



## Role substituce v oblasti léčby závislosti na drogách

březen – duben 2003

V České republice se substituce málo využívá.

- **Obsah** ■ **1 V EVROPSKÉ UNII JE SUBSTITUČNÍ LÉČBA ŠIROCE ROZŠÍŘENA**
- **2 SUBSTITUČNÍ LÉČBA - PŘEHLED**
- **2/1 Klíčová součást systému léčby závislosti**
- **2/2 Substituce místo léčby?**
- **2/3 Jaké substituční látky se používají?**
- **2/4 Do jaké míry je substituční léčba přístupná?**
- **2/5 Jak se poskytuje substituční léčba?**
- **2/6 Uživatelé drog v substituční léčbě**
- **3 SUBSTITUČNÍ LÉČBA V ČR**
- **3/1 Historie** ■ **3/2 Současný stav**

### ■ V EVROPSKÉ UNII JE SUBSTITUČNÍ LÉČBA ŠIROCE ROZŠÍŘENA

Substituční léčba problémových uživatelů drog se v současnosti provádí ve všech zemích Evropské unie. K prvním pokusům, při nichž se většinou používal metadon, došlo na konci šedesátých let dvacátého století, a to hlavně v severoevropských zemích. Na konci devadesátých let již byla substituční léčba zavedena ve všech členských zemích.

O přínosnosti tohoto typu léčby panuje v EU většinový konsensus. V některých zemích ale zůstává citlivým tématem. Z vědeckých důkazů vyplývá, že substituční léčba dokáže snižovat trestnou činnost, riziko přenosu infekčních chorob i počet úmrtí spojených s drogami. Zlepšuje také fyzický, psychický a sociální stav závislých uživatelů. Existují nicméně i názory, že se nejedná o léčbu, nýbrž o cynickou reakci, která ale ve skutečnosti problémy spojené s drogami neřeší. EMCDDA se domnívá, že by se politická debata o tomto problému neměla zaměřit pouze na argumenty pro a proti. Substituční léčba by se měla chápat jako jedna ze složek širokého spektra způsobů léčby problémového užívání drog, mezi něž patří také léčba, orientovaná na abstinenci ode všech psychoaktivních látek.

**Odhaduje se, že se na celém světě substituční léčbou léčí přibližně půl milionu uživatelů drog. Přes 300 000 z nich se léčí v Evropě, počet amerických pacientů se odhaduje na 110 000. (1)**

Nejčastěji se stále používá metadon, jeho postavení už ale není tak výsadní jako dříve. Ve Francii převažuje buprenorfin. V některých zemích Evropské unie bylo zahájeno testování látek typu dihydrokodeinu, pomalu se uvolňujícího morfinu a levo-alfa-acetyl-metadolu (LAAM). Poté, co bylo u pacientů léčených pomocí LAAM zjištěno několik případů život ohrožujících srdečních onemocnění, se tento přípravek na základě doporučení Evropské agentury pro hodnocení léčiv přestal používat. V Nizozemí se od roku 1997 ke stabilizaci chronických uživatelů opiátů používá samotný heroin,

v Německu se s těmito pokusy začalo v minulém roce a v dalších zemích se o této metodě diskutuje. Ve Velké Británii se heroin pacientům předepisuje na selektivní bázi a v malém měřítku již několik desítek let.

K racionální debatě jsou samozřejmě zapotřebí fakta, čísla a analýzy. Až donedávna bylo na úrovni Evropské unie k dispozici jen velmi málo dat o kvalitě a vyhodnocování substituční léčby. Na konci roku 2000 ale EMCDDA vydala zevrubný přehled o nejnovějších postupech s názvem Přehled současné praxe poskytování substituční léčby v zemích Evropské unie. (1)

**Definice:** Substituční léčba je jednou z forem lékařské péče pro závislé na opiátech (především na heroinu). Při léčbě se používá látka stejná či podobná té, která byla užívána nelegálně.

Léčba se nabízí ve dvou formách: udržovací (pacientovi se poskytuje dostatek látky, aby se snížilo nebezpečí rizikového či škodlivého jednání), a detoxifikační – při ní se množství podávané látky postupně snižuje až na nulu. Léčba se poskytuje zároveň s psychosociální podporou i bez ní.

### Stručný přehled základních fakt

1. Substituční léčba je klíčovou součástí komplexního přístupu k léčbě závislosti. Může být efektivní při snižování rizika přenosu infekce HIV, předávkování, užívání legálních či nelegálních látek a s drogami spojené kriminality.
2. Substituční léčbu by měla doprovázet psychosociální péče. Ta ale v praxi často chybí a místo na léčbu se hlavní důraz klade na substituci.
3. V současné době se k substituční léčbě používá metadon, buprenorfin, dihydrokodein, pomalu se uvolňující morfin a heroin. Ve většině zemí Evropské unie v substituční léčbě převládá jediná látka – nejčastěji metadon. Výběr látky i její dávkování by se mělo optimálně přizpůsobit potřebám jednotlivých pacientů.
4. V jednotlivých zemích se používají značně rozdílná kritéria pro vstup do léčby. V některých zemích jsou velmi přísná (tzv. vysokoprahová kritéria), v jiných je vstup do léčby podmíněn pouze závislostí na opiátech.
5. Ve většině zemí Evropské unie substituční léčbu poskytují specializovaná střediska či praktičtí lékaři. Ideální by bylo, kdyby se tyto formy poskytování daly kombinovat. Je ale třeba předejít nezákonnému zneužívání těchto látek, k němuž by mohlo dojít, kdyby byly pacientům předepisovány z různých zdrojů a ti začali s těmito látkami obchodovat.
6. V rámci Evropské unie poměr problémových uživatelů opiátů v substituční léčbě v jednotlivých zemích kolísá od 10 % až po více než 50 % (viz Tabulka 1). (2)

## 2 SUBSTITUČNÍ LÉČBA - PŘEHLED

### 2/1 Klíčová součást systému léčby závislosti

Existuje řada důkazů o tom, že substituční léčba dokáže omezovat rizika spojená s nálezou HIV/AIDS, užíváním drog, předávkováním a tzv. drogovou kriminalitou. Pomáhá také zlepšit celkový zdravotní stav závislých. Ze zevrubného přehledu dostupné literatury (3) vyplývá, že metadonová léčba dramaticky snižuje počet nových infekcí HIV a propuknutí AIDS. S její pomocí se snížila i četnost injekčních aplikací heroínu, sdílení injekčního náčiní a prostituce za účelem koupě drog. Z německé studie prováděné v oblasti ambulantní metadonové léčby v rozmezí čtyř let (4) vyplynulo, že došlo ke snížení užívání drog a zlepšení sociálních schopností a mezilidských vztahů. Řecké vyhodnocení metadonové léčby v Aténách (5) prokázalo velké snížení paralelního užívání heroínu.

„V mnoha zemích se substituční léčba po počátečním odporu začala rozvíjet v reakci na riziko infekce HIV spojené s injekčním užíváním opiátů a dalších drog. Osvědčila se. Spolu s všeobecně vyšším povědomím o rizicích užívání drog a s dalšími opatřeními typu harm reduction (snižování škod) přispěla na konci devadesátých let dvacátého století ve většině zemí Evropské unie k významnému omezení počtu nových případů infekce HIV mezi injekčními uživateli drog.“

GEORGES ESTIEVENART, výkonný ředitel EMCDDA

### 2/2 Substituce místo léčby?

Ve většině zemí Evropské unie se ve směrnicích pro substituční léčbu uvádí, že by měla být podpořena psychosociální péčí. Z výzkumů vyplývá, že úspěch léčby velkou měrou závisí právě na ní. Mezi teorií a praxí ale často zeje propast – pozornost se často zaměřuje spíše na substituci samotnou místo na komplexní léčbu. Potřebu psychosociální péče podporují výzkumy, které ukazují, že osoby procházející metadonovou léčbou jsou stejně jako jiní závislí vystaveni vysokému riziku duševních poruch, dalších zdravotních problémů i sociální deprivace. (6) Psychosociální péče by měla být považována za katalyzátor možného přechodu od závislosti k abstinenci. Péče o uživatele drog s duševními problémy závisí na vzájemné propojenosti psychiatrických a protidrogových služeb. V některých zemích byla úspěšně navázána spolupráce se specializovanými odděleními pro duální diagnózy, v jiných je propojenost mezi jednotlivými službami chabá.

Cílem protidrogové léčby je pomoci lidem znovu dosáhnout kontroly nad svým životem. Praktičtí lékaři musejí neustále zvažovat, jestli je pacient v substituční léčbě připraven dosáhnout abstinence pomocí detoxifikačního procesu.

V tomto procesu hraje velkou roli poskytování psychosociální péče a praktické pomoci.

MIKE TRACE, předseda správní rady EMCDDA

### 2/3 Jaké substituční látky se používají?

Takřka ve všech zemích Evropské unie se místo řady různých látek používá jedna dominantní látka. (7) S výjimkou Francie, kde se nejvíce užívá buprenorfin, se přes 90 % substituční léčby poskytuje ve formě metadonu. V rámci Evropské unie došlo v období mezi rokem 1993 a 1997 k šestinásobnému zvýšení počtu pacientů v substituční léčbě. (1)

Jednotlivé substituční látky mají různé vlastnosti. Buprenorfin

s sebou nese riziko předávkování a zároveň zabraňuje paralelnímu užívání heroínu. Metadon se naproti tomu snadněji aplikuje a je levnější – v průměru přibližně 8 EUR na týden léčby jednoho pacienta oproti 65 EUR za léčbu buprenorfinem. Někteří odborníci dávají u mladších uživatelů přednost buprenorfinu a metadon podávají starším dlouhodobějším uživatelům. Zároveň se zdá, že se buprenorfin lépe hodí pro těhotné ženy, jelikož vyvolává méně neonatálních problémů než metadon.

Pokusy s lékařským využitím heroínu probíhají v Německu a Nizozemí a v dalších členských zemích se o nich diskutuje. Při této léčbě se extrémně problematickým uživatelům za lékařsky kontrolovaných podmínek podává jejich původní droga. U všech látek musí substituční dávkování odpovídat dřívější míře užívání daného jedince.

### 2/4 Do jaké míry je substituční léčba přístupná?

I přes všeobecný rozmach substituční léčby v posledním desetiletí není její pokrytí v zemích EU rovnoměrné. Například v Řecku, Norsku, Finsku a Švédsku jsou možnosti vstupu do programu substituční léčby značně omezené.

Substituční léčba se téměř výhradně poskytuje ambulantně. Výhodou je, že se takto dá poskytovat levněji a uživatelé drog mohou žít normální život. V substituční léčbě jsou jak relativně dobře fungující a často i zaměstnaní lidé, tak i lidé na okraji společnosti či extrémně sociálně znevýhodnění pouliční závislí na drogách. Někteří klienti tudíž mohou potřebovat více péče, než je běžná ambulantní léčba schopna poskytnout. V rámci Evropské unie se pro přijetí do substituční léčby používají značně rozdílná kritéria. V některých členských zemích (např. v Řecku a Švédsku) mají některé programy tzv. vysoký práh a v potaz se bere věk, délka trvání závislosti, počet neúspěšných pokusů o léčbu, atd. V jiných zemích (např. v Dánsku, Španělsku, Itálii a Nizozemsku) se jako kritérium pro vstup do léčby vyžaduje pouze závislost na opiátech a přání léčit se. ‚Vysokoprahový‘ přístup zasahuje podobné lidi s podobnými potřebami, může však od léčby odstihnout ty, kteří ji potřebují, ale nesplňují kritéria pro vstup.

‚Nízkoprahová‘ metoda zasahuje nejvíce potenciálních klientů, ne vždy ale dokáže vyhovět všem rozdílným potřebám. V ideálním případě by se měly oba typy vzájemně doplňovat. Velké rozdíly panují i v oblasti poskytování substituční léčby ve věznicích.

### 2/5 Jak se poskytuje substituční léčba?

Substituční léčbu obvykle poskytují praktičtí lékaři či specializovaná střediska přizpůsobená potřebám závislých. Oba způsoby mají své výhody: praktičtí lékaři zajišťují široké zeměpisné pokrytí, specializovaná střediska zase disponují rozsáhlými zkušenostmi a odbornými znalostmi. Každá ze zemí Evropské unie se ale soustřeďuje pouze na jeden typ léčby. Kombinace těchto dvou způsobů poskytování substituční léčby za současného zavedení systému, který zabrání zneužívání substitučních látek k nelegálním účelům, by mohla být efektivnější. Oba způsoby mají i své nevýhody. Rozsah a kvalita služeb poskytovaných praktickými lékaři se různí a pacienti se mezi normálními pacienty mohou cítit nepříjemně. Specializovaná centra zase nejsou rovnoměrně rozložena po území státu, což může znamenat znevýhodnění uživatelů drog v odlehklých oblastech.

Tabulka 1: Substituční léčba problémových uživatelů drog v EU a Norsku

Země	Odhad prevalence problémového užívání drog <sup>(1)</sup>	Odhad počtu klientů substituční léčby	Míra pokrytí substituční léčbou (%) <sup>(2)</sup>
Belgie	20 200	7 000 (stav z roku 1996)	35 <sup>(3)</sup>
Dánsko	12 752 – 15 248	4 398 (4 298 na metadonu, 100 na buprenorfinu) (stav k 1. lednu 1999) <sup>(4)</sup>	27 – 34
Německo	80 000 – 152 000	50 000 (2001) <sup>(4)</sup>	33 – 63
Řecko	Data nejsou k dispozici	966 (stav k 1. lednu 2000) <sup>(4)</sup>	Data nejsou k dispozici
Španělsko	83 972 – 177 756	72 236 na metadonu (stav v roce 1999) <sup>(4)</sup>	41 – 86
Francie	142 000 – 176 000	71 260 (62 900 na buprenorfinu, 8 360 na metadonu) (stav k prosinci 1999) <sup>(4)</sup>	40 – 50
Irsko	4 694 – 14 804	5 032 (stav k 31. prosinci 2000) <sup>(4)</sup>	34 – 100 <sup>(5)</sup>
Itálie	277 000 – 303 000	80 459 (stav z roku 1999) <sup>(4)</sup>	27 – 29
Lucembursko	1 9000 – 2 200	864 (164 v oficiálním programu a + 700 dostávalo od praktických lékařů na předpis Mephenon®, tj. metadon v pilulkách) <sup>(4)</sup>	38 – 45
Nizozemí	25 000 – 29 000	11 676 (stav z roku 1997)	40 – 47
Rakousko	15 984 – 18 731	4 232 (stav k 1. lednu 2000) <sup>(4)</sup>	23 – 26
Portugalsko	18 450 – 86 800	6 040 (stav k 1. lednu 2000)	7 – 33
Finsko	1 800 – 2 700 <sup>(6)</sup>	240 (170 na buprenorfinu a 70 na metadonu)	9 – 13
Švédsko	1 700 – 3 350 <sup>(6)</sup>	621 (stav k 31. květnu 2000) <sup>(4)</sup>	19 – 37
Spojené království	88 900 – 341 423 <sup>(7)</sup>	19 630	6 – 22
Norsko	9 000 – 13 000	1 100 (stav z roku 2001)	8 – 12

Vysvětlivky: (1) Metody používané pro odhad rozsahu problémového užívání v jednotlivých zemích Evropské unie se značně liší. V kapitole 1 Výroční zprávy EMCDDA, která se věnuje problémovému užívání drog, a online tabulce 1 (<http://annualreport.emcdda.org>) najdete podrobnější informace o národní prevalenci a problémovém užívání drog. S výjimkou Švédska a Finska, kde dochází ke značnému užívání amfetaminu, se odhady problémového užívání týkají především uživatelů opiátů. Zde uvedené odhady nezahrnují uživatele amfetaminu. (2) Odhad podílu problémových uživatelů v substituční léčbě. (3) Prevalenční údaj zahrnuje pouze injekční uživatele drog, míra pokrytí substituční léčbou tedy může být nadhodnocena.

(4) Informace poskytnuté přímo národním monitorovacím centrem. (5) Stoprocentní míra pokrytí substituční léčbou se zdá nepravděpodobná, prevalenční odhad ve výši 4 694 může znamenat podhodnocení současné prevalence. (6) Pouze uživatelé opiátů. (7) Přesnější údaje pro Spojené království: prevalence problémového užívání drog (opiátů) = 162 000 – 244 000; počet klientů v substituční léčbě = 35 000; míra pokrytí = 14 – 22%.

„Zřizování nových středisek poskytujících léčbu může být velmi komplikované. Protidrogové služby se někdy vnímají tak, že do daných lokalit přitahují nežádoucí osoby a mohou být spojeny se znečišťováním okolí, opilostí, intoxikací a vloupáními.

Většina zemí uvádí, že místní komunity mívají k léčebným programům jistý odpor. K takovému odporu ... ale nejčastěji dochází pouze do doby, než je dané centrum zprovozněno. Jakmile začnou střediska fungovat, lidé v sousedství je (na podkladě zkušeností) většinou začnou akceptovat.“ (1)

## 2/6 Uživatelé drog v substituční léčbě

V tabulce 1 jsou uvedeny odhady počtu problémových uživatelů drog (především uživatelů opiátů) v Evropské unii a procentuální odhady počtu uživatelů v substituční léčbě. Posledně zmíněný odhad se v jednotlivých zemích značně liší. V některých zemích se pohybují kolem deseti procent, v jiných přesahují polovinu uvedených uživatelů.

Je třeba nezapomínat na to, že odhady problémového užívání drog jsou stále nepřesné a těžko srovnatelné. Z nízkého pokrytí plyne, že zvýšenému riziku předávkování, škod na zdraví, infekce HIV či jiných infekčních chorob, a vyloučení ze společnosti může být vystaven vysoký počet uživatelů drog.

Přesto je třeba mít na paměti, že se pomocí substituce dá čelit pouze problémovému užívání opiátů. Pro problémy spojené s amfetaminem či kokainem takové řešení neexistuje. V severních státech Evropské unie způsobuje užívání amfetaminů více škod než užívání heroinu, v rámci celé Evropské unie navíc nelze opomenout ani užívání kokainu.

I přes rozmach substituční léčby v posledních letech ale většina

členských států stále uvádí nedostatky v oblasti kontroly kvality, monitorování a vyhodnocování jednotlivých programů.

## Závěr

### Substituční léčba – co je třeba brát v úvahu?

Tento krátký přehled nabídl souhrn klíčových dat a vyhodnocení, které jsou k dispozici ohledně současného stavu substituční léčby v Evropské unii. Dále předkládá primární zdroje informací pro všechny, kteří o této problematice chtějí dovědět více. Na základě současného stavu vědomostí by se při zvažování podoby budoucích politik měly vzít v úvahu následující závěry:

1. Substituce by se měla vnímat jako součást komplexního systému léčby osob závislých na opiátech. V zemích, kde je vysoký potenciál přenosu infekčních chorob nitrožilní aplikací drog, by se měla stát klíčovou součástí strategií zaměřených na prevenci šíření HIV.
2. Substituce by měla být systematicky doprovázena psychosociální péčí.
3. Měla by se nabízet širší a diverzifikovanější škála látek a dávkování, aby bylo možno lépe vyhovět charakteristikám (profilu) osob vstupujících do léčby.
4. Měla by se zvýšit dostupnost a přístupnost substituční léčby, přičemž by se v rámci vyváženého přístupu měly nabízet jak nízkoprahové tak vysokoprahové služby.
5. Na poskytování substituční léčby by se měli podílet jak praktičtí lékaři, tak specializované služby.
6. Za účelem monitorování poskytování služeb by se v každém zeměpisném regionu mělo pravidelně prověřovat, jakou část problémových uživatelů substituční léčba pokrývá.

## 3 SUBSTITUČNÍ LÉČBA V ČR

### 3/1 Historie

V České republice má substituční léčba poměrně dlouhou tradici. Existují dobře zdokumentované případy závislosti na opiátu „braun,“ které byly léčeny tzv. „divokou substitucí“.

Nejčastěji se používal Diolan® (obsahující etylmorfin) a Temgesic® (obsahující buprenorfin).

V r.1992 dovezla nadace Drop-In několik kilogramů metadonu a Ministerstvo zdravotnictví ČSFR povolilo substituční léčbu provádět jako jednoroční experiment. S rostoucím výskytem heroínu v 90. letech se potřeba zavést substituční terapii opiátovými agonisty vyořila znovu. V r. 1997 rozhodlo Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZ ČR) o spuštění „pilotního programu“ pro 20 pacientů ve VFN v Praze, oddělení pro léčbu závislosti. (8) Počátkem r. 1999 sestavilo MZ ČR pracovní skupinu, která připravila Standardy substituční léčby (10) a vzdělávací program pro odborné lékaře a střední zdravotnický personál. Vznikl Registr substituční léčby (11). V mezidobí se kapacita apolinářského programu zvýšila téměř na 100 pacientů; poptávku po léčbě v hlavním městě nicméně pokrýt nestačil. V květnu 2000 bylo spuštěno dalších 7 specializovaných zařízení, na konci roku 2002 pak osmé zařízení (v Praze již třetí).

Během dvou let provádění substituční terapie v České republice se ukázalo, že existující systém „center“ není vždy a všude dostatečně schopen vyhovět poptávce ze strany pacientů ani potřebám veřejného zdraví.

Tabulka 2: Registr pacientů substituční léčby metadonem (stav k 31.12. 2002)

CENTRA	STAV REGISTRU CELKEM
VFN - Praha 2	55
FN s pol. Ostrava-Poruba	4
Ambulance AT Olomouc	5
DPS Elysium Brno	52
Metadon.jednotka Ústí n Labem	117
DROP IN o.p.s. (obě pracoviště)	104
Amb. OAT Hradec Králové	13
Ordinace AT Mělník	9
CELKEM	359

### 3/1 Současný stav

K 31. prosinci 2002 se léčbě metadonem v ČR podrobovalo 359 pacientů.

Počet klientů substituční léčby v ČR ani jejich podíl ve vztahu k počtu problémových uživatelů opiátů (2,3 %) neodpovídá stavu v zemích EU, srvn. tab. 1. Při cca 15 000 problémových uživatelů opiátů v ČR by odpovídající stav byl 2,5–5 tisíc klientů substituční léčby<sup>6</sup>.

V rámci komponentu 3 Phare Twinning Projectu „Strengthening Drug Policy“ byla v roce 2001 vypracována analýza potřeb (zkráceno redakcí):

**Výsledky analýzy potřeb v oblasti substituční léčby v ČR**

1. Rozšířit dostupnost substituční léčby rovnoměrně na celé území republiky také mimo specializovaná zařízení do psychiatrických ordinací a mezi všeobecné a dorostové lékaře.
2. Provádění substituční léčby nesmí pro poskytovatele představovat ekonomickou ztrátu; to musí být zohledněno hrazením výkonů a alespoň jednoho přípravku ze zdravotního pojištění.
3. Léčba (nejen opiátové) závislosti musí být dostupná v políčním zadržení i vazbě.

4. Zvýšení dostupnosti substituční léčby musí předcházet relevantní vzdělávací program pro jeho poskytovatele.

5. Skupina klade důraz na evaluaci substitučních léčeb ve smyslu akreditačních standardů.

<sup>6</sup>Syntetický opioid, silný agonista opiátových receptorů; po jeho užití se nedostavuje „rauš,“ při správném dávkování ale utlumí fyzické příznaky abstinčního syndromu jakkoliv silné opiátové závislosti „celkem léčbu bez použití opiátových agonistů v ČR využívá přibližně 3 200 „opiátových“ pacientů

#### Hlavní zdroje informací:

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2000), *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, EMCDDA Insights series No 3, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2000.
2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2001), *2001 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*, Table 1: Substitution treatment among problem drug users, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2001, p. 28.
3. Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A. and Alcabes, P. (1998), 'Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV', AIDS, 12 (suppl. A), pp. 217–230.
4. Küfner, H., Vogt, M. and Weiler, D.(1999), *Medizinische Rehabilitation und Methadon-Substitution*, Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler.
5. EDDRA database entry (2001), *Second unit of the methadone substitution programme in Athens* (<http://www.reitox.emcdda.org:8008/eddra>), EMCDDA, Lisbon.
6. Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington, P., Jarvis, M., Brugha, T., Gill, B. and Meltzer, H. (1998), 'Substance misuse and psychiatric co-morbidity: an overview of the OPCS national psychiatric morbidity survey', Addictive Behaviours, 23, No 6, Elsevier Science Ltd, Oxford, pp. 909–918.
7. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2000), *2000 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*, Table 1: Substitution substances used in the EU, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2000, p. 29.
8. Popov, P. (2002) Metadonová substituční léčba v České republice (Methadone Maintenance Treatment in the Czech Republic). *Adiktologie* 2 (1): str. 24–31.
9. Interpelace poslance Ivana Langerá ve věci terapie závislých na opiátech. 13. květen 1999. Poslanecká sněmovna, Parlament ČR.
10. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2001) Metodické opatření MZ ČR č. 4 - Standard substituční léčby. *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR* ZD 4/2001. ([http://www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta\\_standa.doc](http://www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta_standa.doc))
11. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2001) Národní registr uživatelů lékářsky indikovaných substitučních látek (NRUSL). *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR* ZD 06/2001,

Publikováno se svolením EMCDDA. Toto číslo čerpá z Drugs in Focus - Briefing 1 (1), dostupného na [http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy\\_briefings/pb1\\_3/pb01\\_EN.pdf](http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb1_3/pb01_EN.pdf).

Autoři převzaté části „Klíčová role substituční léčby“: Margareta Nelson, Ulrik Solberg, Danilo Ballota, Lucas Wiessing. Redaktoři (EMCDDA): Kathy Robertson, John Wright. Anglickou verzi vydalo v lednu 2002 Office for Official Publications of the European Communities, ISSN 1681-5157. © European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2002.

Překlad: Jindřich Bayer. Odborná redakce českého vydání: Tomáš Záborský.

## ZAOŠTŘENO NA DROGY

**Vydává** ■ Úřad vlády České republiky

Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

IČO 00006599

**Adresa redakce** ■ Vladislavova 4, Praha 1, tel. 296 153 222

**Odpovědný redaktor** ■ Ing. Eva Škrdlantová

**Autoři tohoto čísla** ■ Autoři anglické části uvedení výše a MUDr. Tomáš Záborský PhD.

Toto číslo vyšlo 19.května 2003. Vychází nejméně 6x ročně. Evidenční číslo Ministerstva kultury ČR: MK ČR E 14088.

**ISSN 1214-1089**

**Neprodejné. Distribuci zajišťuje vydavatel.**

© Úřad vlády České republiky, 2003