



# INFORMACE pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech

Annette Verster a Ernst Buning







# Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech

Annette Verster a Ernst Buning

© EuroMethwork, 2003

**Vydal:** Úřad vlády České republiky, 2003

1. vydání v českém jazyce

**ISBN 80-86734-15-3**

<b>SOUHRN</b>	6
<b>PROČ TYTO INFORMACE O SUBSTITUČNÍ LÉČBĚ?</b>	7
<b>PODĚKOVÁNÍ</b>	8
<b>1. ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ NÁKLADY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI</b>	9
1a. Co je to drogová závislost?	9
1b. Co je to závislost na opiátech?	10
1c. Jak závažný je problém závislosti na opiátech?	11
1d. Jaké jsou sociální a zdravotní důsledky?	12
1e. Je možné závislost na opiátech vyléčit?	13
<b>2. O SUBSTITUČNÍ LÉČBĚ</b>	14
2a. Co je to „substituční léčba“?	14
2b. Co je cílem substituční léčby?	15
2c. Jak rozšířená je substituční léčba v Evropě?	16
2d. Co je to „metadonová léčba“?	17
2e. Je metadon jediným substitučním prostředkem pro léčbu závislosti na opiátech?	18
2f. Proč je nutné, aby byla substituční léčba dlouhodobá?	19
<b>3. O ÚČINNOSTI SUBSTITUČNÍ LÉČBY</b>	20
3a. Jaké účinky má substituční léčba pro pacienty?	21
3b. Jaké výsledky přináší substituční léčba společnosti?	22
3c. Jak ekonomicky efektivní je substituční léčba?	23
3d. Je investice do substituční léčby plýtváním veřejnými prostředky?	24
3e. Proč jsou doposud někteří lidé k substituci kritičtí?	25
3f. Má substituční léčba také nevýhody?	26
3g. Jaké hlavní úkoly nás čekají?	27
<b>4. POSKYTOVÁNÍ SUBSTITUČNÍ LÉČBY</b>	28
4a. Je substituční léčba sama o sobě dostatečná?	29
4b. Jaké zařízení je pro substituční léčbu nejlepší?	30
4c. Měla by substituční léčba být dostupná ve vězení?	31
4d. Existuje ideální způsob poskytování léčby?	32
4e. Jaké dávkování je optimální?	33
4f. Je toxikologická analýza moči při léčbě užitečná?	34
4g. Jak optimalizovat kvalitu substituční léčby?	35
<b>SLOVNÍČEK POJMŮ</b>	36
<b>ZDROJE: LITERATURA, INTERNETOVÉ STRÁNKY</b>	37
<b>SEZNAM SPOLUPRACUJÍCÍCH ODBORNÍKŮ, PODĚKOVÁNÍ</b>	38

## SOUHRN

Závislost na opiátech je fenoménem, kterému musejí čelit všechny (evropské) země. Zároveň je problémem nákladným, a to nejen co do veřejných výdajů, ale i co do lidského utrpení. Závislost na opiátech je považována za jeden z důležitých faktorů, přispívajících k chudobě, kriminalitě a rozpadům rodin a ke zvyšování výdajů státní správy na místní i celostátní úrovni.

Ukázalo se, že substituční léčba je účinná pro jednotlivce i pro společnost, protože zlepšuje sociální, duševní a fyzický stav jedince a tak snižuje veřejné výdaje na zdravotní péči a trestněprávní systém.

Správně poskytovaná substituční léčba:

- sníží nebo zastaví užívání nelegálních drog
- zlepší fyzický, duševní a sociální stav pacienta
- sníží počet infekčních onemocnění, včetně HIV a hepatitidy
- sníží úmrtnost, zvláště spojenou s předávkováním
- sníží nemocnost
- zlepší kvalitu života pacienta a jeho rodiny
- sníží veřejné výdaje na zdravotní péči
- sníží veřejné výdaje na trestněprávní systém.

Přínos substituční léčby je zvyšován:

- udržením klientů v terapii (čím déle je pacient léčen, tím větší je přínos léčby pro něj i pro společnost)
- předepisováním dostatečně vysokých dávek (v případě metadonu obvykle mezi 60–120 mg nebo více, u buprenorfinu 8 mg nebo více)
- spíše dostatečně dlouhým obdobím na stabilní dávce léčiva než překotným převáděním k abstinenci léčbě
- nabídkou (různých forem) poradenství
- vyšetřením na přítomnost jiných psychiatrických onemocnění a jejich případnou léčbou
- dostupností psychosociálních intervencí a podporou integrace jednotlivých služeb.

I když byla účinnost substituční opiátové terapie přesvědčivě prokázána, stojíme před důležitými úkoly:

- zvýšit ekonomickou efektivitu (využívání investovaných prostředků) a přitom zachovat nebo zlepšit kvalitu léčebné péče
- zvýšit dostupnost terapeutických služeb a rozšířit jejich výběr
- zajistit vyšší objem finančních prostředků pro léčbu závislosti na opiátech a zkoordinovat tyto služby s dalšími nezbytnými sociálními službami a lékařskou péčí.



## PROČ TYTO INFORMACE O SUBSTITUČNÍ LÉČBĚ?

Závislost na opiátech existuje ve všech zemích Evropy a způsobuje problémy nejen jednotlivým pacientům a jejich rodinám, ale celé společnosti. Závislost na opiátech také značně přispívá k chudobě, kriminalitě, rozpadu rodin a významně se podílí na výdajích státní správy na místní i celostátní úrovni.

Je vědecky dokázáno, že substituční terapie dokáže snížit kriminalitu, počet infekčních onemocnění a úmrtí ve spojení s drogami a že rovněž zlepšuje fyzický, sociální a psychický stav pacientů.

Přestože se v Evropě substituční terapie v posledních několika letech masivně rozšířila, je ještě nutno se vypořádat s několika problémy. Patří mezi ně:

- **nedostatečná kontrola kvality:** je třeba monitorovat nebo hodnotit jednotlivé programy, aby se zlepšila kvalita a zlepšila ekonomická výnosnost terapie
- **omezená dostupnost:** většina závislých na opiátech se v současné době neléčí, a to buď proto, že substituční léčba není dostupná, nebo protože v současnosti dostupná substituční léčba neodpovídá potřebám pacienta
- **politika:** přestože ve prospěch substituční léčby mluví vědecké důkazy, při rozhodování místo nich často dostávají přednost ideologické a politické zájmy
- **neschopnost dosáhnout konsensu:** dosud neexistuje jednotná shoda o povaze závislosti jako takové ani o hodnotě substituční léčby.

Tato publikace shrnuje fakta o efektivní substituční léčbě závislosti na opiátech. Informace podáváme formou otázek, se kterými se lidé pracující v této oblasti často setkávají. Tyto otázky a naše odpovědi jsme tématicky rozdělili do čtyř kapitol. Samy odpovědi vycházejí z vědeckých poznatků a ze současné praxe, a mohly by vám pomoci při diskusích o zavádění substituční léčby ve vašem regionu.

Vzhledem k rozdílům v historických, kulturních, sociálních, ekonomických a politických podmínkách a vzhledem k různosti systémů poskytování péče v Evropě, jsme se snažili o co nejobecnější pohled. Je třeba brát zřetel na rozdílnou dostupnost, rozvoj a stav substituční terapie v Evropě, na rozdíly mezi Západní Evropou a postkomunistickými zeměmi – a také na rozdíly v rámci jednotlivých zemí. Ačkoli v knize pro některé situace doporučujeme určité metodické postupy nebo typy léčby, nejsou míněny jako diktát, ale spíše jako návrh a jako průvodce správnou klinickou praxí v substituční léčbě. Každá společnost musí dospět ke své vlastní shodě v této věci – a během procesu hledání shody může pomoci tato publikace. Lze z ní získat základní informace o zavádění a provozu programů léčby závislosti, které budou prospěšné jednotlivcům i společnosti.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tato publikace byla připravena s finanční podporou Evropské komise. Dalšími sponzory byli: Molteni Farmaceutici, Quest for Quality, the International Harm Reduction Association a Itaca Europe. Autoři spolupracovali se skupinou odborníků z různých zemí a různých odborností. Chceme poděkovat za spolupráci Billu Nellesovi, Patricku O'Hareovi, Edo Polidorimu, Marcu Reisingerovi, Gerritu van Santenovi a Martě Torrensově.

## **POZNÁMKA VYDAVATELE**

České vydání je hrazeno z prostředků na protidrogovou politiku, za jejichž využití odpovídá Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky.

## 1. ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ NÁKLADY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

**1a.** Co je to drogová závislost?

**Drogová závislost je komplexní stav, který zahrnuje sociální, psychologické a biologické komponenty. Uživatelé drog tvoří homogenní skupinu, protože existuje mnoho forem drogové závislosti, které se liší podle typu užívaných drog a míry závislosti.**

Existuje mnoho drog, které mohou vyvolat závislost; jde jednak o látky legální, jako je např. alkohol, tabák, psychotropní léky a káva, jednak o látky nelegální – např. opiáty (nejčastěji heroin) a stimulantia (kokain, speed, amfetaminy, extáze).

Je důležité jasně si uvědomit rozdíl mezi „užíváním drog“ a „závislostí na drogách“. Tabulky 1 a 2 shrnují rozdíly mezi lidmi, kteří své užívání drog mají pod kontrolou, a lidmi, kteří jsou na drogách závislí.

Kromě rozdílů mezi užívanou drogou a mírou jejího užívání, se uživatelé liší také podle způsobu užívání. Některé drogy lze užívat pouze perorálně (ústí), jiné lze také šňupat nebo užívat injekčně. Nejrizikovější styl užívání drog najdeme mezi závislými uživateli opiátů, kteří denně po mnoho let užívají drogy injekčně. Tato skupina vykazuje vysokou úmrtnost zahrnující úmrtí v důsledku HIV/AIDS nebo hepatitidy, předávkování, sebevražd či úrazů (WHO, World Health Report, 2002).

**Tabulka 1: Uživatelé drog**

Uživatelé, kteří mají konzumaci drog pod kontrolou a jsou méně ohroženi závislostí, užívají drogy:

ze zvědavosti	zvědavost je často důvodem prvního užití drog
z touhy po experimentu	mladí lidé mohou chtít experimentovat s drogami, aby získali nové zkušenosti
pro dobrodružství a pocit rizika	některé lidi může přitahovat riziko, které je s užíváním drog spojováno
pro zvýšení výkonnosti a zlepšení vzhledu	může zahrnovat užívání stimulantů, jako je kokain a amfetaminy, a látek, které zvyšují výkon, jako jsou např. anabolické steroidy
pro zábavu	většina lidí užívá drogy, protože je to baví
s cílem umocnit prožitky	patří sem extáze užívaná mladými lidmi v klubech, a mezkalin někdy užívaný např. spisovateli (např. Aldous Huxley)

**Tabulka 2: Problémoví uživatelé drog**

Problémoví uživatelé drog, lidé závislí na drogách a ti, kteří je musí užívat, aby:

zabránili abstinenčním příznakům	když jsou uživatelé na drogách závislí, snaží se zabránit extrémně nepříjemným fyzickým a psychologickým stavům spojeným s abstinenčními příznaky
zmírnili (emocionální) bolest	někteří lidé užívají drogy (především opiáty) jako autoterapeutický prostředek, jímž se vyrovnávají s emočními problémy

**1b.** Co je to závislost na opiátech?

Závislost na opiátech je stav, způsobený změnou neurochemického prostředí a receptorů v mozku. V důsledků této změny jsou opiáty pro organismus stejnou biologickou nutností jako potřeba jíst nebo dýchat.

**1c.** Jak závažný je problém závislosti na opiátech?

Protože většina opiátů patří mezi nelegální drogy, jejich užívání je často skryté, a odhad počtu uživatelů opiátů nebo osob závislých na opiátech je proto obtížný.

Problému drog čelí všechny evropské země. Začátek opiátové epidemie se však různí:

- na konci 60. a počátku 70. let mezi mladými lidmi v severní a západní Evropě
- na konci 70. let a na počátku 80. let v jižní Evropě
- v 90. letech v evropských postkomunistických zemích.

Zdá se, že v některých severoevropských zemích,

jako např. Švédsku a Finsku, je v porovnání s ostatními zeměmi nižší počet uživatelů závislých na heroinu a vyšší počet uživatelů a závislých na amfetaminech<sup>1</sup> (Farrell a kol., 1999).

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) každoročně zveřejňuje odhady počtu uživatelů opiátů v jednotlivých členských zemích Evropské unie. Nejvyšších hodnot dosahují Portugalsko, Itálie, Lucembursko a Velká Británie: odhadem mezi 6 a 9 na 1000 obyvatel ve věku 16–65 let. Nejnižší počet se odhaduje pro Rakousko, Německo a Nizozemí – cca 3 problémoví uživatelé drog na 1000 obyvatel ve věku 16–65 let<sup>2</sup> (EMCDDA Annual Report, 2002).

**Tabulka 3: Odhadovaná prevalence v Evropské unii**

Odhadovaný počet problematických uživatelů drog na 1000 obyvatel ve věku 16–65 let v EU v roce 2001:

<b>Nejvyšší</b>	6 - 9	Itálie, Lucembursko, Portugalsko, Velká Británie
	3 - 6	Dánsko, Finsko, Francie, Irsko, Španělsko, Norsko
<b>Nejnižší</b>	2 - 3	Rakousko, Německo, Nizozemí

<sup>1</sup> Mezi země s vyšším počtem uživatelů stimulancií se řadí i ČR, kde je počet problémových uživatelů pervitinu (metamfetaminu) odhadován asi na 1,5násobek počtu problémových uživatelů opiátů (zejména heroinu) – konkrétně jde o cca 22 000 pervitinistů vs. 15 000 heroinistů (pozn. české redakce)

<sup>2</sup> V ČR cca 2 problémoví uživatelé opiátů / 1000 obyvatel a cca 3 probl. uživatelé pervitinu/1000 oby.

**1d.** Jaké jsou sociální a zdravotní důsledky?

**Závislost na nelegálních opiátech je závažný stav, který je spojen s vážnými nemocemi – především HIV/AIDS a jinými infekčními onemocněními (hepatitida typu B a C) – a s vysokou úmrtností. Injekční užívání je v mnoha zemích hlavní příčinou infekce HIV mezi uživateli opiátů, kde se šíří díky sdílení kontaminovaných jehel a materiálu. Takový stav hrozí rozšířením do obecné populace prostřednictvím sexuálních partnerů uživatelů drog a přenosem z matky–uživatelky na dítě. Mimoto je závislost na opiátech považována za jev, který velkou měrou přispívá k chudobě, kriminalitě, rozpadu rodin a zvyšuje výdaje státní správy. Závislost na opiátech může působit sociální, zdravotní a ekonomické problémy.**

Studie britské *University of York* vypočítala náklady na užívání nelegálních drog (např. heroinu, cracku a kokainu) ve Velké Británii. Odhaduje se, že tyto drogy zemi stály téměř 30 miliard euro ročně. Za 99 procent celkových

sociálních a ekonomických nákladů odpovídají těžce závislí uživatelé; zatímco rekreační uživatelé bez návyku stojí v průměru 30 euro ročně, u problémových uživatelů drog jde o více než 16 000 euro ročně. Roční ekonomické náklady na zdravotnické služby, trestní soudnictví a sociální dávky se odhadují mezi 5,6 a 10,3 miliardami euro. Náklady, které nesou oběti trestných činů, zvyšují toto číslo na částku mezi 16,6 a 28,6 miliard euro (The Observer z 1.12.02).

Australská studie dává náklady společnosti na drogy do širších souvislostí a porovnává sociální náklady na kouření, alkohol a nelegální drogy. Výpočty/odhady v době, kdy probíhal průzkum, tj. 1998–99, zahrnovaly hmotné i nehmotné náklady vzniklé jednotlivcům, společnostem a státu. Materiální náklady zahrnovaly nemocniční péči, nehody na silnicích, ztrátu příjmů z výnosů a daní a zvýšenou kriminalitu a policejní kontrolu. Nehmotné náklady byly spojené s bolestí a utrpením. Podle této studie kouření tabáku způsobovalo 61 %, alkohol 22 % a nelegální drogy 17 % sociálních nákladů z celkových škod, plynoucích Austrálii ze zneužívání návykových látek.

**1e.** Je možné závislost na opiátech vyléčit?

**Závislost na opiátech je chronický stav s mnoha relapsy (návraty nemoci u zdánlivě vyléčených jedinců) a proces léčby představuje dlouhý proces. Existuje celá řada možností léčby závislosti na opiátech, od psychologických intervencí v pobytových zařízeních (včetně terapeutických komunit) přes ambulantní léčbu (včetně svépomocných programů, jako jsou např., Anonymní narkomani (NA)), až po léčbu pod lékařským dohledem, kam patří substituční terapie nebo detoxikační režimy v ambulantních zařízeních v rámci specializovaných center nebo primární péče. Různé typy léčby se navzájem nevylučují, ale mohou se doplňovat a tak sloužit pacientům s různými potřebami.**

Ukázalo se, že některé ze způsobů poskytování léčby jsou účinnější než ostatní. Jednou z nejúčinnějších je substituční léčba, dodržující odpovídající standardy péče; prokázalo se, že účinně

dosahuje mnoha výsledků, blahodárných pro daného pacienta i pro celou společnost:

- omezuje užívání nelegálních drog
- zlepšuje fyzický, duševní a sociální stav pacienta
- zlepšuje kvalitu života pacienta a jeho rodiny
- snižuje rizikové chování pacientů
- snižuje veřejné výdaje na lékařskou péči
- snižuje veřejné výdaje na trestněprávní systém.

Vědecké výzkumy ukázaly, že nejlepší léčbou závislosti na opiátech je kombinace ambulantní terapie, léků a sledování zdravotního stavu s cílem udržet pacienty v léčbě tak dlouho, aby byl její přínos co největší a nejtrvalejší (UNODC, 2003). Vůbec nejúčinnější ze všech dostupných typů léčby závislosti na opioidech je s nejvyšší pravděpodobností substituční terapie – a z ní zejména udržovací metadonová terapie doplněná příslušnými sociálními, lékařskými a psychologickými službami (Joseph a kol., 2000, AATOD Drug Court Fact Sheet, 2002).

## 2. O SUBSTITUČNÍ LÉČBĚ

### 2a. Co je to „substituční léčba“?

**Závislost na opiátech je obtížné mít pod kontrolou; důvodem je nutková potřeba užití drogy, jež vede k jejímu vyhledávání a opakovanému užívání, a to i přes negativní zdravotní a sociální následky. V současné době existuje široká nabídka různých terapeutických možností substituční léčba je pro většinu uživatelů závislých na opiátech nejúspěšnější z nich.**

**Substituční léčba je typem léčby závislosti na opiátech, která používá látku s podobnou nebo identickými vlastnostmi a účinky jaké má užívaná droga. Tento typ látky se nazývá agonista. Agonisté mohou nahradit zneužívanou drogu a vytvořit snadněji kontrolovatelnou formu závislosti. Užívání substitučních látek zmírňuje mnoho abstinenčních příznaků, které jedinci závislí na různých psychoaktivních látkách pociťují, a snižuje zdravotní a sociální rizika. Při správném dávkování také omezuje nutkovou potřebu užívat opiáty. Příkladem opiátového agonisty je metadon.**

Jiným lékem předepisovaným při léčbě závislosti na opiátech je buprenorfin. Buprenorfin je syntetická látka, částečný agonista a částečný antagonist. Antagonista je blokující prostředek, který

obsazuje stejná místa receptorů v mozku jako konkrétní zneužívaná droga, ale není návykový. Když někdo užije antagonistu, blokuje si tím účinky heroinu, protože ten nemůže na mozek působit obvyklým způsobem, a tak nedochází ke změnám nálady. Čistí antagonisté, jako je např. naltrexon, se používají v případě, že klienti nechtějí být udržováni na látkách substituujících opiáty, nebo když odcházejí z léčebných programů, které nepoužívají k léčbě žádné náhradní látky nebo léky, a vracejí se do společnosti; užívání naltrexonu pak snižuje riziko recidivy. Další opiátový antagonistu Naloxon (Narcan) se používá při léčbě akutního předávkování opiáty a k odvrácení kómatu.

Přínos substituční léčby spočívá v tom, že dává závislým uživatelům drog možnost omezit rizikové chování a stabilizovat svůj zdravotní a sociální stav. Substituční léčba je obecně určena pro závislé uživatele, pro něž je těžké přestat drogu zcela užívat. Je žádoucí, aby substituční látky měly delší dobu působení (biologický poločas), než droga, kterou nahrazují, tím prodloužily dobu do nástupu abstinenčních příznaků a tedy snížily frekvenci užívání. Pacient se tak může soustředit na běžné životní aktivity, aniž by musel neustále shánět a užívat drogy. Nahrazení nelegální drogy předepsanou látkou navíc pomáhá snižovat trestnou činnost a podporuje proces změny pacientova životního stylu.



**2b.** Co je cílem substituční léčby?

Cíle substituční terapie lze shrnout v následujících bodech:

- pomoci pacientům, aby zůstali zdraví až do doby, než budou díky vhodné léčbě a podpoře schopni začít žít bez nelegálních drog
- omezit pacientovo užívání nelegálních nebo nepředepsaných drog
- řešit problémy, spojené se zneužíváním drog
- omezit nebezpečí, související se zneužíváním drog – zvláště riziko úmrtí předávkováním a riziko infekce HIV, hepatitidy typu B a C a jiných krevně přenosných infekcí prostřednictvím injekčního užívání a sdílení injekčního vybavení
- zkrátit trvání období zneužívání drog
- snížit pravděpodobnost budoucí recidivy zneužívání drog

- snížit potřebu páchat trestnou činnost v zájmu obstarání prostředků na zneužívání drog
- pokud je to vhodné, stabilizovat pacienta na substituční látce a zmírnit tak abstinční příznaky
- zlepšit zapojení do jiného typu léčby
- zlepšit celkové fungování člověka samotného, jeho sociální integraci a rodinný život.

Tyto cíle se u mnoha pacientů daří splňovat téměř od prvního dne léčby. Substituční léky lze srovnávat s jinými léky, které jsou účinné při léčbě závažných chronických stavů typu hypertenze (vysokého krevního tlaku) nebo diabetu (cukrovky). Tyto stavy, stejně jako závislost na opiátech, jsou chronické, vyžadují každodenní léčbu a představují vysoké riziko nepříznivých následků v případě, že je léčba přerušena.

**2c.** Jak rozšířená je substituční léčba v Evropě?

**V Evropě má substituční léčba dlouhou a pestrou historii; postupné změny v medicínském náhledu a příslušné legislativě vyústily ve změny ve způsobech, jimiž je poskytována.**

**V Akčním plánu EU o drogách (2000–2004) je jeden ze strategických cílů definován takto: „podstatně zvýšit počet úspěšně léčených závislých uživatelů“.**

**Většina evropských zemí v současnosti poskytuje některou z forem substituční léčby. Procento uživatelů závislých na opiátech, kteří jsou léčeni substitucí v současnosti, se liší zemi od země i v rámci jednotlivých regionů. Částečně to závisí na rozsahu a historii problému v dané zemi, a částečně také na politické vůli poskytovat tuto léčbu v masivnějším měřítku.**

Například v Itálii podstupuje substituční léčbu pouze 27 až 29 %. Ve Španělsku se procento pohybuje mezi 41 a 86 %, v Německu mezi 33

a 63 % a v Nizozemí podstupuje substituční terapii mezi 40 a 47 % uživatelů heroínu<sup>3</sup> (EMCDDA, 2002).

Většina zemí – zejména Španělsko, Francie a některé země Střední a Východní Evropy – zažila v oblasti poskytování substituční léčby rychlý vývoj. Impulsem pro její rozšíření byla ve většině případů reakce na epidemii HIV/AIDS mezi uživateli drog a také rostoucí množství důkazů o ohromující účinnosti substituční terapie jak v prevenci HIV, tak i v samotné léčbě závislosti na opiátech. I když se ve většině zemí objevilo během tohoto období rozvoje jen málo problémů, některé členské země EU nad nimi přesto vyjádřily znepokojení. Týkalo se zejména nedostatečné přípravy a zkušeností některých lékařů, kteří mohou substituční látky předepisovat. Nejvíce byla diskutována oblast ambulantní léčby včetně služeb praktických lékařů a lékárníků. Diskuse se vedou také o kontrole předepisování a možných rizicích, průniku metadonu na nelegální trh (Farrell a kol., 1999).

<sup>3</sup> V ČR bylo v roce 2002 příjemci substituční léčby pouhých 7 % uživatelů opiátů – z toho 463 osob v metadonových centrech a zbytek představuje odhad počtu osob léčených buprenorfinem v ambulancích psychiatrů a praktických lékařů. (viz Zaostřeno na drogy č. 6/2003)

**2d.** Co je to „metadonová léčba“?

V EU se pro substituční léčbu ve více než 90 % případů používá metadon; výjimku představuje Francie, kde převažuje buprenorfin. Odhaduje se, že v Evropě užívá farmaceutický metadon přibližně 300 000 lidí, ve Spojených státech 180 000 a v Austrálii 20 000. V mnoha zemích světa se používají odlišné formy substituce. Metadonová terapie se však dodnes nejvíce poskytuje v Evropě, Severní Americe a Austrálii. Po sečtení výše uvedených odhadů docházíme k závěru, že ve světě se touto formou substituce léčí přibližně půl milionu lidí (Farrell a kol., 1999; Parrino, 1999).

Metadon je syntetický opioidový agonista s biologickým poločasem 24–36 hodin. Existuje několik forem a typů předepisovaného meta-

donu. Nejčastěji se používá v roztoku o koncentraci 1 mg/1 ml.

Metadon především zmírňuje nutkavou touhu po užití drogy, potlačuje abstinenci příznaky a blokuje pocity euforie spojované s heroinem. Vzhledem k tomu, že závislost na opiátech je často chronická, většina pacientů potřebuje vyšší dávky a léčbu po předem pevně neurčenou dobu. To je důvodem, proč je dlouhodobá metadonová udržovací terapie prokazatelně účinnější než krátkodobá léčba nebo detoxikace. Nižší dávky metadonu nemusejí být tak účinné a neblokují euforii při případném užití heroinu. Bylo zjištěno, že metadonová udržovací terapie je z lékařského hlediska bezpečná a nepůsobí útlum, ke kterému dochází po užití sedativ. Jde také o bezpečný a účinný léčebný prostředek pro těhotné ženy, závislé na heroinu.

**2e.** Je metadon jediným substitučním prostředkem pro léčbu závislosti na opiátech?

**Valná většina substituční léčby je zabezpečována pomocí metadonu. K dispozici jsou však i další látky, které jsou v léčbě závislosti na opiátech účinné. Přestože pacientů, kteří špatně reagují na metadon, je pouze menšina, je nutné, aby byly k dispozici léky i pro ně.**

### **Buprenorfin**

K dispozici je narůstající množství vědeckých důkazů o účinnosti buprenorfinu (jenž bývá podáván pod firemními názvy Subutex® nebo Suboxone®) pro substituční léčbu. Buprenorfin je syntetická látka se smíšenými účinky agonisty i antagonisty opiátových receptorů; nepůsobí tedy jako plnohodnotný, ale pouze jako částečný opioidový agonista. Zdá se, že jeho účinnost je srovnatelná s účinností metadonu. Ačkoli nebylo prokázáno, že by byl účinnější než metadon, některým pacientům může kombinace vlastností agonisty a antagonisty prospívat. Opioidové účinky této látky jsou omezené a je u něj tedy menší riziko předávkování. V některých zemích je buprenorfin dostupnější než metadon, což může být částečně způsobeno snazším překonáváním rezistence vůči poskytování substituční léčby při jeho použití než při použití metadonu. Například ve Francii je při substituční léčbě většinou používán právě buprenorfin. V roce 2002 tam

užívalo metadon pouze 5 000 lidí oproti cca 80 000 pacientům, kteří užívali buprenorfin. V Rakousku podstupuje substituční terapii buprenorfinem 35 % pacientů v substituční léčbě; v Portugalsku je to naopak jen 5 % a v Německu 15 %. V Austrálii byl buprenorfin oficiálně zaveden do léčby v roce 2000 a ve Spojených státech v říjnu 2002.

Někteří specialisté předepisují pro dlouhodobou léčbu buprenorfin mladším a metadon starším uživatelům opiátů. Zdá se, že buprenorfin je také lepší pro těhotné ženy, protože způsobuje méně novorozeneckých problémů než metadon. Na druhou stranu je kontrola podávání metadonu snadnější a ve většině zemí je metadon mnohem levnější než buprenorfin (EMCDDA, 2002).

### **Diamorfin**

Několik zemí zahájilo pokusy s předepisováním heroinu (diacetylmorfin) jako formou substituční terapie pro těžce závislé pacienty a pro ty, kteří reagují špatně na metadon. Švýcarsko a Nizozemí pokusnou fází již ukončily a zveřejnily výsledky. Nejdůležitějším zjištěním obou studií bylo, že pro těžce závislé starší uživatele heroinu je léčba pomocí metadonu a heroinu účinnější než léčba při výhradním použití metadonu. Podobné studie v současné době probíhají v Německu a velmi brzy budou zahájeny i ve španělské Andalusii.

**2f.** Proč je nutné, aby byla substituční léčba dlouhodobá?

**Chronické užívání heroinu mění biochemii mozku. U uživatelů závislých na heroinu dochází ke změně biologických procesů, která se v mnoha případech nemusí už nikdy vrátit zpět do stavu před užíváním heroinu. Závislost na opiátech je považována za chronickou (dlouho trvající) a recidivující (periodicky se vracující / zhoršující) nemoc; proto by také léčba měla být dlouhodobá, stejně jako je tomu u jiných chronických stavů, např. u cukrovky a vysokého krevního tlaku.**

Substituční terapie obecně neznamená konec fyzické závislosti, ale umožňuje lidem žít zdravý život s legálním a stabilizujícím lékem namísto

nelegální a nebezpečné látky, typu pouličního heroinu. Přestože někteří lidé postupem času přestanou svou substituční látku potřebovat, většina pacientů potřebuje její podávání po dlouhou dobu. Důležité je vědět, že tato stabilita je výchozí podmínkou změny a že nucené snižování dávek bez souhlasu pacienta nefunguje.

Nikdo neočekává, že psychiatr odejme pacientům trpícím depresí jejich antidepresiva, ani že praktický lékař kardiakům přestane předepisovat kardiovaskulární nebo jiné život udržující léky, které je stabilizují a umožňují jim vést normální život bez zápasu s vysilujícími příznaky nemoci. Stejně tak by nikdo neměl žádat po pacientech opiátové substituční léčby, aby přestali užívat léky, které zlepšují kvalitu jejich života.

### 3. O ÚČINNOSTI SUBSTITUČNÍ LÉČBY

Substituční léčba je účinná pro jednotlivé pacienty i pro společnost s ohledem na celou veřejnost, veřejné zdraví a veřejné výdaje. Výsledky výzkumů ukazují, že substituční léčba snižuje kriminalitu, infekční onemocnění, úmrtí spojená s drogami a zlepšuje fyzický, sociální a psychický stav pacientů.

**3a.** Jaké účinky má substituční léčba pro pacienty?

**I** když se většina důkazů o účinnosti substituční léčby zabývala především metadonem, přibývá také důkazů o významu jiných léků – zejména buprenorfinu. Ukázalo se, že substituční terapie zlepšuje fyzický stav pacienta tím, že mu pomáhá:

- zůstat naživu
- přestat užívat nelegální drogy nebo je užívat v menším množství a méně chaoticky
- vyměnit nečisté nelegální drogy za farmaceutické léky o stabilní kvalitě
- změnit způsob užívání drog, přejít od injekčního užívání na méně škodlivé způsoby, jako je např. perorální nebo sublingvální<sup>4</sup> užívání
- udržovat kontakt s odbornými službami.

Kromě toho bylo prokázáno, že substituční terapie zlepšuje pacientův sociální stav prostřednictvím:

- stabilizace užívání drog, jež vede ke stabilizaci života
- omezením potřeby uchýlovat se k trestné činnosti za účelem obstarávání a financování drog
- šance rozhodovat si o svém životním stylu a životních cílech.

Účinnost nebo úspěch léčby nezávisí pouze na dané substituční látce, ale také na souvislostech a doprovodných součástech léčby. K úspěchu substituční terapie mohou zásadním způsobem přispět například psychosociální intervence. Substituční léčba umožňuje pacientům, aby se zabývali dalšími aspekty života, např. bydlením, zaměstnáním a budováním sociálních vztahů.

<sup>4</sup> rozpuštěním pod jazykem

**3b.** Jaké výsledky přináší substituční léčba společnosti?

**Společenské náklady na užívání drog vyplývají ze:**

- ztráty životů předávkováními a úmrtími na nemoci, způsobené užíváním drog
- léčby předávkování a dalších zdravotních důsledků užívání drog
- šíření nemocí – zvláště HIV a hepatitidy – především prostřednictvím injekčního užívání
- ztráty kvality života rodin pacientů závislých na opiátech
- prosazování práva a soudních výdajů
- trestné činnosti
- ušlé produktivity a pracovních úrazů.

**Přestože je tyto náklady obtížné vyčíslit a tam, kde by to bylo možné, je k dispozici málo údajů, existují důkazy o tom, že substituční léčba, zvláště metadonová, pomáhá:**

- zlepšovat veřejné zdraví, zejména snižovat počet akutních lékařských výkonů při předávkování drogami, snižovat počet hospitalizací i, úmrtnost a také zastavit šíření HIV, hepatitidy a jiných krevně přenosných virů
- snížit kriminalitu spojenou s dovozem, výrobou a dodávkou nelegálních drog, a majetkovou kriminalitu, spojenou s financováním návyku
- snížit výdaje na sociální péči o uživatele drog a jejich rodinné příslušníky.



**3c.** Jak ekonomicky efektivní je substituční léčba?

Pro držitele rozhodovacích pravomocí v oblasti zdravotní péče a trestního práva je obzvláště významná prokázaná vysoká ekonomická efektivita substituční terapie. Úřad služeb pro uživatele návykových látek (DASA) a Národní institut pro drogové závislosti (NIDA) ve Spojených státech provedly odhad nákladů spojených s péčí o uživatele opiátů v New Yorku v roce 1991 (uvedeno v dolarech a v euro):

Neléčený, na ulici	43 000 USD	40 000 EUR
Ve vězení	43 000 USD	40 000 EUR
V pobytové léčbě „bez drog“	11 000 USD	10 000 EUR
V udržovací metadonové léčbě	2 400 USD	2 250 EUR

Zdroj: International Forum, 1994

V roce 2001 provedla DASA ve spolupráci s Washingtonskou univerzitou další studii efektivity nákladů a účinnosti substituční terapie a dospěla k těmto výsledkům.

Míra snížení:	
Počtu majetkových trestných činů	64 %
Celkového počtu obvinění	54 %
Počtu obvinění za drogové trestné činy	63 %
Návštěv pohotovosti	65 %
Hospitalizací	59 %
Využití základních služeb lékařské péče	56 %
Hospitalizací na psychiatrii	55 %

Zdroj: DASA, 2001

Změny probíhají ještě rychleji u pacientů, kteří zůstávají v léčbě déle než rok. Zvláště u pacientů, kteří v léčbě zůstávají delší dobu, bude podíl obviněných pravděpodobně ještě nižší.

Co se týče podrobnějších údajů o substituční terapii v Evropě a úspor spojených s náklady na oběti trestných činů, Národní výzkumná studie výsledků léčby (NTORS) ve Velké Británii zjistila, že návratnost 1 britské libry (1,5 euro) vydané na léčbu dosahuje více než 3 libry (4,5 euro). Zvýšení výdajů na léčebné intervence o 1,6 miliónů liber

(2,4 miliónů euro) přineslo okamžitou úsporu 4,2 miliónů liber (6,3 miliónů euro) díky snížení škod způsobených trestnými činy a úsporu dalšího miliónu liber (1,5 miliónů euro) na nákladech trestněprávního systému. Celkové snížení společenských nákladů však může být ještě podstatně vyšší (Gossop a kol., 1998).

**3d.** Je investice do substituční léčby plýtváním veřejnými prostředky?

**Ne, není. Investice do substituční léčby závislosti na opiátech, která je založena na vědeckých důkazech, snižuje negativní zdravotní a sociální důsledky pro jednotlivce i společnost. Peníze investované do léčby se mnohonásobně vrátí na úsporách nákladů trestněprávního systému a v sektoru veřejného zdraví.**

U jednotlivých pacientů i v sociální politice je cílem substituční terapie tzv. harm reduction (snižování rizik). Vzhledem k tomu, že drogová

závislost není stavem, který by bylo lze snadno překonat, je důležité snižovat riziko, které z ní plyne pro celou společnost i pro jednotlivce. Kvalitní substituční terapie, jež je snadno dostupná pro každého, kdo ji potřebuje, může ušetřit mnoho jiných výdajů v oblasti zdravotní péče, sociálního zabezpečení a trestněprávního systému.

Z hlediska plánování a metod je důležité se zabývat problémem závislosti na opiátech koordinovaně, aby bylo možné zhodnotit přínosy nejen pro jednu oblast či ministerstvo (např. pro zdravotnictví), ale také pro další oblasti (např. pro trestněprávní systém).

**3e.** Proč jsou doposud někteří lidé k substituci kritičtí?

Ve většině zemí je drogová závislost pro ty, kdo jí trpí, stále tak velkým stigmatem, že se musí celý život potýkat s rozpaky, obviňováním a zavrhováním. Přese všechno, co víme o biologické povaze tohoto stavu, mnoho lidí jedince, kteří v tomto stavu jsou, vytrvale odsuzuje a popírá rozšíření a dopady tohoto jevu. Takto silné stigma pak nemocným brání svůj stav přiznat a vyhledat pomoc. Některé lidi dokonce odrazuje od práce v oblasti léčby a prevence závislosti, a často je příčinou nižšího platu těch, kteří v oboru pracují (DASA, 2002).

Očividně nestačí jen zlepšovat znalosti o účinnosti substituční terapie. Je důležité porozumět psychosociálním kořenům tohoto odporu. Kreek a kol. (1996) popsali jeho dva hlavní důvody. Naši společnosti dominují hodnoty práce, soutěživosti a nezávislosti. Zdá se, že drogová závislost se řídí diametrálně odlišnými hodnotami: usilovným hledáním potěšení, pasivitou a závislostí. Drogová závislost je proto vnímána spíše jako zlovyk než nemoc nebo problém, což vede k odmítání poskytování péče.

Tato představa je však založená na několika mylných názorech. Tím prvním je domněnka, že uživatelé závislí na heroinu po celou dobu závislosti neustále zažívají příjemné pocity. Užívání heroinu nicméně většinou přináší příjemné pocity jen dokud uživatel nezačne být na droze závislý. Postupem času nad příjemnými pocity značně převáží průvodní potíže, uživatel je ale

nucen heroin dále užívat, aby se nedostavily abstinční příznaky.

Druhým neporozuměním, které stojí za odmítáním poskytovat udržovací terapii, je názor, že tento způsob léčby prodlužuje příjemné pocity závislých a že substitucí dosáhneme jen „nahrazení jedné drogy druhou“. Ve skutečnosti jsou však pacienti substituční léčby v naprosto normálním stavu vědomí a nezažívají žádná období euforie ani žádná období abstinčních příznaků.

Jiným chybným názorem je, že pacienti nepřestávají užívat drogy a proto vlastně nedochází k žádné skutečné změně v situaci pacienta. Lidé zastávající tento názor nesprávně chápou smysl substituční terapie. Substituční opiátová léčba je velmi účinná v akutní fázi závislosti na opiátech – v době, kdy člověk není schopen opiáty přestat užívat. Substituční látky mohou závislému uživateli drog pomoci přestat s užíváním nezákonných opiátů nebo je značně snížit. Substituce také může pomoci omezit nebo odstranit injekční užívání drog.

Vývoj adekvátní léčby bude vyžadovat nejen lepší rozšiřování poznatků o účinnosti substituční terapie, ale i odstranění předsudků, existujících ve všech vrstvách společnosti.

Ve většině zemí má každý uživatel drog právo na odbornou léčbu a péči podle běžně uznávaných standardů kvality. Uživatelé drog jsou rovnoprávní občany, kteří mají stejná práva a povinnosti jako každý jiný občan – bez ohledu na to, zda v důsledku své závislosti podstupují odbornou léčbu.

**3f.** Má substituční léčba také nevýhody?

**Ano, substituční terapie má také některé negativní aspekty. Nejdůležitějším je skutečnost, že ve většině případů se uživatel musí léčit dlouhodobě. Dlouhodobá léčba přináší negativní dopady jak na veřejné výdaje, tak pro pacienta samotného.**

Ačkoli je substituční terapie poměrně levným typem léčby, její celková cena za období mnoha let naroste.

Dalším negativním aspektem terapie je skutečnost, že si pacient vytváří závislost nejen na látce, ale také na osobě, která mu ji předepisuje. V některých případech může tato závislost vést k pacientovu pasivnímu přístupu.

Kromě toho může závislost na látce a s ní spojené stigma působit potíže, pokud se pacient chce např. odstěhovat na jiné místo nebo jen cestovat a vzít si léky s sebou.

U některých lidí se objevují vedlejší účinky. Mezi nejčastější vedlejší účinky metadonu patří: zvýše-

né pocení, zácpa a poruchy spánku, poruchy sexuální touhy a snížená koncentrace. Tyto nežádoucí účinky mohou trvat delší čas po začátku léčby – ve většině případů se ale k žádnému z nich nedojde. Celkem kterýkoliv z těchto vedlejších účinků postihne méně než 20 % klientů metadonové léčby.

A konečně, přestože je metadon předepisován těhotným ženám, protože zlepšuje jejich zdravotní stav, těhotenství, porod a vývoj plodu, novorozenec musí po porodu projít odvykáním od závislosti na léku.

Je však důležité si uvědomit, že potřeba dlouhodobé léčby, závislost na jejích poskytovatelích, pasivita a rezignace jsou potenciálními vážnými problémy, které je při substituční léčbě třeba očekávat podobně jako při léčbě osob s jinými závažnými chronickými onemocněními (např. srdce, ledvin, v případech zánětů jater, při onkologických onemocněních atd.).

Souhrnem: substituční terapie má několik negativních aspektů, které provázejí chronická onemocnění obecně, zcela jistě ale nepřevažují její přínos.

**3g.** Jaké hlavní úkoly nás čekají?

I když se substituční opiátová léčba velmi dobře osvědčila, máme před sebou ještě několik důležitých úkolů:

- co nejvíce ekonomicky zefektivnit léčbu a přitom zachovat nebo zlepšit kvalitu péče
- zvýšit dostupnost a rozšířit spektrum jednotlivých typů léčby
- zapojit a zajistit širokou účast místních praktických lékařů , vyškolených v problematice návykových látek, kteří by dohlíželi na celkovou lékařskou péči
- zabezpečit doplňkové financování léčby závislosti na opiátech a koordinovat tyto služby s dalšími organizacemi poskytujícími sociální služby a lékařskou péči.

#### 4. POSKYTOVÁNÍ SUBSTITUČNÍ LÉČBY

Substituční terapie je poskytována různými způsoby, ať už se jedná o různá zařízení (primární péče, specializovaná centra, lékárny a vězení) a nebo o různá dávkování a trvání léčby, zahrnující udržovací režim i postupné detoxikace. Kromě toho je předepisování často doprovázeno celou řadou psychosociálních intervencí.

**4a.** Je substituční léčba sama o sobě dostatečná?

**Závislost na opiátech má často kromě nepříznivých účinků na zdraví pacientů také vliv na jejich sociální a psychický stav. Je důležité, aby substituční terapie byla kombinována s dalšími komponentami, které se na zmíněné problémy zaměří. Výhodou substituční terapie je, že u pacientů stabilizovaných na metadonu se na tyto problémy lze zaměřit.**

Výsledky výzkumů ukázaly, že substituční terapie je účinnější, pokud je součástí komplexní léčby. Předepisování či poskytování léků by tedy nemělo být vnímáno jako izolovaný zákrok. Je důležité identifikovat a zaměřit se na další problémy, např. ve zdravotní, sociální, psychické a právní oblasti.

To ale nutně neznamená, že by pacienti měli být schopni všechny tyto problémy řešit v jednom zařízení. Pokud pacient terapii podstupuje u praktického lékaře nebo v malém centru s omezeným počtem personálu, může tam proběhnout zjištění dalších obtíží a pacient pak může být poslán na doplňkovou léčbu v odpovídajících zařízeních v regionu.

Mnoho pacientů se léčí dlouhodobě a doplňkovou péčí nebudou vyžadovat pokaždé, když si přijdou vyzvednout své léky. Ačkoli to může být pro personál obtížně přijatelné, je třeba brát v úvahu, že ani pacientům s jinými chronickými stavy, (například hypertenzí nebo diabetem) nebývá nabízeno poradenství či psychoterapie pokaždé, když si přijdou pro nový recept.

**4b.** Jaké zařízení je pro substituční léčbu nejlepší?

**V jednotlivých evropských zemích existují značné rozdíly v tom, kdo může předepisovat substituční léčbu závislosti na opiátech. V zemích jako je Dánsko, Finsko, Řecko, Itálie, Portugalsko, Španělsko a Švédsko je substituční terapie poskytována centrálně ve specializovaných programech s jen malou účastí primární péče a praktických lékařů. Naproti tomu v Rakousku, Belgii, Francii, Německu, Lucembursku, Nizozemí a Velké Británii je substituční terapie méně centralizovaná a léčbu poskytují praktičtí lékaři i specializovaná centra. Situace bude záviset na tom, zda je léčba závislosti považována za specializovanou léčbu nebo za součást primární péče (Farrell a kol., 1999).**

Specializovaná centra dokáží poskytnout nejen lékařskou, ale i psychosociální péči. Personál většiny specializovaných center pokrývá různé obory a tvoří jej lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci a poradci. Personál je specializován v oblasti závislosti na opiátech a absolvoval školení a/nebo má odborné vzdělání pro danou oblast.

Ve většině zemí prošli praktičtí lékaři, kteří ošetřují pacienty závislé na opiátech, zvláštním školením. Praktičtí lékaři pracují samostatně nebo spolupracují s kolegy, a proto obvykle nedisponují úzce specializovaným personálem. Praktičtí lékaři ale mohou spolupracovat s jinými specialisty, k nimž mohou posílat pacienty s psychosociálními problémy. Při vydávání léků musejí úzce spolupracovat s lékárníky. Poskytování substituční

terapie v rámci primární péče staví závislost na opiátech na úroveň jakéhokoli jiného léčitelného stavu a pacienti nejsou od ostatních oddělováni.

Většina těch, kdo substituční látky předepisují, chtějí své pacienty vyšetřovat v první fázi terapie denně, a to obzvláště během fáze nasazení léků, kdy se nastavuje vhodná léčba. Někteří lékaři dokonce dávají přednost tomu, aby jejich pacienti byli během prvních dní po užití léků pod dohledem. Jakmile se pacienti stabilizují, je sporné, zda je nutné, aby si svou dávku chodili vyzvedávat denně, nebo zda mohou najednou dostat více dávek nebo předpisů. Na mnoha místech ti, kdo substituční látky předepisují, úzce spolupracují s lékárnami v dané oblasti, v nichž si pacienti své léky vyzvedávají. Lékárníci hrají důležitou roli při poskytování relevantních informací pacientům. Jsou také odpovědní za to, že důkladně prozkoumají předpisy a zaměří se na možné chyby a na interakce s jinými léky.

Ze zkušenosti je známo, že oba typy substituční léčby (ve specializovaných zařízeních i praktickými lékaři) jsou důležitá pro její efektivní poskytování. Umožňují pacientům volně přecházet mezi jednotlivými programy na různých úrovních a pomáhají překonat obtíže se špatnou geografickou dostupností specialistů. Je třeba si také uvědomit, že program, který může dobře fungovat ve velkoměstě, nemusí vůbec fungovat v malých městech nebo na venkově.

Pokud jsou k dispozici jen mimořádně omezené prostředky, může být i samotná substituční léčba bez jakékoli doplňkové péče účinným způsobem, jak zachytit co nejvíce lidí a nabídnout jim důležitý prostředek k vyléčení.



**4c.** Měla by být substituční léčba dostupná také ve vězení?

**Ano, je důležité, aby vězni měli stejný přístup ke zdravotní péči jako ostatní občané. Výzkumy ukázaly, že k omezení injekčního užívání a sdílení jehel, ke kterému dochází při udržovací metadonové terapii v zařízeních, dochází také ve vězení (Dolan a kol., 1996).**

V roce 1998 byla na Konferenci o vězení a drogách v Oldenburgu představena doporučení pro protidrogové služby ve věznicích. Doporučují mj. aby byl vězňům k dispozici široký výběr léčby závislostí včetně substituční terapie (postupné detoxikace i udržovací léčby). Podle těchto doporučení by vězeňský personál měl rovněž být vyškolen v drogové problematice a poučen o (zdravotních) problémech s nimi spojených.

Článek, který nedávno vyšel ve francouzském odborném tisku, zhodnotil pravděpodobnost opětovného uvěznění vězňů užívajících drogy v souvislosti s tím, zda ve vězení podstoupili (nebo nepodstoupili) udržovací terapii pomocí opiátových agonistů. Byl zdůrazněn význam substituční terapie poskytované ve vězení v podstatě za stejných podmínek, za jakých je běžně

poskytována v civilních zdravotnických zařízeních. Navíc bylo zjištěno, že u vězňů, kteří podstoupili ve vězení udržovací terapii, existuje méně než poloviční (19 % proti 39 %) pravděpodobnost, že budou znovu uvězněni, než u těch, kteří prošli pouze detoxikací (Levasseur a kol., Ann. Med. Interne 2002. Supplementum č. 153 k č. 3, str. 1514–1519).

Pacienti udržovací léčby by měli mít možnost pokračovat v ní i po nastoupení trestu. To je důležité zejména proto, že přerušení udržovací metadonové terapie zvyšuje pravděpodobnost rizikového chování ve vězeních (Swiss Methadone Report, 1996).

Lidem, kteří byli ve vězení pacienti substituční terapie, musí být umožněno v této léčbě pokračovat i po propuštění. V případě, že pacienti od opiátů abstinují, ocitají se po propuštění v obzvláště vysokém nebezpečí předávkování a úmrtí. Rozhodnutí zda v substituční léčbě pokračovat či nikoliv by mělo být učiněno po konzultaci s programem, do něhož vězeň po propuštění z vězení přechází (European Recommendations, 1998).

V některých zemích, jako např. ve Španělsku, je metadon poskytován ve všech věznicích.

**4d.** Existuje ideální způsob poskytování léčby?

**Ano, výsledky výzkumu ukazují, že substituční terapie je nejúčinnější při adekvátním dávkování a probíhá-li dlouhodobě.**

Poskytují se různé typy substituční léčby – od krátkodobých po dlouhodobé programy a od udržovací terapie po (postupnou) detoxikaci.

Cílem substituční terapie založené na detoxikaci je snížit vysoké dávky na nízké nebo nulové během určitého časového období, obecně ale během krátké doby. Na druhou stranu udržovací

terapie bere v úvahu chronickou povahu tohoto stavu a jejím cílem je stabilizovat život klienta při dlouhodobém poskytování stabilní dávky. I jejím hlavním cílem může závěrečná detoxikace – ale teprve až je na ni pacient připraven.

Plán terapie závisí na jejích cílech, které jsou stanoveny na základě dostupných možností, na základě potřeb a přání pacienta a na základě odborného názoru lékaře. Obecně však lze konstatovat, že čím závažnější je závislost, tím vyšší je dávkování, a tím spíše by se léčba měla zaměřit spíše na udržovací režim než na detoxikaci.

**4e.** Jaké dávkování je optimální?

**Substituční léčba spočívá v poskytování léku. Stejně jako u všech léků spoluurčuje správné dávkování lékař s pacientem a řídí se přitom výsledky odborného vyšetření pacienta a jeho ostatními zdravotními problémy a odpovídající léčbou.**

Substituční terapie byla mnohokrát vyhodnocena a obecně se ukázala jako účinná všude tam, kde bylo cílem omezit spotřebu nelegálních drog, rizikové chování a kriminalitu. V případě metadonu i buprenorfinu se ukázalo, že k dosažení pozitivních výsledků je nutné dostatečné dávkování (EMCDDA, 2002).

Optimální dávka metadonu u průměrného pacienta závislého na opiátech je mezi 60 a 120 mg (8–12 mg pro buprenorfin).

Dávky pod 60 mg obvykle nejsou účinné, protože nejsou dostatečně vysoké na to, aby dokázaly

zablokovat opiátové receptory v mozku. Postoje nebo subjektivní názory na dávkování metadonu, které nejsou podloženy výzkumem účinného dávkování, znemožňují pacientovi dosáhnout v léčbě nejlepších možných výsledků.

Na závěr lze říci, že z důkazů vyplývá, že čím závažnější je závislost, tím vyšší by měly být dávky a tím déle by léčba měla trvat. (Farrell a kol., 1999).

Každý pacient je ale jedinečný, a tak neexistuje způsob, jak předepsat jedinou optimální dávku metadonu, která by v krevní plazmě vytvořila účinnou hladinu a byla jakýmsi „zlatým standardem“ pro všechny pacienty. Jedinými indikátory nedostatečně vysokých dávek jsou klinické projevy a pacienty uváděné příznaky abstinčního syndromu spolu s pokračujícím užíváním ilegálních opioidů. Nic nenasvědčuje tomu, že by při určování optimální dávky metadonu pro jednotlivé pacienty existovala nějaká „maximální denní dávka“.

**4f.** Je toxikologická analýza moči při léčbě užitečná?

**Analýza moči je nezbytnou součástí počátečního lékařského vyšetření pacienta (pro potvrzení skutečnosti, že pacient v současnosti užívá opiáty).**

Často se ale také používá jako způsob kontroly pacientů, zda nepokračují v užívání nelegálních drog spolu s léky. Mnoho odborníků její účinnost

coby faktoru, který přispívá k úspěchu léčby, zpochybňuje. Argumentují tím, že tuto informaci lze získat i od pacienta, což by ušetřilo spoustu času a peněz. Rozumí se samo sebou, že to vyžaduje dobrý vztah mezi pacientem a lékařem, který je založen na úctě a vzájemné důvěře. Obecně se nicméně uvádí, že pozitivní test moči by nikdy neměl být (jediným) důvodem k přerušení terapie, neboť jen potvrzuje příznaky stavu, se kterým se pacient léčí -, tj. drogové závislosti.

**4g.** Jak optimalizovat kvalitu substituční léčby<sup>5</sup>?

**Dokonalým nástrojem pro zlepšení kvality substituční terapie ve vaší oblasti je školení. Můžete do něj zapojit místní instruktory a použít manuál společnosti Euromethwork, který vytvořili titíž autoři:**

- Verster, A. D., Bunning, E.: Klíčové aspekty substituční terapie závislosti na opiátech. 2003.

**Dostupná odborná literatura a platné předpisy v ČR zahrnují kromě této publikace především:**

- Ministerstvo zdravotnictví ČR (2001) Metodické opatření MZ ČR č. 4 – Standard substituční léčby. *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR* ZD 4/2001 Notes: [http://www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta\\_stand.doc](http://www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta_stand.doc)
- Preston, A. (1999) Drogy na předpis II: Vše o metadonu (The Methadone Briefing). 1., české vydání, Olomouc: Votobia. 80-7198-383-7.
- Kolektiv autorů, (1998) Drogy na předpis I – lékařská preskripce narkotik (Medical Prescription of Narcotics), 1. české vydání. Olomouc: Votobia. 80-7198-332-2.
- Zaostřeno na drogy 2/2003, Úřad vlády ČR (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti)

- Drogy a drogové závislosti, Kalina, K. a kol., Úřad vlády ČR, 80-86734-05-6.

V České republice existuje specializovaná subkatedra Návykových nemocí Institutu pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví (<http://www.ipvz.cz>) pod vedením primáře MUDr. Petra Popova ([petr.popov@vfn.cz](mailto:petr.popov@vfn.cz)). Prim. Popov je zároveň metodickým garantem substituční léčby závislosti na opiátech v ČR. Od roku 2002 poskytuje tato subkatedra rovněž specializovaný jedno- až dvoudenní kurs pro poskytovatele substituční léčby, vyvinutý v rámci projektu PHARE a určený pro praktické lékaře a jejich zdravotnický personál.

Pro informace o jednotlivých specializovaných centrech substituční léčby (a o poskytovatelích dalších služeb) a o příslušných kontaktních osobách můžete rovněž využít adresář zařízení léčby a služeb pro uživatele psychotropních látek, který najdete na webu Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti na adrese <http://www.drogy-info.cz/article/map/>.

Pokud nejste ve spojení s odborníky ve vaší oblasti a potřebujete poradit, kontaktujte autory publikace na: [www.euromethwork.org](http://www.euromethwork.org).

<sup>5</sup> tato kapitola byla doplněna pro potřeby českého vydání (pozn. red.)

## SLOVNÍČEK POJMŮ<sup>6</sup>

**Abstinence:** zdržení se užívání alkoholu nebo jiných drog

**Abstinenční příznaky:** fyzické a psychické účinky, které se objevují při zásadním snížení nebo ukončení konzumace opiátu. Pokud uživatel abstínuje, dostává se nutková touha po užití; těchto příznaků se zbaví, pokud drogu znovu užije nebo pokud užije substituční látku, např. metadon.

**Agonista:** farmakologický termín pro látku, která působí podobně jako droga, na niž je uživatel závislý

**Antagonista:** farmakologický termín pro látku, která zabraňuje působení jiné drogy

**„Craving“:** nutková touha, nebo pocit puzení – fyzická a psychická potřeba užít drogu, na niž je uživatel závislý

**Detoxikace:** druh léčby, jejímž cílem je snížit vysoké dávky na nízké nebo nulové během určitého časového období, obecně ale během krátké doby

**Návyk:** chronická, postupující porucha, při níž často dochází k recidivě a pro niž je typické nutkavé užívání jedné nebo více návykových látek, které vede k fyzickému, psychickému nebo sociálnímu poškození jedince a pokračujícímu užívání látky nebo látek i přes tato poškození

**(Biologický) poločas:** doba, během níž je polovina aktivních složek biologicky aktivní látky tělem vyloučena nebo inaktivována. Poločas metadonu je 24 až 36 hodin, což umožňuje užívat jen jednu dávku denně ve srovnání s obvyklými třemi (nebo více) denními dávkami heroinu, jehož poločas je 6 hodin.

**Psychoaktivní látka:** chemická látka s účinky na centrální nervový systém, která mění vnímání, vědomí, náladu a/nebo chování

**Recidiva (relaps):** návrat k užívání látky, který následuje po období abstinence

**Substituční terapie:** léčba závislosti na opiátech pomocí látky, která má podobné účinky jako droga, na niž je uživatel závislý (funguje jako agonista), a proto zabraňuje abstinenčním příznakům a potlačuje nutkavou touhu po užití drogy

**Tolerance:** potřeba zvyšujících se dávek látky, aby byly zachovány její účinky

**Udržovací terapie:** typ léčby, který bere v úvahu chronickou povahu patologického stavu (závislosti) a jehož cílem je stabilizovat život pacienta při dlouhodobém poskytování stabilní dávky substituční látky

**Závislost:** psychická a/nebo fyzická potřeba drogy. Pokud k užití drogy nedojde, u uživatele se dostávají abstinenční příznaky.

**Zneužívaná droga:** jakákoli látka, která mění náladu, hladinu vnímání nebo činnost mozku. Mezi tyto látky patří některé léky, alkohol, rozpouštědla a nelegální drogy.

<sup>6</sup> Pozn. vydavatele: Tento slovníček pojmů je překladem slovníčku obsaženého v původním vydání. V češtině byl vydán Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, Kalina K., a kol., FLIA NOVA 2001, 80-238-8014-4.

## ZDROJE

### Literatura

- Drugs in focus. Key role of substitution in drug treatment. EMCDDA briefing 1, 2002.
- World Health Organisation (WHO) Management of Substance Dependence. What do people think they know about substance dependence? Myths and facts for policymakers responsible for substance dependence prevention, treatment and support programmes.
- European Methadone Guidelines. Annette Verster and Ernst Bunning. 2000.
- UNODC. Investing in Drug Abuse Treatment: A Discussion Paper for Policy Makers, United Nations, New York. 2003  
([http://www.unodc.org/odccp/treatment\\_toolkit.html](http://www.unodc.org/odccp/treatment_toolkit.html)).

**Pozn. vydavatele: Původní česká literatura je uvedena v kapitole 4g.**

### Internetové stránky

[www.euromethwork.org](http://www.euromethwork.org)  
[www.emcdda.eu.int](http://www.emcdda.eu.int)  
[www.ihra.net](http://www.ihra.net)  
[www.oppiateaddictionrx.info](http://www.oppiateaddictionrx.info)  
[www.drugscope.org.uk](http://www.drugscope.org.uk)  
<http://www1.dshs.wa.gov/DASA/index.htm>  
[www.AC-company.org](http://www.AC-company.org)

### Další internetové zdroje (v češtině)

<http://www.drogy-info.cz>  
<http://www.drogy-info.cz/article/archive/75/>  
<http://www.vfn.cz/>  
<http://www.methadone.cz>  
<http://www.podaneruce.cz/>  
<http://www.dropin.cz/metadonovasubstituce.shtml>  
[http://www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta\\_stand.doc](http://www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta_stand.doc)

## **SEZNAM SPOLUPRACUJÍCÍCH ODBORNÍKŮ**

**Bill Nelles, The Methadone Alliance, Londýn, UK**

**Patrick O'Hare, The International Harm Reduction Association, Řím, Itálie**

**Edo Polidori, Servizio per le Tossicodipendenze, Faenza, Itálie**

**Marc Reisinger, EUROPAD, Brusel, Belgie**

**Gerrit van Santen, Municipal Health Service, Amsterdam, Nizozemí**

**Marta Torrens, Institute of Psychiatry, Barcelona Španělsko**

### **Poděkování**

Chtěli bychom také poděkovat Michaelu Farrellovi (UK), Andreji Kastelicovi (Slovinsko), Luisi Patriciovi (Portugalsko), Andrewu Prestonovi (UK), Icrovi Maremmanimu (Itálie), Robertu Newmanovi (USA) a Emilisu Subatovi (Litva) za jejich komentáře a návrhy ke konečné verzi této zprávy.





**INFORMACE pro tvůrce drogové politiky  
o účinnosti substituční léčby  
závislosti na opiátech**

© EuroMethwork, 2003

**Vydal:** Úřad vlády ČR, 2003  
Uzávěrka českého vydání: 5.12.2003

**Překlad:** Mgr. Eva Lejčková  
**Odborná redakce:** MUDr. Viktor Mravčík, MUDr. Tomáš Zábranský, PhD.  
**Oponent:** MUDr. Petr Popov  
**Sazba:** Michal KORECKÝ – TAG reklama & propagace

Tento projekt byl financován Evropskou komisí,  
odborem G: Veřejné zdraví, projekt č. SPC.2002267

Evropská komise ani jiná osoba jednající v jejím  
zastoupení není zodpovědná za jakékoli použití  
informací v tomto dokumentu.

Více informací získáte na adrese:

EuroMethwork/Q4Q

Vijzelstraat 77

1017 HG Amsterdam

Nizozemí

Tel.: +31 (0)20-330 34 49

Fax: +31 (0)20-330 34 50

Info@q4q.nl      [www.euromethwork.org](http://www.euromethwork.org)

ISBN původního vydání: 90-77512-01-2

ISBN 80-86734-15-3

Českou verzi připravil Sekretariát Rady vlády  
pro koordinaci protidrogové politiky.

ISBN 80-86734-15-3



9 788086 734153

**neprodejné**