

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Substituční léčba Subutex

Bakalářská práce

Autor: Milada Sýkorová

Katedra: Sociálně pedagogická

Vedoucí práce: Ing. Mgr. Jan Dočkal, CSc.

Studijní program: B7508

Studijní obor: Sociální a pastorační práce

Přidělovaný akademický titul: Bc

Rok odevzdání: Praha 2008

Anotace

Bakalářská práce „Substituční léčba - Subutex“ čtenáře seznamuje s možným řešením závislosti na opiátech, jedním z možných řešení tedy substituční léčbou a preparátem jménem Subutex. Práce je rozdělena do sedmi částí.

První část pojednává o protidrogové politice České republiky. V další části se čtenář obeznámí s přístupem minimalizace rizik (Harm reduction), kam se substituční léčba řadí. Kromě cílů, druhů, poskytovatelů substituční léčby jsou v bakalářské práci představeny dva nejnověji předepisované léčebné preparáty Subutex a Suboxone. Subutex, který je v České republice zaregistrován od roku 2000 tedy osm let, po kterých se ze Subutexu jako z řešení opiátové závislosti stal jeden z problémů. Od ledna letošního roku bylo přijato další opatření, jež se s nimi má v budoucnu vypořádat, nese jméno Suboxone.

V poslední části jsou představeny zkušenosti klientů. Jedná se o kvalitativní šetření s klienty substituční léčby Subutexem, které si klade za cíl dozvědět se o zkušenostech klientů s průběhem sezení, podmínkami, pravidly u předepisujících lékařů případně jejich porušováním, je-li nějaké.

Klíčová slova

Drogová závislost, opiáty, Harm reduction, substituční léčba, Subutex,

Summary

Substitution treatment – Subutex

Bachelor's thesis named "Substitution treatment – Subutex" introduces a reader with possible solution of opioid addiction theme, where one of the possible treatments is the replacement with Subutex preparation.

Thesis is divided into seven sections.

First one deals with the drug policy in the Czech Republic. Next part informs the reader with harm reduction approach in general that includes substitution treatment as well. Thesis presents goals, types and providers of the substitution treatments as well as two lately prescribed medicaments in the Czech Republic: Subutex and Suboxone. After eight years from its registration in 2000 Subutex has turned from being the solution to the problem of opiates addiction. As a result of it a new remedy to deal with these problems has been introduced this January. It bears name Suboxone.

The last section introduces into users experience. The thesis looks at the issue from the users' point of view using qualitative inquiry method among clients treated with Subutex. This inquiry tries to learn about clients' experience with the session in general, conditions and with rules imposed by the attending physician, together with its breaching if there is any.

Key Words

Drug addiction, opiates, Harm reduction, Substitution treatment, Subutex.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Substituční léčba - Subutex napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Praze dne 17.11.2008

Milada Sýkorová

Obsah

Úvod.....	6
1. Problém drog a protidrogová politika	7
1.1. Protidrogová politika ČR	8
1.1.1. Cíle Národní strategie 2005-2009	10
1.1.2. Čtyři základní pilíře protidrogové politiky ČR	10
2. Harm reduction – snižování poškození drogami.....	12
2.1. Přínos Harm reduction	14
3. Substituční léčba	15
3.1. Indikace pro substituční léčbu.....	15
3.2. Typy substituční léčby	17
3.3. Cíle substituční léčby	20
3.4. Důvody odmítání substituční léčby.....	21
3.5. Poskytovatelé substituční léčby	23
3.6. Síť programů poskytujících služby v oblasti protidrogové prevence	24
4. Subutex/buprenorfin.....	26
4.1. Mechanismus účinku.....	27
4.2. Indikace Subutexu.....	29
4.3. Farmakoterapie Subutexem.....	30
4.3.1. Nasazení Subutexu.....	30
4.3.2. Fáze stabilizace	31
4.3.3. Udržovací fáze	31
4.3.4. Vysazení Subutexu.....	32
4.4. Účinky	32
4.5. Problémy spojené s preskripcí Subutexu	33
5. Suboxone.....	37
5.1. Výhody Suboxonu.....	38
5.2. Cena Suboxonu	38
6. Šetření mezi klienty substituční léčby Subutexem.....	39
6.1 Cíle a okruhy výzkumných otázek.....	39
6.2. Popis metody a metodologického rámce	40
6.2.1. Metoda	40
6.2.2. Sběr a analýza dat.....	41
6.2.3. Etické normy a pravidla šetření	41
6.2.4. Popis souboru.....	41
6.3. Výsledky šetření.....	43
7. Závěr	53
Použitá literatura:	54
Přílohy:.....	56

Úvod

Od roku 2007 pracuji jako terénní sociální pracovnice v občanském sdružení Progressive, jehož klientelou jsou uživatelé nealkoholových drog. Progressive o.s. zastřešuje terénní program NO BIOHAZARD a kontaktní centrum STAGE 5. Již delší dobu sleduji vývoj využívání substitučního preparátu Subutex. Zaujalo mě, jak zásadně se situace proměnila poté, co na český trh s léčivými vstoupil.

Ukázalo se, jak Česká republika umí efektivně využívat poznatků svých zkušenějších sousedů a vhodně je aplikovat na naše poměry. Ale v případě Subutexu, který měl zásadním způsobem ovlivnit situaci na české drogové scéně pozitivním směrem, se z léku stala hrozba, další problém, který je třeba řešit.

Cílem mé bakalářské práce je seznámit s přístupem Harm reduction teoretickým rámcem, z něhož substituční léčba vychází, s principy substituční léčby a nejnověji poskytovanými preparáty Subutexem a Suboxenem.

Hlavní část představí substituční léčbu, pro koho je vhodná, jaké v České republice existují typy substituční léčby, seznámí s jejími cíli a poskytovateli.

Další kapitola bakalářské práce se věnuje preparátu Subutex, mechanismu účinku, indikaci, jednotlivým fázím substituce Subutexem. Věnuje se i problémům spojeným s tímto lékem především nitrožilní aplikaci, úniku na černý trh, souběžnému užívání s látkami tlumícími centrální nervovou soustavu. Subutex není jen fiaskem, jak by se z mé práce mohlo zdát. Jsou zde i pozitiva, která samozřejmě neopomenou zmínit.

Kromě seznámení s výše zmíněnými tématy je cílem této práce zjistit na základě polostrukturovaného rozhovoru s klienty substituční léčby, jaké jsou jejich reálné zkušenosti s průběhem setkání u poskytovajícího lékaře, jaký je poměr mezi pouhým předepisováním léku a psychoterapeutickou složkou léčby, jako hlavním prostředkem k dosažení změny v situaci klienta. V neposlední řadě je cílem zjistit, jak se to ve skutečnosti má s existencí medializovaných problémů jakým jsou - nitrožilní aplikace, únik na černý trh či souběžné docházení k více předepisujícím lékařům.

Pokud se potvrdí existence některých s uvedených nešvarů u klientů či opomenutí v porovnání se Standardy substituční léčby ze strany lékařů, součástí této práce bude i návrh řešení současného stavu.

1. Problém drog a protidrogová politika

Čím pro společnost problematika drog je a jak se k ní společnost staví? V tomto ohledu byl zlomovým rokem rok 1990, kdy Mezinárodní společenství (v Globálním akčním plánu VS OSN z roku 1991) poprvé charakterizovalo problém drog jako globální¹ a postavilo jej na roveň problémům typu životního prostředí, infekčních nemocí, migrace.

Jakožto globální problém musí ovlivňovat všechny země světa, zároveň každá z nich v něm zaujímá určitou úlohu (země se rozlišují na producentské, transitní či spotřebitelské). Žádná není problému ušetřena, i když pro každou z nich tento jev představuje větší či menší ohrožení. Posledním neméně důležitým znakem je způsob řešení. Ten vyžaduje speciální přístup – mezioborovou, meziresortní a mezinárodní spolupráci, což je zřejmé již z výrazu globální, vše zasahující, nic nevyjímající.

Protidrogová politika vyhlásila boj černému trhu, který s drogami obchoduje. Vytáhla do boje proti výrobcům drog, jejich distributorům a zároveň se snaží snížit spotřebu. Aby byla úspěšná, musí činit opatření, která postihnou obě strany trhu s drogami, jak stranu nabídky tak stranu poptávky. Obě strany jsou vzájemně provázány a jedna podmiňuje druhou. Proto není možné hledat příčinu a zakročit jen na jedné z nich.

Snižování nabídky

Tato strategie je zaměřena na producenty a distributory drog a jejím cílem je zastavit či alespoň omezit výrobu kontrolovaných drog. Vykonavateli jsou především orgány státní správy – kontrolní a správní úřady (Inspektorát omamných a psychotropních látek na Ministerstvu zahraničí, policie, celní služba, justice). Cílovými skupinami jsou osoby, které neoprávněně a v rozporu se zákonem o návykových látkách (zákon č. 167/1998 Sb.), s kontrolovanými látkami zacházejí a dopouštějí se tak trestné činnosti.

¹ Drogy a drogové závislosti, K. Kalina a kol, str. 15

Snižování poptávky

Tato strategie si klade za cíl snížit vyhledávání a konzumaci drog na straně zákazníka, spotřebitele, ať již existujícího či potenciálního. Je neméně důležitá, a pro téma této mé práce je podstatnější, dále se na ni tedy zaměřím.

Oba zmíněné přístupy se ve svých postupech liší a vzájemně doplňují. Strategie snižování poptávky je, oproti represivnímu přístupu snižování nabídky, uskutečňována prostřednictvím preventivních a edukačních programů. Dále sem spadají poradenské a léčebné programy směřované k dosažení a udržení abstinence, snižování frekvence užívání nebo dávek té dané drogy; programy nabízející léčbu jako alternativu k potrestání; sociální opatření vůči jevům, které k užívání drog přispívají (bezdomovectví, nezaměstnanost, záškoláctví).

Souhrnným pojmem pro výše zmíněná opatření je prevence, která se dle WHO dělí do tří okruhů :

- Primární prevence se specializuje na tu část populace, jež do přímého kontaktu s drogami doposud nepřišla.
- Sekundární prevence předchází vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob zasažených drogami či na drogách závislých (včasná intervence, poradenství, léčení).
- Terciální prevence předchází vážnému a trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození plynoucího z užívání drog (sociální rehabilitace, doléčování, podpora v abstinenci, prevence zdravotních rizik u neabstinujících klientů).

1.1. Protidrogová politika ČR

Protidrogová politika ČR, která je uskutečňována na základě Národní strategie protidrogové politiky za období trvající čtyři roky, tedy 2005-2009, schválená usnesením vlády č. 1305/2004, je v pořadí čtvrtou strategií za dobu existence České republiky. Vždy vychází a dále rozvíjí předešlé dokumenty o protidrogové politice vlády a zároveň je formována akčním plánem EU boje proti drogám v tomtéž období.

Národní strategie 2005-2009 usiluje o vyvážený přístup k řešení problému užívání drog z hlediska – represe, prevence, léčby a resocializace a o komplexní,

meziresortní, mezioborový postup a spolupráci, což je jediný způsob, jakým lze dosáhnout vytýčených cílů.

Národní strategie pro stávající období je zaměřena především na zvyšování kvality a efektivity realizovaných opatření ve všech zmíněných oblastech. To by se mělo promítnout i do financování, vzdělávání, zahraniční spolupráce a koordinace. Protidrogová politika je plánována a uskutečňována na základě pravidelně vyhodnocovaných a aktualizovaných potřeb. A proto spíše než budovat další programy (což bylo úkolem protidrogové politiky v letech minulých, tedy v jejich počátcích) je nutné zvyšovat kvalitu a efektivitu programů, které již existují. Zaměřit se na jejich diferencovanost a cílenost, rozšiřovat spektra služeb a vyhodnocovat praktické dopady realizovaných opatření.

Jejími hlavními cíli mají být především aktivity směřující k předcházení možným zdravotním a sociálním rizikům a dopadům plynoucím z užívání drog a jejich snižování (Harm reduction) a dále potírání organizovaného zločinu zapojeného do nezákonného obchodu s drogami.

Organizaci a provádění protidrogové politiky upravuje v hlavě V. zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Dle zákona 375/2005 Sb. realizaci protidrogové politiky zajišťuje a koordinuje vláda prostřednictvím ministerstev a jiných orgánů státní správy. Komplexní preventivní opatření v oblasti protidrogové politiky provádějí zejména Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, jedná se o primární, sekundární a terciární prevence zdravotních a sociálních škod působených užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) byla zřízena vládou je pověřena koordinací protidrogové politiky, je převážně orgánem poradním. Výše uvedené orgány se podílejí na financování programů protidrogové politiky a kontrolují účelné využití finančních prostředků ze státního rozpočtu. Od roku 2007 se na financování programů protidrogové politiky ve své působnosti podílí i Ministerstvo spravedlnosti. V rámci své činnosti se jednotlivé orgány řídí Národní strategií protidrogové politiky a Akčním plánem realizace Národní strategie protidrogové politiky.

Organizace, které se podílí na realizaci primární, sekundární a terciární prevenci, jsou především nestátní, neziskové a církevní.

1.1.1. Cíle Národní strategie 2005-2009²

- Stabilizovat, případně snížit počet uživatelů drog.
- Zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních a nelegálních drog.
- Stabilizovat, případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými a mladými lidmi.
- Snížit potenciální rizika užívání všech typů drog a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost.
- Zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace.
- Snížit dostupnost legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci a zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů.

1.1.2. Čtyři základní pilíře protidrogové politiky ČR

Protidrogová politika ČR je založena na komplexním, multidisciplinárním a vyváženém přístupu, který stojí na rovnováze represe a prevence.

Protidrogová politika v ČR je postavena na čtyřech základních pilířích:

1. Primární prevence – je zaměřena na předcházení užívání drog. Je realizována osvětou společnosti o drogách a věcech s drogami spojených. Je prováděna především v rámci rodiny, školy a pomocí různých projektů, zaměřujících se na volnočasové aktivity. Zásadní faktor představuje způsob předání informací o drogách, měly by být objektivní a předávány odborníky. Bohužel informace o drogách samotných i o službách určených uživatelům drog jsou často zkreslené a zavádějící.
2. Harm reduction (minimalizace zdravotních a sociálních rizik) - neusiluje o absolutní eliminaci drog a jejich užívání (které je podle historické zkušenosti neodstranitelné), naproti tomu se s tímto jevem snaží pracovat, aby negativní důsledky pramenící z takového chování byly co nejmenší.

² Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009, str. 18

Zaměřuje se na stabilizaci životního stylu klienta, přičemž vychází z jeho potřeb, dává mu možnost podílet se na jejich tvorbě a možnost rozhodnout se jak, kdy a kde se léčit. Cíl, který tento přístup sleduje, je zlepšení kvality života, zdravotního stavu a tělesné i duševní pohody. Upřednostňuje tedy zdraví a osobní zodpovědnost a léčbu ve všech jejích možnostech a modalitách. Jakákoli pozitivní změna vedoucí ke snížení poškození je krokem správným směrem.

3. Léčba a resocializace – jedná se o celou řadu aktivit poskytovaných klientům, kteří již mají zkušenost s drogou. Tyto aktivity směřují k abstinenci klienta, nebo podporují ty klienty, kteří již k abstinenci dospěli, aby setrvali v životě bez drog. Společně s klienty hledají aktivity, které by nahradily prázdné místo v jejich životě předtím naplňované drogami. Dalším neméně důležitým úkolem této oblasti je předcházení relapsu, neboli návratu k užívání drog. Tato činnost je náplní psychiatrických léčeb, AT poraden, terapeutických komunit a doléčovacích center.
4. Represe – sem patří právní úprava drogové problematiky. Základní právní normou je Zákon č. 167/1998 Sb. o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. Jeho součástí je seznam látek, které jsou považovány za návykové, úprava omezení v zacházení s omamnými a psychotropními látkami, přípravky a prekursory. Stanovuje pravidla výzkumu, výroby, zpracování, odběru, skladování a používání těchto látek, jejich koupě a prodeje atd. Trestně právní rámec postihu zneužívání drog upravuje Trestní zákon § 187 Trestný čin nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů, § 188 trestný čin šíření toxikomanie. Další je právní úprava přestupků na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi podle § 30 odst. 1 písm. c), f), g), h), ch), j) zákona o přestupcích.

2. Harm reduction – snižování poškození drogami

Tento přístup byl v souvislosti s drogovou problematikou charakterizován až v 80. letech 20. století. Přístup Harm reduction vychází z toho, že závislé a jiné rizikové chování je výsledkem složitého komplexu interakcí mezi bio-psycho-sociálními faktory s jedinečnými možnostmi a variacemi ve volbě chování, drogy, způsobu a důvodu užití. Přístup ke klientovi není předem určen danými schématy, nýbrž jedinečnou životní zkušeností a potřebami toho daného klienta.

Vyjma blaha klientů a důrazu na jejich osobní zodpovědnost za svou životní situaci (viz str.8) má princip Harm reduction na zřeteli ochranu celé společnosti před nežádoucími dopady užívání drog a souvisí se strategií ochrany veřejného zdraví (Public health), která je orientována spíše než na jedince na celou populaci. Je třeba mít na zřeteli, že zájmy jedince a společnosti se mohou diametrálně lišit, proto je třeba hledat mezi nimi rovnováhu a klást důraz na to, co mají společné.

Služby vycházející z principu ochrany veřejného zdraví nabízejí kromě bezprostřední zdravotnické pomoci také informace a vzdělávání. Informace tudíž klientům poskytnou možnost a schopnost se na základě získaných znalostí rozhodnout, co je pro ně nejlepší.

Dalším pozitivem je pružnost, s jakou tento přístup reaguje na aktuální potřeby klientů. Tomu napomáhá i nízkoprahový přístup. Služby HR jsou pro všechny snadno dostupné, přístupné komukoli bez dalších požadavků, neboť cílem je oslovit svou nabídkou co nejvíce lidí (nejen klientů samotných, ale i jejich rodinných příslušníků a ostatních členů společnosti).

Na této úrovni je všem klientům zaručena anonymita. K čerpání služeb v rámci přístupu Harm reduction, není třeba poskytovat žádné osobní údaje. Pokud má klient zájem, je s ním v některém z kontaktních center vyplněn tzv. IN-COME dotazník, vyžadující základní informace typu:

- Nacionále a bydlení
- Vzdělání/zaměstnání
- vyšetření HIV/hep.A B C
- absolvovaná léčení
- typy zneužívaných látek a způsob jejich aplikace (více viz přílohy).

Na základě vyplnění IN-COME dotazníku je klientovi přidělena kartička s kódem ve tvaru - první tři písmena křestního jména matky/den narození klienta/ první tři písmena křestního jména klienta/ měsíc narození klienta. Pro lepší představu můj kód by vypadal takto **RUZ12MIL04**. Kartička kromě evidence klientů a možnosti statisticky zpracovávat data, zaručuje klientovi bezpečí při střetu s represivními složkami. Zaevidovaný klient mající u sebe kartičku by měl být uchráněn zabavení injekčního náčiní, vyhození dávky drogy pro svou vlastní potřebu. Je to informace, že je v kontaktu s nízkoprahovými službami a nějakým způsobem pracuje na své situaci. Samozřejmě vše je o lidech, kteří svou funkci vykonávají, a ani tato kartička nemůže klientům nic zaručit.

Shrnutí

- Přístup Harm reduction je alternativou k tradičním a jednostranným modelům užívání drog a závislosti – nabízí širokou paletu nástrojů a postupů, jak snížit škodlivé důsledky závislého chování. Akceptuje fakt, že mnoho lidí užívá drogy a rizikově se chová i v jiných situacích. V neposlední řadě si uvědomuje, že nastolit drog prostou společnost je nereálné.
- Přestože považuje abstinenci za ideální výsledek, akceptuje také alternativy, které pracují s neabstinujícími klienty – snižují nároky tedy práh, který je pro většinu klientů prakticky nedosažitelný. Nepočítá jen s ideální variantou, kterou představuje abstinence. Pokouší se riziko související s užíváním drog alespoň snížit, a sice tím, že zmírňuje další poškozování zdravotního stavu, předává informace a motivuje klienty ke zodpovědnosti za své chování a posléze i ke změně k chování méně rizikového. Mimo jiné nabízí ochranu před rozvojem závislosti.
- Uplatňuje nízkoprahový přístup – neklade předběžné a pro mnohé nereálné požadavky (aktuální abstinence, omezení frekvence či způsobu užívání). Nabízí anonymní přístup ke klientům. Je aktivní při vyhledávání klientů a jejich začleňování do programů a aktivit, které se zaměřují na pomoc. Tyto programy pracují s klientem tam, kde se právě nachází, a v aktuálním stavu, za podmínek, na nichž se dohodnou, které vycházejí

z jeho potřeb. Právě proto jsou klienty pozitivně přijímány a dokáží oslovit značnou část problémových uživatelů drog.

2.1. Přínos Harm reduction

Výše zmíněné principy se uplatňují ve službách pro uživatele drog. Na jejich základě vznikla nízkoprahová zařízení, výměnné a substituční programy. Velmi důležitým impulsem pro vznik a rozvoj těchto programů byl nástup epidemie HIV/AIDS na počátku 80. let minulého století. Velký nárůst počtu nových případů infekce HIV je totiž z velké části způsoben rizikovým (injekčním) užíváním drog.

Filosofií těchto programů je motivovat klienty ke změně rizikového chování a udržení této změny.

3. Substituční léčba

Substituční léčba je standardním postupem, který svou charakteristikou patří do postupů Harm reduction. Jedná se o časově neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle, tedy trvalé a důsledné abstinence, na dobu, kdy bude klient sám objektivně i subjektivně schopen abstinčně orientovanou léčbu podstoupit. Do té doby chce udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav.

Substituční léčba je metodou první volby pro pacienty, kteří nejsou schopni přijmout terapeutické metody, jejichž primárním cílem je abstinence od návykových látek.

Substituce neboli „nahrazení“ je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno lékařsky předepsaným užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky (např. užívání heroinu je nahrazeno užíváním metadonu či jiné látky) nebo může jít o substituci škodlivého způsobu aplikace drogy za méně škodlivý (intravenózní aplikace je nahrazena perorální popřípadě sublingvální), velmi často se jedná o kombinaci obou způsobů.

Substituční léčba je založena na principu podávání substituční látky jiným než nitrožilním způsobem v dostatečném množství, které efektivně potlačují klientovy abstinční příznaky a umožňují mu vést po všech stránkách co možná nejplnohodnotnější stabilní život.

3.1. Indikace pro substituční léčbu

Základním předpokladem pro zařazení do substitučního programu je těžká a dlouhodobá závislost na vysokých dávkách látek opioidového typu a v případě substituce metadonem též opakované, neúspěšné pokusy o léčbu orientovanou k abstinenci. Dále se zohledňuje pozitivní zkušenost se substitucí v anamnéze, upřednostňují se klienti HIV pozitivní, těhotné ženy závislé na opiátech, nevyjímaje klienty, kteří se ve snaze získat svou denní dávku dopouštějí trestné činnosti a není u nich možná léčba orientovaná k abstinenci. Vždy je třeba mít na paměti, že substituční léčba nesmí zvýšit poškození související s drogami. Naopak má pomoci dosáhnout vhodně stanovených krátkodobých a dlouhodobých cílů.

Při úvaze o typu substituční léčby je kladen důraz zejména na somatický stav a sociální status klienta, psychické charakteristiky (hlubší osobnostní a behaviorální poruchy, klientovu motivaci atp.). Neméně důležitým kritériem je ekonomická efektivita léčby, uplatní se pouze typ léčby s takovým objemem psychosociálního servisu, který je klient schopen a ochoten využít.

Všem uvedeným charakteristikám klientů jsou společné dvě podmínky - závislost (délka závisí na posouzení příslušného lékaře viz Aktualizovaný standard substituční léčby z r. 2007) a užívaná látka v tomto případě jsou jí opioidy bez ohledu na způsob aplikace:

Syndrom závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí³

Jedná se o skupinu fenoménů ovlivňujících fyziologii člověka, poznávací složku i chování příslušným způsobem vlastním dané látce, kdy její užívání má pro postiženého mnohem větší přednost než cokoliv jiného. Do hry vstupuje silná touha psychoaktivní látku užívat, zvyšující se tolerance k účinkům a následné zvyšování dávek, typický nepříznivý tělesný odvykací stav po jejím vysazení, postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů, neschopnost s užíváním přestat a pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Opiáty

Opiáty jsou drogy, které utišují bolesti a často způsobí usnutí. Řadí se sem opium, deriváty opia a jeho syntetické náhražky. Nejrozšířenější nelegální látkou zneužívanou v České republice je heroin (bohužel ho dohání i substituční preparát Subutex). Používání opiátů vyvolává labilitu nálad, třes, nespavost aj. Jsou většinou silně návykové. Možné účinky – euforie, zklidnění, nevolnost, útlum dýchání, zúžené zornice, tělesný útlum, znečitlivění, pocit lhostejnosti vůči problémům.

- Projevy předávkování – pomalé, povrchní dýchání, lepkavá kůže, křeče, kóma, zástava dechu a krevního oběhu, možné úmrtí

- Abstinenční příznaky – vodnaté oči, zívání, ztráta chuti k jídlu, podrážděnost, třes, panika, nevolnost, zimnice, pocení, bolesti svalů a kloubů, průjem

³ Návykové chování a závislost, K. Nešpor; str. 14 - 15

Společná jim je vysoká fyzická i psychická závislost, potřeba zvyšování dávek.

Užívání nelegálních opiátů je velmi riziková činnost spojená s výskytem řady vážných onemocnění (především HIV/AIDS a hepatitida typu B C) a s vysokou úmrtností. Hlavní příčinou nákazy bývá sdílení kontaminovaného injekčního materiálu, přenos z matky na dítě, či sexuální styk. Především poslední cestou se nemoci šíří do běžné populace. Dalšími důsledky závislosti mohou být chudoba, kriminalita, rozpad rodin a další sociální, zdravotní a ekonomické problémy a s nimi spojené vyšší výdaje státní správy (Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech, str. 12).

3.2. Typy substituční léčby

Substituční léčba je poskytována různými institucemi (specializovaná zařízení, psychiatři, praktičtí lékaři) a různými způsoby (různá dávkování a trvání léčby, zahrnující udržovací režim i postupné detoxifikace). Kromě toho je předepisování doprovázeno celou řadou psychosociálních intervencí. Aktualizované standardy v ČR⁴ rozlišují několik typů substituční léčby:

➤ Dle rozsahu poskytovaných služeb

- *Základní substituční léčba*

Poskytování (podávání pod dozorem nebo předepisování) substituční látky je doplněno dalšími službami, především somatickou léčbou a sociálním poradenstvím jež je zajištěno externě. Nejčastější forma substituční léčby, poskytovaná především v případech, kdy pro pacienta není indikována komplexní substituční léčba nebo není místně dostupná rozšířená substituční léčba. Je typicky poskytována v ambulancích všeobecných lékařů resp. lékařů jiných specializací než psychiatrie/adiktologie; zároveň je nejnižším možným standardem pro poskytování substituční léčby ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody.

⁴ www.nconzo.cz – věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky prosinec 2007

- *Rozšířená substituční léčba*

Poskytování (podávání pod dozorem nebo předepisování) substituční látky, doplněné zejména adekvátní somatickou léčbou, psychoterapií a sociálním poradenstvím; posledně jmenované může být v případě interní nedostupnosti zajištěno externě. Je poskytována především psychiatry za supervize specializovaného pracoviště pro substituční léčby.

- *Komplexní substituční léčba*, která předpokládá specializované pracoviště pro substituční léčbu.

Zde je poskytování (podávání pod dozorem, vydávání anebo předepisování) substituční látky a služby podle „Základní substituční léčby“ rozšířeno o nabídku dalších služeb psychosociálního typu nebo na ně navazující služby, poskytované v rámci zařízení. Jsou to:

- terapie somatických a psychických poruch
- skupinová nebo individuální terapie
- rodinná, pracovní terapie
- následná péče (after care)
- vzdělávání o aspektech užívání návykových látek
- osobní, pracovní poradenství
- profesní vzdělávání, sociální práce apod.
- ústavní/rehabilitační pobyty.

Určené klientům závislým na opioidech, kteří jsou schopni služby efektivně využívat.

- *Minimální substituční léčba* (ve zdravotnických zařízeních s jinou specializací). Omezuje se na poskytování (podávání pod dozorem nebo předepisování) substituční látky bez další terapie nebo poradenství). Jedná se o výjimečnou formu substituční léčby, indikovanou jen v naléhavých stavech:

- akutní stavy pacientů jiných typů substituční léčby,
- plánované diagnostické nebo terapeutické výkony pacientů jiných typů substituční léčby,
- cesty mimo místo trvalého bydliště (rekreační, rehabilitační, pracovní).

Předpokladem pro provádění je ve všech uvedených případech fungující síť léčebných a kontaktních zařízení, která úzce spolupracují se zařízeními či lékaři provádějícími léčbu, kterým věnuji vlastní kapitolu 3.6. na str. 24.

Každý z výše uvedených typů poskytování substituční léčby má své místo a to s ohledem na cíl, kterého chceme s klientem dosáhnout. Je třeba vzít v úvahu aktuální situaci klienta, jeho motivaci ke změně a míru spolupráce, ke které je ochotný, a podle toho vybrat příhodný typ substituce. Existuje celá škála od pouhého poskytování preparátu až po složitý systém s pravidly, doprovodnými programy a službami, které je nutno absolvovat. Cílem je stabilizovat životní situaci klienta, prvním úkolem je dát klientovi šanci v programu uspět tím, že ho správně zařadíme. Na druhou stranu pouhé poskytování substitučního preparátu má malý vliv na změnu klientova života, je vhodné ho o psychotherapeutickou složku léčby rozšířit alespoň v minimální míře.

Role psychotherapeutické složky v rámci substituční léčby je téma, kterému se v šetření v druhé části mé bakalářské práce věnuji. Zajímá mě, nakolik je účast na psychotherapeutických sezeních v rámci substituce reálně zastoupena, zda je povinná pro čerpání preparátu, ochota klientů se sezení účastnit a zda v tom sami spatřují nějaký význam.

➤ **Podle času**

Kromě rozsahu poskytovaných služeb v rámci substituční léčby je pro ni určující i délka, po kterou je vykonávána. Závisí na individuální situaci klienta a stanoví se na základě podmínek zařízení, ve kterém probíhá. Někdy, zvláště v případě uživatelů drog s velmi dlouhou dobou užívání, kdy se nepředpokládá taková změna životního stylu a motivace k abstinenci, může být substituce časově neomezená.

Existují však klienti, s nimiž je možné a žádoucí pracovat na postupném snižování přijímaného preparátu. Avšak i zde je úplné vysazení závislé na mnoha faktorech a není možné je předem časově určit. Základní podmínkou je nespěchat a vysazovat opravdu zvolna. Při podávání klient zákonitě sáhne po nelegálních opiátech a terapeutický cíl se naopak oddálí. Zásadou je stabilizovat klienta pozvolna. Dlouhodobá a střednědobá varianta substituční léčby je vykonávána ambulantně.

Poslední variantou je substituce krátkodobá. Bývá spojena s detoxifikací od nelegálních látek před nástupem do ústavní léčby, terapeutických komunit nebo výkonu trestu odnětí svobody.

➤ Podle preparátů

Dalším kritériem, podle kterého je možné typy substituční léčby rozlišovat, pro práci terapeuta i pro klienty samotné to nejdůležitější, je typ podávané substituční látky. V rámci substituční léčby je klientům podávána látka s velmi podobnými nebo identickými vlastnostmi a účinky, jaké má výchozí droga. „Tento typ látky se nazývá agonista. S jejich pomocí je možné nahradit zneužívanou drogu a vytvořit snadněji kontrolovatelnou formu závislosti. Užívání substitučních látek zmírňuje mnoho abstinenčních příznaků a snižuje zdravotní a sociální rizika. Při správném dávkování také omezuje nutkavou potřebu opiáty užívat. Příkladem opiátového agonisty je metadon“⁵.

Jiným předepisovaným lékem je buprenorfin, syntetická látka, částečný agonista a částečný antagonist. „Antagonista je blokující prostředek, který obsazuje stejná místa receptorů v mozku jako zneužívaná droga, ale není návykový. Pokud někdo užije antagonistu, blokuje si tím účinky heroinu, ten nemůže působit na receptory v mozku a nedochází ke změnám nálady“⁶. Příkladem je Naltrexon je u klientů závislých na opiátech obdobou Antabusu u lidí závislých na alkoholu. Může být podáván při odchodu z léčebných zařízení a tím snižovat riziko recidivy. Jiným typem opiátového antagonisty je Naloxon, který se používá při léčbě akutního předávkování opiáty a k odvrácení kómatu. Jeho doba účinku je velmi krátká cca 20 minut, a poté se opět objeví příznaky předávkování.

3.3. Cíle substituční léčby

Substituční léčba má pozitivně ovlivnit klientův život ve všech jeho dimenzích, tedy stabilizovat ho po zdravotní i sociální stránce. Od vymanění ze sféry nelegálních drog až, pokud je to žádoucí a možné, k nasměrování k jinému typu léčby, jež užívání substitučních preparátů nepředpokládá. Cíle, kterých chce

⁵ Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti SL závislosti na opiátech, str.14

⁶ Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti SL závislosti na opiátech, str.14

substituční léčba dosáhnout, jsou definované Národní strategií pro příslušné období (viz str. 7).

Substituční léky fungují na stejném principu jako například inzulin pro pacienty s diabetes. Jak diabetes, tak závislost jsou chronické stavy, které vyžadují každodenní léčbu, jejíž přerušování představuje vysoké riziko nepříznivých následků.

Pokud je léčba nastavena dobře a klientem dodržována, daří se výše zmíněné cíle velmi dobře naplňovat už od jejího započetí.

Její pozitivní dopad nepocítí jen klienti samotní. Zlepšení fyzického, sociálního a psychického stavu klientů, snížení počtu úmrtí spojených s užíváním nelegálních drog a potlačení šíření infekčních nemocí a kriminality spojené s obstaráváním finančních prostředků k zakoupení drog je přínosem i pro společnost s ohledem na veřejné zdraví i veřejné výdaje (např. substituční lék Subutex si klient substituční léčby plně hradí sám).

Konkrétně společnost pocítí pozitivní dopad substituční léčby ve snížení počtu akutních lékařských výkonů při předávkování drogami, snížení počtu hospitalizací, úmrtnosti a dalších zdravotních důsledků užívání drog (řada klientů si neplatí zdravotní pojištění), nemluvě o zmíněném šíření infekčních onemocnění jako je HIV a hepatitidy B a C. Užívání drog se odráží též na ztrátě kvality života rodin klientů závislých na opiátech, přímo úměrně s tím vzrůstají výdaje společnosti v oblasti sociálního zabezpečení. Neméně jsou zasaženy soudy (prosazování práva, soudní výdaje), policejní složky zaměstnané vyšetřováním majetkové trestné činnosti spojené s financováním návyku, stiháním dovozců, výrobců a distributorů omamných a psychotropních látek (OPL). V neposlední řadě je zde položka ušlé produktivity a pracovních úrazů pod vlivem OPL.

3.4. Důvody odmítání substituční léčby

Drogová závislost je vnímána spíše jako zlovyk než nemoc nebo problém. To vede k odmítání těch typů péče, které primárně k abstinenci nevedou. V očích veřejnosti je užívání drog spjata s hodnotami jako usilovné hledání potěšení, pasivita a zmíněná závislost, které v životě uživatelů drog nahrazují společensky uznávané hodnoty práce, soutěživosti a nezávislosti. Tato představa je založena na několika mylných názorech. Na příklad se soudí, že uživatelé závislí na droze jako je heroin si po celou dobu užívají příjemné libé pocity. Tento názor je pravdivý až

do chvíle, dokud uživatel nezačne být na droze závislý, kdy touhu zažívat euforii znovu a znovu vystřídá potřeba drogu užívat, aby se nedostavily abstinenci příznaky.

Stejně tak je mylný názor, že léčba typu udržovací terapie klientům ony příjemné pocity prodlužuje prostřednictvím toho, že pouze nahradíme jednu drogu další. Reálná situace klientů substituční léčby spočívá ve stabilizaci, kdy užitím preparátu nezažívají euforii, naopak jsou v normálním stavu vědomí, na druhé straně však už nemusí zažívat abstinenci příznaky.

V neposlední řadě je chybný názor, podle nějž v podstatě nedochází k žádné skutečné změně v životě klienta, protože drogy užívat nepřestává. Ten může vzejít od lidí, kteří nejsou dostatečně obeznámeni se smyslem substituční léčby. Ta je velmi účinná v akutní fázi závislosti na opiátech, kdy člověk není schopen přestat drogu užívat. Kontrolovaně podávané substituční preparáty mohou závislému uživateli ilegálních drog pomoci přestat s jejich užíváním, popřípadě jejich užívání značně omezit. Další pozitivní dopad substituční léčby na zdravotní stav klienta souvisí se způsobem užití daného preparátu, který je v případě Metadonu perorální, v případě Subutexu sublingvální (pozdvolné rozpouštění tablety pod jazykem), čímž se klient primárně vyhne nitrožilní aplikaci.

Existuje však námitka, která je opodstatněná a nezbyvá, než s ní naprosto souhlasit, že totiž samotná substituční léčba je nedostačující. Vzhledem k tomu, že drogová závislost není jen věcí zdravotního stavu, nýbrž má negativní dopad na klientův sociální a psychický stav, je třeba ji doplnit o další složky péče, které se na zmíněné problémy zaměří. Výsledky výzkumů potvrzují, že substituční terapie je účinnější, pokud je součástí komplexní léčby, která bere v potaz problémy zasahující do sociální, psychické a právní oblasti.

Pokud není v možnostech zařízení či předepisujícího lékaře s přidruženými problémy pracovat, je možné po jejich zjištění odeslat klienta do odpovídajících zařízení, center, která se na ně primárně zaměřují. Důležitým faktorem je vhodné načasování. Už jen samotné seznámení s klientem zabere mnoho času a zjištění jeho aktuální situace potřebnou dobu ještě rozšíří. Navíc mnoho potíží vyplyne na povrch v průběhu docházení do substitučního programu. Pokud se zakázka od klienta objeví (či přijde nabídka od personálu), měl by mít předepisující lékař po ruce seznam příslušných zařízení a klienta tam odeslat. Prostor na to obě strany

mají dostatečný, vezmeme-li v úvahu frekvenci docházení klienta pro recept jednou týdně (v případě Subutexu, v případě metadonu ještě častěji).

3.5. Poskytovatelé substituční léčby

V České republice mohou substituční léčbu poskytovat specializovaná zařízení, psychiatři a praktičtí lékaři. Výhodou specializovaných center je schopnost poskytnout kromě lékařské pomoci i pomoc psychosociální. V personálu jsou zastoupeni lékaři (psychiatři), zdravotní sestry, sociální pracovníci. Předpokladem je dostatečné vzdělání v oblasti závislosti na opiátech, minimálně absolvování příslušného odborného školení.

Psychiatři předepisující substituční látky nedisponují takovým zázemím jako výše zmíněná substituční centra, avšak velmi často funguje spolupráce s návaznými službami a to oběma směry. Myslím tím úzkou spolupráci s kontaktními centry (spolupráce zdola), která lékařům klienty odkáží poté, co absolvují minimální tři společná setkání, která ukáží připravenost a ochotu k lékařům docházet. Během toho se zmapuje klientova aktuální situace, včetně problémů, kterým musí případně čelit. Bude-li o to klient stát, může i nadále do kontaktního centra docházet a pracovat na své situaci. Mezi návazné služby patří mimo jiné různé terapeutické programy skupinové či individuální, které klientům pomohou vyrovnat se s novou situací a zvládnout svody, kterým jsou vystaveni. To je podle mého názoru ideální stav vzhledem k tomu, že průměrný kontakt s předepisujícím psychiatrem nepřesáhne dobu nezbytně nutnou k vysvětlení, proč se klient opozdil, slibování, že to vícekrát nenastane a předepsání receptu. Neboť stejně jako kterýkoli jiný lékař má čekárnu plnou lidí. Vše probíhá ku spokojenosti obou stran. Lékař si odškrtně další položku s pocitem dobře vykonané práce a klient je rád, že po něm nikdo nic nežadá.

Subutex mohou předepsat i praktičtí lékaři. Ti mnohdy nemají ani příslušné vzdělání, ani k ruce personál znalý věci, návaznost na specializované organizace též není vytvořena. Množství tablet, které je třeba konkrétnímu klientovi předepsat, tipují dle sehraného divadélka, což klienti tak dobře ovládají. Proto stojí praktičtí lékaři na stupnici oblíbenosti (z pohledu klienta) na absolutní špičce. Velmi často docházelo k tomu, že si klienti dochází pro recept k více lékařům, to vyústí k unikání Subutexu na černý trh.

Situaci měla pomoci zlepšit „registrační povinnost pro všechny, kdo recept na lék vydají, platná roku 2006. V praxi se tak ale podle odborníků nedělo. Vysvětlují si to mírností vyhlášky, která nestanoví žádné sankce.“⁷ Proto byl vyvinut „Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL). Podle § 20 odst. 2 písm. j) zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů jsou všechna zdravotnická zařízení, která poskytují substituční léčbu, povinna hlásit pacienty do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (dále Registr), zřízeného Ministerstvem zdravotnictví na základě zvláštního právního předpisu (§ 67d a bod 13 přílohy zákona č. 20/1966 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Správcem a zpracovatelem Registru je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.“⁸

Vyvstaly zde zajímavé otázky, které se pokusím v rámci šetření mezi klienty zodpovědět:

- jaký poskytovatel substituční léčby převládá a jak se k nim klienti dostanou?
- je kromě poskytování preparátu zastoupena i psycho-socio-terapeutická složka léčby?
- mají klienti zkušenost čerpáním léku paralelně od více lékařů?

3.6. Síť programů poskytujících služby v oblasti protidrogové prevence⁹

Na cestě k substituční léčbě a po jejím absolvování může klient závislý na opioidech přijít do kontaktu s těmito programy:

Terénní programy

Pracovníci terénních programů jsou často první, s nimiž se klienti setkají. Především proto, že se pohybují v klientově teritoriu a aktivně je oslovují s nabídkou. Vyplňují mezery v síti služeb poskytovaných drogově závislým klientům, kdy i zařízení typu kontaktního centra má pro řadu klientů příliš vysoký práh, nebo jen nejsou schopni překonat stigma, kterým drogová závislost je a sami si služby

⁷ www.doktorka.cz z 19.7.2007 V ČR roste zneužívání heroinu

⁸ www.adiktologie.cz z 10.5.2008 Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek

⁹ Stejnomená brožura Krajské protidrogové prevence (KOPPR) – 2. díl

vyhledat. Kromě výměny zdravotního materiálu poskytují tito pracovníci i informační servis. Nejčastěji se jedná o informace o zdravotních rizicích, zdravotních zařízeních, očko-váních, právní poradenství a především o seznámení s podmínkami substituční léčby a kontakt, kde je možné o ni požádat.

Kontaktní centra

Kontaktní centra jsou v cestě za substituční léčbou prvním zařízením, kam terénní pracovníci klienty odkazují. Důvodem je, že klienti přicházející z ulice bez zkušenosti s dodržováním pravidel po právu zařízeními nastavených. Jsou nedisciplinovaní. Pokud mají mít šanci udržet se v substitučním programu, který je na pravidlech postavený, je lépe, projdou-li tzv. zatěžkávací zkouškou. Kupříkladu přijít na tři smluvená setkání, při nichž je klientovi vysvětlen systém a podmínky substitučního programu, projednána celková situace, zjištěny problémy, s nimiž se potýká. Je sítím, které oddělí zrno od plev, tj. klienty připravené vstoupit do programu tohoto typu od těch dosud nepřipravených. Ať klient uspěje či nikoliv, výhodou je samotné navázání klienta na kontaktní centrum, kde je možné na případných problémech pracovat, mnohdy na poslední chvíli.

Doléčovací centra a programy následné péče¹⁰

Programy následné péče a doléčování jsou určeny lidem, kteří absolvovali léčbu závislosti na nealkoholových drogách. Prostřednictvím sociálních služeb pomáhají klientům překlenout období přechodu z léčby do běžného života a připravit je na problémy s tím spojené.

Jejich snahou není jen abstinence klientů od drog, nepáchání trestné činnosti a snížení zdravotních rizik spojených s užíváním drog, ale zejména stabilizace nového životního stylu a podpora v dosažení samostatnosti a nezávislosti na cizí pomoci. Některé z nich nabízí služby rovněž rodinným příslušníkům a blízkým problémových uživatelů drog.

¹⁰ <http://www.renarkon.cz/dolecovaci>

4. Subutex/buprenorfin¹¹

Buprenorfin byl vyvinut v 70. letech 20.století ve snaze najít analgetikum, které by nezpůsobovalo závislost. Zaregistrován a uveden na trh byl ve Velké Británii pod obchodním názvem Tamgesic¹² roku 1978. Už v 80.letech si k němu našli cestu uživatelé heroinu. V polovině 90.let byla vyvinuta sublingvální tableta Subutex a roku 1995 zaregistrována ve Francii k závislosti na opiátech, 1999 ve Velké Británii, 2000 v Německu, Austrálii a České republice. O osm let později byla v České republice zaregistrována a uvedena na trh jeho obdoba Suboxone.¹³

Subutex se v průběhu let 2002 a 2003 stal jednou z nepopulárnějších drog opiátového typu na českém trhu. Lokálně vytlačil i do té doby dominující heroin i přes to, že jeho účinek není tak euforický. Jeho rozšíření a vzrůstající popularitě napomohla:¹⁴

- Špatná kvalita heroinu, která od roku 1998 postupně klesala
- Výpadky v dostupnosti heroinu, nedostatečný přísun drog nutil uživatele hledat jiné zdroje či náhradu.
- Dobrá dostupnost léku. Až do září 2003 byl Subutex k dostání na obyčejné recepty, které mohl vystavit kterýkoli lékař. V současnosti je předepisován na recepty s modrým pruhem, které podléhají přísnější kontrole, tím klesl i počet předepisujících lékařů.

Tento trend i nadále trvá, což dokládá i vedoucí Národního monitorovacího střediska (NMS) Viktor Mravčík v rozhovoru z 19. července 2007: „Počet uživatelů substitučního léku Subutex, jímž se léčí závislost na heroinu, za poslední čtyři roky vzrostl téměř šestkrát. Stále větším problémem je injekční zneužívání tablet a jejich prodej na černém trhu. Pomoci by mohlo zavedení nových a zvýšení dostupnosti alternativních látek, vytvoření online registru vydávaných léků a nové standardy substituční léčby.“¹⁵ Jak jsem uvedla v kapitole věnované poskytovatelům substituční léčby, registr již uveden v praxi je, i když teprve krátce a Stan-

¹¹ Kapitulu jsem zpracovala podle publikace Buprenorfin – rozbor kritických otázek

¹² Tamgesic společně s jiným lékem s názvem Diolan má v České republice v rámci tzv. divoké substituce velmi dlouhou tradici. Předepisoval se závislým, kteří užívali opiát nazývaný „braun“. Více v Zaostrěno na drogy březen – duben 2003

¹³ Viz Buprenorfin, rozbor kritických otázek str. 23

¹⁴ www.drogovaporadna.cz z 9.12.2004 – Subutex (Buprenorfin)

¹⁵ www.doktorka.cz z 19.7.2007 - V ČR roste zneužívání heroinu

dardy substituční léčby též aktualizované jsou, jak uvedl Tomáš Zábranský v tomtéž článku: "Vypustili jsme některé věci, které se v praxi neosvědčily, například horní hranici užití substituční látky."

„Standard byl aktualizován ve spolupráci se Společností pro návykové nemoci ČLS JEP, a to včetně zohlednění poznatků z praxe a nejmodernějších poznatků lékařské vědy dané problematiky.“¹⁶

Vybrané změny ve Standardech substituční léčby:¹⁷

- Indikace plně závislá na posouzení stavu pacienta lékařem (vypuštěna podmínka 2 neúspěšných léčeb).
- Vypuštěna horní hranice dávky substituční látky.
- Zpřesnění cílů substituční léčby.
- Definice 3 standardních typů substituční léčby a Center substituční léčby jako „supervizích/poradenských center“.
- Specifikace povinných nefarmakologických složek léčby.
- Explicitní provázanost s komplexním systémem léčby a péče o uživatele (nelegálních) drog.

4.1. Mechanismus účinku

Subutex je dodáván ve formě sublingválních tablet s množstvím účinné látky 2 nebo 8 mg. Nejlépe se vstřebává z dutiny ústní. Je třeba ho nechat zvolna rozpustit pod jazykem, což trvá kolem 5 až 8 minut. Délka podání je ve srovnání s metadonem, který je užíván perorálně (polyká se) o poznání delší. Úskalím bývá, že rozpouštějící tableta svádí k tomu účinnou látku polykat, čímž se snižuje účinek léku. „V trávicím traktu je metabolizován enzymy na neúčinné metabolity ještě ve stěně střevní. Efekt léku nastupuje během několika desítek minut a vrcholu dosahuje během 1-1,5 hodiny.“¹⁸

¹⁶ www.nconzo.cz

¹⁷ Prezentace MUDr. Tomáše Zábranského XIII. Mezinárodní konference Společnosti pro návykové nemoci a 46. mezinárodní konference AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP

¹⁸ www.drogovaporadna.cz z 9.12.2004 Subutex (Buprenorfin)

Buprenorfin se po vstřebání dostává do celého těla a v centrální nervové soustavě (CNS) se váže na opioidní receptory zodpovědné za vznik:

- Euforie, útlumu, závislosti a protibolestivého působení (receptor μ – vysoká afinita)
- Protibolestivého působení, útlumu, rozlady (receptor κ – vysoká afinita)
- Protibolestivého působení na periferních oblastech (receptor δ – malá afinita)

Kromě samotného účinku je v případě Buprenorfinu velmi důležitý způsob, jakým se na receptory váže. Váže se velmi pevně dokonce tak, že je schopen z receptorů obsazených plnými agonisty (heroin, metadon) tyto látky vytlačit a obsadit receptory sám a tím vyvolat náhlé abstinenci příznaky.

Receptory jsou Buprenorfinem aktivovány jen částečně, tím je zvýšen jeho bezpečnostní profil při předávkování a vzniku zástavy dechu, mimo to jako parciální antagonistu brání v navázání plným agonistům - u většiny lidí tedy snižuje účinek heroínu. Vyvolává též slabší tělesnou závislost v porovnání s plnými agonisty.

Důležitým faktorem je jeho pomalé uvolňování z vazby, které významně prodlužuje jeho účinek. Tato vlastnost z něj činí vhodný lék pro substituční léčbu a umožňuje příhodnější dávkování pro klienta než v případě metadonu. Ten je nutné užívat denně, denně docházet do specializovaného centra vypít si kalíšek o příslušném objemu. Denní docházení může klientovi působit značné potíže, je-li začleněn do pracovního procesu a neosvědčil se v programu natolik, že si může odnášet metadon na delší dobu domů. Naproti tomu vylučovací poločas (doba, za kterou se z organismu vyloučí/metabolizuje polovina účinné látky) buprenorfinu je kolem 25 hodin, ten spolu s postupným uvolňováním umožní dávkovat Subutex obden (dvojnásobnou dávku) nebo jednou za tři dny (trojnásobné množství denní dávky). Zkušenosti ukázaly, že abstinenci syndrom se dostaví až třetí den po vysazení. „Díky vysoké afinitě k receptorům a dlouhému poločasu uvolňování je menší nutkání k opakované sebededikaci a abstinenci příznaky po vysazení jsou jen mírné.“¹⁹

¹⁹ www.drogy.net z 18.2.2008 Zákonný rámec substituční léčby I

Subutex má v tomto ohledu několik dalších výhod oproti metadonu, neboť se řadí do jiné třídy návykových látek. V našich podmínkách vymezuje návykové látky a zacházení s nimi zákon č. 223/2003 Sb., o návykových látkách a změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, který upravil zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. V přílohách zákona jsou návykové látky rozděleny do osmi základních kategorií - na omamné látky skupiny I. až IV. a psychotropní látky skupiny I až IV podle potenciálu lékové závislosti, kterou látky způsobují. Pro nás zůstane nadále důležitá třída psychotropních látek.

„Léčiva zařazená v této skupině mohou být u nás vydána pouze na recept nebo žádanku s modrým pruhem, což jsou přísně zúčtovatelné tiskopisy, jejichž získávání, zacházení s nimi, uchovávání, evidence a likvidace podléhá zákonným ustanovením.“²⁰

Zařazení Buprenorfinu do této skupiny látek (psychotropní látky zařazené do seznamu II) umožňuje předepisovat lékařům Subutex domů, obvykle to bývá na dobu sedmi dnů. Tomu odpovídá i množství tablet v balení a sice sedm. Klade to na klienta velké nároky, konkrétně na jeho sebekázeň. Je po odchodu z ordinace s receptem v ruce po zbytek týdne sám sobě lékařem. V tomto okamžiku vystupuje do popředí osoba lékaře, způsob jakým s klientem pracuje na zvládnání závislosti, zda byla vhodně nastavena dávka buprenorfinu.

4.2. Indikace Subutexu

Subutex se stal účinným lékem využívaným v rámci substituční léčby a zařadil se vedle svého předchůdce, metadonu. Dosud provedené výzkumy nedávají dostatečný návod kdy použít který lék, který je bezpečnější či účinnější. Volba jednoho či druhého preparátu se řídí jinými faktory, jako je preference klienta nebo poskytovatele substituční léčby, předchozími zkušenostmi ať pozitivními či negativními, jistou roli hrají i náklady na léky, riziko zneužívání (nitrožilní aplikace), možnost dalšího zneužívání nelegálních látek, dostupnost, farmakologický profil apod.

Lék je třeba volit s ohledem na očekávání klienta, roli zde může hrát, jak snadno je možné lék vysadit. Klient s vizí vedoucí k abstinenci by měl raději zvolit

²⁰ www.drogy.net z 26.4.2006 Užívání a zneužívání předepisovaných léčiv

Subutex, který se vysazuje snáze a rychleji než metadon. Naopak klient, u kterého je značná pravděpodobnost souběžného užívání nelegálních opiátů, by měl raději užívat metadon, jakožto plného agonistu. Buprenorfin přítomný v Subutexu (jako parciální antagonist) by mohl blokovat účinek heroínu a vyvolat abstinenci příznaky. Ne méně významnou úlohu může hrát i pověst daného léku. Všeobecně je metadon spojen s větší mírou stigmatizace jakožto léku, který je takřikajíc definitivní (méně klientů z něj směřuje k abstinenci).

Jisté je, že některým klientům spíše vyhovuje metadon a jiným Subutex. A není problém klienta, kterému ku příkladu nevyhovuje Subutex, převést na metadon a naopak proč nutit ke změně léku spokojeného klienta.

4.3. Farmakoterapie Subutexem

Terapii Subutexem lze rozdělit do čtyř fází – úvod, stabilizace, udržování a vysazení. Dohromady tvoří jeden terapeutický cyklus.

4.3.1. Nasazení Subutexu

Nasazení léku je rychlé, obvykle netrvá déle než několik dní. Je zde malé, pokud nějaké, riziko zástavy dechu, kterou způsobují plní agonisté jako metadon a heroin. Je však třeba počítat s tím, že Subutex je částečný antagonist, který může vyvolat tzv. náhlé abstinenci příznaky, pokud je nasazen, když klient v nedávné době užil heroin či metadon. Proto je-li nasazován neabstinujícímu klientovi, je lépe počkat dobu nezbytně nutnou k vyloučení účinné látky z těla, dokud se neobjeví mírné abstinenci příznaky. U heroínu je tato doba nejméně 6-12 hodin a 24-48 hodin u metadonu. Poté se klientovi dávka upraví od počínajících 2-4 mg na 8 mg první den a každý další den je ji možné navýšit až o 8 mg, dokud se klient nestabilizuje na optimální dávce a je vyloučeno dostavení abstinenci příznaků.

Konečná dávka je individuální záležitostí. Pohybuje se v rozmezí mezi 8 a 24mg, horní hranici je možné posunout až na 32 mg. Účinek buprenorfinu se zvyšuje s dávkou, ovšem nikoli geometricky. Při vysokých dávkách (nad 32 mg) se již účinnost nezvyšuje tzv. „efekt stropu“ a nedochází proto ke smrtelným předávkováním. Pokud je klientova závislost silnější, než pokryje uvedená horní hranice, bude pro něj vhodnějším lékem metadon.

Náhlé abstinenční příznaky jsou tím silnější, čím vyšší je úvodní dávka Buprenorfinu, zde platí přímá úměra mezi výší dávky a vyšší pravděpodobností vytěsnění úplných agonistů. Je velmi důležité obeznámit klienta s tím, že se mohou dostavit, za jakých podmínek a především zdůraznit, že se jedná o dočasný jev. Pokud nastanou zvláště vážné abstinenční příznaky je možné nasadit léky, které klientovi uleví od závažných symptomů (neosvědčilo se navýšení dávky Buprenorfinu z důvodu zvýšení možnosti abstinenčních příznaků).

4.3.2. Fáze stabilizace

Během této fáze léčby je nalézt pro pacienta optimální dávku účinné látky, aby se cítil dobře a v terapii setrval. Fáze stabilizace může trvat různě dlouho zhruba v rozmezí týdnů. Dávku je třeba stanovit podle množství dříve užívané drogy a případně ji zvyšovat podle klinického a psychologického stavu pacienta.

Nastavení úvodní dávky je třeba věnovat velkou pozornost a nastavit ji na míru každému pacientovi, pokud se tak nestane hrozí dvě rizika:

- Při poddávkování klient bude vyhledávat sortiment černého trhu, aby uspokojil svou potřebu.
- Pokud množství Subutexu nadsadíme, téměř jistě skončí na černém trhu.
- Je však ještě jeden možný scénář, kdy klient na Subutexu vyhledá nelegální formu opiátu. Subutex, jak jsem výše uvedla nemá euforizující účinek, nazývá se to „efekt čisté hlavy“. Ten může být pro klienty, kteří se užíváním heroinu, snaží vytěsnit nakumulované problémy, neúnosný. Pro ty je lépe vyhovující metadon. I to je třeba zohlednit.²¹

4.3.3. Udržovací fáze

Cílem této fáze je prevence abstinenčních příznaků a potlačení chuti užívat nelegální opiáty, v neposlední řadě pak nasměrování klienta substituční léčby k cílům rehabilitace ve všech složkách jeho života. Udržovací fáze může trvat několik měsíců až let. Někteří klienti v ní mohou setrvat po celý život, je to plně individuální.

²¹ Viz Buprenorfin, rozbor kritických otázek str. 33 a 38

5.3.4. Vysazení Subutexu

Jedná se o proces postupného snižování výchozí dávky, na které je klient stabilizován. Vysazovat Subutex je možné hned po fázi stabilizace, avšak pro větší pravděpodobnost úspěchu terapie je lépe vysazovat po fázi udržovací. Ve Standardu substituční léčby se doporučuje snižovat o polovinu výchozí dávky, na které je klienta opět nutno stabilizovat. I u vysazování preparátu platí, že se jedná o plně individuální proces a je důležité, aby se klient mohl s lékařem na množství snížené dávky domluvit. Pokud u klienta dojde k nástupu mírných abstinenčních příznaků, což je vysoce pravděpodobné, je třeba aby na to byl klient připraven a v neposlední řadě měl možnost vrátit se na původní dávku buprenorfinu.

Završí-li klient úspěšně fázi vysazení, měl by být i nadále sledován v rámci tzv. následné péče. Jedná se o psychoterapeutickou podporu, která má zabránit relapsu, tedy znovuupadnutí do závislosti na opiátech.

4.4. Účinky

Žádoucí (z pohledu klienta) – Subutex (buprenorfin) má stejné, nebo podobné účinky jako jiné látky ze skupiny opiců:

- Útlum centrálního nervového systému.
- Silně potlačuje bolest.
- Dojde k celkovému zklidnění, ve vyšších dávkách se dostaví ospalost.
- Vyvolává euforii, kterou většina uživatelů hodnotí jako slabší v porovnání s heroinem.

Nežádoucí (společné s jinými opiáty):

- Tlumí dechové centrum, ve vysokých dávkách či v kombinaci s jinými tlumivými látkami může dojít k zástavě dýchání (v porovnání s heroinem je toto riziko mnohem menší).
- Zúžení zornic (mióza) fyziologický efekt, dle něhož jsou uživatelé opiátů snadno rozpoznatelní.
- Vliv na sexuální život a pohlavní orgány – snížení zájmu o sexuální aktivity.
- U žen na rozdíl od heroinu Subutex nepotlačuje ovulaci, s čímž mnohé klientky nepočítají a výsledkem může být nechtěné těhotenství.

- Muži se mohou potýkat s potížemi s erekcí.

Do třetí kategorie jsem umístila nežádoucí účinky, které klientům stabilizovaným v rámci Subutexové substituční léčbě mohou dělat potíže v běžném životě, v pracovním procesu apod. Jedná se o:

- Zácpu, nevolnost, zvracení
- Nespavost, bolesti hlavy, mdloba, závrať
- Únava, ospalost, pocení
- Slabost, ztráta energie

Samozřejmě ne každý klient se potýká se všemi vyjmenovanými nežádoucími příznaky. Můžou však být velmi závažným spouštěčem relapsu a lékař by měl klienta před těmito příznaky průběžně varovat průběžně s tématem relapsu pracovat.

Jakmile vymizí počáteční euforie z úspěšného zařazení se do substitučního programu, opětovného začlenění do společenského života, objeví se běžné každodenní starosti, které je mnohdy obtížné zvládat i pro běžného občana. Natož pro člověka, který se měsíce nemůže pořádně vyspat, má potíže s trávením, sužují ho bolesti hlavy, pro lepší představu soustavně se měsíce potýká s příznaky chřipkového onemocnění.

4.5. Problémy spojené s preskripcí Subutexu

Při užití Subutexu se objevují problémy jako je únik Subutexu na černý trh, rostoucí popularita mezi drogově závislými, přibývá klientů jejichž iniciační (prvotní) drogou byl právě substituční preparát Subutex, v neposlední řadě tolik problematická nitrožilní aplikace Subutexu. Jedná se o velmi závažná témata, jejich existence může souviset s nevhodným nastavením substitučního programu proto jsou předmětem mého šetření.

- **Masová obliba Subutexu²²**

Nejčastěji předepisovanou látkou a největším zdrojem problémů je dnes buprenorfin (Subutex). Jeho předpis není vázán odborností a s požadavkem na

²² www.drogy.net ze dne 25.2.2008 – Zákonný rámec substituční léčby II.

tento lék se může setkat každý lékař. Po jeho zavedení v období mezi lety 2001 a 2003 se stal jednou z nejpobulárnějších drog na českém trhu. Vystřídala do té doby kralující heroin, důvodem je jeho stále klesající kvalita a nedostatečný přísun s častými výpadky dodávek. Oproti tomu Subutex bylo možné získat kdykoli a téměř v jakékoli míře od našich lékařů. Stačilo dojít si pro recept. Do roku 2003 byl předepisován na obyčejné recepty a neexistovala centrální evidence. Což umožňovalo docházet souběžně k více lékařům. V létě roku 2003 Česká republika zavedla pravidla, podle kterých je Subutex návykovou látkou s povinností kusové evidence, uchování v trezoru a předpisu s modrým pruhem.

Navíc je zde i finanční hledisko. Subutex je sice nutné hradit si v plné výši i tak je stále finančně výhodnější koupit si Subutex, v němž je garantovaná účinná dávka v každé tabletě.

- **Pořadí oblíbenosti / dostupnosti drog v procentech²³**

INCIDENCE (First Treatment Demand) A PREVALENCE uživatelů drog -
žadatelů o léčbu; ČR – 2007:

Pořadí (ze všech uživatelů drog v r. 2007)	Droga (včetně užívání v kombinacích)	% ze všech uživatelů drog v roce 2007	Nově evidovaní klienti (FTD) v roce 2007		
			Počet nově evidovaných uživatelů	% z nově evidovaných uživatelů	Pořadí u nově evidovaných uživatelů
1.	Pervitin	75,3	3280	75,5	1.
2.	Marihuana	51,3	2492	57,3	2.
3.	Heroin	24,3	726	16,7	3.
4.	Alkohol v kombinaci s drogou	8,9	437	10,1	4.
5.	Subutex	6,2	210	4,8	6.
6.	Extáze	4,5	240	5,5	5.
8.	Ostatní opiáty	2,8	67	1,5	9.

²³ Výroční zpráva ČR 2007 Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy
léčených uživatelů drog

- **Únik na černý trh**

Jednou z příčin, jak se Subutex dostal na černý trh, bylo souběžné docházení k více lékařům, což by spuštěním Národního registru lékařsky indikovaných substitučních látek mělo být znemožněno. Další možností je způsob, jakým lékaři Subutex předepisují, respektive jak nastavují denní dávku. Mnozí razí teorii – raději množství účinné látky naddimenzovat, než aby klient kvůli vyšší potřebě souběžně užíval nelegální opiáty. Což je v souladu s principy Harm reduction v pořádku. Bohužel tím dochází k tomu, že vše navíc je prodáváno na černém trhu se ziskem.

- **Intravenózní aplikace**

Nejnebezpečnějším problémem spojeným s lékem zvaný Subutex je nitrožilní aplikace. Nákupčí Subutexu na černém trhu, nejsou pod dozorem lékaře, nedostávají se k nim relevantní informace o užívání a rizicích. Užívají drogu, jakou Subutex koupený na černém trhu skutečně je, způsobem, jakým jsou zvyklí, tedy intravenózně. Z vlastní zkušenosti vím, že existují klienti, kteří nemají ponětí, že se Subutex dá a především má užívat sublingválně. Jsou tací, kteří netuší, že je to lék, předepisovaný lékaři. Pokládají ho za drogu stejnou jako je heroin. Když pomínu nebezpečí sdílení injekčního náčiní a tím vyvolané šíření krví přenosných nemocí jako HIV, hepatitida typu B, C a systémovými bakteriálními a mykotickými infekcemi, je zde další pro organismus velké nebezpečí. A sice Subutex je vyráběn ve formě tablet, které se mají volně rozpouštět pod jazykem a vstřebávat sliznicemi z dutiny ústní. Tableta je převážně složena z látek ve vodě a krvi nerozpustných jako kukuřičný škrob, magnesium–stearát, monohydrát laktosy a další (viz příbalový leták). Tabletou je nutné rozdrtit, zředit vodou a má-li být aplikace pro tělo co nejbezpečnější, je třeba roztok přefiltrovat přes bavlněný smotek, dokud nebude tekutina zcela čirá. Ne každý klient tak činí a i ti, kteří zásadně svou dávku Subutexu určenou k intravenózní aplikaci filtrují, se někdy dostanou do situace, že je jim příliš zle a nemají čas si s roztokem „hrát“, postrádají filtry k tomu určené apod. Pevné látky obsažené v roztoku se tak dostávají přímo do žilního systému. Tyto kousky mohou při putování žilou snadno způsobit lokální záněty žil, alergické reakce a ucpaní cév v plicích. Hodně popraskaných cévek v plicích může způsobit infarkt. Mimo jiné se usazují a tím ucívají ty nejmenší cévy. Výsledkem může být i amputace končetin. Zanedlouho

se stane chybějící končetina jedním z rozpoznávacích znaků klientů intravenózně užívajících Subutex.

- **Abstinenční příznaky**

Nepříjemnou zkušeností mohou být pro klienty i rozličné abstinenci příznaky. Na rozdíl od heroínu, kdy abstinenci příznaky trvají průměrně týden, projevy jsou sice bouřlivé (podrážděnost, třes, panika, nevolnost, zimnice, pocení, bolesti a kloubů, průjem, ztráta chuti k jídlu apod.), ale jakmile odezní nevrátí se. Zatímco Subutex má své specifikum: „Detoxikační léčba u subutexu se pohybuje po sinusoidě. Chvilku je člověku lépe a pak se jeho stav zase zhorší. Proto mnozí z nich abstinovat nevydrží,“ popsala Veronika Petrželková.²⁴ První vlnu příznaků ustojí velmi dobře a myslí si, že mají vyhráno. Jenže abstinenci příznaky se během měsíce ještě 2-3krát objeví. Mnozí, jak bylo řečeno, nevydrží a začnou opět Subutex užívat, jiní se rozhodnout přejít raději na heroin, aby byla pro ně léčba snesitelnější.

- **Užití buprenorfinu spolu s látkami tlumícími CNS²⁵**

Subutex má díky pozvolnému uvolňování účinné látky a efektu stropu účinnosti i při zvýšených dávkách vysoký bezpečnostní profil. Pokud je však užíván s látkami tlumícími centrální nervovou soustavu, může mít pro uživatele či jeho okolí až fatální důsledky.

- V kombinaci s alkoholickými nápoji se zvyšuje sedativní účinek buprenorfinu. Zmíněná kombinace může způsobit omámenost, závratě a změnu myšlení.
- Souběžné užívání buprenorfinu s opioidovými agonisty (heroin, metadon), některými antidepresivy, barbituráty, tedy látkami tlumícími centrální nervovou soustavu, útlum CNS neúměrně zvyšuje. Snížená hladina bdělosti může zvyšovat riziko při řízení nebo obsluze strojů.
- Kombinace s benzodiazepiny může vést dokonce ke smrti z důvodu respirační deprese.
- Kromě výše zmíněných rizik vlastních každé zmíněné skupině látek, zvyšuje se riziko předávkování.

²⁴ www.zpravy.idnes.cz z 10.4.2006 – Drogový trh ovládl Subutex

²⁵ Terapie opiátové závislosti Suboxonem, monografie produktu. Schering – Plough str.25

5. Suboxone²⁶

Jedním z řešení nepříznivé situace, která se okolo substitučního preparátu Subutex vyvinula je jeho alternativa s názvem Suboxone. Suboxone je sublingvální tabletou, obsahující účinnou látku buprenorfin a naloxon v poměru 4:1. Tablety jsou k dispozici ve dvou velikostech buprenorfin 2 mg/naloxon 0,5 mg a buprenorfin 8 mg/naloxon 2 mg.

Suboxone byl vyvinut, aby poskytoval stejný účinek a bezpečnost jako Subutex a znemožnil užívat ho nitrožilně. Tím eliminoval riziko sdílení injekčního náčiní, což je praktika vedoucí k přenosu krví přenášených vážných chorob (virus lidské nedostatečné imunity (HIV), hepatitida B a hepatitida C).

„Buprenorfin je zahrnut ve Vzorovém seznamu nezbytných léků (Model List of Essential Medicines) Světové zdravotní organizace (World Health Organization - WHO). Podle klasifikačního schématu WHO je buprenorfin psychotropní látkou skupiny 3 (schedule III).“²⁷

Účinnou látkou Suboxonu je buprenorfin, proto pro něj platí stejné principy v ohledně nasazení preparátu, účinků na organismus i jeho vysazení jako u substituční terapie Subutexem (viz kapitola 5).

Role naloxonu

Suboxone byl vyvinut jako preparát, obsahující naloxon a buprenorfin, aby odradil od nitrožilního zneužití. Naloxon je úplný antagonist opioidů. Pokud je Suboxone užíván

- sublingválně, naloxon v něm obsažený má malý spíše však žádný farmakologický účinek. Je to dáno tím, že se nevstřebává sliznicemi.
- pokud je užit perorálně velmi rychle se metabolizuje a naloxon není aktivován.
- při intravenózní a nasální (přes nosní sliznici tedy šňupnutím) aplikaci, urychluje nástup abstinčních příznaků.

Užil-li klient plného agonistu například heroin a vzápětí si intravenózně aplikuje Suboxone, jeho naloxonová část vytlačí tento opiát z receptorů. Stejný princip jako při akutním předávkování, avšak v této situaci je efektem pro klienta

²⁶ kapitolu jsem zpracovala dle publikace „Terapie opiátové závislosti Suboxonem, monografie produktu. Schering – Plough“

²⁷ www.drogy-info.cz - Suboxone – otázky a odpovědi

nežádoucím. I v případě Suboxonu je role naloxonu pouze dočasná kolem 20 minut, po kterých odezní.

5.1. Výhody Suboxonu

Vzhledem k eliminaci nitrožilní aplikace má Suboxone v porovnání se Subutexem nižší potenciál pro zneužití a může umožnit snadnější průběh substituční léčby. Tomu napomáhá i efekt stropu účinnosti, vlastnost společná se Subutexem, pomocí něhož se fyziologické účinky v určitém okamžiku stabilizují a, dokonce i při vyšších dávkách, v porovnání s plnými opiovými agonisty (metadon, heroin) nabízí dostatečnou ochranu před předávkováním.

5.2. Cena Suboxonu

Výhody léku Suboxone jsou nesporné, otázkou zůstává, zda jich klienti budou ochotni využít. Užívat Suboxone znamená opustit závislost na injekční aplikaci, která jde se závislostí na opiátech ruku v ruce. Je třeba, aby byli klienti předepisujícími lékaři motivováni. Motivace sama o sobě nestačí. Vzhledem k tomu, že Suboxone je lék, který si klienti substituční léčby musí plně hradit, stejně jako Subutex, je nutné ho po finanční stránce zvýhodnit. To byl také původní plán, jak se mohli návštěvníci přednášky konané před uvedením Suboxonu na český trh doslechnout. Skutečnost je však zcela jiná. Suboxone není levnější než Subutex, není ani stejně drahý, je dokonce o pár desítek korun dražší. Domnívám se, že jeho pomalu vzrůstající oblíba, bude tkvět právě v tom.

6. Šetření mezi klienty substituční léčby Subutexem

V této části je představen pohled a zkušenosti klientů substituční léčby.

6.1 Cíle a okruhy výzkumných otázek

Cílem praktické části je zmapovat zkušenosti týkající se účasti oslovených klientů substituční léčby v Praze. Zjištění, jak klientům nastavení substituční léčby vyhovuje. Nakolik je současné nastavení v souladu s aktualizovaným standardem substituční léčby. Zda je naplněn cíl substituční léčby, tedy stabilizace života klienta. Také mne zajímá jejich očekávání od účasti v substituční léčbě.

Otázky lze rozdělit do těchto oblastí:

- Charakteristika klientů substituční léčby
- Jaká byla cesta klienta k substituční léčbě
- Jaké podmínky si lékař/zařízení nastavil/o, aby klient mohl na substituci nastoupit
- Pravidla zařízení/lékaře, které je nutno dodržovat
- Zda existují kontrolní mechanismy
- Podle čeho byla nastavena úvodní dávka. Zajímá mě i míra účasti klienta při jejím nastavení.
- Častost docházení k lékaři/do zařízení
- Průběh setkání s předepisujícím lékařem
- Poměr farmakoterapie a psycho-socio terapie (ať již v rámci zařízení nebo prostřednictvím navazujících služeb)
- Úskalí substituce jako paralelní docházení k více lékařům, nákup Subutexu na černém trhu nebo jeho prodej a způsob užití Subutexu
- Možnost užívat Suboxone v rámci substituce
- Očekávání, která klient od substituční léčby má. Zda se shodují s filosofií zařízení
- Jak se klientovi změnil život v rámci substituční léčby v jednotlivých oblastech

Šetření si však neklade za cíl vyprodukovat nějaký obecný závěr, který by byl aplikovatelný na veškeré poskytovatele substituční léčby v České republice a na celou populaci klientů, kteří ji čerpají.

6.2. Popis metody a metodologického rámce

6.2.1. Metoda

Pro zodpovězení okruhů otázek bylo použito kvalitativní šetření uskutečněné formou polostrukturovaného rozhovoru s klienty substituční léčby Subutexem. Klientům a poskytovatelům substituční léčby byla zaručena anonymita, aby se respondenti cítili bezpečně a uskutečnili se mnou rozhovor. V něm jsou obsaženy choulostivé otázky, které by v opačném případě nemusely být pravdivě nebo vůbec zodpovězeny. Tím jsem se připravila o možnost porovnat výpovědi klientů s praxí lékařů. Ráda bych tak učinila v některé z dalších pracích.

Klienty jsem oslovila v rámci terénní sociální práce programu NO BIOHAZARD a v kontaktním centru STAGE 5 o.s. Progressive v hl. m. Praze, tedy zařízení, kde současně pracuji. Pro získání většího vzorku respondentů jsem uvažovala o tom, že oslovím předepisující lékaře, a pokud by nebyli proti, rozhovory uskutečním v čekárně. Nakonec jsem od záměru upustila. Nedokázala jsem si představit, že by klienti otevřeně a pravdivě odpovídali na otázky týkající se prodeje Subutexu, nitrožilní aplikace apod. Navíc jejich primárním cílem je získat recept a jít si urychleně vyzvednout lék, což by mohlo započatý rozhovor ohrozit a skončil by nedokončený. Kritériem pro zařazení klientů do šetření byla účast v substitučním subutexovém programu ať aktuálním nebo v době nedávno minulé.

K získání informací jsem zvolila rozhovor, který jsem nahrávala na diktafon. Prostřednictvím rozhovoru je možno získat více informací, avšak rozhodující pro volbu rozhovoru je skutečnost, že v době nedávno minulé byli klienti bombardováni bezpočtem dotazníků. Předpokládám, že jejich ochota vyplňovat další, aniž by byli motivováni odměnou, bude mizivá.

Závěry mého šetření jsou jen ilustrativní. Vzorek zpovídaných klientů není vypovídající, jsem schopna dostat se jen k úzké skupině respondentů. Tu tvoří

klienti substitučních programů, které jsem oslovila v přímo v terénu v programu NO BIOHAZARD a v kontaktním centru STAGE 5.

6.2.2. Sběr a analýza dat

Rozhovory s klienty byly nahrávány diktafonem ve formě audio záznamu, poté doslovně přepsány a přepisy rozhovoru redukovány. Vybrány byly jen odpovědi přímo se vztahující k vybraným otázkám.

K analýze kvalitativního výzkumu byla vybrána metoda zakotvené teorie²⁸. Jednou z velkých výhod je její plastičnost, tedy možnost ji v rámci definovaných pravidel upravovat dle potřeb a předmětu šetření.

6.2.3. Etické normy a pravidla šetření

V průběhu šetření byly dodržovány následující etické normy:

- Verbalizovaný souhlas s účastí v šetření
- Ochrana soukromí a osobních údajů účastníků šetření (anonymní zpracování získaných dat)
- Ochrana před poškozením či újmou účastníků šetření
- Vlastní mlčenlivost
- Ochrana vztahů mezi účastníky a provozovatelem šetření

6.2.4. Popis souboru

Soubor se skládá z klientů substituční léčby Subutexem oslovených v rámci nízkoprahových programů pro uživatele nealkoholových drog (Stage 5 a NO BIOHAZARD) v hl. m. Praze. Hlavní podmínkou byla účast v substituční léčbě Subutexem bez ohledu na to, kdy se uskutečnila a zda i nadále trvá. Rozhodující pro toto šetření nebylo, kam klient pro „Subutexové recepty“ docházel (praktický lékař, psychiatr, specializované zařízení). Celkově bylo uskutečněno 8 rozhovorů. Skupina klientů substituční léčby oslovovaná prostřednictvím terénního programu a kontaktního centra je relativně velmi těžko dostupná. Ačkoliv jsem se snažila oslovit každého klienta, který se objevil ve dnech určených k nahrávání rozhovorů, velmi často jsem se setkala s odmítnutím. Nejčastějšími důvody byly:

- Špatný odhad ohledně užívané látky (7 klientů)

²⁸ Miovský 2006

- Mnozí Subutex užívají, ale nejsou dosud klienty substituční léčby (6 klientů)
- Sedm klientů podmínky splňovalo, ale v tu chvíli neměli čas, který by mi mohli věnovat. Čtyři z nich přislíbili poskytnutí rozhovoru v jiném přesně domluveném termínu, bohužel se ani jeden pro jejich nepřítomnost neuskutečnil. V jednom případě klient na domluvenou schůzku dorazil, ale kvůli onemocnění kolegy, nemohl přijít výzkumný pracovník. Setkání bylo po vzájemné dohodě přeloženo na následující den, kam respondent nedorazil.
- V 15 případech jsem byla klienty, kteří veškeré podmínky pro poskytnutí rozhovoru splňovali, odmítnuta. Nejčastějším uváděným důvodem odmítnutí byl podle klientů nedostatek času a neochota odpovídat.

Klienti byli vybráni za použití tzv. příležitostného výběru – kdo se v zařízení či terénu objevil, toho přímo tazatel (v rámci terénu) nebo pracovníci v rámci kontaktního centra oslovili. Z celkového vzorku 8 účastníků výzkumu tvořili 5 osob muži a 3 ženy. Nejmladšímu účastníkovi bylo 26 let a nejstaršímu 36 let.

- 5 klientů si legálně vydělává, dva získávají finance krádežemi, jedna nevedla odpověď
- mezi oslovenými klienty dominují jako poskytovatelé psychiatři (6), ve dvou případech specializovaná zařízení
- Léčba trvá od 9 měsíců do 6 let, průměrně ji klienti čerpají 3,5 roku
- Ve všech případech je výchozí drogou heroin a jen 2 z nich zkusili Subutex před léčbou
- 3 z 8 klientů před substitucí nastoupili jiný typ léčby (více viz Přílohy k praktické části)

6.3. Výsledky šetření

Otázky:

Pohlaví, věk, občanství, zdroj financí – zaměstnání trestná činnost

Kdo Ti předepisuje Subutex/Suboxone?

- Praktický lékař, psychiatr, specializované zařízení poskytující substituční léčbu

Jak dlouho jsi klientem substituční léčby?

Jaká byla Tvá výchozí droga, před nástupem na substituci?

Užíval jsi Subutex již dříve, než jsi na substituci nastoupil?

Máš za sebou předchozí pokusy o léčbu? Relaps? (důvody)

1. Jak jsi se dozvěděl o substituční léčbě?

Znáš ještě jiné možnosti, jak řešit drogovou závislost?

Koho jsi oslovil na cestě k substituční léčbě?

Přijali Tě do prvního zařízení, které jsi navštívil?

Pokud ne, proč?

2. Jaké podmínky si v zařízení/u lékaře kladli, aby Tě mohli přijmout?

- Předchozí pokusy o léčbu, minimální délka trvání závislosti, krevní testy, očkování hep. A, B

3. Má lékař/zařízení nastavena pravidla, která je nutné dodržovat, abys mohl/a čerpat recepty substitučního preparátu?

- Chodit včas, střízlivý, neužívat jiné látky, neagresivní chování, intravenózní aplikace Subutexu...

4. Jsou v zařízení nějaké kontrolní mechanismy paralelního užívání jiných látek? – screeningové testy na drogy, alkohol...? Jak často jsou uplatňovány? Namátkově? Existují sankce při porušení pravidel? Jsou odstupňované/jaká je škála? Jsou časově omezené?

5. Podle čeho byla nastavena Tvá úvodní dávka Subutexu? Určil ji lékař X spoluúčast klienta? Upravovali jste ji ještě? Jaké množství jste stanovili? Souhlasil jsi s tím? Na jakém množství jsi teď?

6. Jak často k předepisujícímu lékaři docházíš?

7. Kolik času u lékaře strávíš v rámci jednoho setkání? Jak vypadá vaše setkání?

- Zajímá se o mé problémy X pracuje s mou motivací vysnižovat X jen předepíše a jdu

8. Máš možnost navštěvovat skupinová sezení/individuální sezení s lékařem – k řešení problémů (v rámci zařízení či externě)? Využil bys této možnosti?

9. Docházel jsi/docházíš paralelně k více lékařům? Kupuješ si ještě k tomu Subutex na černém trhu? Prodáváš Subutex na černém trhu? Jak Subutex užíváš?

- Sublinguálně X intravenózně X střídavě

10. Slyšel jsi o Suboxonu? Nabídl Ti ho lékař jako alternativu Subutexu? Vyzkoušel jsi ho? Vyhovuje mi proč? X nevyhovuje mi proč? Předepisuje lékař oba preparáty? Můžeš si vybrat?

11. Jaká je Tvá představa? Co od substituční léčby očekáváš? Jaký je plán zařízení (krátkodobá - vedoucí k abstinenci, střednědobá, neohraničená)? Shodujete se v tom?

12. Pomohla Ti substituční léčba? Stabilizovala se Tvá životní situace? V jaké oblasti jakým způsobem:

- Zaměstnání, rodinné vztahy, partnerství, zdravotní stav

Jaká je Tvá vize do budoucna, Tvé plány?

Řídíš se pravidly SL? (otázka je záměrně zařazena ke konci rozhovoru, cílem je zjistit subjektivní náhled klienta a souvztažnost s kapitolou 9.)

Napadá tě nějaké opatření, které u Tvého lékaře chybí a pomohlo by ti k lepšímu fungování v rámci substituční léčby? (Otázka mě napadla až po polovině získaných rozhovorů.)

Děkuji Ti za rozhovor.

V rozhovoru je použito výhradně tykání, neboť s respondenty dlouhodobě pracuji v rámci programu NO BIOHAZARD a na tykání jsme se společně dohodli.

Samotné výsledky výzkumu jsou dále rozděleny a členěny do jednotlivých kapitol, které korespondují s okruhy výzkumných otázek.

1. Jaká byla cesta klienta k substituční léčbě

- Pouze v jednom případě se klient dozvěděl o substituci od lékaře
- Povědomí o systému léčeb je průměrné
- 5 respondentů oslovilo přímo poskytovajícího lékaře, 2 oslovili praktického lékaře
- Všichni přijati do prvního zařízení

Nepotvrdila se hypotéza o roli nízkoprahových služeb jako zprostředkovatele substituční léčby.

2. Jaké podmínky si lékař/zařízení před nástupem na substituci kladli²⁹

- Ve 2 případech lékaři požadovali předchozí pokusy o léčbu
- Dlouhodobou závislost vyžadovali 3 poskytovatelé
- Krevní testy vyžadovány ve 3 případech
- Očkování, jako vstupní podmínku, neuvedl žádný klient

Výstupy:

Krevní testy a očkování mají význam pro monitorování zdravotního stavu a prevenci nebo naopak včasnou intervenci při onemocnění hepatitidou. Očkování proti hepatitidě A, B má význam jako preventivní opatření proti případné epidemii. Jeho absenci měly možnost hlavní město Praha a Středočeský kraj pocítit na vlastní kůži v letošním roce.

3. Pravidla zařízení/lékaře, které je nutno dodržovat

Z odpovědí vyplývá, že poskytovatelé nemají nastavena jednotná pravidla za kterých poskytují preparát.

- Negativní výsledky screeningových testů na drogy (z moči) jsou vyžadovány v jednom případě
- Zákaz intravenózní aplikace uvedli 3 respondenti, důvodem vyloučení je nitrožilní aplikace v jednom případě

²⁹ Výčet podmínek vychází ze standardů substituční léčby z roku 2000. Aktualizovaný Standard SL (2007) klade důraz na posouzení lékaře a není závazné se jimi řídit. Uvádím je neboť se domnívám, že se jedná o významné informace pro zmapování situace klienta a důležité podmínky, kterými lze zjistit vhodnost pro SL a lépe zmapovat zdravotní stav klientů.

- Jeden respondent uvedl rozpor sledování vpichů jen u žen (po celém těle včetně oblasti třísel) nikoli u mužů
- Čisté oblečení požadováno ve 2 případech
- Docházet pravidelně ve dvou a včas v jednom případě
- Absence agrese a manipulace s drogami v prostorách poskytovatele uvedl 1 respondent
- Nechodit pod vlivem drog uvedl 1 respondent

Výstupy:

Primárními cíli, které si klade substituční léčba, je nahrazení užívání nelegálních drog Subutexem a eliminace nitrožilní aplikace. Proto je zarážející, že pouze 3 lékaři zakazují aplikovat nitrožilně, jen jeden lékař požaduje čisté močové testy na přítomnost drog. Na rozpacích jsem z odpovědi „nechodit pod vlivem drog“. Znamená to zákaz drogy užívat? Nebo užívat drogy smíte, jen nechoďte pod jejich vlivem do ordinace?

Je třeba brát odpovědi klientů s rezervou. Mnozí slyší jen, co chtějí a co jejich uším libé není, to s největší pravděpodobností vypustí nebo přeformulují. Rozhodující pro naplnění cíle eliminace nelegálních drog budou odpovědi v následující kapitole.

4. Kontrolní mechanismy paralelního užívání jiných drog, sankce při porušení pravidel

Zkušenost s močovými testy na zjišťování přítomnosti drog mají jen 2 respondenti jeden namátkově a druhý pravidelně každé setkání.

Se sankcemi se setkala 6 respondentů – 3 by byli vyloučeni ze substituce dočasně a 3 trvale bez možnosti návratu. Zbývající 2 se se sankcemi nesetkali.

Výstupy:

Překvapením pro mne byla malá zkušenost se screeningovými testy na drogy, jako jediným účinným indikátorem, jak sledovat úspěšnost naplnění hlavního cíle substituční léčby tedy eliminace zneužívání nezákonných drog. Vyplývá mi z toho, že v praxi o jejich odstranění z života klientů příliš nejde.

Se sankcemi se setkala valná většina respondentů, sankce dle mého názoru má být až posledním nástrojem, významnější pro nápravu klientů je pracovat s tématy, což je strategie náročná časově a vysilující. Definitivní vyloučení v současné době není

takovým problémem, předepisujících lékařů je relativně dost a dosud není problém přestoupit k jinému.

5. Podle čeho byla nastavena úvodní dávka. Zajímá mě i míra účasti klienta při jejím nastavení.

Ve dvou případech byla úvodní dávka stanovena po dohodě s lékařem, ve zbývajících 6 podle dávky aktuálně užívaného heroinu. Nejnižší stanovená dávka byla 0,4 mg na den nejvyšší 24 mg/den. Průměrně osloveným klientů lékaři předepsali 8,05 mg.

(Pro zajímavost 0,4 mg 1X, 2 mg 2X, 4 mg 1X, 8 mg 2X, 16 mg 1X a 24 mg 1X)

Výstupy:

Jsem mile překvapena spoluprací lékařů s pacienty při nastavování úvodní dávky. Jednou z možností, jak ji nastavit je vycházet z množství užívaného opiátu, jiná věc je, nakolik jsou údaje pravdivé a slouží k pokrytí potřeby závislosti a nakolik je to vypočítavý kalkul kvůli prodeji na černý trh. Některé dávky jsou opravdu velmi vysoké a je třeba nebezpečí prodeje zvážit a s klientem pracovat na stabilizaci a následném snižování. Z rozhovorů mnohokrát vyplynulo, že skutečnou užívanou dávkou je pouhý zlomek té předepisované.

6. Častost docházení k lékaři/do zařízení

3 klienti dochází k lékaři jednou měsíčně, 3 po 14 dnech. U 2 respondentů byl znát posun po stabilizaci na léku – jeden docházel každý týden nyní po 14 dnech, druhá začínala na 3 týdnech posléze každý měsíc.

Výstupy:

Intervaly se mi zdají velmi dlouhé, obzvláště když jsou uplatněny u nově přijatého klienta. Klienti závislí na drogách mnohdy neumí dohlédnout, co přijde zítra, natož za měsíc. Přijde mi krátkozraké domnívat se, že jsou schopni užívat léky, jak jsou indikovány. Disponovat takovým jměním, může svádět k prodeji na černém trh a vklad do nákupu Subutexu zněkolikanásobit. Zda se tak děje vyplyne z dalších odpovědí.

Mimo jiné zmenšuje se i prostor s klientem pracovat, jaký vztah se dá navázat vidíme-li se s klientem jednou za měsíc. Jsem zastáncem kratších intervalů mezi

návštěvami s tím, že je možné je po určité době prodloužit jako projev důvěry, nástroj motivace k dalším změnám.

7. Délka a průběh setkání s předepisujícím lékařem

Podle odpovědí se doba strávená u lékaře pohybuje v rozmezí

0 – 10 minut	10 – 30 minut	30 – 40 minut
4 respondenti	3 respondenti	1 respondent

5 klientů uvedlo, že lékař jim jen předepíše recept a odejdou, 2 mají možnost v případě problémů je s lékařem konzultovat, 1 klient s lékařem pravidelně rozmlouvá o uplynulém období a případných problémech.

Vzhledem k tomu, že poskytovateli jsou psychiatři (rozšířená substituční léčba) a specializovaná zařízení (komplexní substituční léčba), oba mají dle Aktualizovaných standardů substituční léčby v náplni i doprovodnou somatickou léčbu a psycho–socio terapii, nemyslím, že je tento bod reálně naplněn. I kdyby zde možnost byla, délka sezení tomu absolutně neodpovídá.

8. Možnost navštěvovat individuální či skupinová sezení nad rámec pravidelného setkávání (ať již v rámci zařízení nebo prostřednictvím navazujících služeb)

Individuální sezení – jsou možná ve 2 případech s předepisujícím lékařem na požádání, klienti možnosti dosud nevyužili.

V 6 případech možná nejsou.

Skupinová sezení:

1 X možné externě, nepovinné, klient by jich nevyužil

1 X konají se pravidelně v rámci zařízení, klient jich nikdy nevyužil

4 X nejsou v nabídce zařízení, 1 klient však pravidelně dochází do kontaktního centra na konzultace

2 X klienti dostali adresy na terapeutické skupiny, jedna respondentka dále nehledala; druhý pátral, ale odradila ho absence samostatných subtextových skupin pro klienty v substituční léčbě. Existují jen motivační skupiny před léčbou a po jejím dokončení. Dále nepátral.

Na otázku, zda by si klienti dokázali představit, že by jedna z možností byla povinná a oni museli hovořit a zamýšlet se nad svou situací, převážná většina respondentů byla pro.

Výstupy:

Psychoterapeutická složka léčby v reálné skutečnosti velmi zaostává za farmakoterapeutickou. Z rozhovorů vyplývá, že klienti by byli svolní se jí účastnit, ale dobrovolnost účasti to zcela vylučuje. Jak jinak je možné dosáhnout dalších cílů substituční léčby od stabilizace životní situace klienta v celé její komplexnosti až po motivaci k léčbě vedoucí k abstinenci, než o tom s klientem hovořit, poznávat ho a umožnit mu poznat sebe?

9. Úskalí substituce jako paralelní docházení k více lékařům, nákup Subutexu na černém trhu (v rámci substituce) nebo jeho prodej a způsob užití Subutexu

2 z respondentů má zkušenost s docházením k více lékařům najednou.

3 respondenti na černém trhu Subutex nekupují, 5 ano z důvodu, že nevystačí s předepsaným množstvím (3 X), recept neobdrží současně s výplatou (1 X), po ukončení substituce (1 X).

Prodej Subutexu na černý trh – 4 respondenti neprodávají, z toho 1 za úplatu vybírá recepty pro ostatní důvodem je obava z okradení. Zbylí 4 zkušenost s prodejem mají. Důvodem je potřeba financí na jídlo, výběr dalšího balení v lékárně a jiné.

Způsob aplikace – u 3 respondentů převažuje sublingvální užití, přestože se i nadále potýkají se závislostí na nitrožilní aplikaci a 5 z dotázaných užívají Subutex pouze nitrožilně.

Výstupy:

Na uvedených odpovědích je patrné, že realita od teoretických cílů stanovených substituční léčbou je zcela odlišná. Principy Harm reduction se s nitrožilní aplikací vytrácí. Ve dvou případech došlo k hrubému porušení pravidel substituce docházením k více lékařům. Pravidlo, že předepsané léky jsou jen pro příjemce receptu, se zdá zcela otřeseno v základech, když polovina z dotázaných předepsané léky na černém trhu prodává.

Na konci rozhovoru jsem položila otázku, zda si respondenti myslí, že dodržují pravidla substituční léčby (i když z předchozích odpovědí se neobjevilo jako podmínka nic uvedeného v této tabulce):

ANO „Snažím se pravidla dodržovat.“

„Až na i.v. aplikaci ano.“

„Pravidly? No, už jenom to, že jsem si to píchala. Jinak asi ano.“

NAPŮL „Pravidly se řídím na půl.“

„Řídila jsem se pravidly tak napůl.“

NE „Poslední 3 týdny, než půjdu do léčebny je nedodržuji...“

„Myslím, že neřídil.“

Jeden respondent se k otázce nevyjádřil.

Výstupy:

V žádné z odpovědí se neobjevil prodej na černý trh (uvedli 4 respondenti), docházení k více lékařům, nevidí jako porušení pravidel substituce oba dva, kteří tak činili, 5 z respondentů nakupuje Subutex na černém trhu, ale neshledávají to jako porušení pravidel.

Jediné v čem klienti spatřují porušení pravidel je ve dvou případech zmíněná nitrožilní aplikace, Subutex tak aplikuje 5 z dotázaných, u 3 z nich lékař jako pravidlo nastavil, v jednom případě je důvodem vyloučení z léčby.

10. Možnost užívat Suboxone v rámci substituce

Ve třech případech skončena substituce před zavedením Suboxonu na trh. 2 respondenti jsou v současné době na metadonu, třetí o něm uvažuje: „Ale asi bych ho měla radši, protože se nedá píchat a donutilo by mě to, s tím něco dělat. Mám u něj (Dr.) kartu a přemýšlela jsem, až si udělám doklady, že bych k němu začala chodit znova a že bych si nechala předepsat ty druhý, aby mě to nelákalo.“

V jednom případě lékař respondenta vůbec o Suboxonu neinformoval. Další 4 nabídku dostali, jen jeden z nich Suboxone opravdu vyzkoušel, ale nevyhovoval mu a je zpět na Subutexu.

Výstupy:

Informace o novém léku byly podány ve 4 z 5 případů, což je dobrý výsledek. Avšak je důležité, aby jedním zamítnutím nepřestal být alternativou Subutexu.

Jeho výhody jsou nesporné, obzvláště při tak vysokém počtu klientů substituční léčby užívajících Subutex nitrožilně.

11. Očekávání, která klient od substituční léčby má. Zda se shodují s filosofií zařízení

2 respondenti jsou zastánci dlouhodobé substituce stejně jako předepisující lékař.

2 respondenti chtějí abstinovat, časový horizont ani plán zařízení nevedli.

3 chtěli rychle vysnížovat a však představa lékaře byla opačná.

1 respondent nesouhlasí s dlouhodobou formou substituce

Výstupy:

Délka substituční léčby je individuální záležitost, každému vyhovuje něco jiného a měl by mít také možnost nechat si ušít léčbu na míru. Jiná věc je správné nastavení pravidel a kontrolních mechanismů, aby byla efektivní.

12. Jak se klientovi změnil život v rámci substituční léčby v jednotlivých oblastech

V 7 případech substituce klientům pozitivně změnila život, pro ilustraci nějaké odpovědi:

„Pomohla, nemusím krást... Když jsem byl na substituci před tím, než mi umřela dcera, bral jsem 4 mg denně, chodil jsem do práce... žil jsem normální život.“

„Ano, celkově se mi stabilizovala má životní situace.“

„Substituce mi pomohla, netrávím tolik času po vazbách.“

„Určitě pomohla. Stabilizovala mi rodinné zázemí, partnerské vztahy, zaměstnání, Pomohlo to i po finanční stránce – heroin je tak 5krát dražší než Subutex.“

„...pomohlo, že jsem nemusela nikde lítat a shánět a chodila jsem i do práce.“

Jedna z dotázaných pociťuje propad v údobí, kdy je klientkou substituce, citují:

„Život se mi obrátil vzhůru nohama (směrem k horšímu), nevím, zda to souvisí se substitucí.“

7 z 8 z respondentů se se mnou podělili o své cíle a plány, nyní již zcela konkrétní:

„Chci vyabstinovat.“

„Mé plány? Detox, pak Bohnice, White light, pak se vrátit k bejvalce a začít znovu. Rád bych měl zase dítě.“

„Mým cílem je vyabstinovat a asi přejít na Suboxone.“

„Chtěl bych nastoupit do křesťanské komunity Bettel, sice je tam zákaz kouření, ale můžeš si tam něco vydělat.“

„Teď čekám na občanku, chci si najít práci, nějakou ubytovnu.“

V současné době na metadonu:

„Dostat se z metadonu, hlavně dostat se na výdeje, teď tam musím docházet každý den... Na metadon jsem přešla, protože jsem Subutex užívala i.v. Opravdu mi to cucání nedělalo dobře, vyzvracela jsem to. Kdyby byl tenkrát Suboxone vyzkoušela bych ho.“

„Jsme na metadonu, teďka končím stopku, kterou mám za absence.. Tam chodím denně, rád bych se dostal na výdeje, kdy se chodí 2-3krát týdně. Jak si mám najít zaměstnání, když tam musím denně docházet?“

Návrhy respondentů, jak nastavení substituční léčby zefektivnit:

„Nemá trvat roky.“

„Povinné testy na moč a terapeutická sezení.“

„Registr, který bude fungovat... Není možné, aby lékař předepsal jednomu člověku 20 beden osmiček na měsíc, nedávat si to i.v. a povinná sezení.“

„Nevím, jak to probíhá jinde, ale měl by dělat testy, protože soudit podle vzhledu se mi zdá málo. A je pravda, že slyšet od ostatních, že mají také problémy pomáhá, to vím z těch Bohnic. Asi by to tam mělo také být.“

7. Závěr

Substituční léčba je nesporně významnou strategií jak eliminovat závislost na opiátech. Aby však byla efektivní, je třeba dobře nastavit rámec a podmínky, za kterých může klient preparát přijímat, ty jsou přesně vymezeny a popsány v aktualizovaném standardu substituční léčby. Jiná věc je, zda se jimi poskytovatelé řídí.

Otevřenost klientů nám dala nahlédnout, jak je reálně řešeno poskytování substitučního preparátu. Ač všichni respondenti dochází k psychiatrům či do specializovaných zařízení, které mají kromě farmakoterapie zajistit klientům i psycho-socio terapii, ale tak je činěno jen v jednom z osmi případů. Z šetření vyplývá, že je velmi jednoduché na substituci Subutexem nastoupit a udržet se v ní, aniž by klienti museli splňovat nějaké podmínky, postačí jen docházet. Jak z odpovědí respondentů vyplývá, není třeba výrazně měnit způsob života – u 6 poskytovatelů nic nebrání klientům užívat nelegální drogy, neboť nejsou podrobovány screeningovým testům, 5 respondentů nezměnilo způsob aplikace a dále užívá Subutex nitrožilně. Štědrost lékařů při nastavení úvodní dávky způsobuje, že polovině respondentů zbude dost léku, aby ho mohli prodávat na černém trhu.

Výsledky jsou jen ilustrativní, minimálně však vypovídají o tom, že praxe v případě oslovených respondentů nekoresponduje se standardy substituční léčby a výsledkem je, že se způsob života klientů příliš nemění, což má být jejím primárním cílem. Z návrhů klientů samotných vyplývá, že pro větší efektivitu si přejí zpřísnit nastavení a pravidla, zavést mechanismy, které by jim neumožnily pravidla porušovat. Mnozí spatřují cestu v zavedení povinných individuálních či skupinových sezení, v jejichž rámci by měli možnost na svých tématech pracovat, i když to pro ně nebude alespoň zpočátku příliš příjemné. Dokud se tak nestane bude zde prostor pravidla obcházet, ale jak obcházet něco, co ve skutečnosti nikdo nenastavil a nekontroluje? Za stávající situace je v podstatě valná většina respondentů vzornými klienty substituční léčby.

Použitá literatura:

Buprenorfin: (rozbor kritických otázek). 1. vydání. Úřad vlády ČR 2007 ISBN 978-80-87041-11-6

KALINA, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 1: (mezioborový přístup)*. 1. vydání. Úřad vlády ČR, 2003 ISBN 80-86734-05-6

KALINA, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2: (mezioborový přístup)*. 1. vydání. Úřad vlády ČR, 2003 ISBN 80-86734-05-6

LINHART, J.: *Slovník cizích slov*. Litvínov: Dialog 2003 ISBN 80-85843-61-7

MIOVSKÝ, M: *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: GRADA 2006 ISBN 80-247-1362-4

Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 – 2009. Sekretariát pro koordinaci protidrogové politiky; Úřad vlády ČR

NEŠPOR, K.: *Návykové chování a závislost*. 1. vydání. Praha: Portál 2000 ISBN 80-7178-432-x

Protidrogový akční plán EU na období 2005-2008. Rada EU, Úřad vlády ČR: Odbor pro koordinaci protidrogové politiky 2005

Protidrogová strategie EU na období 2005-2012. Rada EU: Odbor pro koordinaci protidrogové politiky 2005

ROTGERS, F. a kol.: *Léčba drogových závislostí*. 1. vydání. Grada Publishing, Praha, 1999 ISBN 80-7169-836-9

Standard substituční léčby 2000

VERSTER, A.; BUNING, E.: *Informace pro tvůrce drogové politiky: (o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech)*. Úřad vlády, 2003 ISBN 80-86734-15-3

Zaostřeno na drogy březen – duben 2003

Další zdroje:

Vyhláška 30/2003 o předepisování léčivých přípravků

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

Výroční zpráva ČR 2007 (Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog). Hygienická stanice hl. m. Prahy. Centrální pracoviště drogové epidemiologie

Příbalový leták k léku Subutex, Suboxone

Terapie opiátové závislosti Suboxonem, monografie produktu. Schering-Plough
Sít' organizací poskytujících služby v oblasti protidrogové prevence, KOPPR
(Krajské oddělení protidrogové prevence)

Prezentace MUDr. Tomáše Zábranského XIII. Mezinárodní konference
Společnosti pro návykové nemoci a 46. mezinárodní konference AT sekce
Psychiatrické společnosti ČLS JEP „Užívání opiátů v ČR, jeho prognóza a
novinky v organizaci a podmínkách substituční léčby a závislosti na opiátech“ ze
14.5.2007

Internetové stránky:

www.adiktologie.cz

www.doktorka.cz

www.drogy-info.cz (Suboxone – otázky a odpovědi)

www.drogy.net

www.drogovaporadna.cz

www.nconzo.cz – věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky prosinec
2007 (Aktualizovaný standard substituční léčby)

<http://www.renarkon.cz/dolecovaci>

www.zpravy.idnes.cz z 10.4.2006 – Drogový trh ovládl Subutex

Přílohy:

Charakteristika klientů substituční léčby

<i>Respondent</i>	<i>Zdroj financí</i>	<i>Poskytovatel SL</i>	<i>Délka trvání</i>	<i>Výchozí droga</i>	<i>Subutex před SL</i>	<i>Předchozí pokus o léčbu</i>
č.1 muž 30 let	OSVČ	Specializova-né zařízení	1,5 roku	Heroin, Braun, Subutex	Ano	Žádný
č.2 muž 26 let	Zaměstnání + výběr receptů za finanční náhradu	Psychiatr	5 let (u tří lékařů)	Heroin	Ne	Po smrti dcery pokus o léčbu.
č.3 muž 29 let	trvalý pracovní poměr	Psychiatr	3 roky	Heroin	Ne	9 léčeb, 2 dokončené
č.4 žena 30 let	Neuvedla	Specializované zařízení	cca 2 roky	Heroin	Ne	Žádný
č.5 muž 28 let	Krádeže	Psychiatr	6 let	Heroin, opiáty	Ne	Žádný
č.6 žena 32 let	Zaměstnání	Psychiatrička z AT–poradny	5 let	Heroin	Ne	Žádný
č.7 muž 36 let	Výdělečně činný	Obvodní psychiatrička	6 let	Heroin	Ne	Žádný
č.8 žena 26 let	Krádeže	Psychiatr	¾ roku	Heroin	Ano	Ano, poté 6- 7 let abstinence

1. Jaká byla cesta klienta k substituční léčbě

<i>Respondent</i>	<i>Info o SL</i>	<i>Možnosti léčby</i>	<i>Koho oslovil</i>	<i>Přijat do 1. zařízení?</i>
č.1	„Od klientů, proslýchalo se to.“	„Smrt... sám si moc nepomůžu.“	„Mou sestru.“	Ano
č.2	Od známých	Abstinovat, Bohnice, komunity	Praktického lékaře	Ano
č.3	„Něco se říkalo mezi lidmi...“	Uvedl celou škálu ústavní léčba, komunity...	Praktického lékaře	Ano
č.4	Přes sestru	Ano, ale neuvedla žádnou alternativu	Přímo lékaře	Ano
č.5	Přes kamaráda, který na substituci nastoupil	Zná, ale neuvedl	Přímo lékaře	Ano
č.6	Od známých	„Jít se léčit.“	„Šla jsem rovnou na to ATěčko.“	Ano
č.7	„...v alko-toxikologické poradně jsem dělal psychologické testy, vedle byla doktorka, která začala dělat tuhle substituci.“	„Metadon, kromě toho léčebny, detox, komunita a vytrpět si to doma z vlastní vůle.“	„Rovnou za doktorkou...“	Ano
č.8	Přes bývalou kamarádku	Léčebna	„Telefonicky jsem se objednala rovnou u lékaře.“	Ano

2. Jaké podmínky si lékař/zařízení před nástupem na substituci kladli

Respondent	Předchozí pokusy o léčbu	Délka trvání závislosti	Krevní testy	Očkování na hepatitidu A, B
č.1	-	-	Ano + prohlídka u jejich lékaře	-
č.2	„Chtěli po mně nějakou léčbu, ale nepodložil jsem to žádnými záznamy.“	-	-	-
č.3	Potvrzení o léčbách.	-	-	-
č.4	-	„Podmínkou je chodit včas a dlouhodobá „závislost.“	-	-
č.5	-	-	„...krevní testy u 2. předepisujícího lékaře.“	-
č.6	-	-	„Akorát mi odebírali krev.“	-
č.7	-	„Jen udělali anamnézu, jak dlouho jsem bral a kolik.“	-	-
č.8	-	„Nic po mě nechtěli... Ptali se, jak dlouho jsem brala.“	-	-

3. Pravidla zařízení/lékaře, které je nutno dodržovat

Respondent č.1	Čistá moč, nitrožilní aplikaci nekontrolují, pracují s tím jako s tématem.
Respondent č.2	„Akorát si sednout do čekárny a čekat na recept.“ S mnou zmíněnými pravidly se u žádného lékaře nesetkal. „Jen předposlední lékař kontroloval u holek, jestli nemají vpichy v tříslech, ale u mužů ne...“
Respondent č.3	„Žádná manipulace s drogami v čekárně, nitrožilní aplikace je důvodem k vyloučení.“
Respondent č.4	Chodit čistě oblečená.
Respondent č.5	Podmínkou u posledního předepisujícího lékaře je absence nitrožilní aplikace, což kontroluje. Klient aplikuje intravenózně. „Zřejmě to tuší, známe se dlouho, když na to přijde, sníží mi dávku o 1 mg, na této dávce mě pak stabilizuje.“ Závislost „na jehle“ je problémem, povídají si o tom. Močové testy na drogy chybí.
Respondent č.6	„Docházet pravidelně.“
Respondent č.7	„Chodit alespoň ten den, co mi řekli, hodiny tam nebyly... Neužívat jiné látky, to bylo řečeno na začátku, pak se to neřešilo. Nesmělo se napadat verbálně ani fyzicky, v čekárně tak vůbec v objektu... Intravenózní aplikace - ne že by to zakazovala, ale doporučovala to nedělat, což jsem také nedělal, užíval jsem ho pod jazyk. Řečeno jednou a tím to haslo, nekontrolovali to... Nemyslím si, že tady by to byl důvod pro vyloučení.“
Respondent č.8	„Chodit včas, slušně nebo čistě oblečený, nechodit zmaštěný... Upozorňovali, že se nesmí píchat.“

9. Úskalí substituce jako paralelní docházení k více lékařům, nákup Subutexu na černém trhu (v rámci substituce) nebo jeho prodej a způsob užití Subutexu

Respondent	Docházení k více lékařům	Nákup Subutexu na černém trhu	Prodej Subutexu na černý trh	Způsob aplikace
Č. 1	Ne	„Ne, už ne... Když nevyjdu, půjčím si.“	Ne	„Snažím se cucat tak z 90%, chuť na jehlu mám pořád.“
Č. 2	„V jednu dobu jsem chodil k 6 doktorům, do-konce 3 z nich byli v jednom komplexu a ne-přišli na to...“	„Na černém trhu nekupuji...“	„Neprodávám, ale vybírám za nějaký bonus recepty ji-ným, aby je někdo neokradl, což se stále víc děje...“	„Spíš jsem cucal, zjistil jsem si info-rmace o postup-ném uvolňování, ale k tomu jsem si šlehal vodu. Je to lepší než si šlehat Subutex.“
Č. 3	„Nedocházel jsem a nedocházím.“	„Kupuji, pokud se recept nesejde s výplatou.“	„Občas prodávám, abych měl na vý-běr další krabice z lékárny.“	„Užívám jen nitrožilně.“
Č. 4	Ne.	„Pokud nevyjdu, kupuji na černém trhu.“	Léky neprodávám.	Jen nitrožilně.
Č. 5	V minulosti chodil ke dvěma lékařům.	Pokud mu lék nevystačí, nakoupí na černém trhu.	Subutex neprodávám.	Jen nitrožilně.
Č. 6	Ne	Ne	Občas prodávám.	Nejprve cucala, ale nedělalo jí to dobře, poté jen i.v. aplikace
Č. 7	Ne	„Občas jsem si koupil, když mi to nestačilo.“	„Když jsme potře-bovali peníze, zá-sobu jsme prodali a museli jsme koupit na černém trhu.“	„Zkoušel jsem to jehlou ale převážně jsem to cucal.“
Č. 8	Ne	Ano, po ukončení substituce.	„Párkrát jsem prodala, abych měla na jídlo.“	Jen nitrožilně.

11. Očekávání, která klient od substituční léčby má. Zda se shodují s filosofií zařízení

Respondent č.1	„Plán zařízení neznám, ale má představa je nebýt závislý – abstinovat.“
Respondent č.2	„Očekávání? Aby substituce fungovala má trvat tak tři měsíce a ne 4 roky, to je zneužívání Subutexu... Plán zařízení závisí na lékaři“
Respondent č.3	Plán zařízení – dlouhodobá substituce – panuje shoda mezi představou klienta a plánem zařízení. „Po svých zkušenostech nevěřím v rychlý úspěch, mým cílem je stabilizovat svou životní situaci...mám zaměstnání, kdybych o něj přišel, šlo by to se mnou z kopce... Snižuji.“
Respondent č.4	„Chci vyabstinovat, chtěla jsem rychle, ale lékař řekl, že to není dobré.“
Respondent č.5	„Léčba je dlouhodobá... Vyhovuje mi to...“ Klient nepředpokládá, že léčbu přeruší. Lékař zmínil příklady, kdy klienti jsou trvale na minimálních dávkách, domnívá se, že je to jeho případ, shodují se v tom.
Respondent č.6	„Očekávala jsem strašně rychlý ukončení, doktorka měla zcela opačnou. Vyhovovalo mi, že na mě tolik netlačila, ale zpětně bych byla radši kdyby to snižovala rychleji.“
Respondent č.7	„Má představa byla taková, že v době Afgánistánu, když byla krize a nebyl heroin, na Subutexu vyabstinuju a dostanu se z toho, ale má představa se nenaplnila.“
Respondent č.8	„Chtěla jsem vysnížovat, ale potom jsem zjistila, že jsem trochu závislá na té jehle, hlavní problém, abych si přestala píchat... Neřekla jsem mu to, kdyby se dozvěděl, že si píchám, tak by mě vyhodil.“

