčby VHC, aby bylo možné posoudit adekvátnost poskytovaných služeb.
- Nákaza virem HIV je u injekčních uživatelů drog často diagnostikována pozdě. Stále jsou také hlášeny případy AIDS mezi touto skupinou. Je nutné zvýšit rozsah testování na HIV, neprodleně po určení diagnózy zahájit léčbu HIV a udržet co nejvíce klientů v péči.

Doporučené zdroje

EMCDDA

- portál dobré praxe
- European drug report: trends and developments 2017
- Hepatitis C treatment for injecting drug users, Perspectives on drugs, 2015
- Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, Insights, 2016
- Drug-related infectious diseases in Europe: update from the EMCDDA expert network, Rapid communication, 2017
- Estimating trends in injecting drug use in Europe using national data on drug treatment admissions, Technical paper, 2015
- Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users, Manual, 2010

ECDC a EMCDDA

- Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs, Joint publication, 2011

Další zdroje

- UNODC, UNAIDS, WHO. Guidance relating to infectious diseases and injecting drug use (webpage)

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.



2.5 Řešení problémů souvisejících s užíváním stimulantů

SHRNUTÍ

Témata

V Evropě je celkově nejužívanější stimulační drogou kokain, ale v některých zemích mohou být převládajícími stimulancií MDMA, amfetamin a metamfetamin.

Mnohé z negativních dopadů užívání stimulantů souvisejí s jejich intenzivní dlouhodobou konzumací ve velkých dávkách. Důležitým mediačním faktorem je způsob aplikace, kdy zejména injekční užívání stimulantů a kouření crack kokainu nebo amfetaminu je spojováno s problematictějšími vzorci užívání. Akutní problémy však mohou postihnout i experimentální nebo příležitostně uživatele stimulantů.

Stimulanty se mimo jiné užívají účelově, např. pokud chce člověk zůstat bdělý při řízení, když chce vydržet dlouho pracovat nebo při společenské interakci v prostředí noční zábavy. Znamená to, že některá intervenční opatření zaměřená na užívání stimulantů se váží ke konkrétnímu kontextu, případně se překrývají s obecnějšími veřejno-zdravotními opatřeními. Situační kontext jejich užívání a skutečnost, že stimulanty se někdy užívají ve spojení se sexuálními aktivitami, také znamená, že intervenční opatření adiktologické povahy se mohou překrývat s opatřeními v oblasti péče o pohlavní zdraví, a to zejména u některých konkrétních skupin.

Klíčová slova

stimulanty, kokain, amfetaminy, minimalizace rizik, léčba, pohlavní zdraví

Možná řešení

- Krátké intervence, doporučení léčebných programů nebo zprostředkování kontaktu na služby zaměřené na minimalizaci rizik (harm reduction), které lze nabízet, když uživatelé vyhledají pomoc na odděleních urgentního příjmu kvůli problémům souvisejícím s intoxikací nebo užíváním vysokých dávek.
- Injekční uživatelé stimulantů potřebují mít pravidelný přístup k programům zajišťujícím výměnu jehel a stříkaček, protože během svého „tahu“ si mohou drogu píchat s větší frekvencí než uživatelé opioidů.
- Intervence v oblasti minimalizace rizik určené uživatelům stimulantů, kteří by jinak takové služby nevyhledali, bude zřejmě nutné realizovat prostřednictvím terénních programů.
- V případě problémového užívání stimulantů mohou být efektivní formou léčby psychosociální intervence. K dispozici nejsou žádná farmaka, u nichž by se dostatečně přesvědčivě prokázala účinnost ve vztahu k léčbě problémového užívání stimulantů, nicméně u uživatelů amfetaminů bylo zjištěno, že některá léčiva používaná při léčbě deprese jim pomáhají udržet se v léčbě.

Situace v Evropě

- Kokain je hlavní stimulační drogou, kvůli níž lidé v Evropě vyhledávají léčbu (v roce 2015 to bylo 63 000 lidí), a to hlavně ve Španělsku, Itálii a Spojeném království. Počet osob nově nastupujících léčbu je více méně stejný. V souvislosti s crack kokainem jako svou primární drogou se začalo léčit dalších 7 400 lidí, většinou ve Spojeném království.
- Přibližně 34 000 lidí nastoupilo v roce 2015 léčbu v souvislosti s problémy působenými užíváním amfetaminu a 9 000 kvůli metamfetaminu, zejména v České republice a na Slovensku. Od roku 2009 došlo k nárůstu v počtu tzv. prvožadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním stimulantů.
- Velmi málo lidí nastupuje specializovanou adiktologickou léčbu kvůli užívání MDMA; ve vztahu k této skupině má větší smysl realizovat intervence zaměřené na minimalizaci rizik na festivalech a v prostředí noční zábavy.

Obeznamenost s problémem a hlavní cíle opatření

Nejužívanější nelegální stimulační drogou v Evropě je kokain. Pravidelné konzumenty kokainu je možné orientačně rozdělit na sociálně integrovanější uživatele, kteří „šňupají“ kokainový prášek (hydrochlorid kokainu), a marginalizované uživatele, kteří si kokain častěji píchají nebo kouří crack kokain (kokainovou bázi) a někdy užívají také opioidy.

Míra užívání stimulantu MDMA (na trhu známého také jako „extáze“) již v mnoha zemích nedosahuje výše jako v době jeho vrcholné obliby v prvních letech nového tisíciletí. Některé zdroje monitoringu však ukazují, že v posledních letech narůstá jak míra užívání MDMA, tak průměrný obsah MDMA v tabletkách. Velké množství MDMA v některých tabletkách je spojováno s negativními dopady a úmrtími.

V Evropě se konzumuje jak amfetamin, tak metamfetamin, dva blízce příbuzné stimulanty, přičemž amfetamin se užívá častěji než metamfetamin. Užívání metamfetaminu je historicky svázáno s Českou republikou a v nedávné minulosti také se Slovenskem, nicméně jeho zvýšené užívání je zaznamenáváno také v některých dalších zemích. V některých datových zdrojích není možné od sebe tyto dvě látky oddělit, takže se obě řadí pod generický pojem amfetaminy. Obě tyto drogy lze užít perorálně nebo nazálně; v některých zemích je u problémových uživatelů běžná jejich injekční aplikace. Metamfetamin se dá také kouřit, ale tento způsob aplikace se v Evropě vyskytuje jen vzácně.

Mezi jednotlivými evropskými zeměmi existují rozdíly, pokud jde o nejužívanější stimulanty. Např. ve Spojeném království užilo za poslední rok v rámci obecné populace ze všech nelegálních stimulačních drog nejvíce lidí kokain, těsně následovaný MDMA. Oproti tomu ve Finsku uvádí podobné procento lidí užívání amfetaminu a MDMA v posledním roce, zatímco kokain se běžně neužívá.

Mnohé z negativních dopadů souvisejících s užíváním stimulantů jsou asociovány s intenzivní dlouhodobou konzumací vysokých dávek. Důležitým mediačním faktorem je také způsob aplikace, kdy zejména injekční užívání stimulantů a kouření crack kokainu nebo amfetaminu je spojováno s problematictějšími vzorci užívání. Akutní problémy

mohou postihnout i experimentální uživatele stimulantů, ale nevyskytují se většinou tak často, pokud se stimulanty neužívají často a ve velkých dávkách. Přestože se nejedná o běžnou praxi, jsou lidé, kteří užívají vysoké dávky stimulantů po delší časové období, někdy i několik dnů. Tyto „tahy“ mohou být příčinou mnoha různých akutních problémů, včetně psychózy, agresivního chování a paranoie, a mohou se rovněž pojit s rozvojem závislosti a dalších dlouhodobějších zdravotních a sociálních potíží. Dlouhodobé užívání stimulantů ve vysokých dávkách může způsobovat závažné kardiovaskulární problémy, např. cévní mozkové příhody, kardiomyopatie a infarkt myokardu.

Problémové užívání stimulantů se může pojit s ohrožením pohlavního zdraví. Někteří muži provozující sex s muži se účastní akcí známých jako „chemsex“, při nichž dochází k injekčnímu užívání metamfetaminu a dalších látek v zájmu povzbuzení sexuální touhy. Ačkoli se na první pohled jedná o výjimečný jev, existence aktivit typu „chemsex“ byla zaznamenána v řadě velkých evropských měst. V několika evropských zemích jsou zdrojem obav z hlediska možnosti šíření HIV a jiných pohlavně přenosných nákaz. Některé studie rovněž referují o vysoké míře poskytování sexu výměnou za peníze nebo drogy u žen, které mají problémy s crack kokainem. Je to dokladem potenciálně obecnějšího problému souvisejícího s užíváním stimulantů a dalších látek mezi ženami a muži zapojenými do komerčního sexu, který volá po rozvoji opatření, jimiž by bylo možné řešit užívání návykových látek, ale také riziková chování z hlediska pohlavního zdraví. Předmětem znepokojení je také role drog v sexuálním vykořisťování, včetně sexuálních napadení, jejichž oběti byly pod vlivem psychoaktivní látky. O rozsahu a povaze těchto problémů jsou však k dispozici jen kusé informace.

Stimulanty se také užívají v kombinaci s alkoholem nebo dalšími nelegálními drogami. Některé z těchto kombinací, např. kokain a alkohol, mohou zvyšovat zdravotní rizika. Uživatelé stimulantů také někdy užívají jiné návykové látky na zmírnění negativních stavů při odeznění účinků stimulantů a navození spánku. Mezi tyto látky patří alkohol, konopí nebo benzodiazepiny. Někteří problémovější uživatelé sahají za tímto účelem k opioidům. Toto polyvalentní užívání může uživatele stimulantů vystavovat dalším rizikům. Opatření v této oblasti budou proto muset často počítat s interakcemi mezi užíváním stimulantů a dalších drog (viz část 2.8 věnovaná polyvalentnímu užívání drog).

Možná řešení

K užívání stimulantů často dochází v prostředí zábavy, jako jsou např. noční podniky nebo hudební festivaly. O programech zaměřených na prevenci a minimalizaci rizik mezi uživateli MDMA a dalších stimulačních drog v těchto kontextech je pojednáno v části 4.2.

Lidé, u nichž se v důsledku užití stimulantů vyskytnou nějaké akutní problémy, mohou vyhledat služby rychlé zdravotnické pomoci. Možné intervence budou záležet na popsaných příznacích, ale často postačí krátká medicínská nebo psychologická intervence. Je však důležité, aby si pracovníci záchranné služby byly vědomi případné nutnosti odkázat danou osobu na příslušnou léčbu, služby v oblasti minimalizace rizik nebo poskytovatele péče o pohlavní zdraví.

Potenciál stimulantů způsobovat nebo zhoršovat kardiovaskulární problémy také znamená, že osoby, které zasahují při nějaké mimořádné události kardiovaskulární povahy, by také měly zohlednit roli, kterou při ní mohly sehrát drogy.

Minimalizace rizik u problémů působených užíváním stimulantů

Injekční uživatelé stimulantů budou potřebovat častější přístup k výměnným programům, protože si mnohdy píchají drogu častěji než uživatelé opioidů (viz také část 2.4 věnovaná opatřením k minimalizaci šíření infekcí spojených s injekčním užíváním drog).

Intervenční opatření určená pro tuto skupinu často zahrnují nějakou formu kontaktní práce a poskytování sterilního injekčního náčiní, kondomů, informací o bezpečnějším chování při injekční aplikaci a o základní hygieně, péči o žíly a ošetření ran a distribuci antibakteriálních krémů a mastí. Tato opatření se jeví jako vhodná, byť jednoznačné důkazy nejsou prozatím v této oblasti k dispozici. Do určité míry se sice podařilo prokázat, že terénní programy mohou u injekčních uživatelů stimulantů přispívat k nižší míře zdravotních problémů souvisejících s injekční aplikací, např. infekce kůže, ale chybí robustní data, z nichž by byl zřejmý nějaký měřitelný pokles v míře injekčního užívání nebo rizikových sexuálních praktik v důsledku uplatňování těchto přístupů. Vzhledem k tomu, že problémy související s užíváním stimulantů podle všeho narůstají, jedná se o oblast s potenciálem pro další výzkum a rozvoj relevantních služeb.

Neexistují doposud dostatečně přesvědčivé důkazy o pozitivním vlivu psychosociálních a behaviorálních intervencí na rizikové sexuální chování uživatelů drog. U jedinců, kteří užívají stimulancia kouřením, může být prospěšné poskytování balíčků s čistým náčiním na aplikaci cracku v zájmu prevence sdílení použitých paraferniálů, informačních, edukačních a komunikačních materiálů a terénních aktivit, ale jejich efektivnost je ještě nutné ověřit dalším výzkumem. Inovativní intervencí realizovanou nízkoprahovými službami pro uživatele metamfetaminu v České republice je distribuce prázdných želatinových kapslí, které mají uživatele motivovat k perorální konzumaci drogy a omezovat tak rizika nákazy HIV a VHC související s injekční aplikací. Tuto intervencí je třeba podrobit evaluaci, díky níž bude možné detailněji posoudit její praktičnost a vliv na chování uživatelů.

Obzvláště problematickou formou užívání stimulantů, včetně rizika poškození dýchacího ústrojí a degradace chrupu, je kouření krystalického metamfetaminu, byť v Evropě se nejedná o příliš běžnou praxi. Problémy se stimulanty mohou nastat a progredovat velmi rychle. Např. v Aténách se kouření metamfetaminu mezi uživateli opioidů eviduje od roku 2011. V poslední době byl nicméně zaznamenán výskyt injekčního užívání metamfetaminu, a to zejména v dalších městských oblastech mimo hlavní město. Užívání krystalického metamfetaminu se pojí s celou řadou problémů, mezi něž patří agresivita, nespavost, záněty kůže a vyrážky, úbytek tělesné hmotnosti a smrt. Kapacita nízkoprahových adiktologických a psychiatrických služeb, které by mohly reagovat na potřeby těchto uživatelů, je však v řeckých městech mimo Atény nedostatečná.

Vzhledem ke spojitosti mezi užíváním stimulantů a rizikovým sexuálním chováním je zapotřebí, aby případné užívání drog u svých klientů zohledňovali pracovníci v oblasti péče o pohlavní zdraví. Také v rámci adiktologické péče je třeba posuzovat pohlavní zdraví klientů. O těchto otázkách je podrobněji pojednáno v oddíle Zaměřeno na řešení problematiky pohlavního zdraví související s užíváním drog (strana 96).

Léčba problémů souvisejících s užíváním stimulantů

Lidé, kteří vyhledávají léčbu v souvislosti s problémy se stimulanty, jsou primárně uživateli kokainu nebo amfetaminu. Uživatelé extáze vyhledávají léčbu jen málokdy.

Jedince nastupující léčbu kvůli problémům souvisejícím s kokainem lze velmi zjednodušeně rozdělit do tří skupin:

- uživatelé kokainového prášku, kteří si kokain aplikují intranazálně (insuflací či šňupáním) a užívají ho samotný nebo v kombinaci s konopím nebo alkoholem,
- uživatelé crack kokainu, kteří tuto formu drogy často užívají v kombinaci s jinými látkami, včetně heroinu,
- polyvalentní uživatelé drog, kteří často užívají kokain s heroinem nebo jinými drogami a mohou též patřit mezi injekční uživatele drog.

Při práci s těmito skupinami je nutné uplatňovat do určité míry odlišné přístupy. Osoby, které primárně užívají kokainový prášek, jsou obvykle sociálně integrovanější než kuřáci crack kokainu nebo uživatelé opioidů. Mají také častěji stabilní bydlení a pravidelný příjem. Podobně heterogenní skupinu z hlediska sociálních podmínek a způsobů užívání tvoří osoby, které vyhledávají léčbu kvůli problémům spojeným s užíváním amfetaminů.

Pro léčbu problémových uživatelů stimulantů nejsou aktuálně k dispozici žádná farmaka, jejichž účinnost by v tomto ohledu byla dostatečně prokázána. Způsoby léčby a intervence, jež se osvědčily jako užitečné, jsou uvedeny v přehledu důkazů níže. Z výsledků systematických přehledů klinických hodnocení farmak k léčbě uživatelů kokainu nelze učinit jednoznačné závěry. Při vysazování drogy nebo překonávání bažení pomáhají uživatelům nejvíce antipsychotika. Pro uživatele je rovněž přijatelný disulfiram, přípravek, který se bere při závislosti na alkoholu. U žádného z těchto léčivých přípravků však nebyla zjištěna taková účinnost z hlediska léčby problémů s kokainem jako v případě OST ve vztahu k léčbě závislosti na opioidech.

Přehled důkazů o ... léčbě problémového užívání stimulantů



Psychosociální intervence mohou přispět ke snížení míry užívání kokainu působením na duševní procesy a chování související se závislostí.



Při omezování užívání kokainu může jeho uživatelům pomoci disulfiram určený k léčbě závislosti na alkoholu a léky proti Parkinsonově chorobě.



Psychosociální léčba (včetně incentivní terapie) vykazuje pozitivní krátkodobou účinnost z hlediska abúzu/závislosti na cracku.



Bylo zjištěno, že některé preparáty používané k léčbě deprese (fluoxetin a imipramin) mají z krátkodobého a střednědobého hlediska pozitivní vliv na setrvávání uživatelů amfetaminu v léčbě.



U těhotných žen lze detoxifikaci od stimulantů podpořit medikací, avšak její podání se doporučuje pouze u osob, které vykazují odvykací symptomy.

V rámci zkoumání farmakoterapie poruch spojených s užíváním metamfetaminu (např. prostřednictvím bupropionu nebo modafinilu) nebylo zjištěno, že by byl kterýkoliv z přípravků účinnější než placebo.

U uživatelů kokainu mohou být účinné psychosociální intervence. Incentivní terapie může fungovat v kombinaci s medikací. Z provedeného systematického přehledu je patrné, že intervence na bázi kognitivně-behaviorální terapie snižují míru předčasného odchodu z léčby a užívání kokainu. Po doplnění o incentivní terapii byl jejich efekt dále posílen. Autoři nedávné belgické studie uvádějí, že po šesti měsících incentivní terapie a podpůrných aktivit na komunitní bázi dosáhla míra abstinence mezi uživateli kokainu trojnásobku hodnot zaznamenaných u participantů, kteří absolvovali standardní léčbu.

Evropské aktivity v oblasti řešení problémů souvisejících s užíváním stimulantů

V Evropě se léčba poruch spojených s užíváním kokainu obvykle provádí v ambulantních zařízeních, která jsou primárně určena uživatelům opioidů. Někteří z lidí vyhledávajících léčbu kvůli svému užívání stimulantů mohou váhat s kontaktováním těchto služeb, protože mohou mít pocit, že zde nebudou schopni reagovat na jejich potřeby, a také se neztotožňují s uživateli opioidů, kteří mezi klienty těchto služeb budou převládat. Jejich atraktivitu mohou zvýšit úpravy modelů poskytování služeb, které budou více korespondovat s potřebami klientů. V rámci jednoho irského pilotního projektu týkajícího se léčby problémů s kokainem bylo např. zjištěno, že zavedení večerních sezení v ambulantních zařízeních vedlo k vyšší návštěvnosti uživatelů kokainu. Také kontaktní práci lze provádět bezprostředně před a po víkendy, kdy se kokain obecně užívá víc.

Tři čtvrtiny (74 %) všech osob nastupujících v Evropě v roce 2015 léčbu v souvislosti s kokainem připadaly na Španělsko, Itálii a Spojené království. Kokain byl celkově primární drogou u cca 63 000 klientů nastupujících specializovanou adiktologickou léčbu, z nichž přibližně 28 000 zahajovalo léčbu vůbec poprvé („prvožadatelé“). Po období poklesu zůstává celkový počet prvožadatelů o léčbu v souvislosti s kokainem od roku 2012 stabilní (Obr. 2.7). 7 400 klientů nastupujících v Evropě léčbu v roce 2015 uvádělo jako primární problém užívání crack kokainu. Na Spojené království připadaly téměř dvě třetiny (4 800) a o většinu zbytku (1 900) se společně podělily Španělsko, Francie a Nizozemsko.

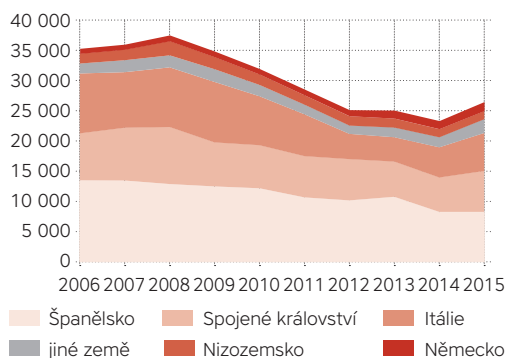
Amfetaminy jako svou primární drogu uvedlo cca 34 000 klientů nastupujících v Evropě v roce 2015 specializovanou adiktologickou léčbu. Přibližně 14 000 bylo prvožadatelů (Obr. 2.8). Uživatelé, jejichž primární drogou byl amfetamin, tvořili přes 15 % prvožadatelů v Bulharsku, Německu, Finsku, Lotyšsku a Polsku. Žadatelé o léčbu s metamfetaminem jako svou primární drogu byli kumulováni v České republice a na Slovensku. Na tyto dvě země připadalo 90 % všech 9 000 klientů nastupujících v Evropě specializovanou léčbu v souvislosti s metamfetaminem. Počet prvožadatelů o léčbu uvádějících amfetamin nebo metamfetamin jako jejich primární drogu mezi lety 2006 a 2015 ve většině zemí v úhrnu narostl. Je třeba monitorovat trendy v podílu osob uvádějících injekční užívání amfetaminů, neboť mezi uživateli amfetaminů není patrný pokles v míře injekční aplikace zaznamenaný u uživatelů jiných látek.

Ačkoli míra užívání metamfetaminu v obecné populaci dosahuje nízkých hodnot, užívání této drogy některými skupinami obyvatelstva představuje specifické výzvy a vyžaduje odlišné intervenční přístupy ze strany poskytovatelů služeb. Na řešení těchto problémů se aktuálně podílejí služby v oblasti péče o duševní zdraví, nízkoprahové služby, adiktologické služby, programy pro práci s mládeží a služby v oblasti péče o pohlavní zdraví. Např. v České republice, kde je injekční aplikace nejčastějším způsobem užívání metamfetaminu, spočívá těžiště intervencí v psychiatrické péči a rezidenčních programech léčby založených na modelu terapeutické komunity. K dispozici jsou rovněž informační a poradenské služby upozorňující uživatele metamfetaminu na možná rizika a způsoby jejich minimalizace.

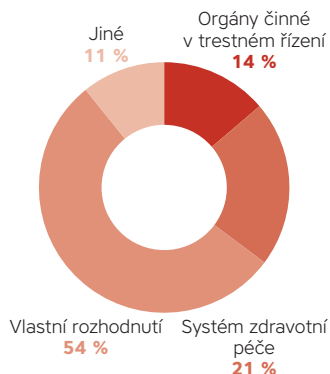
V několika severoevropských zemích, kde začali stávající uživatelé stimulantů užívat také metamfetamin, se uživatelům amfetaminu a metamfetaminu nabízí stejný typ léčby sestávající zpravidla z psychosociálních intervencí. Podle dostupných údajů užívají metamfetamin v několika zemích také rekreační uživatelé drog, včetně frekventantů klubové scény. Na realizaci intervenčních opatření určených těmto uživatelům se někdy podílejí také služby zaměřující se na práci s mládeží.

V reakci na užívání spojené s praktikami známými jako „chemsex“ vznikají také iniciativy určené speciálně uživatelům metamfetaminu. Patří k nim multidisciplinární služby poskytující adiktologickou a venerologickou péči nebo zajišťování lepší koordinace

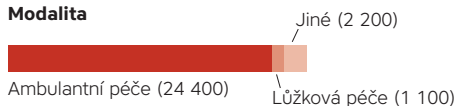
Trendy u prvozdátelel



Zprostředkované péče



Modalita



Obr. 2.7 Uživatelé kokainu nastupující léčbu v Evropě: vývojové trendy a zprostředkované léčby za rok 2015

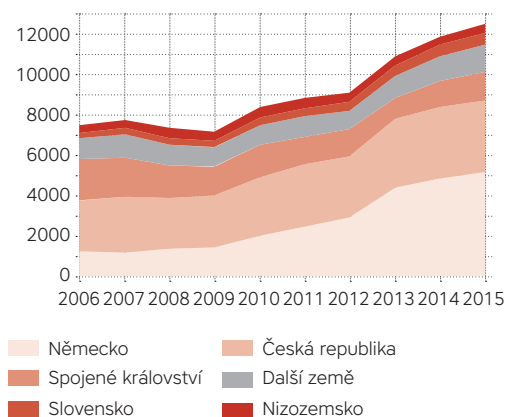
Pozn.: Údaje o způsobu zprostředkování péče a modalitách vycházejí z počtů všech osob nastupujících léčbu, u nichž byl primární drogou kokain, získaných na základě nejaktuálnějších dat ze všech zemí. Trendy týkající se osob nastupujících léčbu poprvé vycházejí z dat poskytnutých 23 zeměmi. Vzhledem ke změnám v toku dat na národní úrovni není možné data za Itálii od roku 2014 porovnávat s předchozími roky.

a provázanosti poskytovaných služeb (viz Zaměřeno na řešení problematiky pohlavního zdraví související s užíváním drog (strana 96).

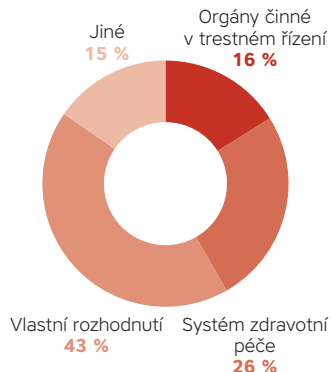
Intervence implementované v Evropě za účelem omezení rizik souvisejících s injekčním užíváním metamfetaminu zahrnují poskytování kuřáckého náčiní nebo balíčků pro bezpečnější inhalační aplikaci v rámci programů výměny jehel a stříkaček. Iniciativy v oblasti podpory zdraví se obvykle soustředí na obecné otázky bezpečnosti a péče o sebe sama, včetně péče o duševní, tělesné a pohlavní zdraví.

Užívání MDMA se uvádí jen zřídka jako důvod vyhledání specializované adiktologické péče. V roce 2015 je v Evropě neuvádělo ani 1 % (přibližně 900 případů) prvozadatelů o léčbu.

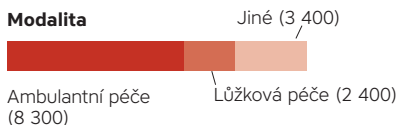
Trendy u prvozadatelů



Zprostředkovatelská péče



Modalita



Obr. 2.8 Uživatelé amfetaminu nastupující léčbu v Evropě: vývojové trendy a zprostředkovatelská léčba za rok 2015

Pozn.: Údaje o způsobu zprostředkování péče a modalitách vycházejí z počtů všech osob nastupujících léčbu, u nichž byly primární drogou amfetaminy, získaných na základě nejaktuálnějších dat ze všech zemí. Trendy týkající se osob nastupujících léčbu poprvé vycházejí z dat poskytnutých 23 zeměmi.



Opatření zaměřená na uživatele stimulantů: význam pro politiku a praxi

Základy

- Problémy spojené s užíváním stimulantů se liší v závislosti na vzorcích užívání, uživatelských skupinách a kontextu užívání. Intervenční opatření proto musejí zohledňovat specifika místních vzorců užívání a vyskytujících se problémů.
- Mezi stěžejní intervenční opatření zaměřená na problémy související se stimulanty aktuálně patří psychosociální léčba nebo krátké intervence a aktivity v oblasti minimalizace rizik určené injekčním uživatelům drog.

Příležitosti

- Zlepšení spolupráce mezi poskytovateli péče v oblasti pohlavního zdraví a adiktologickými službami může zvýšit účinnost a efektivitu obou těchto oblastí péče.

Rezervy

- Je třeba dále rozvíjet a evaluovat intervence v oblasti minimalizace rizik určené uživatelům stimulantů.
- Na úrovni EU je třeba učinit prioritou výzkum v oblasti účinných farmak aplikovatelných při léčbě závislosti na stimulantech.

Zaměřeno na ... řešení problematiky pohlavního zdraví související s užíváním drog



Povaha daného problému

Mezi klientelou poskytovatelů péče o pohlavní zdraví je značné procento uživatelů drog, zejména stimulantů, a problémy v oblasti pohlavního zdraví jsou současně běžné u osob v adiktologické péči. Spojitost mezi pohlavním zdravím a problémy s drogami může mít řadu podob:

- Člověk pod vlivem drog ztrácí zábrany a může se neplánovaně stát aktérem sexuálních aktivit – ať už dobrovolně či nikoli – s negativními důsledky, ať už ve formě výčitek, negativního duševního rozpoložení, pohlavně přenosných infekcí nebo nechtěného těhotenství.
- Někteří lidé, kteří mají problémy s drogami, mohou být zapojeni do komerčního sexu jako formy financování jejich užívání drog, což zvyšuje riziko pohlavně přenosných infekcí a napadení.
- Drogy se někdy používají před nebo během sexu za účelem zvýšení sexuálního výkonu a rozkoše („chemsex“), což vede k nárůstu rizika pohlavně přenosných infekcí, sexuálně motivovaného násilí a rozvoje drogové závislosti. Informace o tomto vzorci chování u některých skupin mužů praktikujících sex s muži jsou v některých zemích důvodem k obavám.
- Drogy se někdy používají ke zmírnění emočního stresu vyplývajícího z problémů v oblasti pohlavního zdraví, mezi něž patří např. diagnóza HIV.

V Evropě jsou obvykle adiktologické služby a služby v oblasti péče o pohlavní zdraví financovány z různých zdrojů, vyznačují se odlišnými vstupními kritérii a jen zřídka jsou provozovány v rámci téhož pracoviště. Tato skutečnost komplikuje možnost poskytování „sdružené“ péče osobám s oběma typy problémů. Každý typ služby se zaměřuje pouze na poskytování jednoho typu péče a zbavuje se tak příležitosti řešit oba okruhy problémů najednou.

Potřebné intervence

Výzkum doposud neodhalil žádný optimální model služeb, ale naskýtají se nějaké nové možnosti. Vzhledem k absenci důkazní základny je potřeba začít shromažďovat kvalitnější data týkající se rozsahu daného problému v rámci pracovišť poskytujících služby v oblasti adiktologie a péče o pohlavní zdraví. Na jejich základě pak bude možné:

- identifikovat osoby, které mají problémy v oblasti užívání drog, včetně závislosti, a pohlavního zdraví,
- lépe porozumět jejich rizikovému chování a potřebám z hlediska léčby,
- lépe určit možné užitečné propojení a integraci služeb v oblasti péče o pohlavní zdraví a adiktologie, např. v rámci služeb určených mužům majícím sex s jinými muži, které vznikají v některých zemích.

Oba typy služeb by rovněž měly sdílet své odborné kapacity a snažit se optimalizovat proces léčby:

- školením pracovníků v oblasti péče o pohlavní zdraví se zaměřením na posuzování možných adiktologických problémů a nabídkou krátkých intervencí v indikovaných případech,
- školením pracovníků adiktologických služeb se zaměřením na posuzování pohlavního zdraví a nabídkou krátkých intervencí zaměřených na problémy v oblasti pohlavního zdraví související s užíváním drog a
- podporou lepší vzájemné spolupráce obou typů péče, např. formou společných školení nebo výměnnými stážemi.

Viz podkladový materiál *Joining up sexual health and drug services to better meet clients' needs* [Propojování péče v oblasti pohlavního zdraví a adiktologie v zájmu optimalizace reakcí na potřeby klientů].



Doporučené zdroje

EMCDDA

- Portál dobré praxe
- European drug report: trends and developments 2017
- Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on drugs, 2014
- Treatment for cocaine dependence: reviewing current evidence, Perspectives on drugs, 2014
- Emergency health consequences of cocaine use in Europe. A review of the monitoring of drug-related acute emergencies in 30 European countries, Technical report, 2014
- Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on drugs, 2014
- Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers, 2014
- Joining up sexual health and drug services to better meet clients' needs, Owen Bowden-Jones, Background paper

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

2.6 Opatření zaměřená na řešení problematiky nových psychoaktivních látek

SHRNUTÍ

Témata

Nové psychoaktivní látky jsou drogy, které nespádají do režimu kontroly uplatňovaného na základě úmluv OSN o kontrole narkotik, ale které představují podobná zdravotní rizika. Tyto drogy zahrnují syntetické kanabinoidy, opioidy, stimulanty a halucinogeny. Na trhu jsou obvykle nabízeny jako „legální“ alternativy drog dostupných na černém trhu. Některé z těchto látek jsou užívány menšími skupinkami konzumentů, kteří s jejich účinky experimentují jako s potenciálním zdrojem nových zážitků.

Značný počet těchto látek, jejich rozmanitost a rychlost, s jakou se objevují, je výzvou nejen z hlediska jejich monitoringu, ale také rozvoje efektivních a včasných intervencí.

Klíčová slova

nové psychoaktivní látky, syntetické drogy, systém včasného varování, urgentní příjmy

Možná řešení

- Včasná varování a vyhodnocování rizik na základě dat o chemické charakteristice nových látek poskytovaných sítí forenzních a toxikologických laboratoří.
- Upozorňování odpovědných orgánů, odborné veřejnosti a uživatelů na konkrétní rizika nových látek.
- Rozšíření osvědčených obecně preventivních programů o problematiku nových látek, včetně edukačních intervencí a informací o možnosti minimalizace rizik cílených specificky na osoby, které již drogy užívají, nebo u nichž existuje nebezpečí, že by mohli začít užívat tyto nové látky.
- Školení a informační akce pro pracovníky působící v oblasti prevence, léčby a minimalizace rizik v zájmu zvýšení jejich kompetencí při rozpoznávání problému užívání nových psychoaktivních látek a přijímání příslušných intervenčních opatření.
- Zpracování klinických směrnic pro postup při akutní intoxikaci novými látkami.
- K podchycení ohrožených skupin, které se často nedostanou do kontaktu s tradičními službami, je třeba uplatňovat multidisciplinární přístupy a zajistit provázanost různých typů péče.

Mnohé ze zdravotních a sociálních opatření, jimiž se řeší problematika nových látek, jsou modifikace programů zaměřených na „tradiční“ drogy. Intervenční opatření obvykle cílí na konkrétní skupiny, u nichž byly zaznamenány problémy. V závislosti na specifikách jednotlivých zemí mezi ně patří rekreační uživatelé stimulantů, tzv. „psychonauti“, muži mající sex s muži, lidé vyhýbající se testování na drogy a pro-

blémoví uživatelé drog. V mnoha zemích se rovněž klade důraz na přijímání nových zákonných úprav a omezování dostupnosti těchto látek.

Situace v Evropě

- Evropská legislativa poskytuje východisko pro uplatňování třístupňového přístupu sestávajícího z včasného varování, posouzení rizik a kontrolních opatření, na jehož základě je Evropa schopna rychle identifikovat veřejnozdravotní hrozby působené novými látkami a reagovat na ně. Ústřední úlohu v tomto rámci sehrává EMCDDA, která provozuje evropský systém včasného varování a provádí analýzy rizik, které jsou následně podkladem pro realizaci opatření na úrovni jednotlivých států i v celoevropském měřítku.
- Dochází k rozvoji a pilotnímu testování multidisciplinárních přístupů vycházejících z principů *harm reduction*, jejichž cílem je podchytit ohrožené skupiny, které by se jinak do kontaktu s adiktologickými službami nedostaly, např. v zařízeních poskytujících péči v oblasti pohlavního zdraví.
- Jsou vytvářeny a publikovány klinické směrnice pro léčbu akutních intoxikací souvisejících s novými psychoaktivními látkami. V některých zemích vznikají také speciální metodické pokyny týkající se užívání těchto látek ve výkonu trestu odnětí svobody, ve vazebních věznicích nebo detenčních zařízeních.
- V několika zemích a na internetu jsou provozovány informační platformy, často spojené s testováním drog.
- Ve většině zemí není dostatečně rozvinuta specializovaná léčba problémů způsobovaných novými látkami.

Obeznamení s problémem a hlavní cíle opatření

Nové psychoaktivní látky tvoří široké spektrum drog, které nespádají do režimu kontroly vymezeného úmluvami OSN o kontrole narkotik, ale které mohou představovat podobná zdravotní rizika. Mezi tyto drogy patří syntetické kanabinoidy, opioidy, stimulanty a halucinogeny, jakož i celá řada dalších látek. Mnohé z těchto látek (např. GHB, GBL a nedávno také mefedron nebo některé fentanyly a syntetické kanabinoidy) se již v posledních letech dostaly na seznamy kontrolovaných látek v rámci úmluv OSN. I o těchto látkách však bude v této kapitole řeč, neboť z hlediska tvorby intervenčních opatření představují podobné výzvy.

Za posledních 10 let dostupnost tzv. nových psychoaktivních látek v Evropě výrazně vzrostla. Mnohé z těchto látek mají za cíl obejít drogovou legislativu; prodávají se jako „legální“ alternativa ke konopí, heroinu, kokainu, amfetaminům, MDMA a benzodiazepinům. V zájmu zvýšení jejich dostupnosti a atraktivity bývají na trhu nabízeny jako tzv. „legal highs“, „chemikálie pro výzkumné účely“ nebo „potravinové doplňky“. Nové látky se také prodávají na černém drogovém trhu pod vlastními „pouličními“ názvy nebo se vydávají za tradiční nelegální drogy.

S rostoucí nabídkou nových látek a produktů rostou i skupiny jejich uživatelů. Původně tvořily většinu jejich uživatelů lidé, kteří je zkoušeli jako zdroj nových zážitků a účinků (často označovaní jako „psychonauti“), vyznavači elektronické taneční hudby, frek-

ventanti nočních klubů a podobné skupiny. K uživatelům nových psychoaktivních látek nyní patří širší skupiny rekreačních uživatelů, osoby, které je užívají jako automedikaci, osoby, které se snaží vylepšit svůj vzhled nebo pracovní výkonnost, rizikové skupiny jako odsouzení ve výkonu trestu nebo lidé bez domova a problémoví uživatelé drog (např. injekční uživatelé opioidů). Tento vývoj souvisí se stále intenzivnější interakcí mezi trhy s novými látkami a tradičními nelegálními drogami, ke které v posledních několika letech dochází.

Nové látky se pojí s celou řadou negativních dopadů. Patří mezi ně výrazný nárůst otrav, včetně těch smrtelných, šíření infekčních chorob a bakteriálních infekcí souvisejících s užíváním drog. Ty se v některých případech projevují epidemickým výskytem, který klade značné nároky na systémy zdravotní péče. V poslední době představují veřejnozdravotní hrozbu zejména syntetické opioidy, např. fentanyly, a syntetické kanabinoidy.

Novou výzvou je rovněž výskyt velkého množství vysoce potentních nových opioidů – zejména derivátů fentanylu. Tyto drogy se často prodávají jako heroin nebo jiné nelegální drogy, případně jako padělky léčivých přípravků. Zvyšuje se tím riziko těžkých nebo smrtelných otrav jak u problémových uživatelů opioidů, tak mezi dalšími uživatelskými skupinami, jejichž příslušníci si nevytvořili toleranci na opioidy. Vysoká potence těchto látek může rovněž představovat závažné riziko pro osoby, které jim mohou být nechtěně vystaveny, např. rodinní příslušníci a přátelé uživatelů, osoby zasahující v případě mimořádné události, kriminalisté, pracovníci pošty nebo personál věznic (viz Zaměřeno na fentanyly, strana 68).

Syntetické kanabinoidy jsou často vysoce potentní látky, jež se původně prodávaly jako „legální varianta“ konopí. V poslední době je stále častěji užívají různé marginalizované skupiny, např. lidé bez domova, nebo lidé, kteří se chtějí vyhnout testování na drogy. Ve věznicích se užívání a distribuce syntetických kanaboidů pojí se zadlužením, šikanou a zastrašováním, jakož i s akutní újmou s následkem hospitalizací, případně smrti (viz Zaměřeno na syntetické kanabinoidy, strana 111, a část 4.1).

V řadě evropských zemí vzbuzuje obavy užívání drog jako mefedron, GHB/GBL a metamfetamin u mužů, kteří provozují sex s muži, za účelem ztráty zábrán a dosažení intenzivnějšího a dlouhodobějšího sexuálního prožitku. Tyto praktiky, označované také jako „chemsex“, jsou spojovány s rizikovým chováním jak při aplikaci drog, tak při sexu (např. injekční užívání, nechráněný sex, sex s několika partnery apod.), které mohou vést k hospitalizaci, předávkování, šíření pohlavně přenosných infekcí a nákazy virem HIV a VHC.

Užívání syntetických stimulantů ze skupiny katinonů bylo také zaznamenáno v některých skupinách uživatelů heroínu. Výsledkem může být nárůst frekvence injekční aplikace a vyšší riziko poškození tkání a prudkých bakteriálních infekcí.

Možná řešení

Aby bylo možné přijmout odpovídající intervenční opatření, je nutné vědět, jaké nové psychoaktivní látky se prodávají a užívají. Při včasné identifikaci možných nebezpečí představovaných novými látkami a reakci na ně mohou sehrávat ústřední roli systémy včasného varování a s nimi související monitorovací systémy (viz rámeček o evropském

systému včasného varování). Tyto systémy musejí čerpat z dat týkajících se chemických charakteristik nových látek stanovených sítí forenzních a toxikologických laboratoří v návaznosti na záchyty provedené represivními složkami a případy otrav a vycházet z informací z nejruznějších zdrojů, včetně policie, toxikologických středisek, nemocničních oddělení urgentního příjmu a ústavů soudního lékařství. Přínosem mohou být i nejmodernější způsoby získávání relevantních dat, např. analýzy odpadních vod, analýzy zbytků drog v použitých stříkačkách a drog vybraných z kontejnerů, tzv. „amnesty bins“, určených pro osoby, které se chtějí zbavit nelegálních drog před vstupem do kontrolovaných prostor (na festivalech, v klubech apod.), aby se vyhnuly případnému postihu. Partnerem systémů včasného varování mohou být eventuálně také služby zaměřené na testování drog, neboť mohou ve vztahu k uživatelům nových psychoaktivních látek fungovat jako zdroj informací, rad a krátkých intervencí (viz Zaměřeno na testování drog, strana 188).

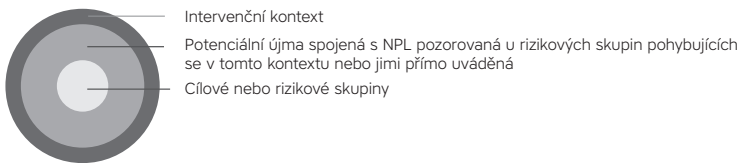
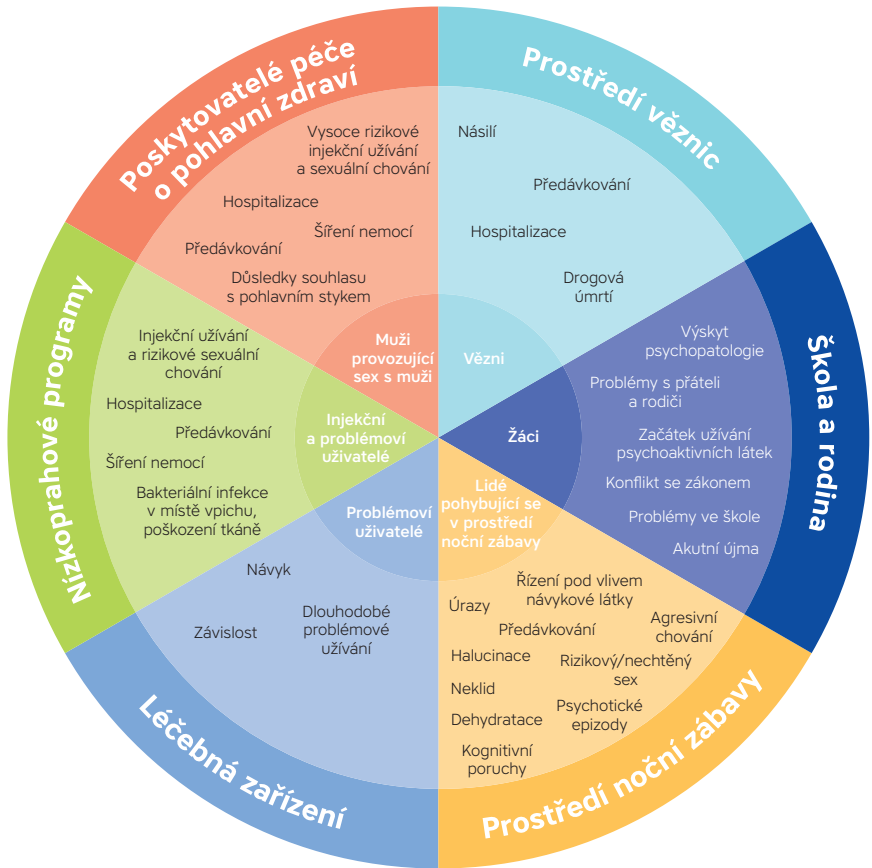
Při zjišťování míry a monitoringu užívání nových psychoaktivních látek a jejich negativních dopadů je však potřeba se vypořádat s řadou překážek. Patří mezi ně vysoký počet a rozmanitost jednotlivých typů dostupných látek, rychlost, s jakou se objevují na trhu, omezená možnost jejich detekce a hlášení akutních rizik (a jejich spojení s konkrétní látkou) a nedostatečné informace o jejich farmakologii a toxikologii.

Vyhodnocování prevalence a důsledků užívání nových psychoaktivních látek je komplikované, protože jejich uživatelé jsou často špatně informovaní nebo vůbec nevědí, co si vzali. Nové psychoaktivní látky se prodávají ve formě směsí nebo jako produkty známé pod určitou značkou, jejichž složení se může časem měnit, případně jako náhražky kontrolovaných drog nebo smíchané s těmito drogami.

S tím se pojí i problémy týkající se opatření v reakci na tyto látky. V kontextu zábavy, např. na tanečních party nebo festivalech, mladí lidé často nevědí, jaké nové psychoaktivní látky užívají a jaké jsou jejich účinky, anebo se mylně domnívají, že jsou „legální“ a eventuálně „bezpečnější“ než kontrolované drogy, v důsledku čehož myslí méně na minimalizaci rizik a jsou také schopni se hůře vypořádat s negativními důsledky. Naše znalost vzorců užívání nových psychoaktivních látek proto zůstává omezená, kdy většina informací pochází od populací a z prostředí, kde došlo k nějakým problémům. Stačí to nicméně k tomu, aby bylo možné určit celou řadu situací, kde bude zřejmě nutné realizovat intervence zaměřené na řešení problémů spojených s užíváním nových psychoaktivních látek (Obr. 2.9).

Intervenční opatření zaměřená na nové látky spočívají často v adaptování výzkumem prověřených postupů při minimalizaci rizik souvisejících s tradičními drogami. Při provádění modifikací bude zřejmě nutné zohlednit specifické účinky drog, sociokulturní charakteristiky rizikových skupin (např. návštěvníci tanečních party, muži provozující sex s muži) nebo konkrétní riziková chování (např. lepší přístup ke stříkačkám v případě vysoké frekvence injekční aplikace).

Vedle systémů včasného varování existují další opatření, jako např. inovativní způsoby regulace, specializovaná léčba, edukační intervence (např. šíření informačních materiálů), opatření v oblasti minimalizace rizik (např. poskytování sterilního injekčního náčiní) a medicínské intervence v případě předávkování (např. symptomatická léčba akutních stavů a podávání antidot). Někteří zdravotníci si při první konfrontaci s problémy



Obr. 2.9 Intervenční kontext a potenciální újma a rizikové chování související s užíváním nových psychoaktivních látek uváděné rizikovými skupinami nebo pozorované v jejich prostředí

způsobovanými novými látkami mohou připadat nedostatečně kvalifikovaní pro takovou intervenci, takže svůj význam bude zřejmě mít také sdílení základních vědomostí, rozšiřování kompetencí a upozorňování na možnosti aplikace stávajících kompetencí na problematiku nových látek.

Účinné jsou preventivní intervence zdůrazňující dovednosti a strategie zvládání zátěžových situací, a to bez ohledu na typ látky. Školní preventivní aktivity týkající se nových látek by měly být realizovány výhradně jako součást obecných programů prevence, jejichž účinnost je vědecky podložena. Komponenty zahrnující téma nových látek lze

zaměřit na popisné nebo autoritativní prezentování norem. V závislosti na místně specifických datech sem mohou patřit sdělení typu „nové látky užívá velmi málo lidí“ nebo „mladí lidé jako vy říkají, že si nechtějí zahrávat s neznámými novými psychoaktivními látkami. Specifičtější edukace a opatření zaměřená na minimalizaci rizik je pak ve vztahu k novým látkám nejpříhodnější u cílových skupin a jedinců, kteří už buď drogy užívají, nebo u nich existuje větší riziko, že s drogami začnou.

Obzvláště komplikované jsou intervence vůči těžko dosažitelným populacím uživatelů nových psychoaktivních látek, kteří se potýkají s jejich negativními dopady ve značné míře. Spadají sem problémoví uživatelé drog (včetně injekčních uživatelů opioidů), muži provozující sex s muži, lidé bez domova a vězni. Minimalizace těchto negativních dopadů vyžaduje multidisciplinární opatření a spolupráci mezi poskytovateli zdravotní péče v různých kontextech (např. venerologické ambulance, věznice a zařízení pro léčbu závislosti) (viz např. Zaměřeno na řešení problematiky pohlavního zdraví související s užíváním drog, strana 96).

Nejnovější osvědčené postupy při řešení problematiky nových psychoaktivních látek

- Schopnost systémů včasného varování identifikovat a vyhodnotit rizika obzvláště škodlivých látek a informovat o nich je důležitá z hlediska možnosti reagovat na akutní nebezpečí související s novými psychoaktivními látkami.
- Rozvíjení podpůrných a vzdělávacích aktivit určených pracovníkům stávajících služeb, aby si uvědomili, jak mohou své dovednosti a kompetence uplatnit při řešení problémů souvisejících s novými psychoaktivními látkami.
- Tvorba metodických pokynů pro praxi při řešení problémů týkajících se nových látek obvykle vychází z intervenčních opatření aplikovaných na jiné drogy, mezi něž patří např. edukace o problematice drog, odborná školení a nízkoprahové služby, např. výměnné programy. Tato opatření je třeba modifikovat tak, aby reagovala na újmu a potřeby různých skupin uživatelů nových látek.
- Budování kulturní kompetence (obeznámenost vlivu kulturních aspektů na vzorce užívání drog a související negativní dopady) v rámci služeb za účelem navýšení kontaktů s odbornou péčí a její využívání.
- Edukace, včetně tématu minimalizace rizik, zaměřená konkrétně na nové látky je nevhodnější u cílových skupin a jedinců, kteří už buď drogy užívají, anebo u nich existuje zvýšené riziko, že s nimi začnou.
- Školní preventivní aktivity týkající se nových látek by měly být optimálně realizovány jako součást obecných programů prevence, jejichž účinnost je vědecky podložena.
- K podchycení rizikových skupin, u nichž je malá pravděpodobnost kontaktu s tradičními službami (např. muži praktikující sex s muži, kteří provozují tzv. „chemsex“, nebo lidé bez domova), je zapotřebí uplatňovat multidisciplinární přístupy a zajistit návaznost různých typů péče.
- Tvorbu intervenčních opatření zaměřených na řešení problematiky nových látek je třeba evaluovat, aby bylo možné rozhodnout, které intervence efektivně reagují na rozmanité výzvy, jež s sebou tento fenomén přináší.

K zajištění kontaktů s odbornou péčí a její využívání je nutné disponovat kulturní kompetencí (být obeznámen s vlivem kulturních aspektů na vzorce užívání drog a související negativní dopady). Znamená to, že služby musejí být přístupné a vstřícné vůči všem skupinám potenciálních klientů. Pracovníci služeb, kteří chtějí přilákat osoby potýkající se s problémy v souvislosti s novými psychoaktivními látkami, budou možná muset také absolvovat školení zaměřené na osvojování si kulturních kompetencí nutných pro práci s rozmanitými skupinami uživatelů nových látek, z nichž mnozí se zřejmě neobrátní na adiktologické služby zaměřené primárně na „tradiční“ nelegální drogy.



Evropský systém včasného varování

První stupeň schématu definovaného Rozhodnutím Rady 2005/387/JVV je znám jako Evropský systém včasného varování před novými psychoaktivními látkami, který tvoří síť 30 národních systémů včasného varování jednotlivých členských států EU, Norska a Turecka, Europol a jeho síť orgánů zodpovědných za vymáhání práva, Evropská léková agentura (EMA), Evropské komise a jejich partneři. Provozování evropského systému včasného varování má na starosti EMCDDA a Europol.

Národní systémy shromažďují informace o chemických charakteristikách nových látek ze sítě forenzních a toxikologických laboratoří. Tyto laboratoře analyzují vzorky pocházející ze záchytů uskutečněných policejními složkami a z vyšetřování otrav a úmrtí. Může se také jednat o vzorky drog získané od uživatelů, např. v nočních klubech nebo na hudebních festivalech, nebo pořízených na zkoušku od prodejců. Tato data bývají také doplňována informacemi od orgánů činných v trestním řízení, zdravotnických zařízení, lékových agentur, klíčových informátorů (např. uživatelů, majitelů a personálu klubů nebo pořadatelů festivalů) a z otevřených informačních zdrojů (mediální sdělení nebo diskuse uživatelů na internetových fórech). Tímto způsobem je možné sbírat, vyhodnocovat a operativně předávat EMCDDA reálně podložené informace o výskytu nových látek na území jednotlivých států a rizicích, které představují.

EMCDDA tato data, jakož i data z dalších monitorovacích systémů, třídí a analyzuje za účelem co nejrychlejší detekce výskytu nových látek a rizik, která se s nimi pojí. Tyto výstupy jsou následně podkladem pro analýzu, jež zahrnuje technické informace a sdělení o rizicích, včetně formálních upozornění na hrozby pro veřejné zdraví. K dispozici jsou rovněž údaje o chemickém složení nových látek, o způsobu jejich výroby, farmakologii, toxikologii, epidemiologii a způsobu distribuce. Pokud je na informace o nově hlášené látce nutné formálně reagovat, EMCDDA a Europol zahájí speciální šetření týkající se dané látky, jehož výstupem je zpracování zprávy předložené následně evropským institucím. Na základě analýzy obsažené v této zprávě, známé jako Společná zpráva, pak nositelé rozhodovacích pravomocí v rámci EU určí, zda je nutné přistoupit k formálnímu posouzení rizik. Tím končí fáze systému včasného varování.

Evropské aktivity v oblasti řešení problémů souvisejících s užíváním nových psychoaktivních látek

Rozhodnutí Rady 2005/387/JVV v Evropě stanoví třístupňový právní rámec pro včasná varování, hodnocení rizik a kontrolní opatření, který Evropské unii umožňuje urychleně identifikovat veřejnozdravotní hrozby působené novými látkami a reagovat na ně. Za první dva stupně tohoto systému, jmenovitě provozování systému včasného varování (ve spolupráci s Europolem, policejním úřadem EU) a provádění analýzy rizik (viz rámečky věnované evropskému systému včasného varování a posuzování rizik) zodpovídá EMCDDA. Kontrolní opatření má na starosti Evropská komise, Evropský parlament a Rada Evropské unie.

Prvotní reakce na výskyt fenoménu nových psychoaktivních látek jsou převážně regula-torní povahy; prostřednictvím legislativních nástrojů se redukuje jejich nabídka. Zdravotní a sociální opatření zaměřená na řešení problémů představovaných novými drogami vznikají jen pomalu, byť v Evropě tyto iniciativy v současnosti nabývají na intenzitě. Patří mezi ně nejrůznější snahy, které kopírují kompletní spektrum intervenčních opatření zaměřených na „klasické“ nelegální drogy, např. protidrogová osvěta a vzdělávací aktivity, internetové intervence vedené samotnými uživateli, jejichž cílem je ochrana konzumentů, a výměny jehel a stříkaček v rámci činnosti nízkoprahových zařízení.

Více pozornosti se v současnosti věnuje rozvoji cílených vzdělávacích a preventivních aktivit a činnostem zaměřeným na proškolení a zvyšování informovanosti o této problematice mezi odborníky. Služby působící v prostředí noční zábavy, na tanečních akcích, hudebních festivalech apod. obvykle začleňují své intervence ve vztahu k novým psychoaktivním látkám do již zavedených postupů. K poskytování informací a poradenství, včetně vyhledávání nových cílových skupin („on-line outreach“), se také stále častěji využívá internet. Tímto způsobem se např. realizují iniciativy vedené samotnými uživateli drog, např. fóra a blogy, jež jsou pro konzumenty zdrojem informací a rad týka-jících se bezpečnosti. Jelikož o dopadu a spolehlivosti těchto služeb neexistuje dostatek informací, nelze vyloučit, že vedle cenných rad se zde mohou šířit i různé zavádějící informace. V několika případech mají tyto intervence vazbu na služby zajišťující testování drog a kontrolu složení tablet, kdy se prostřednictvím internetu šíří sdělení o výsledcích těchto testů a způsobech minimalizace rizik při užívání konkrétních drog.

Oblast informování o možných rizicích a hodnocení různých modelů poskytování informací o nových psychoaktivních látkách určených uživatelům je třeba podrobit dalšímu výzkumu.

V Evropě existuje jen omezená poptávka po specializované léčbě problémů způsobova-ných užíváním nových látek. Může to být dáno řadou faktorů, mezi něž patří nedosta-tečné podchycení případů užívání, nízká prevalence užívání a nízké míry problémového užívání. Špatné podchycení případů užívání může být důsledkem jeho podhodnoceního vykazování nebo nesprávného uvádění látek v různých šetřeních, protože uživatelé nevědí, co vlastně konzumují, absence adekvátních screeningových a monitorovacích nástrojů a nízké povědomí o problematice nových psychoaktivních látek mezi odborníky. Nicméně v některých zemích již dochází k rozvoji příslušných služeb.



Evropské posuzování rizik ve vztahu k novým psychoaktivním látkám

Druhý stupeň v rámci Rozhodnutí rady 2005/387/JVV spočívá v analýze rizik spojených s novými látkami. Posuzování rizik je komponentem, který slouží jako podklad pro rozhodování o nových psychoaktivních látkách na úrovni Evropské unie, což poskytuje další rozměr opatřením realizovaným v této oblasti na úrovni jednotlivých států.

Při posuzování rizik se zohledňují všechny faktory, které by podle úmluv OSN z roku 1961 nebo 1971 opodstatňovaly zařazení určité látky do režimu mezinárodní kontroly. EMCDDA vydala praktické pokyny pro provádění posouzení rizik, které slouží jako pevný metodologický a procesní základ pro realizaci této analýzy rizik, včetně koncepčního rámce pro zvažování jednotlivých rizik.

V rámci procesu posuzování rizik se hodnotí možná zdravotní a sociální rizika konkrétní látky a dopady jejího případného zahrnutí do režimu kontroly. Koncept rizika zahrnuje nejen prvek míry závažnosti možné újmy (obvykle definovaný jako „nebezpečí“), ale také prvek pravděpodobnosti vzniku určité újmy (obvykle definovaný jako „riziko“). Je také zapotřebí provést vyhodnocení poměru mezi riziky a přínosy nových psychoaktivních látek. V úvahu přichází různé faktory, např. otázka možného legitimního využití předmětné látky, včetně jejího potenciálního terapeutického přínosu, jejího průmyslového využití nebo jiné ekonomické hodnoty.

Při tomto vyhodnocení se pracuje s daty poskytovanými příslušnou informační sítí a dalšími monitorovacími systémy EMCDDA. Posuzování rizik je založeno na širokém spektru dostupných faktů, včetně aktuálních nepublikovaných dat, u nichž je nutné nejprve posoudit jejich kvalitu. Ve fázi analýzy rizik bude prevalence užívání nových látek obvykle nízká a většina dostupných informací bude pocházet z forezních a toxikologických laboratoří, od policejních složek a z neoficiálních zdrojů. Obzvláště důležitá jsou sdělení týkající se otrav, včetně smrtelných, s výskytem látky, která je předmětem hodnocení. Vzhledem k tomu, že dat o účincích nových látek existuje často jen minimum, je součástí posuzování rizik analýza možného charakteru a rizik dané látky ve vztahu k podobným známým látkám, ať už se jedná o kontrolované drogy nebo jiné substance.

Na konci procesu posouzení rizik je zpracována zpráva o dané látce, která obsahuje analýzu dostupných informací, jejíž součástí jsou informace o chemických a farmakologických vlastnostech látky, jejím závislostním potenciálu a možnosti zneužívání, o jejích zdravotních a sociálních rizicích, včetně jejího případného významu z hlediska organizovaného zločinu, a také o její výrobě a distribuci. Od roku 1997 provedla EMCDDA v souvislosti s novými psychoaktivními látkami 22 posouzení rizik. Polovina z těchto úkonů byla realizována v posledních třech letech, z čehož plyne, že trh s těmito látkami v poslední době roste.

Podrobnější informace viz *Action on new drugs* [Opatření v reakci na nové drogy] a publikace dostupné na stránkách EMCDDA.

Nástup fenoménu nových látek se v jednotlivých zemích projevuje různě a příslušná intervenční opatření realizovaná na národní úrovni tyto rozdíly reflektují. Např. v Maďarsku a Rumunsku, odkud je hlášeno injekční užívání syntetických katinonů, hrají důležitou roli služby zabývající se výměnou jehel a stříkaček.

Spojené království zase uvádí výrazný počet uživatelů mefedronu, přičemž této skupině klientů se zde věnují specializovaná zařízení pro uživatele „klubových drog“.

Některé evropské země zpracovávají doporučené klinické postupy pro řešení akutních i chronických zdravotních následků. Příkladem takového materiálu jsou doporučené postupy vytvořené v rámci britského projektu NEPTUNE.



Řešení problematiky nových psychoaktivních látek: význam pro politiku a praxi

Základy

Mezi stěžejní intervence v této oblasti patří:

- systémy včasného varování sloužící k monitorování nových látek na trhu a újmy, kterou způsobují; podpůrnou složkou těchto systémů musí být chemický rozbor nových látek prováděný sítí forenzních a toxikologických laboratoří,
- zajištění vzdělávacích materiálů s tematikou nových látek pro zdravotnické pracovníky a tvorba platform pro výměnu poznatků určených klinickým pracovníkům a pracovníkům ve zdravotnictví a v sociálních službách na místní i celostátní úrovni,
- intervence zaměřené na užívání nových látek vycházející z reakcí na zavedené skupiny drog, ale odpovídajícím způsobem modifikované tak, aby zohledňovaly povahu a vzorce užívání nových látek, různé skupiny uživatelů a kontexty užívání.

Příležitosti

- Orgány zodpovědné za resort zdravotnictví by měly být motivovány k tvorbě doporučených postupů ve vztahu k problematice nových psychoaktivních látek, včetně toho, jak si počínat při předávkování, případně k přejímání již existujících materiálů, jako jsou např. pokyny zpracované v rámci britského projektu NEPTUNE, a jejich přizpůsobování potřebám svých států.
- Je třeba navýšit kapacity potřebné k provádění analytického a toxikologického testování a posuzování rizik a výstupy těchto procesů včas a praktickým způsobem šířit mezi rizikové skupiny a příslušné odborníky.
- Je třeba vytvořit služby, které se budou zabývat specifickými aspekty užívání nových psychoaktivních látek u některých konkrétních skupin, jako jsou lidé bez domova, vězni nebo injekční uživatelé drog.

Rezervy

- Chybí evaluace efektivity adaptovaných intervencí, které se aktuálně využívají v reakci na problémy související s fenoménem nových látek.
- Není dostatečně dobře popsán dopad různých způsobů informování o rizicích spojených s novými psychoaktivními látkami. Existuje proto potřeba budování a rozvíjení důkazní základny ve vztahu ke komunikování rizik.
- V zájmu lepší adresnosti a tvorby adekvátních intervenčních opatření je třeba zajistit kvalitnější epidemiologická data o rozsahu, pohnutkách k užívání a vzorcích užívání těchto látek a způsobu jejich proměny v čase, jakož i základní výzkum (ve farmakologii a toxikologii).



Zaměřeno na ... syntetické kanabinoidy

Charakteristika

Syntetické kanabinoidy (resp. syntetické agonisté kanabinoidových receptorů) je název pro rozmanité spektrum látek, které působí na tytéž mozkové receptory jako tetrahydrokanabinol (THC), hlavní psychoaktivní složka konopí. Od roku 2008 bylo v Evropě zaznamenáno přes 170 syntetických kanabinoidů obsažených ve stovkách různých produktů, prodávaných často jako „legální“ alternativy ke konopí, byť jejich účinky jsou často značně odlišné.

Syntetické kanabinoidy se typicky prodávají jako „bylinné směsi určené ke kouření“. Syntetické kanabinoidy se ale také prodávají v prášku nebo tabletách jako přípravky podobné konopné pryskyřici nebo náplním do elektronických cigaret.

Rizika jejich užívání

Mnohé syntetické kanabinoidy prodávané na drogovém trhu jsou potentnější než THC. To by vysvětlovalo případné častější škodlivé účinky syntetických kanabinoidů, včetně těžkých a smrtelných předávkování, než v případě konopí. Dalším důležitým faktorem budou pravděpodobně vysoké dávky, jimž mohou být uživatelé vystaveni.

Směsi určené ke kouření se připravují nástřikem syntetických kanabinoidů na rostlinný materiál. Výsledkem tohoto nedokonalého technologického procesu mohou být směsi, které obsahují velké množství vysoce potentního kanabinoidu, s výskytem izolovaných „kapes“ s vysokou koncentrací kanabinoidu. Uživatelé tak mají sníženou kontrolu nad velikostí dávky a mohou si tak nedopatřením přivodit intoxikaci. Směsi určené ke kouření způsobily ve Spojených státech opakovaně masový výskyt otrav. Ačkoli takto epidemické projevy jsou v Evropě spíše vzácností, v roce 2015 bylo během několika dní v Polsku hospitalizováno více než 200 lidí poté, co vykouřili přípravek označovaný jako „Mocarz“. Jelikož složení je na těchto produktech uvedeno jen málokdy, většina uživatelů si nebude vědoma, že užívá syntetický kanabinoid.

Prevalence užívání syntetických kanabinoidů v obecné populaci je podle dostupných dat sice nízká, ale vyšších hodnot může dosahovat v sociálně marginalizovaných populacích, např. mezi lidmi bez domova nebo ve výkonu trestu odnětí svobody. Syntetické kanabinoidy jsou pro tyto skupiny atraktivní, protože mohou vyvolat silnou intoxikaci za relativně nízkou pořizovací cenu. V případě věznic navíc nejsou při většině rutinních testování vzorků moči detekovány (viz část 4.1).

Řešení problémů spojených se syntetickými kanabinoidy

Při identifikaci syntetických kanabinoidů a intervenčních opatřeních ve vztahu k jejich negativním dopadům sehrávají zásadní roli systémy včasného varování. Možnost masového výskytu otrav a dalších negativních dopadů představovaných těmito látkami podtrhuje význam stále důslednější evidence a monitorování úmrtí souvisejících s užíváním syntetických kanabinoidů.

Adiktologické služby se musejí zaměřovat spíše na jednotlivce, jejich příznaky a kontext užívání než na identifikaci konkrétní látky. Je důležité si uvědomovat, že potřeby uživatelů syntetických kanabinoidů se mohou výrazně lišit od potřeb uživatelů konopí.

Ve věznicích představují syntetické kanabinoidy hrozbu z hlediska zdraví i bezpečnosti, a je jim proto v tomto kontextu nutné věnovat speciální pozornost. Je důležité sbírat data o rozsahu tohoto problému a zpracovávat metodické pokyny a vzdělávací kurikula pro pracovníky věznic zaměřené na řešení této problematiky. Personál věznic musí být připraven reagovat na nepříznivý vývoj zdravotního stavu, který může v krajních případech vyžadovat převoz do nemocnice, ale může být také dlouhodobějšího charakteru a vyžadovat průběžnou péči. Vězňům, kteří si vypěstovali návyk na syntetické kanabinoidy, je také třeba poskytnout náležitou edukaci, poučit je o způsobech minimalizace rizik a zajistit jim léčbu.

Viz *Synthetic cannabinoids in Europe* [Syntetické kanabinoidy v Evropě], *Perspectives on drugs, EMCDDA*.



Doporučené zdroje

EMCDDA

- Portál dobré praxe
- European drug report: trends and developments 2017
- zprávy a aktualizace výstupů ze systému včasného varování EMCDDA a zprávy o posuzování rizik
- Health responses to new psychoactive substances, *Perspectives on drugs*, 2016
- Health responses to new psychoactive substances, *Rapid communication*, 2016
- Injection of synthetic cathinones, *Perspectives on drugs*, 2015
- New psychoactive substances in Europe: Innovative legal responses, 2015
- Drug-checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges, Tibor Brunt, *Background paper*
- New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions, 2016

Další zdroje

- UNODC. Global SMART programme
- Neptune group. Neptune clinical guidance, 2015

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

2.7 Řešení problematiky zneužívání léčiv

SHRnutí

Témata

Zneužíváním léčiv se rozumí užívání psychoaktivních léčivých přípravků v rámci automedikace, pro rekreační účely nebo ve snaze o zvýšení výkonnosti mimo rámec přijatých medicínských doporučení bez ohledu na to, zda taková léčiva byla nebo nebyla předepsána lékařem. K tomuto jevu může docházet také v rámci polyvalentního užívání.

V mnoha evropských zemích rostou obavy z nárůstu míry zneužívání léčiv, a to zejména ve světle značného nárůstu počtu úmrtí na předepisovaná opioidní analgetika ve Spojených státech. Mezi Evropou a Spojenými státy však existují výrazné rozdíly v preskripční praxi.

Se zneužíváním bývají spojovány tyto skupiny farmak:

- sedativa a hypnotika, včetně barbiturátů, benzodiazepinů a léků s účinky podobnými benzodiazepinovým preparátům, např. tzv. Z-hypnotika,
- opioidy, včetně léků proti bolesti a přípravků podávaných při OST (opioidové substituční terapii),
- stimulantia předepisovaná k léčbě poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD).

Tato léčiva si lze opatřit na základě běžného předpisu, způsobem známým jako „doctor shopping“ (získávání receptů na tentýž přípravek od různých lékařů) nebo návštěvou více různých lékáren, na černém trhu a prostřednictvím internetu. Významným faktorem přispívajícím k zneužívání léčiv je špatná preskripční praxe. Ta může mít podobu nadměrného nebo, zejména v případě substitučních preparátů, nedostatečného předepisování, které vede lidi k automedikaci. Správná klinická praxe při předepisování přípravků pro OST snižuje míru pronikání medikace na černý trh, jakož i negativní dopady spojené se zneužíváním těchto léčiv.

Klíčová slova

zneužívání léčiv, pronikání léčiv na černý trh, benzodiazapiny, monitorování

Možná řešení

- Tvorba adekvátních opatření se neobejde bez monitoringu, na jehož základě je možné stanovit rozsah a povahu problému. Vedle klíčových epidemiologických indikátorů a farmakovigilančních systémů patří k dalším potenciálním zdrojům dat evidence urgentních příjmů v důsledku intoxikace psychoaktivními látkami, prodejní statistiky a databáze receptů, jakož i výstupy monitoringu internetových fór, kde se o těchto přípravcích vedou diskuse.

- Preventivní přístupy zahrnují školení lékařů a zavádění standardů kvality a doporučených postupů v zájmu dosažení lepší preskripční praxe, kontrolu dostupnosti, např. omezení prodávaného množství a velikosti balení a stanovení pravidel pro nakládání s prošlými nebo neupotřebenými léčivy, užívání určitých léků ve speciální formě a zákaz vystavování receptů po telefonu nebo prostřednictvím internetu.
- Poskytovatelé adiktologické péče musejí být připraveni zajistit léčbu osobám, které mají problémy související s užíváním léčiv. Sem patří také obeznamenost s možností, že klienti vyhledávající odbornou pomoc v souvislosti s nelegálními návykovými látkami mohou současně zneužívat léčiva, a adekvátní reakce na tento problém, bude-li to zapotřebí. Lidé, jejichž problémy se primárně pojí se zneužíváním léčiv, se navíc mohou zdráhat obrátit se s žádostí o pomoc na tradiční služby pro uživatele drog, což upozorňuje na možnou potřebu zajištění alternativní léčby v rámci primární péče.

Situace v Evropě

- O aktuálně uplatňovaných postupech při řešení problematiky zneužívání léčiv v Evropě není k dispozici mnoho informací.
- Momentálně probíhají práce na lepším popsání rozsahu a povahy tohoto problému a monitoringu dalšího vývoje. Součástí těchto snah je evidence akutních příhod prostřednictvím monitorovacích center (Euro-DEN Plus) a provádění analýz odpadních vod.
- V této oblasti je realizováno několik projektů financovaných EU, např. CODEMISUSED zaměřený na problematiku (zne)užívání kodeinu a závislosti na něm nebo *Access To Opioid Medication in Europe* (ATOME), a pokračuje také spolupráce mezi EMCDDA a Evropskou lékovou agenturou.

Obeznamenost s problémem a hlavní cíle opatření

EMCDDA definuje zneužívání léčiv jako užívání psychoaktivních léčivých přípravků, ať už předepsaných nebo nepředepsaných příslušným lékařem, které se evidentně vymyká akceptované medicínské praxi či doporučeným postupům, a to jak v rámci automedikace, pro rekreační účely nebo ve snaze o zvýšení výkonnosti, včetně kontextu polyvalentního užívání.

Zneužívání léků na předpis budí v Evropě rostoucí obavy, byť ve srovnání se Spojenými státy je zde mnohem méně častým jevem. Z informací evidovaných sítí Euro-DEN Plus (*European Drug Emergencies Network*), která sleduje případy osob ošetřovaných v souvislosti s návykovými látkami v 15 (monitorovacích) nemocnicích v 9 evropských zemích, vyplývá, že v roce 2015 souvisela téměř čtvrtina (24 %) těchto případů s léky na předpis nebo volně prodejnými léčivými přípravky (nejčastěji opioidy a benzodiazepiny). Způsob výběru vzorku, z něhož tyto výpočty vycházejí, však nabádá k jisté opatrnosti při interpretaci získaného výsledku. Přesto je signálem, že zneužívání léčiv může být v Evropě problémem, který si zaslouží další monitoring, aby bylo možné lépe popsat rozsah a vzorce tohoto zneužívání.

Většina těchto léčiv je předepisována v souladu se standardní praxí a doporučenými postupy, často na omezenou dobu, jako prostředky proti bolesti či nespavosti nebo v souvislosti s prodělaným chirurgickým zákrokem nebo jiným traumatem.

Při užívání těchto léčiv mohou nastat problémy, např. pokud lidé pokračují v jejich užívání i po odeznění původních potíží, užívají je v příliš velkém množství nebo si s postupným vznikem tolerance navyšují dávky nad rámec dávkování určeného lékařem v rámci předepsané léčby. Tyto léčivé přípravky užívají z různých příčin také lidé, kterým nebyly nikdy předepsány. Zneužívání léčiv v kombinaci s jinými návykovými látkami může vést k interakcím, které mohou způsobit větší újmu a mít i smrtelné následky.

U zneužívání léčiv lze vysledovat následující vzorce:

- Někteří lidé s úzkostnými a jinými psychiatrickými poruchami nebo potížemi zneužívají léčiva v rámci samoléčby symptomů těchto problémů. K užívání, které neodpovídá doporučením, dochází u relativně malého procenta osob, kterým byly tyto léky předepsány a u nichž došlo k rozvoji tolerance nebo závislosti.
- Někteří lidé, kteří zneužívají léčivé přípravky, nemají žádný zdravotní důvod k jejich užívání, ale činí tak z rekreačních pohnutek nebo za účelem zvýšení své výkonnosti, např. aby si přivodili stav opojení, vylepšili svůj fyzický vzhled nebo aby se dokázali soustředit po dlouhou dobu.
- Mnozí uživatelé heroínu nebo stimulantů CNS užívají současně opioidy na předpis. Benzodiazepin nebo Z-hypnotika se také užívají k intenzifikaci narkotického opojení, k oddálení abstinčních příznaků při odnětí opioidů nebo k ukončení „tahu“ na stimulantech. Tato forma polyvalentního užívání může být rovněž způsobem automedikace u uživatelů heroínu a stimulantů.

Lidé zneužívající léčiva si je opatřují mnoha různými způsoby, jejichž rozmanitost neustále narůstá. V minulosti bylo možné se k nim dostat téměř výhradně na základě neoprávněného nakládání s předepsanými léčivy, definovaného jako nedovolené poskytnutí regulovaných farmaceutických výrobků pocházejících z legálních zdrojů na nelegální trh s narkotiky nebo uživateli, pro něhož dané léky nebyly určeny. K tomuto „odklonu“ může dojít v kterémkoli bodě farmaceutického zásobovacího řetězce: od původního výrobního závodu přes velkoobchodního distributora a ordinaci lékaře nebo lékárnu až po osobu pacienta.

K pronikání léčiv na černý trh nebo k neoprávněným uživatelům může docházet těmito způsoby:

- loupeže a krádeže u výrobců, distributorů a v lékárnách nebo skladech léčiv provozovaných různými institucemi,
- fenomén známý jako „doctor shopping“, kdy jednotlivci navštěvují více lékařů, aby si opatřili více předpisů, případně navštěvují více lékáren, aby obešli omezení vztahující se na maximální množství přípravku, které je možné si koupit,
- krádež (včetně odcizení kartičky pojištění za účelem získání většího počtu receptů), padělání nebo pozměňování předpisů pacienty,
- nelegální prodej a recyklace předpisů ze strany lékařů a lékárníků.



Běžně předepisovaná léčiva, jež mohou být předmětem zneužívání

Sedativa a hypnotika navozují spánek, zbavují člověka úzkosti a vyvolávají euforii. Patří mezi ně barbituráty, benzodiazepiny a nebenzodiazepinová hypnotika, která představují např. tzv. Z-hypnotika (zaleplon, zopiklon, eszopiklon a zolpidem). Benzodiazepiny a Z-hypnotika se těší oblibě mezi injekčními uživateli drog. Užívají je také uživatelé stimulantů při „dojezdech“ po „tazích“ a uživatelé heroínu si jimi zase prodlužují intoxikaci a předcházejí nástupu abstinenčních příznaků. U osob užívajících nelegální opioidy se významnou měrou podílejí na smrtelných předávkováních (viz rámeček věnovaný tematice častých kombinací drog, strana 126).

Opioidy zahrnují přírodní, syntetické a polosyntetické látky, které působením na opioidní receptory přinášejí úlevu od bolesti a vyvolávají euforii. Ve vysokých dávkách mohou způsobit útlum dýchání a smrt. Patří mezi ně nejrůznější léky **proti bolesti**, jež jsou k dispozici buď pouze na předpis, nebo se dají i volně koupit bez receptu. Některé z nich, např. metadon nebo buprenorfin, se užívají jako přípravky podávané při **opioidové substituční** léčbě.

Stimulanty CNS – k větší dostupnosti i vyšší míře zneužívání těchto léků přispěl nárůst v jejich předepisování k léčbě poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Stimulanty centrální nervové soustavy se užívají jako nootropika („cognitive enhancers“), díky nimž člověk dokáže zůstat dlouho vzhůru a pracovat, nebo s vírou, že člověku pomohou k lepším studijním výsledkům.

Ostatní látky tvoří početná a různorodá skupina léčivých přípravků, které nespadají ani do jedné z výše uvedených kategorií. Skupinu, která v některých evropských zemích aktuálně vzbuzuje obavy z hlediska zneužívání, představuje pregabalín a gabapentin, antikonvulziva předepisovaná také k léčbě neuropatické bolesti. Vedle stimulantů se celá řada dalších farmaceutických přípravků zneužívá za účelem vylepšení vzhledu nebo výkonnosti. Jsou to např. anabolické steroidy, peptidové hormony, prášky na hubnutí nebo sildefanil (běžně známý pod obchodním označením Viagra).

Příležitost ke zneužití léčiv může skýtat také jejich nedbalé přechovávání nebo likvidace, ať už doma nebo v různých institucích.

V posledních letech se možnosti některých způsobů neoprávněné manipulace s léčivy snížily díky řadě technologických inovací. Např. možnost tzv. „doctor shopping“ omezuje zavádění elektronické evidence a centralizovaných databází receptů. Na druhou stranu vznik internetových lékáren poskytl další přístupový bod. Navíc se zdá, že některá léčiva se vyrábějí speciálně pro účely jejich dalšího prodeje pro nemedicínské využití na černém trhu. Např. u fentanylů také dochází k prolínání fenoménu zneužívání léčivých přípravků a užívání nových psychoaktivních látek (viz Zaměřeno na fentanyl, strana 68).

Možná řešení

Monitoring

Rozvoj odpovídajících intervenčních opatření se neobejde bez zevrubného popsání rozsahu a povahy fenoménu zneužívání léčiv, včetně prevalenčních hodnot, motivace k užívání a zdrojů nabídky, jakož i bez monitorování vývojových trendů. Vzhledem k rozmanitosti léčiv, zdrojům jejich nabídky a různým skupinám jejich uživatelů, jakož i vzhledem k odlišnostem mezi jednotlivými zeměmi, co se týká preskripční praxe a legislativního rámce, je to však nelehký úkol. S ohledem na tuto rozmanitost je také důležité jasně definovat podstatu zneužívání, a to zejména pro účely mezinárodních srovnání. Rozsah problému je třeba hodnotit na základě množství různých datových zdrojů. Z případových studií i časových řad lze vysledovat známky zneužívání, jež vyžadují systematické zkoumání rozsahu celého problému. Informace o původu léčiv, která jsou předmětem zneužívání, resp. záchytů, jsou zatím velmi omezené.

Populační šetření jsou sice finančně náročná a vyznačují se klesající respondencí, ale i tak nadále poskytují cenný vhled do problematiky užívání návykových látek. Určité informace o zneužívání léčiv reflektují rovněž klíčové epidemiologické indikátory EMCDDA. Jde např. o počty osob vyhledávajících léčbu v souvislosti se závislostí na léčivech a počet smrtelných předávkování drogami, na nichž se nějak podílela farmaka. Při identifikaci farmaceutických přípravků objevujících se na černém trhu může pomoci také evropský systém včasného varování a údaje o záchytech drog.

Zdrojem signálů o zneužívání léčiv mohou být také národní a mezinárodní databáze nežádoucích účinků farmaceutických přípravků, např. databáze Eudravigilance spravovaná Evropskou lékovou agenturou a databáze nežádoucích účinků monitorovacího centra WHO v Uppsale. Tyto evidenční systémy sdružují data o látkách, jež se pojí s nežádoucími příhodami, o nichž referují nemocnice v souvislosti s poskytováním akutní péče nebo jsou tyto údaje k dispozici z jiných zdrojů. Součástí jsou informace o problémech spojených s léčivými branými pro „rekreační účely“ samostatně nebo v kombinaci s jinými psychoaktivními látkami. Mezi další zdroje informací patří služby pro uživatele drog a data pocházející z evidence případů řízení pod vlivem návykových látek, z ústavů soudního lékařství a věznic.

Finančně nenáročný a efektivní způsob sledování trendů v užívání léčiv představují prodejní statistiky lékáren. Údaje o prodeji by měly být monitorovány podle oblastí, aby bylo možné získat příslušné informace o míře a trendech užívání. Databáze receptů jsou zpravidla nákladnější alternativou a jejich obsah se hůře interpretuje. Tato data pocházejí z nárokováných úhrad ze zdravotního pojištění a z národních databází receptů nebo záznamů lékáren. Jejich analýzou lze získat informace o rozsahu fenoménu známého jako „doctor shopping“ a míře padělání předpisů. Dalším ukazatelem potenciálního zneužívání je stav, kdy na spotřebu velkého podílu určitého léku připadá malý podíl uživatelů.

Opioidy, benzodiazepiny a další léčiva na předpis se často vyskytují na černém trhu s návykovými látkami. Stává se tak na základě podvodného jednání, prostřednictvím osob, kterým byly řádně předepsány lékařem nebo v důsledku jejich odcizení pacientům, z lékáren nebo výrobních závodů. Mapování nelegálního trhu a získávání povědomí o jeho velikosti se částečně daří na základě policejních záchytů.

K informacím o zneužívání léčiv se lze také dostat monitorováním internetu. Příslušné údaje lze získat na stránkách, kde se lidé dotazují na konkrétní léčiva nebo kde se píše o jejich zneužívání. Novinkou v oblasti drogové epidemiologie je analýza odpadních (splaškových) vod. Tento přístup může být zdrojem informací o celkové míře užívání těchto přípravků ve společnosti. Rozdíly v užívání v průběhu týdne mohou být indikátorem množství konzumovaného pro rekreační účely.

Prevence a léčba zneužívání léčiv

Podstatou jakéhokoli systému kontroly léčiv je zajištění dostupnosti farmaceutických přípravků pro osoby, které je potřebují ze zdravotních důvodů, při současně minimalizaci rozsahu jejich zneužívání. Snahou doporučených postupů týkajících se přístupu ke kontrolovaným léčivým přípravkům je zajistit, aby opatření na kontrolu farmak neznamenal omezení jejich dostupnosti pro lidi, kteří je potřebují. Nedostatečný přístup k léčivům je přitom problémem v mnoha zemích po celém světě, a to včetně některých částí Evropy.

Výzvou z hlediska regulace je zvyšující se dostupnost léčiv prostřednictvím internetu, jev, na který bude nutné reagovat novými opatřeními. Jak je tomu často v případě kroků směřujících k eliminaci nedovoleného nakládání s léčivými látkami ve fázi jejich výroby a distribuce, mnohé z nich budou obnášet spíše represivní než zdravotní a sociální intervence. Klíčem k úspěchu zde bude lepší obeznačenost se způsobem pronikání léčiv na různé trhy.

K fenoménu zneužívání léčiv podstatnou měrou přispívá špatná preskripční praxe. Patří sem nadměrné předepisování, ale také, zejména v případě preparátů podávaných v rámci OST, nedostatečné předepisování léčiv, které lidi vede k samoléčbě. Bylo zjištěno, že správná klinická praxe při předepisování přípravků pro OST snižuje míru pronikání medikace na černý trh, jakož i negativní dopady spojené se zneužíváním těchto preparátů. Užívání substitučních přípravků k léčbě závislosti na opioidech představuje zásadní vědecky podložené řešení problémů s heroinem v Evropě. Je důležité, aby lidé potýkající se se závislostí na opioidech měli adekvátní přístup ke kvalitní péči tohoto typu. Ne vždy tomu tak je.

Možný problém představuje užívání těchto medikamentů v rozporu s jejich zamýšlenou funkcí a jejich zneužívání pro jiné než lékařské účely a prodej na černém trhu s návykovými látkami. Při pohledu na výsledky dosavadních studií lze usuzovat, že užívání těchto látek lidmi, pro něž nebyly původně určeny, má za následek (i) předávkování, včetně smrtelných, (ii) zvýšenou incidenci závislosti na opioidech (zejména v oblastech s nízkou dostupností heroinu) a (iii) negativní vnímání OST ze strany veřejnosti.

Přestože o pronikání preparátů určených k OST se v posledních letech hovoří jako o rostoucím problému, nedochází k systematickému monitoringu nebo sběru dat o rozsahu a povaze tohoto problému. Chybí proto empirická data, z nichž by bylo možné vycházet při přijímání regulatorních rozhodnutí a plánování opatření v oblasti prevence a řízení rizik. I tak však vznikla řada intervencí, jež se aktuálně v Evropě realizují za účelem minimalizace případů zneužívání léčiv určených původně pro opioidovou substituční terapii (Obr. 2.10). Patří mezi ně:

- používání přípravků s menším potenciálem z hlediska zneužití, např. suboxonu nebo roztoku metadonu nevhodného k injekční aplikaci,

- vypracování doporučených klinických preskripčních postupů pro hlídání dávek u osob, které se během léčby nedaří stabilizovat,
- edukace lékařů v oblasti bezpečné preskripce opioidů, včetně komplexního úvodního vyšetření a pravidelného monitoringu pacientů, a informování pacientů o bezpečném užívání těchto farmak, včetně jejich správného způsobu uchovávání a likvidace,
- elektronická zařízení pro výdej preparátů jako způsob zajištění bezpečnějšího způsobu předepisování opioidů a minimalizace chyb na straně zdravotníků,
- kontrolní opatření typu toxikologických vyšetření pacientů, inventury tablet a neohlášeného monitoringu,
- regulace na systémové úrovni prostřednictvím registrů lékárenských transakcí, včetně disciplinárních opatření, jako způsob potírání nedostatků v preskripční praxi.

Přehled důkazů týkajících se ... léčby osob zneužívajících léčiva



Při snižování míry užívání benzodiazepinů pomáhá v krátkodobém horizontu kognitivně-behaviorální terapie aplikovaná při současné postupné redukci dávek.



Výsledky studií menšího rozsahu zaměřených na zneužívání benzodiazepinů ukázaly na slibný potenciál intervencí, jako jsou individualizovaná korespondenční sdělení adresovaná pacientům praktickými lékaři, standardizovaný rozhovor s praktickým lékařem plus postupné snižování dávek a relaxační techniky. Tyto přístupy si zasluhují další výzkum.

Pozitivní vliv motivačních rozhovorů na snižování míry užívání benzodiazepinů nebyl doposud prokázán.

Body možného „odklonu“ léčiva v rámci výrobního a distribučního řetězce



Možné způsoby předcházení neoprávněné manipulaci

Obr 2.10 Příklady strategií zaměřených na předcházení neoprávněné manipulaci s přípravky určenými původně k opioidové substituční léčbě

Léčba zneužívání léčiv probíhá podobně jako v případě poruch způsobených užíváním jiných návykových látek a musí zohledňovat specifické potřeby daného jedince. Lidé potýkající se s problémy v důsledku zneužívání léčiv pocházejí z nejrůznějších sociálních skupin. U některých skupin, jejichž příslušníci by zřejmě hned nevyhledávali adiktologické služby, bude vhodnější odborná pomoc v kontextu primární péče. Poskytovatelé léčby v rámci primární péče nemusejí být adekvátně informováni o problematice zneužívání léčiv a mnozí lidé s problémy souvisejícími s léky na předpis sami sebe nevnímají jako někoho, kdo má problém se závislostí, nebo jej alespoň neventilují před svým lékařem. Polyvalentní uživatelé drog si někdy nejsou vědomi toho, že současně zneužívají léčiva, takže poskytovatelé adiktologické péče by tyto pacienty měli vyšetřit na možné zneužívání farmak a v případě potřeby pro ně zajistit léčbu.

V rámci prevence zneužívání léčiv může sehrávat důležitou roli silný terapeutický vztah mezi pacientem a lékařem. U pacientů poptávajících léky by si lékaři měli být vědomi, z jakého důvodu pacienti předepsání dalších medikamentů požadují, např. jestli léky nebo recept ztratili, a pokud se situace často opakuje, měli by se o celou věc podrobněji zajímat. Měli by být obezřetní v případech předepisování léků pacientům, které neznají, aniž by ovšem odepírali medikaci osobám, které ji skutečně potřebují. Poskytovatelé primární zdravotní péče musejí být odborně připraveni se s těmito dilematy vypořádat.

Poskytovatelé primární zdravotní péče musejí znát základy minimálních intervencí. Jednoduchou a efektivní strategií je vyjádřit znepokojení v dopise zaslaném pacientovi. Pokud tento krok nepřinese kýžený výsledek, bude nutné poskytnout další podporu („odstupňovaná péče“), jež může mít formu farmakologické edukace, poučení o základním onemocnění a alternativách k farmakoterapii nebo zprostředkování kontaktu na podpůrné skupiny nebo skupinovou terapii.

Evropské aktivity v oblasti řešení problematiky zneužívání léčiv

Za oblast kontroly léčiv nese odpovědnost řada mezinárodních organizací a agentur, mezi něž patří zejména Evropská léková agentura, Světová zdravotnická organizace, UNODC a INCB. EMCDDA shromažďuje informace o legislativě jednotlivých států v oblasti preskripce léčiv, povolených látkách, preskripční regulaci, veškerých kritériích pro zařazení do opioidové substituční léčby a veškerých sankcích v případě porušení stanovených pravidel. Registry substituční léčby v jednotlivých členských státech EU pomáhají při eliminaci možného dublování preskripce, k němuž může docházet při současném předepisování medikace několika lékaři. Zkoumá se také možnost využití analýzy odpadních vod pro monitorovací účely.

Další psychoaktivní léky, např. tramadol, benzodiazepiny a neregistrovaná léčiva prodáváná jako nové psychoaktivní látky a naopak, jsou monitorovány prostřednictvím evropského systému včasného varování. Tímto způsobem se monitorují rovněž tradiční (kontrolované) drogy „řezané“ neobvyklými nebo škodlivými příměsmi a látky vydávané na černém trhu za jiné (např. „nové opioidy“ prodávané jako benzodiazepiny).

Síť Euro-DEN Plus (European Drug Emergencies Network) sleduje urgentní příjmy v souvislosti s návykovými látkami v 29 monitorovacích centrech po celé Evropě a unikátním

způsobem tak mapuje akutní zdravotní újmu působenou užíváním návykových látek, včetně zneužívání léčiv.

K této oblasti se vztahuje řada evropských výzkumných projektů. O již završeném projektu ATOME (*Access To Opioid Medication in Europe*) financovaném EU byla zmínka výše v části 2.2. Dalším příkladem je čtyřletý projekt CODEMISUSED, zaměřený na (zne)užívání kodeinu a závislost na něm, který byl spuštěn v roce 2013, a rovněž jej financovala EU.

V rámci projektu CODEMISUSED byla v jednotlivých partnerských státech shromažďována data o (zne)užívání předepisovaného i volně prodejného kodeinu a o závislosti na této látce. Data byla sbírána ve spolupráci s různými zainteresovanými skupinami (pacienti užívající kodein, ti, kdo jej předepisují, lékárníci, adiktologové, uživatelé drog, zákazníci lékáren a pacienti v adiktologické léčbě). Výstupy projektu budou užitečným podkladem při koncipování širokého spektra intervenčních opatření, ať už to bude edukace pacientů, vzdělávání a proškolení odborné veřejnosti, detekce rizik, surveillance a monitoring nebo poskytování léčby.

Zneužívání léčiv: význam pro politiku a praxi

Základy

Mezi hlavní cíle v této oblasti patří:

- zajistit, aby regulatorní režimy vztahující se na léčiva s potenciálem zneužívání umožňovaly zabezpečit jejich dostatečnou dostupnost pro lékařské využití při současném omezení příležitostí pro jejich zneužívání,
- zajistit, aby byli zdravotníci seznámeni s postupy a zásadami správné preskripční praxe, aby byli schopni určit a léčit problémové užívání léčiv a adekvátně reagovat na projevy zneužívání farmak.

Příležitosti

- Vytvořit a poskytovat alternativní varianty léčby zaměřené na zneužívání léčiv u pacientů, kteří se zdráhají vyhledat pomoc v tradičních zařízeních pro léčbu drogové závislosti.
- Zvyšovat povědomí o problému zneužívání léčiv mezi pacienty i širokou veřejností za účelem destigmatizace tohoto jevu a podněcování k vyhledání pomoci.

Rezervy

- Zkoumat a monitorovat rozsah a povahu fenoménu zneužívání léčiv v lokálním i celostátním měřítku a napomáhat tak vzniku vhodných intervencí. V rámci těchto aktivit se lze opírat o následující zdroje informací: šetření, žádosti o léčbu, prodejní statistiky, policejní záchyty, trendy pozorované na internetu a analýza odpadních vod. Patří sem také mapování různých zdrojů původu léčiv vyskytujících se na černém trhu z hlediska jejich relativní důležitosti, jakož i obeznámenost s počtem a typem osob, které farmaka zneužívají, i s důvody, které je k tomu vedou.

O aktuálních způsobech léčby uplatňovaných v Evropě při léčbě osob zneužívajících léčiva existuje jen málo informací. Získávání těchto informací komplikuje skutečnost, že značnou část této léčby zajišťují spíše rodinní nebo praktičtí lékaři než adiktologické služby, a není tak podchytcena systémy, které monitorují adiktologickou léčbu.



Zaměřeno na ... zneužívání benzodiazepinů

Benzodiazepiny jsou hojně předepisovanou skupinou léčiv užívaných k léčbě úzkosti a nespavosti a také k tlumení příznaků odvykacího stavu při závislosti na alkoholu. Benzodiazepiny jsou často zneužívány problémovými uživateli opioidů, u nichž se pojí s vyšší mírou morbidit a mortality.

Benzodiazepiny se ze značné části problémovými uživateli drog předepisují pro legitimní terapeutické účely. Existují však obavy ohledně zdravotních následků užívání benzodiazepinů, pokud se užívají déle než několik týdnů, pokud je užívají polyvalentní uživatelé drog a pokud se užívají v rozporu s doporučenými postupy. Zneužívání benzodiazepinů zvyšuje riziko předávkování heroinem a pojí se s vyšším rizikem nákazy virem HIV, psychopatologie (úzkostné a depresivní poruchy), horších výsledků léčby a horšího sociálního fungování.

Uživatelé opioidů berou benzodiazepiny jako formu automedikace, např. na úzkost nebo nespavost, na zmírnění příznaků odvykacího stavu při závislosti na opioidech nebo nežádoucích účinků alkoholu nebo kokainu. Benzodiazepiny se také užívají k prodloužení intenzity a doby účinku opioidů, zejména při jejich injekční aplikaci. Pacienti v opioidové substituční terapii (OST), kterým je podáván metadon, mohou např. zneužívat benzodiazepiny za účelem zesílení účinku své opioidní medikace, pokud její nedostatečně velké dávky vedou k opětovnému výskytu abstinčních příznaků.

Uživatelé si benzodiazepiny opatřují zneužíváním předpisů (např. v rámci tzv. doctor shopping, na černém trhu nebo na internetu). Stále více benzodiazepinů, jež nejsou v Evropské unii schválenými léčivy, např. flubromazolam nebo flubromazepam, se prodává v rámci „pouličního“ trhu nebo na internetu.

Kombinované užívání opioidů a benzodiazepinů je značným problémem u problémových uživatelů opioidů ve věznicích a těch, kteří absolvují léčbu. Podle údajů, které v roce 2014 poskytlo 18 států, z celkových 102 000 osob nastupujících léčbu v souvislosti s opioidy jako jejich primární problémovou drogou uvedlo 10 000 (11 %) osob benzodiazepiny jako sekundární problémovou drogu. Toto číslo může být podhodnoceno, protože míra užívání sekundárních drog je ve skutečnosti často vyšší ve srovnání s tím, co udávají uživatelé.

Benzodiazepiny často figurují v pitevních zprávách týkajících se případů drogových úmrtí. Z posledních dat EMCDDA týkajících se úmrtí v důsledku užití drog vyplývá, že přítomnost benzodiazepinů (tj. předpokládaný podíl na smrti), často v kombinaci s opioidy, byla v případech smrtelných předávkování zjištěna v 28 % ve Skotsku, 48 % ve Francii, 30–32,5 % v Portugalsku a 35 % v Irsku.

Opatření zaměřená na řešení tohoto problému

Při kontrole užívání benzodiazepinů mezi problémovými uživateli opioidů mají zásadní roli doporučené postupy pro preskripční a klinickou praxi. Databáze dobré praxe EMCDDA aktuálně obsahuje šest souborů doporučených postupů vztahujících se k tomuto tématu, ať už ve formě obecnějších nebo specifitějších pokynů ve vztahu ke kontrole nad užíváním opioidů.

Viz *The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe* [Zneužívání benzodiazepinů u problémových uživatelů opioidů v Evropě], *Perspectives on drugs*, EMCDDA.



Doporučené zdroje

EMCDDA

- Portál dobré praxe
- *European drug report: trends and developments 2017*
- *The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe, Perspectives on drugs*, 2015
- *Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications, Perspectives on drugs*, 2016
- aktivity EMCDDA v oblasti dat shromažďovaných odděleními urgentních příjmu nemocnic
- *Misuse of medicines in Europe: risks and prevention*, Jørgen G. Bramness, Background paper

Další zdroje

- WHO. *Access to analgesics and to other controlled medications*
- INCB. *Availability of Internationally controlled drugs: ensuring adequate access for medical and scientific purposes. Indispensable, adequately available and not unduly restricted*, 2015

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

2.8 Řešení problematiky polyvalentního užívání

SHRNUTÍ

Témata

Termínem „polyvalentní užívání drog“ se označuje stav, kdy osoba užívá více než jednu drogu nebo typ drogy současně nebo postupně. Spadá sem jak užívání nelegálních drog, tak legálních látek, jako jsou alkohol nebo léky.

Polyvalentní uživatele lze orientačně rozdělit na sociálně marginalizované uživatele heroínu a jiných látek, např. kokainu, benzodiazepinů a alkoholu, a sociálně integrované jedince, kteří se vyznačují problémovým užíváním kombinací látek, jako např. kokain a alkohol nebo konopí a alkohol.

Užívání více různých typů látek zvyšuje rizika a zhoršuje závislost. Mezi nejzávažnější následky polyvalentního užívání patří fatální i nefatální předávkování heroínem, hepatotoxicita a negativní dopad na výsledek léčby.

Klíčová slova

alkohol, polyvalentní užívání

Možná řešení

Ke snížení míry polyvalentního užívání mohou přispět opatření v oblasti prevence a minimalizace rizik zaměřená na omezování konzumace alkoholu a drog na festivalech a v prostředí noční zábavy, jakož i zneužívání léčiv.

Důležité jsou diagnostické procesy, jejichž prostřednictvím je možné zjistit problematické polyvalentní užívání u klientů v léčbě, což je skupina, u níž je tento jev častý. U intenzivních a dlouhodobých problémových uživatelů drog může rovněž míru polyvalentního užívání snižovat léčba jiných forem drogové závislosti.

Situace v Evropě

- O aktuálně uplatňovaných postupech při řešení problematiky polyvalentního užívání v Evropě není k dispozici mnoho informací.
- Léčba polyvalentního užívání drog se sice považuje za obtížnou, ale z výsledků rozsáhlých studií realizovaných v Evropě vyplývá, že léčba významně snižuje míru užívání více různých látek u silně problémových uživatelů.

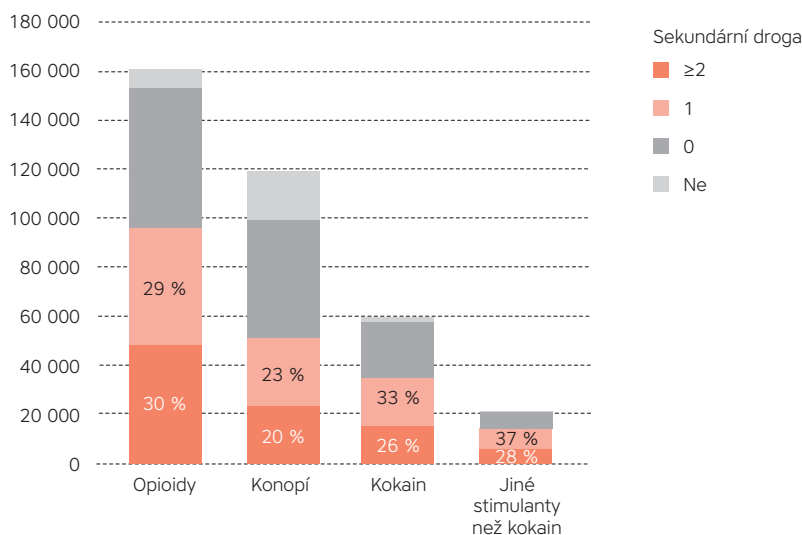
Obeznamenost s problémem a hlavní cíle opatření

„Polyvalentní užívání“ je zastřešující termín, kterým se označuje stav, kdy někdo užívá více než jednu drogu nebo typ drogy. Může se jednat o užívání různých látek buď najednou, anebo postupně během určitého časového období. Spadá sem jak užívání nelegálních drog, tak legálních látek, jako je alkohol, nové psychoaktivní látky nebo léčiva. Spektrum chování, které tento termín zahrnuje, je natolik široké, že téměř všechny konzumenty psychoaktivních látek je možné řadit k lidem, kteří praktikují nějakou formu polyvalentního užívání. Při řešení problémů souvisejících s polyvalentním užíváním je proto nezbytné se zaměřovat na specifické populace, interakce jednotlivých látek nebo riziková chování.

Vzájemná interakce různých drog konzumovaných v těsném časovém sledu může zvýšit jejich toxicitu. Účinky některých psychoaktivních látek mohou zvýšit rizikovost užívání jiných látek. Např. intoxikace alkoholem může negativně ovlivnit úsudek z hlediska množství konzumovaných opioidů nebo rizika snížené tolerance po ukončení léčby nebo propuštění z výkonu trestu. Podobně může zvýšit toxikologická rizika kombinované užívání kokainu a alkoholu. Užívání několika látek současně může také přispívat k většímu riziku nehod nebo úrazů. Na intoxikace více látkami najednou, na nichž se podílí také alkohol, připadá výrazný podíl urgentních příjmů v nemocnicích.

Polyvalentní užívání drog se velmi často vyskytuje u osob, které vyhledají odbornou pomoc v souvislosti s jejich problémy s drogami (viz Obr. 2.11). Více než polovina lidí, kteří v Evropě nastupují adiktologickou léčbu, uvádějí problémovou konzumaci hned několika látek, byť tento počet může být ve skutečnosti mnohem vyšší, neboť sekundární drogy se ne vždy evidují. V populaci adiktologických pacientů lze často

Osoby nastupující léčbu



Obr. 2.11 Polyvalentní užívání drog mezi klienty nastupujícími léčbu podle primární drogy

zaznamenat interakce jednotlivých drog, jež mohou mít značný dopad na léčbu a výsledný zdravotní stav, ale někdy také zcela ujdu pozornosti. Např. mnozí z těch, kdo se primárně léčí v souvislosti s užíváním nějaké nelegální drogy, budou mít současně problém s alkoholem. Běžné je také kouření tabáku. Pokud se tyto problémy nepodaří odhalit a řešit, je to z hlediska možného zdravotního přínosu promarněná příležitost.

Neřešené polyvalentní užívání drog může mít negativní vliv na jinak úspěšné terapeutické přístupy. Např. osoby absolvující opioidovou substituční léčbu mohou dosahovat horších výsledků, pokud současně užívají stimulantia. Značná část dostupných informací o polyvalentním užívání vychází z dat poskytnutých žadateli o léčbu. Pomineme-li rozdíly mezi jednotlivými státy, celkově nejčastějšími kombinacemi drog evidovanými mezi klienty léčebných služeb v Evropě jsou (i) opioidy, jako primární droga, která je přivedla k léčbě, konzumované společně s konopím a kokainovým práškem, (ii) kokain, jako primární droga, konzumovaná s konopím a alkoholem, (iii) konopí jako primární droga, konzumovaná s alkoholem a kokainovým práškem a (iv) stimulanty, jako primární droga, konzumované společně s alkoholem a konopím. Je důležité tyto typy polyvalentního užívání identifikovat, protože užívání více různých drog může zhoršovat již tak dost závažný stav a pojit se s vyšším rizikem. Nejzávažnější následky těchto forem polyvalentního užívání zahrnují fatální i nefatální předávkování, hepatotoxicitu – zejména v kombinaci s virovou hepatitidou typu C – a negativní dopad na výsledky léčby.

Pozn.: Sekundárními drogami se myslí drogy užívané vedle primární drogy (tj. té, jež klientovi působí největší problémy), které klientovi působí problémy nebo ovlivňují povahu problému vnímaného klientem nebo terapeutem. Poslední dostupná data z 28 zemí EU (2014 nebo 2015).

Možná řešení v Evropě

Bylo zjištěno, že některé **preventivní** přístupy uplatňované při řešení problematiky zneužívání léčiv přispívají také k nižší míře polyvalentního užívání návykových látek, na němž se podílí zneužívání léčiv. Nejefektivnější preventivní přístupy nejsou vázány na žádnou konkrétní látku, takže by měly pomoci i při snižování míry polyvalentního užívání drog. Na některá z rizik pojících se s užíváním alkoholu v kombinaci s jinými drogami na hudebních festivalech a v prostředí noční zábavy lze konkrétně aplikovat environmentální i jiné preventivní přístupy, o nichž je pojednáno v části 4.2 věnované užívání drog v tomto kontextu.

Léčebné služby se často soustředí na jednu konkrétní problémovou látku, přestože z výsledků velkých národních studií efektivity léčby realizovaných v Austrálii, Itálii a Spojeném království vyplývá, že polyvalentní užívání je mezi klienty v léčbě běžným jevem. Tyto studie také ukazují, že díky adiktologické léčbě dochází k výraznému snížení podílu klientů, kteří užívají více než jednu látku (důkazy střední kvality). Ačkoli vzhledem k absenci randomizace při zařazování klientů do léčby není možné přičíst tyto změny jednoznačně léčbě, z dostupných výsledků vyplývá, že léčba může snížit míru polyvalentního užívání u nejintenzivnějších a dlouhodobých problémových uživatelů drog. Tato zjištění potvrzují i systematické přehledy randomizovaných kontrolovaných studií, jež prokázaly, že k poklesu polyvalentního užívání drog mohou přispět také farmakologické a psychosociální intervence, např. incentivní terapie (důkazy střední kvality).



Časté kombinace drog a jejich účinky a dopady

Na rizika plynoucí z kombinování různých drog mají vliv charakteristiky uživatele, mezi něž patří jejich tolerance, zdravotní stav nebo genetické a fenotypické faktory. Nesprávná funkce jater může mít za následek vyšší koncentrace drog v krvi a tím silnější toxické účinky. Efekt kombinací drog ovlivňuje množství a čistota užitých látek a způsob jejich aplikace. Intravenózní aplikace drog vede k vyšším koncentracím látek v krvi.

V následujícím přehledu jsou uvedeny některé z lépe zdokumentovaných účinků častých kombinací drog:

Alkohol. Alkohol se vyskytuje u většiny kombinací v rámci polyvalentního užívání. Alkohol může narušit úsudek ohledně množství jiných užitých látek a ovlivnit farmakokinetiku jiných látek. Dlouhodobé intenzivní užívání alkoholu může poškodit játra a narušit metabolismus jiných látek, čímž vzniká nebezpečí i v případech jejich užití v množství, které by bylo jinak tolerováno. V prostředí nočního života a dalších podobných kontextech se alkohol často užívá v kombinaci s MDMA nebo jinými stimulanty a novými psychoaktivními látkami.

Konopí a tabák. Kouření konopí společně s tabákem je v Evropě nejčastější formou polyvalentního užívání. Konopí smíchané s tabákem lépe hoří. Konzumace tabáku v marihuanových cigaretách se při posuzování závislosti na konopí často přehlídí, přestože jeho vysoký potenciál z hlediska abúzu je dobře zdokumentován.

Kokain a alkohol. Alkohol může zvyšovat hladinu kokainu v krvi až o 30 % a za jeho přítomnosti v těle vzniká psychoaktivní metabolit kokainu (kokaethylen), který působí delší dobu. Tato kombinace zvyšuje srdeční frekvenci a krevní tlak a může způsobit kardiovaskulární problémy. Působení kokainu snižuje vnímané účinky intoxikace alkoholem, což může vést k vyšší míře konzumace alkoholu. S paralelním užíváním těchto dvou látek je asociováno násilné chování a sebevražedné ideace.

Opioidy a kokain. Zatímco opioidy navozují útlum centrální nervové soustavy, kokain ji stimuluje. V kombinaci s opioidy se ještě zvyšuje intenzita negativních kardiovaskulárních účinků kokainu. Užije-li se kokain dohromady s opioidy, zvyšuje se tím riziko předávkování a souvisejícího útlumu dýchání. Kokain může maskovat sedativní účinky opioidů, což přispívá k většímu riziku pozdějšího předávkování.

Opioidy a benzodiazepiny, s alkoholem nebo bez. Opioidy, benzodiazepiny i alkohol jsou všechny látky s tlumivým účinkem na centrální nervovou soustavu, takže při jejich kombinovaném užití se může zvýšit riziko fatálních i nefatálních předávkování opioidy. Starší uživatelé drog také mohou hůře metabolizovat benzodiazepiny, což může v kombinaci s metadonem zvyšovat riziko respiračního útlumu.

Služby v oblasti **minimalizace rizik** určené problémovým uživatelům drog se obvykle nezaměřují na konkrétní látky, ale spíše na újmu a rizikové chování související s injekční aplikací. Intervence typu *harm reduction* se realizují v rámci širší preventivní strategie, jež v sobě spojuje další typy služeb, např. kontaktní práci a opioidovou substituční terapii, a jejímž cílem je zlepšovat zdravotní stav polyvalentních uživatelů drog.

O postupech uplatňovaných aktuálně při léčbě polyvalentního užívání drog v členských státech EU není k dispozici mnoho informací. Dostupná literatura o problematice léčby se zpravidla zabývá řešením problémů týkajících se opioidů a stimulantů. O řešení problémů vyvstávajících v souvislosti s polyvalentním užíváním drog je informací málo. Ačkoli se má obecně za to, že polyvalentní užívání drog se léčí obtížně, autoři rozsáhlých studií zabývajících se výsledky léčby v Evropě zjistili, že léčba výrazně snižuje míru polyvalentního užívání drog u vysoce problémových uživatelů.

V evropských zemích je poskytováno široké spektrum služeb zaměřených na minimalizaci rizik, mezi něž patří edukace v oblasti bezpečnějšího injekčního užívání, výměnné programy, testování na infekční onemocnění a související poradenství, očkování proti hepatitidě typu B nebo léčba virových hepatitid a HIV.

Tyto iniciativy se mohou vztahovat i na polyvalentní uživatele drog. Posouzení zdravotního stavu klienta je zdrojem potřebných informací i východiskem pro poučení a poskytnutí základní zdravotní péče.



Řešení problematiky polyvalentního užívání drog: význam pro politiku a praxi

Základy

- Polyvalentní užívání drog zvyšuje související riziko újmy v mnoha různých ohledech. Mezi nejzávažnější dopady patří navýšení rizika fatálních i nefatálních předávkování v důsledku současného užití několika látek s tlumivým účinkem na CNS, např. opioidů, benzodiazepinů nebo alkoholu.
- Řešení polyvalentního užívání drog zůstává složitým a náročným úkolem. U jedinců, kteří užívají více látek najednou, je léčba často méně úspěšná.
- U klientů v léčbě mohou ke snižování míry polyvalentního užívání drog přispívat psychosociální intervence, např. v případě užívání stimulantů u klientů absolvujících opioidovou substituční terapii.

Příležitosti

- Snižování míry polyvalentního užívání by mělo být prioritou v rámci intervencí zaměřených na minimalizaci rizik.
- Vzhledem k vlivu polyvalentního užívání na riziko předávkování je třeba uživatelům drog poskytovat informace o nebezpečích tohoto jednání obecně i o konkrétních rizikových kombinacích a učinit poskytování takových informací součástí poradenských intervencí určených pro tuto skupinu.

Rezervy

- Je potřeba získat jasnější představu o rozsahu a povaze polyvalentního užívání drog u různých skupin uživatelů drog, aby bylo možné podniknout kroky k vytvoření odpovídajících intervenčních opatření.

Doporučené zdroje



EMCDDA

- Polydrug use: patterns and responses, Selected issue, 2009
- Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, 2012
- European drug report: trends and developments 2017

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

3

Kapitola 3

Řešení potřeb konkrétních skupin

Některé dílčí skupiny populace se v souvislosti s drogami vyznačují konkrétními problémy, potřebami a riziky, jež vyžadují specifické intervence. V této části se na drogové problémy a efektivní způsoby jejich řešení podíváme prizmatem konkrétních skupin osob, jež jsou v tomto ohledu vystaveny většímu riziku. Tento přístup skýtá trochu jiný pohled na některé z otázek nastíněných ve 2. kapitole, kde jsme se danému tématu věnovali spíše z hlediska jednotlivých návykových látek. Lepším způsobem také odráží logiku koncipování služeb, kdy se na potřeby konkrétní cílové skupiny může vázat hned celé spektrum různých otázek souvisejících s drogami.

V následujících částech pojednáme o profilu potřeb a lepších způsobech řešení těchto potřeb u následujících skupin:

- rostoucí skupina problémových uživatelů drog vyššího věku,
- ženy, které mají problémy s drogami,
- nově příchozí migranti, uprchlíci a žadatelé o azyl,
- ohrožené skupiny mladých lidí a
- rodiny osob, které mají problémy s drogami.

U každého případu je poskytnuta charakteristika typu drogových problémů u těchto skupin vycházející z dostupných epidemiologických a klinických poznatků. Uvedeny jsou příklady sociálních a zdravotních intervenčních opatření vytvořených v reakci na tyto potřeby v různých zemích EU.

V případě mnohých těchto subpopulací uživatelů drog není k dispozici dostatek informací o efektivitě intervencí realizovaných v oblasti prevence, léčby a minimalizace rizik. Informace, které v těchto částech uvádíme, proto vycházejí ze závěrů, jež lze považovat za konsenzuální názor odborné veřejnosti na aktuální příklady dobré praxe. V této souvislosti se také často předpokládá, že ve vztahu k těmto dílčím populacím lze efektivně uplatňovat také výzkumem prověřené intervence aplikované na populaci uživatelů drog v širším smyslu. Je však důležité mít na paměti, že ačkoli tento přístup je smysluplný při vytváření služeb a v maximální míře využívá dostupnou vědomostní základnu, jednotlivá opatření budou muset být vždy konfigurována tak, aby odpovídala specifikům různých kontextů, v nichž jsou realizována. V oblastech s nedostatečnou důkazní základnou bude pak o to více záležet na důsledném monitoringu a evaluaci (viz kapitolu 5).

3.1 Problémoví uživatelé opioidů vyššího věku

SHRNUTÍ

Témata

Lidé ve věku nad 40 let tvoří v Evropě stále větší podíl jedinců, kteří mají problémy s opioidy.

Projevuje se to mimo jiné rostoucím věkem osob v adiktologické léčbě a těch, kteří umírají na předávkování drogami.

U této skupiny starších uživatelů opioidů může být proces stárnutí organismu urychlen kumulativními dlouhodobými účinky polyvalentního užívání drog, předávkování a infekcí. Osoby vyššího věku, jež mají problémy s užíváním opioidů, vykazují v porovnání se svými vrstevníky a mladšími uživateli drog vyšší míru výskytu degenerativních poruch, oběhových a respiračních problémů, zápalu plic, dušnosti, cukrovky, hepatitidy a cirhózy jater. Mohou být rovněž náchylnější k infekcím, předávkování a sebevraždám.

V důsledku předčasných úmrtí a stigmatizace dochází navíc také k redukci jejich sociálních vazeb, což může vést k dalšímu prohloubení jejich sociálního vyloučení a izolace od rodiny. Překážkou ve vyhledání pomoci může být u těchto lidí také stigmatizace a pocit studu za to, že nadále užívají drogy.

Klíčová slova

starší uživatelé drog, problémové užívání drog

Potřebná intervenční opatření

- Adiktologické služby přizpůsobené potřebám lidí vyššího věku musejí poskytovat multidisciplinární péči, která bude reagovat na jejich zdravotní a psychologické potřeby a bude současně zohledňovat jejich sociální izolaci.
- Lepší přístup k antivirotické terapii hepatitidy typu C a vyšší míra využití těchto léčebných služeb.
- Specializované domovy s pečovatelskou službou zajišťující dlouhodobou rezidenční péči o uživatele drog vyššího věku.
- Edukace a proškolení zdravotníků a pracovníků v sociální péči, kteří přicházejí do styku se seniory, o tom, jak zacházet se staršími lidmi, kteří mají problémy s drogami, v zájmu zajištění adekvátní péče a předcházení stigmatizaci.
- Odpovídající zdravotnická péče, včetně stomatologických služeb.
- Vytváření podmínek pro zvyšování sebehodnocení, sebepřijetí a pozitivních pocitů ohledně budoucnosti, optimálně v rámci různých iniciativ realizovaných na vrstevnické bázi.

Význam pro budoucí vývoj v Evropě

- Je třeba plánovat zajištění služeb, jež by měly do budoucna reagovat na poptávku po zdravotní a sociální péči u této rostoucí kohorty starších uživatelů drog v Evropě.
- Tento proces se zřejmě neobejde bez specializovaných léčebných služeb přizpůsobených věku cílové skupiny, jež budou mimo jiné organizovat různé společenské akce a poskytovat pravidelnou vrstevnickou a dobrovolnickou podporu.
- V rámci řešení potřeb starších uživatelů opioidů je třeba uplatňovat integrovaný, multidisciplinární přístup obnášející mezioborní spolupráci a komunikaci mezi specializovanými i standardními zdravotními a sociálními službami.

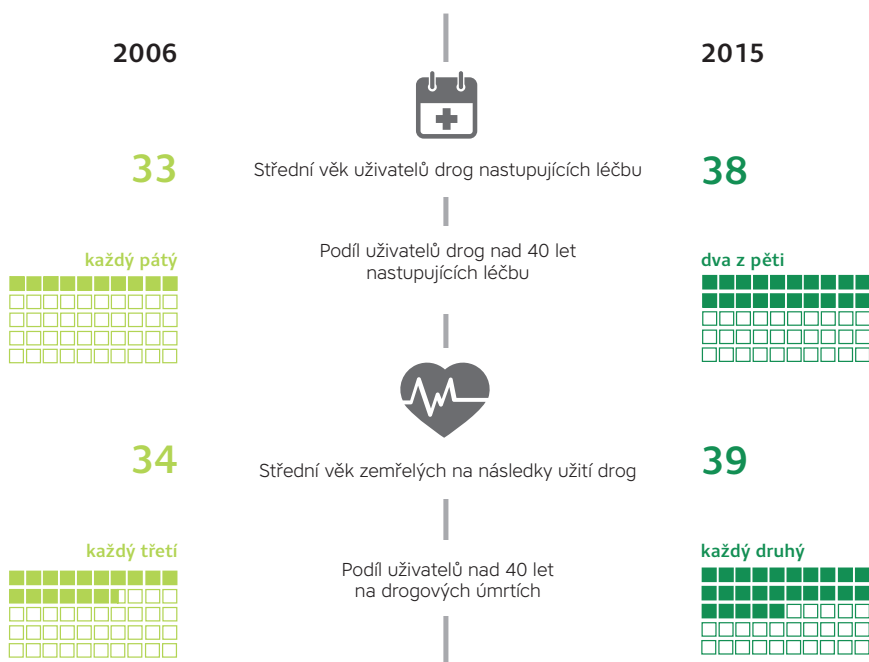
Zdravotní a sociální otázky a hlavní cíle z hlediska řešení potřeb starších uživatelů drog v Evropě

V této části se zabýváme potřebami starších lidí, kteří mají problémy s drogami. Tuto skupinu zde definujeme jako osoby nad 40 let věku, jejichž opakované užívání opioidů pro ně představuje výrazné riziko újmy. V Evropě představují stále větší podíl uživatelů opioidů, jak o tom svědčí dva trendy v datech EMCDDA týkajících se léčby a drogových úmrtí (Obr. 3.1). Mezi roky 2006 a 2015 došlo v Evropské unii ke 45% poklesu počtu prvozdáteleů o léčbu v souvislosti s užíváním opioidů, zatímco u ostatních drog dohromady odpovídal tento pokles 9 %. Střední věk klientů nastupujících léčbu v souvislosti s problémy s opioidy narostl z 33 na 38 let a podíl osob nad 40 let vzrostl z každého pátého v roce 2006 na téměř dva z pěti v roce 2015. Také průměrný věk zemřelých v souvislosti s drogami (většinou opioidy) se mezi roky 2006 a 2015 zvýšil o pět let. Zatímco v roce 2006 připadalo přibližně každé třetí z těchto úmrtí na osoby starší 40 let, v roce 2015 to už bylo každé druhé.

Ačkoli je v této části kladen důraz na osoby vyššího věku, jejichž problémy souvisejí s užíváním opioidů, existují i skupiny starších lidí, kteří problémovým způsobem užívají jiné látky, např. alkohol nebo léky. Být se zde konkrétně této problematice nevěnujeme, některá z uvedených intervenčních opatření lze rovněž uplatnit i na tyto skupiny.

Kvalitu života osob s dlouhou historií užívání drog snižuje celá řada zdravotních potíží. Značná část evropských problémových uživatelů drog vyššího věku začala užívat heroin v osmdesátých a devadesátých letech minulého století. Mnozí z dlouhodobých injekčních uživatelů se nakazili HIV nebo virovou hepatitidou typu C (VHC) a jejich dlouhá historie problémového užívání drog mohla také urychlit proces stárnutí jejich organismu. Ve srovnání se svými vrstevníky, kteří drogy neužívají, a mladšími uživateli drog vykazuje tato skupina typicky vyšší míru somatických i psychických problémů. Možný je také časnější nástup degenerativních poruch, výskyt oběhových a respiračních problémů, zápalů plic, dušnosti, cukrovky, hepatitid nebo cirhózy jater. V souvislosti s užíváním drog mohou být také vystaveni vyššímu riziku infekcí, předávkování a sebevražd. Vážným problémem může být také stav jejich chrupu.

Většina z této skupiny starších uživatelů opioidů byla nebo stále je příjemcem metadonové nebo buprenorfinové léčby. O interakci a účinnosti opioidní medikace a léčby somatických poruch ve světle narušené funkce jater toho není mnoho známo.



Obr. 3.1 Stárnoucí kohorta problémových uživatelů drog

Pozn.: Střední věk zemřelých na následky užití drog se vztahuje ke všem státům EU s výjimkou Řecka. Podíl uživatelů nad 40 let na drogových úmrtích se vztahuje ke všem státům EU s výjimkou Řecka a Portugalska.

Mezi staršími lidmi s dlouhou kariérou injekčního užívání opioidů je obecně vysoký podíl krví přenosných virových infekcí. Na základě průzkumu realizovaného v roce 2015 ve francouzských nízkoprahových centrech (ENa-CAARUD) bylo zjištěno, že prevalence nákazy virem HIV uváděné staršími uživateli drog (40 a více let) byla ve srovnání s mladšími uživateli drog (30 a méně let) 12krát vyšší (7,4 % oproti 0,6 %) a prevalence VHC 4krát vyšší (35,6 % oproti 8,9 %). Starší uživatele opioidů, kteří se nakazili VHC již někdy v mladším věku, jsou vystaveni vyššímu riziku vzniku jaterních chorob, včetně rakoviny, pokud se neléčí.

Vedle somatických a psychických problémů hrozí u starších lidí, kteří mají problémy s drogami, ve větší míře také sociální izolace. K sociálnímu vyloučení a absenci kontaktu s rodinou a přáteli, které jsou u této skupiny častým jevem, přispívá také stigmatizace a ageismus (diskriminace na základě věku). Tito lidé musejí často čelit depresím a samotě, neboť jejich sociální zázemí se postupně zužuje s tím, jak starší uživatelé drog umírají nebo se zbavují závislosti a začínou nový život. Stigmatizace a pocit hanby z toho, že i v pokročilejším věku stále užívají drogy, může být pro tyto jedince překážkou ve vyhledání odborné pomoci, zapojení se do komunity lidí, kteří se svou závislost již rozhodli řešit, nebo ve vyhledání zdravotní péče.

Značná část problémových uživatelů drog vyššího věku žije o samotě, často bydlí v nevyhovujících podmínkách, jsou nezaměstnaní a ekonomicky neaktivní. Podle výsledků studie zaměřené na starší lidi s problémy souvisejícími s užíváním opioidů, jež proběhla v osmi zemích EU, bylo nezaměstnaných nebo ekonomicky neaktivních 86 % osob v léčbě závislosti na heroinu. Absence zaměstnání má negativní dopad na sociální vazby, dovednosti a znalosti a dále prohlubuje marginalizaci a izolaci.

Pro poskytovatele všeobecné lékařské péče může být obtížné zajistit starším uživatelům opioidů adekvátní prostředky na tlumení bolesti, protože tito pacienti budou mít zvýšenou toleranci na opioidní analgetika. Nebude-li u této skupiny zabezpečen efektivní postup při léčbě bolesti, může dojít k nedostatečnému nastavení dávek. Poskytovatelé zdravotních služeb si rovněž musí být vědomi, že mnohé z léčiv, která problémovým uživatelům opioidů předepíší, včetně paralelní opioidové substituční léčby, představují zvýšené riziko předávkování vzhledem k jejich tlumivému účinku na centrální nervovou soustavu. K takovým přípravkům patří např. gabapentiny, předepisované na neuropatickou bolest, nebo benzodiazepiny.

V mnoha evropských zemích se problémoví uživatelé heroinu dožili vyššího věku díky rozvoji služeb zaměřených na minimalizaci rizik. Jejich komplexní zdravotní a sociální potřeby je nutné řešit prostřednictvím specifických intervenčních opatření.

Intervenční opatření nutná k řešení problematiky uživatelů opioidů vyššího věku

Léčba a péče o starší osoby, které mají problémy s užíváním opioidů, je v Evropě nedostatečná, protože většina služeb vznikla v reakci na potřeby mladší kohorty uživatelů drog. Uživatelé drog vyššího věku jsou vnímáni jako méně motivovaní, ačkoli jsou v léčbě často úspěšnější než jejich mladší protějšky.

K řešení zdravotních (včetně stomatologických), psychických a sociálních potřeb starších lidí s drogovými problémy jsou nutné multidisciplinární a inovativní přístupy. S jejich sociální izolovaností a opuštěností je třeba bojovat posilováním jejich dovedností potřebných pro zvládání zátěžových situací, budováním sociálních vazeb a podněcováním aktivit, které zvyšují osobní pohodu. Pilotní studie realizovaná ve Spojeném království ukázala, že starší uživatelé drog lze získat pro pravidelné tělovýchovné aktivity, byť jejich aktivní účast na nich hatily různé sociální deficity. V Austrálii, Kanadě, Irsku a Spojeném království fungují volnočasové spolky pro muže (tzv. Men's Sheds), kde mají muži pokročilejšího věku možnost osvojit si nějaké nové dovednosti, navázat sociální kontakty a zapojit se do života své komunity, což má pozitivní dopad na jejich identitu, sebevědomí a sebedůvěru.

U této populace je také třeba zajistit její lepší přístup k antivirové léčbě hepatitidy typu C a optimální využívání této léčby. Vyšší riziko smrtelného předávkování, které u těchto osob hrozí, z nich vytváří cílovou skupinu pro distribuci naloxonu „na doma“ a další strategie zaměřené na prevenci předávkování (viz část 2.3).

V Dánsku, Německu a Nizozemsku existují pro starší lidi s drogovými problémy, kteří se o sebe nejsou schopni postarat, specializované domy s pečovatelskou službou. Taková

zařízení mohou sloužit jako model pro dlouhodobé rezidenční programy, jež nabízejí péči a podporu chronickým uživatelům drog v pokročilejším věku. V jiných případech je třeba hledat možnosti začlenění osob s drogovými problémy do péče poskytované geriatrickými lůžkovými pracovišti a zařízeními pro seniory na komunitní bázi. Ta v současnosti nedisponují takovými prostředky, aby byla schopna nabídnout komplexní diagnostiku, léčbu a péči, kterou starší lidé s drogovými problémy zpravidla potřebují.

Program geriatrické adiktologické péče (Geriatric Addiction Program) vznikl v reakci na potřeby problematických uživatelů návykových látek vyššího věku ve Spojených státech. Většinu jeho klientů byl program doporučen v souvislosti s jejich problémy s alkoholem, nicméně 15 % z nich vykazovalo adiktologickou komorbiditu. V rámci tohoto komunitního programu jsou poskytovány adiktologické intervence v domácím prostředí, jejichž součástí je zhodnocení stavu klienta a doporučení či zprostředkování kontaktu na služby specializující se na péči o osoby vyššího věku.

Personál pracovišť poskytujících geriatrickou péči ve většině případů nedisponuje odpovídajícími znalostmi a dovednostmi, které práce se staršími uživateli drog vyžaduje. Těmto pracovníkům je třeba zajistit proškolení, aby byli schopni reagovat na potřeby stále rostoucího počtu těchto pacientů.

Cílem britského národního edukačního a osvětového programu Drink Wise Age Well je rozšiřovat odborné schopnosti pracovníků nutné k rozpoznávání problému užívání alkoholu u osob nad 50 let a jeho řešení. Je třeba, aby podobné programy vznikaly i pro uživatele drog vyššího věku. Nutnost specializačního proškolení může vzniknout také u pracovníků center léčby bolesti, pokud jde o zvládání bolestivých stavů a chronické bolesti u osob závislých na opioidech, které by mělo vycházet z jasně stanovených terapeutických postupů. Schopnost rozpoznávat starší osoby, které mají problémy s opioidy, a poskytovat jim adekvátní služby se neobejde bez investic do rozvoje kvalifikovaného personálu.

Ageismus a stigmatizaci, kterým jsou tyto uživatelé drog vyššího věku vystaveni, je možné minimalizovat podporou ze strany starších osob působících v rámci adiktologických služeb. Tato „peer“ podpora může u klientů přispět k vyššímu sebevědomí, může u nich posílit pocit, že je druzí akceptují a rozumí jim, a vyvolat v nich pozitivní pocity ve vztahu k budoucnosti. Tento způsob zapojení je často přínosem i pro osoby působící v roli peerů/dobrovolníků.

Nezbytnou podmínkou pro řešení zdravotních a sociálních problémů je existence bezpečného a vhodného bydlení. Potřeby v oblasti bydlení u starších uživatelů drog budou často vyžadovat pozornost zejména tehdy, pokud se jedná o osoby, které se chtějí vymanit ze svého sociálního prostředí spjatého s užíváním drog. Ti, kteří v užívání drog pokračují, budou zase spíše potřebovat bydlení, jehož zachování nebude užíváním drog ohroženo. U starších uživatelů drog bez domova mohou být užitečné modely typu „Housing First“, které spočívají v co nejrychlejší zajištění bydlení, a teprve potom se věnuje pozornost řešení drogového problému daného jedince, nebo se mu poskytuje jiná forma podpory.

Budoucí vývoj v Evropě

Adekvátní reakce na budoucí potřeby stárnoucí kohorty uživatelů opioidů vyskytující se v mnoha evropských zemích se neobejde bez pečlivého plánování. Bude k tomu možná nutné zajistit věkově odpovídající skupiny pracovníků v relevantních službách, pořádání společenských aktivit a akcí a poskytování průběžné vrstevnické a dobrovolnické podpory jako způsob řešení sociální izolace těchto klientů. Pro starší lidi mající problémy s užíváním opioidů může být obtížné se fyzicky dopravit do nějakého zařízení, a budou proto možná v tomto ohledu vyžadovat pomoc.

U osob s omezenou mobilitou nebo těch, kteří bydlí ve venkovských oblastech, mohou představovat vhodné řešení domácí návštěvy, detašovaná pracoviště při různých komunitních centrech nebo rozšířená terénní práce.

Starší lidé, jež mají problémy s užíváním opioidů: význam pro politiku a praxi

Základy

- Pro poskytovatele služeb jsou klíčovými tématy komorbidita, chronické zdravotní potíže, smrtelná předávkování, předčasná stárnutí organismu, opuštěnost a izolace. Na tyto potřeby je možné reagovat úpravou a restrukturalizací služeb a rozvojem specializovaných služeb, jež se budou zaměřovat na zdravotní i sociální aspekty péče.
- Mezi adiktologickými službami a službami poskytujícími zdravotní a sociální péči musí fungovat přehledné komunikační kanály a systémy zajišťující návaznost péče.

Příležitosti

- K řešení somatických a psychických problémů této skupiny může přispět investování do personálního rozvoje pracovníků podílejících se na všeobecné péči o seniory za účelem zvýšení jejich povědomí o potřebách starších lidí, kteří mají problémy s drogami.
- Vytváření standardizovaných postupů pro léčbu bolesti u osob závislých na opioidech určených pro zařízení zaměřující se na léčbu bolesti a paliativní péči přispěje k dalšímu zkvalitňování péče poskytované na těchto pracovištích.

Rezervy

- Je třeba vytvořit screeningové nástroje a metody měření výsledku intervencí, jež budou odpovídat specifikům osob vyššího věku, které dlouhodobě užívají návykové látky a potýkají se v této souvislosti s řadou zdravotních a sociálních problémů.
- Je třeba zvolit perspektivní intervence a modely péče, jejichž prostřednictvím bude možné řešit zdravotní a sociální otázky typické pro rostoucí kohortu lidí vyššího věku, kteří mají problémy s opioidy, a současně provádět jejich evaluaci, na jejímž základě bude možné identifikovat a sdílet příklady dobré praxe.



Potřeby osob vyššího věku, které mají problémy s drogami, je třeba řešit v rámci komunity, v níž žijí, na základě integrovaného multidisciplinárního přístupu.

Pro starší osoby, které mají problémy s užíváním návykových látek, neexistuje dostatek screeningových nástrojů a způsobů hodnocení úspěšnosti léčby. Cílem britského projektu *The Bristol Drugs Project '50 Plus Crowd'* je spíše zlepšení zdravotního stavu a osobní pohody starších lidí než dosažení „údravy“. Např. uplatnitelnost na trhu práce nebude mít relevanci pro osoby v důchodovém věku nebo ty, které nikdy neměly stálé zaměstnání. Praktické kroky k dosažení údravy se mohou u starších a mladších uživatelů drogy lišit. Terapeutické přístupy mohou mít formu supervidovaného podávání metadonu u starších uživatelů opioidů doma nebo možnosti vydávání většího množství dávek na doma.

Výcvikový program pro pracovníky v adiktologii Skotského drogového fóra připravuje osoby, které mají problémy s drogami nebo alkoholem, na práci v oblasti sociální péče. Většina z účastníků programu má nad 35 let. Podobné programy mohou některým uživatelům drogy vyššího věku poskytnout bezpečnou práci, ať už vykonávanou za peníze nebo na dobrovolnické bázi. Zaměstnavatele bude možná nutné poučit a vysvětlit jim některé zdravotní a sociální problémy, s nimiž se tato populace může potýkat.

U starších osob majících problémy s drogami bude důležitá zejména provázanost terapeutického přístupu související se spoluprací jednotlivých sektorů a nastavení systému předávání klientů mezi specializovanými a standardními zdravotními a sociálními službami. Nezbytnou podmínkou úspěšné implementace těchto modelů péče je adekvátní proškolení zaměstnanců standardních mainstreamových služeb.

Vzhledem k tomu, že dlouhodobí uživatelé opioidů nad 40 let budou pravděpodobně v nejbližší budoucnosti tvořit v Evropě většinu populace v adiktologické léčbě, je třeba začít tato opatření zavádět. V neposlední řadě je třeba pracovat také na budování důkazní základny pro efektivní intervence určené této cílové skupině.



Doporučené zdroje

EMCDDA

- Ageing and addiction: challenges for treatment systems, Poster, 2015
- Treatment and care for older drug users, Selected issues, 2010
- Responding to the needs of ageing drug users, Lauren Johnston, Dave Liddell, Katie Browne and Saket Priyadarshi, Background paper

Další zdroje

- Scottish Drug Forum. Older people with drug problems in Scotland: addressing the needs of an ageing population

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

3.2 Ženy, které mají problémy s drogami

SHRNUTÍ

Témata

Ženy tvoří přibližně čtvrtinu všech osob, které mají vážné problémy s drogami, a asi pětinu všech osob, které v Evropě nastupují adiktologickou léčbu. Tyto ženy často:

- čelí stigmatizaci a ekonomickému znevýhodnění a dostává se jim méně sociální podpory,
- pocházejí z rodin, kde se vyskytují problémy s užíváním návykových látek, a mají partnery, kteří pijí nebo berou drogy,
- mají děti, které v jejich užívání drog i úzdravě mohou hrát ústřední roli, a
- bývají obětí sexuálního a fyzického násilí a týrání a vyskytují se u nich komorbidní duševní poruchy.

Existují dílčí skupiny žen s drogovými problémy, které vykazují specifické potřeby. Mezi tyto podskupiny, jež se často vzájemně překrývají, patří např. těhotné ženy a matky, ženy zapojené do komerčního sexu, jež jsou často terčem násilí a stigmatizace, příslušnice etnických menšin, které mohly být obětmi obchodování s lidmi, a ženy ve výkonu trestu odnětí svobody.

Klíčová slova

ženy, těhotenství, děti

Potřebná intervenční opatření

- Speciální služby pro ženy. Tyto služby lze nabízet ve výhradně ženských i koedukovaných programech. Vzhledem ke stigmatizaci a traumatickým zkušenostem cílové skupiny musejí mít tyto služby vstřícný, neodsuzující a shovívavý charakter a být fyzicky i emočně bezpečné. Měly by podněcovat zdravé vztahy s dětmi, rodinnými příslušníky a dalšími významnými osobami v životě ženy.
- Spolupráce mezi adiktologickými službami a službami v oblasti péče o duševní zdraví na řešení potřeb souvisejících s komorbidním výskytem adiktologických a dalších duševních poruch.
- Služby pro těhotné ženy a ženy v roli matek, jež musejí věnovat pozornost problematice užívání drog, porodnické a gynekologické péči, infekčním onemocněním, duševnímu zdraví a osobnímu blahu, jakož i zajišťování péče o dítě a podpory rodině.
- Večerní provozní doba, mobilní terénní služby, neomezený přístup k odborné pomoci a další opatření, jejichž cílem je odstranění překážek, které brání v přístupu k odborné péči ženám působícím v oblasti komerčního sexu.
- Citlivý přístup k etnickým a kulturním aspektům a možnost využití tlumočnických služeb při práci s příslušnicemi národnostních menšin.

Význam pro budoucí vývoj v Evropě

- Je třeba zkoumat poptávku po specifických intervencích pro ženy, které mají problémy s různými návykovými látkami, včetně léků na předpis a problematiky polyvalentního užívání.
- Intervence pro ženy realizované na území Evropy v různých kontextech je třeba podrobovat evaluacím, včetně studií jejich nákladové efektivity.
- Nedostatek poznatků o problematice užívání drog mezi ženami má několik důvodů: ne všechny studie zahrnují ve svých výzkumných souborech ženy, a pokud ano, nedochází k jejich diferenciaci podle pohlaví nebo se genderová problematika neuvažuje, většina výzkumu zaměřeného na uživatelky drog v plodném věku si všímá pouze uživatelek opioidů a jen málo studií se zabývá užíváním konopí, nových psychoaktivních látek, zneužíváním léčiv a polyvalentním užíváním u žen.

Hlavní zdravotní a sociální problémy, jimž čelí ženy mající problémy s drogami

Odhaduje se, že v rámci Evropské unie vyzkoušelo někdy v životě nějakou nelegální drogu 35 milionů žen a 54 milionů mužů ve věku od 15 do 64 let. Obecně se dá říci, že z hlediska celkové míry užívání drog jsou rozdíly mezi muži a ženami menší u mladých lidí, přičemž v mnoha evropských zemích se v mladších věkových skupinách tento rozdíl dále stírá. U intenzivnějších a problémovějších forem užívání drog jsou však rozdíly mezi pohlavími markantnější.

V Evropě ženy tvoří přibližně čtvrtinu všech osob, které mají závažné problémy s nelegálními drogami, a kolem 20 % všech žadatelů o specializovanou adiktologickou léčbu. Z výsledků některých studií vyplývá, že ženy častěji vyhledávají léčbu kvůli mateřským nebo rodičovským povinnostem, případně z důvodu jejich obecného sklonu raději vyhledat pomoc. Autoři jiných studií zjistili, že ženy se ve srovnání s muži obracejí na specializované služby méně často z obavy ze stigmatizace. Ženy mohou své problémy přičítat somatickým nebo psychickým obtížím a hledat pomoc u lékařů nebo odborníků na oblast duševního zdraví. Rozsah a povahu mezer v léčebné péči v rámci jednotlivých regionů a dílčích skupin v Evropě je třeba podrobit dalšímu výzkumu.

Rozdíly mezi ženami a muži s drogovými problémy zahrnují sociální charakteristiky, důsledky užívání návykových látek nebo rozvoj a progresse závislosti. Ženy jsou sice z hlediska pohlaví a genderu vystaveny specifickým rizikům, ale mnohé adiktologické služby jsou orientovány spíše na mužskou klientelu.

Specifické problémy u žen:

- **Stigmatizace:** Uživatelky drog jsou ve srovnání se svými mužskými protějšky vystaveny větší míře stigmatizace, protože toto jejich počínání je vnímáno jako něco, co odporuje jejich roli matky a pečovatelky. Stigma může prohlubovat jejich pocit viny a studu, zatímco diskriminačně a nevstřícně vystupující služby je mohou odrazovat od vyhledání pomoci.

- **Socioekonomické těžkosti:** Ty se u uživatelky drog projevují ve větší míře, a to z důvodu jejich nižší zaměstnanosti i nižších příjmů. Překážkou může být cena adiktologických služeb v případě, že je neposkytují státní zařízení a nejsou hrazeny pojistovnými. Přístupu k léčbě mohou bránit také náklady na dopravu.
- **Sociální zázemí:** Oproti mužům mívají uživatelky drog horší sociální zázemí, neboť častěji pocházejí z rodin, kde se vyskytují problémy s užíváním návykových látek, nebo mají partnera, který sám návykové látky užívá. Mezi žadateli o léčbu v Anglii měly tři čtvrtiny žen partnery, kteří užívali drogy, zatímco u partnerek mužů v léčbě to byly dvě pětiny.
- **Děti:** Vztahy s dětmi jsou velmi důležité a mohou u ženy sehrávat ústřední roli z hlediska jejího užívání drog, resp. úzdravy. Ženy nastupující léčbu žijí častěji se svými dětmi než jejich mužské protějšky.
- **Partneři užívající drogy:** Vztah s partnerem, který užívá drogy, může sehrávat významnou roli z hlediska toho, že žena začne drogy užívat a pokračuje v tom, jakož i z hlediska možného relapsu. Ženy jsou rovněž v důsledku toho ve větší míře vystaveny krví přenosným infekcím a násilím. Muži užívající návykové látky mohou být nevstřícní vůči léčbě a ženy se mohou obávat ztráty svého vztahu, pokud začnou abstinovat.

Ve srovnání s muži byly dále uživatelky drog v minulosti častěji oběťmi sexuálního nebo fyzického napadení či týrání a zneužívání v dětském věku, případně později v dospělosti, a jsou také v současnosti častěji vystaveny násilím ze strany svých partnerů.

U žen, které užívají drogy, se častěji vyskytují posttraumatické stresové poruchy a jiné psychické problémy, např. úzkosti nebo deprese. Neposkytování péče osobám s duální diagnózou proto může více dolehnout na ženy než na muže.

Ženy, které užívají drogy injekčně, jsou obzvláště náchylné ke krví přenosným infekcím. Vykazují vyšší prevalenci HIV než muži, protože častěji sdílejí injekční náčiní s více lidmi. Častěji si také opatřují drogy či peníze výměnou za sex a je pro ně obtížnější dohodnout se se sexuálním partnerem na použití kondomu.

Existuje řada podskupin žen se specifickými potřebami, na něž je třeba reagovat odpovídajícími adresnými opatřeními (viz rámeček).

Intervenční opatření určená ženám, které mají problémy s drogami

Řešení potřeb uživatelky drog vyžaduje genderově citlivý přístup, který bude zohledňovat potřeby žen ve všech aspektech koncipování a realizace příslušných služeb, včetně jejich struktury a organizace, místa realizace, personálního zabezpečení (s dostupností ženského personálu ve všech typech péče) a vývoje, pojetí a náplně. Tyto programy mohou být určeny výhradně ženám nebo být realizovány na koedukované bázi s nabídkou specifických služeb pro ženy. Tato část se zaměřuje na specifické potřeby konkrétních skupin žen, ale je důležité si uvědomit, že ženy mající problémy s drogami spadají i do více těchto skupin najednou a že jejich situace se může časem změnit (Obr. 3.2).

Vzhledem k vysoké míře stigmatizace a traumatům, jimž bývají uživatelky drog vystavovány, je potřeba, aby vůči nim služby zaujímaly vstřícný, neodsuzující a podpůrný přístup.



Příklady dílčích skupin žen se specifickými potřebami

Těhotné ženy a matky: Užívání drog v těhotenství může mít negativní vliv na plod i novorozence. V Evropě užívá každoročně opioidy přibližně 30 000 těhotných žen a neméně je těch, které mají problémy s jinými návykovými látkami. Těhotenství a mateřství může být pro ženu silnou motivací k léčbě, ale může také představovat překážku na cestě k uzdravě. Pro klinickou péči o užívatelky opioidů během těhotenství a v perinatálním období, včetně podávání substituční medicíny, jsou již v současnosti zpracovány standardizované postupy. Vedle stigmatizace, hanby a pocitu viny mohou mít užívatelky drog také strach z odebrání dítěte. Ačkoli ženy hrají klíčovou roli v zajišťování zdravotní a sociální péče o členy své rodiny, mohou mít samy strach kontaktovat příslušné služby. Mnohdy také nemají možnost zajistit si potřebnou podporu z důvodů rodinných povinností a absence někoho, kdo by se jim postaral o děti.

Sexuální pracovnice: Oblast komerčního sexu je často úzce provázaná s užíváním drog. Odhaduje se např., že v některých zemích tvoří sexuální pracovnice 20–50 % všech injekčních užívatelky drog. Mnohé ženy, které si výměnou za sex opatřují drogy, mají omezené možnosti, pokud jde o bezpečný sex nebo bezpečné injekční praktiky a jsou často vystaveny násilí a nezřídka končí ve vězení. Zažívají také vyšší míru stigmatizace.

Příslušnice národnostních menšin: Těmto ženám může na cestě k léčebné péči bránit mnoho dalších překážek, např. jazyková bariéra nebo léčebné postupy, které jsou v konfliktu s jejich náboženským vyznáním. Jejich status přistěhovalce může ovlivňovat jejich nárok na léčbu a mohou se také setkávat s rasismem a diskriminací. Některé z přistěhovalkyň z řad příslušnic národnostních menšin mohou být také osobami, které se v důsledku válek a násilí ve své původní zemi staly oběťmi obchodování s lidmi nebo zažily jiná traumata. Při práci s těmito ženami je třeba zohlednit aspekty etnické, kulturní a náboženské diverzity.

Ženy ve výkonu trestu odnětí svobody: Zkušenosti s drogami má mnoho žen, které vykonávají trest odnětí svobody (data z přehledové studie pracující převážně s americkou literaturou hovoří o 30–60 %). Odsouzené, které mají problémy s užíváním návykových látek, jsou v mnohem těžší situaci než ženy, které se obracejí na odbornou pomoc na svobodě. Věznice nenabízejí dostatek služeb, které by reagovaly na jejich poptávku psychologické, sociální a zdravotní péče. Věznice jsou vysoce rizikovým prostředím z hlediska šíření krví přenosných infekcí, nicméně přístup ke sterilním stříkačkám často není umožněn. Na ženy může mít tato skutečnost větší dopad, protože v porovnání s mužskou vězeňskou populací si v Evropě ženy ve výkonu trestu píchají drogy častěji. Pro tyto ženy je nutné zajistit diverzifikované intervence jak během výkonu trestu, tak po propuštění na svobodu.

Měly by pro ženy vytvářet fyzicky i emočně bezpečné prostředí a postupovat způsobem zohledňujícím prodělaná traumata. Je třeba, aby byly pojmány holisticky a komplexně a aby byly schopny reagovat na celé spektrum problémů, kterým ženy čelí.

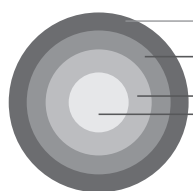
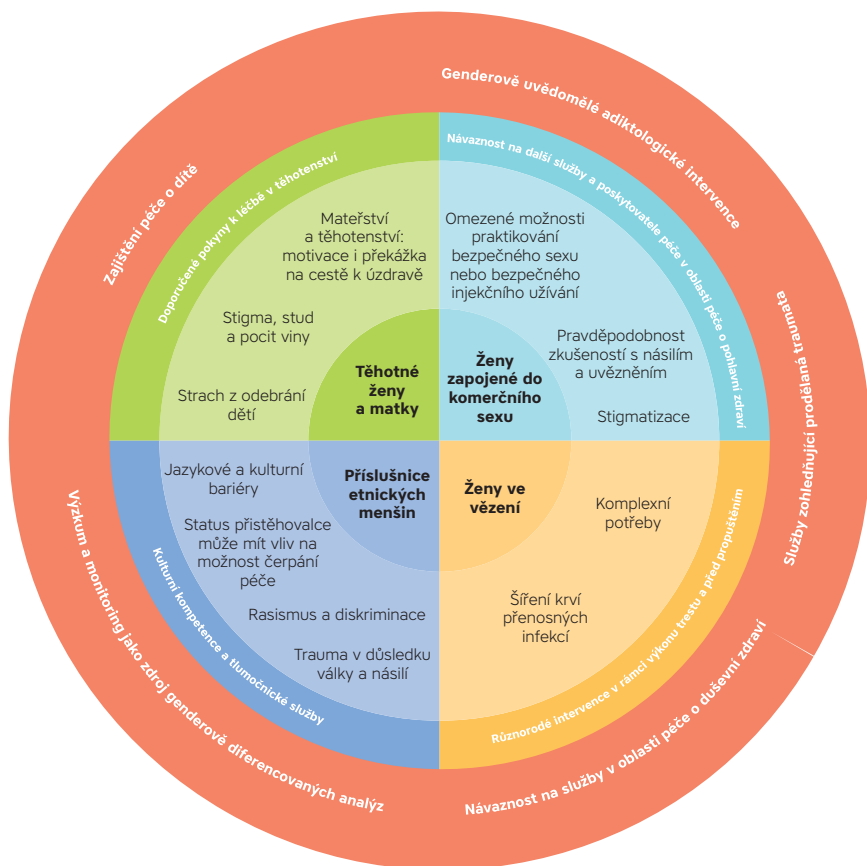
U žen, které byly vystaveny traumatickým zážitkům a partnerskému násilí, se doporučuje uplatňovat terapeutické přístupy, jež budou **citlivě zohledňovat prodělaná traumata**. V případě žen, u nichž riziko, že budou vystaveny násilí, přetrvává, je nezbytně nutné aplikovat multidisciplinární mezisektorový přístup obnášející spolupráci mezi zdravotními a sociálními službami na straně jedné a justičními složkami na straně druhé. Příkladem takového přístupu je britské abstinčně orientované ženské odvykací rezidenční zařízení, kde se klientky účastní řady skupinových terapií vycházejících ze standardizovaného léčebného programu, který citlivě zohledňuje traumata, kterými si prošly. Ženám je k dispozici individuální poradenství a terapie metodou EMDR (*Eye Movement Desensitisation and Reprocessing*), které slouží k mírnění psychických následků traumatických zážitků, jakož i rodinná podpora. Klientky mohou také využívat strukturovaný program zaměřený na vzdělávací dovednosti a nácvikové a rekreační aktivity a svépomocné skupiny (Anonymní narkomani a Anonymní alkoholici). Po úspěšném absolvování léčby se ženy odstěhují do svého vlastního bydlení nebo do některého z přechodných ubytovacích zařízení, které má organizace pro tyto účely k dispozici. Podle potřeby mohou následně průběžně využívat nabízenou podporu i v budoucnu.

Služby pro těhotné ženy a matky, které užívají drogy, musejí mít nediskriminační charakter a být pojaty komplexně. Represivní postupy, např. ochranná léčba, budou ženy od vyhledávání léčby spíše odrazovat. Ženy také častěji vyhledají odbornou péči, pokud budou mít zaručenu anonymitu a nebudou se muset obávat postihu. Intervence určené těhotným ženám musejí rovněž obsáhnout jejich užívání drog, porodnickou a gynekologickou péči, problematiku infekčních onemocnění, jakož i aspekty duševního zdraví a osobního a sociálního blaha. V některých zemích existují specializovaná rodinná centra nebo služby domácí péče, které poskytují podporu těhotným uživatelkám drog a matkám malých dětí. Poskytování služeb těhotným ženám a čerstvým maminkám může být přínosem pro ženy i jejich děti, neboť přispívá k rozvoji rodičovských dovedností a má pozitivní vliv na vývoj dítěte, jak na to rovněž poukazují *Mezinárodní standardy prevence užívání drog UNODC*.

Těhotné ženy závislé na opioidech potřebují opioidovou substituční léčbu a psychosociální pomoc. Mnoho těhotných uživatelék opioidů chce s tímto užíváním přestat, jakmile zjistí, že otěhotněly, nicméně odvykací stav se v těhotenství nedoporučuje, protože může uškodit novorozenci, včetně rizika potratu. Za této situace lze využít metadon nebo buprenorfin. Buprenorfin je šetrnější vůči novorozencům, avšak ženy, které již užívají metadon, by měly přecházet na jiné preparáty pouze tehdy, pokud na metadon nevykazují dobrou odezvu.

V různých zemích se poskytují programy multidisciplinární péče. Některé nabízejí intervence uživatelkám drog a jejich dětem od raných fází těhotenství až do dětského věku. Ženám je možné poskytovat psychosociální podporu, intervence, díky nimž budou schopny lépe rozvinout svůj potenciál a osvojit si dovednosti, jež mohou přispět k upevnění rodinných svazků, a následný monitoring situace ve spolupráci s case manažery. Služby musejí rovněž pamatovat na praktické otázky a zajistit hlídání dětí. Rezidenční služby by měly zajistit takové možnosti ubytování, aby zde matky během léčby mohly bydlet se svými dětmi.

Vzhledem k tomu, jak významnou roli sehrávají v životě ženy vztahy, by služby měly podněcovat udržování zdravých vztahů s dětmi, rodinnými příslušníky a dalšími osobami,



- Požadavky na intervence zaměřené na ženy obecně
- Požadavky na intervence zaměřené specificky na konkrétní cílovou skupinu
- Témata vztahující se k dané cílové skupině
- Cílová, resp. riziková skupina

Obr. 3.2 Intervenční opatření v reakci na potřeby některých dílčích skupin žen, které mají problémy s drogami

kteří jsou pro danou ženu nějak důležití. Rodinné vazby a sounáležitost s komunitou může zvýšit efektivitu adiktologické léčby.

U žen, které se vedle adiktologických poruch potýkají současně s nějakým psychickým onemocněním, je důležité, aby se řešily oba tyto problémy. K tomu je nutný multidisciplinární přístup spočívající ve spolupráci adiktologů a odborníků na oblast duševního zdraví směřující k dohodnutým společným cílům. To se však bohužel často neděje, a jelikož mnohé duševní poruchy se u žen vyskytují ve větší míře než u mužů, uživatelky



Doporučené postupy při léčbě těhotných uživatelék drog

Screening a krátké intervence

Poskytovatelé zdravotní péče by měli činit následující:

- co nejdříve po zjištění těhotenství a při každém následném předporodním vyšetření se všech těhotných žen dotazovat, zda užívají nebo užívaly alkohol nebo drogy a
- všem těhotným uživatelkám alkoholu nebo drog nabízet krátkou intervenci.

Psychosociální intervence

Zdravotníci, kteří mají v péči ženy s poruchami z užívání návykových látek, jež jsou těhotné nebo čerstvě po porodu, nabízejí komplexní diagnostiku a individualizovanou péči.

Detoxifikace a odvykací programy

Poskytovatelé zdravotní péče by měli těhotné ženy závislé na alkoholu nebo drogách při první příležitosti vyzvat, aby přestaly pít nebo brát drogy, a podle možností a situace jim nabídnout detoxifikaci pod dohledem lékaře nebo jim tuto službu zprostředkovat.

Těhotným ženám závislým na opioidech by se mělo doporučovat, aby spíše absolvovaly opioidovou substituční léčbu, než aby podstupovaly detoxifikaci od opioidů.

Těhotným ženám se závislostí na benzodiazepinech by se měly postupně snižovat dávky, k čemuž se používají dlouhodobě působící benzodiazepiny.

Při zvládání odvykacího stavu u těhotných žen závislých na stimulantech lze k mírnění symptomů psychiatrických poruch využít psychomaka, ale jejich podávání není automaticky vyžadováno.

Farmakoterapie (udržovací léčba a prevence relapsu)

Farmakoterapie se u těhotných pacientek nedoporučuje jako rutinní způsob léčby závislosti na stimulantech amfetaminového typu, konopí, kokainu nebo těžkých látkách.

Těhotné pacientky se závislostí na opioidech by měly být vyzvány, aby nastoupily opioidovou substituční terapii s podáváním buď metadonu, nebo buprenorfinu, případně aby v takové léčbě pokračovaly.

V upravené podobě převzato z materiálu WHO *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* [Metodický pokyn WHO k identifikaci a léčbě poruch z užívání návykových látek v těhotenství].

drog mohou být v tomto ohledu obzvláště znevýhodněny (viz Zaměřeno na komorbiditu adiktologických a duševních poruch, strana 41).

Vzhledem k vysoké míře užívání drog **mezi ženami ve výkonu trestu odnětí svobody**, jakož i k drogové minulosti a psychickým problémům těchto žen, je třeba ve věznicích zajišťovat genderově uvědomělé integrované intervence citlivě zohledňující traumata, kterými si odsouzené prošly.

Vedle problematiky užívání drog by se měly tyto intervence zaměřovat také na nejrůznější další oblasti, např. utrpená traumata, duševní zdraví, fyzické a reprodukční zdraví nebo riziko přenosu infekčních onemocnění. Vhodnou možností jsou také programy na výměnu jehel a stříkaček. Jako příklad může sloužit praxe provozovaná v ženské věznici Hindelbank ve Švýcarsku, kde je možné výměnu stříkaček provést prostřednictvím automatů. Pro ženy závislé na opioidech by měla být k dispozici substituční léčba a psychosociální intervence.

V rámci přípravy žen na propuštění z výkonu trestu je třeba uvažovat o intervencích v následujících oblastech: bydlení a finanční záležitosti, pracovní a životní dovednosti, sociální zázemí a rodinné vztahy a návaznost adiktologické péče na svobodě. Příkladem takové péče jsou služby, které poskytuje zařízení *Quartier Intermédiaire Sortantes* poblíž Paříže, kam jsou umístěovány odsouzené s drogovými problémy krátce před propuštěním z výkonu trestu.

Bariéry v přístupu k adekvátní péči v případě žen **zapojených do komerčního sexu** lze řešit večerními provozními hodinami příslušných služeb, mobilními terénními službami, zajištěním péče o děti a neomezeným přístupem k odborné pomoci. Doporučuje se uplatňovat neodsuzující a empatický přístup, peer podporu a služby určené výhradně ženám. Je třeba zajistit intervence od výměny jehel až po léčbu a podporu se zaměstnáním a bydlením.

Při práci s **příslušnicemi národnostních menšin** je třeba brát v úvahu etnické a kulturní aspekty.

Udržitelné zajišťování pomoci pro příslušnice etnických menšin může vyžadovat činnost terénních pracovníků v roli jakýchsi kulturních mediátorů, kteří ženám pomáhají překonávat některé zábrany ve vztahu k aktivnímu využívání léčebné péče. Mnohdy bude nutné zajistit tlumočnické služby nebo poskytovat služby v mateřštině dané ženy a zohledňovat kulturní aspekty, aby zvolená léčba odpovídala specifické situaci klientky.

Budoucí vývoj v Evropě

Vzhledem k tomu, že rozdíl v poptávce po adiktologické péči se mezi muži a ženami postupně stírají, potřeba služeb schopných řešit různé potřeby žen, které mají problémy s drogami, s největší pravděpodobností poroste. Bude zřejmě třeba více intervencí pro ženy, které mají problémy s konopím, léky na předpis a s polyvalentním užíváním. Intervence budou také zřejmě muset pamatovat na ženy vyššího věku. Nejrůznější aktivity zaměřené na ženy, realizované buď samostatně, nebo jako doplněk jiných intervencí, je možné poskytovat v rámci adiktologické péče prostřednictvím internetu. Tato forma může vyhovovat ženám, kterým se nedostává adekvátní péče ze strany



Zaměřeno na ... služby pro těhotné ženy a matky

Služby určené uživatelkám drog, které čekají dítě, nebo se již staly matkami, se musejí vedle užívání drog zabývat i celou řadou dalších oblastí, mezi něž patří porodnická a gynekologická péče, infekční onemocnění, duševní zdraví, osobní blaho a sociální zabezpečení. Tyto služby musejí rovněž řešit rodičovské otázky, včetně obavy žen z možného odebrání jejich dětí, zajišťovat hlídání dětí nebo poskytovat ubytování vhodné rovněž pro pobyt dětí.

V Maďarsku pečuje o těhotné ženy a matky s dětmi do dvou let klub *Józan Babák*, který funguje na bázi tří kroků. V rámci 1. kroku ženy kontaktují svépomocnou skupinu klubu, kde získají informace o poskytovaných službách. Druhý krok obnáší možnost anonymního využití lékařských, právních, sociálních a psychologických služeb. Těhotná žena nebo matka, která se zúčastní osmi poradenských sezení, obdrží za každé 11 EUR. V rámci 3. kroku organizace zajistí kontakt se zdravotnickými, sociálními nebo právními službami, případně s poskytovateli prenatální péče, pokud se jedná o těhotnou ženu. Během 2. a 3. kroku některý z členů svépomocného klubu *Józan Babák* ženy doprovodí do příslušného zařízení.

Belgický rezidenční program „Klokan“ je určen primárně rodičům. Jeho cílem je prohloubit kontakt rodičů s jejich dětmi. Ženy jsou zde podporovány v jejich rodičovské roli. Během dne děti navštěvují jesle, mateřskou školu nebo školu, zatímco matky absolvují terapeutický program. Účelem projektu je poskytovat rodičům informace, podněcovat společné aktivity rodičů s dětmi a realizovat tematické skupiny a současně nabízet individuální konzultace a doprovázet rodiče na domluvené schůzky a konzultace.

Rozhodování britského soudu pro rodinné záležitosti související s drogami a alkoholem (*Family Drug and Alcohol Court*) představuje alternativu ke standardním řízením, kdy projednávané kauzy obsahují výrazný prvek zneužívání návykových látek na straně rodičů. Nabízí rodičům intenzivní podporu v jejich snaze přestat s užíváním drog, zabránit rozpadu rodiny a zlepšit situaci svých dětí i sebe samých. V návaznosti na úvodní posouzení pak příslušné služby poskytuje multidisciplinární tým tvořený zdravotní sestrou, adiktologem, sociálními pracovníky, psychiatry, rodinným terapeutem a vedoucím programu. Pozornost je věnována užívání návykových látek, fyzickému a psychickému zdraví, rodičovství, vztahům s dětmi a dalšími rodinnými příslušníky, domácímu násilí, bydlení a dalším problémovým oblastem.

specializovaných adiktologických služeb. Je důležité, aby jednotlivé politiky a praxe nezvychodňovaly některé z pohlaví (tj. kladly důraz na genderová hlediska a rovnost pohlaví) a aby uživatelky drog měly možnost se aktivně podílet na plánování, formování a vývoji příslušných programů.

V době omezených rozpočtů je v mnoha evropských zemích velkou výzvou financování. Právě programy pro ženy mohou v tomto ohledu přijít zkrátka, protože ženy jsou mezi klienty příslušných služeb v menšině. Za účelem zabezpečení dlouhodobého financování

bude potřeba provést studie nákladové efektivity intervencí pro ženy realizovaných v Evropě v různých kontextech.

O užívání drog u žen toho stále ještě hodně nevíme. Příslušné studie ne vždy zahrnují také ženy a také ne vždy rozlišují data podle pohlaví nebo se genderovou problematikou nezabývají. Většina výzkumu v oblasti užívání drog mezi ženami v plodném věku si všímá pouze uživatelék opioidů. Více pozornosti je třeba z hlediska výzkumu věnovat užívání konopí a polyvalentnímu užívání drog u žen.

Složitě a vzájemně provázané problémy, kterým mnohé uživatelky drog čelí, vyžadují koordinované a integrované služby. V Evropě přitom systémy adiktologické péče a péče o duševní zdraví fungují často odděleně.

Spolupráce tak závisí na dobré vůli aktérů a spolupráci v individuální rovině. Tuto kooperaci je třeba zakotvit do příslušných politik.

Je třeba, aby pracovníci příslušných služeb zaujíмали neodsuzující, nediskriminační a vstřícný postoj. Musejí být rovněž schopni uživatelky drog motivovat k setrvání v kontaktu s příslušnou službou a zajistit jim efektivní péči. To se neobejde bez povědomí o specifických potřebách žen a dovedností, které se neváží jen k oblasti adiktologie.

Poskytovatelé služeb v kontextech, jež vykazují průsečíky s adiktologickými provozy, si musejí osvojit tytéž postoje a rozumět problematice užívání drog. Kompetence pracovníků je třeba rozvíjet prostřednictvím vzdělávání, proškolení, náviku dovedností a adekvátní supervize. Adekvátní proškolení by se také mělo dostat pracovníkům organizací fungujících na komunitní bázi (orgány sociálně-právní ochrany dětí nebo poskytovatelé zdravotní péče), kteří mohou přispívat ke zvyšování povědomí o problému, identifikovat ženy, které užívají drogy, a poskytovat příslušné intervence nebo dle potřeby zprostředkovávat další péči.



Služby pro ženy, které mají problémy s drogami: význam pro politiku a praxi

Základy

- Poskytovat genderově uvědomělé služby citlivě zohledňující případná prožitá traumata, které budou reagovat na potřeby konkrétních skupin žen, a zajistit, že tato péče bude dostupná všem, kdo ji potřebují.
- Poskytovat koordinované a integrované služby zaměřené také na jiné oblasti, než je užívání drog, což může vyžadovat zakotvení spolupráce s dalšími typy péče, např. službami v oblasti péče o duševní zdraví nebo orgány sociálně-právní ochrany dětí, do příslušných politik a strategií.
- Pracovníci specializovaných adiktologických, resp. zdravotnických nebo sociálních služeb, kteří přicházejí do kontaktu s uživatelkami drog, musejí zaujímat odpovídající postoje a disponovat adekvátními znalostmi a dovednostmi, aby byli schopni poskytovat kvalitní péči.

Příležitosti

- Rozšířit standardní statistiky o přehledy, v nichž budou data diferencována podle pohlaví, a získat tak lepší představu o trendech v užívání drog, sociodemografických faktorech a problémech týkajících se žen v daném regionu a přícházet s odpovídajícími intervenčními opatřeními.
- Posílit účast uživatelek drog na plánování, formování a vývoji příslušných politik a programů.
- Implementací doporučených postupů pro poskytování péče v oblasti léčby těhotných uživatelek je možné dosáhnout lepších výsledků v případě matky i dítěte.

Rezervy

- Doplnit chybějící poznatky na základě výzkumu, který se bude zabývat genderovými otázkami a bude je zohledňovat ve všech aspektech koncipování péče, a určit tak typy intervencí, které budou pro jednotlivé skupiny žen nejvhodnější
- Zakomponovat problematiku zneužívání léčiv na předpis do příslušných politik a intervenčních opatření.



Doporučené zdroje

EMCDDA

- portál dobré praxe
- *Pregnancy and opioid use: strategies for treatment, EMCDDA Papers, 2014*
- *Women and gender issues in drug use, EMCDDA topic page*
- *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice, Sharon Arpa, Background paper*

Další zdroje

- *WHO. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, 2014*
- *UNODC. Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women, 2016*
- *UNODC. International standards on drug use prevention, 2015*

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

3.3 Migranti, uprchlíci a žadatelé o azyl

SHRNUTÍ

Témata

Dlouhá tradice migrace v Evropě a její etnická a náboženská diverzita vytvářejí z hlediska vztahu mezi etnicitou a užíváním drog spletitou situaci. Pokud jde o nedávnou minulost, v důsledku řady konfliktů na Blízkém východě a v Africe požádalo v druhé polovině roku 2015 a v první polovině roku následujícího v Evropské unii o azyl více než 1,4 milionu lidí. Přes polovinu těchto žadatelů o azyl (53 %) v Evropské unii v roce 2015 tvořili mladí dospělí (ve věku 18–34 let), což je věková skupina, u níž existuje největší pravděpodobnost, že její příslušníci budou v Evropě užívat návykové látky. Určité zkušenosti lze čerpat z předešlých výzkumů zaměřených na přistěhovalce přicházející do Evropy, ale s těmito poznatky je třeba pracovat obezřetně z důvodu kulturních rozdílů a příčin migrace.

Mnozí migranti vykazují nižší míru užívání návykových látek než komunity, v nichž se usazují, ale někteří z nich mohou být k užívání návykových látek náchylnější z důvodů, mezi něž patří prodělané trauma, nezaměstnanost a chudoba, ztráta rodiny a sociálního zázemí, ale také přesun do méně restriktivního prostředí. Užívání drog může být způsobem, jak se vyrovnat s traumaty, nudou, nejistotou a frustrací související s postavením přistěhovalce. Riziko pak může zvyšovat také nedostatek informací o možnostech léčby a přístupu k ní.

Klíčová slova

migranti, uprchlíci, žadatelé o azyl

Potřebná intervenční opatření

- Při identifikaci a řešení potřeb nově přicházejících migrantů budou hrát důležitou roli kulturní kompetence v rámci stávajících služeb a pomoc při překonávání jazykové bariéry. Některé studie referují o nižší míře využívání zdravotní péče, zejména pokud jde o psychické problémy. Čím déle trvá vyřízení povolení k pobytu, tím větší je i míra využívání psychiatrických a adiktologických služeb, nicméně reálná potřeba zůstává stále neuspokojena. Hlavními důvody pro nedostatečné využívání péče mohou být jazykové problémy a kulturní faktory.
- Ne ve všech zemích EU jsou k dispozici preventivní intervence určené příslušníkům etnických menšin. Pokud jde o žadatele o azyl, obecná informovanost o potenciální ohroženosti a marginalizaci skupin migrantů je v tomto směru běžnější. Některé intervence fungují na bázi peer programů a spočívají v poskytování informací o užívání drog a souvisejících rizicích, jakož i o možnostech odborné pomoci pro lidi, kteří mají problémy s alkoholem nebo drogami.
- Chybí koncepční přístupy k řešení problematiky zdraví migrantů, kulturních bariér, jazykových problémů a závislosti, jakož i personál, který by byl schopen s migranty kompetentně pracovat.

Význam pro budoucí vývoj v Evropě

- Řešení vznikajících problémů a doplňování chybějících dat v této oblasti bude vyžadovat provádění analýz potřeb a zřizování příslušných monitorovacích systémů.
- K rozšíření služeb schopných reagovat na potřeby těchto ohrožených skupin lidí může přispět sdílení příkladů dobré praxe a osvědčených programů na národní i mezinárodní úrovni.
- Výzkum by se měl v budoucnu mimo jiné zaměřit na roli, kterou po přesídlení ve vztahu k užívání alkoholu a drog sehrává kulturní sounáležitost mezi zemí původu a hostitelskou zemí.

Rozsah a povaha potenciálních zdravotních problémů žadatelů o azyl

Evropa má dlouhou historii migrace a její obyvatelstvo se vyznačuje rozmanitostí etnik a náboženství. Tato diverzita a rozdílné zkušenosti s migrací v různých generacích znamenají, že spojitost mezi etnicitou a užíváním drog je velmi složitá a různorodá a nelze ji stručně vyjádřit několika větami.

V důsledku násilných konfliktů v několika zemích Blízkého východu a částí Afriky dosahuje nyní míra migrace do Evropy výjimečně vysokých hodnot. V druhé polovině roku 2015 a v první polovině roku 2016 požádalo v Evropské unii o azyl více než 1,4 milionu lidí. Nikdy v minulosti nebyly počty žádostí o azyl tak vysoké. Existují proto obavy z možných dopadů této situace na celou řadu oblastí, včetně problematiky drog. Výsledky předchozích výzkumů zaměřených na migranty lze na současné žadatele o azyl aplikovat jen v omezené míře, a to z důvodu rozdílných kulturních hodnot a zvyklostí a důvodů k migraci. Z předchozích zkušeností lze přesto čerpat jistá poučení, která mohou být k užítku lidem odpovědným za řešení potřeb této skupiny migrantů.

Nadpoloviční většina (53 %) osob, které v roce 2015 požádaly v Evropské unii o azyl, byli mladí dospělí a jednu třetinu tvořily děti. To vede k tzv. paradoxu zdravého migranta: Většina žadatelů o azyl se těší relativně dobrému fyzickému i duševnímu zdraví, pokud jde o chronická onemocnění, ale na druhé straně jsou více postiženi infekčními chorobami, jako je tuberkulóza nebo hepatitida typu A, a vyskytuje se u nich více zranění než u populace hostitelské země. Jakákoli generalizace je problematická, neboť mezi skupinami migrantů různého etnického původu existují velké rozdíly. V souvislosti se současným přílivem migrantů není k dispozici dostatek informací, protože většina dostupných dat o zdravotním stavu a přístupu ke zdravotní péči byla shromážděna před rokem 2014.

Několik faktorů může činit nové migranty náchylnějšími k problémům týkajícím se užívání návykových látek, jiné však mohou působit protektivně (viz tabulku 3.1). Mezi rizikové faktory patří traumatické zážitky, nezaměstnanost a chudoba, ztráta rodiny a sociálního zázemí, jakož i život v prostředí, kde platí méně restriktivní normy. Např. u afrických migrantů v Austrálii se jako významná motivace ke konzumaci alkoholu ukázala snaha bojovat s traumaty, nudou a frustrací.

Autoři některých studií referují o souvislosti mezi silnou kulturní a etnickou identitou a intenzivnějším užíváním návykových látek. Stejně se projevuje délka časového období stráveného po příchodu do hostitelské země v prostředí, které vůči migrantům přistupuje odmítavě. Vyšší riziko užívání drog v nízkém věku bude existovat u dětí rodičů s nižší mírou akulturace a integrace. Náchylnost některých etnických menšin k problémům s užíváním nelegálních látek může zvyšovat jejich nedostatek informací o možnostech léčby či přístupu k ní. Čím déle trvá získání povolení k pobytu, tím větší je i míra využívání psychiatrických a adiktologických služeb, nicméně míra využití těchto služeb stále nedosahuje optimální úrovně.

Některé studie na druhou stranu hovoří o tom, že příslušníci etnických menšin pijí obecně alkohol méně než většinová populace hostitelské země a že u uprchlíků dochází k rozvoji problémů s alkoholem nebo drogami méně často než u jiných skupin obyvatelstva, včetně přistěhovalců bez statusu uprchlíků. Tyto rozdíly mohou souviset s kulturní, náboženskou a etnickou identitou. Silný pocit etnické identity, zakořeněné náboženské hodnoty a silný důraz na rodinné vazby mohou zpočátku od užívání alkoholu odrazovat, ale vztah k alkoholu se může měnit s postupující integrací do společnosti.

Lidé, kteří byli nuceni opustit své původní země, mohou být riziku poruch z užívání návykových látek vystaveni v důsledku svých traumatických zážitků, komorbidních psychických poruch, problémů s akulturací a sociální a ekonomické nerovnosti. Lepší vysvětlení vzorců užívání alkoholu a drog mohou někdy poskytnout spíše vzorce užívání alkoholu a drog v zemi původu než prodělaná traumata. Předchozí zvyklosti může být obtížné po příchodu do Evropy praktikovat z důvodu jiných životních podmínek, nedostupnosti příslušné látky nebo změn v každodenním životě. Jako nejdůležitější faktory pro užívání návykových látek se nicméně jeví fádnost každodenního života a nejistota ohledně statusu uprchlíka.

Definice

Výraz **migrant** může znamenat „jakoukoli osobu, která přechodně nebo trvale žije v zemi, v níž se nenarodila, a vytvořila si k této zemi výraznou sociální vazbu“ (UNESCO).

Na tomto místě se zaměříme hlavně na **žadatele o azyl**. Azyl je právní status přidělený státem osobě, která nemá možnost bezpečně žít ve své vlasti z důvodu obav z pronásledování kvůli rase, náboženství, národnosti, příslušnosti k nějaké sociální skupině nebo politickému přesvědčení. **Uprchlík** je žadatel o azyl, který v zemi získal povolení k pobytu.



Tabulka 3-1: Hlavní rizikové a protektivní faktory z hlediska problémů týkajících se užívání návykových látek s relevancí pro současnou situaci v oblasti migrace

Rizikové faktory	Protektivní faktory
absence rodiny	silné náboženské založení, např. praktikující muslim
původ v kultuře, kde je užívání návykových látek normou (např. opium, kata)	život v rodině se silnými vnitřními vazbami
nuda, nezaměstnanost	osvojení si jazyka nové společnosti, získání zaměstnání a účast na jiných aktivitách
traumatické zážitky	dobrá fyzický i psychický stav
chudoba	
nedostatek informací o možnosti léčby	
pobyt v neutěšených čtvrtích a sociálně deprivovaných lokalitách	

Nuda a nezaměstnanost, v kombinaci s případnou nedagnostikovanou depresivní poruchou, vytváří u žadatele o azyl podmínky pro to, aby pokračoval ve vzorcích užívání drog, jimiž se vyznačoval ve své domovské zemi, a to eventuálně s ještě větší intenzitou. Jedním z příkladů je užívání katy mezi somálskými migranty v Evropě. Zdá se, že jejich problémy s katou po příchodu do Evropy narostly, protože tyto lidé často neměli práci nebo jim nebylo dovoleno pracovat, a měli tak na užívání katy hodně času. Podobný nárůst byl zaznamenán u tradičního užívání opia mezi Íránci migrujícími do Evropy.

Opatření a intervence určené k řešení potřeb nových migrantů

Na základě nedávné studie Evropské agentury pro základní práva (FRA) bylo zjištěno, že v žádném ze 14 členských států, které byly předmětem tohoto výzkumu, nedochází ke sběru dat, z nichž by bylo možné určit, kolik obětí mučení nebo jinak vážně traumatizovaných jedinců vykazuje známky drogové závislosti. Byly však v této souvislosti zaznamenány zprávy některých služeb, které hovoří o narůstajícím počtu migrantů či žadatelů o azyl mezi jejich klienty, kteří mají problémy s drogami. Screening a analýza potřeb zaměřené na migranty a žadatele o azyl musejí zohlednit potenciální problémy v oblasti užívání návykových látek a pracovníci veškerých služeb, ať už se jedná o ubytovací zařízení nebo kontaktní centra, si musejí být vědomi potenciálních problémů. Kromě celé řady standardních posuzovacích nástrojů, které jsou k dispozici, vytvořily Úřad vysokého komisaře pro uprchlíky a Světová zdravotnická organizace posuzovací nástroje určené pro práci s vysídlenými populacemi a mimořádné situace.

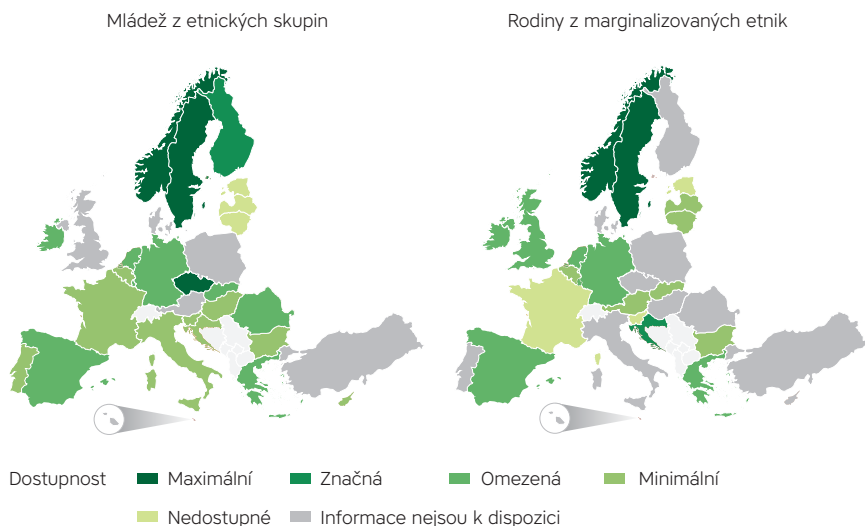
Chybí také data o míře využití zdravotní péče ze strany migrantů v Evropské unii. Jen málo zemí eviduje data o ambulantní péči, jež hraje důležitou roli v oblasti duševního zdraví. Nově přicházející žadatelé o azyl nebo ti, kdo se nejsou schopni prokázat žádnou dokumentací, mají obvykle nárok na zdravotní péči pouze v akutních případech, byť v jednotlivých zemích existují v této oblasti rozdíly. Žadatelé o azyl si navíc nemusejí být vědomi svých práv a překážkou ve vyhledání pomoci může být i strach z možných negativních dopadů na jejich azylové řízení.

Po získání statutu uprchlíka mají migranti ve většině zemí EU nárok na tentýž přístup ke zdravotní péči jako osoby s trvalým pobytem. Výsledky provedených studií však vypovídají o nižší míře využívání zdravotní péče, zejména u psychických problémů. Významnou příčinou tohoto nedostatečného využívání dostupných služeb jsou kulturní přesvědčení a jazykové problémy, které představují komunikační bariéru. Vyšší stupeň akulturace a nižší míra kulturního tradicionalismu se pojí s vyšším využíváním psychologické a psychiatrické péče. Autoři studie realizované nedávno v Nizozemsku dospěli k závěru, že žadatelé o azyl vykazují horší objektivní i subjektivní zdravotní stav než obyvatelstvo s právem trvalého pobytu, přičemž tento rozdíl se dále zvětšuje s věkem.

Protidrogové politiky v zemích EU se jen málokdy zabývají problematikou užívání návykových látek u migrantů. Výjimku představuje zákaz užívání katy zavedený nizozemskou vládou v roce 2013 a podobný zákaz vyhlášený v roce 2014 ve Spojeném království. Evaluace dopadu nizozemského zákazu provedená v roce 2015 ukázala, že míra užívání katy se sice snížila, ale narostlo její problémové užívání. Zákaz vedl k desetinasobnému navýšení ceny, poklesu kvality a nárůstu konzumace alkoholu. Jak před zavedením zákazu, tak po něm, bylo největším problémem narušení rodinných vztahů a nespavost. Po zavedení zákazu uváděli intenzivní uživatelé katy větší finanční problémy.

V akčních plánech realizace protidrogové strategie EU na období 2013–2020 se zdůrazňuje potřeba aktivit v oblasti snižování poptávky ve vztahu k situaci a potřebám etnických menšin, migrantů a žadatelů o azyl. Výsledkem jsou preventivní intervence, které se v řadě zemí začínají rozvíjet. O dostupnosti takových selektivně preventivních intervencí určených minoritním skupinám jsou k dispozici jen kusá data. Z informací, které máme, lze usuzovat, že míra pokrytí se v jednotlivých zemích různí a zejména pro rodiny z marginalizovaných etnických skupin je její dostupnost minimální (Obr. 3.3). Hlavním důvodem pro intervence je zvýšení povědomí o rizikových aspektech a zmírnění sociálního vyloučení a marginalizace skupin migrantů. Součástí intervencí jsou peer programy zaměřené na poskytování informací o užívání drog a rizicích s tím spojených, jakož i o léčebných službách pro uživatele drog a alkoholu. Cílem těchto programů je nejčastěji předcházet užívání návykových látek u mladých lidí. Mnohdy však narážejí na řadu překážek: absenci politik zaměřených na zdraví migrantů, kulturní bariéry, jazykové problémy a nekoncepční chápání problematiky závislosti a nedostatečnou kompetentnost personálu k práci s migranty.

Začínají se objevovat zprávy o určitých nových iniciativách určených speciálně pro uprchlíky a žadatele o azyl. V Belgii např. vznikl v roce 2015 nový menší tým (LaMbda) zabývající se psychosociálními intervencemi, jenž má pomáhat žadatelům o azyl, kteří mají nějaký adiktologický problém, s přístupem k léčbě. Záměrem je zprostředkovat vazbu mezi centry pro přijímání žadatelů o azyl a nízkoprahovými pracovišti nabízejícími specializovanou léčbu. Na Kypru jsou zase nově přicházející migranti vytipováni jako riziková skupina z hlediska léčebných služeb. UNODC ve spolupráci s Manchesterskou univerzitou provádí pilotní ověřování víceúrovňového programu pro vysídlené populace zaměřeného na podporu rodičovství a poskytování péče při zohlednění možných souvisejících traumat, jehož cílem je posílit schopnosti rodičů zajistit ochranu jejich dětí v obtížných situacích, do nichž se mohou dostat. Mezi formy poskytované podpory patří vše od informačních letáků, přes semináře pro rodiče a standardizované programy zaměřené na rodinné dovednosti vycházející z metodiky *Strengthening Families*, až po speciálnější zaměřené programy pro rodiny vystavené traumatickým zážitkům. Aktuálně



Obr. 3.3: Dostupnost selektivně preventivních intervencí pro skupiny etnických menšin v Evropské unii, 2015/16

Pozn.: Uvedené informace vycházejí z mínění odborníků (nebo odborných týmů) v jednotlivých zemích. Vysvětlivky k míře dostupnosti: Maximální, „existuje téměř ve všech relevantních lokalitách“; značná: „existuje ve většině relevantních lokalit (nikoli však téměř ve všech)“; Omezená, „existuje ve více než několika relevantních lokalitách (nikoli však ve většině z nich)“; Minimální, „existuje jen v několika relevantních lokalitách“; Nedostupné, „neexistuje“.

se testuje v několika zemích Blízkého východu, v uprchlických táborech v Turecku a s uprchlíky přecházejícími přes Srbsko.

Budoucí vývoj v Evropě

K doplnění aktuálně chybějících poznatků o rozsahu a povaze problémů s užíváním návykových látek mezi novými migranty v Evropě bude nezbytně nutné vytvořit vhodné posuzovací nástroje, provádět analýzy rizik a zřizovat monitorovací systémy. Tyto aktivity bude dále zapotřebí propojit s rozvojem adekvátních intervencí zaměřených na řešení jakýchkoli nově vznikajících problémů a v případě potřeby s dalším rozšiřováním psychiatrické péče a dalších služeb, aby bylo možné reagovat na potřeby uprchlíků, kteří prodělali nějaké trauma nebo jsou jinak negativně poznamenáni.

Efektivitu nových programů bude nutné zajistit jejich evaluací. Při rozšiřování péče v zájmu naplňování potřeb těchto ohrožených skupin lidí může pomáhat sdílení příkladů dobré praxe a fungujících programů jak v rámci jednotlivých států, tak na mezinárodní úrovni.

Současně je třeba zkoumat, jakou roli z hlediska užívání drog a alkoholu u migrantů sehrává kulturní návaznost mezi zemí jejich původu a hostitelskou zemí. Na základě toho bude možné koncipovat preventivní a podpůrné programy zaměřené na maximální posílení odolnosti těchto lidí, z nichž mnozí si prošli značnými traumaty, útrapami a ztrátou domova a často zažívají sociální vyloučení a znevýhodnění i po příchodu do Evropy.



Migranti, uprchlíci a žadatelé o azyl: význam pro politiku a praxi

Základy

- U skupin migrantů, mezi něž patří i současná vlna žadatelů o azyl, hrozí riziko rozvoje problémů s drogami. Je zapotřebí zvyšovat povědomí o nebezpečí, jemuž jsou tyto lidé v této souvislosti vystaveni, a snižovat míru jejich sociálního vyloučení.
- Příslušné služby musejí u žadatelů o azyl počítat s výskytem zdravotních problémů, včetně problémů s drogami, a být připraveni řešit případné kulturní bariéry a jazykové obtíže.
- Je třeba monitorovat potřeby nových migrantů ve zdravotní oblasti, včetně problémů týkajících se užívání návykových látek.

Příležitosti

- V mnoha zemích vznikají služby reagující na potřeby skupin migrantů. Tyto iniciativy je třeba zmapovat a příklady dobré praxe sdílet.

Rezervy

- Je třeba vytvářet nové preventivní a terapeutické služby reagující na zjištěné specifické potřeby. Tyto služby je pak třeba podrobit evaluaci, jejich výsledky rozšířit stávající důkazní základnu.



Doporučené zdroje

EMCDDA

- Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies, Thematic paper, 2013
- Responding to the needs of new migrants, refugees, and asylum seekers, Paul Lemmens and Hans Dupont, Background paper

Další zdroje

- *European Union Agency for Fundamental Rights. Current migration situation in the EU: Torture, trauma and its possible impact on drug use, 2017*
- *UNHCR and WHO. Rapid assessment of alcohol and other substance use in conflict-affected and displaced populations: a field guide, 2008*
- *UNHCR and WHO. mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies, 2015*

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

3.4 Ohrožené skupiny mladých lidí

SHRNUTÍ

Témata

Mnoho mladých lidí experimentuje s návykovými látkami, ale pouze malá část z nich se na alkoholu nebo drogách stane v období mladé dospělosti závislá. Mezi nejohroženější z hlediska látkové závislosti patří sociální znevýhodněná mládež a mladí lidé, jejich rodiče nebo vrstevníci užívají návykové látky. Riziko zvyšuje také např. špatná kontrola impulzivitu a další individuální faktory, stejně jako užívání návykových látek v raném věku.

Rizikové skupiny mladých lidí, u nichž dojde k rozvoji závislosti, častěji vykazují úzkostné a depresivní poruchy, psychotické symptomy a poruchy, suicidální ideace i pokusy o sebevraždu, krví přenosné infekce a častěji nedokončí školu a nenajdou si zaměstnání. Není vždy zřejmé, do jaké míry tyto problémy navyšují riziko drogových problémů, resp. zda jsou tyto problémy důsledkem problémů s drogami.

Klíčová slova

mladí lidé, prevence, léčba

Možná řešení

- Aktivity v oblasti selektivní a indikované prevence lze využít k časné intervenci, jejímž cílem je předejít tomu, aby ohrožená mládež nezačala s užíváním návykových látek, resp. aby toto užívání nepřešlo do vzorce pravidelného nebo problémového užívání návykových látek.
- Jako užitečná praxe se jeví krátké screeningové dotazníky zaměřené na detekci problémů v oblasti užívání návykových látek vyplňované s dospívajícími v kontextu primární péče.
- Perspektivní způsob podchycování rizikových skupin mladých lidí s přístupem k mobilním telefonům a internetu, kteří jinak málokdy sami vyhledají odbornou zdravotnickou pomoc, představují screening a krátké intervence na bázi eHealth.
- Léčebná péče pro mladé lidi, u nichž došlo k rozvoji vážných drogových problémů, musí spočívat v aplikaci odpovídajících terapeutických přístupů, mezi něž patří např. multidimenzionální rodinná terapie.
- Mladým lidem, kteří si drogy aplikují injekčně, a jsou tak vystaveni vyššímu riziku krví přenosných infekcí, je zapotřebí poskytovat programy výměny jehel a stříkaček během prvních let poté, co s injekčním užíváním začnou. Mladí lidé, kteří injekčně užívají drogy, by rovněž měli být rutinně očkováni proti hepatitidě typu B.
- Vhodný kontext pro aplikaci intervencí určených mladým lidem ohroženým injekčním užíváním drog nabízejí věznice, terénní programy, výměnné programy a zdravotní střediska.

Situace v Evropě

- V Rakousku, Dánsku, Německu, Portugalsku a Španělsku se uplatňují selektivně preventivní intervence určené žákům odborných škol.
- Širší přístup k dané problematice představují irské snahy o zlepšení písemné a početní gramotnosti u znevýhodněných žáků.
- Komunitní intervence zaměřené na rizikové skupiny mladých lidí v Itálii a severní Evropě kombinují kontaktní práci, práci s mládeží a oficiální spolupráci mezi orgány místní samosprávy a nestátními organizacemi.

Zásadní zdravotní a sociální témata a hlavní cíle opatření zaměřených na rizikové skupiny mladých lidí v Evropě

S nelegálními drogami sice experimentuje nebo je příležitostně užívá mnoho mladých lidí, ale jen malá část z nich se stane pravidelnými uživateli nebo si vytvoří závislost na návykových látkách v dospívání nebo rané dospělosti. Závislost na návykových látkách se častěji rozvíjí u mladých lidí, kteří s užíváním začali v raném věku, jejichž rodiče nebo sourozenci užívají návykové látky, kteří pocházejí ze sociálně znevýhodněného prostředí a jejichž vrstevníci užívají návykové látky a dopouštějí se asociálního chování. Se zvýšeným rizikem rozvoje problematičtějšího užívání návykových látek se také pojí některé individuální faktory, mezi něž patří problémy s chováním (např. snížená kontrola impulzivity, porucha pozornosti [s hyperaktivitou] nebo porucha opozičního vzdrdu).

Mladí lidé v Evropě, kteří se vyznačují vysokou náchylností k problémům s drogami, vykazují často více rizikových faktorů najednou. Patří k nim, mimo jiné, nedokončení školy, ústavní výchova, problémy v oblasti duševního zdraví nebo konflikt se zákonem.

U mladých lidí, kteří si vypěstují závislost na návykových látkách, se častěji vyskytují i další problémy, např.:

- úzkostné a depresivní poruchy.
- psychotické symptomy a psychotické poruchy.
- myšlenky na sebevraždu a pokusy o sebevraždu.
- krví přenosné infekce v důsledku sdílení kontaminovaného injekčního náčiní.
- nedokončené vzdělání a absence stálého zaměstnání a
- fatální i nefatální předávkování drogami.

S výjimkou krví přenosných infekcí a předávkování drogami není vždy zřejmý vztah mezi problémy s drogami a situací v uvedených oblastech uživatelova života. Tyto problémy mohou zvyšovat pravděpodobnost vzniku problémů s drogami, ale může to být také tak, že tyto problémy může způsobovat nebo prohlubovat právě přítomnost problému s drogami. A může také platit oboje: tyto problémy mohou zvyšovat pravděpodobnost rozvoje problémů s drogami, které současně prohlubují problémy v jiných oblastech.

Evidentním způsobem předcházení problémů s drogami u rizikových skupin mladých lidí, který se automaticky nabízí, je zabránit jim v tom, aby s užíváním návykových látek

vůbec začínali. O dosažení tohoto cíle mohou usilovat rodinné intervence realizované v raných fázích života.

Hůře se toho však již dosahuje u značně rizikových mladých lidí vyššího věku, kteří žijí v sociálním prostředí, jež vytváří podmínky pro užívání návykových látek v raném věku, a mají k návykovým látkám přístup už jako malí. Cílem většiny preventivních opatření v těchto případech je intervenovat dostatečně brzy, aby u mladých lidí nedošlo k progresi směrem k pravidelnému a problémovému užívání drog. Opodstatněné je zde rovněž uplatňování intervencí v oblasti minimalizace rizik, jejichž cílem je snižování negativních dopadů užívání drog na mladé lidi, kteří užívají rizikovým způsobem, např. injekčně.

Opatření a intervence zaměřené na řešení potřeb ohrožených skupin mladých lidí

Selektivní a indikovaná prevence

O některých všeobecně preventivních intervencích, jež mohou být přínosem i pro ohrožené skupiny, pojednává část 4.4 věnovaná opatřením uplatňovaným ve školním prostředí, zatímco mnohé z opatření zmíněných v kapitole 2, zejména ty zaměřené na problémy s užíváním konopí (viz část 2.1), budou využívány z velké části právě ohroženými skupinami mladých lidí, protože u nich hrozí největší riziko problémů souvisejících s užíváním konopí. Na tomto místě je pozornost věnována hlavně programům selektivní a indikované prevence.

V rámci typických rodinných preventivních programů se rodiče učí poskytovat svým dětem takovou podporu, aby si úměrně svému věku osvojily určité kompetence či strategie (včetně kontroly impulzivity, sociálních dovedností a schopnosti odolávat pokušení), jež se pojí s nižším rizikem užívání návykových látek a jiných projevů problémového chování. Rodinné selektivně preventivní programy jsou určeny marginalizovaným a ohroženým rodinám, mimo jiné těm, které se potýkají s problémem užívání návykových látek na straně rodičů.

O náplni mnohých těchto rodinných intervencí realizovaných v Evropě je k dispozici relativně málo informací. Jednou z výjimek je program *Strengthening Families*, zaměřený na rozvíjení rodičovských dovedností, který je aktuálně implementován ve 13 evropských státech. Záměrem tohoto mezinárodně doporučeného programu je rovněž odstraňovat překážky k účasti pro různě znevýhodněné rodiče tím, že je jim zajišťována doprava a hlídání dětí.

Cílem indikovaných intervencí určených mladým lidem, kteří užívají drogy nebo kteří vykazují přítomnost výše popsaných individuálních rizikových faktorů, je snižovat míru jejich užívání a minimalizovat rizikové vzorce užívání drog a újmu, která se s tímto užíváním pojí. Pomocí orientačních screeningových dotazníků aplikovaných v rámci primární péče je sice možné u dospívajících odhalit problémy s užíváním nelegálních návykových látek, ale na základě dostupných poznatků není možné jednoznačně rozhodnout, zda krátké intervence v tomto kontextu snižují míru užívání drog a souvisejících negativních dopadů u mladých lidí.

Pozitivní výsledky prokázala evaluace kanadského školního programu indikované prevence (*Preventure*) zaměřeného na dospívající konzumenty alkoholu se sklonem

k vyhledávání vzrušujících zážitků (sensation-seeking), jenž se v adaptované podobě používá také v České republice, Nizozemsku a Spojeném království. Výzkumem ověřené indikované školní programy určené pro mladší děti existují ve Španělsku (*Empecemos*) a Německu (*Trampolin*) (viz EDDRA na webových stránkách EMCDDA).

Obecně lze říci, že tzv. „go“ přístupy (kontaktování příslušníků cílové skupiny doma nebo na ulici) jsou z hlediska podchycení ohrožené mládeže většinou úspěšnější než „come“ přístupy (kdy se očekává, že mladí lidé se na příslušné služby obrátí sami).

Perspektivní způsob navazování kontaktu s ohroženými skupinami mladých lidí představují screening a krátké intervence na bázi elektronického zdravotnictví (eHealth), tj. prostřednictvím počítačů a mobilních telefonů. Toto pojetí může být atraktivní zejména pro mladé lidi, kteří mají běžně přístup k mobilnímu telefonu a internetu a jsou zběhlí v užívání moderních komunikačních technologií. Intervence prostřednictvím těchto technologií představují možný způsob rozšíření záběru časných intervencí u neohroženějších skupin mladých lidí, kteří by se jinak zřejmě jen těžko sami obrátili na standardní poskytovatele zdravotních služeb (viz Zaměřeno na intervence typu eHealth, strana 162).

Intervence v oblasti minimalizace rizik

Mladí lidé, kteří si drogy aplikují injekčně, jsou vystaveni vysokému riziku, že se během prvních let injekčního užívání nakazí nějakým krví přenosným virem.

U mladých dospělých se daří snižovat rizikové chování související s injekčním užíváním drog, včetně možnosti přenosu viru HIV, pomocí programů výměny jehel a stříkaček, avšak jejich dopad na mladé lidi není v tomto ohledu ještě dostatečně prozkoumán. Mladí lidé užívající injekčně drogy by měli být očkovaní proti hepatitidě typu B; tato vakcinace je účinná a bezpečná. Vhodný kontext pro podchycení mladých lidí ohrožených injekčním užíváním drog a aplikaci vhodných intervencí nabízejí věznice, terénní programy, výměnné programy a zdravotní střediska. V některých případech však poskytovatelům příslušné péče není dovoleno pracovat s jedinci mladšími 18 let.

Léčba

Při řešení problémů s užíváním návykových látek u mladých lidí může sehrávat důležitou roli rodina. Multidimenzionální rodinná terapie – proces, jehož součástí je mladý člověk, jeho rodina a sociální prostředí – představuje holistický přístup, jenž může vést během terapie ke slibným výsledkům, které lze udržet i po skončení léčby. Z výsledků systematického přehledu pěti větších studií, které proběhly ve Spojených státech a v Evropské unii, vyplývá možnost pozitivních výsledků, ale je důležité zajistit udržení původní metodiky těchto programů a aktivní účast rodin, což není vždy jednoduché. Před doporučením širokého využívání této terapie je také třeba zohlednit její relativně vysokou finanční náročnost.

Mladí lidé se často léčí kvůli problémům s užíváním konopí. O tomto typu služeb bylo pojednáno v části 2.1. Mladí lidé spadající do kategorie ohrožených, kteří mají problémy s užíváním jiných drog, mohou mít ztížený přístup k léčbě anebo, v případě existence služeb určených speciálně pro osoby mladší 18 let, pro ně může být obtížné přejít do systému péče určené dospělým.

Přehled důkazů o ... intervenčních opatřeních pro ohrožené skupiny mladých lidí



Množství osobnostních rysů, které zvyšují náchylnost k rizikovému chování lze podchytit a částečně neutralizovat již v raném věku, např. pomocí programů zaměřených na lepší kontrolu impulzivitu a sebeovládání.



Jako slibný přístup v rámci indikované prevence, který je však ještě třeba podrobit evaluaci, se jeví screening a krátká intervence. Podle dosavadních zkušeností skýtá také významný potenciál zajišťování screeningů a krátkých intervencí prostřednictvím elektronických zařízení, tj. počítače nebo mobilního telefonu, byť efektivitu tohoto přístupu je ještě nutné ověřit výzkumem.



Výzkumem ověřené formy práce s ohroženou mládeží spočívají v zajišťování podpory zaměřené obecně na dobré studijní výsledky (zejména u chlapců), v rozvíjení individuálních a sociálních kompetencí a ve vedení rodin k lepší kontrole a dohledu nad svými dětmi. Při práci s ohroženou mládeží lze úspěšně využít také mentoringové programy.



Výzkumem ověřené formy práce s dětmi nižšího věku („sociálně-právní ochrana dítěte“) zahrnují mimo jiné programy domácích návštěv určené pro ohrožené a sociálně vyloučené rodiny.

Výměnné programy, očkování proti virové hepatitidě typu B a opioidová substituční léčba jsou efektivními opatřeními ve vztahu ke starším injekčním uživatelům drog a budou pravděpodobně fungovat i v případě jedinců mladších 18 let, ale to ještě bude třeba prokázat.

Zaměřeno na ... intervence typu eHealth

Co je to eHealth a mHealth?

Jako *eHealth* se označují různé způsoby využívání digitálních technologií při zlepšování péče o zdraví:

- poskytování informací a rad určených k minimalizaci rizik při užívání drog (např. bezpečnější způsoby aplikace), kombinované případně s personalizovanou zpětnou vazbou od odborníků nebo s napojením na specializované adiktologické služby,
- léčba pacientů s adiktologickými poruchami prostřednictvím intervencí typu eHealth,
- vzdělávání poskytovatelů odborné péče o terapeutických technikách prostřednictvím e-learningových modulů a
- digitální denní záznamníky sloužící k monitorování užívání návykových látek u osob léčených na adiktologické poruchy.

mHealth je forma *eHealth* spočívající v poskytování elektronických zdravotnických intervencí prostřednictvím mobilních telefonů a podobných zařízení. Provádění screeningu a krátkých intervencí prostřednictvím aplikací *eHealth* a *mHealth* je nadějnou inovací z hlediska problémů s užíváním návykových látek u ohrožených skupin mladých lidí v Evropě.

Vývoj těchto aplikací v Evropě

V rámci projektu financovaného EU vzniklo partnerství *Click for Support*, jehož cílem bylo mimo jiné zpracovat metodiku pro vývoj intervencí na bázi *eHealth*. Počet aplikací roste. Zde je několik příkladů:

- *Quit the Shit* (QTS) je německý internetový odvykací program pro uživatele konopí koncipovaný pro dospívající ve věku 15–17 let, kteří chtějí omezit své užívání konopí nebo s ním úplně přestat. Uživatelé si pomocí interaktivního deníku mohou hlídat míru užívání drogy a tým poradců jim současně dává tipy a poskytuje personalizovanou zpětnou vazbu, čímž uživatelům pomáhá dosahovat svých osobních cílů.
- Nizozemské terapeutické centrum pro uživatele drog *Jellinek* vytvořilo „namíchaný“ program s názvem *MijnJellinek* (Můj Jellinek) určený lidem, kteří splňují diagnostická kritéria nějaké poruchy z užívání návykových látek. Program je kombinací intervencí typu *eHealth* a osobního kontaktu s terapeutem.
- *Overdose Risk Information Tool* (ORION) je nástroj k podpoře rozhodování na bázi *eHealth* určený jedincům, u nichž existuje vysoké riziko předávkování drogami. Na základě odpovědi na určitý počet otázek je tento nástroj schopen vygenerovat číselnou hodnotu odpovídající odhadovanému stupni rizika předávkování, od 0 (nejnižší) do 100 (nejvyšší), a vizuálně atraktivním způsobem tuto hodnotu sdělit s cílem podnítit případnou diskusi o kontrole rizika předávkování mezi uživateli návykových látek a jejich lékaři.

Budoucí vývoj v Evropě

Je třeba zkoumat efektivitu těchto intervencí, a to zejména ve vztahu k těžko dostupným cílovým populacím, mezi něž patří ohrožená mládež.

Je důležité, aby elektronické nástroje zůstaly na internetu i po jejich pilotním provozu v rámci výzkumných projektů, pro jejichž účely vznikly. Náklady na jejich provoz představují zlomek nákladů na výzkumnou a vývojovou fázi, takže zachování jejich funkčnosti po skončení projektů se nutně jeví jako nákladově velmi efektivní řešení.

Technologický pokrok rovněž otevírá možnosti průběžného sběru dat a zpětné vazby v reálném čase prostřednictvím chytrých telefonů, sociálních médií, senzorů i dat poskytnutých samotnými uživateli. Důležitými tématy v této souvislosti je kontrola kvality a zabezpečení dat. Nedostatečná ochrana důvěrných dat by koncovým uživatelům mohla způsobit újmu. Evropská politika v oblasti zabezpečení dat i zásady dobré praxe při jejím uplatňování musejí být při realizaci elektronických intervencí pro uživatele návykových látek adekvátně zohledněny.

Viz podkladový materiál E-health and m-health: using new technologies to respond to drug problems [eHealth a mHealth: využívání nových technologií při řešení problémů s drogami]

Je třeba určit modely dobré praxe a rozšířit důkazní základnu týkající se poskytování péče pro děti a dospívající s drogovými problémy.

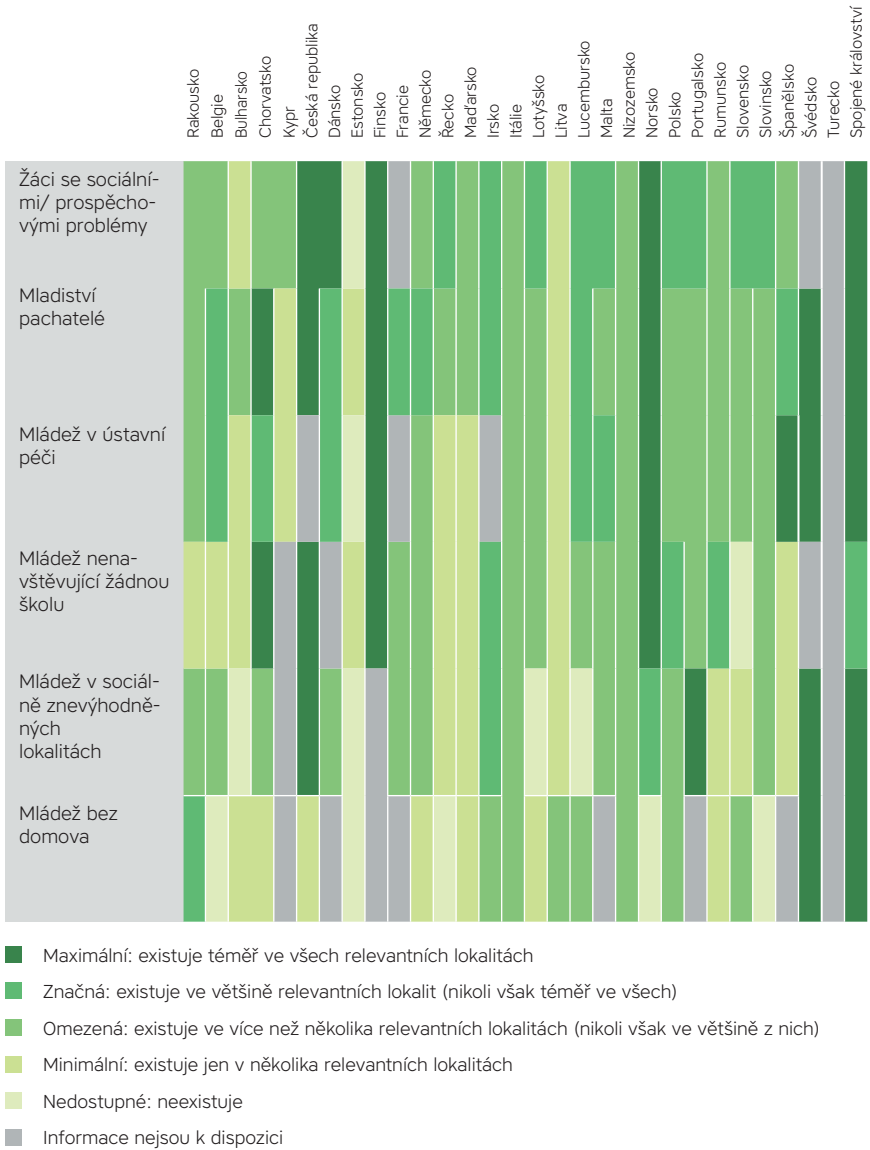
Evropské aktivity týkající se intervencí zaměřených na ohrožené skupiny mladých lidí

V Rakousku, Dánsku, Německu, Portugalsku a Španělsku se uplatňují selektivně preventivní intervence určené žákům odborných škol, kteří představují skupinu mladých lidí, u nichž se podle dostupných informací předpokládá vyšší riziko vzniku problémů s drogami. Širší přístup ve vztahu k ohrožené mládeži představují irské snahy o zlepšení písemné a početní gramotnosti u znevýhodněných žáků.

Aktivity v oblasti selektivní prevence zaměřené na ohrožené skupiny jsou v evropských zemích realizovány prostřednictvím intervencí, které cílí jak na individuální chování, tak sociální kontext. Na místní úrovni mohou tyto přístupy spočívat v působení různých služeb a zainteresovaných subjektů (např. sociální pracovníci, rodina, vrstevníci nebo policie). Tato praxe je běžná ve skandinávských zemích a Irsku, jakož i v některých částech Itálie a Španělska.

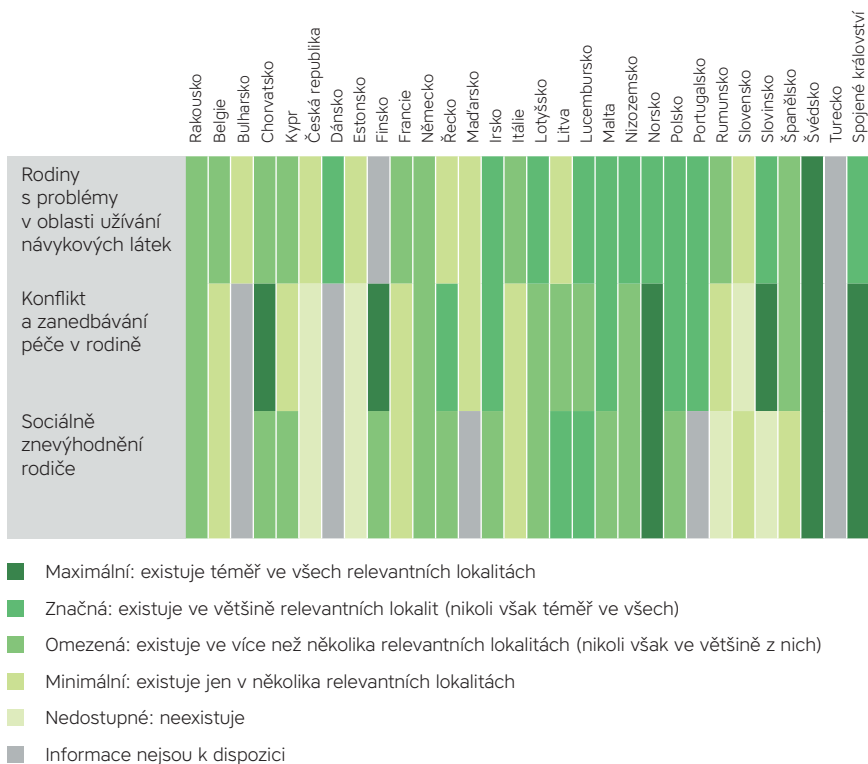
Nejběžnější jsou podle dostupných informací přístupy zaměřené na rodiny s problémy v oblasti užívání návykových látek, poskytování intervencí pro žáky se sociálními a prospěchovými problémy a intervence pro mladistvé pachatele (Obr. 3.4 a 3.5). O faktické náplni těchto preventivních strategií toho není příliš známo a jejich evaluace probíhá jen v omezené míře. Z názorů expertů však vyplývá, že nejčastěji užívané selektivně preventivní techniky spočívají v poskytování informací. Za zmínku stojí program FreD zaměřený na mladistvé pachatele. Jedná se o soubor standardizovaných intervencí realizovaných v 15 členských státech EU. Evaluace této metodiky prokázaly její efekt na pokles míry opakovaného páčání trestné činnosti.

Preventivní intervence určené ohroženým rodinám sice existují ve většině zemí, ale z hodnocení expertů z roku 2013 vyplývá, že pokrytí, které nabízejí, je často nedostačující. Rodinné intervence pro rodiny s problémy v oblasti užívání návykových látek jsou dostupné ve většině evropských zemí, ale méně časté jsou intervence zaměřující se speciálně na rodiny z marginalizovaných etnických menšin nebo na rodiny, v nichž se vyskytují problémy týkající se duševního zdraví nebo páčání trestné činnosti.



Obr. 3.4 Dostupnost selektivně preventivních intervencí pro různé skupiny ohrožených mladých lidí v Evropě, 2015–2016

Pozn.: Uvedené informace vycházejí z mínění odborníků (nebo odborných týmů) v jednotlivých zemích.



Obr. 3.5 Dostupnost rodinných selektivně preventivních intervencí určených ohroženým skupinám mladých lidí v Evropě, 2015–2016

Pozn.: Uvedené informace vycházejí z mínění odborníků (nebo odborných týmů) v jednotlivých zemích.



Řešení potřeb ohrožené mládeže: význam pro politiku a praxi

Základy

- Hlavní skupiny ohrožené mládeže v Evropě tvoří mladiství pachatelé, mladí lidé nenavštěvující žádnou školu nebo ti, u nichž hrozí riziko předčasného ukončení školní docházky, mládež s prospěchovými a sociálními problémy, mládež bez domova, mládež v ústavní péči, mládež z marginalizovaných etnických skupin a z rizikových rodin.
- Uplatňovat vědecky fundované intervence v oblasti selektivní a indikované prevence zaměřené na problematiku užívání návykových látek u ohrožených skupin mladých lidí a nesoustředit se jen na osvětově a informačně orientované přístupy. Tzv. „go“ přístupy (kontaktování cílové skupiny doma nebo na ulici) jsou vhodnější než „come“ přístupy (kdy se očekává, že lidé se na příslušné služby obrátí sami).
- Pro menší skupinu mladých lidí se závažnými problémy je třeba zajistit adekvátní léčbu a služby v oblasti minimalizace rizik.

Příležitosti

- Indikované programy zaměřené na behaviorální a osobnostní rizikové prvky neurobiologického původu jsou v Evropě spíše vzácností, ale ve studiích severoamerické provenience vykazují značnou velikost účinku. Rozšíření těchto intervencí v Evropě skýtá značný potenciál.

Rezervy

- Je třeba posílit důkazní základnu ve vztahu k efektivitě léčby a služeb v oblasti minimalizace rizik u osob mladších 18 let, které mají vážné problémy s drogami, a zmapovat a sdílet modely dobré praxe.
- Je třeba lépe popsat dostupnost a úroveň zajištění adiktologických služeb pro mladé lidi, kteří mají problémy s drogami, a na základě toho stanovit oblasti, kde je nutné intenzitu a objem péče navýšit.



Doporučené zdroje

EMCDDA

- *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention, Thematic paper, 2010*
- *Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review, EMCDDA Paper, 2014*
- *Prevention of addictive behaviours, Insights, 2015*
- *Treatment of cannabis-related disorders in Europe. Insights, 2015*
- *Drugs and vulnerable groups of young people, Selected issues, 2008*
- příklady evaluované aplikační praxe: EDDRA
- E-health and m-health: using new technologies to respond to drug problems, Background paper, Matthijs Blankers and Ajla Mujcic

Další zdroje

- *INCB. International standards on drug use prevention*

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

3.5 Dospělí příbuzní osob majících problémy s drogami

SHRNUTÍ

Témata

Existuje mnoho způsobů, jimiž mohou být rodinní příslušníci uživatelů drog poznamenáni tím, že někdo z rodiny užívá drogy, a současně mnoho způsobů, jak oni sami mohou toto užívání drog ovlivnit, přičemž tento vliv může mít pozitivní i negativní podobu. V této části se zabýváme problémy, se kterými se setkávají dospělí rodinní příslušníci osob majících problémy s drogami, a potenciální úlohou rodin při podpoře úspěšné léčby.

Rodiny uživatelů drog se mohou potýkat s mnoha negativními dopady takové situace, ať už jsou to obavy a psychická zátěž vedoucí k somatickým nebo duševním potížím, následky domácího násilí, výhrůžky a násilí související s dluhy za drogy a zapojením rodinného příslušníka užívajícího drogy do fungování černého trhu, finanční zátěž spočívající v přímé či nepřímé podpoře uživatele drog, dopad na pracovní výkon v důsledku stresu či starostí spojených s péčí o danou osobu, zátěž pro vztahy v rodině nebo ztráta společenských kontaktů a izolace.

Členové rodiny mohou sehrávat pozitivní roli tím, že rodinnému příslušníkovi užívajícímu drogy poskytnou podporu a přimějí ho, aby se začal léčit.

Klíčová slova

rodiny, pečovatelé

Možná řešení

- Služby zaměřené speciálně na pomoc rodinám a poskytující asistenci a podporu členům rodiny jako takovým.
- Podpora pečovatelům z řad širší rodiny (rodinní příslušníci, kteří za příbuzného užívajícího drogy přeberou jeho rodičovské povinnosti).
- Zajištění odpovídající lékařské péče v rámci systému primární péče, včetně aplikace výzkumem ověřených intervencí, jakou je např. program na bázi pěti kroků.
- Správné posouzení vztahů v rodině v momentě, kdy uživatel drog nastupuje do programu adiktologické léčby, a poskytnutí podpory členům rodiny v zájmu posílení jejich podílu na úspěšném výsledku.
- Podle situace aplikovat intenzivnější a specializovanější intervence, jako jsou intenzivní rodinná terapie, behaviorální párová terapie, multidimenzionální rodinná terapie a přístupy zaměřené na budování sociálních vazeb.
- Psychologická podpora v prožívaném zármutku nad ztrátou blízké osoby

Situace v Evropě

- V Evropě neexistují vzájemně porovnatelné informace o dostupnosti programů určených k poskytování podpory dospělým rodinným příslušníkům osob, které mají problémy s drogami, ani o poskytování rodinné terapie.
- V řadě zemí se uvádí existence rodinné podpory na bázi peer programů a působení organizací prosazujících zájmy této cílové skupiny.

Hlavní zdravotní a sociální témata z hlediska dospělých rodinných příslušníků uživatelů drog v Evropě

Existuje celá řada způsobů, jimiž mohou být rodinní příslušníci uživatelů drog poznamenáni tím, že někdo z rodiny užívá drogy, a současně řada způsobů, kterými mohou oni sami užívání drog u svých blízkých ovlivnit. Podobně mohou být poznamenáni a současně být zdrojem podpory nejbližší přátelé, kteří v takovém případě budou potřebovat tutéž péči jako členové rodiny. Tento vliv může mít pozitivní i negativní aspekty. K těm hlavním patří následující:

- újma způsobená dospělým rodinným příslušníkům tím, že někdo z rodiny užívá problémovým způsobem drogy, může mít zdravotní, ekonomické i sociální projevy;
- poměry v rodině, např. její socioekonomická situace, užívání drog u rodičů, sourozenců nebo partnera, může zvyšovat riziko vzniku problémů s drogami u jiného rodinného příslušníka, případně jejich další nepříznivý vývoj v případě, že nastanou;
- podpora ze strany rodiny může daného člověka přivést k léčbě a pomoci při jejím úspěšném absolvování;
- děti osob majících problém s drogami jsou vystaveny vyššímu riziku různých forem újmy.

V této části se zaměřujeme na první z těchto čtyř bodů a na potenciální roli rodin v poskytování podpory při vyhledání odborné pomoci. Je tomu tak z praktických důvodů a neznamena to, že by ostatní aspekty byly méně důležité. O vlivu rodinných okolností z hlediska náchylnosti mladých lidí k problémům s návykovými látkami již byla zmínka v části 3.4 věnované ohroženým skupinám mládeže. Velmi složité a komplikované oblasti minimalizace negativních dopadů na děti osob s drogovými problémy jsme se také dotkli v souvislosti s otázkou zajišťování služeb pro matky, které mají problémy s drogami, o níž byla řeč v části 3.2.

Dospělí rodinní příslušníci někoho, kdo má problémy s drogami, se mohou potýkat s mnoha negativními dopady takové situace, mezi něž patří:

- obavy a psychická zátěž vedoucí k somatickým nebo duševním potížím,
- následky domácího násilí,
- výhrůžky a násilí související s dluhy za drogy a zapojením rodinného příslušníka užívajícího drogy do fungování černého trhu,
- finanční zátěž spočívající ať už s přímou nebo nepřímou finanční podporou uživatele drog, jejíž součástí může být zajištění péče o děti postiženého člena rodiny ze strany někoho z příbuzných,

- potenciální dopad na pracovní výkon jako důsledek stresu či dalších starostí nad rámec běžné péče o danou osobu,
- zátěž pro vztahy v rodině a ztráta společenských kontaktů a narůstající izolace zažívaná v důsledku stigma pojičho se s členem rodiny, který užívá drogy.

Konkrétní dopad užívání drog u nějakého člena rodiny bude u každého člověka jiný a bude záviset na jeho vlastní situaci a vztahu k uživateli drog. Např. rodiče problémových uživatelů drog se mohou dostat do situace, kdy musejí dočasně nebo natrvalo zajistit výchovu svých vnuků. Sourozenci problémových uživatelů drog budou poznamenáni jejich chaotickým chováním. Mohou se rovněž cítit opomíjeni svými rodiči, jejichž pozornost se upíná k bratrovi nebo sestře, kteří užívají drogy. Životní partneři lidí s drogovými problémy musejí často převzít výhradní odpovědnost za všechny aspekty života rodiny a vedle obav ohledně jejich manžela nebo manželky mohou mít výčitky a obavy ohledně dopadu celé situace na jejich děti. Někdy se rodinám jeví nezbytné přerušit styky s uživatelem drog, což se rovněž neobejde bez problémů a má silný psychologický dopad. Ať už rodina zůstane pohromadě či ne, narušení vztahů je často dalekosáhlé.

Vedle podpory v každodenním životě mohou být rovněž rodiny důležitým zdrojem motivace a finanční pomoci, díky níž se příbuzného může podařit přivést do nějakého programu adiktologické léčby. Výzkumy ukazují, že prospěšné může být i zapojení rodin do této léčby. V některých případech jsou rodiny zdrojem podpory a povzbuzení, díky nimž jsou lidé schopni podstoupit detoxifikaci a dosáhnout úzdravy mimo formální sektor léčebné péče.

Dostupná intervenční opatření

K zajištění podpory pro rodiny jsou mimo jiné třeba následující typy služeb a intervencí:

- Služby zaměřené speciálně na pomoc rodinám a poskytující asistenci a podporu členům rodiny jako takovým; např. svépomocné skupiny a různé specializované podpůrné skupiny a služby. Tyto typy pomoci mohou být velkým přínosem z hlediska snižování sociální izolace.
- Podpora pečovateliim z řad širší rodiny, např. prarodičům starajícím se o děti svého potomka, který užívá drogy.
- Lékaři zajišťující primární péči musejí být schopni rozpoznat zdravotní potřeby osob poznamenaných užíváním drog u někoho z členů jejich rodiny a tyto potřeby řešit. Existují programy, jež reagují na potřebu podpory dospělých rodinných příslušníků tím, že jim mimo jiné pomáhají osvojit si strategie potřebné k zvládnání zátěžových situací v různých kontextech. Příkladem je program „pěti kroků“, který se již může opřít o určitou důkazní základnu.
- Správné posouzení vztahů v rodině v momentě, kdy uživatel drog nastupuje do programu adiktologické léčby, následované podle potřeby poskytnutím podpory a stanovením přínosu, jaký členové rodiny pro uživatele drog v rámci programu léčby mohou mít. Tento proces standardně zahrnuje poskytnutí informací a poučení o problematice zneužívání drog, identifikaci zdrojů stresu, vysvětlení problematiky relapsu a rozvíjení copingových dovedností.

Léčebné služby sice musejí zachovávat mlčenlivost o informacích týkajících se pacienta, ale příslušné postupy lze nastavit takovým způsobem, aby v odůvodněných případech umožňovaly podporu ze strany rodinných příslušníků.

- Uněkterých lidí bude existovat potřeba intenzivnějších a specializovanějších forem podpory poskytované prostřednictvím intervencí, jako jsou intenzivní rodinná terapie, behaviorální párová terapie, multidimenzionální rodinná terapie, metoda CRAFT (*Community Reinforcement and Family Training*) nebo přístupy zaměřené na budování sociálních vazeb.
- Psychologická podpora v prožívaném zármutku nad ztrátou blízké osoby.

Evropské aktivity zaměřené na podporu rodin zasažených drogovými problémy

V Evropě neexistují vzájemně porovnatelné informace o dostupnosti programů určených k poskytování podpory dospělým rodinným příslušníkům osob, které mají problémy s drogami.

Irská „peer“ organizace *National Family Support Network* poskytuje podporu svépomocným společenstvím po celé zemi a zasazuje se za zlepšení situace na koncepční i praktické úrovni. Problému zadluženosti a zastrahování v souvislosti s drogami se věnuje i irská národní protidrogová strategie a existuje zde program pro osoby vystavené zastrahování v souvislosti s drogami, který zřídila policie ve spolupráci s organizací *National Family Support Network*.

Podobné organizace s celostátní působností fungující na vrstevnické bázi, jejichž cílem je podpora rodin a hájení zájmů této cílové skupiny, existují i v dalších evropských zemích. Za všechny uvedme britský *Adfam* a *Scottish Families Affected by Alcohol and Drugs*. Důležitou součástí práce těchto organizací je často psychologická podpora v prožívaném zármutku nad ztrátou blízké osoby, s čímž souvisí i jejich případné zapojení do kampaní propagujících programy distribuce naloxonu.



Rodiny osob majících problémy s drogami: význam pro politiku a praxi

Základy

- Dospělí rodinní příslušníci uživatelů drog se mohou potýkat s mnoha negativními dopady takové situace a potřebují, aby jim někdo pomohl s jejich řešením. Mezi služby, které mohou nabídnout takovou podporu, patří systém primární zdravotní péče, jež může pomoci s prožívanou úzkostí a stresem, svépomocné skupiny, psychologická péče při ztrátě blízké osoby a podpora pečovatelům z řad příslušníků širší rodiny.
- Potřeby rodinných příslušníků a jejich potenciální podíl na efektivnosti adiktologické léčby by měly být zohledněny v příslušné protidrogové politice a v metodických pokynech pro praxi.

Příležitosti

- Zapojení dospělých členů rodiny, v níž má někdo problém s drogami, do koncipování politiky a praxe, jakož i do zajišťování svépomocné podpory může přispět nejen ke kvalitnější péči obecně, ale může více pomoci i rodinným příslušníkům jako takovým.

Rezervy

- V současné době není k dispozici dostatek informací o rozsahu a povaze poskytování intervencí určených této cílové skupině. Z toho důvodu je třeba zlepšit výzkum a monitoring ve vztahu k této oblasti.



Doporučené zdroje

EMCDDA

- *Pregnancy, childcare and the family: key issues for Europe's response to drugs, Selected issue, 2012*

Další zdroje

- *UK Drug Policy Commission. The forgotten carers: support for adult family members affected by a relative's drug problems, 2012*
- *UK Drug Policy Commission. Adult family members and carers of dependent drug users: prevalence, social cost, resource savings and treatment responses, 2009*

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.



Kapitola 4

Intervenční opatření v jednotlivých kontextech

Dalším důležitým faktorem, který může mít vliv na užívání drog a na problémy, které s ním mohou souviset, je prostředí či kontext, v němž k užívání dochází. Od tohoto prostředí se také budou odvíjet nevhodnější možná intervenční opatření. Právě toto hledisko je tématem aktuální kapitoly.

Pozornost je věnována těmto kontextům:

- vězeňství a systém trestní justice,
- noční život, festivaly a další prostředí zábavy,
- pracoviště,
- školy a školská zařízení a
- místní komunity.

Každé z těchto velmi odlišných prostředí se vyznačuje specifickými charakteristikami, které jsou z hlediska opatření zaměřených na problémy v oblasti užívání návykových látek důležité. Množství informací, které jsou o těchto prostředích k dispozici, se různí, neboť EMCDDA nemá ve vztahu k většině těchto oblastí zavedeny žádné standardizované systémy sběru dat.

V mnoha případech neexistuje dostatek informací o efektivitě intervencí v oblasti prevence, léčby a minimalizace rizik realizovaných v těchto konkrétních kontextech. Doporučení poskytovaná v těchto případech často vycházejí z názorového konsenzu odborníků ohledně aktuálních příkladů dobré praxe a občas také z předpokladu, že výzkumem ověřené intervence, které fungují v jiných kontextech, mohou být po adekvátní transpozici efektivní i v prostředích, o kterých je zde řeč. Takové předpoklady je však třeba ověřovat a jak již bylo řečeno mnohokrát předtím, rozšiřování důkazní základny, z nichž mohou čerpat aktivity realizované v těchto kontextech, se jen těžko obejde bez zkvalitňování evaluačních studií a monitoringu.

4.1 Vězeňství a systém trestní justice

SHRNUTÍ

Témata

Lidé, kteří páchají trestnou činnost a dostávají se do kontaktu se systémem trestní justice, vykazují vyšší míru užívání drog, včetně injekčního způsobu jejich aplikace, než obecná populace. Lidé v konfliktu se zákonem, jež mají problémy s drogami, se často trestné činnosti dopouštějí opakovaně a tvoří významný podíl odsouzených ve výkonu trestu. Dodržování mezinárodních protidrogových úmluv ještě neznamená, že by lidé museli být za užívání kontrolovaných látek zavíráni do vězení. Nicméně značný počet pachatelů, kteří mají problémy s drogami, jsou odsuzováni k nepodmíněným trestům za delikty spočívající v užívání nebo přechovávání nelegálních substancí. Mnoho dalších končí ve vězení za drogové delikty či zločiny, např. za krádež motivovanou ziskem peněz na drogy. Při nástupu do výkonu trestu je zapotřebí tyto jedince komplexně vyšetřit a identifikovat jejich potřeby z hlediska zdravotní péče.

Vzhledem k tomu, že u této skupiny trvá trest odnětí svobody v průměru několik měsíců, představují její příslušníci dynamickou populaci s pravidelným kontaktem s životem na svobodě, což má své dopady na veřejné zdraví. Užívání drog, ke kterému dochází ve věznicích, rovněž představuje veřejnozdravotní a bezpečnostní riziko pro odsouzené i pracovníky vězeňské služby. V některých zemích se v tomto ohledu stává důvodem k obavám užívání syntetických kanabinoidů.

Klíčová slova

věznice, alternativní tresty, léčba, minimalizace rizik

Možná řešení

Alternativní tresty: Vhodnou alternativou k trestu odnětí svobody může být u drogově závislého pachatele nastoupení léčby. K dispozici jsou fakta, která prokazují efektivitu některých, byť ne všech těchto přístupů při snižování míry užívání drog a recidivismu. Jednotlivé intervenční modely je třeba dále a kvalitněji evaluovat.

Intervenční opatření ve věznicích: Dvěma důležitými principy zdravotních intervencí ve věznicích je rovnocennost ve srovnání s péčí poskytovanou na svobodě a návaznost péče poskytované na svobodě a ve vězení při nástupu výkonu trestu i po propuštění. Z toho vyplývá, že v rámci výkonu trestu musejí být zajišťovány všechny adekvátní služby v oblasti prevence, minimalizace rizik a léčby a zvýšenou pozornost je třeba věnovat zajišťování péče v době kolem nástupu do výkonu trestu a jeho ukončení.

Situace v Evropě

- Opioidovou substituční terapii ve vězeních uvádí 28 z 30 zemí monitorovaných EMCDDA (28 členských států EU, Norsko a Turecko).
- Ve většině zemí je ve věznicích k dispozici detoxifikace, individuální a skupinové poradenství a terapeutické komunity nebo speciální lůžková oddělení.
- Ve většině zemí je ve věznicích k dispozici testování na infekční onemocnění, ale léčba hepatitidy typu C se nabízí jen zřídka. Očkování proti hepatitidě typu B hlásí 16 států.
- Programy výměny jehel a stříkaček ve věznicích uvádějí čtyři země.
- V mnoha evropských zemích funguje spolupráce mezi zdravotnickými službami ve věznicích a poskytovateli ekvivalentních služeb na svobodě, jejímž cílem je zajistit kontinuitu péče při nástupu do výkonu trestu a po propuštění.
- Ve většině zemí se provádí příprava na propuštění z výkonu trestu, včetně sociální reintegrace. Programy zaměřené na prevenci předávkování drogami mezi injekčními uživateli opioidů hlásí pět zemí. Jejich součástí je příslušné poučení a poskytnutí naloxonu při propuštění z vězení.

Užívání drog a jeho důsledky ve věznicích a systém trestní justice

Lidé, kteří páchají trestnou činnost a dostávají se do kontaktu se systémem trestní justice, resp. nastupují výkon trestu odnětí svobody, se vyznačují vyšší mírou zkušeností s užíváním drog a škodlivějšími vzorci takového užívání (včetně injekčního) než obecná populace. Z toho důvodu představují vězňové a systém trestní justice jako celek důležitou oblast z hlediska adiktologických intervencí.

Páchání trestné činnosti v souvislosti s drogami může mít různé podoby: skutkovou podstatu některých drogových zákonů naplňuje užívání nebo přechovávání omamných a psychotropních látek, důvodem k páchání trestné činnosti, včetně distribuce drog, může být obstarání drog nebo finančních prostředků k jejich nákupu, trestné činy mohou být spáchány pod vlivem drog a existují také zločiny související s obchodováním s drogami, např. násilí mezi různými skupinami působícími na drogovém trhu. Uživatelé drog nejčastěji páchají delikty spadající do prvních tří z těchto skupin. Převážná část evidovaných drogových deliktů ve většině zemí EU souvisí s užíváním nebo držním konopí, zatímco osoby, které vykazují problémovější vzorce užívání, se do kontaktu se systémem trestní justice dostávají kvůli majetkové trestné činnosti, např. loupežím, krádežím nebo vloupáním, páchané za účelem obstarání si finančních prostředků na drogy. Druhá jmenovaná skupina, kterou často tvoří recidivisté, může představovat významné procento vězeňské populace.

Mezinárodní protidrogové úmluvy berou v potaz, že lidé s drogovou závislostí potřebují zdravotní i sociální pomoc a počítají s alternativními tresty, díky nimž se tito lidé budou schopni lépe vypořádat se svými drogovými problémy. Mnozí problémoví uživatelé drog nicméně končí za mřížemi. Uživatelé drog odsouzení k nepodmíněnému trestu mohou vykazovat náročné potřeby z hlediska zdravotní péče, jež se promítají do intervenčních opatření, jež by měla být aplikována při nástupu do vězení, během výkonu trestu odnětí svobody a při propuštění. Vzhledem k tomu, že u této skupiny trvá trest odnětí svobody

v průměru několik měsíců, představují její příslušníci dynamickou populaci s pravidelným kontaktem s životem na svobodě, což má své dopady do oblasti veřejného zdraví. Užívání drog, ke kterému dochází ve věznicích, představuje veřejnozdravotní a bezpečnostní riziko pro odsouzené i pracovníky vězeňské služby. Vyšetření na užívání drog a problémy s drogami související by proto mělo tvořit důležitou součást zdravotní prohlídky při nástupu do výkonu trestu.

Ekonomické náklady států v souvislosti s vězněním pachatelů trestné činnosti spojené s drogami jsou vysoké. Vyčíslit tyto náklady je obtížné, protože mnohé z nich zůstávají skryty v celkových výdajích na vězeňství. Podle hrubých odhadů generovaných na základě dat z 22 zemí se mezi lety 2006 a 2010 pohybovaly náklady vynaložené na odsouzené ve výkonu trestu za drogové delikty mezi 0,06 % a 0,9 % z celkových veřejných výdajů. Tento odhad nebude odpovídat skutečné výši celkových výdajů na nepodmíněné tresty za veškerou drogovou trestnou činnost, protože drogové trestné činy představují pouze jeden typ drogové kriminality; tyto hodnoty nezahrnují náklady spojené s kriminalitou páchanou pod vlivem drog, se zločiny páchanými za účelem opatřit si drogy nebo za ně zaplatit, nebo s násilnou kriminalitou, k níž dochází při obchodování s drogami, jejich distribuci a užívání.

Specifický problém představuje v některých zemích nárůst míry užívání syntetických kanabinoidů ve věznicích. To lze mimo jiné připsat skutečnosti, že tyto látky nejsou obecně zjištělné při namátkových testech na drogy, které se v některých státech ve věznicích provádějí, případně že jsou levnější než jiné drogy a snadněji je lze do věznice propašovat (viz Zaměřeno na syntetické kanabinoidy, strana 110).

Řešení drogové problematiky ve věznicích a v rámci systému trestní justice

Alternativní tresty

Existuje mnoho různých forem alternativních trestů, které lze aplikovat v různých fázích trestního řízení, od zatčení až po vynesení rozsudku. V rámci studie financované Evropskou komisí, kterou nedávno provedla organizace RAND Europe, bylo identifikováno celkem 13 různých typů alternativních trestů (resp., slovníkem autorů studie, alternativ k donucovacím sankcím), které jsou v rámci všech 28 členských států k dispozici. Jedná se o širokou škálu opatření, počínaje prostým napomenutím, domluvou nebo upuštěním od dalších kroků a konče různými možnostmi, které většinou obnášely nějaký prvek adiktologické léčby.

Úplný výčet těchto variant je následující:

- domluva/napomenutí/upuštění od dalších kroků,
- opatření v rámci tzv. odklonu v trestním řízení,
- komise pro otázky drogových trestných činů,
- upuštění od dalšího řízení/stíhání s prvkem terapeutické intervence,
- upuštění od řízení před soudem s prvkem terapeutické intervence,
- podmíněný trest s prvkem terapeutické intervence,
- „drogové soudy“,
- adiktologická léčba,

- probační dohled s prvkem terapeutické intervence,
- obecně prospěšné práce s prvkem terapeutické intervence,
- omezení svobody s prvkem terapeutické intervence,
- přerušovaný trest odnětí svobody s prvkem terapeutické intervence,
- podmíněné propuštění/předčasné propuštění z výkonu trestu odnětí svobody s prvkem terapeutické intervence.

Alternativní tresty jsou vnímány jako možnost minimalizace újmy působené užíváním drog „nasměrováním“ pachatelů s nějakým drogovým problémem do programů, které jim mohou pomoci řešit tento problém, který je často původcem jejich trestné činnosti.

Rovněž je to pro ně možnost, jak se vyhnout velmi nepříznivým následkům odsouzení a případného výkonu trestu odnětí svobody, a také je to méně nákladná varianta pro stát. Důkazní základna těchto programů ovšem není velká, protože jen málo z nich bylo předmětem evaluačních studií. Pokud nějaké evaluace proběhly, pak to bylo většinou mimo Evropu a design těchto studií nezaručoval velkou výpovědní hodnotu zjištěných výsledků.

Abychom mohli dospět k závěru o tom, které z různých typů alternativních trestů uplatňovaných v Evropě jsou nejefektivnější a pro kterou skupinu pachatelů je nutné mít informace o primárních cílech těchto programů, rozsahu jejich použití a dosahovaných výsledcích. Pouze s těmito daty bude možné porovnávat potenciální negativa a pozitivita alternativ k nepodmíněným trestům s ostatními sankcemi.

Intervenční opatření ve věznicích

Obecně lze konstatovat, že pokud jsou nějaké důkazy k dispozici, pak hovoří ve prospěch toho, aby se ve vězení využívaly intervence, které se osvědčují při řešení problémů s drogami na svobodě. Jejich aplikace zde může být o to důležitější, že věznice představují vysoce rizikové prostředí.

Dvěma důležitými principy zdravotních intervencí ve věznicích je rovnocennost ve srovnání s poskytováním péče na svobodě a návaznost péče před a po výkonu trestu. Dodržovány by měly být také zásady ochrany lidských práv: s odsouzenými by se mělo zacházet humánním způsobem, měli by mít zajištěn přístup k adekvátní péči, dbát by se mělo na udělení souhlasu pacienta a zachovávání mlčenlivosti o důvěrných údajích a nejhroženějším jedincům by se mělo dostat humanitární pomoci.

Zásada rovnocennosti péče zavazuje vězeňská zdravotnická zařízení k poskytování služeb na takové kvalitativní úrovni, která odpovídá standardu péče zajišťované v dané zemi pro obecnou populaci, včetně intervencí v oblasti minimalizace rizik, mezi něž patří programy na výměnu jehel a stříkaček a adiktologická léčba. K zajištění kvalitní léčby a péče pro vězně je třeba odbourat některé překážky, ať už legislativní nebo systémové povahy.

Návaznost péče mezi službami poskytovanými standardně na svobodě a ve věznicích se týká jak nástupu do výkonu trestu, tak propuštění. Měla by se vztahovat i na adiktologickou léčbu, včetně opioidové substituční léčby a všech typů zdravotní péče. V mnoha evropských zemích funguje spolupráce mezi zdravotnickými službami ve věznicích a poskytovateli ekvivalentních služeb na svobodě, jejímž cílem je vytvořit lepší podmínky

pro zdravotní osvětu a terapeutické intervence ve věznicích a zajistit kontinuitu péče při nástupu do výkonu trestu a po propuštění.

Aby mohly být splněny tyto základní předpoklady, proces nástupu do výkonu trestu musí zahrnovat procedury, na jejichž základě bude možné hned na příjmu identifikovat jedince, kterým by měla být neprodleně poskytnuta nějaká forma léčby.

Je rovněž třeba provést náležitou analýzu potřeb a ověřit, zda příslušná forma péče odpovídá potřebám konkrétního jedince. Je-li indikována detoxifikace, je třeba jí odpovídajícím způsobem vést.

Součástí správně vedené akutní detoxifikace může být např. symptomatická léčba příznaků z odnětí, přičemž při monitorování symptomů se mohou hodit různé klinické nástroje.

Přehled důkazů o ... intervencích ve věznicích a v rámci systému trestní justice



Opioidová substituční léčba snižuje riziko úmrtí odsouzených se závislostí na opioidech.



Substituční léčba je ve věznicích důležitá také z hlediska minimalizace rizikových praktik při injekční aplikaci drog.



Z hlediska prevence smrtelných předávkování v době těsně po propuštění z výkonu trestu je důležité zajistit návaznost péče na svobodě.



Programy v rámci působení tzv. drogových soudů (ve Spojených státech, odkud současně pochází drtivá většina provedených studií) mohou lidem pomoci dosáhnout finanční nezávislosti a najít si zaměstnání nebo začít studovat, čímž se snižuje míra recidivismu.



Je do určité míry prokázáno, že kvazi donucovací léčba spočívající v programech, kdy jsou osoby, které mají problémy s drogami, „odkláněni“ z trestního řízení, může být stejně efektivní jako dobrovolně nastoupená léčba.



Psychosociální intervence snižují míru opětovného uvěznění u odsouzených žen, které užívají drogy.



Z dostupných dat vyplývá, že u odsouzených z řad uživatelů opioidů přispívá k snižování míry jejich opětovného uvěznění užívání naltrexonu.



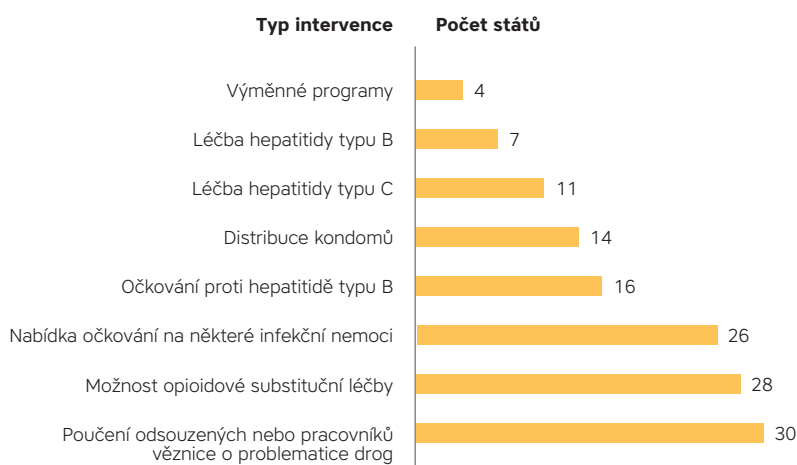
Intervence spočívající v poučení a proškolení a vybavení odsouzených naloxonem na doma přispívá ke snižování míry úmrtí na předávkování po propuštění z výkonu trestu.

Zajištění plošného dobrovolného testování na různé infekce (krví přenosné virové nákazy, pohlavně přenosné infekce a tuberkulózu) při nástupu do výkonu trestu a provádění rychlých terapeutických intervencí v případě potřeby může omezit šíření infekčních onemocnění ve vězeňském prostředí a v dlouhodobém horizontu i mezi širší veřejností (viz část 2.4). Proškolení zdravotnického vězeňského personálu o přenosných chorobách a upozorňování na důležitost testování může zvýšit počet aktivně podchycených případů a míru implementace těchto programů.

Evropské aktivity zaměřené na řešení drogových problémů ve věznicích a v rámci systému trestní justice

Alternativní tresty jsou k dispozici v každém z členských států EU a všechny zahrnují minimálně jednu variantu spočívající v adiktologické léčbě. Většina z těchto terapeutických opatření se nabízí spíše v době rozhodování o rozsudku než v prvních fázích trestního řízení. Míra jejich uplatňování se značně liší. Mnozí z těch, pro které by taková alternativa byla přínosem, často nesplní kritéria pro její aplikaci. Z toho plyne potřeba přehodnocení a případné modifikace nadměrně restriktivních pravidel. Další překážkou v uplatňování alternativních trestů je skutečnost, že řada soudců je považuje za neúčinné a nepříliš akceptované ze strany veřejnosti. Jako opodstatněné se zde tedy jeví investice do studií, jejichž výsledky mohou posílit příslušnou důkazní základnu.

V mnoha zemích existuje spolupráce mezi vězeňskou zdravotní službou a poskytovateli péče na svobodě, jejímž cílem je zajistit zdravotnickou edukaci a léčbu ve vězeních, jakož i návaznost péče při nástupu do výkonu trestu a po jeho ukončení. Někjaká forma opioidové substituční terapie je ve věznicích zajišťována v 28 z 30 zemí monitorovaných EMCDDA, nicméně pokrytí není úplné. Ve většině zemí je také k dispozici detoxifikace, individuální a skupinové poradenství a terapeutické komunity nebo speciální lůžková oddělení (Obr. 4.1).



Obr. 4.1 Dostupnost intervencí v oblasti minimalizace rizik ve věznicích v Evropě, 2015–2016

Pozn.: Zahrnuto 28 členských států EU, Norsko a Turecko.

Ve většině zemí se ve věznicích provádí testování na infekční onemocnění (HIV, VHB, VHC a tuberkulózu). Tato praxe se však často omezuje na testování na HIV a tuberkulózu při nástupu do výkonu trestu, přičemž testování na hepatitidy se provádí pouze u symptomatických jedinců. Léčba virové hepatitidy typu C je k dispozici pouze v 11 zemích a neužívají se zřejmě nové účinnější léčebné metody. Očkování proti hepatitidě typu B uvádí 16 zemí. Méně obvyklé je poskytování sterilního injekčního náčiní; realizaci programů výměny stříkaček v tomto prostředí hlásí pouze čtyři státy, přičemž pouze tři z nich uvádějí konkrétní čísla v souvislosti s distribucí stříkaček. Postoje k problematice opatření v oblasti minimalizace rizik ve věznicích, cílové skupiny takových intervencí a způsobů jejich realizace se liší v závislosti na konkrétním státu.

Ve většině zemí se uskutečňuje příprava na propuštění z výkonu trestu, včetně sociální reintegrace. Několik zemí uvádí programy zaměřené na minimalizaci vysokého rizika smrtelného předávkování drogami u injekčních uživatelů opioidů v době po propuštění z vězení. Jejich součástí je proškolení a poučení o možnostech minimalizace rizika předávkování a v některých případech poskytnutí naloxonu při propuštění z výkonu trestu.

V reakci na problém infekcí ve věznicích spolupracuje EMCDDA s ECDC na tvorbě metodické příručky zaměřené na prevenci a kontrolu přenosných onemocnění ve vězeňském prostředí. Tento materiál reflektuje nejnovější výzkumné poznatky a vychází z veřejnozdravotního přístupu. Jedním z výstupů těchto aktivit je rovněž publikování systematických přehledů výsledků výzkumu v oblasti tuberkulózy a identifikace jejích aktivních případů. Mezi tématy, kterým má být věnována pozornost do budoucna, patří očkování a prevence krví přenosných infekcí.

Intervenční opatření ve věznicích a v rámci systému trestní justice: význam pro politiku a praxi

Základy

- Zásady rovnocennosti péče a její kontinuity vyžadují poskytování výzkumem ověřených intervencí osobám ve výkonu trestu, které mají problémy s drogami, ve stejném rozsahu jako na svobodě, přičemž tyto služby musejí být zajišťovány osobami s odpovídající kvalifikací pro poskytování adiktologické péče (ať už se jedná o personál věznice nebo externí odborníky), jakož i mechanismy k zajištění kontinuity péče, což je zejména důležité u osob, které si odpykávají kratší tresty odnětí svobody.
- Součástí přípravy na propuštění by měly být aktivity určené k podpoře sociální reintegrace a proškolení v oblasti prevence předávkování – za zvážení stojí možnost vybavit propouštěného odsouzeného naloxonem.
- Potenciálně užitečnou variantou pro pachatele mající problémy s drogami jsou alternativní tresty, s jejichž uplatňováním počítají i příslušné mezinárodní úmluvy.

Příležitosti

- Vězeňské prostředí otevírá možnosti pro výrazné působení na nemocnost, úmrtnost a veřejné zdraví. Za prvé, je možné minimalizovat míru užívání nelegál-

ních opioidů a souvisejícího rizikového chování ve výkonu trestu i nebezpečí předávkování po propuštění z vězení tím, že osobám, které mají problémy s opioidy, zajistíme léčbu. Za druhé, každý odsouzený nastupující výkon trestu odnětí svobody má možnost se nechat otestovat na přítomnost infekčních onemocnění a v případě potřeby se může následně léčit.

- Rostoucí využívání alternativních trestů na základě přehodnocení úprav, kterými se řídí jejich uplatňování, a působení na postoje odborné i laické veřejnosti k jejich aplikování může postupně vést ke zlepšování situace v této oblasti a snižování výdajů na činnost orgánů činných v trestním řízení.

Rezervy

- Ve společném metodickém materiálu OSN a WHO se doporučuje realizovat ve vězení opatření v oblasti minimalizace rizik (výměnné programy, distribuce kondomů, bezpečné tetování), ale tyto aktivity jsou v praxi spíše vzácností – rozšíření nabídky těchto programů může výrazně přispět k pozitivním změnám v oblasti zdraví.
- Je třeba provádět studie, jejichž výsledky by přispěly ke zkvalitnění důkazní základny týkající se alternativních trestů, kdy největší pozornost si zasluhují skupiny, pro které mohou být tyto aktivity největším přínosem, a fází trestního řízení, během nichž je optimální tyto alternativy aplikovat.

Doporučené zdroje

EMCDDA

- portál dobré praxe
- *European drug report: trends and developments 2017*
- *Prisons and drugs: prevalence, responses and alternatives to imprisonment, Thematic page*
- *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, Selected issue, 2012*
- *Estimating public expenditure on drug law offenders in prison in Europe, EMCDDA paper, 2014*
- *Alternatives to punishment for drug-using offenders, EMCDDA Papers, 2015*
- *Health and social responses to drug problems in prisons, Ciara Guiney, Background paper*

Další zdroje

- *World Health Organization. Prisons and Health, 2014*
- *ECDC. Systematic review on the diagnosis, treatment, care and prevention of tuberculosis in prison settings, 2017*
- *European Commission. Study on alternatives to coercive sanctions as response to drug law offences and drug-related crimes, 2016*

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.



4.2 Noční život, festivaly a další prostředí zábavy

SHRNUTÍ

Témata

Užívání drog a alkoholu v prostředí noční zábavy, kam spadají bary, noční kluby a další zábavní podniky, se pojí se zdravotními a sociálními problémy, včetně akutní zdravotní újmy, agresivního chování a násilí a řízení vozidla pod vlivem návykové látky. Hrozí také rozvoj závislosti a některé negativní dopady se mohou projevit až v dlouhodobějším horizontu. Mezi nepříznivé sociální důsledky patří distribuce drog a narušování veřejného pořádku. Protože mnohé z těchto negativních dopadů jsou spojeny s nadměrnou konzumací při konkrétní příležitosti, mnohé z intervenčních opatření se zaměřují na snižování množství užívaného alkoholu a drog.

Klíčová slova

prostředí noční zábavy, kontext zábavy, festivaly, mládež, testování drog

Možná řešení

Většina relevantních poznatků o intervenčních opatřeních v prostředí zábavy se vztahuje k alkoholu. Jen málo intervencí zaměřených na užívání drog v tomto kontextu bylo podrobeno robustní evaluaci.

Mladým lidem lze v prostředí zábavy poskytovat *informační materiály o prevenci a minimalizaci rizik*. Pro mladé lidi bývá důvěryhodnější variantou, pokud tento typ materiálů rozdávají edukátoři z řad jejich vrstevníků. Tyto aktivity lze podpořit prostřednictvím webových stránek nebo aplikací, které poskytují podrobnější informace o drogách, alkoholu a souvisejících negativních dopadech, jakož i tipy, jak se jich vyvarovat. Důkazů o účinnosti těchto intervencí na změny v chování je však velmi málo.

O lepší důkazní základnu se mohou opřít *environmentální strategie*. Součástí tohoto přístupu jsou opatření, která se zaměřují na faktory, jež přispívají k nadměrné konzumaci (např. slevy na nápoje, hlasitá hudba nebo ledabýlý přístup obsluhujícího personálu), nebo naopak vytvářejí bezpečnější prostory a podmínky (např. předcházení výskytu nadměrného množství lidí, zajišťování klidových zón (*chill-out rooms*), poskytování vody zdarma, podávání jídla či důsledné vymáhání pravidel týkajících se chování v daném zařízení a vstupu do něj).

Služby testování drog (označované také jako testování tablet) poskytují jednotlivým uživatelům drog možnost nechat si udělat chemickou analýzu svých syntetických drog a získat tak informace o složení vzorků, jakož i radu, v některých případech pak využít možnost poradenství a krátkých intervencí. Účinek tohoto přístupu na změnu chování není jasný, ale může být cennou příležitostí z hlediska navázání kontaktu s uživateli drog i z hlediska monitoringu.

Situace v Evropě

V rámci řešení problematiky související s užíváním návykových látek v prostředí nočního života a jiných kontextech zábavy se v Evropě uplatňují různé environmentální a regulační přístupy. Patří mezi ně pravidlo nulové tolerance, regulační opatření namířená proti evidentně problémovým podnikům, proškolení členů ochranky a vchodové služby, zdravotní a bezpečnostní opatření a proškolení zaměřené na rozpoznání a řešení akutních stavů souvisejících s drogami nebo alkoholem. Ve stále více zemích se nyní začínají uplatňovat strukturované výzkumem prověřené environmentální preventivní přístupy a současně se na místní úrovni rozvíjí spolupráce v oblasti regulačních opatření mezi policií, nočními podniky a pomáhajícími službami (prevence a minimalizace rizik). V rámci dvou evropských projektů, *Nightlife empowerment and well-being implementation project* (NEWIP) a *Club Health Project*, probíhají práce na tvorbě standardů dobré praxe pro osoby pracující v této oblasti.

V Evropě roste počet služeb zaměřených na testování drog. Vyznačují se různými modely činnosti. Fungují např. jako externí testovací zařízení nebo jako terénní služba zajišťující testování na festivalech nebo v nočních klubech. Efekt jednotlivých modelů testování drog je třeba podrobit výzkumu.

Problematika drog v prostředí noční zábavy

Bary, noční kluby a další zábavní podniky poskytují mladým lidem příležitost ke společenskému životu a tanci. Velké hudební festivaly lákají v letních měsících tisíce návštěvníků, mezi nimiž je užívání drog mnohem častější než v obecné populaci.

Vedle užívání nelegálních drog je v tomto prostředí zábavy rovněž běžná nadměrná konzumace alkoholu. Podle výsledků studie provedené v devíti evropských městech se více než tři čtvrtiny osob, které navštívily nějaký noční podnik, za poslední čtyři týdny minimálně jednou opily. Z výsledků školních studií vyplývá, že většina 15–16letých školáků, kteří za poslední měsíc užili MDMA (extázi), také vypila minimálně jednou pět a více alkoholických nápojů, což vypovídá o silné provázanosti užívání alkoholu a drog mezi mládeží.

Užívání drog a alkoholu v prostředí nočního života se pojí s řadou zdravotních a sociálních problémů. Patří mezi ně akutní zdravotní rizika a jiné problémy, např. akutní intoxikace, bezvědomí a úrazy, agresivní chování a násilí, rizikový a nechtěný sex a řízení pod vlivem návykové látky. Nežádoucí následky dlouhodobého užívání alkoholu a drog mohou zahrnovat poškození jater a mozku a závislost. K nežádoucím sociálním následkům může patřit distribuce drog a rušení veřejného pořádku.

Většina z těchto negativních dopadů se pojí s nárazovou konzumací, tj. nadměrným užíváním při konkrétní příležitosti. Cílem mnohých intervenčních opatření je proto snížení konzumovaného množství drog a alkoholu. Panují rovněž obavy, že v některých státech je užívání drog v tomto kontextu stále více vnímáno jako norma a rizika související s užíváním drog se podceňují. Dalším důvodem k obavám je dostupnost stále širšího sortimentu látek, jejichž složení a psychoaktivní účinky nejsou mnohdy známy.

Opatření zaměřená na řešení problematiky užívání drog v prostředí nočního života

Většina relevantních poznatků ohledně intervenčních opatření v prostředí zábavy se vztahuje k užívání alkoholu a jeho negativních dopadů. Korpus důkazů o efektivitě intervencí zaměřujících se na užívání drog v tomto kontextu sice roste, nicméně jen málo intervencí bylo zatím podrobeno robustní evaluaci. Přes tato omezení bude pravděpodobně možné minimálně do určité míry vycházet z poznatků o opatřeních v oblasti užívání alkoholu a jeho negativních dopadech i při řešení problémů s drogami.

Stránky hntinfo.eu poskytují přístup k platformě *Healthy Nightlife Toolbox*. Tvoří ji tři databáze: evaluované intervence, odborná literatura o těchto intervencích a další literatura vztahující se k problematice prevence užívání alkoholu a drog v prostředí noční zábavy. Následuje stručný přehled hlavních typů intervencí, která jsou v této oblasti k dispozici.

Dobrá praxe při řešení problémů s drogami v prostředí noční zábavy

Na základě výstupů dosavadního výzkumu a názorů odborné veřejnosti se lze domnívat, že řešení zdravotních a sociálních problémů souvisejících s užíváním návykových látek v kontextu noční zábavy vyžaduje vyvážený přístup. Menší konsenzus již panuje ve vztahu k jednotlivým intervenčním opatřením, byť všechny z následujících položek si v rámci komplexního řešení daného problému zaslouží pozornost:

- koordinované vícesložkové intervence s aktivní účastí klíčových aktérů dané komunity, standardní zdravotní a záchranné služby, regulační orgány a pořádkové složky a orgány činné v trestním řízení,
- environmentální strategie, např. zajištění klidových (chill-out) zón nebo bezplatné podávání pitné vody,
- proškolení personálu v předmětných podnicích,
- opatření k zajištění rychlého zásahu v případě mimořádné události,
- systémy včasného varování a monitorování konzumovaných látek, včetně služeb poskytujících testování drog,
- poskytování materiálů s informacemi o prevenci a minimalizaci rizik – i když samostatně nebudou mít pravděpodobně velký efekt.

Celkově lze konstatovat, že důkazy o efektivitě intervencí určených k minimalizaci negativních dopadů užívání alkoholu jsou pádnější, než je tomu v případě negativních dopadů užívání drog.

Edukace/informování osob vyhledávajících prostředí noční zábavy

Mladým lidem, kteří se účastní aktivit souvisejících s nočním životem, lze poskytovat informační materiály o prevenci a možnostech minimalizace rizik, např. brožurky a letáčky o rizicích intoxikace. Užiteční mohou být v tomto ohledu edukátoři z řad jejich vrstevníků, neboť od nich mladí lidé informace o možných negativních dopadech a o tom, jak jim předcházet, snáze přijmou. Tyto preventivní aktivity lze podpořit prostřednictvím webových stránek nebo aplikací poskytujících podrobnější informace o drogách, alkoholu a souvisejících negativních dopadech, jakož i tipy, jak se jich vyvarovat. Uplatňovat lze také různé strategie zaměřené na minimalizaci některých zásadních rizik, jaké představuje řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky (např. akce typu „Domluvme se“). Z výsledků výzkumu však vyplývá, že poskytování informací samo o sobě není efektivním způsobem, jak redukovat problémy související s alkoholem a drogami, a přístupy spočívající v komunikaci o možných rizicích je nutné i nadále zkoumat a rozvíjet.

Všeobecná shoda panuje o důležitosti poskytování kvalitních informací o různých látkách, rizicích, která se s nimi pojí, a možných způsobech minimalizace jejich negativních dopadů. V rámci těchto strategií zaměřených na informování o rizicích je však třeba zajistit, aby lidé na jejich základě měli možnost činit rozhodnutí, která povedou k minimalizaci nežádoucích následků, a současně se vyhýbat terminologii, díky níž by se nebezpečnější drogy mohly jevit jako atraktivnější alternativa. Existuje riziko, že někteří lidé budou záměrně vyhledávat látky, které jsou označovány jako vysokodávkové a vysoce potentní. Důležitým tématem pro další výzkum je objasnění forem komunikace o rizicích způsobem, který bude mít požadovaný efekt na chování bez vedlejších negativních důsledků.

Testování drog

V rámci Evropské unie představuje testování drog kontroverzní intervenci v oblasti minimalizace rizik užívání nelegálních drog (viz Zaměřeno na testování drog, strana 188). Zatímco testování může být pro uživatele zdrojem určitých informací o látkách, které užívají, kritici této praxe se obávají, že konzumenti mohou nabýt mylného přesvědčení, že užití otestovaných drog nepředstavuje žádné nebezpečí. Postoje k tomuto tématu komplikuje různost analytických přístupů uplatňovaných při testování i technické obtíže při poskytování rychlého a přesného chemického rozboru látek a preparátů prodávaných na černém trhu s drogami. V Evropě existuje množství různých systémů testování drog. Nejdelší tradici má v tomto směru nizozemský drogový informační a monitorovací systém (DIMS), který uživatelům poskytuje informace o složení drog a současně zprostředkovává preventivní sdělení, jež vycházejí z vědeckých poznatků o složení vzorku dané drogy. DIMS rovněž publikuje kvalitativní informace o změnách ve složení testovaných vzorků drog v Nizozemsku. V několika zemích EU začínají vznikat terénní služby testování drog na festivalech a v klubech, které mohou současně skýtat příležitost pro krátké intervence u osob, které obvykle nepřijdou do kontaktu s příslušnými službami nebo své užívání drog nevnímají jako problematické.

Není zatím zřejmé, do jaké míry konzumenti mění své užívání drog, jakmile se dozví, co jejich tablety obsahují. Testování drog nicméně poskytuje příležitost k navázání kontaktu s osobami, které pomoc příslušných služeb samy nevyhledávají nebo své užívání drog

nevnímají jako problém. Testování je rovněž zdrojem užitečných informací z hlediska drogového monitoringu. Někdy je vydáno varování, např. pokud je detekována extrémně potentní „značka“ tablety MDMA, i když na objasnění behaviorálních dopadů tohoto přístup je ještě třeba dále pracovat. Vzhledem k vývoji na evropském drogovém trhu a rostoucímu zájmu o testování drog je třeba považovat za prioritu evaluaci dopadu různých modelů tohoto intervenčního opatření.

Environmentální strategie

Míru problémů spojených s alkoholem a drogami může zvyšovat fyzické a sociální prostředí zábavních zařízení. Příliš tolerantní prostředí, charakterizované např. shovívavostí vůči chování intoxikovaných osob, zvýhodněnými cenami alkoholických nápojů, špatnými hygienickými podmínkami, přelidněností, hlasitou hudbou a ledabylostí obsluhujícího personálu, může přispívat k vyšší míře intoxikace alkoholem, přičemž totéž může platit o užívání drog. Mezi environmentální strategie, které prokazatelně mají nějaký pozitivní dopad, patří vytváření bezpečnějších prostor a objektů, čehož lze dosáhnout regulací počtu osob na daném místě, zajištěním odpočinkových či klidových zón, nabídkou jídel, vyžadováním jasně deklarovaných pravidel chování návštěvníků zařízení nebo akce a zamezením vstupu nezletilým. Bezplatné poskytování pitné vody v místech, kde se užívají drogy typu MDMA, je jedním ze způsobů, jak předcházet dehydrataci.

Proškolení personálu a dostupnost služby první pomoci

Proškolení obsluhujícího personálu, členů ochranky a dalších pracovníků zábavních podniků v sobě kombinuje poskytování informací a rozvíjení dovedností. Pozornost je věnována oblastem, mezi něž patří legislativa týkající se alkoholu, psychoaktivní účinky alkoholu a drog, spojitost mezi alkoholem a násilím, první pomoc, jak odmítnout obsloužit intoxikovaného hosta, jak zvládat konfliktní situace nebo jak se zachovat, pokud v prostorách podniku dochází k distribuci drog. O efektivitě školení personálu ve vztahu k předcházení negativním dopadům souvisejícím s alkoholem a drogami neexistují jednoznačné závěry, částečně z důvodu značné fluktuace personálu v podnicích tohoto typu.

Zaměřeno na ... testování drog

Charakteristika testování drog/tablet

Služby testování drog poskytují jednotlivým uživatelům drog možnost nechat si udělat chemickou analýzu svých syntetických drog a získat tak informace o složení vzorků, jakož i radu, v některých případech pak využít možnost poradenství a krátkých intervencí. Služba tohoto typu může sledovat různé cíle, od sběru informací až po minimalizaci rizik na základě informování uživatelů o drogách, které se na trhu vyskytují, a o možném nebezpečí, které představují. Různí se i používané analytické techniky, kdy na jedné straně stojí sofistikované technologie schopné poskytnout informace o síle a složení testovaných látek a na druhé straně samoobslužné testovací soupravy, kterými si lze ověřit pouhou přítomnost či absenci konkrétní drogy (viz schéma). Testování probíhá v „kamenných“ laboratořích, kam mohou jednotlivci nebo organizace doručit drogy

k otestování (výsledky jsou k dispozici v horizontu několika dní), nebo v mobilních laboratořích na festivalech nebo v klubech, kde se výsledky sdělují téměř okamžitě.

Důležitým aspektem služeb testování drog je způsob sdělování výsledků osobám, které si drogy nechaly otestovat, a zda je toto sdělení doprovázeno nějakou radou ohledně minimalizace možných rizik nebo krátkou intervencí.

Znázornění nabídky modelů testování drog a jejich výpovědní hodnoty



Poznatky o efektivitě testování drog

Testování drog je kontroverzním tématem. Ačkoli jsou nepochybně cenným zdrojem informací pro systémy včasného varování fungující v rámci Evropské unie, jejich dopad na užívání drog či rizikové chování nebyl zatím dostatečně prokázán. Zastánci této praxe argumentují konkrétními případy pozitivního dopadu, který informace pocházející od služeb testování drog mají na veřejné zdraví, a potenciálem služeb zabývajících se testováním drog v oblasti minimalizace rizik, který spočívá v navazování kontaktu s mladými rekreačními uživateli drog nepodchycenými stávajícími službami, v identifikaci drog obsahujících nežádoucí a neznámé chemické příměsi s následnou možností včasné reakce v oblasti ochrany veřejného zdraví a v podílu na prevenci předávkování poskytováním informací o potenci látek. Kritici těchto služeb na druhou stranu namítají, že testování drog může vytvářet falešný dojem bezpečí, protože spolehlivost některých užívaných způsobů testování je diskutabilní, budit dojem, že užívání drog je normální a přijatelné chování, čímž může podkopávat úsilí v oblasti prevence, a že uživatelé drog si nakonec drogu vezmou bez ohledu na výsledky testů.

Pokračování na další straně

Zaměřeno na...testování drog (pokračování)

Jakékoli hodnocení těchto argumentů znemožňuje absence kvalitních studií a problematičnost zobecňování daná uplatňováním velmi rozdílných přístupů a modelů. Vzhledem ke zvětšující se roli syntetických drog na evropském trhu, včetně vysoce potentních syntetických opioidů, je však opodstatněné zvažovat a vyhodnocovat jakékoli intervenční opatření, jež může přispět k snížení rizik.

Testování drog v Evropě: výzvy do budoucna

Je třeba provádět evaluace dopadu různých modelů služeb zaměřených na testování drog, na jejichž základě bude možné určit, které modely nejvhodněji naplňují jednotlivé účely (např. včasné varování versus minimalizace rizik). Výzkumu je třeba podrobit zejména behaviorální dopad testování drog. Tento výzkum by se měl speciálně zaměřit na výměnu informací o možných rizicích, přičemž hodit se zde mohou přístupy založené na multidisciplinárních poznatcích o lidském chování.

Pozornost je třeba věnovat právním otázkám nakládání s kontrolovanými látkami, neboť v mnoha zemích není testování drog akceptováno jako důvod k uplatnění výjimky ze zákonů upravujících nakládání s kontrolovanými drogami, ať už je jeho účel jakýkoli. Tento problém se vztahuje také na uživatele služeb testování drog, jejich pracovníky a majitele zábavních podniků, v jejichž prostorách toto testování probíhá. Za všech okolností se doporučuje úzká spolupráce s policií.

Výzvu pro služby nabízející testování drog a následná intervenční opatření představují změny v užívání drog a na drogovém trhu:

- K provádění přesných testů drog je nutné mít k dispozici moderní sofistikované laboratorní vybavení, i když vznikají i jednodušší a finančně méně náročné techniky. Testování nových psychoaktivních látek navíc vyžaduje obeznamenost s jejich chemickým složením a spektrálními databázemi. Návržnost investic do tohoto typu služeb lze maximalizovat koordinací služeb zaměřených na testování drog s aktivitami akademických a forenzních pracovišť.
- I při znalosti typu a složení konkrétní látky nemusejí být ještě známa rizika plynoucí z jejího užití. Účinnost rad poskytnutých v návaznosti na otestování drogy komplikuje možnost užití více návykových látek současně, protože interakce různých látek je mnohem méně předvídatelná než rizika plynoucí z užití jen jedné konkrétní látky.

Viz podkladový dokument *Drug-checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges* [Testování drog jako nástroj minimalizace rizik u rekreačních uživatelů drog: příležitosti a výzvy] a metodický výstup projektu NEWIP.

Výhodou přítomnosti zdravotnické služby první pomoci je rychlejší rozpoznání a adekvátní řešení akutních stavů po požití drogy, které mohou eventuálně zachránit život a zkrátit dobu, během níž se postižená osoba dostane do nemocnice. Zasahování v případě akutních stavů v prostředí noční zábavy je předmětem příslušného evropského metodického pokynu.

Koordinované vícesložkové přístupy

Implementaci efektivních intervencí zaměřených na prostředí noční zábavy může usnadnit spolupráce mezi relevantními aktéry. Cílem takové spolupráce mezi orgány místní samosprávy, majiteli či provozovateli podniků, policií a zdravotnickými orgány je aktivizace celých komunit upozorňováním na možná rizika a získáváním podpory zainteresovaných subjektů a veřejnosti pro preventivní opatření. Počet evaluovaných komunitních intervencí postupně roste. Vícesložkové intervence mohou přispívat k nižší míře násilí, problémové konzumace alkoholu a dopravních nehod. V takových případech je nezbytnou podmínkou úspěchu aktivní přístup nositelů rozhodovacích pravomocí, dlouhodobý charakter intervencí a jejich adekvátní financování.

Legislativní opatření

Konzumace alkoholu u nezletilých, násilí v prostorách nočních zábavních podniků či v jejich bezprostředním okolí, řízení pod vlivem alkoholu a další podobné problémy lze nejlépe řešit prostřednictvím vícesložkových komunitních intervencí, na jejichž realizaci se podílejí služby působící v oblasti prevence, regulační orgány, představitelé zábavního průmyslu, ale také policie a kontrolní orgány dohlížející nad dodržováním příslušných regulačních opatření. Spadají sem namátkové policejní kontroly v rizikovějších nočních podnikcích, ověřování věku osob při vstupu do podniků nebo uplatňování postihu (např. odebrání provozovací licence) v rámci vymáhání plnění legislativních podmínek příslušné licence. Tato opatření jsou prokazatelně účinná při omezování problémů souvisejících s alkoholem, avšak jejich pozitivní efekt rychle slábne, pokud se neprovádějí pravidelně a pokud na ně nenavazují kroky, které jsou pro potenciální provinilce dostatečným postrachem, např. ztráta licence. Výsledkem může být také přenesení aktivit do jiných oblastí a prostředí.

Evropské aktivity zaměřené na řešení problematiky užívání drog v prostředí noční zábavy

V rámci některých evropských projektů byly zpracovány metodiky a standardy pro aktivity v oblasti prevence a minimalizace rizik v prostředí noční zábavy. Příklady těchto nezávazných standardů a metodických doporučení jsou:

- standardy dobré praxe pro certifikaci *Safer Nightlife*, testování drog a vrstevnickou edukaci, jež je výstupem projektu NEWIP zaměřujícího se na zajištění vyšší bezpečnosti v prostředí noční zábavy,
- soubor standardů k minimalizaci zdravotních a bezpečnostních rizik v prostředí noční zábavy publikovaný v rámci iniciativy *Club Health*. Cílem tohoto projektu sdružujícího 20 kmenových a 15 spolupracujících partnerských subjektů z 15 členských států EU a Norska bylo přispět ke snížení míry nemocí (zejména závislostí a pohlavně přenosných chorob), nehod, úrazů a násilí mezi mladými lidmi pohybujícími se v prostředí noční zábavy.

Ve stále více zemích se začínají prosazovat přístupy spočívající v realizaci vědecky fundovaných intervencí v oblasti environmentální prevence, jakou představuje např. projekt STAD (Stockholmský projekt prevence problémů s alkoholem a drogami).



Intervenční opatření v nočních podnicích, na festivalech a v jiných prostředích zábavy: význam pro politiku a praxi

Základy

- Je třeba odpovídajícím způsobem zajistit implementaci intervencí v oblasti prevence a minimalizace rizik vycházejících z metodických pokynů a standardů zpracovaných v rámci projektů NEWIP a *Club Health*.
- Je třeba zajistit zdravotnické služby první pomoci, které budou zasahovat při mimořádných situacích v prostředí zábavy a budou mít návaznost na oddělení urgentního příjmu. Tato problematika je předmětem příslušného evropského metodického pokynu a je třeba z něho v tomto kontextu vycházet.
- Komunitní iniciativy spočívající v realizaci nejrůznějších koordinovaných intervencí na bázi spolupráce různých sektorů jsou efektivnější než izolované intervence. Jsou často kombinací aktivizace komunity, proškolení personálu a kontroly a represe a evidentně se podílejí na snižování násilí, problémové konzumace alkoholu a dopravních nehod.

Příležitosti

- Navýšení míry sdílení příkladů dobré praxe a doporučených postupů týkajících se intervencí v oblasti prevence a minimalizace rizik v tomto kontextu a prosazování evaluace jejich efektivity.
- Služby v oblasti testování drog mohou být užitečné jak z hlediska snižování míry škodlivého užívání drog, tak z hlediska monitorování drog aktuálně dostupných na trhu. Je však třeba zkoumat efektivitu různých modelů poskytování těchto služeb a jejich vhodnost v různých situacích.

Rezervy

- Existuje jen málo důkazů o účinnosti poskytování informací návštěvníkům klubů/vrstevnické edukace (často zaměřené na minimalizace rizik). Existuje zde možnost kontraproduktivity této intervence, a proto je zapotřebí se věnovat výzkumu nejefektivnějších způsobů zprostředkování informací o rizicích, bezpečném dávkování apod.

Ve Spojeném Království a Nizozemsku byl u některých forem místní spolupráce v oblasti regulačních aktivit mezi policií, představiteli průmyslu zábavy a službami působícími v oblasti prevence a minimalizace rizik zjištěn vliv na míru násilí, sexuálně motivovaných napadení a hospitalizací.

Zdá se, že regulační opatření se uplatňují méně často, a to i přesto, že mnohé z nich jsou prokazatelně účinné. Patří sem rušení paušálních poplatků za konzumaci alkoholu nebo tzv. happy hours, minimální ceny nápojů, odmítnutí nalít alkohol intoxikovaným osobám, povinné školení personálu, zákaz vstupu mladistvým, omezení hustoty nočních podniků a jejich otevírací doby a tzv. džusový zákon, který stanoví, že v každém pohostinském zařízení musí být nejlevnějším nápojem něco nealkoholického.

V rámci multidisciplinární iniciativy Euro-DEN ve spolupráci s EMCDDA došlo k transponování stávajících britských doporučených postupů na širší evropský kontext. Tato doporučení se rovněž zabývají problematikou identifikace jedinců s akutní intoxikací drogami, u nichž je nutné provést klinické vyšetření na oddělení urgentního příjmu a k nimž je nutné zavolat službu rychlé zdravotnické pomoci. Pracovníci záchranné služby, případně oddělení urgentního příjmu, tak budou moci provést prvotní posouzení situace a podle toho poskytnout odpovídající péči u těch osob, které jsou vystaveny nejvyššímu riziku výrazné morbidity nebo úmrtí v důsledku akutní intoxikace drogami.

V době publikování tohoto materiálu bylo v 11 evropských státech zřízeno 16 služeb testování drog s různým modelem provozu.

Některé fungují v celostátním měřítku, jiné, zejména ty, které poskytují své služby „v terénu“ na festivalech a v klubech, omezují své působení na konkrétní oblast, akce nebo zařízení. Podle dostupných poznatků zájem o tento typ služeb stoupá.



Doporučené zdroje

EMCDDA

- *Responding to drug use and related problems in recreational settings, Thematic paper, 2012*
- Portál dobré praxe
- Platforma *Healthy Nightlife Toolbox*

Další zdroje

- Standardy zpracované v rámci projektu *Nightlife Empowerment & Well-Being Implementation Project (NEWIP)* jsou k dispozici na adrese <http://newip.safernightlife.org/standards>
- Intervence na bázi vrstevnické edukace v prostředí noční zábavy
- Služby testování drog
- Certifikace „Safer nightlife“
- Hry nejen pro zábavu v kontextu nočního života
- *IREFREA Manual: Set of standards to improve the health and safety of recreational nightlife venues.*

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

4.3 Pracoviště

SHRNUTÍ

Témata

Pravděpodobnost výskytu problémů souvisejících s užíváním alkoholu nebo drog existuje u významného procenta evropských pracujících. Odhaduje se např., že 5–20 % pracujících populace v Evropě má vážné problémy s alkoholem. Vedle všeobecných zdravotních a sociálních důsledků jsou problémy s užíváním návykových látek tématem mimořádné důležitosti v odvětvích, kde hrají roli otázky bezpečnosti nebo kde může mít selhání jedince dalekosáhlé následky. Patří sem mimo jiné stavebnictví, zemědělství, doprava, energetika, oblast informačních a komunikačních technologií a sektor finančních služeb.

Užívání návykových látek je v kontextu pracoviště významným tématem z následujících důvodů:

- může přispívat ke vzniku nehod a úrazů, absentismu, a nevhodnému chování,
- může představovat ekonomickou zátěž pro zaměstnavatele, stát a společnost,
- zaměstnavatelé mají na základě právních předpisů týkajících se zdraví a bezpečnosti při práci povinnost zajistit v přiměřeném rozsahu zdraví, bezpečnost a blaho zaměstnanců a dalších osob dotčených jejich aktivitami,
- pracoviště rovněž skýtá příležitost pro zdravotní osvětu týkající se problematiky alkoholu a drog a příležitost k vytipování jedinců, kteří mají problémy s užíváním alkoholu a drog nebo má takové problémy některý z členů jejich rodiny.

Pracoviště rovněž sehrává potenciální roli při podpoře sociální reintegrace osob, které měly závažné problémy s drogami někdy v minulosti.

Klíčová slova

prevence, pracoviště

Možná řešení

- Existence politiky týkající se konzumace alkoholu a drog na pracovišti.
- Preventivní působení prostřednictvím informací, edukace a vzdělávacích programů zaměřených na problematiku alkoholu a drog, optimálně jako součást obecnějších programů věnovaných podpoře zdraví.
- Screening a testování na pracovišti prováděné za účelem zjištění možných problémů v oblasti užívání návykových látek, které mohou vyjít najevo mimoděk při rozhovoru o plnění pracovních úkolů nebo na základě formálního posouzení, jež může v odvětvích se zvýšenými nároky na bezpečnost obnášet testování na návykové látky.
- Intervence zaměřené na řešení zjištěných problémů, včetně pomoci, léčby a programů následné péče.
- Poskytování pracovních příležitostí pro osoby, které měly v minulosti závažné problémy s drogami.

Situace v Evropě

Ve většině evropských zemí existují nějaké obecně platné právní předpisy nebo smlouvy, které zakazují nebo regulují konzumaci alkoholu a drog na pracovišti. Typ platných zákonů a charakter legislativy týkající se bezpečnosti a zdraví při práci se však značně liší v závislosti na kultuře daného státu, povědomí o tomto problému a prioritě, která je mu udělována.

O rozsahu a povaze různých typů intervencí na pracovištích v Evropě neexistují aktuálně žádné ucelené informace. K dispozici je také v Evropě jen minimum relevantních poznatků o efektivitě jednotlivých intervencí.

Do budoucna se může stát narůstajícím problémem užívání drog zvyšujících výkonnost, např. psychostimulační preparát modafinil.

Problematika zneužívání návykových látek na pracovišti

Alkohol a drogy představují závažný problém pro podstatnou část pracující populace. Z odhadů na úrovni jednotlivých evropských států vyplývá, že 5–20 % pracujících jsou buď závislí na alkoholu, nebo jim hrozí, že si tuto závislost vypěstují. Problém konzumace alkoholu nebo drog u pracujících lidí (ať už na pracovišti nebo mimo něj) nabývá na závažnosti zejména v některých hospodářských odvětvích, např. ve stavebnictví, zemědělství nebo v dopravě.

Důvody vedoucí k užívání alkoholu nebo drog v práci lze rozdělit na pracovní, sociální a osobní. Mezi důvody související s výkonem pracovní činnosti patří fyzicky náročné nebo nepříjemné pracovní podmínky (např. v chladném prostředí), nízké uspokojení z práce, nepravidelná pracovní doba, pocit nedostatečné podpory ze strany pracovního kolektivu a nadřízených, malá volnost rozhodování a další faktory související se stresem v práci. Určité typy práce se mohou z těchto příčin častěji pojit s užíváním návykových látek. Např. dálková řidiči kamionů, kteří potřebují udržet koncentraci během dlouhé monotónní jízdy, mohou být v pokušení užít stimulační drogy. Lékaři a další zdravotníci mohou mít zase blíže k problémům se závislostí díky snadnému přístupu k léčivům v kombinaci se stresem při výkonu svého povolání. Jiné skupiny osob působících v psychicky náročném a kompetitivním pracovním prostředí, např. burzovní makléři, akademičtí pracovníci nebo právníci, mohou z mnoha důvodů užívat nejrůznější látky zvyšující výkonnost, např. aby byli produktivnější nebo překonali narušení svého biologického rytmu způsobeného změnou časových pásem (jet-lag syndrom).

Mezi důvody, které nemají spojitost s vlastním výkonem pracovní činnosti, patří sociální faktory, např. vysoká společenská tolerance vůči konzumaci alkoholu a drog, kulturní vzorce, které činí pracující náchylnějšími k této konzumaci, snadná dostupnost těchto látek (např. při výrobě a distribuci alkoholu nebo v rámci průmyslu zábavy) a osobní faktory (např. specifické osobnostní typy nebo rodinná zátěž z hlediska užívání alkoholu).

Užívání alkoholu a drog může přispívat k problémům na pracovišti, ať už se jedná o nehody a úrazy, absentismus nebo nepatřičné chování. Intoxikace alkoholem nebo

nelegálními drogami může ovlivnit pracovní výkon, neboť má negativní dopad na rozhodování a reakční dobu, snižuje produktivitu, snižuje kvalitu výrobků a služeb a způsobuje chyby a nehody na pracovišti.

K řešení problematiky zneužívání návykových látek na pracovišti se váže řada etických a často i legislativních povinností. Zdravotníci přizvaní na pracoviště, aby pomohli zaměstnancům nebo poskytli rady vedení, musejí jasně deklarovat svou roli a zachovávat důvěrnost údajů o pacientech. Všeobecně se počítá s tím, že by členové vedení a nadřízení měli být poučeni o tom, jak poznat projevy problémů v oblasti užívání alkoholu a nelegálních drog. Musejí rovněž vědět, jak se zachovat, pokud mají podezření, že některý ze zaměstnanců má problém s návykovými látkami nebo pokud se na ně zaměstnanec sám s takovým problémem obrátí.

V rámci podpory lidí, kteří měli nebo mají problémy s alkoholem nebo drogami a vrací se opětovně do pracovního procesu, by zdravotníci neměli „ordinovat“ nesystematické periody abstinence, pakliže to nevyžaduje zákon, např. v případě řízení motorových vozidel. Zdravotníci mohou hrát významnou roli při řešení obav zaměstnavatelů ohledně rizik a překonávání stigmatizace a stereotypů.

Řešení problémů s návykovými látkami na pracovišti

Pracoviště skýtají příležitosti pro zdravotní osvětu týkající se problematiky alkoholu a drog. Nabízejí rovněž příležitost k vytipování jedinců, kteří mají problémy s užíváním alkoholu nebo nelegálních drog. Vhodnou variantu z hlediska poskytnutí zdravotní konzultace představují závodní lékaři. Ti také mohou proškolit členy managementu a další vedoucí pracovníky, jak rozpoznat a řešit užívání alkoholu a nelegálních drog na pracovišti.

Mezinárodní organizace práce zpracovala metodické pokyny pro řešení problematiky alkoholu a drog na pracovišti. Na úrovni EU se této oblasti věnují *Eurofound* (Evropská nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek) a Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci. Prevence užívání návykových látek na pracovišti je také součástí agendy skupiny Pompidou Rady Evropy. Společným tématem je potřeba preventivně orientované koncepce, která bude problémy v oblasti užívání návykových látek nahlížet spíše jako zdravotní problém než disciplinární prohřešek.

Na úrovni jednotlivých států bude přístup k adiktologickým problémům na pracovišti ovlivňovat administrativní, legislativní a kulturní kontext konkrétní země. Problematiky návykových látek na pracovišti se mohou týkat předpisy, zákony a politiky v oblasti pracovního práva nebo ochrany zdraví a bezpečnosti. Stát může politiku zaměstnavatelů v této oblasti podpořit vydáním vlastních metodických materiálů pro zaměstnavatele. Příkladem může být metodická příručka pro zaměstnavatele věnovaná problematice užívání návykových látek na pracovišti (*Drug misuse at work: a guide for employers*), kterou vydal britský úřad inspekce práce (Health and Safety Executive).

Za účelem řešení problematiky užívání návykových látek na pracovišti a problémů z toho plynoucích je možné uplatnit tato intervenční opatření:

- pravidla na pracovišti, jimiž lze zakázat, resp. omezit, konzumaci alkoholu a dalších legálních i nelegálních psychoaktivních látek na pracovišti, a stanovit tak příslušné normy a omezit dostupnost těchto látek,
- prevence prostřednictvím informací, osvěty a vzdělávacích programů, např. „Top on job“. Tento program pracuje s konceptem peer edukace a cílí na pracovníky v mladém věku, kteří ještě žádný adiktologický problém nemají.

Zakomponování problematiky alkoholu a drog do obecnějších iniciativ na podporu zdraví může toto téma v očích zaměstnanců ztráknout.

- Adresné orientační vyšetření na potenciální problémy s drogami se obecně provádí za těchto tří okolností: (1) testování uchazečů o práci před jejich nástupem do zaměstnání; (2) testování zaměstnanců v souvislosti s nějakou mimořádnou událostí nebo v jiných odůvodněných případech (např. po nehodě nebo k prokázání způsobilosti k výkonu určité pracovní činnosti) a (3) testování prováděné v zaměstnání bez konkrétní příčiny, často na základě namátkového výběru z okruhu vytipovaných činností, které na pracovníky kladou zvýšené nároky. V Evropě se adresné orientační vyšetření provádí pouze tehdy, pokud je to nezbytné k zajištění větší bezpečnosti na pracovišti.
- Zjištění problémů – orientační vyšetření (screening) a testování na pracovišti. Ke zjištění problému s užíváním návykových látek na pracovišti dochází obvykle buď tak, že na své obavy v tomto směru upozorní sám zaměstnanec, kterého se problém týká, nebo se o věci dozví zaměstnavatel, a to buď mimoděk při rozhovoru o plnění pracovních úkolů, nebo na základě formálního posouzení, jehož součástí může být i odvětvích se zvýšenými nároky na bezpečnost i testování na návykové látky. Tyto přístupy často obnášejí screening, diagnostiku, poradenství a zprostředkování kontaktů na další specializovanější péči a současně je jejich cílem hledat možnosti, jak upouštět od disciplinárních postihů nebo rozvázání pracovního poměru se zaměstnanci s adiktologickými problémy v závislosti na jejich schopnosti konstruktivně řešit tyto problémy, jež mají negativní dopad na plnění jejich pracovních povinností.
- Intervence zaměřené na řešení problémů, včetně pomoci, léčby a programů následné péče. Typ a rozsah poskytnuté podpory bude záviset na celé řadě faktorů, včetně velikosti organizace. Minimálně by se mělo uvažovat o následujících krocích: vytipovat specializované služby v dané lokalitě a poskytnout o nich příslušné informace, případně i zprostředkovat první kontakt, vytipovat svépomocné organizace působící v dané komunitě, např. Anonymní narkomani, které mohou být pro příslušného jedince užitečnou variantou, a navrhnout danému jedinci, aby se obrátil s žádostí o pomoc na svého praktického lékaře.

Pracoviště rovněž sehrává potenciální roli při podpoře sociální reintegrace osob, které měly někdy v minulosti závažné problémy s drogami. Stigma spojené s problémovým užíváním návykových látek může představovat značnou překážku při hledání zaměstnání, jež je úhelným kamenem reintegrace. Někteří zaměstnavatelé však ve spolupráci s adiktologickými službami vytvářejí různé programy, např. podporované zaměstnávání, jež přispívají k lepší uplatnitelnosti osob s anamnézou problémového užívání návykových látek na trhu práce, přičemž zjišťují, že tyto iniciativy přinášejí kromě zmíněných jedinců prospěch také jejich organizaci.

Evropské aktivity zaměřené na řešení problémů s drogami na pracovišti

Ze zprávy uveřejněné agenturou Eurofound (Evropská nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek) vyplývá, že většina evropských zemí má nějaké obecně platné právní předpisy nebo smlouvy, které zakazují nebo regulují konzumaci alkoholu a drog na pracovišti. Typ platných zákonů a charakter omezení stanovených legislativou vztahující se k bezpečnosti a zdraví při práci se však značně liší v závislosti na kultuře daného státu, povědomí o tomto problému a prioritě, která je mu udělována. Zatímco v některých zemích existují např. speciální celostátní předpisy, týkající se alkoholu, v jiných je tato problematika pouze v gesci zaměstnavatelů.

V Evropě aktuálně nejsou nijak zevrubně zmapovány postupy a intervence týkající se problematiky užívání návykových látek na pracovišti. Málo je rovněž relevantních důkazů o efektivitě různých aplikovaných programů a intervencí, přičemž většina z nich je navíc americké provenience. Z toho důvodu není možné provést komplexní zhodnocení momentální praxe v této oblasti.

Najdou se nicméně datové zdroje, z nichž lze čerpat relevantní informace. Agentura EU-OSHA např. opakovaně realizuje evropský průzkum mezi podniky, jehož cílem je mapovat nová a vznikající rizika (ESENER). V rámci tohoto průzkumu se věnuje pozornost množství různých témat. Patří mezi ně zdravotní a bezpečnostní rizika na pracovišti obecně, psychosociální rizika, např. stres, šikana a obtěžování, motivační faktory a překážky při zajišťování bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a aktivní účast zaměstnanců na opatřeních k dosažení bezpečnosti a ochrany zdraví. Šetření proběhlo v letech 2009 a 2014 a data z obou jeho vln jsou k dispozici na internetu. Respondenti byli mimo jiné dotazováni, zda jsou na jejich pracovišti realizována nějaká „...opatření k podpoře zdraví zaměstnanců ... zvyšování povědomí o prevenci závislosti, např. na kouření, alkoholu nebo drogách“. V roce 2014 uvedla přibližně třetina respondentů napříč Evropou, že v jejich podniku se taková opatření činí, přičemž kladné odpovědi se v závislosti na jednotlivých zemích pohybovaly v rozmezí od 19 % do 59 % (Obr. 4.2).

Vzhledem k množství různých programů v této oblasti a snaze přilížit zaměstnavatele nezatěžovat je obtížné podat komplexní přehled o situaci. Nejdůležitější bude zřejmě zaměřit se na rozhraní mezi adiktologickými službami a zaměstnanci a popsat a zhodnotit dostupnost péče pro zaměstnance, kteří mají nějaký adiktologický problém, nebo absolvují program určený k podpoře uplatnitelnosti osob v adiktologické léčbě na pracovním trhu.

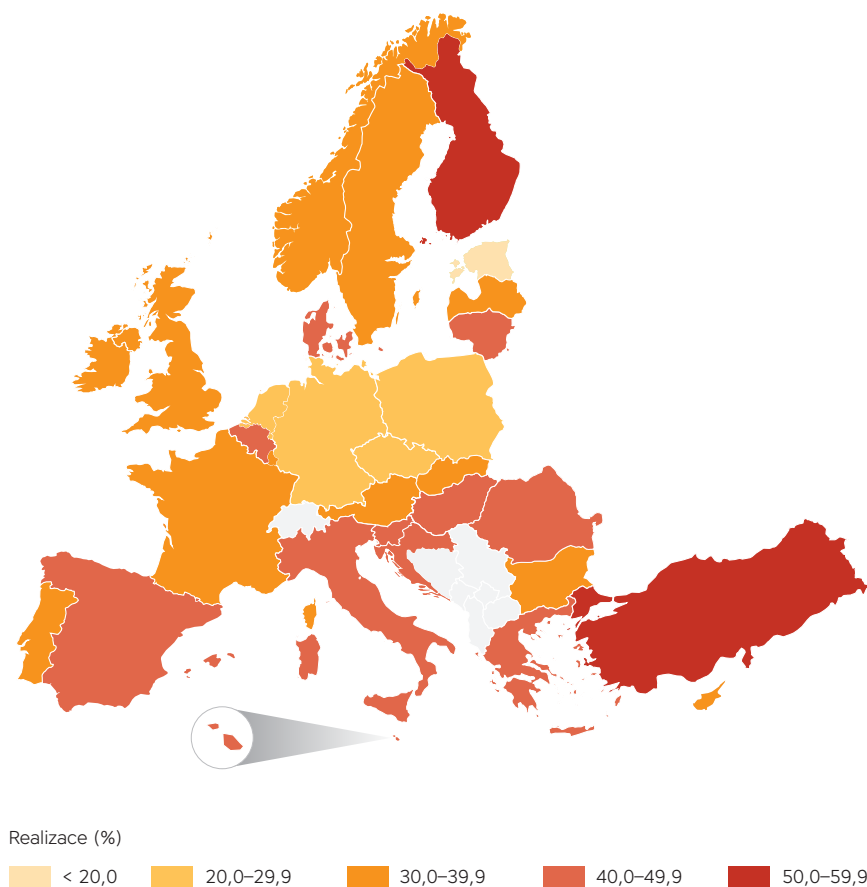
Do budoucna se může stát narůstajícím problémem užívání drog na podporu výkonnosti. Spadá sem užívání modafinilu a dalších stimulačních preparátů na lékařský předpis, jež pomáhají koncentraci, a předpokládá se u nich celkově psychostimulační efekt. Podle dostupných údajů je užívání drog zvyšujících výkonnost na vzestupu a jak již bylo zmíněno výše, u některých skupin zaměstnanců je pravděpodobnost jejich užívání v souvislosti s výkonem pracovní činnosti větší. Lze proto očekávat, že s rostoucí kompetitivností společnosti by jejich užívání na pracovišti mohlo dále růst. Bude důležité užívání drog zvyšujících výkon v budoucnu monitorovat a je také zapotřebí věnovat větší pozornost dopadům užívání těchto drog na pracovišti.



Hlavní zásady při řešení problematiky užívání návykových látek na pracovišti formulované Mezinárodní organizací práce při OSN

- Protidrogové politiky a programy by měly prosazovat prevenci, minimalizaci a komplexní řešení problémů souvisejících s užíváním alkoholu a drog na pracovišti.
- Problémy s návykovými látkami by měly být považovány za zdravotní problémy, mělo by se k nim v práci přistupovat jako k jakýmkoli jiným zdravotním problémům a měla by se na ně vztahovat standardní zdravotní péče (ať už poskytovaná státními nebo soukromými zařízeními).
- Zaměstnavatelé a pracovníci a jejich zástupci by měli společně vyhodnocovat dopady užívání alkoholu a drog na pracovišti a spolupracovat na tvorbě písemně formulované politiky pro daný podnik v této oblasti.
- Zaměstnavatelé by měli ve spolupráci se zaměstnanci a jejich zástupci činit přiměřené a reálně praktické kroky k vytipování takových situací na pracovišti, které mohou vést ke vzniku problémů v oblasti užívání návykových látek, a přijmout příslušná opatření k předcházení nebo nápravě takových případů.
- Stejná omezení a zákazy ve vztahu k alkoholu by měla platit pro členy vedení i řadové pracovníky, aby tak byla zajištěna jednoznačná platnost dané politiky bez rozdílů.
- Informační, osvětové a vzdělávací programy věnované problematice alkoholu a drog v zájmu posílení bezpečnosti a ochrany zdraví při práci by měly být realizovány jako součást obecnějších programů zaměřených na tematiku podporu zdraví.
- Zaměstnavatelé by měli vytvořit systém, který zajistí důvěrnost všech informací týkajících se problémů s alkoholem nebo drogami, které se k nim dostanou.
- Testování biologických vzorků na přítomnost alkoholu a drog v kontextu pracovního procesu se pojí s morálními, etickými a legislativními otázkami zásadního významu, u nichž je nutné stanovit, za jakých okolností je takové testování oprávněné a adekvátní.
- Zaměstnání je důležitým pozitivním faktorem při překonávání problémů s alkoholem a drogami. Situace na pracovišti proto může tento proces významně usnadnit.
- Pracovníci, kteří se léčí a snaží se zbavit své závislosti na alkoholu nebo drogách, by neměli být vystaveni diskriminaci ze strany zaměstnavatele, nemělo by to nijak ohrozit jejich pracovní poměr a jejich příležitosti týkající se přeložení nebo povýšení by měly být stejné jako v případě jejich kolegů.
- Zaměstnavatel disponuje pravomocí k tomu, aby uděлил pracovníkovi kázeňský postih za porušení pracovních povinností v souvislosti s alkoholem nebo drogami, nicméně preferovanou alternativou ke kázeňskému řízení představuje poradenství, léčba a následná péče. Pokud pracovník neprokáže při plnění terapeutického programu plnou součinnost, zaměstnavatel může přikročit k odpovídajícímu disciplinárnímu postihu.
- Zaměstnavatel by měl v souladu s národní legislativou a dalšími předpisy uplatňovat zásadu, že z pracovního hlediska nebude nikoho diskriminovat na základě toho, že užíval nebo užívá návykové látky.

Zpracováno podle materiálu *Management of alcohol-and drug-related issues in the workplace* [Řešení problematiky alkoholu a drog na pracovišti – metodický pokyn ILO]. An ILO code of practice. Geneva, International Labour Office, 1996.



Obr. 4.2 Realizace intervencí v oblasti podpory zdraví určených zaměstnancům: podíl (%) pracovišť uvádějících realizaci opatření zaměřených na zvyšování povědomí o prevenci závislosti

Zdroj: EU-OSHA: Evropský průzkum podniků na téma nových a vznikajících rizik, 2014.



Intervenční opatření na pracovištích: význam pro politiku a praxi

Základy

- Doporučuje se, aby zaměstnavatelé učinili pravidla týkající se užívání návykových látek spíše součástí zdravotní a sociální firemní politiky než věcí disciplinární povahy.
- Prosazovat je také třeba výše uvedené hlavní zásady při řešení problematiky užívání návykových látek na pracovišti formulované Mezinárodní organizací práce při OSN.

Příležitosti

- Získání zaměstnání je významnou součástí reintegrace. Je proto důležité, aby lidem, kteří měli nebo mají problémy s alkoholem nebo drogami, byla poskytnuta podpora při návratu do pracovního procesu. Spolupráce se zaměstnavateli na překonávání překážek při zaměstnávání osob s drogovou minulostí může být přínosem jak pro zaměstnavatele a ty, kteří se snaží překonat své problémy s drogami, tak pro společnost jako celek.

Rezervy

- Je potřeba zpracovat přehled či zajistit zmapování existujících zdrojů dat, aktuálně uplatňovaných opatření a intervencí zaměřených na problematiku návykových látek na pracovišti a současně provést evaluace těchto intervencí v Evropě.
- Je třeba prozkoumat rozsah a charakter užívání drog podporujících výkonnost na pracovišti a efekt jejich užívání v tomto kontextu.



Doporučené zdroje

EMCDDA

- Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment EMCDDA Insights, 2013

Další zdroje

- OSHA. *A review on the future of work: performance-enhancing drugs*, Discussion paper, 2015
- OSHA. *European survey of enterprises on new and emerging risks*, 2014
- Eurofound. *Use of alcohol and drugs at the workplace*, 2012
- *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. An ILO code of practice*. Geneva, International Labour Office, 1996
- Shahandeh, B. and Caborn, J. (2003), *Ethical issues in workplace drug testing in Europe* Geneva: ILO
- Pompidou Group. *Prevention of drug use in the workplace*
- UK Health and Safety Executive. *Drug misuse at work: A guide for employers*

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

4.4 Školy

SHRNUTÍ

Témata

Období dospívání a rané dospělosti se pojí s riskantním chováním a experimentováním, do něhož často spadá i užívání návykových látek. Školy, včetně škol vysokých, jsou důležitým prostředím z hlediska navázání kontaktu s cílovou skupinou mládeže, byť některé rizikové skupiny v populaci školní mládeže nemusejí být dostatečně dobře zastoupeny.

Ve školách je důraz kladen především na to, aby žáci nezačínali s užíváním návykových látek, resp. aby s ním začali, co možná nejpozději, a aby si osvojili dovednosti, které podněcují rozhodnutí slučitelná se zdravým životním stylem.

Vyšší riziko rozvoje problémových forem užívání návykových látek hrozí jedincům se špatnou docházkou, chronickým záškolákům nebo mladým lidem, kteří mají problémy s chováním, např. mají sníženou schopnost kontrolovat svou impulzivitu. Školy jsou tak důležitým prostředím z hlediska možnosti časného vytipování ohrožených jedinců.

Větší nezávislost mladých lidí navštěvujících vysokou školu a tendence k vyšší míře užívání alkoholu a drog v této věkové skupině činí z univerzit a dalších vysokoškolských zařízení důležité prostředí z hlediska minimalizace rizik a zprostředkovávání kontaktů na specializované služby pro ty, u nichž došlo k rozvoji nějakého problému.

Klíčová slova

mládež, prevence, studenti

Možná řešení

Míra užívání drog mezi školní mládeží je celkově nízká a může být součástí obecnějšího vzorce problémového a riskantního chování. Příslušné intervence je proto třeba cílit na obecnější determinanty rizikového a impulzivního chování spíše než jen na užívání drog samotné.

Cílem většiny preventivních intervencí ve školách je působit na žactvo a pracovníky školy jako celek. Mezi ty, jejichž účinnost prokazují aktuální poznatky, patří:

- vědecky fundované všeobecně preventivní programy zaměřené na rozvíjení sociálních kompetencí, dovedností odmítání a dovedností potřebných k přijímání rozhodnutí slučitelných se zdravým životním stylem a na korigování mylných normativních představ o užívání drog,
- politika školy ve vztahu k užívání návykových látek a

- intervence zaměřené na rozvíjení protektivního a vstřícného prostředí ke vzdělávání, které podněcuje učení a vymezuje jasná pravidla, pokud jde o užívání návykových látek.

Mezi další potenciálně přínosné alternativy patří akce či intervence za účasti rodičů a využívání přístupů na vrstevnické bázi.

Situace v Evropě

Z intervencí, o jejichž efektivitě existují dostatečně přesvědčivé důkazy, uvádějí všechny země, které poskytly příslušné informace, zákaz kouření ve školách a 21 zemí uvedlo, že většina jejich škol má zavedena konkrétní pravidla týkající se užívání návykových látek. Programy zaměřené na rozvoj individuálních a sociálních dovedností jsou realizovány v menším rozsahu; pouze 11 zemí uvádí jejich uplatňování ve většině škol. Je to méně, než v jakém rozsahu se realizují programy spočívající výlučně v poskytování informací, jejichž efektivita sice není prokázána, ale jejich využívání ve většině svých škol uvádí 16 států.

K dispozici jsou důkazy hovořící ve prospěch i dalších typů programů. Patří mezi ně vrstevnické programy, které jsou v praxi málo běžné, ale kreativně zaměřené mimoškolní aktivity a akce pro rodiče se již využívají častěji. Testování žáků na přítomnost drog se nedoporučuje a také se provádí jen zřídka. V deseti státech se praktikuje pouze v několika málo školách.

Problematika užívání drog ve školách

Období dospívání a rané dospělosti jsou životními fázemi, které jsou asociovány s riskantním chováním a experimentováním s novými zkušenostmi, včetně užívání návykových látek. Školy, včetně škol vysokých, jsou důležitým prostředím k navázání kontaktu s obecnou populací mladých lidí. Mohou též poskytovat příležitosti pro vytipování ohrožených jedinců, jako jsou mladí lidé s osobnostními rizikovými predispozicemi (např. nedostatečná kontrola impulzivitu) nebo špatnou školní docházkou, resp. záškoláci, u nichž hrozí větší nebezpečí rozvoje problematických forem užívání návykových látek, a následné intervence zaměřené na tuto cílovou skupinu. O intervencích pro ohrožené mladé lidi je pojednáno v části 3.4.

Ve školách je hlavní důraz kladen na to, aby žáci nezačínali s užíváním návykových látek, resp. aby s ním začali co možná nejpозději, a aby získali individuální a sociální dovednosti, které podněcují zdravý společenský kontakt a rozhodnutí slučitelná se zdravým životním stylem obecně. V rámci vysokých škol bude důležitým prvkem také minimalizace rizik, neboť mladí lidé v tomto kontextu se již vyznačují větší nezávislostí, která může znamenat intenzivnější společenský život a veškerý s představou, že vyšší míra konzumace alkoholu je normou.

Možná řešení

Míra užívání drog u školní mládeže je celkově nízká a může být součástí obecnějšího vzorce problémového a riskantního chování. Opatření zaměřená na minimalizaci tohoto

jevu proto musejí cílit na determinanty těchto obecnějších typů chování spíše než jen na užívání drog samotné. Existuje také větší pravděpodobnost, že vzdělávací systémy budou spíše podporovat takové preventivní programy, politiky a intervence, které vedle snižování míry užívání návykových látek budou současně přispívat k redukcí násilí a šikany, budou mít pozitivní dopad na studijní výsledky a prospěch žáků a vytvářet lepší školní klima.

Prevence užívání návykových látek se často provádí ve školách, protože školy poskytují jedinečný přístup k mladým lidem během kritické fáze jejich vývoje. Cílem preventivních intervencí je zpravidla působit na žactvo a pracovníky školy jako celek. Spadají sem vědecky fundované všeobecně preventivní programy zaměřené na rozvíjení sociálních kompetencí, dovedností odmítání a dovedností potřebných k přijímání rozhodnutí slučitelných se zdravým životním stylem a na korigování mylných normativních představ o užívání drog. Příkladem takových intervencí je program *Unplugged*, který se zaměřuje na rozvoj životních dovedností a korekci normativních přesvědčení, jehož evaluace vykázala pozitivní výsledky v několika evropských zemích, a *Rebound*, metodika vytvořená v Německu, která byla rovněž ověřována ve Spojeném království. Z hlediska podpory těchto programů je důležité, aby měla škola formulovanou svou politiku ve vztahu k užívání návykových látek.

Kladný vliv mohou mít intervence zaměřené na rozvíjení pozitivního školního klimatu, které podněcuje učení a vymezuje jasná pravidla, pokud jde o užívání návykových látek. K dispozici jsou výzkumem ověřené programy, které se explicitně nevěnují užívání návykových látek, ale zaměřují se na chování celkově. Je prokázán jejich pozitivní vliv na kontrolu impulzivitu, studijní výsledky a atmosféru ve třídě, s potenciálem dlouhodobého efektu na užívání návykových látek a duševní zdraví. Jejich aplikace může být vhodná zejména na prvním stupni základních škol. Příkladem takových programů je *Good Behaviour Game* a *Nina e Nino*.

Jiné přístupy, o jejichž efektivitě nejsou k dispozici jednoznačné důkazy, zahrnují akce nebo aktivity s účastí rodičů, které spočívají v zajišťování kreativních mimoškolních činností pro žáky a využívání vrstevnických přístupů v rámci školních programů.

Na vysokých školách, kde může být intenzivní užívání alkoholu a drog vnímáno jako norma nebo důležitá součást studentského života, spočívá těžiště preventivního působení spíše v relativizaci těchto norem. Takové přístupy se ve značné míře užívají ve Spojených státech a evaluace ukazují jejich určitý dopad na chování související se škodlivou konzumací alkoholu, byť většinou nijak velký. Intervence zaměřené na společenské normy vycházejí z předpokladu, že vyšší osobní míra konzumace alkoholu má souvislost s mylnou představou o výši míry užívání návykových látek mezi vrstevníky. Cílem mezinárodního výzkumného projektu zaměřeného na roli společenských norem v prevenci polyvalentního užívání návykových látek (SNIPE) bylo zjistit, zda totéž platí i v sedmi evropských zemích, které byly předmětem výzkumu. Z výsledků vyplynulo, že takové falešné představy existují ve vztahu k užívání celé řady drog (konopí, kokain, extáze, amfetaminy, halucinogeny, syntetické kanabinoidy a inhalanty), včetně užívání stimulantů nepředepsaných lékařem (např. ritalin, který se užívá vzhledem k jeho předpokládanému pozitivnímu vlivu na studijní výsledky). Programy orientované na tyto normy se v současnosti tvoří a pilotně ověřují i v Evropě.

Být se nejedná o běžnou praxi, v některých evropských zemích se ve školách provádí testování na přítomnost drog. Představa, že toto testování lidi odrazuje od užívání návykových látek, není podložena relevantními fakty. Testování může být buď namátkové, nebo cílené. Namátkové testování může být vnímáno jako součást všeobecné prevence, neboť jeho snahou je vytvářet klima, které žactvo odrazuje od užívání návykových látek jako celek. Cílené testování na drogy spočívá v testování pouze těch jedinců, jejichž chování vzbuzuje oprávněné podezření, že návykové látky užívají. Vliv namátkového testování na změnu chování není dostatečně prokázán, a to ani ve Spojených státech, kde se praktikuje v mnohem větší míře. Existují naopak určité důkazy o tom, že může zvyšovat míru užívání nelegálních drog nebo rizik spojených s užíváním návykových látek. Aktuálně se proto tento typ intervence nedoporučuje.

Proti jejímu uplatňování stojí invazivnost celého postupu a problematická výpovědní hodnota informací získaných na základě výsledků těchto testů.

Pokud by se mělo testování na drogy používat, pak je třeba provést další studie, jejichž výsledky by mohly posloužit jako podklad pro doporučení optimální praxe realizace této intervence u dospívajících. Zejména bude důležité zjistit, které postupy aplikované v návaznosti na výsledky testů budou nejefektivnější z hlediska adekvátní pomoci

Přehled důkazů o ... intervencích ve školách



Efektivní školní preventivní programy mohou oddálit první aktivní zkušenost s užíváním návykových látek. Jedná se o standardizované metodiky zaměřené na rozvíjení sociálních kompetencí a dovedností odmítání, přijímání rozhodnutí a zvládnání zátěžových situací způsobem slučitelným se zdravým životním stylem a korigování mylných normativních představ o užívání drog. V ideálním případě by se měly realizovat v kontextu protidrogové politiky dané školy.



K minimalizaci problémů s užíváním návykových látek může přispět zajištění protektivního a vstřícného prostředí ke vzdělávání, které podněcuje učení a vymezuje jasná pravidla, pokud jde o užívání návykových látek.



Existují výzkumem ověřené programy určené pro první stupeň základních škol, které se sice explicitně neorientují na návykové látky, ale působí na kontrolu impulzivitu a potenciálně tak později i na užívání návykových látek a duševní problémy. Bezprostřední dopad mají na učení a atmosféru ve třídě.



U intervencí, které spočívají pouze v poskytování informací o rizicích užívání drog, nebyl prokázán jejich faktický preventivní efekt ve vztahu k užívání drog.



žákům či studentům s pozitivním nálezem. Místo trestu nebo vyloučení ze školy je podle odborné literatury takové prohřešky vhodnější řešit dalším diagnostickým vyšetřením a poskytnutím nebo zajištěním poradenství, léčby nebo další zdravotní nebo psychosociální péče pro takové žáky či studenty.

Evropské aktivity v oblasti řešení problematiky užívání návykových látek ve školách

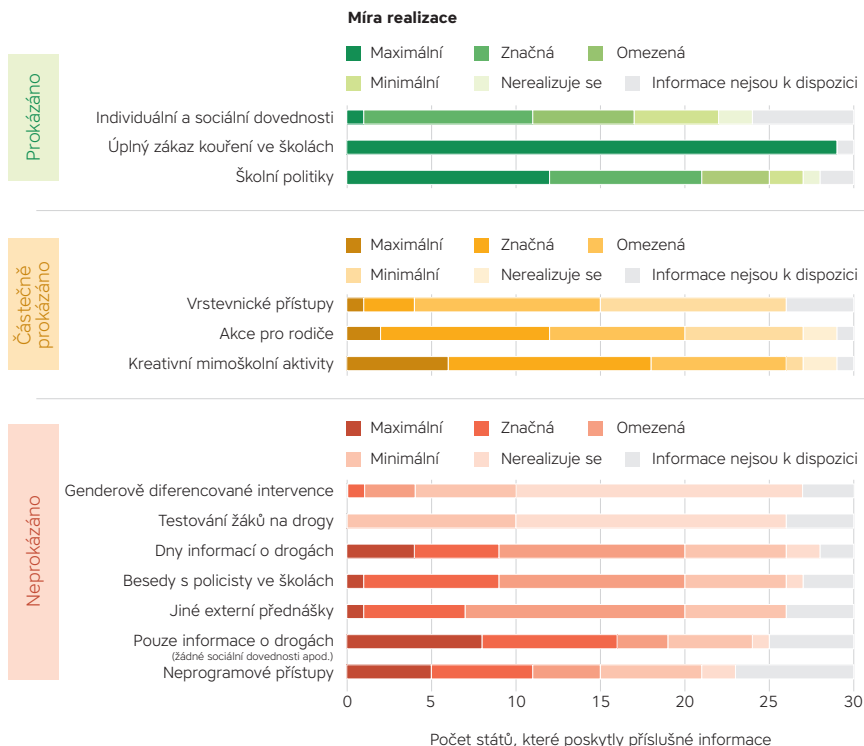
Spektrum školních intervencí v oblasti prevence užívání návykových látek implementovaných v evropských zemích se liší jak stupněm prokazatelnosti jejich efektivity, tak rozsahem jejich realizace (Obr. 4.3). Z expertních posouzení rozsahu realizace 13 typů intervencí v jednotlivých zemích vyplývá, že z opatření, jejichž efektivita je podložena dostatečně přesvědčivými důkazy, je zákaz kouření ve školách implementován v maximální nebo značné míře ve všech 29 zemích, které poskytly příslušné informace. Školní politiky ve vztahu k užívání návykových látek jsou v maximální nebo značné míře implementovány v 21 zemích. Programy zaměřené na rozvoj individuálních a sociálních dovedností se využívají v menším rozsahu – jejich realizaci v maximální nebo značné míře uvedlo pouze 11 zemí. Naproti tomu v poměrně mnoha státech se v maximální nebo značné míře realizují intervence, jejichž efektivita není podložena jasnými důkazy. 16 zemí uvádí tuto míru realizace u programů spočívajících výhradně v poskytování informací a 9 u besed s policisty. V této souvislosti je třeba uvést, že přesný charakter typu aktivit spadajících do jednotlivých intervenčních kategorií se může stát od státu značně lišit.

Pokud jde o jiné typy programů, jejichž efektivitu lze podložit určitými důkazy, vrstevnické programy jsou podle všeho relativně vzácné. Kreativně orientované mimoškolní aktivity a akce pro rodiče jsou častější; maximální nebo značnou míru jejich realizace uvádí 18, resp. 12 zemí, přičemž 8 zemí hlásí realizaci obou typů těchto intervencí v omezeném rozsahu.

Testování žáků na přítomnost drog, které se nedoporučuje, hlásí v minimální míře 10 zemí, 16 uvedlo, že tyto postupy se u nich neprojektují, a zbylé čtyři státy příslušné informace neposkytly.

Některé školy uplatňují přístupy zaměřené na časné podchycení a intervence, často na základě poradenských služeb poskytovaných mladým uživatelům návykových látek. Úspěšně dopadla evaluace kanadského programu (Preventure), jehož cílovou skupinou jsou mladí konzumenti alkoholu se sklony k vyhledávání vzrušujících zážitků. Vznikly také české, nizozemské a britské mutace této metodiky. O intervencích určených ohroženým skupinám mladých lidí je podrobněji pojednáno v části 3.4.

Pracuje se na tvorbě intervenčních opatření zaměřených na normativní přesvědčení určená k použití v rámci vysokoškolského prostředí. Jako příklad uvedme elektronickou intervenci INSIST, jež se aktuálně pilotně ověřuje v Německu. O rozsahu realizace intervencí orientovaných na problematiku užívání návykových látek mezi vysokoškoláky však jinak aktuálně nejsou k dispozici žádné informace.



Obr. 4.3 Školní intervence v oblasti prevence užívání návykových látek v Evropě: míra realizace a prokazatelnosti efektivity

Pozn.: Jedná se o 28 členských států EU, Norsko a Turecko. Dostupnost: maximální, realizováno téměř ve všech školách; značná, realizováno ve většině škol, nikoli však téměř ve všech; omezená, realizováno ve více než několika školách, nikoli však ve většině z nich; minimální, realizováno jen v několika školách.



Intervenční opatření ve školách: význam pro politiku a praxi

Základy

- Školy jsou důležitým místem z hlediska možnosti navázání kontaktu s dospívajícími a jejich rodiči. Sahrávají rovněž svou roli při vytipování ohrožených jedinců jako cílové skupiny pro adresné intervence.
- Vzdělávací systémy by měly zajistit, aby školy realizovaly výzkumem prověřené preventivní programy a měly zavedeny příslušné politiky pro oblast návykových látek. Ty by se neměly soustředit jen na snižování míry užívání návykových látek, ale také na redukci násilí, zkvalitňování učebního procesu a dosahování lepších studijních výsledků a vytváření pozitivnějšího školního klimatu, což jsou všechno výstupy, na nichž by měl mít školský sektor bytostný zájem.
- Oblíbě se často těší i neefektivní programy. Roste však počet programů, které prokazatelně fungují, a ty je třeba upřednostnit.

Příležitosti

- Vytvářet systémy, které školy podněcují nebo nutí k využívání prokazatelně funkčních programů namísto těch neefektivních, a podporovat takovou praxi by znamenalo účelnější a hospodárnější využívání prostředků.

Rezervy

- Existuje jen minimum relevantních dat o efektivitě programů aplikovatelných na vysokoškolské prostředí. Jelikož se však jedná z hlediska užívání návykových látek o vysoce rizikový kontext, existuje zde prostor pro adekvátní programy.



Doporučené zdroje

EMCDDA

- portál dobré praxe
- databáze Xchange
- *Prevention of addictive behaviours. Insights, 2015*
- „Preventivní profily“

Další zdroje

- *UNESCO, UNODC and WHO (2017), Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.*

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

4.5 Místní komunity

SHRNUTÍ

Témata

V této části se komunitou rozumí skupina jedinců, kteří společně obývají nějaký geografický nebo správní celek.

Místní komunity hrají z hlediska opatření v oblasti užívání návykových látek důležitou roli tím, že poskytují prvek občanské angažovanosti a aktivity, který v celém procesu představuje působení zdola nahoru. Obce a orgány místní samosprávy jsou v Evropě často hlavními aktéry tvorby a naplňování příslušných koncepcí.

Komunity se mohou na řešení drogové problematiky podílet různými způsoby:

- jako kontext pro realizaci intervencí (v kontrastu ke školám nebo pomáhajícím službám, např.),
- intervenční opatření se mohou konkrétně zaměřovat na negativní dopady užívání drog, s kterými se dané komunity potýkají,
- zapojení komunity v realizaci intervencí zaměřených na řešení problémů s drogami.

Klíčová slova

místní komunity, aplikační místnosti

Možná řešení

- Zpracování komunitních plánů v zájmu koordinace aktivit v souladu s místními potřebami.
- Prostřednictvím komunitní kontaktní práce jsou poskytovány služby jednotlivcům a skupinám, jež nejsou efektivně podchyceni „kamennými“ zařízeními nebo tradičními přístupy v oblasti podpory zdraví.
- Pozitivní volnočasové aktivity pro mladé lidi, při nichž si ohrožení jedinci mají možnost budovat zdravé sebevědomí a osvojovat si životní dovednosti, což snižuje pravděpodobnost, že budou užívat návykové látky nebo se dostanou do nějaké problémové party či gangu.
- Programy určené k řešení negativních dopadů užívání návykových látek, s nimiž se potýká daná komunita, např. úklidové akce zaměřené na sbírání jehel a dalšího injekčního náčiní nebo aplikační místnosti.
- Komunitně pojaté intervence, např. komunitní partnerství nebo program Communities that Care.

Způsoby definování komunity se mezi jednotlivými evropskými státy liší, stejně jako se liší formy aktivního zapojení komunit.

Situace v Evropě

V některých zemích se implementují preventivní přístupy cílené na rizikové čtvrti. Využívají se při nich některé nové metody, jako např. rekonstrukce městského prostoru. Podle dostupných informací se tento typ intervencí uplatňuje nejvíce v severní a západní Evropě. Prokazatelně efektivní přístupy (normativní a environmentální) se realizují v necelé čtvrtině zemí.

V Německu, Nizozemsku, Chorvatsku a Spojeném království se realizuje program Communities that Care (CTC). V Belgii se pak provádí studie zkoumající možnost využití CTC v oblasti prevence kriminality.

V nedostatečně míře probíhá systematický sběr informací o komunitních intervencích. Monitorování těchto intervencí komplikuje jejich různorodost, lokální charakter jejich implementace a skutečnost, že se často překrývají s obecnějšími aktivitami zaměřenými na veřejné zdraví a prevenci kriminality.

Sdílení příkladů dobré praxe může probíhat prostřednictvím sítí spolupracujících subjektů, které mohou mít často širší záběr, nebo se věnovat konkrétně určitému typu intervence. Zmapování těchto partnerství a získání lepšího přehledu o různých přístupech uplatňovaných v rámci Evropy ve vztahu k různým typům komunitních intervencí může být dobrým východiskem pro rozvoj platform pro sdílení efektivních intervencí a monitorování jejich realizace.

Problematika užívání drog v rámci komunit

„Komunitou“ se v každé evropské zemi může myslet něco trochu jiného. V některých případech se komunity vymezují geograficky, buď neformálně, jako je tomu v případě městských lokalit, nebo formálně na základě hranic obce nebo místního samosprávného celku. V jiných případech mohou být komunity definovány společnými etnickými, jazykovými nebo kulturními rysy.

Bez ohledu na jejich definici se komunity potýkají s řadou negativních dopadů souvisejících s užíváním drog, mezi něž v některých lokalitách patří např. problémy s otevřenými drogovými scénami. Mohou rovněž představovat důležitý prvek občanské angažovanosti a aktivity, který v celém procesu řešení drogového problému představuje působení zdola nahoru. Obce a orgány místní samosprávy jsou často hlavními aktéry a hnací silou tvorby a realizace příslušných intervencí.

V této části se komunitou míní skupina jedinců, kteří společně obývají nějaký geografický nebo správní celek. Intervence v rámci komunity se nemusejí nutně týkat všech jejích členů, ale měly by se na nich podílet někteří klíčoví aktéři (např. rodinné skupiny a spolky, poskytovatelé zdravotní péče, školy a sportovní organizace).

Podíl komunit na intervenčních opatřeních zaměřených na řešení drogové problematiky může mít různé formy:

- komunita jako kontext pro realizaci intervencí, např. prostřednictvím terénních služeb,

- intervenční opatření zaměřená na negativní dopady užívání drog, se kterými se dané komunity potýkají, např. narušování veřejného pořádku nebo zločinnost související s drogami,
- podíl komunity na podpoře intervenčních opatření zaměřených na řešení problémů s drogami – může jít o aktivity, jejichž cílem je minimalizovat újmu pro komunitu jako celek i její jednotlivé členy.

Možná řešení

Komunity jako kontext pro realizaci intervencí

Flexibilní a efektivní složkou strategií prevence a minimalizace rizik na lokální úrovni mohou být terénní služby zajišťující kontaktní práci v rámci komunity. Jejich cílem je obecně zlepšování zdraví na základě minimalizace rizik a negativních důsledků pro jednotlivce i skupiny obyvatel, kteří nejsou efektivně podchyceni „kamennými“ zařízeními nebo tradičními formami zdravotnické osvěty. Terénní pracovníci zpravidla naváží kontakt a vytvoří s cílovými populacemi konstruktivní vztah a získají si jejich důvěru a respekt jako důvěryhodný zdroj informací a rad. Povaha těchto služeb se značně liší a mohou je vést sociální pracovníci nebo proškolení vrstevníci.

Spektrum cílových skupin sahá od mládeže na ulici nebo v prostředí zábavy až po problémové uživatele drog nebo osoby zapojené do komerčního sexu. Zejména u intervencí vedených vrstevníky je nutné zajistit dobré organizační zázemí a odborný dohled. Poskytovatelé služeb v této oblasti musejí věnovat pozornost otázkám, jako je důvěrnost informací, definování a respektování hranic a ochrana zdraví a bezpečnost pracovníků. V této souvislosti může dobrou službu prokázat jasné formulování cílů a nabízených služeb a povinností, jakož i potřeby respektovat osobní, profesní a zákonné mantinely.

Širokou škálu aktivit (např. skálopezectví, sport, hudba nebo tvůrčí aktivity a dobrovolnická činnost), jež rozvíjejí různé dovednosti, vedou ke vzniku nových přátelství a podporují zdravé sebevědomí, poskytují intervence zaměřené na pozitivní vývoj mládeže nebo různé volnočasové aktivity určené pro mladé lidi v dané komunitě, jako jsou např. akce pořádané sítí organizací *Positive Futures* ve Spojeném království nebo každoroční „týdny dobrodružství“ pořádané v Lucembursku. Jejich cílem je posílit protektivní faktory a oslabit rizikové faktory a současně rizikovým skupinám mladých lidí poskytnout alternativu k užívání návykových látek, kriminalitě nebo členství v ganzích.

Řešení negativních důsledků pro komunitu

Irský *Drug Related Intimidation Reporting Programme* je příkladem iniciativy zaměřené na řešení újmy, která postihuje komunitu. Program založený na spolupráci mezi policií a organizací *National Family Support Network* poskytuje podporu lidem v komunitě, kteří čelí zastrašování kvůli dluhům souvisejícím s drogami. V jiných zemích jsou v rámci mediálních kampaní zřizovány telefonní linky, jejichž prostřednictvím mohou lidé anonymně nahlásit případy distribuce drog v různých čtvrtích.

Nejen pro injekční uživatele drog, ale také komunity jako celek mohou být prospěšné aplikační místnosti, označované někdy jako zařízení pro supervidovanou aplikaci drog (viz také Zaměřeno na aplikační místnosti, strana 212). Je prokázána jejich účinnost při snižování negativních dopadů na místní komunitu, plynoucích např. z pohozeného

aplikačního náčiní nebo narušování veřejného pořádku, ale také při minimalizaci rizika předávkování a infekcí u injekčních uživatelů drog. Veřejnost však často vystupuje proti zřizování těchto služeb, takže úspěšnost tohoto projektu se neobejde bez patřičného angažmá celé komunity.

I jiné služby zaměřené na minimalizaci rizik mohou vedle svých primárních cílů přinést bezprostřední prospěch i komunitám. Příkladem jsou programy výměny jehel a stříkaček, v důsledku jejichž působení bude na veřejných místech méně odhozeného použitého aplikačního náčiní.

Organizují se také různé proaktivní akce, jako jsou např. úklidové dny zaměřené na sbírání odhozeného aplikačního náčiní v parcích nebo na jiných místech, kde tento odpad představuje pro místní obyvatelstvo problém.



Zaměřeno na ... aplikační místnosti

Co jsou to aplikační místnosti?

Aplikační místnosti, označované někdy jako zařízení pro supervidovanou aplikaci drog, jsou prostory, kde si uživatelé drog mohou aplikovat nelegální návykovou látku pod dohledem kvalifikovaného zdravotnického personálu. Existují v několika evropských zemích a obvykle jsou situovány v lokalitách s výskytem otevřené drogové scény, kde je běžným jevem injekční užívání drog na veřejných místech. Jejich primárním cílem je poskytnout bezpečnější prostředí pro aplikaci drog a poučit klienty o bezpečnějších formách užívání, a tím následně snižovat nemocnost a úmrtnost.

Jaké problémy řeší?

Aplikační místnosti původně vznikly jako veřejnozdravotní reakce na rychlé šíření HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog v osmdesátých letech minulého století. Jejich cílem bylo snížit rizika plynoucí z nehygienického způsobu aplikace, předcházet smrtelným předávkováním a zprostředkovat uživatelům drog kontakt s adiktologickou, zdravotní a sociální péčí. Jejich zřizování se často setkávalo s odporem, protože veřejnost se obávala, že tato zařízení budou lidi podněcovat v užívání drog, budou důvodem k oddalování léčby a přispějí ke zhoršení situace s otevřenými drogovými scénami. Lidé si však postupně začínají uvědomovat jejich potenciální přínos při minimalizaci negativních dopadů na život komunity, které se pojí s injekčním užíváním drog na veřejnosti, např. pohozené použité aplikační náčiní.

Co víme o jejich efektivitě?

K dispozici je stále více důkazů, z nichž lze usuzovat, že aplikační místnosti mohou přilákat těžko dosažitelné uživatele drog, zejména jejich marginalizované skupiny, tj. ty, kdo si drogy píchají na ulici nebo v rizikových a nehygienických podmínkách. Podobné důkazy střední kvality vypovídají o tom, že aplikační místnosti přispívají k bezpečnějším injekčním praktikám a mohou snižovat míru šíření krví přenosných infekcí a výskyt předávkování poblíž zařízení pro uživatele drog. Podobně je

prokázáno, že mohou mít pozitivní vliv na prostředí v okolí míst, kde se ve městech prodávají drogy, neboť díky nim není užívání nelegálních drog tolik na očích a na veřejných místech se nenachází tolik použitého aplikačního náčiní.

Aplikační místnosti v Evropě

Aplikační místnosti se v Evropě provozují od roku 1986, kdy první zařízení tohoto druhu vzniklo ve švýcarském Bernu. V roce 2016 již fungovalo v šesti zemích EU, Norsku a Švýcarsku celkem 90 takových pracovišť. V roce 2016 byly dvě nové aplikační místnosti otevřeny ve Francii, nová zařízení vznikla také v Dánsku a Norsku a v dalších zemích se pracuje na přípravě legislativy, která by provoz aplikačních místností umožnila.

Výhled do budoucna

Původním účelem zřizování aplikačních místností bylo minimalizovat újmu spojenou s injekčním užíváním opioidů na veřejnosti, ale v některých případech je využívají i lidé, kteří si píchají jiné látky. Se snižováním míry injekčního užívání v některých zemích se začíná uvažovat o možném využití aplikačních místností k minimalizaci rizik souvisejících s jinými formami aplikace (např. kouřením) nebo s jinými látkami (např. kokainem nebo metamfetaminem). Pojí se s tím určitě změny v cílech tohoto intervenčního opatření a na základě výzkumu a evaluací bude také nutné posoudit efektivitu tohoto přístupu u populací neinjekčních uživatelů. Obecněji pak platí, že s rostoucím počtem aplikačních místností je důležité provádět jejich evaluaci, aby byla k dispozici kvalitnější data o míře jejich podílu na minimalizaci negativních dopadů pro jednotlivce i celé komunity.

Viz Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence [Aplikační místnosti: přehled informací o poskytování a výsledcích tohoto typu intervence]

Zapojení komunity

Aktivity a zdroje určené k předcházení užívání návykových látek a delikventního chování u dospívající mládeže jsou koordinovány prostřednictvím partnerství relevantních aktérů v rámci komunity. Tato partnerství vytvářejí platformy pro spolupráci různých představitelů dané komunity ve snaze o naplnění společného cíle a aktivizaci daného společenství k účasti na preventivních a zdravotně osvětových iniciativách.

Model *Communities That Care* (CTC) je založen na předpokladu, že výskyt zdravotních a behaviorálních problémů u dospívajících v určité komunitě je možné redukovat identifikováním silných rizikových faktorů a slabých protektivních faktorů, které na mladé lidi v této komunitě působí. Na základě toho je pak možné zvolit ověřené a efektivní formy prevence a časné intervence a s těmito specifickými rizikovými a protektivními faktory dále pracovat.

Ačkoli studie zkoumající efektivitu tohoto přístupu byly realizovány převážně ve Spojených státech, v Evropě už také existují první zkušenosti s jeho implementací. Předběžné evaluace poukazují na potřebu adaptace organizačního pojetí programu. V Evropě se např. jeví jako vhodnější profesionální složení koordinačních orgánů komunitních partnerství než jejich převážně dobrovolnicky koncipované americké

protějšky, neboť školství je obvykleji organizováno na celostátní nebo regionální úrovni, s menší mírou účasti místní komunity než ve Spojených státech. Evaluační studie musejí věnovat pozornost procesu adaptace a věrnosti provedení programu. V zájmu zkvalitňování implementace do budoucna je třeba systematicky vyhodnocovat vliv různých implementačních kontextů napříč jednotlivými lokalitami a zeměmi.

Důležitým mechanismem pro transponování národních strategií do adekvátních intervenčních opatření sloužících místním potřebám jsou komunitní protidrogové plány. Na které úrovni budou tyto plány zpracovávány, bude záležet na specifikách každé zemi, na její administrativní struktuře a rozdělení odpovědností. Pokud mají plány adekvátně reflektovat situaci v daném místě, musejí se na procesu jejich přípravy podílet jak uživatelé drog, tak představitelé příslušné komunity. Tento prvek také pomáhá snižovat stigmatizaci uživatelů drog a posilovat konstruktivní dialog mezi různými členy komunity.

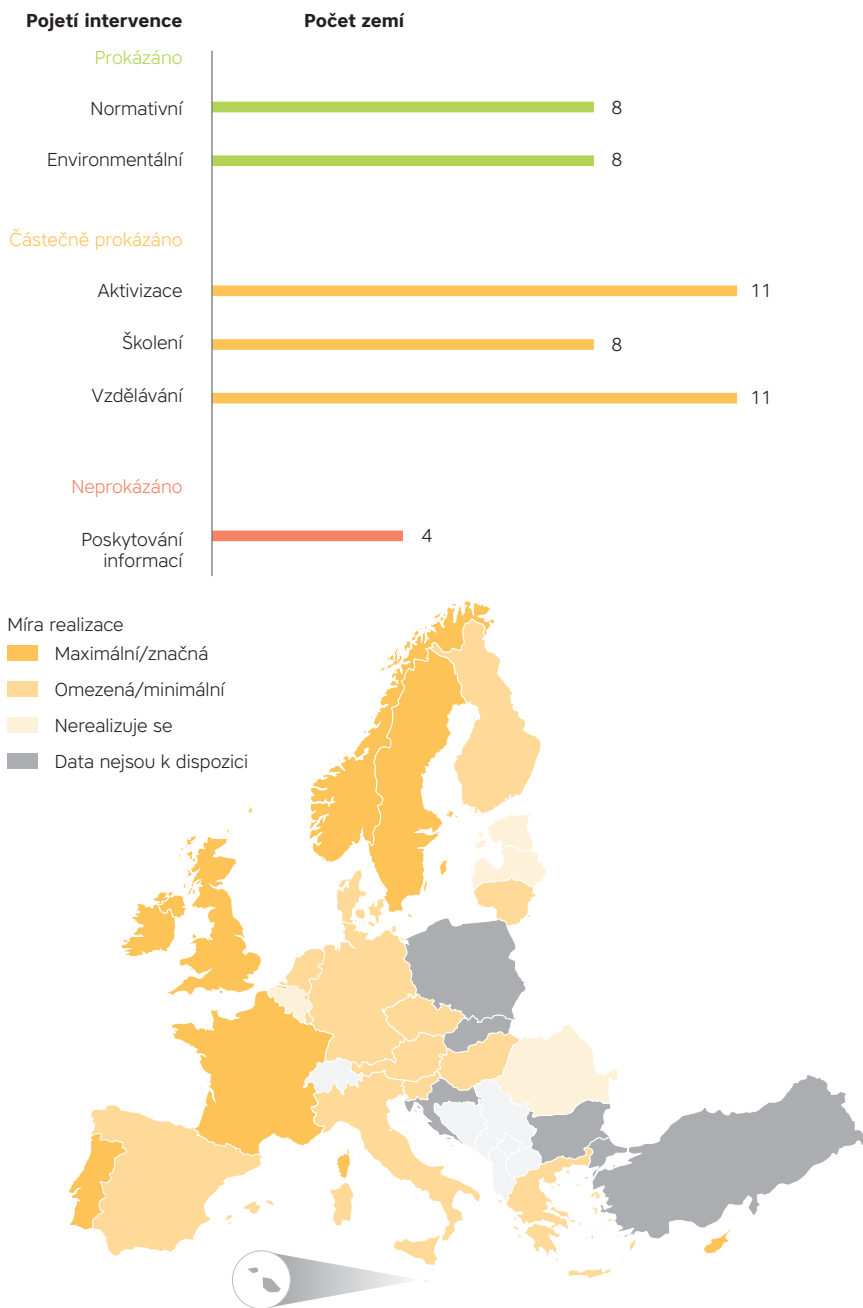
Evropské aktivity v oblasti řešení problémů s drogami v rámci komunit

V některých zemích se implementují preventivní přístupy cílené na rizikové čtvrti. Využívají se při nich některé nové metody, jako např. rekonstrukce městského prostoru. Podle dostupných informací se tento typ intervencí uplatňuje nejvíce v severní a západní Evropě (viz Obr. 4.4). Prokazatelně efektivní přístupy (normativní a environmentální) se realizují v necelé čtvrtině zemí.

Ukázkou komunitní preventivní iniciativy je program *Communities that Care*. Příklad uplatňování tohoto modelu lze v současnosti najít v Chorvatsku, Německu, Nizozemsku a Spojeném království. V Belgii se pak provádí studie zkoumající možnost využití tohoto přístupu v oblasti prevence kriminality.

Neprobíhá však v dostatečné míře systematický sběr informací o komunitních intervencích. Monitorování těchto intervencí komplikuje jejich výše popsaná různorodost, jakož i skutečnost, že jsou ze své povahy iniciovány a implementovány na místní úrovni. Mnohé z komunitních aktivit mohou navíc probíhat v rámci obecnějších akcí zaměřených na veřejné zdraví a prevenci kriminality nebo se s nimi překrývají.

Sdílení příkladů dobré praxe může probíhat prostřednictvím sítí, které mohou mít také širší záběr, mohou se pojit s jedním konkrétním typem intervence, případně pokrývat různé geografické oblasti. Příkladem takových partnerských iniciativ je *Communities that Care EU*, *International Network of Drug Consumption Rooms* a *Club Health*. Zmapování těchto partnerství a získání lepšího přehledu o různých přístupech uplatňovaných v rámci Evropy ve vztahu k různým typům komunitních intervencí může být dobrým východiskem pro rozvoj platform pro sdílení efektivních intervencí a monitorování jejich realizace.



Obr. 4.4 Intervence v rizikových městských lokalitách: míra prokazatelnosti efektivity a realizace v evropských zemích, 2015

Pozn.: Uvedené informace o míře realizace vycházejí z mínění odborníků (nebo odborných týmů) v jednotlivých zemích. Vysvětlivky k míře realizace: Maximální/značná – realizuje se téměř ve všech nebo většině relevantních lokalit; omezená/minimální – realizuje se v několika nebo více relevantních lokalitách, nikoli však ve většině z nich; nerealizuje se – v dané zemi se intervence nerealizuje



Intervenční opatření v rámci komunit: význam pro politiku a praxi

Základy

Mezi protidrogové intervence v komunitě patří:

- protidrogové politiky a intervence zaměřené na narušování veřejného pořádku a negativní dopady, jimž komunity čelí,
- zapojení komunit do zajišťování služeb, např. do vícesložkových programů protidrogové prevence,
- terénní služby určené osobám nepodchyceným dosavadními službami.

Příležitosti

- Aktivní účast komunity může snížit stigmatizaci uživatelů drog a vytvořit lepší podmínky pro poskytnutí odpovídající péče.
- V některých oblastech může být při řešení problémů s narušováním veřejného pořádku v souvislosti s otevřenými drogovými scénami vhodnou alternativou zajištění aplikačních místností nebo jiných podobných opatření.

Rezervy

- Není k dispozici dostatek informací o rozsahu a povaze služeb zaměřených na řešení negativních dopadů, s nimiž se komunity setkávají.
- Existuje velmi málo důkazů o efektivitě komunitních intervencí. Potřeba dalšího výzkumu v této oblasti je tudíž evidentní.

Doporučené zdroje



EMCDDA

- *Communities That Care (CTC): a comprehensive prevention approach for communities, EMCDDA paper, 2017*
- *Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, Perspectives on drugs, 2017*

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

5

Kapitola 5

Podpora úspěšné implementace

SHRNUTÍ

Bez ohledu na důkazy hovořící ve prospěch uplatňování kteréhokoli z možných intervenčních opatření bude takové řešení jen těžko efektivní, pokud nebude správně implementováno. Tato kapitola upozorňuje na řadu aktivit, které přispívají k úspěšné implementaci ve třech širších oblastech.

Praktické využití teoretických poznatků

Tyto aktivity jsou zaměřeny na zajišťování kvality poskytovaných služeb a uplatňování intervencí založených na vědeckých důkazech. Patří sem:

- transponování programů do odlišných kulturních kontextů,
- využívání standardů kvality a metodických pokynů a
- sdílení příkladů dobré praxe.

Systémy a partnerství

Těžištěm aktivit v této oblasti je efektivita realizovaných kroků z hlediska osob a organizací, které se na nich podílejí. Patří sem:

- vzdělávání a rozvoj pracovníků,
- aktivní účast uživatelů služeb a komunity,
- podporování vazeb mezi jednotlivými službami a mezisektorová spolupráce,
- uplatňování systémového přístupu k realizaci programů.

Monitoring a evaluace

Nezbytnou podmínkou efektivní implementace je monitoring a evaluace. Díky těmto aktivitám je možné se učit z předchozích zkušeností, jakož i lépe plánovat na systémové úrovni a získané poznatky předávat dál. Spadají sem následující témata:

- různé role monitoringu a evaluace,
- monitorování zdravotních a sociálních intervencí v Evropě,
- aktuální praxe v Evropě a priority z hlediska budoucího vývoje,
- evaluace jako zdroj poznatků o celkovém dopadu intervenčních opatření zaměřených na řešení problémů s drogami.

Tato kapitola se věnuje implementaci intervenčních opatření, což je sice klíčové, nicméně často opomíjené téma. Bez ohledu na důkazy hovořící ve prospěch uplatňování kteréhokoli z možných intervenčních opatření bude takové řešení jen těžko efektivní, pokud nebude správně implementováno. Úspěšná implementace jakékoli intervence může být složitým procesem, který bude záviset na interakci mezi širokou škálou faktorů. Jelikož v tomto průvodci není možné se detailně zabývat všemi otázkami, jež souvisejí s realizací intervenčních opatření v oblasti řešení problémů s drogami, rozhodli jsme se pro postup, kdy v přehledu představíme tři hlavní oblasti aktivit, jimž je třeba věnovat pozornost při realizaci intervencí založených na důkazech.

Praktické využití teoretických poznatků: Cílem aktivit v této oblasti je zajistit kvalitu a současně konfigurovat programy tak, aby vyhovovaly místním potřebám. Spadají sem činnosti zaměřující se na obsah realizovaných opatření, přičemž prosazováno je uplatňování výzkumem podložených intervencí, transponování programů do odlišných kulturních kontextů, využívání standardů kvality a metodických pokynů a sdílení příkladů dobré praxe.

Rozvíjení efektivních systémů a partnerství: Těžištěm aktivit v této oblasti je efektivita realizovaných kroků z hlediska osob a organizací, které se na nich podílejí. Patří sem vzdělávání a rozvoj pracovníků, aktivní účast uživatelů a komunity, podporování vazeb mezi jednotlivými službami a mezisektorová spolupráce a uplatňování systémového přístupu k realizaci programů.

Monitoring a evaluace: Tyto aktivity jsou nezbytnou podmínkou efektivní implementace intervenčních opatření určených k řešení drogových problémů. Díky nim je možné se učit z předchozích zkušeností, jakož i lépe systémově plánovat a získané poznatky předávat dál.

5.1 Praktické využití teoretických poznatků

Proces implementace se neobejde bez systémové podpory, díky níž bude možné reflektovat vědecké poznatky v příslušné politice a praxi. V poslední době začíná panovat všeobecná shoda, že toho lze nejlépe dosáhnout proaktivním a průběžným dialogem a partnerstvími („výměnou poznatků“) mezi výzkumníky, činiteli odpovědnými za tvorbu příslušných politik a odborníky z praxe.

Stejně jako v jiných oborech se výzkumné poznatky vždy nedaří přenášet do protidrogové politiky a praxe. Výsledkem může být rozpor mezi skutečně efektivními intervencemi a tím, co se v praxi realizuje. Existuje pro to mnoho různých důvodů. Jednou z možností je např. to, že při volbě programu nebylo přihlédnuto k dostupným informacím o jeho efektivitě. Mohou se však objevit nové skutečnosti, které zpochybní dosavadní realizační modely, případně vyvstanou nové problémy, jejichž řešení vyžaduje nové přístupy. Znamená to, že příslušné služby mohou být dlouhodobě účelné jen tehdy, pokud je doprovází průběžné analýzy potřeb, výzkum a monitoring (viz část 5.3). Je rovněž důležité mít na paměti, že programy, které osvědčily svou efektivitu v jednom prostředí nebo zemi, nemusí být ještě možné přímo přenést do jiného kontextu nebo kultury. Před úspěšnou implementací je často nutné absolvovat proces adaptace a ověřování, který je časově i finančně náročný.

K podpoře implementace i využívání vědeckých poznatků při rozhodování v mnoha různých kontextech vzniká řada nástrojů. Internetová platforma *Consolidated Framework for Implementation Research* poskytuje např. ucelený koncepční rámec pro myšlenkové uchopení a studium implementačního procesu. Jeho jádrem je pět základních oblastí: charakteristiky intervence, vnější prostředí, vnitřní prostředí, charakteristiky zainteresovaných osob a proces implementace. V rámci těchto domén jsou identifikovány jednotlivé konstrukty, které reflektují poznatky o faktorech, jež mají s největší pravděpodobností vliv na implementaci intervencí. Míra jejich důležitosti bude záviset na fázi implementace, od prvotního rozhodnutí pro daný program či intervenci a jejich implementaci až po dlouhodobou realizaci zavedeného programu či intervence.

Dalším příkladem je projekt DECIDE (*Developing and Evaluating Communication strategies to support Informed Decisions and practice based on Evidence*) financovaný Evropskou unií, jehož výstupem je kategorizace parametrů důležitých pro rozhodování u intervencí zdravotního charakteru. V rámci projektu byly vytvořeny nástroje, s jejichž pomocí mohou lidé činit kompetentnější rozhodnutí ohledně poskytování zdravotní péče, např. doporučení pro klinickou praxi, rozhodnutí o pokrytí intervence a rozhodnutí v oblasti veřejného zdraví, a to na základě posouzení dostupných poznatků a místního kontextu. Mezi otázky, jimž je třeba věnovat pozornost, patří prostředí, v němž se má intervence provádět, a cílová populace, možnost nežádoucích účinků, místní hodnoty a aspekty implementace a síla důkazů, které jsou k dispozici. V ideálním případě by všechny tyto faktory měla v rámci strukturovaného a transparentního procesu společně zvažovat skupina expertů a zástupců poskytovatelů, pacientů a rodin a následně zvolit program odpovídající místnímu kontextu a rozhodnout o konkrétním způsobu jeho implementace (viz Obr. 5.1).



Obr. 5.1 Model DECIDE – rozhodování na základě vědeckých důkazů

Pozn.: Toto schéma vychází z původního návrhu Dr. Sarah Rosenbaumové z norského státního zdravotního ústavu se sídlem v Oslu.

Více informací o projektu DECIDE je k dispozici na adrese <http://www.decide-collaboration.eu>.

Zásadní součástí procesu uplatňování výsledků výzkumů v praxi je zpracování vědecky fundovaných metodických pokynů a standardů kvality (viz níže). Dalším důležitým prvkem je vytváření kultury, která podporuje a stimuluje sdílení příkladů dobré praxe. Na mnoha z těchto činností se podílí i EMCDDA a konkrétní výstupy lze najít na jejím portálu dobré praxe.

Transfer programů a intervencí

Implementace transferu vědecko-technických poznatků v oblasti zdravotní a sociální péče již byla předmětem řady výzkumných studií, které jsou zdrojem cenných dat o možnostech adaptování intervencí pro účely jejich využití v odlišných kontextech, včetně praktických tipů na jejich optimální přizpůsobení potřebám nových cílových populací.

Z hlediska úspěšnosti transferu programu z jedné kultury do druhé je zásadní určit, kolik změn ve stěžejní koncepci programu lze v rámci jeho adaptace provést, aniž by utrpěla jeho efektivita. Je to důležité z toho důvodu, že složitost intervence může zhatit její úspěšný transfer. Některé programy vyvinuté v Severní Americe např. vyžadují používání propracovaných manuálů, systémy školení, technickou podporu, dohled a spolupráci komunity a dalších relevantních aktérů způsobem, jež odráží specifika převládajícího způsobu organizování a realizace zdravotní a sociální péče v kontextu Severní Ameriky.

V rámci adaptace takových intervencí bude často zapotřebí upravit formulace, grafickou úpravu a příklady tak, aby odpovídaly normám, hodnotám a praxi evropského prostředí. Přizpůsobení intervence jinému kontextu vyžaduje znalost organizačních, ale někdy také politických a realizačních infrastruktur poskytování péče. Nejlepším řešením je aktivní zapojení klíčových aktérů do plánování a vlastního uskutečňování adaptačního procesu. Bylo zjištěno, že při přizpůsobování programů místním potřebám a kontextu se osvědčují ohniskové skupiny a další metody kvalitativního výzkumu s účastí cílové populace

a dalších zainteresovaných subjektů. Příklady některých výzkumem ověřených preventivních programů, jež byly transponovány do jiných prostředí v rámci Evropy, a popis zkušeností s tímto procesem obsahuje databáze Xchange na webových stránkách EMCDDA.

Standardy kvality a metodické pokyny

Jakmile je intervence úspěšně implementována, pozornost by se měla přenést na udržování její kvality. V této oblasti mohou sehrávat důležitou úlohu různé standardy kvality a metodické pokyny, které mohou fungovat jako referenční kritéria při monitorování služeb nebo jejich konfiguraci.

Standardy kvality jsou zásady a pravidla stanovená uznávanými národními nebo mezinárodními orgány, v nichž je specifikována podstata cíle předmětné činnosti. Standardy formulované pro oblast zdravotnictví obvykle deklarují jasné a ambiciózní, nicméně měřitelné cíle týkající se obsahu, procesů a systémových aspektů zabezpečování kvality, jako je prostředí a personální složení.

Metodické pokyny poskytují doporučení pro praxi, jež vycházejí z vyhodnocování, syntézy a třídění dosavadních výzkumných poznatků, čímž přispívají k uplatňování intervencí založených na důkazech. Vědecky fundované metodické pokyny obvykle zpracovávají multidisciplinární týmy odborníků, kteří systematicky posuzují kvalitu dostupných důkazů a společně schvalují praktická doporučení a přijímají rozhodnutí o jejich včasných aktualizacích. Pro účely hodnocení metodologické kvality přípravy doporučených postupů vznikají také různé nástroje, např. *Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation* (AGREE). V metodických pokynech je typicky nastíněn plán předpokládané aktivity (který může být v některých státech závazný). Jsou jakýmsi průvodcem doporučenou praxí, který lze používat v kombinaci se standardy kvality, jež poskytují referenční kritéria, na jejichž základě se hodnotí kvalita poskytovaných služeb. Je důležité, aby tvůrci i uživatelé metodických pokynů měli na mysli jejich relevanci pro potenciálně různorodé cílové skupiny a populace.

V příslušných částech tohoto průvodce jsme upozornili na množství různých standardů a metodických pokynů. V roce 2015 přijali ministři členských států v Radě Evropské unie závěry Rady, v nichž se stanoví 16 minimálních standardů kvality pro oblast snižování poptávky po drogách v Evropské unii (viz Zaměřeno na evropské minimální standardy kvality pro opatření v oblasti snižování poptávky po drogách, strana 225), a jednotlivé země byly vyzvány, aby tyto standardy zapracovaly do svých protidrogových politik a programů. Evropské standardy kvality jsou souborem ambiciózních cílů pro oblast prevence, léčby, minimalizace rizik a sociální reintegrace. Tyto standardy propojují kvalitu intervencí s konkrétními opatřeními, k nimž patří adekvátní odborná příprava personálu a poskytování vědecky fundovaných intervencí.

Zdůrazňují potřebu aktivní účasti všech zainteresovaných aktérů, včetně občanské společnosti, na implementaci a evaluaci intervencí. Pamatují také na hlavní zásady intervencí v oblasti snižování poptávky po drogách, jako je respektování etických principů a dodržování lidských práv, na něž jsme již poukázali v 1. kapitole tohoto materiálu. Důraz je kladen také na význam přizpůsobování vědecky fundovaných standardů místním podmínkám a systémům.

Standardy kvality existují ve většině evropských států a lze je užívat různými způsoby. V některých zemích se tyto standardy pojí s poskytováním služeb a používají se k hodnocení jejich realizace. Využívají se také jako podmínka pro účast ve výběrových řízeních na dodávky služeb nebo jako nástroj sebehodnocení na úrovni určité služby. Inventář evropských a dalších zahraničních standardů a metodických pokynů je součástí portálu dobré praxe EMCDDA. Jedním z výstupů projektu Evropských standardů kvality v oblasti prevence (EDPQS) je také databáze materiálů pro všechny, kteří potřebují realizovat vzdělávací akce zaměřené na užívání a implementaci standardů kvality v oblasti protidrogové prevence.

Svou úlohu při zajišťování dobré praxe mohou mít i elektronické nástroje na bázi eHealth, např. při podpoře formalizovaných preskripčních postupů, optimalizaci case managementu nebo při zlepšování přístupu k relevantním informacím a příkladům dobré praxe (viz Zaměřeno na intervence typu eHealth, strana 162).

Sdílení dobré praxe

Sdílení osvědčených postupů může probíhat různými cestami a za využití celé řady mechanismů. V odborných časopisech a národních prakticky orientovaných oborových periodikách mohou být např. publikovány výsledky evaluačních studií jednotlivých programů.

Vzniká stále více internetových portálů a nástrojů, jež zpřístupňují přehledy a syntézy příkladů nejlepší praxe stále širšímu okruhu potenciálních zájemců. On-line jsou také k dispozici různé nástroje podpory klinického rozhodování, jež zprostředkovávají přístup k relevantním výzkumným poznatkům v klinických situacích. Zatímco mnohé přístupy jsou založeny na tom, že uživatel z vlastní iniciativy hledá a nachází, co ho zajímá, některé intervence, např. britská *Drug and Alcohol Findings*, zaujímají také proaktivní „push“ přístup, který spočívá v rozesílání pravidelných e-mailů s přehledy dostupných poznatků a jejich dopadem na politiku a praxi. Plodným způsobem sdílení odborných vědomostí a zkušeností, ať už prostřednictvím internetu nebo v osobním kontaktu, nabízí také různé vzdělávací a školicí iniciativy.

Příkladem on-line nástrojů poskytujících přístup k informacím o vědecky podložených způsobech řešení drogových problémů je portál dobré praxe na stránkách EMCDDA. Kromě synopsí aktuálních výzkumných poznatků s odkazy na podkladové studie a výše uvedeného přehledu standardů a metodických pokynů v současnosti zahrnuje také dvě širěji pojaté evropské iniciativy v oblasti prevence: *Healthy Nightlife Toolkit* a *Xchange*, registr výzkumem ověřených preventivních programů užívaných v Evropě.

Podmínkou sdílení příkladů dobré praxe je existence kultury vstřícné k novým poznatkům, v níž se procesy a výsledky monitorují a porovnávají s očekávanými výstupy. Následně dochází k výměně poznatků a zkušeností, diskutuje se o nich a v případě potřeby se provádějí změny. V tomto procesu bude také pravděpodobně sehrávat důležitou roli průběžné vzdělávání.



Zaměřeno na ... evropské minimální standardy kvality pro opatření v oblasti snižování poptávky

Evropské minimální standardy kvality pro oblast snižování poptávky se vztahují k problematice prevence, minimalizace rizik a negativních dopadů, léčby a následné péče. Jejím cílem je přispět ke zvyšování důrazu na kvalitu intervencí zaměřených na snižování poptávky po drogách v rámci Evropské unie.

I. Prevence

- a. Intervence v oblasti prevence (environmentální, všeobecné, selektivní a indikované) se zaměřují na obecnou populaci, na populace ohrožené rozvojem problémů s užíváním návykových látek nebo na populace/jedince, u nichž byl zjištěn konkrétní problém. Jejich cílem může být prevence, oddalování nebo minimalizace užívání drog, jeho eskalace anebo minimalizace jeho negativních dopadů u obecné populace, resp. jejich dílčích segmentů. Tyto intervence jsou založeny na předchozím zhodnocení situace a jsou přizpůsobeny specifickým potřebám cílové populace.
- b. Osoby koncipující preventivní intervence disponují odpovídajícími kompetencemi a odbornými předpoklady v oblasti zásad, teorie a praxe prevence a jsou kvalifikovanými specialisty působícími s podporou státních institucí (resorty školství, zdravotnictví a sociálních věcí) nebo pracujícími pro akreditované nebo respektované instituce nebo NNO.
- c. Osoby realizující preventivní intervence mají přístup k dostupným výzkumem ověřeným programům, jakož i k dostupným kritériím kvality na místní, národní a mezinárodní úrovni, a ty tvoří základ jejich činnosti v této oblasti.
- d. Preventivní intervence tvoří součást uceleného dlouhodobého plánu prevence, jsou odpovídajícím způsobem průběžně monitorovány, aby bylo možné provádět v případě potřeby jejich modifikace, a podrobovány evaluacím, jejichž výsledky jsou následně sdělovány jako forma zpětné vazby, z níž lze čerpat případná poučení.

II. Minimalizace rizik a negativních dopadů

- a. Opatření v oblasti minimalizace rizik a negativních dopadů, jež mimo jiné zahrnují opatření týkající se infekčních onemocnění a drogových úmrtí, sledují realistické cíle, jsou široce dostupná a jsou přizpůsobena specifickým potřebám cílových populací.
- b. Adekvátní intervence, informace a zprostředkování možné péče se nabízí podle charakteristik a potřeb uživatelů služby bez ohledu na jejich status ve vztahu k léčbě.
- c. Intervence jsou k dispozici všem, kteří je potřebují, včetně vysoce rizikových situací a prostředí.
- d. Intervence vycházejí z dostupných vědeckých poznatků a zkušeností a jsou poskytovány kvalifikovanými, resp. proškolenými pracovníky (včetně dobrovolníků), kteří si průběžně zvyšují svou odbornost.

III. Léčba, sociální integrace a následná péče

- a.** Odpovídající výzkumem podložená léčba je přizpůsobena charakteristikám a potřebám uživatelů služeb a respektuje důstojnost jedince, jeho postoj a připravenost ke změně.
- b.** Přístup k léčbě je zajištěn všem potřebným, kteří o ni projeví zájem, a není nijak podmíněn osobními nebo sociálními charakteristikami a okolnostmi nebo dostatkem finančních prostředků na straně uživatelů služby. Léčba se poskytuje v přiměřeném časovém horizontu a v rámci uplatňování zásady kontinuity péče.
- c.** U intervencí v oblasti léčby a sociální integrace se cíle stanovují v krocích a jsou pravidelně přehodnocovány, přičemž adekvátní pozornost je věnována řešení možných relapsů.
- d.** Intervence a služby v oblasti léčby a sociální integrace jsou založeny na informovaném souhlasu, jsou orientovány na pacienta a podporují pacientovo „zmocnění“ (empowerment).
- e.** Léčbu poskytují kvalifikovaní specialisté a další proškolení pracovníci, kteří si průběžně zvyšují svou odbornost.
- f.** Terapeutické intervence a služby jsou součástí kontinua péče, v rámci kterého mohou být podle potřeby doplněny o sociální podporu (v oblasti vzdělání, bydlení, profesní přípravy nebo sociálního zabezpečení), jejímž cílem je sociální integrace dané osoby.
- g.** Součástí terapeutické péče je dobrovolné testování na krví přenosné infekční choroby, poradenství v rámci prevence rizikového chování a pomoc při léčbě daného onemocnění.
- h.** Léčebná péče je monitorována a jednotlivé činnosti a jejich výsledky jsou předmětem pravidelné interní nebo externí evaluace.

Zdroj: Council of the European Union (2015), Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013–2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union [Závěry Rady k implementaci Protidrogového akčního plánu EU na období 2013–2016 ve věci minimálních standardů kvality pro opatření v oblasti snižování poptávky po drogách v Evropské Unii]

5.2 Budování efektivních systémů a partnerství

Vzdělávání a rozvoj pracovníků

Dovednosti a kompetence pracovníků jsou z hlediska realizace intervencí zásadní a jsou klíčovým prvkem efektivních systémů. Jak úvodní, tak průběžná kvalifikační příprava personálu bude pro jejich rozvoj a udržování stěžejní. Požadavky na kvalifikaci budou zahrnovat jak základní dovednosti a znalosti, tak proškolení v zajišťování specifických intervencí. Díky dovednostem potřebným k interpretaci dostupných výzkumem ověřených poznatků budou lidé schopni držet krok s aktuálním vývojem a nejnovějšími programy. Jedním z příkladů je projekt *Universal Prevention Curriculum in Europe* (UPC-ADAPT), jehož cílem je přenesení jednotného preventivního kurikula do evropského kontextu (viz rámeček).

Odborná příprava pro poskytovatele intervencí existuje v mnoha evropských státech. Sáhá od specializačních vysokoškolských studijních programů, které jsou např. k dispozici v Německu nebo České republice, až po speciální kurzy nabízené v mnoha zemích v rámci zdravotnický nebo sociálně zaměřených typů vysokoškolského studia. Určité formy odborné přípravy jsou také k dispozici pro osoby působící v oblasti prevence a minimalizace rizik.

Zapojení uživatele služeb/komunity

Nezbytnou podmínkou efektivního a účinného fungování služeb je aktivní zapojení nejen osob, které se potýkají s nějakým drogovým problémem, tj. cílová skupina intervence, ale také komunit, které jsou tímto problémem zasaženy nebo jež tvoří prostředí, v němž je intervence realizována. Zapojení uživatelů služby může být navíc pragmatickým a etickým způsobem, jak zajistit kvalitu a přijatelnost služeb. Motivování uživatelů drog ke spolupráci se možná neobejde bez určité formy podpory, díky níž bude jejich účast smysluplnější a bude mít větší šanci na úspěch.

Aktivní účast uživatelů drog na formování adiktologických služeb v Evropě má dlouhou historii, jejíž průkopnické začátky spadají mimo jiné do Nizozemska počátku sedmdesátých let minulého století. Do doby nedávno minulé pak spadá postupně rostoucí počet iniciativ, jejichž snahou je větší vliv organizací uživatelů drog na úrovni jednotlivých států i v celoevropském měřítku. Aktivní účast uživatelů může mít různé formy a může sledovat nejrůznější cíle. Mezi uskutečňované aktivity mohou patřit průzkumy mezi uživateli služeb zaměřené na dostupnost a kvalitu služeb, dotazování se uživatelů na možnosti personálního zajištění služeb, realizace ohniskových skupin ve věci možného rozvoje dalších oblastí služeb nebo zapojení uživatelských organizací do prosazování zdravotních zájmů a tvorby politik (viz Zaměřeno na intervence vedené uživateli, strana 228).



Jednotné preventivní kurikulum

Na důležitost kompetentnosti a kvalifikovanosti pracovníků zajišťujících vědecky fundovanou prevenci upozorňuje Rada EU ve svých závěrech z roku 2015, které stanoví minimální standardy kvality pro opatření v oblasti snižování poptávky po drogách. Jednotné preventivní kurikulum (Universal Prevention Curriculum, UPC) bylo vytvořeno v reakci na poptávku po vědecky podloženém kurikulu pro pracovníky v oblasti prevence užívání návykových látek na celém světě. Cílem tohoto vzdělávacího programu je prohloubit vědomosti a dovednosti preventivistů a umožnit jim tak koncipovat a implementovat výzkumem ověřené intervence a politiky v oblasti prevence užívání návykových látek. Pomocí standardizovaného kurikula se podaří snáze zajistit, aby regionálně i celostátně působící preventivní pracovníci měli přístup k jednotným vědecky podloženým informacím a možnostem dalšího rozvoje svých dovedností.

Projekt jednotného evropského preventivního kurikula (UPC-ADAPT), financovaný Evropskou komisí, se aktuálně pilotně realizuje v devíti členských státech EU (Belgii, Chorvatsku, České republice, Estonsku, Německu, Itálii, Polsku, Slovinsku a Španělsku). Z původního kurikula UPC vznikne kratší intenzivní a interaktivní vzdělávací modul a současně obsáhlejší akademický modul. Součástí bude také internetová výuková varianta. Cílem je vytvořit standardizované evropské preventivní kurikulum, jehož základ tvoří standardy kvality pro vzdělávání pracovníků v těchto devíti zemích. Kurikulum vychází z Mezinárodních standardů prevence užívání drog zpracovaných Úřadem OSN pro drogy a kriminalitu a z Evropských standardů kvality v oblasti prevence. Primární důraz je kladen na intervence a politiky založené na důkazech a na kvalitu a udržitelnost jejich implementace.

Zaměřeno na ... intervence vedené uživateli



O jaké intervence se jedná?

Uživatelské organizace uskutečňují aktivity, jež jsou v tomto kontextu primárně koncipovány a realizovány osobami, které stále užívají nebo užívaly drogy v minulosti. Pozornost je zde věnována jednomu konci spektra organizací s různou mírou aktivního podílu osob s anamnézou problémů s drogami. Někdy však nelze jednoznačně rozlišovat mezi uživatelskými organizacemi a jinými organizacemi, které sice byly založeny uživateli služeb, ale mají již nyní placený personál, byť bývalí uživatelé drog tvoří významnou část pracovníků.

Současná situace v Evropě

Počet a vliv uživatelských organizací v mnoha zemích Evropy stoupá. Většinu uživatelských organizací lze rozdělit do pěti obecnějších kategorií, které se někdy vzájemně překrývají:

1. Svépomoc (typicky se jedná o společenství, v nichž si současní i bývalí uživatelé drog vzájemně poskytují podporu). Příklady: Anonymní narkomani, SMART Recovery nebo L'Isola di Arran.
2. „Reintegrační podniky“ (recovery enterprises). Sítě organizací zaměřených na úzdravu, jež zajišťují mimo jiné podpůrné ubytování, kavárny a společenské aktivity pro osoby v úzdravě, sociální podniky a pracovní programy a vrstevnickou podporu.
3. Minimalizace rizik (lidé, kteří užívají nebo užívali drogy, poskytují informace a rady o bezpečnějších způsobech užívání). Tyto aktivity obvykle probíhají jedním ze čtyř způsobů: organizováním edukačních setkání, návštěvami klubů a festivalů s poskytováním informací a podpory, poskytováním informací a rad prostřednictvím internetu a testováním drog, jejichž cílem je informovat konzumenty o složení drog, které si obstarali.
4. Obhajoba zájmů cílové skupiny (prosazování práv nebo rovného zacházení s uživateli drog), např. mezinárodní síť uživatelů drog INPUD nebo evropská síť EuroNPUD a lokálnější skupiny jako Act Up Paris nebo švédská unie uživatelů drog. Podobné organizace působí také v Dánsku, Francii a Portugalsku.
5. Výzkum (realizace výzkumných projektů na „peer“ bázi). Využívání „peer“ výzkumníků se považuje za přínosné z řady důvodů, mezi něž patří zprostředkování kontaktu s těžko dosažitelnými skupinami, zkvalitnění designu studií a analýzy jejich výsledků zakomponováním hledisek uživatelů drog a pomocí lidem s drogovými problémy při rozvíjení dovedností a hledání zaměstnání.

Hlavní výzvy z hlediska dalšího vývoje

- Velkou překážkou efektivního fungování uživatelských organizací jsou stigmatizační postoje vůči užívání i uživatelům drog. K jejich překonání může přispět začleňování těchto skupin do oficiálních fór, pracovních skupin apod.
- K zajištění péče v oblasti léčby a minimalizace rizik je třeba dlouhodobá spolupráce mezi státními orgány, různými dalšími subjekty a uživatelskými organizacemi.
- Pokud se mají uživatelské zájmové skupiny rozvíjet a zastupovat široké spektrum uživatelů drog s různými pohledy na věc a přitom si zachovat dostatečnou nezávislost, aby si mohly dovolit kritizovat aktuálně poskytované služby, musejí disponovat odpovídajícími prostředky a kapacitami.

Viz podkladový materiál User-led interventions: an expanding resource? [Intervence vedené uživateli jako nová možnost?] a Drug policy advocacy organisations in Europe [Evropské zájmové organizace angažující se v oblasti protidrogové politiky]

V minulosti se organizace uživatelů drog pravděpodobně nejvýrazněji profilovaly v oblasti peer podpory spočívající v šíření osvěty o prevenci infekčních onemocnění a dalších aktivitách zaměřených na minimalizaci rizik a upozorňování na potřeby uživatelů drog a hájení jejich zájmů. V poslední době se pak v některých zemích uživatelské organizace angažují v rozvíjení iniciativ zaměřených na budování sociálních podniků. Ty zpravidla zajišťují zaměstnání a zvyšování kvalifikace pro uživatele drog během léčby nebo po

jejím skončení, čímž jim pomáhají při úzdravě a návratu do společnosti, a současně poskytují průběžnou podporu osobám, které absolvovaly léčbu.

Pro úspěšnou implementaci nějaké služby je často důležité, aby se na její realizaci podílela místní komunita. Pokud komunity nejsou do poskytování služby zaangažovány, mohou jí naopak stát v cestě, např. vystupováním proti zřizování terapeutických služeb v dané oblasti. Jejich podpora může naopak vytvořit příležitosti pro sociální reintegraci osob, které měly problémy s drogami. O některých aspektech zapojení komunity je pojednáno v části 4.5.

Další oblastí zapojení komunity je podíl občanské společnosti na protidrogové politice. V rámci studie realizované v roce 2013 pro EMCDDA bylo na základě mapování informací dostupných na internetu identifikováno v Evropě 218 organizací, jejichž aktivita souvisela s realizací protidrogové politiky. Přibližně 70 % z těchto organizací bylo nějakým způsobem činných v celostátním měřítku, kdy zbytek byl téměř rovným dílem rozdělen mezi lokální a regionální úroveň, a v evropském a mezinárodním kontextu. Jejich primárním zájmem byl převážně rozvoj prakticky zaměřených aktivit, přičemž 26 % prosazovalo snižování míry užívání a 39 % minimalizaci rizik. Cílem činnosti těchto organizací bylo ovlivňovat postoje a názory veřejnosti a činitelů odpovědných za tvorbu příslušných politik na poskytování adiktologických služeb, resp. kontrolu drog, a přispívat tak k péči o blaho jednotlivců, skupin i celých společenství postižených užíváním drog.

Propojování služeb: mezisektorová spolupráce

Mnozí uživatelé drog, kteří se dostanou do kontaktu s pomáhajícími službami, vykazují složitý komplex adiktologických, duševních, somatických a venerologických problémů. Jednotlivé služby se však často specializují pouze na jeden typ potíží. V důsledku toho jsou tyto osoby často nuceny jednat s různými poskytovateli, z nichž však žádný nenazírá jejich problémy holisticky a poskytovaná péče tak není koordinována a provázaná. Osoby s vícečetnými problémy také mohou pendlovat mezi různými službami, aniž by některé ze zařízení převzalo odpovědnost za jejich léčbu, neboť mají za to, že primární problém dané osoby nespadá do jejich působnosti. Např. riziková mladá lidé s drogovými problémy se takto mohou pohybovat mezi orgány sociálně-právní ochrany dítěte a sociálními službami, ústavy pro mladistvé delikventy a poskytovateli psychiatrické péče.

Podobně je tomu u osob s komorbidním výskytem duševní a adiktologické poruchy, které někdy nezapadají do kritérií pro přijetí do specializované adiktologické péče, ani do specializované psychiatrické péče. K naplnění složitých zdravotních a sociálních potřeb mnohých osob, které mají problémy s drogami, je proto nutná efektivní spolupráce mezi jednotlivými službami. Tomu lze napomoci využíváním společných posuzovacích nástrojů, vytvářením standardizovaných postupů pro předávání klientů a pořádáním společných vzdělávacích a školicích akcí. V rámci celého spektra služeb, např. u poskytovatelů bydlení a sociální služeb, služeb sociálně-právní ochrany dětí, ve vězeňství, v sektoru péče o duševní zdraví, u poskytovatelů primární péče a péče o pohlavní zdraví, je třeba nastavit efektivní mechanismy spolupráce s adiktologickými službami.

Jako příklad uvedme rostoucí povědomí o důležitosti péče o pohlavní zdraví uživatelů drog s ohledem na možné interakce s rizikovým chováním a dalšími souvisejícími problémy. Adiktologické služby a péče o pohlavní zdraví jsou však v současnosti zajišťo-

vány nezávisle na sobě, což komplikuje provázanost obou typů služeb u osob, které se potýkají s problémy v obou oblastech (viz Zaměřeno na řešení problematiky pohlavního zdraví související s užíváním drog, strana 96).

Další podobnou problémovou oblastí je adiktologická a psychiatrická péče (viz Zaměřeno na komorbiditu adiktologických a duševních poruch, strana 41). Přestože míra psychických poruch je mezi lidmi majícími problémy s drogami velmi vysoká, je dobře známo, že je pro ně často těžké dostat se k péči, kterou potřebují.

Bylo by zřejmě vhodné zřídít zvláštní multidisciplinární služby v situacích, kdy se vyskytnou skupiny osob se specifickými potřebami a vysokým výskytem problémů, u nichž přitom lze jen těžko očekávat, že se sami obrátí na standardní služby. Příkladem takových aktivit mohou být služby pro muže, kteří praktikují sex s jinými muži a současně užívají drogy, včetně případů praktik známých jako „chemsex“, nebo služby pro ženy zapojené do prostituce nebo pro lidi bez domova, kteří žijí na ulici.

Uplatňování systémového přístupu

Spíše než se soustředit výhradně na realizaci jednotlivých intervencí je potřeba uplatňovat celosystémové hledisko, jež může podněcovat kooperativní přístupy a mezisektorovou spolupráci a být značným přínosem pro výzkumníky, odborníky z praxe i činitele odpovědné za tvorbu příslušných politik. Díky němu bude možné zajistit maximalizaci synergického efektu, optimální využívání prostředků a efektivní realizaci programů. Upozorňuje rovněž na mnoho různých komponentů efektivního řešení, vybízí k reflexi způsobu jejich vzájemné interakce a podněcuje plánování a řízení zdrojů pro systém jako celek. Přesun důrazu z jednotlivých programů nebo intervencí a důkazů na jejich podporu k širšímu systémovému pojetí volá po komplexnější revizi faktorů a činitelů, o něž se takový přístup může opírat.

Může být také příležitostí k zamyšlení nad širším spektrem koncepčních variant a zainteresovaných subjektů.

V rámci systémů prevence a léčby poruch souvisejících s užíváním drog hrají důležitou roli následující komponenty, kterým je proto třeba věnovat náležitou pozornost:

- cílové populace: jejich charakteristiky a potřeby určují, co je vhodné a co lze realizovat,
- intervence: uplatňované programy, služby a politiky,
- moderační faktory: aspekty společenského, politického a kulturního života, jež ovlivňují fungování, implementaci a efekt aktivit, např. sociální nerovnost, sociální normy nebo legislativní rámce,
- organizace: místo, kde se přijímají rozhodnutí, způsob spolupráce mezi jednotlivými resorty a financováním aktivit
- personální zabezpečení: kvalifikace a odborná průprava osob zodpovědných za realizaci programů,
- výzkum a zabezpečování kvality: vývoj nových intervencí a zajišťování kvality stávajících aktivit.



Zaměřeno na ... aplikaci multidisciplinárních poznatků o lidském chování na protidrogovou politiku a praxi

Je známo, že lidské rozhodování určují behaviorální tendence, jakými jsou „krátkozrakost“ nebo přílišná sebedůvěra (např. přesvědčení, že „když budu chtít, budu s tím schopen přestat“), jejichž následkem může člověk jednat způsobem, který bychom od něj neočekávali. Odpovědní činitelé musejí brát tyto faktory v úvahu při koncipování příslušných politik a intervencí.

Co jsou to multidisciplinární poznatky o lidském chování?

Tyto poznatky („behavioural insights“) vycházející z výstupů různých výzkumů zaměřených na reálné chování lidí v kontrastu k tomu, co by od nich bylo možné očekávat na základě jejich dosavadního zcela racionálního jednání, slouží k navrhování efektivnějších intervencí.

Integrace poznatků z různých disciplín, např. behaviorální ekonomie, sociální a kognitivní psychologie, neurověd a sociologie, zde slouží k lepšímu pochopení reálného lidského chování a potažmo socioekonomických jevů. Tyto nuance jsou následně uplatněny při tvorbě efektivnějších politik a intervencí, jež jsou založeny na robustních experimentálních metodách.

Multidisciplinární poznatky o lidském chování mohou přispět ke zkvalitnění protidrogové politiky tím, že nabízejí nové nástroje k působení na chování, umožňují lépe predikovat dopady stávajících politik a generují nové úhly pohledu v rámci stávajících politik.

Aplikační možnosti

Každý jednotlivec i skupina mohou vykazovat jiné behaviorální tendence („biases“). Tyto tendence se liší také u jednotlivých typů chování. Jedním z klíčových výstupů behaviorálních věd je poznatek o absenci jakýchkoli univerzálních řešení, které by bylo možné aplikovat plošně. Jinými slovy, behaviorální intervence by měly být maximálně adresné a „šité na míru“: měly by být navrženy speciálně pro danou cílovou skupinu a pro konkrétní chování, jež má být podněcováno, nebo naopak minimalizováno.

Multidisciplinární poznatky o lidském chování se úspěšně využívají v celé řadě intervencí. Pro příklad uveďme využívání adresné individuální zpětné vazby v reálném čase týkající se míry užívání konopí, pohnutek k jeho konzumaci a souvisejících negativních dopadů v rámci on-line screeningového programu. Tato intervence vedla ke snížení míry užívání konopí v krátkodobém horizontu. Užitečnou pomůckou při odvykání kouření jsou zase různé techniky deklarování závazku, např. přijetí individuálního plánu. Incentivní terapie (technika, jež systematicky pracuje s vymezováním jasně formulovaných negativních důsledků, které mají člověka odradit od užívání drog a posílit abstinenci) funguje při snižování míry užívání kokainu a při udržování pacientů závislých na opioidech v léčbě.

Proces uplatňování přístupu založeného na multidisciplinárních poznatcích o lidském chování při koncipování intervencí v adiktologii a dalších souvisejících oblastech má bez ohledu na jeho konkrétní zaměření tři hlavní fáze. Jsou jimi:

- a)** identifikace cílových skupin, behaviorálních prvků (tj. preexistujících pohnutek a souboru překážek, jež je třeba překonat) a chování, jichž má být prostřednictvím intervencí dosaženo,
- b)** zohlednění případných behaviorálních tendencí (biases) (např. předpojatost, přehnaná sebedůvěra, účinky „rámování“) a specifických behaviorálních „pák“ (např. využití výchozího stavu, mechanismů zpětné vazby a připomenutí), jejichž prostřednictvím lze případně vytvářet kontexty příznivější pro zdravější rozhodování,
- c)** plánování evaluace dopadu kterékoli zvolené intervence.

Viz podkladový materiál Applying behavioural insights to drug policy and practice: opportunities and challenges [Aplikace multidisciplinárních poznatků o lidském chování na protidrogovou politiku a praxi: příležitosti a výzvy]

5.3 Monitoring a evaluace

Úloha monitoringu a evaluace

Informace, výzkum, monitoring a evaluace jsou průřezovými tématy evropské protidrogové politiky. Jedná se nepochybně o rozsáhlou a složitou problematiku, a bylo by proto mimo možnosti tohoto průvodce věnovat se těmto tématům nějak detailně. Naším záměrem je zde nastínit důvody, proč jsou tato témata důležitá v kontextu řešení problémů s drogami, upozornit čtenáře na zdroje a nástroje, které v této souvislosti na úrovni EU existují, a poukázat na některé konkrétní systémové problémy ve vztahu k monitorování intervenčních opatření v oblasti drog.

Termíny monitoring, evaluace a výzkum se někdy používají zaměnitelně a také příslušné aktivity se mohou často překrývat nebo být provázány. Je však důležité poznamenat, že z hlediska pojmového vymezení existují navzdory tomu mezi těmito doménami výrazné rozdíly. Velmi jednoduše řečeno, výzkum představuje soubor činností strukturovaných způsobem, který vede ke sběru a vyhodnocování dat za použití vědeckých metod za účelem zkoumání nějaké otázky. Monitoringem se rozumí shromažďování informací v čase a jejich pravidelný přezkum, např. za účelem popsání situace v konkrétním časovém bodě nebo identifikace důležitých změn. Při evaluaci lze pak vycházet z informací generovaných v rámci monitorování nebo ji lze uskutečnit jako regulérní výzkumnou studii. Cílem evaluace je nicméně určit, do jaké míry určitá politika, program nebo intervence naplnila předem stanovená kritéria úspěšnosti.

Monitorování zdravotních a sociálních opatření zaměřených na řešení problémů s drogami v Evropě: přehled

Monitoring a evaluace jsou klíčovými úkoly v implementační fázi programu. Dobrou znalost aktivit programu, monitorování postupu a charakteristik klientů, jakož i dohled nad tím, že poskytované služby plní své realizační cíle, lze vše považovat za stěžejní aspekty řádné správy věcí.

Způsob provádění monitorovacích a kontrolních aktivit se však bude odvíjet od specifik jednotlivých služeb a prostředí. Při koncipování systémů sběru dat je důležité pokud možno používat zavedené nástroje a měřítka, díky čemuž bude možné výstupy z monitorování programu lépe využít při zvyšování celkové obeznámenosti s danými aktivitami na systémové úrovni.

Na úrovni jednotlivých států a na celoevropské úrovni je sběr dat o zdravotních a sociálních opatřeních v oblasti drog potřebný hned z několika důvodů. Patří mezi ně vytváření přesného a uceleného obrázku o situaci ve věcech drog, identifikace nových trendů v jejich rané fázi, získávání a sdílení objektivních informací o příkladech dobré praxe, které slouží jako podklad pro plánování a realizaci intervencí, a poskytování vědecky fundovaných poznatků nositelům rozhodovacích pravomocí, kteří je následně mohou využít při koncipování národních a regionálních protidrogových strategií a jejich evaluaci. V rámci EU plní stěžejní úlohu poskytovatelů informací národní monitorovací střediska sdružená v síti Reitox při EMCDDA. Podléjí se rovněž na procesech epidemiologického

monitoringu a vyhodnocování rizik, které představuje např. evropský systém včasného varování před novými psychoaktivními látkami. Informace o síti Reitox tvořené středisky monitorujícími situaci v oblasti drog na úrovni jednotlivých států lze najít na webových stránkách EMCDDA.

Význam epidemiologických informací spočívá v tom, že jsou podkladem pro diskuse o potřebných intervenčních opatřeních, zajišťují průběžný soulad mezi těmito opatřeními a potřebami a usnadňují evaluaci různých koncepčních přístupů v dané oblasti. Aktivity v oblasti monitoringu musejí reflektovat hlavní cíle evropských a národních opatření zaměřených na řešení drogové problematiky, jako je snižování míry prevalence, incidence a závažnosti zdravotních a sociálních důsledků problémového užívání drog v populaci. Mezi stěžejní epidemiologické aktivity patří mimo jiné monitorování prevalence užívání drog, šíření krví přenosných virových infekcí, smrtelných předávkování a morbidit související s užíváním drog, jakož i počtu lidí nastupujících specializovanou adiktologickou léčbu.

Vedle epidemiologických dat shromažďuje evropský drogový monitorovací systém také informace o typu, povaze a dostupnosti intervenčních opatření, které jednotlivé členské státy implementují v reakci na konkrétní drogové problémy. Nehledě na zjevnou důležitost těchto informací z hlediska metodologického, praktického i finančního může být jejich získávání nelehkým úkolem. Např. intervence typu protidrogové prevence mohou být zakomponovány do práce mnoha různých organizací a tvořit součást širšího souboru opatření zaměřených i na další problematiku chování. Finanční i praktická náročnost důkladného vyhodnocení každého z takových intervencí zvláště, včetně časového horizontu jeho dopadů, se často projevuje v absenci robustních numerických dat, která by se dala použít v agregované formě. Poskytování služeb pro uživatele drog se navíc stále více stává součástí práce organizací s obecnější sociální a zdravotní agendou, přičemž v tomto kontextu může probíhat i monitoring a výkaznictví. Znamená to, že shromažďování informací o intervencích v oblasti drog a přístup k nim může být komplikovaný a neúnosně nákladný. Organizace a poskytování zdravotní a sociální péče se také napříč Evropou značně liší, což představuje další výzvu z hlediska zavádění standardizovaných monitorovacích iniciativ. Tyto obtíže v globále znamenají, že mimo některé velmi úzce vymezené oblasti, kde příslušné numerické datové soubory existují a mohou být rutinně evidovány, jsou základním podkladem pro komparativní analýzu protidrogových opatření na evropské úrovni kvalitativní data a vyjádření odborníků, v kombinaci s příležitostně prováděnými detailnějšími analýzami.

Údaje prezentované v tomto průvodci jsou dokladem toho, že opatření zaměřená na řešení problémů s drogami lze popsat i z obecného hlediska. Navíc lze identifikovat oblasti, kde podle všeho stále není uspokojena poptávka po příslušných opatřeních, případně mezi nimi existují rozdíly, a sledovat změny, k nimž v průběhu času dochází. Je však rovněž zjevné, že existují oblasti, kde důležitá data chybí a kde tudíž není vždy snadné určit robustní měřítka kvality nebo dostupnosti služeb. Pozitivnějším aspektem je vývoj informačních technologií, které poskytují nové příležitosti v oblasti monitoringu, jež se pravděpodobně promítnou do možností sběru dat v budoucnosti. To vše vyzdvihuje fakt, že za prioritu lze považovat jak identifikaci zásadních informací potřebných pro tvorbu opatření zaměřených na řešení drogové problematiky v současnosti i v budoucnu, tak tvorbu příslušných indikátorů vhodných pro rutinní monitoring. Vyžaduje to pragmatický dvousečný přístup, který vymezuje a soustředí se na ty oblasti, které jsou aktuálně

nejužitečnější a nejdosažitelnější, ruku v ruce s neustálým hledáním a vytvářením nových zdrojů informací, které by vyplnily zásadní mezery nebo poskytly podklady pro rozvoj služeb reagujících na vznik nových oblastí problémů.

Na systémové úrovni by měl monitoring sloužit k získání informací o existujících službách, jejich počtu, náplni činnosti a rozdělení jejich segmentů mezi jednotlivé cílové skupiny. Bez ohledu na působnost nebo úroveň implementace budou kroky nezbytné k zajištění monitoringu podmiňujícího dosažení těchto cílů podobné.

Nezbytným východiskem je vytvoření rámce pro monitoring konkrétní oblasti, který bude reflektovat jak teoretická hlediska požadovaných stěžejních komponentů intervence, tak aktuální údaje o existujících službách. Účelem tohoto rámce je vytipovat konkrétní soubor aktivit, které lze sdružit tak, aby tvořily intervenční kategorii pro monitorovací účely. Na základě toho se pak určí minimální soubor měřitek, resp. otázek. Jakmile se tak stane a informace jsou rutinně shromažďovány, je možné začít hledat odpovědi na důležité otázky, jako např. „je míra realizace dostatečná?“, „jsou nějaké mezery v pokrytí?“ nebo „jsou realizované intervence v souladu s poznatky o efektivní praxi v předmětné oblasti?“.

Aktuální vývoj a priority z hlediska monitoringu u některých důležitých intervenčních oblastí

EMCDDA shromažďuje data o nejrůznějších epidemiologických indikátorech ze všech zemí EU, Norska a Turecka, jakož i některé informace týkající se důležitých intervenčních oblastí (viz tabulku 5.1). Každoroční přehled těchto dat poskytuje Evropská zpráva o drogách. Údaje o situaci v každé ze 30 zemí jsou k dispozici v příslušných výročních zprávách a Statistickém věstníku, který se každoročně aktualizuje. Po doplnění o další typy informací, např. o náklady na realizaci intervencí, mohou tato data sloužit jako podklad pro různé druhy evaluací, včetně analýzy dopadu nebo posouzení nákladové efektivity. O současnou situaci ve vztahu ke sběru dat v klíčových intervenčních oblastech a prioritách z hlediska dalšího rozvoje je podrobněji pojednáno v této části.

Tab. 5.1 Informace o zdravotních a sociálních opatřeních zaměřených na řešení drogové problematiky shromažďované EMCDDA

Prevalence užívání drog v obecné populaci	Dospělí
	Školní mládež
Prevalence problémového užívání drog	Opioidy
	Injekční užívání
	Ostatní drogy
Žádosti o léčbu	Léčebná modalita
	První nebo opakované léčebné epizody
	Primární a sekundární drogy
	Způsob aplikace a frekvence užívání
	Sociodemografické charakteristiky klientů

Užívání drog mezi vězni	Před nástupem výkonu trestu
	Během výkonu trestu
Smrtelná předávkování	Toxikologie (typ zjištěných drog)
	Sociodemografické charakteristiky
Infekční onemocnění	Hlášení výskytu HIV, AIDS, VHC a VHB
	Prevalence HIV, VHC a VHB
Zdravotní a sociální intervence	Opioidová substituční léčba: — počty klientů — informace o programech
	Výměnné programy: — počet vydaných stříkaček, klientů, kontaktů — lokality a geografické pokrytí
	Prevence: vyjádření expertů k pokrytí poptávky po různých typech intervencí

Pozn.: Data lze čerpat ze Statistického věstníku a příslušné analýzy jsou zveřejněny v Evropské zprávě o drogách a výročních zprávách o situaci v oblasti drog, kterou zpracovávají jednotlivé státy.

Prevence

Prevence se z teoretického hlediska dělí na aktivity spadající do tří hlavních oblastí: všeobecné, selektivní a indikované prevence. Tato klasifikace odráží cílovou populaci intervence a vyhodnocenou míru rizika u příslušné skupiny spíše než rámcový cíl nebo obsah poskytované intervence. V poslední době je zvýšená pozornost věnována environmentálně preventivním přístupům. Vzhledem k tomu, že protidrogová prevence se často uskutečňuje v rámci obecnějších strategií zaměřených na zneužívání návykových látek, případně i jiná problematická chování, monitorování realizace těchto aktivit může být značně náročné. Na úrovni EU jsou aktuálně k dispozici pouze deskriptivní informace o rozsahu a povaze poskytování služeb a existuje tu poptávka po kvalitnějším výkaznictví, které by umožnilo provádět robustnější komparativní analýzu. V některých zemích je situace o něco lepší, ale celkově zůstává schopnost monitorovat aktivity na systémové úrovni nedostatečná. Poznatků o efektivních řešeních v této oblasti je sice stále více, ale tyto informace se ne vždy projevují v realizaci konkrétních intervenčních opatření. Aktivity v oblasti monitoringu se rostoucí měrou soustředí na tvorbu nástrojů, jejichž prostřednictvím lze identifikovat aplikaci výzkumem podložených přístupů nebo aspektů kvalitního programu, mezi něž patří postupování podle příruček nebo metodických pokynů. Odráží to skutečnost, že určování a prosazování příkladů dobré praxe je v této oblasti možné považovat za prioritu.

Minimalizace rizik souvisejících s užíváním drog

Opatření zaměřená na snižování míry úmrtí souvisejících s drogami a dalších negativních dopadů a aktivity směřující k minimalizaci případů narušování veřejného pořádku tvoří nedílnou součást mnohých národních protidrogových strategií a jsou v tomto ohledu v mnoha evropských zemích evidentně prioritní oblastí zájmu. Sběr dat v této oblasti se na evropské úrovni zaměřuje na zajišťování kvalitnějších informací o míře implementace vědecky podložených opatření v oblasti minimalizace rizik na základě monitoringu národních strategií a intervenčních opatření, analyzování dostupných informací a dokumentování projektů, jejichž realizace je založena na dostupných důkazech,

v zájmu podpory transferu odborných přístupů v rámci Evropy. Podkladem pro aktuální přístupy jsou epidemiologická data o problémovém užívání drog, injekčním užívání drog a prevalenci a trendech šíření infekčních onemocnění. Vedle sledování chronických problémů začíná být na úrovni jednotlivých států i díky různým celoevropským iniciativám (např. projekt Euro-DEN) k dispozici stále více dat, z nichž se toho dozvídáme více o akutních dopadech užívání drog, o nichž např. poskytuje přehled evidence oddělení urgentních příjmů o hospitalizaci osob v souvislosti s užitím návykových látek. Hlavní kvantitativní datové soubory, které jsou aktuálně na úrovni EU k dispozici pro účely monitoringu intervencí určených k minimalizaci negativních dopadů užívání drog, se týkají distribuce jehel a stříkaček, kterou zajišťují specializované programy (jen v některých zemích), a poskytování opioidové substituce. V současné době rovněž přibývá dat o zajišťování aplikačních místností a naloxonových programů. Stejně jako u monitoringu prevence jsou v rámci EU k dispozici názory odborníků a popisné informace týkající se rozsahu a povahy poskytování služeb v oblasti *harm reduction*, nicméně pro účely komparativní analýzy bude nutné zajistit vyšší kvalitu dat.

Léčba poruch způsobených užíváním návykových látek

Zajištění dostupnosti adresné a diverzifikované léčby a zvyšování kvality léčby je nezbytnou podmínkou snižování poptávky po drogách. EMCDDA shromažďuje informace o léčbě prostřednictvím několika monitorovacích nástrojů, jejichž cílem je:

- sbírat data o politikách a organizačních rámcích adiktologické léčby, jakož i o dostupnosti léčby, přístupu k ní a její diverzifikaci,
- sbírat data, jež dokumentují opatření v oblasti zabezpečování kvality, které jednotlivé země uplatňují za účelem dosažení a udržení vysoké kvality léčebné péče,
- sbírat kvantitativní data o počtu lidí, kteří jsou v rámci členských států EU příjemci adiktologické léčby, včetně charakteristik osob, které nastupují specializovanou léčbu poruch z užívání návykových látek (např. typ drogy nebo sociodemografické charakteristiky), a počtu klientů absolvujících opioidovou substituční terapii.

Některé evropské země si vedou registry léčby spojené s užíváním drog, které jsou zdrojem dat, jež lze využít při vyhodnocování protidrogových strategií a stanovování nových cílů. Platí to v případě Spojeného království, kde se v rámci národního systému pro monitorování adiktologické léčby sbírají data o všech dospělých osobách, které nastupují léčbu, včetně důvodů pro její ukončení a výsledků léčby. V jiných evropských zemích jsou důležitým zdrojem specifických informací o výsledcích léčby různé dlouhodobé observační studie. Irská studie ROSIE se mimo jiné zabývala problematikou užívání návykových látek během léčby, studie realizovaná v Německu posuzovala různé výsledky léčby ve specializovaných zařízeních a v rámci primární péče, zatímco jiná dánská studie se zase zabývala otázkou abstinování od drog. Některé z těchto výzkumů zahrnovaly také aspekt incidence mortality a jejich příčin a realizováno bylo také množství kohortových studií mortality mezi specifickými kohortami, jež vykazují vyšší rizika, např. injekční uživatelé drog nebo vězni.

V některých zemích jsou součástí sbíraných dat také výstupy systematického vyhodnocování kvality zdravotní péče na základě předem stanovených kritérií. Tyto systémy se zaměřují na vykazování výsledků, jež jsou považovány za indikátory kvality léčby. Příkladem je italský národní program evaluace výsledků zdravotní péče (Piano nazionale Esiti), indikátory kvality a bezpečnosti zdravotní péče francouzského úřadu *Haute*

Autorité de Santé, německý Institut pro kvalitu a účinnost ve zdravotnictví (IQWiG) a švédská vládní agentura *Socialstyrelsen*. Tyto systémy jsou součástí celostátních monitorovacích a evaluačních mechanismů a měly by přispívat ke zkvalitňování služeb a upozorňovat na mezery ve výzkumu.

Věznice

V rámci programu určeného k zvýšení kvality a komparability informací týkajících se intervencí, které se v evropských zemích implementují ve věznicích, vydala EMCDDA rámcovou metodiku pro monitoring užívání drog a další související opatření v tomto prostředí. Jejím cílem je zajistit vyšší kvalitu informací o problematice drog ve vězení a umožnit lepší komparabilitu předmětných informací z jednotlivých zemí. Součástí metodiky jsou dvě monitorovací složky (epidemiologické a intervenční). V současné době EMCDDA shromažďuje data o prevalenci užívání drog a vzorcích užívání drog mezi osobami ve výkonu trestu odnětí svobody a o prevalenci infekčních onemocnění ve vězeňském prostředí, jakož i o situaci a aktuálním vývoji, pokud jde o problematiku drog ve věznicích na úrovni jednotlivých států. Přehled činností, které EMCDDA v této oblasti vyvíjí, je k dispozici na jejích stránkách.

Evaluace: poznatky o dopadu intervenčních opatření v oblasti drog

Evaluace spočívá v posuzování dopadu nějaké aktivity. Základní součástí takového hodnocení je obvykle monitorování dat, které však může být také doplněno o výstupy speciálních procesů získávání informací.

Data shromažďovaná pro účely evaluace intervenčních opatření zaměřených na řešení problémů s drogami mohou kromě reflektování specifických cílů jednotlivých intervencí zahrnovat i užitečné indikátory dalších obecnějších koncepčních cílů. Evaluace dopadu programů výměny jehel a stříkaček by např. mohla zahrnovat aspekt potenciálního přínosu této intervence pro komunitu v podobě snížení počtu pohozeného aplikačního materiálu na veřejných místech. Podobně vyplývá z ekonomických evaluací některých typů léčby závislosti (např. opioidové substituční léčby), že jeden z jejich hlavních ekonomických přínosů se pojí s poklesem míry trestné činnosti mezi účastníky léčby a tím i se snížením nákladů na zajišťování veřejného pořádku a působení orgánů činných v trestním řízení. Informace o komplexním dopadu intervencí mohou být podkladem pro volbu různých politik a mohou pomoci zajistit, že právě ony představují optimální využití veřejných prostředků.

Prokázat, že intervenční opatření mají dopad na veřejné zdraví, nemusí být zrovna jednoduché. Jsou k tomu zapotřebí datové systémy, které umožňují detekovat na úrovni populace snížení hodnot nežádoucích důsledků drogových problémů. A k tomu jsou zapotřebí objektivní fakta, na jejichž základě je možné zmírňování těchto problémů hodnověrně přisoudit příslušným intervencím. Je proto nezbytné, aby činitelé odpovědní za tvorbu příslušných politik vyhradili finanční prostředky na zajištění monitorovacích systémů, které budou moci generovat informace potřebné k přijímání rozhodnutí v rámci jejich strategií a akčních plánů.

V rámci evaluace by měly být co nejobektivněji posuzovány účinky určité politiky nebo programu, způsoby jejich fungování a míra dosahování jejich stanovených cílů. V ideálním případě evaluaci provádějí za využití důsledně vědeckých metod evalua-toři, kteří jsou nezávislí na hodnocených službách, aby tak bylo možné závěry šetření považovat za nestranné.

Na systémové úrovni je evaluace stále více vnímána jako stěžejní aspekt zajištění veřejnozdravotního dopadu intervenčních opatření přijímaných v reakci na drogové problémy. Neutralita, kterou nabízí nestranný systém posuzování relativního přínosu různých přístupů, se může hodit právě v oblasti, kde různé zainteresované strany mohou mít velmi odlišné a zrovna tak hluboce zakořeněné názory na daný problém. Díky konstantnímu procesu diverzifikace a inovací navíc v současnosti programy a služby v oblasti snižování poptávky po drogách zahrnují nejrůznější přístupy a metody, v důsledku čehož je nyní mnohem obtížnější hodnotit relativní hodnotu těchto rozmani-tých přístupů a programů. Volba konkrétní preventivní intervence bude např. často více záviset na aspektech, jakými jsou snadná dostupnost, cena, povědomost nebo osobní kouzlo potenciálního realizátora, než na systematickém vyhodnocení výhod a nevýhod konkurujících si programů.

Nárůst intervencí v oblasti prevence, léčby i minimalizace rizik, jak co se týká jejich kvantity, tak rozrůzněnosti, s sebou přináší i konkurenční boj mezi službami o klienty. Potřeba zdůvodnění veřejných výdajů na terapeutické služby volá po racionálních kritériích a odpovídajících datech o jejich účinnosti a nákladové efektivitě. Evaluace služeb je proto stále více pokládána za nezbytný prvek rozvoje protidrogové politiky založené na důkazech.

V neposlední řadě platí, že drogové problémy se neustále vyvíjejí, a proto je třeba vytvářet a evaluovat nové modely služeb, aby bylo možné zajistit, že intervenční opatření stále plní svůj účel. K těmto změnám dochází v širším kontextu celosvětově rostoucí ekonomické zátěže na zdravotnické rozpočty, která je důsledkem stárnutí obyvatelstva. Tento problém již začal zdravotní a adiktologické služby tlačit směrem k levnějším a flexibilnějším řešením a projevuje se napříč celým zdravotnickým sektorem. Zvyšující se tlak na již tak omezené prostředky na zdravotní péči by mohl eventuálně vést k omezování finančních zdrojů určených na evaluace. Na druhou stranu v zájmu optimálního využití omezených zdrojů bude stále více důležité vědět, do jaké míry léčba funguje, resp. které typy léčby jsou u konkrétních skupin klientů nejúčinnější.

Při evaluaci intervencí v oblasti snižování poptávky po drogách lze využít množství různých nástrojů, včetně metodického pokynu EMCDDA k provádění evaluací. Díky těmto nástrojům by se měla politika i praxe posunout směrem k široce uplatňovanému a systematickému vyhodnocování preventivních a terapeutických služeb.



Podpora úspěšné implementace: význam pro politiku a praxi

Praktické využití teoretických poznatků

- Implementace evropských minimálních standardů kvality pro oblast snižování poptávky po drogách a tvorba národních standardů kvality a metodických pokynů může přispět ke zvyšování kvality zdravotních a sociálních opatření zaměřených na řešení problémů s drogami v Evropě.
- Webové stránky poskytující snadný přístup k informacím o prokazatelně efektivních intervencích a registry příkladů dobré praxe, jakým je např. portál dobré praxe provozovaný EMCDDA, mohou mít pozitivní dopad na míru využívání výzkumem ověřených programů. Při dodržování dobré praxe mohou také sehrávat roli různé podpůrné nástroje na bázi elektronického zdravotnictví (eHealth), např. podporou standardizované preskripční praxe, vytvářením lepších podmínek pro case management nebo zprostředkováním lepšího přístupu k dostupným poznatkům a příkladům dobré praxe.

Rozvíjení efektivních systémů a partnerství

- Uživatelé drog jsou klíčovými partnery v rámci intervenčních opatření zaměřených na řešení drogových problémů. Cenným doplňkem služeb orientovaných na léčbu a sociální reintegraci mohou být uživatelské iniciativy v oblasti sociálního podnikání, jež poskytují pracovní příležitosti a možnosti zvyšování profesní kvalifikace, které jsou důležitým faktorem z hlediska úspěšné údravy a návratu do společnosti, jakož i průběžnou podporu lidem, kteří absolvovali léčbu.
- Mnozí z lidí, kteří mají problémy s drogami, vykazují širokou škálu potřeb, které spadají do působnosti různých služeb. Z hlediska efektivní a účinné reakce na tyto vícečetné potřeby je důležitá mezisektorová spolupráce a vybudování intenzivních vazeb, rozvoj systému vzájemného předávání klientů v rámci provázanosti péče a dalších standardizovaných postupů.
- Uplatňování systémového přístupu k poskytování služeb v určité oblasti spíše než akcentování jednotlivých intervencí upozorňuje na význam různých komponentů programů a způsobu jejich interakce. Tímto způsobem lze také efektivněji využívat dostupné prostředky a vytvářet podmínky pro mezisektorovou spolupráci, jakož i eventuálně otvírat témata širšího spektra koncepčních variant a zainteresovaných aktérů.

Monitoring a evaluace

- Monitoring situace v oblasti drog a intervenčních opatření realizovaných v reakci na zjištěné problémy je stěžejním prvkem efektivní a účinné protidrogové politiky a implementační praxe. EMCDDA a další subjekty shromažďují široké spektrum epidemiologických dat, nicméně informace získávané o jednotlivých poskytovaných intervencích jsou rozdílné úrovně a jejich zkvalitňování by mělo být rozhodně jednou z priorit. Mezi důležité úkoly v této oblasti patří vytípkování informací, jež jsou zásadní pro vývoj intervenčních opatření v současnosti i do budoucna a pro tvorbu indikátorů sloužících k provádění rutinního monitoringu.
- Evaluace intervencí a politik je rovněž důležitá z toho důvodu, že umožňuje zjistit, které intervence fungují, za jakých okolností a zda se s nimi pojí nějaké nezamýšlené dopady. Důkazní základna pro intervenční opatření realizovaná v reakci na

drogové problémy je aktuálně v mnoha oblastech slabá, a je proto třeba pokračovat v podpoře evaluací i iniciativ, které syntetizují a zprostředkovávají jejich výsledky. Užitečné by také bylo rozšířit monitorovací systémy o prvek výsledků intervenčních opatření (např. výsledků léčby).



Doporučené zdroje

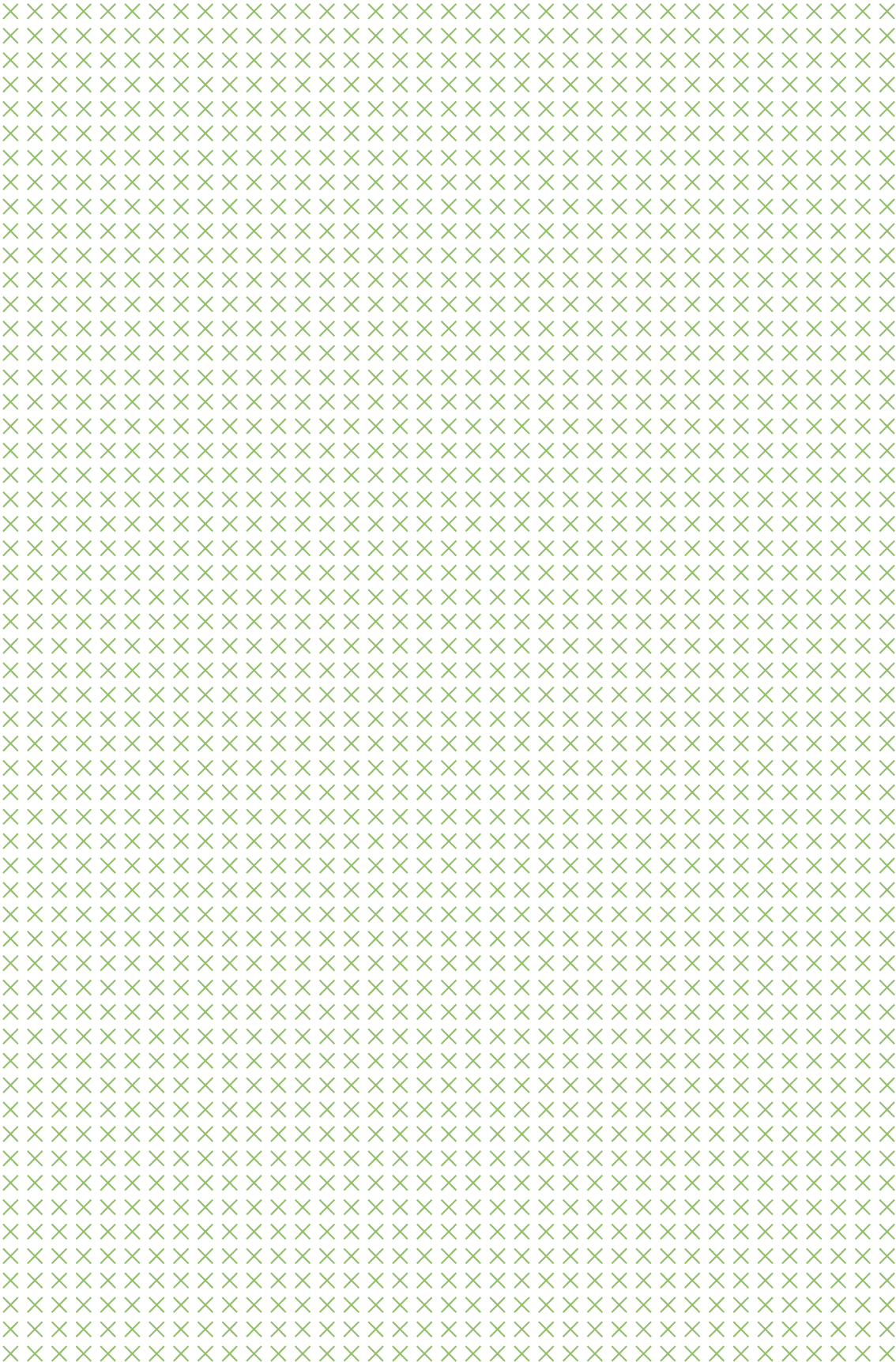
EMCDDA

- Statistický věstník
- *European drug report: trends and developments 2017*
- výroční zprávy jednotlivých zemí o situaci v oblasti drog
- portál dobré praxe – databáze Xchange
- *Drug policy advocacy organisations in Europe, EMCDDA papers, 2013*
- *Evaluating drug policy: a 7 step guide, Manuals, 2017*
- *Evaluation: a key tool for improving drug prevention, Monograph, 2000*
- *Evaluating the treatment of drug abuse in the European Union, Monograph, 1998*
- *Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug use, Insights, 2007*
- Neil Hunt, Eliot Albert and Virginia Montañés Sánchez, User involvement and user organising in harm reduction, *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Chapter 12, 2010
- *User-led interventions: an expanding resource?, Russell Webster, Background paper*

Další zdroje

- Projekt *Universal Prevention Curriculum in Europe (UPC-ADAPT)*
- Evropské standardy kvality v oblasti prevence (EDPQS) – metodika k praktickému uplatňování standardů.
- *Consolidated Framework for Implementation Research*
- prováděcí metodika pro účely realizace UNODC GAP

Odkazy na další referenční materiály jsou k dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.



Další postup:

efektivní řešení problémů s drogami v Evropě

Východiska

Tento evropský průvodce intervenčními opatřeními má čtenářům pomoci se zorientovat ve složitém terénu aktivit realizovaných v rámci řešení drogových problémů v evropském kontextu. V tomto průvodci jsou rovněž nastíněny možnosti dalšího zkvalitňování služeb i nedostatky, které si zasluhují zvláštní pozornost. Jejich relativní důležitost však budou určovat národní kontexty, které odrážejí celkovou různorodost, s kterou se u problémů s drogami v Evropě setkáváme. I tak lze však z evropského pohledu formulovat některé obecné závěry o hlavních současných veřejnozdravotních výzvách v oblasti drog. Průvodce poukazuje na komplexnost drogových problémů a z toho vyplývající rozrůzněnost možných řešení, která musejí zohledňovat rozdílné potřeby a cíle. Čtenář tak má možnost se zamyslet nad logikou volby mezi různými přístupy a absolvovat koncepčně orientovanou exkurzi po různých fázích vývoje, nastavování a implementace jednotlivých intervenčních opatření zaměřených na drogové problémy. Po celou dobu je kladen důraz na důležitost jasného vymezení problému a uvědomování si dopadů práce s různými cílovými skupinami a v různých intervenčních kontextech. Vzhledem k předpokládanému výskytu nových problémů, které od nás budou pravděpodobně vyžadovat modifikaci stávajících řešení a vývoj řešení nových, vychází tento průvodce z ústředního předpokladu potřeby logické a strukturované koncepce tvorby protidrogové politiky a příslušných služeb, která bude založena na kontinuální analýze potřeb a dobré znalosti prvků efektivních intervenčních opatření. Tento způsob strukturního uvažování zlepšuje schopnost rozpoznávat nové problémy a reagovat na ně.

Evropská opatření v oblasti problematiky drog jsou do značné míry definována epidemií injekčního užívání heroinu, kterou většina zemí zaznamenala v devadesátých letech 20. století. Byly vytvořeny úspěšné modely péče, které měly na řešení tohoto problému dramatický dopad. V mnoha ohledech jsme se naučili, co musejí obnášet opatření reagující na potřeby osob, které mají problémy s opioidy nebo si drogy aplikují injekčně. V této souvislosti není bez zajímavosti, že mnohé z aktivit, které jsou dnes považovány za stěžejní intervenční opatření v této oblasti, byly zpočátku vnímány jako kontroverzní nebo dokonce kontraproduktivní. V některých zemích však úroveň péče stále není optimální a existuje riziko, že v této oblasti nebude možné plně využít pozitivní zdravotní potenciál, který mnohé efektivní intervence skýtají. Panují zde obavy, že právě v dobách úsporných opatření se může stát, že předchozí relativní úspěšnost bude interpretována v tom smyslu, že další investice už nejsou nutné. Skutečnost je však taková, že nepokračovat v adekvátní podpoře evidentně efektivních a rentabilních intervenčních opatření, např. opioidové substituční léčby, by bylo z veřejnozdravotního hlediska nerozumné.

Zužitkování potenciálu nových technologií

S ohledem na budoucnost je důležité vzít na vědomí vliv, který na problematiku drog v Evropě mají nové technologie, globalizace a mezinárodní politická, sociální a demografická situace. Projevem tohoto vývoje je mimo jiné fenomén nových psychoaktivních látek a způsobů, jímž internet, sociální média, nové platební technologie a šifrovací software začínají proměňovat formy nákupu a prodeje drog. Tyto změny nepostihují jen drogové trhy, včetně vlivu na konzumační vzorce, který se s tím pojí, ale musejí se nutně promítnout do příslušných zdravotních a sociálních opatření v budoucnu. Je to oblast, v níž jsou evropské země často připraveny experimentovat a nacházet rychle inovativní řešení. Všichni, kdo se podílejí na řešení drogových problémů a chtějí, aby jejich práce byla i nadále smysluplná, musejí pokračovat v rozvíjení a využívání potenciálu nových technologií v zájmu kvalitnější realizace iniciativ v oblasti prevence, léčby a minimalizace rizik. Pomocí eHealth aplikací lze eventuálně rozšířit záběr některých služeb, např. ve venkovských oblastech nebo mezi rizikovými skupinami mladých lidí, u nichž lze jen těžko předpokládat, že sami vyhledají pomoc standardních služeb. Mohou však také dobře posloužit při implementaci výzkumem ověřených intervencí tím, že příslušným pracovníkům zprostředkují lepší přístup k relevantním datům, pomohou jim při realizaci adekvátních intervencí, umožní efektivnější case management a poskytnou platformu pro odborné vzdělávání. Stejně tak bude důležité se soustředit na nejnovější vývoj v neurovědách a zejména pak v oblasti nových farmak. Pokud však mají být tyto nové klinické nástroje uplatněny efektivně, bude důležité najít jejich optimální způsob implementace paralelně s dalšími zavedenými klinickými postupy.

Význam využívání a budování důkazní základny

Argument, že intervenční opatření by měla být podložena vědeckými důkazy o jejich efektivitě, je těžištěm evropských protidrogových politik, i když někteří kritici mohou namítnout, že v praxi není tento princip vždy dodržován. Zdá se však, že vědecky podložená řešení se v Evropě začínají postupně prosazovat a za současné finanční situace také jakoby nebývale narůstal zájem o to, aby byly omezené prostředky na zdravotní péči vynakládány co nejúčinněji. Jednoznačně důležitá je dobrá obeznámenost s dostupnými poznatky, jimiž lze zdůvodnit jakoukoli specifickou intervenci, stejně jako detailní povědomí o možnosti využití vědeckých důkazů při koncipování intervenčních opatření. Zdá se, že do budoucna bude zřejmě nutné snažit se ještě mnohem lépe porozumět povaze a roli výsledků výzkumu s tím, jak poroste důkazní základna a intervence budou daleko provázanější. Kompetence v tomto ohledu rostou, jak to např. dokládá rozvoj v oblasti transferu vědomostí a implementační vědy.

Zde uplatňované hledisko se snaží upozornit na skutečnost, že *průkaznost* není binární, inherentní charakteristikou, kterou jakýkoli soubor aktivit buď vykazuje, nebo nevykazuje. Jde spíše o posouzení aktuálního stavu vědomostní základny napříč kontinuem nejistoty v kontextu definovaných výstupů. A právě tento posledně jmenovaný aspekt je zásadní, protože důkazy jsou smysluplné pouze v kontextu specifických výstupů, pečlivě poměřovaných ve vztahu ke konkrétní populaci a prostředí. Změna kteréhokoliv z těchto parametrů zvýší nejistotu. Podobně platí, že intervenční opatření, které prokazatelně funguje v jednom prostředí nebo u jedné populace, nemusí ještě nutně fungovat stejně úspěšně jinde nebo u jiných skupin. Znamená to, že interpretace a aplikace našich poznatků o efektivitě nebude nikdy jednoduchá. Práci s vědeckými

důkazy si lze nejlépe představit jako kontinuální proces, což by mělo být současně závěrem a klíčovým sdělením plynoucím z tohoto průvodce. Znamená to rovněž přijetí faktu, že u mnoha problémů musejí být intervence vždy založeny na dílčí množině informací a vždy bude třeba, aby jejich nastavení odpovídalo specifickému kontextu, v němž mají být aplikovány.

Je proto důležité, aby se ve všech oblastech pokračovalo v budování vědomostní základny, kdy nepůjde jen o to, zda mohou různé typy řešení, ať už nové nebo zavedené přístupy, fungovat a za jakých okolností, ale také o rozsah a efektivitu jejich implementace. Pro zvýšení efektivity a účinnosti v této oblasti bude v rámci Evropy důležitá koordinace a spolupráce při výzkumu, monitoringu i sdílení příkladů dobré praxe ve vztahu k zdravotním a sociálním opatřením zaměřeným na řešení drogových problémů.

Přínos systémového myšlení a partnerství

V tomto průvodci je akcentováno systémové hledisko a začíná být stále více zřejmé, že jednotlivé intervence je nutné koordinovat a pracovat provázaně. Důvodem není jen množství různých potřeb lidí, ale také spletnost drogových problémů a jejich častá interakce či koexistence s dalšími zdravotními a sociálními potížemi. V tomto materiálu bylo poukázáno na mnohé příklady příležitostí k lepší koordinaci a integraci opatření zaměřených na řešení drogového problému s aktivitami v jiných oblastech, ať už se jedná o komunitní preventivní intervence, vězeňství a systém trestní justice, péči o duševní a pohlavní zdraví a služby zaměřené na pomoc s bydlením a další sociální zajištění. To jsou všechno oblasti, kde mají lépe koordinované aktivity možnost dosáhnout významného zdravotního přínosu a přispět k účinnějšímu využití omezených zdrojů. Některé skupiny obyvatel vykazují výrazně vyšší potřebu integrované péče, např. stárnoucí uživatelé opioidů, kteří jsou obzvláště náchylní k zdravotním potížím. V tomto případě bude pravděpodobně nutné, aby adiktologické služby postupovaly proaktivně a navazovaly nové formy spolupráce s širší skupinou poskytovatelů obecnější zdravotní a sociální péče, jakou představují např. geriatrické služby. V některých případech bude zapotřebí rozvíjet specializované formy služeb, k čemuž už v některých částech Evropy dochází.

Nedílnou součástí systémového přístupu a dalším globálním závěrem vyplývajícím z tohoto průvodce je mimořádná důležitost partnerství z hlediska tvorby efektivních intervencí v oblasti drog. Je to nezbytné z toho důvodu, že komplexní povaha problémů s drogami vyžaduje spolupráci různých služeb a úspěšné zakotvení těchto služeb do lokálního kontextu, které se neobejde bez aktivní účasti a podpory komunit. Drogovými problémy jsou navíc postiženi nejen uživatelé služeb, ale také jejich rodiny a komunita jako celek. Rozdílné úhly pohledu a zkušenosti těchto aktérů mohou být nesmírně cenným přínosem pro koncipování služeb a jejich implementaci.

Přidaná hodnota spolupráce se také uplatňuje na úrovni EU i v širším mezinárodním měřítku. Tento průvodce vyzdvihuje některé příklady výzkumných projektů financovaných EU a iniciativy v oblasti dobré praxe, jakými je práce na tvorbě standardů pro intervence v prostředí noční zábavy nebo vývoj aplikací známých jako eHealth. Důležitá jsou rovněž meziresortní a mezisektorová partnerství, která přispívají ke vzniku různých metodických materiálů pro účely zdravotních a sociálních intervenčních opatření v řadě oblastí, z kterých čerpá i tento průvodce.

Důraz na negativní následky a úmrtí

V průvodci je mimo jiné zdůrazněn význam intervenčních opatření přijímaných v reakci na výskyt virových hepatitid, neboť na tuto skupinu onemocnění v současnosti připadá v Evropě významný podíl nákladů na zdravotní péči související s užíváním drog. Pokud navíc nebudou učiněny příslušné efektivní kroky, náklady spojené zejména s nákazou virovou hepatitidou typu C v budoucnu pravděpodobně exponenciálně porostou. Dobré příležitosti se v současnosti rýsují díky nejnovějším formám léčby, v jejichž světle se vymýcení tohoto onemocnění jeví jako reálná možnost. Ke splnění tohoto ambiciózního cíle však budou nutné investice a lepší koordinace mezi adiktologickými službami a poskytovateli specializované hepatologické péče. To je nutné nejen k zajištění léčebné péče v odpovídajícím rozsahu, ale také k identifikaci rizikových jedinců a realizaci opatření sloužících k prevenci reinfekce v budoucnu.

Jednoznačné rezervy současná opatření stále vykazují v oblasti efektivních intervencí k minimalizaci předávkování drogami. Počty smrtelných předávkování drogami zůstávají v mnoha zemích vysoké, někde dokonce rostou. Dochází k tomu i navzdory skutečnosti, že mnohé z rizikových faktorů spojených se smrtelnými předávkováními jsou dobře známé. V poslední době byly zaznamenány v tomto směru některé dílčí úspěchy, např. širší využívání naloxonu a dalších opioidových antagonistů. V této souvislosti si musíme také položit následující otázky: Jsme v některých zemích svědky nástupu nové generace mladých uživatelů opioidů a polyvalentních uživatelů? Stává se kohorta evropských uživatelů opioidů s rostoucím věkem náchylnější k předávkování, a pokud ano, co z toho vyplývá pro poskytování příslušných služeb? Jak nejlépe reagovat na hrozbu, kterou představuje nedávný výskyt vysoce potentních syntetických opioidů, např. fentanylů, jež mohou hrát roli při smrtelných předávkování, ale ne vždy se je podaří detekovat? V reakci na zvýšenou dostupnost a důležitost nových a netradičních látek na drogových trzích by se v rámci přímých intervenčních opatření zaměřených na řešení drogového problému měla věnovat zvýšená pozornost toxikologickým a forenzním kapacitám. Uspokojení poptávky po těchto službách je však zatím ve většině zemí nedostatečné, což znamená, že naše schopnost odhalit a řešit nové problémy zůstává v této oblasti za očekáváními.

Zaznamenány byly rovněž masivní výskyty úmrtí v souvislosti s užitím tablet s vysokým obsahem MDMA, ale také s některými skupinami nových psychoaktivních látek, např. syntetických kanabinoidů. I díky výskytu těchto nových látek jsme si uvědomili, že naše opatření nejsou vždy s to držet krok s nejnovějším vývojem drogové situace v Evropě. Naše znalost podstaty efektivních přístupů k prevenci, léčbě a minimalizaci rizik zůstává v těchto oblastech nedostatečná. To představuje významnou výzvu z hlediska budoucích opatření, protože některé zdravotní problémy a potenciální intervence spojené s těmito drogami mohou mít odlišnou povahu. Větší důraz bude zřejmě nutné klást např. na akutní újmu, psychiatrickou komorbiditu a pohlavní zdraví. Bude také pravděpodobně nutné navázat kontakt s novými skupinami, z nichž některé si možná neuvědomují, že mají nějaký problém nebo možná nevnímají specializované adiktologické služby jako vhodné řešení svých problémů.

Vymezování nových oblastí politiky pro mapování terénu a realizaci konkrétních aktivit

Budoucí výzvu pro evropské aktivity v drogové oblasti může také znamenat měnící se veřejné mínění a nejnovější vývoj v pohledu na problematiku konopí. V některých zemích např. roste zájem o odstraňování bariér bránících ve využívání této drogy pro „lékařské účely“ a celkově jsme svědky obecného směřování k méně restriktivním či represivním politikám vůči konopí. Veškerý vývoj v této oblasti má dopad na intervenční přístupy k této droze v rámci prevence, léčby i minimalizaci rizik, přičemž v některých z nich se mohou projevat specifika evropského kontextu. Na rozdíl od jiných oblastí se např. v Evropě konopí často konzumuje v kombinaci s tabákem, čímž se dostáváme k dalším potenciálně důležitým oblastem z hlediska priorit veřejnozdravotní politiky. Je to oblast, kde budou muset mít činitelé odpovědní za tvorbu příslušných politik a koncepcí přehled o nejnovějším vývoji a dostupných vědeckých důkazech.

V obecnější rovině platí, že nazírání problémů s drogami z hlediska konkrétní návykové látky je u mnohých osob hledajících pomoc neadekvátní, neboť u těchto jedinců se často vyskytují problémy související s užíváním více látek současně, a to včetně alkoholu a zneužívaných léčiv. Přibližně v polovině států EU jsou dnes intervenční opatření v oblasti drog organizována pod hlavičkou obecnější politiky zaměřené na problematiku závislosti a zneužívání návykových látek, což odpovídá systémovému přístupu k péči o zdraví prosazovanému v tomto materiálu, a bude důležité určit, jaká pozitiva a negativa z tohoto vývoje plynou. Projeví se to také v evaluaci národních protidrogových politik a strategických dokumentů, o něž roste zájem. Důležité bude vytvářet logické modely, které počítají s širším spektrem vstupů a vedou k opatřením širšího dopadu.

Příležitosti se rovněž nabízejí, pokud jde o nové přístupy k tvorbě a implementaci intervenčních opatření. V tomto materiálu upozorňujeme např. na multidisciplinární poznatky o nuancích lidského chování, jejichž potenciál z hlediska zdokonalování intervenčních opatření spočívá v jejich využití při vyhledávání příležitostí pro nové intervence, zkvalitňování jejich koncepce a implementace a podpoře evaluace. Mohou mít význam nejen ve vztahu k novým opatřením, ale také při analyzování příčin nedostatečné efektivity některých programů. Prokazování užitečnosti těchto nových přístupů skýtá značný prostor pro další práci.

Zajištění flexibilních a včasných řešení problémů s drogami

Nástup fenoménu nových psychoaktivních látek i poslední vývoj v severní Americe, kde problém se zneužíváním opioidních analgetik na předpis evidentně přerostl do závažné zdravotní krize, nám připomínají, že drogové problémy současnosti mohou mít značně proměnlivou povahu a být nad síly stávajících protidrogových politik a intervenčních modelů.

Nové výzvy přináší také migrace a demografické změny v některých evropských zemích, jež jsou důsledkem sociálních a politických problémů vznikajících mimo území Evropské unie. V takových případech může sociální vyloučení, psychologické trauma a sociální „vymístění“ teoreticky zvýšit náchylnost osob k rozvoji problémů se zneužíváním návykových látek. Při koncipování opatření v oblasti drog tak bude důležité zohledňovat i potřeby nových migrantů. Stejně jako v jiných doménách i zde bude

platit, že ponaučení z úspěšné práce s jinými populacemi bude zřejmě možné aplikovat i zde, zejména pokud jde o spolupráci s členy komunity na budování důvěry, smyslu pro diverzitu a rozvoje kulturně adekvátních modelů služeb.

V kontextu současných sociodemografických a ekonomických změn, globalizace a rozvoje digitálních technologií představují epidemiologický monitoring, systémy včasného varování a vyhodnocování hrozeb zásadní předpoklad toho, že kroky, které podnikáme k řešení problémů s drogami, budou i nadále adekvátně reagovat na existující potřeby. Způsoby operativního vyhodnocování informací a přijímání příslušných opatření budou také zřejmě stále více hrát ústřední roli při realizaci vhodných a včasných intervenčních opatření reagujících na nové trendy a aktuální vývoj situace. Současná operační strategie EMCDDA je založena na přesvědčení, že agentura může ke zdraví a bezpečnosti občanů Evropy nejlépe přispět tak, že poskytne analýzu problémů společně s kritickou revizí potenciálních intervenčních opatření a současně nabídne praktické nástroje k podpoře rozhodování na úrovni politiky i praxe. Tento průvodce je naším doposud nejambicióznějším pokusem o zpracování všech dostupných informací v jedné snadno dostupné formě. Upozorňuje na teoretické i praktické nedostatky, ale také poukazuje na příležitosti pro zvyšování kvality a další vývoj, čímž může poskytnout základ pro nový svěží přístup k práci v oblasti zdravotních a sociálních opatření minimálně na další tři roky.

Evropský průvodce zdravotními a sociálními opatřeními zaměřenými na řešení drogového problému

- > Tento průvodce poskytuje referenční bod pro plánování a realizaci zdravotních a sociálních opatření zaměřených na řešení drogové problematiky v Evropě. Optimální intervenční opatření budou záviset na konkrétním drogovém problému, kontextu, v němž tento problém existuje, a typech intervencí, jež přicházejí v úvahu a jsou společensky akceptovatelné. Tato publikace poskytuje zásadní informace o některých z nejožehavějších drogových problémů v Evropě a o dostupných intervenčních opatřeních, čímž chce všem, kdo se podílejí na řešení těchto problémů, pomoci při koncipování nových programů a při zdokonalování těch stávajících.
- > Publikaci čtenářům přináší Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, které je pracovištěm Úřadu vlády České republiky. Plné znění této publikace, dříve vydané publikace a informace o připravovaných publikacích najdete na webových stránkách <http://www.drogy-info.cz> v sekci Publikace.
- > Distribuci zajišťuje vydavatel.

Vydal Úřad vlády České republiky
nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1
www.vlada.cz

Neprodejně

ISBN 978-80-7440-224-1



9 788074 402241