

ANALÝZA DROGOVÉ SCÉNY A DOSTUPNOSTI NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB PRO UŽIVATELE DROG V ÚSTECKÉM KRAJI

MUDr. Jakub Minařík
2004

Obsah

| | |
|--|----|
| I. Úvod | 3 |
| 1. Zadání studie..... | 3 |
| 2. Management a řízení výzkumného projektu..... | 3 |
| 3. Výzkumná strategie..... | 3 |
| 4. Charakteristika kraje | 4 |
| 5. Rozdělení studie..... | 10 |
| 6. Slovníček..... | 10 |
| II. A. Kvantitativní vyhodnocení semistrukturovaných interview | 11 |
| 1. Deskripce cílové populace..... | 11 |
| 2. Drogy, jejich užívání, rizikové chování | 11 |
| 3. Sexuální chování, testování na HIV a inf. žloutenky..... | 12 |
| II. B. Kvalitativní vyhodnocení semistrukturovaných interview | 14 |
| 1. Příprava drogy, aplikace, rizikové chování | 14 |
| 2. Dostupnost injekčního náčiní a parafernálií, likvidace použitého náčiní | 17 |
| 3. Vnímání pomáhajících institucí, skrytá a kontaktovaná populace UD | 20 |
| III. Velikost skryté populace injekčních uživatelů drog a potřeba injekčního náčiní | 22 |
| IV. Drogová scéna | 24 |
| Rozdělení drogové scény do jednotlivých oblastí | 26 |
| V. Souhrn, závěry a doporučení | 46 |
| VI. Literatura a použité zdroje dat: | 50 |

I. Úvod

1. Zadání studie

Výzkum byl realizován v rámci širšího projektu Centra komunitní práce v Ústí nad Labem na základě zadání Ústeckého kraje. Hlavním cílem studie bylo zmapování drogové scény tak, aby byl získán nástroj pro optimalizaci služeb v oblasti péče pro drogově závislé. Sekundárním cílem bylo poskytnout poskytovatelům služeb komplexní pohled na drogovou scénu v kraji a nabídnout jim podněty pro zlepšení jejich práce.

Hlavní témata výzkumu se týkala:

charakteristiky drogové scény v jednotlivých částech kraje
pokrytí jednotlivých částí službami pro uživatele drog v oblasti Harm Reduction,
hlavních užívaných drog a jejich dostupnosti,
identifikace rizikových lokalit v regionu,
rizikového chování populace uživatelů drog,
percepce pomáhajících institucí
možného propojení drogové scény v SRN a drogové scény v kraji.

Dlouhodobým cílem pak studie je aplikace jejích výsledků přímo v terénu.

2. Management a řízení výzkumného projektu

Koordinátorem projektu byl MUDr. Jakub Minařík, který se podílel již na realizaci předchozích kvalitativních studií v ČR, členy výzkumného týmu pak krajský koordinátor Mgr. Jiří Mach a manager Centra komunitní práce v Ústí nad Labem Michal Polesný. Spolupracovníky výzkumného týmu byli pracovníci kontaktních center a terénních programů v kraji, kteří prováděli sběr dat metodou semistrukturovaných interview.

3. Výzkumná strategie

Základním cílem výzkumu bylo rychlé zhodnocení situace (Rapid Assessment) v oblasti užívání a distribuce nezákonných drog v Ústeckém kraji. K porovnání existujících zdrojů dat a získání původního materiálu z dosud chybějících zdrojů byla využita výzkumná strategie použitá již v podobných studiích v letech 1996 a 1999:

Shromáždění podkladů (např. epidemiologických údajů, existujících výzkumných studií)

Navržení schémat semistrukturovaných rozhovorů (semi-structured interview)

Koordinátor studie připravil základní osnovu pro vedení semistrukturovaného interview v podobě dotazníků, které obsahovaly kvantitativní a kvalitativní část. Schéma semistrukturovaného rozhovoru vychází ze schématu použitého při kvalitativních výzkumech drogové scény v minulosti a stejné schéma bylo paralelně použito při výzkumu drogové scény na Broumovsku.

Výběr a výcvik tazatelů pro sběr semistrukturovaných rozhovorů

Jako spolupracovníci byli zvoleni zkušení pracovníci kontaktních center a terénních programů v kraji. Všichni tazatelé byli relativně zkušení v práci s uživateli drog.

Vzhledem ke zkušenostem tazatelů, bylo nakonec upuštěno od plošného proškolení tazatelů, všem tazatelům byly poskytnuty úvodní informace a po odběru prvního interview jim byla poskytnuta zpětná vazba. Vzhledem ke kvalitě odebraných interview se tento způsob „proškolení“ osvědčil jako mnohem efektivnější.

Shromáždění dat o užívatelích drog metodou semistrukturovaných rozhovorů (semi-structured interview) (dotazováno 55 participantů)

Tazatelé prováděli sběr dat metodou semistrukturovaných rozhovorů s uživateli drog. Zjištěné údaje následně zaznamenávali do záznamových archů. Záznamy v kvalitativní části rozhovorů obsahují kromě shrnutí zjištěných údajů i přepis přímé řeči participantů v co nejpřesnější podobě, jak si ji tazatel zapamatoval. Interview nebyla nahrávána.

Dotazníkové šetření o velikosti skryté populace injekčních uživatelů drog (dále IUD) a potřebě injekčního náčiní (dotazováno celkem 82 participantů, do studie zavzato jen 76 úplných dotazníků)

V rámci studie byli dotazováni IUD ze všech oblastí regionu na otázky týkající se výše zmíněných témat. Tazatel kontaktoval IUD obvykle v terénu.

Pozorování drogové scény

Probíhala v době sběru dat studie (podzim 2004). Výsledky byly zapracovány do studie a použity k zvláště k hodnocení rizikového chování a zvyklostí uživatelů drog (dále UD)

Rozhovory se zaměstnanci nízkoprahových zařízení

V rámci studie koordinátor studie navštívil všechna dostupná nízkoprahová zařízení v kraji a odebral s pracovníky těchto zařízení interview.

Etické otázky

Všichni dotazovaní v průběhu studie byli informováni o jejím smyslu a s účastí na studii souhlasili. Vzhledem k charakteru studie se jednalo pouze o ústní souhlas.

Supervize

Práce tazatelů byla průběžně supervidována koordinátorem studie. Supervize byla zaměřena na výběr participantů, formu kladení a přesnost formulování otázek a na zpětné ověřování validity výpovědí participantů.

Zpracování dat poskytnutých pomáhajícími institucemi

Jako jeden z významných zdrojů dat byly použity statistiky ze závěrečných zpráv jednotlivých zařízení. Do finální verze studie budou zapracována data ze statistiky z roku 2004 – vzhledem k tomu, že studie v tomto roce probíhá.

Analýza dat a porovnání se sekundárními zdroji

Analýza zahrnovala původní data, získaná v průběhu studie a sekundární data získaná z rutinních epidemiologických a demografických šetření, statistiky pomáhajících institucí a osobní sdělení pracovníků pomáhajících institucí.

Napsání zprávy a její publikace

Aplikace výsledků studie a jejich zpětné vyhodnocení (tato fáze proběhne až po skončení studie a odevzdání závěrečné zprávy).

4. Charakteristika kraje ⁽¹⁾

Obecná charakteristika kraje (demografické a geografické údaje)

Základní geografické údaje

Ústecký kraj leží na severozápadě České republiky. Severozápadní hranice kraje je zároveň i státní hranicí se Spolkovou republikou Německo a to se spolkovou zemí Sasko. Na severovýchodě sousedí Ústecký kraj s Libereckým krajem, na západě s Karlovarským a z malé části i s krajem Plzeňským a na jihovýchodě se Středočeským krajem.

Rozloha kraje je 5 335 km², což představuje 6,8 % rozlohy České republiky. Zemědělská půda zaujímá více než 50 % území kraje, lesy se rozkládají na 30 % a vodní plochy na 2 % území.

V kraji lze vymezit čtyři oblasti, které se od sebe významně odlišují. Je to oblast s vysoce rozvinutou průmyslovou výrobou, která je soustředěna především v Podkrušnohoří (okresy Chomutov, Most, Teplice a částečně Ústí nad Labem). Z odvětví má významné postavení energetika, těžba uhlí, strojírenství, chemický a sklářský průmysl. Další oblastí je Litoměřicko a Lounsko, které jsou významné

svou produkcí chmele a zeleniny. Zvláště Polabí a Poohří jsou proslulými ovocnářskými oblastmi, nazývané Zahradou Čech. Skvělou pověst mají i vína pěstovaná na Litoměřicku. V posledních letech se i oblast Mostecká stává známou vinařskou oblastí, kde se vinná réva pěstuje především na pozemcích zrekultivovaných po těžbě hnědého uhlí. Oblast Krušných hor je velmi řídko osídleným horským pásem s omezenými hospodářskými aktivitami a nakonec oblast Děčínska není ani územím s koncentrací těžkého průmyslu ani oblastí zemědělskou. Jeho severní část Šluknovsko je svou odlehlostí a obtížnou dostupností z centrální části kraje typicky periferním územím.

Obyvatelstvo

Ke konci roku 2003 měl Ústecký kraj 820.868 obyvatel, což jej řadí na páté místo v republice. Hustota obyvatel (154 obyvatel /km²) je vyšší než vykazuje celostátní průměr (129 obyvatel/km²) a je po hlavním městě Praze, Moravskoslezském a Jihomoravském kraji čtvrtou nejzaldněnější oblastí. Nej hustěji je osídlena podkrušnohorská hnědouhelná pánev, nižší zalidnění se nachází v oblasti Krušných hor a v okresech Louny a Litoměřice, kde se vyskytují především menší venkovská sídla. Největší obcí a zároveň sídlem kraje je město Ústí nad Labem s 94.105 obyvateli. Charakteristickým rysem kraje je relativně mladé obyvatelstvo, průměrný věk je 38,5 let. Kraj se řadí na první místo v počtu živě narozených na 1.000 obyvatel (10,2), ale je zde jedna z nejvyšších úmrtností v republice (11,3 zemřelých na 1.000 obyvatel). Ústecký kraj se počtem rozvodů na 1.000 obyvatel (3,8) a počtem potratů na 100 narozených (56,8) řadí v celorepublikovém srovnání na druhé místo za kraj Karlovarský.

Zaměstnanost a ekonomika

Podle výběrového šetření pracovních sil je v kraji zaměstnáno přibližně 353 tisíc osob, z nichž nejvíce je pracujících ve zpracovatelském průmyslu (cca 81 tisíc osob). V roce 2003 průměrná hrubá měsíční mzda v kraji dosáhla 15.313 Kč (na fyzickou osobu), za celorepublikovým průměrem zaostala o 1.607 Kč, ve srovnání krajů je Ústecký kraj na pátém místě. Pokles těžby uhlí, restrukturalizace podniků, útlum výroby i zemědělství mají za následek, že v republikovém srovnání je v Ústeckém kraji dlouhodobě nejvyšší míra registrované nezaměstnanosti (17,94 %, v ČR 10,31 % k 31. 12. 2003). Ve statistickém registru ekonomických subjektů bylo koncem roku 2003 registrováno více než 163 tisíc firem, organizací a podnikatelů. Největší část tvoří podnikatelé – fyzická osoba nezapsaná v obchodním rejstříku (118 tisíc). Z hlediska třídění podle odvětvové klasifikace ekonomických činností se nejvíce subjektů zabývalo obchodem, opravami motorových vozidel a spotřebního zboží. V roce 2002 se kraj podílel na tvorbě hrubého domácího produktu v České republice 6,4 %. V přepočtu na jednoho obyvatele tím dosahuje 80,1 % republikového průměru a je mezi kraji na desáté pozici. K nejvýznamnějším zaměstnavatelům Ústeckého kraje patří Mostecká uhelná společnost, Severočeské doly, Chemopetrol a nemocnice v Ústí nad Labem a Mostě.

Školství

Síť školských zařízení tvoří 326 mateřských škol, 259 základních škol, 24 gymnázií a 73 středních odborných škol. Vysokoškolské vzdělání v kraji lze získat na 4 vysokých školách. V Ústí nad Labem to je Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, v Děčíně fakulta Českého vysokého učení technického a v Mostě Vysoká škola finančně správní a fakulta Vysoké školy báňské.

Zdravotnictví

Základní zdravotnickou péči zajišťuje v kraji síť ambulantních zařízení a lékáren. Akutní lékařskou péči poskytuje dvacet nemocnic s 5.757 lůžky. Nejvýznamnějším zdravotnickým zařízením v kraji je Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem a Nemocnice Mostě. Následnou a rehabilitační péči zajišťuje deset odborných léčebných ústavů s 1.400 lůžky, z toho pro dlouhodobě nemocné je určeno šest lůžek.

Dopravní infrastruktura

Kraj má důležitou dopravní polohu danou vazbou na Evropskou unii. Teplickým a litoměřickým okresem prochází významná mezinárodní silniční trasa E 55 spojující sever a jih Evropy, která u Lovosic přechází v dálnici D 8. Další významný silniční tah směřuje z Karlovarského kraje podél Krušných hor do severní části Libereckého kraje. Významná je také spojnice ze Spolkové republiky Německo přes Chomutov a Louny do Prahy. Hlavním železničním tahem je mezinárodní trať ze

Spolkové republiky Německo přes Ústí nad Labem do Prahy. Řeka Labe je nejdůležitější vodní cestou v České republice a umožňuje lodní přepravu do Hamburku, přístavu v Severním moři.

Na území kraje se nalézá jedenáct silničních celních přechodů, tři železniční, jeden říční a mnoho nově zbudovaných přechodů pro pěší a cyklisty.

Přeshraniční spolupráce a možnosti rozvoje kraje

V posledních letech se také rozvíjí řada forem přeshraniční spolupráce. Jednou z nich je Euroregion Labe, který zahrnuje území o rozloze 5,4 km² s 1,4 miliony obyvateli. Sdružuje 214 českých a 63 saských obcí. Tato oblast zahrnuje část severních Čech, Saské Švýcarsko, část Horního Polabí a Východního Krušnohoří. Dále je to Euroregion Krušnohoří, který na české straně zahrnuje 72 měst a obcí z okresů Chomutov, Most, Louny a Teplice. Přínosem je vytváření a realizace společných projektů, především v oblasti dopravy, služeb, cestovního ruchu, kultury a životního prostředí.

Zdroj dat ke kapitole: Ústecký kraj v číslech, Český statistický úřad, 2004

Správní členění a počet obyvatel v obcích Ústeckého kraje

Ústecký kraj se od 1.1. 2003 člení na 16 správních obvodů obcí s rozšířenou působností. Celkem je v Ústeckém kraji 354 obcí, z toho 35 obcí má nad 3.000 obyvatel. V kraji je 46 obcí se statutem města. Ústí nad Labem, Most a Teplice jsou statutárními městy.

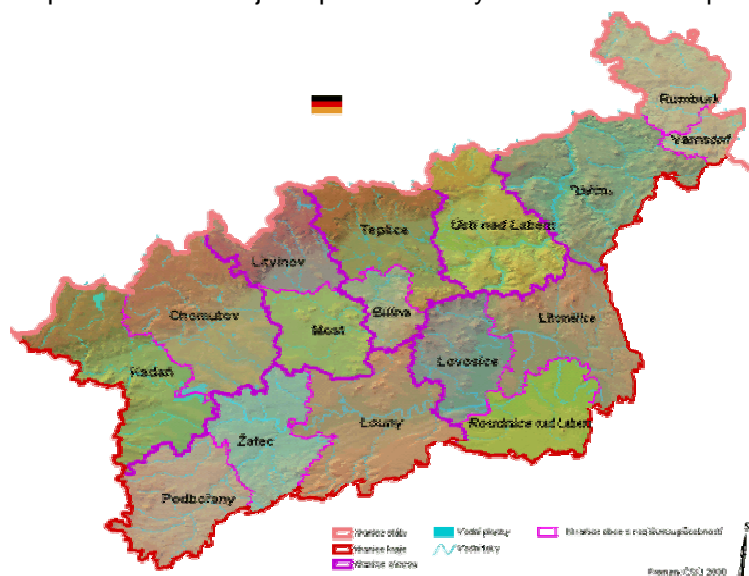
Vedle obcí s rozšířenou působností je výkon státní správy na území Ústeckého kraje svěřen 30 pověřeným obcím, které vykonávají státní správu v určeném rozsahu i na území jiných obcí. Další města a některé větší obce jsou pověřeny výkonem určité části státní správy, např. matriky (celkem 132 obcí), stavebního úřadu (celkem 39 obcí).

Do Ústeckého kraje zasahují tři euroregiony – Labe (Litoměřicko, Ústecko, Děčínsko), Podkrušnohoří (Chomutovsko, Lounsko, Mostecko, Teplicko) a Nisa (oblast Šluknovského výběžku).

| Počet obyvatel v obcích Ústeckého kraje | | | | | | |
|--|-----------------------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|----------------|----------------|
| (údaje k 1.1. 2002) | | | | | | |
| obec s rozšířenou působností | počet obyvatel v obci | počet obcí ve správním obvodu | z toho obcí nad 3.000 ob. | počet obyvatel ve správním obvodu | | |
| | | | | muži | ženy | celkem |
| Bílina | 15 738 | 8 | 1 | 10 048 | 10 442 | 20 490 |
| Děčín | 52 058 | 34 | 4 | 38 914 | 40 213 | 79 127 |
| Chomutov | 50 251 | 25 | 2 | 39 653 | 41 185 | 80 838 |
| Kadaň | 17 639 | 20 | 3 | 21 716 | 22 302 | 44 018 |
| Litoměřice | 24 489 | 40 | 2 | 27 803 | 28 496 | 56 299 |
| Litvínov | 27 022 | 11 | 3 | 19 691 | 20 285 | 39 976 |
| Louny | 19 147 | 41 | 2 | 18 564 | 19 623 | 38 187 |
| Lovosice | 9 196 | 31 | 2 | 13 124 | 13 550 | 26 674 |
| Most | 67 905 | 15 | 1 | 37 353 | 39 422 | 76 775 |
| Podbořany | 6 212 | 11 | 1 | 7 868 | 7 967 | 15 835 |
| Roudnice n.L. | 13 084 | 33 | 1 | 15 757 | 16 223 | 31 980 |
| Rumburk | 11 101 | 12 | 4 | 16 760 | 17 258 | 34 018 |
| Teplice | 51 223 | 26 | 5 | 51 874 | 54 739 | 106 613 |
| Ústí n.L. | 94 105 | 23 | 2 | 57 040 | 60 554 | 117 594 |
| Varnsdorf | 15 895 | 6 | 1 | 10 024 | 10 565 | 20 589 |
| Žatec | 19 607 | 18 | 1 | 15 830 | 16 045 | 31 875 |
| CELKEM | | 354 | 35 | 402 019 | 418 869 | 820 888 |

zdroj dat: Počet obyvatel v obcích Ústeckého kraje, ČSÚ

Mapa Ústeckého kraje – správní obvody obcí s rozšířenou působností



Vývoj počtu obyvatel v Ústeckém kraji v období 2001 – 2004

| Obyvatelstvo v Ústeckém kraji 2000 - 2004 | | | | | |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| rok | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004* |
| střední stav obyvatelstva | 826 992 | 820 241 | 819 442 | 819 851 | 821 589 |
| z toho ženy | 421 457 | 418 357 | 418 227 | 418 382 | 419 125 |
| <i>počet obyvatel ve věkových skupinách:</i> | | | | | |
| 0-14 let | 140 277 | 136 459 | 134 587 | 133 453 | |
| 15-64 let | 568 040 | 582 808 | 584 869 | 586 147 | |
| 65 a více let | 100 696 | 100 183 | 100 256 | 100 251 | |
| průměrný věk | 37,70 | 38,10 | 38,30 | 38,50 | |

zdroj dat: ČSÚ

*) údaje za VIII/2004

Přibližně 80% obyvatel Ústeckého kraje žije ve městech.

Nezaměstnanost

Registrovaná míra nezaměstnanosti v Ústeckém kraji byla ve sledovaném období osciluje mezi 17 a 18%. Nejnižší míra nezaměstnanosti je v okrese Litoměřice, nejvyšší je dlouhodobě v okrese Most (24,02% v roce 2004). Uvnitř jednotlivých okresů míra nezaměstnanosti velmi kolísá. Markantní rozdíl je v míře nezaměstnanosti je mezi městy a venkovem (v některých malých obcích dosahuje míra nezaměstnanosti až 40 - 50%). Rizikovými regiony z hlediska nezaměstnanosti jsou zejména bývalé pánevní oblasti na Chomutovsku a Mostecku a některé oblasti okresů Děčín, Louny a Teplice.

| Nezaměstnanost v Ústeckém kraji v období 2000 - 2004 | | | | | |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| rok | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| průměrný počet zaměstnanců | 233 597 | 229 387 | 185 477 | 184 979 | 185 609 |
| nezaměstnanost k 31.12. | | | | | |
| počet uchazečů o zaměstnání | 66 572 | 67 720 | 74 135 | 76 499 | 73 338 |
| z toho ženy | 33 147 | 33 849 | 37 044 | 38 038 | 36 995 |
| volná pracovní místa | 2 798 | 3 295 | 2 581 | 2 745 | 2 948 |
| míra nezaměstnanosti (%) | 16,15 | 15,83 | 17,13 | 17,94 | 17,18 |

zdroj dat: ČSÚ, údaje za rok 2004 MPSV

| Registrovaná míra nezaměstnanosti v okresech Ústeckého kraje v letech 2002 - 2004 | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|
| rok | 2002 | 2003 | 2004 |
| Děčín | 15,20 | 15,59 | 16,01 |
| Chomutov | 17,70 | 18,66 | 18,56 |
| Litoměřice | 13,18 | 14,38 | 13,20 |
| Louny | 18,58 | 18,89 | 17,22 |
| Most | 21,21 | 23,51 | 24,02 |
| Teplice | 18,21 | 19,86 | 17,41 |
| Ústí nad Labem | 15,34 | 14,85 | 13,84 |
| Ústecký kraj | 17,13 | 17,94 | 17,18 |
| ČR | 9,81 | 10,31 | 9,50 |

zdroj dat: MPSV

Kriminalita

Ústecký kraj se podílí na počtu zjištěných trestných činů v ČR zhruba 8,2 – 9,2%. Z hlediska kriminality jsou v Ústeckém kraji nejrizikovější okresy Ústí nad Labem, Teplice, Chomutov a Most. Zhruba tři čtvrtiny případů obecné kriminality jsou tvořeny majetkovou trestnou činností. Poměrně vysoký je počet násilných trestných činů. Významný je velký meziroční nárůst nápadu násilných trestných činů. Podle evidence Policie ČR bylo v roce 2003 347 a v roce 2004 486 trestných činů a pod vlivem alkoholu a v roce 2004 17 trestných činů pod vlivem drog (údaje za severočeský kraj).

| Počet zjištěných trestných činů na území Ústeckého kraje v letech 2002 - 2004 | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| rok | 2002 | | 2003 | | 2004 | |
| okres | absolutní počet zjištěných trestných činů | počet trestných činů na 1000 obyvatel | absolutní počet zjištěných trestných činů | počet trestných činů na 1000 obyvatel | absolutní počet zjištěných trestných činů | počet trestných činů na 1000 obyvatel |
| Děčín | 3 971 | 29,70 | 3 969 | 29,69 | 4 172 | 31,18 |
| Chomutov | 5 181 | 41,51 | 5 248 | 42,04 | 5 117 | 40,91 |
| Litoměřice | 4 148 | 36,25 | 4 307 | 37,64 | 3 988 | 34,64 |
| Louny | 2 566 | 29,89 | 2 353 | 27,41 | 2 590 | 30,15 |
| Most | 4 437 | 37,92 | 4 205 | 35,94 | 4 969 | 42,60 |
| Teplice | 5 423 | 43,00 | 5 344 | 42,37 | 5 941 | 46,59 |
| Ústí n. L. | 5 734 | 48,79 | 5 477 | 46,60 | 5 571 | 47,40 |
| Ústecký kraj | 31 460 | 38,37 | 30 903 | 37,69 | 32 348 | 39,45 |

zdroje dat: Statistická ročenka ČSÚ za rok 2002 (údaje za rok 2002)
statistika Policie ČR – krajské správy severočeského kraje (údaje za rok 2003 a 2004)

| Nápad trestných činů - Ústecký kraj - celkem | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|
| rok | 2002 | 2003 | 2004 |
| obecná kriminalita | 24 540 | 25 411 | 26 167 |
| z toho majetková | 19 623 | 20 235 | 20 293 |
| hospodářská kriminalita | 3 938 | 2 665 | 3 411 |

zdroj dat: statistika Policie ČR

| Nápad trestné činnosti (vybrané trestné činy) | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|
| rok | 2002 | 2003 | 2004 |
| násilná trestná činnost | 2 272 | 2 457 | 2 909 |
| vraždy | 22 | 23 | 22 |
| loupeže | 605 | 664 | 722 |
| vydírání | 253 | 169 | 240 |
| mravnostní | 253 | 200 | 254 |
| kuplířství | 24 | 8 | 16 |
| krádeže prosté | 12 416 | 12 383 | 12 831 |
| krádeže 2 stopých motor. vozidel | 2 206 | 2 207 | 1 967 |
| krádeže věcí z automobilů | 4 523 | 4 254 | 4 638 |
| vloupání | 6 054 | 6 592 | 6 285 |
| vloupání do bytů | 1 069 | 1 295 | 959 |
| vloupání do chat | 713 | 804 | 630 |

zdroj dat: Statistická ročenka ČSÚ (údaje za rok 2002)
statistika Policie ČR – krajské správy severočeského kraje

| Kriminalita v Ústeckém kraji v letech 2002 - 2004 | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| rok | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| počet zjištěných trestných činů | 32 114 | 29 495 | 31 460 | 30 903 | 32 348 |
| počet trestných činů na 1.000 obyvatel | 38,80 | 36,00 | 38,40 | 37,69 | 39,37 |
| srovnání ČR | 38,10 | 35,10 | 36,50 | 35,00 | 34,42 |
| podíl kraje na počtu zjištěných t. č. v ČR | 8,21% | 8,23% | 8,50% | 8,70% | 9,20% |

zdroj dat: ČSÚ, statistika Policie ČR (údaje za rok 2004)

Dopravní nehody s hlavní příčinou požití alkoholu

Podle údajů ČSÚ došlo v roce 2002 v Ústeckém kraji k 713 dopravním nehodám s hlavní příčinou požití alkoholu. V roce 2003 byl tento počet 748.

Další faktory mající vliv na užívání drog v Ústeckém kraji

V roce 2002 byl proveden výzkum srovnávající užívání drog a jeho dopadů v jednotlivých krajích. Výsledky byly shrnuty v publikaci Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002. (Lejčková, Mravčík, Radimecký, NMS Praha 2004). V rámci studie proběhla analýza sociodemografických ukazatelů v jednotlivých krajích. Při srovnání hrubé míry potratovosti, hrubé míry rozvodovosti, míry zastoupení obyvatelstva s vysokoškolským vzděláním a obyvatelstva s náboženským vyznáním má Ústecký kraj nejméně příznivou sociálně demografickou situaci.

5. Rozdělení studie

Na následujících stranách je vlastní studie. Je rozdělena na několik okruhů, které reprezentují jednotlivé zdroje dat, resp. jsou syntézou dat z několika použitých zdrojů.

Části II. A. a B. Představují data sebraná při semistrukturovaných rozhovorech pracovníky nízkoprahových zařízení a koordinátorem studie.

Část III. Výsledek dotazníkového šetření mezi IUD a odhad velikosti skryté populace, resp. odhad potřeby injekčního náčiní.

Část IV. Popis drogové scény v jednotlivých regionech

Část V. Souhrn nejdůležitějších zjištění, závěry a doporučení.

„Text v uvozovkách psaný kurzívou reprezentuje sdělení participantů, event. citace z jednotlivých interview“

TEXT KAPITÁLKAMI V ČÁSTI II. B. JE STRUČNÝ VYSVĚTLUJÍCÍ ÚVOD PRO ČTENÁŘE MÉNĚ SBĚHLÉ V PROBLEMATICE.

6. Slovníček

V textu studie jsou použity některé zkratky a termíny, Pro jednodušší orientaci jsme připravili slovníček těch nejběžnějších zkratk a termínů:

EMCDDA (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti) - koordinuje systém sběru, analýzy, interpretace a diseminace dat na úrovni Evropské unie a je garantem sledování naplňování protidrogové strategie EU.

Harm Reduction – se označují přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, které v současnosti drogy užívají a nejsou motivované k tomu, aby užívání zanechali. Sekundárním výsledkem takových aktivit snížení rizika pro celou společnost (např. omezení šíření některých infekčních onemocnění).

Hepatitida – zánět jater, v kontextu studie je míněna virová infekční hepatitida typu A, B, nebo C (pro uživatele drog je typická VHC).

ITR (in-treatment rate) - podíl PUD v kontaktu s léčebnými zařízeními na celkovém počtu PUD.

IUD – injekční uživatelé drog

PUD – problémoví uživatelé drog (Problémové užívání drog je dle definice EMCDDA: Intravenózní užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů a/nebo kokainu a/nebo amfetaminů. Užívání konopí nebo ecstasy není z definice problémovým užíváním.)

Rapid Assessment – jedna z metod rychlého nebo „zúženého“ sběru dat pro sledování zdravotně – sociálních problémů. Využívá kvalitativních i kvantitativních metod.

Seroprevalence - počet jedinců s pozitivním serologickým nálezem k určitému datu na 1 000 osob. Vychází z termínu prevalence – počet nemocných k určitému datu na 1 000 osob.

Skrytá populace UD – UD kteří nejsou v kontaktu s pomáhajícími institucemi. Dle odhadů tvoří 50 - 90% všech UD

UD – uživatel drog

VHA – virová hepatitida typu A

VHB – virová hepatitida typu B

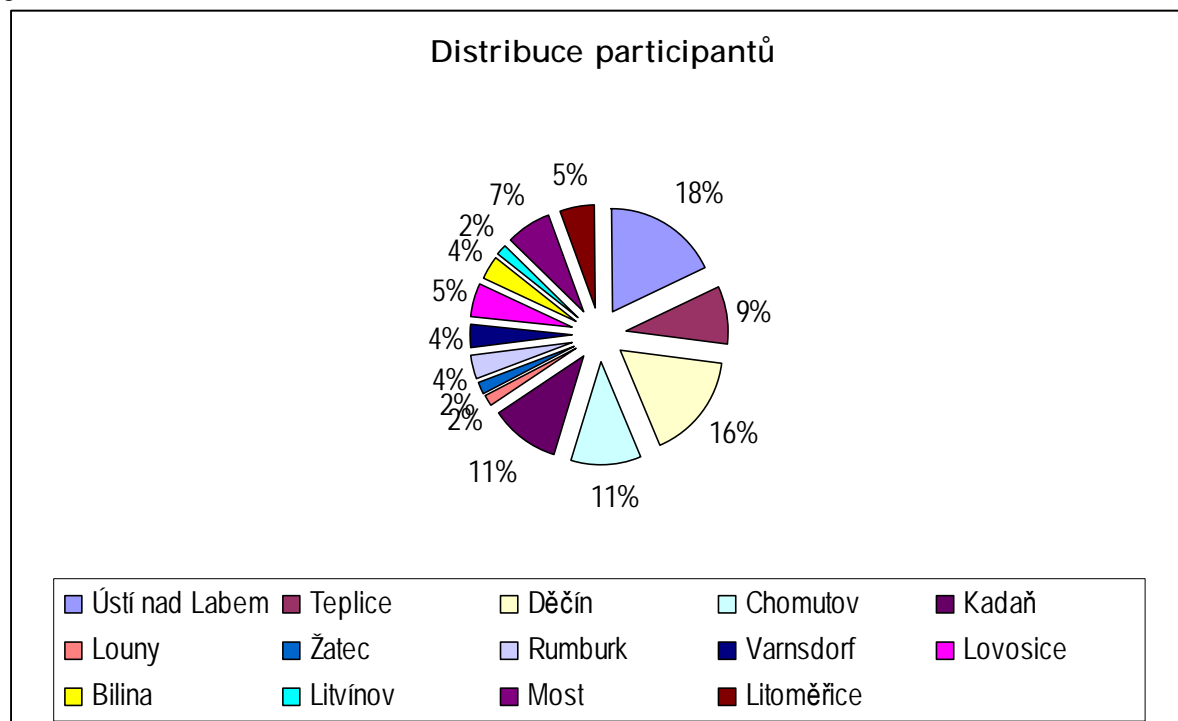
VHC – virová hepatitida typu C

Nízkoprahové zařízení (Kontaktní centra, Drop-in) – nabízejí služby cílové skupině drogově závislých, která není v kontaktu s jinými zdravotními, nebo zdravotně sociálními službami. Umožňují přístup ke službám bez doporučení, přímo z ulice, anonymně a v neformálním prostředí.

II. A. Kvantitativní vyhodnocení semistrukturovaných interview

1. Deskripce cílové populace

V rámci studie bylo dotazováno 55 participantů – 38 mužů a 17 žen. Průměrný věk byl 24,2 let (rozpětí 15 - 45 let). Průměrný věk mužů byl 25,6 let (rozpětí 15 - 45 let), průměrný věk žen byl 21,2 let (rozpětí 15 – 35 let). Všichni participanté žili v Ústeckém kraji, jejich distribuci uvádí následující graf:



Osmdesát procent participantů patřilo k bílé většině, jeden z nich byl Ukrajinské národnosti, dlouhodobě žijící v ČR. Dvacet procent se hlásilo k romskému etniku.

Šedesát procent participantů začalo studovat SOU. Dvě pětiny z nich studium úspěšně ukončily, jedna pětina v době dotazování dosud studovala a dvě pětiny studium nedokončily. Dvacet procent participantů mělo jen základní vzdělání, další školu již nezačali studovat. Šestnáct procent participantů začalo studovat střední školu – necelá pětina z nich jí úspěšně dokončila, třetina participantů dosud studovala. Téměř polovina participantů střední školu nedokončila. Jeden participant začal studovat na vysoké škole, studium však neukončil a jeden z participantů neměl ukončené základní vzdělání.

Čtyřicet osm procent dotazovaných bylo nezaměstnaných. Třicet dvě procenta dotazovaných měla nějakou legální ekonomickou aktivitu, z toho polovina vyhledávala zaměstnání příležitostně (brigády), druhá polovina měla stále zaměstnání. Osmnáct procent participantů dosud studovalo, jeden byl v invalidním důchodu. Část studentů a nezaměstnaných mělo také příležitostné brigády.

Šedesát procent participantů bylo svobodných, třináct procent žilo se stálým partnerem. Čtyři procenta dotazovaných žila v manželském svazku a šestnáct procent bylo rozvedených. Dvacet devět procent participantů přiznalo, že má děti, někteří měli potomků více (2, 3).

2. Drogy, jejich užívání, rizikové chování

Zastoupení jednotlivých drog a způsob jejich užívání v souboru bylo ovlivněno zadáním studie, která preferovala dlouhodobé, pravidelné injekční uživatele patřící do skupiny problémových uživatelů drog (dále PUD) dle definice EMCDDA (intravenózní užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů a/nebo kokainu a/nebo amfetaminů). Uživatelé legálních drog a konopných drog byli ze studie vyloučeni.

Drogy: Téměř všichni participanté mají zkušenost s pervitinem, který byl i nejčastější primární drogou - 25 participantů - tj. 44% všech, kteří se zúčastnili studie. Čtyři procenta participantů udala jako primární drogu kombinaci pervitinu a heroinu. Heroin se jako primární droga uplatnil ve 22%. Často

uživatelé heroinu v době sejmutí dotazníku užívali buprenorfin, někteří byli zařazeni do legálního substitučního programu. Konopné drogy se jako hlavní droga uplatnily u dvou participantů (4%). Tito partitipanti však v hojně míře užívali i jiné drogy, obvykle pervitin. Šestnáct procent participantů mělo jako hlavní drogu organická rozpouštědla, téměř výhradně toluen. Obvykle se jednalo o příslušníky romského etnika. Osm procent participantů udalo jako hlavní užívanou drogu kodein, 2% (1 participant) kombinaci kodeinu a pervitinu.

Jako velmi významná sekundární droga se uplatnila psychofarmaka ze skupiny benzodiazepinů - 93% participantů – závažný na tomto zjištění je zvláště fakt, že byly užívány v dávkách, které mnohonásobně převyšují dávky terapeutické a často v kombinaci s dalšími tlumivými látkami. Často se také jednalo o uživatele pervitinu, kteří jej užívali v kombinaci s primární drogou, nebo o uživatele heroinu, kteří jej užívali ke zvládnutí odvykacích stavů. Častými sekundárními drogami byly alkohol (78% participantů), kanabis (56%) a lysohlávky – 51% participantů. U posledně jmenované přírodní drogy se jednalo o příležitostný, sezónní usus. Shodně po 14% se jako sekundární droga uplatnily pervitin a heroin. Čtvrtina participantů užívala jako sekundární drogu organická rozpouštědla. Jednalo se často o příležitostný usus při nedostatku primární drogy, nikoliv o pravidelné dlouhodobé užívání.

U 25% participantů byly zjištěny rozsáhlé zkušenosti s opiem a u 16% participantů s durmanem. Z interviu je zřejmé, že využití sezónních, přírodních zdrojů drog je poměrně časté.

Aplikace: Soubor tvořili pouze injekční uživatelé drog (dále IUD) – 100% - 55 participantů. Většinou se jednalo o dlouhodobé IUD s kariérou injekčního užívání delší než 2 roky – 29 tj. 53% participantů. Injekčně užívá déle než 1 rok 18% participantů, 10% participantů – IDU si drogy aplikovalo injekčně dobu kratší než 1 rok, z toho pouze 4% méně než 1/2 roku. Zbytek participantů v době studie drogy injekčně neužíval, i když se jednalo o pravidelné injekční uživatele – kteří ovšem drogy takto užívali v minulosti.

Čtyřicet tři procent participantů - IDU si injekčně aplikovalo drogy denně, čtyřicet jedno procento s frekvencí 2-6 dnů v týdnu. Zbytek participantů si drogy injekčně aplikoval menší frekvencí, obvykle 1x týdně.

Sdílení: sdílení injekčního náčiní kdykoliv v průběhu drogové kariéry přiznalo 78% participantů, častěji injekční náčiní vydali (63%), než přijali (54%). Často se tak stalo v posledním měsíci - vydali 54%, přijali 43%. Vzhledem k tomu, že se jednalo o převážně kontaktovanou populaci, neskrutou populaci, lze předpokládat, že rozsah sdílení je značný. Na tom se jistě podílel i fakt, že část participantů žila v menších sídlech, kde dostupnost služeb pro uživatele drog je omezená.

Dezinfekce: Účinnou dezinfekci injekčního náčiní užívá jen asi 10% participantů, ostatní injekční náčiní buď jen vyplachují (27%), nebo neužívají žádný způsob jeho očisty po použití (63% participantů). Většina těch, kteří injekční náčiní sdíleli, účinnou dezinfekci neužívá.

Kontext: aplikaci ve skupině preferuje 43% participantů, přičemž u více než dvou třetin tento kontext užívání převažuje. Velmi časté je užívání ve dvojicích, nejčastěji se sexuálním partnerem, méně často se spoluuzivatelem – 30%. Pouze 27% participantů preferuje aplikaci o samotě, i tito participanté však často užívají drogy ve větší skupině uživatelů.

Iniciace: Resp. pravidelný usus začal v průměrném věku 16,1 roku (rozpětí 12 - 29 let). V případě primární drogy 16,5 let, v případě marihuany 15,8 let.

3. Sexuální chování, testování na HIV a inf. Žloutenky

Sexuální chování

Polovina participantů měla stálého sexuálního partnera, většinou se jednalo o uživatele drog (alkohol v tomto kontextu nebyl jako droga hodnocen).

Polovina participantů měla sexuální styky náhodné. Průměr na ty, kteří byli v posledním půl roce sexuálně aktivní bylo 5 sexuálních partnerů, s minimem 1 a maximem 30.

Převážná většina participantů neužívala prezervativ nikdy, ani s s náhodnými sexuálními partnery (58%) a pouze 10% vždy s náhodnými sexuálními partnery. To je zvláště závažné, když uvážíme, 9% participantů přiznalo, že získává prostředky na obživu prostitutí a 2 participanté z těchto 9% neužívají prezervativ zcela programově. Většina participantů se tedy chová v sexuální oblasti vysoce rizikově.

HIV a hepatitidy

Většina participantů se nechala někdy v životě testovat na protilátky proti viru HIV/AIDS (56%), resp. na protilátky proti virovým hepatitidám (65%). Jen 24% participantů se nechávalo testovat pravidelně, tj. alespoň 2x ročně.

V případě HIV byl výsledek vždy negativní. U hepatitid 41% dotazovaných hepatitidu neprodělalo. Hepatitidu typu prodělalo 27% participantů, 6% prodělalo typy B a C, 6% typ B, 4% typ A. Zbytek participantů prodělal žloutenku, neví však jaký typ a nebo výsledek nezná. Ti, kteří infekční žloutenku prodělali se obvykle vyznačovali vysoce rizikovým způsobem chování.

II. B. Kvalitativní vyhodnocení semistrukturovaných interview

1. Příprava drogy, aplikace, rizikové chování

1.1 Příprava drogy

Úvod: PŘÍPRAVA DROGY K INJEKČNÍ APLIKACI PATŘÍ Z HLEDISKA RIZIK PRO UŽIVATELE MEZI NEJPROBLEMATIČTĚJŠÍ MOMENTY UŽÍVÁNÍ DROG. PROBÍHÁ V NĚKOLIKA KROCÍCH:

UŽIVATEL ZAKOUPENOU DROGU OBYČEJNĚ VYSYPE NA LŽIČKU NEBO JI PONECHÁ V PLASTOVÉM SÁČKU (TZV. DÝLÁČEK, NEBO GRIP).

NABERE DO INJEKČNÍ STŘÍKAČKY PATŘIČNÉ MNOŽSTVÍ VODY A PŘIDÁ JEJ K DROZE.

SMĚS PAK ZAMÍCHÁ, ABY SE LÉPE ROZPOUŠTĚLA:

K MÍCHÁNÍ NA LŽIČCE K TOMUTO ÚČELU POUŽIJTE JEHLU, NEBO VYTAŽENÝ PÍST INJEKČNÍ STŘÍKAČKY, POKUD DROGU MÍCHÁ V SÁČKU, TAK JEJ PROSTĚ PROMNE MEZI PRSTY.

POKUD JE DROGA ŠPATNĚ ROZPUSTNÁ:

JE NEZBYTNÉ SMĚS NA LŽIČCE JEŠTĚ ZAHŘÁT,

NEBO PŘIDAT LÁTKU, KTERÁ ROZPOUŠTĚNÍ USNADNÍ, NAPŘ. KYSELINU U HEROINU (OPTIMÁLNÍ JE UŽÍT KYSELINU ASKORBOVOU).

ROZPUŠTĚNOU DROGU PAK UŽIVATEL NATÁHNE PŘES FILTR ZPĚT DO STŘÍKAČKY. PŘEFILTROVÁNÍ JE NEZBYTNÉ PROTO, ABY SE ODDĚLILY PEVNÉ PŘÍMĚSI.

Většina participantů se při přípravě drogy k aplikaci nechovala bezpečně. Jak se zdá, důvodem je častěji nedostatek informací a neochota použít bezpečné parafernálie, než to, že by tyto parafernálie nebyly dostupné.

V jednom z interview popisovala participantka svůj typický způsob přípravy takto: „...umělé vajíčko z Kinder vajíčka vyčistí, rozbalí psaníčko, čistou žiletkou veškerý obsah přiškrábne do jedné poloviny vajíčka. Podle množství drogy od oka natáhne do čisté inzulinky aqua z KC, pak vodu stříkne do nádoby, kde je droga. Vyndá píst a černým koncem inzulinky rozmělní (urychlí) rozpuštění. Jakmile je všechna rozpuštěna, nasadí píst zpátky do inzulinky a připraví si vatičku (např. cigaretový filtr nebo vatičky do uší). Toto namotá na jehlu, kterou nyní může přetáhnout pervitin. Když se jehla ucpe (to je, když se pervitin nedostane do inzulíny – když neprochází vzduch), opatrně sundá vatičku a zapalovačem projede jehlu *inzulíny, tím se jehla uvolní. Nyní může bez problémů drogu dotáhnout.*“ Způsob přípravy se jeví jako celkem bezpečný, nicméně – z dostupných informací se zdá, že takový způsob přípravy je spíše výjimečný. Tatáž participantka na jiném místě přiznává sdílení injekčního náčiní.

Na Chomutovsku je obvyklé, že výrobce distribuje drogu v naředěném stavu v injekční stříkačce, připravenou k aplikaci. Použité injekční sety jsou údajně sterilní: „... drogu získává ve zředěném stavu, připravenou k aplikaci od dealera (vaříče) – (dostane drogu v inzulce, kterou mu předtím dal novou). Jen sundá víčko a aplikuje (většinou jeden a půl čáry)“

Následující případy mapují typické problematické situace při přípravě drogy k užití:

Typickým příkladem je užití nevhodných surovin. K přípravě roztoku drogy je možné použít sterilní Aqua pro injectione – která je běžně dostupná v rámci výměny injekčního náčiní. Někteří participanté však tuto vodu neužívají: „*Na rozdělávání drogy používá lžičku, klasickou vodu z vodovodu, filtry používá sterilní, ty které dostane zde v KC. Když nemá filtr sterilní, vezme si filtr s cigarety. To však velmi zřídka.*“

Převážná většina participantů užívala sterilní vodu zřídka, nebo jen výjimečně. K rozpuštění drogy obvykle užívají voda z vodovodní sítě, bez další úpravy. Část participantů nerozuměla významu použití sterilní Aqua pro injectione: „... v té vodě snad není žádné rozdíl, stačí když použiju čistou a nebo převařenou vodu, ta v těch ampulích přece není nic speciálního, ...“

Participanté pak vodu smísí s drogou na lžici nebo na obráceném dně z plechovky od nápoje. Promíchají směs, aby se droga rozpustila. K míchání participanté používají nejčastěji jehlu, nebo vytažený píst z injekční stříkačky: „*Vyndá píst a černým koncem inzulinky rozmělní (urychlí) rozpuštění.*“ Vytažením pistu a jeho použitím jako míchadla může dojít ke kontaminaci injekčního náčiní.

Rozpuštěnou drogu pak obvykle přefiltrují přes vatový, nebo cigaretový filtr. Použití filtrů distribuovaných v terénních programech je spíše výjimkou, než pravidlem. Někteří participanté pojmají význam čistoty potřeb k aplikaci dosti svérázně: „... používám zásadně cigaretový filtr, jsem na to zvyklý a navíc filtr z cigarety vždycky najdeš, v nejhorsím případě můžeš sebrat nějaký na ulici zbyde ti i na to, abys ho předtím dokouřil S tou sterilitou si tak moc hlavu nelámu, stejně už jsem chytil

všechno co je možný a navíc vždycky před použitím filtr chvíli cucám, abych z něj dostal ten sajrajt kdyby tam nějaký byl ...“

1.2 Aplikace a použité injekční náčiní

INJEKČNÍ APLIKACE DROG JE ROZHODNĚ NEJRIZIKOVĚJŠÍ ZPŮSOB UŽITÍ. IUD OBCHÁZÍ FYZIOLOGICKÉ OCHRANNÉ BARIÉRY, KTERÉ MAJÍ ZABRÁNIT PRŮNIKU BAKTERIÍ, VIRŮ A PLÍSNÍ DO ORGANISMU A LÁTKU SI VPRAVUJE VĚTŠINOU PŘÍMO DO KREVNÍHO OBĚHU (INTRAVERNÓZNÍ APLIKACE). „NEPROFESIONÁLNĚ“ PŘIPRAVENÝ ROZTOK K INJEKČNÍ APLIKACI TAKÉ MŮŽE OBSAHOVAT NĚKTERÉ LÁTKY KTERÉ MOHOU BÝT PRO ORGANISMUS NEBEZPEČNÉ BUĎ PRO SVÉ CHEMICKÉ, NEBO FYZIKÁLNÍ VLASTNOSTI. INJEKČNÍ APLIKACE PROBÍHÁ V NĚKOLIKA KROCÍCH:

UŽIVATEL SI MÍSTO VPICHU DEZINFIKUJE, ABY ZABRÁNIL KONTAMINACI CHOROBOPLODNÝMI ZÁRODKY, KTERÉ SE NACHÁZEJÍ NA POVRCHU TĚLA.

VLASTNÍ INJEKČNÍ APLIKACE.

STLAČENÍ MÍSTA VPICHU TAK ABY DOŠLO K ZACELENÍ RANKY, EVENT. NÁSLEDNĚ STERILNÍ KRYTÍ.

Většina dotazovaných UD, kteří se účastnili na studii na bezpečný způsob aplikace rezignuje. Použití alkoholových tampónů opomíjejí, spíše je užívají k otření injekčního náčiní po aplikaci. Komprese místa vpichu po aplikaci je také výjimečná. Při observaci drogové scény byl koordinátor studie svědkem, jak si jeden z účastníků injekčního náčiní připravené k aplikaci odložil na zem a připravený pervitin si pak aplikoval proti proudu toku krve. Následně při upozornění, že tento způsob aplikace je velmi nešťastný a může vést nejen k nákaze ale i k poškození cévy, do které si aplikuje, byl velmi překvapený. Žádná z uvedených možností jej nenapadla a nikdy o tom neslyšel. Podobné situace se objevily i v sebraných interview. Zdá se tedy, že informace o bezpečném způsobu aplikace mezi uživateli drog jsou nedostatečné a bylo by vhodné se v Harm Reduction programech zaměřit na informace o správné aplikační praxi. Přejmenším část účastníků by bylo možné v tomto ohledu pozitivně ovlivnit a motivovat je k bezpečnějšímu chování.

Jako vážný problém se jeví opakované používání injekčního náčiní. Nejen proto, že při opakovaném užití rapidně stoupá možnost nákazy infekčními onemocněními, ale i proto, že použité injekční náčiní uživatelé často zapůjčí dalším uživatelům.

Dvě třetiny účastníků používají injekční náčiní opakovaně, obvykle po jeho použití provedou jen opatření pro zachování průchodnosti, nikoli důkladně očištění a dezinfekci: „*Stříkačku čistí tak, že jí propláchnou vodou. Jednu insulinu má tak na 2-3 aplikace. Je mu jedno, jakou vodou buchnu propláchnou, protože všechno je pro něj čisté.*“ Takto uchované injekční náčiní je pak často zapůjčeno dalším uživatelům.

Důvodem pro výměnu injekčního náčiní je v mnoha případech nikoliv to, že je náčiní použité, ale to, že injekční jehla je již otupená: „*...používal stříkačku vícekrát. V takovém případě je nedezinfikoval, pouze ji vyplachoval vodou. Jednu stříkačku používal nejvíce třikrát, zpravidla však jen dvakrát. Pak už byly tupé a bolelo ho to s nimi.*“

1.3 Sdílení injekčního náčiní

SDÍLENÍ INJEKČNÍHO NÁČINÍ JE NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINOU EPIDEMICKÉHO ŠÍŘENÍ NĚKTERÝCH INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ, HLAVNĚ VIROVÝCH HEPATITID A HIV. PLATÍ PŘITOM, ŽE VIROVÁ HEPATITIDA TYPU C, KTERÁ JE TYPICKÁ PRO UD, PŘEDSTAVUJE MODEL PRO ŠÍŘENÍ HIV. EXISTUJÍ PŘITOM FAKTORY, KTERÉ POKUD JSOU SPLNĚNY, MOHOU ŠÍŘENÍ EPIDEMIE HIV ZABRÁNIT:

VÝCHOZÍ SEROPREVALENCE MĚNĚ NEŽ 5%.

INFORMOVANÁ CÍLOVÁ POPULACE.

DOBŘÁ DOSTUPNOST STERILNÍHO INJEKČNÍHO NÁČINÍ.

Z TOHOTO HLEDISKA JE DOBRÉ SI UVĚDOMIT, ŽE UD PŘEDSTAVUJÍ RELATIVNĚ UZAVŘENOU KOMUNITU S VYSOKÝM VÝSKYTEM RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ DÍKY INJEKČNÍ APLIKACI DROG A VYSOKÉ PROMISKUITĚ. ROZŠÍŘENÍ NÁKAZY V TĚTO UZAVŘENÉ KOMUNITĚ PŘEDSTAVUJE PAK VYSOKÉ RIZIKO PRO NEDROGOVOU POPULACI KTERÁ SE S UD STÝKÁ.

Sdílení bylo velmi časté. Alarmujícím údajem je, že čtyři pětiny IUD sdílejí injekčního náčiní, z toho tři pětiny uživatelů jej během posledního měsíce vydaly a dvě pětiny přijaly. To poukazuje na skutečnost, že potenciál šíření infekčních onemocnění mezi uživateli drog je v regionu veliký.

Hodnocení mírně zlepšuje fakt, že část uživatelů, kteří v minulosti sdíleli injekční náčiní, již od této praxe ustoupila a chová se v tomto ohledu bezpečně. Ke sdílení náčiní dochází i přes to, že dostupnost náčiní je možné hodnotit jako dobrou a bezproblémovou.

Sdílení se děje často z důvodů nedostatku informací o hrozících rizicích, případně proto, že uživatelé riziko ignorují. Dotazovaní sdílení injekčního náčiní nevnímali jako vážný problém. Přijetí injekčního náčiní obyčejně přiznali ve chvíli, kdy nemají vlastní čisté a situaci neumí jinak řešit. Někteří z participantů označili, co se týče zapůjčení injekčního náčiní, rizikovější víkend, zvláště neděle, kdy výměnné programy nefungují a lékárny jsou také zavřené. Pak neexistuje jiná možnost, než si injekční náčiní zapůjčit. V případě poskytnutí injekčního náčiní viděli hlavní problém na straně přijímajícího s tím, že to je riziko, kterému se dobrovolně vystavuje.

Zdá se, že mezi participanty z malých sídel není velký rozdíl v postojích ke sdílení injekčního náčiní. Ochota poskytnout nebo přijmout injekční náčiní je obdobná mezi IUD z centra regionu, stejně tak i mezi IUD kteří žijí v malých sídlech na periferii.

Rozdíl je v konkrétním chování uživatelů, které zřejmě souvisí s dostupností injekčního náčiní. V centrální oblasti a ve velkých sídlech je dostupnost lepší, resp. spíše bezproblémovější vzhledem k mnoha možnostem injekční náčiní anonymně získat a frekvence sdílení menší. V menších sídlech je formálně dostupnost injekčního náčiní také dobrá, ale anonymita uživatelů je mnohem menší – IUD se tak obávají nízkoprahové zařízení navštívit event. se setkat s terénním pracovníkem.

Z dostupných informací se zdá, že na relativně vysoké míře sdílení se podílí tři níže uvedené faktory, které jsou seřazeny dle významu:

- nedostatečná motivace k bezpečnému chování
- nedostatečné, nebo ne zcela správné informace
- nedostatečná předvídatost – uživatelé nemají dostatečnou zásobu sterilního injekčního náčiní u sebe, i když by bylo možné jeho potřebu předpokládat

Následující případy mapují jednotlivé typické situace:

Relativně lhostejný vztah ke sdílení injekčního náčiní charakterizoval jeden z participantů. Důraz v jeho líčení je kladen na správné a poctivé rozdělení dávky drogy, úvahy o bezpečnosti v líčení zcela chybí: „*Když sdílím, uděláme to tak, že natáhnu dvacet čárek, deset odpustím zpátky, abychom se navzájem nešidili (pokud není rozdělovačka, tak do víčka od buchny), dám si (nebo kolega), propláchnu buchnu vodou, natáhnu zbylých deset čárek a kolega (nebo já) si odjede svojí půlku.*“ Jiným příkladem, ze kterého je patrný lhostejný přístup ke sdílení injekčního náčiní, je popis sdílení jednoho ze skupiny UD, kteří žijí v „zasquatované“ kůlně: „*Sdílí injekční náčiní stále se svou partnerkou, někdy s ostatními, pravidelně s dalšími šesti lidmi. Pokud má každý svůj jehlu, tak stejně rozdělovají společně. Jako rozdělovačka jim poslouží spodek od hliníkové plechovky, lžice – ovšem ta málokdy, protože je mají pořád špinavé od jídla (hodně špinavé, většinou na jedno použití), když jde o pervitin, stačí čepička od buchny.*“

Sdílení někdy souvisí s relativním nedostatkem injekčního náčiní ve chvíli aplikace: „*Náčiní sdílí v případě, že už nemá jehlu, nebo půjčí někomu druhému, když nemá jehlu on. Žloutenku, nebo jiné nemoci neřeší. Stříkačku čistí pouze propláchnutím obyčejnou vodou.*“ Typicky taková situace nastává o víkendech: „*... buchny si nepučuju, ale skoro vždycky mi dojde v neděli a to ho pak nikde neseženeš, ... tak si vždycky pučím.*“

Někteří participanti se při sdílení snažili zachovat určitý pocit bezpečí, že jim nákaza infekčním onemocněním nehrozí. Hodnocení zdravotního stavu uživatele od kterého si půjčují je ale často nedostatečné: „*Ty, se kterými se o náčiní dělí, zná dobře, ví, že nemají nemoc.*“ Kriteériem „zdraví“ je velmi často jen to, že jej uživatel zná: „*... znám je dobře, vím že jsou zdraví ... ne, neptal jsem se jich, prostě to vím.*“

Pětina participantů rizika spojená s aplikací drogy zcela ignorovala, a to i v případě, že se v minulosti díky sdílení injekčního náčiní nakazila. V některých případech takové sdílení pravděpodobně souvisí s nedostatkem informací o průběhu onemocnění (u VHC se lze opakovaně infikovat jiným subtypem viru tohoto onemocnění: „*Co se týče sdílení náčiní, tvrdí, že pokud má společnou jehlu dává si jenom s někým, o kom ví, že má VHC, protože je sám také pozitivní. Pokud sdílí, pak úplně všechno od rozdělovačky, přes filtr a desinfekci, až po buchnu.*“

Velmi časté je sdílení injekčního náčiní mezi sexuálními partnery. Ochota používat stejné injekční náčiní s partnerem bývá spojováno s důvěrou mezi partnery. Sexuálního partnera – uživatele drog měla asi třetina všech dotazovaných: „*Drogu vždycky připravuje přítel, bereme společně z jedny buchny, natáhne to všechno, napřed vždycky dá mě a pak si vodjede ten zbytek ... snad nevdá, když spolu i spíme a prezervativ stejně nepoužíváme.*“ Následně sdělené informace o rizicích spojených se

sdílením a o možnosti, že by se partner mohl nakazit dalším typem viru žloutenky typu C byly pro participantku překvapivé.

Někteří participanté, kteří sdílejí injekční náčiní, se rizikově chovají především proto, že nemají dostatek relevantních informací: „Pokud berou v partě, nebo ve dvojici s partnerem, nehlídá si, po kom bere, ani komu dalšímu posílá. Někdy si dává přímo z varu, a to většinou přímo s vaříčem, někdy s úplně cizím člověkem. V tomhle případě však má vždycky svojí jehlu, ale ostatní nádobíčko sdílí. Nemá svojí vlastní lžičku, většinou rozdělává ve víčku od buchny. Filtry používá buď cigaretové, nebo vatou. Nebere si ani sterilní aquu. Když hovoříme o rizicích spojených s braním, jen valí oči, neuvědomuje si je.“

1.4 Sdílení parafernálií

JAKO PARAFERNÁLIE SE OZNAČUJÍ JINÉ NÁSTROJE POUŽÍVANÉ K PŘÍPRAVĚ A APLIKACI DROG, MIMO VLASTNÍ INJEKČNÍ NÁČINÍ. JEJICH SDÍLENÍ PŘEDSTAVUJE PRO UD PODOBNÉ RIZIKO JAKO SDÍLENÍ INJEKČNÍHO NÁČINÍ. I ZDE MŮŽE DOJÍT K EPIDEMICKÉMU ŠÍŘENÍ VIROVÝCH HEPATITID A HIV.

Častost sdílení parafernálií je srovnatelná s častostí sdílení injekčního náčiní. Ve srovnání se sdílením injekčního náčiní je situace vážnější v tom, že po sdílení dochází bezprostředně k aplikaci drogy. U sdílení injekčního náčiní dochází většinou k určitému zpoždění – poskytující zapůjčí injekční set například až druhý den poté, co jej použil sám. Sdílení parafernálií se naproti tomu děje při společné přípravě drogy k aplikaci pro dvojici, nebo větší skupinu uživatelů. Připravený roztok pak jednotliví uživatelé nasají do svých injekčních stříkaček, které ne vždy bývají čisté, někdy k tomu dochází i bezprostředně po jejich použití.

Následující případy mapují jednotlivé typické situace:

Typicky ke sdílení dochází při přípravě ve skupině uživatelů: „Když nakoupíme společně a je nás víc, tak to taky společně připravujem. Jeden z nás rozdělá pervitin na lžiči, přidá tam určitý množství vody a pak si natahujeme. Vždycky kontrolujeme, jestli máme všichni stejně, kdo má víc, tak to odstříkne zpátky ... čistý buchny určitě všichni nemaj, mě se třeba stává že mám jen pumpu, kterou jsem si před chvílí dával ...“ Z výše uvedeného příkladu je více než patrné, že riziko spojené se společnou přípravou drogy je značné.

Participanté riziko spojené se sdílením parafernálií nevnímají, jak ilustruje dotaz jednoho z nich: „Stříkačky si nepůjčuju, ale když si půjčím filtr, tak se snad nic nemůže stát?“

2. Dostupnost injekčního náčiní a parafernálií, likvidace použitého náčiní

2.1 Dostupnost injekčního náčiní a dalších pomůcek

DOBŘÁ DOSTUPNOST STERILNÍHO INJEKČNÍHO NÁČINÍ JE JEDEN Z FAKTORŮ, KTERÝ SNIŽUJE PRAVDĚPODOBNOST EPIDEMICKÉHO ŠÍŘENÍ INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ.

KROMĚ INJEKČNÍHO NÁČINÍ MAJÍ UD MOŽNOST V RÁMCI PROFESIONÁLNÍCH HARM REDUCTION PROGRAMŮ DOSTAT TAMPÓNY NAPUŠTĚNÉ DEZINFEKČNÍM ROZTOKEM A SUCHÉ TAMPÓNY K OŠETŘENÍ PŘED A PO INJEKČNÍ APLIKACI. TZV. BEZPEČNÉ BALÍČKY OBSAHUJÍ TAKÉ STERILNÍ AQUA PRO INJECTIONE, KYSELINU ASKORBOVOU (OBOJE SLOUŽÍ K PŘÍPRAVĚ DROGY), INFORMAČNÍ LETÁK S NÁVODEM K BEZPEČNÉ APLIKACI A KONTAKTY NA POMÁHAJÍCÍ INSTITUCE.

TYPICKÉ ZDROJE INJEKČNÍHO NÁČINÍ JSOU:

- VÝMĚNNÉ PROGRAMY NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ.
- VÝMĚNNÉ PROGRAMY V RÁMCI TERÉNNÍ PRÁCE S UŽIVATELI DROG.
- SVÉPOMOCNÉ VÝMĚNNÉ PROGRAMY REALIZOVANÉ POUČENÝMI UD POD DOHLEDEM PROFESIONÁLNÍ INSTITUCE (TYPICKY NÍZKOPRAHOVÉHO ZAŘÍZENÍ).
- SEKUNDÁRNÍ VÝMĚNA – JEDEN UD OBYČEJNĚ MĚNÍ NEBO NAKUPUJE INJEKČNÍ NÁČINÍ PRO JINÉ UD.
- MOŽNOST NÁKUPU INJEKČNÍHO NÁČINÍ V LÉKÁRNÁCH, ZDRAVOTNICKÉM ZÁSOBOVÁNÍ.

OPTIMÁLNÍ SITUACE NASTÁVÁ, KDYŽ VŠICHNI UD JSOU V KONTAKTU S KVALITNÍM PROFESIONÁLNÍM VÝMĚNNÝM PROGRAMEM, PROTOŽE STANDARDNÍ SLUŽBY ZAHRNÚJÍ POSKYTNUTÍ VÝŠE ZMÍNĚNÝCH „POMOCNÝCH“ MATERIÁLŮ A TAKÉ INFORMACE K JEJICH SPRÁVNÉMU POUŽITÍ. Z TOHOTO HLEDISKA JSOU POSLEDNÍ DVA ZDROJE INJEKČNÍHO NÁČINÍ PROBLEMATICKÉ, PROTOŽE TENTO SERVIS NEUMĚJÍ, NEBO NEMOHOU ZAJISTIT.

Dostupnost injekčního náčiní pro IUD je v Ústeckém kraji dobrá, i když regionálně jsou patrné v hodnocení participantů rozdíly. Prakticky celý kraj je pokrytý zařízeními Harm Reduction, která

nabízejí výměnný program nebo terénními programy, které zajišťují výměnu v terénu v místech, kde lze předpokládat výskyt uživatelů drog. Zařízení a terénní programy často nabízejí i „výměnu na telefon“ – IUD zatelefonuje terénnímu pracovníkovi a smluví se na místě a době výměny.

Nejlépe dostupnost je v krajském městě a ve větších sídlech kraje obecně. To platí především díky relativně vysoké míře anonymity, kterou větší města poskytují. Uživatelé si tedy mohou bez obav injekční náčiní vyměnit, aniž by byli identifikováni jako uživatelé drog.

V menších sídlech (hraniční velikost je cca 20 – 30 000 obyvatel) je výměna injekčního náčiní právě pro nízkou míru anonymity komplikovaná. Uživatelé se obávají stigmatizace a někdy i postihu ze strany jiných institucí: „*Znám taky lidi, kteří do káčka nepůjdou ze strachu, že je tam někdo uvidí přicházet a nebo proto, že se bojí odhalení své závislosti ze strany sociálky a odebrání soc. dávek. To jsou většinou samoživitelky.*“ Někteří terénní pracovníci uvádějí, že kontaktovat uživatele i když jej bezpečně identifikují je obtížné a uživatel často užívání drog při kontaktu opakovaně popírá. Stejnou zkušenost učinil i vedoucí studie pro pokusu kontaktovat uživatele za účelem rozhovoru v přirozeném prostředí v některých lokalitách.

Důvodem pro kontaktování profesionálních služeb Harm Reduction je kromě výměny injekčního náčiní i nabídka dalších služeb. Pro uživatele, kteří žijí ve špatných sociálních podmínkách, je důležitá nabídka hygienického servisu a možnost vyprat si ošacení. Pro jiné jsou důležité služby spojené s možností zprostředkování léčby. Uživatelé heroínu očekávají možnost zprostředkování substituční léčby.

Fungujícím, ale méně vhodným zdrojem sterilního injekčního náčiní, jsou také lékárny, zdravotnické zásobování a zdravotnická zařízení. Problematičnost tohoto zdroje spočívá v občasné neochotě zaměstnanců těchto zařízení injekční náčiní UD prodat, také se nejedná o výměnu – uživatel není tedy motivován použít injekční náčiní donést zpět k výměně a odborné likvidaci. Použité náčiní tak zůstává UD – kteří jej sice mohou vyměnit za sterilní v terénních programech nebo nízkoprahovém zařízení, často je však vyhodí, nebo použijí znovu – případně poskytnou jiným UD. Také informace a další standardní servis, který poskytují profesionální programy, v lékárnách chybí. Problematický je nákup v lékárnách v menších sídlech – důvodem je opět malá míra anonymity. Z interview je však zřejmé, že lékárny plní v některých lokalitách v dostupnosti sterilního injekčního náčiní důležitou úlohu. Hlavně pro tu část UD, kteří nejsou v kontaktu s žádným profesionálním zařízením.

Následující případy mapují jednotlivé typické situace:

Zdrojem injekčního náčiní pro většinu participantů jsou výměnné programy (74% participantů). Využívají je výhradně, nebo převážně: „... *měnit si chodím jen do káčka, do lékárny bych nešel je to tam moc drahý a proč nevyužít toho, že nám to někdo dává?*“

Někteří participanté uvedli, že kromě výměny je pro ně cenné prostředí, klid a empatie pracovníků: „... *když přijdu do Káčka, tak se mě vždycky ptaj jak se mám, dostanu polívku, popovídám si ... nebydlím doma, a tak je pro mě důležitý, když si můžu občas někde sednout a odpočinout si ...*“

Asi třetina participantů oceňuje informace, které dostává v souvislosti s výměnou a také možnost svěřit se se svými problémy. Neméně důležité je, že se pracovníci kontaktních center se svými klienty o užívání drog baví a ptají se na věci, kterým nerozumí: „*když si měním, tak se mě vždycky v káčku ptaj co beru, jak to beru, nabízej mi vodu a filtry a kyselinu ... snaží se mi vždycky vysvětlit, jak se to používá. Taky je dobrý, že si tady na nic nehrajou. Když neví, tak si na nic nehrajou – zeptaj se a já to vysvětlím.*“

Riziko spojené se stigmatizací v menších sídlech popsal jeden z participantů: „... *já si jezdím měnit do káčka do Ústí, nebo když jsem ve škole, tak si měním v Praze, ... Tady je to blbý, je to malý město, každéj každého zná, mámina kamarádka má obchod kousek od káčka, táta dělá za dalším rohem. Kdybych tam šel, tak si toho hned někdo všimne, takže sem tam byl jenom párkrát, ... je to tam prima, mnohem lepší než v tý Praze, popovídaj si tam s tebou ... v Praze na to nemaj čas, protože tam chodí mraky lidí, tady je to jiný ..., ale zas to vo tobě hned všichni vědí.*“ Podobné obavy vyjádřila velká část participantů z menších sídel. Mnoho z nich proto raději preferuje vzdálenější výměnný program, nebo si injekční náčiní půjčí od někoho ze spoluúživatelů, často ale použité: „... *když nemám, tak je to blbý, tady u nás si nemůžu do káčka dovolit zajít, doma by mě zabili, tak si raději pučim ... no nakazit bych se asi mohl, ale když na to táta přijde, tak to bude horší.*“ Bezprostřední riziko odhalení je pro mnoho participantů významnější než pozdější následky usu drog. Významné je jistě i to, že největší zábrany ve využití služeb mají začínající uživatelé, kteří zatím nemají s užíváním drog žádné problémy a jejichž okolí o usu drog neví.

Významným zdrojem injekčního náčiní je sekundární výměna. Obvykle nefunguje jako jediný zdroj injekčního náčiní, spíše jako jeden ze zdrojů, který participanté využívají. Sekundární výměnu někdy využilo 43% participantů. Nejčastěji se uplatňuje u skupin, které bydlí na tzv. toxi bytech. Jeden z skupiny obvykle dochází vyměnit injekční náčiní: „... *každý shání něco, někdo chemky, někdo esko*

... já většinou chodím pro buchny když docházejí. Ty jetý máme ve větším kontíku a já vždycky zajdu vyměnit do káčka. ... většinou je to tak 200 – 300.“ V tomto interview se také objevuje, jak uživatelé s injekčními sety nakládají: „ ... někdy se nám ty čistý a špinavý pomíchaj, normálně to je tak, že tady jsou čistý a vedle je kontík s těma jetejma, ... někdy se ale začnou válet po bytě, někdo se na tom zasekne, ... a pak už nikdo neví, co je čí a který sou čistý a který ty jetý.“

Většina participantů ve větších sídlech využívá terénní programy k výměně jednotlivých kusů injekčního náčiní příležitostně, když potká terénní pracovníky: „ ... v poslední době to funguje skvěle, lidi z KC potkám venku vždycky když mám špinavou a potřebuju čistou, nebo zrovna po náslehu, tak to prohodím a jdu dál. ... no když je nepotkám, tak si dám tou starou a do KC jdu až když je tupá. ... já vim že to je blbě, ale znáš to – prostě se ti nechce, seš línej.“ Relativně malá část participantů využívala terénní program cíleně: „ ... choděj akorát pod mým oknem, skoro přesně ve stejnou dobu, tak stačí vyběhnout ven - a je to ...“

Terénní programy v menších regionech, kde nepůsobí nízkoprahové zařízení je kontakt s terénními pracovníky jediným zdrojem informací a injekčního náčiní: „... sem k nám jezdí jen teréňáci, je to vlastně jediná možnost, jak si můžu vyměnit, takže teď беру skoro výhradně čistýma, půjčuju si jen zřídka a vždycky to před tím pořádně propláchnu, někdy i jarem, nebo tak prostě ... no, vysvětlili mi, že to jen vypláchnout je málo ... víš ono tě to tak prostě nenapadne, když dostanu nějakou žloutenku, tak to je prostě dost daleko, není to něco co se mi stane teď hned, je to až za dlouho. Tak prostě o tom tolik nepřemejšíš ...“

Lékárnu jako hlavní, nebo významný zdroj sterilního injekčního náčiní využívá 39% participantů.

Část participantů chodila do lékáren spíše z lenosti: „ ... je to lán cesty, lékárna je hned za rohem ... těch pár korun ...“

Uživatelé z menších obcí jsou na služby lékáren často odkázáni: „... vyměnit sem jezdí jednou tejdně, takže když potřebuješ, tak nezbejvá nic jiného ... chodím tam (do lékárny) nerad, sou strašně nepříjemný ... vim že sem feťák, nic jiného si nezasloužím ... takže tam jdu až když fakt musím, když všechno co mám je tupý a není si od koho pučit.“

Třetina participantů se setkala při nákupu injekčního náčiní v lékárně, nebo pokusu získat v nouzi injekční náčiní ve zdravotnickém zařízení s odmítnutím, nebo s překážkami, které prakticky nákup vyloučily: „... řekli mi, že jediné celý balení, přitom tý bábě odvedle normálně prodali buchnu, a to jí vůbec nepotřebovala – copak si šlehá ... ty 4 kila sem neměla, tak jsem se našlehla pučenou ...“

2.2 Likvidace použitého injekčního náčiní

ZA BEZPEČNOU JE POVAŽOVÁNA TAKOVÁ LIKVIDACE POUŽITÉHO INJEKČNÍHO NÁČINÍ, KDY JSOU POUŽITÉ INJEKČNÍ SETY PŘEDÁNY KE ZNIČENÍ, PODOBNĚ JAKO NEBEZPEČNÝ ODPAD POCHÁZEJÍCÍ ZE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ. TO JE MOŽNÉ JEN V TOM PŘÍPADĚ, ŽE UŽIVATEL ODEVZDÁ NÁČINÍ V NÍZKOPRAHOVÉM ZAŘÍZENÍ, NEBO PRACOVNÍKOVI TERÉNNÍCH PROGRAMŮ.

Z HLEDISKA BEZPEČNOSTI PŘI UŽÍVÁNÍ JE JEŠTĚ DŮLEŽITÉ, ABY INJEKČNÍ NÁČINÍ BYLO ZNEHODNOCENO BEZPROSTŘEDNĚ PO APLIKACI DROGY. TO JE DŮLEŽITÉ PROTO, ŽE ZNEHODNOCENÉ NÁČINÍ JIŽ NENÍ MOŽNÉ ZNOVU POUŽÍT. ODPADÁ TAK RIZIKO APLIKACE NESTERILNÍM INJEKČNÍM SETEM A TAKÉ MOŽNOST ZAPŮJČENÍ NÁČINÍ NĚKOMU JINÉMU.

Většina participantů dotazovaných v rámci studie preferovala bezpečné způsoby likvidace injekčního náčiní. Obvykle se jednalo o výměnu v nízkoprahovém zařízení, nebo terénních programech. Někdy zprostředkovaně přes jiného uživatele drog (sekundární výměna). Jen výjimečně participanté injekční náčiní likvidovali jinak a i pak se snažili použité injekční náčiní zabezpečit tak, aby se o něj nikdo neporanil. Někteří participanté přiznali i odhození injekčního náčiní, to se však obvykle dělo v tísni a zcela výjimečně.

Následující případy mapují jednotlivé typické situace:

Nejčastějším způsobem likvidace byla výměna v nízkoprahovém zařízení, nebo v terénních programech: „Použitý buchny si schovávám a pak je nosím do káčka, dostanu za ně zas čistý, tak se to celkem vyplatí... a i když už nemám čistý, tak mám alespoň svoje.“ Nebo „... nenapadlo by ho střičkačku zahodit, když ví, že u nás za ní dostane novou.“

Někteří participanté se snaží omezit i riziko pro nedrogovou populaci a sbírají použité injekční náčiní v terénu: „... nosím na výměnu svoje, často i kámošů, protože oni by to zahodili... a když někde vidím pohozenou buchnu, tak jí seberu taky, byla bych nerada, kdyby se o ní nějaký dítě píchlo...“

Část participantů převážně likviduje použité injekční prostřednictvím jiných UD (sekundární výměna): „... o stříkačky se nestarám ...a je vždycky vezme a odnese a pak přinese nový.“. Mnozí participanté také udali, že jsou ochotni druhým injekční náčiní vyměnit: „... když se někdo nechce tahat s buchnama do káčka tak si je od něj vezmu, vyměním je, a pak mu dám zase čistý, ...“

Zahození injekčního náčiní je spíše výjimečným jevem. Participanté takto likvidovali náčiní obvykle v situaci, kdy se cítili ohroženi: „... měl jsem v minulosti nějaký problémy s policií, tak sem sebou raději nic nenosil, protože, když to u mě našli, tak to bylo jenom horší, drželi mě tady dýl a až když jsem měl absták, tak mě teprve vykopli.“ Podobně se participanté chovali když měli obavu, aby se o drogách nedozvěděli rodiče: „Když se to naši dozvěděli, bylo doma peklo. Pak se to nějak uklidnilo... bral jasně dál, jenom sem to pečlivěji skrýval, dával sem si do třísel a tak a buchny sem hned vyhodil. ... bylo mi celkem jedno kam, většinou normálně do popelnice.“

Existují i uživatelé, kteří použité injekční set zahodí protože jim je to lhostejné: „... na to, prostě když nemám náladu se s tím tahat, tak to zahodím a je to.“ Takový přístup je však spíše výjimkou.

Někteří participanté injekční náčiní likvidují sice neodborně, nicméně takovým způsobem, který vylučuje další použití injekčních setů: „Někdy se mi stříkačky doma nahromadí a já je nechci mít u sebe a tak je prostě hodím do kamen a spálím a je to.“

3. Vnímání pomáhajících institucí, skrytá a kontaktovaná populace UD

3.1 Vnímání a znalosti o programech pro uživatele drog

SLUŽBY PRO UŽIVATELE DROG MAJÍ SNIŽOVAT RIZIKA, PLYNOUCÍ Z JEJICH UŽÍVÁNÍ. STANDARDNĚ SEM MIMO VÝMĚNNÉHO PROGRAMU A S NÍM SPOJENÝCH ZÁKLADNÍCH INFORMACÍ O BEZPEČNÉM UŽÍVÁNÍ PATŘÍ:

- POTRAVINOVÝ A HYGIENICKÝ SERVIS (MOŽNOST SE UMÝT A VYPRAT SI),
- ZÁKLADNÍ ZDRAVOTNÍ OŠETŘENÍ A POSKYTNUTÍ VITAMINOVÝCH PREPARÁTŮ,
- MOŽNOST ZPROSTŘEDKOVAT KONTAKT NA ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY S VYŠŠÍM PRAHEM (OŠETŘENÍ VE SPECIALIZOVANÉ AMBULANCI, HOSPITALISACE V NEMOCNICI),
- TESTOVÁNÍ NA NĚKTERÁ INJEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ (HIV, VH),
- ZPROSTŘEDKOVÁNÍ LÉČBY VEDOUcí K ABSTINENCI,
- MOŽNOST ZÍSKAT DOPORUČENÍ DO SUBSTITUČNÍHO PROGRAMU,
- PRÁVNÍ PORADENSTVÍ, ...

POKUD SLUŽBY PRO UD DOBŘE FUNGUJÍ, SNIŽUJÍ SE V KONEČNÉM DŮSLEDKU EKONOMICKÉ DOPADY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG A RIZIKA PRO POPULACI, KTERÁ DROGY NEUŽÍVÁ. NÍZKOPRAHOVÁ ZAŘÍZENÍ A TERÉNNÍ PROGRAMY (SLUŽBY TYPU HARM REDUCTION) V TOMTO SYSTÉMU ČASTO PLNÍ FUNKCI JAKÉHOŠI KONTAKTNÍHO MÍSTA KTERÉ DISTRIBUUJE KLIENTY DLE JEJICH POTŘEB DO DALŠÍCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ.

Celkově se zdá, že služby Harm reduction pro uživatele drog jsou v kraji dobře nastaveny. Nabídka pomoci a požadavky kladené na uživatele drog jsou v rovnováze. Nabídka služeb je dostatečná a UD motivuje ke kontaktu s pomáhajícími institucemi.

Participanté většinou vyjádřili se službami Harm Reduction spokojenost. Nabídka pomoci se většinou námi kontaktovaných jeví jako dostatečná: „...je tady všechno, co potřebuju, čistý náčiní, můžu se tu umejt, když mám nějaké problémy s úradama, tak mi to poradíte. Až se rozhodnu přestat brát, tak přijdu, abyste mi pomohli sehnat nějakou léčbu.“

Někteří participanté soudí, že existují lidé, kteří služby zneužívají: „Poskytované služby jsou dostačující, myslí si ale, že jsou zneužívány – především charita a K-centrum lidmi, kteří jenom pohodlně chodí na polívku, ohřát se a pro oblečení, místo toho, aby se snažili pro sebe skutečně něco udělat. ... Sprcha a pračka v káčku chybí, ale cítí to podobně jako s potravinovým servisem – že budeme zneužíváni. Respondent má pocit, že informovanost o nízkoprahových službách je dostatečná, ale lidé se bojí o svou anonymitu a někteří na to prostě kašlou.“ Jiným naopak chybí některé služby ne zcela standardní. Například možnost občas v nízkoprahovém zařízení přespat atd. Jako námět ke zvážení se jeví možnost zajistit výměnný program o víkend, protože to je doba, kdy dochází nejčastěji ke sdílení injekčního náčiní: „... sou služby vcelku dostupné, možná bych chtěl rozšířit terénní služby na víkend a pozdní večerní hodiny, nebo aspoň přivolání streetworkera mobilem.“

Z některých interview je patrný nedostatek informací o poskytovaných službách a jejich smyslu: „Participantova znalost poskytovaných služeb je velmi omezená, zajímá se pouze o to, co aktuálně potřebuje – vyměnit, posedět, najíst, napít, vitamíny, občas něco ošetřit, nějaké to oblečení.“

Sociálních služeb nevyužívá vůbec, přestože o nich má ponětí. Pracovat se mu nechce, pojem probační a mediační služba slyší poprvé, přestože přes ně už vykonával veřejně prospěšné práce.“

3.2 Klienti v kontaktu s programy pro UD

POPULACE UŽIVATELŮ DROG SE Z HLEDISKA MOŽNOSTI OVLIVNĚNÍ DĚLÍ NA KONTAKTOVANOU A SKRYTOU POPULACI.

UD KTEŘÍ JSOU V KONTAKTU SE SPECIALIZOVANÝMI SLUŽBAMI, TVOŘÍ PROBLEMATIČTĚJŠÍ ČÁST UŽIVATELŮ. ČASTO SE JEDNÁ O INJEKČNÍ, ZÁVISLÉ UŽIVATELE S MNOŽSTVÍM SOCIÁLNÍCH A ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ, KTERÉ JE NUTÍ K VYHLEDÁNÍ ADEKVÁTNÍ POMOCI. JE MOŽNÉ ŘÍCI, ŽE TVOŘÍ „TVRDÉ JÁDRO“ DROGOVÉ SCÉNY.

MENŠÍ ČÁST KONTAKTOVANÉ POPULACE PAK TVOŘÍ TI, KTEŘÍ SE DOSTALI „UVÍZLI V SÍTI“ SPÍŠE NÁHODOU, UŽÍVÁNÍ DROG JIM NEPŮSOBÍ VÁŽNĚJŠÍ PROBLÉMY. ČASTO PROTO Z KONTAKTU PO ČASE VYPADÁVAJÍ.

SKRYTÁ POPULACE UD JE OBYČEJNĚ VĚTŠÍ, ODHADY HOVOŘÍ O TOM, ŽE POČET KLIENTŮ NÍZKOPRAHOVÝCH PROGRAMŮ TVOŘÍ OD 50 – 90% VŠECH UD. LZE PŘEDPOKLÁDAT, ŽE VELKOU ČÁST TĚTO POPULACE UD TVOŘÍ UŽIVATELE, KTEŘÍ JSOU DOBŘE SOCIALIZOVANÍ A JEJICH UŽÍVÁNÍ JE SPÍŠE VE STADIU EXPERIMENTU – TJ. NEJSOU NA DROGÁCH ZÁVISLÍ, ČASTO TAKÉ NEUŽÍVAJÍ DROGY INJEKČNĚ. SLUŽBY, KTERÉ NABÍZEJÍ POMÁHAJÍCÍ INSTITUCE PRO NĚ NEJSOU ATRAKTIVNÍ, KONTAKT S NIMI VNÍMAJÍ SPÍŠE JAKO STIGMATIZUJÍCÍ.

DRUHOU ČÁST SKRYTÉ POPULACE TVOŘÍ UŽIVATELE, KTEŘÍ SICE POMOC SPECIALIZOVANÝCH INSTITUCÍ POTŘEBUJÍ, ALE NEVYHLEDÁVAJÍ JI. DŮVODEM JE ČASTO NEZNALOST, NEBO ZKRESLENÉ PŘEDSTAVY O NABÍZENÝCH SLUŽBÁCH, OBTÍŽNÁ DOSTUPNOST TĚCHTO SLUŽEB, NEBO NEDŮVĚRA A OBAVA.

Realistický odhad velikosti skryté populace je velmi obtížný. Liší se lokalitu od lokality, výrazné rozdíly jsou i mezi klienty s podobnou charakteristikou v rámci jedné lokality.

Velké rozdíly ve velikosti skryté populace jsou mezi romskou menšinou a bílou většinou. Zatímco v případě bílé většiny se zdá, že podíl skryté populace je kolem 50%, u Romů tvoří skrytá populace v některých lokalitách až 90% všech UD.

Důvody ke kontaktu, nebo „nekontaktu“ s nízkoprahovými službami bývají různé:

„...všichni moji známí chodí do KC, protože je to tady dobrý. Jsme tu spokojený, dostaneme, co potřebujem a není tu žádná pruda.“

„O službách má přehled, ale ani ona, ani okruh jejích známých nemá chuť být ve styku s institucemi, protože jí všichni lžou, nikomu nevěří... Počítá-li své známé, nezná nikoho, kdo do KC chodí, lidí, kteří kolem ní berou drogy je přes dvacet.“

„Asi polovina mých známých využívá služeb KC, ostatní se bojí (domnívají se, že není zaručená anonymita), někteří využívají k výměně mě, nebo mé známé, kteří do káčka docházejí.“

„Znám taky lidi, kteří do káčka nepůjdou ze strachu, že je tam někdo uvidí přicházet a nebo proto, že se bojí odhalení své závislosti ze strany sociálky a odebrání soc. dávek. To jsou většinou samoživitelky.“

„Nikdo z mých známých nikam nechodí, je to pro ně moc složitý, musí sem dojet a tak nechodí nikam ...“

III. Velikost skryté populace injekčních uživatelů drog a potřeba injekčního náčiní

V rámci studie byli dotazováni injekční uživatelé za účelem získání doplňujících dat pro odhad velikosti kontaktované a skryté populace a spotřeby injekčního náčiní.

Otázky byly uzavřené, dotaz byl spojen s verifikací údajů tak, aby byla odpověď co nejpřesnější. Uživatelé byli kontaktováni v terénu, tazatelem byl vedoucí studie.

Očekávanými výsledky byly:

Průměrný počet injekčních aplikací za rok na jednoho injekčního uživatele drog.

Odhad in-treatment rate (ITR) IUD – tzn. Kolik IUD je v kontaktu s nízkoprahovým zařízením.

1. Pro zjištění údajů byli užity následující dotazy:

Skupina dotazů 1:

Jakou drogu užíváš?

Jak dlouho?

Skupina dotazů 2:

Kolik máš přátel, kteří užívají injekčně drogy?

Kolik z nich je v kontaktu s nízkoprahovým zařízením, nebo s terénními programy?

Skupina dotazů 3:

Kolikrát denně průměrně si aplikuješ injekčně drogu?

Kolikrát sis injekčně aplikoval za poslední týden?

Kolikrát si aplikoval drogu včera?

2. Výsledky

Celkem bylo dotazováno 82 IUD, do výpočtu jich však bylo zařazeno jen 76, kteří odpověděli validně na všechny otázky. Dotazováni byli uživatelé s dlouhodobou kariérou i uživatelé, u kterých délka injekčního usu nepřesáhla 6 měsíců. Asi polovina dotazovaných byla někdy v životě v kontaktu s nějakou pomáhající institucí.

| VÝSLEDKY | | | | | | |
|---------------|--------------|---------------|-------------|-------------------|--------------|--------------------------|
| DROGA | DOTAZOVANÝCH | DÉLKA UŽÍVÁNÍ | ZNÁ IUD | Z NICH V KONTAKTU | ITR | PRŮMĚR I.V. UŽITÍ ZA ROK |
| HEROIN | 28 | 3,7 roku | 19,6 | 7,8 | 0,398 | 378 |
| PERVITIN | 48 | 4,2 roku | 23,2 | 10,1 | 0,435 | 134 |
| CELKEM | 76 | 4 roky | 21,4 | 8,9 | 0,418 | 256 |

3. Výpočet velikosti skryté populace IUD a potřeby injekčních setů v regionu

Vzhledem k tomu, že známe počet IUD, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními a terénními programy v regionu, můžeme se pokusit odhadnout celkovou velikost populace IUD. Součet všech IUD v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními a terénními programy je 2 667, lze tedy předpokládat, že:

Celkový počet všech IUD byl 6 380.

Roční potřeba injekčního náčiní byla 1 633 378 injekčních setů, distribuováno bylo však jen 349 309 injekčních setů.

Potřeba injekčního náčiní byla v loňském roce pokryta asi z jedné pětiny.

Výše zmíněný výpočet je jen orientační, nebere například v úvahu průnik klientely jednotlivých zařízení. Hodnoty ITR a průměrného počtu injekčních aplikací za rok byly užity i při popisu drogové scény jednotlivých regionů.

4. Výpočet potřeby injekčních setů dle alternativního zdroje dat

Pro alternativní odhad potřeby injekčních setů jsme použili údaj publikace „Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002“⁽²⁾ která odhaduje počet problémových uživatelů drog v Ústeckém kraji na 4 200 jedinců. Pokud budeme počet korigovat s ohledem na to, že ne všichni problémový uživatelé drog užívají drogy injekčně, ale že odhad podílu injekčních uživatelů drog z problémových uživatelů drog je asi 90%⁽³⁾ můžeme odhadnout, že v Ústeckém kraji je asi 3 780 injekčních uživatelů drog. Odhad potřeby injekčních setů by pak byl 967 680. Dle tohoto odhadu by byla potřeba injekčních setů by byla pokryta asi z jedné třetiny.

5. Závěr

Odhad potřeby injekčních setů ukazuje, že množství setů distribuované injekčními programy nestačí pokrýt potřeby injekčních uživatelů drog. Tomu nasvědčuje vzestup počtu distribuovaných injekčních setů nízkoprahovými zařízeními. Vzestup počtu vydaných injekčních setů mezi lety 2003⁽¹⁾ a 2004⁽⁴⁻¹⁶⁾ činí 91 588.

IV. Drogová scéna

Drogová scéna v Ústeckém kraji je nehomogenní, je možné ji rozdělit do několika oblastí, v nichž má drogová scéna společné znaky. Ani uvnitř těchto oblastí není drogová scéna zcela homogenní. Zvláště v oblastech, kde je hlavní užívanou drogou pervitin a kde současně skupiny uživatelů tvoří malé, relativně uzavřené komunity, se drogová scéna liší i v rámci malých oblastí, či dokonce obcí.

Existují kritéria, podle kterých je možné drogovou scénu rozdělit a popsat. Na základě získaných poznatků a vzhledem k cíli studie jsme pro rozdělení scény zvolili následující kritéria:

Hlavní užívaná droga

Hlavními užívanými drogami v regionu jsou:

pervitin – metamfetamin, stimulační droga vyráběná UD v ČR

heroin – diacetylmorfin, opioid dovážený do ČR ze zahraničí

subutex – buprenorfin, opioid, látka, která se užívá k substituční léčbě závislosti na opioidech, například na heroinu

toluen – organické rozpouštědlo, běžně dostupné v drogeriích

přírodní drogy – kanabinoidy, lysohlávky

alkohol

Otevřenost/uzavřenost drogové scény

Otevřená drogová scéna je charakterizována typickými místy, kde je možné drogu získat; tato místa jsou obvykle více, či méně veřejně známá a veřejně přístupná;

Distribuční síť prodejců drog je hierarchická, vztahy mezi výrobci, distributory a uživateli jsou spíše „komerční“;

tento typ drogové scény bývá veřejností, která žije v její blízkosti, vnímán jako vážný problém, dovoluje však relativně snadno kontaktovat uživatele drog s nabídkou služeb, které mají pomoci nejen jim, ale i ochránit komunitu která v dané lokalitě žije;

typickou drogou pro tento typ drogové scény je heroin a subutex; s určitou rezervou sem patří i toluenová drogová scéna, chybějí jí však některé důležité charakteristiky.

uzavřená drogová scéna je charakterizována malými skupinami uživatelů, které se formují kolem distributora, či výrobce drog; oproti otevřené drogové scéně prakticky neexistují veřejně známá místa, kde je možné drogu zakoupit;

distribuční síť výrobců a prodejců má jen malou hierarchii, vztahy mezi jednotlivými subjekty jsou spíše nekomerční – cílem uzavřené skupiny je opatřit si dostatek drogy pro svou vlastní potřebu;

z hlediska veřejnosti je problém skrytý, UD jsou obtížně kontaktovatelní, pracovníci pomáhajících institucí k nim jen velmi obtížně pronikají;

typickou drogou této drogové scény je pervitin

Dopravní dostupnost oblasti a s ní spojené propojení drogové scény s jinými drogovými scénami

Propojení drogové scény je významné především proto, že společně s drogami se mohou mezi uživatele v dané lokalitě šířit některá infekční onemocnění a naopak, pokud se v určité lokalitě vyskytuje mezi UD infekční onemocnění, mohou je migrující UD rozšířit do dalších oblastí

Odhad potřeby sterilních injekčních setů v regionech

V rámci studie jsme se pokusili odhadnout dostupnost sterilních injekčních setů pro injekční uživatele drog. Odhad jsme provedli následujícím způsobem:

Odhad velikosti populace injekčních uživatelů drog (dále IUD)

Při odhadu počtu IUD jsme se drželi výpočtu, který je uveden v oddílu III.:

$$\text{Počet IUD} = L/ITR$$

Kde:

IUD = *problémoví uživatelé drog;*

L = *počet injekčních uživatelů drog v kontaktu se zařízeními v regionu v daném roce;*

ITR = *in-treatment rate – tj. podíl IUD v kontaktu s léčebnými zařízeními je asi.*

Odhad počtu injekčních setů na 1. injekčního uživatele za rok

Uživatelé pervitinu a heroinu nebyli odlišováni. Průměru jsme dosáhli dotazováním injekčních uživatelů v regionu (n=76). Průměrný počet aplikací byl 256.

Odhad potřeby injekčních setů v regionu

$$\text{Potřeba injekčních setů} = \text{Počet IUD} \times 256$$

Je třeba si uvědomit, že odhad dosažený tímto výpočtem je jen orientační. Stejně tak platí, že injekční sety v regionu mohou pocházet více zdrojů, kromě výměnných programů v regionu například z lékáren a z obchodů se zdravotnickými potřebami, výměnných programů mimo region, ... Vzhledem k předpokladu, že se výměnný program v regionu podílí na dostupnosti injekčního náčiní významnou měrou, lze na základě zjištěných dat odhadnout orientačně dostupnost injekčního náčiní v regionu.

Rozdělení drogové scény do jednotlivých oblastí

Při rozdělení drogové scény kraje byly z praktických důvodů zvoleny jako zkoumané oblasti jednotlivé okresy, resp. regiony dle obcí s rozšířenou působností. Z hlediska pokrytí službami typu Harm Reduction platí, že ve všech regionech jsou služby dostupné – buď přímo – v místě působí obyčejně kontaktní centrum event. s terénními programy, nebo nepřímo – terénní programy tam zasahují ze sousedního regionu. Lze říci, poskytované služby odpovídají velikosti drogové scény v místě, kde působí.

Centrální oblast (Ústí nad Labem – Teplice)
Šluknovský výběžek (Varnsdorf – Rumburk)
Chomutov – Kadaň – Most – Litvínov – Bílina
Žatec, Louny, Podbořany
V. Litoměřice – Lovosice – Roudnice nad Labem – Děčín

I. Centrální oblast (Ústí nad Labem – Teplice)

V centrální oblasti Ústeckého kraje žije více než 200 000 lidí, centry regionu jsou Teplice (51 tisíc obyvatel) a Ústí nad Labem (necelých 100 tisíc obyvatel). Oblast je relativně dobře dopravně dostupná, zvláště Ústí nad Labem které protínají velké dopravní tepny. Z regionu je dobré spojení prakticky všemi směry, včetně několika hraničních přechodů do SRN. V obou městech působí kontaktní centra a terénní programy.

Centrální oblast je klíčová pro drogovou scénu v regionu. V obou městech existují otevřené drogové scény, kde je možné získat pervitin, heroin i další drogy. Centrální oblast, zvláště Teplicko je zdrojovým místem pro heroin. Heroin se do Teplic dováží údajně ze SRN (Pirna a Drážďany).

A. Charakteristika drogové scény:

Hlavními užívanými drogami jsou:

pervitin

heroin

buprenorfin (SUBUTEX[®])

Převažuje otevřená drogová scéna, tlakem policie migruje. Kombinuje se s uzavřenou drogovou scénou – starší uživatelé pervitinu, výroba obvykle pro vlastní potřebu.

Dopravní dostupnost regionu je velmi dobrá, oblast protíná několik dopravních tepen, výborné spojení směrem na Prahu a okolních lokalit i do SRN.

Ústí nad Labem

Drogová scéna

Otevřená drogová scéna zmizela v letech 2001 – 2002 tlakem policie z centra města. V současné době se koncentrovala především do městské části Předlice (pervitin) a obce Trmice (heroin a subutex, v menší míře pervitin).

Kromě otevřené drogové scény s hierarchickou distribuční sítí existují skupinky starších UD, kteří si pro vlastní potřebu vyrábějí pervitin.

Drogová scéna a poskytované služby prošly v posledních letech určitým vývojem, který v hrubých obrysech zachycuje níže uvedená časová osa.

| Časová osa | |
|-------------------|---|
| 1995 | Vznik KC |
| 1996 | Vznik TP |
| 1997 | |
| 1998 | Hodně kontaktů v TP |
| 1999 | Metadon |
| 2000 | Pokles kvality heroínu |
| 2001 | Subutex na trhu |
| | Vznik TP Sokrates |
| | Policie vytlačuje drogovou scénu z centra – pokles kontaktů v TP – zvyšuje se počet kontaktů v KC |
| 2002 | Subutexový program s doprovodným programem v KC – klienti přijímáni spíše k detoxifikaci – postupně příklon k dlouhodobějšímu usu |
| | TP v Trmice – romové, uživatelé heroínu |
| | Policie vytlačuje drogovou scénu z centra – pokles kontaktů v TP – zvyšuje se počet kontaktů v KC |
| | 2002-2003 nedostatek heroínu |
| | Změny pravidel pro příjem k subutexové substituci |
| | Vzestup těhotných klientek a pokles předávkování. |
| 2003 | Velký nárůst kontaktů v KC |
| | Na periferiích města je patrné, že se tam objevuje drogová scéna |
| 2004 | Klienti se objevují na periférii města (2002-2003) – drogová scéna je v okrajových částech Ústí nad Labem |
| | Likvidace vaříčů v Trmicích |
| | Pokles kvality pervitinu v I/2004 |
| | Subutex se objevuje jako primární a iniciační droga |

Hlavní užívané drogy

Pervitin

Nejčastěji užívaná droga

Velmi často užívaná v kombinaci s heroinem

benzodiazepiny

buprenorfinem (Subutex)

Drogová scéna je spíše otevřená, komercializovaná, i když místně existují i starších UD, kteří drogu společně vyrábějí a užívají.

Kvalita drogy je dle hodnocení uživatelů dobrá, jsou však patrné výkyvy v jeho kvalitě a liší se také dle zdroje.

Pervitin získaný na otevřené, „komerční“ scéně je méně kvalitní než pervitin který pochází z výroby starších výrobců, kteří drogu vyrábějí pro sebe a skupinu UD kolem sebe.

Drogová scéna se koncentrovala v městské čtvrti Předlice a obce Trmice.

Na distribuci pervitinu se významným způsobem podílí romští prodejci.

Heroin

Uživatelé heroinu velmi často přecházejí na buprenorfin (Subutex), který je možné legálně získat v substitučních programech, existuje také černý trh s touto drogou.

Heroin do Ústí nad Labem většinou proudí z Teplicka, které je pro heroin hlavním zdrojovým místem v regionu.

Zhoršila se dostupnost heroinu.

Heroin je velmi často užíván v kombinaci s jinými látkami.

Pravidelní uživatelé heroinu zhoršenou dostupnost drogy kompenzují kombinací s dalšími látkami.

Podíl kombinujících je zdá se – ve srovnání se studii z minulosti mnohem vyšší.

Buprenorfin (SUBUTEX®) se stále silněji prosazuje na drogové scéně jako alternativa heroinu.

jako substituční látka v oficiálních substitučních a detoxifikačních programech

jako droga získávaná ilegálně na černém trhu. Pervitin a opioidy jsou často užívány v kombinaci

od doby kdy se subutex objevil na černém trhu je patrný postupný příklon klientů k jeho injekční aplikaci

Subutex získaný ilegálně je téměř bez výjimky užíván injekčně.

uživatelé drog, kteří užívají subutex mají pocit, že se léčí a nejsou „toxikomani“

s nástupem subutexu se objevují těhotné uživatelky drog a

klesá počet předávkování vlivem opioidů

Benzodiazepiny

zneužíván je zvláště diazepam (Apo-diazepam® 100 tbl.)

benzodiazepiny jsou doplňkovou drogou pro uživatele heroinu, subutexu a pervitinu

Toluen

jeho užívání je marginální

zkušenost s toluenem jako drogou je mezi UD hojná

často se uplatňuje jako iniciační droga

Zdroje drog

U pervitinu je drogová scéna do značné míry soběstačná, v oblasti existuje dostatek výrobců. Výroba se však z velké části děje pro uzavřenou skupinu starších UD.

Nejvýznamnějším zdrojovým místem se zdají být Teplice, a to jak pro pervitin, tak pro heroin a taneční drogy.

Heroin se do Teplic údajně dostává ze SRN (Pirna a Drážďany).

Někteří UD jezdí pro heroin přímo do SRN, pokud tam znají zdroj.

Pervitin je možné získat i v dalších okolních sídlech (Litoměřice, Česká Lípa), nebo mimo region v Praze.

Subutex se na drogové scéně velmi pravděpodobně objevuje z legálních substitučních programů.

Z Ústí nad Labem se drogy také distribuují. V regionu je cílovým místem Děčín, mimo region Praha.

Z dostupných informací se zdá, že Ústí nad Labem je významným zdrojovým místem buprenorfinu (SUBUTEX®). Cílovým místem je Praha.

Substituční programy

Masarykova nemocnice – substituční program, bezplatný výdej subutexu a metadonu, (130 klientů metadon + 50 klientů subutex)

KC – subutexová ambulance - klienti dostávají Rp. – program je nízkoprahovější (60 klientů)

Tři praktičtí lékaři – předepisují subutex (dohromady 40 klientů)

Psychosociální servis pro oba substituční programy probíhá v KC.

Kontaktní centrum

Kontaktní centrum patří nabízí plné, v určitém ohledu nadstandardní spektrum služeb psychiatrické ošetření,

spolupráce na substitučním programu

specializovaný program pro matky s dětmi

Služby kontaktního centra jsou uživateli drog plně využity.

Denní návštěvnost se pohybuje kolem 15 klientů pro osobní kontakt, resp. 30 pro výměnný program.

Denní výměna cca 300 injekčních setů, což představuje asi 10 ks injekčního náčiní denně pro každého uživatele.

Součástí služeb kontaktního centra jsou i terénní programy (tvoří samostatný program), které působí na území města.

Terénní programy

Ve městě Ústí nad Labem působí více terénních programů.

V rámci studie se nám podařilo kontaktovat jen terénní programy patřící ke Kontaktnímu centru.

Terénní pracovníci působí operativně v místech výskytu drogové scény, v současnosti obvykle v okrajových čtvrtích Ústí nad Labem.

Program funguje každý všední den.

Výměnný program

Většina injekčních setů je distribuována v Kontaktní centru v Ústí nad Labem. Terénní programy pokrývají z celkového množství jen asi 4%.

Celkem ve výměnných programech v KC i v TP vydáno 82 807 injekčních setů 755 injekčním uživatelům drog. Na jednoho účastníka výměnného programu ročně připadne ročně připadne 109 sterilních injekčních setů. Část setů připadá na sekundární výměnu.

Odhad potřeby injekčních setů v regionu

Odhadovaná velikost populace IUD je 1 806.

Odhad potřeby injekčních setů je tedy 462 392.

Lze tedy usuzovat, že výměnný program pokrývá odhadem asi 1/5 až 1/6 skutečné potřeby sterilních injekčních setů.

Teplíce

Drogová scéna

Drogová scéna co se týče spektra užívaných drog je téměř shodná s drogovou scénou v Ústí nad Labem, s tím rozdílem, že z opioidů je výraznější převaha heroinu. Charakterem se jedná o otevřenou scénu, lokalizovanou převážně v městské části Trnovany. Druhým místem důležitým místem drogové scény je čtvrť Prosetice, kde se koncentrují UD, prostitutky, ... Drogová scéna se ve městě vyskytuje na typických místech, tvoří uzavřené lokality, které se dlouhodobě nemění.

Prodej heroinu probíhá na bytech, zdroj je pravděpodobně v SRN. Teplíce jsou zdrojovým místem pro více oblastí v regionu i mimo něj, mnohdy se jedná o značně vzdálené lokality.

Hlavní užívané drogy:

Heroin

Je hlavní užívaná droga. Uživatelé heroinu významně převažují nad uživateli heroinu

Vysoký podíl heroinistů naznačuje jeho dobrou a bezproblémovou dostupnost. Z toho lze usuzovat, že Teplíce jsou skutečně zdrojovým místem pro heroin.

Kvalita drogy je dle hodnocení uživatelů dobrá a stabilní.

Je užíván často v kombinaci s pervitinem, kombinace heroinu s pervitinem je velmi častá.

V případě této drogy jsou Teplíce jsou zdrojovým místem pro celý region.

Zdroj drogy leží dle informací zjištěných v rámci studie v oblasti SRN, jedná se o města Pirna a Drážďany.

Ve městě existuje otevřená heroinová scéna, prodej drogy se obvykle odehrává na toxi bytech.

Buprenorfin (SUBUTEX®)

Na trhu se objevuje jen okrajově.

Pervitin

Pervitinistů je ve srovnání s heroinisty asi jen 1:3

Zdroje pervitinu leží přímo v regionu, v místě působí výrobci.

Kvalita drogy je dobrá a stabilní.

Pervitin je užíván obvykle v kombinaci s heroinem.

V poslední době stoupá podíl pervitinistů.

Substituční programy

Dostupné jsou programy, které existují v Ústí nad Labem. Vzhledem k rozsahu drogové scény a převaze opioidů ve spektru užívaných drog chybí substituční program přímo v Teplicích.

Kontaktní centrum a terénní programy

Kontaktní centrum bylo do 31.12. 2004 detašovaným pracovištěm nemocnice, od 1.1. 2005 je realizátorem o.s. WHITE LIGHT I. Do 31.12. sídlilo ve stejných prostorách jako další služby – psycholog, krizové centrum. Kombinace těchto služeb s kontaktním centrem se jevila jako nevhodná.

Nabízí standardní služby Harm reduction.

Pomoc při řešení sociálních obtíží.

Zdravotní ošetření.

Mezi nadstandardní služby patří autogenní trénink, relaxace, ...

Rodičovská skupina.

Služby pro těhotné matky – uživatelky drog.

Toxikologické vyšetření moči.

Terénní pracovníci obhospodařují kritické lokality ve městě.

Terénní pracovníci působí 1x týdně v Dubí, mají zde prostory.

Výměnný program

Celkem bylo v roce 2004 ve výměnném programu v KC i v terénu vydáno 46 775 injekčních setů 323 injekčním uživatelům drog. Na jednoho účastníka výměnného programu ročně připadne ročně připadne 145 sterilních injekčních setů.

Odhad potřeby injekčních setů v regionu

Odhadovaná velikost populace PUD je mezi 773.

Odhad potřeby injekčních setů je tedy 192 818.

Lze tedy usuzovat, že výměnný program pokrývá odhadem asi 1/4 potřeby sterilních injekčních setů.

II. Šluknovský výběžek (Varnsdorf – Rumburk)

Ve Šluknovském výběžku žije v něm asi 60 000 lidí, centry regionu jsou dvě obce s rozšířenou působností – Varnsdorf a Rumburk. Oblast je relativně špatně dopravně dostupná. V obou obcích působí kontaktní centra a terénní programy které působí jen ve výše zmíněných obcích.

Region sousedí se SRN. KC ve Varnsdorfu navázalo kontakty s tamními pomáhajícími institucemi. Známký propojení drogových scén regionu a sousedících regionů SRN jsme nenalezli.

A. Charakteristika drogové scény:

Hlavními užívanými drogami jsou:

pervitin – především u bílého etnika

organická rozpouštědla – toluen – u romského etnika

jako sekundární drogy se uplatňují přírodní drogy:

konopné drogy

lysohlávky

alkohol – uplatňuje se jako sekundární droga i jako droga primární

Drogová scéna je spíše uzavřená, v oblasti působí větší množství malovýrobců, drogová scéna je málo hierarchizovaná. V obou centrech regionu existují místa, kde je otevřená drogová scéna.

Dostupnost drog je poměrně dobrá.

Dopravní dostupnost regionu je spíše špatná, drogová scéna je jen málo propojena s drogovými scénami v okolí.

B. Jednotlivé oblasti

Rumburk

Drogová scéna:

Ve srovnání s druhým centrem regionu je drogová scéna otevřenější, uživatelé drog, kteří jsou v kontaktu s místním kontaktním centrem a terénními programy, jsou méně nedůvěřiví .

Hlavní užívané drogy:

Pervitin – hlavní droga bílého etnika

Droga obvykle pochází zevnitř regionu, výrobci drog působí přímo v Rumburku i v okolních obcích.

Jako surovina pro výrobu je obvykle užíván Modafen, který výrobci nakupují v místních lékárnách.

V místě existuje „přátelský typ drogové scény“ se společnou výrobou a distribucí.

Existuje i otevřená drogová scéna s prodejem drog, objevují se noví klienti nižších věkových kategorií.

Sdílení injekčního náčiní:

dlouhodobí uživatelé drog sdílejí injekční náčiní jen výjimečně;

mezi začínajícími uživateli a experimentátory je sdílení časté, příčinou je nedostatečná znalost možných rizik

Toluen – hlavní droga romské komunity

Užívání je zřejmě rozsáhlé, klienti nejsou v kontaktu s kontaktním centrem.

Přírodní drogy

marihuana – její užívání je hojné, UD si konopí pěstují sami

lysohlávky – užívány jen sezónně v podzimních měsících

Heroin a buprenorfin (SUBUTEX®) se na drogové scéně objevuje výjimečně.

Ostatní zjištění:

Častý je prodej modafenu v lékárnách i ve větších množstvích.

V létě se v místním kontaktním centru objevují migrující uživatelé drog z jiných regionů, kteří přijeli na prázdniny.

Kontaktní centrum a terénní programy:

KC funguje již asi 5 let, v posledním roce se obměnil tým.

KC má asi 100 klientů

TP – klienti KC a 15-20 klientů, kteří nejsou v kontaktu s KC

Do zařízení dojíždějí klienti z okolních sídel, hlavně se zájmem o testování na VH a HIV, zdravotní sociální servis

VHC je nakažena asi třetina klientů zařízení
Klientelu tvoří téměř výhradně uživatelé pervitinu
Převážně se jedná o injekční uživatele
Uživatelé toluenu jsou v kontaktu se zařízením zřídka – obvykle se jedná o jednorázové kontakty pod tlakem rodiny
Uživatelé marihuany nejsou klienty KC ani TP

Výměnný program

Na výměnném programu se podílí kontaktní centrum a terénní programy. Dohromady je vydáno asi 197 injekčních setů měsíčně.

Klienti mění často ve větších množstvích, obvykle se jedná o sekundární výměnu pro větší počet UD
Dostupnost injekčního náčiní je v Rumburku dobrá, v okolních sídlech problematická

V Rumburku jsou celkem tři lékárny, měsíční prodej cca 250 injekčních setů uživatelům drog

Extrémně malý objem výměny injekčního náčiní je možné zdůvodnit dvěma faktory:

Velkou uzavřeností drogové scény.

Velkým podílem uživatelů organických rozpouštědel.

Celkem ve výměnném programu v KC i v terénu v roce 2004 vydáno 2 361 injekčních setů
82 injekčním uživatelům drog. Na jednoho účastníka výměnného programu ročně připadne ročně připadne 29 sterilních injekčních setů.

Odhad potřeby injekčních setů v regionu

Odhadovaná velikost populace IUD je mezi 196.

Odhad potřeby injekčních setů je tedy 50 220.

Lze tedy usuzovat, že výměnný program pokrývá odhadem asi dvacetinu celkové spotřeby injekčních setů.

Varnsdorf

Drogová scéna:

Drogová scéna je poměrně uzavřená, nedůvěřivá – mezi UD existují obavy, že pracovníci kontaktního centra spolupracují s policií. Charakteristická je společná výroba drogy a společné užívání. Existuje několik míst, kde je otevřená drogová scéna. Dostupnost drog pro prvouživatele je relativně dobrá.

Hlavní užívané drogy

Pervitin – hlavní droga bílého etnika

v místě působí několik výrobců, další zdroje drogy jsou:

v obcích uvnitř regionu (Jiřikov, Česká Lípa), výrobci se přesouvají mezi sídly, aby unikli identifikaci policií

mimo region se pervitin dováží z Prahy.

Asi polovina uživatelů pervitinu je v kontaktu s místním kontaktním centrem, nebo terénními programy

Sdílení injekčního náčiní je časté a to i přes jeho relativně dobrou dostupnost.

Toluen – hlavní droga romské komunity

Významná je časná iniciace uživatelů toluenu – se zařízením jsou v kontaktu i uživatelé, kterým je kolem 13 let

Přírodní drogy

Marihuana – užívá se poměrně hojně, rozšířená je samopěstitelství

Lysolávký

Alkohol – nadužívání alkoholu je časté, jak mezi uživateli drog, tak u populace, která drogy neužívá.

Se zařízením je v kontaktu několik klientů v sociálně debaklové situaci, u kterých je hlavní drogou alkohol.

Extáze, LSD – jsou užívány výjimečně, obvykle v souvislosti s kulturními akcemi typu house nebo techno parties

Heroin se objevuje výjimečně, existují informace, že je užíván mezi vietnamskou komunitou.

Buprenorfin (SUBUTEX®) se na drogové scéně objevuje výjimečně.

V letních měsících se objevují příležitostní uživatelé pervitinu a rostlinných drog.

Německo

Klientela se přes hranice nemísí, drogové scény podle poznatků kontaktního centra a pracovníků v Německu nejsou propojené.

Zařízení:

Klientela kontaktního centra je velmi nedůvěřivá, UD mají obavu, že kontaktní centrum spolupracuje s policií. Také umístění zařízení v azylovém domě, kde bydlí převážně Romové není úplně šťastné, uživatelé pervitinu mají z Romů, kteří v domě bydlí obavy.

Zařízení sdílí prostory s nízkoprahovým klubem pro děti a mládež a občanskou poradnou. Vzhledem k tomu, že první jmenované zařízení má mezi klienty mnoho uživatelů Toluenu do 18 let, bylo by vhodné data z obou zařízení kumulovat.

KC-zařízení je v azylovém domě, kdy bydlí neplatiči, převážně Romové.

TP-pokrývá jen Varnsdorf, terénní pracovník je v kontaktu spíše se staršími uživateli drog. Vzhledem k nedůvěře UD mohou být tyto kontakty pro další rozvoj programu klíčové.

Denně je s KC v kontaktu cca 7-8 klientů

80 klientů ročně v pravidelném kontaktu, z toho:

20-30 uživatelů pervitinu

obyčejně se jedná o denní, intravenózní uživatele

20 uživatelů toluenu. Část z nich je paralelně v kontaktu s nízkoprahovým zařízením pro děti a mládež – kam chodí většina romských uživatelů Toluenu do 18 let. Uživatelé Toluenu tvoří velkou část klientely nízkoprahového klubu.

Část klientely tvoří závislí na alkoholu.

Zařízení navázalo přeshraniční spolupráci se zařízeními v Německu.

Výměnný program:

Na výměnném programu se podílí kontaktní centrum a terénní programy. Dohromady asi 75 injekčních setů měsíčně.

Časté jsou větší objemy výměn kolem 20-30 ks, dle pracovníků zařízení se jedná o sekundární výměnu pro větší počet uživatelů

Extrémně malý objem výměny injekčního náčiní je možné zdůvodnit dvěma faktory:

Velkou uzavřeností drogové scény.

Velkým podílem uživatelů organických rozpouštědel.

Celkem bylo v roce 2004 ve výměnném programu v KC i v terénu vydáno 905 injekčních setů 31 injekčním uživatelům drog. Na jednoho účastníka výměnného programu ročně připadne ročně připadne 29 sterilních injekčních setů.

Odhad potřeby injekčních setů v regionu

Odhadovaná velikost populace IUD je mezi 74.

Odhad potřeby injekčních setů je tedy 18 985.

Lze tedy usuzovat, že výměnný program pokrývá odhadem asi dvacetinu potřeby sterilní injekčních setů.

III. Chomutov – Kadaň – Most – Litvínov – Bílina

Průmyslová oblast, ve které žije více než ¼ milionu lidí z toho asi dvě třetiny ve výše zmíněných městech. Největšími městy regionu jsou Chomutov (50 tisíc obyvatel) a Most (68 tisíc obyvatel). Uplatňují se i jako přirozená centra drogové scény. Dalším významným centrem je město Kadaň. Oblast je relativně dobře dopravně dostupná, a to jak směrem do centra kraje, tak směrem ke Karlovým Varům. Dopravní dostupnosti odpovídá i propojení drogové scény.

A. Charakteristika drogové scény:

Hlavními užívanými drogami jsou:

pervitin

organická rozpouštědla – toluen – uplatňuje se spíše u romského etnika,

jako sekundární drogy se uplatňují přírodní drogy:

konopné drogy

alkohol

Drogová scéna je spíše uzavřená, ve větších sídlech jsou známky komercializace. Hlavní užívaná droga – pervitin je v místě vyráběna i užívána, oblast může fungovat jako zdroj pro okolní regiony.

Dopravní dostupnost regionu je velmi dobrá. Spojení je dobré do centra regionu, směrem na Karlovy Vary o do hlavního města.

B. Jednotlivé oblasti

Chomutov

Drogová scéna:

Drogová scéna je spíše „přátelského“ typu, převažuje užívání metamfetaminu, komunity uživatelů tvoří uzavřené skupinky, které společně vyrábějí a užívají drogu. Obvykle se jedná o starší uživatele drog, dochází však i k iniciaci nových, „mladých, výrobců, kteří v tradici společné výroby a užívání pokračují.

Odhad velikosti skryté populace v regionu je asi 50%.

Hlavní užívané drogy

Pervitin

Hlavní užívaná droga

Jeho dostupnost je dobrá, bezproblémová, kvalita v dlouhodobém horizontu je stabilní

V současnosti mírně zhoršení kvality pervitinu, zkušené výrobce zavřeli, na jejich místo nastoupili mladší, kvalita drogy se zhoršila

Spíše se jedná o starší UD nad 30 let – skupinky shromážděné kolem výrobce

Existuje trend, že starší výrobci iniciují mladší výrobce

Existují signály, že někteří výrobci jezdí vyrábět pervitin za hranice do SRN

Pervitin se distribuuje jen v rámci regionu do blízkých sídel

Litvínov

Most

okolní obce

Konopí

Uživatelé konopí mají obvykle zkušenost i s jinými drogami, které užívají rekreačně (taneční drogy, pervitin, jiné přírodní drogy) – nejedná se o injekční UD

Charakteristikou skupiny je hledání sociální identity

V oblasti je hojné samopěstitelství

Jiné přírodní drogy

Lysohlávky rostou v okolí jako v jiných místech Ústeckého kraje, jejich užívání je charakteristicky sezónní

Užívání durmanu – obvykle má charakter experimentů

Opiáty

Heroin je užíván jen okrajově, spíše v kombinaci s pervitinem – primární droga je kombinace heroínu a pervitinu

Ojedinele se objevují klienti, kteří užívají morfium

Buprenorfin (SUBUTEX®) se jako droga neužívá, resp. minimálně, užíván jako lék

Benzodiazepiny

sekundární droga, využívaná spíše při nedostatku primární drogy
užívány v kombinaci
užívají je spíše starší UD
Bývají získávány legálně na lékařský předpis
Diazepam
Rohypnol
Rivotril

Organická rozpouštědla (Toluen)

Nejčastěji je užíván uživateli romského etnika ze sociální slabších skupin
Převážná většina jeho uživatelů patří do skryté populace UD
Toluen někdy užívají celé rodiny, včetně dětí školního věku
Bývá obyčejně jako jedna z užívaných drog, kombinován s alkoholem, pervitinem, ...
Často má charakter polyusu . užívána je ta droga, která je právě po ruce
Starší klientele užívá hodně to, co je po ruce - polyuseři

Kontaktní centrum a terénní program

Kontaktní centrum poskytuje standardní nízkoprahové Harm reduction služby uživatelům drog, včetně služeb nadstavbových:

Výměna injekčního materiálu a parafernálií
Zdravotní servis
Hygienický a potravinový servis
Poradenství a zprostředkování detoxifikace a léčby
Testování na přítomnost typických infekčních onemocnění (žloutenky, HIV)
Testování klientů na přítomnost drog v moči
Zprostředkování léčby

Terénní program je zajištěn externisty, zabírá Chomutov, Jirkov. Pracovníci kontaktního centra se podílejí i na primárně preventivních programech.

Výměnný program

Výměnný program probíhá v Kontaktním centru a v terénních programech.

Pracovníci kontaktního centra připustili, že rozsah sdílení je stále značný.

Prodej injekčního náčiní v lékárnách podle informací od klientů hraje roli okrajového zdroje. Většina lékáren injekční náčiní prodává jen ve větším množství.

Celkem bylo v roce 2004 ve výměnných programech v KC i v TP vydáno 53 578 injekčních setů 303 injekčním uživatelům drog. Na jednoho účastníka výměnného programu ročně připadne ročně připadne 177 sterilních injekčních setů. Dle informací pracovníků kontaktního centra velké objemy injekčního materiálu připadá na sekundární výměnu pro IUD, kteří nejsou v kontaktu s nízkoprahovými službami.

Odhad potřeby injekčních setů v regionu

Odhadovaná velikost populace IUD je 725.

Odhad potřeby injekčních setů je tedy 185 569.

Lze tedy usuzovat, že výměnný program pokrývá odhadem asi třetina až čtvrtina skutečné potřeby sterilní injekčních setů.

Most-Litvínov-Bílina

Drogová scéna

Drogová scéna v Mostě je otevřená, spíše přátelského typu. Hlavní užívanou drogou je pervitin, který je produkován v místě v dostatečné míře. Uživatelé pervitinu mají obyčejně přímý kontakt na výrobce, nebo prvodistributora. Kolem výrobce se soustředí relativně stálá skupina UD, kteří opatřují suroviny pro výrobu. Trh je omezený na skupiny spoluuživatelů, kteří společně vyrábějí a berou. Většinou se jedná o starší IUD s drogovou kariérou delší než 5 let. Existují signály, že se drogová scéna komercializuje, s pervitinem na otevřené scéně v centru města obchodují Romové. Existují také typická místa, kde je možné koupit taneční drogy.

V současnosti se objevují i mladší uživatelé pervitinu kolem 15 let, kteří pervitin většinou šňupou a kouří konopné drogy. Obyčejně nejsou v kontaktu s nízkoprahovým zařízením.

Odhad velikosti skryté populace 70% z celkového počtu PUD. Většina skryté populace je mezi romskou komunitou (sídlíště Chanov a Janov). Odhad podílu skryté populace mezi romskými UD je 90%. U bílé většiny je odhad skryté populace asi 60% (obvykle se jedná o uživatele pervitinu).

Existují signály, že mezi Romy užívají celé rodiny, dokonce je možné, že děti iniciují své rodiče.

Drogová scéna ve zbytku sledovaného regionu je spíše uzavřená, mezi užívanými drogami převládá pervitin. Uzavřenost je celkem logická a nepochybně souvisí i s velikostí sídel, která komplikuje zachování anonymity uživatelů. V malých sídlech se uživatelé cítí méně bezpečně.

Hlavní užívané drogy

Pervitin

Hlavní užívaná droga – uživatelé pervitinu tvoří odhadem dvě třetiny všech UD.

Zdroje jsou místní, v Mostě je relativně hodně výrobců zkušenějších i méně zkušených

Dostupnost vynikající, kvalita pervitinu je stabilní – resp. liší se zdroj od zdroje, ale v rámci jednoho výrobce je relativně stabilní.

Problém je někdy s výchozí surovinou – pervitin z modafenu je jiný, než pervitin vyráběný ze solutanu, nebo přímo z efedrinu.

Most je zdrojovým místem pro:

Prahu

Karlovy Vary

Louny

Žatec

Rakovník

Konopí

Pěstování konopí je místně značně rozšířené.

Distribuce konopí se děje na komerční bázi.

Zdá se, že konopí je často iniciační droga pro romské UD.

Taneční drogy (MDMA, LSD)

Místně existují lidi, kteří distribuují, resp. obchodují s MDMA.

Zdrojové místo leží pravděpodobně v zahraničí, nejspíše v Holandsku.

Toluen

Užívá jej asi 1/10 všech UD, obvykle se jedná o Romy.

Dle pracovníků KC je Toluen na ústupu, vytlačuje jej pervitin

Toluen jako primární droga se prakticky neuplatňuje

Opioidy

Užívá je asi 1/3 všech UD.

Heroin

Zdroj heroínu v místě chybí, klienti si pro něj zajíždí do Teplic nebo do Ústí nad Labem.

Zdá se, že absence zdroje heroínu v tuto chvíli zabraňuje vzestupu počtu uživatelů této drogy, z dostupných informací se totiž zdá, že poptávka po něm je celkem vysoká.

Buprenorfin (SUBUTEX®) Místní subutexový program – cca 25 klientů v programu – tj. maximální kapacita.

Preskribován i praktickými lékaři.

Existuje černý trh se subutexem

Farmaka

Benzodiazepiny - obvykle sekundární droga, užívají je jak pervitinisté, tak heroinisté

Z farmak UD zneužívají i neuroleptika (Chlorprothixen)

Časté jsou kombinace – pervitin a heroin, spíše ale ne dohromady, klienti mezi jednotlivými drogami alternují.

Další látky

Lysohlávky – v okolí existuje několik lokalit kde se lysohlávky vyskytují, jejich užívání je typicky sezónní.

Ketamin – techno komunita

Durman - výjimečně

Kontaktní centrum

Kontaktní centrum v Mostě zajišťuje standardní služby typické pro nízkoprahové zařízení pro uživatele drog, dále pak některé služby nadstandardní:

Testování na přenosné infekce (VHB, HIV, ...)

Testování na přítomnost drog v moči (na přání klienta, u nezletilých na přání rodičů)

Možnost arte, muziko a ergoterapie pro klienty

Sociální servis a asistenční služby,

Hygienický servis pro uživatele drog

Subutexový program s kontrolovaným denním výdejem subutexu (ve spolupráci s dalšími institucemi)

Program pro matky s dětmi

Primární preventivní programy

Do poloviny roku 2004 mělo Kontaktní centrum v Mostě kromě mateřského zařízení také detašované pracoviště v Litvínově. V současné době vedení organizace jedná s městem Litvínov o přidělení nových prostor.

Terénní programy

Terénní programy patří stejnému občanskému sdružení jako Kontaktní centrum v Mostě. Působí po celém sledovaném území:

Most

Chanov

Litvínov - pozastavená činnost protidrogového informačního centra, pro ztrátu prostor. V tuto chvíli je lokalita pokryta terénním programem.

Osek

Bílina

Janov

Duchcov – ve stadiu mapování drogové scény, iniciační fáze

Nabídka terénních služeb terénních programů se jeví jako nadstandardní. Důvodem je, že působí v oblastech, kde jiné služby Harm reduction nejsou dostupné. Kromě služeb Harm reduction patří do spektra poskytovaných služeb také testování na infekční onemocnění, pomoc při zprostředkování léčby, ...

Výměnný program

Je zajišťován v kontaktním centru a v terénních programech, které pokrývají celou oblast Mostu, Litvínova a Bíliny,

Podíl institucionální a terénní výměny je obdobný (42 : 48 tisíc setů).

Z informací pracovníků kteří se podílejí na výměnném programu se zdá, že sdílení injekčního náčiní mezi IUD je časté a sdílí cca 80% všech IUD.

Celkem ve výměnném programu v KC i v terénu vydáno 90 356 injekčních setů 523 injekčním uživatelům drog. Na jednoho účastníka výměnného programu ročně připadne ročně připadne 172 sterilních injekčních setů

Odhad potřeby injekčních setů v regionu

Odhadovaná velikost populace IUD je 1 251.

Odhad potřeby injekčních setů je tedy 320 306.

Lze tedy usuzovat, že výměnný program pokrývá odhadem asi třetinu až čtvrtinu potřeby sterilní injekčních setů.

Kadaň

Drogová scéna:

Charakteristikou celé drogové scény je její relativně značná uzavřenost – v místě existují jednak starší uživatelé pervitinu, kteří se sdružují kolem výrobce (přátelský typ drogové scény), vedle toho vzniká nová drogová scéna – mladí uživatelé pervitinu, kteří necítí potřebu vyhledávat služby pro uživatele drog.

Zcela specifická drogová scéna je v holobytech, kam byli vystěhováni neplatiči pocházející především z romského etnika v Prunéřově – dle informací terénních pracovníků je tamní drogová scéna charakterizovaná nadužíváním alkoholu, toluenu a výrobou a užíváním pervitinu. Vysoká koncentrace výskytu sociálně nežádoucích jevů v této oblasti ztěžuje intervence v této lokalitě. Tato oblast se z hlediska rozvoje drogové scény jeví jako velmi riziková.

Hlavní užívané drogy

Pervitin

hlavní užívaná droga, uživatelé pervitinu tvoří odhadem asi čtyři pětiny všech UD.

Pervitinová drogová scéna v lokalitě je hodně uzavřená, odhad skryté populace je asi 80%.

Droga obvykle pochází zevnitř regionu, v místě působí značné množství výrobců.

Kvalita drogy dobrá a stabilní, bez výkyvů v dostupnosti.

Pervitin se dle dostupných informací distribuuje jen místně, do jiných regionů se vyváží jen v omezené míře.

V minulosti byly zdrojovými místy pro nákup pervitinu Karlovy Vary (Klub Propaganda) a Praha

Někteří mladí UD (muži i ženy) jezdili do Prahy a získávali tam prostředky na nákup drogy prostitucí.

V posledních cca 2 letech došlo ke změně drogové scény. Poklesl věk uživatelů, drogové scéna získala komerční ráz – existoval zde údajně prodejce, který údajně nabízel pervitin zdarma, resp. za nějaké sexuální služby a inicioval převážně mladé uživatelky.

V minulosti se jednalo spíše o starší UD, scéna přátelského typu, společné získávání materiálu, společná výroba, ... Tato část uživatelů i přes značné problémy spojené s užíváním drog vyhledává pro nedůvěru služby nízkoprahového zařízení v omezené míře.

Uživatelé pervitinu jsou nyní vesměs mladí, často „zlatá mládež“, klienti obvykle mají hodně peněz, jedná se o děti podnikatelů. Tato část uživatelů potřebuje služby nízkoprahového zařízení a terénních programů zatím v malé míře, jejich problémy spojené s užíváním drog jsou malé.

Heroin

Je užíván jen okrajově, spíše příležitostně.

V oblasti je velmi málo pravidelných uživatelů heroínu.

Zdrojovým místem jsou lokality v Ústeckém kraji (Mostu, Teplice) a Praha – místně není heroin dostupný.

Toluen

Uživatelé toluenu tvoří asi pětinu drogové scény.

Užívají jej pervitinisté (bílí bezdomovci), jako sekundární drogu při nedostatku primární drogy, resp. při nedostatku prostředků na její opatření.

Romové jako primární drogu, často v kombinaci při „situačním polyusu“ - klienti užívají tu drogu, která je právě dostupná, situačně pervitin, toluen, nebo alkohol.

Přírodní drogy

Marihuana – rozšířené samopěstitelství

Lysohlávky – v okolí existuje několik lokalit kde se lysohlávky vyskytují, jejich užívání je typicky sezónní.

Durman – hojně užívaná droga, hlavně gymnazisté, experimentátoři

Farmaka

Rozšířené je užívání benzodiazepinů, užívány jsou obvykle jako doplňková droga,

Subutex na drogové scéně prakticky není

Romové

Kadaň - je zde relativně hodně bohatších romských rodin. Nejsou problematičtí, dobře integrovaní – z jejich z jejich řad se rekrutuje pervitinová a alkoholová klientela

Prunéřov – problémové romské rodiny přesunuté z Kadaně do holobytů neplatiče.

Rozsáhlé užívání drog, především:

Toluenu

alkoholu

pervitinu

Je zde poměrně dost dětských UD toluenu, kteří se iniciují po vzoru rodičů.

Terénní pracovníci nacházejí opakovaně v místě použitý injekční materiál.

Klienti nemají zájem o služby pomáhajících institucí.

Kontaktní centrum a terénní programy

Kontaktní centrum v Kadani Je zařízení Harm reduction, které spolu s terénními programy pokrývá oblast Kadaně a blízkého okolí. V oblasti, kterou zařízení pokrývá je rozvinutá uzavřená drogová scéna.

Nabízí služby

harm reduction (výměnný program, vitaminový a potravinový servis, hygienický servis, ...)

sociální služby (doprovod na úřady, ...)

zprostředkování léčby a současně i pomoc v oblasti následné péče

působí v oblasti primární prevence

TP Pruněrov

Iničiační fáze, program nyní monitoruje potřeby UD v oblasti holobytů – kam byli vysídleni především romští neplatiči nájmu.

V KC chystají otevřít rodičovskou skupinu pro rodiče Romů – primárně preventivní a informativní charakter – cílem je rozšířit informace o systému péče v romské komunitě.

Osobně intervenční charakter – terénní pracovníci chodí přímo do romských rodin, navazují kontakty s rodinou a snaží se pomoci rodičům s konkrétními problémy. Služba je nyní ve fázi iniciace.

Romové v Pruněrově jsou poměrně nedůvěřiví, uzavření, mají obavu z kontaktu se sociálními službami se obávají, klienti vnímají i terénní a sociální pracovníky „Romy jako gadži“. Romové mají obavu z perzekuce ze strany sociálních služeb. Bojí se důsledků spolupráce.

Výměnný program

Výměnný program meziročně zaznamenal prudký nárůst asi o třetinu celkového množství vyměněných setů.

UD z okolních obcí jezdí na za měnit injekční náčiní do Kontaktního centra v Kadani.

Celkem ve výměnném programu v KC i v terénu vydáno 22 631 injekčních setů 107 injekčním uživatelům drog. Na jednoho účastníka výměnného programu ročně připadne ročně připadne 212 sterilních injekčních setů.

Odhad potřeby injekčních setů v regionu

Odhadovaná velikost populace IUD je 256.

Odhad potřeby injekčních setů je tedy 65 531.

Lze tedy usuzovat, že výměnný program pokrývá odhadem asi třetinu potřeby sterilní injekčních setů.

IV. Žatec, Louny, Podbořany

V oblasti žije asi 85 tisíc osob, centry regionu jsou 3 menší města – Louny a Žatec (shodně cca. 20 tisíc osob), Podbořany (asi 6 tisíc osob) Zbytek obyvatelstva žije v menších sídlech. Dopravní dostupnost regionu je nejlepší směrem do oblasti Mostecka a Chomutovska, kam také směřuje největší propojení drogové scény. Dobré spojení také směrem na Prahu, kam směřují především uživatelé heroínu.

V celé oblasti funguje jedno kontaktní centrum s terénními programy které pokrývají zbytek oblasti.

A. Charakteristika drogové scény:

Hlavními užívanými drogami jsou:

pervitin

organická rozpouštědla – toluen – uplatňuje se spíše u romského etnika,

jako sekundární drogy se uplatňují přírodní drogy:

konopné drogy

alkohol

heroin

Drogová scéna je uzavřená, v oblasti působí větší množství malovýrobců. Drogová scéna není dle našich poznatků hierarchicky uspořádaná. Otevřenou drogovou scénu, tvoří v některých lokalitách uživatelé toluenu. Dostupnost drog pro pravidelné uživatele je průměrná, pro prvouživatele obtížná. Dopravní dostupnost regionu je relativně dobrá, existuje dobré dopravní spojení směrem k velkým sídlům Ústeckého kraje (Most, Chomutov), Karlovarského kraje (Karlovy vary) a do hlavního města.

V celém regionu je scéna hodně uzavřená, UD jsou opatrní. To je pravděpodobně způsobeno relativně malou velikostí sídel (největší sídla ve sledované oblasti mají do 20 000 obyvatel). To s sebou nese mnohem menší míru anonymity a větší snahu UD se skrýt tak, aby nebyli identifikováni.

Neotevřenější drogová scéna ve v Žatci, zbytek drogové scény je extrémně uzavřený. To se týká především tvrdých drog, pervitinu a heroínu. Nicméně existují typická místa, kde se lze s uživateli drog setkat. Relativně otevřená drogová scéna existuje pro konopné drogy.

Uživatelé toluenu se sdružují na typických místech, obvykle v parcích měst a představují jakousi alternativu otevřené drogové scény. Většina uživatelů toluenu patří k romskému etniku a drogová scéna je otevřená spíše pro toto etnikum. Odhad velikosti skryté populace je cca 80%.

Hlavní užívané drogy

Pervitin

Hlavní užívaná droga v regionu.

Pervitinová scéna je skrytá na bytech.

Uživatelé pervitinu jsou obvykle nezaměstnaní, někteří se živí brigádami.

Užívání pervitinu je téměř výhradně injekční

Výrobci z Loun nakupují materiál k výrobě v Chomutově a v Mostě. Cestu za nákupem využijí i k výměně injekčního náčiní.

Toluen

Hlavní užívaná droga romské populace UD.

Iniciace k užívání se děje již v nízkém věku.

Heroin

Užívání heroinu je jen okrajové, pravidelní uživatelé heroinu v lokalitě prakticky neexistují.

Konopné drogy

Rozsah jejich užívání je značný.

Z dostupných informací se zdá, že se konopné drogy neuplatňují jako iniciační droga.

Zdroje drog

Zdroje pervitinu částečně leží uvnitř regionu

Na výrobce je obvykle navázána komunita uživatelů

Někteří výrobci jezdí nakupovat suroviny pro výrobu mimo region (Most, Chomutov) aby zachovali anonymitu.

Existují známký, že pervitin je z regionu v malé míře dovážen a z regionu je také vyvážen. V mnoha případech se zdrojová lokalita kryje s lokalitou cílovou

Zdrojovým místem pro heroin je hlavně Praha

Chybí signály, že by heroin byl dovážen z Teplic nebo Ústí nad Labem, jako v jiných sídlech regionu

Konopné drogy jsou údajně dováženy do lokality z Karlových Varů

V regionu je rozšířené samopěstitelství konopných drog

Kontaktní centrum a terénní programy Žatec

Návštěvnost kontaktního centra je poměrně malá, nejčastěji za účelem výměny injekčního náčiní, často se jedná o kumulované výměny pro větší počet osob.

Relativně malou návštěvnost kontaktního centra lze vysvětlit velikostí sídla a velké uzavřenosti drogové scény.

Kontakt s UD v terénu je díky uzavřenosti drogové scény obtížný. Prakticky hlavní náplní práce je kontaktování nových uživatelů a pokusy o průnik mezi uzavřené skupiny uživatelů drog.

Terénní pracovníci působí v okolních obcích a prakticky pokrývají všechny 3 obvody:

Vroutek 1x za 14 dní

Podbořany 1x týdně

Postoloprty 1x týdně

Louny 2x týdně

Žatec.

Terénní programy se zaměřují mimo jiné i na sběr injekčního náčiní – vytipované místa, někde jsou nálezy celkem hojné (Louny).

Průnik do populace UD ztěžují aktivity policie, které jsou i příčinou uzavírání drogové scény.

Výměnný program

Klienti z okolních malých sídel si jezdí měnit injekční náčiní do Žatce:

Z informací terénních pracovníků i ze zjištění s terénu klienti tuto možnost preferují před kontaktem s terénními pracovníky přímo v sídlech kde žijí. Obávají se, že budou identifikováni jako uživatelé drog.

Někteří klienti preferují výměnu injekčního náčiní ve větších sídlech u příležitosti cesty do těchto sídel (Chomutov, Most, Praha). Obvykle se jedná buď o:

UD, kteří do těchto sídel cestují za prací, nebo do školy

výrobce pervitinu, kteří si zajíždějí koupit suroviny k výrobě

uživatele heroínu, kteří si jedou opatřit drogu, která není dostupná v místě, kde žijí

Celkem ve výměnném programu v KC i v terénu vydáno 9 975 injekčních setů 89 injekčním uživatelům drog. Na jednoho účastníka výměnného programu ročně připadne ročně připadne 112 sterilních injekčních setů. Z dostupných informací je však zřejmé, že část účastníků výměnného programu mění pro větší počet uživatelů, kteří nejsou v přímém kontaktu se zařízeními. Rozsah sekundární výměny se nepodařilo odhadnout.

Odhad potřeby injekčních setů v regionu

Odhadovaná velikost populace IUD je 213.

Odhad potřeby injekčních setů je tedy 54 507.

Lze tedy usuzovat, že výměnný program pokrývá odhadem asi šestina až pětina potřeby sterilní injekčních setů.

V. Litoměřice – Lovosice – Roudnice nad Labem – Děčín

Oblast se skládá ze dvou částí, Děčínska a oblasti kolem Litoměřic.

Na Děčínsku žije asi 80 tisíc lidí, nejvíce ve městě Děčíně. Dopravní dostupnost Děčína je velmi dobrá především směrem do centra regionu a směrem do oblasti Drážďan.

V oblasti působí jedno kontaktní centrum, které pokrývá Děčín a snaží se expandovat do okolí.

Relativně dobré dopravní spojení je také směrem na Českolipsko. V oblasti Litoměřicka žije asi 115 tisíc lidí. Jsou zde 3 velká města Litoměřice (25 tisíc), Lovosice (9 tisíc) a Roudnice nad Labem (13 tisíc), zbytek obyvatel žije v menších sídlech. Oblast leží v blízkosti dopravní tepny, která spojuje Prahu a Ústí nad Labem, resp. oblast Drážďan.

V oblasti působí jedno kontaktní centrum v Litoměřicích, které terénními programy pokrývá Lovosicko a Roudnicko.

A. Charakteristika drogové scény:

Hlavními užívanými drogami jsou:

pervitin

organická rozpouštědla – toluen – uplatňuje se spíše u ekonomicky slabších a romského etnika,

heroin – spíše v menší míře, podíl pravidelných, injekčních uživatelů heroínu je poměrně malý

jako sekundární drogy se uplatňují přírodní drogy:

konopné drogy

alkohol

kodein (Děčínsko, Roudnicko)

Drogová scéna je spíše uzavřená, v Děčíně je však i oblast s otevřenou drogovou scénou. Ve větších sídlech jsou patrné známky komercializace drogové scény.

V oblasti působí větší množství výrobců pervitinu, typicky existují skupinky spoluživatelů, kteří společně vyrábějí a užívají pervitin. Dostupnost drogy je poměrně dobrá.

Heroinová scéna je charakteristická místní nedostupností drogy, pro drogu je třeba zajíždět do centra regionu.

Dopravní dostupnost regionu je velmi dobrá, je protnut velkými dopravními tepnami, z většiny větších sídel regionu je možné se bez obtíží dostat do centra regionu, ale i do dalších oblastí republiky.

Děčín

Existuje otevřená drogová scéna, pervitin i heroin, v blízkosti vlakového nádraží „Podmokly“. Dostupnost drog je stabilní, občas jsou krátkodobé výpadky, drogová scéna je na to obvykle připravená a změní jen zdrojové místo. Heroinový trh je doménou Romů, event. cizinců (Balkán, Vietnam), uživatelé pervitinu pocházejí z bílé populace. Romové téměř výhradně užívají heroin.

Pervitinová scéna má i uzavřenou část – spíše starší uživatele, pro které je typický model společné výroby a užívání.

Klienti jsou hodně úzkostní, obávají se kontaktu pracovníků KC s policií.

Hlavní užívané drogy

Pervitin

hlavní užívaná droga

uživatelé patří spíše k bílé většině

spíše bytová scéna, hodně uzavřená scéna, která se ještě více uzavřela vlivem aktivit policie.

v místě existuje odhadem asi 5-10 bytů, kde se pervitin vyrábí.

výrobci patří výhradně k bílé většině.

uživatelé mívají obyčejně kontakt přímo na výrobce, uživatelé se navzájem dobře znají. Jednotlivé komunity UD se prolínají. Spíše je patrné rozdělení dle věku, starší UD chodí ke starším výrobcům a naopak.

Heroin

Pravidelní uživatelé jsou vesměs Romové s dobrým zdrojem příjmů pocházejících obyčejně z trestné činnosti.

Příležitostní uživatelé bývají často mladší Romové (15-18 let), kteří nemají příjem, který by jim umožnil pravidelný usus.

Droga jen v posledních měsících málo kvalitní - způsobuje halucinace, zimnice, zvracení.

Opioidy

opium

Užívá se jen sezónně, jedná se spíše příležitostný usus

Uživatelé sbírají opium na makových polích, pokoušejí se přírodní opium zpracovávat na látky vhodné k injekční aplikaci, zdá se však, že jejich technologické znalosti jsou poměrně omezené. Aplikují si jej vesměs ve formě, ve které jej sebrali.

Kodein

Je užíván poměrně často, látku dále nezpracovávají, nejsou signály o výrobě tradičního českého opiátu „braun“.

Subutex

Jeho usus je výjimečný, droga je obyčejně získávána mimo lokalitu, nejčastěji v Ústí nad Labem.

Černý trh se subutexem prakticky neexistuje.

Metadon dostupný v Ústí nad Labem, jeho usus je výjimečný.

Toluen

Zvyšuje se podíl uživatelů toluenu

Užívají jej spíše Romové a sociálně slabí příslušníci bílé populace (bezdomovci, ...)

Uživatelé heroínu jej užívají jako náhražkovou drogu, jeho užívání nevnímají jako problém.

Farmaka

Jsou velmi často užívána v kombinaci s drogami. Prakticky každý uživatel drog, který patří do skupiny problémových uživatelů drog užívá, kromě drog také léky.

Jsou získávána obyčejně legálně na lékařský předpis.

Benzodiazepiny

Diazepam – nejčastěji užívaný benzodiazepin

Místně existuje lékař, který píše relativně hodně BZO.

Charakteristikou užívání je příležitostný usus, ne denní, obyčejně velké nárazové dávky.

Kombinace

Nejčastější je užívání kombinace heroínu, pervitinu a léků v různých obměnách. Kombinovaný usus je poměrně typický.

Přírodní drogy

lysohlávky a muchomůrky

Charakteristickým uživatelem je polyuser, který užívá to, co je právě dostupné.
Experimentátoři je užívají méně často

Zdroje drog

Heroin - zdroje leží mimo Děčín, typicky: Teplice, Ústí nad Labem.
Pervitin – zdroje leží přímo v místě, existuje asi 5-10 bytů výrobců.
Výroba pervitinu je doménou bílé většiny

Existují i zdrojová místa mimo region:
Kamenický Šenov
Nový Bor
Česká Lípa
Benešov nad Ploučnicí
Přírodní drogy rostou v okolí Děčína
lysohlávky - Děčínský Sněžník
v případě konopí je rozsáhlé samopěstitelství

Kontaktní centrum Děčín

Kontaktní centrum se před časem přestěhovalo na nové místo, které je vzhledem k poloze drogové scény méně vhodné. Klientela si do nových prostor obtížně hledá cestu.
Nabízí standardní služby Harm Reduction, v kontaktním centru není aktuálně k dispozici hygienický servis a praní prádla.
Problémy se změnou prostor se projevili i v interview z Děčína: „V káčku by uvítal sprchu a pračku, ...
Dostupnost služeb se pro hodně lidí zhoršila po přestěhování do nových prostor.“

Terénní program

Funguje pouze pro Děčín.
Snaží se nabalovat lidi metodou sněhové koule.
Terénní pracovníci se neúspěšně pokusili o průnik na drogovou scénu v okolních oblastech.
Klienti v terénu si injekční náčiní mění obyčejně po jednotlivých kusech.
Dle poznatků terénních pracovníků je často každý měněný injekční set opakovaně použitý.

Výměnný program

Časté jsou kumulované výměny stovek injekčních setů pro uživatelské byty.
Je možné, že tato sekundární výměna je i pro více bytů.
Vzhledem k tomu, že terénní pracovníci nemají na „toxi“ byty přístup, není jasné, jak bezpečné je na nich skladování použitého injekčního materiálu.
Na některých bytech žijí i děti UD, kterým byt patří. Zde je údajně situace relativně dobrá.
Zdrojem injekčních setů jsou také lékárny:
Jedná se jen o lékárny v centru města
Nákupy jsou dle dostupných informací jen několik desítek kusů injekčních setů.
Celkem bylo v roce 2004 ve výměnném programu v KC i v terénu vydáno 22 804 injekčních setů
349 injekčním uživatelům drog. Na jednoho účastníka výměnného programu ročně připadne ročně
připadne 65 sterilních injekčních setů. Z dostupných informací je však zřejmé, že část účastníků
výměnného programu mění pro větší počet uživatelů, kteří nejsou v přímém kontaktu se zařízeními.
Rozsah sekundární výměny se nepodařilo odhadnout.
Odhad potřeby injekčních setů v regionu
Odhadovaná velikost populace IUD je 835.
Odhad potřeby injekčních setů je tedy 213 741.
Lze tedy usuzovat, že výměnný program pokrývá odhadem asi desetinu potřeby sterilní injekčních
setů.

Litoměřice, Roudnice nad Labem a Lovosice

Drogová scéna je převážně pervitinová, má charakter uzavřené komunity, jejíž členové společně vyrábějí a užívají drogy. Jednotlivé skupiny v místě jsou propojené. Charakteristický je v posledním roce pokles věku prvo uživatelů v Litoměřicích, spíše středoškoláci, preferují sniff.

Prakticky shodný charakter pervitinové scény je v okolních lokalitách – Lovosicko a Roudnicko. Scéna tam je však ještě uzavřenější a průnik obtížnější.

Heroin je užíván relativně málo často spíše okrajově, jeho podíl na trhu je asi jedna desetina.

V menších sídlech je charakteristickým způsobem užívání polyusus – uživatelé užívají drogy dle jejich aktuální dostupnosti, hojně je nadužíván legální alkohol, toluen a farmaka.

Regionální zvláštností je abusus kodeinu na Roudnicku. Skrytá populace problémových uživatelů drog tvoří odhadem asi 80% UD, menší podíl skryté populace je v Litoměřicích, větší mimo ně.

Hlavní užívané drogy

Pervitin

hlavní užívaná droga.

v místě působí větší množství výrobců

Kvalita drogy je stabilní, dostupnost dobrá, kvalita zůstává stálá. Gram je za 800-1000 Kč, množství spíše nadstandardní, klienti si pochvalují množství a kvalitu ve srovnání s jinými lokalitami.

Změny na drogové scéně způsobí vždy aktivity policie, dochází k výkyvům v ceně drogy, kvalita a dostupnost se významně nemění.

V poslední době se snížil věk prvouživatelů (1-2 roky zpět)

Iniciace Shift, přechod na injekční aplikaci

Litoměřice - scéna polozavřená, průnik do ní je možný, relativně mnoho nových uživatelů, kteří neužívají drogy injekčně.

Roudnicko a Lovosicko – scéna je více uzavřená.

Injekčních uživatelů z klientely je 95%

Opioidy

heroin

Užíván relativně řídko, jeho dostupnost v lokalitě není dobrá, uživatelé si pro něj musí zajíždět do Ústí nad Labem, nebo Teplic.

Prakticky neexistují pravidelní uživatelé

kodein

Užíván především na Roudnicku, užívání kodeinu má zde relativně dlouhou tradici.

Získáván především legálně na lékařský předpis.

nejsou známky, že by z kodeinu byl vyráběn tradiční český opiat braun

opium

charakteristické je sezónní užívání

užívají jej ke zpestření spíše pervitinisté

Toluen

Jeho užívání je charakteristické spíše v menších obcích a mezi sociálně slabšími

Spíše jako jedna z drog při příležitostném usu – společně a alkoholem a farmaky

Zdroje drog

Pervitin je vyráběn v regionu, výroba kryje spotřebu v oblasti.

Některé z látek potřebné při výrobě jsou dováženy z Ústí nad Labem

Zdrojový lék pro výrobu - Modafen - není problém v lékárně zakoupit, v mnoha lékárnách se však neprodává po více balení.

Heroin – v lokalitě není dostupný, zdroje leží mimo region

Ústí nad Labem

Teplice

zřídka je zdrojovým místem Praha

Romové

Nejčastější primární drogou je pervitin

Relativně hodně užívají konopné drogy, které někdy hrají určitou úlohu v iniciaci

Romové – UD nepatří vždy k sociálně slabým.

Kontaktní centrum a terénní programy

Litoměřice s počtem obyvatel kolen 25 000 osob patří spíše mezi sídla ve kterých jsou služby Harm Reduction obvykle méně využívány, protože velikost sídla neposkytuje obyvatelům dostatečnou anonymitu.

Kontaktní centrum nabízí standardní služby Harm Reduction, velkou část služeb tvoří hygienický servis, protože mnoho UD žije v opuštěných domech.

Terénní program pokrývá oblasti:

Štětí

Roudnici nad Labem

Lovosice

Libochovice

Ústěk

Terénní program se kromě výměny injekčního náčiní a osvěty zaměřuje na mapování drogové scény v regionu a aktivní navázání UD ze skryté populace.

Výměnný program

Meziroční nárůst výměn je asi 60%. Patrný je podle pracovníků příklon k bezpečnějšímu usu. Jednu stříkačku nepoužívají klienti obvykle k jedné aplikaci, ale používají svou vlastní. I starší klienti v malých sídlech se chovají bezpečněji.

Zdrojem injekčního náčiní jsou i lékárny

prodej je hojný, přesnější informace z lékáren však chybí.

pracovníci KC se chystají lékárny mapovat

Celkem bylo v roce 2004 ve výměnném programu v KC i v terénu vydáno 17 117 sterilních injekčních setů 105 injekčním uživatelům drog. Na jednoho účastníka výměnného programu ročně připadne ročně připadne 163 sterilních injekčních setů.

Odhad potřeby injekčních setů v regionu

Odhadovaná velikost populace IUD je 251.

Odhad potřeby injekčních setů je tedy 64 306.

Lze tedy usuzovat, že výměnný program pokrývá odhadem asi čtvrtina až třetina potřeby sterilní injekčních setů.

V. Souhrn, závěry a doporučení

1. Souhrn

Drogová scéna v jednotlivých regionech kraje se výrazně liší:

Existují oblasti s rozsáhlou otevřenou drogovou scénou (velká města v centru kraje).

Naproti tomu v menších sídlech jsou typicky uzavřené drogové scény uživatelů pervitinu.

Hlavní užívané drogy a oblasti jejich užívání:

V centru kraje (Ústí nad Labem a Teplice) se jako hlavní droga se významně uplatňuje heroin. Vedle heroinové i rozsáhlá pervitinová drogová scéna.

V Ústí nad Labem opioidy na drogové scéně nedominují.

V Ústí nad Labem se kromě heroinu velmi významně uplatňuje na drogové scéně buprenorfin (Subutex®).

V Teplicích je heroin hlavní užívanou drogou. Jeho podíl činí asi dvě třetiny. Bezproblémová dostupnost heroinu a jeho relativně dobrá kvalita podporuje teorii, že Teplice jsou významným zdrojovým místem pro heroin.

V Ústí nad Labem je významná skupina UD, kteří užívají kombinaci heroinu a benzodiazepinů, nebo heroinu a pervitinu.

Mimo centrální oblast kraje převažuje jako hlavní droga pervitin.

Užívání heroinu je spíše marginální.

Ve všech oblastech kraje existuje rozsáhlá skupina uživatelů organických rozpouštědel (toluenu).

Mezi uživateli organických rozpouštědel dominují Romové.

Organická rozpouštědla se obvykle uplatňují jako doplňková droga.

Význam organických rozpouštědel jako drogy je vyšší v menších sídlech (Žatec, Rumburk, Varnsdorf).

V menších sídlech existují velké skupiny uživatelů, pro které jsou organická rozpouštědla (toluen) hlavní užívanou drogou.

Časté je užívání alkoholu, často v kombinaci s dalšími drogami.

V menších lokalitách je hlavním rysem usu užívání drog, dle jejich aktuální dostupnosti. Uživatelé charakteristicky kombinují více látek, obvykle psychofarmaka (benzodiazepiny), pervitin, Toluén a alkohol (tzv. příležitostný polyusus).

Časté je užívání přírodních drog, které se vyskytují volně v přírodě, nebo v případě marihuany si je uživatelé sami pěstují.

Sezónní užívání lysohlávek (podzim).

Opium v době jeho sklizně (letní měsíce)

Marihuana.

V oblasti existuje rozsáhlá skupina samopěstitelů, kteří marihuanu pěstují pro sebe a okruh blízkých.

Ve větších sídlech existuje komerční drogová scéna, marihuana je zde předmětem obchodu podobně jako jiné drogy.

Uplatňuje jednak jako primární droga.

Problémoví uživatelé drog ji užívají jako drogu sekundární.

Zjištění z některých oblastí naznačují, že pro romskou komunitu se v některých oblastech uplatňuje marihuana jako droga iniciační.

Dostupnost všech výše zmíněných drog je v celém regionu dobrá.

Zdroje drog

Leží uvnitř i vně kraje. Některé části kraje jsou zdrojovými místy pro jiné oblasti:

Nejvýznamnějším zdrojem drog v regionu je město Teplice:

Především pro heroin, který se do Teplic dostává pravděpodobně ze SRN (Pirna, Drážďany).

V menší míře jsou Teplice také zdrojem pervitinu.

V rámci regionu existuje mnoho zdrojů pervitinu, většinou jen s místním významem.

Jako cílová i zdrojová oblast byla identifikována Praha.

Cílovou oblastí je pro buprenorfin (Subutex®)

Zdrojovou pro pervitin a v některých případech také pro heroin.

Zařízení Harm Reduction

Celkově se zdá, že Harm reduction služby pro uživatele drog jsou dobře nastavené. Nabídka pomoci a požadavky kladené na uživatele drog jsou v rovnováze. Nabídka služeb je dostatečná a UD motivuje ke kontaktu s pomáhajícími institucemi.

Přes obecně dobrou dostupnost služeb HR existují lokality, kde jsou tyto služby dostupné omezeně.

UD vnímají nabídku služeb jako dostatečnou a s poskytovanými službami jsou spokojeni.

Stesky se týkaly některých nadstandardních služeb, jako například možnosti v nízkoprahovém zařízení v nouzi přespát.

Jako rozumný požadavek se naopak jeví zajistit výměnný program o víkendu, protože to je doba, kdy dochází nejčastěji ke sdílení injekčního náčiní.

O službách jsou UD obecně dobře informováni, přesto však existují uživatelé, jejich informovanost o nabízených službách je nízká.

Skrytá populace

Realistický odhad velikosti skryté populace je velmi obtížný. A liší se lokalitu od lokality a dokonce velmi výrazné rozdíly jsou mezi klienty s podobnou charakteristikou v rámci jedné lokality.

Velké rozdíly ve velikosti skryté populace jsou mezi Romskou menšinou a bílou většinou.

V případě bílé většiny se zdá, že podíl skryté populace je kolem 50% všech UD.

U Romů tvoří skrytá populace v některých lokalitách až 90% všech UD.

Dostupnost injekčního náčiní

Ve větších sídlech je dobrá, díky fungujícím službám Harm Reduction.

V malých sídlech mimo centrální oblast kraje je problematická, pro malou míru anonymity.

Injekční náčiní distribuované programy Harm Reduction (349 309 injekčních setů) představuje asi jen pětinu potřebného množství.

Časté je sdílení injekčního náčiní - 78% participantů přiznalo sdílení injekčního náčiní. Podíl sdílejících IUD vypovídá o nedostatečné distribuci injekčního náčiní mezi IUD.a o nedostatku informací o bezpečných způsobech aplikace.

2. Závěry

Rozsah problémů spojených s užíváním drog ve sledované lokalitě je velký. Za nejzávažnější problémy lze považovat:

Rozsáhlé užívání organických rozpouštědel.

Mnoho uživatelů nepovažuje organická rozpouštědla (toluen) za drogu, která s sebou přináší mnohem vyšší rizika než jiné látky. Příčinou nízká informovanosti o rizicích je vysoký podíl skryté populace, především z řad romů s nízkou socioekonomickou úrovní.

Sdílení injekčního náčiní injekčními uživateli drog.

Část injekčních uživatelů drog nemá dostatek informací o rizicích spojených se sdílením injekčního náčiní. V mnoha případech je patrná nedostatečná motivace se rizikovému chování vyvarovat.

Většina cílové populace je v kontaktu s pomáhajícími institucemi, je tedy možné je ovlivnit. Rozsah sdílení je zhoršován nedostupností výměnného programu o víkendu v alespoň minimálním rozsahu.

Na sdílení se podílí i pokrytí odhadované potřeby injekčních setů (cca. z 1/3 - 1/5).

Vysoké riziko šíření infekčních onemocnění mezi uživateli drog.

Souvisí s rizikovým chováním injekčních uživatelů drog - sdílením injekčního náčiní.

Podpurným faktorem je dobrá dopravní dostupnost většiny regionu a vysoká cestování uživatelů drog za zdroji drog.

Pokrytí regionu nízkoprahovými službami pro uživatele drog:

Je dostatečné ve většině měst, především v centrální oblasti.

Služby jsou nastaveny tak, aby byl zachován poměr mezi minimalizací rizik a motivací ke změně.

V menších sídlech především v okrajových oblastech kraje je dostupnost mnohdy problematická. To se týká například:

Menších obcí ve Šluknovském výběžku.

Okolí Děčína.
Lounska a Žatecka.
Obcí na Roudnicku, Litoměřicku a Lovosicku.

Problémy spojené s užíváním drog jsou zhoršovány omezenou dostupností některých služeb: Substitučních programů nebo jejich alternativy (preskripce substituční látky praktickými lékaři) v lokalitách, kde se tyto služby jeví jako potřebné:

Teplice

V menší míře dalších lokalit (Děčín, Chomutov, ...).

Vážný problém představuje užívání drog v Romské komunitě. To proto že:

Velká část populace romských uživatelů drog zůstává pro specializované intervence nedostupná.

Výskyt rizikového chování mezi uživateli drog, kteří patří k romskému etniku se jeví mnohem vyšší ve srovnání s bílou většinou.

Užívání drog je spojeno s dalšími sociálně - patologickými jevy.

Stávající programy umí pracovat spíše s majoritní populací. Pro romskou menšinu jsou omezeně využitelné.

Výjimku tvoří některé programy, např. program v Kadani a Prunéřově.

3. Doporučení

Mapovat pokrytí regionu službami Harm Reduction. I když pokrytí je dostatečné, existují lokality, které by bylo rozumné posílit:

malá sídla ve Služkovském výběžku

malá sídla na Litoměřicku, Lovosicku a v okolí Roudnice nad Labem.

okolí Děčína.

Romské komunity především v oblasti Kadaně, Mostu Chomutova.

Teplicko, jako oblast s vysokou koncentrací UD a prostituce.

Terénní programy by měly pokrývat i menší sídla kraje, zvláště tam, kde jsou informace, že dochází k injekčnímu užívání drog.

V menších sídlech, kde nejsou nebo chybí poznatky o (injekčním) užívání drog, se jako vhodné jeví sledovat některé indikátory, které by mohly naznačovat, že drogový problém se zhoršuje:

Opakované nálezy injekčního náčiní.

Výskyt předávkování pervitinem, heroinem, nebo jinými „tvrdými“ nelegálními drogami u více jedinců.

Informace od sociálních pracovníků, kurátorů, pedagogů, rodičů, o užívání pervitinu nebo heroinu nebo jiných „tvrdých“ nelegálních drog.

V případě pozitivity více indikátorů naplánovat intervenci společně s nejbližšími terénními programy, nebo kontaktním centrem.

Zvážit rozšíření výměnných programů na víkendy, kdy často dochází ke sdílení injekčního náčiní, protože možnosti opatřit si sterilní injekční sety jsou velmi omezené.

Monitorovat potřebu injekčního náčiní dle bodu III. Do hodnocení zahrnout i další zdroje:

Lékárny.

Zdravotnická zásobování.

Lze předpokládat, že dojde k dalšímu nárůstu výměny injekčních setů. Zařízení by měla v žádostech o dotace tento fakt zohlednit, aby se v souvislosti s rostoucím výměnným programem nedostala do finanční tísně.

Podporovat i na první pohled relativně málo efektivní programy v malých sídlech, protože jejich význam pro daný region je mnohem větší, než by tomu vypovídal počet kontaktů a množství vyměněného injekčního náčiní.

Zlepšit strategie informování uživatelů drog o rizicích spojených s jejich užíváním a motivovat je k bezpečnému chování. Speciální strategie vyžadují níže uvedené cílové skupiny:

Injekční uživatelé drog.

Uživatelé organických rozpouštědel.

Romská komunita.

Aplikovat mechanismy pro průnik do skryté populace uživatelů drog. Toto doporučení platí zvláště pro romské uživatele drog. V úvahu přichází například:
Postupné navazování kontaktů metodou sněhové koule.
Zvýšení atraktivity služeb nízkoprahových zařízení.
Spolupráce s romskými organizacemi.
Spolupráce se sociálními pracovníky.
Zaměstnání Romů v Harm Reduction službách.

Vzhledem k rozsahu problému spojeného s užíváním drog v romské komunitě se jako smysluplná se jeví podpora programů, které mají romskou populaci zasáhnout, nebo s Romy ve větší míře pracují. Jako například:
Program KC v Kadani.
Terénní program v Prunéřově.
Program o.s. Na Křižovatce ve Varnsdorfu.
Zkušenosti z těchto programů rozšířit na celý region.

Vzhledem k chybění substitučních programů nebo jejich alternativy (např. preskribce substituční látky praktickými lékaři) v lokalitách, kde se tyto služby jeví jako potřebné bychom doporučovali vznik programů facilitovat. To se týká především oblastí:
Teplice
V menší míře dalších lokalit (Děčín, Chomutov, ...).
Z hlediska potřeby soudíme, že pro lokality s vysokou mírou užívání opioidů by se hodil spíše specializovaný program. Tam, kde je užívání opioidů marginální bychom doporučovali volit spíše cestu alternativní.
Vzhledem k tomu, že Ústecký kraj patří mezi oblasti s vysokou mírou užívání heroínu a jiných opioidů soudíme, že ambulantní substituční a detoxifikační programy by měli být dostupné v celém regionu.

VI. Literatura a použité zdroje dat:

- Mach, J.: Vývoj ve věcech drog v Ústeckém kraji za období 2002-2004 (pracovní verze). Nepublikováno.
- Lejčková P., Mravčík V., Radimecký J.: Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002, NMS Praha 2004
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2004a) Výsledky základní části studie „Seroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog“. Nepublikováno
- o.s. Světlo: Závěrečná zpráva o realizaci programu K – centrum Chomutov s terénním programem 2004. Nepublikováno
- o.s. Most k naději: Asistent pro terénní kontakt, výroční zpráva 2004. Nepublikováno
- o.s. Světlo: Závěrečná zpráva o realizaci programu K – centrum Kadaň s terénním programem 2004. Nepublikováno
- Oblastní spolek ČČK Litoměřice: Závěrečná zpráva o realizaci programu K – centrum Litoměřice 2004. Nepublikováno
- o.s. Most k naději: Závěrečná zpráva o realizaci programu K – centrum Most 2004. Nepublikováno
- Městský úřad Rumburk: Závěrečná zpráva o realizaci programu K – centrum Rumburk 2004. Nepublikováno
- Nemocnice Teplice: Závěrečná zpráva o realizaci programu Krizové centrum Teplice 2004. Nepublikováno
- o.s. Drug out club: Závěrečná zpráva o realizaci programu K – centrum Ústí nad Labem 2004. Nepublikováno
- o.s. NA KŘÍŽOVATCE: Závěrečná zpráva o realizaci programu Kontaktní a poradenské centrum pro drogově závislé NA KŘÍŽOVATCE Varnsdorf 2004. Nepublikováno
- Svazek obcí „KONTAKT“: Závěrečná zpráva o realizaci programu K-C „Schody“ Žatec poradenský a terénní program 2004. Nepublikováno
- Oblastní spolek ČČK Litoměřice: Závěrečná zpráva o realizaci programu Terénní programy Roudnice n. L a Štětí 2004. Nepublikováno
- o.s. Drug out club: Závěrečná zpráva o realizaci programu Terénní program Ústí nad Labem 2004. Nepublikováno
- Město Děčín: Závěrečná zpráva o realizaci programu Kontaktní a poradenské centrum pro drogově závislé Děčín 2004. Nepublikováno
- Bém P., Minařík J., Kuda A., Hrdina P.: Charakteristiky rizikového chování u skryté populace problémových uživatelů drog-kvalitativní studie. Sananim, Praha, 1999
- Bém P.: Riziko epidemického šíření HIV infekce mezi intravenózními uživateli drog a zhodnocení dostupných preventivních aktivit zaměřených na tuto cílovou populaci v České republice. Nepublikováno
- Hrdina, P.: Kvalitativní studie rizikového chování skryté populace problémových uživatelů drog – region Ústí nad Labem/Děčín. Sananim, 1999.
- Mravčík V.: Manuál pro provedení prevalenčního odhadu v populaci uživatelů drog na lokální úrovni v ČR v 1. 1999-2000 (PAD COI PREV 2001), verze 2 (červen 2001)
- Mravčík V.: Prevalenční odhad problémových uživatelů drog v ČR – syntéza dostupných dat
- Tyrlík M., Bém P., Zuda T., Power R.: Zhodnocení drogové situace v ČR. Zpráva o výzkumu. Praha, 1996.