

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta



Katedra Speciální pedagogiky

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Jakub Janyška

### **Addiktologické služby na území hlavního města Prahy se zaměřením na substituční léčbu**

Addictology services in the capital city of Prague with a focus on  
substitution treatment

V Praze 2014

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

## **Abstrakt**

Diplomová práce je věnována problematice adiktologických služeb se zaměřením na substituční léčbu.

Teoretická část je zaměřena na představení substituční léčby, její historii a popis substitučních látek a jejich působení na lidský organismus. Popisuje problémy zneužívání substituční léčby problémovými uživateli drog a mapuje jednotlivé adiktologické služby se zaměřením na substituční léčbu v hlavním městě Praze. Ve výzkumné části definuje postoj společnosti k fungování a zřizování pražských substitučních center. Závěr práce tvoří přehled adiktologických služeb a substitučních programů na území hlavního města Prahy.

## **Klíčová slova**

adiktologické služby, substituční léčba, terapie, problémový uživatel drog PUD, uživatel služeb, Metadon, návykové látky, Opiáty, Opioidy, Praha

## **Abstract**

The thesis is devoted to the issue of addiction services with a focus on substitution treatment.

Theoretical part focuses on presenting of substitution treatment, its history and description of the substitution substances and their effects on the human body. Describes the abuse of substitution treatment by problem drug users and tries to map out the various addiction treatment services with a focus on substitution treatment in Prague. The research section defines the attitude of society towards the establishment and functioning of Prague substitution centers. The thesis concludes with an overview of addiction services and substitution programs in the capital city of Prague.

## **Keywords**

addictology services, substitution treatment, therapy, problem drug user PDU, service users, methadone, addictive substances, opiates, opioids, Prague

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 25.6.2014

.....

vlastnoruční podpis

## **Poděkování**

Děkuji doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce. Dále děkuji protidrogové koordinátorce hlavního města Prahy, že mi umožnila nahlédnout do statistik a materiálů souvisejících s tématem práce a všem respondentům výzkumu, se kterými jsem spolupracoval. V neposlední řadě děkuji přátelům a svým nejbližším za jejich podporu.

# OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Úvod .....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>2. Substituční léčba .....</b>                                  | <b>12</b> |
| 2.1. Substituce v adiktologii .....                                | 12        |
| 2.2. Historie substituční léčby ve světě a v České republice.....  | 12        |
| <b>3. Opiáty a opioidy .....</b>                                   | <b>15</b> |
| 3.1. Rizika spojená s užíváním.....                                | 16        |
| 3.2. Substituční látky a jejich působení na lidský organizmus..... | 16        |
| 3.3. První byl Metadon .....                                       | 17        |
| 3.4. Rozdíly v léčbě.....  | 18        |
| 3.4.1. Naloxon.....  | 18        |
| 3.4.2. Naltrexon.....  | 19        |
| 3.4.3. Laam .....  | 19        |
| <b>4. Zneužívání buprenorfinu problémovými uživateli drog.....</b> | <b>21</b> |
| <b>5. Pravidla substituční léčby v ČR .....</b>                    | <b>27</b> |
| 5.1. Programy substituční léčby .....                              | 27        |
| 5.1.1. Personální zabezpečení .....                                | 27        |
| 5.1.2. Zabezpečení provozu .....                                   | 28        |
| 5.1.3. Cílová populace .....                                       | 28        |
| 5.1.4. Zhodnocení stavu pacienta.....                              | 28        |
| 5.1.5. Odborná léčebná péče .....                                  | 29        |
| 5.2. Indikace substituční léčby .....                              | 32        |
| 5.2.1. Kdy by se neměla substituční léčba užívat .....             | 34        |
| <b>6. Substituční léčba v České republice.....</b>                 | <b>35</b> |
| <b>7. Adiktologické služby v hlavním městě.....</b>                | <b>41</b> |
| <b>8. Substituční léčba v hlavním městě .....</b>                  | <b>42</b> |
| 8.1. Specializovaná centra .....                                   | 42        |
| 8.1.1. DROP IN, o.p.s. ....  | 42        |
| 8.1.2. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN .....                    | 45        |
| 8.1.3. SANANIM .....   | 48        |

|  |           |
|--|-----------|
| 8.1.4. REMEDIS s.r.o. ....   | 53        |
| <b>9. Cesta klienta.....</b>   | <b>56</b> |
| <b>10. Mezinárodní srovnání – dva příklady .....</b>                       | <b>58</b> |
| 10.1. Rusko.....   | 58        |
| 10.1.1. Kaliningrad .....  | 58        |
| 10.2. Švýcarsko .....  | 60        |
| 10.2.1. Winterthur - 1.....  | 61        |
| 10.2.2. Winterthur – 2 .....   | 62        |
| 10.2.3. Curych.....  | 63        |
| 10.3. Srovnání přístupu: Švýcarsko - Rusko .....                           | 68        |
| <b>11. Názorová mapa – hlavní město Praha .....</b>                        | <b>69</b> |
| 11.1. Výzkumné metody .....  | 69        |
| 11.2. Přínos pro speciální pedagogiku, zdůvodnění významu tématu .....     | 69        |
| 11.3. Zdůvodnění realizace průzkumného šetření, úvod do problematiky ..... | 69        |
| 11.4. Výzkumný problém, cíle výzkumného šetření.....                       | 73        |
| 11.5. Cíle výzkumného šetření:.....  | 73        |
| <b>12. Interpretace dat .....</b>  | <b>74</b> |
| 12.1. Otázka 1.....  | 74        |
| 12.2. Otázka 2.....  | 75        |
| 12.3. Otázka 3.....  | 77        |
| 12.4. Otázka 4.....  | 79        |
| 12.5. Otázka 5.....  | 82        |
| 12.6. Složení vzorku respondentů .....                                     | 82        |
| <b>13. Závěry výzkumného šetření.....</b>                                  | <b>84</b> |
| <b>15. Závěr .....</b>   | <b>87</b> |
| <b>16. Seznam zkratk.....</b>  | <b>89</b> |
| <b>17. Prameny.....</b>  | <b>90</b> |
| 17.1. Literatura .....   | 90        |
| 17.2. Zahraniční literatura .....  | 91        |
| 17.3. Závěrečné zprávy .....   | 92        |

|   |           |
|---|-----------|
| 17.4. Internet .....  | 93        |
| 17.5. Sazba a citace .....  | 94        |
| <b>18. Přílohy.....</b>   | <b>95</b> |
| Příloha č. 1 - Přehled adiktologických služeb v HMP   |           |
| Příloha č. 2 - Substituční programy v HMP   |           |
| Příloha č. 3 – Leták k subutexové krizi   |           |
| Příloha č. 4 - Institucionální zajištění protidrogové prevence  |           |
| Příloha č. 5a – Proti drogám v blízkosti škol a dětských zařízení   |           |
| Příloha č. 5b - Usnesení  |           |
| Příloha č. 6 - Vyjádření městských částí HMP v souvislosti s plánováním<br>Protidrogové politiky hl. m. Prahy na období 2014-2020 |           |
| Příloha 7 – Dotazník ke sběru dat   |           |



# 1. ÚVOD

Drogy a drogová závislost jsou fenoménem dnešní společnosti, který nás obklopuje prakticky na každém kroku. V současné uspěchané době se totiž stávají (stejně jako ostatní patologické jevy) nástrojem k útěku mimo realitu. Tato diplomová práce tematicky i obsahově navazuje na mou bakalářskou práci, ve které jsem se zabýval celým spektrem protidrogové prevence, s hlavním zaměřením na prevenci sekundární a terciární a na adiktologické služby poskytující tento typ péče v hlavním městě Praze.

Drogová závislost je bezpochyby téma, které zasahuje velké množství oborů a odborností. Od devadesátých let je mu věnována zvýšená pozornost a odborná literatura a akademická obec začaly o tematiku projevovat zvýšený zájem. To dokládá také bezpočet článků a monografií věnovaných drogám. Psát práci na téma drogové závislosti by se tak mohlo zdát být redundantní. Nicméně věřím, že tato práce zaměřuje pozornost na problém z úhlu, který není v české adiktologické literatuře příliš zakořeněn. Následující text se věnuje oblasti protidrogové prevence, která je velmi aktuální - substituční léčbě v Praze. Místní zacílení je poměrně úzké, nicméně drogová scéna je v Praze nejširší a nejrozmanitější a celý rozvoj substituční léčby byl v počátku vázán právě na hlavní město.

Práce se opírá zejména o pojem „adiktologie“, proto považuji za důležité zmínit se o tomto termínu již v úvodu. Lenka Šťastná ji definuje jako samostatný transdisciplinární vědecký obor, který se zaměřuje na užívání návykových látek, závislostní chování a jejich dopady a souvislosti. Podle této autorky adiktologie spojuje biologické, psychologické, sociální a právně-kriminologické perspektivy do transdisciplinárního výzkumného rámce zaměřeného na konkrétní problematiku, jako je rizikové prostředí užívání návykových látek a závislostního chování atd. *„Jejím cílem je poskytnout společnosti relevantní vědecké informace excelentní úrovně a přispět k pokroku v duševním a fyzickém zdraví populace skrze evidence-based prevenci, léčbu, snižování škod (tj. jako celek oblast snižování poptávky) a opatření zaměřená na trh s návykovými látkami a regulaci zacházení s návykovými látkami obecně.“* (Šťastná,L. [online], 2014)

Teoretická konceptualizace vychází z logické posloupnosti. V první části práce jsem představil substituci obecně, jako jednu ze způsobů léčby drogových závislostí. Znalost

jejího vzniku a historie je stěžejní pro pochopení celé problematiky. Druhá kapitola se blíže věnuje opiátům a opioidům, zejména hrozícím rizikům, spojeným s jejich užíváním. V této části práce jsou podrobněji představeny jednotlivé substituční látky a jejich působení na lidský organismus. První z těchto látek byl Metadon, jemuž je věnována jedna samostatná podkapitola. Závěrem této části uvádím porovnání různých typů léčby.

Substituční látky vycházejí ze stejného základu – buprenorfinu. Ten může být problémovými uživateli drog zneužíván a sám se tak stává problémem. Tento jev je velmi diskutovaným tématem, je mu proto v následujícím textu věnována jedna z kapitol.

V další části práce se již tematicky přesouváme do prostředí České republiky k programům a pravidlům substituční léčby. Kapitoly pět a šest tak informují nejen o indikaci, způsobu podávání, legislativě a samotném průběhu, ale také o jednotlivých typech substitučních léků, jejich obchodních názvech a složení. Čtenář tak má možnost učinit si zcela konkrétní představu o tomto typu léčby v naší zemi. Stěžejní část práce je obsažena v následujících dvou kapitolách, pojednávajících o adiktologických službách a substituční léčbě přímo v hlavním městě Praze. Vzhledem k mým úzkým vazbám na protidrogové koordinátory a organizaci protidrogové politiky ze strany Magistrátu hlavního města jsou kapitoly zpracovány s ohledem na celý vývoj protidrogové prevence v Praze. Tato část tak shrnuje nejen data získaná s několikaletým odstupem, ale také informace o jednotlivých specializovaných centrech, která se na substituci zaměřují. Následující krátká kapitola je věnována příběhu klienta Evžena Holečka, který je prvním evidovaným HIV pozitivním v toxik komunitě v Praze.

Závěrem shrnutí teoretických východisek jsem považoval za velmi důležité nabídnout čtenáři srovnání s jinými zeměmi Evropy. Desátá kapitola tak přináší pohled do ruského Kaliningradu a do substitučních center ve Švýcarsku.

Výzkum práce vychází z designu dotazníkového šetření, jež bylo hlavní metodou sběru dat. Realizovaný výzkum byl rozvržen do dvou etap. Předvýzkum představoval pět rozhovorů, které nebyly zahrnuty do analýzy dat. Hlavní část výzkumu probíhala rozšířením dotazníku mezi vybrané skupiny obyvatel hlavního města Prahy.

Cílem výzkumu bylo zachycení „názorové mapy“, tedy jasného přehledu informovanosti veřejnosti o této problematice a postoj jednotlivých věkových a vzdělanostních skupin k substituční léčbě, výstavbě substitučních center v okolí jejich bydliště a k adiktologii obecně. Výzkum zároveň sledoval zkušenost respondentů v kontaktu s uživateli návykových látek. Cíle výzkumu a výzkumné otázky nebyly vzhledem k povaze výzkumného designu spojeny v jasně definované hypotézy a zacílenost výzkumu byla do určité míry otevřená tomu, jaké aspekty výzkumná data přinesou. Výzkumná část sice v jistém ohledu tvoří páteř diplomové práce, nicméně teoretická rešerše má v práci své nezastupitelné místo.

## 2. SUBSTITUČNÍ LÉČBA

### 2.1. Substituce v adiktologii

O substituci jako o způsobu léčby hovoří podrobněji server drogy-info (2012), který vysvětluje, že se jedná o způsob léčby, při kterém je užívání původní drogy nahrazeno lékařsky předepsaným užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky, než původní droga. Autoři uvádí jako příklad substituci metadonu za heroin. Může se ale jednat také o substituci škodlivého způsobu užití – například cigarety mohou být nahrazeny nikotinovými náplastmi nebo žvýkačkami. Obvyklá je ale kombinace obou způsobů (tzn. injekční aplikování heroínu je nahrazeno orálně podávaným metadonem).

Server dále uvádí, že *„cílem substituce je eliminování nebo snížení užívání určité drogy, zvláště pokud je ilegální, nebo snížení škodlivé formy a metody podávání, provázející techniky nebezpečné zdraví (např. sdílení jehel) a snižování sociálních následků. Substituční léčba má být doprovázena psychoterapií, poradenstvím a/nebo socioterapií. Může trvat od několika týdnů k mnoha letům, někdy dokonce neohraňčeně.“* Výsledky studií i praxe ukazují, že substituční léčba redukuje užívání heroínu, snižuje kriminalitu a rizikové chování spojené s injekčním užíváním návykových látek. Zlepšuje se zdravotní stav závislých, zvyšuje se možnost jejich socializace a snižuje se počet předčasných úmrtí u osob závislých na opioidech. (Drogy-info [online], 2012)

### 2.2. Historie substituční léčby ve světě a v České republice

Substituční léčba je jedna ze složek širokého spektra způsobů léčby problémového užívání návykových látek. O metadonu a metadonových programech, které jsou jejím původním základem, píše blíže server drogy-info (2010). Ten vysvětluje nástup tohoto typu léčby následovně: *„S nástupem HIV infekce v 80. letech došlo v mnoha zemích k posunu od programů orientovaných na abstinenci, k programům se snahou zachytit a udržet uživatele opioidů v metadonových udržovacích programech, jejichž primárním cílem bylo omezit, případně eliminovat sdílení injekčního náčiní.“*

Ministerstvo zdravotnictví ČR spolu s kanceláří WHO (World Health Organization) v ČR (1999) vydalo dokument sestavený na tento popud právě Světovou zdravotnickou organizací. Jsou v něm definovány základní principy prevence HIV mezi uživateli drog.

Princip 1: Informace, komunikace, vzdělání

Princip 2: Snadná dostupnost sociální a zdravotní péče

Princip 3: Vyhledávání injekčních uživatelů drog

Princip 4: Poskytování injekčního náčiní a desinfekce

Princip 5: Substituční léčba

Zábranský (2003) uvádí, že substituční léčba problémových uživatelů drog<sup>1</sup> (dále jen „PUD“) se v současnosti provádí ve všech zemích Evropské unie. *„K prvním pokusům, při nichž se většinou používal metadon, došlo na konci šedesátých let dvacátého století, a to hlavně v severoevropských zemích. Na konci devadesátých let již byla substituční léčba zavedena ve všech členských zemích. O přínosnosti tohoto typu léčby panuje v EU většinový konsensus. V některých zemích ale zůstává citlivým tématem.“*

Autor dále uvádí, že z vědeckých důkazů vyplývá, že substituční léčba dokáže snižovat trestnou činnost, riziko přenosu infekčních chorob i počet úmrtí spojených s drogami. Údajně také zlepšuje fyzický, psychický a sociální stav závislých uživatelů. Přiznává ale, že existují i názory, že se nejedná o léčbu, nýbrž o cynickou reakci, která ale ve skutečnosti problémy spojené s drogami neřeší. EMCDDA se domnívá, že by se politická debata o tomto problému neměla zaměřit pouze na argumenty pro a proti. Substituční léčba by se měla chápat jako jedna ze složek širokého spektra způsobů léčby problémového užívání drog, mezi něž patří také léčba, orientovaná na abstinenci ode všech psychoaktivních látek. Odhaduje se, že se na celém světě substituční léčbou léčí přibližně půl milionu uživatelů drog. Přes 300 tisíc z nich se léčí v Evropě, počet amerických pacientů se odhaduje na 110 tisíc. (Zábranský, 2003)

Článek o historii substituční léčby v České republice [online, 2008] hovoří o poměrně dlouhé tradici. Uvádí, že existují dobře zdokumentované případy závislosti na opiátu

---

<sup>1</sup> V souladu s definicí EMCDDA o problémovém užívání drog, kterým se rozumí injekční užívání jakékoliv drogy a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů a/nebo kokainu a/nebo drog amfetaminového typu.

„braun“, které byly léčeny tzv. „divokou substitucí“. Nejčastěji se používal Diolan® (obsahující etylmorfin) a Temgesic® (obsahující buprenorfin).

Ministerstvo zdravotnictví ČSFR povolilo substituční léčbu provádět jako jednorochní experiment poté, co v roce 1992 dovezla nadace DROP-IN několik kilogramů metadonu do ČR. S rostoucím výskytem heroínu v 90. letech se potřeba zavést substituční terapii opiátovými agonisty vynořila znovu. Pilotní program pro dvacet pacientů byl spuštěn ve VFN v Praze na oddělení pro léčbu závislostí v r. 1997. *„Počátkem r. 1999 sestavilo MZ ČR pracovní skupinu, která připravila Standardy substituční léčby a vzdělávací program pro odborné lékaře a střední zdravotnický personál. Vznikl Registr substituční léčby. V mezidobí se kapacita apolinářského programu zvýšila téměř na 100 pacientů; poptávku po léčbě v hlavním městě Praze nicméně pokrýt nestačila. V květnu 2000 bylo v ČR spuštěno dalších sedm specializovaných zařízení, na konci roku 2002 pak osmé zařízení a v Praze již třetí.“* V současné době je v hlavním městě Praze pět substitučních center. Další substituční programy jsou součástí jiné lékařské péče, jako např. AT<sup>2</sup> ordinace, ordinace psychiatrů a praktických lékařů. Přehled substitučních center v hlavním městě je zobrazen v Příloze č. 2. (Substituční léčba v ČR – něco z historie, [online] 2008)

Zábranský (2001) píše, že během dalších let provádění substituční terapie v České republice se ukázalo, že existující systém „center“ není vždy a všude dostatečně schopen vyhovět poptávce ze strany pacientů ani potřebám veřejného zdraví. Od roku 2003 jej tedy mohou předepisovat lékaři, přičemž předepisování Subutexu není vázáno na odbornost lékaře, jedinou podmínkou je použití tzv. „opiátového receptu“ s modrým pruhem. V ČR se substituční léčba týká výhradně substituce opiátů, zejména široce zneužívaného heroínu. Dlouhodobě se hovoří také o zavedení substituce další významně zneužívané návykové látky, kterou je metamfetamin, známý pod názvem pervitin.

---

<sup>2</sup> AT = alkohol-toxi

### 3. OPIÁTY A OPIOIDY

*Motto: Zaplést se s jakoukoliv drogou je balancováním na šikmé ploše. Zaplést se s opiáty znamená vydat se na odpalovací rampu do nebe, která ale vesměs končí v pekle.*

Považuji za nutné nejprve popsat látky, na kterých jsou uživatelé drog nejvíce závislí, a na které je zaměřena substituční léčba, tedy opiáty. O této skupině drog hovoří podrobněji MUDr. Jakub Minařík (2013) v článku na serveru odrogach.cz. Dočteme se zde, že „skupina těchto látek je odvozena od opia, zaschlé šťávy nezralých makovic máku setého – *Papaver somniferum*. Jako opiáty pak označujeme látky, které mají chemickou strukturu blízkou morfinu, což je hlavní alkaloid opia, a váží se v těle, zejména v mozku, na opioidní receptory.“

Minařík (2013) ale také v souvislosti se situací u nás píše, že opium je v ČR užíváno zřídka. U nás se tak děje sezónně, v době prázdnin, kdy někteří uživatelé vyjíždějí na pole sbírat a užívat surové opium, což je registrováno ve službách dočasným úbytkem klientů v kontaktních a poradenských centrech. Generický název užívaný pro alkaloidy z máku setého, jejich syntetická analoga a látky produkované v lidském těle, které interagují se stejnými specifickými receptory v CNS i jinde v těle, se schopností tlumit bolest a vyvolávat pocit pohody – euforii. Alkaloidy opia a jejich syntetická analoga způsobují ve vyšších dávkách také stupor (útlum vědomí) až koma (bezvědomí) a respirační depresi (útlum dechu). (Minařík, J. [online], 2013)

V článku Opioid na serveru drogy-info (2003) se dočteme také, že alkaloidy opia a jejich semi-syntetické deriváty zahrnují morfin, diacetylmorfin (diamorfin, heroin), hydromorfin, kodein a oxykodon. Syntetické opioidy zahrnují levorfanol, propoxyfen, fentanyl, metadon, pethidin, smíšený agonista/antagonista penthazocin a částečný agonista buprenorfin. Přirozeně v těle se vyskytující látky s působící na opioidních receptorech zahrnují endorfíny a enkefaliny.

Nejběžněji užívané opioidy, jako je morfin, heroin, hydromorfin, metadon a pethidin (Dolsin), se váží přednostně na mozkové receptory, vyvolávají analgesii, změny nálady (euforii, která se může změnit v apatii až dysforii), útlum dechu, ospalost, psychomotorický útlum, setřenou výslovnost, zhoršení koncentrace a paměti, narušení schopnosti úsudku. „Po určité době vyvolávají opioidy toleranci a neuroadaptační

*změny, které jsou zodpovědné za následnou reakci předrážděnosti po odnětí drogy. Odvykací syndrom (syndrom z odnětí, abstinenční syndrom) zahrnuje craving – bažení po droze, zvýšenou úzkost, dysforii, zívání, pocení, zvýšenou sekreci z nosu, slzení, nespavost, pocity na zvracení nebo zvracení, průjem, křeče v břiše, svalové bolesti a horečku (s třesavkou).“ (Opioid [online], 2003)*

### **3.1. Rizika spojená s užíváním**

MUDr. Jakub Minařík (2013) uvádí, za nejvážnější nebezpečí předávkování. K tomu může dojít již při prvním užití, ohrožení jsou ale i zkušení uživatelé, z důvodu kolísající kvality drogy. Hlavním příznakem je podle tohoto autora obluzené vědomí, namodralá barva kůže a zástava dechu. Časté bývá (hlavně u prvouživatelů) zvracení. Pokud se nedaří postiženého probudit, je na místě pokusit se uvolnit dýchací cesty a zahájit umělé dýchání. V každém případě je nutno zavolat záchrannou službu. Na opiáty vzniká již po několika týdnech pravidelného, denního užívání fyzická závislost. Injekční aplikace s sebou nese, kromě místních infekcí, riziko nákazy virovou hepatitidou a HIV.

### **3.2. Substituční látky a jejich působení na lidský organizmus**

Článek Abuse liability of buprenorphine-naloxone tablets in untreated IV drug users (2006) uvádí, že pro substituci je určen Subutex® se sublingválním užitím a Suboxone® a jejich obdoby, např. Ravata, Buprenorphine. **Subutex®** (Buprenofrin) je polysyntetická látka odvozená od thebainu, což je alkaloid obsažený v opiu. Svým efektem se podobá morfinu nebo heroinu a patří tedy mezi opiáty.

*„Smíšený agonista/antagonista, který může být použit v substituční léčbě. Byl široce užíván v mnoha zemích pro krátkodobou léčbu mírnění těžkých bolestí. Díky smíšenému působení se jeví buprenorfin jako bezpečný co se týče rizika předávkování a snad i pravděpodobně méně zábavný než čisté opiáty. Může také zaručit jednodušší rozvrh odvykání a jeho delší působení může umožnit alternativní denní dávkování. Z výzkumů je zřejmé, že buprenorfin je přinejmenším stejně účinný jako metadon při substituční léčbě těch závislých na heroinu, kteří užívali nižší nebo středně vysoké dávky.“ (Buprenorfin [online], 2003)*



### 3.3. První byl Metadon

Rozdíl mezi jednotlivými substitučními terapiemi je především v použité účinné látce. O metadonu a buprenorfinu se zmiňuje článek Buprenorfin si s drogovou závislostí poradí lépe než metadon (2010). *„Metadon už je sám o sobě účinnou látkou, buprenorfin se většinou podává i s dalšími pomocnými látkami, které mají za úkol zabránit jeho případnému zneužití. Jako první syntetizovali metadon v roce 1937 němečtí vědci Max Bockmühl a Gustav Ehrhart. Zhruba o deset let později se začal vyrábět průmyslově, nejprve jako analgetikum (lék proti bolesti), časem se však z metadonu stal jeden z nejpoužívanějších přípravků substituční terapie závislosti na opiátech.“*

Odborný text o metadonu (Metadon, 2003) popisuje tuto látku jako syntetickou drogu opioátového typu používanou v udržovací terapii osob závislých na opioidech. Má dlouhý poločas účinku a při léčebném použití bývá obvykle podávána perorálně, jednou denně, pod dohledem. Jde o látku nejvíce používanou ve vyspělých zemích při substituční léčbě opioátové závislosti.

Autor článku se dále zmiňuje o tom, že pokud je metadon podán jedincům závislým na opioidech v odpovídající dávce, je schopný snížit potřebu užívání heroínu a jiných opioátů, odstraňuje příznaky z odnětí a blokuje euforický účinek jiných opioidních látek. *„Zatímco osoba závislá na heroínu může během 24 hodin absolvovat čtyři i více cyklů užití drogy, intoxikace a počínajících abstinčních příznaků, metadon díky svému dlouhému poločasu účinku poskytuje mnohem vyrovnanější opioidní efekt. Další výhodou metadonu je jeho farmaceutická kvalita – je hygienicky vyroben, podáván perorálně a ve známé síle.“* (Metadon [online], 2003)

MUDr. Jakub Minařík (2009) píše, že buprenorfin byl objeven v roce 1960 a k léčbě bolesti se začal využívat v roce 1978. V polovině devadesátých let se začal oficiálně používat k substituční a detoxifikační léčbě, a to především ve Francii. V ČR i jinde ve světě byl ale již v osmdesátých letech řadou lékařů pro substituci používán lék Temgesic, primárně určený pro analgesii. V roce 2001 byl buprenorfinový lék Subutex registrován také v ČR.

### 3.4. Rozdíly v léčbě

Ačkoliv mají oba přípravky za cíl odvykání závislosti na opiátech, nepoužívají se stejně. Rozdíl je popsán ve článku Buprenorfin si s drogovou závislostí poradí lépe než metadon (2010): *„Zatímco v západní Evropě je stále ještě hojně používán metadon, v ČR je užívanější terapií buprenorfinová substituce. Buprenorfin, někdy i v kombinaci s naloxonem, který ještě potlačuje opětovný vznik závislosti, má ve srovnání s metadonem relativně nižší riziko zneužití, vzniku závislosti a také vedlejších účinků. Kromě toho má i déletrvající účinky. Navíc ve srovnání přímo s heroinem nebo metadonem je i bezpečnější, protože jsou u něj ovoidní účinky, jako např. útlum dechového centra nebo vnik euforie, velmi potlačeny.“* Z tohoto důvodu se podle autora tohoto článku jeví jako daleko bezpečnější léčba právě přípravky obsahující buprenorfin. Přesto ale i buprenorfin může být pro závislé nebezpečný, zejména pokud je aplikován nitrožilně (hrozí zvýšené nebezpečí vzniku infekční endokarditidy) nebo pokud je kombinován se sedativy nebo alkoholem.

#### 3.4.1. Naloxon

O Naxolonu, jeho účincích a dávkování se zmiňuje článek Naloxone reversal of buprenorphine-induced respiratory depression. V něm je vysvětleno, že se jedná o antagonistu opioidů na opioidních receptorech. Tato látka ruší účinky opioidů na psychiku, dech, snížení krevního tlaku a povšechný útlum CNS. Může být podána injekčně (do svalu, nitrožilně nebo podkožně). V některých zemích je dokonce dostupný ve formě nosního spreje. Ze své podstaty blokuje opioidní receptory, čímž antagonizuje účinek opioidních látek na těchto receptorech. Jeho poločas účinku je 20-80 minut, kratší než poločas účinku heroinu a výrazně kratší než poločas účinku metadonu. *„Je třeba mít na zřeteli, že osoba léčená naloxonem může po odeznění jeho účinku (pokud není aplikována další dávka) znovu upadnout do respiračního útlumu a útlumu vědomí pod přetrvávajícím vlivem těchto látek. Při podání osobě s vytvořenou fyzickou závislostí na opiáty, která jimi není akutně předávkovaná, vyvolá nástup abstinčních příznaků. Např. Subuxon je kombinace buprenorfinu s naloxonem určená k perorální substituci a zabraňující nitrožilnímu užití – při něm je totiž buprenorfin méně účinný, naopak účinkuje naloxon, který vyvolá odvykací syndrom.“* (překlad dogy-info.cz)

### 3.4.2. Naltrexon

Článek na serveru drogy-info.cz, věnující se této látce (Naltrexon [online], 2010), ji popisuje jako antagonistu účinků opioidů. *„Působení Naltrexonu je podobné jako u Naloxonu, je však silnější a má delší trvání. Také však pomalejší nástup, takže není vhodný k léčbě předávkování. Na rozdíl od Naloxonu je možné její perorální podání – formou tablet. Má různá použití v léčbě opiátové závislosti a také závislosti na alkoholu. Nejrozšířenějším způsobem užití je předepisování dávek blokujících účinky jakékoliv opioidní drogy při jejím případném užití.“* Článek také uvádí, že látku je třeba podávat denně, aby se udržel blokující účinek. V poslední době se doporučuje jeho podávání v první fázi po detoxifikaci ke snížení tenze a cravingu (bažení) u opiátové i alkoholové závislosti. Dočteme se také o mnohem kontroverznějším způsobu užití Naltrexonu – o takzvané „rychlé detoxifikaci u opioidů“, kde se podává ve vysokých dávkách v celkové anestezii (narkóze), aby se urychlil průběh odvykacího syndromu. Při této metodě byla ovšem zaznamenána i úmrtí, má mnoho kritiků a jen málo zastánců.

### 3.4.3. Laam

Pro úplnost přehledu uvádím i zkušenosti s vývojem látky, jejíž účinky byly pro klienta natolik nebezpečné, že se v substituční léčbě neuplatnila. Chemickým názvem se nazývá levo-alfa-acetylmethadol. O tomto syntetickém, čistém opioidním agonistovi morfinového typu pojednává Informační portál o ilegálních a legálních drogách. Píše se zde, že byl intenzivně zkoumán v sedmdesátých letech jako farmakologická alternativa k metadonu. Jeho hlavní výhodou je delší poločas účinku, takže je možné ho pacientům podávat po 48 až 72 hodinách, což je výhodnější než 24 hodinový interval podávání, který vyžaduje metadon. *„Výhody, které z jeho delšího účinku vyplývají, zahrnují také: lepší potlačení abstinenčních příznaků po 24 hodinách; snížení potřeby vydávat dávky s sebou a s tím spojeného rizika distribuce a případného předávkování osob bez vyvinuté tolerance; snížení frekvence návštěv kliniky kvůli další dávce. LAAM bylo ve srovnání s metadodem užíváno v omezeném rozsahu, ale zájem o tuto látku se zvýšil koncem devadesátých let.“* Jedinými nevýhodami, zjištěnými při klinických zkouškách, jsou předrážděnost CNS jako počáteční vedlejší účinek u některých pacientů v prvních 24 hodinách a riziko toxicity při častějším podání než po

48 hodinách. *Užívání LAAM pro substituční léčbu se jeví jako vhodné, ale poté, co bylo u pacientů léčených pomocí LAAM zjištěno několik případů život ohrožujících srdečních onemocnění, přestal se tento přípravek, na doporučení Evropské agentury pro hodnocení léčiv, používat.* (drogy-info.cz [online], 2010)

## 4. ZNEUŽÍVÁNÍ BUPRENORFINU PROBLÉMOVÝMI UŽIVATELI DROG

Už v době schválení látek pro substituční léčbu panovala obava, že užívání těchto "legálních drog" postupně nahradí jejich rozsáhlé zneužívání. K těmto případům však našťastí dochází jen zřídka. Otázka, zda se nemění užívání substituční léčby ve zneužívání, se stále opakuje. Kladou si ji i autoři článku Možné zneužívání substitučních látek je pečlivě sledováno (2010). *„K nalezení odpovědi na tuto otázku proběhly již v minulosti výzkumy mezi vysoce rizikovými uživateli nelegálních drog. Výsledky ukázaly, že dočasně sice došlo k nárůstu počtu osob zneužívajících tyto přípravky k dosažení euforie (více než čtvrtina dotazovaných). Už po roce se však počet těchto osob rapidně snížil.“* Populace závislých s těmito přípravky po určitou dobu pouze experimentovala, aby zjistila jejich schopnost měnit náladu. Jejich užívání proto pokleslo, když uživatelé nelegálních drog zjistili, že způsobilost "legálních drog" vyvolat euforii je minimální.

Ve stejném článku se dočteme i o situaci v Německu, kde probíhá důkladný monitoring zneužívání léčebných přípravků pro substituční léčbu ("legálních drog") a dalších látek v centrech pro léčbu závislosti. *„Nejčastěji zneužívanými přípravky mezi klienty tamních center jsou hypnotika. Přípravky pro substituční léčbu byly častěji zneužívány hned po jejich schválení a uvedení do praxe. Nyní se i v Německu pohybuje užívání těchto látek jako primární drogy pod hranicí 3 lidí ze 100 závislých.“*

Zajímavé sledování zneužívání legálních drog probíhá i v USA. O tom pojednává další z podkapitol zmíněného článku: Méně euforie nesvádí ke zneužívání. Ani ve Spojených státech nepředstavuje zneužívání látek pro léčbu závislosti velký problém, hlavně díky slabému euforizujícímu účinku. Zneužívání těchto látek u závislých osob se tam posuzuje i podle míry nezaměstnanosti, chudoby, konkrétní látky, vzdělání nebo velikosti města. Souvislost mezi zvýšeným zneužíváním a těmito hledisky byla zjištěna pouze při větší chudobě a nezaměstnanosti.

Pro srovnání autoři uvádí i situaci u nás, kde je zneužívání látek pro léčbu závislosti také sledováno. *„Přípravky pro detoxifikaci a substituční léčbu jsou ale nadále používány v centrech léčby závislosti. Jejich hlavní účinek totiž spočívá ve zmírnění*

*odvykacích příznaků, ne v navození euforie. Proto nehrozí, že budou masivně využívány jinak než ke svému původnímu účelu – léčbě závislosti.“*

V časopise *Zaostřeno na drogy* (2013) se dočteme o prvních zprávách o výskytu Subutexu® na černém trhu v Praze. Ty se objevily v létě 2002 z terénních programů a na sklonku r. 2002 se podobné zprávy objevily i v severních Čechách a ojediněle i jinde v ČR. Následně došlo k užívání buprenorfinu na otevřené drogové scéně, které bylo již v r. 2003 spojováno také s pozitivními dopady (například se snížením poptávky po heroinu, snížením kriminality, lepší možností kontaktů s klienty a snížením frekvence poskytování první pomoci při předávkování heroinem).

Na základě informací o výskytu Subutexu® na černém trhu iniciovalo MZ ČR novelizaci zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, která nabyla účinnosti 1. 9. 2003 a Subutex® se musel předepisovat na recept s modrým pruhem. To mělo vliv na snížení dostupnosti Subutexu® u praktických lékařů, zvýšení ceny tablety Subutexu® na černém trhu, začaly se objevovat případy přepadávání klientů odcházejících od lékaře s předpisy na Subutex® a krádeží předpisů či krádeží Subutexu®, uživatelé se vraceli zpět k heroinu. Tyto uvedené faktory pravděpodobně přispěly k tomu, že se Subutex® na černém trhu v ČR etabloval včetně negativních jevů, jako jsou kriminalita spojená s jeho získáváním a prodejem nebo jeho injekční aplikace. (Zákon č. 167/1998 Sb.)

*Časopis Zaostřeno na drogy (2013) uvádí každoroční odhad počtu problémových uživatelů drog Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (dále jen „NMS“) multiplikační metodou z dat o klientech nízkoprahových zařízení. V posledních letech činí střední odhad problémových uživatelů Subutexu® cca 5 tisíc osob. „Průzkum mezi lékaři v ČR provedený NMS v roce 2007 potvrdil, že mimo substituční registr se nachází značné množství (desítky až stovky) lékařů a (stovky až tisíce) pacientů. Celkový počet psychiatrů a praktických lékařů pro dospělé předepisujících Subutex® včetně těch registrovaných, byl v roce 2007 odhadnut na 150 a 240 a počet pacientů užívajících Subutex® na přibližně 4 300 osob, z toho cca 3 000 u psychiatrů a cca 1 400 u praktických lékařů. Mimo Registr substituční léčby se tak v roce 2007 nacházelo odhadem 3 500 osob, kterým byly přípravky s obsahem buprenorfinu předepisovány.“*

V rámci průzkumu NMS Multiplikátor 2010 zaměřeného na odhad podílu problémových uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními byla za rok 2009 zjišťována i data o podílu problémových uživatelů opiátů zařazených do substitučního programu. Podíl té části problémových uživatelů, která se účastní substituční léčby, byl odhadnut na 8 % (95% CI: 7–10 %) problémových uživatelů drog, resp. 23 % (95% CI: 20–27 %) problémových uživatelů opiátů, což odhadem znamená přibližně 3 000 osob (střední odhad). Uvedená data naznačují, že je přibližně 2 000 problémových uživatelů Subutexu®, kteří nejsou v substituční léčbě a Subutex® tedy získávají (výhradně) na černém trhu (Mravčík et al. 2011).

Černý trh s buprenorfinem probíhá především jako prodej a nákup malých množství tablet pocházejícího z lékáren mezi jednotlivými uživateli, kteří prodají část tablet předepsaných jedním nebo častěji více lékaři. Cena buprenorfinu na černém trhu dvojnásobně až pětinasobně přesahuje kupní cenu v lékárně. V Praze a v Severních Čechách je Subutex běžně dostupný na černém trhu a je zde spolu s heroinem druhou až třetí nejrozšířenější injekční drogou po pervitinu. (Zaostřeno na drogy, 2013)

Jak ukazuje obrázek, v roce 2011 byl v Praze počet PUD, kteří užívali opiáty (Heroin a Subutex), dokonce vyšší než počet uživatelů pervitinu, který je v ČR drogou č. 1, pokud se nezapočítává do statistik marihuana a hlavně alkohol (Janyšková, 2011).

| Celkový počet problémových uživatelů | Počet uživatelů opioidů |         |        | Počet uživatelům pervitinu | Počet IUD |
|--------------------------------------|-------------------------|---------|--------|----------------------------|-----------|
|                                      | Heroin                  | Subutex | celkem |                            |           |
| 11 350                               | 2 900                   | 4 050   | 6 950  | 4 400                      | 11 350    |

Přestože se u léků pro substituční a detoxifikační léčbu (Subutex, Suboxon, a jejich obdoby např. Ravata, Buprenorphine) doporučuje výhradně sublingvální užití, zejména Subutex a jeho generické obdoby jsou mimo lékařskou indikaci (na nelegální drogové scéně, kam prosakují různými způsoby z legálních zdrojů) užívány především injekčně

po rozpuštění ve vodě, a to buď samy, nebo v nebezpečné kombinaci s jinými psychotropními látkami - nejčastěji sedativy, anxiolyticky nebo alkoholem. To s sebou nese všechna nebezpečí injekčního užívání: především riziko infekcí a při sdílení injekčního náčiní šíření těchto infekcí v populaci uživatelů drog a následně sexuálním přenosem (AIDS, virové hepatitidy) i do populace neužívající drogy; u Subutexu je další možnou komplikací neinfekční zánět žil a osrdečníku, způsobený farmakologicky neúčinnými příměsemi, jež jsou v tabletách. U kombinace s jinými léky nebo alkoholem se zvyšuje pro buprenorfin jinak velmi nízké nebezpečí smrtelného předávkování.

Suboxone, který byl uveden na český farmaceutický trh na konci roku 2007, snižuje atraktivitu injekčního užívání léku, protože u většiny uživatelů léčí abstinenci příznaky jen po sublingválním užití (buprenorfin se vstřebává, naloxon nikoliv); při injekčním užití ale působí i naloxon, který je čistým antagonistou opiatových receptorů - vytlačuje z nich čisté agonisty (jako je heroin a morfin) a snižuje agonistické účinky buprenorfinu, což by podle záměru výrobce mělo mít za následek vesměs spíše prohloubení abstinenci příznaků než úlevu od nich a tedy nepřítomnost tohoto léku na černém trhu. Stále více studií však naznačuje, že tento předpoklad se nenaplnuje a Suboxone se v zemích, kde je dostupný, dostává na černý trh a je tam i zneužíván. Zdá se tedy, že pro značnou část uživatelů buprenorfinu neplní naloxon plánovanou „odrazující“ funkci (Zaostřeno na drogy, 2013).

Dne 1. února 2010 nabylo platnosti rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu léčiv, na jehož základě bude částečně hrazen přípravek Suboxone 8mg. Částečná úhrada jednoho balení (7 sublingválních tablet) ze zdravotního pojištění byla stanovena ve výši 629,72 Kč. Maximální cena v lékárně byla určena ve výši 890,76 Kč, spoluúčast pacienta je tedy 231,04 Kč + poplatek 30,00 Kč. Je to vůbec poprvé v historii ČR, kdy je přípravek pro substituční léčbu závislosti na opiátech/opioidech hrazen ze zdravotního pojištění.

Suboxone je v ČR dostupný od února 2008. Obsahuje účinné látky buprenorfin a naloxon v poměru 4:1. Díky naloxonu, který je antagonistou opioidních receptorů, se výrazně omezuje možnost injekčního zneužití přípravku. Suboxone doplnil na českém trhu přípravek Subutex (účinná látka buprenorfin), který je v ČR registrován od 1. března 2000.



Aby byl Suboxone hrazen ze zdravotního pojištění, musí jej předepsat psychiatr nebo lékař s odborností „návykové nemoci“ v rámci substituční léčby závislosti na opioidech. Terapie je určena pro užití u dospělých a dospívajících nad 15 let, kteří souhlasili s léčbou závislosti. Léčba se nehradí při nespolupráci pacienta. Za nespolupráci pacienta se považuje například nedodržení schématu předepsaných plánovaných návštěv. Další podmínka pro úhradu Suboxone stanoví, že léčba probíhá ve specializovaných (vybraných) zdravotnických zařízeních.

Pro pacienty znamená toto opatření výrazné snížení nákladů na nákup léku. Při denní dávce Suboxone 8mg vydal pacient doposud za měsíční terapii cca 4 tisíce Kč; nově od prvního února to bude cca 1 tisíc Kč (drogy-info.cz [online], 2010).

V dubnu a květnu 2012 došlo v Praze k dočasnému výpadku služeb jednoho ambulantního psychiatra s početnou klientelou pacientů na substitučních preparátech s obsahem buprenorfinu. Množství tablet buprenorfinu se v tomto období na černém trhu v Praze snížilo, což postihlo odhadem několik set problémových uživatelů opiátů, kteří k droze ztratili přístup. Cena ¼ tablety obsahující 8 mg buprenorfinu stoupla ze 100 Kč na 300 Kč. Dopady na klienty a zprostředkovaně na všechny obyvatele HMP jsou v takovém případě velmi vážné. Klienti navázaní na psychiatrickou ambulanci hledají jiné cesty ke své droze. Zvyšuje se tlak na ostatní zařízení poskytující substituci, na klienty v těchto programech a zvyšuje se poptávka po opiátech na černém trhu. Zdravotní, sociální a bezpečnostní důsledky jsou jasné.

Opět se objevily otázky o smyslu a podstatě substituční léčby. Zásadním problémem je jak zabránit obchodování se substitučními látkami na černém trhu. Od extrémních názorů na upuštění od substituční léčby úplně, je druhým extrémem smířit se s masivním zneužíváním substitučních látek i neregistrovanými klienty. Tento názor je pragmaticky podpořen úvahou, že alespoň uživatelé návykových látek vědí, co berou. Čistota jiných drog na černém trhu je velmi různá a i tento fakt ohrožuje uživatele na zdraví i životech. Pravdou ale je, že je velmi nebezpečné, ale také časté, že uživatelé návykových látek mimo systém, si tablety určené k perorálnímu užití aplikují po jejich rozpuštění intra venózně. Tato aplikace však má těžké následky v zánětech srdeční chlopně.

Situaci se intenzivně zabývala Protidrogová komise Rady HMP a vyvolala jednání na MZ ČR ve spolupráci se složkami policie – PČR, NPC, MP HMP. HMP počítá s návrhy řešení ve smyslu rozšíření substituční léčby ve schválené strategii protidrogové politiky HMP a v jejím akčním plánu.

Substituční léčba je důležitým programem v komplexní síti adiktologických služeb v hl. m. Praze. Upustit od ní by bylo velkou chybou a narušením provázanosti péče. Mnoha uživatelům drog poskytuje jedinou možnost začlenění do běžného i pracovního života a bezesporu zlepšuje jejich zdravotní stav. Jako jediná možnost ovlivnit nepříznivý vývoj v situaci s obchodováním se substitučními látkami vidíme striktní dodržování registrace a pravidel pro poskytování substituční léčby. Z toho důvodu plánuje hl. m. Praha podpořit vznik menších substitučních center tak, aby počtem klientů nebylo příliš zatěžováno jejich okolí. V těchto zařízeních je také možná psychosociální intervence a motivace k léčbě a je zde menší riziko úniku preparátů do nelegálních trhů. Dalším opatřením je motivace lékařů, kteří proscribují substituční látky ve svých neadiktologických ordinacích, aby také dodržovali výše zmíněná pravidla (Janyšková, 2012).

V reakci na vzniklou situaci v roce 2012 vydalo hl. m. Praha informační letáky pro uživatele drog s názvem „Subutexová krize“. (*Příloha č. 3*)

## **5. PRAVIDLA SUBSTITUČNÍ LÉČBY V ČR**

Lékařská ordinace pro návykové poruchy může plnit úlohu specializovaného centra opiátové substituční léčby. Substituční léčba je definována v § 20 zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů a ve Standardu substituční léčby (Věstník MZ ČR, částka 3/2008).

Standarty odborné způsobilosti (Libra et. al., 2012) vymezují v typovém standardu „Substituční léčba“ tuto léčbu jako ambulantní, časově předem neomezenou udržovací léčbu substituční látkou s psychosociální komponentou, jejímž cílem je efektivně potlačit odvykací příznaky a spolupůsobením zdravotních účinků poskytované zdravotní péče a sociálních služeb všestranně zlepšit kvalitu života pacientů/klientů. Služba je řízena kvalifikovaným vedoucím lékařem s atestací z psychiatrie nebo v oboru návykové nemoci či certifikovaným kurzem v oboru návykové nemoci nebo adiktologem s uznanou odbornou způsobilostí. Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému, převažují zdravotničtí pracovníci. Cílová populace: osoby závislé na opiátech, často s přítomností psychických a somatických komplikací (psychiatrická a somatická komorbidita, kriminální anamnéza apod.).

### **5.1. Programy substituční léčby**

Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje při ambulantním nebo lůžkovém zdravotnickém či jiném odborném zařízení nebo zcela samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Statut zdravotnického zařízení je nezbytný (drogy-info [online], 2012).

#### **5.1.1. Personální zabezpečení**

Řízení: program je řízen kvalifikovaným vedoucím lékařem, s nástavbovou atestací v oboru AT nebo s atestací nejméně 1. stupně z psychiatrie, s praxí v oblasti léčby závislostí.

Terapeutický tým: multidisciplinární vzhledem k povaze problému, převažují zdravotničtí pracovníci.

### **5.1.2. Zabezpečení provozu**

Denně v pracovní dny, časový rozvrh bere ohled na možnost účasti pacientů, kteří studují nebo jsou zaměstnaní, výdej metadonu je zajištěný i o víkendech.

Zvláštní bezpečnostní požadavky: substituční látka je zabezpečena proti zneužití a zacházení s ní odpovídá zvláštním předpisům. (Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a prováděcí předpisy; vyhláška č. 304/1998 Sb., kterou se stanoví případy, kdy se nevyžaduje povolení k vývozu pomocných látek, podrobnosti o evidenci návykových látek, přípravků a prekursorů).

### **5.1.3. Cílová populace**

Osoby závislé na opiátech, obvykle s dlouhodobou těžkou závislostí, nemotivovaní a neindikovaní pro léčbu orientovanou k abstinenci, zejména riziková intravenózní uživatelé a ti, u nichž léčba orientovaná k abstinenci opakovaně selhala, často s přítomností komplikujících faktorů (psychiatrická a somatická komorbidita, kriminální anamnéza). Doporučení z jiných zařízení je žádoucí, ale nikoliv nezbytné.

### **5.1.4. Zhodnocení stavu pacienta**

Anamnestické údaje jsou odebírány lékařem (nebo sestrou a konzultovány s lékařem) při přijetí pacienta. Anamnéza se průběžně doplňuje, ale nedoporučuje se odebírat anamnestické údaje pouze pomocí dotazníku vyplňovaného pacientem. Používá se jednotný formulář vyplývající ze standardů substituční léčby (viz Metodický pokyn MZ ČR, č. 4 z r. 2001).

Lékařské vyšetření musí být provedeno před nástupem pacienta do programu a obsahuje (drogy-info [online], 2012):

- Komplexní psychiatrické a somatické vyšetření
- Toxikologické vyšetření moče, případně krve
- Základní laboratorní vyšetření
- Vyšetření na HIV, hepatitidy a pohlavně přenosná onemocnění
- V případě potřeby vyšetření na graviditu a další odborné výkony

Další odborná vyšetření a konsilia dalších specialistů jsou dosažitelná.

Komplexní zhodnocení stavu pacienta: je provedeno před zařazením pacienta do programu.

Pro urgentní stavy s předem zajištěnou specializovanou zdravotní péčí je písemně vypracován postup a každý zaměstnanec je proškolen v oblasti kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.

### **5.1.5. Odborná léčebná péče**

Individuální léčebný plán je zpracován lékařem před zařazením pacienta do programu, s ohledem na individuální podmínky, závažnost onemocnění, přítomnost komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální. Zahrnuje farmakologické i nefarmakologické (psychosociální) složky. Léčebný plán je hodnocen podle individuálních potřeb klienta a revidován minimálně 1 x za 3 měsíce.

Podávání, případně předepisování substituční látky: řídí se doporučenými dávkovacími schémata, dávky určuje a upravuje kvalifikovaný ošetřující lékař.

Nefarmakologické (psychosociální) složky jako strukturované aktivity poradenské, psychoterapeutické a rehabilitační mohou být zajištěny dohodou s jiným pracovištěm či organizací.

Monitorování léčebného procesu je zajištěno tak, že každý pacient má určeného lékaře, odpovědného za vedení případu, který hodnotí stav pacienta a plnění léčebného plánu. Doporučuje se, aby pacient měl svého garanta v psychosociální složce programu, klíčovým pracovníkem je však ošetřující lékař. Každý pacient má být probírán minimálně 1x měsíčně na týmové poradě.

Základní pravidla léčby jsou zpracována písemně a ve srozumitelné podobě přístupná pacientům. Definují klíčové principy, při jejichž porušení dochází zpravidla k přerušení léčby, a stanoví postup při porušení jiných pravidel.

Denní/týdenní léčebný režim je písemně zpracován včetně rozvrhu strukturovaných aktivit, je součástí každého individuálního léčebného plánu.

Pravidelná a náhodná toxikologická vyšetření jsou nezbytnou součástí programu.

Podávání jiných léčiv slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit, a je výhradně v kompetenci lékaře podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.

Nefarmakologické (psychosociální) složky, strukturované aktivity jsou součástí programu podle zhodnocení potřeb a stavu pacienta.

Ambulantní skupinová a individuální terapie a strukturované poradenství - základní terapeutický prostředek psychosociální složky programu, postupy a cíle jsou adekvátní charakteru a délce programu a potřebám pacienta. Vzhledem k různorodosti klientů substitučních programů jsou i cíle různě formulovány. Doporučuje se minimálně volit zaměření ve smyslu orientace na realitu, podpory ve zvládnání problémů a prevence relapsu k ilegálním drogám. Na přiznaný a zpracovaný relaps by se mělo pohlížet jako na účinný faktor terapie.

Stacionární programy - intenzivní strukturované programy denní nebo odpolední, s využitím prvků terapeutické komunity.

Rodinná (případně partnerská) terapie - prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta/klienta.

Sociální práce je prováděna s cílem maximálně stabilizovat sociální podmínky pacienta pro jeho udržení v programu a zlepšit jeho předpoklady k sociální integraci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání).

Prevence relapsu je neoddělitelnou součástí strukturovaných aktivit.

Rehabilitace je poskytována Komplexním programem substituční léčby nebo je zajišťována Základním substitučním programem (viz Metodický pokyn MZ ČR č. 4 z r. 2001).

Chráněné byty pro indikované případy jsou poskytovány v rámci Komplexního programu substituční léčby nebo jsou v rámci Základního programu zajišťovány.

Chráněná pracovní místa mohou být pro indikované případy součástí Komplexního nebo Základního programu substituční léčby, tedy buď poskytovány, nebo zajišťovány.

Jsou zajišťovány doplňkové programy jako například péče o děti pacientů/klientů, informace, poradenství a edukace.

Skupiny pro rodinné příslušníky a partnery pacientů provádí nebo zajišťuje zařízení s cílem poskytnout orientaci v problému závislosti a udržovací substituční léčby, poskytovat emoční a sociální podporu, získávat spolupráci pro cíle léčby, podpořit normální fungování rodiny.

Individuální dokumentace (chorobopis) pacienta eviduje podrobně léčebný proces včetně psychosociální složky programu. Vedle toho je podrobně zaznamenáván průběh společných strukturovaných aktivit (zápisy ze skupin atd.). Veškerá dokumentace s osobními údaji je důvěrná a zabezpečená proti zneužití.

Propouštění pacientů je předem plánováno a připravováno s cílem zabezpečit kontinuitu léčebné péče, buď snížením dávek substituční látky podle doporučených dávkovacích schémat a převedením do následné péče, nebo převedením do odborné péče orientované k abstinenci, vždy je provázeno příslušným doporučením. Substituční program má vypracován písemný postup převedení pacienta do minimální substituční léčby (zdravotnickým zařízením s jinou specializací, zejména praktickým lékařům a lůžkovým zdravotnickým zařízením) s pravidelným hodnocením pacientova zdravotního stavu primárním substitučním centrem.

Plán další péče a resocializace je zpracován při každém propuštění pacienta/klienta, a to i při předčasném ukončení léčby z disciplinárních důvodů, minimálně je pacient/klient srozumitelně informován o potřebě další péče a jsou mu doporučena pracoviště, kde ji může získat. Jsou vypracována pravidla pro opakování léčby.

Fungování multidisciplinárního týmu - týmové porady minimálně 1x týdně, týmové konference minimálně 1x za 3 měsíce. Zápisy z porad jsou přístupné všem členům týmu.

Hodnocení efektivity je prováděno v pravidelných intervalech, minimálně 1x ročně. Pro hodnocení efektivity jsou relevantní tato kritéria: dlouhodobé plnění podmínek programu, procento dočasně a trvale vyřazených, změna zdravotního stavu, změna psychosociálního stavu (a-sociální stabilizace, b-odstup od kriminální kariéry, c-

udržení zaměstnání, d-účast na doplňkových programech), evidence mimořádných událostí a režimových komplikací (drogy-info [online], 2012).

## 5.2. Indikace substituční léčby

Popov a Zábranský (2008) hovoří o adresnosti substituční léčby. Substituční léčba je určena pro závislé na opiátech, kteří:

- prošli neúspěšně léčbou, popř. několika léčbami, nebo pokusy o abstinenci
- mohou a chtějí dodržovat pravidelnou docházku -a pravidla SCP
- souhlasí s odběry biologického materiálu pro účely toxikologického screeningu a kontrolou zdravotního stavu
- nejsou současně v jiném substitučním programu

Metadon je indikován pro klienty, kteří:

- mají tělesnou závislost na opiátech a jejich závislost je dlouhodobá
- aktuálně nechtějí nebo nemohou abstinovat
- jsou tak disciplinovaní, aby nemíchali metadon s jinými drogami včetně alkoholu

Pro koho se metadon nehodí a je vhodnější buprenorfin (např. Ravata, Subutex, Suboxone):

- pro ty, kdo míchají metadon s jinými drogami a riskují tak otravu

Pro koho se hodí spíš Suboxone, než Subutex:

- pro ty, kdo nedokáží přestat s intravenózní aplikací

Pro koho se substituční léčba nehodí a je vhodnější abstinenci léčba v léčebně/komunitě:

- pro ty, kdo nemají tělesnou závislost na heroinu, protože metadon/buprenorfin by jim tělesnou závislost vytvořil
- pro ty, kdo jsou schopni a chtějí abstinovat (abstinence je jasně lepší možností než denně chodit na metadon, nebo brát buprenorfin a být na něm závislý)
- pro ty, jejichž hlavní drogou jiná droga než opiátová (pervitin, benzodiazepiny)

Specifickou skupinou indikovaných osob do substituční léčby jsou těhotné uživatelky opiátů. U malé části uživatelky heroinu je těhotenství impulsem k pokusu o léčbu. Pak se jedná především o detoxikaci a o substituci buprenorfinem a metadonem. Obecně



Ize říci, že těhotenství není u většiny drogově závislých dostatečným podnětem ke změně stereotypů chování.

Heroin a kokain mohou způsobit náhlé úmrtí plodu. Patofyziologické účinky opiátů samotných na těhotnou ženu jsou jen mírné. Mnohem závažnější jsou následky intravenózní aplikace a rizikového chování při shánění drogy a prostředků na drogu. Je prokázána zvýšená incidence infekčních chorob (HIV, hepatitis C, TBC, bakteriální pneumonie) a sexuálně přenosných chorob. Pro gravidní užívatelku drog je důležité dosáhnout stabilní hladiny drogy a snížit tak možnost vzniku fetálních abstinčních příznaků. Vzhledem k tomu, že si musí denně pro metadon docházet, existuje možnost sledovat těhotenství a alespoň částečně je kontrolovat. Matky zařazené do metadonového programu mají lepší prenatální péči a vedou méně rizikový způsob života ve srovnání se závislými na heroinu. Mohou také lépe využívat nefarmakologické složky substituce, jako jsou:

- Psychoterapie
- Psychosociální poradenství
- Poradenství, týkající se volby vhodného zaměstnání, zvyšování kvalifikace apod.
- Ošetrovatelské služby
- Terapie somatických onemocnění
- Fyzioterapie, arteterapie, pracovní terapie apod.

Novorozenci mají vyšší porodní hmotnost a nižší incidenci nitroděložní růstové retardace.

Někteří autoři doporučují podávání metadonu v graviditě ve 2 dávkách po 12 hodinách. Je zdůvodněno tím, že při tomto dávkování není ovlivněno chování plodu. U nás je rozšířeno podávání metadonu po 24 hodinách. Ukončení léčby je nejbezpečnější v průběhu II. trimestru. Do 14. týdne gravidity hrozí spontánní potrat, přerušení léčby ve III. trimestru může vyvolat předčasný porod.

### **5.2.1. Kdy by se neměla substituční léčba užívat**

Substituční léčba může mít i své nežádoucí účinky, nejčastěji však tehdy, pokud se užívá nesprávně a v rozporu s doporučením lékaře. Je důležité vědět, že substituční léčbu byste neměli užívat, jestliže:

- Máte vážné potíže s dechem – substituční léčba ve vyšších dávkách působí tlumivě na dechové centrum, zvláště tehdy, když se užívá s dalšími látkami, které mají podobný účinek. Proto nikdy neužívejte substituční léčbu v kombinaci s alkoholem, benzodiazepiny nebo jinými opioidními látkami – hrozí riziko smrti zadušením.
- Máte vážně poškozená játra – při nesprávném užívání může substituční léčba vyvolat poškození jater nebo ho dále zhoršovat. Současné užívání jiných léků společně se substituční léčbou může také zesilovat nepříznivý účinek substituční léčby na játra, proto byste měli informovat lékaře o všech lécích, které užíváte.

Protože všechny přípravky, které se v rámci substituční léčby užívají, mohou mít při nesprávném užití vážné nežádoucí účinky, nebo dokonce způsobit smrt, měla by být substituční léčba užívána jen podle doporučení lékaře a rozhodně by neměla být poskytována nikomu jinému než řádně registrovanému pacientovi (Popov, Zábranský, 2008).

## 6. SUBSTITUČNÍ LÉČBA V ČESKÉ REPUBLICE

Substituční přípravky jsou v ČR léčebně podávány výhradně orální formou a může je předepsat jakýkoliv lékař bez ohledu na specializaci. Mravčík (2008) uvádí jako jediný substituční přípravek částečně hrazený ze zdravotního pojištění od r. 2010 preparát Suboxone® 8 mg, ale vzhledem k nastavení podmínek k úhradě v praxi stále nedochází. Nákup metadonové substance je hrazen MZ.

V r. 2012 bylo do ČR dovezeno 18,0 kg čisté metadonové substance a distribuováno bylo 4,1 kg buprenorfinu v přípravcích Buprenorphine Alkaloid®, Ravata®, Suboxone® a Subutex®, každý z nich v balení po 7 sublingválních tabletách a ve dvou různých silách 2 mg a 8 mg v jedné tabletě (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013b). Od r. 2008 dochází k nárůstu spotřeby buprenorfinu v kompozitním přípravku Suboxone® obsahujícím kromě buprenorfinu také naloxone.

Od r. 2011 jsou k dispozici dva zdroje údajů o počtu pacientů v substituční léčbě závislosti na opiátech/opioidech.

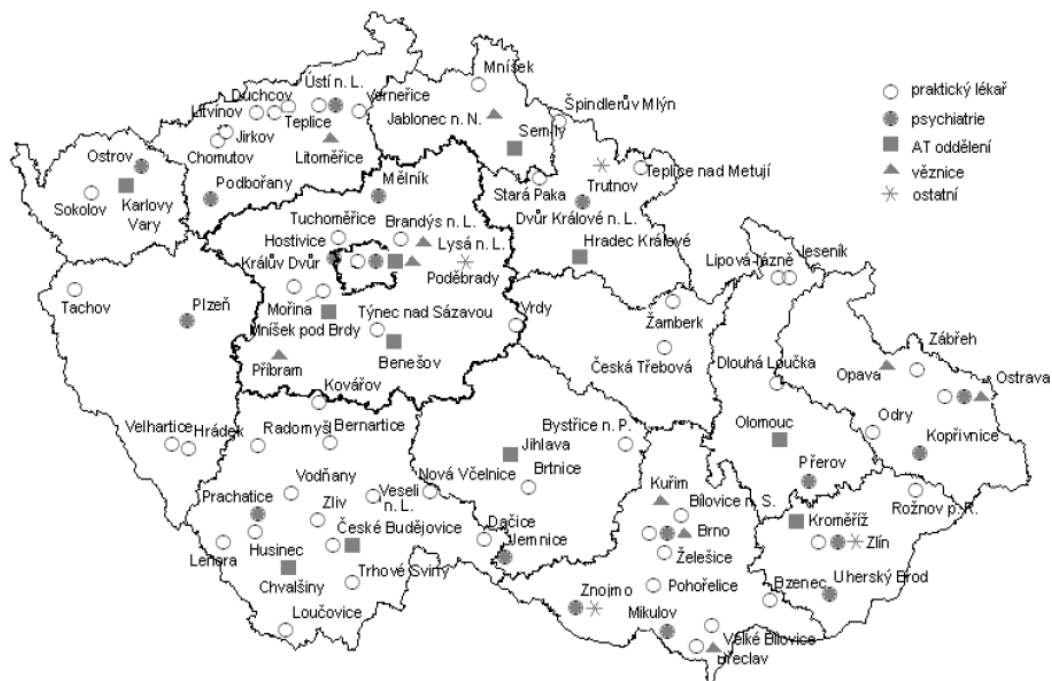
Prvním zdrojem je Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných návykových látek (registr substituční léčby, NRULISL), druhým jsou agregované údaje z ročních výkazů o činnosti ambulantních zařízení oboru psychiatrie a oboru praktický lékař pro dospělé (Mravčík, 2008).

### Národní registr substituční léčby

Každý lékař podávající jakoukoliv substituční látku má zákonnou povinnost hlásit údaje o jednotlivých pacientech do NRULISL, který funguje od r. 2000. V r. 2012 nahlásilo pacienty v substituci celkem 59 zdravotnických zařízení.

Jediným krajem bez aktivně hlásícího zařízení stále zůstává Pardubický kraj.

*Síť registrovaných zdravotnických zařízení v elektronické aplikaci NRULISL v r. 2012 (Nechanská, 2013f)*



Během r. 2012 bylo v Registru substituční léčby evidováno 2 298 léčených osob (1 632 mužů a 666 žen). Téměř dvě třetiny těchto osob byly ve věku 30–39 let a čtvrtina ve věku 20–29 let. Průměrný věk léčených osob byl ve sledovaném roce 32,8 let. Nejvíce léčených osob bylo z Prahy (41 %), dále ze Středočeského (17 %), Ústeckého (15 %) a Jihomoravského (6 %) kraje. V r. 2012 bylo 1641 (71 %) osob hlášených v registru léčeno buprenorfinem, zbylých 657 osob bylo léčeno metadonem (Nechanská, 2013f)

*Vývoj léčených osob, nahlášených a ukončených případů léčby v NRULISL v l. 2000 – 2012 podle pohlaví (Nechanská, 2013f)*

| Rok  | Počet aktivně hlásících zařízení | Počet léčených osob |      |        |           |               | Počet zahájených léčebných epizod |      |        | Počet ukončených léčebných epizod |      |        |
|------|----------------------------------|---------------------|------|--------|-----------|---------------|-----------------------------------|------|--------|-----------------------------------|------|--------|
|      |                                  | Muži                | Ženy | Celkem | z toho    |               | Muži                              | Ženy | Celkem | Muži                              | Ženy | Celkem |
|      |                                  |                     |      |        | metadonem | buprenorfinem |                                   |      |        |                                   |      |        |
| 2000 | 7                                | 173                 | 72   | 245    | 245       | 0             | 207                               | 86   | 293    | 72                                | 30   | 102    |
| 2001 | 8                                | 369                 | 164  | 533    | 510       | 23            | 374                               | 167  | 541    | 261                               | 107  | 368    |
| 2002 | 8                                | 393                 | 167  | 560    | 511       | 49            | 265                               | 106  | 371    | 265                               | 110  | 375    |
| 2003 | 8                                | 557                 | 232  | 789    | 520       | 269           | 499                               | 183  | 682    | 345                               | 115  | 460    |
| 2004 | 8                                | 605                 | 261  | 866    | 546       | 320           | 375                               | 136  | 511    | 430                               | 159  | 589    |
| 2005 | 9                                | 578                 | 247  | 825    | 571       | 254           | 438                               | 150  | 588    | 395                               | 135  | 530    |
| 2006 | 12                               | 652                 | 286  | 938    | 586       | 352           | 455                               | 175  | 630    | 378                               | 145  | 523    |
| 2007 | 13                               | 719                 | 319  | 1 038  | 605       | 433           | 403                               | 157  | 560    | 378                               | 143  | 521    |
| 2008 | 24                               | 949                 | 407  | 1 356  | 689       | 667           | 621                               | 266  | 887    | 389                               | 179  | 568    |
| 2009 | 34                               | 1 089               | 466  | 1 555  | 686       | 869           | 530                               | 225  | 755    | 354                               | 154  | 508    |
| 2010 | 45                               | 1 500               | 613  | 2 113  | 744       | 1 369         | 830                               | 330  | 1 160  | 445                               | 170  | 615    |
| 2011 | 55                               | 1 621               | 669  | 2 290  | 667       | 1 623         | 787                               | 293  | 1 080  | 622                               | 211  | 833    |
| 2012 | 59                               | 1 632               | 666  | 2 298  | 657       | 1 641         | 612                               | 234  | 846    | 482                               | 189  | 671    |

V r. 2012 se u nově nahlášených klientů začaly podrobně sledovat všechny drogy užívané klientem při zahájení léčby. Nejužívanější látkou byl heroin (48 %), dále buprenorfin získaný z černého trhu (32 %), pervitin (22 %) a předepsaný buprenorfin nebo metadon (20 %).

#### Agregovaná hlášení o substituční léčbě v ambulancích psychiatrů a praktických lékařů

V r. 2012 podstoupilo substituční léčbu v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů pro dospělé celkem 3548 pacientů. Substituční léčbu vykazalo celkem 56 psychiatrických ambulantních zařízení a byla poskytnuta 2357 pacientům (1609 mužů a 748 žen). Více než 90 % těchto pacientů bylo ve věku 20–39 let, 9 % ve věku 40–64 let a necelé 1 % ve věku 15–19 let. Dále substituční léčbu nahlásilo 316 ordinací praktických lékařů, kteří dohromady léčili 1191 osob (748 mužů a 443 žen). Většina praktických lékařů měla v péči jednoho pacienta, pouze 3 léčili 2–5 pacientů (Nechanská, 2013f)

*Substituční léčba závislosti na opiátech/opioidech v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů pro dospělé v l. 2011–2012 (Nechanská, 2013f)*

| Rok  | Psychiatrické ordinace |      |        |                | Ordinace praktických lékařů pro dospělé |      |        |                |
|------|------------------------|------|--------|----------------|---|------|--------|----------------|
|      | Počet pacientů         |      |        | Počet zařízení | Počet pacientů                          |      |        | Počet zařízení |
|      | Muži                   | Ženy | Celkem |                | Muži                                    | Ženy | Celkem |                |
| 2011 | 1 900                  | 886  | 2 786  | 67             | 776                                     | 530  | 1 306  | 357            |
| 2012 | 1 609                  | 748  | 2 357  | 56             | 748                                     | 443  | 1 191  | 316            |

#### Průzkum mezi lékaři ČR na téma substituční léčby

V listopadu a prosinci 2012 proběhlo pravidelné šetření mezi lékaři v ČR, které každé 2 roky realizuje agentura INRES- SONES a do kterého byla z iniciativy NMS zařazena také baterie otázek na prevalenci problémového užívání drog a patologického hráčství a také na zkušenosti lékařů s poskytováním substituční léčby (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES, 2013a).

Dotazováno bylo celkem 1200 lékařů z celé ČR. Jednalo se o kvótní výběr reprezentativní s ohledem na pohlaví, věk, způsob výkonu lékařského povolání (soukromí a ostatní) a kraj. Rozhovor odmítlo poskytnout 328 lékařů (21,5 % oslovených). Na žádost NMS byl počet praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost navýšen na přibližně dvojnásobek jejich reálného zastoupení

v populaci lékařů ČR z důvodu prevalenčních odhadů problémových uživatelů drog. Soubor tedy nelze považovat za reprezentativní z hlediska odbornosti lékaře.

Celkem 40 lékařů (3,3 %) z celého vzorku uvedlo, že poskytuje substituční léčbu závislosti na opiátech celkem 280 pacientům s průměrem 7,0 pacientů na předepisujícího lékaře a 0,2 na jednoho lékaře.

*Lékaři poskytující substituci a počet pacientů v substituci v průzkumu Lékaři České republiky 2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES, 2013a)*

| Odbornost                         | Celkem ve vzorku | Poskytuje substituci |            | Počet pacientů v substituci |                                |                          |
|-----------------------------------|------------------|----------------------|------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|
|                                   |                  | Počet                | %          | Celkem                      | Průměr na předepisující lékaře | Průměr na všechny lékaře |
| Praktický lékař pro dospělé       | 341              | 22                   | 6,5        | 87                          | 4,0                            | 0,26                     |
| Praktický lékař pro děti a dorost | 210              | 5                    | 2,4        | 17                          | 3,4                            | 0,08                     |
| Gynekologie, porodnictví          | 159              | 2                    | 1,3        | 13                          | 6,5                            | 0,08                     |
| Chirurgie                         | 99               | 4                    | 4,0        | 54                          | 13,5                           | 0,55                     |
| Interna                           | 87               | 1                    | 1,1        | 10                          | 10,0                           | 0,11                     |
| Psychiatrie                       | 6                | 1                    | 16,7       | 2                           | 2,0                            | 0,33                     |
| Ostatní*                          | 298              | 5                    | 1,7        | 97                          | 19,4                           | 0,33                     |
| <b>Celkem</b>                     | <b>1 200</b>     | <b>40</b>            | <b>3,3</b> | <b>280</b>                  | <b>7,0</b>                     | <b>0,23</b>              |

*Pozn.: Mezi nimi je 1 onkolog a 2 ortopedové, kteří předepsali „preparát v rámci substituční léčby závislosti na opiátech/opioidech“ celkem 94 pacientům – nelze vyloučit, že se jedná o léčbu bolesti preparátem obsahujícím buprenorfin.*

Zjištěné podíly předepisujících lékařů podle odborností i průměrný počet pacientů v substituci na lékaře korespondují s výsledky stejného průzkumu z r. 2010.

Vzhledem ke struktuře výzkumného souboru a výsledkům podle odborností byl odhad počtu pacientů v substituční léčbě v ČR proveden pouze u praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost – výsledky z výběrového souboru byly extrapolovány na celkový počet 5290 praktických lékařů pro dospělé (Chudobová, 2013) a 2075 ambulantních praktických lékařů pro děti a dorost v ČR v r. 2012 (Marková, 2013).

*Odhad počtu pacientů v opiátové substituční léčbě u praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost v r. 2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES, 2013a)*

| Pohlaví | Ukazatel           | Praktičtí lékaři pro dospělé |               |                                    | Praktičtí lékaři pro děti a dorost |               |                                    |
|---------|--------------------|------------------------------|---------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------|------------------------------------|
|         |                    | Celkem pacientů v léčbě      | z toho        |                                    | Celkem pacientů v léčbě            | z toho        |                                    |
|         |                    |                              | buprenorfinem | kombinací buprenorfinu s naloxonem |                                    | buprenorfinem | kombinací buprenorfinu s naloxonem |
| Muži    | Střední hodnota    | 621                          | 465           | 171                                | 118                                | 0             | 94                                 |
|         | 95% CI – dolní mez | 158                          | 34            | 13                                 | 0                                  | –             | 0                                  |
|         | 95% CI – horní mez | 1 083                        | 897           | 328                                | 310                                | –             | 280                                |
| Ženy    | Střední hodnota    | 729                          | 527           | 186                                | 71                                 | 35            | 24                                 |
|         | 95% CI – dolní mez | 208                          | 78            | 0                                  | 0                                  | 0             | 0                                  |
|         | 95% CI – horní mez | 1 250                        | 977           | 448                                | 144                                | 87            | 70                                 |
| Celkem  | Střední hodnota    | 1 350                        | 993           | 357                                | 189                                | 35            | 118                                |
|         | 95% CI – dolní mez | 455                          | 192           | 0                                  | 0                                  | 0             | 0                                  |
|         | 95% CI – horní mez | 2 244                        | 1793          | 747                                | 436                                | 87            | 351                                |

Lze odhadnout, že v r. 2012 přibližně 340 praktických lékařů pro dospělé a 50 praktických lékařů pro děti a dorost poskytovalo substituční léčbu preparáty na bázi buprenorfinu 1350 a 190 pacientům, dohromady tedy přibližně 1500 pacientům. Oproti r. 2010 se zvýšil odhadovaný počet předepisujících lékařů a podíl kompozitního preparátu s naloxonem (Suboxone®); odhadovaný počet pacientů u praktických lékařů pro dospělé (v r. 2010 nebyl proveden odhad za lékaře pro děti a dorost) zůstal stejný (800 až 1300 pacientů v r. 2010). V obdobném průzkumu z r. 2007 bylo odhadnuto 240 praktických lékařů předepisujících Subutex® 1360 pacientům a 150 psychiatrů předepisujících Subutex® 3000 pacientům – viz VZ 2007. Odhad 1350 pacientů na substituci u praktických lékařů dobře koresponduje s údaji z agregovaného hlášení ÚZIS.

Další otázky v průzkumu se týkaly hlášení do NRULISL. Z odpovědí vyplývá, že registrováno je 82,5 % lékařů poskytujících substituci, což je více než v r. 2010 (71,0 %). Také míra individuálních hlášení pacientů do registru se oproti r. 2010 zvýšila – např. v r. 2010 hlásilo vždy 35,5 % lékařů poskytujících substituční léčbu.

*Registrace v NRULISL a hlášení pacientů do NRULISL v průzkumu Lékaři České republiky v 2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES, 2013a)*

| Odbornost                            | Počet lékařů<br>poskytujících<br>substituci | Registrován<br>v NRULISL |             | Hlásí do NRULISL |             |           |             |          |             |
|--------------------------------------|---|--------------------------|-------------|------------------|-------------|-----------|-------------|----------|-------------|
|                                      |   | Počet                    | %           | Vždy             |             | Někdy     |             | Nikdy    |             |
|                                      |   |                          |             | Počet            | %           | Počet     | %           | Počet    | %           |
| Praktický lékař<br>pro dospělé       | 22  | 21                       | 95,5        | 13               | 59,1        | 7         | 31,8        | 2        | 9,1         |
| Praktický lékař<br>pro děti a dorost | 5   | 3                        | 60,0        | 1                | 20,0        | 2         | 40,0        | 2        | 40,0        |
| Gynekologie,<br>porodnictví          | 2   | 2                        | 100,0       | 2                | 100,0       | 0         | 0,0         | 0        | 0,0         |
| Chirurgie                            | 4   | 1                        | 25,0        | 0                | 0,0         | 1         | 25,0        | 3        | 75,0        |
| Interna                              | 1   | 1                        | 100,0       | 0                | 0,0         | 1         | 100,0       | 0        | 0,0         |
| Psychiatrie                          | 1   | 1                        | 100,0       | 0                | 0,0         | 1         | 100,0       | 0        | 0,0         |
| Ostatní                              | 5   | 4                        | 80,0        | 2                | 40,0        | 2         | 40,0        | 1        | 20,0        |
| <b>Celkem</b>                        | <b>40</b>                                   | <b>33</b>                | <b>82,5</b> | <b>18</b>        | <b>45,0</b> | <b>14</b> | <b>35,0</b> | <b>8</b> | <b>20,0</b> |



## 7. ADIKTOLOGICKÉ SLUŽBY V HLAVNÍM MĚSTĚ

Specializovaná adiktologická péče má několik rovin a typů, což vyplývá z různých charakterů služeb, z přítomnosti několika zákonných rámců, z prostředí jejich poskytování a různorodostí odborností, které se při péči o uživatele návykových látek střetávají (Richterová Těmínová, 2008).

V současné době v praxi rozlišujeme adiktologickou péči zdravotní, členící se dále na adiktologickou péči lékařskou (čili obor návykových nemocí) a adiktologickou péči nelékařskou zdravotnickou (odpovídající profilu nelékařské odbornosti zdravotnického pracovníka adiktologa), a adiktologickou péči prováděnou v programech sociálních služeb, v zařízeních speciálního školství nebo např. ve věznicích. Jednotlivé typy specializované péče vyžadují úzkou vazbu a kombinaci těchto přístupů/perspektiv a v praxi je nutné udržet komplexnost těchto služeb a jejich nedělitelnost. V opačném případě specializované služby zásadně ztrácejí na své efektivitě a přestávají korespondovat s potřebami pacientů a klientů.

Adiktologická péče má charakter specializované péče, jejíž jedinou či dominantní cílovou skupinou jsou klienti a pacienti užívající návykové látky a závislí na návykových látkách. Typy služeb jsou jasně definovány ve Standardech odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. Cílem standardů je mimo jiné stanovit ve veřejném zájmu kritéria péče o problémové uživatele drog a drogově závislé, která se stanou závazná pro všechny poskytovatele odborných služeb. Standardy jsou v rámci procesu certifikace odborné způsobilosti nástrojem pro odborné posouzení kvality služby a institucím, které se podílejí na financování adiktologických služeb, jsou nástrojem pro dohled na úroveň služeb poskytovaných veřejnosti a kontrolu efektivity vynakládání poskytnutých finančních prostředků. Hlavní město Praha (dále je „HMP“) přiděluje finanční dotace již od roku 2006 pouze certifikovaným službám (Richterová Těmínová, 2008).

Ve všech typech adiktologické péče se výrazně a úspěšně prosazují absolventi studia speciální pedagogiky.

*Přehled adiktologických služeb v hlavním městě Praze - viz příloha č. 1*

## 8. SUBSTITUČNÍ LÉČBA V HLAVNÍM MĚSTĚ

### 8.1. Specializovaná centra

#### 8.1.1. DROP IN, o.p.s.

| Organizace  | Název služby   |
|---|--|
| Středisko prevence a léčby drogových závislostí - DROP IN, o.p.s. | Centrum metadonové substituce a ambulantní detoxifikace Na Bulovce, DROP IN (dále jen „CMS 1“) |

#### Informace o službách<sup>3</sup>

CMS 1 funguje jako psychiatrická ambulance s rozšířeným působením vzhledem k přidružené substituci metadonového a buprenorfinového typu.

Výdejní doba programu je v nonstop provozním modu s výdejní dobou rozšířenou i na víkendy i svátky. Vzhledem k této skutečnosti jsou poskytovány všechny základní zdravotní a sociální služby programu. V oblasti sociální práce jde především o základní, ale také odborné sociálního poradenství a skupinová terapie.

Zlepšilo se také provádění testů na syfilis, testy na přítomnost drog, ale zároveň se také zvýšil počet testů na virová onemocnění, HIV, VHC a VHB.

V dlouhodobém horizontu nejsou zaznamenány nijak významné výkyvy v populaci intravenózních uživatelů drog, žen i mužů. V průběhu roku 2013 se počet klientů, kteří docházeli v aktivní denní docházce do programu, jen mírně zvýšil. Ze 165 se zvýšil počet klientů na 166. Zde se pravděpodobně projevil dopad prezidentské amnestie ze začátku ledna 2013, kdy bylo klientům umožněno vrátit se z výkonu trestu odnětí svobody zpět do programu.

V posledních dvou měsících roku 2013 došlo k vyššímu počtu vyloučení klientů z programu pro nesplnění podmínek kontraktu s programem.

Průměrný věk klientů se pohybuje okolo 37 let (průměrný věk u mužské části klientely se pohyboval 38 let a průměrný věk u ženské části se pohyboval 33 let), což poukazuje

<sup>3</sup> Informace ze závěrečných zpráv za rok 2013

na to, že dochází k postupnému stárnutí klientely zapojené do substitučního programu s tím, že v současné době se vyskytuje v denní docházce 14 klientů starších 50 let. Zároveň došlo i k prodloužení setrvání jednotlivých klientů v programu na 368 dnů oproti 350 dnům předchozího období.

U klientely nízkoprahového programu se objevilo 161 klientů substituovaných metadonem a 5 klientů s preskripcí substitučního preparátu. Oproti stejnému období loňského roku došlo ke snížení počtu uživatelů, kteří ilegálně zneužívají Subutex.

Vstupním místem a základním filtrem je Nízkoprahové středisko Drop In a ostatní kontaktní centra spolupracujících organizací. Detoxifikace křížových závislostí je i nadále stejně jako v minulých letech zajišťována VFN v Praze.

Navazujícím programem nízkoprahového substitučního programu je vysokoprahový program Centrum metadonové substituce Praha 2, kdy pro motivované a úspěšné klienty představuje další krok k úspěšné a dlouhodobé socializaci klienta v běžné socializaci.

V rámci péče o gravidní ženy závislé na opiátech je dobrá spolupráce s FN Motol, ale v poslední době, zřejmě i díky silným ročníkům, máme problémy s umístěním těchto rodiček v gynekologicko- porodnickém zařízení. Péči o matky formou intenzivního stacionáře pro nás zajišťuje nadále Centrum pro rodinu DROP IN (Veselý, 2014).

| Organizace  | Název služby   |
|---|--|
| Středisko prevence a léčby drogových závislostí - DROP IN, o.p.s. | Centrum metadonové substituce Praha 2<br>DROP IN o.p.s. (dále jen „CMS 2“) |

#### Informace o službě

Zdravotnické zařízení – psychiatrická ambulance s rozšířeným působením vzhledem k připojenému provozu metadonové a buprenorfinové substituce. Provoz metadonové a buprenorfinové substituce je provozován v modu vysokoprahového režimu pro klienty, kteří úspěšně dokončili nízkoprahový substituční program a v rámci běžného režimu se úspěšně a dobře resocializovali zpět do běžné společnosti. Vysokoprahové nastavení substitučního programu motivuje klienty k získání legální pracovní smlouvy a následně k udržení stabilního zaměstnání. Zároveň je do programu zapojena i velice

specifická klientela, skupina uživatelů matek a těhotných s diagnostikovanou závislostí na opiátech.

V rámci tohoto vysoce specifického programu byl v období února 2013 v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze zřízen podprogram, který je určen pro VIP klienty vysokopražového substitučního metadonového programu. Jedná se o klientelu, která se velice úspěšně zapojila do režimu běžné společnosti a splnila veškeré podmínky kontraktu mezi klienty a zdravotnickým zařízením.

V dlouhodobém horizontu nedochází k žádné zásadní změně v případě cílové klientely v aktivní docházce programu. Cílová populace se nadále rekrutuje z úspěšných klientů nízkopražových substitučních programů a spolupracujících substitučních programů.

V rámci programu nadále funguje rozšířená kapacita programu vzhledem k tomu, že v současné době je v aktivní docházce 118 klientů.

Průměrný věk klientů v aktivní docházce se v roce 2013 se oproti předešlému období zvýšil z 35 let na 36 let (průměrný věk u mužské části klientely se pohyboval 37 let a ženské části klientely se pohyboval 34 let). Tento fakt svědčí o tom, že v rámci sledovaného segmentu drogové klientely dochází k jeho stárnutí. V průběhu roku 2013 bylo v aktivní docházce okolo 18 klientů starších 50 let, což představuje navýšení o 50 % oproti roku 2012.

Doba setrvání jednotlivých klientů v programu se v roce 2013 snížila z 264 dnů na 268 dnů.

U klientely CMS 2 se objevilo 104 klientů substituovaných metadonem a 5 klientů na substituci buprenorfinem, což představuje lehké snížení počtu klientů oproti minulému roku. Počet klientů, kteří ukončili program, byl v roce 2013 vyšší. Došlo k navýšení počtu klientů ze 7 na 25 klientů.

Podmínkou pro přijetí do tohoto CMS 2 je zaměstnanost klientů, která je nyní 90%.

Stejně jako u klientů nízkopražového substitučního programu, tak i klienti CMS 2 začali více využívat služeb v oblasti sociální práce a skupinové terapie. Projevilo se zvýšení počtu testů na přítomnost drog a testů na syfilis a virová onemocnění, HIV, VHC a VHB (Veselý, 2014).

### 8.1.2. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN

| Organizace                                 | Název služby                               |
|--|--|
| Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze | Centrum substituční léčby (dále jen „CSL“) |

#### Informace o službě

Základní aktivity projektu (dle Popova, 2014) zahrnují:

- komplexní vstupní vyšetření před zahájením substituční léčby, indikace k léčbě,
- podávání a výdej substituční látky – metadonu,
- odběr moči pro laboratorní toxikologické vyšetření, hodnocení výsledků,
- vedení dokumentace,
- konzultace s lékařem-psychiatrem dle potřeb pacienta,
- léčbu přidružených duševních poruch (duálních diagnóz), zprostředkování individuální, skupinové nebo rodinné terapie,
- sociální konzultace na přání pacienta, pravidelný kontakt s adiktologem formou individuálních pohovorů, sociální a pracovní poradenství,
- interní dispenzární péči pro všechny pacienty programu,
- doprovodný program – volnočasové sociokulturní a sportovní aktivity.

Metadonová substituční léčba probíhá v Apolináři nepřetržitě od roku 1997. Během roku 2013 nedošlo k významnějším změnám v obsahu výše uvedených aktivit. Pokračuje realizace doprovodného terapeutického programu – sociokulturních a sportovních aktivit pro klienty.

V roce 2013 nedošlo k žádným významnějším změnám. Nadále pokračuje trend stárnutí populace závislých na opiátech, které se projevuje i na klientech tohoto programu. Také retence v programu narůstá.

Pro hodnocení pokroku v terapii a efektivity celého programu jsou používány následující oblasti sledování:

- zdravotní stav pacientů – před vstupem do programu a v jeho průběhu,

- ukončení užívání heroinu a jiných opioidů, postupná abstinence od ostatních ilegálních drog,
- chování v programu, schopnosti dodržování zásad programu, pravidelná docházka, spolupráce s terapeutickým týmem,
- pokrok v individuálním léčebném plánu, aktivní či pasivní účast v psychoterapii.
- Kriminální a jinak rizikové chování,
- sociální stabilizace, přijetí legální formy obživy, schopnost udržet si soustavné zaměstnání, motivace k dalšímu vzdělávání.

Uvedená kritéria jsou hodnocena jednak u každého pacienta programu průběžně (jsou součástí vedené dokumentace), jednak souhrnně nejméně v ročních intervalech formou průřezových šetření (výsledky slouží ke zpracování prezentací na odborných setkáních a výročních zpráv).

Program si udržuje stálou pozici v síti služeb pro drogově závislé, danou mj. jeho vysokoprahovým charakterem. Výsledky, jak co se týče objektivních ukazatelů, tak subjektivních hodnocení samotnými pacienty, jsou i nadále dobré a uspokojující. Přínosem je pokračování externí týmové supervize.

V roce 2013 probíhala úzká spolupráce se Střediskem prevence a léčby drogových závislostí - DROP IN, o.p.s. v rámci jejich projektu „Tvoje šance“, kdy klientům CSL poskytovali intenzivní pomoc při hledání legálního zaměstnání na otevřeném trhu práce, asistenci při změně zaměstnání, možnost zvýšení kvalifikace v rekvalifikačních a jiných kurzech (kurzy anglického jazyka a základních dovedností práce s počítačem) a dále možnost půlročního nácviku pracovních dovedností na pozemku zahrady projektu.

CSL spolupracuje i s ostatními, nejen metadonovými, substitučními programy (Drop In, REMEDIS, CADAS), kde funguje oboustranná prostupnost pro pacienty, hledáme vhodnější typ zařízení pro každého jednotlivého klienta. Možnosti CSL rozšiřuje detoxifikační jednotka fungující v rámci kliniky a TOXI ambulance, která je součástí Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Další spolupracující instituce jsou ostatní metadonové programy v ČR, kontaktní centra, léčebny a terapeutické komunity, oddělení a kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Probační a

mediační služba ČR, Oddělení sociálně právní ochrany dítěte při Městských úřadech aj. Všichni přijatí pacienti jsou hlášeni do Registru žádostí o léčbu hygienické služby a dále do Registru substituční léčby ÚZIS.

Poslední léta trvající absence stomatologické ordinace pro pacienty s infekční virovou hepatitidou. Žádosti o její zajištění zůstávají nevyslyšeny již několik let. Sice se výrazně zlepšil přístup stomatologických ordinací ke klientům, ale i nadále je zkušenost, že pacienti fakta o svém zdravotním stavu (VHC) raději zamlčují, ačkoliv jsou poučeni. To je velmi znepokojivé.

Pacienti setrvávají v programu relativně dlouho, retence v léčbě pomalu roste. Z pacientů, kteří program opouští, stále převažují ti, kteří byli vyloučeni pro opakované porušování pravidel programu – zejména se jedná o užívání ilegálních drog. Věk pacientů i nadále narůstá.

Mezi pacienty stabilně převládají muži (okolo 2/3), většina všech má zkušenosti s nitrožilním užíváním nelegálních opiátů. Naprostá většina pacientů patří mezi uživatele heroínu, někteří přicházejí jako uživatelé „substituce“ z černého trhu. V jejich anamnéze se častěji vyskytuje také pervitin, benzodiazepiny a kanabinoidy.

Objem prováděných výkonů zůstává v porovnání s loňským rokem na přibližně stejné úrovni.

V roce 2013 bylo opět provedeno komplexní interní vyšetření všech nově přijatých i stávajících pacientů, včetně vyšetření na HIV a virové hepatitidy. Většina těchto vyšetření byla provedena v rámci spolupracující interní ambulance Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN, ostatní v rámci jiných zařízení – dle volby pacienta (Popov, 2014)

### 8.1.3. SANANIM

| Organizace | Název služby                             |
|------------|--|
| SANANIM    | CADAS - specializované ambulantní služby |

#### Informace o službě

Ve své závěrečné zprávě z roku 2014 hovoří Minařík o specializovaných ambulantních službách. Programy substituce a ambulantní detoxifikace a program ambulantní psychiatrické péče pro uživatele drog a jejich blízké (dále jen „CADAS“) probíhaly srovnatelně s minulými lety. Tato služba zahájila provoz v roce 2003. IPřetrvává spolupráce s mnoha subjekty v síti služeb. Je nabízena psychiatrická služba klientům, kteří jsou v péči v jiném zařízení specializovaném na uživatele drog a psychiatrickou péči hledají obtížně. Kapacita programu je zcela naplněna.

Jako substituční preparát je používán téměř výhradně SUBOXONE, preparáty s buprenorfinem bez naloxonu je užíván jen tam, kde je SUBOXONE kontraindikován nebo je jinak nevhodný. V roce 2013 byly mimo gravidní klientky čistým buprenorfinem substituovány pouze 2 klientky, v obou případech pro nesnášenlivost kombinovaného preparátu. Ke konci roku se podařilo nasmlouvat a zajistit s VZP úhradu SUBOXONE. Proces zajištění úhrady je komplikovaný, kdy zařízení musí nakoupit preparát a potom jej klientovi prodává a teprve následně je proplacen (po delším časovém období) pojišťovnou. Úhrada je pro klienty samozřejmě velmi motivující a užitečná, pro zařízení to přináší nemálo starosti, administrativní a především finanční zátěže.

V zařízení opět fungovala skupina pro substituční klienty. To jim přináší celou řadu dalších léčebných efektů a psychosociální podporu. Podíl klientů nepojištěných u VZP byl ve sledovaném období 19%.

Cílovou populaci nadále tvoří uživatelé ilegálních drog, typicky opioidů nebo metamfetaminu, často v kombinaci s benzodiazepiny. Přetrvává zájem o léčbu obtíží spojených s abusem alkoholu, obvykle se jedná o klienty, kteří v minulosti užívali nebo užívají v současnosti i jiné psychotropní látky, nejčastěji opioidy nebo pervitin.



Klienti se souběhem závislosti na alkoholu a jiných látkách jsou obvykle v dlouhodobé adiktologické péči. Klienti mají nejčastěji zájem o léčbu averzivními látkami (disulfiram) v kombinaci s poradenstvím, event. podpůrnou psychoterapií.

Těhotné uživatelky a uživatelky a uživatele drog s dětmi jsou přijímány do programu přednostně. Při péči o těhotné uživatelky a uživatele drog s dětmi spolupracuje zařízení s ostatními službami organizace SANANIM, především s Denním stacionářem, Kontaktním centrem, Terénními programy a s dalšími institucemi systému péče v rámci snahy o záchyt a včasnou adiktologickou péči.

Část klientů tvoří cizinci s trvalým pobytem v ČR i bez něj. Přetrvává vysoká míra komorbidních duševních onemocnění, podíl závislých klientů s komorbidním duševním onemocněním je více než 75 %.

Projekt je stabilizovaný, oba programy jsou plně vytížené na maximum své kapacity, noví klienti jsou přijímáni jen omezeně. Poptávka stále převyšuje nabídku, klienty, kteří mají zájem o péči v CADAS, a není je možné přijmout, jsou vedeni v pořadníku, resp. se jim organizace pokouší najít volné kapacity jinde. Regulační poplatky u sociálně slabých klientů zhoršují jejich sociální status, část regulačních poplatků je evidována jako nedobytné dluhy.

### **Programy ambulantní adiktologické a psychiatrické péče**

Zařízení poskytuje v oblasti psychiatrické péče vysoce specializované ambulantní služby zaměřené na skupinu uživatelů drog s komorbidním duševním onemocněním. Komplexnost péče je zajištěna na úrovni systému péče organizace a spolupracujících zařízení.

Zařazení preparátů s averzivním účinkem, anticravingovým efektem mezi léky hrazené z veřejného zdravotního pojištění se jeví jako nezbytné.

### **Substituční a detoxifikační program**

Od 10/2013 nabízíme pojištěncům VZP výdej substitučního preparátu k tíži VZP. Nicméně – nadále platí, že spektrum substitučních preparátů je nedostatečné, jediné registrované pro substituci jsou tablety s obsahem čistého buprenorfinu nebo buprenorfinu s naloxonem.

Pro skutečně efektivní péči bychom potřebovali větší spektrum látek ve více lékových formách, včetně preparátů určených k injekční aplikaci. Hrazení substitučních preparátů z veřejného zdravotního pojištění považujeme za nezbytné, stávající stav osobně hodnotím jako zjevně nemravný.

Spolupráce v síti služeb zůstává shodná se sledovaným obdobím minulých let. Pokrýváme úzce vymezený úsek péče o uživatele drog a intenzivně spolupracujeme s dalšími zařízeními systému péče o drogově závislé. Komplexnost péče o klienta je tak zajištěna spoluprací více zařízení. Nejčastějšími partnery jsou jiná zařízení systému péče o drogově závislé a ordinace, které se specializují na péči o somatické komplikace uživatelů drog.

Hepatologickým ambulancím CADAS nabízí možnost jednorázových konziliárních vyšetření před zařazením klientů do programu protivirové léčby interferonem pro chronickou virovou žloutenku typu B nebo C.

Zajišťujeme také psychiatrickou péči o klienty obou terapeutických komunit o. s. SANANIM. Do psychiatrické péče přijímáme také rodiče a blízké uživatelů drog, na péči obvykle spolupracujeme s Poradnou pro rodiče SANANIM.

Klienti uživatelé drog jsou hlášeni do registru střediska drogové epidemiologie při Hygienické stanici hl. m. Prahy a do Národního registru lékařsky indikovaných substitučních látek ÚZIS.

Nejvýznamnější nedostatek stávající sítě je její nedostatečná kapacita, uživatelé drog jako pacienti stojí stále na okraji zájmu lékařů i zdravotních pojišťoven.

### **Zhodnocení vývoje klientely, počtu klientů a výkonů**

#### **Celkové údaje o službách CADAS**

| <b>Položka</b>          | <b>2012</b> | <b>2013</b> | <b>Změna</b> |
|-------------------------|-------------|-------------|--------------|
| Počet klientů           | 384         | 441         | +15%         |
| Individuální terapie    | 976         | 1073        | +10%         |
| Sociální práce          | 778         | 1043        | +34%         |
| Psychiatrické vyšetření | 3391        | 3919        | +16%         |

Výkonnost byla v letošním roce vysoká, kapacita programu je přeplněna. Navýšení počtu klientů odpovídá i navýšení počtu výkonů v oblasti sociální práce a psychiatrických vyšetření a individuální terapie.

Klientela je velmi náročná, především v oblasti duálních dg. ale i sociální problematiky – tomu odpovídá i výraznější nárůst výkonnosti než nárůst počtu klientů. Nárůst do značné míry souvisí s přijetím nových, nestabilizovaných klientů do programu substituční léčby, se kterými se pracuje zaměrem stabilizace stavu.

Celkem 14 klientů bylo přijato v souvislosti s otevřením psychoterapeutické skupiny – obvykle se jednalo o uživatele přijaté přímo z ulice, tito klienti tedy čerpají značné množství sociální i psychiatrické a psychoterapeutické péče.

Klienti užívající syntetické drogy se objevují se závažnými psychickými obtížemi, které jsou obtížně ovlivnitelné farmako – či psychoterapeuticky. I když se jedná o jednotlivé klienty, zdá se, že tato skupina je specifická, co se týče problémů i péče.

### **Programy ambulantní psychiatrické léčby**

Program ambulantní psychiatrické a adiktologické péče probíhal bez pozoruhodností. Přetrvává zájem o léčbu problémů způsobených alkoholem. Stále se většinou jedná o primárně drogovou klientelu, která začala mít problémy s alkoholem poté, co přestala brát drogy nebo jejich abusus omezila (celkem 11 klientů). Alkohol pak plní roli spouštěče, který je vrací zpět k abusu nelegálních látek, a ty pak zpětně k nadužívání alkoholu.

Zajímavé je, že klienti mají větší zájem o ambulantní léčbu averzivními látkami (disulfiram) než o novou odvykací léčbu ústavní. Klienti, kteří primárně mají problémy s abusem alkoholu a nejedná se o uživatele drog (aktivní i exusery) jsou oproti úvodní skupině mnohem méně obvyklí. V loňském roce se jednalo jen o 7 klientů.

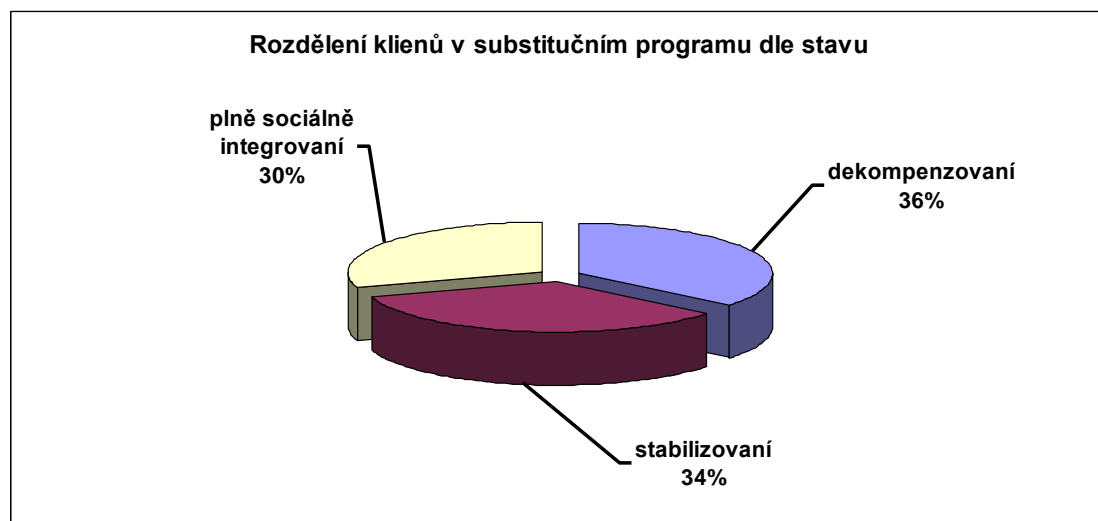
### **Substituční a detoxifikační program**

Počet substitučních klientů mírně stoupá, ve druhém pololetí 2013 byla postupně přijata skupina klientů přímo z ulice s podmínkou docházky do opětovně zahájené skupinové psychoterapie a s dlouhodobým plánem tyto klienty stabilizovat a buď motivovat k plné abstinenci, nebo rozšířit jádro stabilizovaných klientů v substituční

lčbě. Průběh programu je standardní, kapacita je dlouhodobě naplněna, bezodkladně jsou přijímány gravidní a obvykle také rodiče s dětmi, preferenčně pak klienti, u kterých existuje riziko z prodlení, jako relapsy v časném stadiu, jinak sociálně stabilizované, klienti vracející se z jiného substitučního programu či z ciziny. Ostatní klienti jsou spíše přijímáni do pořadníku.

Níže uvedený graf ukazuje rozložení klientů v substituční léčbě. Většina klientů je na tom z pohledu fungování poměrně dobře, takřka  $\frac{3}{4}$  klientů patří do nejvyšší kategorie sociálně integrovaných anebo jsou alespoň stabilizovaní. Pouze asi  $\frac{1}{4}$  klientů se nachází v kategorii klientů dekompenzovaných. Obvykle se jedná o klienty, kteří program zahájili v posledním  $\frac{1}{2}$  roce.

### Graf. Klienti substitučního programu



Z informací od klientů se jeví, že „legal highs“<sup>4</sup> jsou standardní součástí spektra užívaných látek, mezi nově přijatými klienty registrujeme už i pravidelné uživatele těchto látek, u kterých jsou tyto látky hlavní užívanou drogou (Minařík, 2014).

<sup>4</sup> Legální drogy, nebo častěji, jsou **legální opojení**, jsou ty látky, které nejsou výslovně zakázány v mnoha mezinárodních jurisdikcích, jako např. alkohol, ale také celá řada dalších léků, které mají omamné nebo anestetické vedlejší účinky.

#### 8.1.4. REMEDIS s.r.o.

| Organizace     | Název služby                      |
|----------------|-----------------------------------|
| REMEDIS s.r.o. | Program substituční léčby Remedis |

#### Informace o službě

##### **Cíle projektu**

Poskytování komplexu služeb - somatické a psychiatrické zdravotní péče a substituční léčby (dále jen „SL“) včetně její psychosociální komponenty klientům se závislostí na opioidech. Tyto služby jsou poskytovány jak klientům doporučeným z center sekundární prevence závislostí z Prahy a okolí (K centra apod.), která nedisponují zdravotnickými službami, tak klientům, kteří kontaktují zařízení přímo. Těchto klientů je v současné době většina (popisuje ve své zprávě *Ambulantní léčba osob závislých na návykových látkách* Řehák, 2014).

Prostřednictvím navázání kvalitního vztahu mezi klientem na straně jedné a lékařem, terapeutem či dalším intervenujícím pracovníkem na straně druhé, jsou klienti motivováni ke změně životního stylu, k vyšetření a léčbě somatických chorob spojených s užíváním návykových látek a k prevenci dalších postižení či progresu chorob již existujících. Bývá postupováno systémem dílčích kroků, kdy jsou jednotlivé problémy řešeny dle své závažnosti. Prvním krokem ke stabilizaci klienta a navázání dlouhodobé spolupráce bývá nahrazení ilegální drogy substitučním preparátem. Principy vedení SL vycházejí z platného standardu MZ ČR. Paralelně s programem SL probíhá i ambulantní léčba závislosti.

##### **Cílová skupina**

Program SL REMEDIS je dle počtu evidovaných a léčených klientů největším programem v ČR (Ústav zdravotnických informací MZ ČR). Projekt substituční léčby je určen zejména klientům se závislostí na opioidech (příp. kombinovanou závislostí) se somatickou zdravotní komplikací. V praxi jde o řadu akutních i chronických stavů, které je třeba diagnostikovat, léčit či dispenzarizovat. Naše ambulantní zařízení dispenzarizuje největší soubor pacientů s chronickou infekcí virem hepatitidy C v ČR.

Vzhledem ke kritickému nedostatku zařízení poskytujících SL v Praze a okolí jsou dlouhodobě do programu zařazováni i klienti, u kterých není somatické onemocnění prokázáno, protože není kam závislé klienty předat k další péči. SL je poskytována 250 - 300 takto charakterizovaným klientům. Důležitými faktory jsou nízkoprahovost služeb, dokumentovaná závislost na opioidech a základní motivace ke spolupráci. To jsou postačující kritéria k přijetí do programu, dále i skutečnost, že služby jsou poskytovány v běžném zdravotnickém zařízení s minimalizací vytváření rizikového prostředí. V ordinaci je poskytována péče i „běžným“ pacientům s interními chorobami. Za velmi cennou organizace považuje skutečnost, že významná část klientů kontaktuje naše pracoviště na základě příznivé reference přátel nebo známých, což vytváří od počátku dobrý základ pro další spolupráci.

V narůstající míře je též v posledních dvou letech poskytována ambulantní léčba závislosti na stimulantech, zejména metamfetaminu. Velmi významnou skupinou jsou pacienti s polydrogovým usem.

### **Metody práce**

Substituční léčba závislosti na opioidech je ve zdravotnickém zařízení REMEDIS integrální součástí komplexu poskytovaných služeb poradenských (psychosociálních, sociálních) a služeb zdravotnických – interní, gastroenterologické a psychiatrické péče. Veškeré služby jsou poskytovány na jednom místě, mohou být vhodně kombinovány, časovány a individuálně přizpůsobovány potřebám klienta. Vycházejí a plně respektují Standardy SL (MZ ČR) a další evidence-based<sup>5</sup> postupy. Somatické onemocnění komplikující závislost bývá významným prvkem motivujícím ke změně rizikového životního stylu, bezprostřední dostupnost substituční léčby doplněná psychosociální intervencí významně upevňuje terapeutický vztah. Základní metodou práce je v tomto typu zařízení případová práce (case management), jak v oblasti psychosociální, tak somaticko-medicínské. Nosnými aktivitami jsou individuální psychoterapie, jednotlivé typy poradenství dle aktuálních potřeb klienta doplněné u limitované části indikovaných klientů o skupinovou terapii a ekvivalent patientských skupin.

---

<sup>5</sup> Praxe založená na důkazech (Výzkum na základě praxe) je interdisciplinární přístup do klinické praxe zavedený v roce 1992.

Tam, kde existuje dobrá vazba klienta na odesílající nízkoprahové zařízení, může být část navazujících služeb poskytována po dohodě dále v tomto centru.

### **Časový harmonogram**

Služby jsou poskytovány kontinuálně od roku 2003 v prostorách Nuselské polikliniky, v posledních letech v detašované, nově rekonstruované budově, Vladimírova 10 (kolaudace v roce 2007). Provozní doba je každý pracovní den od 7.30 do 19.00, celoročně.

Zařízení REMEDIS přijímá všechny klienty u kterých je daný typ léčby (SL) indikován, neuplatňuje žádná selekční kritéria. V tomto smyslu je bezprahové (Řehák, 2012).

## 9. CESTA KLIENTA

Vzájemně provázené programy a služby, které odpovídají na různé potřeby klienta v různých obdobích jeho cesty k normálnímu životu.

Za základní složky či součásti systému péče se pokládají:

- terénní a nízkoprahové služby,
- ambulantní péče a léčba, včetně intenzivní ambulantní péče v denních stacionářích,
- ústavní detoxifikace a léčba krátkodobá a střednědobá,
- dlouhodobá – rezidenční péče v terapeutických komunitách,
- doléčování včetně chráněného bydlení, chráněné práce apod.,
- dlouhodobé – udržovací substituční programy (drogy-info, 2003).

Aby jednotlivé služby a programy fungovaly jako systém, je nezbytná jejich odborná komplementarita, slučitelnost východisek a cílů, vzájemná informovanost, elementární koordinace, pružné předávání klienta a spolupráce na jeho problémech. Nástroje k vytváření a rozvíjení systému péče jsou např.: průzkum potřeb, plánování služeb, matching (párování potřeb a intervencí), standardy, hodnocení kvality a účinnosti péče, vzdělávání, výcvik a supervize, usnadňování komunikace, koordinační porady apod.

*Institucionální zabezpečení protidrogové politiky v hl. m. Praze ukazuje příloha č. 4*

Příkladem pozitivního posláním substituční léčby může být kazuistika Evžena Holečka. Evžen Holeček (\*1972) začal svou drogovou kariéru ve 14 letech perníkem a braunem a po 10 letech přešel na heroin. Je první lékařsky doložený HIV pozitivní člověk v toxi komunitě v Praze. Dodnes neví, jak se nakazil, ale možná v Holandsku na squatu. Nemoc mu zjistili v půlce 90. let.

Vzhledem k těžké zdravotní komplikaci, kterou HIV+ určitě je, nebyl naprosto motivován k léčbě a abstinenci. V roce 1997 nastoupil do metadonové substituce jako jeden z prvních dvaceti pacientů. Léčba mu sice nedopomohla k abstinenci, ale výrazně zlepšila jeho zdravotní stav a kvalitu života. Evžen se výrazně zapojil do primární prevence na školách. Byly o něm natočeny dokumenty „Život na jehle“ a



„Bojím se tě, světe“. Účinkoval ve spotu „Hudbou proti drogám“ pro MTV a v mnoha dalších filmech.

Evžen se i nadále snaží pomáhat lidem, kteří berou drogy. Spolupracuje s terénními programy Drop In, kde provádí výměnu injekčního materiálu a snaží se pomáhat v různých otázkách života v závislosti (Janyšková, 2009).

## 10. MEZINÁRODNÍ SROVNÁNÍ – DVA PŘÍKLADY

Měl jsem možnost prostudovat dva materiály<sup>6</sup>, které se týkají drogové problematiky v Kaliningradu (Rusko) a ve Švýcarsku. Rád bych zde představil srovnání, které bych nazval „Protidrogová politika a její dopady v odlišných socioekonomických podmínkách“.

### 10.1. Rusko

#### 10.1.1. Kaliningrad

Na sklonku druhé světové války je obsadila Rudá armáda. Až do té doby patřila oblast k Východnímu Prusku. Kaliningrad se stal „zakrytým górodem“, uzavřenou vojenskou oblastí, exklávou Ruska. Do roku 1991 bylo celé okolí nepřístupné i pro sovětské občany, a naprosto nedostupné pro zahraniční návštěvníky.

V Kaliningradě je jediné kontaktní centrum (dále jen „K centrum“) pro drogově závislé. Hlavním lékař tohoto zařízení je dr. Alexandr Anatoljevič Drejzin. Toto jedno kontaktní centrum se stará o toxikomany z celé kaliningradské oblasti, kde žije 1 500 000 obyvatel, (pro srovnání – Praha má přibližně 1,2 mil obyvatel). V centru se provádí HARM REDUCTION, tj. výměnný program stříkaček a jehel, vitamínový a potravinový program. Od 12. 10. 1999 je v provozu první mobilní jednotka pro výměnný program v terénu. Provoz jednotky je hrazen magistrátem a ze Sorosovy nadace. Základní tým pracovníků centra tvoří: psychiatr - vedoucí lékař, dermatovenerolog, gynekolog, neurolog, tři psychologové, speciální pedagogové, zdravotní sestry a sociální pracovnice. Celkem zde pracuje 25 pracovníků – (6 pro město a 19 pro oblast). Péče v centru není poskytována anonymně a není bezplatná. Pokud toxikoman nemá finanční prostředky, upisuje centru svůj majetek.

Statistické údaje o drogově závislých jsou otřesné. V centru je evidováno 1 700 závislých osob. Policie však eviduje 6 000 až 8 000 závislých osob. Podle statistik asi 15 000 osob užívá nějakou ilegální drogu, to je však pouze „špička ledovce“ – 10 % skutečnosti. Ještě daleko kritičtější je situace s HIV pozitivitou. Zatímco k 16. 3. 1996

---

<sup>6</sup> Zdroj: závěrečné zprávy protidrogové koordinátorky HMP ze služebních cest (Janyšková, 2009)

bylo registrováno 22 případů HIV pozitivních, o tři roky později bylo registrováno 3 200 případů. Nejčastější způsob přenosu je injekční jehlou, ale roste i počet případů přenosu při pohlavním styku. Častá je kombinace HIV positivity s hepatitidou typu A nebo B. Všechny prostitutky v Kaliningradu jsou narkomanky a 80 % je HIV pozitivních! Záměrem vedení města je otevřít dům pro HIV pozitivní. Protidrogová politika je nedůsledná, v ekonomických, zdravotních a sociálních podmínkách současného Ruska naprosto selhává!

Nejčastější užívanou drogou mezi klienty K centra je heroin. Na černém trhu se jeho cena pohybuje kolem 100 USD za 1 gram, tj. asi 20 až 22 dávek. V současné době je kurz dolaru a rublu 1:25. Při platech pohybujících se v rozpětí 250 až 600 rublů za měsíc, je heroin velmi drahý. Osmnáctiletý HIV pozitivní toxikoman, který vyprávěl o svém životě, bere 4 až 5 dávek denně, je v péči centra a je bez rozvinutých příznaků AIDS. Chce opustit rodinu a odjet spolu s dalšími čtyřiceti lidmi do pracovního tábora pro toxikomany, kde se ekologicky pěstují zemědělské plodiny.

V Kaliningradě jsou vytvořeny podmínky pro detoxikační jednotky, léčbu i resocializaci drogově závislých, ale naprosto selhává prevence, terénní práce a substituční léčba. Celková kapacita jednoho K centra na oblast je naprosto nedostatečná.

V Kaliningradě se metadonová substituce ani v indikovaných případech nepodává, ale podle názoru vedoucího lékaře to je z odborného hlediska velká chyba. Většina odborníků usiluje o zavedení metadonového programu. Metadon se však do oblasti dostává ilegálně spolu s ostatními drogami. Pokud byly nějaké pokusy o oficiální dodávky metadonu z Německa, pak se ztratil na hranicích a nikdy do K centra nedošel.

Shooting room, tj. aplikační místnost pro bezpečné brání, což je stále diskutovanou službou v Praze, v žádném případě nepřichází v úvahu!

Materiál pro výměnný program není hrazen státem, ale ze sponzorských darů a ze zahraničí a v rámci různých humanitárních pomocí. Například v roce 1998 dostalo centrum 30 000 injekčních stříkaček a 3 000 prezervativů z Německa.

Spolupracujícími organizacemi jsou svépomocné skupiny: AA (Anonymní Alkoholici), AN (Anonymní Narkomani), rodičovské skupiny, AI-Anon.

Drogy ze zahraničí do kaliningradské oblasti přivážejí nejčastěji místní Romové. Ti nesmí vstupovat do města. Žijí za městem ve vesnici, která se jmenuje příznačně Cikanskoe selo. Sem každý den přijíždějí překupníci a toxikomani z Kaliningradu, aby si koupili drogy. Návštěva vesnice opravdu nebyla moc příjemná. Místní dealeři drog byli také závislí. Až na malé výjimky nikdo z vesnice nechodil do školy, téměř všichni jsou negramotní.

## 10.2. Švýcarsko

V roce 1995 bylo uzavřeno v Curychu staré nádraží „Letten“, které po oplocení parku na náměstí „Platz Spitz“ několik let sloužilo jako „oficiální“, tj. tolerované, shromaždiště drogově závislých. Drogově závislí byli vytlačeni z veřejných prostranství. Tím se vlastně do jisté míry uzavřela drogová scéna. Současně však byla přijata řada opatření, jako otevření mnoha větších i menších kontaktních, poradenských a substitučních center.

*Pozitiva protidrogové politiky:*

- věcná veřejná diskuse,
- účinná léčba,
- snížení počtu úmrtí v důsledku užívání drog,
- zvýšený zájem města o drogovou problematiku.

*Negativa současné protidrogové politiky:*

- nedostatečná komunikace mezi jednotlivými subjekty,
- nedokonalá kontrola,
- netolerance společnosti vůči HIV+ a nemocným hepatitidou (chybí profylaxe),
- nezájem médií.

*Nejnáléhavější problémy:*

- reintegrace toxikomanů do společnosti,
- sociální problémy,
- špatné finanční plánování a z toho vyplývající permanentní finanční nejistota subjektů poskytujících péči,
- nedostatečná kontrola efektivity,

- nedokonalá kooperace, která je komplikována konkurenční nevraživostí.

Politické prostředí je v jednotlivých regionech různé, ale dohoda a spolupráce ve všech bodech protidrogové politiky je naprostou nutností. Jednotlivé úřady musí apelovat na solidaritu a interdisciplinární spolupráci. Když se nebude v protidrogové politice nic dělat, bude se odsouvat skupina toxikomanů do psychiatrické oblasti, dojde k byrokratizaci problému a společnost bude stejně nucena zabývat se sociálními a zdravotními aspekty užívání drog. Ve Švýcarsku si uvědomují, že „špatná kvalita péče nás v budoucnosti bude mnoho stát“.

Tento způsob uvažování je ve vyspělých zemích velmi pozitivní a podstatný. Vědomí, že drogové problémy je třeba efektivně řešit a ne před nimi zavírat oči, je základem pozitivních změn.

### **10.2.1. Winterthur - 1**

Winterthur je městem v kantonu Curych a má 100 000 obyvatel.

Pod pojmem stacionář je míněna léčba v komunitě, nejde tedy o *denní* stacionář. Zajímavý byl údaj o průměrném věku drogově závislých, který je 31 až 32 let.

Středisko je hlavně zaměřeno na HARM REDUCTION. Většina klientů užívá drogy v kombinaci, 65% je na metadonu a 6% na heroinu. 80% uživatelů má kontakt s některou sociální institucí, která mu pomáhá při řešení sociálních problémů. Ve středisku je možné i přenocovat. Podle statistik střediska má více jak 50% uživatelů VHC a z toho 22% chronickou, 18% je HIV +. Důsledným zavedením programu HARM REDUCTION se výrazně snížil počet nových případů HIV + narkomanů. To odpovídá i zkušenostem v Praze a ČR.

Ve Winterthuru se uvažuje o rozšíření heroinové substituce (možnost preskripce heroinu praktickými lékaři), zavedení programu dalšího vzdělávání a na základě vypracované koncepce bydlení rozvoj bydlení drogově závislých osob, tzv. doprovodné bydlení a nouzová lůžka.

### 10.2.2. Winterthur – 2

K centrum bylo otevřeno v roce 1992. Obyvatelé dali souhlas až po změně vnímání nebezpečí AIDS, pochopili, že represe nestačí!

Centrum je otevřeno denně od 12 do 19 hodin. Pracují zde speciální pedagogové, psychiatři

a psychologové (5 lidí na 60 % - 80 % úvazku a 5 lidí na 10 % úvazku, tj. 3,9 úvazku, 40 hodin za týden/. Služby jsou vždy ve dvojicích. Nejčastěji služby K centra využívají závislí na heroinu a kokainu. Provádí se výměnný program, je možnost získat potraviny za minimální poplatek (chleba, polévka, čaj zdarma), vykoupat se a vyprat prádlo (za poplatek). Doba pobytu v kontaktní místnosti není omezena. Agrese v kontaktní místnosti se trestá zákazem vstupu na jeden až dva týdny. Místnost se následně uzavře na nezbytnou dobu pro zklidnění situace. Jeden člověk denně může být „zaměstnan“ na tři hodiny v kontaktní místnosti jako služba. Dostane 15 CHF. Je zde nabídka terapie a různých informací o protidrogové a zdravotní prevenci.

Počet HIV+ zůstává v běžné populaci stabilní, zatímco mezi toxikomany stále klesá. Před zavedení metadonové substituce jich bylo 370 a nyní 47, což je interpretováno jako výsledek důsledného provádění výměnného programu.

Většina závislých dostává podporu, ke které si může vydělat až 100,-CHF, které nepodléhají zdanění, což je stimulace k práci. Peníze dostávají hned. Někteří mají invalidní důchod, někteří jsou na podpoře v nezaměstnanosti. Je možná i kombinace obojího v určitém procentuálním zastoupení. Některé věci hradí zdravotní nebo sociální pojišťovny.

Ve Winterthuru je 400 až 500 závislých. Ne všichni docházejí do K centra. V jednom dni jich bylo v K centru nejvíce 80 až 90. Vymění 400 až 500 stříkaček denně. V kontaktní místnosti je zakázáno užívat jakoukoliv drogu, včetně alkoholu. Do K centra smí pouze osoby starší 18 let. Mladší chodí do specializovaných zařízení a péči v nich zprostředkovává K centrum. U těchto klientů je nutná spolupráce s rodiči.

Projekt IKARUS - heroinová substituce má 50 klientů a přísná pravidla:

- věk nad 22 let
- dva roky závislosti na heroinu

- intra venózní užívání
- dvakrát neúspěšná léčba
- dvakrát týdně kontakt s K centrem

Heroin se nedává domů, musí se aplikovat intra venózně v přítomnosti lékaře, je možné dostat tři dávky denně. Pokud dávky nestačí, může dostat ještě metadon. Je velká snaha rozšířit tento projekt.

### 10.2.3. Curych

Náhražky - od pokusu k oficiálnímu řešení

Vývoj náhledu na metadonovou substituci probíhal ve čtyřech etapách. Počátky 80. let se dají charakterizovat jako fundamentalistické. Ve čtvrté fázi, od roku 1994, se pracuje i se sociálními aspekty. Drogová problematika je vnímána jako politicko-sociálně-zdravotní problém. Nejčastěji užívané drogy na drogové scéně jsou heroin, kokain, Extaze a LSD. Cíle terapie jsou čtyři:

- pomoc k přežití
- zdravý život
- abstinence
- úplná abstinence

Aspekty liberální praxe jsou jak kladné, jako nebyrokratičnost, rychlost poskytnuté pomoci, možnost rychlého nástupu do léčby, kontinuální působení na základě analýzy potřeb, tak záporné - mnoho lékařů a mnoho klientů v metadonových programech. Ale platí heslo „Lépe více metadonu než žádný“.

Toxikomani jsou kontrolováni na ulici policií a jsou předáváni do místa trvalého bydliště. Substituci dostane toxikoman jinde pouze tehdy, uvede-li své jméno a kontakt na svého lékaře.

Integrace s abstinencí nebo bez ní?

Substituce probíhá od roku 1979 – metadon; od roku 1993 - heroin (1 200 klientů ve Švýcarsku)

Ve stacionářích je 250 míst a každý rok přibývá až 500 dalších. Sledování vytíženosti slouží jako podklad pro vyhodnocení potřebnosti a pro přidělování finančních prostředků. Podle výzkumu jsou centra využívána na 80 %.

V Curychu je 16 zařízení s jedním ředitelem a jeho zástupcem. Vedoucí center se pravidelně setkávají na koordinačních poradách. Stále zůstává 26 % neintegrováných uživatelů drog a 13 % neintegrováných rodičů.

Vývoj poptávky se liší. V současnosti klesá poptávka po stacionářích, nejsou atraktivní, ztrácejí vliv. Většina uživatelů využívá ambulantní terapii. Poradenská pracoviště jsou populárnější a dostávají také větší finanční podporu.

Statistika uvádí 30 000 drogově závislých, 2 000 z nich je ve stacionářích orientovaných na abstinenci.

Celkové náklady na protidrogovou prevenci byly ve sledovaném roce 147 mil. CHF. Kantony a obce pokrývají 90% všech nákladů.

Pro všechna zařízení je vypracován plán kvalitní péče.

Nedobrovolná léčba v Curychu neexistuje - nucení a závislost se neslučuje!

### **Substituce**

Podmínky přijetí do metadonového centra:

- věk nad 18 let
- schopnost organizovat si vlastní život
- vlastní bydlení
- neúspěšné absolvování jiné léčby
- schopnost pokrytí životních nákladů z vlastních zdrojů

Lékař může na základě individuálních znalostí určit, která z podmínek je prioritní a rozhodující. Všichni lékaři, kteří chtějí poskytovat substituci, musí absolvovat kurz a prokázat se osvědčením, potom může sám rozhodovat o metadonové substituci, aniž by se dostal do rozporu se zákonem nebo předpisy. Každou metadonovou léčbu musí lékař nahlásit na zdravotní odbor (anonymně - pouze iniciály, pohlaví a rok narození).



V Curychu se rozlišují v zásadě dva programy: substituční a abstinenci. Mladiství do 18let nejsou bráni do substitučního programu, ale jsou pohovory motivováni k nastoupení léčby k abstinenci. Výjimku tvoří těhotné dívky, závislí somaticky poškození a HIV+ nebo s AIDS. Na základě působení v ambulantních sociálních, zdravotních nebo pedagogických zařízeních jsou mladiství začleněni do komunit. Léčbu hradí nejčastěji rodina dítěte. Zástupce organizace má právo nahlédnout do daňového přiznání rodičů a podle toho stanovit výši poplatku. Uplatňuje se princip solidarity. Poplatek činí až 200 CHF za den. Většinou se rodiče podílejí na 10 % až 20 % nákladů.

Metadon je jediná droga, u které jsou přesné informace o uživatelích. V Curychu je nejstarší člověk na metadonu, kterému je 60 let. Většina klientů je rozpětí 30 až 35 let. Není tedy pravda to, co tvrdí někteří politici, že drogy jsou záležitostí mládeže. Droga je také sociální problém.

### **Centrum substituce Curych**

V centru je podáván metadon - tablety a roztok - max. 100 mg/den, heroin - tablety (retard) a roztok - max. 18mg/den, morfium a kokain. Všichni klienti jsou zaneseni do počítače - osobní data, adresa, přidělený lékař a psycholog, doba poslední kontroly, zdravotní stav, datum platnosti záznamů a fotografie.

Když klient nepřijde pro svoji dávku, počítač to zaznamená a automaticky dávku sníží. Po třech dnech vynechání se počítač zablokuje, protože není známé, co klient bral na ulici. Prvních půl roku musí klient vše užívat v centru, teprve potom může dostávat tablety domů. Metadon v tabletách dostanou na šest dní a heroin v tabletách na jeden den. S metadonem je kombinován kokain nebo rohypnol. Při nástupu do centra užívá až 80 % klientů kombinaci látek. Všichni se této kombinace zbaví. Kontroly moči na přítomnost drogy jsou pravidelné a namátkové při podezření. Přítomnost cannabinoidů nekontrolují, polovina klientů kouří marihuanu.

Kritéria vyloučení, je-li klient:

- agresivní
- ozbrojen
- dealer

Od roku 1999 je toto zařízení pouze pro ženy, výjimečně pro jejich muže.

Je zde zaměstnáno 10 lidí (4 psychologové, 3 lékaři, 3 administrativní pracovníci). Ve výdeji a v kontaktní a aplikační místnosti se střídá dalších 18 lidí.

Cílem střediska je HARM REDUCTION, socializace a motivace k léčbě.

V **aplikační místnosti** může být najednou pouze šest klientů a jeden dozor. Nesmějí si píchat drogu navzájem, ani ji nesmí píchnout zaměstnanec. Smějí aplikovat pouze drogu získanou v centru.

V první fázi péče musí klient pravidelně chodit 3x denně.

Heroin stojí 15 CHF denně a je jedno, kolik klient dostává.

Při příjmu klient vyplní dotazník a jsou mu provedeny odběry. Tři odborníci se sejdou na tzv. indikační konferenci. Po rozhodnutí a stanovení dávky a plánu práce předají na zdravotní odbor žádost o povolení převzít klienta do péče.

Zajímavá je otevírací doba substitučního centra, která je rozdělena do jednotlivých hodin v průběhu dne tak, aby klient mohl přijít pro své dávky kdykoliv. Po užití dávky většinou klienti odcházejí zpět do zaměstnání.

*Otevírací doba:*

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| <i>pondělí - pátek</i> | <i>sobota - neděle</i> |
| 7:30 - 9:30            | 9:30 – 12:30           |
| 11:45 - 13:15          | 17:00 – 19:30          |
| 16:30 - 19:30          | 20:30 – 22:30          |
| 21:00 – 22:30          |                        |

Terapie je individuální nebo skupinová. Časté jsou duální anamnézy. 70 % žen před nástupem do centra prostituuvalo, aby měly na drogy. Nyní to již není téma, když některá prostituuje, není to kvůli drogám. V centru je 28 % až 30 % klientů HIV+ .

### **Služby a jejich financování**

Pomoc v první fázi zajišťují primárně preventivní programy, soustředěné na práci sociálních a probačních pracovníků. Každý drogově závislý má svého sociálního pracovníka, na kterého je navázán, a tím je zamezena migrace.

Základní otázka je efektivita poskytované péče. Je nutné stanovit nové cíle a vypracovat různé strategie protidrogové prevence, stacionární léčbu poskytovat jen

nejpotřebnějším. Nutnost diference - diferencovaná individuální nabídka péče, stanovená dle konkrétních potřeb klienta. Způsoby protidrogové prevence nesmějí podléhat politickým vlivům, vždy je rozhodující odborný aspekt. Protidrogová pomoc pro každého - poučení z minulosti znamená utváření budoucnosti.

Protidrogová politika Švýcarska je postavena na čtyřech základech:

1. Prevence
2. Terapie
3. Strategie přežití /HARM REDUCTION/
4. Represe

Financování protidrogových aktivit je z různých zdrojů - stát, kanton, obec, sponzoři, církev, odkazy majetku apod.

Zajímavá je funkce tzv. Poručnického úřadu. Tento úřad pracuje pro děti, ale i pro staré občany a pro lidi s drogovým problémem. Pracovníci úřadu mají právo stanovit poručníka, z profesionálních pracovníků nebo rodinných příslušníků lidem, kteří se nejsou, z jakéhokoliv důvodu, schopni o sebe nebo o své dítě starat. Tento stav je uveden v občanském průkaze pro kontrolu např. v bankách.

Ve všech větších městech pracují terénní pracovníci. Často chodí do terénu streetworker s policistou. Policie není v tomto případě vnímána jako nástroj represe, ale součást pomoci. S tím souvisí i povinné vzdělávání policistů, které trvá až 2 roky, a připravuje je na práci v terénu. Streetworkeri nemění stříkačky a jehly v terénu. Pouze kontaktují a motivují k návštěvě K center.

V roce 1999 proběhla ve Švýcarsku dvě referenda, která se týkala drogové problematiky:

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1. Za legalizaci <b>všech</b> drog                                    | 40 % ANO – <b>60 % NE</b> |
| 2. Za uzavření <b>všech</b> K center a zrušení substitučních programů | 45 % ANO – <b>55 % NE</b> |

Situace po uzavření Lettenu vedla ke zklidnění veřejnosti. Je méně úmrtí v souvislosti s užíváním drog. Od roku 1989 velmi vzrostl počet terapeutických zařízení, a to i v soukromých bytech.

Financována protidrogové politiky takto:

|                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| Prevence          | 30 mil. až 35mil. CHF    |
| Strategie přežití | 120 mil. až 200 mil. CHF |
| Terapie           | 220 mil. až 260 mil. CHF |
| Represe           | 500 mil. CHF             |

Represe je nejdražší, ale je obyvatelstvem žádána. K centra jsou městská zařízení, stejně jako noclehárny a „Domy na půl cesty“. Finanční dotace konkrétně přidělené na K centrum Winterthur: 600 tis. CHF ročně dostávají od města a od dvaceti okolních obcí. Musí vždy předložit rozpočet. První tři roky provozu bylo finanční hospodaření velmi přísně kontrolováno. Nyní vypracovávají pouze rámcový rozpočet. Jsou pod veřejnou kontrolou (Janyšková, 2009)

### **10.3. Srovnání přístupu: Švýcarsko - Rusko**

Ve Švýcarsku počet HIV infikovaných prudce klesl, zatímco v Rusku v důsledku nemožnosti provádět výměnný program je stále velmi vysoký. V České republice výměnný program funguje velmi dobře, a proto zde, stejně jako ve Švýcarsku, žije minimum HIV infikovaných.

Zatímco ve Švýcarsku a v ČR jsou adiktologické služby z velké části hrazené státem a městy, v Rusku si léčbu musí hradit sami závislí. Jsou-li nemajetní, upisují se svým majetkem a nemovitostí. Ve Švýcarsku je společnost tak pokroková, že občané v referendu podpořili, aby adiktologické služby byly takto široce pojaté. V Rusku se problematika závislosti se společenskou podporou neseťkává.

V Rusku není metadon k dispozici, zatímco ve Švýcarsku je substituce metadonem i heroinem a v České republice metadonem.

Je tedy patrné, že zásadní roli při vývoji drogové scény hraje ekonomické postavení země, vyspělost ve vnímání problematiky a následná realizace adiktologické péče.

## **11. NÁZOROVÁ MAPA – HLAVNÍ MĚSTO PRAHA**

### **11.1. Výzkumné metody**

Ve svém výzkumu jsem uplatnil kvantitativní výzkumnou metodu. Kvantitativní výzkum se také označuje jako tradiční, pozitivistický, experimentální nebo empiricko-analytický. Zaměřuje se na hledání vztahů mezi dvěma či více proměnnými. Jeho hlavním cílem je ověřování platnosti teorií pomocí testování z těchto teorií vyvozených hypotéz (Disman, 2000).

Za nejvhodnější způsob získávání informací od velkého počtu lidí považuji dotazník. Pomocí dotazníkové metody jsem oslovil co nejpestřejší výběr osob různého věku a vzdělání.

Uzavřené otázky nabízejí několik možných variant odpovědí, ze kterých si dotazovaný vybírá jednu, která se nejvíce blíží jeho názoru. Dotazník obsahuje celkem 8 otázek, z nichž 5 je uzavřených výběrových otázek, 2 škálové a 1 otevřená. Dotazník jsem distribuoval jak papírovou formou, tak i elektronicky skrze email ve formě dotazníku s vpisovatelnými poli.

### **11.2. Přínos pro speciální pedagogiku, zdůvodnění významu tématu**

V nedávné době byla předložena zastupitelstvu hlavního města Prahy petice, která však byla zacílena na úzkou skupinu osob. Obvykle se jednalo o obyvatele městské části, ve které mělo být zřízeno nové centrum adiktologických služeb. Výsledkem těchto šetření byly beze zbytku negativní ohlasy stran nové služby. Tyto výsledky však prezentují pouze kusou informaci o stavu povědomí a názoru laické veřejnosti na tento typ služeb. Průzkumné šetření si klade za cíl získané výsledky podrobit kritice.

### **11.3. Zdůvodnění realizace průzkumného šetření, úvod do problematiky**

V roce 2013 se hodnotila stávající strategie protidrogové politiky hlavního města Prahy, jejíž platnost skončila rokem 2012. Hodnocení situace, splněných a nesplněných úkolů bylo jedním z podstatných úkolů pro vytvoření koncepce, strategie

a akčního plánu na další období. Materiál složený z těchto kapitol byl schválen Radou HMP jako *Protidrogová politika hlavního města Praha na období 2014 až 2020*. Při následném projednávání v Zastupitelstvu HMP se proti materiálu postavili zejména zástupci městských částí, a proto nebyl schválen.

Hlavní námitky byly proti rozvojovým projektům, jako jsou nová substituční centra, kontaktní centra a naprosté zamítnutí kontaktního centra s aplikační místností. Je bez debat, že substituční centra, zejména nízkoprahová, a kontaktní centra jsou zátěží pro lokalitu, v níž jsou umístěna. Na rozdíl od ostatních adiktologických služeb, které jsou poskytovány uživatelům drog v léčbě nebo doléčování, se totiž jedná o práci s akutními uživateli drog, a tedy se přímo předpokládá, že jsou pod vlivem návykové látky. Zejména při kumulaci klientů pak mají obyvatelé okolí zvýšený pocit ohrožení.

Fakta jsou však jasná. Praha má svá specifika jako kompaktnost kraje, z toho vyplývá, že všechny městské části mají stejné problémy. Dále má velký počet obchodních center, kde si velká většina drogově závislých opatřuje krádežemi finanční prostředky na drogy. Praha také poskytuje osobám, které páchají přestupky nebo trestné činy, větší anonymitu než ostatní kraje. Podstatný je také fakt, že Praha je velkým dopravním uzlem, kterým proudí nejen závislé osoby, ale také dealeři drog. Tomu odpovídá prevalenční odhad problémových uživatelů drog (PUD – injekční uživatelé a/nebo dlouhodobí pravidelní uživatelé opiátů či pervitinu). Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti ČR (NMS) stanovil počet PUD žijících v Praze v roce 2012 na 14 600, což odpovídá třetině osob z celkového počtu problémových uživatelů v ČR<sup>7</sup>. Závěry sledování PUD od roku 2010 do roku 2013 jsou jasné (Rozpracování principu spravedlivé distribuce nízkoprahových služeb na území hl. m. Prahy):

- *Věk problémových uživatelů se zvyšuje, což je příznivý trend. Roste počet mládeže, která má opakované zkušenosti s alkoholem, tabákovými výrobky a s konopnými látkami.*
- *Spolu s trvající krizí stoupá počet osob bez práce, a tím se zvyšuje i riziko nárůstu mladých závislých na alkoholových i nealkoholových drogách. Tento nebezpečný trend se odrazil i ve zvýšeném počtu patologických hráčů.*

---

7 Data viz Výroční zpráva o věcech ve stavu drog v České republice za rok 2012

- *Zvyšuje se počet* uživatelů návykových látek bez domova.
- *Zvyšuje se počet* uživatelů návykových látek s diagnostikovanými duševními nemocemi.
- *Snižuje se vzdělání* osob závislých. S tímto trendem souvisí stále obtížnější resocializace a integrace na trh práce.
- *Zhoršuje se zdravotní stav* uživatelů návykových látek. S tímto trendem je spojena předpokládaná vyšší ekonomická zátěž veřejného zdravotního pojištění.
- *Zhoršuje se celková sociální* situace uživatelů návykových látek. Na tento trend je navázána předpokládaná zhoršená kvalita života v HMP nejen cílové skupiny, ale i běžné veřejnosti, viz např. pocit bezpečí.
- *Snižuje se kapacita* ambulantních, substitučních, kontaktních a poradenských adiktologických služeb.
- *Zhoršuje se dostupnost* adiktologických služeb.
- *Obyvatelé měst se nechtějí* smířit s negativními jevy, které souvisejí s problémovým užíváním návykových látek, bezdomovectvím a prostitucí, a reagují pozitivně na zkratkovitá a represivní řešení (Výroční zpráva o věcech ve stavu drog v České republice za rok 2012, 2013)

Ani tato fakta však nevedla komunální politiky k náhledu, že je třeba přijímat taková opatření, aby se situace zlepšila.

Jednou z hlavních příčin, která do jisté míry omezuje schopnost HMP vytvářet celopražskou strategii v oblasti bezdomovectví a protidrogové politiky, je poměrně nízká úroveň racionální spolupráce HMP a správních obvodů městských částí Praha 1–22 jak na úrovni prevence, tak – a to především – na úrovni poskytování sociálních služeb těmto cílovým skupinám. Ideová a politická kontroverznost samotného tématu bezdomovectví či užívání návykových látek, dále pak nerovnoměrné rozmístění služeb pro bezdomovce a osoby ohrožené závislostí na návykových látkách, kdy dotčené MČ nesou materiální i politické náklady na tyto služby, brání racionálnímu přístupu k systémovému řešení.

#### **HMP vychází ze tří základních faktů:**

- počet bezdomovců a uživatelů návykových látek v Praze je objektivní,

viditelný a do určité míry odhadnutelný;

- jiné území než území MČ v Praze neexistuje;
- bezdomovce a uživatele návykových látek nelze z území HMP vytlačit žádným společensky a právně přijatelným způsobem (Rozpracování principu spravedlivé distribuce nízkoprahových služeb na území hl. m. Prahy)

Komunální politik často vnímá problematiku závislostí pouze tehdy, pokud na jeho území funguje otevřená drogová scéna tak masivně, že si na ní stěžují obyvatelé. Tímto prismatem také většinou situaci řeší. Neřeší problém otevřené drogové scény, ale problém stížností občanů. Komunální politik zásadně odmítá, že mezi jeho obyvatele patří i osoby závislé. Chce problém radikálně a rychle řešit, chce vyhovět občanům a zároveň chce být v příštím období znovu zvolen. Většinou proto preferuje represí. Když zjistí, že řešení není zcela jednoduché a rychlé, přenáší odpovědnost na politické představitele HMP, případně ji přesouvá na sousední městské části. Často skloňován je názor, že *„adiktologické služby jsou potřebné, ale jen ne u nás“*.

Ve svém výzkumu jsem se zaměřil na vnímání potřeby rozšíření substitučních center běžnou veřejností. Zajímalo mě, zda odpor deklarovaný politiky je opravdu názorem občanů. Dále mě zajímalo, jak se mění s věkem a s osobní zkušeností s problémem závislosti ve svém okolí.

### **K výzkumu mne vedly následující kauzy:**

Jedná se o reakci radního HMP pro oblast zdravotnictví, sociálních politiky a bydlení doc. Ing. Mgr. Martina Dlouhého, Dr., MSc. na petici občanů z Prahy 4, kteří požadovali, aby všechna protidrogová centra byla umístěna alespoň dva kilometry od škol a školských zařízení. Tomuto výběru dle jeho slov odpovídají pouze čtyři místa v Praze: Klánovický les, záplavová oblast Lahovičky, spalovna Malešice a runway Letiště Ruzyně.<sup>8</sup>

Zástupci všech 57 městských částí HMP byli oficiálním dopisem pražského radního vyzváni, aby v souvislosti se zmiňovanou peticí a s plánováním protidrogové politiky

---

8 Viz příloha č. 5a a 5b



HMP na období 2014-2020 vytypovali místo, kde by mohla být adiktologická služba typu kontaktního nebo substitučního centra. Všechny odpovědi byly zamítavé.<sup>9</sup>

#### **11.4. Výzkumný problém, cíle výzkumného šetření**

Na základě předběžné analýzy současné situace a dosažených poznatků stanovují výzkumné otázky:<sup>10</sup>

- Je názor politiků odrazem skutečného názoru laické veřejnosti?
- Vysloví nezainteresovaná laická veřejnost vyšší míru tolerance?

Stanovil jsem si několik premis.

1/ Postoj nebude shodný s komunálními politiky a většina respondentů bude spíše pro substituční léčbu a pro otevírání dalších substitučních center.

2/ Menšina respondentů by souhlasila s otevřením substitučního centra v blízkosti svého bydliště.

3/ Postoje respondentů budou přímo závislé na věku, vzdělání a zejména na osobní zkušenosti se závislými osobami. Mladší osoby s vyšším vzděláním budou tolerantnější a budou mít více zkušeností se závislostmi i více znalostí o principech substituční léčby. Starší respondenti budou tolerantní pouze tehdy, pokud mají nějakou přímou zkušenost se závislou osobou ve své blízkosti.

#### **11.5. Cíle výzkumného šetření:**

1. Porovnat výsledky výzkumného šetření s předloženými argumenty opírajícími se o realizovanou petici a vysloveným nesouhlasem městských částí.
2. Předložení nového úhlu pohledu společnosti na danou problematiku.

---

9 Viz příloha č. 6

10 Výzkumný problém v sobě nese vyjádřenou otázku na to, co chce výzkumník zjistit (Pelikán, 2007)

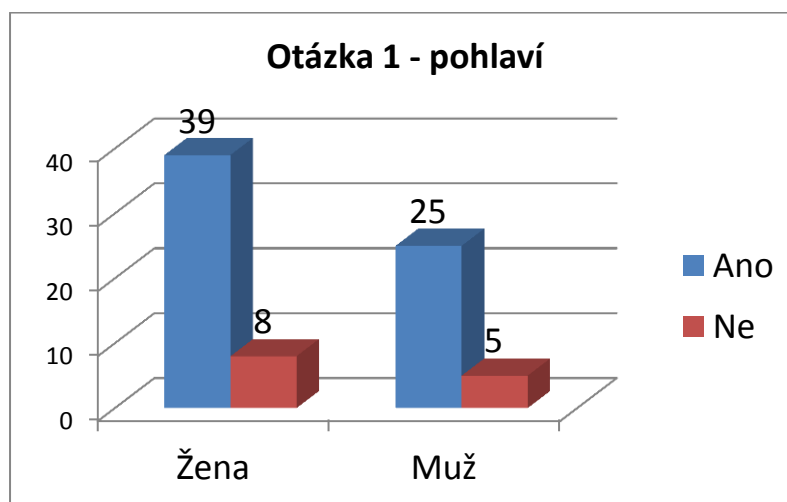
## 12. INTERPRETACE DAT

### 12.1. Otázka 1.

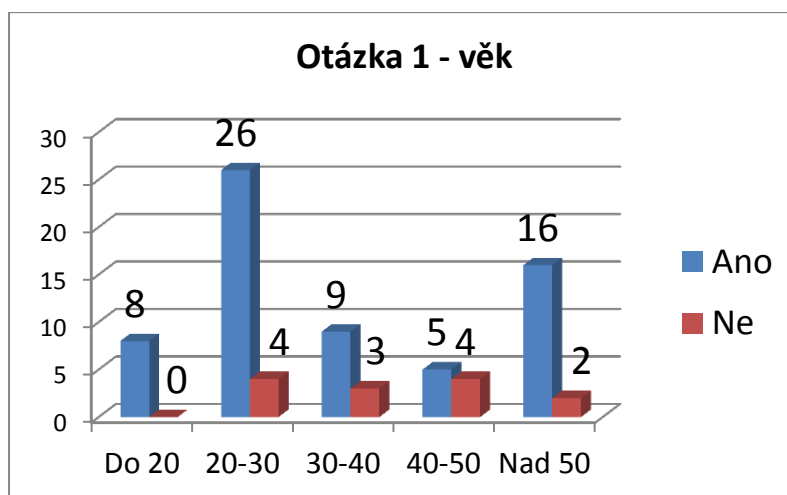
**Setkal/a jste se někdy se závislostí na návykových látkách (včetně alkoholu) u sebe nebo ve svém blízkém okolí?**

Ženy i muži ve většině případů shodně odpovídají, že ano (graf 1a). 85% z celkového vzorku se ve svém životě setkalo se závislostí. Z celkového počtu žen je to 82 %, z celkového počtu mužů pak tuto zkušenost učinilo 83% z nich. Z celkového počtu všech respondentů bez ohledu na pohlaví, věk a vzdělání odpovědělo kladně 83% z nich. Nejvyšší procento kladně zastoupených odpovědí bylo u mladých respondentů do 20 a do 30 let. Poté dochází k poklesu četnosti zastoupení a opět se zvyšuje u věkové kategorie nad 50 let (graf 1b). 100 % respondentů ve věku do 20 let učinilo přímou či nepřímou zkušenost se závislostí, dále to bylo 86% respondentů mezi 20 a 30lety, 75% mezi 30 a 40 lety, 55% mezi 40 a 50 lety a celých 88% respondentů ve věku nad 50 let. Se závislostí se dále dostalo 81% osob se středoškolským a 84% osob s vysokoškolským vzděláním (graf 1c).

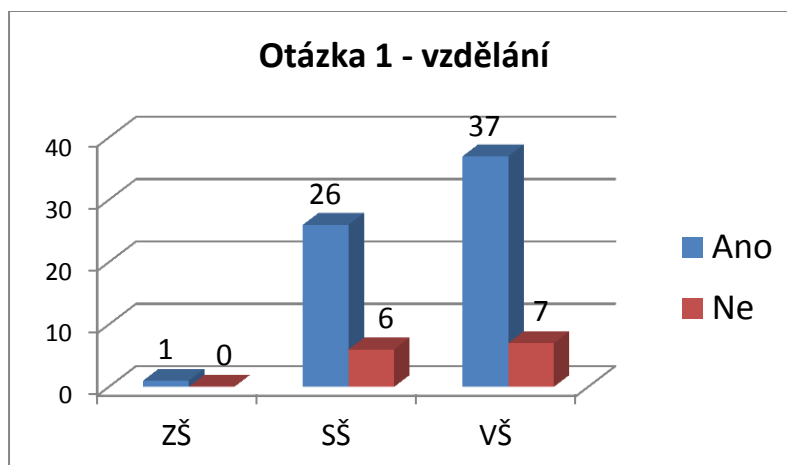
**Graf 1a**



**Graf 1b**



**Graf 1c**



## 12.2. Otázka 2.

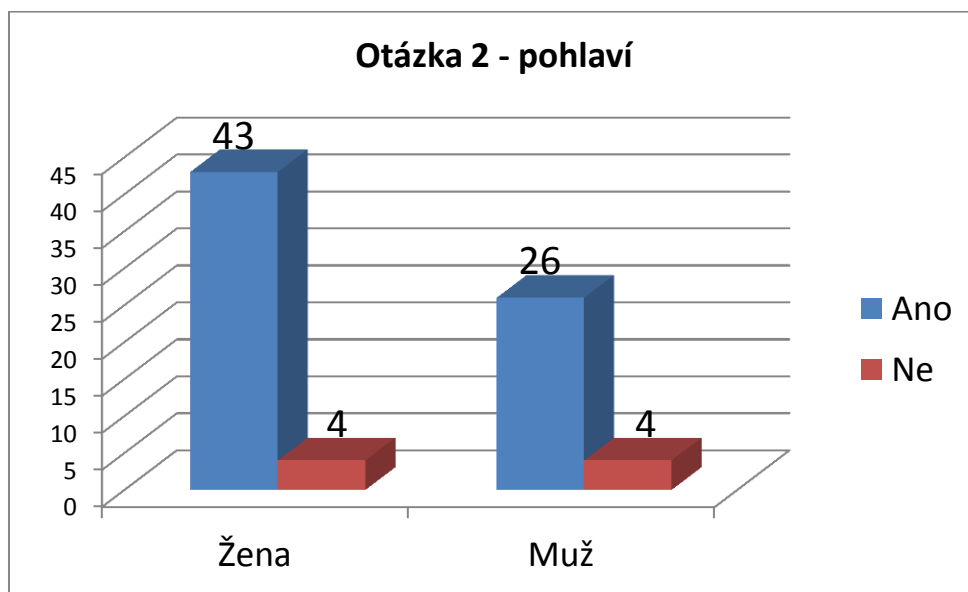
**Jaký je Váš názor na podávání substituční látky závislým uživatelům drog? Je tato služba potřebná?**

Pro potřebnost substituční léčby se vyslovilo 91% žen a 86% mužů (Graf 2a). Pro potřebnost se dále vyslovilo 100% mladých lidí do 20 let, 93% osob mezi 20 a 30 lety a 100% osob mezi 30 a 40 lety, věkové kategorie 40-50 a nad 50 let souhlasily shodně v 77% případů (Graf 2b). Respondenti se středoškolským vzděláním souhlasili v 81%

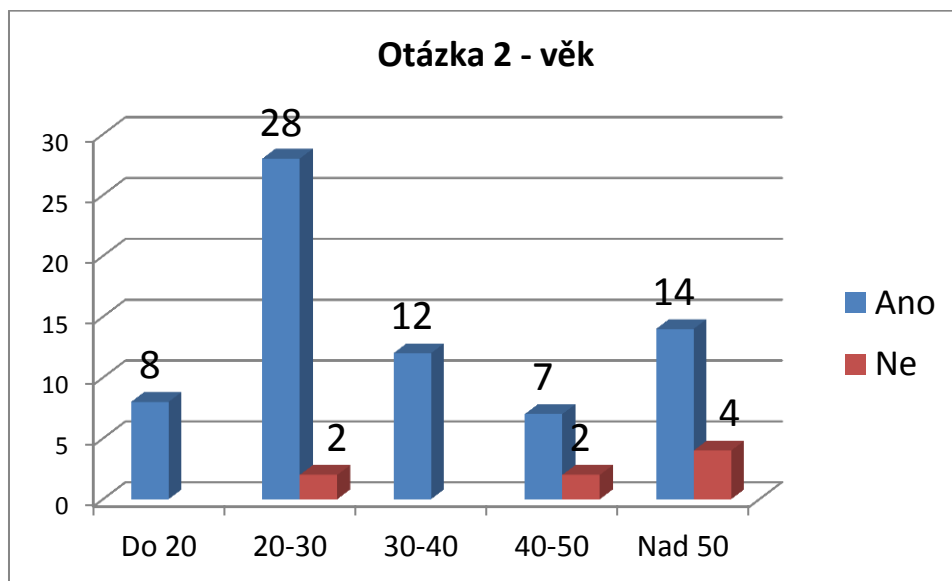
případů, vysokoškolsky vzdělaní pak dokonce v 95% případů. Respondent se základním vzděláním se taktéž vyslovil pro potřebnost substituce.

Proti potřebnosti se vyslovilo celkem 10,5% osob z celkového počtu dotázaných. Jako důvod uváděli neúčinnost substituční léčby (celkem 6,6% z nich), nelíbí se to 1,3% osob, hanlivě se pak o závislých osobách vyjadřuje 1,3% osob (1 respondent).

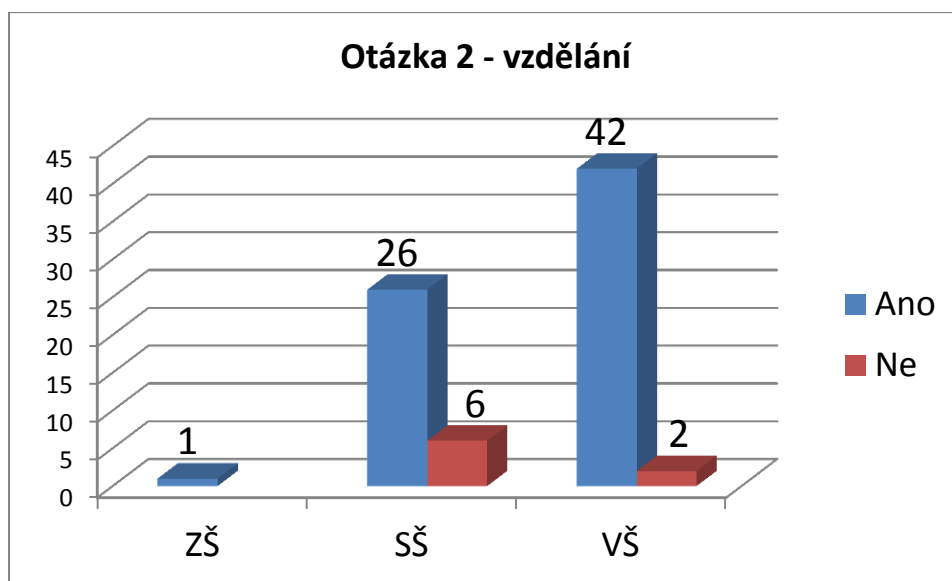
**Graf 2a**



**Graf 2b**



Graf 2c



### 12.3. Otázka 3.

#### Je třeba otvírat další substituční centra?

Zde již měli respondenti na výběr z pětibodové škály. Nejvíce indiferentní v otázce otevírání dalších substitučních center v hlavním městě jsou mladé ženy do 30 let (srov. obr. 3a a 3b). Jasno mají v této otázce osoby bez rozdílu pohlaví mezi 30 a 40 lety. Ročníky starší 40 let již opět na tuto otázku nemají jasný názor. Kladný názor, tedy *ano* nebo *spíše ano*, zastává 59% žen (28% *ano*, 31% *spíše ano*). U mužů to bylo dokonce celkem 69% (46% *ano*, 23% *spíše ano*). 43% žen bylo bez názoru, stejně tak 23% mužů. Odpověď *spíše ne* zvolilo 0% žen a 2% mužů, odpověď *ne* pak 2% žen a 3% mužů.

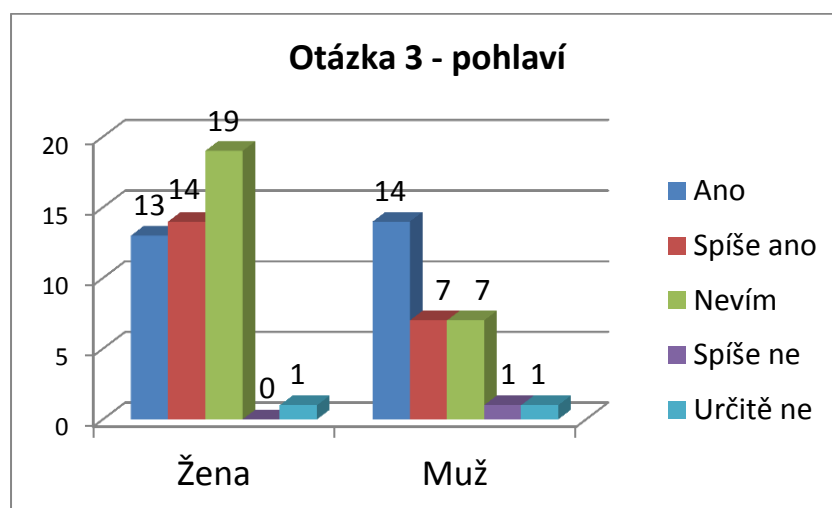
Pro potřebnost substitučních center se dále vyslovilo 100% mladých lidí do 20 let (odpověď *ano*), 23,3% lidí od 20 do 30 let, 46% osob ve věku 30-40 let, 0% osob ve věku 40-50 let a 38,8% osob nad 50 let.

Odpověď *spíše ano* zvolilo 0% osob ve věku do 20let, 30% osob ve věku 20-30 let, 40% osob ve věku 30-40 let. 44,4% osob ve věku 40-50 let a 22,2% osob nad 50 let.

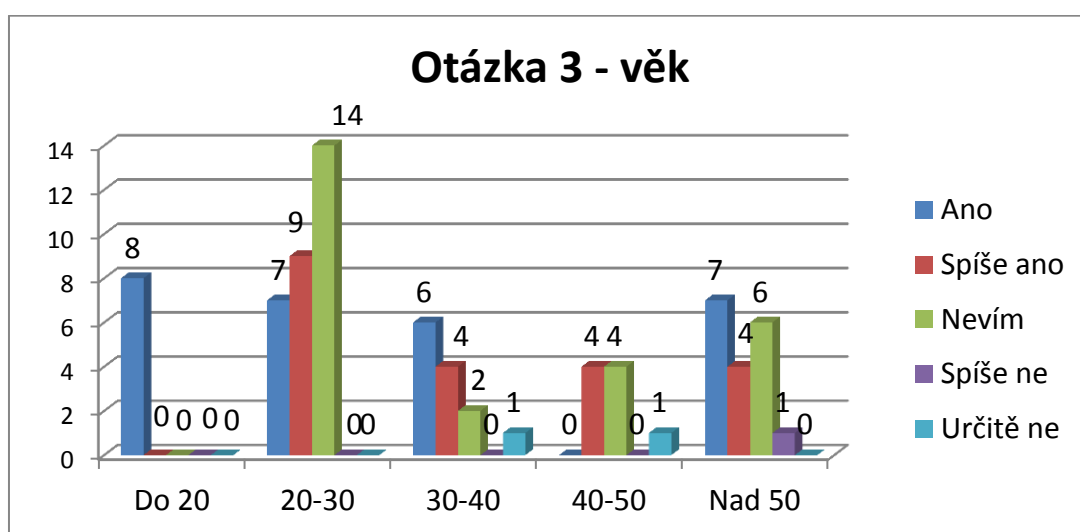
Bez názoru bylo 0% osob ve věku do 20 let, 30% osob ve věku 20-30 let, 16,6% osob ve věku 30-40 let, 44,4% osob ve věku 40-50 let a 33,3% osob ve věku nad 50 let.

Odpověď *spíše ne* zvolilo 5,5% osob ve věku nad 50 let, z ostatních věkových skupin tuto odpověď nezvolil žádný respondent. Odpověď *určitě ne* zvolilo 7,7% osob mezi 30 a 40 lety a 11 % osob mezi 40 a 50 lety, zbylé věkové skupiny tuto odpověď nevybraly. Graf 3c zobrazuje odpovědi v souvislosti s dosaženým vzděláním. Pro *ano* se vyslovilo 13% osob s středoškolským vzděláním a 31,8% osob s vysokoškolským titulem. Odpověď *spíše ano* zvolilo 12,5% osob SŠ a celých 38,6% osob VŠ vzdělání. Bez názoru bylo 100% osob ZŠ (1 respondent), 40,6% osob SŠ a 27,3 % osob VŠ vzdělání. Pro odpověď *spíše ne* se vyslovilo 2,3% osob s VŠ titulem. Odpověď *určitě ne* zvolilo 6,2% osob se středoškolským vzděláním.

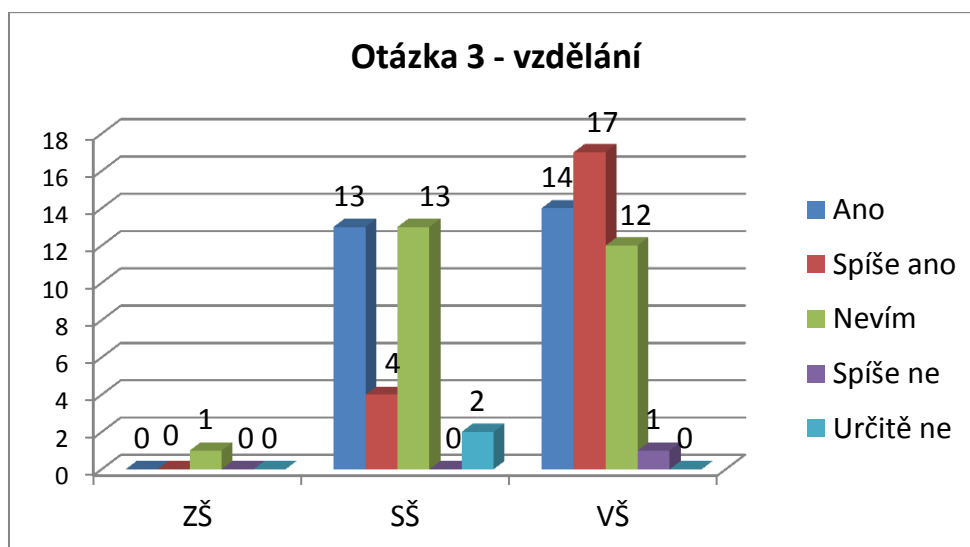
**Graf 3a**



**Graf 3b**



**Graf 3c**



#### **12.4. Otázka 4.**

Vadilo by Vám otevření takového centra v blízkosti Vašeho bydliště?

Respondenti opět měli na výběr z pětibodové škály odpovědí. Nejméně tolerantní, tedy odpověď *ano* zvolilo 10,6% žen a 13,3% mužů, z celkového počtu respondentů to bylo 11,8%. Odpověď *spíše ano* zvolilo 23,4% žen a 10% mužů. Bez názoru (odpověď *nevím*) bylo 14,9% žen a 6,7% mužů. Vybudování nového substitučního centra v blízkosti bydliště by nevadilo (odpověď *spíše ne*) 36,2% žen a 50% mužů. Z celkového počtu respondentů to čítalo 42,1% osob. Odpověď *určitě ne* (tedy naprostá tolerance) zvolilo 14,9% žen a 20% mužů, z celkového počtu respondentů to tedy bylo 17,1% osob (viz Graf 4a).

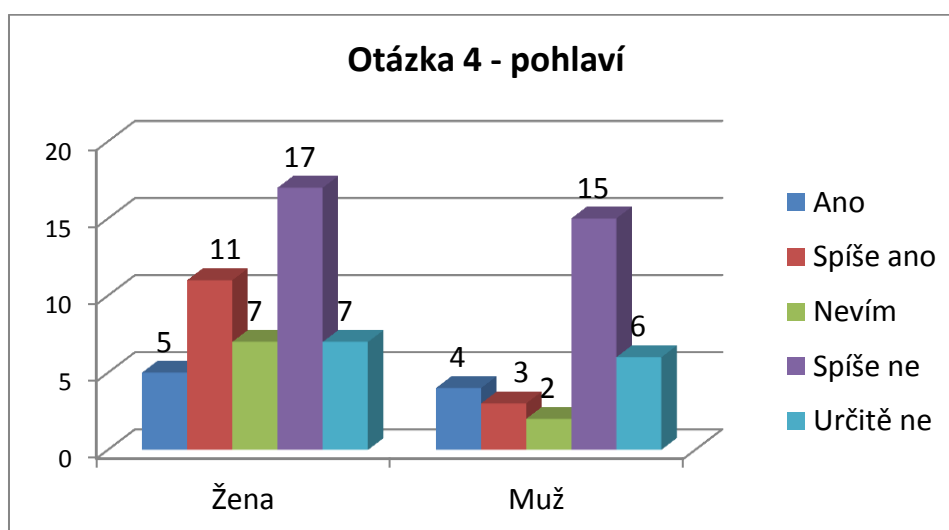
Dle Grafu 4b lze vyčíst následující údaje. Zcela proti (odpověď *ano*) se vyslovilo 9,3% osob ve věku 20-30 let, 8,3% osob ve věku 30-40 let, 22,2% osob ve věku 40-50 let a 16,6% osob nad 50 let. Spíše proti (odpověď *spíše ano*) hlasovalo 18,7% osob ve věku 20-30 let, 25% osob ve věku 30-40 let a 27,7% osob ve věku nad 50 let. Bez názoru (odpověď *nevím*) bylo 9,3% osob ve věku 20-30 let, 33,3% osob ve věku 30-40 let, 11,1% osob ve věku 40 a 50 let. Větší míru tolerance (odpověď *spíše ne*) vyslovilo 37,5% osob do 20 let, 43,7% osob ve věku 20-30 let, 25% osob ve věku 30-40 let, 66,6% osob ve věku 40-50 let a 33,3% osob ve věku nad 50 let. Zcela tolerantní výstavbě substitučního centra v blízkosti bydliště (odpověď *určitě ne*) bylo 62,5% osob

ve věku do 20 let, 12,5% osob ve věku 20-30 let, 8,3% osob ve věku 30-40 let a 16,6% osob ve věku nad 50 let.

Graf 4c zohledňuje dosažené vzdělání respondentů. Zcela proti (odpověď *ano*) je 9,4% osob se SŠ a 13,6% osob s VŠ vzděláním. Odpověď *spíše ne* zvolilo 21,9% se SŠ a 13,6% osob s VŠ vzděláním. Bez názoru (odpověď *nevím*) bylo 9,3 % osob se SŠ a 13,6% osob s VŠ vzděláním. Pro větší toleranci substitučních center (odpověď *spíše ne*) se vyslovilo celých 37,6% osob se SŠ a dokonce 45,6% osob s VŠ vzděláním. Zcela tolerantních (odpověď *určitě ne*) pak bylo 21,8% osob se SŠ a 13,6% osob s VŠ vzděláním. Spíše proti (odpověď *ano* a *spíše ano*) bylo celkem 30,2% osob bez ohledu na pohlaví, věk a vzdělání, 69,9% z nich tvořily ženy a 30,1% muži. Proti novým centrům (odpověď *ano* a *spíše ano*) bylo celkem 30,2% osob z celkového počtu. Z odpůrců 39,1% tvořily osoby ve věku 20-30 let, 17,5% osoby ve věku 30-40 let, pouze 8,7% osob ve věku 40-50 let a 34,7% osob ve věku nad 50 let. 4,3% odpůrců dále tvořily osoby se ZŠ vzděláním, 43,6% osob se SŠ vzděláním a 52,1% osob s VŠ vzděláním.

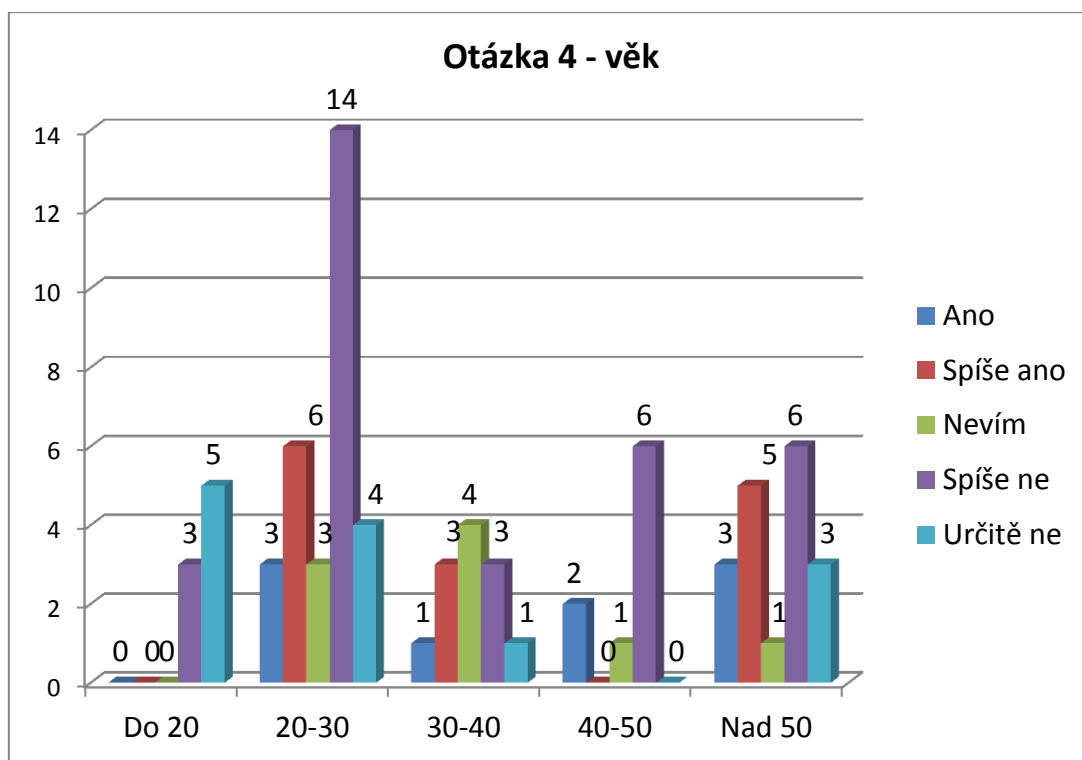
Pro zavádění nových center (odpověď *spíše ne* a *určitě ne*) pak bylo dokonce 59,2% osob, z nichž 53,3% osob tvořily ženy a 46,7% osob muži. Z osob, které se dále vyslovily pro zavádění, tvořilo 17,8% osob do 20 let, 40% osob mezi 20 a 30 lety, 8,9 % osob mezi 30 a 40 lety, 13,3% osob mezi 40 a 50 lety a 20% osob nad 50 let. Počet středoškolsky vzdělaných osob v tomto součtu činil 42,3%, vysokoškolsky vzdělaných bylo 57,7, %.

**Graf 4a**

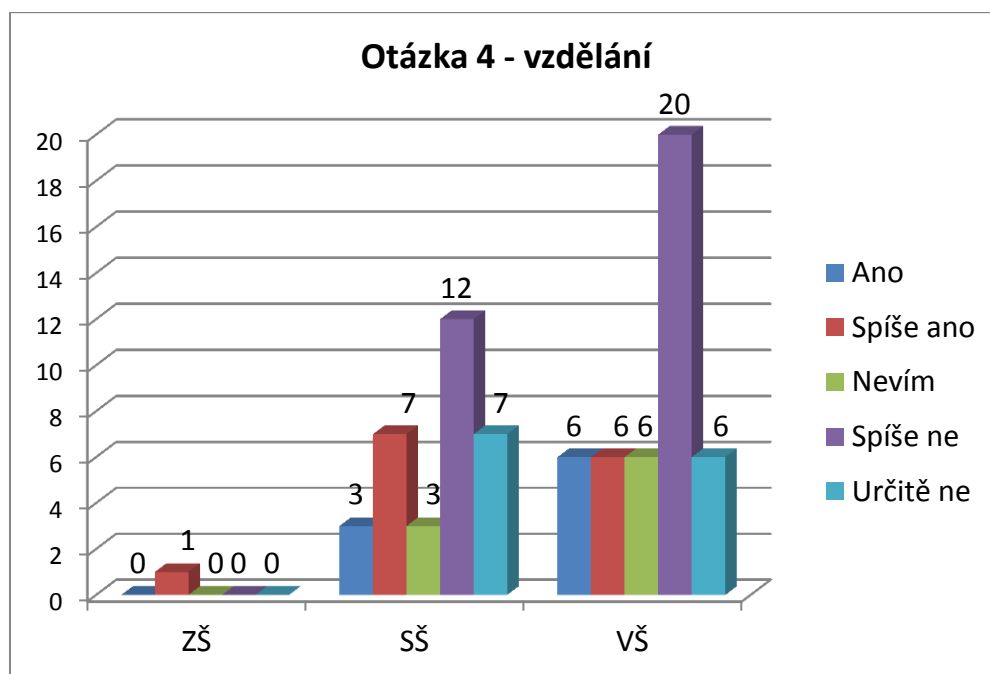




**Graf 4b**



**Graf 4c**



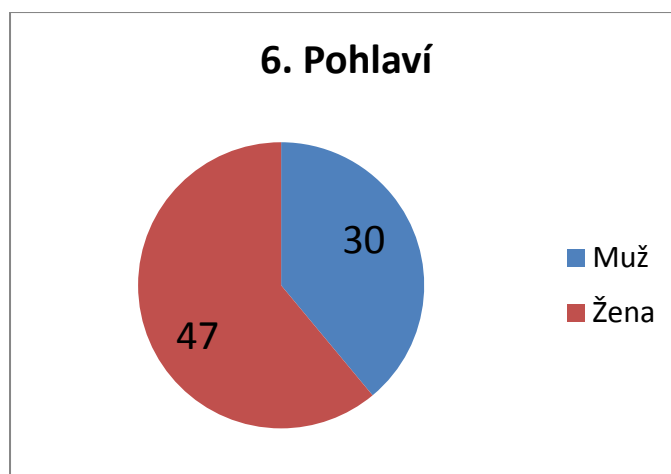
## 12.5. Otázka 5.

### Napadá Vás vhodná pražská lokalita pro umístění substitučního centra?

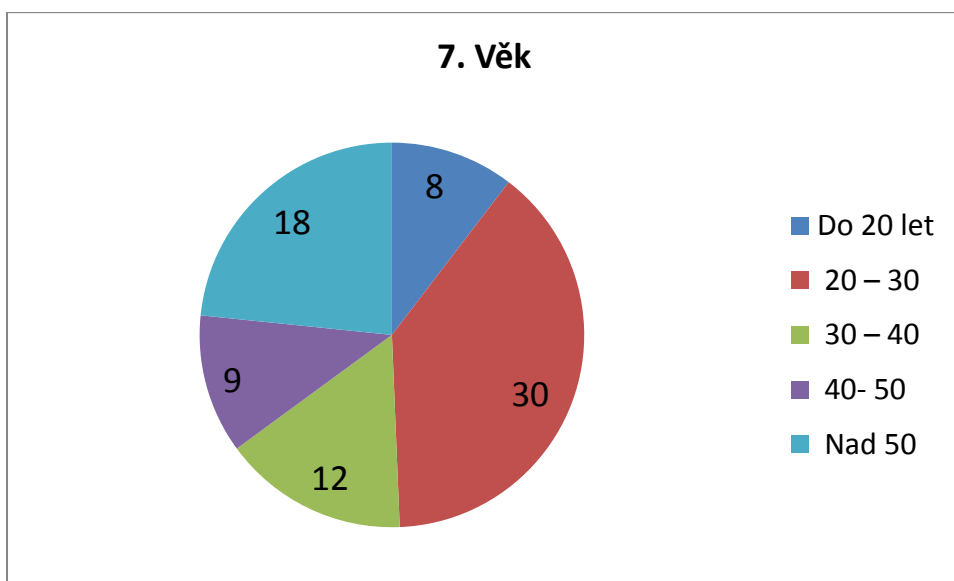
Nejvíce zmiňované bylo centrum Prahy (17,1%), Hlavní nádraží (17,1%), Palmovka (5,2%), Smíchov (5,2%), Holešovice (3,9%), Žižkov (3,9%), Praha 1 (2,6%) a libovolné místo, kde je aktivní drogová scéna (5,2%). Dále byly zmiňovány různé městské části (např. Ďáblice, Malešice, Vršovice). Zajímavý je nápad umístit centrum na Vltavě ve stylu bezdomovecké noclehárny Hermes, využít k tomuto účelu opuštěné tovární haly, kdekoli, kde by byli obyvatelé ochotni centrum akceptovat či u velkých zdravotnických zařízení. Vysloven byl také názor nikde, mimo sídliště a obydlené lokality, na kraji Prahy, ale v dosahu metra. Respondenti často uváděli, že nevědí, kde jsou služby v současné době realizovány.

## 12.6. Složení vzorku respondentů

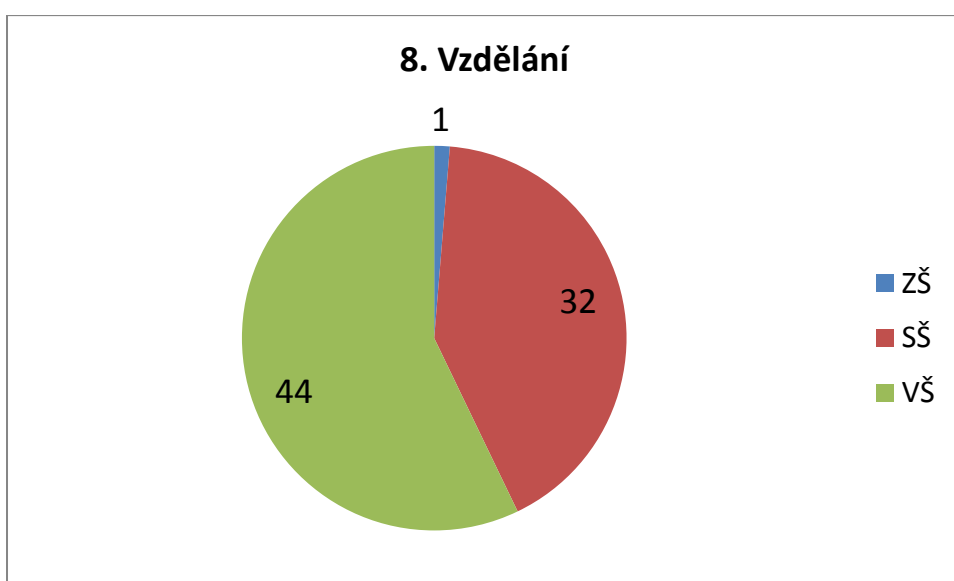
Graf 5



**Graf 6**



**Graf 7**



### 13. ZÁVĚRY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Na závěr výzkumného šetření uvádím shrnutí výsledků výzkumu a srovnání s původními předpoklady, zhodnocení cílů výzkumu.

Při porovnání s cíli lze potvrdit, že výzkum dále posloužil jako názorová sonda do laické veřejnosti. Ačkoli nebyl počet respondentů rozsáhlý, přesto výzkum dobře dokládá obeznamenost veřejnosti s drogovou problematikou a především fakt, že tyto palčivé otázky nejsou naší společnosti lhostejné. Většina dotazovaných zároveň v dotazníku uvedla konkrétní možné místo pro zřízení nového substitučního centra a zároveň uvedla, že jsou ochotni akceptovat zřízení takového centra v místě svého bydliště. Politicky deklarovaná nulová tolerance tedy dle závěrů výzkumu neodpovídá názoru veřejnosti. Ačkoli dotazník nezohledňoval bydliště, respondenti samozřejmě pocházeli dle svých osobních zdrojů z různých městských částí, nepředpokládám tedy dle zjištěných údajů, že by některá z městských částí měla mít výrazný problém s výstavbou nového substitučního centra.

Odpověď na nepoměr mezi výsledky výzkumu a existencí jasně formulované petice občanů Prahy 4 může být následující. Nezainteresovaný pozorovatel, jenž se s drogovou problematikou nedostává do častého kontaktu a jehož drogová scéna netrápí přímo v jeho bydlišti, téměř beze zbytku hlasuje pro zavádění nových center a pro potřebnost substituce. Jakmile ovšem občanovi hrozí opravdu reálné a hmatatelné riziko vzniku substitučního centra v blízkosti jeho domova, často pod vlivem neznalosti tuto adiktologickou službu, která ovšem nepřímou slouží i samotným občanům, odmítá. Zároveň na něho cílí velmi promyšlená kampaň, která mu podává pouze kusé informace o významu dopadu substitučních center na život osob závislých a potažmo život celé společnosti. Takto si vysvětlují situaci, která vyvstala na Praze 4 a která vedla k petici pro zákaz vzniku substitučních center v dosahu škol, sportovišť a hřišť.

***Předpoklad 1/ Postoj nebude shodný s komunálními politiky a většina respondentů bude spíše pro substituční léčbu a pro otevírání dalších substitučních center.***

Pro potřebnost a účinnost substituční léčby se vyslovilo 91% žen a 86% mužů, což činí celých 90,7% všech dotazovaných. Pro otevírání nových substitučních center se vyslovilo 59% žen (z toho 28% ano, 31% spíše ano) a 69% mužů (z toho 46% ano, 23% spíše ano). Pro otevírání nových center se tedy vyslovilo 63,1% z celkového počtu dotazovaných osob. Můj předpoklad se potvrdil.

***Předpoklad 2/ Menšina respondentů by souhlasila s otevřením substitučního centra v blízkosti svého bydliště.***

Celých 59,2% z celkového počtu oslovených osob vyslovilo toleranci ke zřizování nových substitučních center v blízkosti jejich bydliště. Většinu z nich tvořily ženy (53,3%), o trochu menší část pak muži (46,7%). Z celkového počtu tolerantních osob pak 42,1% uvedlo, že by jim blízkost substitučního centra spíše nevadila a 17,1% uvedlo, že by jim takovéto centrum v místě jejich bydliště určitě nevadilo. Tímto výzkumem je tedy původní premisa vyvrácena. Pro otevření se totiž vyslovila více než polovina respondentů.

***Předpoklad 3/ Postoje respondentů budou přímo závislé na věku, vzdělání a zejména na osobní zkušenosti se závislými osobami. Mladší osoby s vyšším vzděláním budou tolerantnější a budou mít více zkušeností se závislostmi i více znalostí o principech substituční léčby. Starší respondenti budou tolerantní pouze tehdy, pokud mají nějakou přímou zkušenost se závislou osobou ve své blízkosti.***

Pro zavádění nových center bylo nejvíce osob mezi 20 a 30 lety, dále nad 50 let a do 20 let. Jelikož přímou či nepřímou zkušenost se závislostí vyslovila naprostá většina dotazovaných, lze tímto potvrdit premisu, že nejvíce kladných odpovědí bude získáno od mladých lidí (celkem 57,8% osob do 30 let) a od starších respondentů s osobní zkušeností (20% osob nad 50 let).

Z dotazovaných osob pouze 1 respondent spadl do kategorie ZŠ vzdělání, tuto kategorii nebudu tedy dávat do přímé souvislosti s druhými dvěma kategoriemi. Nadpoloviční většina osob se středoškolským vzděláním se vyslovila pro zavádění nových center, dále to byly téměř tři čtvrtiny (70,4%) osob s vysokoškolským titulem.

Toleranci pro zavádění substitučních center v blízkosti jejich bydliště se vyslovilo 42,3% SŠ a 57,7 VŠ vzdělaných osob.

Pro potřebnost substituční léčby pak dokonce vyjádřilo 91% žen a 86% mužů, což činí 90,7% z celkového počtu dotázaných. Pro její potřebnost se vyjádřilo 100% osob do 20 let, 93% osob mezi 20 a 30 lety, 100% osob mezi 30 a 40 lety a 77% od 40 let výš. Taktéž se pro její nezbytnost vyslovilo 81% středoškolsky a 95% vysokoškolsky vzdělaných osob.

Původní předpoklad byl tedy potvrzen.

## 15. ZÁVĚR

Drogová závislost může být chápána jako určitý exces, nicméně logicky vyrůstající z tváře dnešní doby. Speciální pedagogika by měla vedle snahy najít konkrétní vhodné formy preventivního a terapeutického působení hledat také určité obecnější perspektivy, východiska výchovného působení. Nicméně nejzásadnější zdroj teoretické citlivosti pro tvorbu výzkumných závěrů autora bylo teoretické studium popisovaného jevu. Celou dobu vznik práce také provázela činnost, pro kterou bychom mohli použít označení sociální introspekce. Tedy to, že já sám pracuji s takovou cílovou skupinou, s určitými jevy se denně setkávám a reflektuji tuto zkušenost. Tato skutečnost byla při psaní této práce velmi podstatná.

Cílem této práce však rozhodně nebylo demonizovat subkulturu drogově závislých. Ta totiž jen odráží obecnější trendy ve společnosti a nelze tedy primárně hledat problém v tom, že někteří mladí lidé mají v oblibě elektronickou hudbu a rádi při jejím poslechu chemickými cestami ovlivňují své vědomí.

Zároveň byla důležitá reflexe mé pozice pro snahu o objektivní postup analýzy dat. Netýká se jen reflexe individuální biografie a vývoje názorů na drogovou problematiku a jejich vlivů, ale také sledování některých sociologických proměnných, jako je vzdělání, pohlaví, věk a jak mohou ovlivňovat postoje k drogové problematice.

V první části práce, vycházející z rešerše dostupných zdrojů, byla představena substituce obecně, jako jeden ze způsobů léčby drogových závislostí. Blíže byla rozpracována problematika opiátů a opioidů, podrobněji byly představeny jednotlivé substituční látky a jejich působení na lidský organismus. Podařilo se mi také přehledně shrnout problém zneužívání substitučních látek. Tento teoretický základ byl následně zasazen do prostředí České Republiky, resp. do prostředí hlavního města Prahy. Shrnutá byla praxe v ČR, používané látky, prodávaná léčiva, způsoby předepisování a samotný průběh léčby.

Adiktologické služby na území hlavního města byly přehledně zpracovány za úzké spolupráce s protidrogovými koordinátory z pražského magistrátu. Práce přináší také přehled adiktologických služeb zaměřených na léčbu substitučními látkami. Závěrem shrnutí teoretických východisek jsem nabídl čtenáři srovnání s jinými zeměmi Evropy.

Realizovaný výzkum probíhal formou dotazníku rozšířeného mezi vybrané skupiny obyvatel hlavního města Prahy. Podařilo se mi zachytit „názorovou mapu“ obyvatel Prahy, tedy postoj jednotlivých věkových a vzdělanostních skupin k substituční léčbě, výstavbě substitučních center v okolí jejich bydliště a k adiktologii obecně. Ve dvacátém století patří mezi frekventované termíny generační střet. Tato generační propast je patrná z výsledků šetření a v lišících se názorech různých věkových skupin. Generační zkušenost se v současné době navíc dále radikálně proměňuje. Vnímání světa dnešních padesátníků v době, kdy byli adolescenty, bylo zásadně odlišné od dnešních adolescentů. A tento trend je podle mého názoru spíše progresivní povahy. Vnímání potřeby řešení problému drogové závislosti tak může být lidem ve středním věku velmi vzdáleno, nebo přinejmenším vnímáno ze zcela jiné perspektivy.

Zaměříme-li se pouze na sociální důsledky závislosti, můžeme rozlišit dvě fáze. V první je to výrazné snížení schopnosti plnit sociální role – studenta, zaměstnance, rodiče, partnera. Přestože člověk je ještě integrován do společnosti, dochází již ke konfliktům se sociálním okolím. Druhou fází je sociální exkluze. Tedy vyloučení z participace na sociálním dění. Zde bychom mohli rozlišit jak určitou mikro-rovinu, např. nedobrovolný odchod z domova, konec styků s rodinou, předchozími přáteli, a makro-rovinu – vyjadřující vztah jedince k většinové společnosti – nezaměstnanost a chudobu, bezdomovectví, kriminální jednání a další sociálně patologické jevy. V této fázi mají adiktologické služby zcela nezastupitelnou roli. A fungování substitučních center je jednou z cest, po které je možné se vydat.



## 16. SEZNAM ZKRATEK

|               |  |
|---------------|--|
| AIDS          | Z anglického výrazu pro „syndrom získané imunitní nedostatečnosti“.  |
| AT ordinace   | Alkohol-Toxi ordinace  |
| CNS           | Centrální nervová soustava   |
| EMCDDA        | European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost)  |
| HIV           | Human Immunodeficiency Virus = virus lidské imunitní nedostatečnosti   |
| HMP           | Hlavní město Praha   |
| HR            | Harm Reduction snižování škod způsobených závislostí na návykových látkách   |
| IUD           | injekční uživatel drog   |
| KC            | Kontaktní centrum  |
| MČ            | městská část   |
| MHMP          | Magistrát hl. m. Prahy   |
| MP HMP        | Městská policie hlavního města Prahy   |
| MZ ČR         | Ministerstvo zdravotnictví ČR  |
| NL            | Návyková látka   |
| NMS           | Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti  |
| NPC           | Národní protidrogová centrála Policie ČR   |
| NRULISL       | Národní registr substituční léčby  |
| OPL           | omamné a psychotropní látky  |
| PČR           | Policie ČR   |
| PK RHMP       | Protidrogová komise Rady HMP   |
| PUD           | V souladu s definicí EMCDDA o problémovém užívání drog, kterým se rozumí injekční užívání jakékoliv drogy a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů a/nebo kokainu a/nebo drog amfetaminového typu |
| RHMP          | Rada hlavního města Prahy  |
| RV KPP        | Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky  |
| TBC           | Tuberkulóza  |
| ÚZIS          | Ústav zdravotnických informací a statistiky  |
| VFN v Praze   | VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE   |
| VHA, VHB, VHC | Virová hepatitida (žloutenka) typu A, B, C   |
| VZ            | Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky   |
| VZP           | Všeobecná zdravotní pojišťovna   |
| WHO           | Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)  |

## 17. PRAMENY

### 17.1. Literatura

KALINA, K. et al.: *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání, 392 s., Praha 2009: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1411-0

NECHANSKÁ, B., MRAVČÍK, V., POPOV, P.: *Zneužívání psychoaktivních léků v České republice - Identifikace a analýza zdrojů dat*. 154 s., Praha 2012: Úřad vlády ČR, ISBN 978-80-7440-073-5.

BUREŠOVÁ, Z., MRAVČÍK, V., POPOV, P. & MIOVSKÝ, M.: *Institucionální analýza současného stavu záchytných stanic v České republice*. Praha 2013: Česká a slovenská psychiatrie, 109 (3), 115-121.

PAVLAS MARTANOVÁ, V., VOPRAVIL, J.: *Sčítání adiktologických služeb 2012*. Zpráva projektu NETAD, pracovní materiál. Praha 2013: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

POPOV, P., ZÁBRANSKÝ, T. et AL.: *Standard substituční léčby*. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. Kapitola 5, Částka 3. Praha 2008.: MZ ČR.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 8024601397.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J., JURYSTOVÁ, L. 2013. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012 [Annual Report on Drug Situation 2012 – Czech Republic]* MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, M.: *Systém péče a jeho složky*. In K. Kalina et al. *Základy klinické adiktologie*. Pp. 376-377. Praha2008: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1411-0

WHO: *MKN-10 - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. 1. vydání. 742 s., Praha 2009: Bomton Agency. ISBN-13: 978-80-904259-1-0

VAVRINČÍKOVÁ, L., MRAVČÍK, V., BUREŠOVÁ, Z., KIŠŠOVÁ, L., NEČAS, V., VOPRAVIL, J.: *Mapování dostupnosti a charakteru sítě služeb oboru Adiktologie. Analytická zpráva*. Praha 2012: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

ZÁBRANSKÝ, T.: *Role substituce v léčbě závislosti na drogách - situace v České republice*. In: *Zaostřeno na drogy 1 (2):3-4*. Praha 2003. ISSN 1214-1089.

ZÁBRANSKÝ, T.: *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2001*. 1. vydání 126 s., Praha 2002: Úřad vlády ČR. ISBN 80-238-9912-0

NECHANSKÁ, B., MRAVČÍK, V.: *Zaostřeno na drogy*. Úřad vlády ČR. Praha 2013. ISSN 1214 -1089

MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., ŠKAŘUPOVÁ, K., ORLÍKOVÁ, B., ŠKRLANDTOVÁ, E., ŠTASTNÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., BĚLÁČKOVÁ, V., GAJDOŠÍKOVÁ, H., VOPRAVIL, J. (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008 [Annual Report on Drug Situation 2008 – Czech Republic]*. Praha: Úřad vlády České republiky.

## **17.2. Zahraniční literatura**

ALHO H., SINCLAIR D., VUORI E., HOLOPAINEN A.: *Abuse liability of buprenorphine-naloxone tablets in untreated IV drug users*. [online] E-Pub 2006.

Dostupné na www:

<[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17055191&ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17055191&ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum)>

MRAVČÍK, V., STRADA, L., ŠTOLFA, J., BENCKO, V., GROSHKOVA, T., REIMER, J. & SCHULTE, B. 2013b. *Factors associated with the uptake, adherence and efficacy of hepatitis C treatment among people who inject drugs: a literature review*. Patient Prefer Adherence. Volume 2013:7, 1067 – 1075.

VAN DORP E., et AL.: *Naloxone reversal of buprenorphine-induced respiratory depression*. In: Anesthesiology 2006, 105(1):51-57.

### **17.3. Závěrečné zprávy**

JANYŠKOVÁ, N. [online]: *Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy za rok 2012*. Praha 2013 [cit. 1. 6. 2014]. Dostupné na [www: <http://www.praha.eu/public/c9/7e/ce/1594067\\_384878\\_Vyrocnizprava\\_2012.pdf>](http://www.praha.eu/public/c9/7e/ce/1594067_384878_Vyrocnizprava_2012.pdf)

JANYŠKOVÁ, N. [online]: *Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy za rok 2011*. Praha 2011 [cit. 20. 4. 2014]. Dostupné na [www: <http://www.praha.eu/public/3f/7/1d/1488751\\_320693\\_Vyrocnizprava\\_2011.pdf>](http://www.praha.eu/public/3f/7/1d/1488751_320693_Vyrocnizprava_2011.pdf)

JANYŠKOVÁ, N. [online]: *Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy za rok 2010*. Praha 2010 [cit. 9. 5. 2014]. Dostupné na [www: <http://www.praha.eu/public/a4/aa/a2/1216973\\_176136\\_Vyrocnizprava\\_2010.pdf>](http://www.praha.eu/public/a4/aa/a2/1216973_176136_Vyrocnizprava_2010.pdf)

JANYŠKOVÁ, N. [online]: *Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy za rok 2009*. Praha 2009 [cit. 16. 4. 2014]. Dostupné na [www: <http://p12.helpnet.cz/sites/default/files/soubory/vyrocnizprava06\\_2009\\_ii\\_fin-87.pdf>](http://p12.helpnet.cz/sites/default/files/soubory/vyrocnizprava06_2009_ii_fin-87.pdf)

MINAŘÍK, J. [elektronická pošta]: *Závěrečná zpráva: Zdravé město Praha 2013. CADAS - specializované ambulantní služby*. Praha 2014 [cit. 14. 4. 2014]. Doručeno [10.4.2014]. Odesílatel: <nina.janyškova@praha.eu>

POPOV, P. [elektronická pošta]: *Závěrečná zpráva: Zdravé město Praha 2013. Dofinancování provozu Kliniky adiktologie VFN Praha 2 a I.LF UK v Praze*. Praha 2014 [cit. 15. 4. 2014]. Doručeno [10.4.2014]. Odesílatel: <nina.janyškova@praha.eu>

VESELÝ, Z. [elektronická pošta]: Závěrečná zpráva: Zdravé město Praha 2013. *Centrum metadonové substituce a ambulantní detoxifikace Na Bulovce*. Praha 2014 [cit. 12. 4. 2014]. Doručeno [10.4.2014]. Odesílatel: <nina.janyskova@praha.eu>

VESELÝ, Z. [elektronická pošta]: Závěrečná zpráva: Zdravé město Praha 2013. *Centrum metadonové substituce Praha 2 Drop In o.p.s.*. Praha 2014 [cit. 13. 4. 2014]. Doručeno [10.4.2014]. Odesílatel: <nina.janyskova@praha.eu>

ŘEHÁK, V. [elektronická pošta]: Žádost o poskytnutí finančních prostředků státního rozpočtu v rámci dotačního řízení ministerstva zdravotnictví na realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2012. Dotační program: protidrogová politika MZ. *Ambulantní léčba osob závislých na návykových látkách*. Praha 2014 [cit. 19. 4. 2014]. Doručeno [10.4.2014]. Odesílatel: <nina.janyskova@praha.eu>

#### **17.4. Internet**

*Buprenorfin* [online]: Praha, akt. 2010 [cit. 19. 5. 2014]. Dostupné na www: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/b/buprenorfin](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/b/buprenorfin)>

*Buprenorfin si s drogovou závislostí poradí lépe než metadon* [online]: akt. 2010 [cit. 16. 6. 2014]. Dostupné na www: <<http://www.ulekare.cz/clanek/buprenorfin-si-s-drogovou-zavislosti-poradi-lepe-nez-metadon-13715>>

*Metadon* [online]: Praha, akt. 2003 [cit. 16. 5. 2014]. Dostupné na www: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/m/metadon](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/m/metadon)>

MINAŘÍK, J.: *Opiáty a opioidy* [online]: Praha 2013 [cit. 13. 3. 2014]. Dostupné na www: <[http://www.odrogach.cz/rodice/drogy2/informace-o-drogach2/opiaty-a-opioidy3.html?section\\_id=71](http://www.odrogach.cz/rodice/drogy2/informace-o-drogach2/opiaty-a-opioidy3.html?section_id=71)>

MINAŘÍK, J.: *Subutex® (buprenorfin)*. Praha 2009 [cit. 13. 4. 2014]. Dostupné na www: <[http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-\(buprenorfin\).html](http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-(buprenorfin).html)>

*Možné zneužívání substitučních látek je pečlivě sledováno* [online]: Praha 2010 [cit. 15. 6. 2014]. Dostupné na www: <<http://www.ulekare.cz/clanek/mozne-zneuzivani-substutucnich-latek-je-peclive-sledovano-13267>>

*Opioid* [online]: Praha 2003 [cit. 12. 4. 2014]. Dostupné na [www: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/o/opioid>](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/o/opioid)

*Subutex* [online]: Praha [cit. 16. 4. 2014]. Dostupné na [www: <http://www.prevcentrum.cz/Subutex>](http://www.prevcentrum.cz/Subutex)

*Substituce* [online]: Praha 2012 [cit. 12. 4. 2014]. Dostupné na [www: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/s/substituce>](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/substituce)

*Substituční léčba v ČR – něco z historie* [online]: Praha 2012 [cit. 12. 4. 2014]. Dostupné na [www: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/s/substituce>](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/substituce)

*Zákon č. 167/1998 Sb.* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 1. 4. 2014]. Nabyla účinnosti 11. 6. 1998. Dostupné na [www: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/zakon-c-sb\\_1965\\_1051\\_3.html>](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zakon-c-sb_1965_1051_3.html)

LIBRA ET AL. [online]: *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby*. Speciální část: Substituční léčba. Nepublikovaná verze Praha 2012. [cit. 27. 5. 2014]. Dostupné na [www: <http://snncls.cz/category/standardy>](http://snncls.cz/category/standardy)

UHLÍK, Pavel. Rozpracování principu spravedlivé distribuce nízkoprahových služeb na území hl. m. Prahy [online] Materiál do Zastupitelstva HMP. Tisk č.Z-2664 [cit. 15. 6. 2014]. Dostupné na [www: <http://www.praha.eu/jnp/cz/o\\_meste/primator\\_a\\_volene\\_organy/zastupitelstvo/podklady\\_jednani/index.html>](http://www.praha.eu/jnp/cz/o_meste/primator_a_volene_organy/zastupitelstvo/podklady_jednani/index.html)

## **17.5. Sazba a citace**

TICHÁ, Ludmila., CIVÍNOVÁ, Zdenka., MORYSKOVÁ, Michaela., TRTÍKOVÁ, Ilona., NĚMEČKOVÁ, Lenka.: *Jak psát vysokoškolské závěrečné práce* [online]. Praha: Ústřední knihovna ČVUT, 2009 [cit. 25. 3. 2012]. Dostupný z [www: <http://knihovna.cvut.cz/administrace/upload\\_dir/files/d5b6884ca8b911463d5dd2d14ee0ed75e0d1fd7d.pdf >](http://knihovna.cvut.cz/administrace/upload_dir/files/d5b6884ca8b911463d5dd2d14ee0ed75e0d1fd7d.pdf)

## **18. PŘÍLOHY**

### **Seznam příloh**

**Příloha č. 1 - Přehled adiktologických služeb v HMP**

**Příloha č. 2 - Substituční programy v HMP**

**Příloha č. 3 – Leták k subutexové krizi**

**Příloha č. 4 - Institucionální zajištění protidrogové prevence**

**Příloha č. 5a – Proti drogám v blízkosti škol a dětských zařízení**

**Příloha č. 5b - Usnesení**

**Příloha č. 6 - Vyjádření městských částí HMP v souvislosti s plánováním  
Protidrogové politiky hl. m. Prahy na období 2014-2020**

**Příloha 7 – Dotazník ke sběru dat**

Příloha č. 1 - Přehled adiktologických služeb v HMP

Typ služeb<sup>11</sup>

|      |   |
|------|---|
| PP   | Specifická primární prevence - selektivní a indikovaná                                      |
| KPS  | Kontaktní a poradenské služby   |
| TP   | Terénní programy  |
| L    | Ambulantní a lůžková léčba  |
| SL   | Substituční léčba   |
| SP   | Stacionární programy  |
| RPTK | Rezidenční péče v terapeutických komunitách   |
| ADP  | Ambulantní doléčovací programy (včetně chráněného bydlení a chráněných pracovních programů) |
| SV   | Služby pro uživatele drog ve výkonu trestu a ve vazbě                                       |
| D    | Detoxikace, detoxifikace  |
| IVH  | Informace, výzkum, hodnocení  |
| J    | Jiné  |

| Organizace  | Program   | Typ služeb | Adresa                                    | Internetové stránky  |
|---|---|------------|---|--|
| A.N.O. Asociace nestátních organizací                 |   |            | Karolíny Světlé 18/286, 110 00 Praha 1    | <a href="http://www.asociace.org">www.asociace.org</a>   |
|   | Právní poradna A.N.O.                                       | IVH        | Koněvova 95<br>130 00<br>Praha 3 - Žižkov |  |
| Anima - terapie, o.s.                                 | Terapie osob závislých na návykových látkách a jejich rodin | PP, AL     | Apolinářská 4a,<br>128 00 Praha 2         | <a href="http://www.anima-os.cz">www.anima-os.cz</a>   |
| Centrum Alma  | ALKO-STOP   | ADP        | Milady Horákové 690/4, 170 00 Praha 7     | <a href="http://www.centrum-alma.cz">www.centrum-alma.cz</a>   |
| Český adiktologický institut                          | AT konference   | IVH        | Apolinářská 4,<br>120 000 Praha 2         | <a href="http://www.snncls.cz/cesky-adiktologicky-institut/">www.snncls.cz/cesky-adiktologicky-institut/</a> |
| Denní psychoterapeutické sanatorium "Ondřejov" s.r.o. |   |            | Klánova 62,<br>140 00 Praha 4             | <a href="http://www.ondrejov.cz">www.ondrejov.cz</a> ;<br><a href="http://www.capz.cz">www.capz.cz</a>       |
|   | Oddělení pro léčbu závislostí                               | AL         | - Hodkovičky                              | -  |
| ESET - HELP občanské sdružení                         |   |            | Vejvanovského 1610,<br>149 00 Praha 11    | <a href="http://www.esethelp.cz">www.esethelp.cz</a>   |

<sup>11</sup> Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách; Metodika pro předkladatele projektů/žádostí o dotaci z rozpočtu HMP



|  |   |            |  |  |
|--|---|------------|--|--|
|  | Terénní program pro uživatele návykových látek                                  | TP         | Starodubečská 99/6,<br>107 00 Praha 10 - Dubeč |  |
| <b>Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze</b> |   |            | Vlašská 36,<br>110 00 Praha 1                  | <a href="http://www.nmskb.cz">www.nmskb.cz</a>                   |
|  | Dětské a dorostové detoxikační centrum  | AL         |  |  |
| <b>Magdaléna, o.p.s.</b>   |   |            | Včelník, 252 10<br>Mníšek pod Brdy             | <a href="http://www.magdalena-ops.cz">www.magdalena-ops.cz</a>   |
|  | Terapeutická komunita Magdaléna   | RPTK       |  |  |
|  | Ambulantní doléčovací program   | ADP        | Pod Vyšehradem 1,<br>140 00 Praha 4 - Podolí   |  |
| <b>Městská poliklinika Praha</b>                                   |   |            | Spálená 12,<br>110 00 Praha 1,                 | <a href="http://www.prahamp.cz">www.prahamp.cz</a>               |
|  | Protialkoholní záchytná stanice   | Jiné       | Budínova 8<br>180 00 Praha 8,                  |  |
| <b>Prev-Centrum</b>  |   |            | Meziškolská 1120/2, 169 00<br>Praha 6          | <a href="http://www.prevcentrum.cz">www.prevcentrum.cz</a>       |
|  | Programy primární prevence  | PP         |  |  |
|  | Ambulantní léčba  | AL         |  |  |
| <b>PROGRESSIVE, o.p.s.</b>   |   |            | Janáčkovo nábřeží 43, 150 00<br>Praha 5        | <a href="http://www.progressive-os.cz">www.progressive-os.cz</a> |
|  | No Biohazard - terénní program pro uživatele nealkoholových drog v hl. m. Praze | TP         | Janáčkovo nábřeží 43, 150 00<br>Praha 5        |  |
|  | Stage 5 - kontaktní a poradenské centrum závislostí v hl. m. Praze              | KPS        | Mahenova 4,<br>150 00 Praha 5                  |  |
| <b>PROSPE</b>  | PROgram SPECifické protidrogové primární prevence                               | PP         | Biskupcova 39,<br>130 00 Praha 3               | <a href="http://www.prospe.cz">www.prospe.cz</a>                 |
| <b>Proxima Sociale, o. p. s.</b>                                   |   |            | Rakovského 3138,<br>143 Praha 12               | <a href="http://www.proximasociale.cz">www.proximasociale.cz</a> |
|  | Krok k prevenci   | PP         |  |  |
| <b>Psychiatrická nemocnice Bohnice</b>                             |   |            | Ústavní 91,<br>182 00 Praha 8                  | <a href="http://www.plbohnice.cz">www.plbohnice.cz</a>           |
| Pavilon AT: 7, 8   | Léčba závislostí na návykových látkách - ženy                                   | AL,<br>ADP |  | -  |
| Pavilon AT: 18, 31, 35   | Léčba závislostí na návykových látkách - muži                                   | AL,<br>ADP |  | -  |
| Pavilon 17   | Ochranná léčba  | AL         |  | -  |

|   |  |      |  |  |
|---|--|------|--|--|
|   | protialkoholní,<br>protitoxikomanická -<br>příjmové oddělení           |      |  |  |
| <b>Remedis, s.r.o.</b>  | Adiktologická služba -<br>substituce                                   | AL   | Vladimírova<br>10,<br>140 00 Praha 4                                 | <a href="http://www.remedis.cz">www.remedis.cz</a> |
| <b>SANANIM</b>  |  |      | Ovčí hájek<br>2549/64A, 158<br>00 Praha 13                           | <a href="http://www.sananim.cz">www.sananim.cz</a> |
| <b>SANANIM</b>  | Poradna pro rodiče<br>SANANIM  | IVH  | Školská 30,<br>110 00 Praha 1  |  |
|   | Terénní programy   | TP   | Na Zderaze 11,   |  |
|   | Romský terénní<br>program SANANIM                                      | TP   | 120 00 Praha 2   |  |
|   | Kontaktní centrum<br>SANANIM   | KPS  | Na Skalce 15,<br>150 00 Praha 5                                      |  |
|   | Terapeutická komunita<br>Karlovy                                       | RPTK | Karlovy, o.s.<br>SANANIM,<br>Karlovy 3, 398<br>04 Smetanova<br>Lhota |  |
|   | Terapeutická komunita<br>Němčice                                       | RPTK | Zámek 1,<br>Němčice<br>u Volyně, 387<br>19                           |  |
|   | Denní stacionář -<br>psychoterapeutické<br>centrum                     | AL   | Janovského 26,<br>170 00 Praha 7                                     |  |
|   | CADAS - Centrum<br>ambulantní<br>detoxifikace a<br>substituce          | AL   | Spálená 12,<br>110 00 Praha 1  |  |
|   | COKUZ - práce s<br>uživateli drog ve<br>vazbách                        | SV   | Štítného 30,<br>130 00 Praha 3                                       |  |
|   | Doléčovací centrum s<br>chráněnými byty a<br>chráněnou dílnou          | ADP  | Ovčí hájek<br>2549/64A, 158<br>00 Praha 13                           |  |
|   | Doléčovací centrum pro<br>matky s dětmi                                | ADP  |  |  |
|   | Drogové informační<br>centrum  | IVH  | Ovčí hájek<br>2549/64A, 158<br>00 Praha 13                           |  |
|   | Pracovní a sociální<br>agentura  | Jiné | Štítného 30,<br>130 00 Praha 3                                       |  |
| <b>Sdružení SCAN</b>  | Mezinárodní<br>konference "Primární<br>prevence rizikového<br>chování" | IVH  | Lamačova<br>862/26,<br>152 00 Praha 5                                |  |
|   | Časopis Adiktologie  | IVH  |  |  |
| <b>Středisko prevence<br/>a léčby drogových<br/>závislostí - DROP</b> |  |      | Karolíny<br>Světlé 18/286,<br>110 00 Praha 1                         | <a href="http://www.dropin.cz">www.dropin.cz</a>   |

|   |  |                                |   |  |
|---|--|--------------------------------|---|--|
| <b>IN, o.p.s.</b>                                       | Centrum pro rodinu -<br>Integrace rodiny   | AL                             | Litevská 8,<br>101 00<br>Praha 10                   |  |
|   | Terénní program<br>sociálních asistentů-<br>Streetwork   | TP                             | Jeseniova 89,<br>130 00 Praha 3                     |  |
|   | Centrum metadonové<br>substituce a ambulantní<br>detoxifikace Praha 1,<br>DROP IN o.p.s.         | AL                             | Budínova 2,<br>180 00 Praha 8                       |  |
|   | Centrum metadonové<br>substituce Praha 2<br>DROP IN o.p.s.                                       | AL                             | Španělská 8,<br>120 00 Praha 2                      |  |
|   | Nízkoprahové středisko<br>DROP IN o.p.s.   | KPS                            | Karolíny<br>Světlé 18/286,<br>110 00 Praha 1        |  |
|   | Tvoje šance DROP IN<br>o.p.s.  | Jiné                           | Horní<br>Počernice,<br>Praha 20                     |  |
|   | Centrum následné péče  | ADP                            | Kobrova 10,<br>150 00 Praha 5                       |  |
| <b>Therapia Viva<br/>s.r.o.</b>                         | Psychiatrická ordinace   | SL                             | Erbenova<br>193/7,<br>150 00 Praha 5                |  |
| <b>VŠEOBECNÁ<br/>FAKULTNÍ<br/>NEMOCNICE<br/>V PRAZE</b> | Klinika adiktologie<br>VFN Praha 2   | E,<br>AL,<br>IVH,<br>PP,<br>MS | VFN Praha 2,<br>U Nemocnice<br>2,<br>128 00 Praha 2 |  |
|   | Oddělení pro léčbu<br>závislostí   | AL                             | Apolinářská<br>4a,<br>128 00 Praha 2                | <a href="http://www.adiktologie.cz">www.adiktologie.cz</a>                   |
|   | Metadonová substituční<br>léčba v Apolináři<br>v letech 2014-2017                                | AL                             |   |  |
| <b>Život bez závislosti</b>                             | Komplexní program<br>primární prevence   | PP                             | K Výtopně<br>1224,<br>156 00 Praha 5                | <a href="http://www.zivot-bez-zavislosti.cz">www.zivot-bez-zavislosti.cz</a> |
|   | Odborná asistence při<br>řešení krizových situací<br>v rámci výskytu SPJ ve<br>školním prostředí | PP                             | - Zbraslav  |  |

Příloha č. 2 - Substituční programy v HMP

| Organizace  | Program   | Adresa                            | Statutární zástupce                    | Vedoucí programu                           | Telefon                     | E-mail   | Internetové stránky  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|-----------------------------|--|--|
| Psychiatrická nemocnice Bohnice   | Substituční léčba   | Ústavní 91,<br>182 00 Praha 8     | MUDr. Martin Holý                      | MUDr. Ottilie Bartáková                    | 284 016 111                 |  | <a href="http://www.plbohnice.cz">www.plbohnice.cz</a>     |
| Remedis, s.r.o.   | Adiktologická služba<br>substituce  | Vladimírova 10,<br>140 00 Praha 4 | MUDr. Vladimír Řehák                   |  | 226 216 200,<br>226 216 203 | <a href="mailto:ordinace@remedis.cz">ordinace@remedis.cz</a>       | <a href="http://www.remedis.cz">www.remedis.cz</a>         |
| SANANIM   | CADAS - Centrum<br>ambulantní<br>detoxifikace a<br>substituce                               | Spálená 12,<br>110 00 Praha 1     | PaedDr. Martina<br>Richterová Těminová | MUDr. Jakub Minařík                        | 222 924 245                 | <a href="mailto:cadass@sananim.cz">cadass@sananim.cz</a>           | <a href="http://www.sananim.cz">www.sananim.cz</a>         |
| Středisko prevence a<br>léčby drogových závislostí<br>- DROP IN, o.p.s. | Centrum metadonové<br>substituce a<br>ambulantní<br>detoxifikace Praha 1,<br>DROP IN o.p.s. | Budínova 2,<br>180 00 Praha 8     |  | MUDr. Zdeněk Veselý                        | 283 851 020;<br>776 428 289 | <a href="mailto:metadon1@dropin.cz">metadon1@dropin.cz</a>         | <a href="http://www.dropin.cz">www.dropin.cz</a>           |
|   | Centrum metadonové<br>substituce Praha 2<br>DROP IN o.p.s.                                  | Španělská 8,<br>120 00 Praha 2    | MUDr. Jiří Presl                       | MUDr. Zdeněk Veselý                        | 602 214 717                 | <a href="mailto:metadon2@dropin.cz">metadon2@dropin.cz</a>         |  |
| VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ<br>NEMOCNICE V PRAZE                                 | Oddělení pro léčbu<br>závislosti  | VFN V Praze                       | Mgr. Dana Jurásková,                   |  | 224 968 224                 | <a href="mailto:petr.popov@vfn.cz">petr.popov@vfn.cz</a>           | <a href="http://www.adiktologie.cz">www.adiktologie.cz</a> |
|   | Metadonová<br>substituční léčba<br>v Apolináři v letech<br>2014-2017                        | 128 00 Praha 2                    |  | MUDr. Petr Popov,<br>MHA - primář oddělení | 224 968 216-1               | <a href="mailto:andrea.sudikova@vfn.cz">andrea.sudikova@vfn.cz</a> |  |



## POZOR — SUBUTEXOVÁ KRIZE!

Nesehnali jste svoji obvyklou drogu? Chybí vám Subutex? V poslední době skutečně došlo k poklesu jeho množství na černém trhu.

### Nesehnali jste Subutex? Hrozí vám:

- **Předávkování a riziko smrti při nahrazení Subutexu jinými opiáty.** Pokud jste zvyklí na Subutex, začátek s jinými opiáty velice opatrně. Při přechodu ze Subutexu na heroin, fentanyl, braun nebo jiné opiáty s jejich konzumací vždy vyčkejte až na první příznaky abstinčního syndromu, jinak se vystavujete vysoké pravděpodobnosti předávkování. Heroin ochutnáváte (nejlépe i užijete) kouřením z alobalu, ostatní opiáty hodně ředte a aplikujte velice pomalu.
- **Ohrůžení života a nepřijemné stavy bez kontroly nad sebou samým při nahrazení Subutexu benzodiazepiny.** Rivortily, Neuroly a další „klepky“ opravdu nejsou dobrými řešeními. Hrozí vám riziko útlumu dechu a zástavy srdeční činnosti, tedy smrti! Navíc – vzájemné působení více látek je nevyočitatelné! Životu nebezpečná je například kombinace s alkoholem.
- **Rizikové chování v abstinčním syndromu.** Když je vám špatně, častěji se chováte rizikově, sdílíte jehlu a nedodržujete hygienu. Hrozí vám infekce, abscesy a zdravotní komplikace!
- **Konflikty (a to i násilné) s lidmi ve vašem okolí.** Lidé, kterým je špatně, se chovají zle. Jestliže jste Subutex nebo recept nakonec přeci jen získali, hrozí vám přepadení jinými uživateli, kteří mají zrovna „absták“.

### Může to být ale šance abstinovat:

Sháníte a nemůžete sehnat? Už vás to šve? Chtěli jste přestat a tohle je ta poslední kapka? Je to šance! O detoxech a léčbě nebo o svépomocné detoxifikaci si s vámi rádi popovídají pracovníci terénních programů a kontaktních center.

### A také šance na legální substituci:

Jaké jsou možnosti? Metadon – je zdarma a bezpečný! Je vydáván v substitučních centrech zdravotnickými pracovníky. Buprenorfin; Subutex, Buprenorfin Alkaloid, Ravata, Subuxone – lékařem předepsaný buprenorfin si hradíte sami a jeho správné užívání za odborné pomoci vám může pomoci. Účast v substitučním programu vám pomůže jak s abstinčními příznaky, tak i s vytvořením potřebného programu pro zadržování důležitých věcí, které dlouho odkládáte (např. vystavení dokladů, hledání práce, zajištění pojištění). Kontakty na substituční programy a specializované lékaře vám poskytnou pracovníci terénních programů a kontaktních center. Také s vámi proberou všechny podrobnosti o legální substituci.

**Pozor! Vždy když dojde ke změně v dostupnosti drog, mohou se jejich uživatelé chovat velmi rizikově! Nemá cenu se nakazit či předávkovat!**

### NEMÁ CENU UMŘÍT!

Pokud byste chtěli nahradit Subutex (Buprenorfin Alkaloid, Ravata) něčím jiným, zvažte rizika ostatních drog.

**Heroin** – Může být různé kvality a síly. Heroin je vhodné „ochutnat“ přes alobal nebo alespoň „odjždět“ pomalu a hlavně sundat škrtidlo po nalezení žily. Když sundáte škrtidlo až po aplikaci a zjistíte, že heroin byl silnější, nestihnete si ani zavolat záchranku.

**Fentanyl nebo braun** – Syntetické opiáty. Fentanyl si lze splést s bílým heroinem. Hrozí riziko předávkování, proto je nezbytné při nitrožilní aplikaci tyto drogy „ochutnávat“ a až při ověření jejich síly aplikovat přiměřené množství.

**Krokodýl** – Droga pocházející z Ruska počátku působí podobně jako heroin. Název „krokodýl“ je odvozen od projevu infekce kůže, kterou tato droga způsobuje. Kolem místa vpichu se vytvoří zelená šupinatá kůže. Kromě kůže droga poškozuje i kosti. Pravidelní uživatelé krokodýla se dožívají pouze roku až dvou let od začátku užívání této drogy!

**Makovina (surové opium)** – Kdo se rozhodne pro makovinu, musí brát v úvahu mnoho rizik, např. předávkování a různé infekce způsobené aplikací nepřečíslené drogy, která je plná bakterií. Na téma makoviny vyšla v létě 2010 Dekontaminace. Doporučujeme k přečtení.

**„Klepky“** – Různá psychofarmaka (např. Rivortil, Diazepam, Rohypnol). Bývají levnější, ale abstinční příznaky jsou rovněž životu nebezpečné. Hrozí epileptické záchvaty a dochází také k výpadkům paměti, tzv. „oknum“. Při předávkování pak nastává zástava dechu a útlum srdeční činnosti.

**Pozor! Vždy když dojde ke změně v dostupnosti drog, mohou se jejich uživatelé chovat velmi rizikově! Nemá cenu se nakazit či předávkovat!**

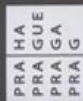
### NEMÁ CENU UMŘÍT!

#### DŮLEŽITÁ TELEFONNÍ ČÍSLA:

Hasiči: 150

Záchraná služba: 155

Policie: 158

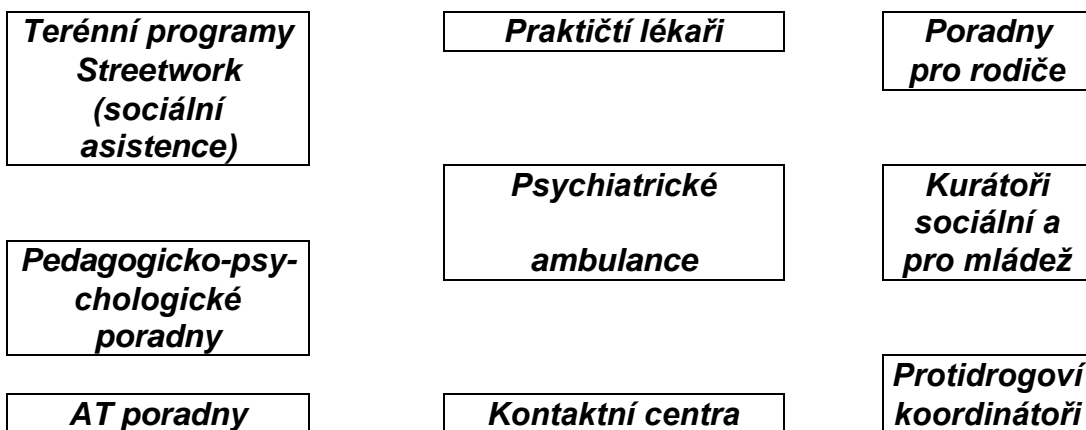


Tento materiál je neprodáván a je určen výhradně klientům programů harm reduction v HL m. Praze. Text: zpracovala Pracovní skupina harm reduction PK RHMP. Vydáno HL m. Praha v dubnu 2012 nákladem 2 000 ks.

## Schéma protidrogové prevence

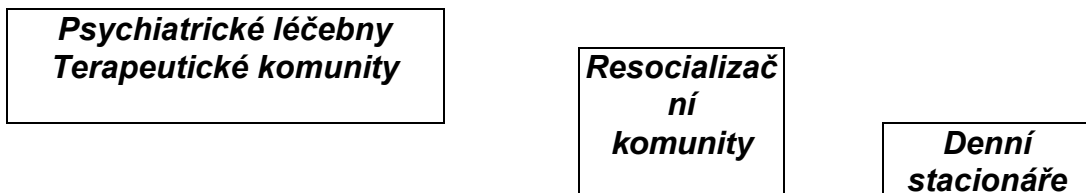
**Primární prevence - výchova ke zdravému životnímu stylu - k pozitivním hodnotám – školy a školská zařízení**

### **Kontakt s drogou**

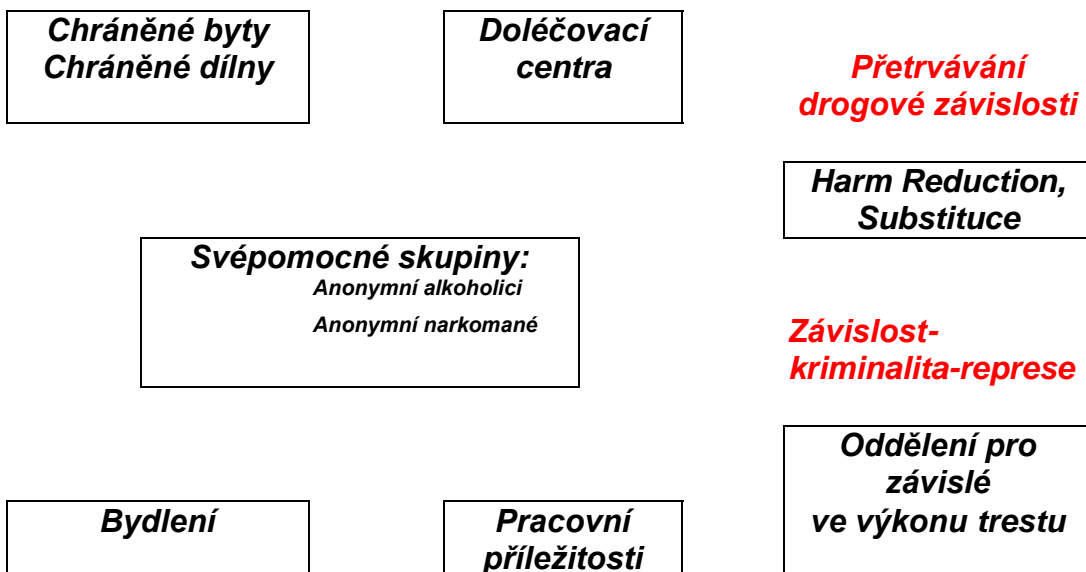


### **Drogová závislost**

**Detoxi(fi)kace ústavní a ambulantní**



### **Abstinence**



*Příloha č. 5*

*5a - Proti drogám v blízkosti škol a dětských zařízení*

INT. č. 37/2 Mgr. Soňa Popušková

– interpelace směřovala na Zastupitelstvo hl.m. Prahy k předání petice „Proti drogám v blízkosti škol a dětských zařízení“ a dalšímu postupu petice byla předána primátorovi hl.m. Prahy přímo na ZHMP bude odpovězeno na petici – k vyřízení předána předsedovi kontrolního výboru ZHMP P. Dolínkovi.

Mgr. Soňa Popušková: Vážení zastupitelé hlavního města Prahy, jmenuji se Soňa Popušková a trvale bydlím na Praze 4. Přišla jsem vám předat petici s názvem „Proti drogám v blízkosti škol a dětských zařízení“, kterou k dnešnímu dni podepsalo více jak tisíc občanů.

Situace kolem substituční léčby drogově závislých společnosti Remedis ve Vladimírově ulici v Nuslích je absolutně neúnosná již několik let. Je umístěná v bezprostřední blízkosti škol, školek a dětských hřišť. Neustále si drogově závislí, kteří jdou z ordinace rovnou do lékárny, obratem na veřejnosti nitrožilně aplikují tzv. léčivo svitex. Použité stříkačky odhazují všude, kde je napadne – na dětská hřiště, před školou, do domů, do obchodů apod. Děti s rodiči doslova skáčou přes drogově závislé cestou do školy i ze školy. V celé oblasti vzrostla kriminalita a zhoršily se podmínky pro bydlení. Děkujeme vám všem za nová krásná dětská hřiště, ale bohužel jsou dnes plná nebezpečného odpadu a není to jen problém Prahy 4, ale i Prahy 2, Prahy 8, Prahy 9, Prahy 1.

Požadujeme, aby hlavní město Praha využilo své zákonodárné iniciativy a aby zařízení tohoto typu byla umísťována minimálně dva kilometry od škol a dětských zařízení. Současně požadujeme, aby tato zařízení byla důsledně kontrolovaná hlavním městem Prahou a aby se také zaměřili na okolí těchto provozoven. Prosím, přijďte se do Nuslí podívat a uvidíte vše sami na vlastní oči. Také prosím, na policii nás neodvolávejte, s tou jsme v kontaktu každý den. Ale ta nemá moc kompetencí tyto jevy postihovat.

Ráda bych řekla, že skutečně podporujeme seriózní léčbu drogově závislých, ne však pseudoléčbu. Jsme proti stávajícím praktikám, kdy nejsou nastavená jasná pravidla jak kontroly, tak logiky umísťování těchto center v celé Praze.

Vážení zastupitelé, my obyvatelé města Prahy požadujeme, abyste tuto petici projednali a přijali pravidlo pro umíst'ování těchto zařízení alespoň dva kilometry od dětských zařízení jako zákonnou normu. Bude se nám všem lépe žít – jak drogově závislým, tak řádným občanům. Děkujeme za projednání petice Zastupitelstvem HMP a za odpověď. Předávám petici panu primátorovi. (Předává složku s podpisovými archy primátorovi.)

5b . Usnesení

|   |  |
|---|--|
| 21.   | předseda výboru kontrolního ZHMP Dolínek |
| <i>k petici proti drogám, za přemístění služeb poskytujících substituční léčbu a poradenství pro drogově závislé společnosti Remedis, s. r. o. ve Vladimírově ul. v Praze 4 - Nusle a za zákaz výskytu podobných pracovišť v minimální vzdálenosti 2 km od školek, škol, dětských a mládežnických zařízení, dětských hřišť a sportovišť</i> |  |
| <b>TISK: Z – 2549</b>   |  |
| <b>HLASOVÁNÍ O USNESENÍ: PRO: 50 PROTI: 0 ZDRŽEL SE: 3</b>  |  |
| <b>PŘIJATO USNESENÍ ČÍSLO: 38/54</b>  |  |

Materiál uvedl předseda výboru kontrolního ZHMP Dolínek.

V diskusi vystoupil Pavel Caldr – starosta MČ Praha 4.

V diskusi vystoupil radní Dlouhý.

Závěrečné slovo přednesl předseda výboru kontrolního ZHMP Dolínek, který reagoval na příspěvky z diskuse.

Pozměňovací návrh předsedy výboru kontrolního ZHMP Dolínka – v návrhu textu usnesení vypustit část věty u bodu I. ve znění: „2. bere na vědomí že, radní pro oblast zdravotnictví.....odbory MHMP připravuje“ a poté ponechat původní text ve znění: „2. materiál, který identifikuje místa na území hl. m. Prahy, na nichž je možné poskytovat adiktologické služby.....“

Pro: 48 Proti: 0 Zdr. 3

Bylo přijato.

S upraveným textem usnesení byl vysloven souhlas.



*Příloha č. 6 - Vyjádření městských částí HMP v souvislosti s plánováním Protidrogové politiky hl. m. Prahy na období 2014-2020*

| <b>Městská část</b>         | <b>Odpověď</b>   | <b>Poznámka</b>   |
|-----------------------------|--|---|
| <b>Městská část Praha 1</b> | <p>na území MČ jsou již v současné době tyto služby realizovány.</p> <p><b>Další vhodné prostory MČ nemá.</b></p>  |   |
| <b>Městská část Praha 2</b> | <p>MČ nesouhlasí s požadavkem MHMP týkajícím se vytipování vhodných lokalit pro potenciální umístění uvedených služeb a žádá o přepracování materiálu Protidrogové politiky hl. m. Prahy na období 2013 až 2020.</p> | <p>MČ nesouhlasí s postupem hl. m. Prahy při procesu tvorby a připomínkového řízení k materiálu Protidrogová politika hl. m. Prahy na období 2013 až 2020. Na území MČ jsou již v současné době realizovány uvedené služby.</p> |
| <b>Městská část Praha 3</b> | <p>Na území MČ jsou již v současné době realizovány uvedené služby, finančně podporovány z rozpočtu MČ a MČ též poskytuje prostory pro realizaci těchto služeb.</p> <p><b>Další vhodné prostory MČ nemá.</b></p>     |   |
| <b>Městská část Praha 4</b> | <p>MČ zaslala negativní stanovisko k postupu MHMP.</p> <p>MČ není znám záměr hl. m. Prahy a nemá k dispozici relevantní informace o potřebě</p>  | <p>MČ zdůrazňuje, že je třeba se touto problematikou koncepčně zabývat s ohledem na bezpečí obyvatel.</p>   |

|                             |  |  |
|-----------------------------|--|--|
|                             | těchto zařízení, není tedy možné vhodná místa určit. Na svém území má již jedno zařízení pro drogově závislé, jehož provoz velmi negativně dopadá na bezpečnost obyvatel.        |  |
| <b>Městská část Praha 5</b> | Na území MČ jsou uvedené služby již realizovány a MČ <b>nenavrhuje</b> další vhodné lokality pro rozšíření služeb na jejím území.  |  |
| <b>Městská část Praha 6</b> | Na území MČ jsou uvedené služby již realizovány a <b>není</b> záměrem MČ tyto služby rozšiřovat.   |  |
| <b>Městská část Praha 7</b> | Na území MČ jsou uvedené služby již realizovány a MČ zdůrazňuje, že její území je provozem těchto služeb již velmi zatíženo.<br><br><b>Nenavrhuje</b> tedy žádné další lokality. |  |
| <b>Městská část Praha 8</b> | Na území MČ jsou uvedené služby již realizovány a MČ považuje jejich nabídku na svém území za dostatečnou.<br><br><b>Nenavrhuje</b> žádné další lokality.                        |  |
| <b>Městská část Praha 9</b> | Na území MČ jsou uvedené služby poskytovány, drogová scéna v MČ není významná. MČ tedy <b>nepovažuje</b> zřízení dalších   |  |

|                              |  |   |
|------------------------------|--|---|
|                              | služeb v této lokalitě za žádoucí.   |   |
| <b>Městská část Praha 10</b> | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb.   |   |
| <b>Městská část Praha 11</b> | Vzhledem k charakteru zástavby hustotě zalidnění MČ <b>nepovažuje za vhodné</b> v takové lokalitě umisťovat uvedené služby.  |   |
| <b>Městská část Praha 12</b> | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb a domnívá se, že vhodnější lokalitou je centrálnější část města, kde se uvedené osoby přirozeně zdržují.   | V lokalitě jsou některá místa (Modřanská rokle, pobřeží Vltavy) užívána osobami bez přístřeší k přenocování, bylo by vhodné v těchto lokalitách uvažovat o nabídce služeb základní hygieny, nicméně MČ není schopna tuto službu zajistit. |
| <b>Městská část Praha 13</b> | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb.   |   |
| <b>Městská část Praha 14</b> |  |   |
| <b>Městská část Praha 15</b> | MČ nedisponuje vhodnou nemovitostí k umístění uvedených služeb. MČ vytypovala pozemek parc. č. 1703/1, k. ú. Hostivař, kde by byla potenciální možnost využití pro výstavbu nízkoprahového denního centra pro osoby bez přístřeší. | Díky charakteru MČ je řešení otázek spojených s problematikou bezdomovectví a závislosti na nealkoholových drogách spíše okrajovou záležitostí.   |

|                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <b>Městská část Praha 16</b>          | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb.   |  |
| <b>Městská část Praha 17</b>          | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb.   |  |
| <b>Městská část Praha 18</b>          | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb.   | MČ upozornila, že HMP vlastní pozemky, které jsou stavebně nevyužité, poblíž stanice metra Letňany |
| <b>Městská část Praha 19</b>          | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb.   |  |
| <b>Městská část Praha 20</b>          | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb.   |  |
| <b>Městská část Praha 21</b>          | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb a svým charakterem není MČ vhodnou lokalitou pro umístění těchto služeb. |  |
| <b>Městská část Praha 22</b>          |  |  |
| <b>Městská část Praha - Běchovice</b> | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb.   |  |
| <b>Městská část Praha - Benice</b>    |  |  |
| <b>Městská část Praha - Březinves</b> |  |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| Městská část Praha -<br>Čakovice        | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými<br>prostory pro umístění<br>uvedených služeb. |  |
| Městská část Praha -<br>Řáblice         |  |  |
| Městská část Praha -<br>Dolní Chabry    |  |  |
| Městská část Praha -<br>Dolní Měcholupy |  |  |
| Městská část Praha -<br>Dolní Počernice | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými<br>prostory pro umístění<br>uvedených služeb. |  |
| Městská část Praha -<br>Dubeč           |  |  |
| Městská část Praha -<br>Klánovice       | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými<br>prostory pro umístění<br>uvedených služeb. |  |
| Městská část Praha -<br>Koloděje        | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými<br>prostory pro umístění<br>uvedených služeb. |  |
| Městská část Praha -<br>Kolovraty       | MČ <b>neuvažuje</b> na svém území<br>umístit uvedené služby.                 |  |
| Městská část Praha -<br>Královice       |  |  |
| Městská část Praha -<br>Křeslice        | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými<br>prostory pro umístění<br>uvedených služeb. |  |
| Městská část Praha -<br>Kunratice       | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými<br>prostory pro umístění<br>uvedených služeb. |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Městská část Praha -<br/>Libuš</b>           | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb.   |  |
| <b>Městská část Praha -<br/>Lipence</b>         | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb.   |  |
| <b>Městská část Praha -<br/>Lochkov</b>         |  |  |
| <b>Městská část Praha -<br/>Lysolaje</b>        | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb a vzhledem k charakteru MČ není tato problematika v MČ aktuální. |  |
| <b>Městská část Praha -<br/>Nebošice</b>        | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb.   |  |
| <b>Městská část Praha -<br/>Nedvězí</b>         | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb.   |  |
| <b>Městská část Praha -<br/>Petrovice</b>       | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb.   |  |
| <b>Městská část Praha -<br/>Přední Kopanina</b> | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb.   |  |
| <b>Městská část Praha -<br/>Řeporyje</b>        | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb.   |  |
| <b>Městská část Praha -<br/>Satalice</b>        | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb.   |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Městská část Praha - Slivenec</b>      |  |  |
| <b>Městská část Praha - Suchdol</b>       |  |  |
| <b>Městská část Praha - Šeberov</b>       | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb. |  |
| <b>Městská část Praha - Štěrboholy</b>    |  |  |
| <b>Městská část Praha - Troja</b>         |  |  |
| <b>Městská část Praha - Újezd</b>         | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb. |  |
| <b>Městská část Praha - Velká Chuchle</b> | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb. |  |
| <b>Městská část Praha - Vinoř</b>         |  |  |
| <b>Městská část Praha - Zbraslav</b>      | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb. |  |
| <b>Městská část Praha - Zličín</b>        | MČ <b>nedisponuje</b> vhodnými prostory pro umístění uvedených služeb. |  |

**Zdroj:**

UHLÍK, Pavel. Rozpracování principu spravedlivé distribuce nízkoprahových služeb na území hl. m. Prahy [online] Materiál do Zastupitelstva HMP. Tisk č.Z-2664 [cit. 15.6.2014].Dostupné na www:

<[http://www.praha.eu/jnp/cz/o\\_meste/primator\\_a\\_volene\\_organu/zastupitelstvo/podklady\\_jednani/index.html](http://www.praha.eu/jnp/cz/o_meste/primator_a_volene_organu/zastupitelstvo/podklady_jednani/index.html)>

## **DOTAZNÍK**

Dobrý den,

dovolte mi obrátit se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník mapuje povědomí veřejnosti o funkčnosti, dostupnosti a potřebnosti služeb a péče pro osoby závislé na návykových látkách na území hlavního města Prahy.

Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je zcela dobrovolné. Výsledek šetření bude přínosem pro pracovníky jednotlivých zařízení a odborníky na drogovou problematiku.

*Zaškrtněte prosím vždy jednu odpověď.*

---

Substituční léčba je léčebný způsob, kdy je užívání původní drogy nahrazeno užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky, než původní droga. Substituce se provádí převážně v substitučních centrech. V ČR může substituční látku předepisovat lékař, který k tomu získá oprávnění.

1. Setkal/a jste se někdy se závislostí na návykových látkách (včetně alkoholu) u sebe nebo ve svém blízkém okolí?

*Ano*

*Ne*

2. Jaký je Váš názor na podávání substituční látky závislým uživatelům drog? Je tato služba potřebná?

*Ano*

*Ne*

*Pokud ne, proč? .....*

*.....*

3. Je třeba otevírat další substituční centra v hlavním městě Praze?

*ano*

*spíše ano*

*nevím*

*spíše ne*

*určitě ne*

4. Vadilo by Vám otevření takového centra v blízkosti Vašeho bydliště?



*ano      spíše ano      nevím      spíše ne      určitě ne*

5. Napadá Vás vhodná pražská lokalita pro umístění substitučního centra?

6. Pohlaví

*Muž*

*Žena*

7. Věk

*Do 20 let*

*20 – 30*

*30 – 40*

*40- 50*

*Nad 50*

8. Vzdělání

*ZŠ*

*SŠ*

*VŠ*

---

Děkuji za Váš čas věnovaný vyplňování dotazníku.