Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Jírovcova 24, 377 04 České Budějovice

Zdravotně sociální fakulta

Porozumění a postoj lékařů k substituční léčbě drogových závislostí

Diplomová práce

Autor: Bc. Marie Mottlová

Vedoucí práce: Mgr. Roman Pešek

Práce odevzdána dne

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Abstract

The diploma thesis deals with the problems arising from abuse of narcotic drugs (opiates), evolvement of drug addiction, and treatment options. Primary focus is on detailed analysis of treatment with substitutes and on the pharmacological preparations used, and physicians' options for taking part in this type of drug addition treatment.
During my work on the theoretical part of the thesis, an important source of information was a publication entitled Standard Substitution Treatment by the Czech Health Ministry as a methodological guideline in the Health Ministry's Newsletter, 4/2001, and subsequently updated in 3/2008, pursuant to which substitution treatment is administered to drug addicts.

The primary objective of my thesis was to find out the physicians' approach to substitution treatment of drug additions. Furthermore, I wanted to find out whether the physicians we approached provide such treatment and, if so, what type they prefer. Also, in the opposite scenario, I wanted to identify their reasons for not providing substitution treatment and whether they used to provide it in the past and why they no longer do, including the reasons for discontinuing such treatment.

The National Monitoring Center, in cooperation with the Association of General Practitioners, conducted the first Czech research project about practicing substitution treatment of opiate additions by Czech general practitioners. The results of the research were published in 2003. It was established that the Region of South Bohemia is one of the area where abuse of heroin is relatively common, yet the number of physicians prescribing substitution substances was quite small (0-6%), yet their attitude and experience were very positive, whereby the greatest plus was the accessibility and success rate of such treatment.

The research team was comprised of general practitioners and attested physicians specialized in psychiatry in the South-Bohemian region. In order to accomplish the set-out goals, the team used a research method of semi-structured interviews. During the project, I also took notes of the approached physicians were aware of the very concept of substitution treatment.

Created using
easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

The findings in this paper might be useful as a stimulus for further steps leading to removal of impediments to providing “safer” treatment with the aid of substitution drugs, already from the general practitioners’ level.

Created using
easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Prohlášení:

Prohlašuji, že svou diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum podpis studenta

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Romanu Peškovi za odborné vedení diplomové práce, za jeho rady a více než svrchovanou míru trpělivosti. Dále pak pracovníkům Kontaktního centra občanského centra Arkáda v Písku, zejména Tomáši Hajnému, který mi poskytl zpětnou vazbu formou realizace a připomínkování pilotního rozhovoru.

Created using
easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Obsah:

Úvod 8

1 Současný stav 9

1.1 Základní pojmy 10

1.1.1 Globální problém 10

1.1.2 Syndrom závislosti 10

1.1.3 Problémoví uživatelé 10

1.1.4 Přístup „harm reduction" 10

1.1.5 Substituční léčba 11

1.2 Opioidy 11

1.3 Opiáty 12

1.3.1 Účinky opiátů 13

1.3.2 Důsledky užívání opiátů 14

1.3.3 Hlavní zástupci opiátů 16

1.4 Syndrom závislosti 18

1.4.1 Projevy závislosti 18

1.4.2 Vznik a rozvoj závislosti 19

1.5 Léčba drogových závislostí 20

1.5.1 Farmakologická léčba (substituční léčba) 21

1.5.1.1 Preparáty nejčastěji užívané pro substituční léčbu drogových závislostí opioidového typu 23

1.5.1.2 Typy substituční léčby dělené podle cíle uživatele 25

1.5.1.3 Typy substituční léčby dělené podle spektra nabízených služeb 26

1.5.1.4 Zařazení uživatele do léčby 27

1.5.1.5 Zařízení poskytující substituční léčbu 27

2 Cíle práce 29

3 Metodika 30

3.1 Metodický postup 30

3.1.1 Sekundární analýza dat 30

3.1.2 Rozhovor 31

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

3.2 Charakteristika výzkumného souboru 31

4 Výsledky 37

4.1 Porozumění 37

4.2 Postoj 37

4.3 Povědomí lékařů o substituční léčbě 38

4.4 Zkušenosti lékařů v oboru a postoje k léčbě 58

4.5 Postoje lékařů k substituční léčbě drogových závislostí a další náměty 62

5 Diskuse 69

5.1 Poskytování substituční léčby 69

5.2 Důvody, kvůli kterým lékaři neposkytují substituční léčbu 70

5.3 Důvody, pro které lékaři ukončili poskytování substituční léčby 71

5.4 Povědomí lékařů o tom, co substituční léčba obnáší 72

5.5 Postoj lékařů k substituční léčbě drogových závislostí 77

6 Závěr a doporučení do praxe 81

7 Seznam citované literatury 85

8 Klíčová slova 89

9 Přílohy 90

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Úvod

Od r. 2007 jsem měla možnost pracovat v Poradně drogových závislostí Zdravotního ústavu v Českých Budějovicích, sídlem L. B. Schneidera na pozici sociální pracovnice. Po zrušení tohoto pracoviště se poradna za významné spolupráce bývalých a dlouhodobých klientů dne 5. 2. 2008 transformovala do Institutu pro rozvoj osobnosti, o.p.s., Čechova 727, 370 01 České Budějovice, kde doposud pracuji. Cílovou skupinou poradny jsou lidé experimentující, závislí na drogách, hracích automatech, či alkoholu, rodiče dětí, které experimentují, nebo zneužívají návykové látky a oběti jiných sociálně patologických jevů. Jedná se však o klienty motivované ke změně způsobu svého života. Není podstatné, jestli klient využívá ambulantní léčbu, nástup do residenčního zařízení či doléčovací program. Terapeut ve všech případech užívá psychodynamického přístupu k problému. A to tak, že daný závislostní problém není konfrontován přímo, nýbrž zprostředkovaně cestou odhalování a ozřejmování duševních konfliktů, jejichž obsah komplikuje aktuální životní problematiku daného jedince. Cílem této práce je zkvalitnění životní existence, ke které je život v abstinenci pouze prostředkem.

Z výše popsané činnosti poradny je zřejmé, že se jedná o práci zaměřenou na tezi bio-psychosociálního pojetí závislosti a zaměřuje se na překonávání cravingu za pomoci psychologa. To, že do zvládání bažení po droze, a to zejména opioidového typu, jsou zapojeni i jiní odborníci, než psychologové, kteří se pro práci se závislými rozhodli, vyvolává otázku, jak se k problému a zejména k člověku s takovýmto problémem staví a chová lékař.

Cílem práce je nejen zmapovat postoje a porozumění lékařů k možnostem terapie drogových závislostí, ale i míru jejich povědomí o tomto typu léčby, protože i chybné postoje mohou stát v cestě „bezpečné“ léčbě.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

1 Současný stav

Závislost na opiátech je fenoménem, kterému jsou nuceny čelit všechny země. Užívání se většinou pojí s finanční nákladností, s rizikovou (intravenózní) aplikací drogy a všemi z toho vyplývajícími riziky vzniku infekce a přenosu infekčních onemocnění. Proto závislost na opiátech působí nemalé problémy nejen jednotlivým pacientům a jejich rodinám, ale i celé společnosti. **(40)**

Substituční léčba je účinným nástrojem harm reduction v případě závislosti na opioidech. Počátky experimentů se substituční léčbou se datují do roku 1992, kdy MUDr. Jiří Presl dovezl ze zahraničí metadon. Následkem úspěšnosti experimentu bylo zařazení většího počtu pacientů do experimentu. Další, tentokráte již „pilotní program", byl realizován v roce 1997 pod vedením MUDr. Petra Popova. Pilotní studie měla úspěch a dala tak impulz pro sestavení pracovní skupiny v roce 1999, kdy impulz k tomuto kroku vzešel od Ministerstva zdravotnictví ČR. V krátké době byl připraven Standard substituční léčby, vzdělávací program pro odborné lékaře a střední zdravotnický personál a Registr substituční léčby. **(34)**

Jak bylo uvedeno - metodicky je substituční léčba v ČR definována ve Standardu substituční léčby, který poprvé vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR v r. 2001 jako Metodické opatření MZ ČR č. 4/2001 novelizované roku 2008. **(33)**

Od roku 2000 funguje v České republice Registr substituční léčby, od roku 2008 „Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek" (dále jen Registr), přičemž substituční terapii poskytovalo zpočátku 8 akreditovaných pracovišť, jejich počet vzrostl na 14 do roku 2007. Dle novely zákona č. 379/2005 Sb. je povinností všech lékařů, poskytujících substituční léčbu, hlásit své pacienty do registru a zabránit vícenásobné preskripci, což je primárním účelem registru. Dle aktuálních informací poskytnutých ÚZIS:" V roce 2008 absolvovalo substituční léčbu 1375 osob a do substitučního programu se přihlásilo k léčbě celkem 887 osob. Díky nové aplikaci a vyššímu počtu hlásících lékařů bylo nahlášeno dvakrát více osob, než v předchozím roce. Léčbu během roku 2008 ukončilo o 14% více osob než v roce 2007. **(1)**

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Samozřejmě, že substituční není kauzálním řešením. Avšak existuje početná skupina osob závislých na opioidech, která v daných podmínkách není terapeuticky ovlivnitelná ke striktní abstinenci. Zde je substituce nelegální látky - většinou se jedná o heroin - legální substituční látkou pro daného jedince, ale i pro celou společnost, minimalizuje zdravotní a sociální rizika spojená s užíváním nelegální drogy. **(14)**

1.1 Základní pojmy

1.1.1 Globální problém

Drogový problém je charakterizován jako „globální“ roku 1990 v Globálním akčním plánu VS OSN z r. 1991. Problém jako takový ovlivňuje prakticky všechny země světa, každá země má zde svou úlohu, takřka nikdo nezůstává stranou. Nelze jej řešit na jednom místě a jedním přístupem. Dále pak vyžaduje mezioborovou meziresortní, mezisektorovou a mezinárodní spolupráci. **(13)**

1.1.2 Syndrom závislosti

Tento účinek abúzu opioidů bude podrobně rozveden dále, ale dá se říci, že se jedná o soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky. Ten zahrnuje silné přání užít opakovaně drogu, porušené ovládání při jejím užívání přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priority v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy i somatický odvykací stav. **(8)**

1.1.3 Problémoví uživatelé

Uživatelé, kteří pro aplikaci drogy volí intravenózní cestu, dlouhodobí pravidelní uživatelé opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu.

1.1.4 Přístup „harm reduction“

Zaměřuje se na uživatele, kteří drogy berou a nehodlají přestat. Programy tohoto přístupu zahrnují výměnu jehel a stříkaček, desinfekce, screeningových testů, distribuci

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

kondomů, zdravotní a sociální pomoc a poradenství. Zprostředkovávají i náhradní či původní drogu pod lékařským dohledem a to vše s cílem stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatele a zabránit často smrtelným rizikům nebo kriminalizaci a snížení veřejných nákladů na léčení již rozvinutých stádií nemocí pojících se k rizikovému užívání drogy. Někteří odpůrci tohoto přístupu tvrdí, že: „harm reduction is harm production“. **(13)**

Na tomto přístupu se neodmyslitelně podílejí pracovníci terénních programů a zařízení jako kontaktní a nízkoprahová centra, či ordinace praktických a odborných lékařů.

1.1.5 Substituční léčba

Substituční léčba na opioidech lege artis je léčba, která splňuje postupy uvedené ve Standardu substituční léčby a k dosažení stanovených cílů používá substituční látku, která je uvedena v seznamu látek, které jsou k této léčbě výslovně předepsány. Manipulace se substitučními látkami je upravena zvláštními předpisy, a to zejména zákonem č. 167/1998 Sb., o návykových látkách aj. **(39)**

1.2 Opioidy

Opioidy ovlivňují organizmus prostřednictvím opioidních receptorů (μ, δ, κ a σ). Mechanismus účinku je dán vazbou látky na receptory, které se vyskytují v celém centrálním nervovém systému. Mluvíme-li o opiátech, jedná se pouze o podskupinu opioidů, která má strukturu blízkou morfinu.

Právě podle síly vazby (afinity) vazby k receptoru a podle síly efektivity a síly aktivace receptoru (vnitřní aktivity) lze rozdělit na opioidní agonisty, opioidní antagonisty, částečné agonisty-antagonisty, částečné antagonisty (dualisty). Co do rizika rozvoje syndromu závislosti jsou nejnebezpečnější agonisté se silnou vazbou k receptoru a velkou vnitřní aktivitou.

Jak již bylo řečeno, ovlivňují opioidy organizmus prostřednictvím opioidních receptorů. Mechanismus účinku je dán vazbou látky na receptory CNS (μ (mí-

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

receptory), δ (delta-receptory), κ (kapa-receptory) a σ (sigma-receptory)). Právě aktivace těchto receptorů způsobuje analgetické, euforické a sedativní účinky. **(15)**

Jelikož se tato práce zabývá primárně opiáty, které jsou podskupinou opioidů, jsou somatické účinky, které jsou v mnohém společné, podrobněji rozvedeny později. Lze však stručně uvést, že opioidy, a to především agonisté a částeční antogonisté, somaticky působí na centrální nervový systém, kardiovaskulární systém, ventilační systém, gastrointestinální i reprodukční systém tlumivě tak, že povětšinou zpomalují fyziologické pochody a od toho se dají odvodit všechny projevy. Dále je popsáno mnoho dalších somatických účinků na tělo člověka, kde nebyl zatím zjištěn původ tohoto projevu. **(28)**

Při dlouhodobém užívání opioidů způsobují tyto řadu duševních poruch a onemocnění. Pokud mluvíme o zneužívání opiátů, jedná se zejména o depresivní a úzkostné poruchy. **(30)**

1.3 Opiáty

Jak bylo již výše uvedeno, jedná se o podskupinu opioidů, tzv. opioidy antagonisté, se silnou vazbou na receptory a s vysokou vnitřní aktivitou. Účinnou látkou většiny přírodních a semisyntetických opiátů je morfin a jeho deriváty, které se v těle vesměs metabolizují zpět na morfin.

Jedná se o jednu z nejnebezpečnějších a masově zneužívaných skupin drog. Jejich nebezpečnost spočívá v tom, že z obecně dostupných látek mají nejvyšší „závislostní potenciál“. To znamená, že si tělo velice rychle tuto látku začlení do svého metabolizmu a jeho tolerance na danou látku se zvyšuje a vyžaduje vyšší dávky a to prostřednictvím odvykacího stavu. Pokud však člověk přestane drogu užívat, tělo se detoxifikuje a je nastaveno opět na nižší dávky. Proto je tělo uživatelů nadměrně zatíženo dávkou, na kterou byli dříve zvyklí. **(29)**

V souvislosti s užíváním návykových látek tohoto typu se vyskytuje i další fenomén, kterým je zneužívání více drog najednou (polymorfní užívání drog), jako je alkohol nebo benzodiazepiny. (léčba problému spojených se zneužíváním drog)?

Heroin je druhou nejdražší drogou na českém trhu (800 – 2500 Kč), hned po

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

kokainu (1000 – 3500 Kč). Je uváděno, že denní dávka u průměrného uživatele heroinu činí cca 500 mg, tj. 500 Kč. Důsledkem rychlého rozvoje závislosti a zvyšování tolerance na drogu je zvýšení kriminality (dealing, krádeže, podvody aj.), či rozvoj rizikového chování (prostituce, ředění dávky, užívání použitých jehel, apod.). **(38)**

Heroin se dostává do České republiky nejčastěji z Turecka v čistotě až 90%. Putuje přes Bulharsko, Rumunsko, Maďarsko, Slovensko. V průběhu cesty a na samotném českém trhu se ředěním snižuje jeho kvalita. Ve výsledku se na českém pouličním trhu objevuje heroin o čistotě v rozmezí 5 – 10%. Byly však zaznamenány případy, kdy se objeví „bílý" heroin o čistotě 70% - 80%, zde pak hrozí nebezpečí předávkování. **(38)**

Další rizika hrozí uživatelům z příměsí, kterými je heroin ředěn. Nejčastěji se jedná o anestetika a směsí paracetamolu a kofeinu.

. Nejnebezpečnější, co se účinků a využití potenciálu drogy týká, je nesterilní intravenózní aplikace. Ta s sebou rovněž přináší riziko nákazy virem HVC, HIV/AIDS a dalších infekcí a zavlečení jiných toxických látek, které mnohdy bývají příměsí ředěných dávek. **(29)**

1.3.1 Účinky opiátů

Jednou z oblastí, na kterou opiáty působí, je **centrální nervový systém**. Jak už bylo výše popsáno, droga vyvolává pocity euforie, tlumí bolest a způsobuje ospalost, tudíž i neschopnost soustředit se, apatii, zhoršené vidění. Současně může působením na centra v prodloužené míše přivodit u senzitivních uživatelů nevolnost a zvracení, která však většinou při rostoucí toleranci k látce mizí. Účinek drog na centrum dýchání, zvláště v případě předávkování, může způsobit zástavu dechu a smrt.

Druhou oblastí, na které byly prokázány účinky opiátů, je autonomní nervový systém. Zde může uživateli způsobit sucho v ústech, očích a nose, konstipaci (zácpu), nauseu (nevolnost), miózu (stažení zornic) apod.

Užívání opiátů dále způsobuje zánětlivý efekt v krvi, plicích, střevech aj., protože lidské tělo je neustále připraveno reagovat vyplavením histaminu na vniknutí cizorodé látky, kterou opiáty jsou. Ten spouští proces otevření drobných kožních cévek.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Poté následuje zčervenání, svědění, pocení a stažení dýchacích cest. Na tuto reakci si nelze vyvinout toleranci, nejedná se totiž o alergickou reakci jako takovou.

Následuje celá řada dalších účinků, spojujících se s opiáty, avšak není zde jasný mechanismus jejich vzniku. Z nejcharakterističtějších popisovaných účinků, pro které není vysvětlení, je vymizení nebo prodloužení menstruačního cyklu. Běžná je též změna sexuální apetence a to směrem dolů. Časté jsou též halucinace a změněné vnímání, někteří uživatelé nevnímají tyto účinky jako příjemné, naopak pociťují úzkost (strach, jemuž chybí reálný předmět, kterého by se člověk bál) i po odeznění vlastních účinků drogy. **(28)**

1.3.2 Důsledky užívání opiátů

Syndrom závislosti

Při užívání opiátů, které si tělo příliš rychle zakomponuje do metabolizmu, se velice rychle zvyšuje tolerance na danou látku a je zde vysoké riziko rozvoje závislosti, jejíž léčba je dlouhodobá a abstinence od látky by měla být doživotní. **(8)**

Sociální problémy

V souvislosti s rozvojem závislosti a stále se zvyšující tolerancí na látku, dochází k abúzu vyšších dávek na delší dobu, než uživatel zamýšlel a s tím spojená touha a neúspěšné pokusy o ukončení užívání a s nimi spojené odvykací stavy. Uživatel, který zakusil odvykací stav, se mu snaží vyhnout, avšak potřebuje vyšší, případně častější dávky, aby dosáhl kýženého účinku, což znamená věnovat více času shánění potřebných finančních prostředků. S tím se pojí nelegální a trestná činnost, jako je prostituce, krádeže, dealing, podvody, zpronevěra apod. Pod vlivem účinku též není uživatel schopen plnit své školní, pracovní, rodinné, partnerské, sociální role a povinnosti. **(23)**

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Psychické poruchy

U uživatelů drog je prevalence úzkostných a depresivních poruch vyšší než v běžné populaci. Vznik a progrese těchto poruch, může být, a většinou i je zapříčiněná dlouhodobým užívání opiátů. Některé studie uvádí, že zhruba polovina uživatelů drog závislých na opiátech nebo kokainu, kteří se rozhodli podstoupit léčbu, měla alespoň jednu epizodu deprese v životě. **(6)**

Akutní somatické poruchy

Jak bylo již uvedeno - rozdíl mezi dávkou, která způsobí požadovaný účinek a mezi dávkou, která způsobí předávkování a zpomalení srdeční akce a dechové frekvence, cyanózu, plicní edém, hypoxické křeče, zástavu dechu a smrt, je velmi malá. Pokud nezpůsobí smrt, odvíjí se následky dle toho, jak moc byly postiženy orgány, které byly bez přísunu kyslíku. **(28)**

Chronické somatické poruchy

Zde je důležité, zda se jedná o poruchu, která je spojena s užíváním a po vysazení opiátů ustupuje a přichází zlepšení stavu. Jednalo by se například o zácpu, soubor histaminových příznaků, útlum kašlacího reflexu, miózu apod. Na druhou stranu se s užíváním opiátů pojí i změny ireverzibilní (nenapravitelné), způsobené například příměsí, která se k účinné látce přidává pro zvýšení gramáže drogy nebo způsobem aplikace užívané látky. Pokud se jedná o injekční podávání, je nejčastějším poškozením přenos infekčních nemocí (HIV/AIDS, HVC, HVB…) a poškození cévního systému, s nímž souvisejí defekty kůže a poruchy oběhového systému včetně embolií. Jedná-li se o užívání vdechováním, je poškozena sliznice nosu a nosní přepážka.

Ze zhoršeného nutričního stavu, špatného dodržování základní hygieny apod. logicky vyplývají rovněž významně zhoršené socioekonomické životní podmínky uživatele opiátů. **(8)**

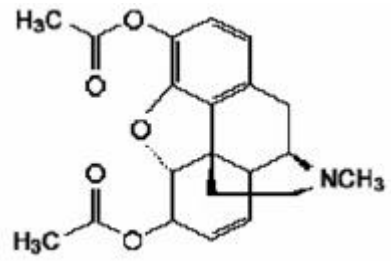
Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

1.3.3 Hlavní zástupci opiátů

Heroin

Poprvé byl syntetizován v roce 1874. V roce 1898 byl zahájen oficiální prodej pod jménem Herois jako účinný lék morfin s nulovým rizikem vzniku závislosti. V České republice se jeho výskyt od roku 1994 mnohonásobně zvedl. Je uváděno, že poměr mezi uživateli heroinu a pervitinu v tzv. skryté populaci v Praze je asi 1:1, v léčebných zařízeních převažují uživatelé heroinu.

Chemicky jde o diacetylmorfin, jde tedy o derivát morfinu. Je lépe rozpustný v tucích než morfin a má tedy snadnější cestu k patřičným receptorům, což má za následek silnější orgastický pocit na počátku intoxikace. Zdrojovou látkou pro výrobu heroinu bývá morfin nebo přímo opium. Na českém trhu se objevuje ve dvou variantách a to jako hnědý heroin (brown) nebo bílý heroin (white powder). **(9)**



Počáteční dávky se pohybují cca pod 100 mg denně, následně stoupají se zvyšováním tolerance na látku na 1 i více gramů denně. Dávky jsou rozloženy do několika aplikací. Rozdíl mezi množstvím drogy, které vyvolá požadovanou intoxikaci a mezi dávkou, která přivodí smrt, je velice malý a se vzrůstající tolerancí se ještě více stírá. **(28)**

Eliminace heroinu je proces odbourávání drogy z těla. Její poločas nastává za 3 - 20 minut, avšak jeho metabolity v těle zůstávají dál. Tělo se zbaví 80 % drogy cca do 24 hodin a jeho metabolity lze zjistit laboratorním testem až 3 dny po poslední dávce. Dojde-li k rozvoji závislosti, aplikuje si uživatel látku 2 – 4x denně, a pokud k užití do cca 10 hodin (maximum je 2. – 3. den) nedojde, dochází k rozvoji odvykacího stavu a

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

trvá cca 10 dní. Jeho intenzita závisí na podávané dávce. Pro průběh odvykacího stavu není důležitý způsob aplikace, ale pravidelnost užívání a dávka. Lehčí případy se projevují příznaky ze strany gastrointestinálního traktu, v těžších případech dochází k vzestupu tělesné teploty, úporné nespavosti, poruchám řeči, třesům, nechutenství a dehydrataci, vzácně pak ke kolapsu a smrti.

Užívání heroinu, jako užívání jiných drog s sebou přináší zdravotní a sociální rizika, jedná se o drogu s tzv. neakceptovatelným rizikem. Jeho toxicita je přibližně pětkrát vyšší, než u morfinu a dvacetinásobně vyšší než u opia. K rozvoji závislosti dochází pravidelně a poměrně rychle a to již po několika týdnech. A ta v tomto případě těžce poškozuje osobnost a vede k sociální degradaci včetně kriminality a prostituce, jako jediných možných způsobů získání adekvátních finančních prostředků na drogu. Další rizika plynou z nitrožilního užívání (HIV, VHC). Po odvyknutí klesá tolerance na látku rychle, což přináší riziko předávkování dávkou předtím běžně užívanou. **(28)**

Morfium

V 17. století bylo morfium izolováno jako Magisterium opii, které však ještě nebylo čisté. To se podařilo v r. 1806 F. W. A. Sertűner. V roce 1828 bylo morfium vyráběno průmyslově. **(19)**

Morfium je látka používaná primárně v lékařství pro své silně analgetické účinky a jako surovina pro výrobu dalších opioidů morfinového typu jako je například kodein, ethylmorfin, hydromorfon apod. Morfium kromě svého použití v medicíně je též používáno jako surovina k výrobě heroinu a proto podléhá zvláštním pravidlům manipulace při výrobě, distribuci a při využívání ve zdravotnických zařízeních. **(24)**

Opium

Jedná se o sušenou šťávu z naříznutých nezralých makovic máku setého (Papaver somniferum album). K získání 1 kg surového opia je třeba šťáva z přibližně 20 000 nezralých makovic. Typickým způsobem jeho zneužívání bylo užívání per os a kouřením. V této formě se užívá zejména v Asii. Největším producentem opia je v současnosti Barma. Na českém trhu se objevuje také jako příměs hašiše. **(28)**

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

1.4 Syndrom závislosti

Dle mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10 lze ZÁVISLOST definovat jako: „Seskupení behariorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvinou po opakovaném užívání psychoaktivní látky“. **(30)**

Závislost na opioidech je závislost jen obtížně zvládnutelná, a to z důvodu nutkavého užívání drog a bažení po droze, což vede k opakovanému užívání i přes mnohočetné pokusy o abstinenci a přes závažné negativní zdravotní důsledky. **(36)**

Bereme-li v úvahu 4 základní psychoterapeutické teoretické a praktické přístupy v léčbě drogových závislostí, zjistíme, že psychodynamický přístup zahrnuje v teorii závislosti nevědomí konflikt, deficity a deformace intrapsychických struktur a interních objektivních vztahů, kdy vychází z koncepce pudů a jejich zvládání nebo ze vztahů s ostatními lidmi. Na rozdíl od toho spirituální přístup závislost definuje jako způsob řešení intenzivních pocitů odcizení a ztráty smyslu života, jehož následkem upadají osoby do zmatku ve svých osobních cílech. Další přístup - rodinné terapie vidí závislost jako poruchu celého systému, kde symptomový člen pouze poukazuje na poruchu. V behaviorálním modelu závislosti je nazírána závislost jako naučené chování, podmíněné navíc chemicky. Dle zájmu psychoterapeutických směrů o tuto problematiku je nutno říci, že se jedná o problém velmi závažný. **(18)**

1.4.1 Projevy závislosti

Syndrom závislosti má šest základních znaků (silná touha získat látku, obtíže s kontrolou jejího užívání, užívání i přes nebezpečné konsekvence, dávání přednost užívání látky před jinými aktivitami a povinnostmi, zvýšená tolerance, somatický odvykací stav).

Tato kapitola však bude věnována pouze dvěma základním znakům a od nich se odvíjejícím poruchám, mezi něž patří porušené sebeovládání při užívání drogy a přetrvávající užívání drogy i přes škodlivé následky. Nevěnování pozornosti aktivitám a závazkům v důsledku změn priorit ve prospěch užívání drogy a zvyšování tolerance pro drogu. **(8)**

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Odvykací stav

Odvykací stav patří k typickým projevům syndromu závislosti a v této souvislosti se s ním v klinické praxi nejčastěji setkáváme. Tíže, rozvoj a samotná přítomnost odvykacího stavu záleží na dávce a síle drogy, kterou uživatel bere. Tento stav je projevem porušení nové rovnováhy v těle, které se přizpůsobilo adaptačními mechanismy přítomnosti drogy a bývá provázen nepříjemnými často i závažnými abstinenčními příznaky. Mezi abstinenčními příznaky lze často postihnout rysy, které se projevují prakticky opačnými efekty, než byly původní akutní účinky drogy, což vyplývá ze směru vytvořených adaptačních mechanismů, které vedly proti účinku drogy. **(20)**

Craving

Jedná se o silnou touhu nebo nutkavé puzení látku užívat. Craving je uveden jako jeden ze **6 znaků** závislosti, v případě opiátů je součástí odvykacích stavů. Rozlišování na tělesné a psychické bažení (craving) má své opodstatnění. Tělesné bažení totiž přetrvává pouze po tu dobu, než se tělo zbaví drogy samotné nebo jejích metabolitů a odezní tzv. abstinenční příznaky, avšak psychická touha přetrvává i po delší abstinenci. Craving se objektivně projevuje oslabením paměti, prodloužením reakčního času, aktivitě sítnice, zvýšení tepové frekvence apod. Subjektivní projevy jsou pak charakterizovány jako vzpomínky na pocity pod vlivem návykové látky nebo fantazie na toto téma. Tyto stavy mívají často nutkavý charakter. Dále je popisováno svírání hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třesy, silná touha po návykové látce, spojená s úzkostí, stísněností, únavou, slabostí apod. **(5)**

1.4.2 Vnik a rozvoj závislosti

Závislost na droze je nutno pojímat i studovat komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a integrují.

Při výzkumu drogových závislostí byly prokázány znaky genetických predispozic k závislostem různých typů. Co se týká dispozic osobnostních, bylo prokázáno, že k závislosti mají blíže lidé zvídaví, ti kteří mají rádi riziko, nebo se věnují

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

umění a nezralí jedinci. Byla prokázána rozdílná dispozice k různým typům závislostí u mužů a žen („gender faktor“). Nelze pominout podíl výchovy jedince v primární sociální skupině, kterou je rodina. Pokud v rodině fyzicky, nebo prakticky chybí jeden z elementů (většinou to bývá role otce), může docházet ke zmatečnosti výchovy a zvýšené tendenci vychovávaného dítěte řešit problémy prostřednictvím drog. Jedinec vyrůstající v rozpadlé rodině nebo v rodině, která již prodrogově žije, pak hledá silné autority ve skupině vrstevníků, která je druhou nejdůležitější v procesu sociálního učení.

Nelze pominout spiritualitu každého člověka. Chápeme-li ji ve vztahu k tomu, co nás přesahuje a k čemu se člověk vztahuje jako k nejvyšší autoritě, řádu a ideji, pak jde o intimní oblast prožitku, která je za každodenním úsilím člověka a která dává smysl tomuto úsilí a životu vůbec. **(15)**

Zaměříme-li se zvláště na psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti, dostaneme se opět k účinkům dané zneužívané drogy. Člověku pomáhají řešit stávající stav odcizení, nemilovanosti, selhání, apatie, emocionální bolesti, samoty aj., nebo nabízejí něco, po čem člověk toužil, jako je odvaha, vzpoura, únik, uvolnění, poznání. Souhrnně lze mluvit o šesti základních nabídkách opiátů - o zbavení se nepříjemného stavu, akutního či permanentního, pocitů neschopnosti, méněcennosti nebo stavů, které doprovázejí fyzické nemoci či jiné duševní poruchy, vyvolávají slast, příjemný stav a zintenzivňují smyslové zážitky. **(16)**

1.5 Léčba drogových závislostí

Léčba drogových závislostí je složitá právě tím, že uživatel, který vyhledá pomoc odborníka, nepřichází pouze s problémem závislosti na droze. Bývají porušeny sociální vazby, má zdravotní, pracovní, trestně právní a jiné závažné problémy. Proto je zřejmé že oblast léčby a sociální rehabilitace představuje široké spektrum různých metod a přístupů. Podmínkou efektivnosti je nejen dobře postavený program, fungující, spolupracující a dobře financovaný tým, ale i zdravá a správná motivace klienta pro léčbu a z ní vyplývající změny. **(17)**

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Léčbu drogových závislostí jako takovou lze rozdělit podle cíle, kterého chce uživatel dosáhnout na léčbu primárně orientovanou na abstinenci a farmakologickou léčbu (dlouhodobější udržovací léčbu nebo léčbu dedukční pomocí substituční látky).

Mezi léčbu primárně orientovanou na abstinenci řadíme rezidenční léčbu, založenou na principu kognitivně-behaviorální terapie. Jedná se o jednu z nejdéle zavedených forem léčby drogové závislosti.

Terapeutické komunity v poslední době upravily své tradiční přístupy a metody. Rozšířily škálu doplňkových služeb a modifikovaly léčebné programy. **(6)**

Poslední významnou léčbou zaměřenou primárně na abstinenci, je ambulantní poradenská péče a doléčovací programy, jejichž úspěch závisí především na motivaci, docházce a otevřenosti uživatele i rodiny ke změně.

Jen malé procento závislých je schopno projít léčbou orientovanou primárně na abstinenci a ještě menší procento je dostatečně motivováno již na počátku procesu. Proto by měla být léčba drogových závislostí komplexní a zahrnovat nejen detoxikaci, psychoterapii, ergoterapii, a jiné terapie zaměřující se na prožívání, učení a chování uživatele, ale i farmakoterapii. Ta má zde sice omezený, ale významný prostor k uplatnění. Avšak není pouze jeden léčebný postup, který by vyhovoval všem uživatelům a není uživatel, který by byl senzitivní ke každému léčebnému postupu, právě proto je to především uživatel, který si volí kombinaci různých typů intervencí. **(12)**

1.5.1 Farmakologická léčba (substituční léčba)

„Substituční léčba je standardním léčebným postupem, který svou charakteristikou patří do postupů „Harm reduction“ (minimalizace zdravotních a sociálních rizik). Jedná se o časově neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle, tj. trvalé a důsledné abstinence na dobu, kdy bude pacient objektivně i subjektivně schopen abstinenčně orientovanou léčbu podstoupit. Do té doby chce terapie udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

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

Nástrojem této léčby je podávání substituční látky jiným než nitrožilním způsobem, a to v množství, které efektivně potlačuje pacientovy odvykací příznaky a umožňuje všestranně zlepšit kvalitu jeho života.“ **(8)**

Cílem této aktivity je pomoci uživatelům, aby zůstali zdraví až do doby, než budou díky vhodné léčbě a podpoře schopni začít žít bez nelegálních drog, omezit užívání nelegálních, nebo nepředepsaných drog, řešit problémy vzniklé nebo spojené se zneužíváním látky. V neposlední řadě je cílem léčby omezit riziko, související se zneužíváním drog (nebezpečí infekce HIV, hepatitid typu BC aj.), snížit potřebu páchat trestnou činnost proto, aby si uživatel obstaral prostředky potřebné na koupi nelegálních drog. Dalším cílem léčby je - pokud situace dovolí - zlepšit celkové fungování uživatele samotného, jeho sociální prožívání a rodinný život. **(37)**

Nezanedbatelný je i přínos substituční léčby pro společnost. I když je velmi obtížné vyčíslit výhodu investice do substituce před ostatními druhy pomoci a léčby, je možné říci, že léčba pomáhá zlepšovat veřejné zdraví, obzvláště pomáhá snižovat počet akutních lékařských výkonů při předávkování drogami, snižovat počet hospitalizací i úmrtnost a také zastavit nemocí, přenosných infikovanou krví. Pomáhá též snižovat výdaje na sociální péči o uživatele drog a jejich rodinné příslušníky. **(37)**Nezanedbatelná je efektivita nákladů na substituční léčbu v porovnání s rezidenční léčbou a léčbou škod způsobených rizikovým chováním uživatelů drog. Na druhou stranu je však i lehce zneužitelná ve smyslu průniku preparátů, využívaných při substituční léčbě, na černý trh. **(11)**

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

1.5.1.1 Preparáty nejčastěji užívané pro substituční léčbu drogových závislostí opioidového typu

Substituční léčba využívá pro léčbu závislosti opioidních agonistů s podobnými nebo stejnými účinky na mozek, které zmírňují abstinenční symptomy a zmírňují bažení po nelegální droze (metadon, diamorfin a morfin). Z těchto přípravků je v České republice používán při léčbě závislostí metadon. **(37)** Dále je v léčbě používáno opiátových antagonistů, které blokují účinky ostatních opiátů. Tyto látky bažení po droze snižují, ale neodbourávají. Naopak jejich užití má za následek okamžitý nástup symptomů opiátové abstinence, proto jsou pro léčbu nepopulární, avšak jsou využívány pro případy akutní intoxikace a detoxifikace organizmu. Nejběžnějším zástupcem antagonisty je Naltrexon® a naloxon.

Metadon

Jedná se o syntetického opioidového agonistu, který se v praxi podává převážně perorálně ve formě tekutiny. Metadon se v substituční léčbě používá pro zmírnění nutkavé touhy po užití drogy a pro potlačení pocitů euforie spojované s heroinem. Působí v CNS obdobně jako morfin. Metadon je návyková látka, protože je však jeho efekt v organizmu výrazně odlišný než u dalších opioidů, je používán v léčbě. **(21)**

Tato látka je pro léčbu používána již několik desetiletí a zahraniční zkušenosti s metadonovým programem ukazují, že dlouhodobé zdravotní a sociální stabilizace je možné dosáhnout i u klientů, u kterých selhala ostatní léčba. **(6)**

Subutex® (buprenorfin)

Jedná se o smíšeného agonistu/antagonistu opioidních receptorů. Nemá tedy takové opioidové účinky jako metadon, přitom také brání abstinenčním symptomům, snižuje bažení po droze a snižuje účinky jiných opiátů, přičemž nevyvolá silnou euforii. Při sublingválním podání ve formě tablet je rychle absorbován sliznicí. Je prokázáno, že jeho účinnost je srovnatelná s účinností metadonu. **(8)** Současně má oproti metadonu příznivější bezpečnostní profil se sníženým rizikem předávkování. Dále je vhodný pro

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

těhotné ženy, které jsou závislé na látkách opioidového typu, u kterých není možná šetrná detoxifikace a léčba orientovaná k abstinenci. Retrospektivní studie prenatálního dodržování léčby a neonatálních výsledků došla k závěru, že matky léčené buprenorfinem dodržují více prenatální návštěvy než ty, které dostávaly metadon, a pouze 11% novorozenců muselo být umístěno na jednotce intenzivní péče, proti 47% novorozenců matek léčených metadonem. **(4)**

Suboxone® (buprenorfin, naloxon)

Suboxone je v ČR dostupný od února 2008. Obsahuje účinné látky buprenorfin a naloxon v poměru 4:1. **(31)**

Přidáním naloxonu k buprenorfinu se očekává, že se podaří zamezit zneužívání substitučních přípravků a odklonu od léčby, protože naloxon vyvolá u uživatelů nepříjemné vedlejší účinky, pokud je podán nitrožilně. **(35)** Proto je i vhodný pro uživatele, kteří nedokážou upustit od nitrožilní aplikace drogy, nebo substituční látky a pro uživatele pracovně vytížené příliš na to, aby docházeli pravidelně do zdravotnického zařízení. **(10)**

Naltrexon® a naloxon

Je opioidní antagonista s krátkodobým účinkem, který blokuje vznik euforie a dalších účinků opiátových agonistů, proto je podáván většinou intravenozně při předávkování opioidy. Přípravek blokuje opioidní receptory, proto jeho užití nevyvolá stav opojení a proto má také nízký potenciál zneužití. Naltrexon® je drahý lék a případě omezených finančních zdrojů může být jeho nákladnost překážkou léčby. Pokud je podán sublingválně, má malý, nebo žádný účinek. **(6)**

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

1.5.1.2 Typy substituční léčby dělené podle cíle uživatele

Krátkodobá substituční léčba

Tento typ léčby je zařazován při hospitalizaci uživatele ve zdravotnickém zařízení k rychlému odbourání látky z těla. Léčba trvá jeden až dva týdny. Dávkování a plán léčby je uveden v příloze.

Pro tento typ léčby se využívá především opioidních antagonistů jako je naloxon nebo částečných antagonistů (Subuxone®). **(21)**

Střednědobá substituční léčba

Takzvaná prodloužená detoxifikace, někdy i redukční léčba orientovaná na rychlejší snižování dávek. Je zařazena především během rezidenční léčby, někdy i léčby ambulantní. Trvá týdny až měsíce a je vhodná pro uživatele závislé na vysokých dávkách drogy, nebo na několika látkách současně. **(21)**

Tato léčba je realizována většinou pomocí metadonu a tzv. metadonového redukčního programu, který je používán zvláště ve Velké Británii. Dávkování a postupné snižování dávek je uvedeno v příloze a liší se také podle zařízení, které léčbu poskytuje. **(8)** Dle provedených výzkumů, kdy byla léčba realizována podle záměru, vykazovala jen malé výsledky. Zlepšení byla tím menší, čím intenzivněji a rychleji byla dávka metadonu snižována - tím častější bylo užívání heroinu. **(6)**

Dlouhodobá (udržovací) léčba

Jedná se o léčbu, která je poskytována většinou ambulantní formou. V této léčbě se využívá přípravků metadon, Subutex® a Subuxone®. Doba léčby není omezená, může trvat několik měsíců, ale i let. Výhodou této léčby je, že i uživatelé, kteří již několikrát selhali, nebo se i opakovaně léčili, jsou schopni zlepšit kvalitu svého života a směřovat k neproblémové existenci (najít si práci, vztah, řešit konstruktivně problémy…). Nejpoužívanějším preparátem je metadon. **(21)** V současné době existuje v Jihočeském kraji pouze jedno substituční centrum, které metadon poskytuje. I toto jediné centrum má existenční problémy.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Pro tuto léčbu je využíván spíše Subutex®, nebo Subuxone®, který má dle provedených studií minimálně stejné účinky jako metadon a přitom se jedná o bezpečnější látku z hlediska rizika předávkování, dostupnosti, přístupnosti. **(6)**

1.5.1.3 Typy substituční léčby dělené a spektra nabízených služeb

Jak bylo již výše uvedeno, při poskytování substituční léčby není možné spoléhat pouze na podávání náhrady nelegální drogy. Ministerstvo zdravotnictví chystá uvést v platnost akreditační systém a s ním i systém specializovaných zdravotnických zařízení, která budou poskytovat komplexní, základní nebo minimální substituční léčbu.

Komplexní typ substituční léčby se zaměřuje jednak na poskytování substituce, ale disponuje i psychosociálním servisem, psychoterapií a somatickou léčbou. Dále je servis rozšířen o další terapie a služby zaměřené na rodinu, práci, vztahy, vzdělávání…

Základní typ substituční léčby jako takové v sobě nese podávání substituce pod dozorem nebo předepisování látky, které je obohaceno právě o psychosociální servis, psychoterapii a léčbu somatických poruch. **(8)**

Minimální typ substituční léčby se zaměřuje pouze na prosté předepisování substituce bez terapie nebo poradenství. Využívá se především při akutních stavech pacientů, před plánovanými diagnostickými nebo terapeutickými výkony pacientů nebo před plánovanými cestami mimo trvalé bydliště, apod. **(8)**

Zpočátku byla Ministerstvem zdravotnictví pověřena substituční léčbou zdravotnická zařízení, která s MZ uzavřela smlouvu o realizaci substitučního programu. Od roku 2003 zahájilo poskytování substitučních programů 7 akreditovaných zdravotnických zařízení v Praze, Hradci Králové, Ústí nad Labem, Mělníku, Brně, Olomouci a Ostravě a řada neakreditovaných zdravotnických pracovišť. V současné době je pracovišť 13. **(3)**

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

1.5.1.4 Zařazení uživatele do léčby

Diagnózu a indikaci pro daný typ substitučního programu může stanovit pouze lékař s atestací v oboru psychiatrie nebo s nástavbovou alkohologicko-toxikologickou atestací. Dále pak musí mít lékař osvědčení o úspěšném absolvování výcviku v substituční terapii od organizace pověřené Ministerstvem zdravotnictví. **(8)**

Lékař je povinen ověřit, zda uživateli, který chce být zařazen do programu substituční léčby, není již poskytována substituce v jiném zdravotnickém zařízení. (standard) Pro tyto případy zřídilo Ministerstvo zdravotnictví „Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek“, který dále spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky. V současné době je registr přístupný pro zaregistrované lékaře na internetové síti. **(27)**

Dále musí lékař zvážit, zda je uživatel indikován, popřípadě kontraindikován pro substituční léčbu. Souhrnně lze říci, že pro léčbu je indikován uživatel, u něhož se projevuje těžká dlouhodobá závislost na vysokých dávkách látek opioidového typu, opakovaně a neúspěšně se pokoušel o léčbu orientovanou k abstinenci, měl pozitivní zkušenosti se substituční látkou. Zařazení uživatele do léčby podporuje i skutečnost nakažení virem HIV a realizace trestné činnosti v souvislosti s užíváním návykových látka a neschopnost uživatele léčit se k abstinenci. Dále může být do substituce zařazena těhotná žena, u které není možná šetrná detoxifikace a léčba k abstinenci. **(8)**

Další kontraindikací je možnost léčby orientované k abstinenci, nebo převažující závislost jiného typu než opioidového. Dále nemůže být do substituční léčby zařazen uživatel, u kterého není přítomna somatická závislost, která se projevuje po vysazení drogy, nebo je uživateli méně než 16 let. **(10)**

1.5.1.5 Zařízení poskytující substituční léčbu

Harm reduction je substituční léčba považována za neodmyslitelnou součást péče o uživatele drog a měla by uživatelům být poskytnuta dostupná a kvalitní medicínská léčba, která by vycházela z nejnovějších vědeckých poznatků. Cílem pracovníků by mohlo být úplné zastavení užívání drog, avšak tato léčba drogové

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

závislosti se nejprve zaměřuje na zlepšení tělesného, duševního a sociálního zdraví uživatelů a jejich rodin.

Pro kvalitu léčby je důležité jednotlivé etapy léčby plánovat, hodnotit a znát pohled pacienta, případně dále přehodnocovat vhodnost a plnění cílů. **(36)**

Dle Standardu substituční léčby mohly z počátku substituční léčbu poskytovat pověřená zdravotnická zařízení, která měla smlouvu s Ministerstvem zařízení k realizaci substitučního programu. **(8)** Od roku 2003 zahájilo poskytování substitučních programů 7 akreditovaných zdravotnických zařízení v Praze, Hradci Králové, Ústí nad Labem, Mělníku, Brně, Olomouci a Ostravě a řada neakreditovaných zdravotnických pracovišť. **(3)**

V roce 2007 poskytuje substituční léčbu 13 specializovaných zařízení, jehož programy splnily akreditační podmínky Ministerstva vnitra. Dále se do registru hlásila i neakreditovaná pracoviště a vězeňská zařízení a to tak, že v roce 2009 hlásilo léčené uživatele celkem 34 zdravotnických zařízení, 11 neakreditovaných pracovišť, 2 pracoviště praktických lékařů pro dospělé, 5 pracovišť psychiatrů, 8 věznic a Vojenská nemocnice. **(2)**

Na území Jihočeského kraje hlásí léčené pacienty 15 zdravotnických zařízení. Z toho 9 praktických lékařů 1 psychiatrická ambulance a 4 specializovaná zařízení na léčbu závislostí a 1 gynekologicko-porodnické zařízení.

V roce 2009 došlo k poklesu klientů spolu omezením činnosti Jihočeského substitučního centra. **(2)** Kontakty na zdravotnická zařízení Jihočeského kraje, které hlásí léčené pacienty, budou uvedeny v příloze této diplomové práce.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

2 Cíle práce

Hlavním cílem práce je:
C1: Zjistit postoj lékařů k substituční léčbě drogových závislostí

Ke splnění hlavního cíle byly stanoveny dílčí cíle:
Cíl 2: Zjistit, zda oslovení lékaři substituční léčbu poskytují.
Cíl 3: Zjistit důvody, kvůli kterým lékaři neposkytují substituční léčbu.
Cíl 4: Jestliže lékaři byli poskytovateli substituční léčby a nyní již nejsou, zjistit důvody, proč ukončili této léčby.

Po provedení pilotního rozhovoru byl stanoven ještě jeden dílčí cíl a to:
C5: Zmapovat, zda oslovení lékaři mají povědomí o tom, co substituční léčba obnáší.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

3 Metodika

3.1 Metodický postup

Pro teoretické zmapování současného stavu problematiky byla použita metoda analýzy dat, technika sekundární analýzy dat. Byly zkoumány především monograficky publikované zdroje a dokumenty dostupné z on-line zdrojů a materiálů poskytnutých Kontaktním centrem Arkáda v Písku .

Pro splnění cílů, stanovených pro splnění praktické části této diplomové práce, bylo použito kvalitativního výzkumu, metody sběru dat dotazováním za využití techniky rozhovoru, přesněji pak polořízeného (polostrukturovaného) rozhovoru.

Výzkumným souborem byli praktičtí lékaři a psychiatři a Jihočeského kraje. Pro výzkum byly osoby vybírané postupně tzv. technikou „snowball sampling“ („sněhové koule“), kdy prvotním informátorem bylo Jihočeské substituční centrum v Českých Budějovicích.

3.1.1 Sekundární analýza dat

Pro získání potřebných informací k vypracování kapitoly 1 byla použita technika analýzy dat, metoda sekundární analýzy dat. Převážná část informací byla získána analýzou monograficky publikovaných zdrojů a on-line zdrojů. Důležité pro vznik teoretické části byly i konzultace s vedoucím diplomové práce. Dalším důležitým zdrojem informací byl Standard substituční léčby vydaný jako Metodické opatření ministerstva zdravotnictví České republiky 4/2001 aktualizovaný roku 2008 ve věstníku Ministerstva zdravotnictví jako částka 3/2008.

Kromě zmíněných zdrojů byly cenné praktické informace získány od pracovníků Kontaktního centra občanského sdružení Arkáda v Písku.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

3.1.2 Rozhovor

Sběr primárních dat byl realizován metodou dotazování. Jako technika byl zvolen polořízený (polostrukturovaný) rozhovor.

Rozhovor jako ucelená soustava ústního jednání mezi tazatelem a respondentem, v němž výzkumník získává informace prostřednictvím otázek, směřujících ke zjištění skutečností, vztahujících se ke zkoumané společenské realitě, byl vybrán jako ideální.

Rozhovor byl realizován vždy při osobním setkání s odborníkem. Lékaři měli možnost si vybrat, zda bude rozhovor nahráván na diktafon, nebo budou jejich odpovědi zaznamenávány při rozhovoru do záznamového archu s předtištěnými otázkami, proto byl sestaven záznamový arch, který je přílohou č 1 této diplomové práce.

Před realizováním samotných rozhovorů byl proveden **pilotní rozhovor** s pracovníkem Kontaktního centra občanského sdružení Arkáda v Písku Tomášem Hajným, který má dlouholeté praktické zkušenosti s uživateli ze středních Čech. Během tohoto rozhovoru bylo zjištěno, že bude potřeba celý rozhovor rozdělit do jednotlivých částí, že bude třeba zjišťovat povědomí respondentů o dané problematice a že jsou některé otázky zcela chybně položeny.

Během pilotního rozhovoru bylo respondentům položeno celkem 24 otázek: 2 otázky uzavřené, 2 rozvedené do 12 škálových podotázek, 6 otázek polouzavřených a 12 otázek otevřených. Jedná se o rozhovor, proto se mohli respondenti vyjádřit a doplnit i otázky uzavřené (viz příloha 1).

Rozhovor byl rozdělen do 4 částí, kdy v první části byl blíže specifikován výzkumný soubor, v druhé části bylo zjišťováno povědomí respondentů o substituční léčbě, ve třetí části (kterou nevyplňovali lékaři, kteří substituční léčbu neposkytují), byly zjišťovány zkušenosti a postoje lékařů, kteří substituční léčbu poskytují a čtvrtá část se zaměřovala již na konkrétní cíle a postoje lékařů na substituční léčbu drogových závislostí.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

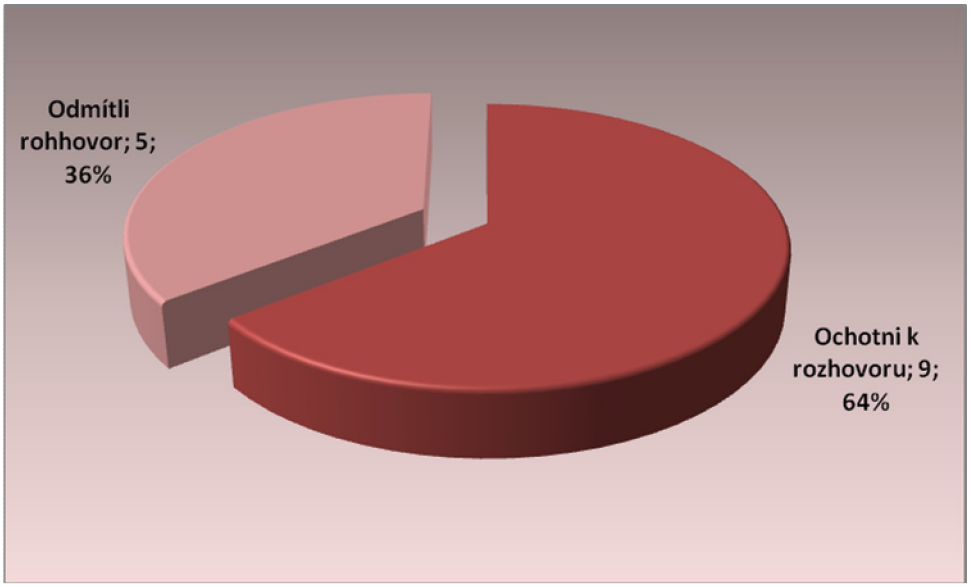
Výzkumným souborem byli praktičtí lékaři a psychiatři a Jihočeského kraje. Pro výzkum byly vybírané osoby postupně tzv. technikou „snowball sampling“ („sněhové

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

koule“), kdy prvotním informátorem bylo Jihočeské substituční centrum v Českých Budějovicích.

S žádostí o rozhovor bylo kontaktováno 14 lékařů. Z tohoto počtu se k realizaci rozhovoru kladně vyjádřilo 5 lékařů s atestací v oboru psychiatrie, nebo s nástavbovou AT atestací a 4 praktičtí lékaři pro dospělé (2 lékaři bývalého jindřichohradeckého okresu, 3 lékaři bývalého českobudějovického okresu a 1 lékař bývalého píseckého okresu, 1 lékař bývalého prachatického okresu a 2 lékaři bývalého zlivského okresu).

Graf 1: Ochota lékařů Jihočeského kraje realizovat rozhovor, zjišťující porozumění a postoje lékařů k substituční léčbě drogových závislostí

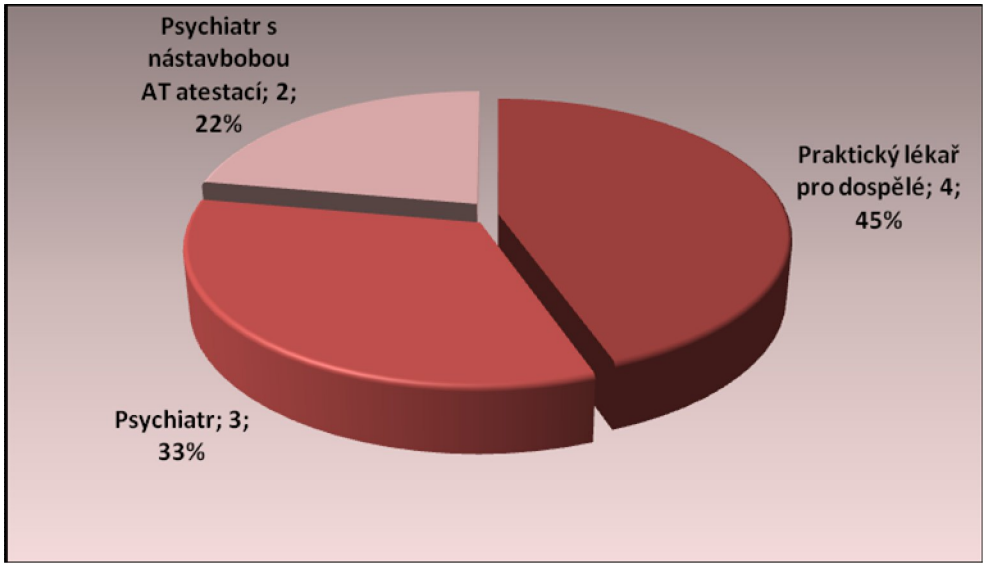


Zdroj: Vlastní výzkum

Rozhovor se konal vždy v ordinaci lékaře, kde začínal představením tazatele, jako studenta Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích studujícího obor Rehabilitační, psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby, nástavbového magisterského studia. Dále byly uvedeny účely, kterým bude výzkum sloužit a byla též zdůrazněna anonymita veškerých osobních dat, která byla zaručena tím, že ač tazatel znal jména respondentů, byla zaznamenána pouze jejich specializace a okres.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

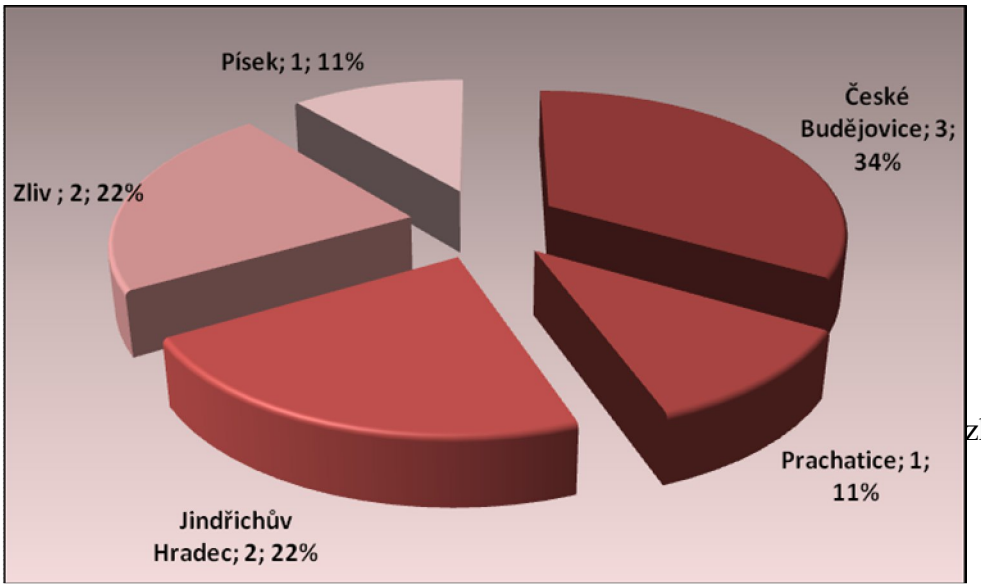
Graf 2: Specializace lékařů, se kterými byl realizován rozhovor



Zdroj: Vlastní výzkum

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

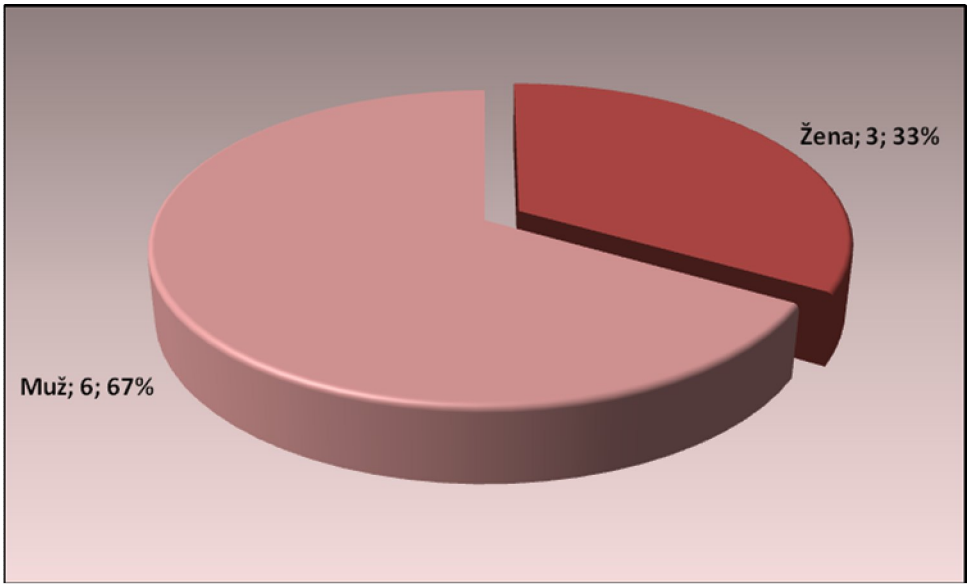
Graf 3: Působnost lékařů, se kterými byl realizován rozhovor, v rámci okresů Jihočeského kraje



zkum

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

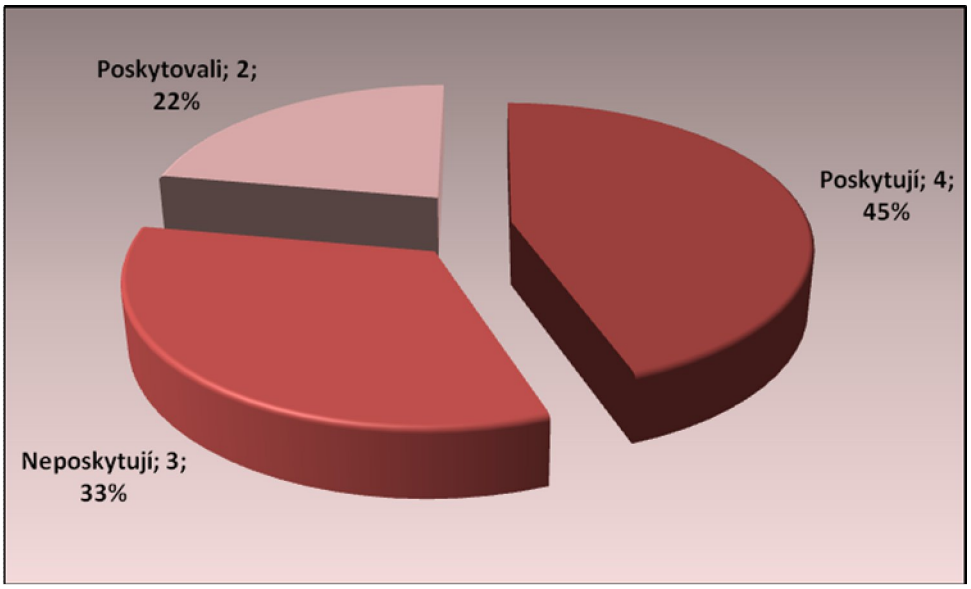
Graf 4: Rozdělení výzkumného souboru dle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Graf 5: Zkušenosti lékařů z Jihočeského kraje, se kterými byl realizován rozhovor o poskytování substituční léčby



Zdroj: Vlastní Výzkum

Created using
easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

4 Výsledky

V prezentaci výsledků budou použity i grafy, přestože se jedná o malý výzkumný vzorek.

Výzkumný soubor bude srovnáván z hlediska poskytování substituční léčby. Dále bude posuzován z hlediska specializace a bude posuzován jako celek.

Jak už bylo uvedeno, byl rozhovor rozdělen do čtyř částí, kdy v první části byly identifikační otázky a výsledky této části již byly použity v kapitole 3.2 Charakteristika výzkumného souboru. V druhé části bylo zjišťováno povědomí lékařů, kteří substituční látky předepisují a těch, kteří se chtěli k tématu vyjádřit, o substituční léčbě (nevyplňovali lékaři, kteří substituční léčbu neposkytují). Ve třetí části (nevyplňovali lékaři, kteří substituční léčbu neposkytují), byly zjišťovány zkušenosti a postoje lékařů, kteří substituční léčbu poskytují a těch, kteří substituční léčbu poskytovali a chtěli se k otázkám vyjádřit a čtvrtá část se zaměřovala již na konkrétní cíle a postoje všech dotázaných lékařů na substituční léčbu drogových závislostí.

4.1 Porozumění

Každý člověk je jedinečnou osobností tvořící vzorec prožívání a chování člověka, které jsou utvářeny mezi lidmi, prostředím a společností. Člověk vnímá lidi, předměty a události svým jedinečným způsobem a přisuzuje jim osobní význam podložený předchozí pozitivní, negativní, případně emocionálně zabarvenou zkušeností.

Poznat a porozumět věcem lidem a událostem předpokládá intenzivní snahu vcítit se. Pokud se jedná o druhého člověka, jedná se o schopnost vidět jeho problém „jeho očima“. **(22)**

4.2 Postoj

Postoj je názor, připravenost k činu ve vztahu k určitému problému, nebo volbě a zahrnuje v sobě i jistou míru emocionální intenzity. Postoje jako součást osobnosti souvisí s chápáním, myšlením a cítěním. Mají funkci hodnotící, indikují pocity ve vztahu k problému a jsou charakteristické tím, že vycházejí z hodnotové soustavy člověka. **(7)**

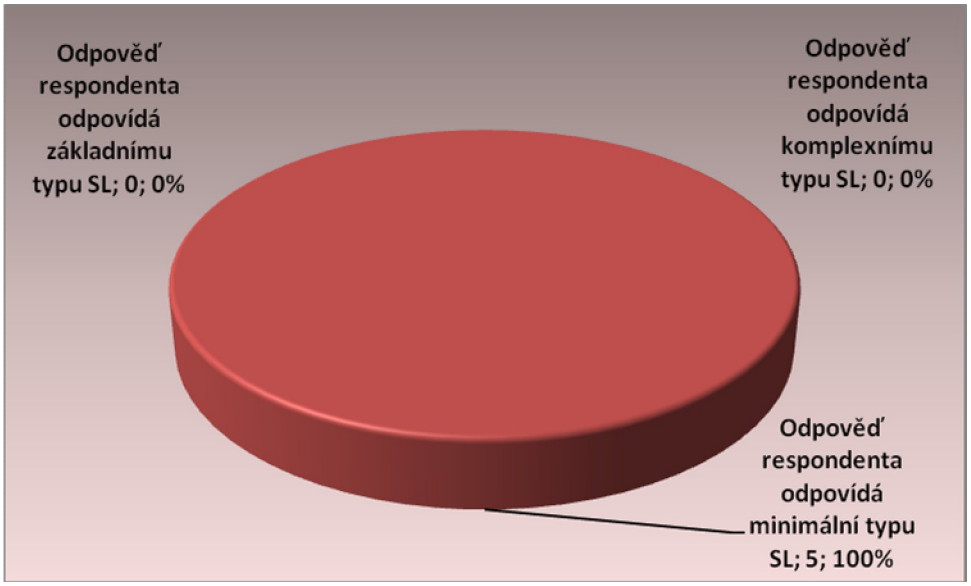
Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Postoje jsou primárně přejímány od rodičů a osob důležitých pro výchovu, později od členů skupiny. Přejímání postojů se děje pozorováním, osobní zkušeností s odměnou a trestem představitelů určitého postoje. **(22)**

4.3 Povědomí lékařů o substituční léčbě

Na druhou část rozhovoru odpovídali pouze lékaři, kteří předepisují substituční preparáty, tzn. čtyři respondenti a jeden respondent, který substituční léčbu poskytoval, ale v současné době ji neposkytuje. Druhý respondent, který již substituční preparáty nepředepisuje, se odmítl k této části vyjádřit, neboť měl objednány pacienty a na zásadní část již odpověděl.

Graf 6: Významový obsah pojmu substituční léčba pro respondenty



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka: *„Co pro vás pojem substituční léčba znamená?“* byla záměrně položena velice obecně, proto substituční léčbu všichni lékaři spatřují pouze v předepisování substitučního preparátu, což je pro poskytování kvalitní léčby naprosto nedostatečné. Lékaři svou odpovědí spíše vysvětlovali své povinnosti, než pojem substituční léčba.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Pro ilustraci jsou uvedeny dvě více rozvedené odpovědi lékařů, které dokreslují to, jak položenou otázku pochopili.

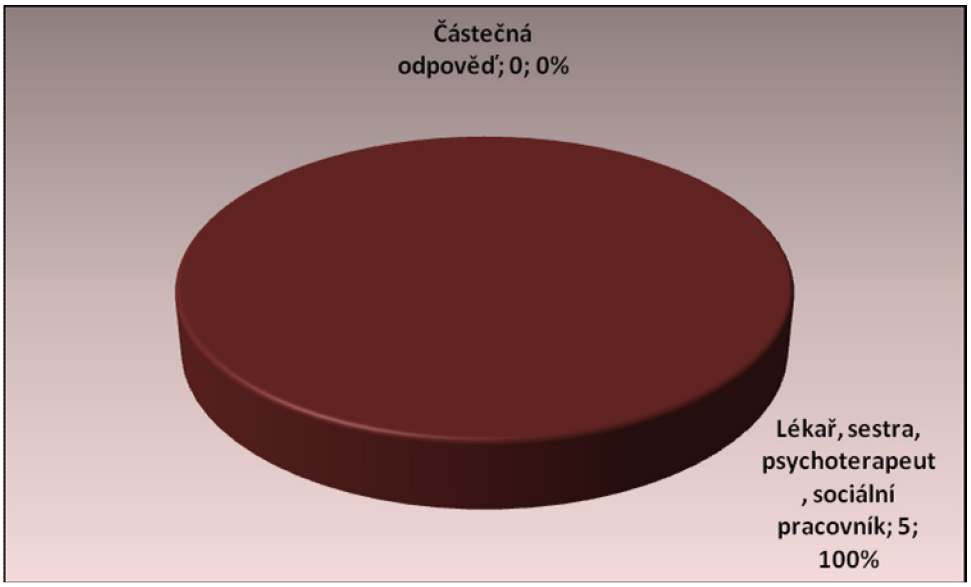
Respondent 2: „*Uzavření smlouvy s pojišťovnou, registraci v Národním registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek, nákup receptů s modrým pruhem.“*

Respondent 3: *„Stabilizace pacienta, podpůrné skupiny a dnes i léčba zneužívání dalších nelegálních látek, především benzodiazepinů“*

Proto byly lékařům následně pokládány kontrolní otázky 10, 11, jejichž analýza bude následovat.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Graf 7: Tým substituční léčby



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti odpověděli na položenou otázku adekvátně situaci, která panuje v Jihočeském kraji poskytovaná.

Někteří respondenti odpověď formulovali následovně:

Respondent 1: *„Lékař, sestra, terapeut, sociální pracovnice. Péče nesmí být pouze zdravotní tak, jak ji poskytují současná zařízení.“*

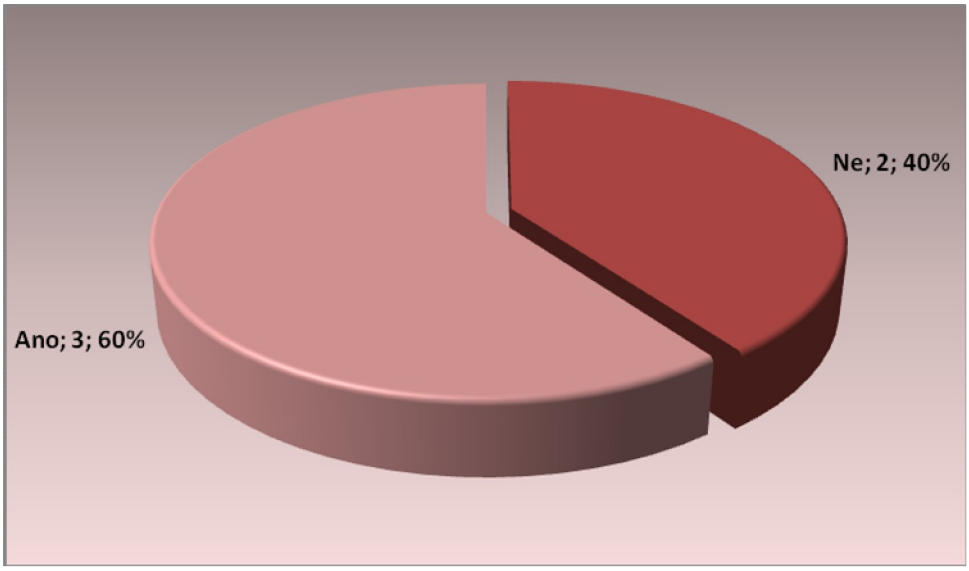
Respondent 3: *„Lékařskou, ale i podpůrnou terapii. Je třeba řešit nejen pacienta a jeho odvykací stav, ale i rodinný, pracovní a psychosomatický stav.“*

Respondent 4: *„Lékař musí být nejen členem týmu, ale i informován o zařízeních, které tuto péči poskytují a tato zařízení doporučovat.“*

Respondent 5: *„Pokud není možný tým odborníků, může SL poskytovat pouze sám lékař, ale měl by mít zkušenosti se závislostním chováním a lidmi zneužívajícími drogy.“*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Graf 8: Angažovanost lékařů v rámci týmu substituční léčby



Zdroj: Vlastní výzkum

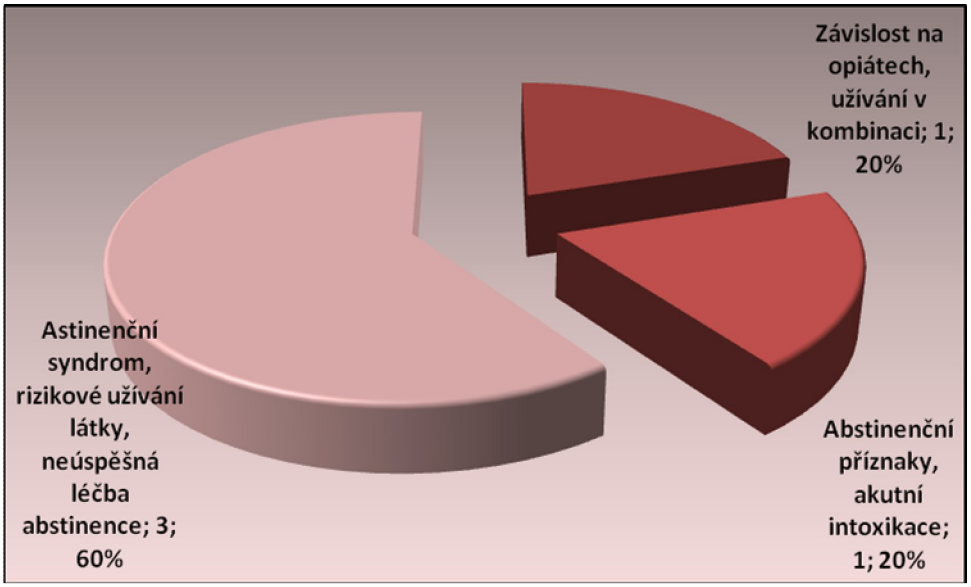
Fakt, že 60% výzkumného vzorku spolupracuje s některým týmem zabývajícím se komplexním, nebo základním typem substituční léčby, je uspokojivým faktem. Vezmeme-li v úvahu, že jeden respondent, který na tuto otázku odpovídal, substituci nepředepisuje, působil dříve v týmu lékařů a terapeutů Psychiatrické léčebny v Červeném dvoře, dostáváme dokonce velmi uspokojivé výsledky.

Respondent, který na otázku odpověděl zamítavě, svou odpověď formuloval způsobem, který však vzbuzuje ambivalentní pocity:

Respondent 4: *„Nejsem členem žádného týmu poskytujícího substituční léčby. Tuto službu zajišťuje lékař sám, tím, že předepisuje substituční látku, pokud potřebuje pacient podpůrné programy, informuji jej o místě, kde mu mohou být poskytnuty. Jsem toho názoru, pokud je lékař (psychiatr) vzdělaný, není potřeba psychologa, dokáže mu pomoci sám.“*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Graf 9: Indikace pro zařazení pacienta do substitučního programu

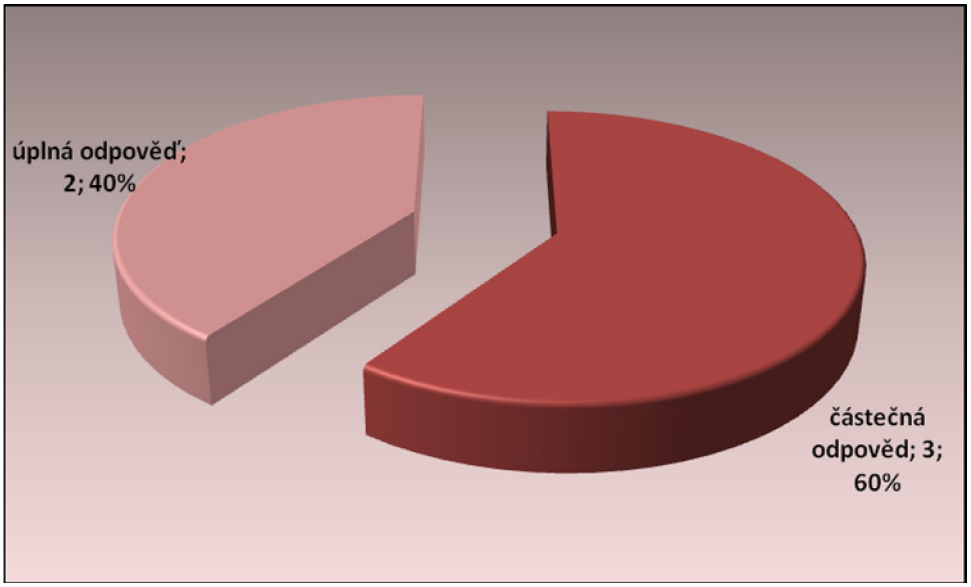


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka je záměrně postavena velice konkrétně, právě proto, abychom od respondentů zjistili konkrétní a pro lékaře dost podstatné znalosti pro předepsání substituční látky. Respondenti odpovídali vcelku správně, avšak jedná se o odborníky, protože, vyjma jednoho, mají psychiatrickou specializaci.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Graf 10: Kontraindikace pacienta pro zařazení do substitučního programu



Zdroj: Vlastní výzkum

Standard substituční léčby uvádí odděleně kontraindikace pro zařazení pacienta do metadonového nebo buprenorfinového programu. Souhrnně lze říci, že do léčby nemůže být pacient zařazen z důvodu věku, zdravotního stavu, možností jiné léčby, převažující závislosti jiného, než opioidového typu, nepřítomnosti somatických abstinenčních příznaků po povysazení látky. (standard)

Respondenti, kteří neuvedli úplnou odpověď, odpovídali takto:

Respondent 1: *„Zdravotní stav, Možná jiná léčba.“*

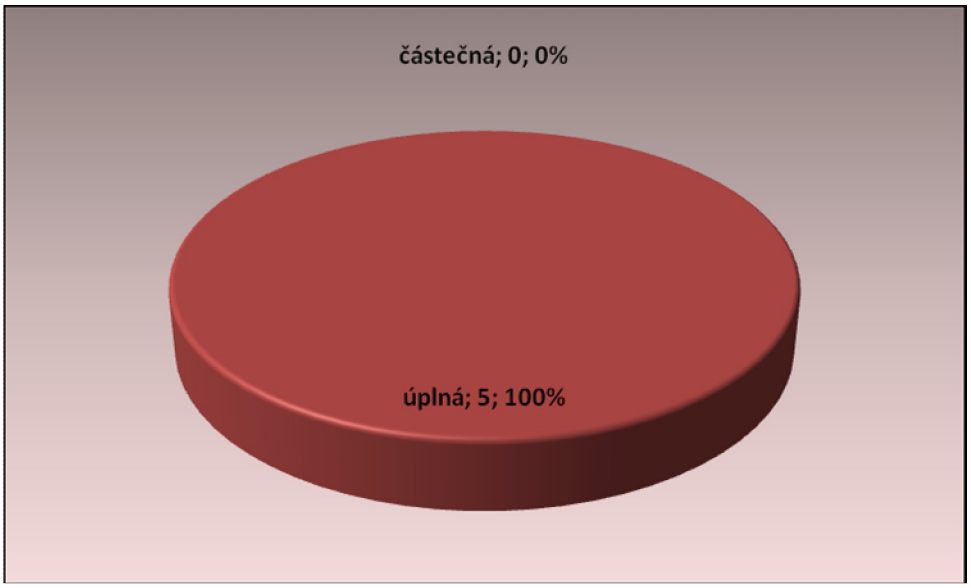
Respondent 4: *„Možnost jiné léčby.“*

Respondent 5 odpověděl správně, pouze vynechal možnost léčby k abstinenci.

Odpověď na otázku je zásadní právě proto, že jednou z důležitých kontraindikací je zde možností léčby orientované k abstinenci. Tuto kontraindikaci uvedla většina dotazovaných respondentů, i když odpověděli pouze částečně. Otázka byla z tohoto hlediska zodpovězena uspokojivě.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Graf 11: Podmínky, které musí lékař podle nařízení Ministerstva zdravotnictví splňovat, aby mohl předepisovat substituci



Zdroj: Vlastní výzkum

Lékaři jsou si plně vědomi všech povinností, které jim ukládá zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů jsou podle § 20 odst. 2 písm. j): Všechna zdravotnická zařízení, která poskytují substituční léčbu, jsou povinna hlásit pacienty do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek. **(32)**

Z praxe uváděli respondenti navíc povinnost zaregistrovat se u zdravotní pojišťovny a opatřit si recepty s modrým pruhem.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Názor respondentů na hlášení do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek

Respondent 1: *„Odmítám jej jako špatně fungující. Bylo by potřeba jej lépe spravovat a také by byla potřeba lepšího přístupu lékařů při hlášení a odhlašování pacientů. V současné době je to vymoženost. Přijmu jej, až bude fungovat zpětná vazba, dosud není žádná.“*

Respondent 2: *„Je to rozumné řešení, ale procedura hlášení a odhlašování je obtížná a podpora lékařů není žádná. To vede k předepisování bez registrace a zneužívání substitučních látek. V současné době slouží pouze ke shromažďování statistických dat.“*

Respondent 3: *„Nemám.“*

Respondent 4: *“Je ku prospěchu věci. Lékař zde nalezne aktuální data o pacientovi.“*

Respondent 5: *„Nefunguje, jsou to pouze data sloužící Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. V současné době pokud lékař pacienta nezapíše, je nepostižitelný, avšak od června to bude jinak.“*

Postoje lékařů k Národnímu registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek jsou ambivalentní, převažuje však nespokojenost se správou a přístupem jednotlivých lékařů. Avšak za výše zmíněných podmínek jsou ochotni jej přijmout.

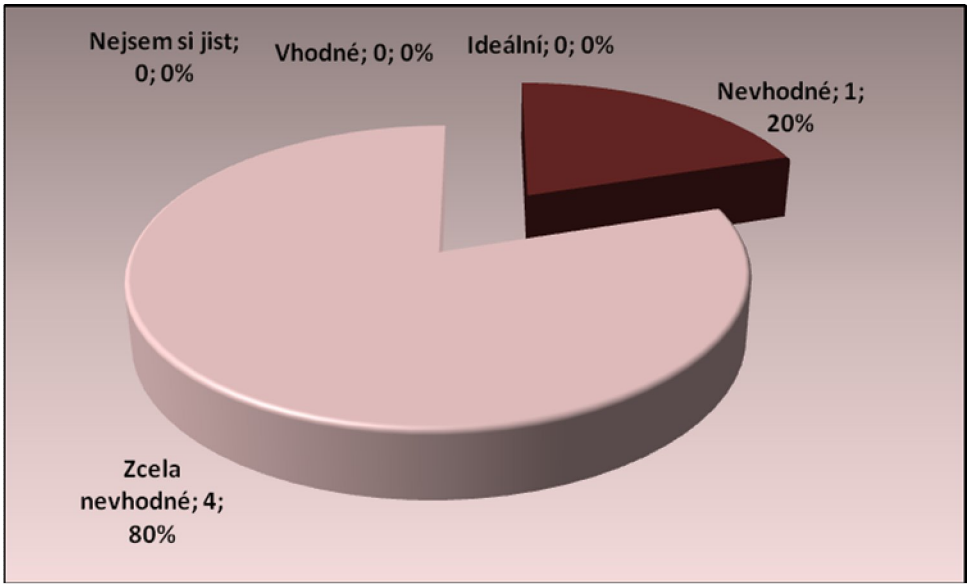
Od roku 2008 je registr spravován na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. Tímto krokem se informace přiblížily lékařům, záleží však i na kontrole ze strany státu a řádné registrace, hlášení, odhlašování a péče o jednotlivé pacienty ze strany samotných lékařů. **(31)**

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Vhodnost péče jednotlivých pracovišť, která pacientovi mohou poskytovat substituční léčbu

Lékaři se zde vyjadřovali k jednotlivým pracovištím, kde je možné očekávat poskytnutí substituční léčby pacientovi. Lékaři zde měli možnost vyjádřit se bodovým hodnocením od 1 do 5 dle míry vhodnosti daného pracoviště *(1 ideální, 2 vhodné, 3 nejsem si jist, 4 nepříliš vhodné, 5 naprosto nevhodné)*.

Graf 12: Vhodnost ambulantního pracoviště praktického lékaře pro poskytování substituční léčby



Zdroj: Vlastní výzkum

Naprostá většina respondentů hodnotí pracoviště praktického lékaře jako zcela nevhodné pro poskytování substituční léčby. Protože se jednalo o rozhovor, měli respondenti možnost se ke svému postoji vyjádřit a někteří se i vyjádřili.

Respondent1: *„Substituce pouze na předpis je zhoubnost. Vede pouze k rozvoji závislosti. Navíc praktičtí lékaři nejsou „zlí“, stává se, že předepíší, co závislí chtějí.“*

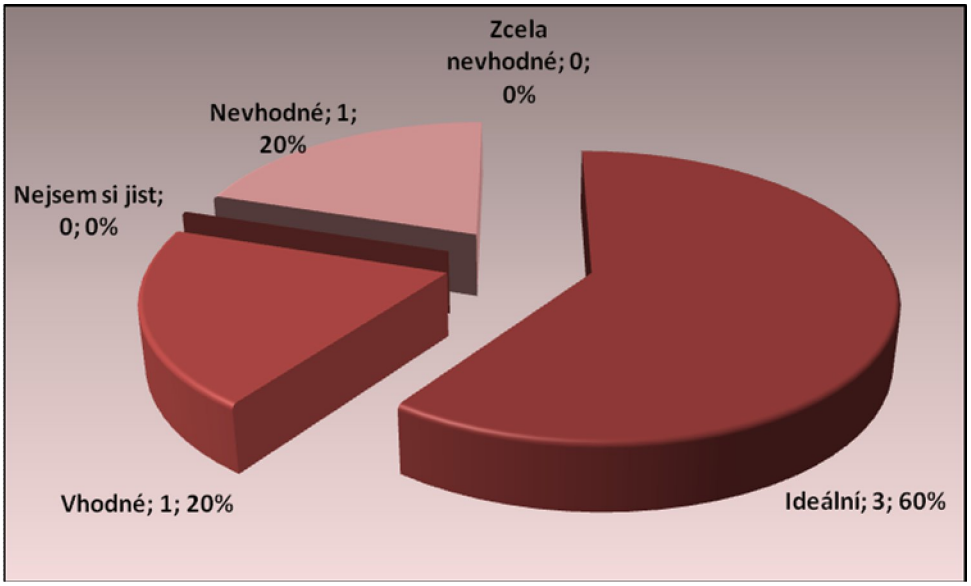
Respondent 3: *„Odebrat jim tuto kompetenci, nebo vyslat na stáže. Nedodržují pravidla.“*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Respondent 4: *„Praktický lékař má tolik povinností, že nemůže pojmout tak specifickou problematiku a jako taková si vyžaduje péči specialisty.“*

Respondent 5: *„Pouze se vzděláním.“*

Graf 13: Vhodnost ambulantního AT pracoviště pro poskytování substituční léčby



Zdroj: Vlastní výzkum

Převážná většina respondentů 80% (vhodné 20% a ideální 60%) hodnotí ambulantní AT pracoviště jako takřka ideální pro poskytování substituční léčby.

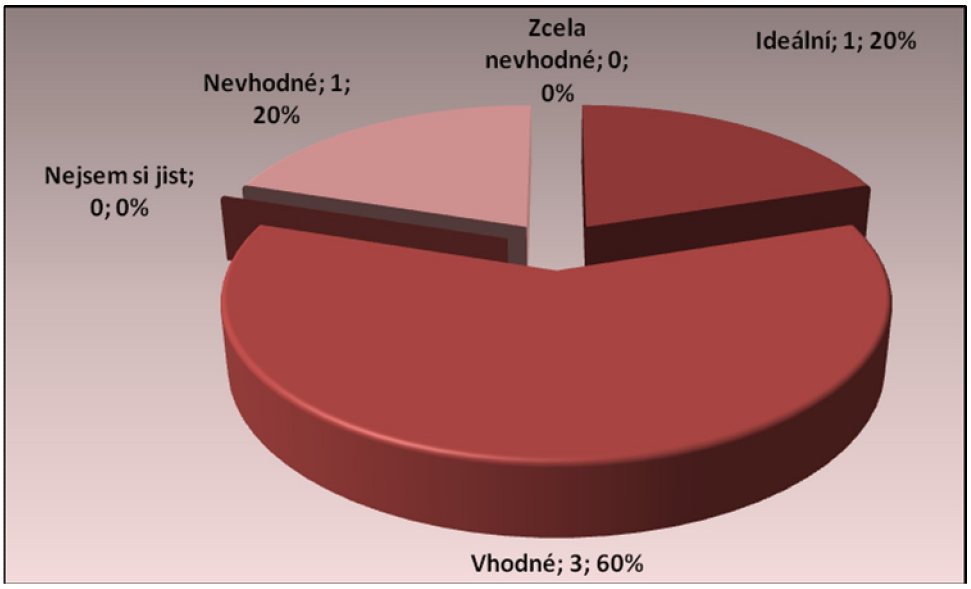
I zde někteří respondenti blíže formulovali a vysvětlili své postoje.

Respondent 1: *„Ideální, pokud funguje a lékař je zařazen do týmu a pokud léčba směruje k postupnému odvykání“*

Respondent 2: *„Lékaři těchto zařízení nespolupracují s týmem.“*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Graf 14: Vhodnost ambulantního psychiatrického zařízení pro poskytování substituční léčby



Zdroj: Vlastní výzkum

Dodatečné odpovědi respondentů:

Respondent1: *„Péče v zařízení je dobrá, ale jsou zde dlouhé objednací doby, pro přetíženost ordinací.“*

Respondent 2: *„ Nespolupracují s týmem.“*

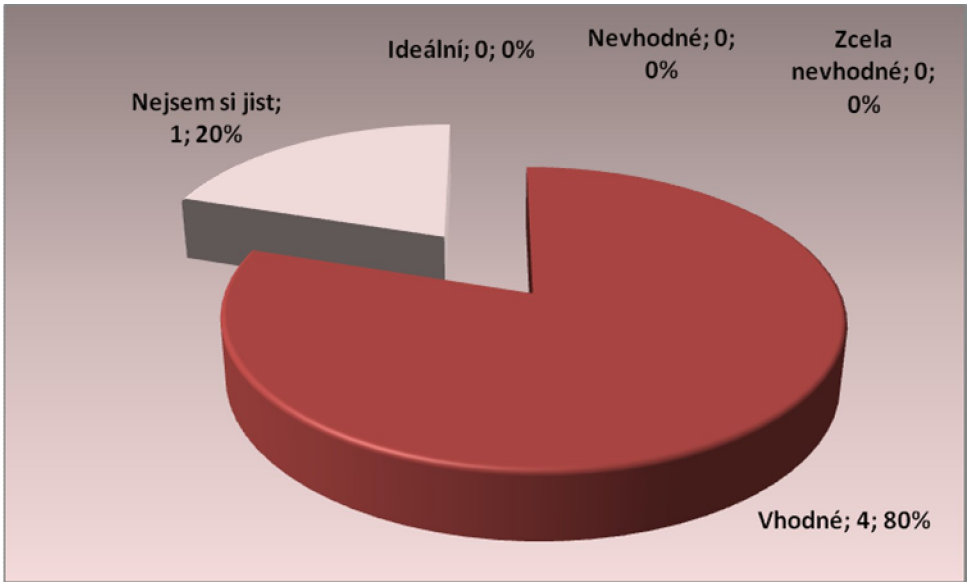
Respondent 4: *„ Vhodné, ale nemusí mít aktuální informace k problematice.“*

Respondent 5: *„Je nejvhodnější, jediným problémem jsou somatické potíže, jsou nezkušení.“*

Respondenti nehodnotí lékaře psychiatrických zařízení jako nevhodné, pokud spolupracují s týmem, který zajistí další saturaci potřeb pacientů, jsou ideálními spolupracovníky.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Graf 15: Vhodnost rezidenčního psychiatrického pracoviště pro poskytování substituční léčby



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti hodnotí zařízení jako vhodné, ale u 60 % respondentů následuje podmínka „Pokud se jedná o redukční program orientovaný k abstinenci."

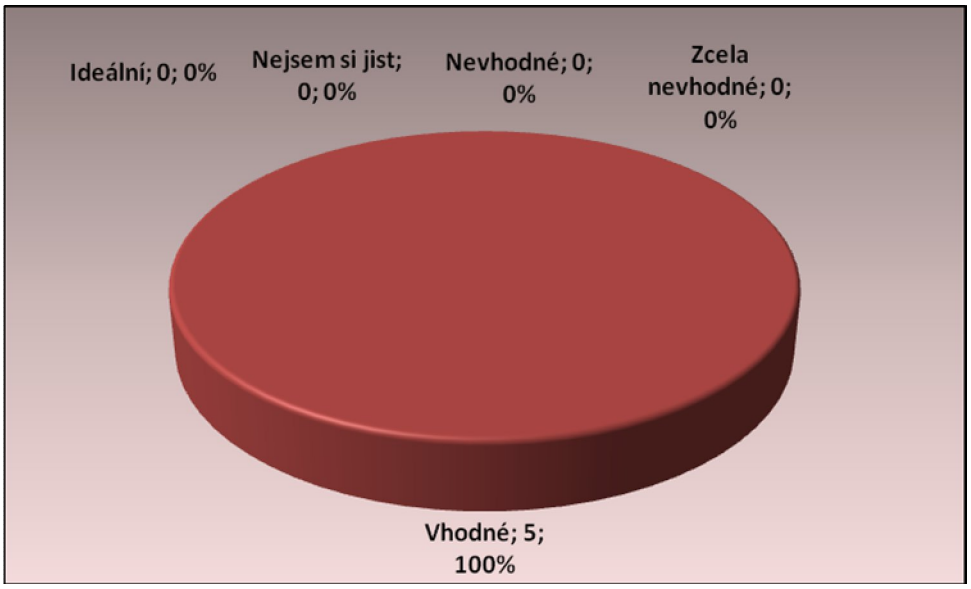
Respondent 3: *„ Nevím, dost záleží na zařízení a vedoucím psychiatrovi."*

Respondent 4: *„Vhodné jako akutní intervence"*

Výsledky této otázky mohou být zavádějící, protože naprostá většina respondentů považuje zařízení za vhodné pro poskytování substituční léčby. Jedná se však o zařízení orientované na vyléčení psychických onemocnění jako takových, tudíž i léčba v zařízení by podle respondentů neměla být udržovací, ale redukční.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Graf 16: Vhodnost rezidenčního psychiatrického pracoviště specializovaného na léčbu závislostí pro poskytování substituční léčby

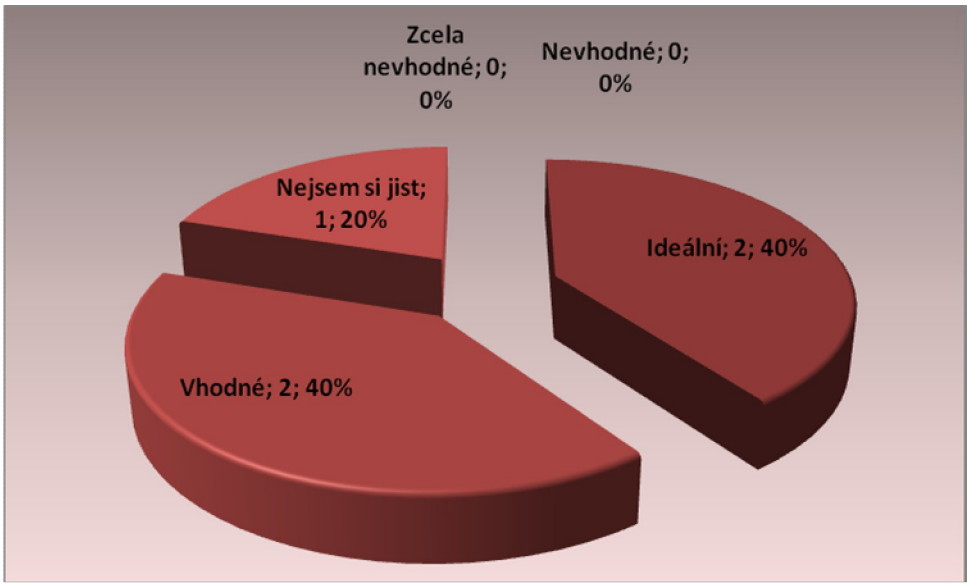


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti hodnotili vhodnost tohoto zařízení pro poskytování substituční léčby pozitivně, ale 80% respondentů opět uvedlo, že podmínkou ke kladnému postoji k zařízením musí být léčba orientovaná k abstienci, detoxikaci organizmu a snižování dávek substituce. Jeden respondent (20% výzkumného vzorku) uvedl potřebnost dodržování pravidel, tento postoj může být založen na negativní zkušenosti.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Graf 17: Vhodnost vězeňského zařízení pro poskytování substituční léčby



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti neshledávají zařízení za ideální, ale je velmi vhodné pro poskytování substituční léčby (80% - 40% ideální, 40% vhodné).

Tato otázka v původním rozhovoru zcela chyběla. Ve své podstatě je to velice logický výstup, uvážíme-li, že dlouhodobé užívání látek s vysokým a rychlým potenciálem ke vzniku závislosti, s sebou nese asociální chování a postupné střetávání se s porušováním zákonů, formou krádeží, zpronevěry, prostituce apod. Je tedy vysoce pravděpodobné, že se uživatelé, kteří se v léčbě neorientují na abstinenci, případně substituční léčbu, budou muset dříve či později čelit důsledkům svého chování.

Respondent 1: *„Vhodný, při detoxikaci.“*

Respondent 2: *„Ano, ale jedná se o specifickou skupinu se svým specifickým problémem, proto by bylo vhodné i zde zřídit samostatné oddělení pro závislé na opiátech.“*

Respondent 3: *„Ano měla by substituce fungovat i zde. Stejně zde jsou, bohužel zde fungují jako nástroj manipulace a vydírání.“*

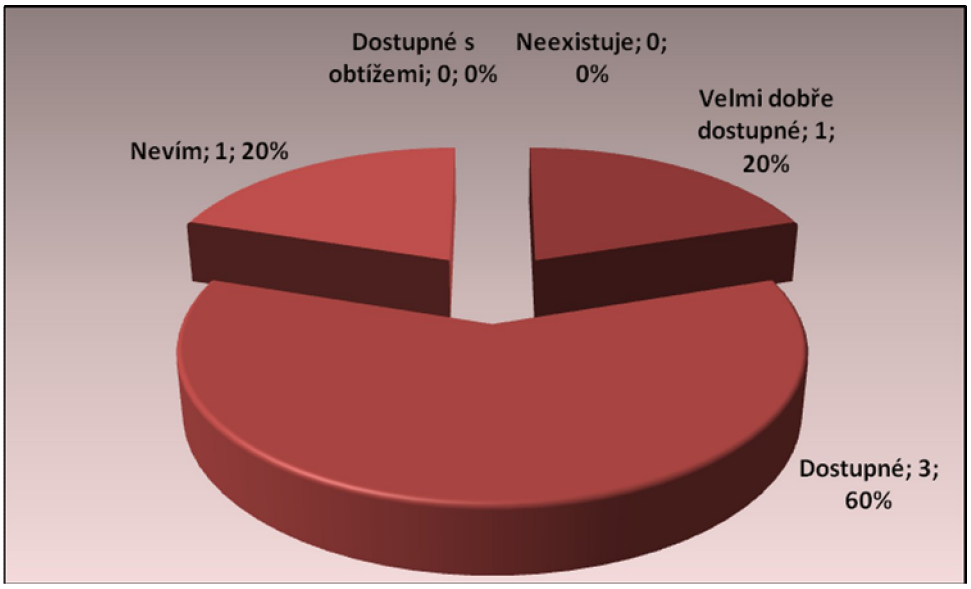
Respondent 4: *„Ano pro detoxikaci.“*

Respondent 5: *„Nevím, nemocný člověk by měl mít do vězení svůj lék, ale proč mu ulehčovat trest?“*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Dostupnost substituční léčby v rámci Jihočeského kraje

Graf 18: Dostupnost substituční léčby v ambulantních pracovištích praktických lékařů v rámci Jihočeského kraje



Zdroj: Vlastní výzkum

Je zřejmé, že se dotazovaní dobře orientují v aktuálních datech. V současné době existuje na území Jihočeského kraje celkem 9 registrovaných zdravotnických zařízení praktických lékařů pro dospělé, kteří evidují pacienty.

Připomínky lékařů:

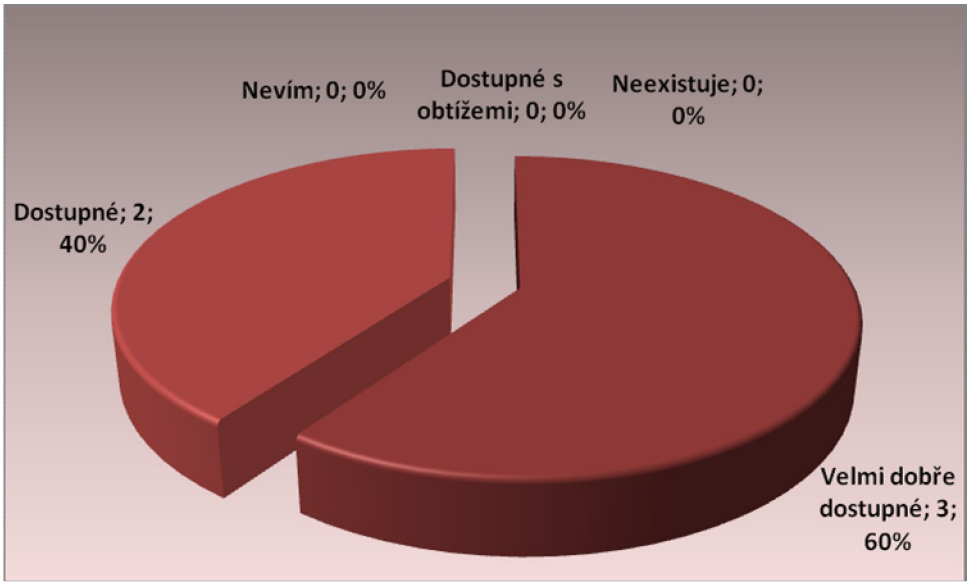
Respondent 1: *„Je to špatně.“*

Respondent 3: *„Je to špatně.“*

40 % respondentů pokládalo za nutné zopakovat svůj odmítavý postoj k přidělení kompetencí praktickým lékařům.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Graf 19: Dostupnost substituční léčby v ambulantních AT pracovištích v rámci Jihočeského kraje



Zdroj: Vlastní výzkum

Shrneme-li předchozí data o vhodnosti pracovišť pro poskytování substituční léčby, dojdeme k závěru, že ambulantní AT pracoviště jsou nejvhodnější pro poskytování substituční léčby. Je proto zajímavé, že v rámci Jihočeského kraje existují pouze 4 registrovaná zařízení a to tak, že jsou všechna centralizovaná do Českých Budějovic a nejvýznamnější z nich Jihočeské substituční centrum má potíže.

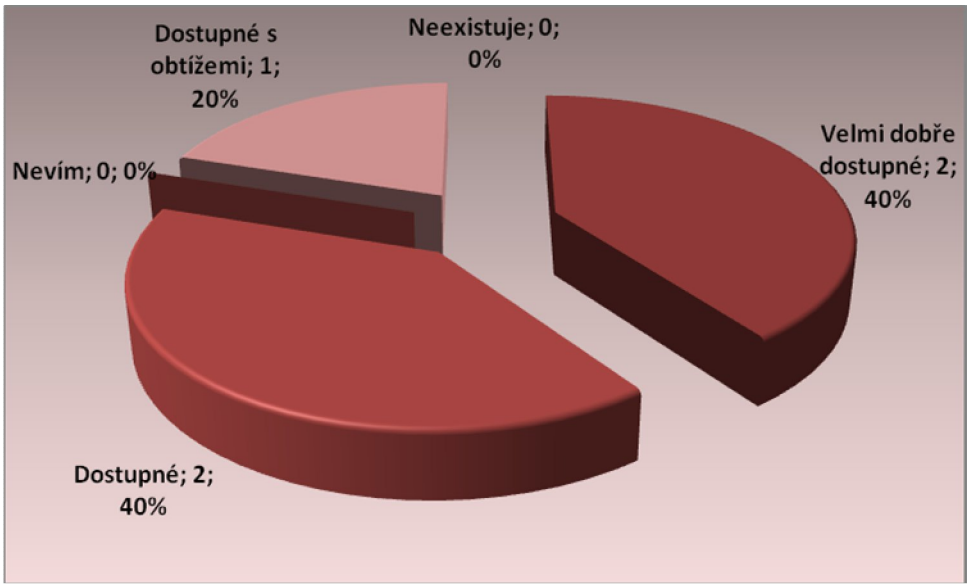
Respondenti souhlasně postrádají existenci těchto ordinací, které v minulosti fungovaly v každém bývalém okresním městě. Připustíme-li, že Jihočeský kraj má 17 bývalých okresů, je toto číslo ohromující.

Pro ilustraci uvádíme odpověď na otázku respondenta č. 4, v předchozích otázkách připomínal důležitost povědomí o dalších zařízeních a svou funkci doporučující osoby.

Respondent č. 4: *„Jsou velmi dobře dostupné, existují v každém bývalém okresním městě.“* – otázka byla právě tomuto respondentovi položena dvakrát.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Graf 20: Dostupnost substituční léčby v ambulantních psychiatrických pracovištích v rámci Jihočeského kraje



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti v tomto bodě odpovídají v rozporu s daty uvedenými v Národním registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek. Dle údajů v něm uvedených existuje pouze 1 předepisující psychiatr bez AT specializace a přitom většina lékařů hovoří o velmi dobré, případně dostupné péči.

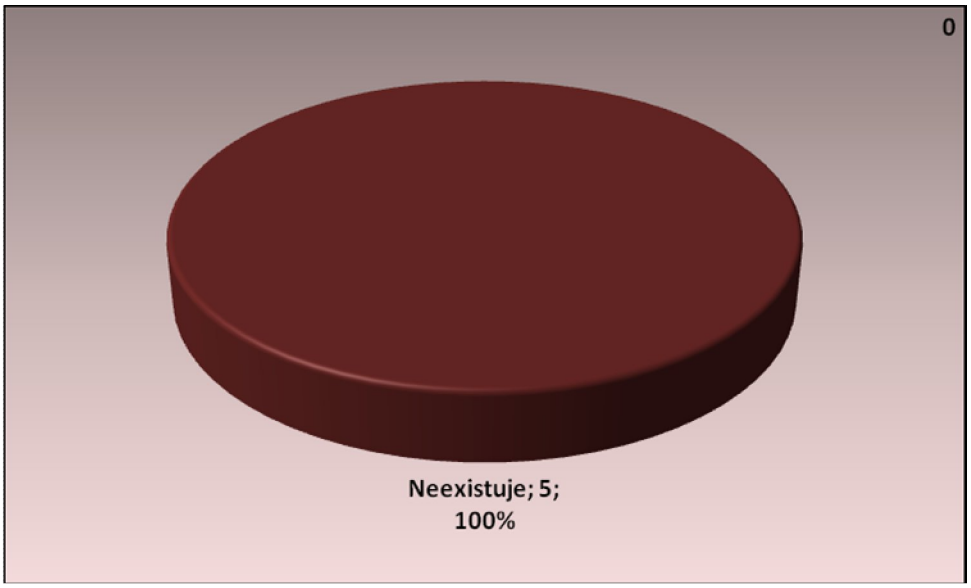
Buď je příčinou špatné fungování registru, nebo špatná, případně žádná registrace lékařů do Registru.

Respondent 3: *„Záleží na osobnosti lékaře.“*

Respondent 4: *„Nechtějí to dělat, právě proto vzniklo Jihočeské substituční centrum.“*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Graf 21: Dostupnost substituční léčby v rezidenčních psychiatrických pracovištích v rámci Jihočeského kraje



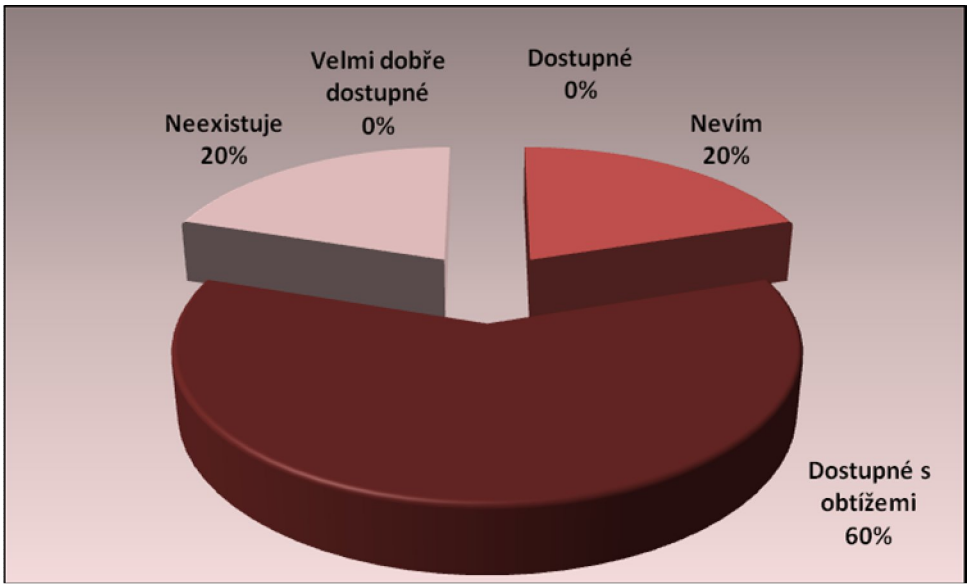
Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti upozorňují, že prakticky není možné tuto léčbu vyžadovat od zařízení, která se specializují na jiné duševní onemocnění. Teoreticky by se, podle respondentů, jednalo pouze o detoxifikaci organizmu.

Ani v Registru není uvedeno žádné takové zařízení.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Graf 21: Dostupnost substituční léčby v rezidenčních psychiatrických pracovištích specializovaných na léčbu závislostí v rámci Jihočeského kraje



Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledky korespondují s údaji uvedenými v Národním registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek.

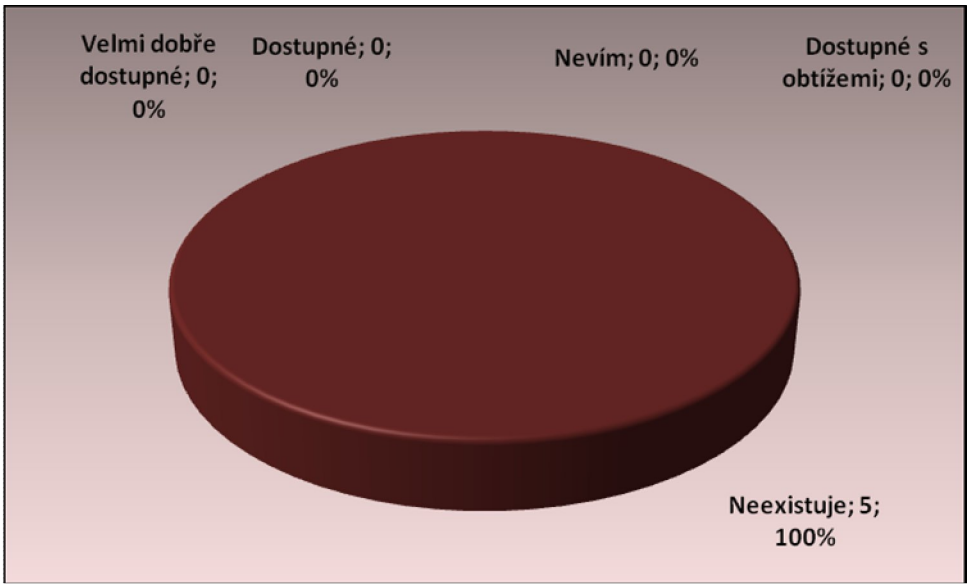
Respondenti doplňují:

Respondent 3: *„Dříve Psychiatrická léčebna v Červeném dvoře, nyní používají jiné preparáty.“*

Respondent 4: *„Byl by to paradox, jedná se o zařízení specializované k 100% abstinenci. Jeho funkci redukční léčbou vysnižovat užívání k abstinenci přebírá Jihočeské substituční centrum.*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Graf 22: Dostupnost substituční léčby ve vězeňských a vazebních zařízeních v rámci Jihočeského kraje



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti po předešlém vyjádření potřeby po zavedení substituční léčby do vězeňských zařízení, projevili potřebu po zavedení substituční léčby do vězeňských zařízení i v Jihočeském kraji.

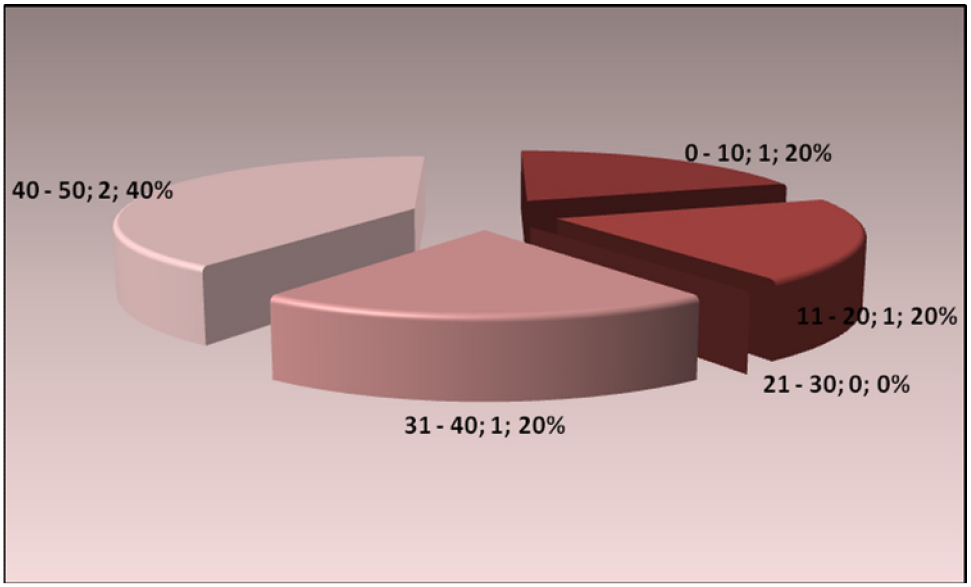
Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek zaznamenává 9 registrovaných vězeňských zařízení (2 x Praha, Brno, Litoměřice, Příbram, Moravská Ostrava, Břeclav, Opava, Kuřim). **(25)**

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

4.4 Zkušenosti lékařů v oboru a postoje k léčbě

Na třetí část rozhovoru odpovídali pouze lékaři předepisující substituční preparáty, tzn. čtyři respondenti a jeden lékař, který substituční léčbu poskytoval, ale v současné době ji neposkytuje.

Graf 23: Počty pacientů dlouhodobě zneužívající opiáty



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento dotaz vedle otázky týkající se specializace též zjišťovala, zda mají lékaři dostatek zkušeností proto, aby mohli zaujmout postoj k dalším tématům. Pouze jednoho respondenta navštěvuje méně než 11 pacientů, avšak tento má zkušenosti z předchozích zaměstnání.

Metadonový program

V rámci Jihočeského kraje poskytuje metadonový program pouze Jihočeské substituční centrum, tzn. pouze jeden dotazovaný respondent (20% výzkumného vzorku), přesto ještě jeden dotazovaný respondent měl z předchozích zaměstnání zkušenost s metadonovým programem. Vesměs dobré zkušenosti s programem má 40% výzkumného vzorku.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Na postoje lékařů však nemá vliv pouze předchozí zkušenost s programem, ale i vědomosti, které o tomto programu lékař získal. Na další podotázky odpovědělo 5 respondentů.

Hlavní pozitiva metadonového programu

Respondent 1: *„Všeobecně, taková, jaká substituční léčba přináší.“*

Respondent 2: *„Sociální, zdravotní stabilizace. Pomáhá při řešení nezaměstnanosti, i když to je těžší.“*

Respondent 3: *„Pozitivní teror pacientů. Existuje opiátová kniha, kdy se musí pacienti odepisovat při jednotlivých vydáních. Přináší to kázeň a pravidla do léčby.“*

Respondent 4: *„Neposkytuji, takže nevím. Odkazuji na Jihočeské substituční centrum.“*

Respondent 5: *„Docházka. Malá míra zneužívání. Nerozdělují si látku do více denních dávek, tak jak byli zvyklí. Úspěšnější boj se závislostními stereotypy v chování pacientů.“*

Hlavní negativa metadonového programu

Respondent 1*: „Žádné. Maximálně dojíždění do zařízení, lékárny.“*

Respondent 2: *„Špatná dostupnost. Jihočeské substituční centrum, které jediné poskytuje v kraji program, má existenční problémy.“*

Respondent 3: *„Docházka.“*

Respondent 4: *„Neposkytuji, takže nevím. Odkazuji na Jihočeské substituční centrum.“*

Respondent 5: *„Odbourává pouze abstinenční příznaky a neřeší závislost (agonista). Navíc 90% našich pacientů pracuje a nemůže docházet do Jihočeského substitučního centra.“*

I přes malé zkušenosti respondentů s tímto typem programu v odpovědích převažují pozitiva. Respondenti zaujímají k metadonové substituční léčbě kladné postoje.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Buprenorfinový program

Z pěti dotazovaných respondentů předepisují preparáty Subutex® nebo Subuxone® čtyři respondenti (80% výzkumného vrorku). Jeden respondent substituci tohoto typu předepisoval, ale ukončil z osobních důvodů.

Zkušenosti respondentů s programem

Respondent 1: *„Od roku 2002.“*

Respondent 2: *„Vesměs kladné.“*

Respondent 3: *„Většinou dobré.“*

Respondent 4: *„7 let a atestace v psychiatrii.“*

Respondent 5: *„Nadužívání přípravku. Na obvodě nechtěl nikdo odvykat, i když zpočátku většina do cíle své léčby uváděla, že chce pomocí substituce dospět k abstinenci. Chybí následná terapie nebo čas na pacienta.“*

Hlavní pozitiva buprenorfinového programu

Respondent 1: *„Neberou primární nelegální látku. Snížení zdravotních rizik, tím že si nemusí aplikovat látku nitrožilně. Zvýšení pracovní a sociální angažovanosti.“*

Respondent 2: *„Zdravotní a sociální stabilizace pacienta.“*

Respondent 3: *„Ustálení osobního, rodinného, partnerského a pracovního života. Bohužel někteří uživatelé berou několik druhů drog souběžně (opiáty, benzodiazepiny). Substituce pomáhá stabilizovat odvykací stav z opiátové závislosti a dává pacientovi šanci odvykat z benzodiazepinů. Substituci mohou brát doma a nemusí pro jednotlivou dávku docházet.“*

Respondent 4: *„Mám k této otázce ambivalentní postoj. Rozhodně neredukuje kriminální chování pacientů. To vyplývá ze závislosti, všichni pacienti mají přidruženou disociální poruchu osobnosti.“*

Respondent 5: *„Devadesát procent pacientů si tímto způsobem léčby udrží zaměstnání. Pacienti více spolupracují (návštěvy 1x za 14 dní). Ustálení sociálního života.“*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Hlavní negativa buprenorfinového programu

Respondent 1: *„Je škodlivá, vede k demotivaci k abstinenci. Nejhorší je, že má jemnější a pozvolnější abstinenční příznaky. Snadný průnik na černý trh. Pacienti dostávají do rukou větší množství substituce, ale jejich závislostní stereotypy jim velí podělit se, tzv. solidarita mezi narkomany. Pak se sami dostanou do situace, kdy shánějí substituci pro sebe. Většinou předraženou a většinou na černém trhu.*

Respondent 2: *„Snadná dostupnost na černém trhu.“*

Respondent 3: *„Snadný průnik na černý trh. Zároveň se stává levnější alternativou heroinu, proto nastupuje fenomén primární závislosti na substituční látce. Je levnější, zneužívá se injekčně (psychická závislost na jehle) a kombinovaná s dalšími látkami. Někteří uživatelé si dávku dělí na několik denních, což snižuje účinnost substituce.“*

Respondent 4: *„Nepřivádí pacienty k abstinenci, ani nestabilizuje jejich profesní život.“*

Respondent 5: *„Po předepsání si preparát vyzvednou, prodají a tak se látka dostává na černý trh, proto raději předávám recept rodičům, nebo příbuzným. Programy nemají dostatečné legislativní ošetření. Předepisovat může každý, aniž ví, jak dávkovat nebo rozpoznat lehkou, střední a těžkou závislost na opiátech.“*

Z odpovědí respondentů je vidět, že mají již větší zkušenosti jak s preparáty, tak s jejich užíváním, ale i zneužíváním. U některých respondentů je zřejmý ambivalentní postoj ke kladům a negativům buprenorfinového programu zvláště, pokud se jedná o přípravek Subutex®. Jeho snadné pronikání na trh, způsobené decentralizací kompetence předepisovat substituční látky do rukou neodborných lékařů, kteří většinou nemají zkušenosti ani se závislostním chováním uživatelů drog, se střetává s potřebností a účinností substituční léčby, zvláště na poli stabilizace somatického, psychického, sociálního a pracovního života. Dosud převládají klady nad zápory, avšak odborná lékařská společnost volá po účinné a vymahatelné legislativě a zodpovědnosti svých kolegů.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

4.5 Postoje lékařů k substituční léčbě drogových závislostí a další náměty

Na tuto sadu otázek (čtvrtá část záznamového archu) odpovídalo již všech 9 respondentů. Otázky budou vyhodnocovány jednotlivě.

Možnost rozšíření nabídky poskytování substituční léčby do ordinací lékařů, kteří stále substituční léčbu neposkytují

Respondent 1: *„Ne, již poskytuji.“*

Respondent 2: *„Ne, již poskytuji.“*

Respondent 3: *„Ne, již poskytuji.“*

Respondent 4: *„Ne, již poskytuji.“*

Respondent 5: *„Ne, poskytoval jsem, ale pro osobní důvody již neposkytuji ani o tom nepřemýšlím.“*

Respondent 6: *„Ne, poskytoval jsem a ukončil. Dále se nechci vyjadřovat.“*

Respondent 7: *„Ne, nechci narkomany v ordinaci.“*

Respondent 8: *„Neuvažuji, v okrese je malé procento uživatelů na to, abych studoval a specializoval se.“*

Respondent 9*: „Věk a problematika mi nic neříká.“*

Kladný postoj k možnému poskytování substituční léčby má 56% respondentů, z čehož 44% již substituční léčbu poskytuje, zbylých 44 % nikdy nehodlá substituční léčbu poskytovat. Respondenti, kteří se vyjádřili k tématu negativně, jsou z poloviny lékaři, kteří substituční léčbu poskytovali a z poloviny praktičtí lékaři pro dospělé.

Podmínky lékařů, které by umožnily rozšíření nabídky poskytování substituční léčby do ordinací lékařů, kteří stále substituční léčbu neposkytují

Respondent 1: *„Žádná, předepisuji.“*

Respondent 2: *„Žádná, předepisuji.“*

Respondent 3: *„Žádná, předepisuji.“*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Respondent 4: *„Žádná, předepisuji.“*

Respondent 5: *„Velké abstinenční příznaky nebo intoxikace.“*

Respondent 6: *„Žádná. Moje špatná zkušenost s narkomany a poskytováním substituční léčby mě utvrdila v tom, že jsou i jiné cesty.“*

Respondent 7: *„Žádná.“*

Respondent 8: *„Rostoucí počet pacientů v okrese a průběžná školení v problematice.“*

Respondent 9: *„Nástup jiného lékaře.“*

Postoje respondentů jsou jasné 56% respondentů je ochotných substituční léčbu poskytovat (45 % respondentů ji poskytuje a 11 % respondentů si klade podmínky pro poskytování substituční léčby) jeden lékař je ochoten pacientovi pomoci při přímém ohrožení života nebo při extrémních potížích, 33% nebude poskytovat substituční léčbu nikdy. Jedinou uvedenou podmínkou pro rozšíření substituční léčby do ordinací praktických lékařů je rozšíření problematiky tak, aby byla impulzem pro vzdělávání v oboru závislostí.

Názory lékařů na zvýšení nabídky substituční léčby většímu počtu pacientů

Respondent 1: *„Souhlasím, ale pokud by to znamenalo, že substituci bude předepisovat větší počet praktiků, tak ne. Praktici jsou pod nátlakem pacientů, toužících po substituci. Předepisují potají, nebo si tím vydělávají a podporují černý trh. Jsem pro zpřístupnění substituční léčby většímu počtu pacientů, neboť problém narůstá, ale je třeba registrací, kontroly a sankcí na lékaře nedodržující zákon.“*

Respondent 2: *„Souhlasím. Reálný počet závislých na buprenorfinu stále stoupá, poptávka existuje. Je to levnější a výhodnější užívat substituci organizovaně a nepodporovat černý trh.“*

Respondent 3: *„Nesouhlasím. Látka se dostává na černý trh. Pokud zpřístupnit substituci většímu počtu pacientů, tak pouze pod podmínkou dodržování pravidel. Substituční léčbu poskytovat pouze časově omezeně.“*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Respondent 4: *„Mám vůči tomuto tématu ambivalentní postoj. Závislí jsou specifickou klientelou, která potřebuje specifickou léčbu, avšak substituční léčba v praxi neřeší problém přechodu na klasickou léčbu orientovanou k abstinenci pacienta.“*

Respondent 5: *„S výrokem nesouhlasím. Substituční léčba je zpřístupněna všem pacientům, kteří chtějí. Dobrá diagnóza je základ a předpokládá se touha abstinovat.“*

Respondent 6: *„Souhlasím, pod podmínkou vyšší kontroly lékařů a oddělených ordinačních dob, i když je pacienti nedodržují.“*

Respondent 7: *„Souhlasím, ale péče by se měla centralizovat do rukou odborníků.“*

Respondent 8: *„Souhlasím, ale spíše je potřeba centralizovat péči a vytvořit přehledný systém.“*

Respondent 9: *„Nevím.“*

Přes negativní postoje k poskytování substituční léčby v ordinacích oslovených lékařů, nepočítáme-li ty, kteří již substituční léčbu poskytují, mají respondenti kladný postoj k rozšíření nabídky substituční léčby. Respondenti jsou si vědomi špatné dostupnosti substituční léčby a to zvláště pro pacienty, kteří již pracují a chtějí si pracovní místo udržet.

Negativní postoje zaujímají ke skutečnosti převedení kompetencí na praktické lékaře pro dospělé.

Nabídku by však rozšiřovali poté, až bude jakékoliv nedodržení legislativního nařízení ze strany lékaře postižitelné sankcemi nebo trestem a do té doby, než bude spolehlivě fungovat Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek.

Lékaři mají též obavy z toho, že pokud se rozšíří nabídka substituční látky, bude prosperovat více černý trh a závislostní chování pacientů nebude léčeno, naopak bude podporováno.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Substituční léčba, nebo substituční látka?

Všichni respondenti jsou si vědomi, co s sebou přináší závislostí chování. Všichni jednotně uvedli, že existuje větší poptávka po látce nežli po léčbě, i když to bývá prvotním cílem při nástupu do léčby. Poměr, který mají mezi sebou tyto póly, jsou průměrně 30% léčba a 70 % látka. Otázka byla záměrně položena, aby bylo zjištěno, zda lékaři k problematice přistupují co nejobjektivněji a varují se přistoupení na závislostní chování svých pacientů. Dále tato otázka pomáhá zjišťovat míru ovlivnění postoje praktického lékaře nebo specialisty, právě přiznáním, že o léčbu nejde v první řadě.

Ochota praktických lékařů k účasti na substituční léčbě

Respondent 1: *„Ne jsou pod tlakem.“*

Respondent 2: *„Ne, chtějí mít klid a tak odkazují na psychiatra.“*

Respondent 3: *„Ne, není to žádoucí. Neznají ani teorii, neznají ryyi závislostního chování (lhaní, manipulace) a neumí odvodit nezbytně nutnou dávku substituční látky. Jejich zapojení je možné, pokud budou spolupracovat s odborníky.“*

Respondent 4: *„Nevím.“*

Respondent 5: *„Ne, raději problém nevidí, chtějí dát ruce pryč od problému.“*

Respondent 6: *„Ne, nemají tak široký záběr, nemají zkušenosti.“*

Respondent 7: *„Ne, musí obsáhnout mnoho na to, aby byli ještě zatěžováni specializovanou péčí.“*

Respondent 8: *„Ne, problém není příliš zastoupen v populaci. Nejsou specializovaní a lékař by musel do problematiky investovat čas a finance (kurzy IPVZ) proto, aby měl jednoho pacienta.*

Respondent 9: *„Ne.“*

Postoje respondentů jsou tedy jednoznačné, poptávka po zavedení poskytování substituční léčby do ordinace praktického lékaře rozhodně neexistuje a to především

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

z důvodu jejich velkého vytížení a širokého odborného záběru, kdy lékař musí rozeznat nemoc a odeslat k odborníkovi.

Dále se praktičtí lékaři prakticky nedostali do kontaktu se závislým, rysy a stereotypy jeho chování a jeho velkým hereckým uměním. Díky tomu jsou snadno manipulovatelní a uvědomují si tuto skutečnost.

A v neposlední řadě nemají potřebu tyto pacienty přijímat právě pro jejich nízký sociální status a vše, co se s tím pojí, a to je i nedodržování objednacích dob.

Patří tedy substituční léčba do ordinace praktického lékaře?

Respondent 1: *„Ne, pokud ano, muselo by se tak dít v úzké spolupráci se specializovaným zařízením.“*

Respondent 2: *„Ne, pokud ano, museli by se lékaři vzdělávat, spolupracovat s praktikujícím zařízením, projít rok praxe na psychiatrii.“*

Respondent 3: *„Ne, pokud ano, lékař musí nastudovat teorii, projít stáží, a spolupracovat s psychiatrem nebo specializovanými zařízeními.*

Respondent 4: *„Ne, neměla by se mu dávat tato zodpovědnost.“*

Respondent 5: *„Ne, pokud ano, lékař musí být vzdělán, mít praxi, nechávat si odborníka za zády.“*

Respondent 6: *„Ne, pouze pokud bude fungující Registr.“*

Respondent 7: *„Ne, podmínkou vzdělání a praxe.“*

Respondent 8: *„Ne, a ani po splnění jakýchkoliv podmínek. Pokud má pacient cukrovku, odešle ho praktik za diabetologem. Proč stejný postup nefunguje i v tomto případě? Praktik musí mít široký záběr právě proto, aby diagnostikoval základní příznaky nemoci a poskytl cestu ke kvalitní léčbě. Proč by se měl ještě specializovat. Diabetolog také neřeší závislosti, tak proč praktik.“*

Respondent 9: *„Ne, pouze po dodělání specializace a při spolupráci s odborníkem.*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Postoje respondentů jsou tedy jednoznačné, substituční léčba rozhodně nepatří do ordinace praktického lékaře právě z výše uvedených důvodů. Současně je však zřejmé, že poptávka po substituci existuje a problém zneužívání opiátů se zvyšuje. Kompromisem v řešení problému by mohlo být kontinuální školení praktických lékařů v problematice a zajištění spolupráce praktického lékaře se specialistou.

Ideální vzdělání lékaře poskytujícího substituční léčbu drogových závislostí

Respondent 1: *„Klasické medicínské, dále pak atestaci v oboru psychiatrie a nástavbovou AT atestaci. Ideálně.“*

Respondent 2: *„AT nástavba, kurzy a praxe se závislými.“*

Respondent 3: *„Psychiatr a stáže.“*

Respondent 4: *„Stačí klasické, v rámci předatestační přípravy se každý dostane do kontaktu se závislými. Ideální je AT nástavba a kurzy pod IPVZ.“*

Respondent 5: *„Stačí klasické, ideálně lékař psychiatr s praxí v prostředí drog.“*

Respondent 6: *„Psychiatr a nástavba v adiktologickém oboru.“*

Respondent 7: *„Psychiatr a praxe v zařízení.“*

Respondent 8: *„Psychiatr, AT nástavba, praxe v oboru závislostí.“*

Respondent 9: *„Vzdělání v závislostech.“*

Dodatky k tématu

Respondent 1: *„Dle mého názoru je třeba substituční terapii odmedicionalizovat. Zavést častější a komplexnější péči do praxe. V současné době stát a zdravotnictví udržuje pacienty v bezpečí závislosti, kdy se jejich problém nezhoršuje, ale ani nezlepšuje.“*

Respondent 2: *„Mám výhrady a to:*

- *Teoretická koncepce léčby je založená na volbě člověka, který díky své nemoci nemá vůli. Pacienti zůstávají v závislosti, tzv. zakonzervování člověka.*
- *Pozitivní jev je, že systém začíná chápat, že je dobrá další práce s člověkem, bohužel ne však nutná a tak jsou stále odborníci, kteří jdou lehčí cestou „předpisů“*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

- *Znepokojující je užívání substituční látky nitrožilně. Pacient do těla dostává lepidla a další škodlivé látky, které mají dopad na zdravotní stav. Většinou jsou nejdříve poškozena játra.*
- *Dalším znepokojujícím jevem je, pokud má pacient substituci u sebe, vyhledá si ho jeho původní prostředí, které pacient v rámci léčby pacient nepotřebuje.*
- *Mladiství závislí na Subutexu®, jako primární droze.*
- *Je potřeba dostat problematiku závislostí a zneužívání do veřejného povědomí.*

Respondent 3:

- *„Na počátku mají všichni cíl abstinovat a po půl roce zbude pouze třetina nebo méně, ostatní sníží a změní cíl na udržovací léčbu.*
- *Fenomén substituční léčby z černého trhu je, že je pacient závislý nejen na opiátech, ale i na benzodiazepinech. Pacient se stabilizuje z opiátů a může začít z benzodiazepinů, bohužel zde trvají abstinenční příznaky měsíce a vrací se. Velmi časté jsou deprese a bipolární porucha osobnosti.“*

Respondent 4: *„Substituční léčba vyžaduje nastavit lepší a přísnější podmínky pro poskytování.“*

Respondent 5:

- *„V žádných manuálech není uvedeno, kolik substituční látky je třeba a jak dlouho má ideálně trvat odvykání.*
- *Závislost na opiátech není tak závažná, začíná se rozmáhat závislost na substituční látce jako primární droze a to aplikované nitrožilně.*
- *Jak zabránit neustálému pronikání na černý trh?“*

Respondent 6, 7, 9: *„Na otázku neodpověděl.“*
Respondent 8: *„Praktický lékař si neumí poradit se závislostním chování pacienta, tak proč zatěžovat černý trh.“*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

5 Diskuze

Pro dosažení vytyčených cílů a stanovení hypotéz byla použita metoda analýzy dokumentů, technika sekundární analýzy dat. Dále pak metoda dotazování technika rozhovoru, konkrétně pak polořízený (polostrukturovaný) rozhovoru, který obsahoval 24 otázek, z čehož 2 byly rozvedeny každá do 6 škálových otázek.

Rozhovor byl rozdělen do 4 částí, kdy v první části byl blíže specifikován výzkumný soubor. V druhé části bylo zjišťováno povědomí o substituční léčbě, ve třetí části (kterou nevyplňovali lékaři, kteří substituční léčbu neposkytují), byly zjišťovány zkušenosti a postoje lékařů, kteří substituční léčbu poskytují a čtvrtá část se zaměřovala již na konkrétní cíle a postoje lékařů k substituční léčbě drogových závislostí.

Pro ověření použitelnosti byl nejdříve proveden pilotní rozhovor s pracovníkem Kontaktního centra občanského sdružení Arkáda v Písku a poté byl upraven podle jeho připomínek.

Výzkumný soubor byl vybírán pomocí techniky „snowball sampling“ a průběžně byly realizovány jednotlivé rozhovory, které byly následně přepsány a jsou uvedeny v kapitole 4 Výsledky.

Ze 14 oslovených lékařů souhlasilo s realizací devět. Výzkumný soubor tedy činil n=9 .

Zastoupení lékařů bývalých okresů Jihočeského kraje bylo následovné: dva lékaři bývalého jindřichohradeckého okresu, tři lékaři bývalého českobudějovického okresu a jeden lékař bývalého píseckého okresu, jeden lékař bývalého prachatického okresu a dva lékaři bývalého zlivského okresu.

5.1 Poskytování substituční léčby

Na území Jihočeského kraje hlásí léčené pacienty 15 zdravotnických zařízení. Z toho 9 praktických lékařů 1 psychiatrická ambulance, 4 specializovaná zařízení na léčbu závislostí a 1 gynekologicko porodnické zařízení. **(25)**

Výzkumný soubor obsahoval 4 respondenty, kteří poskytují substituční léčbu, 2 respondenti ji poskytovali, ale přestali a 3 respondenti ji nikdy neposkytovali.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Co se týká odbornosti, k realizaci rozhovoru se kladně vyjádřili 3 lékaři s atestací v oboru psychiatrie, 2 s nástavbovou AT atestací a 4 praktičtí lékaři pro dospělé.

Již zde se dostáváme do konfliktu s použitými zdroji. Osobně jsem byla u toho, když 2 lékaři do Registru zapisovali, jednalo se o praktického lékaře a psychiatra. Když jsem pak hledala záznam, v Registru nebyli uvedeni.

5.2 Důvody, kvůli kterým lékaři neposkytují substituční léčbu

Z výzkumného vzorku n=9 čtyři respondenti substituční léčbu poskytují, dva respondenti substituční léčbu poskytovali, ale ukončili tuto aktivitu, proto nebudou tito do tématu zahrnuti. Počet respondentů, kteří substituční léčbu neposkytují a nikdy neposkytovali, jsou tedy 3. Je nutné doplnit, že respondenty, kteří neposkytují substituční léčbu, byli praktičtí lékaři pro dospělé.

Na přímou otázku k tomuto tématu formulovali respondenti odpověď následovně:

Respondent 7: *„Nechci narkomany v ordinaci.“*

Respondent 8: *„V okrese a ve městě, kde mám ordinaci, je malé procento uživatelů na to, abych studoval a specializoval se.“*

Respondent 9: *„Věk a problematika mi nic neříká.“*

Dále byly zjišťovány podmínky, za kterých by byli respondenti ochotni poskytovat substituční léčbu.

Respondent 8: *„Rostoucí počet pacientů v okrese a průběžná školení v problematice.“*

Dalo by se shrnout, že postoje praktických lékařů, jsou k substituční léčbě zcela jednoznačné. Nechtějí substituční léčbu poskytovat. Alespoň tak to vyplývá z odpovědí respondentů výzkumného souboru.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Nedostatek klientů však není v tomto případě důvodem k neposkytování substituční léčby. Časopis Practicus informuje, že dle statistik by každý praktický lékař v ČR měl mít ve své ordinaci 2 až 5 pacientů závislých na tvrdých drogách. **(31)**

Postoj, který respondenti zaujímají pro poskytování léčby, pramení spíše z velké vytíženosti jejich ordinací a tudíž i z nedostatku času na jednotlivé pacienty. Dále se odvolávají na teoretickou i praktickou neznalost a nezkušenost s problematikou užívání drog. K tomuto názoru se přidávají i další odborníci v drogových závislostech. Podle nich substituční léčba nepatří do rukou praktického lékaře pro dospělé, a pokud ano, tak pouze po důkladném a kontinuálním proškolování a při spolupráci s odborníkem, nebo zařízením specializujícím se na léčbu drogových závislostí.

5.3 Důvody, pro které lékaři ukončili poskytování substituční léčby

Z výzkumného vzorku n=9 čtyři respondenti substituční léčbu poskytují, proto byli z tohoto tématu vyjmuti. Dva respondenti substituční léčbu sice poskytovali, ale ukončili tuto aktivitu.

Respondent 5: *„Osobní důvody“*

Respondent 6: *„Pacienti, kterým jsem preparáty předepisoval, rozšířili tuto informaci do svého okolí. Následně jsem čelil nátlaku ze strany příbuzných a „přátel, kteří pouze vyžadovali jen předepsání preparátu.“*

I u těchto respondentů byly zjišťovány podmínky, za kterých by byli respondenti ochotni poskytovat substituční léčbu.

Respondent 5: *„Velké abstinenční příznaky nebo intoxikace.“*

Respondent 6: *„Žádné, moje špatná zkušenost s narkomany a poskytováním substituční léčby mě utvrdila v tom, že jsou i jiné cesty.“*

Mezi charakteristické projevy chování, které s sebou nese syndrom závislosti, samozřejmě patří vydírání, lhaní, zneužívání pomoci k vlastnímu prospěchu a zisku. Právě z těchto důvodů je velice důležité, aby lékaři, kteří předepisují substituční

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

preparáty, byli v úzkém kontaktu a spolupráci s dalšími odborníky, minimálně z oboru psychoterapie a sociální práce a poskytovali takzvanou substituční terapii. Jak vyplývá z výsledků výzkumu, jsou si toho lékaři vědomi. Lékaři nemají příliš možností, jak by tuto teorii realizovali v praxi.

Respondent 5: *„Zpočátku většina pacientů do cíle své léčby uváděla, že chce pomocí substituce dospět k abstinenci, postupem času dvě třetiny, někdy více, svůj cíl změnily na udržovací léčbu. Chybí následná terapie nebo čas na pacienta.“*

Syndrom závislosti s sebou nese silnou touhu získat látku a to jakýmkoliv způsobem. Závislému je v situacích, ve kterých se projeví somatické nebo psychické abstinenční příznaky, jedno jak se k látce dostane. Nejjednodušším způsobem obstarání látky je krádež, zpronevěra, dealing nebo prostituce. Tyto činnosti jsou samozřejmě nelegální a stát z nich vyvozuje adekvátní trestněprávní důsledky, proto je třeba, aby tým substituční terapie spolupracoval i s policií České republiky, zdravotními pojišťovnami a státní správou.

5.4 Povědomí lékařů o tom, co substituční léčba obnáší

Dříve, než se budeme věnovat hlavnímu tématu, kterým je porozumění a postoje lékařů k substituční léčbě drogových závislostí, je potřeba prověřit povědomí respondentů o substituční léčbě.

Jak uvádí literatura, postoj člověka souvisí s procesem chápání, myšlení a cítění. **(7)** Přejímání a vytváření postojů se děje pozorováním, osobní zkušeností s odměnou a trestem představitelů určitého postoje. **(22)**

Ověření povědomí respondentů o substituční léčbě, bylo zjišťováno dotazováním na následující témata:

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Významový obsah pojmu substituční léčba pro respondenty

Respondenti si spíše pod pojmem substituční léčba představili své povinnosti vůči pojišťovnám a legislativě, než náplň práce s pacientem a komunikaci a spolupráci s dalšími odborníky a vytvoření multidisciplinárního týmu pro práci s pacientem.

Rozhovor počítal s tímto myšlenkovým stereotypem, který zde funguje již desítky let. Respondentům bylo předloženo další téma:

Složení týmu poskytujícího substituční léčbu

Respondenti uváděli optimální multidisciplinární složení týmu poskytujícího substituční léčbu, který dokáže pacientovi poskytnout alespoň základní typ substituční léčby (lékař, sestra, psycholog, sociální pracovník). Jsou však i respondenti, kteří projevili názor založený na praktickém poskytování substituční léčby v Jihočeském kraji, s výjimkou Jihočeského substitučního centra. Některé odpovědi jsou ohromující:

Respondent 4: „*Tuto službu zajišťuje lékař sám, tím, že předepisuje substituční látku, pokud potřebuje pacient podpůrné programy, informuji jej o místě, kde mu mohou být poskytnuty. Jsem toho názoru, pokud je lékař (psychiatr) vzdělaný, není potřeba psychologa, dokáže mu pomoci sám.*“

Respondent 5: „„*Pokud není možný tým odborníků, může SL poskytovat pouze sám lékař, ale měl by mít zkušenosti se závislostním chováním a lidmi zneužívajícími drogy. Chybí následná terapie nebo čas na pacienta.*“

Indikace pro zařazení pacienta do substitučního programu

Pro lékaře jsou dost podstatné znalosti pro předepsání substituční látky a stanovení adekvátní léčby. Respondenti odpovídali vcelku správně, avšak jedná se o odborníky, protože, vyjma jednoho, mají psychiatrickou specializaci.

Kontraindikace pro zařazení pacienta do substitučního programu

Standard substituční léčby uvádí odděleně kontraindikace pro zařazení pacienta do metadonového nebo buprenorfinového programu. Souhrnně lze říci, že do léčby

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

nemůže být pacient zařazen z důvodu věku, zdravotního stavu, možností jiné léčby, převažující závislosti jiného, než opioidového typu, nepřítomnosti somatických abstinenčních příznaků po vysazení látky. (standard)

Odpověď na otázku je zásadní právě proto, že jednou z důležitých kontraindikací je zde možnost léčby, orientované k abstinenci. Tuto kontraindikaci uvedla většina dotazovaných respondentů, i když odpověděli pouze částečně. Otázka byla proto z tohoto hlediska zodpovězena uspokojivě.

Podmínky, které musí lékař podle nařízení Ministerstva zdravotnictví splňovat, aby mohl předepisovat substituci

Lékaři jsou si plně vědomi všech povinností, které jim ukládá zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů jsou podle § 20 odst. 2 písm. j): Všechna zdravotnická zařízení, která poskytují substituční léčbu, jsou povinna hlásit pacienty do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek. **(31)**

Z praxe uváděli respondenti navíc povinnost zaregistrovat se u zdravotní pojišťovny a opatřit si recepty s modrým pruhem.

Dostupnost substituční léčby v rámci Jihočeského kraje

Hledisko dostupnosti substituční léčby je pro pacienta zásadní, pokud si chce udržet zaměstnání a sociální status. Dle Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek existuje na území Jihočeského kraje 15 registrovaných zdravotnických zařízení. Z toho 9 praktických lékařů 1 psychiatrická ambulance a 4 specializovaná zařízení na léčbu závislostí a 1 gynekologicko porodnické zařízení. **(8)**

Podle respondentů je nejlépe dostupné ambulantní AT pracoviště, tato informace byla zkreslena právě vybraným výzkumným souborem, kdy 3 respondenti (60% výzkumného souboru) ordinuje v Českých Budějovicích, kde existují 4 AT specialisté, přičemž je nutné uvést odpověď dalšího respondenta 4: *„Jsou velmi dobře dostupné,*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

existují v každém bývalém okresním městě.“ – otázka byla právě tomuto respondentovi položena dvakrát.

Dále se pacienti velice dobře dostanou do ambulance praktického lékaře, který bude ochoten jim preparát předepsat. Respondenti se ve svém názoru nemýlí, ale neshledávají to jako dobrou věc, dva z nich se o tomto faktu vyjádřili negativně.

Na třetím místě je pracoviště psychiatra, který je i v Registru uváděn na třetím místě.

Dále se pak jako prakticky nedostupná umístila rezidenční psychiatrická a specializovaná pracoviště a věznice.

Ideální vzdělání lékaře poskytujícího substituční léčbu drogových závislostí

Dle Standardu substituční léčby ideálně stanovuje diagnózu a indikaci k zařazení do typu substitučního programu lékař s atestací v oboru psychiatrie nebo s nástavbovou AT atestací a dále s osvědčením o úspěšném absolvování výcviku v substituční terapii. Samotnou léčbu může provádět lékař bez atestace v oboru psychiatrie, ale s podmínkou supervize odborníkem oprávněným k této činnosti. **(8)**

Tento systém podle všeho stále neexistuje, neboť lékaři supervizi ve svých odpovědích vůbec neuvádějí. Mají však dobré povědomí o vzdělání a případné výhodě, pokud lékař poskytující substituční léčbu, projde praxí v zařízení specializovaném pro léčbu závislostí.

Připomínky a poznatky z praxe

Respondent 2:

- *Znepokojující je užívání substituční látky nitrožilně. Pacient do těla dostává lepidla a další škodlivé látky, které mají dopad na zdravotní stav. Většinou jsou nejdříve poškozena játra.*
- *Dalším znepokojujícím jevem je, pokud má pacient substituci u sebe, vyhledá si ho jeho původní prostředí, které pacient v rámci léčby pacient nepotřebuje.*
- *Mladiství závislí na Subutexu®, jako primární droze.*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Respondent 3:

- *„Na počátku mají všichni cíl abstinovat a po půl roce zbude pouze třetina nebo méně, ostatní sníží a změní cíl na udržovací léčbu.*
- *Fenomén substituční léčby z černého trhu je, že je pacient závislý nejen na opiátech, ale i na benzodiazepinech. Pacient se stabilizuje z opiátů a může začít z benzodiazepinů, bohužel zde trvají abstinenční příznaky měsíce a vrací se. Velmi časté jsou deprese a bipolární porucha osobnosti.“*

Respondent 4:

- *„Substituční léčba vyžaduje nastavit lepší a přísnější podmínky pro poskytování.“*

Respondent 5:

- *„V žádných manuálech není uvedeno, kolik substituční látky je třeba a jak dlouho má ideálně trvat odvykání.*
- *Závislost na opiátech není tak závažná, začíná se rozmáhat závislost na substituční látce jako primární droze a to aplikované nitrožilně.*
- *Jak zabránit neustálému pronikání na černý trh?“*

Souhrnně lze konstatovat, že mají respondenti velice dobré povědomí o substituční léčbě a to jak po teoretické, tak po praktické stránce. Jediné znepokojení může budit přístup lékařů k tématu. Zdá se, že stále převládá fenomén splnit povinnosti, odškrtnout vyřešený případ a odeslat fakturu zdravotní pojišťovně. Člověk se svým daleko obsáhlejším problémem není lékařskou obcí ve svém celku akceptován. Proto je i z těchto výsledků zřejmé, že tým, který poskytuje substituční terapii, musí být multidisciplinární a obsáhnout veškeré dimenze osobnosti, které mají být ovlivňovány. Dále z těchto poznatků lze konstatovat, přestože odpovědi respondentů byly relativně poučené, že je nutné dostat podrobnou teorii i praxi do povědomí široké lékařské obce.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

5.5 Postoj lékařů k substituční léčbě drogových závislostí

Postoj je názor nebo připravenost k činu ve vztahu k určitému problému. Postoje jako součást osobnosti souvisí s chápáním, myšlením a cítěním. Jsou charakteristické tím, že vycházejí z hodnotové soustavy člověka. **(7)**

Přejímání postojů se děje pozorováním, osobní zkušeností s odměnou a trestem představitelů určitého postoje. **(22)**

Po předchozím zjištění velmi dobrého povědomí lékařů o substituční léčbě, lze konstatovat, že respondenti velice dobře chápou, co tato metoda léčby obnáší. Záleží nyní na jejich kladných či záporných zkušenostech a samotnou atraktivitou problematiky.

Protože byli kontaktováni především respondenti, kteří mají nebo měli zkušenost v oboru (77% výzkumného souboru) je zde předpoklad, že jejich názory budou validní a podložené praxí.

Postoj k předmětu výzkumu jako takovému se skládá z mnoha dílčích postojů k jednotlivým problémům, které s sebou substituční léčba a její současná koncepce přináší. Budou tedy zaznamenávány postoje respondentů k jednotlivým dílčím tématům a komplexní postoj lékařů k substituční léčbě drogových závislostí bude uveden v kapitole 6 - Závěr.

Postoj lékařů k existenci a fungování Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek

Jednotlivé názory respondentů jsou uvedeny v kapitole 4 - Výsledky. Souhrnně lze říci, že většina respondentů shledává tento systém jako špatně fungující. Uvádí, že by bylo jej potřeba lépe spravovat. V současné době slouží spíše jako prostředek ke shromažďování statistických dat. Zároveň respondenti uvádí, že nedostatky nejsou pouze na straně státu, pramenící z nedostatečné legislativy, která nemá donucovací prostředek, kterým by vymáhala dodržování zákona. Respondenti též připomínkují možnost lepšího fungování registru v případě zvýšení zodpovědnosti lékařů a poctivého zapisování, odepisování a registrace do Registru.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Závěrem lze říci, že v současné situaci mají dotazovaní lékaři na existenci Registru negativní názor, avšak jsou ochotni jej změnit po zapracování připomínek.

Postoj respondentů ke vhodnosti jednotlivých zdravotnických pracovišť, která mohou pacientovi poskytovat substituční léčbu

Za ideální pracoviště pro poskytování substituční léčby shledávají respondenti ambulantní AT pracoviště, dále pak ambulantní psychiatrické pracoviště. Od obou pracovišť respondenti požadují dobrou spolupráci se zařízeními orientovanými na léčbu závislostí. Ambivalentní, ale spíše kladné postoje zaujímají respondenti k vězeňskému zařízení a v něm poskytované substituční léčbě. Vhodná, avšak pouze pro redukční léčbu a detoxifikaci, jsou rezidenční zařízení, která jsou v souladu se svými pravidly orientovaná ke stoprocentní abstinenci pacienta od látky. Naprosto nevhodnými shledávají respondenti ambulantní pracoviště praktického lékaře. Téma jako takové je rozvedeno v kapitole 4 - Výsledky. Nejzásadnějšími důvody a pohnutkami respondentů k tak radikálnímu postoji je především nedostatečné vzdělání a praxe v oboru závislostí.

Dále pak vytíženost praktických lékařů, kdy v ordinačních dobách nemá čas ani na minimální intervenci. V neposlední řadě bylo zjištěno, že ani ze strany praktiků není zájem o tuto kompetenci.

Postoj respondentů k poptávce po substituční látce, nebo substituční léčbě

Všichni respondenti jsou si vědomi, co s sebou přináší závislostí chování. Všichni jednotně uvedli, že existuje větší poptávka po látce nežli po léčbě, i když to bývá prvotním cílem při nástupu do terapie. Poměr, který mají mezi sebou tyto póly, tvoří průměrně 30% léčba a 70 % látka. Otázka byla záměrně položena, aby bylo zjištěno, zda lékaři k problematice přistupují co nejobjektivněji a varují se akceptace závislostního chování svých pacientů. Dále tato otázka pomáhá zjišťovat míru ovlivnění postoje praktického lékaře nebo specialisty, právě přiznáním, že o léčbu nejde v první řadě.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Názory lékařů na rozšíření nabídky substituční léčby pro větší počet pacientů

Přes negativní postoje k poskytování substituční léčby v ordinacích oslovených lékařů, nepočítáme-li ty, kteří již substituční léčbu poskytují, mají respondenti kladný postoj k rozšíření nabídky substituční léčby. Respondenti jsou si vědomi špatné dostupnosti substituční léčby a to zvláště pro pacienty, kteří již pracují a chtějí si pracovní místo udržet.

Negativní postoje zaujímají ke skutečnosti převedení kompetencí na praktické lékaře pro dospělé.

Nabídku by však rozšiřovali poté, až bude jakékoliv nedodržení legislativního nařízení ze strany lékaře postižitelné sankcemi nebo trestem. Dále by nerozšiřovali nabídku substituční léčby, pokud bude Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek fungovat stávajícím způsobem.

Lékaři mají rovněž obavy z toho, že pokud se rozšíří nabídka substituční látky, bude prosperovat více černý trh a závislostní chování pacientů nebude léčeno, naopak bude podporováno.

Připomínky a postoje k praxi

Respondent 1:

- *„Dle mého názoru je třeba substituční terapii odmedicionalizovat. Zavést častější a komplexnější péči do praxe. V současné době stát a zdravotnictví udržuje pacienty v bezpečí závislosti, kdy se jejich problém nezhoršuje, ale ani nezlepšuje.“*

Respondent 2: *„Mám výhrady a to:*

- *Teoretická koncepce léčby je založená na volbě člověka, který díky své nemoci nemá vůli. Pacienti zůstávají v závislosti, tzv. zakonzervování člověka.*
- *Pozitivní jev je, že systém začíná chápat, že je dobrá další práce s člověkem, bohužel ne však nutná a tak jsou stále odborníci, kteří jdou lehčí cestou „předpisů“*
- *Je potřeba dostat problematiku závislostí a zneužívání do veřejného povědomí.*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Respondent 3:

- *„Na počátku mají všichni cíl abstinovat a po půl roce zbude pouze třetina nebo méně, ostatní sníží a změní cíl na udržovací léčbu.“*

Respondent 4:

- *„Substituční léčba vyžaduje nastavit lepší a přísnější podmínky pro poskytování.“*

Respondent 5:

- *Závislost na opiátech není tak závažná, začíná se rozmáhat závislost na substituční látce jako primární droze a to aplikované nitrožilně.*
- *Jak zabránit neustálému pronikání na černý trh?“*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

6 Závěr a doporučení do praxe

Výzkum byl prováděn za účelem zjištění postojů lékařů, a to jak psychiatrů s nástavbobou AT specializací i bez ní, tak praktických lékařů.

Práce má sloužit jako podnět pro odstranění překážek, bránících poskytování kvalitní substituční léčby. Výzkum přinesl řadu zajímavých skutečností. Byly splněny vytyčené cíle a výsledky mohou být podnětem nejen k zamyšlení nad budoucí prací lékařů praktiků, specialistů, ale i IT pracovníků a mohly být i podnětem pro rozšíření legislativy.

Hlavním cílem práce bylo *zjistit postoj lékařů k substituční léčbě drogových závislostí.*

Hlavní cíl byl splněn

Bylo zjištěno, že lékaři mají k substituční léčbě prováděné současným stylem ryze negativní postoje, zvláště pokud se jedná o buprenorfinový program.

Názory respondentů jsou podloženy míněním a zkušenostmi: Nevede k abstinenci, snadno proniká na černý trh, nevyváže je z prostředí uživatelů drog, jedná se o levnější variantu nelegální látky je užívána intravenózně, vyskytuje se fenomén primární závislosti na substituční látce,

Přes negativní postoje k poskytování substituční léčby v ordinacích oslovených lékařů, nepočítáme-li ty, kteří již substituční léčbu poskytují, mají respondenti kladný postoj k rozšíření nabídky substituční léčby, avšak nikoliv za současného fungování Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek. Respondenti si jsou vědomi poptávky po substituční léčbě a své povinnosti poskytnout kvalitní léčbu pacientovi, který ji potřebuje. Respondenti jsou si vědomi špatné dostupnosti substituční léčby a to zvláště pro pacienty, kteří již pracují a chtějí si pracovní místo udržet.

Negativní postoje zaujímají ke skutečnosti převedení kompetencí na praktické lékaře pro dospělé.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Nabídku by však rozšiřovali poté, až bude jakékoliv nedodržení legislativního nařízení ze strany lékaře postižitelné sankcemi nebo trestem a do té doby, než bude spolehlivě fungovat Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek. I Národní protidrogová centrála Policie České republiky tento fakt registruje. Ve své výroční zprávě za rok 2009 reflektuje, že přípravek Subutex® určený k léčbě závislosti na opiátech je zneužíván. Registr, který by měl zabránit vícenásobné preskripci této látky je nefunkční. Národní protidrogová centrála vidí řešení v důsledné preskripci Subutexu® nebo v léčbě pomocí preparátu Subuxonu®. **(38)**

Lékaři mají též obavy z toho, že pokud se rozšíří nabídka substituční látky, bude prosperovat více černý trh a závislostní chování pacientů nebude léčeno, naopak bude podporováno.

Z těchto závěrů lze vyvodit **hypotézu 1: *„Pokud bude zpřísněna legislativa upravující poskytování lékařsky indikovaných substitučních látek, změní se přístup lékařů k poskytování substituční léčby a tím i postoj lékařů k této problematice.“***

Dílčím cílem bylo *zjistit, zda oslovení lékaři substituční léčbu poskytují.*

Dílčí cíl byl splněn.

Bylo zjištěno, že na území Jihočeského kraje hlásí léčené pacienty 15 zdravotnických zařízení. Z toho 9 praktických lékařů 1 psychiatrická ambulance, 4 specializovaná zařízení na léčbu závislostí a 1 gynekologicko-porodnické zařízení. **(26)**

Výzkumný soubor obsahoval 4 respondenty, kteří poskytují substituční léčbu, 2 respondenti ji poskytovali, ale přestali, 3 respondenti ji nikdy neposkytovali.

Co se týká odbornosti, k realizaci rozhovoru se kladně vyjádřili 3 lékaři s atestací v oboru psychiatrie, 2 s nástavbovou AT atestací a 4 praktičtí lékaři pro dospělé.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit *důvody, kvůli kterým lékaři neposkytují substituční léčbu.*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Dílčí cíl byl splněn.

Podíl respondentů, kteří substituční léčbu neposkytovali, jsou 3 respondenti, tzn. 33% výzkumného souboru. Je nutné doplnit, že respondenty, kteří neposkytují substituční léčbu, byli praktičtí lékaři pro dospělé.

Jejich důvody, proč léčbu neposkytují, jsou:

Radikální postoj vůči cílové skupině, jejímu sociálnímu statutu a všemu, co se s ním pojí.

Nedostatečná specializace pro zodpovědné poskytování této péče.

Malé zastoupení problému v populaci.

Věk respondenta.

Třetím dílčím cílem bylo *zjistit důvody, proč poskytování substituční léčby ukončili lékaři, kteří dříve substituční léčbu poskytovali.*

Dílčí cíl byl splněn částečně.

Podíl respondentů, kteří substituční léčbu neposkytovali, jsou 2 respondenti, tzn. 22% výzkumného souboru. Jednalo se o jednoho praktického lékaře pro dospělé a jednoho psychiatra.

Jeden respondent odmítl otázku zodpovědět.

Důvodem, kvůli kterému se druhý respondent rozhodl ukončit poskytování substituční léčby, bylo ryze typické závislostní chování pacientů, založené na co největším osobním zisku. Na toto chování musí být lékař připraven a to i respondent uvedl, ale přijímal i pacienty s jinými duševními onemocněními a navíc pacienti, kteří docházeli na substituční léčbu, nedodržovali objednací doby.

Po vymezení pojmu postoj, který se vytváří získáváním informací, osobní zkušeností s odměnou a trestem představitelů určitého postoje. **(22)** a po provedení pilotního rozhovoru, byl stanoven ještě čtvrtý dílčí cíl: *Zmapovat zda oslovení lékaři mají povědomí o tom, co substituční léčba obnáší.*

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Dílčí cíl byl splněn.

Povědomí respondentů o substituční léčbě, bylo prověřováno dotazováním na význam pojmu substituční léčba, indikace a kontraindikace pro zařazení pacienta do některého programu substituční léčby, povinnosti vyplývající pro lékaře z nařízení Ministerstva zdravotnictví, složení multidisciplinárního týmu substituční léčby, ideální vzdělání lékaře, který poskytuje substituční léčbu a dostupnost jednotlivých zařízení v rámci Jihočeského kraje, kde může být pacientovi poskytnuta substituční léčba.

Lze konstatovat, že respondenti mají velice dobré povědomí o substituční léčbě a to jak po teoretické, tak po praktické stránce. Na odpovědích respondentů může být znepokojivý jen přístup lékařů k tématu. Zdá se, že stále převládá fenomén splnit povinnosti a odškrtnout vyřešený případ a odeslat fakturu zdravotní pojišťovně a člověk se svým daleko obsáhlejším problémem není lékařskou obcí akceprován. Proto je i z těchto výsledků zřejmé, že tým, který poskytuje substituční terapii, musí být multidisciplinární a obsáhnout všechny dimenze osobnosti člověka, které mají být ovlivňovány. Dále z těchto poznatků lze konstatovat, přestože odpovědi respondentů byly velmi dobré, že je nutné dostat podrobnou teorii i praxi do povědomí široké lékařské obce.

Z poznatků lze stanovit **hypotézu 2: „Účastí lékařů v multidisciplinárním týmu, který se zabývá substituční léčbou drogových závislostí, se zlepší povědomí lékařů o substituční léčbě.“**

Dále lze stanovit **hypotézu 3: „Kontinuálním teoretickým a praktickým proškolováním lékařů se dosáhne zlepšení povědomí lékařů o substituční léčbě.“**

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

7 Seznam citované literatury

1 AKTUÁLNÍ INFORMACE: *Péče o pacienty užívající psychoaktivní látky v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v roce 2008.* Č. 48. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky 2010.

2 AKTUÁLNÍ INFORMACE: *Údaje v Národním registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek – rok 2009.* Č. 4. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky 2010.

3 AKTUÁLNÍ INFORMACE: *Údaje v registru substituční léčby k 30. 6. 2003.* Č. 45. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky 2010.

4 Cabral, Howard et al. *Buprenorfin versus metadon při léčbě závislosti na opiátech v těhotenství* [online]. c2010, [cit 2010-06-11]. Dostupné z: <http://www.ajog.org/issues/contents?issue_key=S0002-9378%2808%29X0013-4>

5 *Drug Cravings* [online]. c2010, [cit 2010-08-09]. Dostupné z: <http://www.sciencenetlinks.com/sci_update.php?DocID=180>

6 GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog – důkazy o činnosti.* Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 106s. ISBN 978-80-87041-81-9

7 HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník.* 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 774s. ISBN 978-80-7367-569-1

8 HELLEROVÁ, M. *Věstník Ministerstva zdravotnictví, částka 3.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2008.

9 *Heroin* [online]. c2005, [cit 2010-07-15]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty/heroin>

10 *Indikace substituční léčby* [online]. c2010, [cit 2010-08-5]. Dostupné z: <http://sc.os-prevent.cz/indikace-substitucni-lecby>

11 KALINA, K. a kol. Hodnocení služeb: Posuzování kvality, účinnosti a nákladů. In *Drogy a drogové závislosti II.*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, Kapitola 7/8, s. 142 - 148

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

12 KALINA, K. a kol. Rozšiřování terapeutických možností. In *Drogy a drogové závislosti II.*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, Kapitola 7/3, s. 103 - 109

13 KALINA, K. a kol. Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In *Drogy a drogové závislosti I.*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, Kapitola 1/1, s. 15 - 24

14 KALINA, K. – BAYER, D. - a kol. Farmakoterapie závislosti a psychpatologických komplikací a komordibit. In *Drogy a drogové závislosti II.*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, Kapitola 6/2, s. 19 – 24

15 KALINA, K. – FIŠEROVÁ, M. - a kol. Neurobiologie závislostí. In *Drogy a drogové závislosti I.*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, Kapitola 2/2, s. 96-106

16 KALINA, K. – FROUZOVÁ, M. - a kol. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In *Drogy a drogové závislosti I.*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, Kapitola 2/6, s. 124 - 129

17 KALINA, K. – MIOVSKÝ, M. - a kol. Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti. In *Drogy a drogové závislosti II.*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, Kapitola 6/1, s. 15 - 18

18 KALINA, K. – MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I. - a kol. Možnosti a meze psychterapie v léčbě závislosti. In *Drogy a drogové závislosti II.*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, Kapitola 6/3, s. 25 – 29

19 KALINA, K. – MINAŘÍK, J. - a kol. Opioidy a opiáty. In *Drogy a drogové závislosti I.*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, Kapitola 3/2, s. 159 - 163

20 KALINA, K. – NEŠPOR, K. - a kol. Odvykací syndrom a craving – Klinické a behaviorální aspekty. In *Drogy a drogové závislosti I.*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, Kapitola 2/5, s. 119 - 123

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

21 KALINA, K. – POPOV, P. - a kol. Programy metadonové a jiné substituce. In *Drogy a drogové závislosti II.*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, Kapitola 8/11, s. 221 – 227

22 KERN, H. *Přehled psychologie.* 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 296s. ISBN 80-7178-425-5

23 Minařík, Jakub. *Definice (syndromu) závislosti na psychoaktivních látkách* [online]. c2007, [cit 2010-07-15]. Dostupné z: <http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/zavislost/definice-zavislosti.html>

24 *Morfin* [online]. c2010, [cit 2010-08-09]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Morfin>

25 Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL) c2007, [cit 2010-08-5]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/info.php?article=367&mnu_id=7300>

26 *Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek* c2009, [cit 2010-08-13]. Dostupné z: <https://snzr.uzis.cz/nrulisl/protected/guest/21000/sanitationLayout.jsf >

27 *Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek – výzva lékařům* [online]. c2010, [cit 2010-08-3]. Dostupné z: < http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substitucni_lecba/narodni_registr_uzivatelu_lekarsky_indikovanych_substitucnich_latek_vyzva_lekarum>

28 *Opiáty – podrobně* [online]. c2005, [cit 2010-06-07]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty/opiaty_podrobne>

29 *Opiáty - stručně* [online]. c2005, [cit 2010-06-07]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty/opiaty_strucne>

30 *Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19)* [online]. c2009, [cit 2010-08-5]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>

31 Practicus: informace pro praktické lékaře o registru substituční léčby [online]. c2009, [cit 2010-08-5]. Dostupné z: <http://www.drogy-

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substitucni_lecba/practicus_informace_pro_prakticke_lekare_o_registru_substitucni_lecby>

32 *Předpis č. 379/2005 Sb.* c2005, [cit 2010-08-5]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb05379&cd=76&typ=r>

33 *Substituce a udržovací programy* [online]. c2008, [cit 2010-06-05]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substitucni_lecba/substituce_a_udrzovaci_programy>

34 *Substituční léčba v ČR - něco z historie* [online]. c2008, [cit 2010-06-05]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substitucni_lecba/substitucni_lecba_v_cr_neco_z_historie >

35 *Substituční přípravek Suboxone je od 1. února 2010 částečně hrazen zdravotními pojišťovnam*i [online]. c2010, [cit 2010-08-11]. 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_pojistovnami>

36 VERSTER, A., BUNNING, E. *Buprenorfin – rozbor kritických otázek*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 54s. ISBN 978–80–87041–11–6

37 VERSTER, A., BUNNING, E. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účincích substituční léčby závislosti na opiátech*, Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 38s. ISBN80-86734-15-3

38 VÝROČNÍ ZPRÁVA 2009. Praha: Národní protidrogová centrála. 2010. Vychází jedenkrát do roka. Dostupné z: <www.policie.cz/clanek/vyrocni-zpravy-annual-reports.aspx>

39 *Zákon o návykových látkách – z. č.167/1998 sb* [online]. c2009, [cit 2010-08-5]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy_a_zakon/legalni_zachazeni_s_opl/zakon_o_navykovych_latkach_z_c_167_1998_sb>

40 ZAOSTŘENO NA DROGY. Č. 2 (květen 2003). Praha: Úřad vlády České republiky. 2003. Vychází nejméně šestkrát do roka. ISSN 1214-1089.

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

8 Klíčová slova

POSTOJ
DROGOVÁ ZÁVISLOST
SUBSTITUČNÍ LÉČBA
LÉKAŘ
HARM REDUCTION
OPIOIDY

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

9 Přílohy

Příloha 1 – Záznamový arch pro následné přepsání odpovědí

ČÁST I – UPŘESNĚNÍ VÝZKUMNÉHO SOUBORU

1. Okres, ve kterém je Vaše ordinace .....
2. Vaše specializace, příp. specializace Vaší ordinace .....
3. Pohlaví .....
4. Předepisujete některou ze substitučních látek.....Ano – Ne

ČÁST II – POVĚDOMÍ O SUBSTITUČNÍ LÉČBĚ

5. Co pro vás pojem substituční léčba znamená?.....
   .....
6. Jaké jsou podmínky pro zařazení pacienta do substitučního programu? .....

   .....
7. Jaké jsou kontraindikace pro zařazení pacienta do substitučního programu? .....

   .....
8. Jaké podmínky musí lékař podle nařízení Ministerstva zdravotnictví splňovat, aby mohl předepisovat substituci?.....

   .....
9. Jaký je Váš názor na hlášení do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek?.....

   .....
10. Co vše by měla substituční léčba obsahovat (složení týmu)? .....

    .....
11. Jste členem některého týmu substituční léčby?.....Ano – Ne

12. Jak hodnotíte vhodnost této péče z hlediska pracovišť, kde může být pacientovi poskytnuta substituční léčba?

(hodnoťte 1- 5 kdy 5 je nejhorší a 1 nejlepší výsledek)

a. ambulantní pracoviště praktického lékaře ..... 1 – 2 – 3 – 4 – 5

b. ambulantní AT pracoviště ..... 1 – 2 – 3 – 4 – 5

c. ambulantní psychiatrické pracoviště ..... 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

d. lůžkové psychiatrické zařízení ..... 1 – 2 – 3 – 4 – 5

e. lůžkové zařízení se specializované pro léčbu závislostí1 – 2 – 3 – 4 – 5

f. vězeňské zařízení..... 1 – 2 – 3 – 4 – 5

13. Jak hodnotíte dostupnost této péče z hlediska pracovišť, kde může být pacientovi poskytnuta substituční léčba v rámci Jihočeském kraji.

a. ambulantní pracoviště praktického lékaře..... 1 – 2 – 3 – 4 – 5

b. ambulantní AT pracoviště ..... 1 – 2 – 3 – 4 – 5

c. ambulantní psychiatrické pracoviště ..... 1 – 2 – 3 – 4 – 5

d. lůžkové psychiatrické zařízení ..... 1 – 2 – 3 – 4 – 5

e. lůžkové zařízení se specializ. pro léčbu závislostí ..... 1 – 2 – 3 – 4 – 5

f. vězeňské zařízení..... 1 – 2 – 3 – 4 – 5

ČÁST III – ZKUŠENOSTI V OBORU – POSTOJE K LÉČBĚ

14. Kolik vašich pacientů dlouhodobě užívá opiáty .....

15. Je někdo z Vašich pacientů účastníkem metadonového programu .....

Ano - Ne

a. jaké jsou Vaše zkušenosti.....
.....

b. v čem vidíte hlavní pozitiva .....
.....

c. v čem vidíte negativa.....
.....

16. Předepisujete někomu z pacientů substituci, kde účinnou látkou přípravku je buprenorfin..... Ano - Ne
.....

a. jaké jsou Vaše zkušenosti.....
.....

b. v čem vidíte hlavní pozitiva .....
.....

c. v čem vidíte negativa.....
.....

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

ČÁST IV – POSTOJE K LÉČBĚ A NÁMĚTY

17. Pokud substituční léčbu neposkytujete, uvažujete o tom? .. Ano – Ne
Pokud ne proč? .....
.....

18. Jaká podmínka, by musela být splněna, abyste substituci začal poskytovat?
.....
.....

19. Měla by se substituční léčba zpřístupnit většímu počtu pacientů?
Ano – Ne
Za jakých podmínek? .....
Pokud ne – proč? .....

20. Existuje podle Vašeho názoru poptávka ze strany praktiků účastnit se substituční léčby?.....Ano – Ne
Pokud ne - proč?.....

21. Po čem existuje větší poptávka ze strany pacientů – po substituční látce, nebo po substituční léčbě? *(Uveďte Váš názor v procentech.)* .....

22. Patří tento typ léčby ordinace praktického lékaře .....Ano – Ne

Pokud ne, co by se muselo splnit, aby patřil?.....
.....

23. Jaké vzdělání by měl mít lékař, který poskytuje substituční léčbu?.....
.....

24. Co byste ještě dodal k tomuto tématu?.....
.....

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image

Příloha 2 - Seznam registrovaných zdravotnických zařízení Jihočeského kraje

Název	Obec	Ulice	č.p.	Pracoviště	Telefon	Email	Okres	PSČ
Nemocnice České Budějovice, a.s.	České Budějovice	Boženy Němcové	585	92 - AT-návyk. nem.	387878732	darten.arteterapie@volny.cz	České Budějovice	37001
Nemocnice Č.Budějovice, a.s. - Lékárna	České Budějovice	Boženy Němcové	585	92 - AT-návyk. nem.	387878732	mailen@centrum.cz	České Budějovice	37001
Praktický lékař pro dospělé	Trhové Sviny	K Leváčku	1024	40 - PL pro dospělé	386322595	fbusta@tiscali.cz	Trhové Sviny	37401
Praktický lékař pro dospělé	České Budějovice	Boženy Němcové	52	40 - PL pro dospělé	386460426	hermanova.m@post.cz	České Budějovice	37001
Praktický lékař pro děti a dospělé	České Budějovice	Budovcova	10	40 - PL pro dospělé	386353952	drmilada.novakova@centrum.cz	České Budějovice	37001
Praktický lékař pro dospělé	České Budějovice	U Smaltovny	2	40 - PL pro dospělé		dr.wrobel@seznam.cz	České Budějovice	37001
Psychiatrická ambulance	České Budějovice	Matice školské	1786	92 - AT-návyk. nem.	607878434,4	metadon@os-prevent.cz	České Budějovice	37001
Ordinace PL pro dospělé, interna	Zliv	Jiráskova	397	40 - PL pro dospělé	731467442	ordinace_zliv@volny.cz	Zliv	37344
Ordinace prakt.lékaře pro dospělé	Kovářov	č.d.	97	40 - PL pro dospělé	382594132	kahoun.jaroslav@seznam.cz	Kovářov	39855
Praktický lékař pro dospělé	Vodňany	Jiráskova	116	40 - PL pro dospělé	388316230	ordinacePT1@seznam.cz	Vodňany	38901
Gynekologicko-porodnická ambulance	Prachatice	Menšíkova	1155	18 - Gynekologie	383313760	gyn.amb@seznam.cz	Prachatice	38301
Psychiatrická ambulance	Prachatice	Nádražní	399	13 - Psychiatrie	388316734	mar.cech@seznam.cz	Prachatice	38301
Praktický lékař pro dospělé	Husinec	Prokopovo náměstí	2	40 - PL pro dospělé		m.vastlova@seznam.cz	Husinec	38421
Praktický lékař	Veselí nad Lužnicí	nám. T. G. Masaryka	115	40 - PL pro dospělé	602103493	jircharova@seznam.cz	Veselí nad Lužnicí	39181
Jihočeské substituční centrum	České Budějovice	Matice školské	17	92 - AT-návyk. nem.	607878434, 387730459	metadon@os-prevent.cz	České Budějovice	37001

Datum a čas vytvoření: 11.08.2010 16:40:20

Created using easyPDF Printer
Click here to purchase a license to remove this image