

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Lucie Blížilová

Problematika výdeje buprenorfinu v zařízení Cadas a Remedis

The issue of buprenorphine dispensing in Cadas and Remedis facilities

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

Praha, 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické podoby verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 12.7.2024

Lucie Blížilová

Identifikační záznam

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat PhDr. Miroslavu Bartákovi, Ph.D. za ochotu a dobré rady k mé diplomové práci. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich odpovědi a zaměstnancům zařízení Cadas při Sananimu, z. ú. a společnosti Remedis s.r.o. za umožnění provedení výzkumu.

Abstrakt

Východiska: Buprenorfin je v současné době v České republice nejvíce užívanou drogou opiátového typu. Dle výroční zprávy Národního monitorovacího střediska byla v roce 2022 substituční léčba buprenorfinem předepsána celkem téměř 7,8 tis. pacientům. Tato diplomová práce hodnotí dopad formy výdeje substituční látky buprenorfin na kvalitu života klientů substituční léčby buprenorfinem v zařízení Cadas a Remedis. Mapuje zkušenosti, preference a návrhy klientů substituční léčby buprenorfinem prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Zároveň se věnuje riziku potencionálního obchodu s buprenorfinem na černém trhu, proč k obchodování na černém trhu dochází a zda se mu dá dle respondentů nějak předcházet.

Cíle: Cílem práce je zhodnotit dopad formy výdeje substituční látky buprenorfin na kvalitu života klientů substituční léčby buprenorfinem v zařízení Cadas zřízené společností Sananim z. ú. (dále jen Cadas) a v nestátním zdravotnickém zařízení Remedis s.r.o. (dále jen Remedis). Dalším cílem je identifikace problémových aspektů výdeje buprenorfinu a zmapování jejich vlivu na kvalitu života vybraných klientů. Následně jsou respondenty popsány návrhy, které by dle jejich názoru mohly mít pozitivní vliv nejen na zlepšení realizace výdeje a zlepšení center samotných ale také na snížení míry obchodování na černém trhu s buprenorfinem.

Metody: Pro diplomovou práci jsem si zvolila výzkumnou kvalitativní strategii, která je založená na polostrukturovaném rozhovoru, který sloužil jako technika sběru dat. Výběr respondentů jsem provedla metodou convenience smapling. Pro zpracování a analýzu kvalitativních dat jsem si vybrala počítačový program MAXQDA (verze 24.4). Tento softwarový program určený primárně pro kvalitativní analýzu dat lépe umožní analyzovat data, a to pomocí hierarchického kódování a segmentace.

Soubor: Základní soubor je tvořen osobami, které jsou v legální substituci buprenorfinem a zároveň pravidelně dochází do výdejového centra Cadas či Remedis. Výběr konkrétních respondentů probíhal přes instituce oslovením osob, které instituci navštěvují za účelem pravidelného výdeje substituce. Do výběrového souboru byli zařazeni všichni klienti, kteří se byli ochotni zúčastnit dotazníkového šetření a zároveň byli starší 18 let. Dotazování respondentů jsem ukončila, jakmile došlo k saturaci vzorku. Celkem se mi povedlo nasbírat 15 rozhovorů.

Výsledky: Výsledky práce prezentují demografické charakteristiky vybraných klientů docházejících do jednoho ze zařízení, dále mapují způsob a frekvenci výdeje buprenorfinu v souvislosti se spokojeností a preferencemi klientů. Jsou uvedeny pozitiva, které klientům substituce přináší stejně tak, jako jsou zmíněny oblasti, ve kterých klienti vidí úskalí či potenciál pro zlepšení. Jsou nastíněny praktické návrhy, které by dle klientů realizaci výdeje substituce zefektivnily a zajistily by tak větší spokojenost klientů. Následující část je zaměřená na potencionální korelaci způsobu výdeje buprenorfinu spolu s nelegálním obchodováním s buprenorfinem. Respondenti uvádějí své motivy k obchodování a současně nastiňují návrhy na možná řešení či předcházení zmíněného problému.

Závěr: Závěrem lze říct, že práce detailně zmapovala proces výdeje buprenorfinu v substitučním centru očima klientů. U všech respondentů převažovaly kladné odpovědi a spokojenost ze strany většiny klientů. Všem dotazovaným se po nastoupení do legální

substituce zlepšila kvalita života hned v několika aspektech. Zjištění poskytla poznatky o současném stavu substituční léčby buprenorfinem a zároveň nastínila možné intervence, které by z buprenorfinu udělaly účinný lék a zamezily jeho šíření ve formě pouliční drogy, která je rizikově zneužívána.

Klíčová slova: Návykové látky, Substituce, Buprenorfin, Černý trh, Prevence

Abstract

Background: Buprenorphine is currently the most widely used opioid-type drug in the Czech Republic. According to the annual report of the National Monitoring Centre, buprenorphine substitution treatment was prescribed to almost 7.8 thousand patients in 2022. This thesis discusses the possibilities of substitution treatment in Prague, mapping the knowledge and experiences of buprenorphine substitution treatment clients through semi-structured interviews. It also discusses the risk of potential black market trade in buprenorphine, why it occurs, and whether it can be prevented.

Aims: The study aims to evaluate the impact of the form of dispensing the substitution substance buprenorphine on the quality of life of clients of buprenorphine substitution treatment in the facility Cadas established by Sananim Z. ú. (from now on referred to as Cadas) and in the non-state health care facility Remedis s.r.o. (from now on referred to as Remedies). Another aim is to identify problematic aspects of the impact of the form of substitution substance dispensing on the quality of life of selected clients.

Methods: For this thesis, I have chosen a qualitative research strategy based on semi-structured interviews composed as a data collection technique. I selected the respondents using the convenience sampling method. I chose the computer program MAXQDA (version 24.4) to process and analyze the qualitative data. This software program, designed primarily for qualitative data analysis, better enables the data to be analyzed by using hierarchical coding and segmentation.

File: The base file consists of individuals who are in legal substitution for buprenorphine and also regularly attend a Cadas or Remedies dispensing center. Selection of specific respondents was done through institutions by approaching persons who visit the institution for regular substitution dispensing. The sample included all clients who were willing to participate in the survey and were also over 18 years of age. I stopped interviewing respondents once the sample was saturated. In total, I was able to collect 15 interviews.

Results: The results of this thesis present the demographic characteristics of the selected clients attending one of the facilities, as well as map the method and frequency of buprenorphine dispensing about client satisfaction and preferences. The positives of substitution for clients are presented, as well as the areas where clients see pitfalls or potential for improvement. Practical suggestions are outlined that clients believe would make the implementation of substitution more efficient and thus ensure greater client satisfaction. The following section focuses on the potential correlation of the method of dispensing buprenorphine along with the illicit trade in buprenorphine. Respondents indicate their motives for trafficking while outlining suggestions for possible solutions or prevention of the problem.

Conclusion: Positive responses were prevalent from all respondents and satisfaction from the majority of clients. The findings provided insights into the current status of buprenorphine substitution treatment and also outlined possible interventions to make

buprenorphine an effective drug and prevent its proliferation as a street drug that is risky to abuse.

Keywords: Addictive substances, Substitution, Buprenorphine, Black market, Prevention

Obsah

1	ÚVOD	12
	TEORETICKÁ ČÁST	14
2	REŠERŠE	14
3	OPIOIDY A OPIÁTY	17
3.1	DĚLENÍ	17
3.2	ZPŮSOBY APLIKACE	18
3.3	MECHANISMUS ÚČINKU	18
3.3.1	<i>Krátkodobé účinky</i>	18
3.3.2	<i>Dlouhodobé účinky</i>	19
3.3.3	<i>Somatické účinky opioidů</i>	20
3.4	INTOXIKACE	20
3.5	TOLERANCE	20
3.6	ZÁVISLOST	21
3.7	ABSTINENČNÍ SYNDROM.....	21
3.8	TERAPEUTICKÉ VYUŽITÍ	22
3.9	SOCIÁLNÍ DOPADY UŽÍVÁNÍ DROG.....	23
3.9.1	<i>Sociální vyloučení</i>	23
3.9.2	<i>Uživatelé drog a bezdomovectví</i>	23
3.9.3	<i>Pracovní uplatnění uživatelů drog</i>	23
3.9.4	<i>Rodinné a přátelské vztahy uživatelů drog</i>	24
3.9.5	<i>Substituční přípravky v České republice</i>	24
4	BUPRENORFIN	25
4.1	BUPRENORFIN – CHEMICKÁ LÁTKA.....	25
4.2	HISTORIE	25
4.3	VLASTNOSTI	26
4.4	VYUŽITÍ.....	26
4.5	ZPŮSOBY PODÁNÍ	27
4.6	MECHANISMUS ÚČINKU	28
4.7	INDIKACE	28
4.8	KONTRAINDIKACE	28
4.9	LÉKOVÉ INTERAKCE	29
4.10	VEDLEJŠÍ ÚČINKY	30
4.11	ABSTINENČNÍ SYNDROM A ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY U BUPRENORFINU	30
4.12	ZNEUŽÍVÁNÍ BUPRENORFINU.....	31
4.13	SUBUTEX (BUPRENORFIN).....	32
4.14	SUBUXONE (BUPRENORFIN/NALOXON).....	32
4.15	DALŠÍ LÉKY OBSAHUJÍCÍ BUPRENORFIN	32
5	SUBSTITUČNÍ LÉČBA	33
5.1	DEFINICE SUBSTITUČNÍ LÉČBY.....	33
5.2	NAVAZUJÍCÍ SLUŽBY NA SUBSTITUČNÍ TERAPII	33
5.3	CÍLE SUBSTITUČNÍ LÉČBY	34
5.4	SUBSTITUCE V SYSTÉMU SLUŽEB ADIKTOLOGIE	35
5.5	KLIENT SUBSTITUČNÍ LÉČBY	35
5.6	SUBSTITUČNÍ LÉČBA VE VĚZEŇSTVÍ	35
5.7	NEVÝHODY SUBSTITUČNÍ LÉČBY	36
5.8	KOMPLIANCE K SUBSTITUČNÍ LÉČBĚ.....	36
5.9	HISTORIE SUBSTITUČNÍ LÉČBY V EVROPĚ.....	37
5.10	SOUČASNÝ STAV SUBSTITUČNÍ LÉČBY V EVROPĚ.....	37
5.11	HISTORIE SUBSTITUČNÍ LÉČBY V ČR.....	38
5.12	SOUČASNÝ STAV SUBSTITUČNÍ LÉČBY V ČR.....	38

6	SUBSTITUČNÍ LÉČBA BUPRENORFINEM	40
6.1	INDIKACE LÉČBY	40
6.2	RIZIKA	40
6.3	DOSTUPNOST SUBSTITUČNÍ LÉČBY BUPRENORFINEM	40
6.4	FORMY SUBSTITUČNÍ LÉČBY	41
6.5	TYPY SUBSTITUČNÍ LÉČBY	41
6.5.1	<i>Komplexní substituční léčba ve specializovaných zařízeních</i>	<i>42</i>
6.5.2	<i>Základní substituční léčba ve specializovaných zařízeních</i>	<i>42</i>
6.5.3	<i>Rozšířená substituční léčba ve specializovaných zařízeních</i>	<i>42</i>
6.5.4	<i>Minimální substituční léčba ve zdravotnických zařízeních</i>	<i>43</i>
6.6	VÝHODY.....	43
6.7	NEVÝHODY	43
6.8	DOPADY.....	43
6.9	KONTRAINDIKACE SUBSTITUČNÍ LÉČBY	44
6.10	PODMÍNKY PRO VSTUP DO SUBSTITUČNÍ LÉČBY BUPRENORFINEM	44
6.11	NÍZKOPRAHOVÉ PROGRAMY PRO UŽIVATELE DROG V ČR AKTUÁLNĚ	45
7	ČERNÝ TRH SE SUBSTITUČNÍMI LÉKY	46
7.1	CHARAKTERISTIKA ČERNÉHO TRHU SE SUBSTITUČNÍMI LÉKY	46
7.2	DŮVODY PRONIKÁNÍ SUBSTITUČNÍCH LÉKŮ NA ČERNÝ TRH	46
7.3	ČERNÝ TRH S BUPRENORFINEM V EVROPĚ	46
7.4	ČERNÝ TRH S BUPRENORFINEM V ČR.....	47
7.5	PRONIKÁNÍ BUPRENORFINU NA ČERNÝ TRH.....	47
7.6	DŮVODY NELEGÁLNÍHO NÁKUPU BUPRENORFINU NA ČERNÉM TRHU	48
	PRAKTICKÁ ČÁST	49
8	CÍL VÝZKUMU.....	49
8.1	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	49
9	VÝZKUMNÝ SOUBOR	50
10	UŽITÉ METODY	51
10.1	METODA SBĚRU DAT	51
10.2	METODA POUŽITÁ PRO VÝBĚR RESPONDENTŮ	52
10.3	METODA ANALÝZY DAT V PROGRAMU MAXQDA (VERZE 24.4)	52
11	REALIZACE VÝZKUMU	54
12	ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU	56
13	VÝSLEDKY VÝZKUMU	57
13.1	DEMOGRAFICKÁ CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	57
13.1.1	<i>Věk a pohlaví</i>	<i>57</i>
13.1.2	<i>Typ bydlení klientů.....</i>	<i>57</i>
13.1.3	<i>Zaměstnání klientů.....</i>	<i>58</i>
13.2	PRŮBĚH VÝDEJE BUPRENORFINU NA ZAČÁTKU LÉČBY A AKTUÁLNĚ	60
13.2.1	<i>Průběh výdeje buprenorfinu na začátku léčby</i>	<i>60</i>
13.2.2	<i>Průběh výdeje buprenorfinu aktuálně</i>	<i>61</i>
13.2.3	<i>Abstinenční příznaky při řádném užívání buprenorfinu</i>	<i>62</i>
13.3	MÍRA SPOKOJENOSTI S VÝDEJEM BUPRENORFINU	63
13.4	PROBLÉMOVÉ ASPEKTY VÝDEJE BUPRENORFINU A JEJICH VLIV NA PRAKTICKÝ ŽIVOT KLIENTŮ	64
13.4.1	<i>Komplikace každodenního života s docházením na výdej.....</i>	<i>64</i>
13.4.2	<i>Změna finanční situace klientů</i>	<i>65</i>
13.4.3	<i>Změna situace klientů na trhu práce.....</i>	<i>66</i>
13.4.4	<i>Změna zdravotního stavu klientů</i>	<i>66</i>
13.5	ZKUŠENOST KLIENTŮ S ČERNÝM TRHEM S BUPRENORFINEM A NÁVRHY NA OMEZENÍ	67
13.5.1	<i>Četnost a důvody prodeje buprenorfinu na černém trhu</i>	<i>67</i>

13.5.2	Četnost a důvody nákupu buprenorfinu na černém trhu.....	67
13.5.3	Návrhy na omezení obchodování s buprenorfinem na černém trhu.....	68
13.6	ZLEPŠENÍ VÝDEJE BUPRENORFINU Z POHLEDU KLIENTŮ	69
13.6.1	Spokojenost klientů s výdejem	69
13.6.2	Návrhy na zlepšení a zefektivnění realizace substituční léčby buprenorfinem dle respondentů.....	70
14	DISKUSE	73
15	ZÁVĚR.....	81
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
	SEZNAM GRAFŮ, OBRÁZKU A TABULEK.....	89
	PŘÍLOHY	90

1 Úvod

Jako téma diplomové práce jsem si zvolila problematiku buprenorfinu a jeho využití v substituční léčbě. Nejen Česká republika se potýká s nárůstem počtu uživatelů nelegálních návykových látek a tím nabývá na významu i substituční léčba uživatelů drog, jejímž cílem je vracet tyto uživatele zpět do běžného života a tím zlepšit společenské prostředí. Jako adiktoložka v nízkoprahovém programu pro injekční uživatele drog se s lidmi závislými na buprenorfinu denně setkávám a vidím, jak velmi může legálně předepisovaný a správně užívaný buprenorfin klientům změnit život k lepšímu. Současně se ale setkávám s mnoha klienty, kteří buprenorfin získávají nelegálně a zneužívají ho. V takovémto případě je situace opačná. Klienti si rychle vytvoří silnou závislost a mnoho zdravotních komplikací, které bývají i fatální. Význam substituční léčby spočívá zejména v tom, že klient zůstává pod odborným dohledem, užívá návykové látky legálně a bezpečným způsobem a tím dochází k celkovému zlepšení jeho stavu.

Včasný přechod klienta zneužívajícího buprenorfin či jiné opioidy na legální substituci mu může zachránit život. Nicméně informovanost klientů ohledně substituce je malá. Míst v substituci je mnohem méně, než by bylo potřeba a než se klient do substituce dostane, musí absolvovat složitý proces, který je pro mnohé klienty, bez podpory ze strany zařízení, nereálné zvládnout.

Buprenorfin je syntetický opioid, který se využívá především v léčbě závislosti na jiných, rizikovějších opioidech. Jeho specifické vlastnosti, jako je dlouhá doba působení a částečný agonistický efekt na opioidní receptory, jej činí účinným nástrojem v substituční léčbě. Nicméně, jeho terapeutický potenciál je rovněž doprovázen rizikem zneužívání a závislosti, což představuje značnou výzvu v oblasti adiktologie. Buprenorfin se stal velmi užívaným lékem v rámci substituční terapie. Jeho užití v terapii má své výhody ale i rizika, a tak je třeba kontrolovat nakládání s ním, zrovna tak jako jeho efekt v rámci terapie závislosti na dalších látkách. Distribuce buprenorfinu, shodně jako u jiných léčiv, musí být regulována a kontrolována, aby nedocházelo k vzniku či šíření jeho prodeje na ilegálním trhu mezi uživateli substitučních programů a bylo s ním nakládáno jen způsobem, který je v souladu se zákonem.

Tato diplomová práce se zaměřuje na problematiku buprenorfinu a jeho zneužívání, s důrazem na specifika jeho výdeje. Výzkumný soubor je tvořen klienty zařízení Cadas patřícím pod společnost Sananim, z. ú. (dále jen Cadas) a Remedis s.r.o. (dále jen Remedis). Závislost na opioidech je jedním z nejzávažnějších problémů moderní společnosti, přičemž buprenorfin, přestože je považován za méně rizikový než jiné opioidy, není imunní vůči zneužívání.

Cílem této práce je zmapovat, jakým způsobem probíhá výdej buprenorfinu v uvedených zařízeních, dále identifikovat problémové aspekty výdeje substituční látky na kvalitu života klientů. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů zmapuji pohled klientů na realizaci substituce a identifikuji problémové aspekty. Pohled ze strany klientů přinese nové návrhy na možná zlepšení center, které se tím stanou pro klienty přívětivější. Dále prozkoumám okolnosti a formu výdeje na počátku substituce a nyní a pokusím se zjistit preference klientů a to, jaký má forma výdeje vliv na jejich praktický život. Tato práce může přinést další pohled na problematiku výdeje buprenorfinu, identifikovat jeho výhody a rizika z pohledu klientů. Výsledky výzkumu mohou přispět k lepší orientaci v praxi a pomoci v boji proti zneužívání buprenorfinu, čímž mohou podpořit efektivitu léčby závislosti na opioidech.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Rešerše

V rámci systematického přehledu studií jsem využila metodologii PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), která je uznaným standardem pro zveřejňování výsledků systematických přehledů a metaanalýz. PRISMA diagram slouží jako vizuální nástroj k zobrazení procesu výběru studií, což umožňuje transparentní prezentaci postupu od identifikace relevantních zdrojů až po zařazení studií do konečné analýzy.

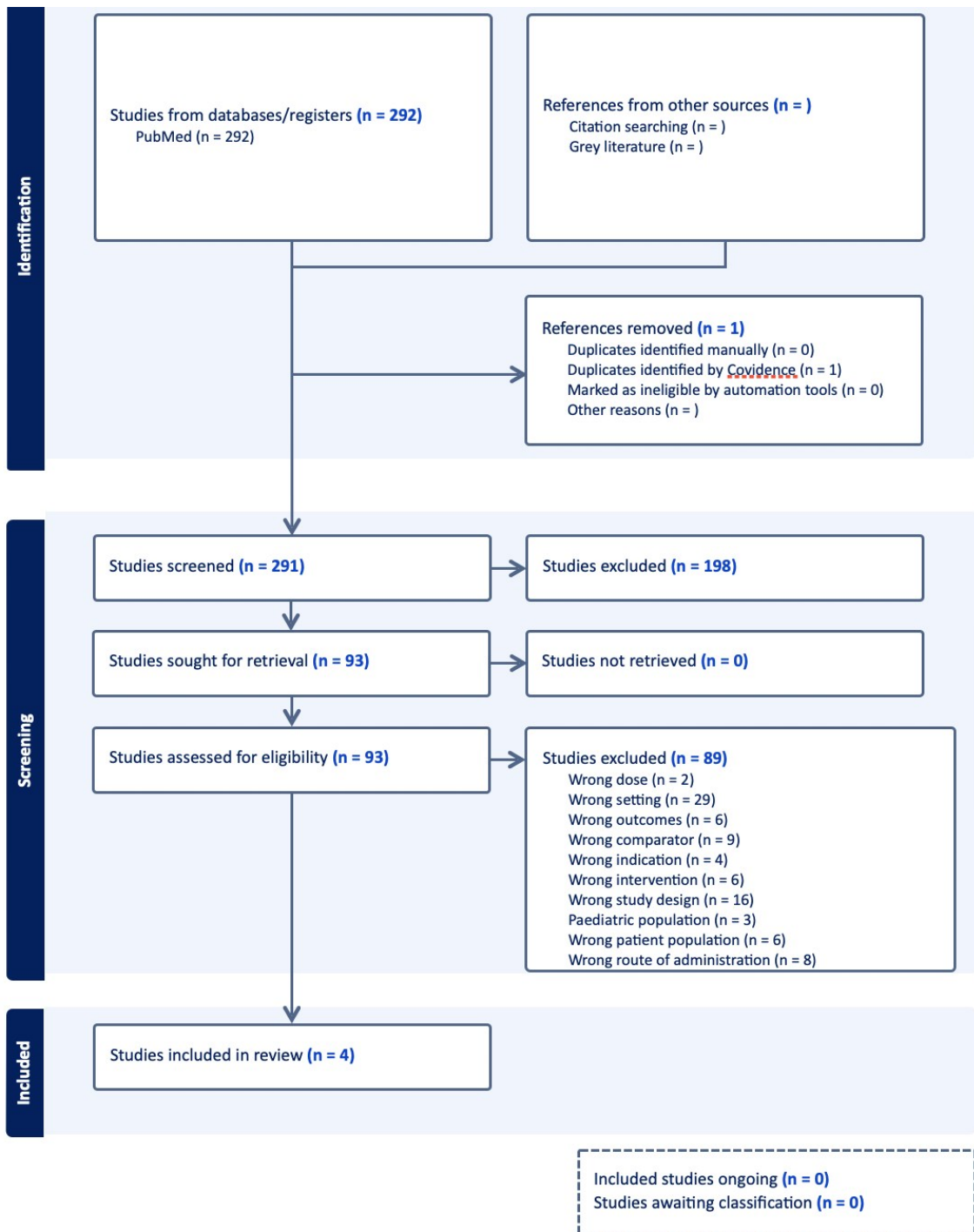
Tento diagram poskytuje přehledný souhrn všech kroků výběru, včetně počtu studií identifikovaných, zahrnutých a vyloučených, což čtenářům umožňuje rychle posoudit metodologickou pevnost a relevanci rešerše. V diagramu jsou zdůrazněna kritéria vyloučení, jako jsou například špatné nastavení studie nebo nesprávná cílová populace, což ukazuje, jak byly zajištěny vysoké standardy výzkumu.

V průběhu systematické rešerše byla identifikována celkem 292 studií z databází a registrů, konkrétně z PubMed. Dále byly zahrnuty studie z jiných zdrojů včetně citačního vyhledávání a šedé literatury. Po odstranění duplikátů a nevhodně označených referencí pomocí manuálního výběru a automatizačních nástrojů bylo v prvním kroku vyřazeno 1 referenční záznam, což následně umožnilo prověření 291 studií.

Z těchto studií bylo 93 považováno za vhodné ke zkoumání z hlediska způsobilosti a byly podrobeny dalšímu hodnocení. Studie, které nebyly vhodné (198), byly vyloučeny z různých důvodů, včetně nesprávné dávky, nastavení, výsledků, porovnačce, indikace, zákroku, designu studie, a nevhodné pacientské populace včetně pediatrické populace a nesprávné cesty podání.

Po pečlivé evaluaci zůstaly 4 studie, které byly zahrnuty do konečného přehledu. Tento výběr zahrnoval studie, které přesně odpovídaly výzkumným kritériím a měly potenciální dopad na zodpovězení stanovených výzkumných otázek.

Obrázek 1: PRISMA diagram



Tabulka 1: Přehled zařazených studií

Článek	Cíle a pozadí studia
Cicero, T. J., Ellis, M. S., Surratt, H. L., & Kurtz, S. P. (2014). Factors contributing to the rise of buprenorphine misuse: 2008-2013. <i>Drug and Alcohol Dependence</i>	Tato studie se zaměřuje na faktory zvyšující riziko zneužití buprenorfinu mimo jeho terapeutické indikace. Autoři skrze kvantitativní i kvalitativní měření dospěli k závěru, že nejdůležitějším důvodem zneužití buprenorfinu je jeho víceúčelovost, ať už jako prostředek k navození euforie, šetření od bolesti, substituce hůře dosažitelných drog či úleva od abstinenčních příznaků.
Mravčík, V., Janíková, B., Drbohlavová, B., Popov, P., & Pirona, A. (2018). The complex relation between access to opioid agonist therapy and diversion of opioid medications: a case example of large-scale misuse of buprenorphine in the Czech Republic. <i>Harm Reduction Journal</i>	Studie situovaná v České republice se věnuje problematice vztahu dostupnosti substituční léčby ve formě hmotné, finanční i legislativní. Studie shledává, Restriktivní podmínky úhrady a složitá administrativní pravidla přispívají k nízké dostupnosti a pokrytí OAT, což nutí uživatele hledat alternativní způsoby, včetně nákupu na černém trhu. Data ukazují, že přísnější opatření proti zneužívání by mohla situaci ještě zhoršit, zatímco zvýšení dostupnosti a usnadnění přístupu k buprenorfinu by mohlo přinést pozitivní změny.
Mammen, K., & Bell, J. (2009). The clinical efficacy and abuse potential of combination buprenorphine-naloxone in the treatment of opioid dependence. <i>Expert Opinion on Pharmacotherapy</i>	Tato studie zkoumá efektivitu kombinace substituční látky buprenorfinu s naloxonem pro limitování potenciálního zneužívání látky. Dle dat získaných ve studii kombinace buprenorfin-naloxon v poměru 4:1 neovlivňuje terapeutický efekt buprenorfinu a zároveň odrazuje uživatele od intravenózního podání.
Landreat, M. G., Dany, A., Bouju, G. C., LaFogue, E.-J., Cholet, J., Leboucher, J., Hardouin, J. B., the OPAL Group, Victorri, C., & Bronnec, M. G. (2022). How do people who use drugs receiving Opioid Medication Therapy perceive their treatment? A multicentre study. <i>Harm Reduction Journal</i>	Studie se zabývá problematice substituční léčby z pohledu pacienta, jeho vnímání léčebného procesu. 92.8 % pacientů ve studii cítí, že díky substituční léčbě změnila spoustu věcí v jejich životě. Většina se ale také na substituční léčbě cítila souzena rodinou a přáteli. I proto je důležité zahrnovat patientský úhel pohledu do strategie léčby.

3 Opioidy a opiáty

Opioidy a opiáty jsou látky, které se mimo jiné užívají k léčbě u těžkých nemocí, kde nemocní lidé trpí velkými bolestmi. Takové bolesti přinášejí pacientům utrpení a jsou velmi nepříjemné. Opioidy a opiáty jsou schopny se vázat na opioidní receptory. Patří k tlumivým látkám s výrazným euforickým efektem. Jsou nazývány podle sušené šťávy z nezralých makovic (opia). Nejvýznamnějšími přírodními zástupci jsou alkaloidy morfium a kodein, z polosyntetických a syntetických látek jsou pro adiktologii nejvýznamnější heroin, metadon, buprenorfin a v Čechách také braun. Opioidy a opiáty mají intenzivní analgetický účinek (Kalina a kol., 2015, s. 55,56).

3.1 Dělení

Primární dělení opioidů je na slabé a silné. Rozhoduje se podle stupně bolesti, kterou mají mírnit (Pavelka a kol., 2005, s. 29).

Opioidy se dělí dle působení na opioidní receptory na opioidní antagonisty, parciální agonisty a agonisty. Mezi opioidní agonisty se řadí: morfin, dále fentanyl pod názvem FENTANYL, dále sufentanyl pod názvem SUFENTA, také alfentanil pod prodejním pojmenováním RAPIFEN a další jako například, remifentanil pod prodejním pojmenováním ULTIVA. Ke známým léčivům pod prodejními názvy spadá například TRAMAL anebo DOLSIN (Malý, 2014, s. 8).

Opiáty se řadí k návykovým látkám, mající převážně tlumivý účinek. Získávají se ze surového opia. Zdrojem jsou nedozrálé makovice opiového máku. K typickým zástupcům lze řadit morfin anebo heroin, známý kodein či braun.

Mák olejný, který je známý také jako mák lékařský se pěstuje ve většině evropských států zejména pro potravinářský a olejářský průmysl. Pouze nezralé makovice tohoto máku jsou určeny pro zpracování pro průmysl farmaceutický.

Opiový mák je pěstován zejména ve státech Zlatého trojúhelníku (Barma, Laos, Thajsko) a ve státech Zlatého půlměsíce (Afghánistán, Pákistán, Írán). V těchto státech se rostlina pěstuje pro ilegální zpracování, které pomáhá výrobě nebezpečných návykových látek.

Surové opium se získá naříznutí stěn makovic. Současně se provádí sběr zasychající mléčné šťávy ve formě gumovité hmoty, která je sbírána do nádob anebo šátků. Takováto hnědá a suchá drolící se hmota je formována do tvarů tyčinek nebo homolí.

Opium, které je v surové formě, se využívá jako primární surovina k výrobě ostatních známých 25 omamných látek jako například morfin, anebo braun, kodein, dále heroin, metadon, fentanyl a další látky (Státní zdravotní ústav, 2023).

3.2 Způsoby aplikace

Přípravu i aplikaci léčiv má vždy provádět odborný personál, který je školený k takové aplikaci. Jinak by mohla být aplikace riziková (Vytejková a kol., 2015, s. 15).

Nejčastější podání opiátů probíhá parenterální cestou. U dětí se tato léčiva aplikují prostřednictvím nitrožilní kanyly. Také existuje možnost aplikování opiátů prostřednictvím infúze. U tak zvané kontrolované analgezie probíhá aplikace přes speciální pumpu, která zajistí podání bazální dávky kontinuálně. V případě bolesti má možnost pacient zmáčknout pumpu a dojde k aplikaci bolusu daného léčiva. Mezi další metody aplikace opiátů patří například forma náplastí. Tomuto aplikování se říká trans dermální podání (Sedlářová a kol., 2008, s. 124).

O aplikaci opiátů ve zdravotnictví se musí provést písemný záznam v knize opiátů. Modrým písmem se například zaznamenává datum i množství aplikovaného léčiva nebo číslo chorobopisu daného pacienta. Červeně se zapisuje osoba, která nakládá s opiáty a eviduje hospodaření (Hůsková, 2009, s. 12).

3.3 Mechanismus účinku

Nemocní lidé, kteří trpí chronickou bolestí, nejsou i přes nemalé množství vydaných doporučených postupů dostatečně adekvátně zaléčeni a neuvěřují se metody, které jsou postavené na důkazech nebo prověřené strategií terapie.

Bolest se jeví u jednotlivých případů nevhodně identifikována a množství nereálných představ klade lékařům bariéru v rozumovém použití tak zvaných opioidních analgetik při léčbě bolesti (Odborný lékařský server pro Lékaře, 2017). Opioidy mají vliv na centrální nervovou soustavu, kde ovlivňují vnímání bolesti. Také mají centrálně sedativní efekt (Slíva, 2021, s. 14).

3.3.1 Krátkodobé účinky

Opiáty způsobují celkové duševní i tělesné utlumení a navozují stav pocitů blažené euforie a celkově uklidňují, uvolňují, snižují anebo odstraňují fyzickou bolest, a tak se ztrácí nevyžádané psychické stavy, a mohou se dostavit i pocity euforie.

V souhrnu utlumují aktivitu u centrální nervové soustavy, zpomalují metabolismus a jiné tělesné funkcionality. S odezněním efektu drogy se dostávají stavy, které jsou společné pro veškeré typy opiátů. Jedná se například o těžkou zácpu, pomalejší dechové centrum,

pocení. Je důležité, aby tyto krátkodobé stavy nepřešly do těžkého abstinenciho syndromu (Státní zdravotní ústav, 2023).

Po aplikaci drogy se dostaví stav zvaný omámení, které se projevují poruchami koordinace a pomalejšími reakcemi, nastává typické zúžení u zornic (takzvaná „špendlíková hlavička“) a uživatel obvykle zvrací bez symptomů, které by značily nevolnost (drogově závislí lidé mohou mít podrážděné centrum, které vyvolá reflex vedoucí ke zvracení).

U závislých uživatelů, kteří aplikují zmíněné látky injekční formu, jsou charakteristické vpichy, které se nalézají po celém těle. Také jsou typické pomůcky takovéto aplikace, kterými jsou různé injekční stříkačky, jehly i opálený staniol anebo lžička (Státní zdravotní ústav, 2023).

Nejrozšířenějšími a nejčastějšími komplikacemi je absces a flegmóna, dále pak zánět žil, trombóza hlubokých žil a embolie. Časté jsou i sepse (Kalina K., Drogy a drogové závislosti, 2003).

3.3.2 Dlouhodobé účinky

U dlouhodobých uživatelů opia se objevila charakteristická neplodnost, jelikož v důsledku utlumení útrobního (tedy hladkého) svalstva se poškodí transport vyloučeného vajíčka ve vejcovodu. Nebezpečným se stává především útlum dechového centra, jež má za následek v nejhorším případě také smrt.

Zmíněné opiáty zapříčiňují především závažnou fyzickou závislost. Je vhodné však zmínit, že se kombinuje s psychickou závislostí, a to jak u morfinu anebo heroinu a jeho derivátů (Státní zdravotní ústav, 2023).

Velmi vážným rizikem bývá, když se uživatel opiátů předávkuje. Předávkování může skončit úmrtím. Především u morfinu anebo heroinu a jeho derivátů, kdy je velmi rychlý nástup i vytvoření psychické i fyzické závislosti, kterou provází těžký odvykací (neboli abstinenciho) příznak. Zde se jedná například o bolesti svalů, bolesti kloubů, závislí se více potí, zvrací, mají zácpu i průjmy, mají problémy s kůží – svědí je, mají zimnici, trpí svalovou křečí, mají problémy s termoregulací – s kolísáním teplot, které následují krátce (občas už po několika hodinách) a poté nastává odeznění efektu dané drogy.

Dále nastává porucha potence jak u mužů, tak u žen a vede to i k poruchám při menstruačním cyklu. Dochází k velmi závažnému poškození celého organismu (mozku, jater, záněty žil). Pokud je droga aplikována injekční formou, je tu riziko infekce (hepatitidy typu A, anebo typu B, či formy C, a také syndromu AIDS), která vznikla jako dopad užití nesterilních jehel či stříkaček při aplikování takové drogy.

U uživatelů, především u heroinu, je charakteristický tak zvaný drogový zvyk, kdy se každodenní život orientuje jen na sehnání a aplikování drogy. U uživatelů se ve velmi krátkém čase vytrácí původní zájmy, přátelé (substituuje je nová forma známých, kteří ilegálně pracují ve sféře drogových dealerů a prodávají uživatelům drogu), vyskytují se obtíže ve školním prostředí, v práci a uživatel často prodává všechnu majetek, který vlastní, a taky se dopouští obvyklého kriminálního i velmi nepříznivého jednání, jakými jsou krádeže a prostituce (Státní zdravotní ústav, 2023).

3.3.3 Somatické účinky opioidů

Opioidy mohou zapříčinit svalovou ztuhlost. Nastává tonus svalu. Především v hrudní oblasti a u končetin. Původ se nalézá v tak zvaném centrálním striatu, jelikož se navyšuje odbourání dopaminu.

Opioidy tlumí CNS, snižují vnímavost a potlačují orientaci v prostoru a místě. Zapříčiňují potlačení bolesti, způsobují ospalost, malátnost až euforii. Tím, že mohou způsobit tzv. depresi dýchacího centra, snížení na dráždivý účinek acidosisy a CO₂, může dojít k samotné zástavě dechu. Opioidy mají schopnost tlumit centrum kašle. Tím, že dráždí centrum pro zvracení, může dojít k tzv. aspirační pneumonii. Mióza zornic je další typický účinek opioidů. Co se týká oběhové soustavy, krevní oběh se zvětšuje (vazodilatace), zpomaluje se srdeční akce (bradykardie) a klesá krevní tlak (hypotenze). Zároveň dochází ke zpomalení dýchání. Trávicí soustava je postižena nepravidelnou stolicí (těžká zácpa), často se objevuje žlučnicková kolika a v neposlední řadě je zasažen i reprodukční systém, vedoucí ke sterilitě (Sananim, 2024).

3.4 Intoxikace

Mimo otravy u toxikomanů, jež jsou časté, je možné vidět neustále více náhodných otrav dětí po užití kodeinu, morfinu v tabletách s postupným uvolňováním anebo prostřednictvím Subutexu.

Akutní intoxikace opiáty, je doprovázena množstvím známých nežádoucích efektů. V rámci neodkladné péče při příjmu do nemocnice je důležité identifikovat sníženou citlivost u dechového centra a z toho plyne riziko hypoventilace i hypoxie s veškerými dopady (Pajerek, 2007, s. 110-111).

3.5 Tolerance

Existuje tolerance, co má analgizující efekt opioidů. Podstata NMDA receptoru při vzniku určité tolerance je opakovaně popisována. Například Pastrnák a kolektiv dokázali, že účinek NMDA receptoru brání vytvoření jisté tolerance i fyzické závislosti.

Ke vzniku určité tolerance se jeví intaktní NMDA receptory jako nepostradatelné. Látky, jež umí NMDA receptory zablokovat, také zvládají bránit vytvoření tolerance. Jednou z takovýchto látek je také ketamin, jež je obvykle používán v celkovém anestetiku.

Ketamin, který je využíván při léčbě BNO (bolesti nádorového onemocnění), zde se jedná o off-label indikování. Byl úspěšně užit subkutánní formou, intramuskulární formou a intravenózní formou, a také byla vyzkoušena forma perorální a trans bukální. Pozitivně působí i poměrně nedávno popisovaný antidepressivní efekt ketaminu. Je vhodné rozlišit mezi danými efekty ketaminu, jež se projevují, a to v závislosti na aplikované dávce.

Tak zvané bolusové dávky pohybující se nad 2mg/kg i.m. či okolo 1mg/kg i.v., eventuálně nad hodnotu 20 µg/kg/min prostřednictvím kontinuální nitrožilní infuze prokazují anestetický efekt, nižší dávky ukázaly analgetický účinek anebo antihyperalgický účinek a dávky v hodnotě 1–14 µg/kg/min neoplývají jakýmkoliv vlastním analgetickým účinkem, ale snižují dále spotřebu opioidů a také vznik popisované tolerance u opioidů (Pajerek, 2015).

3.6 Závislost

Závislost je stav, kdy závislý uživatel není schopen plnit svou roli v každodenním životě a věnuje se této závislosti. To nabourá rodinnou a pracovní oblast i zdravé trávení volného času. U závislých lidí se zvyšuje riziko trestných činů, propuknutí infekčních nemocí a kriminalita. Potřebují pomoci efektivní léčbou, která nezapříčiní vedlejší nevyžádané dopady na jejich zdraví.

Existují činitelé, kteří vyvolají závislost, například konflikty. Mezi základní činitele, které závislost udržují, patří dlouhodobé vystavení se stresové situaci a v neposlední řadě do činitelů, které závislost podporují, patří i nevhodné povolání (Slabý, 2017. s. 7).

3.7 Abstinenční syndrom

Hlavním příznakem odvykacího stavu bývá tak zvaný zrcadlový účinek opiátů. U lehčích závislostí se projevuje určitými symptomy a potíže se objevují v oblasti trávicího traktu, kdy závislý má bolesti břicha, zácpu, anebo naopak anebo průjmy, bývá neklidný a trpí nespavostí.

U těžších případů je reagování bouřlivé a dostavuje se pocení, vyšší teplota, také slzení, anebo mydriáza, kdy jsou rozšířené oční zornice, klesá krevní tlak, dostavuje se velká nespavost a objevují se také poruchy řeči, třes, anebo nechutenství a dehydratace. Může nastat kolaps i úmrtí.

Při dlouhotrvajícím užívání je možné jako léčebnou metodu uplatit náhradní léčbu, a to metadonem nebo buprenorfinem, jež pomáhá stabilizovat závislost u dlouhodobých závislých uživatelů.

Léčba závislosti se může u vysokých dávek zkomplikovat a je na místě ji přenechat specializovaným odborníkům. U léčebných modelů se aplikuje v podmínkách České republiky převedením závislých na jiný druh opiátu (například ethylmorfin, metadon anebo buprenorfin). Postupně se snižují dávky, až se úplně vysadí. Při nástupu odvykacího stavu také záleží na používané droze (na poločasu eliminace – době, za kterou nastane vyloučení poloviny množství dané látky, která je přítomna v organismu).

U převážné části ilegálně používaných opiátů (třeba u heroinu) se primární symptomy vyskytnou v prvních dnech (mluví se o eliminačním poločasu, který je řádově v míře hodin) a svého vrcholu dosahuje 3. – 4. den. Už po týdnu odeznívá.

Poruchy spánku jsou stále přítomny ještě přibližně měsíc po ukončení závislého užití. V rámci celé doby odvykání (respektive vysazování opiátů) se stává velmi vhodné ponechání pacienta úplně bez dané medikace (užitých léčiv), eventuálně je možné se pokusit mít vliv na určité problémové oblasti a ovlivnit například poruchy spánku při režimových opatřeních i bylinnými preparáty (třeba čaj z meduňky).

Je pochopitelné, že někdy nastává rozvoj stavu, který je doprovázen depresí (taková deprese může být důvodem k užití opiátu), anebo poruchy spánku, které jsou dosti vážné a jeví se nutné přistoupit k žádané medikaci bez prodlev (Státní zdravotní ústav, 2023).

3.8 Terapeutické využití

Opioidní terapie u chronické bolesti, která je nenádorového původu, je neustále ve větší oblibě. Vhodné jsou různé formy opioidů, jež zajistí poměrně po dlouhou dobu efektivní hladinu. Obvykle dostupné bývají perorální formy opioidů, kde se postupně uvolní efektivní látka. Doba, po kterou působí, je obvykle okolo 12 hodin, u dalších forem se pohybuje okolo 24 hodin.

Tak zvané transdermální typy jsou poměrně nové a způsob aplikace u opioidů i vůči perorální formě podání nese výhodu, která spočívá v držení hladiny, a to až 72 hodin. Transport prostřednictvím kůže si žádá, aby byly naplněny jisté podmínky, a takovýmito podmínkám právě vyhovuje fentanyl či buprenorfin.

Klinické užití obou léčiv v rámci přípravků bylo potvrzeno řadou studií, kde byly současně uváděny také nežádoucí efekty, jež se během dané léčby projeví. Volbu daného nejvhodnějšího opioidu stanovují jeho vlastnosti, kam spadá povaha bolesti i individuální

vnímavost u pacienta. Poslední dobou čím dál častěji sehrává ve výběru úlohy také účinnost z finančního hlediska (Vondráčková, 2006, s. 203-204).

3.9 Sociální dopady užívání drog

Užívání nelegálních návykových látek má rozsáhlé sociální dopady, a to nejen pro samotné uživatele, ale i pro rodinu, přátele a celou společnost. Jedná se o širokou škálu oblastí. Jde zejména o problematiku bydlení a s tím související bezdomovectví, obtížné pracovní uplatnění, častá nezaměstnanost, zadluženost a špatné vztahy s blízkými osobami (NMS 2023).

3.9.1 Sociální vyloučení

U osob užívajících nelegální návykové látky často dochází k sociálnímu vyloučení. Jedná se o stav, kdy je osoba maximálně znevýhodněna. Důsledkem je nerovný přístup k téměř všem oblastem života. Jde zejména o oblast zdravotní, ekonomickou, občanskou, sociální a kulturní.

Na sociálním vyloučení drogově závislých osob se podílí nízká úroveň vzdělání a nízká životní úroveň, které souvisí s problémy s uplatněním na trhu práce. Na to navazuje problém se zadlužeností. Tyto osoby žijící na okraji společnosti mají také značné zdravotní problémy. Všechny tyto problémy lze považovat jak za příčinu, tak za následek sociální exkluze (NMS 2023).

3.9.2 Uživatelé drog a bezdomovectví

Závažným problémem drogově závislých osob je bezdomovectví. Problémoví uživatelé drog jsou často vyhozeni ze svého rodinného prostředí, protože rodiče nejsou ochotni tento způsob života svých dětí tolerovat. Někteří si dokáží nějaké náhradní bydlení zajistit, ale většina, tj. 73,1% končí na ulici bez stálé adresy (NMS 2023).

3.9.3 Pracovní uplatnění uživatelů drog

Drogově závislí často nemají stabilní příjem, většinou si přivydělávají na krátkodobých brigádách bez uzavřené pracovní smlouvy, případně využívají zprostředkovacích služeb různých pracovních agentur, a to často za velmi nevýhodných podmínek. Tyto osoby většinou nemají nárok na podporu v nezaměstnanosti od úřadu práce, a tak končí na dávkách v hmotné nouzi. Vzhledem k tomu, že většina uživatelů drog má nízké vzdělání a nedostatek pracovních zkušeností, jsou často dlouhodobě nezaměstnaní, a to z důvodu, že jsou prakticky nezaměstnatelní. Ani samotní zaměstnavatelé nemají o zaměstnance s drogovou minulostí či přítomností zájem (NMS 2023).

3.9.4 Rodinné a přátelské vztahy uživatelů drog

V rodinách, jejichž členem je uživatel drog, jsou rodinné vztahy zpravidla špatné a komplikované. Ve většině případů dochází k vyloučení takového člena z rodiny a přerušení kontaktů s ním. V některých případech dochází i k situaci, že uživatel drog se sám začne rodiny z různých důvodů stranit. Další skupinou jsou uživatelé drog, kteří vlastně nikdy rodinu neměli, protože vyrostli v dětských domovech nebo výchovných ústavech. V ojedinělých případech se rodina o svého člena, uživatele drog, zajímá, snaží se mu pomoci, ale bez odborné podpory se to nedaří.

Problémem uživatelů drog jsou i přátelské vztahy, protože závislý uživatel nemá většinou čas na nic jiného, než na shánění peněz na drogy. Postupně mizí kontakty s okolím a kamarády a zároveň dochází k navázání nových vztahů v rámci drogové komunity (Nešpor, K. 1996).

3.9.5 Substituční přípravky v České republice

V České republice jsou substituční přípravky podávány výhradně orální formou a může je předepsat jakýkoliv lékař bez ohledu na specializaci. V roce 2022 bylo na trhu 7 přípravků pro léčbu závislosti na opioidech:

metadon připravovaný jako magistraliter z dovážené generické substance dostupný ve specializovaných substitučních centrech,

dva přípravky obsahující buprenorfin: Subutex®, Ravata®,

čtyři kompozitní přípravky s účinnými látkami buprenorfin a naloxon: Suboxone®, Bupensanduo®, Libroxar® a Zubsolv®.

V roce 2022 bylo v České republice distribuováno celkem 4,4 kg buprenorfinu (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023, tabulka 9-12).

Nejnovějším přípravkem distribuovaným v České republice od května 2022 je Zubsolv®. Tento přípravek může být distribuován i mimo výdejová centra, v ambulantním režimu je hrazen zdravotní pojišťovnou. Pokud je předepsán psychiatrem nebo specialistou pro léčbu návykových nemocí, a to v množství 5,7 mg buprenorfinu v 1 tabletě, je bezdoplatkový (NMS 2023).

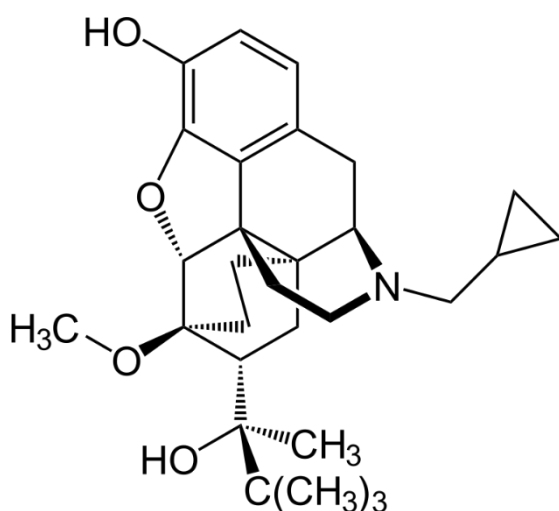
4 Buprenorfin

Jedná se o syntetický opioid, který je složkou celé řady humánních a veterinárních léků. Využívá se k analgezii, k substituční a detoxikační léčbě osob závislých na opiátech a opioidech (Wikipedie, 2024).

4.1 Buprenorfin – chemická látka

Buprenorfin je polysyntetickou látkou odvozenou od thebainu (alkaloidu obsaženého v opiu). Jeho účinek je podobný morfinu anebo heroinu a řadí se tudíž k opiátům. Je to parciální agonista/antagonista (tzv. dualista) opiátových receptorů (Odborný server prevcentrum, 2017).

Obrázek 2: Molekulární struktura buprenorfinu



Systematický název: (2S)-2-[(5R,6R,7R,14S)-17-(cyklopropylmethyl)-3-hydroxy-6-methoxy-4,5-epoxy-6,14-ethanomorfina-7-yl]-3,3-dimethylbutan-2-ol (Wikipedie, 2024)

4.2 Historie

Buprenorfin byl objeven v roce 1960 a od roku 1978 se používá jako lék proti bolesti a později k léčbě detoxikační a k léčbě závislosti na opioidech v rámci specializované medicínské, sociální a psychologické péče.

K substituční a detoxikační léčbě se začal buprenorfin oficiálně používat v 90. letech dvacátého století ve Francii. V České republice byl buprenorfinový lék Subutex registrován v roce 2001.

Přípravek je určen pro dospělé a mladistvé od 15 let, kteří souhlasí s léčbou závislosti tímto přípravkem. Jedná se o polysyntetický derivát jednoho z alkaloidů opia – thebainu (Pánská, Hunáčková, 2011).

V minulosti nebylo možné v České republice užívat buprenorfin v rámci substituční terapie. Teprve roku 2011 se situace změnila. Do té doby nebyl buprenorfin – naltrexon registrován a v současnosti je dostupný pod názvem Suboxon (Kalina, 2013, s. 511).

4.3 Vlastnosti

Buprenorfin je v řadě učebnic prezentován jako tak zvaný parciální agonista u daných receptorů. Způsobem zvaným *In vitro* potvrdil vysokou afinitu i menší vnitřní činnost u daných receptorů. Poslední výzkumná šetření ukázala, že parciální činnost vedla pouze k depresivnímu efektu dechového centra, nikoli požadovanému analgetickému účinku.

Je to parciální agonista/antagonista, tzv. dualista pro opiátové receptory. Od dalších silných opioidů se odlišuje jistými vlastnostmi. Zpomaleně disociuje z daného receptoru, a tak i déle účinkuje. Transdermální forma využívá přilnavou matrici, která má textilní povrch. Charakteristická je pro ni velká přilnavost.

Aplikování buprenorfinu zabraňuje nociceptivní, anebo zánětlivé a neuropatické bolesti. Díky pomalejší disociaci z daného receptoru má pouze malé anebo žádné symptomy z odnětí i protáhnutí nástupu efektu. Takováto vlastnost buprenorfinu se jeví výhodnou k užití v náhradní terapii k odvykání u drogové závislosti.

Buprenorfin má zaručenou biologickou dostupnost ve formě sublinguální aplikace na rozdíl od orální aplikace. Jeho velmi lipofilní vlastnost zaručuje rovnocenný účinek jako při transdermální aplikaci fentanylu.

Buprenorfin se stal tudíž druhým opioidem, jež je adjustován formou náplasti a nese firemní název Transtec®. Distribuuje se v dávce s hodnotami 35, 52,5 a 70 mikrogramů. Obsahuje efektivní látky ve formě náplasti s hodnotami 20, 30 a 40 mg. Z toho lze vyvodit, že denní dávka se pohybuje v hodnotách 0,8, 1,26 a také 1,68 mg. Co se týká potentního poměru u morfinu, u buprenorfinu je obvykle užit poměr 1:75, avšak srovnávací retrospektivní výzkum vyžaduje efektivnější poměr v hodnotách 1:100 až do hodnoty 1:115, tudíž se jedná o shodný poměr jako u fentanylu (Vondráčková, 2006. s. 203-209).

4.4 Využití

Buprenorfin je vlastně polosyntetickým derivátem a pochází z jednoho z alkaloidů opia – přesněji thebainu. Ten je složkou množství léků (k nejvíce známým se řadí Subutex)

užívaných zejména k analgesii (tedy u léčby bolesti) a k náhradní detoxifikační léčbě závislosti na opioidech.

Obvykle je i užívání buprenorfinu jako drogy, jelikož má shodné efekty jako heroin, dále morfin či jiné opioidy. Jde tedy o lék, ale také látku, která je sama o sobě velmi návyková, i když její obvyklé užití je méně rizikové, než je například užívání heroinu (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2023).

4.5 Způsoby podání

Jsou typy, jež se aplikují sublingválně, tedy pod jazyk, tudíž formou tabletovou a mají efektivní náhradní účinek, dále je možná aplikace nitrožilně, jež se však nedoporučuje, protože je zde zvýšené riziko abstinčních symptomů (Fakultní nemocnice Ostrava, 2024).

Buprenorfin, na který je tato práce zaměřena, se používá primárně ve formě tablety, která je rozpustná pod jazykem a rovnocenně jako metadon vyvolá pouze minimální radost pojící se s původně aplikovanou závislou látkou. Dávkování je denní, případně třikrát anebo dvakrát během týdne, anebo podle individuálního plánu. Vyloučení z organismu se odehrává do 20–25 hodin. Vydán je na předpis a následně závislý léčivo užije samostatně či pod dohledem oprávněné osoby.

Existuje další forma, a to buprenorfin s naxolonem, ale tato kombinace při rozpuštění ve vodě či při aplikaci nitrožilní formou vyvolává abstinční stav, jež bývá dost nepříjemný. Záměrem je tudíž odradit závislou osobu od prodávání takové látky na černém trhu a také je cílem zabránit zneužívání nitrožilní aplikací, jelikož správně se má užívat zrovna tak jako buprenorfin rozpuštěný sublingválně (Pavlovská Minařík, 2015). I když přidání naloxonu nabízí určitou odstrašující účinnost proti injekčnímu užívání, tak existuje mnoho okolností, kdy injekce buprenorfinu-naloxonu je spíše povzbuzující než odrazující. Kombinace sníží, ale neeliminuje intravenózní zneužívání, a proto musí lékaři sledovat pacienty v substituční léčbě opioidů a být vybíravější při poskytování léků k samostatnému užívání bez dohledu (Mammen, Bell, 2009).

Látku je možné využívat v náplastové formě, která je schopna udržovat stabilní efektivní hladinu opioidu a výměnu náplasti lze provést až po 84 či 96 hodinách. Obvykle je doporučena výměna za 3 a půl dne, tudíž až za 84 hodin. Buprenorfin formou v náplasti zrovna tak jako fentanyl v náplasti spadá k silným opioidům podávaným u silné, dokonce kruté, takzvané nesnesitelné bolesti.

Použití buprenorfinu formou náplasti k nahrazení perorálního buprenorfinu by však bylo mimo doporučované postupy (Odborný web Adiktologie v preventivní a léčebné péči, 2024).

4.6 Mechanismus účinku

Buprenorfin se velmi dobře vstřebává ústní dutinou. Efekt látky přichází s nástupem do několika minut a vrcholu dosáhne okolo 1–1,5 hodiny. Pokud se stane, že dojde k polknutí, je metabolizován pomocí enzymů, které se nacházejí v trávicím traktu a mění se na neefektivní metabolity. Vstřebáním nastane distribuce do celého organismu.

Přes hematoencefalickou bariéru prostupuje do centrálního nervového systému a navazuje se na opioidní receptory (se vznikem euforie) a působí proti bolesti.

Způsoby vazby na takovéto receptory jsou pro vlastní mechanismus a efekt klíčové, protože jeho vazba se stane tak pevnou, že nastane vytlačení i dalších látek, kupříkladu heroinu anebo morfinu (Pánská, Hunáčková, 2011).

Podobně jako ostatní opioidy způsobuje buprenorfin miózu zornic v závislosti na podané dávce, a to i při transdermálním podávání. (Terlindern R., 2000).

4.7 Indikace

Uváděný buprenorfin účinkuje na veškeré druhy bolesti, nádorové a nenádorové a je prokázán účinek u myoskeletální bolesti a také neuropatie. V širokém šetření mělo na začátku uspokojivou úlevu od dané bolesti jen okolo 6 % pacientů, ale u další kontroly se postupně navyšoval analgetický účinek až na hodnotu 80 % s konečným hodnocením k dosažení efektivní hladiny.

A na rozdíl od ostatních opioidů se u zmíněného buprenorfinu rozvíjí nežádaná tolerance velmi pomalým tempem, anebo vůbec (Vondráčková, 2006, s. 203-209).

4.8 Kontraindikace

Kontraindikování zahrnuje u buprenorfinu stejně jako u fentanylu určitá pravidla. U transdermální formy nelze buprenorfin užívat k léčbě akutní i pooperační bolesti pro poměrně dlouhou dobu u nástupu účinku a také pro jeho pomalou eliminaci.

Jeví se nereálné ihned zareagovat dávkou pro aktuální změny u bolesti obdobně jako u zmíněného fentanylu (Vondráčková, 2006, s. 203-209).

Nevhodné se jeví užití u lidí s alergií na náhradní látku. Také pokud nejeví vážný zájem a odmítají aplikaci, nelze je nutit. Je potřeba vysvětlit dopady užívání látek způsobujících závislost a poskytnout prostor pro vyjádření.

Kontraindikace může spočívat v nespolupráci lidí, kteří odmítají terapii závislosti. Zákonné prostředky nezahrnují donucovací nástroje. Teorie není dostatečně provázána s praxí, a tudíž je důležité vysvětlovat dopady a rizika užívání zmíněných látek.

Někteří jsou si všech dopadů a rizik jak nelegálně užívaných opiátů, tak legálně užívaných opiátů vědomi, a jsou v rozhodovacím procesu. V této fázi je třeba pracovat s motivací. Vztahy se závislými mohou být zlepšeny komunikací s nimi a nabídnutím pomoci, nejde jen o finanční efekt. Jedná se o navázání delší spolupráce na zlepšení jejich psychického i fyzického stavu. Vůle rozhoduje o jejich přijetí terapie.

Přípravek nesmí užívat nemocní s přecitlivělostí na buprenorfin, jiné opioidy nebo na pomocné látky (Adam, Ševčík, 2009).

4.9 Lékové interakce

Pokud klient užívá více druhů léčiv, je potřeba zjistit jaká léčiva užívá a zda vzájemně neúčinkují tak, aby nezpůsobily nepříznivý stav klienta.

V ČR jsou k dispozici na trhu sublingvální tablety zvané Subutex, dále Addnok, anebo Buprenorphine Alkaloid i Buprenorphine SMB (o síle 0,4 mg, 2 mg, 8 mg), dále Ravata (o síle 2 mg, 8 mg). Užívají se tak zvaně per os, a to znamená, že se nechá rozpustit tableta v ústní dutině. Obvykle je aplikována dávka o síle 6 mg.

Buprenorfin je dostupný také formou náplastí Norspan (o síle 5 µg/h a 10 µg/h nebo 20 µg/h), anebo pod názvem Transtec (s různou silou od 35 µg/h do 70 µg/h), dále jako Trapamaphin (o síle 35 µg/h anebo 52,5 µg/h či 70 µg/h) a také formou injekcí pod názvem Temgesic (jde o ampule o síle 1 ml/0,3 mg). V rámci nitrožilní aplikace si závislí uživatelé mohou lék (drogu) zředit de facto v čemkoliv, což je pochopitelně největší riziko při aplikaci této drogy (Vondráčková, 2006, s. 203-209).

Pokud je buprenorfin v jakékoliv formě podáván s jinými léčivy, pokaždé je nutné zvážit interakci s danými léčivy anebo doplňky, například pokud uživatel je závislý na marihuaně anebo jiné látce, která má vliv na změnu vědomí, koncentrace a fyziologických funkcí.

Je důležité zjistit účinek buprenorfinu v souvislosti s užitím látek, které závislý přijímá dennodenně.

Efekt buprenorfinu je zesílen dalšími léčivy, které působí utlumení centrálního nervového systému i dechového centra (například opioidy, dále benzodiazepiny, také sedativa a hypnotika anebo celková anestetika, také antihistaminika či fenothiaziny i trankvilizéry a alkohol). Buprenorfin je zpracováván pomocí cytochromu P (CYP3A4). Současné aplikování léčiv, jež inhibují anebo indukují takovýto enzym, tak povede k zesílení anebo k zeslabení efektu buprenorfinu (Adam, Ševčík, 2009).

4.10 Vedlejší účinky

Řada léčiv může mít nemálo vedlejších účinků, tyto účinky nesmějí převýšit benefit z terapie a více poškodit zdraví závislé osoby. Záleží, v jaké míře se vyskytují. Je nutné hovořit se závislým a monitorovat množství vedlejších účinků.

Negativní účinky se vyskytují ve spojitosti s náplastí (lokální projevy jako erytém a prurit), ve spojitosti s buprenorfinem (jedná se o systémové efekty charakteristické pro opioidy) i ve spojitosti s primární nemocí. Negativní efekty se objevují u onkologicky léčených (a to ve 46,6 %) než u neonkologických nemocných (a to u 34,2 %).

K nejvíce častým systémovým nežádoucím účinkům se řadí projevy v gastrointestinálním traktu a v centrálně nervové soustavě. Časem se procento převážné části celkových negativních efektů snižuje.

U užití náplastí s malými rozměry (35 mg/ hod) je procento celkových negativních efektů 38 % a je shodné s placebem. Co se týká vyšších dávek (52,5 a 70 mg/hod), došlo k zaznamenání 45–50 % výskytu negativních efektů. K nejvíce častým centrálním nežádoucím účinkům se řadí nevolnost, závratě a únava. U dlouhodobého monitorování je procento týkající se celkových nepříznivých efektů nižší ve spojitosti s vývojem tolerance k nim během času.

V rámci terapie nevolnosti i zvracení je možné užít tak zvaná antiemetika, která pocházejí z řady antagonistů, a to dopaminových anebo histaminových (H₁) či serotoninových (5-HT₃) a také acetylcholinových receptorů, a také se jedná o kortikosteroidy (Adam, Ševčík, 2009).

4.11 Abstinenční syndrom a abstinenční příznaky u buprenorfinu

Absták je hovorový název pro abstinenční syndrom. Jedná se o velmi nepříjemný stav, který se projevuje psychickými a fyzickými potížemi. Tento stav nastává při nedostačeném množství drogy v těle uživatele. Návyková látka (droga) působí v těle tak, že po vniknutí do organismu začíná ovlivňovat jednotlivé funkce, tím to začíná a končí celý proces tím, že se stává součástí látkové přeměny. Při pravidelném užívání dochází k tzv. vzestupu tolerance, což znamená, že organismus si postupně na návykovou látku zvyká a aby bylo docíleno žádoucího stavu a efektu, musí uživatel dávku drogy neustále navyšovat. Tím se postupně docílí toho, že závislý uživatel, který je pod vlivem, je v normálním stavu. Je tedy nutné, aby tento stav trval, pokud možno neustále. Jinak přichází stav, zvaný abstinenční syndrom (Presl, J., Drogová závislost, 1995).

Pokud se náhle vysadí buprenorfin, tak se vyskytují symptomy z jeho odebrání. Takovéto symptomy dosáhnou vrcholu zhruba do doby 2 týdnů, ale jedná se o mírnější projevy než symptomy z odebrání morfinu.

Abstinenční syndrom nastupuje pomalu a s menší intenzitou kvůli odebrání, a to se pojí s pomalou disociací u buprenorfinu z receptorů. Pravděpodobnost, že uživatel na opiátech bude závislý na buprenorfinu po jeho krátkodobém, a i dlouhodobém aplikování je nižší než u jiných opioidů (Vondráčková, 2006, s. 203-209).

4.12 Zneužívání buprenorfinu

Jedna z prvních informací o zneužití Subutexu, který byl aplikován v pojetí drogy, bylo doznání u 27letého muže (který byl svobodný, dále vyučený a pracující) a byl poslán z Kliniky pro infekční, parazitární a tropické nemoci ve FN na Bulovce, kde mu byl proveden jícnový echokardiograf.

Z vyšetření byl prokázán nález vlajících útvarů na trikuspidální chlopni a u hemokultivace došlo k potvrzení infekční endokarditidy. Byla zahájena terapie, která byla, co se týká finanční stránky, velmi zatěžující s podáním antibiotik, „běžnou“ medikací podle klinického obrazu s průběžným monitorováním stavu a také s léčbou abstinčních symptomů. Při trvání terapie během šesti týdnů byly odhadnuty náklady na terapii nejméně na 200 000,- Kč. Závislost u Subutexu nebyla efektivně vyřešena, jelikož zde chyběla spolupráce ze strany uživatele v rovině psychosociální (Vondráčková, 2006, s. 203-209).

V roce 2010 patřil Suboxone k jediným buprenorfinovým přípravkům, který byl hrazen pomocí zdravotního pojištění. Finanční úhrada za jedno balení v počtu sedmi tablet o síle 8 mg byla kolem 459,-Kč. Ale kritéria pro úplnou úhradu byla docela restriktivní a převážná část závislých lidí si musela léčivo kupovat za plnou úhradu (Mravčík a kol., 2015).

Tím vyšla denní dávka o síle 16 mg buprenorfinu za měsíc na 5000,- Kč za Suboxone a dále na 10 000,- Kč při nákupu Subutexu (Mravčík, 2014). Tato finanční nedostupnost se řadí mezi příčiny prodeje i nákupu Suboxonu formou nákupu na černém trhu (Mravčík a kol., 2015), také nastává tak zvaný doctor shopping fenomén.

Závislí si pomocí prodeje na černém trhu mohou potom uhradit svoji soukromou dávku léčiva. Takto však černý trh z části přispívá k léčbě v systému zdravotnictví, a to je z etického pohledu dost problémové (Mravčík, 2014).

4.13 Subutex (buprenorfin)

Subutex je v překladu Buprenorfin hydrochlorid a patří mezi generika zvaná Ravata. Jedná se o přípravek používaný pro léčbu závislosti na opioidech. Jeho léčivou látkou je právě buprenorfin.

Jedná se o přípravek používaný při závislosti na opioidech. Subutex se řadí do programu, který je z částí medicínský, také sociální i psychologicky léčebný u závislých, kteří jsou závislí na uvedených opioidních látkách (Odborný server pro prevenci závislosti opioidů (PREV-CENTRUM, 2023).

4.14 Subuxone (buprenorfin/naloxon)

Subuxone je v překladu buprenorfin hydrochlorid a naloxone hydrochlorid. Spadá mezi substituční látky v ČR, která je distribuovaná již od roku 2007. Zahrnuje efektivní látku zvanou buprenorfin, na kterou se zaměřuje tato práce, shodně jako Subutex, ale je navíc rozšířena o látku zvanou naloxone (a to v poměru 4:1). Záměrem přidání u naloxonové složky je snaha odradit závislého uživatele od nitrožilního aplikování. Naloxone, jež se jinak užívá v rámci pohotovostní léčby při předávkování opioidy, způsobuje při nitrožilní aplikaci navození nepříjemného stavu, jelikož narušuje efekty buprenorfinu (při aplikaci pod jazyk naloxone již nepůsobí). Subuxone je tudíž přípravkem vhodným pro uživatele uvedeného buprenorfinu, kteří mají potřebu nahradit preparát užívaný injekční formou, jelikož může pomoci zbavit závislého zvyku na nitrožilní aplikaci (Odborný server pro prevenci závislosti opioidů (PREV-CENTRUM, 2023).

4.15 Další léky obsahující buprenorfin

Také tak zvaná Ravata se užívá v terapii závislosti vytvořené na opioidních (tedy narkotických) látkách. Ravata se využívá jako součást terapie medicínské, dále sociálního i psychologického terapeutického programu u závislých, jež poskytli souhlas s touto terapií léčby závislosti týkající se závislosti na opiátech (Příbalový leták – Ravata 2 mg).

5 Substituční léčba

Substituční léčba spočívá v aplikaci náhradní látky, obvykle s bezpečnějším profilem, která může být doplněna léčbou a probíhá na specializovaném pracovišti standardizovaným léčebným postupem (Kalina a kol., 2015).

V oblasti užívání návykových látek považujeme za standardní substituční léčbu tokovou léčbu, jejíž účinnost a bezpečnost byla prokázána a která je součástí mezinárodních a národních doporučených postupů. Mezi takové léčby patří i opioidní substituce (Hampel, 2004; Minařík a kol., 2016).

5.1 Definice substituční léčby

Substituce je náhradní terapie, u které je užití původně aplikované drogy substituováno (skoro pokaždé medicínsky předepsaným) užitím látky, která má obdobné účinky i vlastnosti, avšak s výrazně jinými riziky, nežli jsou rizika u původní drogy (třeba u heroínu, který je substituován například metadonem). Také může jít o nahrazení závadného způsobu použití (cigarety jsou substituovány nikotinovými náplastmi či žvýkačkami) anebo kombinací obou takovýchto způsobů (injekční aplikování u heroínu je substituováno orálně aplikovaným metadonem).

Záměrem nahrazení je odstranění anebo snížení užití jisté drogy, obzvláště pakliže je nezákonná anebo eliminování její škodlivé formy i metody aplikování, kterou provázejí způsoby škodlivé pro zdraví (třeba sdílení injekčních jehel) a je cílem snížit sociální následky. Náhradní terapie je doprovázena také psychoterapií, dále poradenstvím a socioterapií. Může jít o léčbu v trvání několika týdnů léčby anebo i o roky, občas neohraňčeně (Kalina a kol., 2021).

Jde tedy o udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle na dobu, kdy je závislý schopen podstoupit terapii závislosti (Kalina a kol., 2008, s. 154).

5.2 Navazující služby na substituční terapii

Substituční terapie je realizována pomocí specializovaných institucí s akreditací pro náhradní programy. Nežli se klient dostane do tohoto programu, probíhá léčba ve zdravotnickém zařízení, jež je smluvně pověřeno Ministerstvem zdravotnictví k provádění substitučního programu.

Instituce, která poskytuje náhradní terapii, podléhá povinnosti akceptace kontroly ze strany Ministerstva zdravotnictví v širší stanoveném danou smlouvou, která je orientována především na aplikaci postupů podle tak zvané lege artis.

Celková substituční terapie se odehrává ve specializovaných institucích s celkovým spektrem služeb pro osoby závislé na droze.

Aplikování (podání pod dozorem anebo vydání či předepisování) náhradní látky i služby na základě „Základní substituční léčby“ se rozšiřuje také o jiné služby anebo na tyto služby navazují a také je poskytuje dané zdravotnické zařízení. Spadá sem terapie somatických a psychických poruch, individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie, osobní poradenství, rodinná terapie, pracovní terapie, následná péče, profesní vzdělávání, vzdělávání o aspektech užívání návykových látek, pracovní poradenství, profesní vzdělávání, ústavní/rehabilitační pobyty a jiné.

Dále může být poskytována primární náhradní terapie ve specializovaných zařízeních, které mají standardní spektrum služeb pro závislé lidi na návykové látce.

Poskytnutí (podání pod dozorem anebo předepisování) náhradní látky bývá doplněno ostatními službami, především důležitou somatickou terapií anebo psychoterapií společně s psychosociálním poradenstvím.

Nejčastější náhradní terapií, a to zejména v situacích, kdy se pacient nerozhodne využít služeb komplexní náhradní terapie anebo není v místě komplexní léčba dostupná, je tak zvaná minimální náhradní terapie ve zdravotnických zařízeních, co mají odlišnou specializaci. Zde se terapie omezí na aplikaci dané substituční látky, ale bez následné terapie anebo různého druhu poradenství (Ministerstvo zdravotnictví, 2023).

5.3 Cíle substituční léčby

Hlavním cílem substituční léčby je snížení užívání nelegálních drog a ukončení injekční aplikace, dále pak zlepšení zdravotního stavu pacientů, zlepšení sociálního statusu těchto osob, minimalizace jejich kriminálního jednání, zlepšení vztahů s přílehlým okolím či udržení anebo znovuzískání určité práce i možnosti pokračovat ve studiu anebo studium zahájit (Kalina a kol., 2003).

Krátkodobé cíle substituční léčby vycházejí z koncepcí harm reduction, tj, zlepšení sociálního, zdravotního a psychického stavu těchto osob. Dlouhodobým cílem by mělo být úplné ukončení užívání drog (Verster a Buning, 2006).

Náhradní terapie se řadí k metodě první volby pro závislé pacienty, jež nezvládají přijmout léčebné metody, u nichž je základním cílem abstinování od návykových látek (Ministerstvo zdravotnictví, 2023).

5.4 Substituce v systému služeb adiktologie

Adiktologické služby jsou mezioborové a multidisciplinární specializované služby určené pro osoby se závislostmi a jejich blízké. Substituční léčba je součástí adiktologických služeb a je konkrétně určena pro osoby se závislostí na opiátových látkách. Programy substituční léčby mohou fungovat samostatně, nebo tvořit část komplexního systému péče v působnosti jedné organizace. Nezbytný je pro takovou organizaci statut zdravotnického zařízení. Tato služba musí být zajištěna denně v pracovní dny, výdej substituční látky může být zajištěn i o víkendech a svátcích. Provozní doba výdejních míst musí být přizpůsobena časovým možnostem pacientů (Libra a kol., 2012).

5.5 Klient substituční léčby

Substituční léčbu využívají osoby závislé na opioidech. Dlouhodobě závislí uživatelé opioidů často trpí psychickými a somatickými problémy. Jedná se o tři hlavní skupiny osob. Jde o osoby s těžkou a dlouhodobou závislostí na drogách opiátového typu, dále to jsou osoby, kterým se dlouhodobě nedaří se zbavit závislosti na těchto drogách, třetí skupinou jsou HIV pozitivní osoby. Dále je léčba indikovaná i těhotným ženám, které jsou závislé na opiátech (Kalina, K., Adameček, D., & Richterová Těmínová, M. (2008).

5.6 Substituční léčba ve vězeňství

V České republice aktuálně provádí léčbu opioidním agonisty (substituční léčbu) 6 věznic s účastí 56 osob. Nejdostupnější užívanou substituční látkou je metadon. Po nástupu odsouzených osob do výkonu trestu je možné se substituční léčbou buprenorfinem pokračovat, ale jen v případě, že si ji vězni hradí z vlastních zdrojů.

Do března roku 2019 směrnice vězeňské služby neumožňovala, aby odsouzení započali substituční léčbu po nástupu do výkonu trestu. Od dubna 2019 se situace změnila a ve dvou věznicích (Praha-Pankrác a Brno) odsouzení mohou substituční léčbu, pokud ji mají indikovanou, zahájit, a to jak metadonem, tak buprenorfinem. V roce 2022 ale nebyla v českých věznicích substituce ani v jednom případě zahájena. V předchozích letech byl o substituční léčbu větší zájem, např. v roce 2019 zahájili léčbu 2 osoby, v roce 2020 to bylo 25 osob a v roce 2021 se jednalo o 7 osob (NMS 2023).

Během posledních let se v rámci zhodnocení vězeňských programů náhradní terapie u vězňů zjistily kladné důkazy o prospěšnosti substituční terapie. Poslední výzkumy dokázaly, že v případě, je-li dávka za den adekvátní (nejméně 60 mg metadonu) a terapie je poskytnuta po čas trvání trestu odnětí svobody, tak takovéto programy snížily injekční aplikování drog, dále velmi rizikové sdílení injekčních jehel, a tedy i rozšíření nemoci selhání imunity a jiná rizika, například infekce přenosné prostřednictvím krve.

Kromě toho jsou také jiné nezanedbatelné benefity, které se projevily na zdraví vězňů, jež se takovýchto programů účastnili a také je popisován přínos i pro okolí. Náhradní terapie má kladný vliv na chování v institucích tak, že zamezí shánění drog, a zkvalitní bezpečnost ve věznicích. Poskytnutí náhradní terapie je u vězeňských systémů přínosné také tím, že sníží abstinenci symptomy během příjmu závislého člověka (jež je velmi často doprovázen příznaky sebepoškozování anebo také sebevražednou snahou), umírňuje dále úzkost k nástupu do věznic, sníží se ilegální obchod s drogami a navyšuje se produktivita u vězňů v náhradní terapii.

Stav zvaný recidiva trestné činnosti je právě u vězňů, jimž se dostane náhradní terapie, o dost méně pravděpodobný. Náhradní léčba ve věznicích velmi usnadnila nástupy do věznic u závislých odsouzených a jejich udržení v léčbě i po jejich úplném propuštění v porovnání s vězni, jež se rozhodnou pro detoxifikaci. Ačkoliv u vězeňské správy byly na začátku často obavy o bezpečnost, z chování, které je násilné a ze zneužití předepsaných drog, takovéto potíže se vyskytují méně, než když není náhradní terapie prováděna (Kastelic a kol., 2008, s. 29).

5.7 Nevýhody substituční léčby

Přestože jsou náklady na substituční léky nižší než na nelegální drogy, celková cena léčby je z důvodu, že je dlouhodobá, přesto vysoká.

Problémem je také to, že je málo substitučních center a tím má plno klientů za léčbou dalekou cestu spojenou s dalšími náklady a časem stráveným na cestě.

Také látky mohou být zneužívány a může na nich vzniknout závislost stejně jako na nelegálních opioidech. Tyto látky jsou také k dostání na černém trhu a obchoduje se s nimi obdobně jako s nelegálními drogami. Jejich nitrožilní užívání nese stejná rizika jako užívání nelegálních drog a při jejich náhlém vysazení může také nastat abstinenci syndrom.

Snaha o odstranění alespoň některých těchto rizik vedla k dalšímu výzkumu a vývoji nové látky využitelné pro substituční léčbu. Tak vznikl naxolon, který, pokud je podáván nitrožilně, vyvolá u závislého člověka abstinenci syndrom a tím tyto osoby odrázuje od injekčního podávání (MUDr. Koranda, 2024).

5.8 Kompliance k substituční léčbě

Pacienti, kteří jsou v substituční léčbě, v mnoha případech nedodrží léčebný program, to znamená, že dále užívají nelegální drogy. Takové pacienty není nutné z programu ihned vyloučit, jejich kompliance je možné zvýšit například stanovením minimálního léčebného programu. Až 75 % osob, kterým byl poskytován minimální léčebný

servis, zůstalo v léčbě a více než 30 % z nich se dokonce natolik zlepšilo, že se vrátili do běžného programu substituce (Calsyn a kol., 2003).

5.9 Historie substituční léčby v Evropě

Náhradní terapie je poskytována již od 6. let 20. století. Průkopníky substituční léčby pro uživatele heroinu byly v Evropě Švédsko, Nizozemsko, Spojené království a Dánsko. Následně se zavedla ve věznicích, a to například v Dánsku, dále v Německu anebo ve Španělsku či Francii, také Irsku, Rakousku i Portugalsku. Od této doby se tato terapie rychle rozšířila, jak z pohledu množství klientů, tak z pohledu užití látky.

Terapie je pochopitelně doplněna žádanými sociálními službami, dále zdravotními službami i službami, jež jsou určeny drogově závislým. Také kvůli celkovému rozšíření náhradní terapie v prostředí věznic, je taková dostupnost různá uvnitř věznice a také mezi jednotlivými zeměmi. Převážná část věznic používá takovouto terapii pro těhotné závislé uživatelky drog, dále pro lidi s dlouhou kariérou závislosti anebo pro lidi, kteří mají závažné psychické nebo fyzické potíže (EMCDDA, 2002).

Buprenorfin se v Evropě používal od poloviny 80. let 20. století jako analgetikum. Následně se po experimentálním testování a tvorbě potřebné legislativy začal v 90. letech 20. století používat v některých zemích pro náhradní terapie.

5.10 Současný stav substituční léčby v Evropě

Nejčastěji užívanou návykovou látkou v Evropě je heroin, pak metadon, buprenorfin, tramadol a fentanylové deriváty. Souvislost je s poměrně snadnou dostupností na černém trhu. Z aktuálních statistik vyplývá, že heroinová populace pomalu stárne a u mladší generace o tento opioid není velký zájem. V současné době největším producentem nelegálního opia, které slouží jako výchozí složka pro výrobu heroinu je Afgánistán, dále pak sousední Pákistán a Írán. Z těchto zemí se dostává do Evropy. Nejznámější nelegální trasy vedou přes Balkán. Co se týká Evropy, tak největší nelegální laboratoře na výrobu heroinu byly objeveny ve Španělsku, Bulharsku a Nizozemí. Z toho vyplývá, že ani Evropa není pozadu s výrobou a distribucí drog (EMCDDA, 2020).

V současné době je substituční léčba uživatelů opiátů ve všech zemích Evropské unie. Aktuálně se v EU účastní substituční léčby více než půl milionu uživatelů opiátů. Celkem je problémových uživatelů opiátů v EU v současnosti asi 1,5 mil. (EMCDDA, 2007)

Nejčastěji je k náhradní léčbě používán metadon. V posledních letech se postupně více rozšiřuje používání buprenorfinu, a to z důvodu jeho větší bezpečnosti s ohledem na předávkování a vytvoření závislosti.

V programech opiátové substituce je obecně velmi málo míst, pokud by byl počet míst výrazně navýšen, znamenalo by to zlepšení situace závislých osob i situace celospolečenské (EMCCDA, 2022).

5.11 Historie substituční léčby v ČR

K prvním pokusům týkajících se prosazení náhrady v rámci léčebné metody došlo již během 30. let 20. století. Mezi prvními institucemi pro terapie závislostí bylo oficiální centrum určené k náhradní terapii v České republice a bylo otevřeno roku 1997 za vedení doktora Petra Popova, který byl také současně primářem Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v této době.

U programů opiátové náhrady je v současnosti poměrně málo míst a je zde léčeno přibližně 3 000 lidí závislých na těchto látkách, tudíž necelá třetina z počtu 11 tisíc závislých uživatelů.

Náhradní terapie se jeví účinná pro nejméně u 50 procent těchto uživatelů, tudíž pro skoro 5500 lidí. V tomto rozsahu to znamená dramatické snížení u kriminality a také rizik pojících se s infekčními onemocněními, k nimž se řadí také HIV anebo hepatitida typu C (Univerzita Karlova, 2023).

5.12 Současný stav substituční léčby v ČR

V Národním registru léčby uživatelů drog je v současné době evidováno asi 2,2 tis. osob ročně. V posledních letech se počet pacientů výrazně nemění. Psychiatrické ambulance vykazaly v roce 2022 substituční léčbu téměř 2,4 tis. pacientů a praktičtí lékaři poskytli substituční léčbu téměř 5,4 tis. pacientům. Opioidními antagonisty je aktuálně v České republice léčeno asi 30 % osob užívajících opioidy (NMCC, 2023).

Náhradní terapie jako zdravotní péče

Náhradní terapie je zdravotní péče, jež poskytne závislým osobám na opioidech terapii prostřednictvím obdobných anebo totožných látek v rovnocenném množství ke snížení rizikového anebo škodlivého užití, které cílí na pomalé snížení dávky na nulu.

Podle standardu pro substituční terapii se řadí náhradní terapie v principu do konceptu zvaného Harm reduction a odlučuje dobu trvalého abstinování na čas, kdy na ní bude závislý subjektivně a objektivně připraven.

Do této doby je cílem vylepšit psychiku a tělesný stav závislé osoby. Současně je nahrazení podle MKN-10 pojímáno za formu samotného abstinování, při kterém klient abstínuje během klinicky sledovaného náhražkového režimu (Popov a kol., 2001).

Základem náhradní terapie je podání nebo předepsání náhradní látky. V ČR se v rámci náhradní léčby závislosti na opioidech užívají zejména dvě účinné látky – buprenorfin a metadon. Dostupnost náhradní terapie v ČR se navyšuje. Otvírají se nová specializovaná oddělení a od roku 2006 je náhradní léčba dostupná také ve vězeňském prostředí. Počet závislých začleněných do náhradních programů se postupně navyšuje.

Dnes jsou dostupné poznatky nejen o počtu závislých v členění na základě věku, dále regionu, náhradní látky, ale i o zkoumaných ukazatelích v rámci zdravotního stavu. Přinesla též poznatky o novinkách i připravovaných změnách ve sféře náhradní terapie v ČR (ÚZIS, 2019).

Společenské souvislosti substituční léčby

I přesto, že v současné době v ČR obsahují substituční programy zejména medicínskou stránku terapie, je potřeba klást nemalý důraz také na ostatní složky bio-psycho-sociálního modelu, tedy stránku sociálního stabilizování (na práci, bydlení, řešení dluhů) i psychologické poradenství. Podstatnou metodou u práce se jeví též stanovení pravidel i režimu programu. Psychoterapie i poradenství má převážně podpůrný ráz (Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2024).

Práce se závislými zahrnuje také sociální práci, dále práci s rodinnými příslušníky a spadá sem také pracovní léčba. Nutnou součástí takového programu jsou toxikologická vyšetření, která se provádějí pro zjištění přítomnosti metabolitů u návykových látek a také jako prevence relapsu především u ilegálních drog (Libra a kol., 2012).

6 Substituční léčba buprenorfinem

Buprenorfin se v posledních letech stále častěji využívá k substituční léčbě opioidní závislosti. V České republice je substituční léčba definována standardem substituční léčby. Jedná se o souhrn pravidel substituční léčby závislosti na opioidech (Kol. autorů, 2008).

Dle Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy, které poskytují adiktologické služby (2012) definují substituční léčbu následovně:

„Ambulantní časově předem neomezená udržovací léčba substituční látkou. Je určena osobám závislým na opiátech často s přítomností psychických a somatických komplikací. Jejím cílem je efektivně potlačit odvykací příznaky a spolupůsobením zdravotních účinků poskytované zdravotní péče a sociálních služeb všestranně zlepšit kvalitu života pacientů/klientů.“

6.1 Indikace léčby

Častou diagnózou závislých osob je „Porucha duševní a porucha chování způsobená užíváním opioidů“. V takových případech je možná indikace substituční léčby (MZ ČR, 2008).

Zásadními předpoklady pro zařazení pacienta se závislostí do substituční léčby je jeho zájem o léčbu, ochota dodržovat pravidla a požadavky substituční léčby. Dále nesmí mít pacient kontraindikaci k substituční léčbě, a musí být srozuměn s výhodami i riziky buprenorfinové léčby (Manlandro, 2005).

6.2 Rizika

Pokud se při léčbě opiáty nedodrží léčebný postup, hrozí riziko vzniku závislosti. Týká se nejen substitučních přípravků, ale také opioidů předepisovaných na bolest. Opioidy jsou užívány na bolest akutní anebo chronickou. Neuvážlivé předepisování nejen opioidů, ale též benzodiazepinů či hypnotik by mohlo přispívat k rozvinutí poruchy, která zapříčiní užívání drog.

Jestliže pacient trpí chronickou bolestivostí, která si žádá opioidy, a současně je uživatelem ilegálních drog, tak je to nemalý problém. Složitá a možná kontroverzní je preskripce účinných opioidů u závislých na alkoholu, dále u dlouhodobých kuřáků i u pacientů, u kterých je prokázána závislost na předepisovaných anebo volně přístupných analgetikách (Odborný web Adiktologie v preventivní a léčebné péči, 2024).

6.3 Dostupnost substituční léčby buprenorfinem

Pokud nemají pacienti indikovanou substituční léčbu lékařem, stávají se pro ně substituční preparáty s účinnou látkou buprenorfin finančně těžko dostupné. Hlavní

problém spočívá v tom, že monopreparáty s buprenorfinem nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, což v praxi znamená, že pacient musí hradit plnou cenu. Jiná situace je u kombinovaného preparátu Suboxone 8 mg, který je od roku 2010 plně hrazen ze zdravotního pojištění. I přesto, že je tento přípravek plně hrazen, užívá po poměrně malý počet pacientů, jde maximálně o několik set osob. Nízká geografická a finanční dostupnost léčby, především Subutexem, je jedním z faktorů obchodování s těmito přípravky na nelegálním pouličním trhu (Mravčík a kol., 2018).

6.4 Formy substituční léčby

V substitučních programech se podle délky dělí léčba na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou (Popov, 2003).

Krátkodobá léčba

Krátkodobá neboli přechodná forma se volí například během diagnostických anebo léčebných úkonů nebo během pobytu v zahraničí, vytváří předpoklad pro postupné přecházení k dlouhodobé léčbě závislosti s dalšími službami (Pavlovská, Minařík, 2015).

Střednědobá léčba

Jedná se o prodlouženou detoxikaci, která je prováděná během ústavní léčby, případně i ambulantně. Její délka je několik týdnů, maximálně několik měsíců. Tato léčba se využívá u pacientů s vysokou tolerancí a u klientů závislých na více návykových látkách současně (Kalina a kol. 2003).

Dlouhodobá udržovací léčba

Dlouhodobá udržovací substituční terapie odkládá splnění konečného cíle na dobu, kdy bude klient objektivně a subjektivně schopen podstoupit léčbu směřující k plné abstinenci bez užívání substituční látky. Je vždy realizována ambulantně a trvá řadu měsíců, případně několik let, v některých případech může být i trvalá. Tato léčba zlepšuje jak psychickou, tak somatickou stránku léčené osoby. Významná část klientů je schopna samostatné bezproblémové existence (Popov, 2008).

6.5 Typy substituční léčby

Léčebné postupy, které jsou zaměřeny primárně na substituční léčbu, se mohou lišit jak svou délkou a rozsahem, tak dávkováním předepsaného léku. S výjimkou minimální substituční léčby, která je poskytována ve zdravotnických zařízeních, jsou všechny ostatní typy substituční léčby poskytovány ve specializovaných zařízeních.

6.5.1 Komplexní substituční léčba ve specializovaných zařízeních

Akreditované standardy vymezují cílovou populaci k doléčování v programech pro „abstinující jedince s anamnestickou závislostí na návykových látkách o minimální doporučené době abstinování po tři měsíce a s předností u osob, jež podstoupily detoxifikaci s minimální krátkodobou terapií u ambulantního či residenčního typu, mající náhled i motivaci k dlouhodobému abstinování“.

Tato definice určuje následující péči v rámci služby zejména pro takové klienty, jež v minulosti už absolvovali odbornou terapii.

Vymezení vyplývající z bio-psycho-sociálního modelu závislosti uvádí, že následující péče je komplex veškerých služeb, jež doprovázejí po skončení terapeutického programu a které pomáhají vytvářet kritéria k abstinování závislého po terapii (Kalina a kol., 2001).

6.5.2 Základní substituční léčba ve specializovaných zařízeních

K základním substitučním terapiím u opiátů spadá též léčba léčiv, jež mohou vyvolat závislost. Primární terapie nemá souhrnné služby, ty jsou v souhrnné a udržovací fázi léčby, jež na základní formu navazuje.

Přínos primární formy však je v tom, že poskytne možnost nastoupení na terapii, a tak zvyšuje šanci omezit chování, které může být více rizikové (Verster, Buning, 2003).

6.5.3 Rozšířená substituční léčba ve specializovaných zařízeních

Shodně jako u jiných oblastí je náhradní léčba efektivnější, jestliže není realizována zcela izolovaně, ale v celkovém měřítku, a závislým osobám, jsou nabídnuty i zbylé služby. S ohledem na opakující se tělesné potíže (například virové hepatitidy, stomatologické, gynekologické, dermatologické onemocnění, nebo HIV izolovaně, či jako rizika užití ilegálních závislostních látek) jde zejména o odborná vyšetření lékaři.

Doplňující službou může být i sociálněprávní poradenství. V takovéto sféře mají pacienti užívající ilegální návykové látky obvykle nedořešené potíže, anebo nevědí, kam a na jakou osobu se mohou obracet (jde zejména o dluhy, komunikaci s danými úřady, zařízení dokladů, kontaktování probační a mediační služby anebo právní a sociální poradenství, které se vztahuje k trestnímu řízení, užití služeb pracovních sociálních agentur).

Důležitou složkou je celková psychoterapie (tedy buď individuální, anebo skupinová nebo rodinná, motivačně orientovaná nebo tematicky zaměřená a další), k tomu se přidává arteterapie nebo pracovní terapie (Psychoterapie pro praxi, 2009).

6.5.4 Minimální substituční léčba ve zdravotnických zařízeních

Počáteční dávka u náhradního preparátu je stanovena na podkladě množství daných opioidů, jež pacient přijmul před včleněním do programu, a to danou dávkou 5-10 mg u závislých s nižší tolerancí až k dané dávce 20-40 mg u lidí majících vysokou toleranci.

Dávka se postupně zvyšuje o 5 až 10 mg na individuální udržovací dávku. Ta se může pohybovat kolem 20–50 mg, častěji se ale dostává nad 60 mg a někdy i nad 100 mg, neměla by však překročit 130 mg.

Uživatelé opioidů mohou mít velmi vysokou toleranci, která jim umožňuje přijímat bez známek intoxikace dávky nad 100 mg denně. Dávka by tudíž měla být titrována spíše proti odvykacím symptomům než proti známám intoxikace (Ministerstvo zdravotnictví, 2024).

6.6 Výhody

Výhodou náhradní terapie je to, že závislý při ní smí vést obvyklý život a není přinucen shánět látku, na níž je závislý, ilegálními metodami. Současně neprožívá abstinenci symptomy. Snižují se tak nejen zdravotní dopady, ale také společenské dopady závislosti pacienta.

Je však podstatné, aby byl pacient dostatečně motivovaný a spolupracoval, protože musí v pravidelnou dobu navštěvovat příslušnou ordinaci (Pavlovská, Minařík, 2015).

6.7 Nevýhody

Opioidy spadají mezi základní farmakologické možnosti pro navození analgezie. Jsou považovány za obecně nejefektivnější analgetickou třídu. Jejich efekt je souhrnný a ovlivňuje množství orgánových systémů a funkcí.

Jako u každé lékové skupiny obsahují určité výhody, také ale nevýhody. K výhodám těchto opioidů se řadí hlavně to, že v porovnání s nesteroidními antirevmatiky nezpůsobují parenchymově toxické anebo hematotoxické následky a nevyvolávají gastropatii či koagulopatii (Lejško, Gaberhelík, 2017). Nevýhody jsou detailně zmíněny v následujícím textu níže u dopadů.

6.8 Dopady

Mimo tradičních negativních efektů, ke kterým spadá pocit na zvracení, samotné zvracení anebo pruritus či zácpa, mají opioidy také několik jiných nevýhod (dosti individuální je jejich tolerance ke snášenlivosti či jejich adiktivní potenciál anebo nejistá tak zvaná

opioid-senzitivita v rámci bolestivosti). Pokud je terapie opioidy aplikována dlouhou dobu, je potřeba počítat také s negativními dopady.

Neuroadaptivní změny v centrální nervové soustavě způsobené opioidy mohou přivést závislého také k rozvoji neobvyklé paradoxní hyperalgezie. Pokaždé je na místě brát v potaz specifické opioidní účinky, k nimž se řadí rozvoj fyzické i psychické závislosti, dále tolerance anebo imunoalterace (Lejčko, Gaberhelík, 2017).

Ke kladným dopadům se řadí díky terapii udržení anebo zlepšení psychického či tělesného stavu, anebo zastavení aplikace formou injekce, snížení užití nelegálních návykových látek, snížení rizikového chování při užití závislostních látek, snížení kriminality a vylepšení rodinných i sociálních vztahů, anebo příprava k zavedení terapeutického režimu, který vede k žádoucí detoxifikaci i trvalému abstinování (Ministerstvo zdravotnictví, 2024).

6.9 Kontraindikace substituční léčby

Kontraindikace mohou být absolutní anebo relativní. U absolutních v rámci buprenorfinové terapie je převažující závislost odlišného nežli opioidového typu, věk nižší nežli 15 let a akutní intoxikování pomocí alkoholu, dále vážné jaterní choroby a terapie inhibitory MAO i v období 14 dnů po skončení takové léčby či vážná respirační nedostatečnost.

Z relativních kontraindikací u náhradní léčby lze jmenovat zneužití náhradního programu v anamnéze, například prodej náhradní látky na nelegálním trhu, distribuování závislostních látek pacientům v náhradním programu v jeho prostorách či jeho blízkém okolí. Relativní kontraindikací jsou i kombinované závislosti, např. heroin s benzodiazepiny.

Zde smí být podání metadonu (neplatí u buprenorfinu) s rizikem jeho interakce s dalšími závislostními látkami (zejména tlumícími centrální nervovou soustavu, a to mimo alkohol) navyšuje riziko letálního intoxikování, dále také neschopnost přestat s užíváním návykové látky, ačkoliv je dostatečně vysoká dávka náhradní látky, anebo blízké uvěznění (není-li například ve vězeňském prostředí dostupný léčebný program, v němž by mohl pacient pokračovat), anebo ke kontraindikacím spadá i vážné jaterní onemocnění (Ministerstvo zdravotnictví, 2024).

6.10 Podmínky pro vstup do substituční léčby buprenorfinem

Lékaři i ošetřující zaměstnanci střediska mají právo přijímat anebo odmítat kohokoliv. Pacient má být schopen prokázat dlouhotrvající závislost na opiátech. Nejobvyklejší formu je písemné potvrzení, které poskytnou nízkoprahová střediska.

Nadále mají přednost pacienti, kteří mají také bohatou závislostní kariéru, absolvovali výkon trestu, pacienti HIV pozitivní, s hepatitis A, B či typu C a také těhotné ženy. Velmi významná a žádoucí je motivace pacienta. (Kubátová, 2013).

Do náhradního programu bývají vzati pacienti s abúzem na opiátech delším než 4 roky a s opakujícími se pokusy o tradiční terapii v psychiatrických léčebnách (Kubátová, 2013).

6.11 Nízkoprahové programy pro uživatele drog v ČR aktuálně

V České republice je v současné době okolo 100 nízkoprahových programů pro uživatele drog. Konkrétně v roce 2022 jich bylo 112, z toho 55 kontaktních center a 57 terénních programů. V tomto roce nízkoprahové programy navštěvovalo 39,8 tis. uživatelů drog. Z toho bylo 28,0 tis. uživatelů pervitinu (70,4 %), 10,0 tis. uživatelů opioidů (25,1 %), v tom 5,7 tis. uživatelů buprenorfinu, 3,2 tis. uživatelů heroinu a 1,1 tis. uživatelů jiných opioidů a 1,7 tis. uživatelů konopných látek (4,3 %). Zprostředkovatelské kontakty v tomto roce využilo přibližně 10,7 tis. osob (NMS 2023).

7 Černý trh se substitučními léky

Buprenorfin proniká na černý trh dlouhodobě, a to již od roku 2002. V roce 2003 došlo k opětovnému převedení přípravku Subutex do přísnějšího předpisového režimu a zároveň došlo k výpadku jeho dodávek. Tyto okolnosti vedly k tomu, že došlo k dočasnému omezení předepisování Subutexu lékaři, a tak se začal rozšiřovat černý trh s léčivou s obsahem buprenorfinu (Mravčík, Orliková, 2003).

7.1 Charakteristika černého trhu se substitučními léky

K problémovým uživatelům drog, kterých přibývá, spadají uživatelé opioidních analgetik, k nimž patří morfin či oxycodon. Meziročně se zvýšilo množství případů předávkování, především zrovna opioidy. Uvedla to výroční zpráva týkající se drog, uveřejněná Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti (Rozbor kritických otázek, 2005).

V ČR bylo identifikováno okolo 48 tisíc uživatelů závislostních látek, které monitorovací středisko označilo jako „problémové“, z toho přibližně 13 tisíc užilo opioidy. Nejvíce často užitou nelegální drogou v ČR je nadále konopí. Odborná obec též varuje, že 900 tisíc Čechů spadlo do kategorie týkající se vysoce rizikového požití alkoholu (ČT, 2018).

Zkušenosti s užíváním ilegálních drog uvedla během posledních přibližně 10 let přibližně třetina populace nalézající se ve věkové kategorii 15–64 let, nejvíce často šlo o konopí (29–37 %), poté o extázi (4–6 %). V roce 2017 v horizontu jednoho roku byl výskyt užití nelegálních drog v obecné populaci poměrně nízký s výjimkou konopí (9–10 %), (ČT, 2018).

7.2 Důvody pronikání substitučních léků na černý trh

Navýšení závislých ohledně opioidů se může pojit s tím, že se terapeutické přípravky obsahující buprenorfin dostaly na nelegální trh, a tak se zvyšuje také množství injekčních prvouživatelů buprenorfinu, jak uvedla ve výroční zprávě týkající se národní protidrogové sféry sama koordinátorka Jarmila Vedralová (ČT, 2018).

7.3 Černý trh s buprenorfinem v Evropě

Při monitorování evropské drogové scény spadá informace týkající se dostupnosti u Subutexu na černém trhu k opakovaně zmiňovaným v různých národních zprávách o drogách. Ilegální obchodování je hlášeno v mnoha případech, z toho například z Francie (20), Finska (2), Estonska (58) i Rakouska (19) a také z České republiky (44). Ostatní literatura uvádí ilegální obchod se Subutexem kupříkladu ve Španělsku (57) anebo Skotsku (18).

Únik Subutexu proudící na černý trh je nahlášen z převážné části zemí, u kterých je takovýto typ náhradní terapie poskytován, ačkoliv dané státy mají rámec poskytování takovéto terapeutické modality nastaveny odlišně.

Neexistuje tudíž jednoznačně přímá anebo jednoznačně nepřímá úměra mezi zákonnou dostupností Subutexu a jeho únikem na černý trh (EMCDDA, 2005).

7.4 Černý trh s buprenorfinem v ČR

Tak jako u dalších evropských států také v ČR unikla ohledně Subutexu informace o otevřené drogové scéně. Dosud nebyl zaznamenán jakýkoliv případ dodávajícího či dealera, jenž by Subutex ilegálně distribuoval „ve značném množství“.

Nelegální trh se Subutexem tedy existuje jen jako prodej anebo nákup drobných množství tablet, které se nalézají u jednotlivých uživatelů. Subutex vyskytující se na nelegálním trhu má původ s největší pravděpodobností ze zákonných náhradních programů.

Pacienti náhradní terapie si ho na předpis vyzvedávají z lékárny a potom zčásti ilegálně prodávají. Subutex se na ilegálním trhu objevuje především v Praze, dále severních a jižních Čechách. Souhrnně je možné říct, že Subutex je hlavně oblíben tam, kde se nalézají jeho největší výdejny. Na základě národního monitorovacího střediska dostanou v České republice uživatelé svoji Subutexovou tabletu skoro stejnou mírou legálním i nezákonným prodejem (EMCDDA, 2005).

7.5 Pronikání buprenorfinu na černý trh

Zrovna tak jako v dalších evropských státech tak v ČR též proniká Subutex na místní drogovou scénu. Jak bylo řečeno, zatím nebyl zaznamenán jakýkoliv případ dodavatele anebo dealera, jenž by Subutex ilegálně prodal „ve velkém množství“.

Černý trh se Subutexem existuje v ČR jen jako prodej i nákup malého množství tablet mezi závislými uživateli. Subutex vyskytující se, jak je uvedeno výše, na černém trhu je získán s největší pravděpodobností ze zákonných substitučních programů. Pacienti ho získají během náhradní léčby a na předpis si ho vyzvednou z lékárny a potom část z toho ilegálně prodají.

Subutex se na nelegálním trhu objevil tedy především v Praze a také v severních a jižních Čechách. Jak bylo řečeno tedy tam, kde se nalézají i jeho největší výdejny, a to v drobné distribuci (EMCDDA, 2005).

7.6 Důvody nelegálního nákupu buprenorfinu na černém trhu

Anne Guichard identifikovala souvislosti ilegálního obchodování se Subutexem především s farmakologickými vlastnostmi buprenorfinu, jelikož Subutex zvládá velmi účinně potlačovat abstinenci symptomy a ve srovnání například s heroinem účinkuje po delší dobu (a to bez ohledu na to, zda je užit nelegálně anebo nikoliv).

Atraktivita Subutexu na drogové scéně tkví též v čistotě této drogy. Dále je pravděpodobná souvislost s jeho tabletovou formou. S tabletami není těžké manipulovat a je možné je lehce přesným způsobem dělit. S ohledem na relativně delší dobu potřebnou k rozpuštění tablet pod jazykem je možné i při supervidovaném aplikování tablety nepozorovaně zaměnit (Guichard, A. 2007).

Také z důvodu striktně stanoveného dávkování dle I. Varescona je předepsání velmi nízkých dávek u Subutexu jednou z příčin, proč si tuto látku na ilegálním trhu opatřují také lidé z registrovaných náhradních programů (Varescon, I. 2003).

Při předepsání substituce na delší dobu pacient disponuje větším množstvím tablet naráz, má tak širší pole působnosti v zacházení s tabletami a větší pokušení s nimi nelegálně obchodovat. Při deficitu psychosociálních služeb je medikace z obecného pohledu nejefektivnější, pokud je poskytnuta současně s poradenstvím, jež pomáhá umírnit riziko návratu k nesprávnému užívání buprenorfinu. Lékaři, kteří předepisují Subutex ovšem bohužel obvykle takovouto potřebu ignorují (EMCDDA, 2005).

PRAKTICKÁ ČÁST

8 Cíl výzkumu

Cílem tohoto výzkumu je zhodnotit dopad formy výdeje substituční látky buprenorfin na kvalitu života klientů substituční léčby v zařízeních Cadas a Remedis. Výzkum se zaměřuje na zjištění spokojenosti klientů s dostupností a režimem výdeje buprenorfinu a na identifikaci problémových aspektů, které mohou ovlivnit jejich kvalitu života.

Dalším cílem je prozkoumat, jak výdej buprenorfinu v těchto zařízeních přispívá k riziku nelegálního obchodování s touto látkou a jaké jsou možné způsoby prevence tohoto jevu. Výzkum se také zaměřuje na hledání možných zlepšení procesu výdeje buprenorfinu, aby lépe vyhovoval potřebám klientů a zvyšoval efektivitu substituční léčby.

Závěrem se pokusím navrhnout opatření a doporučení pro optimalizaci výdeje substituční látky buprenorfin v zařízeních Cadas a Remedis, s cílem zvýšit kvalitu života klientů a minimalizovat rizika spojená s nelegálním obchodováním.

8.1 Výzkumné otázky

Za účelem dosažení cílů mé práce jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

1. Jakým způsobem probíhal výdej buprenorfinu v zařízení Cadas a Remedis na začátku léčby a jak probíhá aktuálně?
2. Jak jsou klienti spokojeni s výdejem buprenorfinu z hlediska času v rámci dne, frekvence, místa, subjektivního pocitu?
3. Jaký má dopad forma výdeje buprenorfinu na praktický život klientů?
4. Zjistit, jakou mají klienti zkušenost s černým trhem s buprenorfinem.
5. Zjistit jaké jsou z pohledu klientů možnosti pro zlepšení výdeje buprenorfinu v zařízení Cadas a Remedis.

9 Výzkumný soubor

Základní soubor je tvořen osobami, které jsou v legální substituci buprenorfinem a pravidelně docházejí do výdejového centra Cadas či Remedis. Tyto osoby mají předepsanou substituční léčbu buprenorfinem od lékaře.

Výběrový soubor může ovlivnit výsledky studie, a proto byl pečlivě zvolen. Respondenti byli vybíráni z těch, kteří splňovali následující kritéria: legální substituce buprenorfinem, pravidelné návštěvy výdejového centra Cadas či Remedis a ochota zúčastnit se polostrukturovaného rozhovoru. Výběr konkrétních respondentů probíhal prostřednictvím oslovení institucí, které zajišťují pravidelný výdej substituční léčby těmto osobám.

Systematicky byly osloveny všechny osoby, které navštěvují tato výdejová centra za účelem pravidelného výdeje substituční látky. Polostrukturované rozhovory byly provedeny s ochotnými respondenty, jejichž odpovědi byly zaznamenávány písemně. Saturace vzorku nastala ve chvíli, kdy nové informace získané z dalších rozhovorů již nepřinášely nové poznatky, a tím byl proces sběru dat ukončen.

10 Použité metody

Pro můj výzkum jsem použila tři metody. Jako techniku sběru dat jsem si vybrala polostrukturovaný rozhovor. Pro výběr respondentů jsem zvolila metodu příležitostného výběru (convenience sampling). Získaná data jsem vyhodnotila pomocí softwaru navrženého pro analýzu kvalitativních dat s názvem MAXQDA.

10.1 Metoda sběru dat

Kvalitativní metodologie zahrnuje několik přístupů ke sběru dat, mezi něž patří strukturované, polostrukturované a nestrukturované rozhovory. Pro účely této diplomové práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie využívající polostrukturovaný rozhovor. Tato technika sběru dat umožňuje získat hlubší vhled do tématu prostřednictvím předem připravených otázek, které však poskytují prostor pro flexibilní vyjádření respondentů a možnost doptat se na detaily.

Polostrukturovaný rozhovor

Volba polostrukturovaného rozhovoru byla motivována jeho vyvážeností mezi strukturou a flexibilitou. Tento typ rozhovoru je veden na základě předem připravených otázek, které umožňují respondentům odbočit od tématu a rozvést své odpovědi dle potřeby. Výzkumník má možnost otázky upřesňovat a doptávat se na konkrétní detaily, což umožňuje prozkoumat dané téma do větší hloubky a získat komplexnější pohled na zkoumanou problematiku.

Polostrukturovaný rozhovor je ideální pro získání detailních informací o zkušenostech a názorech respondentů. Příprava na tento typ rozhovoru je klíčová. Otázky musí být formulovány tak, aby pokryly všechny stanovené výzkumné otázky a zároveň umožnily respondentům volnost v odpovědích.

V průběhu rozhovoru se začíná s obecnými otázkami a postupně se přechází ke konkrétnějším a osobnějším otázkám. Respondentům je poskytován dostatek času na odpovědi a zároveň se snažím vytvořit příjemnou atmosféru, která podpoří otevřenost a sdílení detailních informací.

Na základě získaných dat jsem vyvodila závěry, které přispívají k hlubšímu porozumění zkoumané problematiky a mohou sloužit jako podklad pro další výzkum či praktická doporučení.

10.2 Metoda použitá pro výběr respondentů

Pro výběr respondentů byla zvolena metoda příležitostného výběru (convenience sampling). Tato metoda zahrnuje výběr osob, které jsou snadno dostupné a ochotné se zúčastnit výzkumu. V rámci této diplomové práce byly získány polostrukturované rozhovory s 15 respondenty, což znamená, že byli zahrnuti všichni relevantní respondenti, dokud nebyla dosažena saturace vzorku.

Saturace vzorku nastává ve chvíli, kdy nové informace získané z dalších rozhovorů již nepřinášejí nové poznatky. Nejprve byla definována populace, která splňovala následující kritéria:

Kritéria pro zařazení do výzkumu

- osoby zařazené v legální substituci buprenorfinem
- osoby docházející do denního výdejního centra CADAS či REMEDIS
- osoby plnoleté
- osoby, které budou ochotny se zúčastnit polostrukturovaného rozhovoru

Kritéria pro nezařazení do výzkumu

- osoba není plnoletá
- osoba nesouhlasí s rozhovorem

Systematicky byly osloveny všechny vybrané osoby a s ochotnými respondenty byly provedeny polostrukturované rozhovory, jejichž odpovědi byly zaznamenávány písemně. Během rozhovorů byla monitorována saturace vzorku, a jakmile se odpovědi začaly opakovat, proces sběru dat byl ukončen.

10.3 Metoda analýzy dat v programu MAXQDA (verze 24.4)

MAXQDA je software navržený pro analýzu kvalitativních dat. Pro svůj výzkum jsem si ho vybrala kvůli jeho přehlednosti a širokým možnostem. Do programu jsem nahrála všechny přepsané rozhovory, které jsem následně barevně označovala podle částí textu týkajících se výzkumných témat. Tyto části textu jsem pak kódovala a vytvářela kategorie a podkategorie potřebné pro analýzu dat. Pomocí programu jsem vytvořila grafy, které mapují současnou situaci týkající se výdeje buprenorfinu, základní charakteristiku klientely a podněty pro možná zlepšení z pohledu klientů.

Kódování kvalitativních dat je klíčovou metodou v kvalitativním výzkumu, která umožňuje strukturovanou analýzu a interpretaci nestrukturovaných textových informací. Je to soubor operací, pomocí nichž jsou záznamy rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novým způsobem. Při otevřeném kódování, které bylo provedeno byl text rozbit na

jednotky, jednotkám byla přidělena barva a zařazení a následně jsem s nově vzniklými fragmenty pokračovala v hledání odpovědí na stanovené výzkumné otázky, následně mi program umožnil přehlednou vizualizaci výsledků v podobě grafů.

11 Realizace výzkumu

Rozhovory s participanty jsem prováděla v měsíci červnu roku 2024 v zařízeních Cadas a Remedis v Praze. Vzhledem k tomu, že jsem zaměstnána jako adiktoložka na pozici terénního pracovníka v zařízení Sananim, z. s., měla jsem bohaté zkušenosti s klienty s různými typy závislostí. Tento fakt mi výrazně napomohl navázat důvěrnější vztah s respondenty, kteří byli ochotni se se mnou bavit otevřeně i o citlivějších tématech, jako je například černý trh s přípravky obsahujícími buprenorfin.

Jednotlivé respondenty jsem vždy před rozhovorem podrobně seznámila s mým záměrem a objasnila důvody, proč byl rozhovor uskutečněn a čeho se bude týkat. Ujistila jsem je o zachování jejich anonymity a o tom, že všechny dotazníky budou po jejich zpracování skartovány. Pro rozhovory jsem měla v zařízeních předem domluvený klidný prostor, který zajišťoval dostatek času a soukromí pro uskutečnění rozhovorů.

Klienty jsem oslovovala při jejich příchodu do zařízení s dotazem, zda by byli ochotni se zúčastnit mého výzkumu pro diplomovou práci. Pokud by si někdo z respondentů v průběhu rozhovoru svoji spolupráci se mnou rozmyslel, měl možnost kdykoliv bez udání důvodu rozhovor ukončit a odejít. K mé radosti se však tato situace ani jednou nestala. Celkem jsem oslovila 17 klientů uvedených zařízení, z nichž mi rozhovor poskytlo 15 osob. Zaměstnanci zařízení mi byli velice nápomocní, což výrazně usnadnilo průběh výzkumu.

Tempo a styl rozhovoru jsem přizpůsobovala individuálním potřebám respondentů, aby se cítili co nejkomfortněji. Kladla jsem předem připravené otázky a nechávala respondenty volně odpovídat, přičemž jsem jejich odpovědi písemně zaznamenávala. V některých případech jsem kladla doplňující otázky, abych co nejpresněji zmapovala předmět výzkumu.

Každý rozhovor trval v průměru asi 30 minut.

Cadas

Sananim, z.ú., byl založen již v roce 1990. Od té doby kromě jiného pomáhá osobám s drogovými závislostmi. Provoz zařízení Cadas byl v Praze zahájen v roce 2003. Cadas je registrovaným zdravotnickým zařízením se zaměřením na obory psychiatrie, léčbu návykových nemocí a adiktologie.

Jedná se o substituční ambulanci, která nabízí komplexní a specializované služby, směřující ke stabilizaci klientů. Poskytuje psychiatrickou péči v rámci substitučního programu, déle poskytuje psychoterapii a sociální poradenství. Samozřejmostí je pomoc při řešení duševních onemocnění doprovázející užívání drog. Cílovou skupinou jsou problémoví uživatelé drog, kteří užívají intravenózně či dlouhodobě a pravidelně. Klienti musí být

plnoletí, pouze ve výjimečných případech po individuálním dohodnutí mohou být mladší 18 let. Klientem se může stát osoba alespoň s minimální motivací. Mezi základní podmínky přijetí je sjednané zdravotní pojištění nebo se musí jednat o samoplátce, musí mít osobní doklady, musí být alespoň minimálně motivován a léčba musí mu být indikována. Do substitučního programu jsou přijímáni klienti dle pořadníku. V loňském roce 2657 klientů využilo psychiatrického vyšetření, 2 448 klientů využilo individuálního poradenství (výkonů), 401 klientů využilo skupinového poradenství, 102 klientů bylo v substituční léčbě. (Výroční zpráva SANANIM, 2023).

Remedis

Remedis s.r.o. je nestátní zdravotnické zařízení, které bylo založeno roku 1997. Provozuje kliniku v Praze a v Brně. Toto zařízení poskytuje mimo psychiatrických a adiktologických služeb i služby jiných oborů, jako např. gastroenterologii, hepatologii, internu, gynekologii, chirurgii apod. V adiktologické ambulanci v Praze nabízí substituční programy, které se skrývají pod názvem KOLO-S. Tyto programy jsou určeny pro drogově závislé osoby se somatickými potížemi a dalšími souvisejícími komplikacemi týkajícími se psychického zdraví. Toto pracoviště má nejvyšší počet vyšetřených uživatelů drog v České republice. Mezi komplementární složky léčby v Remedis, s.r.o., patří substituční léčba závislosti na opioidech s využitím buprenorfinu, intervence k psychosociální stabilizaci uživatelů drog. Cílovou skupinou těchto programů jsou uživatelé návykových látek s dlouhodobým užíváním, injekční aplikací, somatickými a psychiatrickými komplikacemi. Cílem programu je abstinence klientů od nelegálních návykových látek, ukončení nitrožilních způsobů aplikace, dosažení uvědomění pacienta svého stavu a situace, ve které se nachází. Dále se program zaměřuje na zlepšení sociální situace klientů, jejich psychického a zdravotního stavu a v neposlední řadě usiluje o minimalizaci rizikového, případně kriminálního jednání těchto osob. Součástí programu je i poradenství, a to jak individuální, tak i rodinné (Remedis 2024).

12 Etické aspekty výzkumu

Před vlastním výzkumem jsem svůj záměr o realizaci výzkumu včetně všech souvisejících informací předložila k posouzení etické komisi fakulty adiktologie a po jejím schválení i etické komisi obou zařízení, kde jsem výzkum chtěla provádět. Obě zařízení mi můj výzkumný postup včetně otázek do rozhovoru odsouhlasila.

Následně jsem si s vedením obou zařízení domluvila termíny a prostory pro provedení rozhovorů. V dohodnuté dny jsem se dostavila do zařízení za účelem oslovení jejich klientů. Z důvodu zachování anonymity klientů budou zařízení nazývána jako: zařízení 1 a zařízení 2

Na úvod byli oslovení respondenti seznámeni s tím, že výzkum provádím za účelem vypracování diplomové práce v rámci magisterského studia na fakultě adiktologie na 1. lékařské fakultě Karlovy Univerzity v Praze. Dále byly seznámeni s tím, že jejich účast ve výzkumu je zcela dobrovolná a mají právo z rozhovoru kdykoliv i v průběhu rozhovoru odstoupit. Rozhovor i písemný výstup z něj bude anonymní, to znamená, že nikde nebude uváděno jméno respondenta ani žádný jiný identifikační údaj. Hlavní podmínkou pro uskutečnění rozhovoru byl slovní informovaný souhlas všech dotazovaných respondentů. Odpovědi respondentů byly písemně zaznamenány a po zpracování výstupů pro diplomovou práci byly skartovány. Po celou dobu sběru dat a jejich zpracování k nim neměl přístup nikdo jiný kromě mě.

13 Výsledky výzkumu

Tato kapitola pojednává o výsledcích analýzy patnácti polostrukturovaných rozhovorů s klienty vybraných zařízení. Rozhovory byly přepsány na počítači a následně kódovány a analyzovány v programu MAXQDA (verze 24.4). Výsledky jsou prezentovány přehledně pomocí stručných shrnutí a jednotlivých grafů, každý graf je popsán. Grafy jsou proloženy konkrétními citacemi klientů, které jsem si zaznamenala během sbírání polostrukturovaných rozhovorů.

13.1 Demografická charakteristika respondentů

Tato kapitola představuje demografické údaje respondentů z výzkumu, který byl proveden ve vybraných zařízeních. Tyto údaje jsou klíčové pro pochopení sociálního a ekonomického zázemí klientů zapojených do substituční léčby buprenorfinem. Kompletní přehled shromážděných dat je zobrazen v tabulce v příloze č. 3.

13.1.1 Věk a pohlaví

Většina klientů (10) z mého výzkumného vzorku uvedla, že jsou muži, zatímco jako ženy se identifikovalo 5 respondentek. Tento poměr pohlaví v našem výzkumu přibližně odpovídá celkovému poměru mužů a žen v substituční léčbě.

Nejčastější věk respondentů byl 39 let, což se týkalo 3 dotazovaných. Následoval věk 46 let u 2 dotazovaných. Nejnižší množství respondentů tvořili respondenti do 38 let. Zmíněná zjištění opět odpovídají celorepublikovému věkovému průměru lidí v substituční léčbě buprenorfinem, který je 40 let. Průměrný věk mužů mezi respondenty byl 40,8 let a průměrný věk žen byl 39,6 let.

13.1.2 Typ bydlení klientů

U tázaných respondentů převládá typ bydlení v bytě, kde bydlí šest dotazovaných. Většina respondentů žijících v bytě uvedla, že před nastoupením do substituce byli bez přístřeší a přespávali, kde se dalo. Tento příklad ukazuje, jak substituční léčba pomáhá stabilizovat životy klientů, což sami respondenti reflektovali ve svých odpovědích.

Následuje bydlení v domě, kde všichni respondenti žijící v domě (3) uvedli, že se jedná o dům jejich rodičů, kde žijí společně s nimi. Stejný podíl (2) tvoří klienti bez přístřeší, kteří žijí na ulici, a klienti v azylových domech. Poslední dvě skupiny tvořené jedním respondentem, představují bydlení v chatě a bydlení na ubytovně.

Jak je patrné, respondenti odpovídali na otázku týkající se bydlení velmi rozmanitě. Zde jsou některé autentické odpovědi:

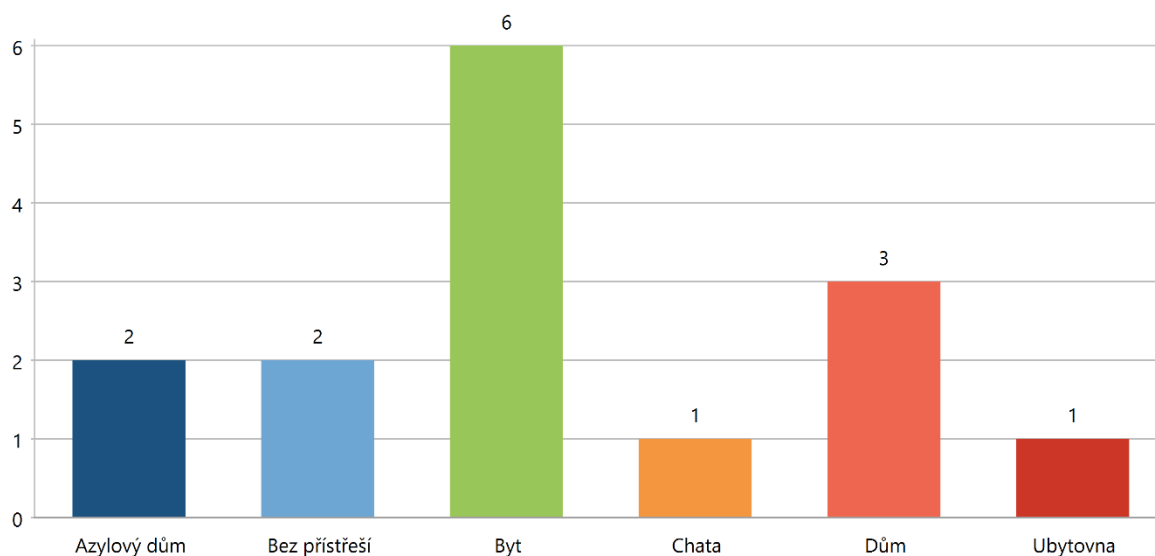
„Ano, asi půl roku už bydlím v azylovém domě a jsem rád. Před tím jsem přespával, kde se dalo. Na ulici bych se už vrátit nechtěl. Nejhorší je to v zimě, fakt, když si vzpomenu na zimu, tak někdy to bylo peklo.“

„Nemám kde bydlet. Teď jsem venku, pod mostem. Byl jsem naštěstí přes zimu na ubytovně, ale tam mi už skončila možná doba pobytu, tak jsem teď nějakou dobu na ulici, přes léto mi to zas až tak nevadí. Ale mám zas požádáno o jinou ubytovnu, tak doufám, že se na mě co nejdřív dostane řada.“

„Bydlím na ubytovně, takže ano. A jsem tam už půl roku a jsem za to i přes to všechno fakt rád, na ulici už bych být nechtěl.“

Respondenti, kteří nyní bydlí v azylových domech nebo ubytovnách, často popisují svou předchozí zkušenost s bezdomovectvím a vyjadřují úlevu a spokojenost s aktuálním bydlením. I když někteří respondenti mají aktuálně přístup k ubytovnám, stále čelí nejistotě ohledně své budoucnosti a možnosti získání trvalého bydlení.

Graf 1: Typ bydlení respondentů



13.1.3 Zaměstnání klientů

Z výzkumu bylo zjištěno, že část respondentů (4) uvedlo, že jsou momentálně bez stálého zaměstnání a někteří z nich spoléhají na sociální dávky a podporu z úřadu práce. Tyto osoby často čelí mnohým výzvám při hledání zaměstnání. Jeden z respondentů uvedl:

„Nemám zaměstnání, momentálně jsem na úřadu práce a řeším invalidní důchod, jelikož na ten musíte mít odpracováno 5 let a mě ještě jeden rok chybí, ale teď jsem zjistil, že se člověk může vyplatit, tak snad to vyjde. Mám příspěvky a dávky, dohromady mi to hodí skoro 20 000, to je celkem slušný, s tím se dá vyžít.“

Další respondent sdělil:

„Nemám stálou práci. Jsem dlouho nezaměstnaná a jsem na úřadu práce. Chodím si pro dávky. Příležitostně se snažím najít si nějakou brigádu. Teď mám štěstí a jsem na brigádě.“

Další respondenti (4) uvedli, že se živí prostřednictvím brigád a dočasných prací. Tyto osoby často nemají stabilní pracovní rozvrh a pravidelný příjem. Jeden z respondentů zmínil své zapojení do programu pro peery od nízkoprahového programu:

„To je vlastně program pro peery. Mám tam určité povinnosti a dostávám za to nějaké peníze. Stálou práci dlouhodobě nemám. Již delší dobu přemýšlím o nějaké brigádě, ale nemůžu se dokopat. A popravdě, ani nevím, jestli bych to dal. Nejsem zvyklý pravidelně někam chodit. A nic pořádně neumím.“

Další respondent řekl:

„Měl jsem, teď nemám, ale, mám brigádu.“

Čtyři klienti uvedli, že jsou zaměstnáni na plný úvazek. Tito klienti mají stabilnější pracovní podmínky a příjem. Jeden z nich poznamenal:

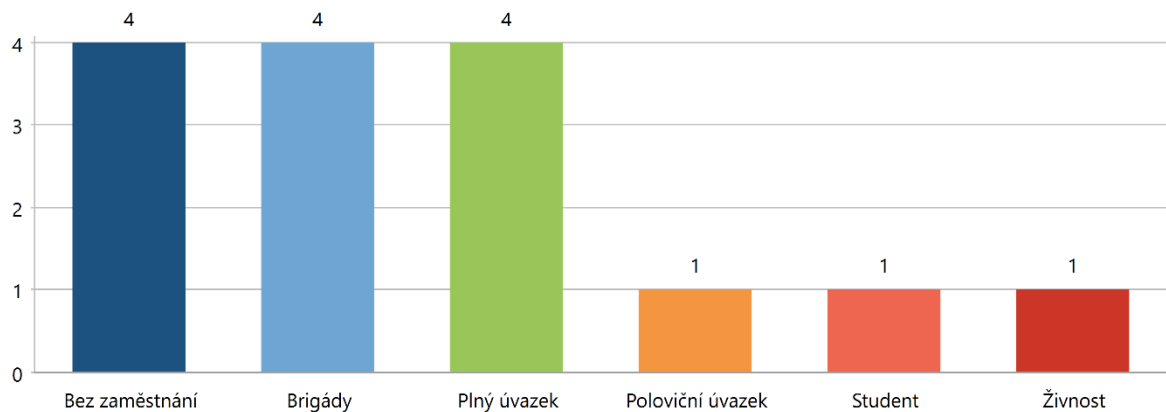
„Jojo, pracuju v Albertu, už několik let, jsem tam docela spokojená.“

Jiný respondent sdělil:

„Jojo, teď už jo, vlastně jsem zaměstnaný poprvé za svůj celý život. Ze začátku to bylo vážně náročné, ale člověk si zvykne a teď jsem za tu práci rád.“

Jeden respondent pracuje na poloviční úvazek, což mu poskytuje stabilnější příjem a umožňuje lépe sladit pracovní povinnosti s léčbou. Další respondent má vlastní živnost a jeden respondent je student.

Graf 2: Zaměstnání respondentů



13.2 Průběh výdeje buprenorfinu na začátku léčby a aktuálně

Pro účely této analýzy byly respondentům položeny specifické otázky týkající se jejich zkušeností s výdejem buprenorfinu v různých fázích léčby a komplikacemi spojenými s tímto výdejem.

Tyto otázky byly zaměřeny na získání hlubšího porozumění tomu, jak klienti vnímají různé aspekty výdeje buprenorfinu v průběhu své léčby a jaké komplikace mohou nastat. Výsledky poskytují důležité informace o zkušenostech klientů a jejich preferencích, což může přispět k optimalizaci substituční léčby v budoucnosti.

13.2.1 Průběh výdeje buprenorfinu na začátku léčby

Na začátku léčby 13 respondentů uvedlo, že docházeli pro medikaci každý den, zatímco pouze dva klienti docházeli jednou za týden. Žádný z respondentů neuvedl méně častou frekvenci výdeje na začátku léčby. Většina respondentů uvedla, že měla s častým docházením pro medikaci problémy.

Nejčastější komplikace souvisely s časovými nároky. Polovina respondentů uvedla, že cesta pro častý výdej medikace byla časově náročná, což mnoha klientům ztěžovalo zvládnání dalších povinností. Často se jednalo o klienty, kteří do zařízení docházeli z velké dálky, což jim zabíralo značnou část dne. Respondenti uváděli, že nesoulad mezi osobními preferencemi a stávajícím režimem výdeje léků způsobil náročnost vstávání v ranních hodinách a neschopnost sladit docházení pro medikaci s pracovními povinnostmi. Například jeden respondent sdělil:

„Na začátku to bylo každý den. To bylo nějakých 6 let zpátky. Měl jsem práci, moc to nešlo. Po roce jsem v práci skončil. Byl jsem zaměstnanec a měl pevnou pracovní dobu. Bylo

těžké skloubit to s každodenním výdejem. Stal jsem se živnostníkem a od té doby jsem na substituci v pohodě.“

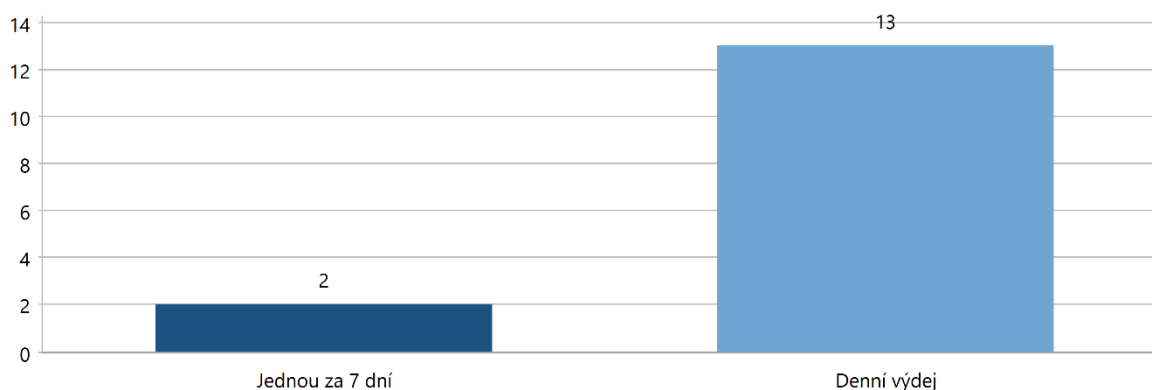
Další významná komplikace byla fyzická náročnost, kterou uvedli dva respondenti. Tyto obtíže zahrnovaly únavu způsobenou brzkým vstáváním a celkovou fyzickou zátěž spojenou s pravidelným docházením pro medikaci. Jeden respondent popsal svou zkušenost následovně:

„Na začátku jsem sem docházela každý den a ano, bylo to pro mě velice náročné. Nezvládla jsem to snad ani první týden. Víte, spala jsem tenkrát všude možné, kde se dalo. Občas nás budili policajti, jindy zas byla hrozná zima, nebo pršelo a já se vůbec nevyspala. Nebo má třeba člověk takový absták, že ani není schopný vstát, natož někam dojít. Takže jsem ze substituce byla pokaždé po nějaké době vyřazena.“

Pouze 5 respondentů uvedlo, že denní výdej medikace pro ně nebyl problémem. Tito respondenti neměli potíže s dochvilností ani s časovou náročností docházení. Jeden z respondentů uvedl:

„Každý den ze začátku plus testování. Pomohlo mi to, ale je nutné dodržovat režim a dochvilnost. S tím jsem neměl problém.“

Graf 3: Frekvence výdeje buprenorfinu na začátku léčby



13.2.2 Průběh výdeje buprenorfinu aktuálně

Největší část respondentů (10) dochází pro medikaci jednou týdně. Další skupina respondentů (2) uvedla, že dochází každých 14 dní. Jeden respondent dochází pro medikaci jednou za měsíc, jeden respondent má stále denní výdej a jeden respondent dochází třikrát týdně. Nejčastějšími důvody pro častější výdej byly zmíněny začátky léčby nebo prohřešky, kvůli kterým byla frekvence výdeje navýšena, aby byli klienti více pod dohledem.

Respondenti, kteří přešli z denního výdeje na méně častý výdej, obecně uváděli s méně častým výdejem pozitivní zkušenosti. Jeden respondent poznamenal, že po nějaké

době přešel z denního výdeje na jednou týdně a nyní dochází jednou za čtrnáct dní, což mu naprosto vyhovuje:

„Z denního výdeje byl po nějaké době výdej jednou za týden a teď už chodím 1x za 14 dní. To je super.“

V oblasti komplikací s výdejem uvedlo 11 respondentů, že aktuální frekvence výdeje jim nepřináší žádné problémy. Mezi těmi, kteří komplikace zmínili, dva uvedli časové komplikace, jako jsou obtíže spojené s nesouladem mezi osobními preferencemi a režimem výdeje léků, zejména náročnost vstávání v ranních hodinách a čas strávený cestováním. Jeden respondent sdělil:

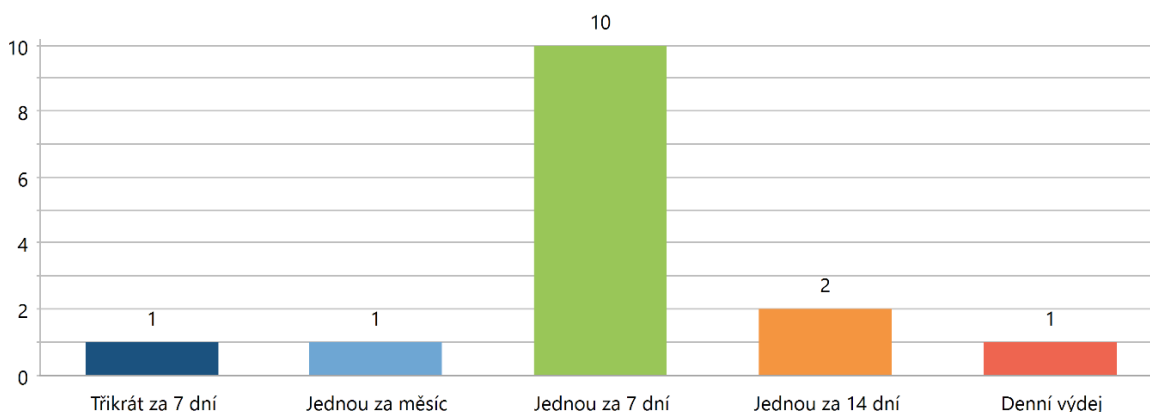
„Jak jsem říkal, chodím denně a dopoledne. Je to pro mě náročný, hlavně vstát dopoledne je náročný, raději bych chodil odpoledne a nejlíp by mi to vyhovovalo večer.“

Další dva respondenti zmínili komplikace se sladěním výdeje s pracovním režimem, které zahrnují potíže s laděním pracovního harmonogramu, adaptací na pracovní režim a výzvy spojené s rovnováhou mezi pracovním a osobním životem.

Někteří respondenti, kteří dochází jednou týdně, uvedli, že by preferovali výdej jednou za čtrnáct dní. Jeden respondent, který nyní dochází jednou za měsíc, uvedl:

„Teď sem chodím už jen jednou za měsíc, myslím, že jsem se za ty léta celkem osvědčil, tak mám důvěru zaměstnanců a léky mi dávají s sebou na dýl, jsem za to moc rád a nerad bych si to tu pokazil.“

Graf 4: Frekvence výdeje buprenorfinu aktuálně



13.2.3 Abstinenční příznaky při řádném užívání buprenorfinu

Abstinenční příznaky jsou klíčovým ukazatelem účinnosti substituční léčby buprenorfinem. Z výsledků vyplývá, že většina respondentů (11) nepociťuje žádné abstinenční příznaky při řádném užívání legálně předepsovaného buprenorfinu. Naopak,

čtyři respondenti uvedli, že občas pociťují abstinenční příznaky, ačkoli tyto příznaky nejsou výrazné a jsou obvykle zvládnutelné.

Respondenti, kteří nepociťují žádné abstinenční příznaky, často zdůrazňují, že jejich dávka buprenorfinu je nastavena optimálně. Například jeden z respondentů uvedl:

„Nepociťuji žádné příznaky. Brala jsem 2 mg a teď dokonce 1,5 mg. A jsem v pohodě.“

Jiný respondent sdělil:

„Ne, mám množství nastavené akorát.“

Na druhou stranu, někteří respondenti uvedli, že občas pociťují mírné abstinenční příznaky. Například jeden z respondentů poznamenal:

„Občas ano, ale dá se to vydržet.“

Další respondent uvedl:

„Občas večer, ale delší dobu jsem na stejné dávce a cítím se docela stabilizovaný, nechci si to pokazit.“

Nicméně, někteří klienti, i když méně často, stále pociťují mírné příznaky, které však nejsou natolik závažné, aby významně ovlivňovaly jejich kvalitu života. Respondenti, kteří uvedli občasné příznaky, často zdůrazňují, že tyto příznaky jsou zvládnutelné a výrazně méně závažné než příznaky, které pociťovali před zahájením substituční léčby. Jak uvedl jeden respondent:

„Občas ano. Není mi úplně dobře, ale dá se to vydržet. Rozhodně lepší než abstinence předtím na heroinu. To nepřeju zažít nikomu.“

13.3 Míra spokojenosti s výdejem buprenorfinu

Tato kapitola se zaměřuje na hodnocení druhé výzkumné otázky, která zkoumá spokojenost klientů s výdejem buprenorfinu ve vybraných zařízeních. Analýza zahrnuje časovou dostupnost, frekvenci výdeje, umístění zařízení a přístup personálu. Výsledky poskytují hlubší porozumění jejich zkušenostem a preferencím.

Na základě dat z rozhovorů s klienty bylo zjištěno, že všichni respondenti v zařízení 1 byli spokojeni s momentální frekvencí výdeje buprenorfinu a že vyhovuje jejich potřebám. Rovněž všichni respondenti vyjádřili spokojenost s umístěním zařízení. Přístup personálu byl rovněž hodnocen velmi pozitivně, kdy všichni dotazovaní klienti ocenili vstřícnost a podporu ze strany zaměstnanců zařízení. Pokud jde o čas výdeje, tak 2 respondenti v zařízení 1 vyjádřili nespokojenost. Respondenti, kteří byli nespokojeni s časem výdeje, často zmiňovali

konkrétní důvody, jako je náročnost ranního vstávání a nesoulad s jejich pracovními povinnostmi. Jeden z respondentů například uvedl:

„Jak jsem říkal, chodím denně a dopoledne. Je to pro mě náročný, hlavně vstát dopoledne je náročný, raději bych chodil odpoledne a nejlíp by mi to vyhovovalo večer.“

Podobně jako v zařízení 1, tak i v zařízení 2 byli respondenti většinou spokojeni s výdejem buprenorfinu. Všech 15 respondentů uvedlo, že jsou spokojeni s časem výdeje a přístupem personálu. Dva respondenti byli nespokojeni s umístěním zařízení. Důvody nespokojenosti zahrnovaly především problémy s dojížděním a vzdáleností. Jeden z respondentů poznamenal:

„Je to na MHD, ale mám to sem skoro hodinu cesty, bydlím na okraji Prahy, mohlo by to být blíž.“

Frekvence výdeje v zařízení 2 byla uspokojivá pro 11 respondentů, zatímco 4 respondenti byli nespokojeni. Tito respondenti často uváděli, že by preferovali delší intervaly mezi výdejem. Jeden z nich například uvedl:

„Je to na mě moc časté, radši bych chodil po delší době.“

Respondenti se shodli, že pravidelný a přizpůsobený výdej medikace jim pomáhá udržet stabilitu a zodpovědnost. Respondenti v zařízení 2 měli více připomínek nejen k umístění zařízení, ale také k frekvenci výdeje. Přístup personálu byl v obou zařízeních hodnocen pozitivně bez stížností.

13.4 Problémové aspekty výdeje buprenorfinu a jejich vliv na praktický život klientů

V této kapitole jsem analyzovala, jak výdej buprenorfinu ovlivňuje každodenní život klientů, a to prostřednictvím jejich zkušeností a výpovědí. Z výsledků vyplývá, že přístup k substituční léčbě může mít zásadní vliv na stabilitu a spokojenost klientů, a proto je důležité přizpůsobit formu výdeje individuálním potřebám a životním okolnostem každého klienta. Zaměřila jsem se na čtyři oblasti: komplikace v každodenním životě, finanční dopady, vliv na zaměstnanost a změny ve zdravotním stavu. Každá z těchto oblastí byla podrobně prozkoumána na základě zkušeností a názorů respondentů. Níže jsou uvedeny klíčové poznatky a závěry, které byly získány během této analýzy.

13.4.1 Komplikace každodenního života s docházením na výdej

Většina respondentů nevnímá docházení pro výdej substituce jako zásadní komplikaci jejich každodenního života. Nicméně, několik klientů (3) zmínilo určité obtíže spojené s tímto procesem.

Pár respondentů uvedlo, že docházení pro výdej substituce jim život výrazně nekomplikuje. Zmiňují, že si na režim zvykli a považují ho za součást své rutiny. Jeden z respondentů sdělil:

“Vůbec ne. Ted’ už je to v pohodě. Zvykl jsem si a vím, že musím. Ale začátky byly těžké, jak jsem říkal, chtěli mě vykopnout. Byl jsem hodně problémový.”

Nicméně, několik klientů přiznalo, že docházení pro výdej je pro ně „otrava“, i když ne zásadní problém. Další respondenti zdůraznili, že se museli přizpůsobit novému režimu, což pro ně znamenalo určitou změnu v životním stylu. Pro některé klienty bylo docházení spíše změnou, kterou museli přijmout jako součást svého nového režimu. Zaměstnání a každodenní povinnosti také hrály roli v hodnocení docházení pro výdej léků. Někteří respondenti si museli upravit pracovní rozvrh, aby mohli docházet do zařízení. Klienti, kteří museli dojíždět z větších vzdáleností, čelili specifickým výzvám. Jeden z nich uvedl:

„Nežiju už v Praze a do Prahy to mám celkem daleko, to dojíždění mě stojí peníze i čas. Mohlo by to být blíž.“

Podobně další klient sdělil:

„No tím že to mám celkem daleko, taky na to musím myslet, je to povinnost navíc.“

13.4.2 Změna finanční situace klientů

Na základě odpovědí klientů lze usoudit, že zahájení substituční léčby buprenorfinem mělo významný dopad na jejich finanční situaci. Většina respondentů (12) uvedla, že se jejich finanční situace po započetí léčby zlepšila, a to zejména díky snížení výdajů na ilegální drogy, získání stabilního příjmu prostřednictvím zaměstnání nebo brigád, podporu při hledání bydlení a získání finanční podpory, například prostřednictvím sociálních dávek nebo invalidního důchodu. Respondenti, kteří dříve nakupovali buprenorfin na černém trhu, zaznamenali výrazné finanční zlepšení. Například jeden klient uvedl:

“Hodně se vlastně všechno změnilo. Nejdřív jsem kupoval buprenorfin na černém trhu. Peněz jsem měl fakt málo. Ted’ se všechno zlepšilo i peníze, tedy finanční situace se zlepšila.”

Na druhé straně, tři respondenti uvedli, že jejich finanční situace se nezměnila. Důvodem bylo především to, že již před léčbou měli stabilní zaměstnání nebo pravidelný příjem. Tito klienti nebyli finančně závislí na nelegálním trhu s drogami a již měli zajištěnou finanční stabilitu před zahájením substituční léčby.

13.4.3 Změna situace klientů na trhu práce

Celkově odpovědi klientů ukazují, že substituční léčba buprenorfinem měla významný dopad na situaci na trhu práce pro mnoho respondentů. U sedmi klientů došlo k pozitivním změnám, které jim umožnily najít stálé zaměstnání nebo brigády. Například jeden respondent uvedl, že díky substituční léčbě a podpoře pracovníků zařízení se mu podařilo najít práci, což mu pomohlo se postavit na vlastní nohy. Další respondent uvedl, že nikdy předtím nepracoval a až díky substituci a pracovníkům zařízení našel uspokojivé zaměstnání. Jeden z klientů také zmínil, že se díky substituční léčbě dokázal vrátit ke studiu, což je významný krok k budoucím pracovním příležitostem.

Někteří klienti nezaznamenali, že by se jejich situace na trhu práce nějak výrazně změnila. Tři respondenti uvedli, že již před léčbou měli stabilní zaměstnání, a proto jejich pracovní situace zůstala stejná. Čtyři respondenti uvedli, že práci neměli ani před léčbou, ani po jejím zahájení, a někteří z nich ani práci nehledají. Jeden respondent zmínil, že stále chodí na brigády „načerno“ kvůli dluhům a jeden vyjádřil nejistotu ohledně hledání práce:

„Práci jsem neměl a ani teď nemám. Možná bych se měl podívat po nějaké brigádě, ale ani nevím, kam bych měl jít a kde se zeptat.“

Výsledky ukazují, že zatímco substituční léčba buprenorfinem může mít pozitivní vliv na zaměstnatelnost a finanční stabilitu klientů, stále existují jedinci, kteří potřebují další podporu. Některým klientům pomohla léčba najít práci nebo se vrátit do vzdělávacího procesu.

13.4.4 Změna zdravotního stavu klientů

Tato kapitola se zaměřuje na hodnocení zdravotních změn klientů po započetí substituční léčby buprenorfinem. Z odpovědí klientů vyplynulo, že mnoho z nich zaznamenalo zlepšení svého zdravotního stavu, zatímco u některých se žádné výrazné změny neprojevíly.

Zlepšení zdravotního stavu zaznamenalo celkem devět respondentů. Mezi nejčastěji uváděné změny patřilo zvýšení tělesné hmotnosti, lepší péče o zdraví a řešení zdravotních problémů, které klienti dříve zanedbávali. Například jeden z klientů uvedl:

„Ano. Přibral jsem. Dbám daleko víc o zdraví. Cítím se daleko líp. Cítím se normálně.“

Někteří klienti uvedli, že díky zařízení, kde podstupují léčbu, jim byla poskytnuta lékařská péče a podpora při řešení zdravotních problémů, což vedlo ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Jeden respondent přinesl velmi zajímavou a dramatickou zkušenost, kdy dlouhodobé užívání heroinu a život na ulici vedly k vážným zdravotním komplikacím:

Došlo to tak daleko, že se mi na noze objevila obrovská flegmóna, kterou jsem neřešil... A pak jsem se jednoho dne probral v nemocnici a bez nohy“.

Na druhé straně, šest respondentů uvedlo, že jejich zdravotní stav se po započetí léčby nezměnil.

13.5 Zkušenost klientů s černým trhem s buprenorfinem a návrhy na omezení

Tato kapitola se zaměřuje na zkoumání vlivu formy výdeje buprenorfinu na rozsah nelegálního obchodování s touto látkou z pohledu klientů. Výzkumná otázka byla rozdělena na tři podpůrné otázky: „Prodával jste někdy buprenorfin na černém trhu, pokud ano, jak často a proč?“, „Kupoval jste někdy buprenorfin na černém trhu, pokud ano, jak často a proč?“ a „Máte nějaký návrh, jak by se dalo nelegální obchodování s buprenorfinem omezit?“.

13.5.1 Četnost a důvody prodeje buprenorfinu na černém trhu

Respondenti, kteří přiznali prodej buprenorfinu, uváděli různé frekvence prodeje. Tři respondenti uvedli, že prodávali buprenorfin často, což znamená, že prodej nebyl každodenní záležitostí, ale přesto se jednalo o pravidelný prodej. Dva respondenti prodávali buprenorfin občas, což značí sporadické nebo několikrát měsíční prodeje. Další dva respondenti uvedli, že prodávali buprenorfin zřídka, tedy několikrát do roka nebo ještě méně. Jeden respondent prodával buprenorfin velmi často, téměř denně, a jeden respondent uvedl, že prodával buprenorfin výjimečně, tedy pouze jednou nebo velmi zřídka.

Důvody pro prodej buprenorfinu byly převážně finanční. Sedm respondentů uvedlo, že prodávali buprenorfin kvůli potřebě peněz. Například jeden respondent přiznal, že prodával buprenorfin kvůli financím a také proto, aby si mohl obstarat jiné drogy. Dva respondenti uvedli, že prodávali buprenorfin, aby pomohli ostatním, kteří měli abstinenční syndrom nebo neměli dostatek peněz na léčivo.

13.5.2 Četnost a důvody nákupu buprenorfinu na černém trhu

Nákup buprenorfinu na černém trhu byl mezi respondenty běžnou praxí. Z celkového počtu respondentů uvedlo všech 15 osob, že tuto látku nakupovali nelegálně. Četnost nákupu se lišila, přičemž devět respondentů uvedlo, že buprenorfin na černém trhu kupovali často, a šest respondentů uvedlo, že nakupovali občas.

Důvody pro nákup buprenorfinu na černém trhu byly různé. Nejčastějším důvodem byly abstinenční příznaky spojené se závislostí, což uvedlo osm respondentů. Tito jedinci

potřebovali buprenorfin k úlevě od abstinčních příznaků, což je vedlo k nelegálnímu nákupu.

Dalším významným důvodem byla dlouhá čekací doba na oficiální substituční léčbu, což uvedlo pět respondentů. Tito klienti často museli čekat na vstup do programu a mezitím se snažili zvládnout svou závislost nákupem na černém trhu. Jeden respondent zmínil:

„Ano, taky, než jsem se dostal do substitute. Je dlouhá čekací doba. Už jsem byl nějakou dobu rozhodnutý, ale než si člověk vyřídí vše, co má a než na něj pak přijde řada, zabere nějaký čas. A ty drogy musí ale shánět i tak a není to vůbec těžké se k nim dostat.“

Vyřazení ze substituční léčby bylo dalším častým důvodem, uvedeným čtyřmi respondenty. Tito jedinci byli nuceni hledat alternativní způsoby, jak sehnat buprenorfin, když byli dočasně nebo trvale vyloučeni z programu.

Finanční důvody byly zmíněny jedním respondentem, který tvrdí, že důvodem byli finanční potíže spojené s nákupem legálně dostupného buprenorfinu:

„Spousta lidí nemá peníze na celou krabičku prášků, tak se skládají a pak se o subáče dělí, tak jako jsem to kolikrát dělal i já...“

13.5.3 Návrhy na omezení obchodování s buprenorfinem na černém trhu

V této kapitole se zaměřím na návrhy klientů, jak omezit nelegální obchodování s buprenorfinem. Respondenti byli tázáni na jejich názory a návrhy na omezení nelegálního obchodování s buprenorfinem. Z grafu č. 5 lze vyčíst různorodost návrhů a odpovědí, které jsem obdržela od klientů.

Nejčastěji zmiňovaným návrhem bylo zvýšení kapacity substitučních center. Pět respondentů uvedlo, že zvýšení dostupnosti substitučních programů by mohlo významně omezit nelegální obchodování. Jeden z respondentů například uvedl:

„Určitě by to chtělo daleko víc substitute. Spousta lidí se živí prodáváním.“

Dalším významným návrhem byla cenová dostupnost substituční léčby. Čtyři respondenti zdůraznili, že bezplatná nebo nízkonákladová substituční léčba by výrazně přispěla k omezení nelegálního obchodování. Jeden z nich poznamenal:

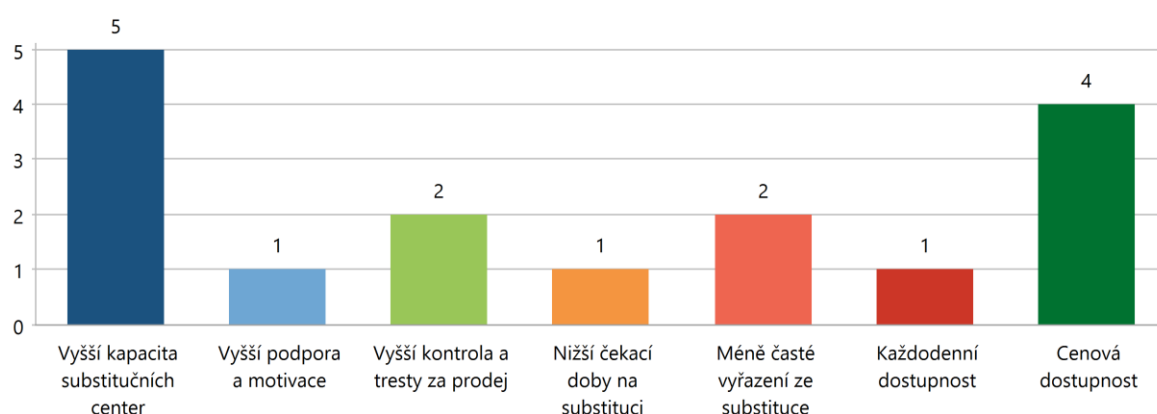
„Myslím, že kdyby byla substitute zadarmo, dost by to pomohlo. Je to vlastně jednoduché, při substituci zadarmo by nebylo žádné nelegální obchodování s ní.“

Dva respondenti se zaměřili na zvýšenou kontrolu a přísnější tresty za nelegální prodej buprenorfinu. Další respondenti navrhli, že méně časté vyřazování ze substituční léčby by mohlo také pomoci. Jeden z nich uvedl:

„Substituce by měla být dostupnější a neměli by lidi vyhazovat za každý nesmysl, co provedou. To se občas stane, že člověk uklouzne, ale tím, že ho ze substituce vyhodí, právě to nelegální obchodování způsobí.“

Po jednom návrhu zazněly také doporučení na snížení čekacích dob na substituční léčbu a na vyšší podporu a motivaci klientů. Další důležitý návrh, který byl zmíněn jednou byla každodenní dostupnost substituční léčby.

Graf 5: Návrhy klientů na omezení obchodování s buprenorfinem na černém trhu



13.6 Zlepšení výdeje buprenorfinu z pohledu klientů

V této kapitole se zabývám zkoumáním názorů klientů na možnosti zlepšení výdeje buprenorfinu. Otázky se zaměřují na zhodnocení spokojenosti klientů se stávajícími službami, identifikaci problémových oblastí, návrhy na zlepšení a ochotu doporučit tyto služby dalším lidem, kterým by substituční léčba mohla pomoci s bojem se závislostí na opioidech a se stabilizací jejich životní situace.

13.6.1 Spokojenost klientů s výdejem

Pozitivní zkušenosti v zařízení 1 byly nejčastěji spojovány s obecnou spokojeností se službami. Pět klientů vyjádřilo celkovou spokojenost s poskytovanou péčí a službami, ačkoli se objevily i některé kritické připomínky. Jeden z respondentů ocenil celkovou kvalitu substituce a skutečnost, že zařízení klienty nevyhazuje, ale negativně vnímal přístup po schodech:

„Nelíbí se mi schodiště. To je fakt hrozný, tolik schodů. Jinak je to za mě nejlepší substituce, jsou nejlepší a hlavně nevyhazují.“

Dva klienti v zařízení 1 zdůraznili profesionální zacházení jako významný faktor jejich spokojenosti. Terapeutická sezení byla zmíněna jedním respondentem, který ocenil, že výdej buprenorfinu není jen o samotném výdeji léků, ale zahrnuje i krátká sezení, která pomáhají řešit aktuální problémy. Jeden klient ocenil podporu při řešení problémů, kdy

zařízení aktivně pomáhá s různými životními situacemi. Další respondent vyzdvihl osobní přístup, kdy personál zařízení poskytuje individuální péči a podporu.

Negativní zkušenosti v zařízení 1 se týkaly také přísnosti, zejména pokud jde o kárání za pozdní příchody. Jeden klient vzpomínal na dřívější aktivity, jako byly výlety a společenské akce, které podle něj již nejsou tak časté:

„Dřív bylo víc programů. Výlety, opékání buřtů... nebo kino. Teď jsou možná ještě taky, ale už moc nemám čas, to mě mrzí.“

V zařízení 2 nejvíce klientů (6) uvedlo obecnou spokojenost bez specifických stížností nebo problémů. Dva respondenti ocenili poskytovanou péči a lidský přístup zaměstnanců. Další dva respondenti uvedli, že jsou překvapeni rychlostí výdeje buprenorfinu. Jedním klientem bylo řečeno, že je spokojený s frekvencí výdeje. Celkem dva respondenti zmínili profesionální přístup zaměstnanců ve službě v daném zařízení.

Nicméně, byly zmíněny i negativní zkušenosti v zařízení 2. Dva klienti kritizovali doplatky za substituční léčbu, které považují za finanční zátěž. Další respondent vyjádřil nespokojenost s atmosférou zařízení, které popsal jako příliš „nemocniční“ a preferoval by přívětivější prostředí.

Kritika se také týkala přísnosti zařízení, což jeden respondent označil za problém:

„Líbí se mi tu, že se mnou mají trpělivost, ale nelíbí se mi, že jsou tu moc přísné podmínky a že tu mají na léky doplatek.“

13.6.2 Návrhy na zlepšení a zefektivnění realizace substituční léčby buprenorfinem dle respondentů

V této kapitole jsem se zaměřila na názory klientů výdejových center na zlepšení a zefektivnění substituční léčby buprenorfinem. Jejich návrhy se soustředily na několik klíčových oblastí.

Respondenti v zařízení 1 zdůrazňovali potřebu zvýšení dostupnosti substituční léčby. Jeden z klientů uvedl, že substituce by měla být dostupnější pro všechny potřebné, jelikož zachraňuje životy a zlepšuje celkový zdravotní stav. Konkrétně sdělil:

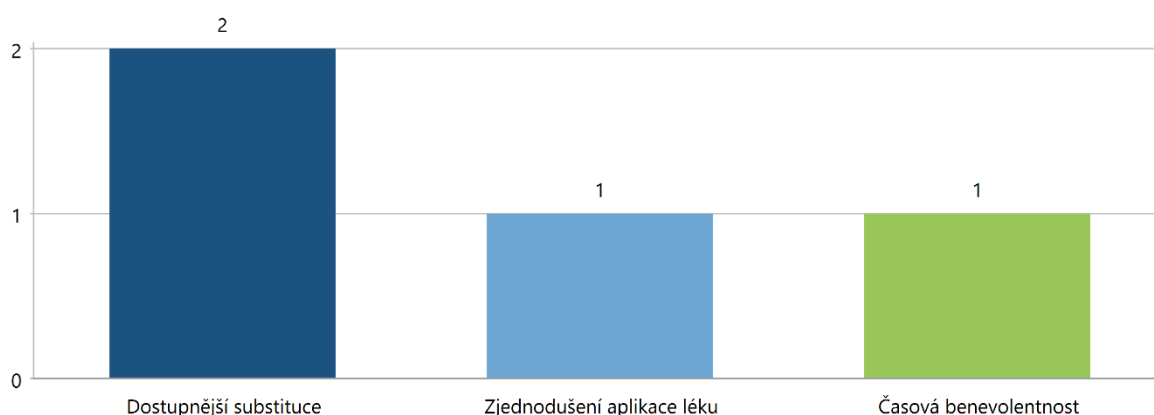
„Substituce by měla být mnohem dostupnější, měla by být pro všechny potřebné, vždyť lidem zachraňuje životy... Mě osobně se můj celkový stav hodně zlepšil. Sice fetuju dál, ale o hodně míň“.

Další respondent navrhl zvýšení počtu zařízení a větší osvětu, protože mnozí lidé možná o existenci těchto center nevědí. Další klient zdůraznil potřebu větší časové

benevolentnosti a celkové dostupnosti substituční léčby, aby se snížila potřeba nelegálního nákupu buprenorfinu.

Jedním z praktických problémů, na které respondenti upozornili v zařízení 1, je forma užívání buprenorfinu. Jeden z klientů uvedl, že prášek musí být dlouho pod jazykem, což je problém pro osoby se suchou ústní dutinou. Zdůraznil, že informovanost o správném způsobu užívání je klíčová pro efektivní léčbu. Někteří respondenti byli s aktuálním stavem substituční léčby spokojeni a neměli žádné konkrétní návrhy na zlepšení.

Graf 6: Oblasti pro zlepšení dle respondentů substitučního zařízení 1



V zařízení 2 jeden z klientů zmínil potřebu udržení bezpečného prostředí v okolí zařízení, aby se předešlo situacím podobným těm u nemocnice Bulovka, kde často dochází k nelegálnímu obchodu s léky:

„Sem tam přece jen potkám nějaké týpky okolo, co se ptají, jestli nemám něco na prodej, byl bych rád, kdyby to tu nedopadlo jako na Bulovce, kde takových lidí čeká hned několik. Bylo by fajn udržet v okolí bezpečné prostředí“.

Finanční dostupnost léčby byla další klíčovou oblastí, kterou respondenti zdůraznili. Jeden respondent poukázal na vysoké doplatky na léky a komplikace spojené s vyzvedáváním léků v lékárně:

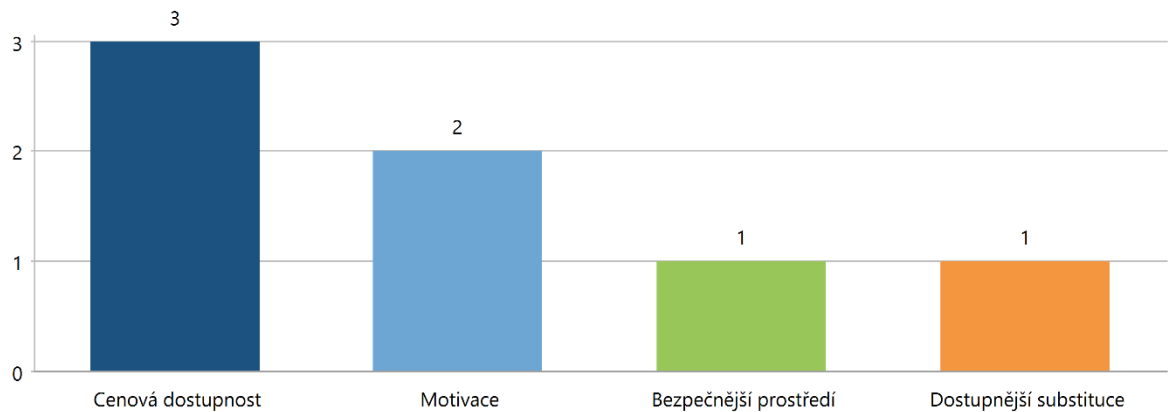
„Vadí mi doplatky na léky, mohly by být zdarma... Pro spoustu lidí je to až příliš drahé. Taky mi vadí, že dostanu recept, s ním musím běžet do lékárny a pak zase sem. Dřív to bylo všechno na jednom místě a bylo to lepší“.

Další respondenti v zařízení 2 souhlasili, že by léčba měla být zdarma, aby byla dostupná pro více lidí. Estetické a environmentální aspekty léčebného zařízení byly rovněž zmíněny. Významný návrh se týkal motivace a podpory klientů v programu substituční léčby. Jeden respondent doporučil více motivovat klienty k setrvání v programu a méně často je

vyřazovat. Tento názor podpořil i další respondent, který rovněž zdůraznil potřebu zvýšit počet míst poskytujících substituční léčbu a odstranit finanční bariéry:

„No víc míst, kde by byla substituce poskytována, do substituce potřebuje mnohem víc lidí, než v ní je. A taky lidi víc motivovat k tomu a nevyhazovat a nedávat tak dlouhé stopky, substituce lidem může zachránit život, proto je fakt důležitá. Taky by to mělo být zadarmo“.

Graf 7: Oblasti pro zlepšení dle respondentů substitučního zařízení 2



14 Diskuse

V diskusi se budu zabývat interpretací výsledků výzkumu zaměřeného na hodnocení dopadu formy výdeje substituční látky buprenorfin na kvalitu života klientů substituční léčby ve vybraných zařízeních. Cílem výzkumu bylo zhodnotit dopad formy výdeje substituční látky buprenorfin na kvalitu života klientů. Dále jsem se pokusila identifikovat problémové aspekty, které mohou ovlivnit jejich kvalitu života, a prozkoumala jsem, jaké mají klienti zkušenosti s černým trhem s buprenorfinem a zda se tomu dá dle respondentů nějak předcházet. Výsledky výzkumu slouží jako podklad pro návrh opatření a doporučení pro optimalizaci výdeje substituční látky buprenorfin a zlepšení kvality života klientů.

Výzkumné otázky byly zaměřeny na několik klíčových oblastí: způsob a frekvence výdeje buprenorfinu, míra spokojenosti klientů s těmito aspekty, dopad výdeje na praktický život klientů, vliv na nelegální obchodování s buprenorfinem a návrhy klientů na zlepšení výdeje. Jako výzkumný nástroj jsem zvolila polostrukturované rozhovory s klienty navštěvujícími zařízení Cadas či Remedis, kteří jsou v legální substituci buprenorfinem a pravidelně docházejí do jednoho z těchto výdejových center.

Většina klientů v substituční léčbě buprenorfinem jsou muži (10), zatímco ženy tvořily menšinu (5). Více než polovina klientů byla ve věku 40-49 let a celkový věkový průměr dotazovaných byl 40,2 let. Tyto výsledky jsou velice podobné celorepublikovým statistikám, kde během roku 2018 podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky bylo v substituční léčbě 1 594 mužů a 718 žen, což potvrzuje, že muži tvoří většinu klientů v substituční léčbě. Průměrný věk mnou tázaných respondentů se lišil pouze o 2,1 let oproti výzkumu z roku 2018 (ÚZIS České republiky, 2019).

Z mých zjištění vyplývá, že většina respondentů nyní bydlí v bytech, což naznačuje významný posun oproti jejich dřívější situaci bez přístřeší. Respondenti, kteří nyní bydlí v azylových domech nebo ubytovnách, často popisovali svou předchozí zkušenost s bezdomovectvím a vyjadřovali úlevu a spokojenost s aktuálním bydlením. Přejít z bezdomovectví do azylových domů nebo ubytoven byl vnímán jako klíčový pro zlepšení jejich celkové stability. Přesto však někteří respondenti stále čelí nejistotě ohledně své budoucnosti a možnosti získání trvalého bydlení, což může ovlivnit jejich psychickou a fyzickou pohodu. Zajištění stabilního bydlení je kritickým faktorem pro úspěšnou rehabilitaci a integraci klientů do společnosti. Výzkum ukázal, že klienti s přístupem k stabilnímu bydlení často zažívají zlepšení v jejich celkové kvalitě života a schopnosti udržet se v léčebném programu. Podobné zjištění lze nalézt ve studii „Housing First“, ze které vyplývá, že stabilní bydlení zlepšuje přístup k zdravotní péči a zvyšuje pravděpodobnost úspěšného zotavení z návykových látek (Office of Policy Development and Research, 2023).

Stabilní zaměstnání přispívá k lepším výsledkům léčby a zvyšuje celkovou kvalitu života klientů. Zaměstnání klienti často uvádějí vyšší míru spokojenosti a nižší pravděpodobnost relapsu. Zaměstnanost zlepšuje sociální reintegraci, stabilitu a je jedním z klíčových faktorů pro udržení klientů v léčbě a jejich dlouhodobé zotavení (Biondi a kol., 2022). Mezi respondenty mého výzkumu se vykazuje značná rozmanitost, s převahou respondentů bez stálého zaměstnání nebo pracujících na brigádách. Respondenti bez stálého zaměstnání často uváděli závislost na sociálních dávkách a podporách z úřadu práce. Respondenti, kteří jsou zaměstnání na plný úvazek, zmiňovali spokojenost se svou pracovní situací a zdůrazňovali, jak jim stabilní zaměstnání pomáhá udržet se v léčebném programu a zlepšuje jejich kvalitu života, což je v souladu s výsledky výzkumu Biondi a kol. (2022).

V mé první výzkumné otázce jsem se zaměřila na zhodnocení dopadu formy výdeje substituční látky buprenorfin na kvalitu života klientů ve vybraných zařízeních. Zjistila jsem, že na začátku léčby většina respondentů docházela pro medikaci každý den, což pro ně představovalo značnou časovou a fyzickou zátěž. Zejména pro klienty, kteří museli docházet do zařízení z velké vzdálenosti. Mnoho respondentů mělo problémy sladit každodenní docházení s pracovními povinnostmi a osobním životem. Někteří klienti zmínili, že kvůli každodennímu výdeji museli opustit zaměstnání s pevnou pracovní dobou.

Aktuálně většina respondentů dochází pro medikaci jednou týdně, což vnímají jako mnohem přijatelnější a méně zatěžující. Tato změna přispěla k jejich vyšší spokojenosti. Studie Barry a kol. (2007) přináší podobné poznatky, které potvrzují význam snížení frekvence návštěv kliniky pro zvýšení spokojenosti pacientů. V této studii bylo zjištěno, že pacienti, kteří dostávali buprenorfin/naloxon jednou týdně, byli spokojenější než ti, kteří museli chodit třikrát týdně. Tito pacienti také uváděli vyšší spokojenost s medikací a doplňkovými službami, ale nižší spokojenost s interakcemi s ostatními pacienty a nepohodlnou lokalizací léčebného zařízení. Vzhledem k tomu, že v mém výzkumu žádný z klientů nezmínil nespokojenost se setkáváním se s ostatními pacienty během návštěv výdejových center, by bylo zajímavé se zaměřit na tuto skutečnost a prozkoumat, zda setkávání s jinými klienty může mít vliv na jejich ochotu a frekvenci docházení na substituční léčbu. Dále by bylo přínosné zjistit, jaké faktory mohou přispívat k negativním interakcím mezi klienty a jak by se tyto interakce daly minimalizovat pro zlepšení celkové spokojenosti s léčbou.

Abstinenční příznaky při aktuálním výdeji buprenorfinu nepociťuje jedenáct respondentů. Mnoho klientů zmínilo, že dávka buprenorfinu je nastavena optimálně. Zbylí respondenti uvedli, že občas pociťují mírné abstinenci příznaky, avšak tyto příznaky jsou podle nich zvládnutelné. Déle všichni klienti uvedli, že buprenorfin nyní užívají řádně a pravidelně.

Výsledky druhé výzkumné otázky ohledně hodnocení spokojenosti klientů s výdejem buprenorfinu z hlediska času v rámci dne, frekvence, místa a subjektivního pocitu ukazují různorodé zkušenosti a názory na tyto aspekty substituční léčby, přičemž se objevují jak pozitivní, tak i negativní poznatky. Čas výdeje byl problematický pro jednoho klienta, který má problém se vstáváním a raději by chodil v odpoledních hodinách. Frekvence výdeje byla pro většinu respondentů vyhovující, zejména po přechodu na týdenní režim, který snížil zátěž spojenou s každodenní docházkou. Nicméně jeden klient uvedl, že by mu vyhovovalo chodit do substitučního zařízení jednou za 14 dní, místo každotýdenního režimu, zároveň tento klient vyjádřil i nespokojenost s umístěním zařízení a jelikož bydlí daleko, cesta na výdej mu zabere hodně času, což přidává další zátěž, k již existujícím obtížím spojeným s pravidelným docházením na substituci. Další klient by ideálně chtěl navštěvovat zařízení jen jednou za měsíc, ale podle jeho odpovědi bylo patrné, že se obával, že by mohl na pravidelné chození pro lék zapomínat. Personál obou zařízení byl klienty hodnocen kladně a nebyly vzneseny žádné stížnosti na jejich přístup.

Třetí výzkumná otázka odhaluje důsledky pravidelného docházení na substituční léčbu buprenorfinem na praktický život klientů. Většina klientů považuje pravidelné návštěvy zařízení za součást své rutiny a nevidí v tom zásadní komplikaci pro svůj každodenní život. Někteří z nich však uvádějí, že pravidelné cestování do zařízení znamená významnou časovou a finanční zátěž, nebo že kvůli pravidelným návštěvám nestíhají chodit do práce. Substituční léčba měla pozitivní dopad na finanční situaci většiny respondentů, kteří zaznamenali výrazné zlepšení díky získání stabilního zaměstnání, podpoře při hledání bydlení a získání finanční podpory od státu. Několika klientům, s již stabilním zaměstnáním a pravidelným příjmem před léčbou se finanční situace nezměnila, jelikož práci měli již před zahájením substituční léčby. Devět klientů zaznamenalo zlepšení situace na trhu práce a šest klientů uvedlo, že po zahájení substituce nemají stálé zaměstnání a někteří z nich ani aktivně práci nehledají. Devět respondentů hlásilo zlepšení svého zdravotního stavu a šest respondentů nezaznamenalo žádné výrazné změny. Klienti, kteří zaznamenali zlepšení, uváděli různé pozitivní změny, jako je zvýšení tělesné hmotnosti, lepší péče o zdraví a řešení dříve zanedbávaných zdravotních problémů. Toto zlepšení často souviselo s lepším přístupem k lékařské péči a podporou, kterou získali v rámci zařízení. Obecně lze říct, že docházení na substituci mělo pro valnou většinu uživatelů pozitivní dopad na jejich životy. Toto tvrzení se shoduje se studií, ve které téměř všichni respondenti souhlasili s tím, že substituční léčba opioidními agonisty výrazně změnila jejich životy k lepšímu (Landreat a kol., 2022).

Čtvrtá výzkumná otázka se zaměřuje na to, zda mají respondenti zkušenosti s černým trhem s buprenorfinem a zda je napadá, jak tomuto fenoménu zabránit či předcházet. Devět respondentů uvedlo, že buprenorfin prodávali, z toho sedm respondentů

prodávalo buprenorfin kvůli získání peněz, aby si mohli obstarat jiné drogy nebo jim jejich finanční prostředky neumožňovaly zakoupení celého předepsaného balení léku. Tito respondenti byli nuceni prodat část svých léků, aby získali prostředky na pokrytí zbytku. Dva respondenti uvedli, že svým prodejem buprenorfinu chtěli pomoci druhým, kteří trpěli abstinenčními symptomy nebo neměli dostatek financí na jeho zakoupení. Při porovnání svých výsledků s výzkumem od Kenney a kol. (2017), kde polovina respondentů sdílela buprenorfin s jinými lidmi a 28 % ho prodávala za účelem výtěžku, tak se v mém výzkumu se ukázalo, že buprenorfin sdílelo a prodávalo více klientů, než je tomu ve výzkumu od Kenney a kol. (2017). Tyto rozdíly mohou být způsobeny kombinací sociálních, ekonomických, kulturních, metodologických a systémových faktorů, které ovlivňují chování a rozhodování pacientů ohledně sdílení a prodeje buprenorfinu.

Všichni respondenti uvedli, že se někdy v minulosti uchýlovali k nákupu buprenorfinu na černém trhu. Osm klientů uvedlo, že nejčastějším důvodem bylo zmírnění abstinenčních příznaků před nástupem do legální substituce, nebo během vyloučení z programu, což je podobné zjištění ve výzkumu Cicero a kol. (2018), kde se také uvádí, že nejběžnějším důvodem pro nelegální užívání buprenorfinu je zmírnění abstinenčních příznaků (79 %), což uvedla více než polovina dotazovaných. Zneužívání buprenorfinu kvůli zvládnutí abstinenčních příznaků bylo také potvrzeno ve studii Theodore a kol. (2014). Cicero a kol. (2018) zjistili, že 33 % klientů užívalo nelegální buprenorfin, protože měli problémy s nalezením lékaře, který by jim lék předepsal. Toto zjištění je podobné mému, protože můj další významný důvod, proč klienti kupují buprenorfin na černém trhu, byly zmíněné dlouhé čekací doby na oficiální substituční léčbu, které lze považovat za podobný důvod jako hledání lékaře, což uvedlo v mém výzkumu pět respondentů, tedy přibližně jedna třetina. Vyřazení ze substitučního programu (4) a finanční potíže (1) také hrály roli, přičemž někteří klienti museli hledat alternativní zdroje buprenorfinu, aby mohli pokračovat ve své léčbě. Jen jeden klient uvedl, že měl přístup k legální substituci, ale musel někdy dokupovat buprenorfin na černém trhu, protože množství, které dostal na předpis, mu občas připadalo nedostatečné, zejména na začátku léčby.

Respondenti v zařízení 1 zdůrazňovali potřebu zvýšení dostupnosti substituční léčby, zejména rozšířením počtu zařízení a lepší informovanosti veřejnosti i uživatelů samotných. Klienti uvedli, že substituce zachraňuje životy a výrazně zlepšuje zdravotní stav. Další návrhy zahrnovaly větší časovou flexibilitu a dostupnost výdejového místa, aby se snížila potřeba nelegálního nákupu buprenorfinu. V zařízení 2 respondenti zdůrazňovali potřebu udržet bezpečné prostředí kolem zařízení, aby se předešlo nelegálnímu obchodu s léky. Někteří klienti poukazovali na vysoké doplatky na léky a komplikace spojené s vyzvedáváním léků, což by mohlo být řešeno finanční dostupností léčby. Estetické a environmentální aspekty zařízení, stejně jako motivace a podpora klientů v programu ze strany pracovníků, byly pro

většinu respondentů také důležité. Zvýšení počtu míst poskytujících substituční léčbu a odstranění finančních bariér bylo považováno za klíčové pro širší dostupnost a účinnost léčby.

V zařízení 1 negativní zkušenosti zahrnovaly především praktické problémy a přísnost pravidel. Jeden klient si stěžoval na obtížný přístup po schodech, což ztěžovalo docházení do zařízení. Klienti vzpomínali na častější společenské akce, jako byly výlety a opékání buřtů, které již nejsou tak běžné. Kritiku také vyvolala přísnost zařízení, zejména pokud jde o kárání za pozdní příchody. Klienti zdůrazňovali potřebu zvýšení dostupnosti substituční léčby, včetně rozšíření počtu zařízení a zvýšení osvěty o existenci těchto center.

V zařízení 2 byla kritika zaměřena na finanční stránku léčby. Klienti uvedli, že doplatky za substituční léčbu představují finanční zátěž, která jim komplikuje přístup k léčbě. Atmosféra zařízení byla popsána jako příliš nemocniční, což klienti vnímali negativně a preferovali by přívětivější prostředí. Přísnost podmínek byla dalším problémem, který klienti vyzdvihovali, přestože oceňovali trpělivost personálu. Klienti také poukazovali na důležitost motivace k setrvání v programu, doporučovali více motivovat klienty a vyhnout se jejich vyhazování z léčby.

Několik klientů na závěr zmínilo pár doplňujících informací. Upozornili na problémy s chutí buprenorfinu a navrhli možnost výběru jiné příchutě, než citron. Další návrhy zahrnovali zrychlení procesu vydání receptu již při první schůzce, aby se zkrátila čekací doba na zahájení léčby. Dále jeden klient navrhl vytvoření fotoknihy klientů před a po léčbě.

Poslední výzkumná otázka se zaměřila na možnosti zlepšení výdeje buprenorfinu z pohledu klientů. Zvýšení počtu substitučních center ve strategicky vybraných lokalitách by pomohlo snížit vzdálenost, kterou klienti musí překonat. Důraz by měl být kladen na oblasti s vysokou koncentrací potenciálních uživatelů, které jsou aktuálně nedostatečně pokryté. Zvýšení četnosti docházení do zařízení a lepší domluva s pacienty může ulehčit komplikace spojené s docházením. Je důležité zvážit možnosti, které by pacientům usnadnily přístup, a zároveň zajistily, aby nezapomínali na pravidelné návštěvy. Možnosti zahrnují například individuální plánování termínu, které respektuje osobní a pracovní závazky klientů, a zavedení připomínkových systémů, které by pacientům pomáhaly s dodržováním léčebného režimu.

Na základě výše uvedených zjištění je potřeba zaměřit se na podporu klientů, kteří nemají stabilní zaměstnání, aby se předešlo jejich nakupování a prodávání buprenorfinu na černém trhu. Klienti, kteří nemají dostatek financí na koupi celé krabičky léků, mohou být nuceni kupovat buprenorfin na ulici po jednotlivých dávkách, čímž se rozšiřuje nelegální trh s těmito léky.

Výsledky ukazují, že zatímco substituční léčba buprenorfinem může mít pozitivní vliv na zaměstnatelnost a finanční stabilitu klientů, stále existují jedinci, kteří potřebují další podporu. Některým klientům pomohla léčba najít práci nebo se vrátit do vzdělávacího procesu, což zlepšilo jejich vyhlídky na trhu práce. Naopak pro ty, kteří zůstávají nezaměstnaní nebo mají potíže s hledáním práce, by mohlo být užitečné posílit služby zaměřené na pracovní poradenství a podporu při hledání zaměstnání.

Tyto služby by bylo vhodné rozšířit o specializované programy na rozvoj pracovních dovedností, poradenství v oblasti zaměstnanosti a možností školení. Zvýšená podpora v těchto oblastech může dále zlepšit zaměstnatelnost a finanční situaci klientů.

Celkově lze říct, že substituční léčba buprenorfinem měla převážně pozitivní dopad na finanční situaci klientů. Mnozí z nich zaznamenali zlepšení díky snížení výdajů na nelegální drogy, nalezení zaměstnání a získali sociální dávky. Tento pozitivní dopad může být podpořen například poskytováním finančního poradenství.

Poskytování finančního poradenství může hrát klíčovou roli při stabilizaci a zlepšování finanční situace klientů v substituční léčbě. Mnoho klientů může mít omezené znalosti v oblasti osobních financí, což může vést k neefektivnímu hospodaření s penězi. Finanční poradce by mohl klientům pomoci vytvořit a dodržovat rozpočet, plánovat splácení dluhů a identifikovat možnosti úspor. Kromě toho by mohl klienty informovat o dostupných finančních podpůrných programech a pomoci jim s vyřizováním potřebných dokumentů.

Integrace finančního poradenství do programů substituční léčby by mohla značně pomoci klientům zlepšit jejich finanční gramotnost. To by mohlo vést k lepšímu hospodaření s prostředky, což by snižovalo tlak na prodej legálně předepsaného buprenorfinu za účelem získání financí. Tím by klienti mohli efektivněji pokračovat ve své léčbě bez nutnosti řešit finanční nesnáze, které často vedou k recidivě. Finanční poradci by poskytovali rady a nástroje pro prevenci dluhů a exekucí, čímž by se zvyšovala šance na úspěšné zotavení.

Zdravotní stav většiny klientů se po zahájení substituční léčby zlepšil. Mnozí z nich zaznamenali posun k lepšímu díky motivaci k přístupu k lékařské péči a podpoře při řešení zdravotních problémů. Pro zlepšení výsledků by mohlo být přínosné zavedení programů zdravotního poradenství a preventivních zdravotních opatření, která by klienty více motivovala k péči o své zdraví a k pravidelným lékařským prohlídkám.

Pokud klienti hlásí abstinční symptomy, mělo by dojít k pečlivému přehodnocení jejich dávkování společně s ošetřujícím lékařem. Toto by zahrnovalo případné úpravy dávky nebo frekvence podávání, aby se předešlo potřebě nelegálního nákupu buprenorfinu na černém trhu. Důležitá je také podpora v oblasti psychologického poradenství a edukace o

správném užívání léku, které by klientům pomohlo lépe zvládat jejich závislost a snižovat riziko relapsu.

Aby mohly být problémy spojené s nelegálním obchodováním podle návrhů klientů substitučních center, je nutné přijmout několik klíčových opatření. Prvním krokem, který jsem již zmínila, by bylo zvýšení kapacity substitučních center. Zvýšením kapacity center by se zlepšila dostupnost poskytovaných služeb a vedlo by to ke snížení ilegálního obchodování buprenorfinu, ke stejnému závěru došli Mravčík a kol. (2018) ve své výzkumné práci. Rozšíření stávajících center a otevření nových zařízení v oblastech s vysokou poptávkou by mohlo snížit přeplněnost a zkrátit čekací doby, což by usnadnilo přístup ke službám více klientům. Je tím pádem potřeba investovat do infrastruktury stávajících center nebo založit nová substituční centra v lokalitách s vysokou poptávkou.

Dále by bylo užitečné snížit náklady na substituční léčbu nebo zavést všechny programy jako bezplatné. Tento krok by snížil motivaci pro nelegální prodej buprenorfinu za účelem získání financí. Jednou z možností je eliminovat doplatky pro klienty s nízkými příjmy nebo bez stabilního zaměstnání, u kterých je větší pravděpodobnost, že shánějí léky ilegálně, protože nemají potřebné finance na koupi léku.

Efektivnější monitorování a přísnější postihy by mohly odradit jednotlivce od prodeje léků na černém trhu. Zároveň je ale nutné snížit vyřazování klientů ze substituční léčby, kdy klienti mají problémy sladit pracovní režim a dohodnutý režim výdeje, což vede k zbytečnému vyřazování ze substituční léčby. Bylo by vhodné prodiskutovat možnosti výdeje, aby více vyhovovaly klientům. Řešením by mohla být delší pracovní doba výdejních center, alespoň některé dny v týdnu, což by umožnilo lepší přizpůsobení individuálním potřebám klientů.

Snížení čekacích dob na vstup do substituční léčby blízce souvisí se zvýšením kapacity center stávajících a se vznikem center nových. Zvýšená podpora a motivace mohou pomoci klientům setrvat v léčbě a snížit riziko relapsu a nelegálního obchodování s léky. Klienti, kteří jsou více podporováni a motivováni, mají vyšší míru udržení v léčbě (Beharie a spol. 2021). Na základě této studie a přání respondentů je zásadní, aby programy substituční léčby buprenorfinem zahrnovaly komplexní přístup, který klade důraz na silnou emocionální podporu ze strany personálu.

Toho lze docílit několika konkrétními opatřeními. Za prvé, programy by měly zahrnovat pravidelné individuální konzultace, které poskytují pacientům příležitost otevřeně hovořit o svých potřebách a obavách. Aktivní naslouchání ze strany personálu a poskytování cíleného poradenství a psychoterapie může výrazně přispět k emocionální podpoře pacientů. Dále je důležité vytvořit a podporovat skupinové terapie nebo podpůrné

skupiny, kde mohou pacienti sdílet své zkušenosti a získávat podporu od ostatních, kteří čelí podobným výzvám.

Zajištění pravidelné a průběžné komunikace mezi pacienty a zdravotnickým personálem je klíčové pro vytvoření důvěrného terapeutického vztahu. Kromě toho je také velice důležité trvalé školení a vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti empatie, komunikace a podpory duševního zdraví. To může zahrnovat pravidelné telefonické hovory, e-mailovou komunikaci, nebo využití digitálních nástrojů, jako jsou mobilní aplikace, které umožňují snadný a rychlý kontakt. Kromě toho, trvalé školení a vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti empatie, komunikace a podpory duševního zdraví může zajistit, že poskytovaná péče bude na vysoké úrovni a zaměřená na potřeby pacientů.

Další výzkum by mohl pokračovat ve zkoumání různých typů podpory a motivace, které jsou nejúčinnější v různých fázích léčebného procesu. V počáteční fázi může být zásadní intenzivní individuální poradenství a psychoterapie, které pomůžou klientům pochopit závislost a vyvinout strategie pro její zvládnutí. Během léčby je důležité poskytovat kontinuální podporu a motivaci, která zahrnuje pravidelné monitorování pokroku klientů, poskytování zpětné vazby a posilování pozitivních změn v jejich životním stylu. To může zahrnovat také rozvoj individuálních plánů, které zohledňují specifické potřeby a cíle klientů. V pozdějších fázích, kdy se klienti stabilizují, by měla být kladen důraz na dlouhodobou udržitelnost změn a prevenci relapsu prostřednictvím skupinových terapií, podpůrných skupin a pravidelných konzultací. Výzkum by sledoval, jak tyto různé typy podpory a motivace ovlivňují úspěšnost léčby v různých fázích procesu, a identifikoval, které kombinace intervencí jsou nejúčinnější.

Zohlednění, jaké formy podpory jsou nejúčinnější pro různé demografické skupiny, jako jsou muži a ženy nebo různé věkové kategorie by umožnilo přizpůsobit léčbu specifickým potřebám jednotlivých skupin a maximalizovat její účinnost.

Prozkoumání těchto aspektů by mohlo přispět k vývoji komplexnějších a více personalizovaných léčebných programů, které by mohly lépe podporovat pacienty v různých fázích jejich zotavení. Další výzkum může také vést k identifikaci nejlepších praxí, které mohou být implementovány v různých typech léčebných zařízení, což by mohlo zvýšit celkovou efektivitu léčby závislosti na opioidech.

15 Závěr

V diplomové práci se mi podařilo zjistit odpovědi na všechny stanovené výzkumné otázky. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů jsem zjistila detailní pohled patnácti klientů v substituční léčbě na to, jak substituční léčba ve vybraných zařízeních probíhá, jak jsou s ní spokojeni, jaký má dopad na jejich praktický život a jaké mají zkušenosti s černým trhem s buprenorfinem. Dále jsem se zaměřila na možné kroky a intervence, které by z pohledu klientů mohly přispět ke zlepšení současného stavu substituční léčby buprenorfinem. Také jsem zmapovala nejčastější příčiny vedoucí k obchodování s buprenorfinem na černém trhu místo zvolení legální substituce. Klienti nastínili možná řešení a opatření, které by dle jejich názoru alespoň částečnému obchodování na černém trhu zabránili.

Odpovědi respondentů jsou přehledně shrnuty v praktické části práce spolu s jejich přímými citacemi a grafy pro přehlednější orientaci.

Jako výzkumný nástroj jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, což se ukázalo jako nejlepší možná volba pro získání detailních odpovědí respondentů. Klienti byli velmi ochotní a sdílní a sběr rozhovorů šel podle předem pečlivě stanoveného a připraveného plánu. Pro analýzu dat jsem zvolila program MAXQDA (verze 24.4), který mi pomohl data přehledně uspořádat a zjistit četnost klíčových informací pomocí kódování.

Respondenti přinesli dle očekávání mnoho rozdílných pohledů i různých doporučení. Je zřejmé, že nelze vytvořit jeden univerzální způsob výdeje buprenorfinu, který by vyhovoval všem, ale zároveň se některé odpovědi opakují častěji než jiné a při rozsáhlejší a detailnější studii by se s největší pravděpodobností objevily nějaké vzorce preferencí. Rady a doporučení respondentů k centrům je třeba brát s rezervou. Mnohá doporučení jsou nereálná nejčastěji kvůli nedostatku financí či kvůli legislativě. Ale zaznělo i několik dosažitelných rad a doporučení, jejichž implementací by se mohla stát centra klientsky přívětivějšími.

Jak ukazuje tato práce, všichni respondenti potvrzují pozitivní vliv legální substituce na kvalitu jejich života a uvádí mnoho příkladů v několika klíčových oblastech. Téměř všichni respondenti jsou se současnou formou výdeje buprenorfinu spokojeni a substituci v navštěvovaném zařízení by doporučili. U většiny klientů došlo ke zlepšení jejich zdravotního i psychického stavu, a přestali být součástí černého trhu s buprenorfinem. Substituce měla také pozitivní vliv na finanční situaci a na zaměstnanost většiny respondentů. Jako nejčastější důvody, které substituci klientům komplikují, udávají, málo míst výdeje substituce, dlouhé čekací doby, přísná pravidla, absolvování nutných, avšak pro klienty náročných vstupních pohovorů či finanční náročnost.

Z rozhovorů také vyplývá, že je vhodné samotný výdej buprenorfinu doplnit častější terapií i doplňkovými službami, které znovu zařadí závislého do života a pomohou mu začlenit se do současné společnosti.

Seznam použité literatury

Adam, Z., & Ševčík, P. (2009). Transdermální buprenorfin. Dostupné z: <https://www.remédia.cz/rubriky/klinicka-farmakologie-a-farmacie/transdermalni-buprenorfin-1045/>

Barry, D.T., Moore, B.A., Pantaloni, M.V., Chawarski, M.C., Sullivan, L.E., O'Connor, P.G., & Schottenfeld, R.S. (2007): Satisfaction with primary care office-based buprenorphine/naloxone treatment. *J Gen Intern Med*, 22(2), 242-245. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0050-y>

Beharie, N., Kaplan-Dobbs, M., Urmanche, A., Paone, D., & Harocopos, A. (2022). "I didn't feel like a number". The impact of nurse care managers on the provision of buprenorphine treatment in primary care settings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 132, 108633. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108633>

Biondi, B.E., Vander Wyk, B., Schlossberg, E.F., et al. (2022): Factors associated with retention on medications for opioid use disorder among a cohort of adults seeking treatment in the community. *Addict Sci Clin Pract*, 17, 15. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13722-022-00299-1>

Bunning, E., & Vester, A. (2007). Buprenorfin: Rozbor kritických otázek. Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-87041-11-6

Buprenorfin – chemická sloučenina. (2024). Dostupné z: Buprenorfin – Wikipedie (wikipedia.org)

Calsyn, D. A., et al. (2003). Evaluation of a Minimal Services Treatment Track for Noncompliant Patients in Opioid Substitution Treatment. *American Journal of Public Health*.
ČT. (2018). Přibývá problémových uživatelů opioidů. Látek, u nichž hrozí těžká závislost. Dostupné z: Přibývá problémových uživatelů opioidů. Látek, u nichž hrozí těžká závislost — ČT24 — Česká televize (ceskatelevize.cz)

Cicero, T. J., Ellis, M. S., Surratt, H. L., & Kurtz, S. P. (2014). Factors contributing to the rise of buprenorphine misuse: 2008-2013. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 98-104. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.06.005>

Cicero, T. J., Ellis, M. S., & Chilcoat, H. D. (2018). Understanding the use of diverted buprenorphine. *Drug and Alcohol Dependence*, 193, 117-123. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.09.007>

EMCDDA. (2002). Výroční zpráva za rok 2002: Stav drogové problematiky v Evropě a Norsku. Dostupné z: 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway | www.emcdda.europa.eu

EMCDDA. (2005). Selected issue 3: Buprenorphine - treatment, misuse and prescription practices. Dostupné z: <https://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/buprenorphine>

EMCDDA. (2007). Výroční zpráva za rok 2007: Stav drogové problematiky v Evropě. Dostupné z: 2007 Annual report: the state of the drugs problem in Europe | www.emcdda.europa.eu

EMCDDA. (2020). Evropská zpráva o drogách: Trendy a vývoj. Dostupné z: European Drug Report 2020 | www.emcdda.europa.eu

EMCDDA. (2022). Evropská zpráva o drogách: Trendy a vývoj. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/20222419_TDAT22001_CSN_PDF.pdf

Fakultní nemocnice Ostrava. (2024). Substituční léčba buprenorfinem. Dostupné z: https://www.fno.cz/documents/informovane-souhlasy/Substitutcni_lecba_buprenorfinem_IS_r04.pdf

Guichard, A. (2007). Buprenorphine substitution treatment in France: drug users' views of the doctor-user relationship. Dostupné z: Buprenorphine substitution treatment in France: drug users' views of the doctor-user relationship - PubMed (nih.gov)

Hůsková, J. (2009). Ošetřovatelství – ošetřovatelské postupy pro zdravotnické asistenty- Pracovní sešit II/1. díl. Česko: Grada. ISBN: 9788024728537

Kalina, K., a kol. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia nova.

Kalina, K., a kol. (2001). Substituce. Úřad vlády České republiky. Publikaci vydalo o.s. Filia Nova pro Radu vlády ČR – Meziresortní protidrogovou komisi. ISBN: 80-238-8014-4.

Kalina, K., a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup 1, 2.

Kastelic, A., a kol. (2008). Substituční léčba opioidy ve věznicích. ISBN: 978-80-86620-23-7. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/322/substitutcni-lecba-web.pdf>

- Kalina, K., a kol. (2008). Základy klinické adiktologie. Česko: Grada. ISBN: 9788024714110
- Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. N.p.: Grada Publishing a.s. ISBN: 9788024779454
- Kalina, K., a kolektiv. (2015). Klinická adiktologie. N.p.: Grada Publishing a.s. ISBN: 9788024797915
- Koranda, M. (2024). Nevýhody substituční léčby | Vše o substituční léčbě | Závislí - Substituční léčba. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/nevyhody-substitucni-lecby>
- Kubátová, P. (2013). Využití substitute v drogových službách. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2012-2013/Vseobecna_sestra_2013/KUBATOVA_PETRA/KUBATOVA_PETRA.pdf
- Landreat, M. G., Dany, A., Bouju, G. C., LaForgue, E.-J., Cholet, J., Leboucher, J., Hardouin, J. B., the OPAL Group, Victorri, C., & Bronnec, M. G. (2022). How do people who use drugs receiving Opioid Medication Therapy perceive their treatment? A multicentre study. Harm Reduction Journal, 19, Article number: 31. Dostupné z: <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-022-00602-4>
- Lejško, J., & Gaberhelík, T. (2017). Dlouhodobá léčba opioidy a závislost. Dostupné z: Long-term treatment and addiction to opioids (aimjournal.cz)
- Lékařská fakulta Univerzity Karlovy. (2024). Popis sítě substituční léčby. Dostupné z: Popis sítě substituční léčby - Klinika Adiktologie
- Libra, et al. (2012). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby. Speciální část: Substituční léčba. Nepublikovaná verze. Dostupné z: Standardy | Společnost pro návykové nemoci (snncls.cz)
- Malý, R. (2014). Opiáty a opioidy. Dostupné z: TZRE (muni.cz)
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2023). Buprenorfin. Dostupné z: https://ciselniky.dasta.mzcr.cz/CD_DS3/hypertext/SFADE.htm.
- Mammen, K., & Bell, J. (2009). The clinical efficacy and abuse potential of combination buprenorphine-naloxone in the treatment of opioid dependence. Expert Opinion on Pharmacotherapy, 10(15), 2537-2544. Dostupné z: <https://doi.org/10.1517/14656560903213405>

Ministerstvo zdravotnictví. (2023). Standard substituční léčby. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/3678/9343/Standard%20substitu%C4%8Dn%C3%AD%20%C3%A9%C4%8Dby.doc>

Mravčík, V. Orliková, B. (2007) Překryv klientů mezi jednotlivými nízkoprahovými programy a zneužívání buprenorfinu v Praze. Časopis Adiktologie. Dostupné z: Překryv klientů mezi jednotlivými nízkoprahovými programy a zneužívání buprenorfinu v Praze = The overlap of clients among low-threshold programmes in Prague and the assessment of current drug situation in Prague with emphasis on buprenorphine (Subutex) misuse | Knihovny.cz

Mravčík, V. (2014). Substituční léčba: aktuální situace. Prezentace AT konference 2014.

Mravčík, V., et al. (2016). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Janíková, B., Drbohlavová, B., Popov, P., & Pirona, A. (2018). The complex relation between access to opioid agonist therapy and diversion of opioid medications: a case example of large-scale misuse of buprenorphine in the Czech Republic. Harm Reduction Journal, 15, Article 60. Dostupné z: <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-018-0265-6>

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (2005). Buprenorfin. Rozbor kritických otázek. Dostupné z: [buprenorfin05.vp \(drogy-info.cz\)](http://buprenorfin05.vp.drogy-info.cz)

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (2023). Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2023. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33917/1244/Zpr%C3%A1va%20o%20neleg%C3%A1ln%C3%ADch%20drog%C3%A1ch%20v%20%C4%8CR%202023_fin.pdf

Nešpor, K. (1996). Návykové látky – romantické období končí (2. vyd.). Praha: Sportpropag. ISBN 80-7251-224-2.

Odborný lékařský server proLékaře. (2017). Opioidy v léčbě nádorové bolesti. Dostupné z: Opioidy v léčbě nádorové bolesti | proLékaře.cz (prolekare.cz)

Odborný server pro prevenci závislosti opioidů Prev-Centrum. (2023). SUBUTEX. Dostupné z: Subutex – Prev-Centrum (prevcentrum.cz)

Odborný server Prevcentrum. (2017). V současné době jsou na českém trhu čtyři preparáty s účinnou látkou buprenorfin: Subutex, Suboxone, Ravata. Dostupné z: Subutex – Prev-Centrum (prevcentrum.cz)

Odborný web v preventivní a adiktologické péči. (2024). Chronická bolest a drogová závislost. Dostupné z: Chronická bolest a drogová závislost (aplp.cz)

Office of Policy Development and Research (PD&R), U.S. Department of Housing and Urban Development. (2023). Housing First: A Review of the Evidence. In Evidence Matters (Spring/Summer 2023). Dostupné z <https://www.huduser.gov/portal/periodicals/em/spring-summer-23/highlight2.html>

Pajerek, J. (2007). Intoxikace opiáty. *Pediatr. pro Praxi*. Dostupné z: untitled (solen.cz)

Pajerek, J. (2015). Použití analgetik u bolesti při nádorovém onemocnění – 28 let od doporučení WHO. Dostupné z: https://www.sukl.cz/file/81505_1_1/download

Pánská, J., & Hunáčková, V. (2011). Buprenorfin – droga nebo lék? Dostupné z: Buprenorfin - droga, nebo lék? (e-coretvasa.cz)

Pavlovská, A., & Minařík, J. (2015). Substituční léčba závislostí in *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s. Dostupné z: Substituční léčba závislostí (chciodvykat.cz)

Pavelka, a kol. (2005). *Farmakoterapie revmatických onemocnění*. Česko: Grada Publishing, a.s. ISBN 9788024704593.

Popov, P., Zábranský, T., a kol. (2001). Standard substituční léčby. Metodické opatření MZ ČR č. 4/2001. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 4/2001*.

Popov, P. (2008). Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek a substituční léčba. In Kalina, K., a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1411-0.

Presl, J. (1995). *Drogová závislost – může být ohroženo i Vaše dítě*. Česko: Maxdorf. ISBN 80-85800-25-X

PŘÍBALOVÝ LETÁK – Ravata 2 mg slg.tbl.nob.7x2mg. Dostupné z: <https://pribalovy-letak.info/ravata-2-mg>

Psychoterapie pro praxi (2009): Standardy substituční léčby závislosti na opioidech. Dostupné z: *Psychoterapie pro praxi* (ISSN 1213-0508)

Remedis s.r.o. (2024). Substituční program KOLO-S. Dostupné z: <https://www.remedis.cz/blog/substitucni-program-kolo-s>

SANANIM, 2024. Dostupné z: Sananim - Drogová poradna | Opiáty (drogovaporadna.cz)
SEDLÁŘOVÁ, Petra, a kolektiv (2008): Základní ošetrovatelská péče v pediatrii. N.p.: Grada Publishing a.s. ISBN: 9788024766676

SANANIM, z. ú. (2024). Výroční zpráva 2023. Praha: SANANIM. Dostupné z: <https://www.sananim.cz/aktuality/vyroční-zpráva-2023/>

SLABÝ, Martin (2017): Smysl života, nezdolnost a závislost na alkoholu. N.p.: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN: 9788024450636

SLÍVA, Jiří (2021): Mozek a farmaka: Farmakologická modifikace chování. Česko: Grada Publishing. ISBN: 9788027111992

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV (2023): Opiáty. Nelegální návykové látky. Dostupné z: Nelegální návykové látky | NZIP

ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY (2003): Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby. Dostupné z: [Info_o_ucinnosti_substitucni_le.PDF](#) (drogy-info.cz)

UNIVERZITA KARLOVA (2023): Substituční terapie v ČR – Špičková terapeutická metoda je i po 20 letech pro většinu pacientů stále nedostupná. Dostupné z: Substituční terapie v ČR – špičková terapeutická metoda je i po 20 letech pro většinu pacientů stále nedostupná - 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy (cuni.cz)

ÚZIS ČESKÉ REPUBLIKY (2019): Substituční léčba závislosti na opiátech/opioidech v ČR v roce 2018. Dostupné z: Aktuální informace č. 02/2019 (uzis.cz)

VARESCON, I. (2003). Intravenous use of prescribed sublingual buprenorphine tablets by drug users receiving maintenance therapy in France. Dostupné z: [Afficher l'article](#) (google.fr)

VERSTER, ANNETTE, BUNING, ERNST (2003): Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech. ISBN: 80-86734-32-3

VONDRÁČKOVÁ, Dana (2006): Léčení chronické bolesti pomocí opioidních náplastových forem. Neurol. pro praxi. Dostupné z: Neurol. praxi: Léčení chronické bolesti pomocí opioidních náplastových forem (neurologiepropraxi.cz)

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. (2015): Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část. Česko: Grada Publishing, a.s. ISBN 9788024734217.

Seznam grafů, obrázku a tabulek

Seznam grafů

GRAF 1: TYP BYDLENÍ RESPONDENTŮ	58
GRAF 2: ZAMĚSTNÁNÍ RESPONDENTŮ	60
GRAF 3: FREKVENCE VÝDEJE BUPRENORFINU NA ZAČÁTKU LÉČBY	61
GRAF 4: FREKVENCE VÝDEJE BUPRENORFINU AKTUÁLNĚ	62
GRAF 5: NÁVRHY KLIENTŮ NA OMEZENÍ OBCHODOVÁNÍ S BUPRENORFINEM NA ČERNÉM TRHU	69
GRAF 6: OBLASTI PRO ZLEPŠENÍ DLE RESPONDENTŮ SUBSTITUČNÍHO ZAŘÍZENÍ 1	71
GRAF 7: OBLASTI PRO ZLEPŠENÍ DLE RESPONDENTŮ SUBSTITUČNÍHO ZAŘÍZENÍ 2	72

Seznam obrázků

<i>OBRÁZEK 1: PRISMA DIAGRAM</i>	15
<i>OBRÁZEK 2: MOLEKULÁRNÍ STRUKTURA BUPRENORFINU</i>	25

Seznam tabulek

TABULKA 1: PŘEHLED ZAŘAZENÝCH STUDIÍ.....	16
---	----

Přílohy

Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor

1. Kolik je Vám let?
2. Jste muž, žena nebo jiné?
3. Jak se Vám daří?
4. Máte stálou práci?
5. Bydlíte aktuálně v objektu se stálou adresou?
6. Jak probíhal výdej buprenorfinu na začátku léčby, přinášela Vám tato forma výdeje komplikace? Případně jaké?
7. Jak probíhá výdej buprenorfinu aktuálně, přinášela Vám tato forma výdeje komplikace? Případně jaké?
8. Vyhovoval Vám více výdej zpočátku léčby či výdej aktuální?
9. Užíváte buprenorfin pravidelně a řádným způsobem?
10. Pociťujete někdy abstinenční příznaky i při řádném užívání legálně předepisovaného buprenorfinu?
11. Jak Vám vyhovuje časová dostupnost výdeje buprenorfinu?
12. Jak jste spokojeni s frekvencí výdeje buprenorfinu?
13. Jak jste spokojeni s umístěním zařízení, kde Vám buprenorfin vydávají?
14. Jak Vám vyhovuje přístup zaměstnanců zařízení?
15. Komplikuje Vám docházení pro výdej substituce život, pokud ano, tak jak?
16. Jak se změnila Vaše finanční situace po započetí substituční léčby buprenorfinem?
17. Změnila se po započetí substituční léčby buprenorfinem Vaše situace na trhu práce?
18. Zaznamenali jste po započetí substituční léčby buprenorfinem nějaké změny ve Vašem zdravotním stavu?
19. Prodával jste někdy buprenorfin na černém trhu, pokud ano, jak často a proč?
20. Kupoval jste někdy buprenorfin na černém trhu, pokud ano, jak často a proč?
21. Máte nějaký návrh, jak by se dalo nelegální obchodování s buprenorfinem omezit?
22. Co se Vám na službách týkajících se výdeje buprenorfinu v zařízení Cadas či Remedis líbí a s čím naopak nejste spokojeni?
23. Máte nějaký návrh, na zlepšení či zefektivnění realizace substituce buprenorfinem?
24. Doporučili byste substituci v zařízení Cadas či Remedis dalším lidem?
25. Chcete ještě něco dodat?

Příloha č. 2: Systém kódů v programu MAXQDA (verze 24.4)

Code	Count
Codes	796
VO1	15
Začátek léčby	15
Frekvence výdeje	0
Jednou za 7 dní	2
Denní výdej	13
Komplikace	2
Časové komplikace	8
Bez komplikací	5
Fyzické komplikace	2
Aktuální léčba	15
Komplikace	0
Časové komplikace	2
Komplikace sladění s pracovním režimem	2
Bez komplikací	10
Frekvence výdeje	1
Jednou za měsíc	1
Denní výdej	1
Třikrát za 7 dní	1
Jednou za 14 dní	2
Jednou za 7 dní	10
Preferující léčba	15
Bez preference	3
Aktuální léčba	12
Začátek léčby	0
Užívání buprenorfinu pravidelně a řádně	15
Pravidelné užívání	15
Přítomnost abstinenčních příznaků	15
Občas	4
Bez příznaků	11
S příznaky	0
VO2	15
Míra spokojenosti s časem výdeje	15
Čas výdeje	14
Nespokojen	1
Míra spokojenosti s frekvencí výdeje	15
Nespokojen	2
Frekvence výdeje	13
Míra spokojenosti s umístěním zařízení	15
Nespokojen	1
Umístění zařízení	14
Míra spokojenost s přístupem personálu	15
Nespokojen	0
Přístup personálu	15
Subjektivní pocity	25
VO3	15
Komplikace každodenního života s docházením na výdej	15
S komplikacemi	3
Bez komplikací	12
Finanční dopad	15
Bez změn	3
Zlepšení finanční situace	12
Dopad na zaměstnanost	15
Hledání zaměstnání	0
Zlepšení zaměstnanosti	9
Bez změn	6
Změny ve zdravotním stavu	15
Bez změn	6
Přetrvávající problémy	0
Zlepšení zdravotního stavu	9

VO4	15
Prodej buprenorfinu	15
Neprodával	6
Prodával	9
Důvod	0
Pomoc druhým	2
Peníze	7
Četnost prodeje	1
Velmi často	1
Často	3
Občas	2
Zřídka	2
Výjimečně	1
Nákup buprenorfinu	15
Kupoval	15
Důvod	0
Vyřazení ze substituce	4
Finanční důvody	1
Dlouhá čekací doba na substituci	5
Abstinenční příznaky (závislost)	8
Četnost nákupu	1
Občas	6
Často	8
Návrhy na omezení obchodování	15
Zvýšená kontrola a tresty	2
Snížení čekací doby na substituci	1
Méně časté vyřazení ze substituce	2
Cenová dostupnost	4
Zvýšená podpora a motivace	1
Každodenní dostupnost	1
Zvýšení počtu substitucí	5
VO5	15
Zkušenosti s výdejem	14
Pozitivní zkušenosti	11
Krátká doba výdeje	2
Frekvence výdeje	1
Obecná spokojenost	11
Terapeutické sezení	1
Podpora při řešení problému	1
Profesionální zacházení.	4
Osobní přístup	3
Negativní zkušenosti	6
Doplatek za substituci	2
Prostředí zařízení	1
Přísnost	2
Schodiště	1
Oblasti pro zlepšení	15
Motivace	2
Cenová dostupnost	3
Bezpečnější prostředí	1
Zjednodušení aplikace léku	1
Časová benevolentnost	1
Dostupnější substituce	3
Doporučení služeb	15
Negativní doporučení	0
Neutrální nebo žádné doporučení	0
Pozitivní doporučení	15
Doplňující informace	15

Příloha č. 3: Tabulka demografických údajů respondentů

Zařízení	Respondent	Věk	Pohlaví	Typ bydlení	Zaměstnání
č. 1	respondent č. 1	43	Muž	Azylový dům	Brigády
č. 1	respondent č. 2	42	Muž	Byt	Brigády
č. 1	respondent č. 3	46	Muž	Bez přístřeší	Poloviční úvazek
č. 1	respondent č. 4	49	Muž	Bez přístřeší	Bez zaměstnání
č. 1	respondent č. 5	47	Žena	Byt	Brigády
č. 1	respondent č. 6	46	Muž	Byt	Živnost
č. 1	respondent č. 7	45	Žena	Byt	Plný úvazek
č. 2	respondent č. 1	39	Muž	Azylový dům	Bez zaměstnání
č. 2	respondent č. 2	39	Žena	Byt	Plný úvazek
č. 2	respondent č. 3	43	Muž	Dům	Plný úvazek
č. 2	respondent č. 4	39	Muž	Dům	Bez zaměstnání
č. 2	respondent č. 5	23	Muž	Dům	Student
č. 2	respondent č. 6	33	Žena	Byt	Plný úvazek
č. 2	respondent č. 7	34	Žena	Chata	Bez zaměstnání
č. 2	respondent č. 8	38	Muž	Ubytovna	Brigády