

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Barbora DVOŘÁKOVÁ

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Magisterské prezenční studium

2012 – 2013

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Barbora Dvořáková

Substituční terapie se zaměřením na drogové závislosti v Plzni

Praha 2013

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Markéta Ackrmannová

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Diploma Full-Time Studies

2012 - 2013

DIPLOMA THESIS

Barbora Dvořáková

Substitution therapy with a focus on drug addiction in Pilsen

Prague 2013

The diploma thesis work supervisor:

Mgr. Markéta Ackrmannová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 5. 3. 2013

Barbora Dvořáková

Poděkování

Děkuji Mgr. Markétě Ackrmannové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování diplomové práce.

Anotace

Diplomová práce se zabývá substituční terapií se zaměřením na drogové závislosti. Popisuje základní pojmy, které jsou s danou problematikou spojené, a věnuje se také závislosti na opiátech. Nejdůležitější částí je popis substituční terapie obecně a také konkrétně Substitučního centra Plzeň. Práce má za cíl věnovat se subjektivním názorům klientů na substituční léčbu. A to především na evaluaci služeb Substitučního centra Plzeň. Tyto poznatky budou zjištěny na základě rozhovorů s klienty Substitučního centra Plzeň. Na základě této evaluace mohou vidět pracovníci centra názory samotných klientů na svou vlastní práci a zhodnotit ji.

Klíčové pojmy

Metadon

Návyková látka

Odvykací syndrom

Opioidy

Relaps

Suboxone®

Subutex®

Substituční léčba

Uživatelé drog

Závislost na opioidech

Annotation

This thesis deals with the substitution therapy with a focus on drug addiction. Describes the basic concepts that are associated with this issue , and also attend to opiate dependence. The most important part is a description substitution therapy in general and also specifically substitution center Pilsen. The work aims to address the subjective opinions of clients in substitution treatment. This is mainly on the evaluation of service Substitution center Pilsen. These findings will be identified on the basis of interviews with clients Substitution center Pilsen. Based on this evaluation, the staff can see the opinions of the clients on their own work and evaluate it.

Key words

Addictive substance

Drug users

Metadone

Opioid dependence

Opioids

Subutex®

Suboxone®

Substitution therapy

Relace

Withdrawal syndrome

Obsah

ÚVOD	11
1 SLOVNÍK VYBRANÝCH POJMŮ	13
2 DROGOVÁ ZÁVISLOST	15
2.1 Definice závislosti	15
2.2 Druhy závislosti.....	16
2.3 Fáze vývoje vzniku drogové závislosti	17
3 ZÁVISLOST NA OPIOIDECH	19
3.1 Drogová scéna.....	20
3.2 Účinky opioidů.....	21
3.3 Projevy při užívání a závislosti	22
3.4 Opioidy.....	24
4 SUBSTITUČNÍ LÉČBA	30
4.1 Historie substituční léčby v České republice	32
4.2 Substituční léčba v Evropě	33
4.3 Provádění substituční léčby	33
4.3.1 Typy substituční léčby	33
4.3.2 Indikace	35
4.3.3 Nastavení optimální dávky.....	35
4.3.4 Nefarmakologické složky substituční terapie	36
4.3.5 Průběžné hodnocení klienta	36
4.3.6 Ukončení léčby	37
4.4 Výhody substituční léčby.....	37
4.5 Nevýhody substituční léčby	38
4.6 Metadon	39

4.6.1 Farmakodynamické vlastnosti.....	39
4.6.2 Klinické zkušenosti	40
4.6.3 Dávkování metadonu.....	41
4.6.4 Výhody a nevýhody metadonu	41
4.7 Buprenorfin	42
4.7.1 Charakteristika buprenorfinu	43
4.7.2 Farmakodynamické vlastnosti a mechanismus účinku	44
4.7.3 Vědecké důkazy	45
4.7.4 Dávkování buprenorfinu	46
4.7.5 Výhody a nevýhody buprenorfinu	47
4.7.6 Subuxon®	48
4.8 Účinnost substituční léčby.....	48
4.9 Psychosociální složka substituční léčby.....	50
4.9.1 Sociální práce	50
4.9.2 Prevence relapsu	52
4.9.3 Motivační rozhovory.....	55
5 SUBSTITUČNÍ CENTRUM PLZEŇ.....	58
5.1 Ulice – Agentura sociální práce, o.s.	58
5.2 Substituční centrum.....	58
5.2.1 Historie substitučního centra.....	58
5.2.2 Poskytované služby v substitučním centru	59
6 ANALYTICKÁ ČÁST.....	64
6.1 Stanovení výzkumného problému.....	64
6.2 Formulace hypotéz	65
6.3 Výzkumný vzorek	66
6.4 Výzkumné metody	66

6.4.1 Rozhovor.....	66
6.5 Zpracování sběru dat.....	67
6.5.1 Technická zpráva o šetření pomocí rozhovoru	67
6.5.2 Vyhodnocení rozhovorů.....	67
6.5.3 Interpretace výsledků	72
6.5.4. Verifikace hypotéz	74
ZÁVĚR.....	75
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....	77
SEZNAM GRAFŮ	81

ÚVOD

"Jakákoliv závislost je špatná, ať už je drogou alkohol, morfin, nebo idealismus."

Carl Gustav Jung

Autorka si pro svou diplomovou práci vybrala téma „Substituční terapie se zaměřením na drogové závislosti v Plzni“ a to z důvodu, že ji zajímá práce s uživateli drog. Tuto oblast si vybrala také proto, že má osobní zkušenost s osobou jí blízkou, která byla závislá na návykových látkách. Práce s drogově závislými je náročná, ale pro autorku práce velice zajímavá. Drogovou problematikou se podrobněji zabývá od roku 2008, kdy absolvovala odbornou stáž v Kontaktním centru CPPT, o.p.s., poté stáž v občanském sdružení Point 14 v Plzni a v roce 2012 také v Substitučním centru Plzeň v programu o.s. Ulice – Agentura sociální práce.

V problematice substituční léčby se můžeme setkat s názorem, který tento typ léčby odsuzuje a to z důvodu, že je uživatelům drog legálně podávána „droga“. Ale substituční léčba má nezastupitelné místo při léčbě závislosti na opioidech a také patří k jedné z neúčinnějších způsobů léčby. Její pozitiva se mohou odrážet v celé společnosti, kdy v některých případech může snižovat výskyt kriminálního chování, přenos infekčních chorob i užívání nelegálních drog.

Práce se zabývá substituční terapií se zaměřením na drogové závislosti, v analytické části konkrétně substituční terapií, kterou poskytuje Substituční centrum Plzeň, které je součástí občanského sdružení Ulice. Je to jediné substituční centrum v celém Plzeňském kraji. Toto centrum poskytuje vedle zdravotnických služeb také služby psychosociální, které jsou velmi důležité pro to, aby byla substituční léčba efektivní. To si klienti často neuvědomují. Proto se autorka rozhodla v analytické části věnovat subjektivním názorům klientů na substituční léčbu. A to především na evaluaci služeb substitučního centra Plzeň. Zda jim v jejich nabídce něco schází, či je pro ně zbytečné a jaké služby jsou naopak pro ně nejdůležitější. Také jak jim substituční léčba změnila život a zda je v něčem limituje.

Teoretická část se v první kapitole věnuje vysvětlení některých základních pojmů, které se v práci dále objevují. Druhá kapitola pojednává o problematice drogové závislosti

obecně a třetí kapitola se věnuje už konkrétně závislosti na opioidech, která souvisí právě se substituční léčbou. Ve čtvrté kapitole je popsána samotná substituční léčba, kde je věnována pozornost především substitučním látkám.

1 SLOVNÍK VYBRANÝCH POJMŮ

Abstinenční syndrom - Soubor různě závažných a různě kombinovaných příznaků, které se objevují po vysazení nebo snížení dávek psychoaktivní látky. Příznaky odvykacího stavu nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nebo jinou duševní poruchou, ale přítomnost odvykacího syndromu je jedním z kritérií pro diagnózu závislosti. Odvykací syndrom se může u různých látek lišit, lze tedy velmi zjednodušeně říci, že řada příznaků má opačný charakter než účinek dané látky. O opioidech je známo, že působí protikřečově a tlumivě, dále také vyvolávají euforii a mírní bolesti. Toto pravidlo ovšem neplatí absolutně. (Kalina a kol., 2001)

Agonista - Látka, která působením na neuronový receptor vyvolává shodné reakce jako látka porovnávaná. Příkladem může být případ, kdy je metadon agonistou heroinu či morfinu na opiátových receptorech. (Kalina a kol., 2001)

Antagonista – Látka působící proti účinkům jiné látky. Farmakologicky působí tak, že na neuronovém receptoru zabraňuje účinku jiné látky (agonisty). Tím u něj vyvolává specifický somatický nebo behaviorální efekt zprostředkovaný původním receptorem. Příkladem může být látka Naloxon, která je užívána v léčbě předávkování opiáty, zvláště heroinem. Naloxon ruší účinky opiátu, a pokud je podána v dostatečné dávce, může také uspošit abstinenční syndrom. (Kalina a kol., 2001)

Apolinářský model – model léčby závislosti uvedený do praxe MUDr. Jaroslavem Skálou, CSc. Spojuje zásady terapeutické komunity a behaviorálního přístupu, projevující se zejména v náročném léčebném režimu s bodovacím systémem. (Kalina a kol., 2001)

Benzodiazepiny - Skupina látek, která je používána hlavně jako sedativa/hypnotika, uvolňovače svalů, antiepileptika a anxiolytika. Zneužívání benzodiazepinů je dosti rozšířené při zvládání odvykacích příznaků u uživatelů opioidů. Předávkování benzodiazepiny je tím nebezpečnější, když jsou užity současně s alkoholem nebo jinými látkami s tlumivým účinkem na CNS, jako je heroin. (Kalina a kol., 2001)

Droga - V odborném i obecném úzu je slovo „droga“ nadřazený pojem, který označuje jako drogy ve farmaceutickém smyslu i jiné léky a látky. A to zejména pokud jich je užíváno a zneužíváno ke změnám nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení duševních a

tělesných funkcí a vyvolávání mimořádných zážitků (iluzí, halucinací, pseudohalucinací). (Nožina, 1997)

Harm reduction - označují se tak přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, které v současnosti drogy užívají a nejsou motivovány k tomu, aby užívání zanechaly. (Kalina a kol., 2001)

Klient - uživatel speciálních profesionálních služeb, které mají alespoň částečně soukromý a důvěrný charakter, např. psychoterapie, poradenství, služby sociální. Role klienta je spojena s očekáváním větší informovanosti, aktivity, spolupráce a partnerského vztahu vůči odborníkům než role pacienta. (Kalina a kol., 2001)

Komorbidita – Současný výskyt více nemocí. (Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/komorbidita>)

Relaps - Návrat k pití nebo k užívání jiných drog po období, kdy závislý jedinec abstinovat, bývá často doprovázený návratem příznaků závislosti. Relaps bývá doprovázen souborem příznaků označovaných jako „syndrom porušení abstinence“ (deprese, rezignace, pocity viny, hněv). Tyto příznaky prohloubí a upevní obnovené užívání drogy a mohou vést k dalšímu kolu drogové kariéry. (Kalina a kol., 2001)

Tolerance – Snižování účinků drogy při opakovaném užívání dané drogy. Tolerance se zvyšuje nejrychleji, když je droga podávána často a ve stále se zvyšujících dávkách. Je důležité odlišovat od sebe toleranci metabolickou a toleranci na účinky. Metabolická tolerance vzniká jako následek působení enzymů v játrech, které způsobuje zrychlení metabolismu, zatímco se snižuje hladina drogy v krvi, zatímco tolerance na účinky drogy odpovídá snižování účinků existující hladiny drogy v krvi. (Kalina a kol., 2001)

Sublingvální tablety – Jsou podjazykové tablety. Tableta se umísťuje pod jazyk, kde se ve slinách rozpouští a pak je vstřebávána do krve cévami pod jazykem. Příklad podjazykové tablety je Subutex®.

2 DROGOVÁ ZÁVISLOST

„Drogová závislost je komplexní stav, který zahrnuje sociální, psychologické a biologické komponenty. Uživatelé drog netvoří homogenní skupinu, protože existuje mnoho forem drogové závislosti, které se liší podle typu užívaných drog a míry závislosti.“ (Verster a Bunning, 2007, s. 9)

Drogová závislost je globálně sledovaný problém, ale není to fenomén pouze dnešní doby, ale táhne se s lidstvem už od nepaměti. V dnešní době je této problematice věnována pouze větší pozornost. Drogová závislost je jeden z hlavních zdravotnických a celospolečenských problémů.

2.1 Definice závislosti

Syndrom závislosti můžeme chápat jako soubor fyziologických, kognitivních a behaviorálních jevů, které vznikají jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivní látky. Drogovou závislost lze chápat jako životní styl, jehož řídicí složkou je preferenční zaměření na tuto látku. Projevuje se určitými příznaky, které přetrvávají po dobu jednoho roku:

- Silná touha nebo potřeba užívat tuto látku,
- neschopnost sebeovládání a kontroly při užívání této látky,
- růst tolerance, potřeba stále vyšších nebo častějších dávek,
- abstinenční syndrom, který je reakcí na abstinenci nebo na omezení obvyklé dávky. Může být rozdílně intenzivní v závislosti na typu psychoaktivní látky a může mít i různý charakter,
- postupné zanedbávání ostatních zájmů a potřeb, potřeba drogy je dominantní. Závislý jedinec věnuje mnoho času, energie i finančních prostředků, aby získal potřebnou dávku. Droga se stala nejdůležitější složkou jeho života,

- pokračování v konzumaci drogy přetrvává, přestože jedinec ví o jejím škodlivém vlivu. Užívání látky mu často vadí, chtěl by je omezit, nebo dokonce přestat, ale nedokáže to (Vágnerová, 2004)

2.2 Druhy závislosti

Rozlišujeme dva typy závislosti na psychoaktivních látkách, somatickou (tělesnou) a psychickou závislost. Každá látka má různé účinky, proto může vyvolávat různý typ závislosti.

- **Somatická (tělesná) závislost** je definována jako adaptace organismu na užívanou látku. Dojde k situaci, že užívaná látka se stane součástí metabolismu a její vynechání nebo omezení poté vede ke vzniku abstinčních příznaků (Janík, Dušek, 1990).

Nešpor (2003, s. 20) uvádí příklad somatického odvykacího stavu u jedince závislého na heroinu: *„Odvykací příznaky se u mě projevovaly nervozitou, pak pocitem na zvracení, střídavě horko a zima po těle, bolestivé křeče svalů a nejhůřší pro mě byla úzkost, která jako by vycházela ze srdeční krajiny. V tomto stavu se u mě často objevovala nezkrotitelná touha po droze.“*

- **Psychická závislost** znamená zvláštní ladění psychiky, které nutí jedince k opakujícímu nebo soustavnému požívání látky. Závislý jedinec tak činí proto, aby si navodil příjemný psychický stav nebo aby zabránil vzniku nepříjemným pocitům. Tento pojem musíme chápat velmi široce. Mnoho závislých jedinců pod pojmem „příjemný psychický stav“ nemyslí euforii, povznesenou náladu, pocit slasti a blaženosti, ale nezářka stavy opačné. Někteří popisují, že je pro ně nejpříjemnější pocit, když se ocitnou vlivem drogy v úzkostném stavu, jakoby na pokraji života a smrti (Janík, Dušek, 1990).

2.3 Fáze vývoje vzniku drogové závislosti

Vývoj vzniku drogové závislosti můžeme rozdělit do čtyř fází:

1. **Fáze experimentování a občasného užívání.** Podnětem k tomu, aby dospívající zkusili drogu, může být zvědavost, nuda, potřeba zažít něco nového, vzrušujícího a pokud možno tabuizovaného. Jelikož takto si lze dokázat svou nezávislost na autoritách. Velký význam má také sociální model. Lidé, kteří drogu užívají, jsou pro adolescenta atraktivní. Sdílejí s ním jeho zážitky a naslouchají mu. Drogu mu nejčastěji nabídnou vrstevníci. Významným spouštěčem může být zátěžová situace. Droga mu nabízí únik a on ho přijme. V této fázi vyvolává žádoucí pocity štěstí, sebejistoty, uvolněnosti, umožňuje dosáhnout potřebnou míru aktivizace. V této fázi většinou tají, že drogu občas bere. Pokud jedinec zjistí, že droga mu může pomoci v situaci nudy či nouze, bude mít chuť si ji vzít znovu. Návyk se zatím neobjevuje, proto drogu neužívá pravidelně. (Vágnerová, 2004).
2. **Fáze pravidelného užívání.** Jestliže bude člověk drogu užívat stále častěji, vytvoří se u něj určitý stereotyp chování. V tomto období už nepopírá, že drogy užívá. Snaží se přesvědčit sám sebe, že má drogu pod kontrolou a neuvědomuje si závažnost svého jednání. Pro počáteční závislost je typická iluze kontroly. Rychlost tohoto procesu závisí na typu psychoaktivní látky, frekvenci její aplikace a dávkách. (Vágnerová, 2004).
3. **Fáze návykového užívání.** Tím, jak se závislost prohlubuje, se zvyšuje lhostejnost k aktivitám, které se netýkají drog. U závislého člověka se mění jeho stávající hodnoty, ztrácí motivaci. Nesnaží se svůj návyk na drogu skrývat, přestává mu záležet na mínění druhých. V této fázi mají někteří z nich tendenci své chování ospravedlňovat. Tady už má droga jiný význam, už nepovznáší, ale je více potřebná. Buď ji akceptuje, jako součást svého života, nebo se jí naopak chce zbavit. Mnozí se pokouší omezit dávku nebo přestat, ale spíše se jedná jen o střídání období abstinence a relapsů. Motivace k léčbě může být různě silná, ale zvládnout zátěž spojenou s celkovou změnou životního stylu je tak velká, že to zvládne jen malé procento drogově závislých. (Vágnerová, 2004).

4. Fáze terminální. Nadměrné užívání psychoaktivních látek poškozuje jedince jak biologicky, tak i sociálně. Může se projevovat narušením psychického a somatického zdraví. Dochází k úpadku osobnosti a rozpadu sociálních vazeb. Závislý jedinec se stává zcela bezohledným a nespolehlivým. Touha opatřit si drogu je v této fázi tak silná, že eliminuje sociální zábrany, lidé podvádějí, kradou, loupí a prostituují (Vágnerová, 2004).

„Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy) nebo širší řadu různých látek.“ (Nešpor, 2003, s. 15)

„Člověk většinou bere drogu proto, aby dosáhl čehosi příjemného. Člověk se tedy dostává z jakéhosi stavu „nula“ do stavu „plusového“. Po odeznění drogového účinku se vrací zpět k výchozí úrovni – alespoň ze začátku. Po určité době totiž jedinec zjistí, že když drogu nemá, je mu hůře než dříve a ani s drogou už mu není tak dobře jako předtím. Z původně „plusového“ stavu se dostává závislý jedinec s drogou do stavu „normy“, zatímco bez drogy se ocitá v „mínusu“. Bezdrogový stav je pak vnímám jako obtížný a nepříjemný. Droga se stala nutností – objevil se syndrom abstinence.“ (Presl, 1995, s. 25)

Diplomová práce se zabývá problematikou substituční léčby drogově závislých, proto se další kapitola bude věnovat pouze závislosti na opioidech, která úzce souvisí právě se substituční léčbou.

3 ZÁVISLOST NA OPIOIDECH

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize (MKN-10) patří závislost na opioidech do kategorie F 11: Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním opioidů.

„Závislost na opiátech je stav, způsobený změnou neurochemického prostředí a receptorů v mozku. V důsledku této změny jsou opiáty pro organismus stejnou biologickou nutností jako potřeba jíst nebo dýchat.“ (Verster a Bunning, 2007, s. 10)

Skupina těchto látek, jak již název naznačuje, je odvozena od opia- zaschlé šťávy nezralých makovic. Opiáty označujeme jako látky, které mají chemickou strukturu podobnou morfinu (morfin je hlavní alkaloid opia) a váží se v těle, hlavně v mozku, na opioidní receptory. (Kolektiv autorů občanského sdružení SANANIM, 2007)

Účinnou látkou většiny přírodních a poloumělých opiátů je morfin a jeho deriváty, ty se v těle většinou metabolizují zpět na morfin. Nejneužívanější látkou této skupiny je heroin. Ve 20. století byla vyrobena řada syntetických opiátů, z nichž nejčastěji užívanou (především při léčbě závislostí) látkou je metadon. (Dostupné z: [www. Drogy – Info . cz /index .php /Inko / ilegalni_drogy/opiaty_podrobne](http://www.Drogy-Info.cz/index.php/Inko/illegalni_drogy/opiaty_podrobne))

Opiáty patří spolu s ředidly k nejnebezpečnější skupině drog vůbec. Přispělo k tomu několik okolností:

- Opiáty mají nejvyšší „závislostní potenciál“. To jinými slovy může znamenat, že když člověk kouří dva týdny konopí, chová se v té době sice zvláště a mnoho si po těch čtrnácti dnech nepamatuje, ale člověk, který čtrnáct dní v kuse užívá heroin (ať už jej kouří nebo si píchá), už si nikdy nic, co by za to stálo, pamatovat nemusí, protože s heroinem nedokáže přestat,
- co se týče ceny denní dávky průměrného uživatele, patří opiáty k nejdražším drogám (např. u heroinu v ČR cca 1500 Kč denně). Svého uživatele tedy nejrychleji zbaví všech finančních prostředků a vzápětí logicky nasměrují ke zločinu,
- užívání opiátů je pravděpodobně nejhůře slučitelné s běžným životem. Uživatel i v době doznívání účinku drogy nevýrazně artikuluje, je malátný, lehce euforický,

nezodpovědný, mírně zmatený v čase i prostoru. Jeho fungování v zaměstnání či ve škole je velmi obtížné, ne-li nemožné,

- těmito drogami se lze relativně nejsnadněji předávkovat, ještě spolu s ředidly. Čistota drogy na ulici je různá. (Dostupné z: [www. Drogy – Info . cz /index .php /Inko / ilegalni_drogy/opiaty_podrobne](http://www.Drogy-Info.cz/index.php/Inko/ilegalni_drogy/opiaty_podrobne))

3.1 Drogová scéna

V České republice se do listopadu roku 1989 z opioidů užíval hlavně braun. Braun je podomácku z léků vyráběná směs alkaloidů kodeinu. Nejvýznamnější zástupce opioidů je Heroin, ten se do České republiky dostal ve větší míře až někdy po roce 1989, do té doby bylo jeho užívání pouze výjimečné. Více se na drogové scéně začal objevovat až okolo roku 1993, v roce 1996 se stal nejvíce užívanou drogou v některých regionech. Během roku 1998 na drogovém trhu došlo k prudkému vzestupu jeho čistoty, což mělo za následek vlnu předávkování. V současné době je jeho kvalita špatná. Heroin je nejvíce užívanou drogou v Praze a Severních Čechách, v některých regionech se vyskytuje jen výjimečně (Pardubický kraj, Královéhradecký). (Kolektiv autorů občanského sdružení SANANIM, 2007)

V současné době se objevuje na drogové scéně jiný syntetický opioid – buprenorfin (Subutex®). Jde o lék, který je určený k substituční a detoxifikační léčbě závislých na opioidech (podobně jako metadon). Na drogové scéně je často zneužíván jako náhrada za drahý, hůře dostupný a nekvalitní heroin (nebo jako jeho doplněk) s tím, že v těchto případech bývá aplikován injekčně (i když se jedná o tablety určené k sublingválnímu užití), což zvyšuje jeho rizika. Opium je u nás užíváno pouze zřídka, u nás jen sezonně, v době prázdnin, kdy někteří uživatelé vyjíždí na maková pole sbírat a užívat surové opium. (Kolektiv autorů občanského sdružení SANANIM, 2007)

V České republice bylo v roce 2011 přibližně 4600 problémových (injekčních) uživatelů buprenorfinu. Toto injekční užívání buprenorfinu (především Subutexu®) je rozšířeno zejména v Praze a v dalších krajích Čech. (NMS, 2011)

Co se týká Plzně a částečně i Jihočeského a Libereckého kraje převažuje zde užívání morfinových tablet, jako je Vendal® retard nebo Tramal®. Ty vytlačily heroin,

který se zde vyskytuje už jen minimálně. Novinkou je také užívání fentanylových náplastí, ty si klienti vyvaňují a následně aplikují. Fentanyl je několikanásobně silnější než morfin, tudíž je pro klienty výhodnější, ale rizikovější.

3.2 Účinky opioidů

Opioidy patří mezi látky, které mají tlumivý účinek na centrální nervovou soustavu, především mozek. Jejich účinek závisí na vztahu látky k opiátovým receptorům. Těchto receptorů existuje několik typů, klíčové jsou ty receptory, které jsou zodpovědné za závislost a také za euforizující účinek. Dále závisí na jednotlivých látkách, které mohou tyto receptory aktivovat plně (morfium, heroin, metadon), částečně (buprenorfin- subutex) nebo vůbec, pak působí jako antidota- protijedy (naloxon). V poslední řadě také závisí na dávce - malé dávky způsobují jen mírný útlum, někdy mohou uživatele odbrzdit, poté působí spíše jako veselý, mírně aktivní, střední dávky způsobují útlum a euforii a vysoké dávky uvedou člověka do bezvědomí a mohou být smrtelné. (Kolektiv autorů občanského sdružení SANANIM, 2007)

Po užití opioidů dochází k útlumu celého centrálního nervového systému. K nejvýznamnějšímu patří útlum dechového centra, ten může být i příčinou smrti. (Kolektiv autorů občanského sdružení SANANIM, 2007)

Opioidy svým centrálním účinkem zpomalují dechovou frekvenci a také zmenšují dechový objem. Změlčení dechu může být takové, že intoxikovaný často mívá až modrofialově zbarvenou kůži, což je způsobeno nedostatečným okysličením červených krvinek. Snížená ventilace plic a pokles pohyblivosti hladkého svalstva řasinkového epitelu bývá příčinou častých pneumonií. Hlavním specifickým efektem bývá zúžení průdušek. (Minařík in Kalina a kol., 2003)

Dále také ovlivňují krevní oběh v těle, rozšíření cév, zpomalení frekvence srdeční činnosti, pokles krevního tlaku. V toxických dávkách při hypoxii (nedostatek kyslíku) může docházet k obrně vegetativních center v mozku. Tato centra řídí srdeční akci a k zástavě krevního oběhu. (Minařík in Kalina a kol., 2003)

Opioidy se používají i v lékařství při léčbě pooperační a nádorové bolesti, kvůli svému silnému protibolestivému účinku. Způsobují podráždění centra pro zvracení, uživatel většinou zvrací bez nevolnosti. Centrálním účinkem je mióza - zúžení zornice do velikosti špendlíkové hlavičky. Opioidy také ovlivňují somatické funkce, tlumí například aktivitu hladkého svalstva, tím vyvolávají zácpy, retenci moče, poruchu transportu vajíčka vejcovodem a tím i dočasnou sterilitu uživatelů. Také u uživatelů snižují zájem o sexuální aktivity. Tlumí kašlající reflex, to může vést ke vdechnutí žaludečního obsahu a k těžkému zápalu plic. (Kolektiv autorů občanského sdružení SANANIM, 2007)

Na všechny výše zmíněné účinky se v různé míře vytváří tolerance. Po delší době pravidelného užívání opioidů se může uživatel vypracovat k dávkám, které několikanásobně překračují smrtelnou dávku pro zdravého člověka, který drogu nikdy neužil. Tolerance velmi rychle klesá po vysazení opioidů na výchozí úroveň, takže pokud si člověk po delší době abstinence vezme stejnou dávku, na niž byl zvyklý před začátkem abstinence, může se lehce předávkovat. Opioidy jsou vysoce návykové, vzniká na nich závislost psychická i somatická. (Kolektiv autorů občanského sdružení SANANIM, 2007)

3.3 Projevy při užívání a závislosti

Při intoxikaci touto látkou dochází v popředí k útlumu a příjemné euforii, která více než jiné účinky podléhá toleranci. Opioidy mohou také vyvolávat stavy úzkosti, hlavně u žen, většinou bývá spojena s nevolností, zvracením a neschopností koncentrace. (Minařík in Kalina a kol., 2003)

Při akutní intoxikaci jsou prvními příznaky nevolnost, hučení v uších, pocit tepla v obličeji, svědění - intoxikovaný se poškrabuje po celém těle i v komatu, dýchání je povrchní, zúžení zornic přechází v konečném stadiu. Při chronickém zneužívání opioidů je nejvíce postižena oblast charakterových vlastností, intelekt bývá nepostižen, dochází k etické degradaci individua. Závislý je bez vůle, líný, ztrácí potenci a libido, může být depresivní, pravidlem bývají děsivé pseudohalucinace při usínání nebo na rozhraní mezi bděním a spánkem. Často se také střídá apatie s nespavostí, únavou a podrážděností. Nezdravá životospráva vede k celkovému vyčerpání organismu a také většinou k extrémní vyhublosti. Často se také u uživatelů objevují infekce, které souvisejí jak s nesterilní

injekční aplikací drogy, tak s celkovým oslabením imunitního systému. To vše a koloběh opatřování si drogy může vést uživatele až k sebevraždě. (Minařík in Kalina a kol., 2003)

Opioidy, zejména heroin, mají velký potenciál ke vzniku somatické závislosti, která se odvíjí z kombinace mechanismů na buněčné a nitrobuněčné úrovni, na úrovni cílových orgánů a poklesu produkce endogenních opioidů (látky normálně potlačující bolest v organismu). Závislost se začíná rozvíjet již po několika týdnech nebo nejpozději několika měsících užívání. Její psychická složka se projevuje neovladatelným dychtěním po droze a ztrátou kontroly nad užíváním, somatickou součástí je vzestup tolerance a tím i potřeba stále vyšších dávek. Dlouhodobí uživatelé, kteří drogu užívají pravidelně, se dostávají na dávky, které jsou pro prvouživatele mnohonásobkem smrtelné dávky. Z tohoto hlediska je velmi důležitý fakt, že při abstinenci od opiátů rychle klesá tolerance a dávka, která byla před odvyknutím běžná, se stává smrtelnou. (Minařík in Kalina a kol., 2003)

Závislost a odvykací stav zrcadlí účinky opioidů, místo zácpy dochází k prudkému průjmu, místo stažených zornic se roztahují. Mezi další příznaky může patřit bolest svalů a kloubů, pocení, husí kůže a rýma. Nástup a trvání odvykacího stavu závisí na délce vylučování drogy z těla, u každé látky je doba rozdílná. Například u heroinu nastupuje asi po deseti hodinách od poslední aplikace, trvá kolem deseti dní, kdy vrcholem je druhý až třetí den. U Subutexu® první příznaky přicházejí už druhý nebo třetí den a jeho průběh je ve srovnání s tím heroinovým méně dramatický. Jen zřídka člověka ohrozí na životě. (Kolektiv autorů občanského sdružení SANANIM, 2007)

V lehčích případech se odvykací stav projevuje především bolestí břicha, průjmy, také neklidem a nespavostí. V těžších případech se projevuje bouřlivěji pocením, poklesem krevního tlaku, zvýšením teploty, slzením, úpornou nespavostí, poruchou řeči, třesy, nechutenstvím a dehydratací. A také může dojít až ke kolapsu nebo smrti. (Minařík in Kalina a kol., 2003)

„Začínající narkoman se dostane na dobu čtyř až pěti hodin do rauše a po podání drogy nepocituje žádnou bolest. Veterán se do rauše nedostane vůbec, ale pouze si drogu šestkrát denně píchá, aby si udržel bolest od těla. Jeden narkoman popisoval tento stav takto: „Jakmile jste jednou chyceni, už se z toho nedostanete. Bud' se uzemníte, anebo

trpíte. Řek bych, že 60 procent času trpíte, 20 procent času strávíte pobíháním a sháněním drogy a posledních 20 procent času prospíte.“(Tyler, 2000)

3.4 Opioidy

Heroin je jedna ze skupin drog, které jsou známy jako narkotická analgetika. Slovo narkotikum pochází z řeckého slova *narcoticos*, což znamená znecitlivění, a slovo analgetikum pochází též z řeckého slova znamenající bezbolestný. Heroin patří do skupiny narkotických analgetik, které jsou známy jako opioidy. Nazývají se tak proto, že všechny se vyrábějí z máku setého (*Papaver somniferum*), nejznámější je pak opium, které vytéká z makovice jako šťáva mléčné barvy. Po několika dnech, kdy korunní plátky opadají, se makovice nařeže. Odkapává šťáva, která se následující den, kdy se změní v lepkavou hmotu hnědé barvy, seškrabává a suší na stinném místě, kde ztmavne a ztuhne. Jakmile ztuhne, tak vytvaruje se do cihliček a je připravena pro konzumenty. Pokud chceme z této surové hmoty dostat opium pro kouření, musíme ji opakovaně vařit a prosívat, dokud se nezbavíme všech příměsí a na dně nezůstane černá lepkavá hmota. Poté se tato hmota vysuší a kouří se. K lékařským účelům se opium podává injekčně nebo v tabletách. (Tyler, 2000)

Morfin

Ve skupině opiátu je více než deset alkaloidů, ale jen některé se dají použít v lékařství a ještě mnohem méně si jich oblíbili příležitostní narkomani. Právě morfin se využívá jak v lékařství, tak jako občasná droga. Morfin je desetkrát účinnější než opium. (Tyler, 2000)

Morfin je opiát, který tiší bolest, i když mezi jeho nežádoucí účinky patří žaludeční nevolnost a zvracení. V lékařství se používá ve formě čípků, tablet, chlorovodíkového roztoku a ampulí pro nitrožilní podávání. Pokud se v nějaké této podobě prodává dnes na ulici, byl pravděpodobně získán vloupáním se do nějaké nemocnice nebo lékárny. Také může mít podobu tablet nebo prášku pašovaných z Indie. (Tyler, 2000)

Tímto způsobem se nelegálně morfin získává spíše ve světě, u nás se například hodně obchoduje s recepty od lidí, kteří mají rakovinu nebo je píše sami lékaři. Jak již bylo

výše zmíněno, v Plzeňském, Libereckém a částečně Jihočeském kraji převažuje právě užívání morfinových tablet, jako je Vendal® retard nebo Tramal®.

Kodein

Mezi další alkaloidy opia patří kodein. Ten se využívá především k tlumení kašle a mírnění bolestí. Vzhledem k tomu, že kodein je asi tak šestkrát slabší než morfin a je levný, na ulici si ho narkomani kupují, jako východisko z nouze. Můžeme se s ním setkat v bezpočtu směsí, které se dají běžně koupit v lékárně, jedná se o směsi s aspirinem, efedrinem a s jinými látkami. Ale v čisté formě se objevuje pouze jako tableta, sirup nebo ampule. (Tyler, 2000)

Braun

Braun je směs derivátů kodeinu, která obsahuje vedle hydrocodonu též dicodid a dihydrocodeinon. Chemicky patří mezi polysyntetické opioidy, strukturálně mezi fenantrenové alkaloidy. Braun je specificky česká droga, která se vyrábí v domácích laboratořích z léků, které obsahují kodein. Výsledný produkt je tinktura hnědé barvy, která se aplikuje nitrožilně. Má nižší potenciál pro závislost než heroin, účinky a důsledky užívání braunu jsou obdobné jako u heroinu a opiátů obecně. Braun byl v druhé polovině 90. let z české drogové scény vytěsňen heroinem, nyní se dostává ke slovu jako náhradní droga při výkyvech heroinového trhu. (Minařík in Kalina a kol., 2003)

Heroin

Charakteristika

Heroin se začal uměle vyrábět v roce 1874, v roce 1898 jej začala prodávat německá firma Bayer pod jménem heroisch, což znamená „silný“. Po léta byl heroin považován jako účinný lék pro závislost na morfinu. Zajímavé je, že z počátku byl heroin považován za lék s nulovým rizikem vzniku závislosti. Chemicky se jedná o diacetylmorfin, který patří do polysyntetických derivátů morfinu. Zdrojovou látkou pro výrobu heroinu bývá přímo opium nebo morfin. (Minařík in Kalina a kol., 2003)

Rozšíření

Heroin je už několik desítek let celosvětově nejrozšířenější drogou skupiny opioidů. Do roku 1994 se u nás vyskytoval pouze sporadicky, od tohoto roku jeho užívání mnohonásobně vzrostlo. Poměr mezi uživateli heroinu a pervitinu byl kolem roku 2003 v Praze 1:1. Ale v léčebných zařízeních převažovali závislí na heroinu v poměru 3:1. (Minařík in Kalina a kol., 2003)

Z dat Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti vyplývá, že v současné době v Praze převažuje uživatelů pervitinu. Data ukazují, že celkový počet uživatelů opioidů za rok 2011 v Praze je 5500 a z toho 3300 užívali Subutex®, celkový počet uživatelů pervitinu je 5400. Rozdíl mezi uživateli opioidů a pervitinu se moc neliší, ale liší se především poměr mezi užíváním heroinu a pervitinu. Tam je ten rozdíl značný a ukazuje, že užívání heroinu je na ústupu. (NMS,2001)

Další data ukazují, že v roce 2011 bylo dovezeno odhadem 375 kg heroinu o průměrné čistotě 25 %. Při pouličním prodeji se heroin nejčastěji ředil kofeinem a paracetamolem a čistota heroinu distribuovaného koncovým uživatelům se pohybovala kolem 8 %. Vedle heroinu se na černém trhu objevovaly také tablety substitučních přípravků, které obsahují buprenorfin, zejména Subutex®. (NMS, 2011)

Způsoby aplikace

Nejčastější a nejrizikovější je nitrožilní aplikace (v pražské populaci až 80-90 % uživatelů heroinu), méně rizikové způsoby užívání jsou kouření, šňupání a inhalace z aluminiové folie. Záleží i na formě látky, hnědý heroin je vhodný spíše ke kouření nebo inhalaci z aluminiové folie, bílý heroin je určen k injekční aplikaci, popřípadě šňupání. (Minařík in Kalina a kol., 2003)

- Kouření - dávka se umístí do proužku staniolu a nahřeje se nad plamenem, jakmile se heroin začne zahřívat, zčerná a stočí se jako had. Z tohoto pochází rčení „chytání draka“. Dým se nasaje nosem pomocí trubičky. (Tyler, 2000)
- Šňupání - heroin se rozdrťí čepelí nože na tvrdém povrchu, rozprostře se do řádek a poté se postupně vdechuje jednou a druhou nosní dírkou. Stejným způsobem se šňupe i kokain. Mezi narkomany není tato metoda aplikace příliš oblíbená, jelikož má heroin hořkou chuť a jsou v něm obsaženy příměsi. (Tyler, 2000)

- Píchání pod kůži - droga se píchá do tukové tkáně hned pod kůží. Lékařský výraz pro tento způsob aplikace zní subkutánní (podkožní) injekce, mezi nejbezpečnější místa pro aplikaci patří zpravidla předloktí, stehna, břicho a hýždě. (Tyler, 2000)
- Nitrožilní aplikace - nejčastěji se droga píchá do velkých svalů, doprostřed stehna, do horní části paže a do hýždí. Nejefektivnější metoda, jak využít heroin beze zbytku je, že se píchne droga přímo do žíly na vnitřní straně předloktí. Opakované injekční vpichy mohou způsobit, že jsou žíly trombotické, poté se musí hledat jiné žíly například na krku, tříselech, zápěstích, chodidlech, pod kolenem a jinde. Existuje zde nebezpečí, že se zasáhne tepna, pak může dojít k vážnému poškození, které má za následek amputaci končetiny nebo dokonce i smrt. (Tyler, 2000)

Pro nitrožilní uživatele také existuje výměnný program, který u nás poskytuje mnoho organizací formou terénního programu nebo kontaktních center. Výměnný program spočívá především ve výměně injekčního materiálu a k poskytnutí základních informací o bezpečném braní.

Někteří autoři uvádějí ještě dva způsoby aplikace a to přes vstřebávání sliznicí a odvary a pokrmy z psychoaktivních látek. Vstřebávání sliznicí může být například pod jazykem, kde se nacházejí cévy, do kterých se látky dané pod jazyk snadno vstřebávají. (Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/jak-jsou-drogy-uzivany>)

Dalším způsobem vstřebáním přes sliznici může být také přes konečník. Tento způsob aplikace patří k druhému nejefektivnějšímu způsobu aplikace drogy. Pokud se aplikuje správně, do oběhu se dostane během 30 sekund.

Zdravotní a sociální rizika

Závislost na heroinu vzniká, jak již bylo výše zmíněno poměrně rychle a pravidelně. Závislost na této droze těžce poškozuje osobnost a vede k její sociální degradaci. Pro uživatele drog je kriminalita nebo prostituce někdy jediný možný způsob získání finančních prostředků na drogu. Další rizika plynou z nitrožilního užívání drogy. (Minařík in Kalina a kol., 2003)

Velmi časté je u nitrožilní aplikace riziko nákazy některou z infekcí, které se přenášejí krví. A to zejména nákaza virovou hepatitidou typu C a B. Nákaza hepatitidou je nebezpečná hlavně proto, že zatěžuje už tak dost drogami poškozená játra. Riziko

představují i jiné nemoci, které se přenášejí krví, jedná se například o infekce virem HIV. Dále také různé záněty, jako jsou infekční endokarditida, sepse a další jiné. (Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/novinky/injekcni-aplikace-drog-je-nebezpecna-pro-narkomana-i-jeho-okoli-231>)

Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti v roce 2011 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu infekcí mezi uživateli drog. Promořenost virem HIV je stále pod 1 %. Počet případů virové hepatitidy typu B u injekčních uživatelů drog se meziročně nezměnil, pouze však vzrostl jejich podíl na celkovém počtu případu. U virové hepatitidy typu C došlo v roce 2011 k nárůstu počtu případů o téměř 15 %. Nižší je v roce 2011 počet případu syfilis a kapavky u injekčních uživatelů drog, počet hlášených případů u TBC u injekčních uživatelů se příliš nezměnil. (NMS, 2011)

Všechny formy léčby drogové závislosti ovlivňují riziko přenosu HIV, ale programy substituční léčby mají největší potenciál k tomu, aby snižovaly injekční užívání drog a z toho vyplývající riziko šíření infekce. (Kasttelic, Pont a kol., 2010)

Odvykací syndrom

Na heroinu odvykací stav vzniká už po deseti hodinách od poslední aplikace a trvá asi deset dní. V lehčích případech se projevuje především příznaky trávicího traktu, úzkostí, nespavostí a špatnou náladou. V těžších případech dochází k vzestupu tělesné teploty, poruchám řeči, třesům, dehydrataci a nechutenství. Pro odvykací stav není důležité, jaká byla forma aplikace heroinu, ale podstatná je dávka a pravidelnost užívání. (Minařík in Kalina a kol., 2003)

V současné době je heroin jednou z nejnebezpečnějších masově zneužívaných drog. Závislost na pouličním heroinu je obecně považována za nejrizikovější a společensky neškodlivější závislost. Než se ze země, kde je heroin produkován, dostane ke svému uživateli, může získat řadu přísad, které do něj vmíchávají jednotliví obchodníci, aby tím zvýšili objem látky a tedy svůj zisk. Používá se cyankáli, cukr, jedlá soda, paracetamol, kofein, ale také prací prášek. V Praze nebo Ostravě se často vyskytuje v heroinu seškrábaná omítka. Na českém trhu se objevuje spíše hnědý heroin („brown sugar“), který se lépe kouří a žhaví. Čistý bílý heroin (white powder) se vyskytuje minimálně. (Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty/heroin)

Závislost na opioidech je chronická relapsující nemoc, která je obtížně zvládnutelná z důvodu nutkavého užívání drogy a bažení po ní. To vede k opětovnému vyhledání drogy a opakovanému užívání, a to i přes závažné sociální a zdravotní důsledky. Je pravdou, že ne všechny případy závislosti jsou chronické. Některé osoby, které splňují diagnostická kritéria látkové závislosti, se zcela uzdraví bez léčby. Ale mnozí lidé, u kterých se rozvinou poruchy v důsledku závislosti, projdou při léčbě vícenásobnými relapsy a jsou považováni za osoby, u nichž trvá nebezpečí jeho vzniku i několik let možná i celý život. (Verster, Bunning, 2007)

Závislost na opioidech je problém, který existuje v dnešní době ve všech zemích. Užívání heroínu se rozšířilo v Severní Americe v 60. letech 20. století. V Evropě okolo 70. let 20. století. Podle všeho se užívání opioidů šíří v dalších regionech s tradičně nižší prevalencí, včetně Asie, Číny, Jižní a Střední Ameriky, a dokonce i v Africe. Zprávy úřadu pro drogy a kriminalitu Organizace spojených národů a Světové zdravotnické organizace ukázaly, že dochází ke globálnímu nárůstu v transportu, produkci i spotřebě opioidů, převážně heroínu. Celosvětová produkce heroínu se od roku 1985 více než zdvojnásobila, možná dokonce ztrojnásobila. Odhaduje se, že opioidy na celém světě užívá asi 13,5 milionu lidí, z toho 9,2 milionu užívá heroín. (Verster, Bunning, 2007)

V současné době je k dispozici celá řada různých možností léčby, od lůžkové bezdrogové až po ambulantní farmakologicky asistovanou léčbu, včetně udržovacích a detoxifikačních režimů. Vědecké studie ukázaly, že závislost na opioidech lze nejlépe vyléčit kombinací pokračující ambulantní terapie, medikace a sledování, s cílem udržet pacienty v léčbě pro uchování a maximalizaci plných přínosů léčby. Jako nejefektivnější forma léčby u největšího počtu lidí se závislostí na opioidech se ukázala právě substituční léčba. (Verster, Bunning, 2007)

4 SUBSTITUČNÍ LÉČBA

„Substituční léčba (farmakoterapie agonisty, substituční léčba agonisty nebo léčba asistovaná agonisty) je definována jako podávání předepsané látky, jež je farmaceuticky příbuzná s látkou vyvolávající závislost, pod lékařským dohledem osobám s látkovou závislostí k dosažení definovaných léčebných cílů.“ (Kasttelic, Pont a kol., 2010, s. 25)

Opiooidová substituční léčba je formou zdravotní péče pro osoby, které jsou závislé na heroinu a jiné osoby závislé na opioidech pomocí předepsaných opiooidových agonistů, které mají některé účinky na lidský mozek podobné či shodné s morfinem a heroinem, a které zmírňují abstinenční příznaky a blokují bažení po nedovolených opioidech. Mezi opiooidové agonisty patří například metadon, morfin s prodlouženým uvolňováním, buprenorfin a v některých zemích i diamorfin (heroin). S výjimkou diamorfinu se většina těchto látek vyznačuje dlouhou dobou působení a absencí rauše. (Kasttelic, Pont a kol., 2010)

Dále se v léčbě závislostí na opioidech používají také antagonisté, kteří působí proti účinku jiných opiooidů. Tyto látky obsahují stejné receptory v mozku jako opioidy, a proto účinky jiných opiooidů blokují. Antagonisté bažení snižují, ale nezastaví ho. Je-li antagonist podán první a poté opiooid, euforické účinky opiooidů se ruší, jelikož nemohou působit na mozek, ale pokud je antagonist podán jako druhý po opiooidu, nastanou abstinenční příznaky. Nejběžněji používaným opiooidovým antagonistou při léčbě závislostí na opioidech je Naltrexon. V akutních případech předávkování opioidy je jako látka blokuující jejich působení, používán Naloxon. Buprenorfin je částečný agonista a antagonist. Jeho používání je čím dál hojnější. (Kasttelic, Pont a kol., 2010)

Substituční léčba je přínosná, jelikož poskytuje příležitost pro závislé uživatele drog ke snížení vysoce rizikového chování a také ke stabilizaci sociálních a zdravotních podmínek před řešením otázky jejich fyzické adaptace závislosti. Substituční léčba je zvažována u osob, kterým se nedaří ukončit užívání drog a udržet abstinenci. Je důležité, aby substituční drogy měly delší účinek než droga, kterou nahrazují. Je to důležité především proto, aby se oddálil nástup abstinenčních příznaků a snížila četnost podávání. To dané osobě umožňuje soustředit se na běžné životní aktivity, aniž by se musela zajímat kde a kdy sehnat svou další dávku drogy. (Kasttelic, Pont a kol., 2010)

Aby substituční léčba byla kvalitní, měla by být:

- Průběžná, a měla by se shodovat také s jinými léčebnými způsoby, které léčí chronické onemocnění,
- schopna řešit nejrůznější problémy spojené s rizikem relapsu, může se jednat o zdravotní a psychické symptomy,
- správně integrována do společnosti, je to důležité především proto, aby se umožnil přístup k monitorování a opatření k prevenci relapsu. (Kasttelic, Pont a kol., 2010)

V substituční léčbě můžeme rozlišit jak cíle dlouhodobé, tak i krátkodobé. Mezi ty dlouhodobé patří především pomoci lidem přestat brát drogy. Krátkodobé cíle se zaměřují spíše na koncepci veřejného zdraví, Harm reduction, aby tím zlepšily pacientovo tělesné, duševní a sociální zdraví. Cíle substituční léčby můžeme shrnout do následujících bodů:

- Pomoci pacientovi uchovat si své zdraví, dokud nebude sám schopen žít bez drog,
- snížit užívání léků, které nejsou předepsané a také látek nelegálních,
- snížit a řešit problémy spojené s užíváním drog,
- snížit zdravotní rizika spojená se zneužíváním drog, jedná se zejména o snížení rizika přenosu HIV, hepatitidy B a C a další krví přenosných infekcí při nitrožilní aplikaci a sdílení injekčního náčiní,
- snížit dobu trvání epizod zneužívání drog,
- zaměřit se na snižování rizika vzniku relapsu ke zneužívání drog,
- snažit se zabránit potřebě páchat trestnou činnost za účelem získání finančních prostředků ke zneužívání drogy,
- zlepšit mentální a fyzické zdraví a celkové osobní, rodinné a sociální fungování. (Verster, Bunning, 2007)

Substituční léčbu můžeme rozdělit do tří forem:

- 1) *Krátkodobou*, která trvá většinou 1 až 2 týdny. Nejčastěji je realizována během hospitalizace, tato forma substituční léčby je velmi rychlá. Někdy je nazývána detoxifikační substituce. (Popov in Kalina, 2003)
- 2) *Střednědobou*, která je prováděna během ústavní léčby, někdy ambulantně. Tato forma substituční léčby trvá několik týdnů až měsíců, je vhodná především u klientů s velmi vysokou tolerancí, či u závislých na několika látkách najednou. Tato léčba je nazývána také jako prodloužená detoxifikace. (Popov in Kalina, 2003)
- 3) *Dlouhodobou*, tato léčba je realizována většinou ambulantní formou. Jedná se o udržovací substituci, která může trvat u klientů závislých na opioidech několik měsíců, či let. (Popov in Kalina, 2003)

Při dlouhodobé substituci je velká část pacientů schopna samostatně fungovat v běžném životě. V těchto programech je nejčastěji používanou látkou metadon. (Popov in Kalina, 2003)

4.1 Historie substituční léčby v České republice

U nás má substituční léčba poměrně dlouhou tradici, existují dobře zdokumentované případy závislosti na opiátu „braun“, které byly léčeny takzvanou „divokou substitucí“. Jako substituční látka byl nejčastěji používán Dialon, který obsahoval etylmorfin a Temgesic, který obsahoval buprenorfin. (Zaostřeno na drogy 2, 2003)

V roce 1992 nadace Drop-In dovezla několik kilogramů metadonu a ministerstvo zdravotnictví Československé federativní republiky povolilo provádět substituční léčbu jako jednoroční experiment. V 90. letech výskyt heroínu vzrostl, proto bylo zapotřebí opět zavést substituční terapii opiátovými agonisty. Ministerstvo zdravotnictví České republiky se v roce 1997 rozhodlo spustit pilotní program pro 20 pacientů ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, oddělení pro léčbu závislostí. Dále také v roce 1999 sestavilo pracovní skupinu, která připravila Standardy substituční léčby a vzdělávací program pro odborné lékaře a střední zdravotnický personál. Také vznikl registr substituční léčby. V mezidobí se

kapacita apolinářského programu zvýšila o téměř 100 pacientů. Poptávku ale v hlavním městě pokrýt nestačil. V květnu roku 200 bylo otevřeno dalších 7 substitučních programů, na konci roku 2007 poté další. (Zaostřeno na drogy 2, 2003)

4.2 Substituční léčba v Evropě

V Evropě má substituční léčba dlouhou a pestrou historii. Ale postupem času se změnilы způsoby, jimiž je substituční léčba poskytována. Většina evropských zemí v současné době poskytuje některou z forem této léčby. Procento uživatelů, kteří jsou závislí na opioidech a jsou v současnosti léčeni v substituci, se liší země od země i region od regionu. Z určité části to závisí na historii a rozsahu problému v dané zemi, ale také částečně na politické vůli poskytovat tuto léčbu ve větší míře. (Verster, Bunning, 2003)

Například v Itálii substituci absolvuje pouze kolem 28 %, ve Španělsku se procento pohybuje mezi 41 % až 81 %, v Německu mezi 33 % až 63 % a v Nizozemí absolvuje substituci něco mezi 40 % a 47% uživatelů heroinu. Rychlý vývoj v oblasti poskytování substituční léčby zažila většina zemí a to především Francie, Španělsko a některé země střední a východní Evropy. Hlavním impulsem pro rozšíření substituční léčby byla především reakce na epidemii HIV/AIDS mezi uživateli drog a hlavně také její účinnost, jak v prevenci HIV, tak i v samotné léčbě závislosti na opioidech. I když se během tohoto rozvoje vyskytlo jen málo problémů, některé země Evropské unie přesto vyjádřily znepokojení. Nejvíce se mluvilo o oblasti ambulantní léčby včetně služeb praktických lékařů a lékárníků. Diskutovalo se o nedostatečné přípravě a zkušenosti některých lékařů, kteří mohou substituční látky předepisovat a také o kontrole předepisování a možných rizicích, průniku metadonu na černý trh. (Verster, Bunning, 2003)

4.3 Provádění substituční léčby

4.3.1 Typy substituční léčby

Substituční léčba je u nás prováděna ve specializovaných zařízeních akreditovaných pro substituční programy. Standardy substituční léčby rozlišují tři typy substituční léčby:

- 1) *Komplexní substituční léčba* (ve specializovaných zařízeních s plným spektrem služeb pro závislé na návykových látkách): Poskytování substituční látky je rozšířeno o další služby nebo na ně navazující služby, poskytované v rámci zařízení. Může se jednat o skupinovou, individuální, rodinnou a pracovní psychoterapii, o následnou péči, osobní a pracovní poradenství, terapie somatických a psychických poruch, ústavní nebo rehabilitační pobyty. Jedná se o komplexní cílené programy pro závislé na opioidech, kteří jsou schopni tyto poskytované služby efektivně využívat. (Dostupné z: http://www.substitucni-lecba.cz/dokumenty/standard_sl.pdf)
- 2) *Rozšířená substituční léčba* poskytuje substituční látky, doplněné zejména adekvátní somatickou léčbou, psychoterapií a sociálním poradenstvím. Sociální poradenství může být v případě interní nedostupnosti zajištěno externě. (Dostupné z: http://www.substitucni-lecba.cz/dokumenty/standard_sl.pdf)
- 3) *Základní substituční léčba* (ve specializovaných zařízeních se standardním spektrem služeb pro závislé na návykových látkách): Poskytování substituční látky je doplněno ještě dalšími službami. Jedná se především o adekvátní somatickou léčbu, psychoterapii a psychosociální servis. Tato forma základní substituční léčby je nejčastější a to především v případech, kdy pacient není schopen nebo není ochoten využívat služeb komplexní substituční léčby. Nebo na daném místě komplexní substituční léčba není dostupná. (Dostupné z: http://www.substitucni-lecba.cz/dokumenty/standard_sl.pdf)
- 4) *Minimální substituční léčba* (ve zdravotnických zařízeních s jinou specializací): poskytuje substituční látku bez další terapie nebo poradenství. Jsou nabízeny služby typu kontaktního centra a lékařské péče. (Dostupné z: http://www.substitucni-lecba.cz/dokumenty/standard_sl.pdf)

4.3.2 Indikace

Jedinec může být zařazený do programu substituční léčby, pokud splní následující kritéria:

- klient je neinjekční uživatel a je závislý na opiátech déle než 6 měsíců,
- klient užívá opiáty injekčně,
- a také, jestliže substituční léčba nezvýší poškození související s drogami a dále pomůže dosáhnout vhodně stanovených krátkodobých a dlouhodobých cílů.

Dále je také nutné při terapeutické rozvaze zařazení do substitučních programů vzít v úvahu některé důležité stavy a úvahy. Mezi ně spadá například: těžká a dlouhodobá závislost na vysokých dávkách látek opiátového typu, opakované nebo neúspěšné pokusy o léčbu orientovanou na abstinenci, pozitivní zkušenost se substitucí v anamnéze a závislost u těhotných, u kterých není možný jiný a šetrnější způsob léčby. (Popov in Kalina, 2003)

Když přemýšlíme o správném typu substituční léčby, klademe důraz především na somatický stav klienta a na jeho sociální status. Dále také na jeho psychické poškození v širším slova smyslu, může se jednat o komorbidity hlubší osobnostní a behaviorální poruchy a klientovu motivaci. V úvahu je třeba brát i ekonomickou efektivitu léčby. (Popov in Kalina, 2003)

4.3.3 Nastavení optimální dávky

Prvním zásadním krokem v substituční terapii je správné nastavení úvodní dávky substitučního preparátu. Dávka se může podle klientovy tolerance lišit až v desetinásobcích, ale bezvýhradně platí následující pravidla:

- První dávka substitučního preparátu musí být nižší než minimální smrtelná dávka,
- při podezření, že klient užívá ještě jiné tlumivé látky (alkohol, sedativa) se minimální smrtelná dávka snižuje,
- při podání úvodní dávky a každém dalším zvýšení je klient po dobu minimálně 4 hodin sledován a v případě, že nastanou po tuto dobu nějaké negativní reakce na podanou látku (známky předávkování, alergická reakce, toxická reakce) podniknou se příslušné terapeutické kroky,

- nastavení optimální dávky musí souhlasit s aktuálními vědeckými poznatky o farmakodynamice dané substituční látky,
- po podrobném zhodnocení stavu klienta je třeba titraci začít na nejmenší funkční dávce a tu potom případně zvyšovat podle výskytu abstinčních příznaků. (Popov in Kalina, 2003)

Výzkumy z USA svědčí o tom, že dávku 60 mg denně lze pokládat za minimální spolehlivou dávku pro udržení v programu. Dávka 100 mg denně v prvním půl roce je v tomto smyslu mnohem spolehlivější než dávky nižší. (Popov in Kalina, 2003)

4.3.4 Nefarmakologické složky substituční terapie

Nefarmakologické složky v substituční terapii mohou zahrnovat individuální, skupinovou, kognitivně - behaviorální a podpůrnou psychoterapii, poradenství, sociální práci, rodinnou a pracovní terapii i různé formy sociální rehabilitace. Někteří autoři uvádějí, že kombinace metadonové substituční léčby s psychosociálními terapiemi je účinnější ve smyslu dosahování cílů než jen podávání metadonu. Zlepšuje se klientovo zapojení a udržení se v programu a motivuje ho využít nabídku změny k lepšímu životnímu stylu. V nízkoprahových metadonových programech je problém dosáhnout účasti klientů na psychosociálních terapiích, a pokud je vyžadována, může to mít za následek odchod klienta z programu. (Popov in Kalina, 2003)

4.3.5 Průběžné hodnocení klienta

Průběžné hodnocení pacienta probíhá po celou dobu substituční léčby, kdy zahrnuje pravidelné i nepravidelné testy na ověření přítomnosti substituční látky a na ověření přítomnosti jiných návykových látek včetně alkoholu. Také je důležité po celou dobu substituční léčby hodnotit somatický i psychický stav pacienta. Přezkoumání klientova stavu a léčebného plánu se zaznamenává do dokumentace. Hodnocení je velmi důležité pro případné změny potřeb pacienta a umožňuje na tyto změny patřičně reagovat. Může se jednat o změny dávkování substituční látky nebo převedení do abstinčně orientované terapie. (Dostupné z: http://www.substitucni-lecba.cz/dokumenty/standard_sl.pdf)

4.3.6 Ukončení léčby

Do substitučního programu se dostávají klienti, kteří užívají drogy příliš chaoticky a nejsou schopni dodržovat pravidla daného programu substitučního léčby, kromě těchto klientů se do programu mohou dostat i klienti, kteří nejsou pro tuto léčbu vhodní. Dále se do programu mohou dostat klienti, kteří neustále přesvědčují lékaře, aby dostávali vyšší dávku substitučního preparátu, než je nutné, dále také uvádějí smyšlenou anamnézu se záměrem prodloužit trvání léčby. Mohou se objevit také klienti, jež nejsou schopni dosáhnout žádného ze stanovených léčebných cílů. Všeobecně je mnohem jednodušší tyto klienty rozpoznat až po zařazení do programu, což je nutné při průběžných hodnoceních brát v úvahu. (Popov in Kalina, 2003)

Léčbu můžeme ukončit, pokud je klient bez vyhlídky na zlepšení, nebo došlo k vážnému porušení smlouvy (agrese nebo násilí v substitučním programu), nebo je opakovaně porušována smlouva, jedná se například o vynechávání předem dohodnutých schůzek. Ukončení klientovy léčby je vážný krok, obzvláště pokud hrozí u klienta riziko vrácení se ke svému původnímu stylu života. Pracovníci substitučního programu si musejí být zcela jistí, že se jedná o zásah, který nelze vyřešit jinou cestou. (Popov in Kalina, 2003)

4.4 Výhody substituční léčby

Jak již bylo výše zmíněno substituční udržovací terapie, je jedna z nejúčinnějších způsobů léčby závislosti na opioidech. Může snížit vysoké náklady u závislosti na opioidech jak pro jednotlivce, tak jejich rodiny i společnost jako celku tím, že může snížit užívání heroinu, s ním související rizikové chování z hlediska infekčních nemocí, úmrtí a trestné činnosti. Působení substituční terapie výrazným způsobem snižuje riziko nákazy a přenosu HIV tím, že omezuje injekční užívání drog a sdílení jehel a dále také zlepšuje zdraví a kvalitu osob závislých na opioidech. (Kastelic, Pont a kol., 2010)

Díky substitučnímu programu se také může zlepšit fyzický, psychický i sociální stav klienta, přestane brát drogy, nebo užívání alespoň omezí. Odráží se to jak v omezení kriminální činnosti, tak například i v omezení celospolečenských nákladů na zdravotní péči. Mnoho lidí si neuvědomuje, že poskytování těchto služeb není pouze pro osoby závislé na návykových látkách, ale prospívá se tím i celé společnosti. Svou prací se snaží

minimalizovat zdravotní i sociální rizika spojená se zneužíváním návykových látek. Jak je již výše zmíněno, jedná se o zmírnění rizika přenosu infekčních chorob, snížení výskytu povalujícího se injekčního materiálu na veřejných místech, ale i ubývání trestné činnosti spojené se sháněním finančních prostředků na drogy.

4.5 Nevýhody substituční léčby

Substituční léčba má i své negativní aspekty. Tím nejdůležitějším je, že ve většině případů se uživatel musí léčit dlouhodobě. Dlouhodobá léčba s sebou nese negativní dopady jak na jedince samotného, tak na veřejné výdaje. I když substituční léčba patří mezi levnější formy léčby, její celkové náklady za období několika let narostou. (Verster, Bunning, 2003)

Dalším důležitým rizikem substituční léčby je předávkování, které může být až smrtelné. Někteří autoři popisují, že toto riziko je nejvyšší při zahájení léčby metadonem, proto se na začátku léčby doporučují nízké dávky. (Kastelic, Pont a kol., 2010)

Další nevýhodou může být skutečnost, že klient si vytváří závislost na užívané látce, ale zároveň také na osobě, která mu ji předepisuje. Někdy tato závislost může vést k pasivnímu přístupu klienta. Závislost na látce a s ní spojené stigma může působit problém, když se klient chce odstěhovat nebo jen cestovat a vzít si léky s sebou. (Verster, Bunning, 2003)

Také se mohou u některých klientů objevit vedlejší účinky na předepisované substituční látky. Nejčastěji se u metadonu objevuje zvýšené pocení, zácpa, poruchy spánku, poruchy sexuální touhy a snížená koncentrace. K těmto nežádoucím účinkům nedochází tak často, většinou postihují okolo 20 % klientů metadonové léčby. (Verster, Bunning, 2003)

Metadon je také předepisován těhotným ženám, jelikož zlepšuje jejich zdravotní stav, těhotenství i vývoj plodu, ale novorozenec po porodu musí projít odvykáním od závislosti na léku. (Verster, Bunning, 2003)

Jak je již výše zmíněno, substituční léčba má několik negativních aspektů, které provázejí chronická onemocnění obecně, ale přes to zcela jistě nepřevažují nad jejími přínosy. (Verster, Bunning, 2003)

4.6 Metadon

V Evropské unii se pro substituční léčbu ve více než 90 % používá metadon, Buprenorfin převažuje pouze ve Francii. Odhaduje se, že v Evropě užívá farmaceutický metadon přibližně 300 000 lidí, ve Spojených státech 180 000 a v Austrálii kolem 20 000. V mnoha zemích se používají odlišné formy substituce, avšak metadonová substituce se dodnes nejvíce poskytuje v Evropě, Severní Americe a Austrálii. Po sečtení výše uvedených odhadů, můžeme dojít k tomu, že ve světě se touto formou substituce léčí okolo půl milionu lidí. (Verster, Bunning, 2003)

4.6.1 Farmakodynamické vlastnosti

Metadon je řazen do syntetických opioidů, primárně agonista opioidních receptorů. Metadon působí podobně jako morfin. Má silné analgetické účinky, centrálně tlumivý efekt, ovlivňuje hladké svalstvo, může vyvolávat depresi dechového centra a snižuje bazální metabolismus. Při přepočtených dávkách metadon působí až dvakrát silněji a i jeho účinek je delší, než účinek morfinu. Účinky metadonu se uvádějí v rozmezí 13 až 48 hodin. Analgetický efekt přitom může trvat kratší dobu. Přitom u většiny závislých osob k potlačení odvykacích příznaků stačí jedna denní dávka. (Popov in Kalina, 2003)

Ve tkáních se metadon z velké části váže na bílkoviny. Biologický poločas eliminace po jednorázovém podání je přibližně 18 hodin, ale při opakovaném podání se prodlužuje, uváděné hodnoty se poté uvádějí v rozmezí 15 až 60 hodin. Metadon přechází do mateřského mléka a během těhotenství je metabolismus metadonu zvýšen, dochází tak k oslabení vazby na plazmatické bílkoviny a také současně k urychlené eliminaci z organismu. (Popov in Kalina, 2003)

Existuje více koncentrací předepisovaného metadonu, ale v České republice se používá koncentrace *metadonu 1ml/5mg*. Jinde v Evropě se používají například koncentrace *1ml/1mg* a to z důvodu bezpečnosti. Kdyby omylem někdo užil metadon, tak v této koncentraci není tak silný.

4.6.2 Nežádoucí účinky a předávkování

Jedním z nejzávažnějších nežádoucích účinků metadonu je útlum dýchání, nebo oběhové selhání. Mezi nejčastěji uváděné nežádoucí účinky patří závratě, útlum, pocení a zvracení. Častější výskyt bývá u ambulantních klientů a zmírní se, pokud si klient lehne a ustane vestibulární dráždění. (Popov in Kalina, 2003)

Dále se mohou vyskytovat neuropsychické poruchy jako euforie, dysforie, slabost, bolest hlavy, nespavost, poruchy vidění, desorientace a agitovanost. Také poruchy gastrointestinálního traktu, které se projevují anorexií, sucho v ústech, zácpou a spasmy žlučových cest, mohou se objevit poruchy kardiovaskulárního systému, alergické reakce a poruchy urogenitálního systému jako retence moči, snížení libida a alergické. (Popov in Kalina, 2003)

Metadon je návyková látka a vzniká na něm závislost. Vzhledem k výše uvedeným farmakologickým vlastnostem je však jeho efekt v organismu výrazně odlišný od účinku jiných opioidů. Poskytuje se pro substituční léčbu závislostí na těchto látkách. Dlouhodobé účinky této látky také mohou způsobit komplikace při terapii akutní intoxikace metadonem, pokud jiný antagonist s krátkodobým efektem není podán opakovaně. Po perorálním podání nastupují projevy předávkování do několika minut a jsou obdobné jako u ostatních opioidů. (Popov in Kalina, 2003)

4.6.3 Klinické zkušenosti

Metadon se při odvykací a udržovací léčbě osob, závislých na opioidech používá už několik desetiletí v mnoha státech. Zkušenosti, především z USA kde je program metadonové substituční léčby úspěšně realizován už od roku 1964 ukazují, že dlouhodobé zdravotní a sociální stabilizace je takto možno dosáhnout i u klientů, u kterých selhaly všechny ostatní pokusy o léčbu. Někteří klienti v těchto programech setrvávají i několik let, během této doby jsou schopni pracovat, starat se o sebe a rodinu. Posléze někteří přecházejí do léčebných programů, po jejichž absolvování plně abstinují i bez potřeby další substituce. (Popov in Kalina, 2003)

4.6.4 Dávkování metadonu

Obecné pokyny dávkování jsou takové, že se má začít pomalu, postupovat pomalu, ale mířit vysoko. V první řadě je nutné nezpůsobit škodu. Odhady stupně závislosti a tolerance jsou nespolehlivé a nikdy by neměly být základem pro nasazení dávek metadonu, které by mohly při špatném odhadu způsobit předávkování. Neexistuje žádná morální hodnota, která by byla spojená s nízkou nebo vysokou dávkou metadonu. Neměl by být podáván za odměnu, ale ani odpírán za trest. (Kastelic, Pont a kol., 2010)

Dávky metadonu by se měly zvyšovat a snižovat postupně. I menší změny z důvodu bezpečnosti a pohodlí je třeba zavádět v delších intervalech, pokud jsou uživatelé na relativně nižších dávkách, kdežto při vyšších dávkách jsou větší a častější změny zpravidla bezpečné. Obecně platí, že vyšší udržovací dávky jsou spojeny s lepšími terapeutickými výsledky než dávky nižší. Rozsah optimálně účinné dávky pro většinu lidí je 60-120 mg denně. Pokud se u některého klienta objeví stížnosti, že metadon přestává působit, mělo by se zvažovat rozdělení či zvýšení denní dávky, což může být zvláště významné pro těhotné ženy nebo osoby léčené antiretrovirotiky. (Kastelic, Pont a kol., 2010)

4.6.5 Výhody a nevýhody metadonu

Výhody metadonu jako substituční látky:

- Metadon umožňuje klientům normálně sociálně fungovat, jelikož nemá euforický, trankvilizační ani analgetický efekt, klientům se jeho užíváním nemění nálada ani vědomí,
- pokud je správně stanovená dávka metadonu, tak blokuje jeho působení efekt jiných opioidů, pokud dojde k jejich užití,
- nedochází ke zvyšování tolerance, tudíž dávka při substituci nemusí být zvyšována, ale je stabilní,
- metadon je účinný i při orálním požití a účinkuje po dobu 24-36 hodin, takže může být aplikován pouze jednou denně, a to bez injekční aplikace,
- metadon také snižuje craving, který je uváděn jako jeden z hlavních důvodů relapsu,

- v dávkách, které jsou při substituci používány, je metadon medicínsky bezpečný a netoxický.

Výhodou také je, že metadon je bezpečný a účinný léčebný prostředek pro těhotné ženy, které jsou závislé na heroinu. Ale zároveň s tím spojená nevýhoda, že novorozenec po porodu musí projít odvykacím syndromem. (Verster, Bunning, 2003)

Hlavní nevýhody metadonové substituce jsou jeho nežádoucí vedlejší účinky. Mezi nejčastější patří zácpa, zvýšené pocení, poruchy spánku, poruchy sexuální touhy a snížená koncentrace. Ale kterýkoliv z těchto vedlejších účinků postihne méně než 20 % klientů metadonové substituce. (Verster, Bunning, 2003)

Z celosvětového hlediska je metadon nejčastěji užívanou látkou v dlouhodobých udržovacích substitučních programech. Na základě těchto zkušeností lze říci, že v dobře prováděných programech přináší jeho užívání prokazatelný efekt při snižování zdravotních a sociálních rizik, které jsou spojeny zejména s užíváním heroinu. Významně také zlepšuje zdravotní stav závislých osob a napomáhá jejich psychické i somatické rehabilitaci a resocializaci. (Popov in Kalina, 2003)

4.7 Buprenorfin

Buprenorfin je lék na předpis, který má slabší účinky opioidního agonisty než metadon, nevstřebává se dobře při perorálním podání a obvyklý způsob podání při léčbě závislosti na opioidech je proto sublingvální. (Kastelic, Pont a kol., 2010)

Buprenorfin vytváří účinky podobné opiátům, brání abstinčním symptomům, snižuje účinky jiných opiátů a bažení po droze. Má mírný profil abstinčních příznaků a má dlouhou dobu působení. Vedlejší účinky buprenorfinu jsou obdobné jako u jiných opioidů, ale méně sedativní a s menší respirační depresí. Tento lék se dostává ve formě sublingválních tablet, které jsou rozpustné ve vodě a ve slinách, a tudíž je lze aplikovat i injekčně. Subutex[®] je registrovaný lék, který vyrábí společnost Reckitt Benckiser Pharmaceuticals Inc.. (Verster, Bunning, 2007)

Vzhledem k tomu, že v roce 2012 skončila ochranná známka čistého buprenorfinu, jsou na trhu další preparáty Buprenorfin Alkaloid a Ravata.

U buprenorfinu se zvyšujícími dávkami opioidní účinek přestává zvyšovat. V důsledku toho je předávkování opioidy u buprenorfinu méně pravděpodobné než u metadonu nebo heroinu. A to dokonce, i když jsou obě látky užity současně. V odpovídající dávce je účinnost buprenorfinu podobná jako u metadonu, pokud jde o snižování míry nezákonného užívání opioidů a zlepšení psychosociálního fungování. Avšak může být spojován s nižší mírou udržení v léčbě. (Kasttelic, Pont a kol., 2010)

Buprenorfin byl vyvinut v 70. letech 20. století v Anglii. Už v roce 1978 bylo poprvé hlášeno injekční užití buprenorfinu a jeho zneužívání uživateli heroinu. Samotná tableta Subutex® byla vyvinuta v polovině 90. let 20. století, poprvé zaregistrována pro léčbu ve Francii v roce 1995 a poté v Anglii v roce 1999 a v Německu i Austrálii v roce 2000. (Verster, Bunning, 2007)

4.7.1 Charakteristika buprenorfinu

Buprenorfin je polosyntetický opiát, jehož základní strukturu tvoří morfin. Patří mezi opioidní analgetika, protože vykazuje analgetické účinky, stejně jako metadon či morfin. Když se buprenorfin totiž podává po čistých agonistech opiátových receptorů, jako jsou diamorfin (heroin), kodein, metadon a morfin, může být účinek agonistů oslaben nebo zrušen, může tudíž vytěsnit agosnisty z receptorů. V České Republice jsou distribuovány pod firemními názvy Subutex®, Buprenorfin Alkaloid, Ravata a Suboxene®. V zahraničí se dále také můžeme setkat s názvy Temgesic a Buprenex, které u nás nejsou registrovány. Subutex® obsahuje látku ve formě buprenorphini hydrochloridum a je distribuován ve formě sublingválních tablet a Temgesic je injekční roztok téže látky jako v preparátu Subutex®. Mechanismem účinku je vazba na opioidní receptory a antagonistický účinek na opiáty, jako například heroin, tudíž jsou účinným nástrojem léčby odvykacích syndromů po heroinu. Avšak jejich snadná dostupnost způsobila průnik na černý trh a tím také spustila i jejich ilegální zneužívání. Dalším velkým problémem je také častá kombinace s alkoholem a jinými léky, kdy může dojít i k zástavě dýchání a smrti v důsledku udušení. (Dostupné z: <http://www.toxicology.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=84>)

Také brání abstinenčnímu syndromu a snižuje pocity bažení a účinky jiných opioidů. Při předávkování je buprenorfin mnohem bezpečnějším lékem, než úplní

opioidový agonisté. Má mnohem delší dobu působení a je podáván výhradně ve formě sublingválních tablet, jelikož perorálně není aktivní. (Verster, Bunning, 2007)

4.7.2 Farmakodynamické vlastnosti a mechanismus účinku

Farmakologicky je buprenorfin částečný agonista, ale má i některé antagonistické vlastnosti. Jako částečný agonista blokuje abstinenční příznaky a bažení, aniž by vytvářel silné pocity euforie. Částečné agonisté mají strop účinku, což znamená, že se projeví zvýšení dávky jen do určité míry. (Verster, Bunning, 2007)

Buprenorfin se dobře vstřebává z dutiny ústní, ale při užívání nesmí být polknut, jelikož je v trávicím traktu metabolizován enzymy na neúčinné metabolity, a to ještě ve stěně střevní. Jeho účinek nastupuje během několika desítek minut a vrcholu dosahuje během 1 - 1,5 hodiny. Poté je buprenorfin distribuován do celého těla, kdy hematoencefalickou bariérou prochází do centrálního nervového systému a váže se na opioidní receptory. Buprenorfin se váže na receptory tak pevně, že vytlačí z vazby jiné látky, například heroin nebo metadon. (Dostupný z: [http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-\(buprenorfin\).html](http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-(buprenorfin).html))

Subutex[®] je sublingvální tableta, která se dodává nejčastěji v síle 2 mg a 8 mg. Subuxone[®] je také sublingvální tableta, která se dodává ve dvou formách dávkování: 2 mg buprenorfinu/0,5 mg naloxonu a 8 mg buprenorfinu/ 2 mg naloxonu. Naloxon patří k opiátovým antagonistům s krátkodobým účinkem a je podáván intravenózně v případě předávkování heroinem. Když naloxon podáme sublingválně, jeho účinek je skoro nulový. Naloxon se přidává k buprenorfinu proto, že u uživatelů opioidů vyvolává nepříjemné vedlejší účinky, pokud je aplikován nitrožilně. Očekává se proto, že se tím podaří odklonit od léčby a zneužívání. Jak efektivní bude léčba pomocí léku Subuxone[®] ukáže jen čas a praxe. Oba preparáty léčí opiátovou závislost tím, že brání symptomům abstinence od heroínu a dalších opioidů. (Verster, Bunning, 2007)

V současné době můžeme říct, že v České republice nitrožilní aplikaci nezabránil ani naloxon.

V Americe je Subuxone[®] na trhu ve formě sublingválních Filmů, které se rozpustí během několika vteřin, u nás zatím není registrován. Subuxone Film je malý oranžový

obdelník, který se umísťuje pod jazyk a rozpouští se ve slinách, pak je vstřebáván do krve cévami pod jazykem. (Dostupné z: http://www.suboxone.com/patients/about_suboxone/Default.aspx)

Uživatelé sublingválních tablet Suboxonu[®] uvádějí, že mají největší problém s tím, že trvá nějakou chvíli, než se tableta v ústech rozpustí, poté také problém s cestováním s nimi a jeho chuť. Suboxon Film má být lepší formou přípravku Suboxone[®]. Oproti sublingválním tabletám se snadněji rozpouští v ústech, měl by mít lepší chuť a být jednotlivě zabalený po jedné dávce, které se snadno přenáší. Přejít ze sublingválních tablet na Suboxone Film by neměl být problém, lékař bude sledovat pacientův stav, aby zjistil, zda je dávka sublingválního filmu vhodná. (Dostupné z: http://www.suboxone.com/patients/about_suboxone/Default.aspx)

Buprenorfin navázaný na receptory se z vazby uvolňuje jen pomalu, tudíž prodlužuje jeho účinek a dělá z něj lék, který může být s výhodou použit při detoxifikaci a substituci závislosti na opioidech. Buprenorfin je vylučován žlučí a metabolizován v játrech a ze střeva se mateřská látka i její metabolity vstřebávají zpět do těla, to vede ke zpomalení vylučování. Právě díky dlouhému vylučovacímu poločasů a postupnému uvolňování z vazby na receptory je možné dávkovat Subutex[®] denně a obden, kdy pacient dostane dvojnásobnou dávku nebo v režimu pondělí, středa a pátek. V posledním režimu dostane pacient v pondělí a středu dávku dvojnásobnou a v pátek trojnásobnou. V některých případech se ukazuje, že abstinční syndrom nastane většinou až 3. den po vysazení. (Dostupné z: [http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;\(buprenorfin\).html](http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;(buprenorfin).html))

4.7.3 Vědecké důkazy

Převážná většina vědeckých důkazů o prospěchu účinků substituční léčby závislosti na opioidech vychází ze studií o metadonu. Soubor důkazů o buprenorfinu je mnohem menší, jelikož historie buprenorfinu v České Republice není tak dlouhá jako u metadonu. Metadon se k léčbě závislosti na opioidech používá už od 60. let 20. století, ale buprenorfin byl zaregistrován a přijat až v roce 1995. (Verster, Bunning, 2007)

V současné době se ale soubor důkazů o buprenorfinu značně rozšířil, byly provedeny studie, přehledy a statistické metaanalýzy. V mnoha zemích byly také zveřejněny pokyny nebo metodické dokumenty o buprenorfinu. (Verster, Bunning, 2007)

Ve studii autora Matticka a kolektivu o přehledu relativní účinnosti buprenorfinové udržovací léčby ve srovnání s placebem nebo metadonovou udržovací léčbou závislosti na opioidech, došli k závěru, že buprenorfin byl statisticky významně účinnější než placebo při udržení pacienta v léčbě při nízkých dávkách a velmi vysokých dávkách. Ale pouze ve vysokých a velmi vysokých dávkách buprenorfin potlačoval užívání heroínu více než placebo. Buprenorfin podávaný ve flexibilních dávkách, se ukázal jako statisticky méně účinný, než metadon při udržení pacientů v léčbě. Buprenorfin ve vysokých dávkách nepředstavoval v porovnání s metadonem ve vysokých dávkách žádnou výhodu v retenci pacientů. Buprenorfin ve vysokých dávkách byl méně účinný při potlačování užívání heroínu. Autoři došli k závěru, že buprenorfin je účinnou intervencí při použití v udržovací léčbě opioidové závislosti, ale není účinnější než metadon v adekvátních dávkách. (Verster, Bunning, 2007)

4.7.4 Dávkování buprenorfinu

Buprenorfin je novým lékem s odlišnou charakteristikou, tudíž praktici musejí absolvovat školení, než ho začnou předepisovat. Jeho nasazení může být rychlé, obvykle během několika málo dní. (Verster, Bunning, 2007)

První zkušební dávka k vyloučení významných náhlých abstinenčních příznaků je 2-4 mg jestliže pacient není v abstinenci od opioidů a 8 mg pokud má střední až závažné příznaky abstinence od opioidů. Dále titrace až na nejméně 8 mg jako dávka prvního dne. Dávky se mohou zvyšovat až o 8 mg denně až do dosažení stabilizace. V některých centrech se první den léčby podávají uspokojující dávky až 24 mg a jsou snižovány druhý den na 16 mg a třetí den na 8 mg. V tom okamžiku je odvozena správná dávka, která je potřebná k prevenci abstinenčních příznaků a je vypočítaná individuální dávka. (Verster, Bunning, 2007)

Hlavní věc, která vyžaduje pozornost ve fázi nasazování léku, je riziko, že může u pacienta dojít k náhlým abstinenčním příznakům, k nimž může dojít, pokud pacient

v nedávné době užil heroin, metadon nebo nějaký jiný opioid. Dochází k němu většinou během jedné až tří hodin po první dávce buprenorfinu. (Verster, Bunning, 2007)

Další důležitou věcí je nejúčinnější dávka, ta je definována individuálně, v závislosti na charakteristice pacienta a volbě léčby. Uvádí se, že někteří pacienti dobře reagují na nízké dávky jako například 4 až 8 mg buprenorfinu, dávky v rozmezí 12 až 24 mg denně jsou spojeny s výrazně nižším užíváním heroinu, bažením, abstinenčními příznaky a větším blokačním účinkem. Dávky, které jsou vyšší než 32 mg se jako efektivní nejeví. Dávkování buprenorfinu musí být sublingválně, rozpouštění tablet trvá 3 až 8 minut, což znamená delší dobu podávání ve srovnání s jinými substitučními léky. Pokud jsou tablety spolknuty, ještě než se rozpustí, snižuje se jeho účinek. Někdy se také tablety před podáním drtí na prášek, aby se užití urychlilo a usnadnilo. (Verster, Bunning, 2007)

4.7.5 Výhody a nevýhody buprenorfinu

Výhodou užívání buprenorfinu je, že má velmi podobné účinky a vedlejší účinky jako opiáty, dále také brání nástupu abstinenčního syndromu, snižuje chuť na drogu a účinky jiných opiátů. Dále můžeme vidět jako výhodu, že je buprenorfin bezpečný při předávkování a má delší dobu účinnosti. Také, že se podává ve formě tablet. (Verster, Bunning, 2007)

Hlavní nevýhodou při podávání buprenorfinu je, že je doprovázeno celou řadou nežádoucích účinků. Může vzniknout vysoký návyk, ale také respirační deprese. A to především v kombinaci s užíváním benzodiazepinů nebo v souvislosti s nesprávným užíváním. Také může dojít i ke smrti a to vlivem respirační deprese. Pokud lék není užíván, tak jak byl předepsán, může dojít k poškození jater. Další komplikací může být i jeho analgetický účinek, ten potlačuje bolest jako symptom nemoci. Komplikace také mohou vznikat u těhotných žen, v prvním trimestru těhotenství pravděpodobně nevzniká riziko vzniku malformací po buprenorfinu., ale v posledních třech měsících těhotenství může způsobit vznik abstinenčního syndromu novorozence a také vznik respirační deprese u novorozenců. Buprenorfin také přechází do mateřského mléka, proto by se matka během kojení měla vyhnout podávání buprenorfinu. Dále by se měl pacient vyvarovat kombinaci buprenorfinu s alkoholem. Alkohol zvyšuje sedativní účinek buprenorfinu. Dále také kombinaci s benzodiazepiny, které mohou zesílit respirační depresi centrálního původu, to

může vést ke smrti pacienta. Také by se mělo zvážit užívání dalších léků, které mají tlumící účinek na centrální nervový systém. Takovými léky jsou antitusika a analgetika opioidního původu, antidepresiva, neuroleptika a mnoho dalších. (Dostupné z: <http://www.toxicology.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=84>)

4.7.6 Subuxon®

Subuxone® je látka, která obsahuje kombinaci naloxonu a buprenorfinu, vznikl ve snaze zabránit klientům v nitrožilní aplikaci léku. Předpokládá se, že přidáním naloxonu by mělo omezit injekční aplikaci Subuxone®. Do roku 2008 byl dostupný pouze ve Spojených státech amerických a Austrálii. (Verster, Bunning, 2007)

V České republice je dostupný od února 2008. Jak již bylo zmíněno, obsahuje účinné látky buprenorfin a naloxon v poměru 4:1. Subuxone® doplnil na českém trhu přípravek Subutex®, ten je v ČR registrován od 1. března 2000. (Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substitucni_lecba/substitucni_pripravek_suboxone_je_od_1_unora_2010_castecne_hrazen_zdravotnimi_pojistovnamy)

Dne 1. února 2010 Státní ústav pro kontrolu léčiv stanovil rozhodnutí, na jehož základě bude částečně hrazen přípravek Subuxone® 8mg. Částečná úhrada ze zdravotního pojištění jednoho balení, které obsahuje 7 sublingválních tablet, byla stanovena ve výši 629,72 Kč. Spoluúčast pacienta je tedy maximálně 231,04 Kč. Aby mohl být Subuxone® hrazen ze zdravotního pojištění, tak jej musí předepsat lékař nebo psychiatr, který má odbornost „návykové nemoci“ v rámci substituční léčby závislosti na opioidech. (Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substitucni_lecba/substitucni_pripravek_suboxone_je_od_1_unora_2010_castecne_hrazen_zdravotnimi_pojistovnamy)

4.8 Účinnost substituční léčby

„Substituční léčba je účinná pro jednotlivé pacienty i pro společnost s ohledem na celou veřejnost, veřejné zdraví a veřejné výdaje. Výsledky výzkumu ukazují, že substituční

lčba snižuje kriminalitu, infekční onemocnění, úmrtí spojená s drogami a zlepšuje fyzický, sociální a psychický stav pacientů.“ (Verster, Bunning, 2003)

Účinky substituční léčby pro pacienty

Převážná většina důkazů o účinnosti substituční léčby se zabývá metadonem, ale postupně začíná přibývat i důkazů o významu především buprenorfinu. Substituční terapie ukázala, že zlepšuje fyzický stav pacienta především tím, že mu pomáhá:

- přestat užívat drogy nebo zmírnit jejich užívání,
- zůstat naživu,
- nahradit nečisté nelegální drogy za farmaceutické léky o stabilní kvalitě,
- přejít z nebezpečného injekčního užívání na méně škodlivé způsoby, jako je perorální nebo sublingvální užívání,
- udržovat kontakt s odbornými službami. (Verster, Bunning, 2003)

Dále se také prokázalo, že substituční terapie zlepšuje pacientův sociální stav a to zejména prostřednictvím stabilizace užívání drog, jež vede ke stabilizaci jeho života. Také omezením trestné činnosti, kterou si opatrovali potřebné finanční prostředky na drogy a v neposlední řadě dostanou šanci rozhodovat si o svém životním stylu a cílech.

Účinnost léčby není závislá na dané substituční látce, ale také na souvislostech a doprovodných součástech léčby, k úspěchu mohou přispět zásadním způsobem také psychosociální intervence. Substituční léčba pacientům umožňuje, aby se věnovali také dalším důležitým aspektům jejich života, jako obstarat si zaměstnání a bydlení, nebo si budovat sociální vztahy. (Verster, Bunning, 2003)

Přínosy substituční léčby pro společnost

Je složité tyto přínosy vyčíslit a tam, kde by to bylo možné, je k dispozici málo údajů. Ale existují důkazy o tom, že substituční léčba, spíše ta metadonová, pomáhá:

- zlepšovat veřejné zdraví, snižovat počet akutních lékařských výkonů při předávkování drogami, snižovat úmrtnost a počet hospitalizací a také zastavit šíření HIV a hepatitidy a jiných krevně přenosných virů,

- snížit kriminalitu, která je spojená s dovozem, výrobou a dodávkou nelegálních drog, a také majetkovou kriminalitu, spojenou s financováním návyku,
- snížit výdaje na sociální péči pro uživatele drog i jejich rodinné příslušníky. (Verster, Bunning, 2003)

4.9 Psychosociální složka substituční léčby

Zatím byla věnována pozornost především složce zdravotní. Substituční léčba však bývá nejvíce efektivní, pokud vedle základní farmakologické složky, podávání substituční látky, je poskytována i složka nefarmakologická. I když si její důležitost klienti často neuvědomují. Tato psychosociální složka léčby může zásadně zlepšit udržení a zapojení klienta v léčbě, ale také ho motivovat ke změně svého dosavadního životního stylu. Patří sem například základní a odborné sociální poradenství, sociální práce, psychoterapie různých forem, terapie somatických onemocnění, arteterapie, ergoterapie, pracovní terapie, prevence relapsu, motivační rozhovory a další jiné. V rámci této diplomové práce se budu věnovat pouze těm složkám, které konkrétně poskytuje Substituční centrum Plzeň. Dále se budu podrobněji věnovat sociální práci, motivačním rozhovorům a prevenci relapsu.

4.9.1 Sociální práce

V rámci Substitučního centra Plzeň je klientům poskytována sociální práce především formou základního a odborného sociálního poradenství a služeb následné péče. Dále také, ale v menší míře formou asistence, krizové intervence nebo také poskytování referencí a záruk. Sociální práce se zaměřuje i na rodinné poradenství.

Základní sociální poradenství

Podle zákona č. 108/2006 Sb.: *„Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.“* (Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf)

Základní sociální poradenství se zajišťuje v rámci sociálních služeb v rozsahu následujících úkonů:

- poskytuje informace, které směřují k řešení nepříznivé životní situace prostřednictvím sociální služby,
- poskytuje informace o možnostech výběru druhu sociální služby a o jiných formách pomoci, jako například o dávkách pomoci v hmotné nouzi nebo dávkách sociální péče,
- poskytuje informace o základních právech a povinnostech osoby, především v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, a o využívání běžně dostupných zdrojů pro zabránění vzniku absolutní odkázanosti na sociální službě a sociálního vyloučení
- a v neposlední řadě také poskytuje informace o možnostech podpory členům rodiny v případě, že se spolupodílejí na péči o osobu. (Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v_505_2006.pdf)

Odborné sociální poradenství

Podle zákona č. 108/2006 Sb.: „*Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek.*“ (Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf)

Základní činnosti při poskytování odborného sociálního poradenství se zajišťují v rozsahu následujících úkonů:

- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- Sociálně terapeutické činnosti, kdy poskytuje poradenství v oblastech práva, psychologie, vzdělávání a sociálních systémech,
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v_505_2006.pdf)

Služby následné péče

„Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují.“ (Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf)

Podle vyhlášky č. 505/2006 Sb. základní činnosti při poskytování služeb následné péče se zajišťují v rozsahu následujících činností:

- sociálně terapeutická činnost, která vede k trvalé abstinenci, prevenci relapsu, rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností sociálního začleňování osob,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, jedná se o aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích, které se odehrávají ve společenském prostředí,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- poskytnutí stravy a ubytování, pokud se jedná o pobytovou léčbu. (Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v_505_2006.pdf)

4.9.2 Prevence relapsu

Při léčbě závislosti se denně setkáváme s problémem porušení abstinence. Již v průběhu základní léčby, ale hlavně v následné péči, hledáme intervence, jak zmírnit riziko relapsu. Závislost na návykových látkách můžeme vidět také jako stav relapsování. Teorie prevence relapsu vychází striktně z bio-psycho-sociálního chápání závislosti. (Kuda in Kalina a kol., 2003)

Dle Nešpora je prevence relapsu propracovaný systém, který vychází zejména z prací Marlatta a Gordonové, kteří jej uceleně popsali v roce 1985. Recidiva je zde chápána jako proces, kterému předchází řetězec logicky navazujících kroků, tento řetězec můžeme přerušit na více místech a předejít tak recidivě. Pacient nebo klient se učí rozpoznávat bezprostředně ohrožující rizikové situace i faktory, které působí dlouhodobě.

V případě recidivy by se měl vyhnout tzv. „efektu porušení abstinence“, ten je spojen s výčitkami a jinými negativními emocemi, které pak zhoršují sebeovládání. Efektivnější je recidivu za pomoci dalších lidí energicky zastavit a pak je třeba ji vyhodnotit a vyvodit z ní závěry do budoucna. Intervenční strategie, které se v tomto systému používají, lze rozdělit na nácvik dovedností, kognitivní restrukturaci a zlepšení životního stylu, dále se pak tento systém rozvíjí. V jeho rámci se využívá i nácvik sebeuvědomování či meditační techniky, které zlepšují sebeuvědomování. (Dostupné z: www.drnespor.eu/_RelPre12.doc)

Nejde tedy jen o to klienta naučit vyhýbat se rizikovým situacím, ale tyto situace anticipovat a efektivně je zvládat, to znamená vybavit klienta dovednostmi snižující riziko relapsu. Klient by se měl stát po ukončení terapeutického vztahu svým vlastním behaviorálním terapeutem, stát se kompetentním v udržení své abstinence. (Kuda in Kalina, 2003)

Jak učinit prevenci relapsu srozumitelnější, praktičtější a účinnější

Názornost

Jednou z možností je větší názornost, tento systém MUDr. Karel Nešpor vysvětluje na příkladu středověkého hradu, který chránilo více systémů opevnění. Kdy prvním obranným valem je obrana před podněty vyvolávajícími bažení. Do této obrany patří složka rozumová, emoční a v oblasti chování. Jako druhý obranný val je zvládnutí spouštěče, jak emočně, rozumově tak i vhodným chováním. Třetí obranný val je rychlé zastavení recidivy, aby nedošlo k „relapsu“ ale jen ke krátkodobému „lapsu“. (Dostupné z: www.drnespor.eu/_RelPre12.doc)

Negativní a pozitivní zdánlivě nevýznamná rozhodnutí

Zdánlivě nevýznamná rozhodnutí můžeme pojímat jak negativně, tak i pozitivně. Například místo na rizikovou oslavu jít na doléčovací skupinu nebo pěstovat nějakou bezpečnou zálibu. Při individuální i skupinové práci je možné nechávat zúčastněné zkoumat minulá negativní zdánlivě nevýznamná rozhodnutí a poté je nechat, ať vymyslí jiná k nim naopak prospěšná zdánlivě nevýznamná rozhodnutí. (Dostupné z: www.drnespor.eu/_RelPre12.doc)

Zdvojovat nebo znásobovat obranu, a tak zvýšit její efektivitu

Tyto dále uvedené možnosti je vhodné používat souběžně nebo následně. Například když se klient ocitne v krizi, je v té době důležité pracovat s motivací (uvědomit si negativní následky recidivy), odejít někam do bezpečného prostředí a zatelefonovat vhodné osobě, které důvěřuje. (Dostupné z: www.drnespor.eu/_RelPre12.doc)

Používat stejné postupy k vyhýbání se spouštěčům, zvládnutí rizikových stavů i zvládnání bažení

Při bažení se většinou člověku vybaví jen to, co má dobře naučené. Stejně postupy se mohou používat jak v prevenci, tak ke zvládnání rizikových emocí a bažení. Pokud tyto postupy používáme častěji, zafixují se a stávají se použitelné i ve stavu dočasně oslabené paměti a soustředění (např. při bažení).“ (Dostupné z: www.drnespor.eu/_RelPre12.doc)

Prevence relapsu v praxi

Wanigaratne a kolektiv rozděluje intervenční strategie programu prevence relapsu do několika širokých kategorií, jako jsou hodnotící postupy, postupy ke zvýšení vhledu/uvědomění, nácvik dovedností, kognitivní strategie a intervence k životnímu stylu. Dále uvádí, že jejich použití by mělo klienta vybavit dovednostmi identifikovat rizikové situace, anticipovat je, vyhnout se jim, nebo je zvládnout. Pokud by mělo dojít k lapsu, vybavit jej dovednostmi a strategiemi, jak se vyhnout tomu, aby se relaps plně nerozvinul a nakonec zvýšit pocit jeho vlastní účinnosti. (Kuda in Kalina, 2003)

Pro globální změnu životního stylu, ke které PR nakonec směřuje, je důležité například identifikovat v životním stylu zdroje stresu, identifikovat a změnit nezdravé vzorce zvyků, objevit pozitivní aktivity a začít se jim věnovat a rovněž se naučit efektivnější management času. Touto cestou může klient dospět k vyrovnanému životnímu stylu. (Kuda in Kalina, 2003)

Prevence relapsu byla vyvinuta hlavně jako program pro udržení navozených změn, jedná se tedy o fázi po ukončení základní léčby. Důležité je, že se předpokládá rozhodnutí závislého změnit své chování, ale musí být vždy konkretizováno jasným cílem. Je důležité zmínit, že cílem nemusí být vždy jen úplná abstinence. Autoři tohoto přístupu zdůrazňují dobrovolnost vstupu závislého do programu PR. (Kuda in Kalina, 2003)

4.9.3 Motivační rozhovory

Motivační rozhovor je speciální metoda, která je velmi účinná především u lidí, kteří ještě nejsou pro změnu plně rozhodnutí. Tato metoda pomáhá lidem poznat svůj existující problém a něco s ním dělat. Metoda motivačních rozhovorů je zaměřena na překonání ambivalence a také na to, aby pomohla člověku posunout se o pár kroků napřed v cestě ke změně. Jakmile se jednou pohnou z místa, netrpí konfliktem mezi různými motivačními faktory. Člověk má poté dostatek vlastních možností a schopností, aby udělal trvalou změnu. U něj je poté důležité posílit svou vlastní motivaci. (Miller, Rollnick, 2002)

Při motivačním rozhovoru terapeut nehraje roli autority, odpovědnost za změnu nechává na jedinci. Jedinec má plnou svobodu se rozhodnout, zda se bude řídit terapeutem navrženou radou nebo ne. Ale i přes to má terapeut velký vliv na tom, jestli se klient změní či ne. V motivačních rozhovorech se uplatňují především postupy přesvědčovací a podporující. Celkovým cílem je, aby vnitřní klientova motivace ke změně vyšla z něho samého a nebyla vyžadována zvenku. Pokud se postup správně uplatní, klient sám by měl navrhopvat argumenty pro změnu. Metoda motivačních rozhovorů používá několik různých technik, které jsou nejčastěji odvozovány od přístupu orientovaného na klienta. (Miller, Rollnick, 2002)

Principy motivačních rozhovorů

Motivační rozhovory stojí na hlavních pěti principech.

1. Vyjádření empatie

Empatie k motivačním rozhovorům nezbytně patří. Je velmi důležité pro terapeuta, aby se uměl vcítit do klienta a uměl mu naslouchat. Prostřednictvím reflektivního naslouchání se terapeut snaží klienta pochopit ze všech stran, aniž by jej soudil, kritizoval či dokonce obviňoval. Musíme si ale uvědomit, že přijetí a pochopení neznamená totéž co souhlas. Klíčovým momentem je respekt ke klientovi a také porozumět jeho chápání věci. Tím, že terapeut klienta bere takového jaký je a respektuje ho, posiluje u něj pocit sebedůvěry, který je velmi důležitou podmínkou každé změny. (Miller, Rollnick, 2002)

2. Rozvíjení rozporů

Druhý princip lze popsat jako proces, během něhož si klient postupně uvědomuje rozpor mezi tím, kde je v současné době, a tím, čeho by chtěl dosáhnout nebo kam by chtěl dojít. Spouštěcí moment nastává v okamžiku, kdy si klient uvědomí, jakou cenu platí za stávající způsob života. Pokud si uvědomí, že jeho způsob chování je v rozporu s osobními cíli, nastane pravděpodobně změna. Cílem motivačních rozhovorů je rozvinout rozpor, zvětšit ho, využít jej, dokud nezastaví vazbu k současnému způsobu chování. Základním z principů motivačních rozhovorů je, že důvody pro změnu předkládá klient. (Miller, Rollnick, 2002)

3. Vyhýbání se argumentaci

Tento princip spočívá v tom, že terapeut se vyhýbá argumentaci a přímým hádkám. Konfrontace patří do motivačních rozhovorů, má zvýšit uvědomění si problémů a potřeby s nimi něco začít dělat. Pravým puncem kvality motivačních rozhovorů je mírně přemlouvavý styl. Také je ale velmi důležité vyhnout se odporu ze strany klienta, pokud se odpor objeví, je nutné změnit přístup terapeuta. Argumentace se objevuje velmi často právě při léčbě závislostí. Může také dojít k tomu, že klientovi začne stanovovat diagnózu či ho etiketizovat, což vede pouze ke zvýšení odporu ze strany klienta. Proto je třeba začít pracovat s každým klientem tam, kde se právě nachází, a ne ho tlačit prostřednictvím nálepkování ke změně jeho postoje. (Miller, Rollnick, 2002)

4. Otočení (využití) odporu

V tomto principu je hlavně zachován hluboký respekt ke klientovi, to co se udělá s problémem je pouze na klientovi samém. Terapeut se snaží klientovi nabízet nové možnosti a informace, umožňuje klientovi vybírat si z různých rad. Předpokládá se, že klient je schopný hledat a nacházet řešení pro svůj problém. Otáčení odporu tudíž aktivně klienta vtahuje do procesu řešení potíží. (Miller, Rollnick, 2002)

5. Podpora vlastních schopností klienta

Tento pátý princip je založený na teorii důvěry ve své vlastní schopnosti. Víra a naděje patří mezi silné pilíře změny. Také důvěra terapeuta k úspěšnosti klienta má veliký význam v léčbě drogových závislostí. Důležité je také podporování sebedůvěry

u klienta. Důvěra ve své schopnosti vychází právě ze sebedůvěry. Jde o důvěru v to, že člověk dokáže zvládnout určitý úkol nebo obtížnou situaci. Jednou z možností jak podpořit klientovu důvěru ve své schopnosti je důraz na převzetí osobní odpovědnosti. Člověk se musí změnit sám, nikdo to za něj neudělá. Terapeut mu může poskytnout podporu a pomoc, ale změnit ho nemůže. (Miller, Rollnick, 2002)

5 SUBSTITUČNÍ CENTRUM PLZEŇ

5.1 Ulice – Agentura sociální práce, o.s.

Substituční centrum v Plzni provozuje Ulice – Agentura sociální práce, o.s. Tato organizace od roku 2001 provádí sociální práci a poskytuje služby Harm Reduction v oblasti pouliční, klubové a privátní prostituce, uzavřené drogové scény a romské komunity, to vše na území města Plzně a v Plzeňském regionu. (Dostupné z: <http://vyrocka10.ulice-plzen.com/index.html>)

Občanské sdružení Ulice má dva programy, je to terénní program a substituční centrum. Terénní sociální práci provádí u osob závislých na nelegálních návykových látkách a v oblasti pouliční, klubové a privátní prostituce. Tyto osoby podporují ve snižování rizik jejich způsobu života a tím i ochranu veřejného zdraví. (Dostupné z: <http://www.ulice-plzen.com/sluzby.html>)

5.2 Substituční centrum

Substituční centrum Plzeň bylo otevřeno v druhé polovině roku 2009. Je to jediné zařízení, které poskytuje substituční léčbu klientům s dlouhodobou závislostí na opioidech v Plzeňském kraji.

5.2.1 Historie substitučního centra

Jak již bylo výše zmíněno, centrum se podařilo otevřít v roce 2009 po dvou letech příprav. Projekt byl zadán organizaci, která do té doby provozovala pouze terénní sociální práci. Veškeré zařizování ohledně otevření substitučního centra museli zvládnout pracovníci za běžného chodu terénního programu a za poskytování stále kvalitních služeb. Substituční centrum se mělo otevřít podle prvotního plánu už v roce 2008, ale bohužel došlo k nečekanému problému s objektem, ve kterém byla substituce plánována. Proto bylo nutné najít jiné alternativní prostory, což se jim za pomoci Magistrátu města Plzně podařilo koncem roku 2008. S tím ale vznikl další problém, kdy organizace musela vrátit dotace na rekonstrukci prostor a žádat o nové. Celý proces financování byl velmi zdlouhavý, proto

bylo možné centrum otevřít až o rok později. Nakonec provoz a řízení centra financovali pouze za pomoci Statutárního města Plzně a Plzeňského kraje. Program substitučního centra byl realizován plně podle platného standardu substituční léčby a to jako „rozšířený“ typ, tedy typ léčby, kdy se substituční látka podává pod dozorem. Zatím se jednalo pouze o látky Suboxone® a Subutex®, podávání metadonu se plánovalo na rok 2010. Samotný výdej byl doprovázen, kromě adekvátní somatické léčby, také sociálním poradenstvím a psychoterapií. Důležitou součástí je také supervize. Jednalo se o formu substituční léčby, kterou poskytují obdobná zařízení v České republice i v Evropě. (Dostupné z: <http://vyrocka09.ulice-plzen.com/substituce.html>)

Na úplném začátku v roce 2009 měl program pouze 5 klientů, z nichž 1 opustil program po vysnižování dávky substituční látky. Celkový počet klientů byl omezen krátkou dobou působnosti a problémy s financováním. (Dostupné z: <http://vyrocka09.ulice-plzen.com/substituce.html>)

5.2.2 Poskytované služby v substitučním centru

Léčba zde probíhá ambulantně, kdy si klient pro dávku substituční látky dochází denně do substitučního centra a zde ji také zkonsumuje. Substituční látka zde není předepisována, omezí se tím riziko manipulace na černém trhu na minimum. Každý klient má svou stanovenou individuální dávku substituční látky, která odpovídá míře závislosti a jeho individuálnímu léčebnému plánu. Hlavním cílem léčby je udržet klienta ve stabilizovaném psychickém i fyzickém stavu, tak aby byl prospěšný jak sám sobě, tak i společnosti. (Dostupné z: <http://vyrocka10.ulice-plzen.com/substituce.html>)

Poskytované služby v substitučním centru v Plzni lze rozdělit na zdravotní a psychosociální.

- **Zdravotní služby**

Výdej substituční látky – jak již bylo výše zmíněno, vydává se zde jak buprenorfin, tak metadon. Výdej probíhá ambulantně ve všední dny dopoledne od 9 - 11 hodin a odpoledne od 15 - 17 hodin. O víkendech a svátcích se vydává pouze v dopoledních hodinách. Pokud je povinen si pro svou dávku substituční látky v těchto hodinách dojít, pokud výdej nedostane domů na několik dní dopředu.

Výdej probíhá tak, že před začátkem výdejní doby zdravotní sestry připraví, odměří dávku pro každého klienta zvláště do bralinek, každý metadonový klient ji má popsanou svým jménem a množstvím metadonu v miligramech i mililitrech. Na výdeji jsou přítomny vždy dvě zdravotní sestry. Jedna vydává substituční látku klientům a zapisuje výdej do počítačové databáze a kontroluje užití látky klientem, provádí také toxikologické testy a testy na alkohol. Druhá sestra se stará o dokumentaci a zápis do opiátové knihy.

Každý registrovaný klient přijde, sestra mu vydá jeho individuální dávku substituční látky, v případě metadonu jí vypije a zapíše šťávou, v případě buprenorfinu tabletu nechá rozpustit v ústech. V současné době je v centru převážná většina klientů na metadonové léčbě. Na konec klient podepíše potvrzení o vydání jeho individuální dávky substituční látky a odchází. Pokud klient přijde mimo výdejní dobu, není možné mu dávku substituční látky vydat. Zdravotní sestry po výdejní době všechny zdravotní materiál dezinfikují a substituční látky uskladňují do zamčeného skladu.

Testování klientů – v centru se provádí testy na alkohol, na přítomnost drog v moči a na vyžádání těhotenské testy. Na testy HIV a HCV jsou klienti v rámci vstupního vyšetření odkazováni do Fakultní nemocnice Plzeň. Toxikologické testy se provádějí v centru při každém vstupním vyšetření a poté dále namátkově, když klient přijde pro výdej své substituční látky. Pokud klient není schopen poskytnout vzorek moči v dopoledních hodinách, musí přijít odpoledne, pokud tak neučiní je jeho test brán jako pozitivní. Pokud klient má pozitivní test na přítomnost drog v moči nebo pozitivní test na alkohol dostane 0,5 bodu, při manipulaci s močí dostane 1 bod. Pokud má klient pozitivní výsledek testu po uplynutí zkušební doby dvou měsíců, může dojít i k vyloučení klienta z programu. Když je klient vyzván k odběru moči, musí vzorek moči poskytnout pod dohledem jedné ze zdravotních sester. Ta poté ihned provede daný test, který ukáže výsledek během jedné minuty a sdělí klientovy, zda je výsledek negativní či naopak. Tyto kontrolní toxikologické testy slouží k vyloučení současného užívání nelegálních drog. Je to jedna z podmínek substitučního centra Plzeň. Testy alkoholu se provádějí při každém prvním vyšetření alcotestem, poté se může provádět pokaždé, co si to zdravotní sestry vyžádají. Pokud klient odmítne alcotest, je výsledek brán jako pozitivní a může to být důvod k vyloučení z programu. Pokud je naměřena hodnota vyšší než 0,1 promile alkoholu, tak není vydána dávka substituční látky. Klient může přijít, až alkohol vyprchá. Kombinace substituční látky a alkoholu může být nebezpečná.

- **Psychosociální služby**

Skupinová terapie – skupinovou terapii v Substitučním centru Plzeň vede doktor MUDr. Stehlík, který je odborným garantem služby a sociální pracovnice. Skupinová terapie je zde rozdělena na dva stupně. První je pro klienty, kteří jsou v druhém a třetím terapeutickém stupni, zde je účast povinná. Druhý je pro klienty, kteří jsou v prvním terapeutickém stupni, jsou to klienti, kteří méně spolupracují. Zde není povinná docházka na skupinu.

Sociální práce – sociální práce probíhá se sociální pracovnicí substitučního centra. Sociální pracovnice je v centru přítomna skoro každý den, schůzku si je ale nutné dopředu domluvit osobně nebo telefonicky. Sociální práce probíhá individuálně. Součástí sociální práce je základní a odborné sociální poradenství, asistence, krizová intervence nebo také poskytování referencí a záruk. Sociální pracovnice může klientovi pomoci v oblasti hledání práce, ubytování, jednání s úřady, také může klienta doprovodit a pomoci mu přímo v jednání na úřadě. Sociální pracovnice si vede evidenci o klientech.

Kreativní dílny - Jedná se například o výtvarné dílny. Tato služba není v programu nabízená tak často. Tyto dílny bývají často spíše tematické na Vánoce, Velikonoce, častěji služba nebývá dostupná. Už z důvodu malého zájmu klientů o tento druh služby.

Individuální terapie, poradenství - Jedná se o poradenství, které vede buď doktor nebo adiktolog v Substitučním centru Plzeň. Poradenství se zaměřuje na řešení aktuálních problémů klienta a také na zvyšování kompetence dané situace řešit. O jednotlivých sezeních je vedena dokumentace.

Rodinné poradenství – Je vedeno stejnými pracovníky jako u individuálního poradenství. Je určeno pro rodinné příslušníky uživatele drog. Toto poradenství se zaměřuje na zvyšování kompetencí při řešení problému spojených s užíváním drog osoby blízké.

Krizová intervence – Se zaměřuje na přístup, který přispívá ke zvládnutí krize. Posuzuje se aktuální psychický stav klienta, v rozhovoru se směřuje na zjištění příčin krizového stavu a dále na zvládnutí potíží.

Intervence po telefonu – Jedná se o telefonický rozhovor za účelem většinou podpůrné terapie.

Kapacita programu Substitučního centra Plzeň je 40 klientů. Otázkou je, zda je to do budoucna dostačující, jelikož v roce 2011 bylo v Plzeňském kraji přibližně 400 uživatelů opioidů a v celém Plzeňském kraji je to jediné substituční centrum. To znamená, že pokud se zájem o substituční léčbu zvýší, není zde dostatek kapacity pro klienty.

Substituční centrum Plzeň je certifikovaný program Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Pravidla programu

Substituční centrum Plzeň je jediné ambulantní zařízení pro léčbu opiátových závislostí v Plzeňském kraji, klientům je nabízen metadon a buprenorfin.

Účast v programu začíná zkušební dobou, ta trvá jeden měsíce. Během té doby klient do centra dochází denně. Po uplynutí zkušební doby se tým pracovníků rozhodne, zda bude klient v léčbě pokračovat. Rozhodující je, jaká je klientova snaha o ukončení užívání návykových látek a jeho celková motivace. (Interní materiály Substitučního centra Plzeň)

Pokud je klient do programu přijat, musí respektovat následující pravidla. Jejich nedodržení je sankcionováno, k tomuto účelu slouží bodový systém od 0,5 do 5 bodů, platnost jednotlivých bodů je tři měsíce.

- Zákaz sdružování se v okolí centra, zákaz manipulace s alkoholem a návykovými látkami jako je nabízení, distribuce a užívání. Pokud je porušeno toto pravidlo, je sankcionováno 2 body.
- Zákaz držení zbraně nebo jiných nebezpečných předmětů. Sankce za porušení tohoto pravidla je 2 body.
- Zákaz slovní agrese jeho porušení je sankcionováno 1 bodem.
- Zákaz fyzické agrese vůči majetku centra a jeho okolí. Za porušení je uděleno 2 body.
- Zákaz fyzické agrese vůči osobám v centru i jeho okolí, pokud se tak stane, klient dostává ihned 5 bodů, tudíž stopku v programu. (Interní materiály Substitučního centra Plzeň)

Další pravidlo je, že klient je puštěn do prostor centra pouze na odbzučení zvonku sestrou, klienti se navzájem nesmějí pouštět dovnitř. Pokud je v čekárně více lidí, musí klient počkat. V čekárně mohou být pouze 3 klienti, je zde zákaz jíst, žvýkat, kouřit a pít své vlastní nápoje. Zdržují se zde klienti jen po dobu nezbytně nutnou.

Program substitučního centra je rozdělen do třech následujících terapeutických stupňů:

- Nízkoprahový s denním výdejem substituční látky – podmínkou je denní docházka do centra a povinná konzultace s lékařem jednou za měsíc a konzultace se sociální pracovnící také jednou za měsíc.
- Vyšší práh s výdejem na víkendy – do této úrovně se klient dostane v případě, že má bezproblémovou docházku, v programu je nejméně 3 měsíce a má tři negativní toxikologie za sebou. Výhodou druhé úrovně jsou výdeje substituční látky na víkend a možnost mimořádných výdejů. Podmínkou jsou pravidelné konzultace s lékařem, sociální pracovnící a účast na skupinové terapii.
- Nejvyšší práh – do této třetí úrovně se klient dostane v případě, že je v programu minimálně 6 měsíců, ale u metadonu minimálně rok. Má bezproblémovou docházku, legální zaměstnání a čtyři negativní toxikologie za sebou. Výhodou tohoto stupně jsou výdeje na několik dní dopředu, možnost mimořádných výdejů a výdejů na dovolenou. Podmínkou jsou pravidelné konzultace s lékařem, sociální pracovnící a účast na skupinové terapii. (Interní materiály Substitučního centra Plzeň)

6 ANALYTICKÁ ČÁST

V předešlých kapitolách jsem se věnovala problematice závislosti na opioidech a především substituční léčbě. V analytické části bych mimo jiné chtěla také popsat konkrétně Substituční centrum Plzeň, které je součástí občanského sdružení Ulice. Je to jediné substituční centrum v celém plzeňském kraji. Toto centrum poskytuje vedle zdravotnických služeb také služby psychosociální, které jsou velmi důležité pro to, aby byla substituční léčba efektivní. To si klienti často neuvědomují. Proto jsem se rozhodla v analytické části věnovat subjektivním názorům klientů na substituční léčbu. A to především na evaluaci služeb Substitučního centra Plzeň. Zda jim v jejich nabídce něco schází, či je pro ně zbytečné a jaké služby jsou naopak pro ně nejdůležitější. Také jak jim substituční léčba změnila život a zda je v něčem limituje

Analytickou část jsem rozdělila do těchto fází.

1) Fáze základní

1. Stanovení výzkumného problému
2. Formulace hypotéz
3. Vymezení základního vzorku
4. Příprava výzkumných metod

2) Fáze realizační

1. Zpracování sběru dat
2. Interpretace výsledků a ověřování hypotéz

6.1 Stanovení výzkumného problému

Jeřábek (1993) uvádí, že výzkumný problém je výrok formulovaný ve formě otázky. Problém by měl vyjadřovat vztah mezi dvěma a více proměnnými (znaky). Proměnná je symbolické vyjádření vlastnosti, které svými hodnotami vyjadřuje vztahy v realitě.

Za výzkumný problém jsem si v diplomové práci stanovila problém následujícího znění: „ ***Jak jsou klienti spokojeni s nabídkou služeb, které nabízí Substituční centrum Plzeň?***“

6.2 Formulace hypotéz

Na základě výzkumného problému jsem formulovala hypotézy.

Hypotéza č. 1

Myslím si, že nejdůležitější poskytovanou službou Substitučního centra Plzeň je pro klienty výdej substituční látky.

Zdůvodnění:

Vycházím z mé praxe v substitučním centru Plzeň, kde jsem mohla být přítomna jak u služeb zdravotních, tak psychosociálních. A všimla jsem si, že pro některé klienty je důležitá hlavně dávka substituční látky a doprovázející psychosociální služby jsou pro ně spíše ztrátou času. To se týká především klientů, kteří jsou v prvním terapeutickém stupni léčby, což znamená, že si zatím chodí pro dávku substituční dávky denně do centra a nedostávají výdej domů. Klienti i méně spolupracují oproti klientům z druhého nebo třetího terapeutického stupně.

Hypotéza č. 2

Domnívám se, že substituční léčba klienty limituje.

Zdůvodnění:

Vycházím z mé praxe v substitučním centru Plzeň, kde jsem se setkala s tím, že si klienti často stěžovali, že je substituce omezuje. A to především v čase, že musejí každý den dojíždět do centra. Například v souvislosti se zaměstnáním, kdy pro klienty může být problém docházet do centra denně, pokud chodí do zaměstnání. Substituční centrum Plzeň se v tomto případě snaží klientům vyjít co nejvíc vstříc.

6.3 Výzkumný vzorek

Pro zjištění výzkumného problému jsem jako výzkumný vzorek použila klienty Substitučního centra Plzeň. Rozhovory jsem prováděla sama s 21 klienty.

6.4 Výzkumné metody

Jako výzkumný nástroj jsem použila rozhovor.

6.4.1 Rozhovor

Rozhovor patří mezi metody dotazování. Při rozhovoru získáváme fakta, ale lze také pozorovat vnější reakce respondenta.

Podle Gavory (2000) je rozhovor založený na interpersonálním kontaktu, jeho úspěšnost závisí na navození raportu s výzkumníkem. Raport znamená navázání přátelského vztahu a vytvoření otevřené atmosféry. Obsahem rozhovoru jsou otázky a odpovědi. V rozhovoru můžeme používat otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené. Rozhovor může být **strukturovaný** (otázky a alternativy odpovědí má pevně dané, takový rozhovor je ústním dotazníkem), **polostrukturovaný** (je kompromisem mezi dvěma možnostmi, respondentovi se nabídnou alternativy odpovědí, ale potom se ještě žádá objasnění či vysvětlení od respondenta) a **nestrukturovaný** (umožňuje úplnou volnost odpovědí, většinou přináší nové, nepředpokládané informace).(Gavora, 2000)

Pro svůj výzkum jsem zvolila rozhovor strukturovaný, kde jsem vytvořila otázky otevřené.

Cílem rozhovoru bylo zjistit od klientů jejich subjektivní názor na substituční léčbu. Především na poskytované služby substitučního centra Plzeň. Zda jim v jejich nabídce něco schází, či je pro ně zbytečné a jaké služby jsou naopak pro ně nejdůležitější. Také jak jim substituční léčba změnila život a zda je v něčem limituje.

6.5 Zpracování sběru dat

6.5.1 Technická zpráva o šetření pomocí rozhovoru

Všechny rozhovory proběhly v prostorách substitučního centra Plzeň v období listopad 2012 – leden 2013.

6.5.2 Vyhodnocení rozhovorů

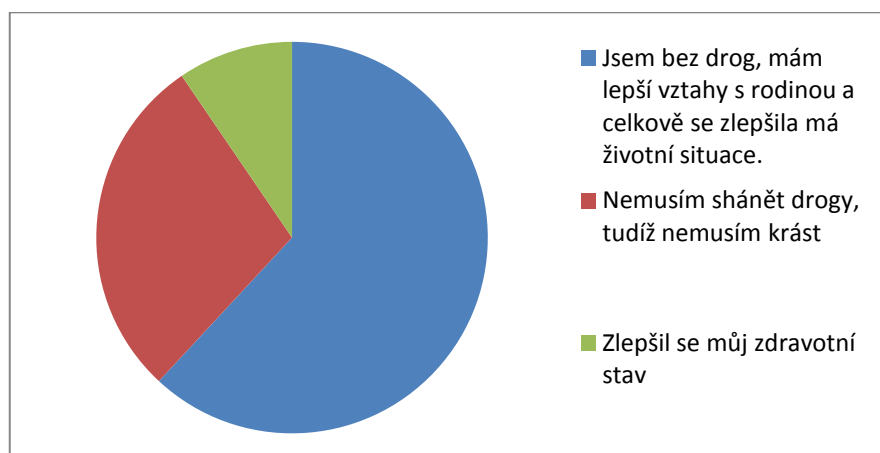
1. Co se ve vašem životě změnilo od doby, co jste v substituci?

13 respondentů – uvádí, že se změnilo hlavně to, že jsou bez drog. Díky tomu se zlepšily vztahy s jejich rodinou, našli si práci, mají kde bydlet a někteří začali zase vídat své děti. Celkově se zlepšila jejich životní situace a jsou spokojeni.

6 respondentů – uvedlo, že zlepšení vidí především v tom, že už si nemusejí shánět drogy. To znamená, že už nemusejí dělat hlouposti, chodit krást, aby měli dostatek peněz na svou dávku drogy.

2 respondent – uvádí, že se cítí líp a zlepšuje se jeho zdravotní stav jako celkově. Více pociťuje, že je člověk.

Graf č. 1. Co se ve vašem životě změnilo od doby, co jste v substituci



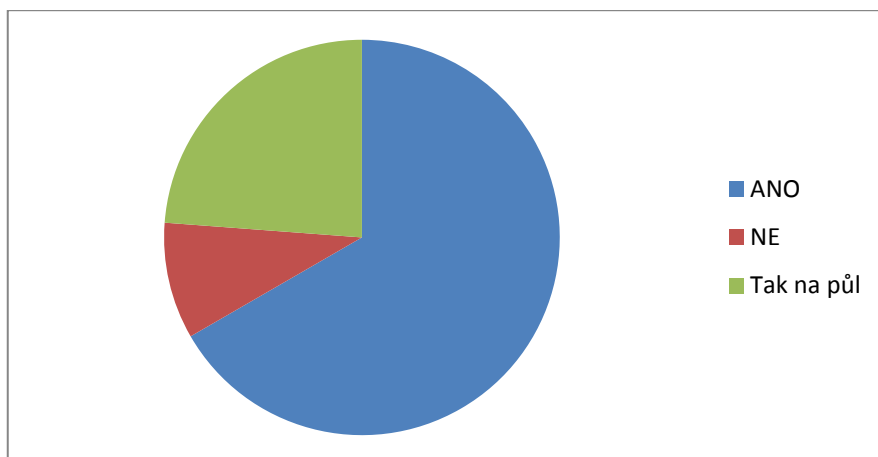
2. Cítíte se v substituční léčbě, jakože abstinujete?

14 respondentů – uvedlo, že ANO.

2 respondenti – uvedli, že NE.

5 respondentů – uvedlo, že tak na půl a to kvůli omezení, protože metadon je přeci jen návyková látka a když si ho nevezmou, tak jim není dobře.

Graf č. 2. *Cítíte se v substituční léčbě, jakože abstinujete?*

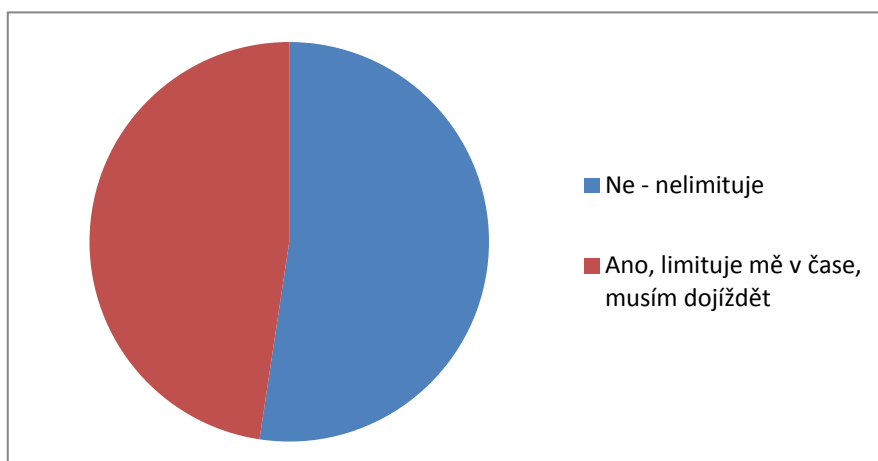


3. Limituje vás v něčem substituční léčba? Pokud ano, v čem?

11 respondentů – odpovědělo NE.

10 respondentů – odpovědělo ANO, protože je limituje v čase. Musejí dojíždět do substitučního centra, to je omezuje v práci, ve volném čase a dovolené.

Graf č. 3. *Limituje vás v něčem substituční léčba? Pokud ano, v čem?*



4. V čem si myslíte, že vám substituční léčba nejvíce pomohla ve vašem životě?

12 respondentů – uvedlo, že je dovedla ke spokojenosti ve svém životě. Že mohou žít normální život.

12 respondentů – uvedlo, že jim pomohla nejvíce k abstinenci od opiátů.

1 respondent – uvedl, že se mu život změnil, ale jen na půl.

Graf č. 4. V čem si myslíte, že vám substituční léčba nejvíce pomohla ve vašem životě?



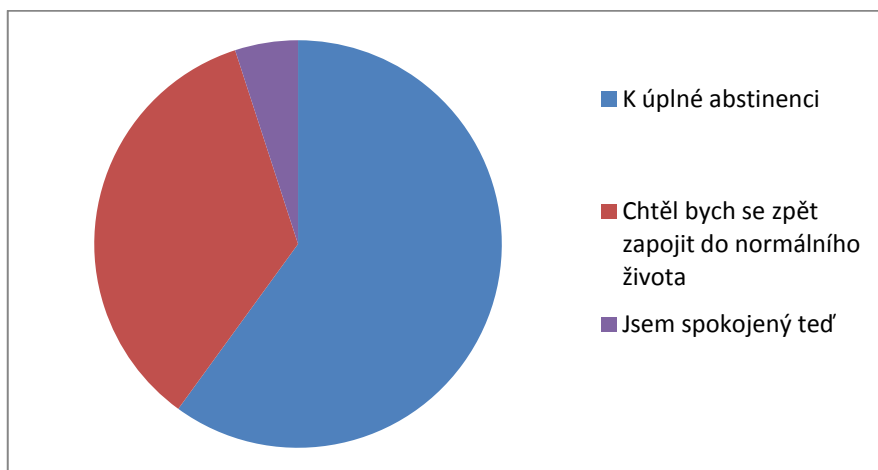
5. Kam byste se chtěli díky substituční léčbě posunout ve svém životě?

12 respondentů – uvedlo, že by se chtěli posunout hlavně k úplné abstinenci

7 respondentů – uvedlo, že by se chtěli zase zapojit do normálního života, mít práci, rodinu. Mít zdravý a spokojený život.

2 respondent – uvedl, že je spokojený teď.

Graf č. 5 Kam byste se chtěli díky substituční léčbě posunout ve svém životě?



6. Co je pro vás v nabídce služeb substitučního centra důležité?

10 respondentů – Uvedlo, že je důležitý hlavně výdej substituční látky.

4 respondenti – uvedlo, že je pro ně důležitý výdej substituční látky, ale také konzultace s lékařem nebo sociální pracovnící.

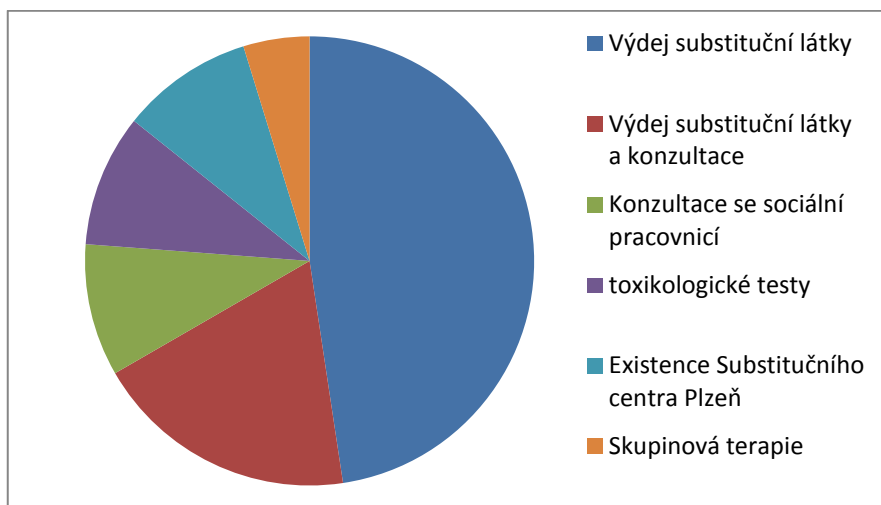
2 respondenti – uvedli, že jsou pro ně důležité konzultace se sociální pracovnící.

2 respondenti – uvedli, že jsou pro ně důležité toxikologické testy.

2 respondenti – uvedli, že je pro ně důležité vůbec existování substitučního centra Plzeň.

1 respondent – uvedl, že je pro něj důležitá skupinová terapie.

Graf č. 6 Co je pro vás v nabídce služeb substitučního centra důležité?



7. Co vám naopak přijde zbytečné v nabídce služeb substitučního centra?

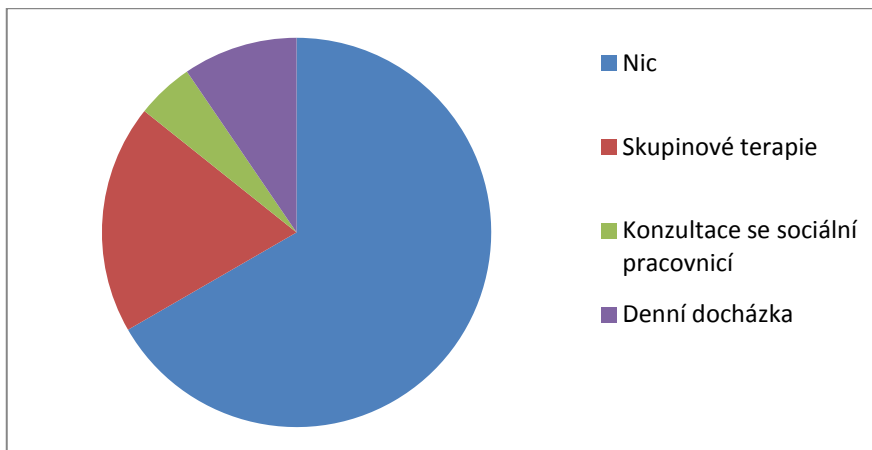
14 respondentů – uvedlo, že jim nic nepřípadá zbytečné.

4 respondenti – uvedli, že jim přijdou zbytečné skupinové terapie.

1 respondent – uvedl, že mu přijdou zbytečné konzultace se sociální pracovnící.

2 respondenti - uvedli, že jim přijde zbytečná denní docházka.

Graf č. 7. *Co vám naopak přijde zbytečné v nabídce služeb substitučního centra?*



8. Co je v substituční léčbě pro vás nejdůležitější?

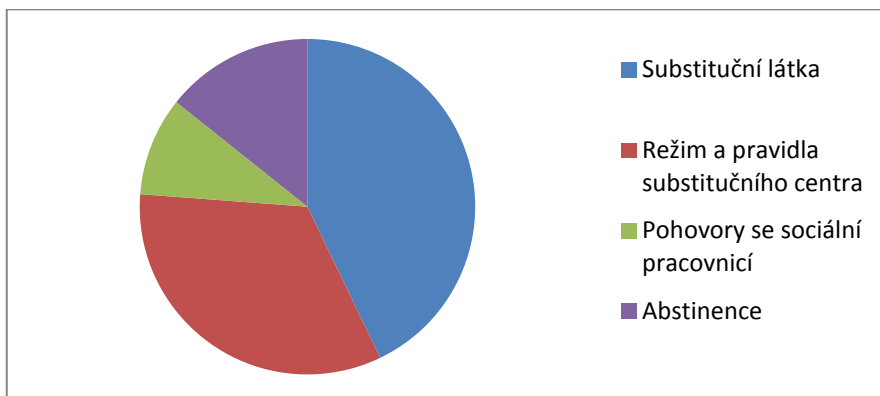
9 respondentů – Uvedlo, že substituční látka.

7 respondentů – uvedlo, že je pro ně nejdůležitější režim a pravidla substitučního centra a jejich dodržování a s tím související toxikologické testy.

2 respondenti - uvedli, že jsou nejdůležitější pohovory se sociální pracovnící.

3 respondenti – uvedli, že je nejdůležitější abstinence.

Graf č. 8. *Co je v substituční léčbě pro vás nejdůležitější?*



9. Co v nabídce služeb substitučního centra postrádáte?

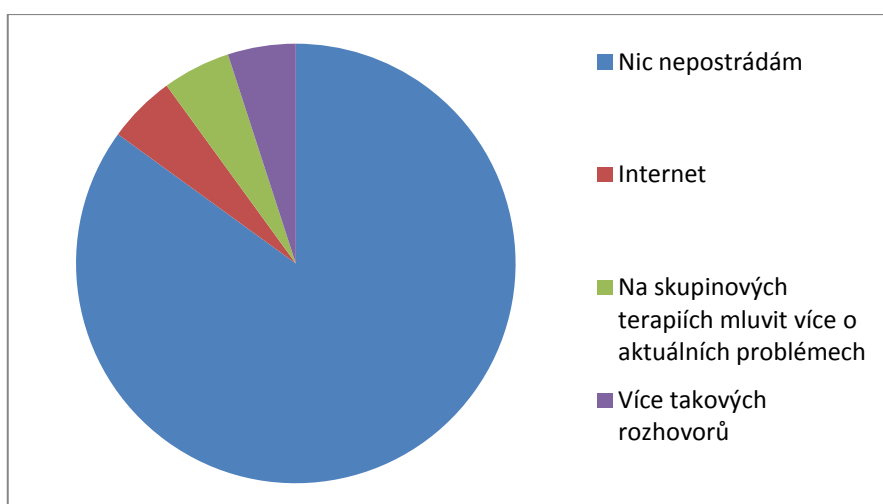
17 respondentů – uvedlo, že nic nepostrádají, že jsou spokojeni.

1 respondent – uvedl, že internet.

1 respondent – uvedl, že například na skupině, která se mu líbí, by si přál více povídat o problémech, které je právě trápí, o momentálních problémech, ne jen pořád dokola o stejných věcech.

1 respondent – uvedl, že automat na kávu a více takových rozhovorů.

Graf č. 9. Co v nabídce služeb substitučního centra postrádáte?



6.5.3 Interpretace výsledků

Na základě šetření za pomoci strukturovaných rozhovorů byly zjištěny subjektivní názory klientů na substituční léčbu. Především bylo zjištěno, jak jsou klienti spokojeni se službami, které jsou poskytovány Substitučním centrem Plzeň.

Klienti substitučního centra Plzeň uvedli, že z nabídky služeb je pro ně důležitý především výdej substituční látky, tudíž služby farmakologické. Služby psychosociální byly důležité už pro mnohem menší počet klientů, i přes to, že spolu tyto dvě složky velice souvisejí. V případě, kdy jsou poskytovány společně, je substituční léčba mnohem

efektivnější. Klienti uvedli, že z psychosociálních služeb je pro ně důležitá hlavně konzultace s doktorem a sociální pracovníci. Pro klienty je v substituční léčbě také důležitý samotný řád a pravidla centra, která musejí dodržovat. S tím souvisí také povinné toxikologické testy a také test alkoholu. Oproti tomu skupinová terapie přijde některým klientům spíše zbytečná. A to proto, že si myslí, že někteří klienti neříkají pravdu, ale jen si vymýšlí. To jim na skupinové terapii vadí nejvíce. Ale převážná část klientů se shodla na tom, že jim v nabídce služeb substitučního centra nic nechybí a jsou naopak rádi za existenci Substitučního centra Plzeň.

Na základě toho, že užívají substituční látku a docházejí do Substitučního centra Plzeň, se mnohým život hodně změnil k lepšímu. Více než polovina dotazovaných klientů uvedla, že se jim život změnil především v tom, že jsou bez drog. Díky tomu se zlepšily vztahy s jejich rodinou, našli si práci, mají kde bydlet a někteří z nich začali zase vídat své děti. Celkově se zlepšila jejich životní situace a jsou spokojeni. Ostatní klienti vidí změnu k lepšímu hlavně v tom, že si už nemusejí shánět drogy. To bylo spojeno především s tím, že potřebovali více finančních prostředků, které si zajišťovali krádežemi. Uváděli to ve spojení s hrozícím vězením, že z něj už nemají tolik strach. Na tomto výsledku můžeme vidět také hlavně nějaký přínos ne jen klientům samotným, ale celé společnosti. Kdy se ukazuje, že substituční léčba může přispět i ke snížení majetkové kriminality.

Dále může být velkým přínosem ukazující se výsledek, že více než polovina dotazovaných uvedla, že díky substituční léčbě by se v životě chtěla posunout k úplné abstinenci, tudíž i od substituční látky. Zbývající část dotazovaných klientů uvedla, že by se chtěla vrátit do normálního života. Mít rodinu, děti, práci a začlenit se zpět do společnosti a být jí přijat. Tyto dva názory spolu souvisejí, tím, že chtějí docílit úplné abstinence, mají blíž k tomu mít normální život. I když být přijat společností s nálepkou bývalého uživatele drog není lehké.

Zajímavý výsledek je také to, že větší část klientů uvedla, že se pod vlivem substituční látky cítí, jako že abstinují, pouze pár klientů uvedlo, že podávání metadonu či buprenorfinu není abstinence, jelikož když ho vysadí, tak jim bude špatně. Někteří klienti, kteří uvedli, že se cítí, jako že abstinují, to uvedli proto, že substituční látka je společností víceméně přijímána oproti nelegálním drogám.

6.5.4. Verifikace hypotéz

Hypotéza č. 1

Myslím si, že nejdůležitější poskytovanou službou Substitučního centra Plzeň je pro klienty výdej substituční látky.

Na základě nasbíraných dat jsem dospěla k závěru, že se hypotéza č. 1 **potvrdila**. Tato hypotéza se potvrdila na základě rozhovorů s klienty Substitučního centra Plzeň. Z 21 klientů jich 14 uvedlo, že je pro ně nejdůležitější hlavně výdej substituční látky, z toho 4 klienti k tomu dále také uvedli důležitost individuální terapie s doktorem a sociální pracovníci.

Hypotéza č. 2

Domnívám se, že substituční léčba klienty limituje.

Na základě nasbíraných dat jsem dospěla k závěru, že hypotéza č. 2 se **nepotvrdila**. Je to velice zajímavý výsledek, jelikož i odborná literatura uvádí, že substituční látky, například metadon, klienty limituje v jejich životě. I pracovníci Substitučního centra Plzeň se shodli na tom, že substituční léčba klienty musí limitovat. Otázkou je, zda klienti, kteří odpověděli ne, správně pochopili smysl otázky. Ti, kteří uvedli, že je v něčem limituje, tak všichni z nich také uvedli, že je substituční léčba limituje právě v čase. Že denně musejí dojíždět do substitučního centra, to je omezuje v práci, ve volném čase a dovolené.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak jsou klienti Substitučního centra Plzeň spokojeni s nabídkou služeb, které toto centrum nabízí. Substituční centrum Plzeň nabízí klientům služby jak zdravotní, tak psychosociální. Propojení těchto služeb je velmi důležité, aby celková léčba byla efektivní, a to si mnoho klientů neuvědomuje. Otázkou může být, proč si to někteří klienti neuvědomují? Jestli je to tím, že Substituční centrum Plzeň poskytuje málo informací právě o důležitosti těchto služeb psychosociálních, nebo jsou tyto služby poskytovány nesprávným způsobem a klienti tím pádem nevidí tu prospěšnost v jejich využívání. Další možností, která se jeví jako více pravděpodobná, může být ta, že tito klienti, na rozdíl od těch, kteří tu prospěšnost dokážou vnímat, jsou lhostejní a pohodlní, je jim to jedno a nějaký hlubší význam v samotné substituční léčbě ani nehledají. Účast na těchto službách je pro ně ztráta času a raději budou svůj volný čas trávit jiným způsobem. Jsou pro ně prioritní především služby zdravotnické a to konkrétně samotný výdej substituční látky. V systému léčby je také důležitý řád a pravidla centra, které musejí klienti dodržovat. S tím úzce souvisí také toxikologické testy, které jsou pro některé z nich velmi důležité. A to především u klientů, kteří opravdu chtějí svůj život změnit. Tito klienti pravidla a řád programu dodržují a jejich cílem je úplná abstinence, tudíž i abstinence od substituční látky. I když většina klientů má pod vlivem metadonu či buprenorfinu pocit, že abstinují. Ale tento pocit vychází také z toho, že oni se tak cítí, jelikož to tak může vnímat ostatní společnost. Oni se tak mohou cítit před okolním světem, který uznává člověka, který je pod vlivem substituční látky, ale naopak odsuzuje člověka, který je pod vlivem drogy.

Názory na substituční léčbu jsou různé, ale je důležité vědět, že je přínosem i pro ty, kterých se drogová problematika přímo netýká. Jelikož snižuje sociální i zdravotní důsledky pro jednotlivce i společnost. Investice do substituční léčby z veřejných prostředků není zbytečná. Tím, že je dostupná substituční léčba klientům závislým na opioidech, se snižuje kriminalita. Klienti uvádějí, že od té doby, co jsou v léčbě, nepotřebují nelegálním způsobem shánět finanční prostředky na drogy. Také můžeme vidět přínos v sektoru veřejného zdraví. Tím, že klienti nastupují do substituční léčby, se u nich snižuje procento nitrožilní aplikace drogy a s tím související riziko přenosu infekčních chorob, a to ne jen mezi samotnými uživateli, ale také u společnosti. Jelikož i u člověka,

který není uživatelem drog, může hrozit riziko, že se nakazí přes povalující se stříkačku. Tím, že se sníží celkově nitrožilní aplikace drog a podpoří služby Harm reduction, se také sníží takové riziko.

Výzkum, který je součástí diplomové práce, je přínosem především pro samotné Substituční centrum Plzeň. Je to pro ně taková evaluace služeb, které klientům v současné době poskytují. Na základě této evaluace mohou vidět názory samotných klientů na svou vlastní práci a zhodnotit ji. Mohou vidět přínosy, ale také nedostatky, na kterých mohou do budoucna pracovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 94. publ. Brno: Paido, 2000. 110 s. ISBN 80-85931-79-6

Interní materiály Substitučního centra Plzeň o. s. Ulice-Agentura sociální práce. *Obecné manuály*. Provozní manuál.

Interní materiály Substitučního centra Plzeň o. s. Ulice-Agentura sociální práce. *Operační manuál*. Provozní manuál.

JANÍK, Alojz. a DUŠEK, Karel. *Drogy a společnost*, 1vyd., Praha:Avicium, 1990. 342 s. ISBN 80-201-0087-3

JEŘÁBEK, Hynek. *Úvod do sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 162 s. ISBN 80-7066-662-5.

KALINA, Kamil. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2001. 118 s. ISBN 80-238-8014-4.

KASTELIC, Andrej, Jörg PONT a Heino STÖVER. *Substituční léčba opioidy ve věznicích*. České vydání. Praha: Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, 2010. ISBN 978-80-86620-23-7.

KOLEKTIV AUTORŮ OBČANSKÉHO SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy - otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-7367-223-5.

KUDA, Aleš. Relaps, prevence a zvládání relapsu. In Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti*, 2.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6

MILLER, William. a ROLLNICK, Stephen. *Motivační rozhovory*, 1 vyd. Tišov: Sdružení SCAN, 2003, 332 s. ISBN 80-86620-09-3

MINAŘÍK, Jakub. Opioidy a opiáty. In Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti*, 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 2012. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 151 s. ISBN 80-7178-831-7.

NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*, 1vyd., Praha: KLP – Koniasch Latin Press, 1997, 385s., ISBN 80-85917-36-X

POPOV, Petr. Metadonová a jiná substituce. In Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti*, 2.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6

PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*, 2vyd., Praha: Maxdorf, 1995, 88s., ISBN 80-85800-25-X

TYLER, Andrew. *Drogy v ulicích*. Praha: Ivo Železný, 2000, 436 s. ISBN 80-237-3606-X.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

VERSTER, Annette. BUNNING, Ernst. 2003. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. Praha: Úřad vlády České republiky. 2007. ISBN 80-86734-15-3.

VERSTER, Annette., BUNNING, Ernst. 2007. *Buprenorfin*. Rozbor kritických otázek. Praha: Úřad vlády České republiky. 2007. 978-80-87041-11-6.

Internetové prameny

Buprenorfin – lék nebo droga? [online]. [cit. 2013-02-15] Dostupné na WWW: <<http://www.toxicology.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=84>>

Drogový portál [online]. [cit. 2013-02-8] Dostupné na WWW: < <http://www.drogy-info.cz>>

Injekční aplikace drog je nebezpečná pro narkomana i jeho okolí [online]. [cit. 2013-02-15] Dostupné na WWW: <http://www.substitucni-lecba.cz/novinky/injekcni-aplikace-drog-je-nebezpecna-pro-narkomana-i-jeho-okoli-231>>

Jak jsou drogy užívány okolí [online]. [cit. 2012-12-15] Dostupné na WWW: <<http://www.substitucni-lecba.cz/jak-jsou-drogy-uzivany>>

NEŠPOR, Karel. A SCHEANSOVÁ, Andrea. *Prevence relapsu při léčbě návykových nemocí službách* [online]. [cit. 2012-10-15] Dostupné na WWW: www.drnespor.eu/_RelPre12.doc

Slovník cizích slov [online]. [cit. 2013-02-15] Dostupné na WWW: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

Subutex® (buprenorfin) [online]. [cit. 2012-12-15] Dostupné na WWW: <[http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-\(buprenorfin\).html](http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-(buprenorfin).html)>

Ulice-plzen.com. *Substituce*. [online]. [cit 2013-02-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.ulice-plzen.com/substituce.html>>

Ulice-plzen.com. *Výroční zpráva za rok 2009*. [online]. [cit 2012-12-12]. Dostupné na WWW: <<http://vyrocka09.ulice-plzen.com/rok09.html>>

Ulice-plzen.com. *Výroční zpráva za rok 2010*. [online]. [cit 2013-02-12]. Dostupné na WWW: <<http://vyrocka10.ulice-plzen.com/>>

VYHLÁŠKA 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách [online]. [cit. 2013-02-15] Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v_505_2006.pdf>

Standard substituční léčby. Věstník MZ ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, č. 3, s. 10-26, 2008. ISSN 1211-0868. [online]. [cit. 2013-02-15] Dostupné na WWW: <http://www.substitutni-lecba.cz/dokumenty/standard_sl.pdf>

ZÁKON 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách okolí[online]. [cit. 2012-12-15] Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf>

Zaostřeno na drogy: *Role substituce v oblasti léčby závislosti na drogách*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, první, č. 2. ISSN 1214-1089. Dostupné na WWW: <<http://www.drogyinfo.cz/index.php/content/download/948/4690/file/Zaostřeno%20na%20drogy%20200302.pdf>>

Cizojazyčný internetový zdroj

Treatment with SUBOXONE Film: Understanding the benefits [online]. [cit. 2013-02-18] Dostupné na : <http://www.suboxone.com/patients/about_suboxone/Default.aspx>

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 Co se ve vašem životě změnilo od doby, co jste v substituci
- Graf č. 2 Cítíte se v substituční léčbě, jakože abstinujete?
- Graf č. 3 Limituje vás v něčem substituční léčba? Pokud ano, v čem?
- Graf č. 4 V čem si myslíte, že vám substituční léčba nejvíce pomohla ve vašem životě?
- Graf č. 5 Kam byste se chtěli díky substituční léčbě posunout ve svém životě?
- Graf č. 6 Co je pro vás v nabídce služeb substitučního centra důležité?
- Graf č. 7 Co vám naopak přijde zbytečné v nabídce služeb substitučního centra?
- Graf č. 8 Co je v substituční léčbě pro vás nejdůležitější?
- Graf č. 9 Co v nabídce služeb substitučního centra postrádáte?

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Bc. Barbora Dvořáková

Obor: 7506T002 - Speciální pedagogika (Mgr. SPPGO)

Forma studia: prezenční studium

Název práce: Substituční terapie se zaměřením na drogové závislosti

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 81

Počet titulů české literatury a pramenů: 20

Počet internetových zdrojů: 15

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Ackrmannová