

**Univerzita Karlova v Praze
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

***Význam substituční léčby v systému
péče o drogově závislé***

Bakalářská práce

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

Vypracovala:

Kristina Havlovičová

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval/a samostatně. Všechny použité
prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita
k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 25.4.2013

.....
podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D. za pomoc při výběru tématu a mé bakalářské práce.

Dále bych ráda poděkovala pracovníkům Centra metadonové substituce – DROP IN II, kteří mi dovolili uskutečnit můj výzkum v jejich prostorách a laskavě mi poskytli materiály.

Obsah

Obsah	4
Úvod.....	5
1 Drogová závislost na opiátech.....	7
1.1 Opioidy a opiáty.....	8
1.1.1 Heroin	9
1.2 Drogová závislost.....	11
1.2.1 Důsledky drogové závislosti	15
1.3 Systém péče při léčbě drogové závislosti.....	19
2 Substituční léčba	22
2.1 Cíle substituční léčby	24
2.2 Metadon a buprenorfin	25
2.3 Výhody a nevýhody substituční léčby.....	28
2.4. Substituční léčba v České republice.....	29
2.4.1 Historie a vývoj substituční léčby	31
2.5 Substituční léčba v Evropské unii.....	32
2.6 Centrum metadonové substituce – DROP IN II v Praze	34
3 Význam substituční léčby drogové závislosti z pohledu jejích klientů	35
3.1 Cíl výzkumu.....	36
3.2 Metoda výzkumu	36
3.3 Technika sběru dat a výběr vzorku.....	37
3.4 Průběh výzkumu	38
3.5 Výsledky a interpretace dat.....	40
3.6 Závěry výzkumu	48
Závěr	52
Shrnutí.....	54
Summary	54
Seznam použité literatury.....	55
Použité internetové zdroje.....	57
Seznam příloh.....	58

Úvod

V současné době je problematika zneužívání návykových látek velmi naléhavá. Po roce 1990 začal počet problémových uživatelů drog rapidně stoupat a pravděpodobně ještě nedosáhl vrcholu. Elementární složkou v boji proti drogové závislosti je jednoznačně primární prevence. Se svým širokým záběrem na prakticky celou populaci účinně pomáhá předcházet závislosti. Co ale dělat s lidmi, kteří jsou již na návykových látkách závislí? Pro tyto lidi existuje celá škála různých druhů léčby, které je mohou dovést až k abstinenci. U některých, zejména u dlouhodobých uživatelů, se však nedaří abstinence docílit a neustále dochází k relapsům. Jsou pak i tací uživatelé drog, kteří se své závislosti vlastně ani nechtějí zbavit a do léčby nastupují jedině kvůli přání svých blízkých. Pokud jsou pak tyto uživatelé závislí na opioidech, existuje pro ně ještě jedna možnost, a tou je léčba substituční.

Substituční léčba se provádí právě u klientů, u kterých všechny ostatní typy léčby skončily neúspěchem. Spočívá v náhradě nelegální drogy substituční látkou, která má výhodnější bezpečnostní profil. I tato léčba má za konečný cíl stanovenou úplnou abstinenci od návykových látek, ale splnění tohoto cíle není podmínkou programu a stačí pouhá abstinence od ilegálních drog při užívání substituční látky.

Od počátku substituční léčby již bylo provedeno několik výzkumů, které jednoznačně potvrzují pozitivní účinek substituční léčby na uživatele návykových látek. Doložená je také její větší úspěšnost při léčbě závislosti na opioidech než při jiných typech léčby. Tyto výzkumy ale byly prováděny především z pohledu

vnějších pozorovatelů. Já jsem se tedy rozhodla provést výzkum, který by se zabýval tím, jak vnímají substituční léčbu sami její uživatelé. Jako svou výzkumnou otázku jsem si tedy zvolila: *Jak vnímají význam substituční léčby drogové závislosti klienti, kteří ji využívají?* Na tuto otázku se v závěru práce pokusím odpovědět s podložením dat, která vyplynou z mého výzkumu.

Svou bakalářskou práci jsem rozdělila do tří kapitol. První kapitola se týká drogové závislosti jako takové, s důrazem na drogovou závislost na opiátech. Druhá kapitola se zabývá substituční léčbou, jejími cíli a aktuální situací v České republice i v Evropě. V poslední třetí kapitole pak popíši postup svého výzkumu a závěry, které z něj plynou.

1 Drogová závislost na opiátech

Nejprve bych chtěla vymezit základní pojem, se kterým budu pracovat, a to pojem droga. Tento termín má několik významů. Původně označoval látku určenou k léčebnému použití (v medicíně a farmakologii se stále můžeme setkat s výrazem droga ve smyslu léčiva). Mnohdy se pod ním také skrývá jakákoli psychotropní látka, která může vyvolat závislost, včetně alkoholu a tabáku. Nejčastěji je ale synonymem pro nepovolené omamné a psychotropní látky. V tomto významu jej také budu používat já.

V literatuře můžeme najít mnohá dělení drog. Nejzákladnější klasifikace je podle rizika vzniku závislosti, a to na drogy měkké (marihuana) a tvrdé (kokain a extáze). Další možností, pro kterou jsem se rozhodla i já, je členění drog dle jejich převažujících účinků na drogy konopné (marihuana, hašiš), tlumivé (opioidy), stimulační (kokain, pervitin) a halucinogenní (LSD, lysohlávky).

Uživatelé sociálních a zdravotních služeb se běžně označují pojmy klient a pacient, přičemž výraz pacient se užívá spíše ve zdravotnických zařízeních a výraz klient zase v zařízeních nezdravotnických. Ačkoli se služba metadonové substituce poskytuje v zařízeních zdravotnických, já preferuji spíše používání pojmu klient. Termín pacient totiž příliš implikuje biomedicínský model, kdy se k závislosti a k postoji v pomoci uživatelům drog přistupovalo pouze z odborného psychiatrického hlediska, sama závislost byla pojímána jenom jako nemoc (ne jiná než např. cukrovka) a ignorovaly se tudíž prakticky jakékoli psychologické, sociální i spirituální roviny pomoci.

Dále budu používat výrazy uživatel drog (označuje všechny

uživatele drog bez rozdílu), pravidelný/dlouhodobý uživatel drog (užívá častěji než 1x týdně, droga již má značný škodlivý účinek), drogově závislý a narkoman (uživatel drog, který splňuje kritéria drogové závislosti) a problémový uživatel (intravenózní užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiatů, kokainu a drog amfetaminového typu).

Další pojmy dovysvětlím v rámci jednotlivých kapitol.

1.1 Opioidy a opiáty

Opium se získává z nezralých makovic máku setého. Jeho nejdůležitější účinnou látkou je morfin, který je zároveň referenční látkou, ke které se vztahuje efekt ostatních opioidů. Opiáty jsou podskupinou opioidů. Jsou to alkaloidy morfinu a nezahrnují tudíž syntetické opioidy jako heroin a metadon. V medicíně se opioidy uplatňují jako nejsilnější léky proti bolesti a rovněž jako léky proti kašli. Opiová tinktura má pak využití jako jeden z možných léků odvykacího stavu u novorozenců matek závislých na heroinu. Opioidy se navazují na opioidní receptory, které máme uloženy v celém centrálním nervovém systému, a podle typu vazby je dělíme na opioidní agonisty, což jsou látky, které vyvolávají charakteristické účinky opiátů, a na opioidní antagonisty, kteří receptor blokují a používají se tedy jako lék při předávkování (naloxon). Opioidy zároveň působí na produkci endogenních opioidů (mj. endorfiny), které jsou tělu vlastní a ovlivňují především reakci na bolest. Tyto látky nejprve stimulují, ale při dlouhodobém užívání je potlačují a naopak podporují jejich rozpad. Nejznámějšími zástupci jsou heroin, braun, kodein, metadon a buprenorfin.

Opioidy mají celkově tlumivý efekt. Potlačují percepční i

emocionální rovinu bolesti a navozují tak euforii a zklidnění až ospalost. Zpomalují dechovou frekvenci a snižují dechový objem, což může mít za následek až zástavu dechu. Dále zpomalují frekvenci srdeční činnosti, rozšiřují zornice i cévy a snižují tělesnou teplotu. Způsobují těžkou zácpu a svědění kůže, a to dokonce i v bezvědomí. U žen hrozí pokles pohyblivosti řasinkového epitelu ve vejcovodech, který může vést ke sterilitě. Dlouhodobé zneužívání vede k demotivaci, depresi, nespavosti, podrážděnosti a narušení schopnosti úsudku.

Opioidy mají vysoký potenciál pro vytvoření závislosti somatického typu. Ta se může rozvinout už po několika týdnech užívání, přičemž ona euforie a jakési vzdálení se od reality a od problémů, kvůli kterému většina uživatelů opioidy vyhledává, se postupně vytratí. Opioidy celkově značně podléhají toleranci (tj. pro dosažení účinku musí uživatel požit vyšší dávku), takže dlouhodobí uživatelé často potřebují i dávku, která je několikanásobně vyšší než smrtelná dávka u prvouživatele. S tím je ovšem spojeno riziko, kdy se při abstinenci od opiátů tolerance rychle snižuje a dříve běžná dávka může nyní být smrtelná.

Příznaky odvykacího syndromu jsou přesným opakem typických účinků opioidů. Může to být tedy průjem, neklid, nespavost, v těžších případech pak pocení, zvýšení teploty, slzení poruchy řeči, třesy a nechutenství. Hrozí i kolaps a smrt.

1.1.1 Heroin

Chemický název heroinu je diacetylmorfin a patří mezi polosynetické deriváty morfinu. Jeho chemická úprava mu umožňuje lepší rozpustnost v tucích, a tudíž rychlejší a intenzivnější nástup

účinků než u morfinu.

Diacetylmorfin poprvé syntetizoval britský chemik C. R. A. Wright již roku 1874. V roce 1898 jej pak jako léčivo zavedla německá firma „Friedrich Bayer & Co.“ pod značkou *Heroin*. Heroin byl ze začátku považován za neškodnou náhražku morfinu zbavenou vedlejších účinků i rizika závislosti. Používal se tudíž právě k léčení závislosti na morfinu, v té době velmi rozšířené, kdy měl nahradit do té doby používaný kodein. Také se často předepisoval jako účinný lék proti kašli a plicním onemocněním. Důvodem dlouho neobjeveného potenciálu heroinu k závislosti bylo zřejmě to, že lékaři na počátku 20. století ordinovali heroin zejména orálně, výjimečně subkutánně (heroin nepůsobil zdaleka tak intenzivně jako při intravenózní aplikaci) a v malých dávkách, takže pacienti byli často před vznikem závislosti ochráněni. Jeho výroba se stala nezákonnou teprve až po 2. opiové konvenci v roce 1925. V Severní Americe se užívání heroinu rozšířilo v 60. letech a v Evropě v 70. letech 20. století. V České republice se do roku 1994 objevoval heroin pouze výjimečně (u nás byl rozšířený „braun“), ale od té doby jeho užívání několikanásobně vzrostlo. Dnes je závislost na opioidech problémem, se kterým se potýká většina zemí světa.

Způsobů aplikace heroinu je několik. Nejrizikovější je jednoznačně intravenózní podání, jelikož dochází k vpravení látky včetně všech nežádoucích složek přímo do krve. Může se tedy rozvinout infekce, ať už v podobě abscesu (u narkomanů velmi častého) nebo závažnějšího onemocnění jako hepatitida či HIV¹. Méně rizikový způsob je šňupání či sniffing, při níž ale bývá často poškozena nosní sliznice. Při kouření a inhalaci je rychlost nástupu účinku látky vyšší, ačkoli ne tolik jako u injekční aplikace. Dochází ale k poleptání plicních sklípků a také se zvyšuje pravděpodobnost

1 V mnoha zemích je nitrožilní aplikace hlavní příčinou infekce HIC mezi uživateli opiátů.

vzniku nádorových i infekčních onemocnění dýchací soustavy. Posledním způsobem je perorální aplikace, která se ale prakticky nevyužívá, protože účinek nastupuje pozdě a oproti ostatním způsobům je využito pouze malé procento látky. Začínající uživatelé heroinu zprvu preferují šňupání a inhalaci, ale po čase mnohdy přecházejí k intravenóznímu podání, protože tak mohou získat vyšší účinek ze stejného množství látky.

Účinky heroinu odpovídají typickým účinkům opioidů popsaným výše. V současné době je heroin dostání ve dvou variantách. Hnědý heroin („brown sugar“) je vhodný zejména ke kouření a k inhalaci. Pro injekční aplikaci je ho kvůli jeho zásaditosti nutné upravit přidáním kyseliny. Méně běžný a také dražší bílý heroin („white powder“) je určený pouze pro nitrožilní podání, popř. šňupání.

Do Evropy se heroin dostává dvěma hlavními cestami. První z nich je balkánská trase, která je historicky významná. Po té k nám proudí heroin vyrobený v Afghánistánu přes Pákistán, Írán a Turecko, který poté směřuje do dalších tranzitních, potažmo cílových zemí hlavně v západní a jižní Evropě. Druhou cestou je „hedvábná stezka“, kdy k nám heroin přichází přes střední Asii a Rusko. Část je pak pašována do cílových zemí přes Bělorusko, Polsko či Ukrajinu. Na významu také nabývá Afrika, která se zaměřuje na pašování heroinu do Evropy leteckou cestou.

1.2 Drogová závislost

„Drogová závislost je komplexní stav, který zahrnuje sociální, psychologické a biologické komponenty“ (Verster a Buning, 2003, s.

9). Existuje tudíž mnoho různých definic, které se ji více či méně úspěšně pokoušejí popsat. Já zde uvedu pouze jednu, a to definici dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Tato definice je sice poněkud dlouhá a komplikovaná, ale zahrnuje v sobě již základní znaky závislosti, takže ji považuji za nejužitečnější:

Syndrom závislosti je soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- 1) silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving),
- 2) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- 3) somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro danou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
- 4) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příznaky lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, který by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),
- 5) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo k zotavení z jejího účinku,
- 6) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých

následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození.

Syndrom závislosti může být: pro specifickou látku, pro třídu látek nebo pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí.

Jednotlivé znaky závislosti je příhodné dovysvětlit:

Silná touha nebo pocit puzení čili také craving nebo bažení. Pod tímto znakem se skrývá bažení psychické. Craving je sice spíše subjektivním příznakem, ale přesto některé jeho projevy jsou objektivní. Mezi tyto patří zhoršení kognitivních funkcí (tedy i schopnosti správně se rozhodovat), oslabení paměti, prodloužení reakčního času či zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku. Bažení se dá zvládat několika způsoby. Nejúčinnější je přitom vyhnout se spouštěčům (situacím, které craving vyvolávají), tělesná práce či odvedení pozornosti.

Potíže v sebeovládání Sebeovládání se cravingem jednoznačně zhoršuje, ale i při silném pocitu bažení mohou mít někteří lidé sebeovládání plně zachované. Bohužel to platí i naopak, tudíž i lidé, kteří nepociťují silný craving, mohou v kontaktu s drogou naprosto ztratit kontrolu. Základní rozdíl mezi bažením a zhoršeným sebeovládáním je ten, že to první je subjektivní příznak, zatímco to druhé se týká chování.

Tělesný odvykací stav Tento příznak se může diagnostikovat pouze při splnění určitých kritérií. Uživatel musel v nedávně době buď úplně vysadit, nebo alespoň snížit dávku látky po dlouhodobém užívání. Příznaky se nedají vysvětlit jinou poruchou či onemocněním nezávislým na užívání látky a musejí odpovídat známým známkám odvykacího syndromu. Tyto známky se liší u jednotlivých látek, ale v

zásadě mají opačné projevy, než jsou účinky dané látky.

Průkaz tolerance k účinku látky Růst tolerance znamená, že k dosažení stejného účinku musí klient požit vyšší dávku látky. V určitých situacích (např. některá onemocnění) může docházet i k poklesu tolerance, čímž hrozí riziko otravy. Výrazný růst tolerance i její značný pokles při abstinenci je právě jedním z nebezpečí při zneužívání opiátů.

Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů Toto je velmi častý a důležitý příznak závislosti. I v méně závažných případech totiž uživatel tráví mnoho hodin týdně zabýváním se drogou. Tento čas je pak při terapii i po ní nutné smysluplně vyplnit.

Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

Tento příznak se může diagnostikovat pouze v případě, že klient je se škodlivými následky obeznámen.

Závislost se v MKN-10 označuje pod statistickým kódem F 1x.2, kdy na místo x se doplňuje látka. Jednotlivé druhy závislosti jsou tedy okódovány takto:

F 10.2 Závislost na alkoholu

F 11.2 Závislost na opioidech

F 12.2 Závislost na kanabinoidech

F 13.2 Závislost na sedativech nebo hypnoticích

F 14.2 Závislost na kokainu

F 15.2 Závislost na jiných stimulancích včetně kofeinu a pervitinu

F 16.2 Závislost na halucinogenech

F 17.2 Závislost na tabáku

F 18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

F 19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Ačkoli mohou být následky závislosti devastující, přesto se

dost lidí rozhodne drogy zneužívat. Důvody pro to mají různé. Mezi nejčastější patří zvědavost, touha po experimentu, kvůli dobrodružství a pocitu rizika, pro zvýšení výkonnosti a vylepšení vzhledu, pro zábavu anebo za účelem umocnění prožitků. Problémoví uživatelé, u kterých se závislost již rozvinula, je užívají, aby zabránili abstinčním příznakům, a aby zmírnili zejména emocionální bolest (což se týká především uživatelů opiátů).

1.2.1 Důsledky drogové závislosti

Důsledky drogové závislosti pro uživatele

Pro uživatele může mít závislost nedozírné důsledky. Jejich četnost i závažnost se pak zvyšuje v závislosti na délce užívání látky a způsobu její aplikace. V mnoha případech se pak nakonec mohou stát vážnějším problémem než drogová závislost sama.

V první řadě se jedná především o zdravotní potíže způsobené přímým působením drogy na organismus, přičemž každá skupina látek má své specifické účinky. Co se týče heroinu a dalších opiátů, největším nebezpečím je rychlý vznik závislosti a také rychlý vývoj tolerance. Dalším problémem je, že právě opiáty jsou nejčastěji „řezané“ drogy, tj. jsou míchané s jinými látkami (např. různými léky či dokonce omítkou).

Další nebezpečí plyne ze způsobu aplikace drogy. U bezpečnějších metod jako je sniffing či kouření sice dochází k poškození sliznic, ale většinou se zdravotní stav může vrátit skoro do normálu. Riskantnější je injekční aplikace, kdy hrozí riziko infekce. Méně závažné jsou povrchové infekce, kdy uživatelé trpí „pouze“ abscesy či povrchovými záněty žil. Někdy ale může dojít i k invazivním infekcím, které mohou vyústit až ve smrt. Kromě toho

jsou injekční uživatelé drog ohrožení různými orgánovými a systémovými postiženími (např. chronické poškození plic či ledvin).

Z pohledu společnosti jsou pak z oblasti somatických komplikací největším problémem přenosné nemoci. Největším strašákem je v tomto ohledu bezesporu AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrom). Toto onemocnění je vyvoláváno virem HIV (Human Immunodeficiency Virus), který je přenáší zejména sexuálním stykem a krví. V České republice zatím naštěstí není tato infekce příliš rozšířena, za což můžeme vděčit především včasné prevenci a dostupnému sterilnímu materiálu. Všude přítomným nebezpečím je však hepatitida, a to všech třech typů. Hepatitida typu A, známá také jako „nemoc špinavých rukou“, se přenáší pomocí stolice, tudíž se často šíří v komunitách s nízkým hygienickým standardem (squattech). Tento typ nepřechází do chronicity, takže při dodržování léčby je možné úplné zotavení. Závažnější jsou hepatitidy typu B a C, které se obě vyskytují i v chronickém stadiu a způsobují pacientovi značné obtíže, které mohou vést až k selhání jater. Hepatitida typu C je o to nebezpečnější že proti ní neexistuje žádná prevence v podobě očkování.

Se zneužíváním návykových látek se také pojí riziko duševních poruch. Pokud má klient, který je drogově závislý, diagnostikovanou jinou duševní poruchu, mluvíme o tzv. duální diagnóze. Ta může vzniknout dvěma způsoby. Buďto závislost na návykové látce vznikla u jedince, který už předtím trpěl jinou duševní poruchou², nebo se duševní porucha projevila u klienta, který již drogy zneužíval. V tomto případě se může jednat o přímou souvislost (např. posttraumatická stresová porucha, která se

2 Výskyt drogové závislosti je u spousty duševních poruch vyšší než je běžné. Mezi tyto patří např. depresivní porucha, porucha osobnosti, porucha příjmu potravy či sociální fobie.

manifestovala u klienta, který viděl smrtelné předávkování blízkého člověka), nebo může návyková látka probudit latentní duševní poruchu, která by jinak mohla zůstat celý život skrytá. V každém případě není vztah mezi zneužíváním drogy a duševní nemocí jednoduchý a dochází zde k interakcím, které mohou vést ke specifickým projevům. Léčba těchto klientů je náročná a dlouhodobá a dá se předpokládat kolísání stavu a recidiva.

Důsledky drogové závislosti se projevují i v rodinném a sociálním životě uživatele. Narkomané mají narušené vztahy s lidmi ve svém okolí ze spousty důvodů. Dochází u nich k poklesu empatie, bývají absolutně nespolehliví, nezodpovědní a impulzivní a často se hádají. Někteří z nich jsou velmi dobrými manipulátory. Ve světlých chvílích se mohou cítit provinile, což má za následek značnou nepředvídatelnost jejich chování zejména z pohledu dětí, které mohou jednou být až bezdůvodně bité a jindy zase dostávají dárky a jsou rozmazlované. Drogově závislí také často redukují své vztahy pouze na ty účelové s cílem získat drogu. Lidé z jejich okolí jim tudíž nedůvěřují, což může vést i k recidivě v případě, že se uživatel pokusí o abstinenci. Pokud je drogově závislý živitelem rodiny, dochází k značnému poklesu jejich životní úrovně. Nejenže utrácí velké množství peněz za drogu, ale mnohdy také kvůli svému chování přijde o práci. Často rovněž dochází k určitému rozpadu rodiny, kdy rodina závislého (ačkoli všichni žijí spolu) separuje od zbytku a žije si po svém. Tento adaptační mechanismus se však může stát problematickým, pokud se uživatel rozhodne k abstinenci. Do rodiny už se totiž nehodí a rodina si tudíž abstinenci často ani nepřeje, protože reorganizace by pro ni znamenala zátěž. V některých případech může být narkoman z rodiny vyloučen úplně, což většinou vede k životu na okraji společnosti.

Důsledky drogové závislosti pro společnost

Kromě přenosu infekčních onemocnění patří pro společnost mezi nejzávažnější důsledky drogové závislosti kriminalita. Na rozdíl od alkoholu, cena nelegálních drog (s výjimkou marihuany) je příliš vysoká na to, aby závislý mohl pokrýt svou denní spotřebu z legálních prostředků. Uchylují se tedy k trestné činnosti. Ta spočívá buď v klasické majetkové trestné činnosti (krádeže, loupeže), prostituci nebo v zapojení se do dealerství. Dealerství je tzv. pyramidový prodej, kdy narkoman nakoupí více drogy, než spotřebuje, sežene si zákazníky, kterým prodá přebytek, a ti pak opět prodávají svůj přebytek. Při každém prodeji látky je ale ta naředěna, aby se dorovnala hmotnost, čímž markantně klesá její čistota a zvyšuje se tak riziko otravy pro finálního uživatele. (Zábranský, 1997)

Kromě klasického dealerství a majetkové trestné činnosti se projevují v oblasti kriminality ještě další důsledky drogové závislosti. Lidé, kteří obchodují s drogami, se často chovají násilně a zastrašují ostatní. Je to zčásti způsobeno tím, že černý trh přitahuje osoby, které jsou k trestnému chování predisponované, ale také tím, že neexistuje žádná legální instituce, která by řešila spory mezi nimi. Dochází tudíž mezi nimi k soupeření a vzájemnému napadání, které může vyústit až k „válce gangu“. Dalším důsledkem je i finanční kriminalita. Odhaduje se, že mezi výrobou drogy a jejím prodejem koncovému uživateli se její cena zvýší až tisíckrát. Do legální ekonomiky tudíž proudí obrovské množství „vypraných peněz“³, které představují pro peníze získané legální cestou nerovnou soutěž, což může sloužit jako výrazný demoralizující faktor pro společnost. Tento se pak může projevit mimojiné i v míře korupce, jejíž riziko

3 „Čisté peníze“ mohou představovat až dvacetiprocentní výnos z původní částky. Zbylých 80% je použito na přidružené náklady vč. korupce. (Zábranský, 1997)

roste zejména v zemích s výrazným represivním aparátem. (Zábranský, 1997)

Dalšími závažnými důsledky drogové závislosti pro společnost jsou důsledky ekonomické. Ty zahrnují přímé důsledky z kriminální činnosti drogově závislých osob, tedy hodnotu odcizeného či jinak nelegálně získaného zboží, i důsledky nepřímé, tedy výdaje za policejní práci, soudy, vezeňský aparát, nucené léčby atd., které dosahují ohromných částek. Další velkou položkou jsou výdaje za léčbu narkomanů, a to především léčbu zdravotních komplikací v důsledku zneužívání návykových látek. V České republice v roce 2007⁴ činily celkové společenské náklady zneužívání ilegálních drog celkem 6 681,4 mil. Kč, z toho náklady zdravotnictví dosahovaly 1 058,9 mil. Kč.

1.3 Systém péče při léčbě drogové závislosti

Samotná léčba drogové závislosti je velmi rozsáhlé téma, které zahrnuje mnoho psychologických i jiných přístupů a teorií. Z tohoto důvodu se zde nebudu zabývat léčbou jako takovou, ale uvedu pouze stručný přehled jednotlivých složek v systému péče o drogově závislé uživatele v České republice. V tomto systému je celá řada možností léčby drogové závislosti, avšak existuje v něm i jistá hierarchie.

Nejnižší v žebříčku stojí kontaktní práce, která zahrnuje nízkoprahová střediska a terénní práci. Hlavní cílovou skupinou kontaktní práce jsou závislí a problémoví uživatelé tvrdých drog. Nízkoprahové služby (tj. dostupné všem bez jakýchkoli podmínek) jsou velmi důležité, jelikož to bývá první místo, které uživatel drog

4 Dle *Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha:

vyhledává a kde ho nasměrují do další léčby. Tyto služby fungují na základě přístupů „public health“ a „harm reduction“. Přístup „public health“ (ochrana veřejného zdraví) se nezaměřuje na drogově závislého jedince, ale na ochranu okolní společnosti, a to zejména před přenosem infekčních onemocnění. Mezi jeho metodické postupy tudíž patří výměna jehel a stříkaček, distribuce kondomů a edukačních materiálů, očkování drogové populace apod. Přístup „harm reduction“ (minimalizace poškození) také využívá některé metody jako přístup ochrany veřejného zdraví, jeho hlavním zájmem ale je omezit či zmírnit poškození, která mohou vzniknout v důsledku zneužívání návykové látky. Tento přístup si tedy neklade za cíl abstinenci klienta, ale pouze se ho snaží zachovat při životě a maximálním možném zdraví.

Na základě těchto přístupů se pak definuje spektrum služeb, které nízkoprahové služby poskytují. Jedná se předně o kontaktní práci s uživateli návykových látek (v kontaktní místnosti centra či jde o aktivní vyhledávání uživatelů drog v rámci terénní práce), výměnný program (stříkaček a jehel distribuce dalšího zdravotnického materiálu), základní zdravotní péče, základní poradenství, krizové intervence a doplňkové služby (hygienický, potravinový a vitaminový servis). (Kalina, 2003)

Pokud chce uživatel návykové látky nastoupit na léčbu, musí nejdříve projít detoxifikací. Při detoxifikaci dochází k zvládnutí odvykacího stavu a zbavení těla drog. Délka této procedury záleží na typu užívané látky a výšce její dávky. Detoxifikace většinou probíhá formou hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, ale v některých případech může být realizována i ambulantně.

Poté následuje samotná léčba. Ta může mít formu pobytovou či ambulantní. Ambulantní typ léčby je vhodný pouze pro uživatele, u kterých nevznikla těžká drogová závislost. V opačném případě by

šance na její úspěch byly minimální. Mezi ambulantní léčbu se řadí léčba v A-T (alkohol-toxikomanie) poradnách a stacionářích, které jsou jakýmsi mezistupněm mezi ambulantní a rezidentní léčbou.

Pobytová léčba má opět několik variant. Může být krátkodobá, střednědobá či dlouhodobá. První dvě se realizují v psychiatrických léčebnách a v podstatě se jedná o jakési prodloužení detoxifikace. Během pobytu musí pacienti dodržovat přísný režim, který zahrnuje různé pracovní a volnočasové aktivity a psychoterapie.

Dlouhodobá léčba probíhá v terapeutických komunitách. Její maximální délka je 18 měsíců, ale může se lišit podle individuálních nastavení jednotlivých komunit. Léčba v komunitě je rozfázovaná na několik stupňů. V každém stupni má klient různá práva a povinnosti, přičemž při každém postupu se tyto zvyšují. Základem léčby v terapeutické komunitě je terapie ve skupině a sociální učení. Klient se musí naučit starat se sám o sebe a samostatně o sobě rozhodovat, ale také zároveň spolupracovat s ostatními. V program komunit zahrnuje spousta různých terapií (zejména terapii prací) a nácviků sociálních dovedností.

Poslední fází systému péče o drogově závislé jsou doléčovací programy. Ty mohou trvat až rok a mají za úkol pomoci abstinujícímu klientovi stabilizovat se ve svém životě ve městě. Mezi hlavní složky programu patří psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, práce a rekvalifikace, lékařská péče, práce s rodinnými příslušníky a nabídka volnočasových aktivit.

Pokud ani opakovaný pokus o léčbu drogové závislosti neskončí úspěšně, uživatelé opioidů mají ještě možnost nastoupit na substituční léčbu. Ta pracuje také na principech „harm reduction“ a spočívá v nahrazení ilegální drogy substituční látkou s výhodnějším bezpečnostním profilem. O tomto typu léčby pojednává podrobněji následující kapitola.

2 Substituční léčba

Základním principem substituce je dle Popova „*náhrada ilegálně a draze získávané, intravenózně aplikované a krátkodobě účinné drogy jinou látkou s obdobným účinkem, ovšem podávané pravidelně, legálně a zdarma (případně velmi levně), v čisté formě a perorálně (výjimečně i jiným způsobem)*“ (in Kalina a kol., 2003, s. 222).

Substituční léčba závislosti na opioidech lege artis v České republice je taková léčba, která dodržuje Standard substituční léčby vydaný ve věstníku Ministerstva zdravotnictví v roce 2008. Takováto léčba je pak odbornou veřejností i institucemi vnímána jako plnohodnotná a pacient, kterému je poskytována a který zároveň abstínuje od všech ostatních návykových látek, se z klinického hlediska považuje za plně abstinujícího. Tato léčba se ukázala jako nejefektivnější forma léčby u největšího počtu lidí se závislostí na opioidech.

Substituce může být realizována krátkodobě, střednědobě či dlouhodobě. Krátkodobá léčba se provádí při hospitalizaci na 1 – 2 dny a má funkci rychlé detoxifikace. Střednědobá substituce může trvat až několik měsíců a slouží jako prodloužená detoxifikace, přičemž je vhodná zejména u pacientů s vysokou tolerancí nebo při postupném vysazování látek u klientů závislých na několika látkách najednou. Velmi důležitou a v této práci stěžejní formou je dlouhodobá substituční léčba. To je udržovací terapie, která je většinou realizována ambulantně a může trvat i několik let. Pro některé klienty pouze odkládá konečný cíl, tj. trvalou abstinenci, na dobu, až budou takovouto léčbu objektivně i subjektivně schopni

podstoupit. Pro jiné klienty však může být oním konečným cílem udržovací léčba samotná. I když však klienti nedospějí k úplné abstinenci, dlouhodobá substituce pro ně často znamená možnost samostatného a bezproblémového života, čehož v případě nuceného snižování dávek bez svého souhlasu většinou nedosáhnou. V dalším textu bude pod pojmem substituční léčba míněna právě substituce dlouhodobá.

Standard substituční léčby uvádí tyto čtyři typy:

Základní substituční léčba Jedná se o poskytování (tj. podávání pod dozorem nebo předepisování) substituční látky doplněné především přiměřenou somatickou léčbou a sociálním poradenstvím, které je zajišťováno externě. Jedná se o nejčastější typ, který je obvykle poskytován v ordinacích praktických lékařů.

Rozšířená substituční léčba Je to poskytování substituční látky rozšířené o somatickou léčbu, psychoterapii a sociální poradenství, které může být případně zajišťováno externě. Tento typ se poskytuje za supervize specializovaného pracoviště pro substituční léčbu.

Komplexní substituční léčba (ve specializovaných pracovištích pro substituční léčbu) Znamená, že poskytování substituční látky a služby podle „Základní substituční léčby“ jsou doplněny o nabídku dalších služeb, nebo na ně navazují služby zajišťované v rámci zařízení. Mezi tyto patří například terapie somatických a psychických chorob, skupinová psychoterapie, rodinná a pracovní terapie, osobní poradenství aj.

Minimální substituční léčba Omezuje se na poskytování substituční látky bez jakékoli další terapie či poradenství. Tento typ se indikuje pouze v naléhavých případech, jako jsou například akutní stavy klientů jiných typů substituční léčby, plánované diagnostické či terapeutické výkony klientů jiných typů substituční léčby nebo cesty mimo místo trvalého bydliště.

Nejběžnějšími indikacemi pro přijetí do substituční léčby je závislost na opioidech či jejich rizikové užívání, opakované a neúspěšné pokusy o léčbu s cílem abstinence, zdravotní komplikace či závislost na několika látkách najednou. Přednost při přijímání mají těhotné ženy, HIV pozitivní a lidé s akutní či chronickou formou hepatitidy, především typu C. Mezi kontraindikace pak patří například akutní intoxikace alkoholem, převažující závislost jiného než opioidového typu, zneužívání programu či některá závažná orgánová onemocnění.

Závislost na opioidech nepostihuje jenom zdravotní stav klientů, ale také jejich stav psychický a sociální. Je tedy důležité, aby byla substituční léčba kombinována s dalšími nefarmakologickými složkami, které se zaměří, právě na tyto problémy. Ideální je poskytovat komplexní substituční terapii, která by zahrnovala všechny oblasti klientova života. To ale může v některých případech (zejména v nízkoprahových zařízeních) způsobit i odchod klienta z programu. Je tedy nutné indikovat pouze takový typ léčby s takovým objemem psychosociálního servisu, který je klient schopný a ochotný využít.

2.1 Cíle substituční léčby

Jak již bylo uvedeno, konečným cílem substituční léčby je abstinence od všech návykových látek. Kromě toho má udržovací terapie mnoho dalších krátkodobějších cílů, které vycházejí především z přístupů harm reduction. Mezi tyto patří:

- skončit s injekční aplikací látek,
- zastavit či omezit užívání nelegální drog,

- udržet či zlepšit psychický a somatický stav,
- omezit nebezpečí související se zneužíváním drog (zejména riziko infekce a úmrtí na předávkování),
- stabilizovat užívání drog,
- zkrátit trvání období zneužívání drog,
- omezit či ukončit kriminální chování,
- snížit pravděpodobnost budoucí recidivy,
- zlepšit vztahy s okolím,
- zlepšit zapojení pacienta do jiného typu léčby,
- celkově zlepšit fungování člověka, jeho sociální integraci a rodinný život. (Verster, Buning, 2003; Popov, 2003)

2.2 Metadon a buprenorfin

K substituční léčbě se používá především metadon, nebo buprenorfin. Každá z těchto látek má své výhody i nevýhody, ale nebylo prokázáno, že by jedna byla účinnější než druhá.

Metadon

Metadon byl poprvé syntetizován v Německu v roce 1937 vědci Maxem Bockmühlem a Gustavem Ehrhartem. V roce 1942 se zjistilo, že látka má analgetické a spasmolytické účinky. Po válce se dalším výzkumem této sloučeniny zabývala americká farmaceutická společnost a začala jej komerčně vyrábět. V 60. letech jej američtí doktoři Dole a Nyswanderova začali využívat k tzv. „substituční“ léčbě závislosti na opiátech a vyvinuli také pravidla „Metadonové udržovací léčby.“ Tuto léčbu považovali za somatickou, tudíž ji

doplňovali psychosociální terapií. (Preston, 1999)

Metadon je syntetický opioid a primárně agonista opioidních receptorů. Je to návyková látka, během jejíhož užívání dochází ke vzniku závislosti. V centrální nervové soustavě účinkuje podobně jako morfin. Má silné analgetické účinky a centrálně tlumivý efekt. Dlouhodobé toxické vedlejší účinky metadonu užívaného za hygienických podmínek a v kontrolovatelných dávkách jsou mírné. Nejzávažnějším z nich je útlum dýchání, případně oběhově selhání. Další uváděné vedlejší účinky jsou závratě, zvracení, nauzea, útlum a zvracení. Může docházet i k neuropsychickým poruchám, poruchám gastrointestinálního traktu, kardiovaskulárního systému, urogenitálního systému či k alergickým reakcím. Metadon má dále delší odvykací syndrom než heroin

V substituční léčbě se metadon používá už několik desetiletí v mnoha státech. Má totiž řadu výhod. Metadon předně nemá euforický ani trankvilizační efekt, takže při jeho používání se nemění vědomí ani nálada pacientů, takže mohou normálně fungovat. Nedochází dále ke zvyšování tolerance, takže dávka metadonu může být stabilní, popřípadě se i snižovat. Správná dávka zároveň i blokuje účinky jiných opioidů při jejich užití. Metadon má dlouhodobé účinky (24 – 36 hodin) a funguje i při orálním užití. V neposlední řadě zmírňuje bažení. Velkou výhodou metadonu dále je, že je poskytován zdarma.

V prvním půlroce je pro udržení se v programu spolehlivá dávka 100mg denně spíše než dávky nižší. Za minimální denní dávku se pak považuje 60mg.

Celosvětově je metadon nejčastější substituční látkou. Jeho užívání prokazatelně zlepšuje zdravotní i sociální stav klientů. Úspěšnost metadonové substituce se udává v rozmezí 55-80%, přičemž panuje shoda, že třetina klientů v programu metadonové

substituce dosáhne abstinence, třetina se na metadonu dlouhodobě stabilizuje a třetina z programu vypadne. (Kalina, 2003)

Buprenorfin

Buprenorfin byl vyvinut v 70. letech 20. století a v roce 1978 byl ve Velké Británii poprvé uveden na trh. Již v 80. letech se objevují první zmínky o injekční aplikaci a jeho zneužívání. V polovině 90. let byla vyvinuta tableta Subutex a v roce 1995 byla ve Francii poprvé zaregistrována pro substituční léčbu. V České republice byla tato tableta zaregistrována v roce 2000.

Buprenorfin je syntetický opioid a částečný agonista s některými antagonistickými vlastnostmi. Stejně jako metadon blokuje abstinenci příznaky a craving, aniž by vyvolával silnou euforii. Ani zde nedochází ke zvyšování tolerance. Buprenorfin má podobné účinky i nežádoucí účinky jako opiáty. Je bezpečnějším lékem než úplní opiátový agonisté (metadon) zejména, co se týče předávkování. V perorální formě se však podávat nedá, protože v ní není aktivní. Užívá se tedy v podobě sublingválních tablet. Jeho účinky jsou ještě dlouhodobější než u metadonu, takže se může užívat i obden nebo v případě větších dávek i dvakrát až třikrát za týden.

Optimální dávka je mezi 8mg až 12mg. Nejčastěji se předepisuje dávka 8mg, která odpovídá 60mg metadonu.

Největším nebezpečím buprenorfinu je možnost jeho zneužívání. Buprenorfin může předepsat jakýkoli lékař. Aby nedocházelo k jeho zneužívání, měl by být podáván pod dohledem. K tomu ale často nedochází. Lékaři většinou předepisují pacientům týdenní dávku sedmi tablet. Někteří lékaři však předepisují i balení na několik týdnů dopředu. Potom dochází k prodeji buprenorfinu na černém trhu.

Buprenorfin na rozdíl od metadonu není zdarma a pacient si ho musí hradit sám⁵. Pacienti, kteří nemají legální zdroj příjmů, si pak mohou obstarávat peníze nelegálně. Přesto dochází ke snižování kriminality související s drogovou závislostí, protože týdenní dávka heroinu vyjde mnohem draž než dávka buprenorfinu.

Léků, které obsahují jako aktivní látku buprenorfin, existuje mnoho. Nejznámějším a nejrozšířenějším je Subutex. Postupně se začíná rozšiřovat také lék Suboxone, který kromě buprenorfinu obsahuje také naloxon, což je opiátový antagonist. To by mělo zabránit zneužívání Suboxonu, protože pokud se naloxon aplikuje nitrožilně, způsobuje nepříjemné pocity.

2.3 Výhody a nevýhody substituční léčby

Verster a Buning (2003) uvádějí, jakým způsobem substituční léčba prokazatelně zlepšuje fyzický stav klienta. Substituce pomáhá klientovi zůstat naživu, přestat nebo alespoň omezit užívání nelegálních drog, vyměnit nečisté nelegální drogy za léky o stabilní kvalitě, změnit způsob užívání drog a udržovat kontakt s odbornými službami. Bylo také dokázáno, že substituční terapie zlepšuje klientův sociální stav prostřednictvím stabilizace užívání drog, která vede ke stabilizaci v životě, omezením potřeby páchat trestnou činnost za účelem obstarání drogy a prostřednictvím šance rozhodovat si o svém životním stylu a životních cílech. Dále uvádějí výhody substituce v podobě snížení společenských nákladů a, zlepšení veřejného zdraví.

Jako nevýhody substituční léčby vnímají stálou přítomnost

⁵ Vyjímkou jsou dotace Ministerstva zdravotnictví ČR, které je poskytuje některým zdravotnickým zařízením.

závislosti, i když na jiné látkce, vedlejší účinky metadonu a časovou náročnost pro klienty.

2.4. Substituční léčba v České republice

Kromě specializovaných pracovišť, která mají akreditace jako substituční centra, může být substituční léčba v České republice poskytována také jakýmkoli lékařem bez ohledu na specializaci, přičemž ji poskytují téměř výhradně praktičtí lékaři a lékaři v psychiatrických ambulancích. Lékaři však mohou předepisovat pouze buprenorfin, protože metadon podléhá přísnější kontrole a je tudíž dostupný pouze ve specializovaných substitučních centrech.

V roce 2011 bylo v ČR k dispozici pět přípravků určených pro substituční léčbu závislosti na opiátech. Prvním z nich je metadon, který se k nám dováží už od roku 1997 ve formě generické substance. Zbylé čtyři obsahují jako účinnou látku buprenorfin, z nichž nejznámější je Subutex, který je na českém trhu od roku 2000, dále Suboxone, který kromě buprenorfinu obsahuje i naloxon, a od roku 2011 ještě přípravek Buprenorphine Alkaloid a přípravek Ravata. Od roku 2008 dochází k nárůstu podílu Suboxonu na celkovém distribuovaném množství buprenorfinu pro substituční léčbu, avšak Subutex zůstává stále dominantní. Podíl přípravků Buprenorphine Alkaloid a Ravata byl 5,3%. Ačkoli měl metadon ze začátků v substituci opiátů výsadní postavení, kvůli své horší dostupnosti ho postupem času ztrácel ve prospěch buprenorfinu. V některých krajích získal dokonce buprenorfin dominantní pozici. Jedná se zejména o ty, kde dlouhodobě chyběla akreditovaná substituční centra jako například Plzeňský, Zlínský či Královéhradecký kraj, ve kterých měl v roce 2009 buprenorfin stoprocentní zastoupení.

Od května roku 2000 funguje v ČR Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL; Registr substituční léčby), který spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Od počátku sledování poskytovalo substituční léčbu 7 akreditovaných zařízení, jejichž počet postupně stoupal, až se v roce 2011 vyšplhal na 55 zdravotnických zařízení, která aktivně hlásila své klienty. Rok 2005 znamenal v oblasti substituční léčby významnou změnu, protože došlo k novele zákona č. 379/2005, která zavedla povinnost všech zdravotnických zařízení hlásit klienty do Registru substituční léčby a zabránit tím vícenásobné preskripci (do té doby měla tuto povinnost pouze specializovaná substituční zařízení). V roce 2007 se pak kvůli předpokládanému nárůstu hlásících lékařů i hlášených klientů změnila technologie NRULISL z papírových hlášenek na webovou aplikaci. V roce 2010 však došlo k obnovení papírových hlášenek a hlášení tak může probíhat oběma způsoby. Tento registr ale bohužel nefunguje tak, jak bylo zamýšleno. Hlavním kamenem úrazu jsou v tomto ohledu praktičtí lékaři, z nichž pravidelně hlásí své pacienty zhruba pouze 70%. Není tedy možné spolehlivě prověřit, zda jedna osoba není medikována současně ve vícero zařízení, a může tak snadno docházet ke zneužívání buprenorfinu. V současné době se nově zřizuje Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), který vznikne sloučením Registru substituční léčby (NRULISL) spravovaného ÚZIS a Registru žádostí o léčbu uživatelů drog spravovaného hygienickou službou.

Podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011 vzrostl v tomtéž roce odhadovaný počet problémových uživatelů drog na 40 200. Největší podíl na tom má nárůst uživatelů pervitinu, jejich počet dosáhl 30 900, přičemž u uživatelů opiátů došlo k poklesu na 9 300. Odhad byl proveden

multiplikační metodou⁶ za použití dat z nízkoprahových programů a nebyli do něj zahrnuti uživatelé kokainu, protože jejich počet ve zdrojích používaných k odhadům je v ČR na velmi nízké úrovni. Sledovanými látkami byl především pervitin a z opiátů pak zejména heroin a zneužívaný buprenorfin. Kromě toho dochází mezi problémovými uživateli drog k užívání surového opia a stoupá zneužívání analgetik obsahujících opiáty či opioidy. Poprvé po více než 20 letech byla také Národní protidrogovou centrálou odhaleny varny braunu.

2.4.1 Historie a vývoj substituční léčby

Substituce má v České republice celkem dlouhou tradici. Existují dobře zdokumentované případy závislosti na braunu, které se řešily tzv. „divokou substitucí“, tj. předepisováním léku, který má nízký potenciál ovlivnit vědomí, ale přitom obsadí opiátové receptory a potlačí tak abstinenční příznaky. Za tímto účelem se používaly léky Diolan a Temgesic.

V roce 1992 pak MUDr. Jiří Presl pod záštitou nadace Drop-In přivezl ze Švýcarska několik kilogramů metadonu s úmyslem používat jej jako substituční léčbu u svých nejproblematictějších pacientů, u kterých selhaly všechny ostatní pokusy o léčbu. Ministerstvo zdravotnictví ČSFR mu nakonec tento plán povolilo jako jednoroční experiment. I přes prokazatelný pozitivní vliv užívání metadonu na somatický i psychosociální stav pacientů, k evaluaci experimentu nikdy nedošlo a ten byl ukončen. Pacienti se poté vrátili zpět k „divoké substituci“, nebo dokonce začali užívat ilegální drogy.

⁶ Odhad multiplikační metodou se rovná součinu velikosti známé populace PUD a hodnoty multiplikátoru. Hodnota multiplikátoru pro ČR a pro jednotlivé kraje se zjistila v průzkumu Multiplikátor 2010 - dotazníkovém šetření mezi klienty nízkoprahových zařízení.

Se silícím přílivem heroinu do ČR začala být potřeba substituční léčby naléhavější, tak Ministerstvo zdravotnictví ČR v roce 1997 povolilo další jednoroční „pilotní program“ v Oddělení pro léčbu závislostí I. LF a VFN pod vedením MUDr. Petra Popova, který byl omezen na 20 pacientů. Ani tomuto programu se nedostalo evaluace, ale díky zdokumentovaným pozitivním změnám a poklesu kriminality pacientů, které personál zaznamenal, bylo umožněno projektu pokračovat.

Na počátku roku 1999 Ministerstvo zdravotnictví ČR na žádost Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR sestavilo pracovní skupinu, která v celkem krátké době připravila Standardy substituční léčby, vzdělávací program pro odborné lékaře a střední zdravotnický personál a Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL). Kapacita apolinářského programu se mezitím zvedla na 100 pacientů a v květnu 2000 bylo spuštěno dalších 7 substitučních programů v nejpostiženějších místech republiky. (Zábranský, 2007)

2.5 Substituční léčba v Evropské unii

Stav drogové problematiky v EU sleduje Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA*). Tato agentura byla založena v roce 1993 a slouží jako hlavní zdroj komplexních informací o drogách a drogové závislosti v Evropě. Následující údaje jsem převzala z výroční zprávy EMCDDA za rok 2012.

Užívání heroinu (obzvláště injekční) je těsně spjata se sociálními problémy a problémy veřejného zdraví v Evropě již od 70. let 20. st. V současné době má tato droga i nadále nejvyšší podíl na

nemocnosti a úmrotnosti související se zneužíváním návykových látek v Evropské unii.

Průměrná prevalence problémového užívání opioidů v Evropské unii a Norsku se odhaduje na 4,2 případu na 1 000 obyvatel ve věku 15-64 let, což odpovídá zhruba 1,4 milionu problémových uživatelů opioidů v roce 2010. Nejvyšší odhady přitom hlásí Irské, lotyšsko a Lucembursko a naopak ty nejnižší jsou zase na Kypru, v Polsku a ve Finsku.

V roce 2010 uvedlo opioidy a především heroin jak svou primární drogu 48% všech hlášených klientů nastupujících léčbu, přičemž asi 37% z nich oznámilo intravenózní aplikaci jako svůj obvyklý způsob užívání. Uživatelé opioidů nadále uvádějí vyšší míru bezdomovectví a nezaměstnanosti a nižší dosažené vzdělání než uživatelé primárně jiných drog. I přes rozdíly mezi jednotlivými zeměmi však údaje naznačují, že celkově se počet nových případů užívání heroinu v Evropě snižuje⁷. Důvodem bude patrně to, že populace uživatelů heroinu stárne a navíc vykazuje relativně vysokou míru kontaktů s protidrogovými službami.

Sustituční léčba je nejčastějším druhem léčby závislosti na opioidech v Evropě. Je dostupná ve všech zemích EU, Chorvatsku, Turecku a Norsku. Ve většině z nich léčba probíhá ambulantní formou ve specializovaných centrech, nízkoprahových střediscích či ordinacích všeobecných lékařů. V několika zemích pak hraje nezastupitelnou roli i ústavní léčba.

Celkový počet uživatelů opioidů nacházejících se v substituční léčbě v EU, Chorvatsku, Turecku a Norsu v roce 2010 se odhaduje na 709 000, což znamená nárůst oproti předchozímu roku o zhruba 50 000. Největší nárůst v poskytování substituční léčby pak

⁷ Pokles nitrožilní aplikace heroinu je pozorován ve všech zemích, přičemž v těch západoevropských je pokles výraznější.

byl zaznamenán v Řecku, Rakousku, Finsku a ve všech dvanácti zemích, které se k Evropské unii připojily až po roce 2004. K substituční léčbě má přístup zhruba polovina všech problémových uživatelů opioidů v EU a Norsku, ačkoli mezi jednotlivými zeměmi panují značné rozdíly. Významnou překážkou v přispupu k substituční léčbě mohou být dlouhé čekací doby, jejichž hlavními příčinami je omezená dostupnost léčby, nedostatek zdrojů a procedurální důvody. Ve dvanácti zemích byla sice čekací lhůta méně než dva týdny, ale například v Řecku překročila šest měsíců.

Nejčastějším předepisovaným léčivem v Evropě je metadon, který užívají až tři čtvrtiny klientů substituční léčby. Čtvrtině klientů je pak předepisovaná buprenorfinová substituce, která se v některých zemích stala dominantní. Dále se využívá substituce pomocí kombinace buprenorfin-naloxon (např. Suboxone) a okrajově také morfin s pomalým uvolňováním, kodein a heroin.

2.6 Centrum metadonové substituce – DROP IN II v Praze

Drop In o.p.s. provozuje substituci již od roku 1993, kdy se zde podával Diolan. Centrum metadonové substituce (CMS) pak vzniklo v roce 2000. V současné době je CMS rozděleno na dva programy – nízkoprahový a vysokoprahový. Já zde stručně popíši vysokoprahový program, který probíhá v Centru metadonové substituce II, ve Španělské ulici v Praze 2.

CMS II má striktně nastavená pravidla programu. Před vstupem do programu musí klient vyplnit podrobný anamnestický dostazník, na jehož základě se stanovuje individuální terapeutický plán. Dále je klient povinen podepsat terapeutickou smlouvu, ve které jsou konkrétně popsána obecná i individuální pravidla programu a sankce v případě jejich porušení.

Program CMS II je rozdělen na tři stupně. V prvním stupni jsou klienti, kteří dlouhodobě pracují a mají negativní testy na toxikologii a alkohol. Ti docházejí do střediska pouze jedekrát týdně. V druhém stupni se nacházejí ti, kteří legálně pracují, popřípadě jsou na mateřské dovolené a mají jeden rok negativní toxikologické a alkoholové testy. Ti musí do centra chodit 2-3krát týdně v závislosti na individuálním posouzení. V posledním třetím stupni jsou klienti, kteří přestoupili z CMS I a ještě nesplnili podmínky pro přestup do druhého stupně.

Klienti jsou povinni podrobovat se nehlášeným toxikologickým vyšetřením moči, které slouží k vyloučení současného užívání nelegálních drog. V souvislosti s tímto vyšetřením se klientům nedoporučuje jíst potraviny obsahující mák, protože tento způsobuje pozitivní testy na opioidy. Pokud se klient snaží s močí nějak manipulovat, nebo ji odmítne poskytnout, považuje se to jako důkaz positivity.

Při porušení pravidel jsou v programu přesně stanovené sankce. Při ojedinělém porušení pravidel většinou hrozí pouze výstraha, ale už při druhém následuje přeřazení do jiného stupně, případně do nízkoprahového střediska. Mezi důvody, které vedou k okamžitému vyloučení klienta, patří násilné chování fyzické i slovní či jeho hrozba pracovníkům i ostatním klientům programu a nezákonná manipulace se substituční látkou.

V současné době využívá substituční léčbu v CMS II 103 klientů, přičemž 100 z nich je na metadonu a 3 jsou z důvodu těhotenství či mateřství na Suboxonu. Momentálně středisko nepřijímá nové klienty.

3 Význam substituční léčby drogové závislosti z pohledu jejích klientů

Z výzkumů vyplývá, že substituční léčba má vyšší úspěšnost než jakákoli jiná léčba závislosti na opiátech. Její prospěšnost z pohledu okolní společnosti se tedy nedá popřít. Já jsem se ve svém výzkumu ale zaměřila na to, jak substituční léčbu vnímají ti, kteří ji sami využívají.

Nejprve zde objasním termín význam v tom smyslu, v jakém se vztahuje k mému výzkumu. Pod tímto pojmem rozumím způsob, jakým klienti vnímají substituci jak ve vztahu k společnosti, tak především ve vztahu k vlastnímu životu.

3.1 Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, jak klienti substituční léčby vnímají její význam. Zajímalo mne tedy, jak se substituční program projevil v jejich životě, zda jsou s ním spokojeni či jestli v něm spatřují nějaké nedostatky. Hlavní výzkumná otázka tudíž zní: *Jak vnímají význam substituční léčby drogové závislosti klienti, kteří ji využívají?* Stanovila jsem si také několik dílčích podotázek, které mi pomohou hlavní výzkumnou otázku zopovědět. Těmi jsou:

- 1. Jaké výhody a jaké nevýhody vidí klienti v substituci?*
- 2. Jak jsou klienti spokojeni se svým stávajícím substitučním programem?*
- 3. Dochází někdy ke zneužívání substituce?*

3.2 Metoda výzkumu

Jako nejvhodnější metodu pro provedení výzkumu jsem zvolila kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum je těžké definovat, je to totiž široké označení pro rozdílné přístupy. Mezi jeho základní charakteristiky patří, že se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem, výzkumník se snaží získat komplexní pohled na předmět studie, používají se relativně málo standardizované techniky sběru dat a data se analyzují a interpretují induktivně. (Hendl, 2008)

3.3 Technika sběru dat a výběr vzorku

Pro provedení kvalitativního výzkumu existuje mnoho technik sběru dat, přičemž mezi ty základní patří rozhovor, pozorování, rozbor dokumentů a audio- a videozáznamů. Pro potřeby mého výzkumu jsem zvolila jako nejvhodnější techniku polostrukturovaný rozhovor. Ten se vyznačuje tím, že výzkumník má předem připravený seznam otázek či témat, která mají být během rozhovoru probrána. Pak už záleží pouze na výzkumníkovi, jak a v jakém pořadí informace získá. Návod umožňuje udržet zaměření rozhovoru a usnadňuje srovnávání rozhovorů mezi jednotlivci, přitom ale dovoluje výzkumníkovi pružně reagovat na vývoj rozhovoru a respondentovi uplatnit vlastní perspektivy a zkušenosti. (Hendl, 2008)

Na základě dílčích podotázek jsem si sestavila bazální otázky, které musím mít v každém rozhovoru zodpovězené. Jejich přesné znění i pořadí se mohlo měnit podle potřeby a směřování rozhovoru, ale pro výzkum bylo zásadní, abych dostala odpověď na všechny:

1. Jaké má substituční léčba výhody?

2. Jaké má substituční léčba nevýhody?
3. Jak se využívání substituční léčby projevilo ve Vašem životě?
4. Jste s programem substituční léčby v CMS II spokojen/á?
5. Postrádáte v programu substituční léčby v CMS II něco?
6. Zneužil/a jste někdy program substituční léčby?

Rozhovory jsem následně přepsala pomocí redigované transkripce, kdy jsem je upravila do hovorové češtiny a odstranila různá malá přeřeknutí či zadrhnutí, aby se v textu dalo lépe orientovat. Přepsaná interview jsem přiložila jako Přílohu č. 1. Analýzu rozhovorů jsem provedla pomocí segmentace, kdy jsem si rozhovory rozdělila podle jednotlivých otázek a tyto úseky jsem kódovala podle předem stanovených kódů. Pro první tři otázky jsem si určila kódy označující klady a zápory v oblasti zdravotní, finanční, sociální a osobní. Pro čtvrtou otázku jsem si připravila kódy pozitivní a negativní chování personálu, dostatečná a nedostatečná informovanost, dostatek a nedostatek času. V páté otázce jsem měla kódy pro podporu psychologickou, sociální a právní. V poslední otázce pak zneužívání programu jinou aplikací látky než doporučenou a zneužívání programu současnou aplikací jiné návykové látky. Během analýzy jsem si musela vytvořit ještě některé jiné kódy, jejich potřeba se vynořila, a některé z připravených kódů jsem naopak vůbec nepoužila.

Své respondenty jsem vybírala z klientů Centra metadonové substituce - DROP IN II (CMS II). Výběr vzorku jsem prováděla pomocí účelového výběru, kdy se vzorek konstatuje s ohledem na výzkumný problém.

3.4 Průběh výzkumu

Celkem jsem provedla polostrukturovaný rozhovor s jedenácti klienty Centra metadonové substituce II., přičemž všechna interview byla provedena v dubnu roku 2013. Jelikož v prostorách střediska CMS II nebyla k dispozici oddělená místnost nebo prostor, kde bychom mohli být sami, kvůli zachování důvěrnosti a anonymity jsem se rozhodla provádět rozhovory před budovou a stranou od dveří mimo doslech sester.

Nejprve jsem zašla do střediska, představila jsem sebe a svou práci a ukázala personálu potvrzení o studiu. Poté jsem se zeptala, zda jim nevadí, když u nich budu provádět svůj výzkum. Bylo mi řečeno (konkrétně MUDr. Jiřím Preslem), že s tím souhlasí, ale že si to s klienty musím dohodnout sama.

Jak jsem již uvedla výše, respondenty jsem vybírala pomocí náhodného výběru. Poté, co opustili středisko, jsem k nim přistoupila a představila jsem sebe i svou práci. Klienty jsem ujistila o důvěrnosti a anonymitě získaných informací a informovala jsem je o skutečnosti, že rozhovory budou zaznamenány na diktafon. Rozhodnutí, zda se budou chtít účastnit interview pak záleželo na nich. Z oslovených klientů mi rozhovor odmítl pouze jeden muž. Třem klientům jsem pak musela vysvětlit, že nahrávání rozhovoru je nezbytné kvůli tomu, že musím doložit, že jsem interview skutečně provedla, a poté s rozhovorem souhlasili. Všichni klienti byli vstřícní a mnozí velmi ochotní. S klienty jsem jednala individuálně s výjimkou jednoho páru, který odpovídal současně. Během rozhovoru jsem z důvodu zachování úcty a respektu všem klientům vykala.

Mezi jedenácti dotazovanými bylo pět žen a šest mužů. Jeden z mužů byl Rom, který se zrovna nacházel v atypické situaci. Před nastoupením do substituce totiž už několik let abstinoval a do

programu vstoupil pouze ze strachu, že by mohl zase začít užívat návykové látky. Deset respondentů užívalo v rámci substituční léčby metadon a jedna klientka kvůli svému nedávnému porodu užívala Suboxone. Nyní uvedu seznam klientů a základní informace o jejich substituční léčbě:

Klient č. 1: žena, 28 let, 0,5 roku v substituční léčbě na Suboxonu kvůli narození dcery, dříve zkoušela také substituci na Suboxonu v jiném městě, ale ještě o ni neměla velký zájem.

Klient č. 2: muž, 36 let, 10 let v metadonové substituční léčbě.

Klient č. 3: muž, 31 let, 2 roky v metadonové substituční léčbě, dříve 3 roky na Subutexu.

Klient č. 4: muž, 42 let, 12 let v metadonové substituční léčbě.

Klient č. 5: muž, 33 let, 3,5 roku v metadonové substituční léčbě, ale už 10 let není závislý na heroinu, dříve také v metadonové substituční léčbě, ale měl časté relapsy a docházelo ke zneužívání.

Klient č. 6: žena, 37 let, 2,5 roku v metadonové substituční léčbě.

Klient č. 7: muž, 35 let, 11 let v metadonové substituční léčbě v různých zařízeních.

Klient č. 8: žena, 32 let, 10 let v metadonové substituční léčbě.

Klient č. 9: žena, 31 let, 10 let v metadonové substituční léčbě.

Klient č. 10: muž, 48 let, 13 let v metadonové substituční léčbě.

Klient č. 11: žena, 36 let, přes 10 let s přestávkama na metadonové léčbě.

3.5 Výsledky a interpretace dat

V této podkapitole shrnu odpovědi na bazální otázky, které

jsem v rozhovorech pokládala každému klientovi.

1. *Jaké má substituční léčba výhody?*

V této otázce jsem se zaměřovala především na to, jaké výhody má substituční léčba z pohledu klientů v obecné rovině.

K mému překvapení, nevedli klienti na prvním místě finance, jak jsem předpokládala, ale začlenění do společnosti. Tuto výhodu konstatovalo celkem devět klientů. Nejdůležitější pro ně při tom bylo, mít „normální život“. Jako hlavní ukazatel „normálního života“ se u respondentů stalo zaměstnání. Několik z nich uvedlo, že během drogové závislosti je prakticky nemožné najít a udržet si práci, takže narkomani se samozřejmě musí uchýlovat k trestné činnosti. Substituční léčba je ale dokáže natolik stabilizovat, že lidé mohou bez větších problémů v zaměstnání fungovat. Skutečnost, že nemusí krást pak výslovně uvedli dva klienti.

Další důležitou výhodou bylo zlepšení vztahů s rodinou a především možnost mít rodinu. Tato skutečnost byla významná především pro ženy, z nichž to zmínily čtyři, zatímco z mužů to výslovně konstatoval pouze jeden. Pro klientku na Suboxonu, která má v současné době pětiměsíční holčičku, to dokonce byl důvod nastoupení a hlavně udržení se na substituční léčbě. Další klientka pak zdůraznila vůbec šanci mít při substituci dítě, což pro ní nebylo možné, když byla drogově závislá.

Tři klienti nadále zmínili to, že díky substituční léčbě nemusí shánět drogu na ulici. Tento fakt vnímali pozitivně nejen s ohledem na časovou úsporu, ale pro ženy byla důležitá zejména skutečnost, že se tak vyhnuly nebezpečí, se kterým by se mohly na ulici setkat.

Celkem tři dotazovaní pak doslova uvedli, že jim substituce „zachránila život“, protože bez ní by byli stále drogově závislí a v

současné době tudíž i pravděpodobně mrtví. Jeden z nich dokonce vyjádřil domněnku, že toto platí o většině klientů substitučních programů.

Tři klienti dále konstatovali pozitivní účinky substituce na zdravotní stav. Dva z nich především vyzdvihovali absenci euforického stavu při užívání metadonu, takže ho mohli vnímat pouze jako lék (jako například inzulin) a ne jako jinou drogu. Pro jednu klientku pak bylo také důležité vyhnout se riziku přenosných nemocí při kontaktu s drogově závislou komunitou.

Kupodivu pouze dvě klientky uvedli, že substituce má výhodu také v oblasti financí, z nichž jedna je přítom na Suboxonu, takže si své léky musí hradit.

K této otázce se prakticky všichni respondenti až na výjimky vyjadřovali nejvíce a celkově nejdéle z celého rozhovoru. Po skončení rozhovorů jsem získala pocit, že právě tato otázka byla pro většinu klientů nejjednodušší a měli k ní nejvíce co říct. Zajímavé bylo, že spousta z nich skutečně oceňovala možnost substituční léčby a byli za ni velmi vděční, přičemž jedna klientka se přímo vyjádřila, že na „metadon nedá dopustit“.

2. Jaké má substituční léčba nevýhody?

V této otázce jsem se zabývala tím, jaké nevýhody má z pohledu klientů substituční léčba v obecné rovině.

Nejčastější nevýhodou substituční léčby se ukázala být nutnost pravidelného docházení do centra. Toto uvedlo celkem pět dotazovaných. Někteří z nich v tom sice neviděli zásadní problém, ale jiné to zase velmi obtěžovalo. Nutnost pravidelného docházení je limitovala zejména v možnosti cestovat, jelikož „dovolená“ od substituční léčby má svá pravidla a na vývoz metadonu musí navíc

mít certifikát. Problémy jim to pak způsobovalo i v práci, a to zejména těm, kteří pracovali legálně na plný úvazek. Musejí totiž z práce často odcházet v pracovní době, což může být problém, pokud jejich zaměstnavatel není obeznámen se skutečností, že podstupují substituční léčbu. Jeden z klientů, který tento fakt právě před svým zaměstnavatelem tají, si musí na vyzvedávání metadonu brát dovolenou, takže si ji takto vyplývá a na opravdové volno už mu žádná nezbyde. Častější docházení na substituce limituje také klienty, kteří pracují nárazově, nebo si práci shání, protože jejich časová dotace je pak může omezovat při výběru zaměstnání.

Tři klienti konstatovali, že jako nevýhodu užívání metadonu spatřují fakt, že jsou stále závislí. Dva z nich pak dodali, že se od metadonu velmi těžce abstinuje, o což se neúspěšně pokoušeli.

Dva lidé prohlásili, že negativem substituční léčby je to, že musí pořád brát chemické léky, což má negativní dopad na jejich zdraví. Jeden z nich dokonce uvedl, že už nějakou dobu má jisté návaly, ale žádný z lékařů nebyl schopen určit, čím mohou být zapříčiněné. Klient sám má podezření, že se jedná o vedlejší účinek metadonu, i když mu to nikdy nikdo nepotvrdil.

Jednomu klientovi vadí zejména skutečnost, že program substituční léčby dává sestřám příliš velkou moc nad klienty.

Další klient zase považuje substituční léčbu ve většině případů za neúspěšnou. Podle jeho názoru převážná většina klientů substituční program zneužívá a berou ho jenom jako „dodávání další drogy zadarmo“.

Dvě klientky nakonec uvedly, že v substituční léčbě nevidí vůbec žádné nevýhody.

V této otázce se zřetelně projevilo, kteří z dotazovaných osob substituční program opravdu oceňují a kterým se to zas tak moc

nelíbí. Kromě dvou klientek, které neuvedly vůbec žádné nevýhody substituční léčby, další čtyři lidé konstatovali, že i přes nějaké nevýhody pozitiva této léčby dalece přesahují. Dva klienti sice vnímali negativní aspekty metadonového programu relativně výrazně, ale přesto uznávali jeho celkový kladný efekt. Tři klienti pak metadonovou substituci považovali za „kouli u nohy“.

3. *Jak se využívání substituční léčby projevilo ve Vašem životě?*

V tomto bodě jsem se zaměřovala na konkrétní projevy substituční léčby, a to jak negativní, tak pozitivní, které klienti ve svém životě zaznamenali.

Všichni klienti jednohlasně uvedli významné zlepšení vztahů s jejich rodinou. Většinou se jednalo o vztahy s rodiči, které se buď značně zlepšily, nebo dokonce úplně obnovily. Jedna klientka například uvedla, že i když měla během své drogové závislosti dobrý vztah se svými rodiči, díky substituci se její situace ještě zlepšila zejména v tom, že se o ní její rodiče už nemuseli tolik bát. U několika klientů také došlo ke zkvalitnění vztahů s jejich dětmi (což byl také důvod nastoupení klientky na Suboxonu do substituční léčby, jak již bylo uvedeno výše).

Devět dotazovaných dále prohlásilo, že díky substituční léčbě si byli schopni najít zaměstnání. Jeden z nich prohlásil, že ačkoli momentálně nepracuje, díky programu substituce si udržel práci celý jeden rok, čehož předtím vůbec nebyl schopen.

Jeden klient ocenil, že si díky substituci mohl vytvořit a udržet partnerský vztah.

Další respondentka zase zmínila, že když je na metadonu, tak nemusí brát drogy.

Ačkoli klienti na tuto otázku odpovídali veskrze ve prospěch substituční léčby, všichni se ve svých výpovědích odvolávali na předchozí dvě otázky. V první otázce týkající se výhod substituce totiž klienti sice většinou odpovídali v obecné rovině, ale v té druhé, ve které měli udat nevýhody, vycházeli prakticky všichni ze svého života a z problémů, které jim tato léčba způsobuje. Když jsem se jich pak přeptala na konkrétní projevy substituční léčby v jejich životě, tato negativa již neopakovali a konstatovali tedy pouze její klady.

U této otázky mne velmi překvapilo, že žádný z klientů nijak neregistroval změnu jeho zdravotního stavu po nástupu do substituční léčby.

4. Jste s programem substituční léčby v CMS II spokojen/á?

U této otázky mne především zajímalo, jestli mají klienti nějaké výhrady k provozu střediska a k poskytování služby metadonové substituce. Ptala jsem se hlavně na jejich spokojenost s chováním personálu, s časovou dotací ve středisku a s informovaností o jejich možnostech a případných rozhodnutích.

Osm dotazovaných projevilo naprostou nebo téměř naprostou spokojenost se způsobem, jakým je služba metadonové substituce v CMS II realizována.

Pět klientů konstatovali jisté problémy se zdravotními sestrami, které metadon vydávají, přičemž tři z nich toto nevnímali nijak závažně. Jeden klient si však na zdravotní sestry celkem stěžoval a ocenil by větší profesionalitu z jejich strany. Vadilo mu, že mají příliš velkou moc nad pacienty (tuto skutečnost uvedl i další respondent, ale nijak ji nerozváděl ani nezdůrazňoval) zejména v tom, že samy podle svého uvážení mohou rozhodnout, že metadon (nebo jinou substituční látku) klientovi v daný den nevydají. Ačkoli onen klient

uznával, že musejí mít tuto pravomoc především kvůli pacientům, kteří se k substituci dostaví pod vlivem omamných látek, domnívá se, že někdy toho mohou zneužívat. Své moci také podle jeho názoru zdravotní sestry často zneužívají, když nechávají klienty zbytečně čekat, protože si jdou zrovna zakouřit, nebo z jiného obdobného důvodu. Ačkoli, jak jsem již uvedla, byl jediný, kdo měl vůči nim závažnější námitky, odvolával se na to, že na sestry slyší časté stížnosti i od ostatních klientů.

Tři respondenti by uvítali větší kontakt s doktorem. Doktoři v programu substituční léčby jsou totiž velmi vytížení a na jednotlivého pacienta mají pouze pár minut času. Klienti tudíž nemají možnost důkladně s nimi probrat své problémy.

Jeden klient pak měl výhrady k pravidlům programu metadonové substituce, která podle něj byla nastavena velmi přísně. Vnímání náročnosti těchto pravidel se ukazuje i na faktu, že jiný klient tato pravidla označil jako jednoduchá a nenáročná.

5. Postrádáte v programu substituční léčby v CMS II něco?

V tomto bodě jsem se zaměřovala na to, jestli klienti CMS II vnímají nějaké nedostatky v programu substituční léčby především v podobě absence nějaké podpůrné terapie či služby.

Pro devět respondentů byla nabídka střediska naprosto vyhovující. Někteří zdůrazňovali velký výběr mezi různými službami, skupinami a kluby, které jim většinou doporučuje sociální pracovníce. Jedna klientka přitom vyjádřila lítost nad tím, že se těchto programů nemůže zúčastnit, protože není z Prahy a v jejím městě se podobné aktivity nekonají. Jiní klienti zase uváděli, že i kdyby se ta nabídka nějak rozšířila, stejně by toho nevyužívali, protože „na to nejsou“.

Třem klientům však chyběla podpora psychologa přímo ve

spolupráci se střediskem. Jeden z nich uváděl, že je z centra sice posílali k jisté doktorce, ale u té byly pro ně nevyhovující podmínky (zdravotní sestra je zesměšňovala), takže se odmítali s čímkoli svěřit. Uznával také, že u sociální pracovnice jsou kontakty na nějaké psychologické poradny, které hradí zdravotní pojišťovna, ale to už si musí klient zařizovat sám.

6. *Zneužil/a jste někdy program substituční léčby?*

Zde jsem se zajímala o to, zda klient během své současné substituční léčby někdy zneužil programu. Zneužitím programu substituční léčby myslím to, že klient užil substituční látku jinak než doporučeným způsobem nebo při programu užíval ještě jinou návykovou látku.

Pouze u čtyřech respondentů nikdy nedošlo ke zneužití programu substituční léčby, ve kterém se momentálně nacházejí. Jeden z nich přitom občas zneužíval substituční program, ve kterém se nacházel dříve. Jedním z důvodů, proč uživatelé nechtěli zneužívat programu bylo, že braní návykové látky při substituci nemá takový efekt jako bez ní, protože substituční látka sama obsazuje opioidní receptory a zeslabuje tak účinky ostatních opioidů. Kromě toho dva z nich konstatovali, že důvodem, proč nezneužívají programu substituční léčby, a zároveň i jedním z důvodů, proč vůbec nastoupili na tuto léčbu, je, že v České republice (nebo minimálně v jejich oblasti působení) není možné sehnat kvalitní heroin. Jeden z nich dokonce prohlásil, že kdyby opravdu kvalitní heroin bylo možné sehnat, jen málokdo by pak chodil na substituci.

U všech ostatních klientů docházelo ke zneužívání programu zejména na jeho začátku. Trvalo jim různě dlouhou dobu, než byli schopní se stabilizovat a úplně se odpoutat od své drogy. Tou byl prakticky pokaždé heroin, v některých případech i braun nebo

pervitin. Někteří dotazovaní také začali zneužívat program ve chvílích, kdy měli nějaké závažné problémy. Toto zneužívání ale bylo vždy krátkodobé a zase se vrátili pouze k substituční látce. Někteří klienti nechtěli zneužívat program dlouhodobě mimo jiné také z toho důvodu, že substituční látka blokuje účinky heroinu.

V této otázce se klienti vyjadřovali pouze k formě zneužívání programu v podobě užívání další návykové látky. Nikdo nezmínil například nitrožilní aplikaci metadonu.

3.6 Závěry výzkumu

V této podkapitole se pokusím odpovědět nejdříve na dílčí výzkumné podotázky a poté na hlavní výzkumnou otázku.

1. Jaké výhody a jaké nevýhody vidí klienti v substituci?

Klienti substituční léčby vnímají její výhody zejména v sociální oblasti. Drogově závislý totiž tráví většinu svého času sháněním finančních prostředků na koupi drogy. Tyto prostředky si obstarává především nelegální cestou, a to zejména krádežemi a popřípadě i dealerstvím či prostitucí. Zbytek svého času pak většinou tráví tím, že někde „sjetý“ leží. Nemůže si najít práci, často ztratí kontakty s rodinou a jeho ostatní vztahy se redukuje pouze na vztahy účelové s cílem získat drogu. Při vstupu do substituční léčby je však schopen se natolik stabilizovat, že dokáže běžně fungovat ve společnosti. Může si najít a udržet si práci, často dochází k obnovení nebo minimálně zlepšení vztahů s rodinou, snadněji může navázat partnerský vztah. Kromě toho má čas i „kapacitu“ k nalezení nějakého koníčku a zájmu o kulturu. Možnost žít takovýto „normální život“ se ukázala pro respondenty jako elementární a vysoce

převažuje výhody v oblasti zdravotní či finanční. Výhody substituční terapie klienti částečně také vnímají i z pohledu společnosti. Zejména to vyplývá především z jejich tvrzení týkajících se trestné činnosti. Téměř vůbec se ale například nevyjadřují k riziku přenosu infekčních onemocnění, což intaktní populace vnímá velmi naléhavě.

Nevýhody této terapie klienti vztahují čistě na sebe a na své potřeby. Největší překážkou je pro ně nezbytná pravidelná docházka do střediska. Problém s tím mají i klienti, kteří docházejí pouze jedenkrát týdně, natož ti ostatní. Tato skutečnost jim totiž částečně zabraňuje žít normální život tím, že je limituje zejména v pracovní oblasti, která je však pro běžný život ve společnosti základní. Klienti také dost negativně vnímají svou závislost na substituční látce. Ačkoli má metadon (či jakákoli jiná substituční látka) mnohem výhodnější bezpečnostní profil než ilegální návykové látky, klienti vnímají jeho škodlivé účinky na organismus a často se špatně smiřují s pocitem stále trvající závislosti.

2. Jak jsou klienti spokojeni se svým stávajícím substitučním programem?

Jak se ukázalo, v Centru metadonové substituce – DROP IN II nemají klienti vůči způsobu poskytování služby metadonové substituce žádné zásadní výhrady. Nejčastější výtkou byly problémy ve vztahu ke zdravotním sestram, které substituci poskytují. Tyto potíže však byly velmi individuální a záleželo hodně na konkrétním klientovi a jeho míře jeho problémovosti v programu. Řada sporů byla také zapříčiněna pouze častým kontaktem se zdravotními sestrami, což je naprosto přirozené.

Ukázalo se také, že pro většinu klientů je současná míra podpory v programu dostačující. Spousta klientů si totiž potřebné věci zjišťuje a zajišťuje sama a často nemají prakticky žádnou

potřebu psychoterapie.

3. *Dochází někdy ke zneužívání substituce?*

Během mého výzkumu se ukázalo, že osm z jedenácti klientů, což je zhruba 70%, někdy zneužilo program substituční léčby. Důvodem k tomu byl zejména start programu, kdy klienti nedokázali „přepnout“ z užívání heroinu na substituční látku. Určitou dobu tak užívali obě látky, až se nakonec stabilizovali natolik, že byli schopni užívání heroinu úplně eliminovat. U některých se objevovalo krátkodobé zneužívání také v případech, kdy měli nějaké závažné problémy a drogu pak používali k útěku od nich. K dlouhodobému zneužívání však nedocházelo zejména proto, že substituční látky aktivně zabraňují projevům účinků jiných opioidů, takže efekt užívané drogy nebyl moc velký.

Má hlavní výzkumná otázka zněla: *Jak vnímají význam substituční léčby drogové závislosti klienti, kteří ji využívají?* Nyní se na ni pokusím odpovědět.

Z mého výzkumu vyplývá, že klienti vnímají substituční léčbu drogové závislosti vesměs pozitivně. Primární je pro ně to, že jim substituce dává šanci začít žít normální život. Všichni vyjádřili přání mít stabilní rodinné zázemí, stálou práci a chtějí mít čas i chuť na různé volnočasové aktivity. Užívání substituční látky jim také pomáhá v odpoutání se od ilegální drogy, protože ta už nedosahuje takových účinků jako dříve. Rovněž se ukázalo, že substituce sama o sobě má pro ně neporovnatelně větší význam než jakákoli podpurná léčba v podobě psychoterapie a terapeutických sezení, která někteří považují za nutné zlo.

Ačkoli klienti vnímají i negativní aspekty substituční léčby v podobě pravidelné docházky a přetrvávající závislosti (i když na bezpečnější látce), v naprosté většině případů pro ně převažují její kladné stránky. Na rozdíl od většinové populace, klienti substituční léčby nereflektují riziko přenosu infekčních onemocnění tak naléhavě.

Abych tedy ve stručnosti odpověděla na svou hlavní výzkumnou otázku: Klienti vnímají význam substituční léčby především v souvislosti se svou vlastní situací. Substituční léčba má v jejich očích naprosto zásadní pozitivní význam, jelikož jim umožňuje žít takovým způsobem, jakým si sami přejí a jakým by to nebylo možné, pokud by byli závislí na ilegální návykové látce.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímají význam substituční léčby její klienti. To jsem se pokoušela odhalit pomocí kvalitativního výzkumu, který jsem prováděla v Centru metadonové substituce – DROP IN II v Praze. S jedenácti klienty tohoto střediska jsem provedla jedenáct polostrukturovaných rozhovorů, které jsou obsaženy v Příloze č. 1.

V teoretické práci jsem nejdříve popsala účinky opioidů a opiátů, definici a znaky drogové závislosti, její důsledky na uživatele i na společnost a systém léčby v ČR. Pak jsem se zabývala substituční léčbou, kdy jsem vysvětlila, co to je, jaké jsou její typy a cíle, popsala jsem účinky dvou hlavních substitučních látek, tedy metadonu a buprenorfinu, a podala jsem i náznak aktuální situace týkající se substituční léčby v České republice a v Evropě.

Na teoretickou část pak navazuje vlastní výzkum, který měl ony informace zužitkovat a vztáhnout je k jednotlivci na substituci a jeho pohledu na věc. Otázky se týkaly názorů na výhody a nevýhody substituční léčby a její projevy v životě klientů, na spokojenost s aktuální službou a na míru zneužívání programu.

Z odpovědí vyplynulo, že klienti vnímají substituční léčbu velmi pozitivně. Na rozdíl od intaktní populace, která se více zaměřuje na pozorování změn v somatickém a psychickém stavu, je pro klienty naprosto rozhodující fakt, že substituční léčba jim umožňuje žít normální život. Pod spojením normální život si pak klienti představují zejména stálou práci a stabilní rodinné zázemí. Klienti však vnímají i negativní aspekty substituce, a to především v podobě nevyhnutelné pravidelné docházky do střediska, která jim může způsobovat problémy v zaměstnání, a přetrvávající závislosti, i když na bezpečnější látce. Z dat získaných výzkumem bylo dále patrné, že

klienti CMS II v Praze jsou s tamější úrovní poskytování substituční léčby veskrze spokojeni. Co se týče zneužívání programu, většina klientů program zneužívala pouze na začátku ve formě užívání ještě další látky kromě té substituční. Jakmile se ale byli schopni stabilizovat, toto zneužívání ustalo. U některých klientů pak ještě mohlo v období osobních problémů dojít k dalšímu zneužívání, ale i to bylo pouze krátkodobé.

Při provádění výzkumu mne velmi mile překvapila ochota klientů CMS II zodpovídat mé otázky. Ze všech oslovených mě odmítl pouze jeden, ze strachu z vyloučení z programu.

Ačkoli z dat vyplývá, že sami klienti nevnímají potřebu psychologické podpory nijak závažně, přesto bych tento aspekt léčby nepodceňovala. Dobrá a snadno dostupná psychologická podpora totiž může pomoci klientům vyřešit jejich osobní problémy a tím mimo jiné i třeba zabránit zneužívání programu. Vzhledem že právě zneužívání programu se projevilo skoro u tří čtvrtin klientů, doporučila bych programům substituční léčby, aby se na to zaměřily. Snížit tento podíl mohou právě vhodnou a častou psychologickou podporou nebo intenzivnější spoluprací s lékařem při určování správné dávky a jejích posunech.

Jak se ukázalo, programy substituční léčby mají nepopiratelný význam jak z pohledu společnosti, tak z pohledu jejich klientů. Poptávka po substituční léčbě rok od roku stoupá, což se projevuje i na počtu praktických lékařů, kteří poskytují substituci na buprenorfinu. Vzhledem však k nedostatečné kontrole vydávání této látky a jejímu následnému zneužívání, by měl vzniknout lepší systém regulace výdeje buprenorfinu a také další střediska pro substituci metadonem, který je sice na ústupu, ale stále má v léčbě závislosti na opioidech své nezastupitelné místo.

Shrnutí

Tato bakalářská práce se zabývá subjektivním vnímáním významu substituční léčby jejími klienty. Jejím cílem je tedy zjištění, jak klienti této léčby vnímají její význam především ve svém životě. Z dat získaných z výzkumu je patrné, že i přes jistá negativa substituční léčby ji klienti považují za velmi pozitivní zejména proto, že jim umožňuje zapojit se do společnosti a žít „normální život“. Oproti zaměření intaktní populace však překvapivě téměř zcela přecházejí vliv substituce na svůj zdravotní stav a na riziko přenosu infekčních nemocí.

Klíčová slova: drogová závislost - substituční léčba – opioidy – opiáty – metadon – Centrum metadonové substituce – Drop In

Summary

This bachelor work deals with the subjective perception of significance of substitution treatment by its clients. Its aim is to find out, how the clients of this treatment perceive its significance primarily in their lives. Out of the data gained from the research it is obvious that despite some negatives of the substitution treatment its clients considers it to be very positive especially because it allows them to get involve in the society and to live the „normal life“. Suprisingly, in comparison with the orientation of intact population the clients almost completely ignore the influence of substitution on their state of health and the risk of transer of infection diseases.

Keywords: *drug abuse – substitution treatment – opioids – opiates – methadone – Centre of methadone substitution – Drop In*

Seznam použité literatury

ADDICTION, [prepared by] European Monitoring Centre for Drugs and Drug. *Annual report 2005: selected issues*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2005. ISBN 92-916-8246-2.

BARKER, Gary. *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování (Rapid Assessment) zneužívání drog ve společnosti*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-78-2.

CSETE, Joanne. *Hledání rovnováhy: koncepce protidrogové politiky v České republice*. 1. vyd. Překlad Jiří Bareš. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. ISBN 978-807-4400-667.

DE RIDDER, Michael. *Heroin: Od léku k droze*. Praha: Argo, 2002. ISBN 80-7203-441-3.

Drogy ze všech stran: (mezioborový pohled na drogovou problematiku). Praha: filia, 1995. ISBN 80-901966-1-6.

EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Výroční zpráva za rok 2012: Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2012. ISBN 978-92-9168-534-9.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

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

KORČIŠOVÁ, Blanka. *Injekční užívání drog: Výzva pro ochranu veřejného zdraví. Zaostrěno na drogy*. 2004, č. 2.

MARHOUNOVÁ, Jana a Karel NEŠPOR. *Alkoholici, feťáci a gambleři*. Praha: Empatie, 1995. ISBN 80-901618-9-8.

NECHANSKÁ, Blanka. *Uživatelé alkoholu a jiných drog ve zdravotnické statistice od roku 1959*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011,

243 s. ISBN 978-807-4400-483.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

ORLÍKOVÁ, Barbara a Hana GAJDOŠÍKOVÁ. *Uživatelé drog v konfliktu se zákonem: Právní problémy související s užíváním drog. Zaostřeno na drogy*. 2006, č. 4.

PRESTON, Andrew. *Drogy na předpis*. Překlad Dana Syslová, Tomáš Zábranský. V Olomouci: Votobia, 1999, 166 s. ISBN 80-719-8383-7.

ROTGERS, Frederick a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9.

ŠEDIVÝ, Václav a Helena VÁLKOVÁ. *Lidé, alkohol, drogy*. Praha: Naše vojsko, 1988. ISBN 28-049-88.

Standard substituční léčby. In: *Věstník MZ*. 2008, 3/2008.

VERSTER, Annette a Ernst BUNING. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007, 52 s. Monografie (Úřad vlády České republiky), no. 10. ISBN 978-808-7041-116.

VERSTER, Annette a Ernst BUNING. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-15-3.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO A KOL. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-202-5.

Vyhláška č. 123/2006 Sb. o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků. In: *Sbírka zákonů*. 2006.

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. ISBN 978-80-7440-067-4.

ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Role substituce v léčbě závislosti na drogách - situace v České republice. Zaostřeno na drogy*. 2003, č. 2.

Zákon č.167/1998 Sb. - o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů*. 1998.

Zákon č. 223/2003 Sb., kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů*. 2003.

Zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. In: *Sbírka zákonů*. 2005.

Použité internetové zdroje

Drogová poradna [online]. [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/>

Drogy-info.cz: informační portál o ilegálních a legálních drogách [online]. [cit. 2013-04-24]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) [online]. [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm>

Klinika adiktologie [online]. [cit. 2013-04-23] Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/>

Substituční léčba.cz [online]. [cit. 2013-04-23] Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/>

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Přepis rozhovorů s klienty

Příloha se nachází v elektronické verzi na přiloženém CD.