



Substituční léčba opioidy ve věznicích

Praktický průvodce



Andrej Kastelic

Jörg Pont

Heino Stöver

UČEBNÍ TEXTY

Substituční léčba opioidy ve věznicích

Praktický průvodce

Úřad OSN pro drogy a kriminalitu

Tento průvodce byl vypracován autory a členy redakční skupiny od června 2007 do února 2008. Části textu (od Andreje Kastelice) byly upraveny z kapitoly publikace „Zdraví ve věznicích. Příručka WHO k základům zdraví ve věznicích“ (Moller et al., 2007) Regionálního úřadu WHO pro Evropu. Podstatné části byly převzaty z publikace Annette Verster: Vzdělávací příručka: Klíčové aspekty substituční léčby závislosti na opioidech (Euromethwork 2003). Raná verze této příručky byla vypracována na Brémské univerzitě (BIS-DRO) pro Evropskou komisi, DG SANCO, projekt č. 2003308, Evropská síť pro drogy a prevenci infekce ve věznicích (ENDIPP; koordinováno WIAD, Bonn, Německo).

Všechna práva vyhrazena. Použitá označení a prezentace materiálu v této publikaci neznamenaí žádné vyjádření jakéhokoli názoru ze strany Světové zdravotnické organizace týkajícího se právního postavení jakékoli země, území, města nebo oblasti nebo jejich orgánů, nebo co se týká vymezení jejich státních nebo zeměpisných hranic. Uvedení konkrétních společností nebo produktů některých výrobců neznamenaí, že jsou schválené nebo doporučené Světovou zdravotnickou organizací na úkor jiných podobné povahy, které nejsou uvedeny. S výhradou chyb a opomenutí, názvy chráněných produktů jsou odlišeny počátečním velkým písmenem. Světová zdravotnická organizace nezaručuje, že informace obsažené v této publikaci jsou úplné a správné, a neodpovídá za případné škody vzniklé v důsledku jejich použití. Názory vyjádřené autory nebo editory nemusejí nutně představovat rozhodnutí nebo vyhlášenou politiku Světové zdravotnické organizace. Původně vydáno v angličtině pod názvem Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings, A Practical Guide; vydalo BIS-Verlag, Oldenburg, 2008.

ISBN 978-3-8142-2117-5

České vydání: © Centrum adiktologie a Sdružení SCAN, 2010

České vydání vychází se svolením majitelů autorských práv. Odpovědnost za překlad spočívá zcela na Centru adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.

ISBN 978-80-86620-23-7



**EVROPSKÁ
UNIE**



Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti

Vydání této publikace bylo financováno prostřednictvím Evropského sociálního fondu, rozpočtu hlavního města Prahy a rozpočtu České republiky.

Substituční léčba opioidy ve věznicích

Praktický průvodce

Autoři:

Andrej Kastelic

Jörg Pont

Heino Stöver

Redakce:

Fabienne Hariga (Centrála UNODC Vídeň/Rakousko)

Karlheinz Keppler (Věznice pro ženy, Vechta/Německo)

Rick Lines (IHRA, Londýn/Spojené království)

Morag MacDonald (UCE, Birmingham/Spojené království)

David Marteau (Offender Health, Londýn/Spojené království)

Lars Moller (Regionální úřad WHO pro Evropu, Kodaň/Dánsko)

Jan Palmer (Clinical Substance Misuse Lead, Offender Health Londýn/Spojené království)

Ambros Uchtenhagen (Curych/Švýcarsko)

Caren Weilandt (WIAD, Bonn/Německo)

Nat Wright (HMP Leeds/Spojené království)

Editor českého vydání:

JUDr. Michaela Štefunková, Ph.D.

Překlad:

Mgr. David Fuchs

Odborná korektura a předmluva k českému vydání:

MUDr. Petr Popov

Jazyková korektura:

Mgr. Marta Davidová, Štěpán David

obsah

PŘEDMLUVA K ČESKÉMU VYDÁNÍ	9
SEZNAM ZKRATEK	11
SEZNAM TABULEK	13
SEZNAM RÁMEČKŮ	15
ÚVOD	17
KOMU JE TATO PŘÍRUČKA URČENA	17
ZÁKLADNÍ BODY A DŮLEŽITÉ PRVNÍ KROKY	18
VEDENÍ KAŽDÝM PRACOVNÍKEM	18
PARTNERSTVÍ PRO ZDRAVÍ	18
KLÍČOVÉ BODY	21
1 Souvislosti	22
2 Co je substituční léčba?	22
2/1 HLAVNÍ CÍLE SUBSTITUČNÍ LÉČBY	26
2/2 DŮKAZY O PŘÍNOSECH SUBSTITUČNÍ LÉČBY	26
2/3 ÚČINNÁ LÉČBA	30
2/4 SUBSTITUČNÍ UDRŽOVACÍ LÉČBA JE ÚČINNĚJŠÍ NEŽ JINÉ FORMY LÉČBY	31
2/5 LÉČEBNÁ KRITÉRIA A LÉČEBNÝ PLÁN	31
2/6 RIZIKA A OMEZENÍ	32
2/7 POLYVALENTNÍ UŽÍVÁNÍ DROG	32
2/8 POLITICKÉ VEDENÍ A JASNÉ ZÁSADY A PROTOKOLY	34
2/9 SUBSTITUČNÍ LÁTKY	34
2/10 METADON	34
2/11 BUPRENORFIN	36
2/12 MORFIN S PRODLOUŽENÝM UVOLŇOVÁNÍM	36
2/13 LÉČBA ANTAGONISTY: NALTREXON	37
3 Substituční léčba ve věznicích	38
3/1 ZAHÁJENÍ SUBSTITUČNÍ LÉČBY VE VĚZNICÍCH	39
3/2 DETOXIFIKACE	39
3/3 DÁVKOVÁNÍ A DOHLED NAD PŘÍJMEM	40
3/4 KONTROLNÍ TESTY MOČI	41
3/5 UKONČENÍ PROGRAMU SUBSTITUČNÍ LÉČBY	41
3/6 ÚLOHA PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE	41

3/7 SOUBĚŽNÁ PRESKIPCE BENZODIAZEPINŮ A UŽÍVÁNÍ JINÝCH DROG	41
4 Některé základní informace o léčbě	44
4/1 INFORMACE VYŽADOVANÉ UŽIVATELI	45
4/2 ANONYMITA A DŮVĚRNOST LÉČBY	45
4/3 PRIVILEGIA	45
4/4 ZAPOJENÍ UŽIVATELŮ	46
4/5 SOUVISLOST S LÉČBOU VIROVÝCH CHOROB PŘENÁŠENÝCH KRVÍ (NAPŘ. HIV/AIDS, HBV, HCV) A DALŠÍCH INFEKcí (NAPŘ. TBC, STD)	47
4/6 NABÍDKA SUBSTITUČNÍ LÉČBY VE VŠECH FÁZÍCH SYSTÉMU TRESTNÍ JUSTICE	47
4/7 ZVLÁŠTNÍ HLEDISKA V PŘÍPADĚ ŽEN	47
5 Vyhledky do budoucna	50
6 Hlediska lékařské etiky v programech opioidové substituční léčby ve věznicích	52
LITERATURA	58
DALŠÍ LITERATURA	61
KONTAKTNÍ ÚDAJE AUTORŮ	62

Předmluva

Předmluva k českému vydání

Když jsme před několika lety spolu s kolegy připravovali manuál substituční léčby pro lékaře a zdravotnický personál v českých věznicích, vycházeli jsme z publikovaných doporučení WHO. Přesto byla prezentace obsahu manuálu přijímána s více či méně projevovanou nedůvěrou, despektem a výhradami, z nichž nejčastější bylo poukazování na specifickou domácí situaci. Řada těchto námitek je oprávněná; zejména rozdíly v ekonomickém zázemí věznic v České republice a zařízení tohoto typu v západní Evropě jsou často velmi výrazné. Základní východiska pro racionální přístupy k uvězněným, kteří jsou závislí na návykových látkách, jsou však stejná. Principiálně stejná jsou totiž jak rizika, která užívání drog provázejí, tak také prokazatelně účinné způsoby řešení, které se opírají o „evidence based“ postupy.

Česká verze praktického průvodce substituční léčby opioidy ve věznicích autorů Kastelic, Pont a Stöver je první ucelenou publikací svého druhu, která se – vedle ryze praktických aspektů substituční léčby v podmínkách vězeňských zařízení – zabývá také širšími souvislostmi logistickými, ekonomickými, legálními a etickými. Publikace se opírá o řadu základních dokumentů WHO/ UNODC/UNAIDS a publikací k základům zdraví ve věznicích a také manuály odborné iniciativy EuroMethWork. Kromě toho však výrazně vychází z dlouholetých praktických zkušeností autorů, kteří patří ke špičkovým odborníkům v oblasti substituční léčby jak ve svých zemích, tak i v mezinárodním měřítku. Se Slovinskem i s Rakouskem, kde autoři působí a jejichž modely substituční léčby ve věznicích jsou v publikaci uvedeny, máme společnou historickou minulost, která se mj. projevuje také podobnými základy institucionálních systémů. Se

slovinskými i rakouskými kolegy máme dlouholeté odborné kontakty, jejich zkušenosti nám byly oporou při přípravě a realizaci prvních civilních programů substituční léčby v České republice. Příklad těchto dvou zemí nám může pomoci také při tvorbě domácího systému péče o drogově závislé ve vězeních. Přeji všem, kteří se na tomto celospolečensky významném projektu budou podílet, aby jim uváděná publikace byla užitečnou pomůckou v jejich práci.

Prim. MUDr. Petr Popov,

předseda výboru Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a stálé pracovní skupiny pro substituční léčbu SNN ČLS JEP

seznam zkratk

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	Syndrom získaného imunodeficitu
CPT	Centre for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment	Centrum pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
EMCDDA	European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction	Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost
EU	European Union	Evropská unie
HIV	Human Immunodeficiency Virus	Virus lidského imunodeficitu
ICD	International Classification of Diseases	Mezinárodní klasifikace nemocí
IDU	Intravenous drug users	Intravenózní uživatelé drog
MMT	Methadone Maintenance Treatment	Metadonová udržovací léčba
NGO	Non governmental organisations	Nevládní organizace
RCT	Randomised controlled trial	Randomizované kontrolované studie
ST	Substitution Treatment	Substituční léčba
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS	Společný program OSN pro HIV/AIDS
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime	Úřad OSN pro drogy a kriminalitu
WHO	World Health Organisation	Světová zdravotnická organizace
WMA	World Medical Association	Světová lékařská asociace

seznam tabulek

Tabulka 1: Rozdíly mezi agonisty a antagonisty (str. 25)

Tabulka 2: Popis substitučních látek (str. 33)

seznam rámečků

Rámeček 1: Příklad: Všeobecné pokyny pro léčbu uživatelů drog ve věznicích ve Slovinsku (str. 30)

Rámeček 2: Metadon: úplné základy – vodítko pro poskytovatele (str. 34 – 35)

Rámeček 3: Pokyny pro substituční léčbu v nápravných zařízeních v Rakousku (str. 42 – 43)

Rámeček 4: Pokračování udržovací léčby opioidy mezi komunitou a věznicí (str. 46)

V mnoha částech světa, Evropy, Asie a Severní Ameriky dosahují počty osob závislých na opioidech ve věznicích vysokých čísel. V těchto regionech představují přibližně jednu třetinu vězeňské populace a v některých zemích, jako například ve Střední Asii, až 80 %. V subsaharské Africe se začíná projevovat tento problém, zatímco v Latinské Americe se objevuje hlavně závislost na kokainu.

Věznice nejsou tím nejvhodnějším místem pro léčbu drogové závislosti mužů a žen a země by měly vypracovat politiku pro alternativy k trestu odnětí svobody. Dokud tyto alternativy nebudou vypracovány a zavedeny, budou se vězeňské orgány stále potýkat s touto specifickou populací, která potřebuje léčbu, péči a podporu. Výzkumy ukázaly, že substituční terapie je nejúčinnější cestou k léčbě závislosti na opioidech, ke snížení rizika přenosu HIV a hepatitidy C a ke snížení rizika předávkování.

Stejně jako všichni lidé mají i vězni právo požívat nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví. Toto právo je zaručeno podle mezinárodního práva v článku 25 Všeobecné deklarace lidských práv Organizace spojených národů a článku 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech. Mezinárodní společenství obecně uznává, že vězni si zachovávají veškerá práva, která jim nejsou odňata uvězněním, včetně práva na nejvyšší dosažitelnou úroveň tělesného a duševního zdraví. Ztráta svobody je sama o sobě trestem, nikoli zbavení základních lidských práv. Státy proto mají povinnost provádět právní předpisy, politiky a programy v souladu s mezinárodními normami lidských práv a zajistit, aby vězňům byla poskytována zdravotní péče rovnocenná té, která je k dispozici mimo věznici¹.

1/ Rámec UNODC-UNAIDS-WHO pro prevenci HIV/AIDS, léčbu a péči ve věznicích (2006).

Potřeba přístupu k léčbě závislosti na opioidech ve věznicích byla mezinárodně uznána před více než deseti lety. V roce 1993 vydala WHO pokyny ohledně infekce HIV a AIDS ve věznicích, přičemž uvedla, že: „Drogově závislí vězni by měli být vybízeni k zahájení programů léčby drogové závislosti během pobytu ve věznici, s odpovídajícím zajištěním důvěrnosti. Takové programy by měly zahrnovat informace o léčbě drogové závislosti a o rizicích spojených s různými způsoby užívání drog. Vězni, kteří byli v udržovací metadonové léčbě před uvězněním, by měli mít možnost pokračovat v této léčbě i ve věznicích. V zemích, kde je metadonová udržovací léčba k dispozici pro osoby závislé na opioidech v komunitě, by tato léčba měla být rovněž k dispozici ve věznicích.“

Příručka je založena na znalostech vědců a lékařů/psychiatrů/zdravotnických pracovníků působících v oblasti substituční léčby ve věznicích. Byla přezkoumána relevantní mezinárodní literatura a databáze s cílem vyvinout nejlepší metodiku podloženou důkazy. Publikace navazuje na pokyny a doporučení několika mezinárodních publikací, jako je Regionální úřad WHO pro Evropu: „Zdraví ve věznicích. Příručka WHO k základům zdraví ve věznicích“, „Rámec UNODC/UNAIDS/WHO pro prevenci HIV, péči, léčbu a podporu ve věznicích“, a dále technický dokument UNAIDS/UNODC „Důkazy pro opatření: Intervence zaměřené na HIV ve věznicích – léčba drogové závislosti“.

KOMU JE TATO PŘÍRUČKA URČENA

Tato příručka substituční léčby opioidy ve věznicích má pomoci vězeňským lékařům, smluvním lékařům, vězeňským zdravotnickým pracovníkům, vězeňské správě, nevládním organizacím a dalším při poskytování nebo podpoře substituční léčby vězňů závislých na opioidech.

Drogovou závislost je třeba považovat za závažné onemocnění a každý hraje určitou úlohu v tom, jak zajistit co nejlepší zacházení s vězni a jak udržet škody působené drogami na co nejnížší úrovni. Aplikace doporučení uvedených v této příručce přispěje ke zdravějšímu pobytu ve věznici pro vězně s drogovou závislostí, přičemž přinese uspokojení vězeňským pracovníkům a výrazné snížení škod, které užívání drog ve věznicích může způsobovat.

ZÁKLADNÍ BODY A DŮLEŽITÉ PRVNÍ KROKY

Ačkoli jednotlivci, jimž jsou svěřeny konkrétní části zajišťování vězeňské služby, mohou udělat hodně, pevně věříme, že zdravějších věznic pro drogově závislé vězně lze dosáhnout pouze tehdy, pokud budou zapojeni všichni pracovníci včetně vedoucích, kteří určují étos věznice jako celku.

Změny by měly být zaváděny u vědomí zachování kontinuity. Ačkoli jednorázové a často externě financované iniciativy a pilotní projekty mohou dosáhnout mnohého, projekty budou v dlouhodobém horizontu účinnější, pokud bude vězeňské zdravotnictví založeno na zásadách udržitelného přístupu, jestliže jsou zavedeny zdravé politiky založené na explicitních zásadách, jež vedou k efektivní činnosti dobře podporovaného a vyškoleného personálu.

Udržitelnosti lze nejlépe dosáhnout, jestliže budou vytvořeny pevné vazby mezi službami vězeňské zdravotní péče a zdravotnickými službami v místní komunitě a pokud budou tyto služby úzce spolupracovat. Taková spolupráce pomůže zabránit tomu, aby vězeňské zdravotní služby byly pro vězně používány jako jediné možné.

K dosažení zdravějších věznic pro drogově závislé je potřeba mnoha nezbytných prvků, včetně politického vedení, manažerského vedení a vedení každým pracovníkem. Zvláštní úlohu má zdravotnický personál, ale také vězni mají určitou úlohu a rovněž podpora komunity je velmi důležitá.

Zkušenosti v několika zemích Evropy obrátily pozornost k problémům, které často vznikají v pří-

padě, kdy jsou vězeňské zdravotní služby poskytovány odděleně od veřejného zdravotnictví země. Patří mezi ně problémy s náborem odborných pracovníků a nedostatečné odborné přípravy a dalšího vzdělávání. Nyní se důrazně doporučuje, aby vězeňské zdravotní služby úzce spolupracovaly s národními zdravotnickými službami a ministerstvy zdravotnictví, aby věznice mohly zajistit stejnou úroveň péče jako v místních nemocnicích a komunitách. Jak ostatně uvádí Moskevská deklarace WHO o zdraví ve věznicích jako součásti veřejného zdravotnictví, vládním resortem zodpovídajícím za vězeňské zdravotnictví by pokud možno mělo být ministerstvo pro veřejné zdravotnictví.

VEDENÍ KAŽDÝM PRACOVNÍKEM

Zdravější prostředí pro osoby s drogovou závislostí ve věznicích nelze vytvořit bez přispění každého vězeňského pracovníka. Vzhledem k současnému stavu zdravotních problémů ve věznicích musejí vězeňští pracovníci vědět a chápat, jaké jsou zdravotní problémy uživatelů drog, jak se mohou šířit infekce, jak je lze lépe zvládat ke snížení škod a jak lze podporovat zdraví a pohodu.

Lékaři, zdravotní sestry a další odborný personál pracující ve věznicích mají jedinečný úkol ujmout se vedení při vytváření zdravějšího prostředí pro drogově závislé vězně. Měli by vycházet z pevného základu profesní přípravy, která plně pokrývá a rozebírá otázky, jako je důvěrnost, práva pacientů a lidská práva. Měli by mít také určité znalosti o epidemiologii, jak se šíří nemoci a jak životní styl a socioekonomické výchozí faktory mohou ovlivňovat poškození zdraví. Měli by rovněž mít povědomí o správné výživě a významu cvičení a čerstvého vzduchu pro podporu zdraví.

Měli by být vnímaví k možným zdravotním hrozbám a měli by být schopni rozpoznat počáteční příznaky psychických problémů, protože drogová závislost je mnohdy průvodním jevem komorbidity.

PARTNERSTVÍ PRO ZDRAVÍ

Jedním z hlavních pilířů podpory zdraví je koncepce rozhodovacích pravomocí: jedinec má být scho-

pen rozhodnout se pro zdravější variantu a musí mít možnost tak učinit. Při podpoře zdraví vězňů je obtížné tento přístup ve věznicích realizovat. Je proto důležité, aby byl do vězeňského režimu zakomponován prvek co největšího možného posílení rozhodovacích pravomocí jedince.

Jednou z důležitých oblastí je poskytování zdravotních informací vězňům. Pro vězně s drogovou závislostí by měly být k dispozici přehledy základních údajů s vysvětlením, co vězeňské zdravotní služby mohou poskytovat, a s radami, jak takové onemocnění během pobytu ve věznici co nejlépe zvládat. Jestliže písemné přehledy nejsou účinné kvůli jazykové bariéře nebo slabé gramotnosti, je třeba uplatnit alternativní způsoby předávání informací, jako je video a další vizuální pomůcky, nebo zdravotní diskusní skupiny se školeným zdravotnickým pracovníkem. Je mimořádně důležité podporovat vrstevnické iniciativy prevence HIV, vzdělávání, poradenství a péče. Rostoucí úloha vězňů v rozvoji a poskytování zdravotních programů a služeb zvyšuje schopnost věznic reagovat na výskyt HIV. Podpora rozvoje vrstevnických vzdělávacích iniciativ a vzdělávacích materiálů navržených a vytvořených samotnými vězni je zvláště důležitá pro populaci s nízkou úrovní gramotnosti, kde jsou osobní vzdělávací intervence zcela zásadní.

Rozvoj a podporu svépomocných a vrstevnických podpůrných skupin, které se zabývají otázkami HIV, žloutenky typu C z pohledu vězňů a samotných uživatelů drog, je třeba podporovat.

Vedle dostupnosti udržovací substituční léčby by měla být k dispozici řada dalších opatření ke snižování škod, jako jsou čisté stříkačky a jehly a vybavení pro dezinfekci, aby se zabránilo zejména šíření nemocí přenášených krví z piercingu a tetování. Co se týká tetování, je třeba zvážit možnost využití profesionálních služeb.

Pravidelný kontakt s místními službami mimo věznici a zapojení dobrovolných organizací mohou významně pomoci při podpoře zdraví a pohody ve věznicích i při zajišťování kontinuity péče, a to jak

při nástupu do věznice, tak po propuštění. Pokud je to možné, měli by být vězni před propuštěním zkontaktováni s klíčovými službami, jako je probační služba nebo probační dohled při podmíněném propuštění, sociální služby a lékaři poskytující předepsanou substituční léčbu. V případě vězňů dříve závislých na drogách tak lze předejít úmrtí v souvislosti s předávkováním po propuštění.

Lars Möller,
Regionální úřad WHO pro Evropu, projekt Zdraví ve věznicích, Kodaň/Dánsko

Fabienne Harigam,
UNODC, centrála Vídeň/Rakousko

– Odhaduje se, že přibližně jedna třetina vězňů je závislá na opioidech a mnoho dalších má zkušenosti s užíváním drog. V několika věznicích to znamená tři čtvrtiny vězeňské populace.

– Věznice jsou mimořádně rizikovým prostředím pro přenos virů krevní cestou z důvodu přeplnění, špatné výživy, omezeného přístupu, pokračujícího užívání nelegálních drog („hygienický relaps“) a nechráněného sexu.

– Všechny formy léčby drogové závislosti mají potenciál ovlivnit riziko přenosu HIV a hepatitidy C, avšak programy substituční léčby mají největší potenciál snižovat injekční užívání drog a z toho vyplývající riziko šíření infekce.

– k závěru, že poskytování substituční udržovací léčby závislosti na opioidech je efektivní strategií prevence HIV/AIDS, o jejíž realizaci v komunitách s rizikem infekce HIV je třeba uvažovat co nejdříve.

– Opioidová substituční udržovací léčba se v Evropské unii během posledních 5-10 let výrazně rozšířila. Předepisování substituční léčby a podávání opioidních agonistů osobám se závislostí na opioidech – v rámci uznávané lékařské praxe schválené příslušnými orgány – je v souladu s úmluvami o omamných a psychotropních látkách z roku 1961 a 1971.

– S ohledem na stávající důkazy rostoucích problémů injekčního užívání drog, HIV/AIDS a hepatitidy C ve věznicích ve východní Evropě a v zemích bývalého Sovětského svazu je jasné, že nyní je čas jednat. Nezavedení účinné léčby drogových závislostí a opatření prevence HIV a hepatitidy C by mohlo vést k dalšímu šíření viru HIV a hepatitidy C mezi injekčními uživateli drog, v širší vězeňské populaci,

a případně ke všeobecné epidemii v místní populaci osob, které injekčními uživateli drog nejsou.

– Injekční uživatelé drog, kteří nenastoupí léčbu, mají až šestkrát vyšší pravděpodobnost nákazy virem HIV než injekční uživatelé, kteří léčbu nastoupí a setrvávají v ní.

– Úmrtnost osob se závislostí na opioidech v metadonové udržovací léčbě je třetinová až čtvrtinová oproti úmrtnosti osob neléčených.

– Podobně jako v prostředí mimo věznici, má zpřístupnění substituční léčby vězňům potenciál omezit injekční užívání a sdílení jehel ve věznicích. Navíc vězni, kteří se účastní metadonové udržovací léčby, vykazují nižší výskyt případů opětovného nástupu do věznice.

– Recidiva u vězňů zneužívajících látky: u 70 až 98 % těch, kteří byli ve věznici za trestné činy související s drogami a kteří se během pobytu ve věznici neléčili, dojde během jednoho roku od propuštění k relapsu.

– Nejčastější formou substituční léčby je metadonová udržovací léčba. Metadon se používá k léčbě závislosti na heroinu a jiných opioidech po desetiletí. Také nověji vyvinutý buprenorfin je v některých zemích poměrně běžný. Obě látky prokazatelně výrazným způsobem snižují riziko nákazy HIV tím, že omezují užívání opioidů, injekční užívání drog a sdílení jehel, a zlepšují zdraví a kvalitu života osob závislých na opioidech.

– Poskytování metadonové udržovací léčby je proto efektivní strategií prevence šíření HIV a hepatitidy typu C, která by v komunitách s vysokým rizikem infekce HIV (včetně věznic) měla být prováděna co nejdříve.

klíčové body

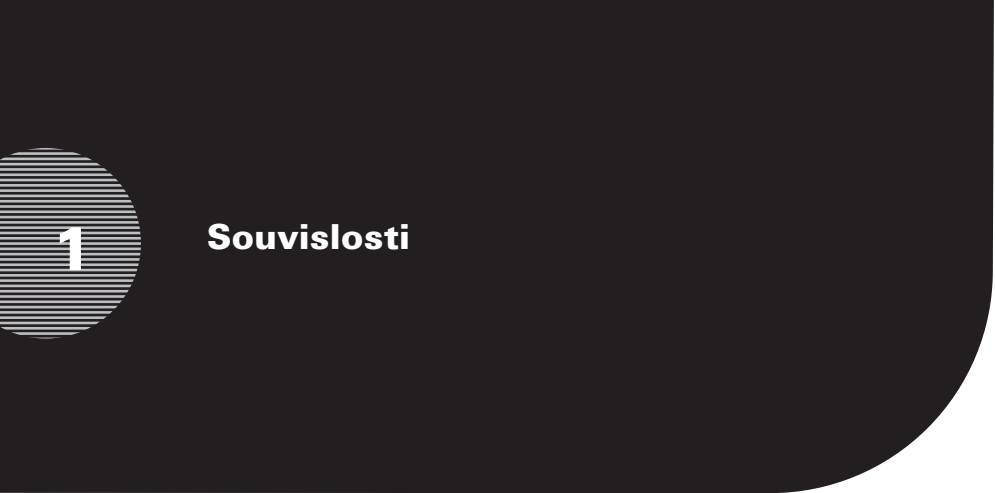
– Výzkum ukázal, že metadonová udržovací léčba je v podpoře udržení klienta v protidrogových programech a abstinenci od užívání nezákonných drog účinnější než detoxifikační programy.

– Zdravotní služby pro osoby ve věznicích či nápravných zařízeních by měly být rovnocenné službám poskytovaným mimo nápravný systém.

– Pro zachování přínosu metadonové udržovací léčby je nezbytná kontinuita.

– Před zahájením metadonové udržovací léčby musí být účastníkům poskytnuty příslušné informace, zejména pokud jde o riziko předávkování a potenciální rizika užívání více drog a interakce s jinými léky.

– Před zahájením léčby by měl být uživatel informován o primárních povinnostech lékaře vůči státu, věznicí a vězni.



1

Souvislosti

Na světě je podle odhadu 13,2 milionu injekčních uživatelů drog a nejméně 10 % všech případů infekce HIV na celém světě je důsledkem nebezpečných injekčních praktik – v zemích východní Evropy a střední Asie až 90 %.

Mnoho uživatelů drog stráví řadu let svého života opakovaně ve věznici. Obecně platí, že vězni často pocházejí z nejhudších vrstev společnosti, a už proto mají horší zdraví než jiné sociální skupiny. Pobyt ve věznici běžně zhoršuje stávající zdravotní problémy, zejména u zranitelných skupin, jako jsou uživatelé drog.

Věznice jsou mimořádně rizikovým prostředím pro přenos HIV z důvodu trvalého přeplnění, špatné výživy, omezeného přístupu k preventivním opatřením, pokračujícího užívání nelegálních drog a nechráněného sexu.

- Injekční uživatelé drog jsou náchylní k infekci virem HIV a dalšími viry přenášenými krví v důsledku sdílení nebo opakovaného používání injekčních potřeb a roztoků drog, sexuálního styku s jinými injekčními uživateli drog a vysoce rizikových sexuálních praktik. Muži i ženy vykazují vysokou míru injekčního užívání ještě před nástupem do věznice. Uživatelky drog více používají injekční náčiní svého partnera a často mají problémy prosadit méně rizikové praktiky a používání kondomů. Osoby injekčně užívající drogy mají poměrně vyšší pravděpodobnost, že pracují v sexuálním průmyslu.
- Injekční užívání drog je nyní dominantním způsobem přenosu viru hepatitidy C. Nákaza virem hepatitidy C vede k chronické infekci v nejméně 50-85 % případů. Přibližně u 7-15 % chronicky infikovaných osob dojde během 20 let k rozvoji cirhózy jater a u části z nich k následnému vzniku rakoviny jater.
- Náklady na vynucování zákonů, časové zatížení soudů a výkon trestu tvoří dohromady významnou část společenských nákladů spojených se závislostí na opioidech.
- Po propuštění z věznice jsou osoby závislé na opioidech vystaveny riziku relapsu a předávkování.

Mezi 70-98 % lidí, kteří byli vězněni za trestné činy související s drogami a během pobytu ve věznici nebyli léčeni, dojde během jednoho roku po propuštění k relapsu.

Chceme-li snížit užívání drog a škod působených drogami ve věznicích, měly by vězeňské systémy vybízet uživatele drog k tomu, aby drogy vůbec nebrali; pokud je budou nadále užívat, pak aby je neužívali injekčně; a pokud je nadále budou užívat injekčně, pak aby nesdíleli injekční náčiní.

Poskytování léčby drogové závislosti a programů snižování škod ve věznicích je proto zásadní (Stöver et al. 2007).

Panuje čím dál větší shoda v tom, že léčba drogové závislosti může být ve věznici účinná, pokud odpovídá potřebám vězňů, má dostatečnou délku i kvalitu a pokud je po propuštění poskytována následná péče.

Existuje mnoho typů léčby drogové závislosti, ale v podstatě se dělí na dvě kategorie: substituční léčbu a programy založené na abstinenci.

Všechny formy léčby drogové závislosti ovlivňují riziko přenosu HIV, avšak programy substituční léčby mají největší potenciál snižovat injekční užívání drog a z toho vyplývající riziko šíření infekce.

2

Co je substituční léčba?

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

Opioidová substituční léčba je formou zdravotní péče pro osoby závislé na heroinu a jiné osoby závislé na opioidech pomocí předepsaných opioidních agonistů, které mají některé účinky na lidský mozek podobné či shodné s heroinem a morfinem a které zmírňují abstinenci příznaky a blokují bažení po nedovolených opioidech. Příklady opioidových agonistů jsou metadon, levo-alfa-acetylmefadol, morfin s prodlouženým uvolňováním, kodein, buprenorfin (částečný agonista-antagonista) a v některých zemích diamorfin. Většina z těchto látek, s výjimkou diamorfinu, se vyznačuje dlouhou dobou působení a absencí „raušů“.

předávkování opioidy jako látka blokující působení opioidových agonistů. Buprenorfin je částečný agonista-antagonista a k léčbě závislosti na opioidech se používá čím dál hojněji. Existují kombinace naloxonu s buprenorfinem (v poměru 1:4), jež mají zabránit zneužívání této látky injekční aplikací.

Substituční léčba je přínosná, protože poskytuje příležitost pro závislé uživatele drog ke snížení míry jejich vysoce rizikového chování a ke stabilizaci zdravotních a sociálních podmínek před řešením otázky jejich fyzické adaptace závislosti. Substituční léčba je obecně určena pro osoby, kterým se nedaří ukončit užívání drog a udržet abstinenci. Je žádoucí, aby substituční drogy měly delší účinnost neboli poločas eliminace než droga, kterou nahrazují, aby se oddálil nástup abstinenci příznaků a snížila četnost podávání.

To dané osobě umožňuje zaměřit se běžné životní aktivity, aniž by bylo nutné získávat a aplikovat si

Agonisté (metadon, levo-alfa-acetylmefadol, morfin a heroin s dlouhotrvajícím účinkem)	Antagonisté (naltrexon a naloxon)	
Substituční léčba	Blokovací nebo averzivní léčba	
Mají některé účinky podobné opioidům	Blokují působení opioidů	
Stimulují opioidové receptory	Blokují opioidové receptory	
Zmírňují nebo zastavují bažení po opioidech	Nezmírňují ani nezastavují bažení po opioidech	
Nevytvářejí rauš (s výjimkou diamorfinu)	Nevytvářejí rauš	
Mohou vytvářet nebo udržovat fyzickou závislost	Nevytvářejí fyzickou závislost	

Tabulka 1: Rozdíly mezi agonisty a antagonisty

Při léčbě závislosti na opioidech se používají také antagonisté, působící proti účinku jiných opioidů. Obsazují stejné receptory v mozku jako opioidy, a účinky jiných opioidů tak blokují. Nezastaví však bažení. Pokud je podán antagonist a poté opioid, euforické účinky opioidů se ruší, protože nemohou působit na mozek. Pokud je antagonist podán až po opioidu, nastanou u osoby závislé na opioidech okamžitě abstinenci příznaky (takže antagonist jsou kontraindikací pro osoby, které nepodstoupily detoxifikaci od opioidů). Opioidovým antagonistou nejběžněji používaným při léčbě závislosti na opioidech je Naltrexon. Jiný opioidový antagonist – Naloxon – se používá pouze v akutních případech

drogu. Nahrazení nezákonné drogy předepsanou látkou dále napomáhá přerušit spojení s trestnou činností a zároveň podporuje proces změny životního stylu.

KVALITNÍ LÉČBA BY MĚLA BÝT:

- průběžná, v souladu s jinými způsoby léčby chronických onemocnění (např. antivirová/anti-retrovirová léčba);
- schopna řešit různé problémy, které představují riziko relapsu – jako například zdravotní a psychické symptomy a sociální nestabilita;
- dobře integrována do společnosti, aby umož-

ňovala snadný přístup pro účely monitorování a opatření k prevenci relapsu.

K dalším charakteristikám dobrých modelů patří:

- odpovídající doba dostupnosti léčby;
- dostupnost úzké vazby na veřejné zdravotní a protidrogové služby; míra rekvalifikace poskytnuté příslušným lékařům a zdravotním sestrám;
- do jaké míry byly zohledněny názory samotných vězňů.

Jak uvedlo Společné stanovisko WHO/UNODC/UNAIDS (2004) k udržovací substituční léčbě při managementu závislosti na opioidech a prevenci HIV/AIDS, „žádná léčba není účinná u všech jedinců, a proto by služby měly být dostatečně různorodé a pružně reagovat na potřeby klientů, závažnost jejich závislosti, osobní situaci, motivaci a odezvu na intervence. Racionální management závislosti na opioidech vyzývá k vyvážené kombinaci farmakoterapie, psychoterapie, psychosociální rehabilitace a intervencí ke snížení rizika.“

Při hledání rovnocennosti mezi zdravotní péčí poskytovanou ve věznici a mimo věznici je třeba uvedenou rozmanitou škálu léčebných přístupů převádět do vězeňského prostředí.

2/1 HLAVNÍ CÍLE SUBSTITUČNÍ LÉČBY

Přestože hlavním cílem léčby je přimět uživatele, aby přestali užívat drogy, vycházejí hlavní cíle substituční léčby z koncepce veřejného zdraví a snižování škodlivých účinků. Cílem substituční léčby je:

- pomoci lidem uchovat si zdraví, dokud se jim s odpovídající péčí a podporou nepodaří dosáhnout cíle žít bez drog – pokud to nedokážou nebo chtějí program ukončit, pomoci jim zůstat v léčbě po řadu let, nebo dokonce po zbytek života;
- snížit užívání nelegálních nebo nepředepsaných léků;
- snížit problémy spojené se zneužíváním drog;
- snížit nebezpečí spojená s užíváním drog, zejména riziko přenosu HIV, viru hepatitidy B a C a dalších krví přenosných infekcí v důsledku in-

- jekčního užívání a sdílení injekčního náčiní;
- zkrátit dobu trvání epizod užívání drog;
- snížit pravděpodobnost budoucího relapsu ke zneužívání drog;
- snížit potřebu páchat trestnou činnost pro získání finančních prostředků nutných ke zneužívání drog;
- pro zmírnění abstinčních příznaků ve vhodných případech stabilizovat danou osobu na substituční látce;
- zlepšit celkové osobní, sociální a rodinné fungování; a
- snížit riziko úmrtí související s drogami, zvláště v okamžiku propuštění z věznice.

2/2 DŮKAZY O PŘÍNOSECH SUBSTITUČNÍ LÉČBY²

Nejčastější formou substituční léčby je metadonová udržovací léčba. Metadon se používá k léčbě závislosti na heroinu a jiných opioidech po desetiletí. Také nověji vyvinutý buprenorfin je v některých zemích poměrně běžný (více podrobností o těchto a dalších substitučních látkách viz tab. 1 a 2). Obě látky prokazatelně výrazným způsobem snižují riziko nákazy HIV tím, že omezují injekční užívání drog a sdílení jehel, a zlepšují zdraví a kvalitu života osob závislých na opioidech.

Komunitní programy substituční léčby se od poloviny 90. let 20. století rychle rozšířily. Dnes je substituční léčba poskytována více než půl milionu uživatelů drog na celém světě, v Evropské unii se substituční léčba výrazně rozšířila během posledních 5-10 let. V současné době mají programy substituční léčby v určité formě všechny země Evropské unie, i když se mezi sebou značně liší v rozsahu a povaze dostupnosti léčby a v její kvalitě. Substituční léčba se v různých formách etablovala jako obecně uznávaný prostředek snižování škodlivých účinků a léčby závislosti na opioidech u jedinců závislých na opioidech (Rada Evropy, 2001).

Ve Společném stanovisku WHO, Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) a UNAIDS (2004) je uvedeno následující:

2/ Úplný přehled viz Stallwitz & Stöver, 2007.

Substituční udržovací terapie je jedním z nejúčinnějších způsobů léčby závislosti na opioidech. Může snížit vysoké náklady závislosti na opioidech pro jednotlivce, jejich rodiny, i společnost jako celku tím, že sníží užívání heroinu, s ním související úmrtí, rizikové chování z hlediska přenosu HIV a trestnou činnost. Substituční udržovací terapie je rozhodující složkou přístupů založených na léčbě v komunitě při managementu závislosti na opioidech a prevenci infekce HIV mezi injekčními uživateli drog.

Předepisování substituční léčby a podávání opioidních agonistů osobám se závislostí na opioidech – v rámci uznávané lékařské praxe schválené příslušnými orgány – je v souladu s Jednotnou úmluvou o omamných a psychotropních látkách z roku 1961 a Úmluvou o psychotropních látkách z roku 1971.

O účinnosti programů substituční léčby při omezování rizikových injekčních praktik a snižování rizika nákazy virem HIV svědčí četné údaje. Substituční léčba je nejúčinnější dostupnou léčbou pro injekční uživatele závislé na heroinu z hlediska snižování úmrtnosti (úmrtnost osob se závislostí na opioidech v metadonové udržovací léčbě je třetinová až čtvrtinová oproti úmrtnosti osob neléčených), spotřeby heroinu a kriminality. Uživatelé drog jsou před nástupem léčby výrazně zapojeni do trestné činnosti a tato míra zapojení do trestné činnosti klesá po jednom roce metadonové substituční léčby přibližně na polovinu. Přínosy jsou největší během a bezprostředně po ošetření, ale výrazné zlepšení zůstává několik let po léčbě. Snížení jsou nejvýraznější v souvislosti s trestnou činností související s drogami. Mnohé obavy ze substituční léčby se ukázaly jako neopodstatněné. Zejména nebylo prokázáno, že by substituční léčba byla překážkou pro ukončení užívání drog, ba ve skutečnosti bylo zjištěno, že substituční léčba je účinnější než detoxifikační programy, co se týká podpory setrvání v programech léčby drogové závislosti a abstinence od nelegálních drog. Substituční léčba je nákladově efektivní způsob léčby, vycházející příznivě ze srovnání nákladů a účinnosti s dalšími intervencemi zdravotní péče, jako je léčba těžké hypertenze nebo infekce HIV a AIDS. Podle

několika střízlivých odhadů se každé euro investované do programů může vrátit čtyřikrát až sedmkrát v podobě poklesu drogové trestné činnosti, nákladů trestní justice a samotných krádeží. Jsou-li zahrnuty úspory spojené se zdravotní péčí, mohou celkové úspory přesáhnout náklady poměrem 12:1. Injekční uživatelé drog, kteří léčbu nenastoupí, mají až šestkrát vyšší pravděpodobnost nákazy virem HIV než injekční uživatelé, kteří nastoupí léčbu a setrvávají v ní (National Institute for Drug Abuse, 2000).

Konečně lidé, kteří jsou v substituční léčbě a kteří jsou kvůli pobytu ve věznici nuceni přestat užívat metadon, se často vracejí k užívání omamných látek, a to mnohdy ve věznici a mnohdy injekčně. Proto se obecně doporučuje, aby vězňům, kteří byli v substituční léčbě mimo věznici, bylo umožněno pokračovat v této léčbě i ve věznici (Úřad OSN pro drogy a kriminalitu, UNAIDS a WHO, 2006).

Ve věznicích stejně jako mimo věznice má substituční léčba, pokud je vězňům k dispozici, potenciál snížit injekční užívání a sdílení stříkaček. Metodika WHO pro potírání HIV/AIDS ve věznicích (1993) proto doporučuje: „Vězni, kteří byli v udržovací metadonové léčbě před uvězněním, by měli mít možnost pokračovat v této léčbě i ve věznicích. V zemích, kde je metadonová udržovací léčba k dispozici pro osoby závislé na opioidech v komunitě, by tato léčba měla být rovněž k dispozici ve věznicích.“ Podobně také Dublínská deklarace o HIV/AIDS ve věznicích v Evropě a Střední Asii (Lines et al., 2004) uvádí:

Článek 1: Vězni mají právo chránit se proti HIV

Vězni, kteří žijí s HIV/AIDS, mají právo chránit se před reinfekcí anebo souběžnou infekcí virem hepatitidy C anebo TB. Státy mají povinnost poskytovat zdarma přístup k metadonové substituční léčbě a dalším substitučním léčbám v těch zemích, kde je taková léčba mimo věznici poskytována. Ta musí zahrnovat možnost, aby lidé, kteří se již takto léčili, v léčbě pokračovali i ve věznici, a možnost ve věznici substituční léčbu nastoupit. Země, které substituční léčbu neleglizovaly nebo nezavedly, by tak měly učinit.

Na celém světě stále větší počet vězeňských systémů nabízí vězňům substituční léčbu, včetně systémů vězeňství v Austrálii a Kanadě, některých systémů ve Spojených státech, většiny systémů v zemích Evropské unie a systémů v jiných zemích, včetně Indonésie a Íránské islámské republiky. Ve Španělsku se této léčby dostává 18 % všech vězňů, nebo 82 % problémových uživatelů drog ve věznici.

Programy substituční léčby ve věznicích existují také v nových členských státech EU, i když často zůstávají malé, a přínosné pouze pro malý počet potřebných vězňů. V neposlední řadě zahajuje programy substituční léčby také rostoucí počet vězeňských systémů ve východní části evropského regionu WHO, např. Moldavská republika nebo Kyrgyzstán, ale substituční léčba ve věznicích zůstává v dalších zemích regionu nadále nedostupná. Zpočátku byla substituční léčba ve věznicích často zpřístupněna pouze vězňům žijícím s HIV nebo jinými infekčními onemocněními, nebo těhotným ženám. Poskytování zůstává obecně nedostatečné a zaostává za standardy substituční léčby mimo věznici. V mnoha zemích zůstává i nadále pravděpodobné přerušování substituční léčby, pokud se léčená osoba ocitne ve věznici. Stále tak přetrvává propast mezi těmi, kdo substituční léčbu potřebují, a těmi, kterými se jí dostane.

Některé vězeňské systémy se stále zdráhají substituční léčbu zpřístupnit nebo její dostupnost rozšířit pro vězně, kteří se před uvězněním takto neléčili. Někteří považují metadon nebo buprenorfin pouze za další psychoaktivní drogu, jejíž podávání oddaluje potřebný osobnostní růst nezbytný k překonání způsobu existence soustředěné na drogy. Někdy se také objevují námitky vůči substituční léčbě z morálních důvodů s tvrzením, že jde pouze o náhradu závislosti na jedné droze závislostí na jiné. K dalším důvodům odporu vůči substituční léčbě patří:

- skutečnost, že věznice by měly být bez drog;
- obava, že substituční drogy mohou být zneužity a prodávány;
- nedostatečné pochopení drogové závislosti jako chronického onemocnění;

- omezený prostor a nedostatek zdrojů a pracovníků v mnoha věznicích;
- náklady na substituční léčbu a další organizační úkoly nutné k jejímu provádění;
- obava, že substituční léčba věznici destabilizuje.

Trpělivé a vytrvalé předkládání silných důkazů o výhodách, které substituční léčba může přinést jak vězňům, tak instituci jako celku, je nejlepší cestou k překonání těchto překážek. Bude možná potřebné, aby se kliničtí specialisté drželi faktu, že mezi kolegy lékaři nebo manažery ve věznicích není příliš rozšířené povědomí o trvalé a opakující se povaze drogové závislosti. Navíc laikovi často připadá, že substituční léčba zdraví a sociální problémy spojené s drogovou závislostí spíše zhoršuje, než zlepšuje. Specialista by proto měl kolegům naslouchat a chápat jejich obavy, přičemž by je měl nadále vzdělávat a obhajovat uživatele drog, kteří si zaslouží tento jednoduchý a ekonomický způsob léčby, u něhož bylo prokázáno, že potenciálně zlepšuje a prodlužuje život.

Také někteří vězni se zdráhají využívat substituční léčby ve věznicích, a to buď proto, že jim chybí informace o výhodách substituční léčby, nebo proto, že chtějí skrýt své užívání drog (jedním z důvodů je, že se obávají předsudků a znevýhodňujícího zacházení, pokud budou vnímáni jako uživatelé drog), což není možné, pokud se jim dostane substituční léčby.

Pokud by existovaly spolehlivě účinné alternativní metody vedoucí k dosažení trvalé abstinence, bylo by možné substituční léčbu skutečně považovat za nedostatečnou. Žádné takové alternativy však neexistují (Dolan & Wodak, 1996).

U většiny pacientů závislých na heroinu dojde po detoxifikaci k relapsu užívání heroinu; málokterý z nich je motivován k léčbě a setrvání v ní po dobu dostatečně dlouhou na to, aby dosáhl abstinence. Každá léčba (například substituční léčba), v níž setrvá polovina těch, kteří léčbu nastoupili, podstatně snižuje u těchto osob nezákonné užívání opioidů, účast na trestné činnos-

ti, a zlepšuje jejich zdraví a pohodu a dosahuje mnohem více než „pouhé“ náhrady závislosti na jedné droze závislostí na jiné.

V posledních letech hodnocení vězeňských programů substituční léčby poskytlo jasné důkazy o jejich prospěšnosti. Studie prokázaly, že pokud je denní dávka adekvátní (alespoň 60 mg metadonu) a léčba je poskytována po dobu trvání trestu odnětí svobody, pak tyto programy snižují injekční užívání drog, sdílení jehel a následné šíření HIV a dalších krví přenosných infekcí. Vedle toho mají i další nezanedbatelné výhody, a to jak pro zdraví vězňů, kteří se programů účastní, tak pro systémy vězeňství a veřejnost.

- Substituční léčba má pozitivní vliv na institucionální chování tím, že omezuje vyhledávání drog, a tak zlepšuje bezpečnost věznice. Poskytování substituční léčby je pro vězeňské systémy přínosem mimo jiné i tím, že snižuje abstinenci příznaky při příjmu (který bývá často provázen sebepoškozováním, nebo dokonce sebevraždami pokusy), zmírňuje úzkost při nástupu do věznice, snižuje obchodování s drogami a zvyšuje produktivitu vězňů v substituční léčbě.
- Recidiva trestné činnosti je u vězňů, kterým se dostává substituční léčby, podstatně méně pravděpodobná.
- Substituční léčba ve věznicích významně usnadňuje nástup do věznice a udržení v léčbě po propuštění ve srovnání s vězni, kteří nastoupí detoxikaci.
- Přestože vězeňské správy měly zpočátku často obavy o bezpečnost, z násilného chování a zneužívání předepsaných drog, tyto problémy se objevují méně často než bez provádění substituční léčby.
- Jak vězni, tak personál nápravných zařízení uvádějí, jak substituční léčba pozitivně ovlivňuje život ve věznici.
- Substituční léčba nabízí každodenní kontakt mezi zdravotnickými službami ve věznici a vězni, což je vztah, který může sloužit jako východisko pro řešení dalších zdravotních problémů a propojení s dalšími strategiemi prevence přenosu HIV.

- Existují důkazy, že náhlé ukončení substituční léčby po nástupu do věznice zvyšuje riziko sebepoškození a sebevraždy.

Federální vězeňský systém v Kanadě rozšířil přístup k metadonové udržovací léčbě poté, co hodnocení ukázalo, že metadonová udržovací léčba pozitivně ovlivňuje výsledek po propuštění (nižší míra recidivy). U účastníků těchto léčebných programů byla menší pravděpodobnost, že budou páchat trestnou činnost a vrátí se do věznice. To je důležité, protože náklady na institucionální program substituční léčby může být kompenzován úsporami nákladů pachatelů úspěšně zůstávajících na svobodě po delší dobu než ekvivalentní pachatelé, kterým se takové léčby nedostává.

Navíc může substituční léčba pomoci snížit riziko předávkování pro ty, kteří se blíží propuštění (Dolan et al., 2005, následná randomizovaná kontrolovaná studie [RCT] = žádné úmrtí po propuštění ve skupině metadonové udržovací léčby, 17 úmrtí v kontrolní skupině). Mnoho vězňů se po propuštění z věznice vrátí k injekčnímu užívání, ale to s sebou nese zvýšené riziko smrtelného předávkování v důsledku snížení tolerance na opioidech. Rozsáhlý výzkum poukázal na vysoký počet úmrtí v průběhu prvních týdnů po propuštění z věznice, která se připisují předávkování drogami. Na základě britské studie 51 590 osob propuštěných z věznice (Farrell & Marsden, 2005) bylo odhadnuto, že přibližně 35 % všech úmrtí souvisejících s drogami u mužů a 12 % všech úmrtí souvisejících s drogami u žen nastalo u vězňů nedávno propuštěných z výkonu trestu odnětí svobody. To ukazuje na užitečnost a potřebu průběžné protidrogové léčby ve věznici jako prostředku proti vzniku těchto rizikových situací a zdůrazňuje význam substituční léčby nejen jako strategie k prevenci šíření viru HIV ve věznicích, ale také jako strategie ke snižování počtu úmrtí na předávkování po propuštění. Kinlock et al. (2007) zjistil v randomizované klinické studii udržovací metadonové léčby pro vězně, že udržovací metadonová léčba zahájená před propuštěním nebo ihned po propuštění z věznice má podle

všeho přínosný krátkodobý dopad na vstup do léčení mimo věznici a na užívání heroinu.

Dohromady jsou tyto důkazy – a důležitost poskytování péče a léčby ve věznicích, které jsou ekvivalentní službám dostupným mimo věznici – pádným důvodem pro zavádění substituční léčby do vězeňských systémů. Rámeček 1 uvádí příklad pokynů pro léčbu uživatelů drog ve Slovinsku (Kastelic et al., 2001).

Rámeček 1

Příklad: Všeobecné pokyny pro léčbu uživatelů drog ve věznicích ve Slovinsku

Zdravotnické služby pro osoby ve věznicích či nápravných zařízeních by měly být ekvivalentní těm, jež jsou poskytovány mimo nápravný systém.

Profesionální nezávislost poradců a terapeutů z bezpečnostních služeb je velmi důležitá.

Je třeba navázat úzkou spolupráci mezi odbornými pracovníky ve věznicích a mimo věznici.

Jedinci se závislostí musejí mít možnost rozhodnout se pro léčbu při nástupu do věznice (programy snižování škod, substituční léčba, detoxifikace nebo abstinenční léčba).

Musejí mít možnost být léčeni v komunitních programech.

2/3 ÚČINNÁ LÉČBA

Má-li být substituční léčba účinná, pak stejně jako kterýkoli jiný typ léčby musí být:

- založena na potřebách vězňů;
- poskytována po správnou dobu a při správném dávkování pro danou osobu;
- poskytována kontinuálně, po nástupu do věznice i po propuštění.

Jak bylo uvedeno výše, účinná léčba má mnoho výhod pro jednotlivce v tom, že mu pomáhá zůstat naživu, snižuje riziko infekce, zejména virem HIV a hepatitidy, pomáhá mu dosáhnout abstinence nebo stabilizovaného vzorce užívání, stabilizovat jeho sociální život, zlepšit fyzické zdraví a omezit trestnou činnost. Také společnosti prospívá tím, že zlepšuje veřejné zdraví, snižuje počet akutních příjmů a hos-

pitalizací, omezuje šíření HIV a dalších infekčních chorob, snižuje sociální náklady a snižuje náklady na systém trestní justice.

Programy substituční léčby se liší v délce, dávkování a schématu. Ačkoli mnoho důkazů (Zickler, 1999) ukazuje, že substituční léčba, zejména metadonová, je mnohem efektivnější, pokud jsou předepisovány vyšší udržovací dávky, mnoho programů se zaměřuje na krátkodobou detoxifikaci s klesajícím dávkováním.

Substituční udržovací léčba si klade za cíl stabilizovat zdraví a dosáhnout resocializace. Jak naznačuje výzkum, pro většinu osob závislých na opioidech (WHO, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu a UNAIDS, 2004) platí, že:

„... prahu výrazného zlepšení je dosaženo asi po třech měsících léčby, přičemž pokračováním léčby se dosahuje dalších pokroků. Protože lidé často opouštějí léčbu předčasně, a předčasné ukončení je spojeno s vysokou mírou relapsu k užívání drog, programy by měly zahrnovat strategie pro zapojení a udržení pacientů v léčbě. Mnozí pacienti potřebují několikaletou léčbu.“

V roce 1990 Regionální úřad WHO pro Evropu navrhl standardní podmínky pro metadonovou léčbu rozdělenou do čtyř kategorií:

- krátkodobá detoxifikace: snižování dávky v průběhu jednoho měsíce nebo méně;
- dlouhodobá detoxifikace: snižování dávky v průběhu více než jednoho měsíce;
- krátkodobá udržovací léčba: stabilní preskripce po dobu šesti měsíců nebo méně; a
- dlouhodobá udržovací léčba: stabilní preskripce po dobu více než šesti měsíců.

Kromě toho je důležité rozlišovat mezi nízkoprahovými a vysokoprahovými programy. Rozdíl mezi těmito typy lze obecně shrnout takto.

Nízkoprahové programy:

- je snadné do nich vstoupit;
- jsou orientovány na snižování škod;

- mají za hlavní cíl zmírnit abstinenci příznaky a bažení a zlepšit kvalitu života lidí; a
- nabízejí řadu možností léčby.

Vysokoprahové programy:

- je obtížnější do nich vstoupit a mohou mít selektivní vstupní kritéria;
- jsou orientovány na abstinenci (která může zahrnovat i abstinenci od metadonu);
- nemají flexibilní možnosti léčby;
- provádějí pravidelně testy moči;
- mají nepružnou politiku propouštění z léčby (nelegální užívání opioidů není povoleno);
- zahrnují povinné poradenství a psychoterapii.

Pojem „nizkoprahový“ by neměl být považován za synonymum s „nizkou kvalitou“.

Obecně platí, že nizkoprahové programy jsou úspěšnější v naplňování cílů snižování škod pro závislého jedince i pro společnost, a to rychlým zapojením a udržením osob v léčbě. U osob s chaotickým životním stylem vyplývajícím z drogové závislosti jsou tyto programy spojeny s lepšími výsledky, a tím splňují cíle substituční léčby.

2/4 SUBSTITUČNÍ UDRŽOVACÍ LÉČBA JE ÚČINNĚJŠÍ NEŽ JINÉ FORMY LÉČBY

Proti provádění udržovací metadonové léčby ve věznicích bylo vzneseno několik argumentů. Někteří kritici považují metadon jen za další psychoaktivní drogu, jejíž podávání oddaluje potřebný osobnostní růst nezbytný k překonání způsobu existence soustředěné na drogy. Někdy se také objevují námitky vůči substituční léčbě z morálních důvodů s tvrzením, že jde pouze o náhradu závislosti na jedné droze závislostí na jiné. Výzkumné studie však prokázaly, že metadonová udržovací léčba je účinnější než detoxifikační programy v oblasti podpory setrvání v léčbě drogové závislosti, snížení počtu úmrtí souvisejících s drogami a abstinence od užívání nelegálních drog. Stejně tak, přestože někteří vyjádřili obavy ohledně možnosti provádět MMT ve věznicích, zkušenosti ukázaly, že tyto potíže lze překonat.

Použití substituční terapie pouze ve formě detoxifikace omezuje její léčebný potenciál. Substituční udržovací léčba s cílem stabilizovat zdraví a dosáhnout resocializace vyžaduje delší časový horizont. Jak naznačuje výzkum, pro většinu osob závislých na opioidech, „je prahu výrazného zlepšení dosaženo asi po třech měsících léčby, přičemž pokračováním léčby se dosahuje dalších pokroků. Protože lidé často opouštějí léčbu předčasně, a předčasné ukončení je spojeno s vysokou mírou relapsu k užívání drog, programy by měly zahrnovat strategie pro zapojení a udržení pacientů v léčbě. Mnozí pacienti potřebují několikaletou léčbu“. (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004).

Vzhledem k často chronické povaze závislosti na opioidech lze substituční léčbu přirovnat k jiným způsobům léčby, které jsou účinné při léčbě závažných chronických recidivujících chorob, jako je hypertenze a diabetes. Tyto choroby, stejně jako závislost na opioidech, jsou chronické, vyžadují denní léčbu, a mají vysoké riziko nežádoucích účinků, pokud je léčba ukončena.

Je známo, že závislost je chronická porucha, která má sklon k relapsu, a to i po významných obdobích zotavení, a tak účinná léčba musí mít trvalý charakter. Přesto se léčba závislosti příliš často skládá z několika epizod akutní péče, namísto plánu kontinuální péče, která je dohodnuta mezi klinickým lékařem a pacientem.

2/5 LÉČEBNÁ KRITÉRIA A LÉČEBNÝ PLÁN

Drogovou závislost pokrývají dva soubory mezinárodně uznávaných diagnostických kritérií: desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) (WHO, 1992) a čtvrté vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (American Psychiatric Association, 1994).

Opioidová substituční udržovací terapie by měla být omezena na osoby, které splňují klinická kritéria závislosti na opioidech. Avšak omezující pravidla týkající se přístupu a kritéria pro zařazení do substituční udržovací terapie jsou kontraproduktivní, pokud jde o přístup k léčbě a prevenci přenosu HIV a hepatitidy. Otázky, jako jsou maximální dávky nebo maximální délka léč-

by, by měly být ponechány na klinickém úsudku lékaře, založeném na hodnocení daného jedince.

V zásadě každý, kdo je závislý na opioidech, potřebuje léčbu a přeje si substituční léčbu, může být v takové léčbě stabilizován, po řádném posouzení a nasazení léčby. Doporučuje se vzít při přijímání vstupních kritérií v úvahu dostupnost léčebných míst. Věk, délku závislosti na opioidech, fyzické a duševní zdraví a osobní motivaci osoby závislé na opioidech je vesměs třeba zvážit. Některé skupiny, například těhotné ženy nebo osoby žijící s HIV nebo jiným onemocněním, by měly být prioritní. To by však nemělo znamenat povinné testování na HIV protilátky.

Dále, jelikož propuštění z věznice je spojeno s nárůstem úmrtí souvisejících s drogami v důsledku opětovného užívání drog po období abstinence nebo snížení míry užívání (během níž může dojít ke snížení tolerance opioidů), je třeba stanovit léčbu prioritně podle těch, kdo mají být propuštěni z věznice.

Individuální léčebný plán bude záviset na cílech léčby, které jsou stanoveny na základě dostupných zdrojů, potřeb a přání respektované osoby a odborném stanovisku lékaře. Otázky, které je třeba vzít v úvahu při určování léčebného plánu, zahrnují:

- cíle klienta;
 - aktuální situaci;
 - dostupné zdroje;
 - anamnézu výsledků léčby;
 - důkazy o bezpečnosti, účinnosti a efektivnosti.
- Závislost na opioidech je spojena s řadou zdravotních, právních a psychosociálních problémů. Substituční léčba je pro danou osobu vhodná, jestliže individuální a sociální škody spojené s užíváním opioidů se nastoupením léčby pravděpodobně sníží. Další problémy je třeba řešit od samého počátku, a to buď samotným programem, nebo odesláním ke vhodné službě.

2/6 RIZIKA A OMEZENÍ

Nejvýznamnějším rizikem metadonu a dalších opioidových agonistů je předávkování, které může být smrtelné. Poznatky výzkumu (Verster & Buning,

2003) naznačují, že nejvyšší riziko předávkování je při zahájení substituční léčby metadonem. Proto se na začátku léčby doporučují nízké dávky. Jakmile je však dosaženo stabilní dávky (zhruba po dvou týdnech), je riziko fatálního předávkování výrazně sníženo ve srovnání s rizikem před zahájením léčby.

Existují určité další negativní aspekty substituční léčby. Důležitá je skutečnost, že ve většině případů musí dotyčná osoba dostávat léčbu po dlouhou dobu. Dlouhodobost léčby má negativní dopad na veřejné výdaje i na daného jedince.

Uživatel drog se stává dlouhodobým pacientem, který závisí na léčebné látce a často i na osobě, která ji předepíše. V některých případech může tato závislost vést k pasivnímu postoji, kdy uživatel přijímá nejprve stav „naučené bezmoci“, aby posléze přijal „úlohu nemocného“.

Dále může působit potíže závislost na léku a související stigma, když se pacienti chtějí přestěhovat z jednoho místa na druhé nebo jednoduše cestovat a mít svůj lék s sebou poté, co byli propuštěni.

Existují potenciálně závažné negativní účinky, na které je třeba pacienta upozornit ještě před zahájením léčby, aby mohl poskytnout informovaný souhlas. Přínos substituční léčby však jednoznačně převažuje nad možnými negativními dopady, a to jak pro jednotlivce, tak pro společnost.

2/7 POLYVALENTNÍ UŽÍVÁNÍ DROG

V praxi by měly existovat jasné a transparentní protokoly a pokyny, pokud jde o užívání několika dalších drog vězni při pobytu ve věznici. Zejména pro benzodiazepiny, barbituráty a alkohol, které představují závažné zdravotní riziko pro substituční léčbu. V těchto případech by kontinuita substituční léčby měla být důkladně posouzena případ od případu. Možnosti postupu by v ideálním případě měly být zváženy v rámci víceoborového týmu a – pokud je k dispozici – spolu s protidrogovou poradenskou službou věznice. Měly by být stanoveny a dohodnuty plány a cíle do budoucna, s přihlédnutím k přáním a možnostem vězně.

Lék	Četnost	Optimální doporučené dávka	Způsob podání	Riziko předávkování	Abstinenční symptomy	Poznámka
Metadon	Každých 24 hodin	60-120 mg/den	perorálně, (sirup, tablety) injekčně aplikovatelný	+++	+++	Optimální dávkování závisí na pacientovi: může být <60 mg nebo >120 mg podle individuální variability
Buprenorfin Buprenorfin + naloxon (poměr 4:1)	Každých 24, 48 nebo 72 hodin	8-24 mg/den	sublingválně	+ (s dalšími drogami)	+	Začněte 6-8 hodin po posledním příjmu heroinu nebo při nástupu abstinčních symptomů. Pokud osoba dříve užívala metadon, je třeba metadon postupně snižovat na 30 mg/den a buprenorfin lze podat 48 hodin po poslední dávce metadonu nebo při nástupu abstinčních symptomů
Morfin s prodlouženým uvolňováním	Každých 24 hodin	300-1200 mg/den	perorálně (kapsle)	+++	++(+)	Poskytován v některých věznicích, když je metadon nebo buprenorfin kontraindikován nebo když tyto látky nejsou tolerovány
Diamorfin	2-3 krát každých 24 hodin	400-700 mg/den	možnost injekční aplikace a kouření	+++	+++	K dispozici pouze v klinických studiích
Levo-alfa-acetylmetadol (LAAM)	Každých 48-72 hodin	70-120 mg 3x týdně	perorálně	+++	+++	Není k dispozici v EU, obavy kvůli bezpečnosti
Levo-metadon	Každých 24 hodin	40-60 mg/den	perorálně (sirup)	+++	+++	K dispozici pouze v Německu
Kodein			perorálně (sirup, tablety)	++	+++	Pouze v Německu pro udržovací léčbu

Tabulka 2: Popis substitučních látek

2/8 POLITICKÉ VEDENÍ A JASNÉ ZÁSADY A PROTOKOLY

Pro harmonizaci substituční léčby ve věznicích v jedné zemi je nanejvýš důležité mít srovnatelné standardy provádění této léčby ve věznicích. To je důležité proto, aby existovaly srovnatelné předpisy v případě přeražení vězně do jiného zařízení.

2/9 SUBSTITUČNÍ LÁTKY

Ve věznicích jsou protokoly a postupy substituční léčby často více orientovány na potřeby a požadavky instituce než na potřeby a přání člověka. Například doba přibližně pěti minut potřebných pro dohled nad příjmem buprenorfinu (sublingválně) je považována za příliš časově náročnou. Místo toho je předepisován metadon.

Uživatelé drog si mohou stěžovat na změny v jejich substituční látce a vnímat dvojitý metr s ohledem na to, co se děje mimo věznici. Jasná komunikace s vězněm je povinností, pokud máme v úmyslu nahradit jeden substituční lék jiným.

2/10 METADON

Metadon (metadon hydrochlorid) je převládající substituční látkou užívanou uvnitř i vně věznice. Je to syntetický opioidní agonista, který má účinek podobný morfiu. Metadon se dobře vstřebává z trávicího ústrojí, bez ohledu na léčivou formu (sirup nebo tablety). Má velmi dobrou biologickou dostupnost 80-95 %. Odhadovaný poločas eliminace metadonu je 24-36 hodin,

se značnými rozdíly mezi jednotlivými osobami (10 až 80 hodin). Díky tomuto farmaceutickému profilu je metadon užitečný jako lék při substituci opioidů, protože umožňuje perorální podání, jedinou denní dávku a dosažení rovnovážného stavu v plazmě po opakovaném podání bez symptomů abstinence od opioidů při běžném jednodenním intervalu dávek.

Někteří pacienti pocítují nežádoucí účinky. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří zvýšené pocení, zácpa a poruchy spánku, snížené libido (sexuální touha), snížená schopnost koncentrace a možné zvýšení tělesné hmotnosti. Tyto nežádoucí vedlejší účinky se obvykle vyskytují na začátku léčby a postupem času se zlepšují. U některých pacientů tyto nežádoucí účinky přetrvávají po delší dobu léčby, ale většinou zůstávají bez zdravotních následků. Celkem tyto nežádoucí účinky postihnou méně než 20 % pacientů užívajících substituční léčbu metadonem.

Metadon je bezpečný lék bez trvalých škodlivých fyzických nebo fyziologických účinků.

Oproti rozšířené představě nemá žádné přímé škodlivé účinky na kosti, zuby nebo orgány (opioidy ovšem omezují produkci slin, což může vést ke vzniku zubního kazu). Detoxifikace od metadonu přesto může být pro některé pacienty velmi obtížná a zdoluhavá. Metadon je levný lék, snadno jej lze vězni podat a příjem lze snadno kontrolovat. Ve většině případů se pacientům o substituční látce podává jen málo informací. To může být způsobeno předpokladem poskytovatelů, že o tomto léku je zkušeným pacientům již vše známo. Avšak není tomu tak vždy.

Rámeček 2: Metadon: úplné základy – vodítko pro poskytovatele

Obecné poznámky

Metadon by měl být poskytován v největším rozsahu povoleném místními zákony a předpisy podle stejných profesních a etických norem, jaké platí pro všechny ostatní zdravotnické služby. Poskytovatelé by měli podporovat dostupnost široké škály léčebných přístupů a zdrojů péče a měli by pomáhat uživatelům drog při doporučení k této léčbě a přeražování na ní.

Rozsáhlý soubor zkušeností s užíváním metadonu v léčbě závislosti na opioidech je třeba využít co nejvíce. Je přístupný prostřednictvím odborné literatury, on-line zdrojů nebo přímých konzultací s kolegy. Metadonová udržovací léčba – i když je poskytována po několik desítek let – není spojena s nepříznivými účinky na žádný orgán.

Životy lidí mohou být na začátku léčby chaotické, což vyžaduje relativně vyšší stupeň dohledu a uspořádanosti léčby. Případná omezení (například ohledně léků pro domácí užívání) je třeba průběžně přezkoumávat a postupně uvolňovat nebo úplně zrušit, jakmile je dosaženo stability.

Dávkování

Obecné pokyny: začněte pomalu, postupujte pomalu – ale míře vysoko

- V první řadě je nutné nezpůsobit škodu: odhady stupně závislosti a tolerance jsou nespolehlivé a nikdy by neměly být základem pro nasazení dávek metadonu, které by mohly při špatném odhadu způsobit předávkování.
- Neexistuje žádná morální hodnota spojená s „vysokou“ ani „nízkou“ dávkou.
- Metadon by neměl být podáván „za odměnu“, ani odpírán „za trest“.

Specifické pokyny

- Dávky je třeba zvyšovat a snižovat postupně. Z důvodů bezpečnosti i pohodlí je třeba i menší změny (např. jednorázově o 5 mg) zavádět v delších intervalech (například jednou za pět dní), pokud jsou uživatelé na relativně nižších dávkách (méně než 60 mg denně), zatímco při vyšších dávkách jsou větší a častější změny (např. o 10 mg každé tři dny) zpravidla bezpečné.
- Obecně platí, že vyšší udržovací dávky jsou spojeny s lepšími terapeutickými výsledky než dávky nižší, rozsah optimálně účinné dávky pro většinu lidí je 60-120 mg denně.
- Pokud se objeví subjektivní stížnosti, že „metadon přestává působit“, zvažte rozdělení – a také zvýšení – denní dávky, což může být zvláště významné pro těhotné ženy nebo osoby léčené antiretroviroviky.

Pomocné služby

Čím více lze nabídnout, tím lépe, avšak taková nabídka služeb by neměla být povinností.

Jednou z hlavních překážek účinnosti léčby metadonem je rozšířené stigma spojené s nemocí závislosti, faktem léčby a léčbou samotnou. Uživatelé drog by měli být podporováni při řešení tohoto stigmatu a poskytovatelé by se měli snažit využít každé příležitosti k osvětě veřejnosti (včetně, a to je možná vůbec nejdůležitější, kolegů zdravotníků).

Zachování kontinuity péče

V co největší možné míře je třeba zachovat kontinuitu poskytování metadonu i pro osoby, které nastupují do institucí (např. při policejním zadržení, zatčení, do nemocnice nebo věznice) nebo se z nich vracejí.

Jestliže neexistuje jednoznačná dokumentace, že v předchozím prostředí byly podávány vyšší dávky metadonu, je třeba postupovat podle pokynů pro dávkování jako v případě nových uživatelů drog.

Toxikologie moči a sérové hladiny metadonu

Hodnotu těchto a dalších laboratorních testů je třeba zvažovat proti jejich nákladům a potenciálnímu přínosu rozšířených léčebných služeb, na který by tyto finanční prostředky mohly být použity. Klinické pokyny v mnoha zemích trvají na drogových testech před zahájením substituční léčby.

Sledování aktu močení je ponižující a obvykle je v rozporu s optimálním vztahem lékaře a pacienta.

Terapeutické cíle

Cíle léčby se mohou týkat heroinu a dalších drog, rizikového chování z hlediska HIV, vztahů, zaměstnání, bydlení atd. – ale měly by být stanoveny ve spolupráci s klinickým pracovníkem a uživatelem drog a obecně by neměly být ukládány poskytovatelem péče.

Informovaný souhlas – zvláštní faktory v léčbě závislosti

Uživatel drog musí být informován na počátku léčby, zda klinický pracovník má primárně povinnost ke státu nebo jiné třetí straně – například k soudu, zaměstnavateli, rodinnému příslušníku atd. I když tomu tak není, v mnoha zemích uživatelé drog nevěří tomu, že bude zajištěno zachování důvěrnosti jejich údajů, a tento názor – ať už oprávněný, nebo ne – může terapeutický vztah poznamenat.

Uživatelé drog musejí být poučeni o konkrétních příčinách dobrovolného ukončení léčby a mechanismu (mechanismech), jak se proti takovému ukončení léčby bránit. Uživatelé drog uvažující o dobrovolném ukončení léčby musejí být informováni o možnosti následného relapsu. Uživatelé, kteří se rozhodli dobrovolně léčbu ukončit, by měli být vybízeni ke snižování dávek svým vlastním tempem namísto toho, aby přijímali intervaly snižování dávek z donucení.

Zdroj: Newman (2003; mírně pozměněno a upraveno autory a členy redakční rady.)

Jak bylo uvedeno výše, zjištěné poznatky trvale prokazují významné přínosy spojené s udržovací léčbou metadonem a v nedávné době také s udržovací léčbou buprenorfinem.

S ohledem na poměrně vysokou hodnotu drog ve věznicích se doporučuje, aby všechny substituční látky byly podávány vězeňským pacientům v podmínkách aplikace pod dohledem. Přítomnost druhého klinického pracovníka nebo jiné odpovědné osoby zajistí, že lék nebude zneužit.

2/11 BUPRENORFIN

Buprenorfin je lék na předpis, který má slabší účinky opioidního agonisty než metadon. Buprenorfin se nevstřebává dobře při perorálním podání, a obvyklý způsob podání při léčbě závislosti na opioidech je proto sublingvální. Se zvyšujícími se dávkami buprenorfinu se opioidní účinek přestává zvyšovat. V důsledku toho je předávkování opioidy u buprenorfinu méně pravděpodobné než u metadonu či heroinu, a to dokonce i při současném užití. Účinnost buprenorfinu je podobná jako u metadonu v odpovídající dávce, pokud jde o snižování míry nezákonného užívání opioidů a zlepšení psychosociálního fungování. Buprenorfin však může být spojen s nižší mírou udržení v léčbě. Buprenorfin je v současné době dražší než metadon.

Buprenorfin je pro uživatele heroinu přijatelný, má jen málo vedlejších účinků a je spojen s poměrně mírnými abstinenními příznaky. Je-li nasazen v opioidové substituční léčbě u těhotných žen se závislostí na opioidech, je podle všeho spojen s nižší incidencí novorozeneckého abstinenního syndromu.

Hlavní nevýhodou léčby buprenorfinem ve vězeňském prostředí je to, že tableta se sublingválně rozpouští pět až deset minut, takže existuje riziko, že uživatel ji vyjme z úst a následně prodá. Zkušenosti ukazují, že to může pro uživatele, kterému je takový lék předepsán, znamenat riziko zastrasování a šikany, aby lék zajistil pro druhé. V někte-

rých věznicích je lék před podáním rozdrcen, neboť neexistuje důkaz, že by drcení měnilo jeho biologickou dostupnost. V mnoha věznicích se podání buprenorfinu přímo sleduje. Takový postup je velmi náročný na pracovní sílu kvůli času potřebnému k rozpuštění drogy při sublingválním podání, a proto se jako alternativa ve věznicích stále více rozšiřuje předepisování kombinace buprenorfinu a naloxonu.

Abý se snížilo riziko zneužití, byl vyvinut kombinovaný produkt buprenorfinu s malým množstvím naloxonu (v poměru 4:1). Naloxon se špatně vstřebává sublingválně, což omezuje jeho farmakologický účinek. Pokud uživatel závislý na opioidech tabletu rozdrtí a aplikuje si drogu injekčně, naloxon je biologicky dostupný a může usmířit těžké abstinenní symptomy, které mohou potenciálně zabránit dalšímu takovému zneužití touto cestou.

2/12 MORFIN S PRODLOUŽENÝM UVOLŇOVÁNÍM

Morfin s prodlouženým uvolňováním je v některých zemích (Austrálie, Rakousko, Bulharsko, Nizozemsko, Slovinsko, Švýcarsko a Spojené království) považován za cenný příspěvek k substituční léčbě. Některé studie uvádějí, že užívání perorálně podávaného morfinu s prodlouženým uvolňováním vede ke zlepšení pohody pacientů na morfinu ve srovnání s pacienty v udržovací metadonové léčbě díky lepšímu profilu nežádoucích účinků. Morfin s prodlouženým uvolňováním se snadno užívá (jednou denně), uživatelé uvádějí lepší soustředěnost, žádné větší poruchy nálady, žádné přibývání tělesné hmotnosti a více energie.

Poskytování individuální péče o pacienty v prostředí vězeňské léčby může být velkou výzvou. Vysoké počty uživatelů, kteří vyžadují léčbu v prostředí, kde je nabídka nelegálních drog výrazně omezená, může znamenat, že protokoly a postupy substituční léčby jsou orientovány více na požadavky správy instituce namísto potřeb a přání každého pacienta. Například pro dohled nad příjmem buprenorfinu (sublingválně) je potřebná doba při-

bližně pěti minut. Tento postup je jednak časově náročný, jednak otevírá možnost zneužití léku. Proto je ve věznicích často předepisován přednostně metadon. Někteří uživatelé však mohou vnímat tuto praxi jako nerovnocennou s praxí mimo věznici. Proto nahrazení jedné substituční látky jinou musí být vězňům jasně sděleno.

2/13 LÉČBA ANTAGONISTY: NALTREXON

Pokud uživatel abstínuje od opioidů, pak lze ve věznici nebo před propuštěním z věznice zahájit léčbu naltrexonem. Naltrexon je čistý antagonist opioidů a jako takový není považován za substituční látku působící jako agonista. V poslední době si však získal značnou pozornost, když je používán pro ultrarychlou detoxifikaci v celkové anestezii, což je postup, který není pro pacienta bez rizika. Kromě jeho použití jako rychlé detoxifikační látky je naltrexon již po desetiletí používán také jako dlouhodobější blokátor (úplný opioidový antagonist) při udržovací léčbě.

Opioidový antagonist naltrexon může být použit jako součást programů prevence relapsu. Jedna udržovací dávka naltrexonu se váže na opioidní receptory v mozku a blokuje účinky jakéhokoli opioidu na příštích 24 hodin nebo ho lze podávat v dvojité či trojitě dávce třikrát týdně. Nevytváří žádnou euforii, toleranci nebo závislost. Obvykle je třeba, aby pacienti abstinovali před nasazením naltrexonu 5 až 10 dnů (doba abstinence závisí na poločasu eliminace opioidu, který byl před nasazením naltrexonu pravidelně užíván).

Cochranova metaanalýza účinnosti udržovací léčby naltrexonem (Kirchmayer et al., 2002; Minozzi et al., 2006) nenašla důkazy o jeho účinnosti při udržovací léčbě. Nicméně u určitých cílových skupin (především u vysoce motivovaných osob) byl pozorován trend svědčící ve prospěch léčby naltrexonem.

Účinnost léčby naltrexonem jednoznačně závisí na dodržování léčby, aktivní psychosociální podpoře a motivaci k užívání léku každý den nebo obden.

Souhrnně vyjádřeno, údaje svědčí ve prospěch tohoto léčebného přístupu u pacientů, kteří jsou vysoce motivovaní, a při použití v kombinaci s různými psychosociálními terapiemi.

3/1 ZAHÁJENÍ SUBSTITUČNÍ LÉČBY VE VĚZNICÍCH

Historicky byla dostupnost substituční léčby závislosti na opioidech ve věznicích omezená. Avšak zásada rovnocennosti zdravotní péče nabízené v komunitních zařízeních znamená, že substituční léčba by měla být k dispozici a přístupná všem vězňům podle jejich potřeb. Protože u mnoha vězňů dojde po propuštění ihned k relapsu, měli by mít možnost informované volby buďto detoxifikace, nebo udržovací léčby.

Vzhledem k mnohdy relapsující/remitentní povaze závislosti na opioidech je detoxifikace sama o sobě účinná při dosahování dlouhodobých změn pouze u menšiny uživatelů. Výhody programů substituční léčby mohou být maximalizovány:

- udržením klientů v léčbě;
- předepisováním spíše vyšších než nižších dávek metadonu;
- orientací programů na udržovací léčbu namísto abstinence;
- poskytováním poradenství, posouzení a léčby psychiatrické komorbidit i sociálních problémů;
- využíváním a posilováním terapeutické aliance mezi klinickým pracovníkem a pacientem s cílem snížit užívání dalších drog.

Existují tři časové scénáře, které mohou být vhodné pro nasazení opioidové udržovací léčby:

- bezprostředně po přijetí do věznice
- během výkonu trestu;
- určitou dobu před propuštěním.

Několik studií ukázalo, že vězni užívající drogy mají velmi vysoké riziko relapsu a předávkování krátce po propuštění. Předávkování po propuštění a sebevraždy ve věznicích byly v některých zemích hlavními důvody pro integraci substituční léčby do věznic. Aby se zabránilo relapsu a předávkování po propuštění z věznice, doporučuje se, aby vězeň byl udržován na malé stabilní dávce až do okamžiku propuštění.

3/2 DETOXIFIKACE

Někteří uživatelé drog během pobytu ve věznici úspěšně dosahují stavu trvalé abstinence. Detoxifikace sama o sobě je však u většiny uživatelů drog jen zřídka účinná při dosahování dlouhotrvající změny. Výhody metadonových udržovacích programů lze maximalizovat udržením klientů v léčbě, předepisováním spíše vyšších než nižších dávek metadonu, orientací programů na udržovací léčbu namísto abstinence, poskytováním poradenství, posouzení a léčby psychiatrických komorbidit a sociální terapie a posilováním terapeutické aliance mezi klinickým pracovníkem a pacientem s cílem snížit užívání dalších drog.

To, zda jsou ve věznicích nabízeny/aplikovány detoxifikační programy nebo kontinuita substituční terapie, závisí na několika faktorech.

K faktorům spojeným s institucí patří např. nedostatek zdrojů anebo personálu, který má za následek omezení dostupných míst v léčbě, dále nedostatek znalostí, nedostatek podpůrných předpisů a pokynů, závislost na vývoji substituční léčby mimo věznici, vystupování proti politice substituční léčby ve věznicích nebo restriktivní politika substituční léčby mimo věznici.

Faktory spojené s pacientem: vězni někdy chtějí rychle detoxifikovat a zbavit se úplně drog, nepřejí si už kontakt s uživateli drog a nechtějí už slyšet ani hovořit o závislosti na drogách a souvisejících problémech. Buď mají v úmyslu využít pobyt ve věznici jako období bez drog, nebo chtějí začít nový život a být připraveni a „čistí“ po svém propuštění z věznice. Lékaři a zdravotní sestry se však někdy mohou stavět proti takovému cíli, když mají pocit, že časový rámec detoxifikace uživatele je příliš rychlý, příliš ambiciózní, a proto nerealistický. K relapsu s rizikem předávkování pravděpodobně dojde, a to zvláště pokud je detoxifikace příliš rychlá.

Jedním z klíčových prvků je volba individuálního přístupu v tom smyslu, že lékař jasně vysvětlí pa-

cientovi výhody a nevýhody rychlé detoxifikace ve srovnání s dlouhodobou.

Relaps po detoxifikaci je velmi častý, a proto detoxifikace sama o sobě zřídka představuje adekvátní léčbu látkové závislosti. K možnostem řešení patří management abstinčních symptomů při nástupu do věznice, jako postupná detoxifikace, přistoupení k léčbě orientované na abstinenci nebo dlouhodobé udržovací léčbě. Pro úspěšný výsledek intervencí je třeba, aby byly co nejlépe šité klientovi na míru a aby byly aplikovány na základě individuálního přístupu.

Je důležité přijmout skutečnost, že uživatelé drog jsou velmi heterogenní populací. Jejich potřeby se mohou lišit v závislosti na aktuální fázi jejich drogové kariéry, soběstačnosti a stupni sociální podpory. Tyto faktory mohou přispět k tomu, že upřednostňují rychlejší schémata před pomalejšími. Potřeby léčby u žen se oproti mužům rovněž mohou lišit.

3/3 DÁVKOVÁNÍ A DOHLED NAD PŘÍJMEM

Protože neexistuje žádná průměrná dávka, měly by být otázky dávkování ponechány na vztahu lékaře a pacienta a upraveny podle individuálních potřeb. Měla by však existovat možnost a dostatek času na projednávání potřeb pacienta ve smyslu snížení nebo zvýšení dávky.

Každý pacient představuje jedinečný klinický problém a neexistuje žádný způsob, jak předepisovat jednotnou nejlepší dávku metadonu jako „zlatý standard“ pro všechny pacienty k dosažení určité hladiny látky v krvi. Klinické příznaky a abstinční symptomy hlášené pacienty a pokračující nedovolené užívání opioidů jsou účinnými ukazateli nedostatečnosti dávky. Při určování toho, co je adekvátně „dostačující“ množství metadonu v metadonové udržovací léčbě, neexistuje podle všeho žádný maximální limit denní dávky.

Dávka musí být upravena na takovou hladinu, která dokáže snížit bažení a poté zablokovat jakékoli užití heroinu jako euforizující drogy.

Dávkování a podrobnější režimová doporučení (pro krátkodobou a dlouhodobou detoxifikaci i udržovací léčbu) naleznete v pokynech EuroMethwork Metadon Guidelines (<http://www.quest4quality.nl/euromethwork/>)

Na rozdíl od léčby mimo věznici mohou být ve věznici někdy dostačující relativně nízké dávky, a to ze dvou důvodů:

1. univerzální dohled ve věznici při podání zaručuje téměř stoprocentně užití substitučního léku;
2. množství dalších užívaných drog je výrazně sníženo v porovnání se situací mimo věznici.

Výzkum ukázal, že průměrná náhradní dávka se mezi věznicemi značně liší (30–70 mg). Na rozdíl od praxe mimo věznici se někteří lékaři domnívají, že nízké dávky jsou dostatečné na základě toho, že je stoprocentně zaručen příjem léku a že množství dalších užívaných drog je ve věznici výrazně menší.

Vězni by měli být informováni o dávce, která je jim předepisována, pokud výslovně neuvedou, že ji nechtějí znát.

Dohled nad příjmem (metadonu buď v tekuté formě, nebo v tabletách) se uskutečňuje různými způsoby a provádějí ho sestry nebo stráž podle toho, jak a kde se substituční lék podává: buď v rámci zdravotnického oddělení, nebo v cele/na oddělení. To má zabezpečit úplné požití látky. Ve většině případů se kontrola provádí tak, že pacient se následně nechá promluvit.

V některých věznicích vydává léky stráž, pokud ve službě právě není zdravotnický personál.

Shoda panuje v tom, že příjem substitučních látek (stejně jako příjem jiných psychoaktivních látek, antidepresiv atd.) musí probíhat pod dohledem, aby se zajistilo, že droga byla náležitě polknuta, a aby se zabránilo tomu, že ostatní vězni budou vydírat pacienty v metadonových

programech, aby jim svou dávku prodali nebo přenechali, a konečně, aby se zabránilo předávkování u vězňů bez tolerance na opioidy.

Podávání buprenorfinu může vyžadovat poměrně dlouhou dobu.

3/4 KONTROLNÍ TESTY MOČI

Posouzení a důsledky lékařsky nařízených kontrolních testů moči se značně liší.

Rozbory moči jsou otázkou, o které se v této oblasti velmi diskutuje. I když kontrolní testy moči jsou důležitou součástí vstupního lékařského vyšetření pacienta (pro potvrzení, zda pacient skutečně užívá opioidy), často jsou uplatňovány jako forma kontroly pacientů, aby se zjistilo, zda s lékem nadále neužívají nelegální drogy. Mnoho odborných pracovníků zpochybňuje jejich účinnost jako pozitivního faktoru přispívajícího k úspěšnosti léčby. Tvrdí, že informace lze získat také dotazem u pacienta, což by ušetřilo mnoho času a peněz. Je samozřejmé, že to vyžaduje dobrý vztah lékaře a pacienta, který je založený na respektu a vzájemné důvěře.

Existuje však také argument, že pozitivní vzorek moči by nikdy neměl být důvodem k přerušení léčby, protože je důkazem příznaků choroby, pro kterou je pacient léčen, tj. závislosti na drogách.

3/5 UKONČENÍ PROGRAMU SUBSTITUČNÍ LÉČBY

Pokud pacient substituční léky zneužívá nebo s nimi manipuluje, může být v některých programech ze substituční léčby vyloučen. Je však velmi důležité, aby pacient byl zařazen do programu substituční léčby po zkušební dobu a aby jeho dávka byla dostatečně vysoká.

Některé jiné programy vylučují pacienty za fyzické, nebo dokonce i za verbální násilí vůči jiným pacientům nebo personálu. V tomto případě by se dávka měla postupně snižovat.

Substituční léčba by neměla být poskytována jako odměna za dobré chování ani odepírána za trest, ale měla by být běžnou součástí různých variant zdravotní a psychosociální léčby.

3/6 ÚLOHA PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE

Kombinace fyzické, psychické a sociální dimenze přispívá ke složitosti drogové závislosti. Aby bylo možné úspěšně léčit nemoc a překonat drogovou závislost, je třeba se zabývat jak fyzickou, tak psychosociální dimenzí nemoci. Pro mnoho závislých uživatelů drog to může znamenat podstatné fyzické a psychické změny a úpravu životního stylu – proces, který obvykle vyžaduje hodně času.

Substituční léčba proto musí řešit nejen závislost na opioidech samu o sobě, ale zároveň i v souvislosti s psychickými poruchami, zdravotními a sociálními problémy.

Psychosociální péče je proto považována za doplňkovou a nezbytnou součást léčby na podporu medicínské stránky substituční léčby ve věznici.

3/7 SOUBĚŽNÁ PRESKIPCE BENZODIAZEPINŮ A UŽÍVÁNÍ JINÝCH DROG

Užívání dalších drog je mezi uživateli velmi rozšířené, většinou s cílem překonat nedostupnost preferovaného užívání opioidů (pouze heroin). Vzorce užívání často představují další závislost se závažnými syndromy a problémy při detoxifikaci. Lidé se závislostí na opioidech a injekční uživatelé drog často užívají vedle opioidů řadu dalších psychoaktivních látek, včetně alkoholu. Výzkum ukázal, že zvláště užívání kokainu v kombinaci s opioidy je faktorem, který bývá spojen se selháním léčby. Navíc, pokud jsou drogy jako kokain užívány injekčně, snižuje se účinnost opioidové substituční léčby při managementu rizikového chování. Výsledky výzkumu zároveň naznačují, že pokud jsou jedinci se závislostí na opioidech udrženi v léčbě, snižuje se spolu s poklesem užívání opioidů i míra užívání kokainu.

Rámeček 3: Pokyny pro substituční léčbu v nápravných zařízeních v Rakousku
(Převzato z Pont J., Spitzer B., Resinger E., 2005)

Účel substituce:

1. Emoční a tělesná stabilizace jedinců s těžkou závislostí na opioidech.
2. Minimalizace trestné činnosti související s drogami a minimalizace zadlužení.
3. Snížení spotřeby injekčně aplikovaných opioidů a snížení výskytu přenosných chorob (hepatitida B/C a HIV/AIDS).

Strategie substituce:

- A. Dlouhodobá substituce: po několik měsíců, let, nebo do konce života.
- B. Dočasná substituce: přechodně až do dobře naplánované léčby a abstinence.
- C. Redukční substituce: dávka substituční látky je opatrně snižována krok za krokem.

Substituční lék: používejte pouze léky, které jsou účinné po dobu nejméně 24 hodin a jsou podávány perorálně jednou denně:

1. Metadon je připravován a podáván „magistraliter“ jako sirup, aby jeho nitrožilní užití bylo obtížnější. Potenciál vzniku závislosti je velmi vysoký. Průměrná perorální udržovací dávka se pohybuje kolem 40-100 mg denně. Dávka vyšší než 120 mg se nedoporučuje. Zaváděcí dávka: 30-40 mg denně, zvyšování o přibližně 10 mg za týden, snižování o 5-10 mg za týden.
2. Buprenorfin je částečný agonista a antagonist opioidů určený k sublingválnímu podání jednou denně. Denní dávka se pohybuje v rozmezí 8 až 32 mg. Na rozdíl od jiných substitučních látek pacienti zůstávají velmi lucidní. To způsobuje problémy u těch pacientů, kterým jasná mysl nevyhovuje kvůli jejich psychosociální komorbiditě. Jako hlavní vedlejší účinek se uvádí bolest hlavy. Při přechodu z čistých opioidových agonistů na buprenorfin je důležité před nasazením buprenorfinu na jeden den agonistu vysadit, aby nedošlo k akutním příznakům abstinence od opioidů.
3. Morfin s prodlouženým uvolňováním se podává ve formě tablet nebo kapslí. Průměrná dávka morfinu se pohybuje kolem 600 mg denně, přičemž nejvyšší doporučená dávka je přibližně 800 mg. Pro pacienty v antiretrovirové terapii je někdy potřeba dávka až 1200 mg kvůli lékovým interakcím. Zaváděcí dávka je 200 mg, která se zvyšuje nebo snižuje o 30-60 mg týdně. Nežádoucích účinků, jež lze přičíst retardovanému morfinu, je méně než při léčbě metadonem (méně depresí, méně apatie, menší nárůst tělesné hmotnosti).

Lékové interakce

U všech opioidových léků je třeba vzít v úvahu interakce, zejména v důsledku kompetitivní inhibice nebo indukce cytochromu P 450: antibiotika ciprofloxacín, erytromycin, klaritromycin, perorální antikoncepce a SSRI (zejména fluvoxamin) účinek opioidů zvyšují, zatímco HIV virostatika nevirapin, efavirenz, nelfinar/ritonavir a ibišek syrský (Rose of Sharon) je naopak snižují.

Povinné dohody s pacientem:

1. Prohlášení o souhlasu a registraci na oddělení pro sledování drogových závislostí.
2. Vizualní kontrola při podávání.
3. Kontrola užívání rozbořem moči.
4. Pravidelná podpora péče od poradců pro léčbu.
5. Přesné informace o substitučním léku a o nebezpečích zneužívání a souběžného užívání dalších drog.

Indikace pro substituční léčbu:

1. Pacient je v substituční léčbě už při nástupu do nápravného zařízení.
2. Pacient byl závislý na opioidech před nástupem do věznice a nemůže zahájit abstinenci uvnitř nápravného zařízení.
3. Pacient se stal závislým na opioidech během pobytu ve věznici, a i přes několik abstinence terapií se mu nepodařilo zbavit se drog.

Bezpečnostní opatření:

1. Přesná kontrola podávání substitučního léku zdravotnickým personálem.
2. Povinné náhodné testy moči prováděné zdravotnickým personálem.

Etické základy substituce:

Závislost je chronické a opakující se onemocnění. Optimálního cíle terapie – vyléčení – bývá dosaženo málokdy. Moderní léčba závislosti je stále více založena na koncepci snižování škod, tj. zmenšení utrpení, doplněné o přesné určení a léčbu psychosociálních komorbidit. Při výběru substitučního léku vyvstává samozřejmě otázka nákladů, tzn. metadon je lékem první volby. V případě závažných nežádoucích účinků metadonu je třeba zvážit přechod na jiný, lépe tolerovaný lék. Pacienti úspěšně léčení substitučními léky před nástupem do věznice by měli mít i ve věznici nadále stejný lék. Relapsy by neměly vést k ukončení substituční léčby, protože jsou nevyhnutelným průvodním jevem závislosti. Místo toho by měly vést k přehodnocení, zda je možné léčbu optimalizovat. Zejména je třeba upřesnit, zda je dávka léku dostačující. Pokud nadále dochází k relapsům i přes vyšší dávkování, může být nutné přejít na jiný substituční lék. Pokud však pacient předepsané substituční látky opakovaně zneužívá nebo zcizuje, měl by být ze substitučního programu vyloučen, protože mu zjevně chybí potřebná motivace a kázeň.

4

Některé základní informace o léčbě

4/1 INFORMACE VYŽADOVANÉ UŽIVATELI

Absolutní podmínkou pro efektivní zahájení substituční léčby je poskytnout uživateli příslušné informace, zejména o riziku předávkování, které by měly obsahovat následující:

- zpoždění maximálního účinku substituční látky (metadon 2-4 hodiny);
- akumulace substituční látky v čase, což má za následek větší účinek (metadon po 3-5 dny a více), a to i při fixní dávce;
- rizika užívání více drog během substituční léčby, zejména dalších opioidů, kokainu, benzodiazepinů a alkoholu;
- potenciální interakce s jinými léky.

Navíc uživatelé potřebují informace o substituční léčbě a drogách obecně, i o konkrétních pravidlech a očekáváních. Uživatelé drog často nechápou cíle sledované substituční léčbou, a nemají ani dostatek informací o konkrétním použití léku nebo pravidlech, která musejí dodržovat. Vězni by měli být požádáni, aby podepsali informovaný souhlas teprve poté, kdy jasně pochopili všechny relevantní informace.

4/2 ANONYMITA A DŮVĚRNOST LÉČBY

Každý vězeň by měl vědět ještě předtím, než se mu dostane léčby jakéhokoli druhu, že komu má lékař primárně povinnost: ke státu, k věznicí, nebo k vězni.

Přestože zajištění anonymity a důvěrnosti ve věznici je obtížné, byly učiněny pokusy o podávání substitučních látek způsobem, který vězně chrání, a to buď tím, že všichni uživatelé drog jsou umístěni spolu v jednom křídle, nebo podáváním substitučních drog diskrétně s jinými léky.

Ostatní vězni a zaměstnanci by neměli vědět, že vězeň je uživatelem drog nebo že je v substituční léčbě. Panují obavy, že pokud někdo ví o drogové závislosti, povede to k důsled-

kům pro výkon trestu ve smyslu znevýhodnění (např. při přístupu k práci, kvalifikaci nebo zaměstnání), dále k předsudkům, ztrátě privilegií nebo jednoduše k negativnímu postoji personálu a ostatních vězňů. Navíc se uživatelé drog obávají nátlaku ostatních vězňů, kteří se chtějí zapojit do substituční léčby kvůli pašování substitučních látek.

Informovat řádně vyškolené strážce a další pracovníky zapojené do práce s vězněm může být užitečné zejména při pozorování pacientů, kteří jsou zvláště zranitelní z důvodu souběžných duševních problémů. Jestliže jsou strážce od poskytování podpůrné psychosociální a zdravotní péče zcela odříznuty, vznikají mezi členy personálu vězení bariéry a někdy se posilují předsudky a nedorozumění o vězni a užívání drog. Základní spolupráce, informovanost a vzdělávání vězeňského personálu včetně strážů jsou proto potřebné k zajištění toho, aby zaměstnanci měli vůči uživatelům drog pozitivní nebo alespoň lepší postoj.

4/3 PRIVILEGIA

Všem pacientům v substituční léčbě, kteří dodržují pravidla terapeutické dohody, by mělo být umožněno využívat stejných privilegií, jaká mají ostatní vězni. Rozhodnutí týkající se podmíněného propuštění by měla být na základě individuálního posouzení terapeuta. Podmíněná propuštění by měla být plánována a prováděna postupně.

Dávky k domácímu užití mohou být udělovány jako privilegium pro návštěvy nebo dobu pobytu mimo věznici, které jsou delší než 24 hodin. Vězeň v programu substituční léčby musí mít možnost v této léčbě pokračovat a musí mít možnost být zařazen do dalších programů po propuštění.

O schopnosti pacienta (zařazeného do programů substituční léčby ve věznicích) pracovat rozhoduje lékař.

Rámeček 4: Pokračování udržovací léčby opioidy mezi komunitou a věznicí

Kontinuita opioidové substituční léčby mimo věznici a ve věznici

Pacientům, kteří jsou v opioidové udržovací léčbě před nástupem do věznice, by ve věznici mělo být zajištěno pokračování léčby. Kontinuita péče však čelí mnoha překážkám. Nejvýznamnější překážkou je skutečnost, že mnoha pacientům je udržovací léčba přerušena, pokud před nástupem do výkonu trestu stráví nějakou dobu v policejní cele. To může způsobit významnou ztrátu tolerance opioidů. Kdykoli je to možné, měli by uživatelé v opioidové udržovací léčbě nadále dostávat svou předepsanou dávku během doby zadržení policií. Výjimkou z této zásady je situace, jestliže je uživatel intoxikován v okamžiku, kdy mu má být v rámci udržovací léčby podána jeho denní dávka substituční látky (poznámka: pokud je zadržený pacient intoxikován, nemělo by to být důvodem pro odepření udržovací léčby). Také pokud je uživatel umístěn do policejní cely mimo běžnou pracovní dobu, kdy není možné uváděnou dávku uživatele ověřit u komunitních služeb/v lékárně (obvykle o víkendu), pak by dávka podaná v policejní cele po vyšetření lékařem neměla přesáhnout 30 mg a měla by být poskytnuta pouze po testu moči nebo slin, který je pozitivní na opioidy.

Přístup k substituční léčbě je třeba sjednotit, protože v současnosti i v situacích, kdy věznice substituční léčbu nabízejí, většina policejních složek substituční léčbu nebo abstinenci léčbu nenabízí. To může být zvláště problematické v případech, kdy zadržené osoby nejdu přímo do věznice, ale jsou v policejních celách, kde v některých zemích mohou strávit až 6 měsíců (nebo i déle) a teprve pak jít do věznice.

Další obtížná situace nastává, když je zadržená osoba umístěna do policejní cely, poté do věznice, pak zpátky do policejní cely před stáním soudu a pak znovu do věznice. Policie obecně spadá pod ministerstvo vnitra, zatímco věznice spadají pod ministerstvo spravedlnosti, což v některých zemích ztěžuje spolupráci.

Substituční léčbu je třeba dohodnout s komunitními organizacemi, policií, soudy, věznicemi a pravděpodobně i s ministerstvem zdravotnictví, aby byla zajištěna návaznost substituční léčby pro osoby s problémovým užíváním drog.

Pro uživatele, kteří jsou přijati do věznice k prvnímu pobytu přes noc a jsou údajně v metadonové udržovací léčbě, je třeba vyžádat od komunitní protidrogové služby/lékařny potvrzení o jejich dávce, míře dohledu a času poslední spotřebované dávky. Pokud lze ověřit, že uživatel dostal během posledních 48 hodin pod dohledem plnou dávku, pak by mu měla být poskytnuta udržovací léčba na úrovni dávky, kterou uživatel dostával mimo věznici. Takové ověření však mnohdy není možné, protože pacienti jsou přijati do věznice mimo běžnou pracovní dobu. Za takových okolností by počáteční dávka metadonu po vyšetření lékařem neměla přesáhnout 30 mg (pro ostatní uživatele s nízkou nebo nejistou dávkou, dokud ji lékař neověří). U pacientů, kteří tvrdí, že berou vysokou dávku metadonu, může být nezbytné navrhnout období intenzivního pozorování, kde lze případné vznikající abstinenci příznaky monitorovat a dávku příslušným způsobem upravit.

4/4 ZAPOJENÍ UŽIVATELŮ

Průběžné připomínky od uživatelů drog jsou cenné pro zlepšování kvality zdravotní péče; většina vězňů už má osobní zkušenost s vězeňskou zdravotní péčí a substituční léčbou (buď detoxifikační, nebo udržovací) ve věznicích i mimo věznici.

Uznání a integrace zkušeností vězňů a znalostí ohledně zapojení uživatelů drog do vývoje, návrhu

a provádění intervencí je rozhodující pro zvýšení jejich vhodnosti a dosahu.

Podpůrné skupiny nebo vzdělávací programy by měly být vytvářeny nebo zahrnuty do celkového programu léčby HIV pro injekční uživatele drog. Bývalí injekční uživatelé drog mají často jedinečný úspěch v osvětě a motivaci stávajících injekčních uživatelů drog k tomu, aby si zajistili přístup k účinné zdravotní péči.

4/5 SOUVISLOST S LÉČBOU VIROVÝCH CHOROB PŘENÁŠENÝCH KRVÍ (NAPŘ. HIV/AIDS, HBV, HCV) A DALŠÍCH INFEKcí (NAPŘ. TBC, STD)

Substituční léčba nabízí příležitosti, jak zlepšit poskytování antiretrovirové terapie pro uživatele opioidů žijící s HIV. Substituční léčba umožňuje uživatelům drog závislým na opioidech stabilizovat jejich život a pomáhá řešit nebo zabraňuje mnoha komplikacím. Je proto považována za základní součást strategie udržení aktivních injekčních uživatelů drog v léčbě. Poskytuje také další vstupní body pro rozšíření antiretrovirové terapie, zvyšuje adherenci a zlepšuje přístup k péči.

Programy substituční léčby mohou mít velký význam pro injekční uživatele drog nakažené virem HIV, a to tím, že:

- nabízejí HIV testování injekčních uživatelů drog;
- je doporučují do služeb zajišťujících léčbu HIV;
- jsou v kontaktu s těmito službami v otázkách léčby a péče;
- připravují injekční uživatele drog na antiretrovirovou léčbu;
- stabilizují závislost injekčních uživatelů drog až do okamžiku, kdy jsou schopni zapojit se do antiretrovirové léčby;
- zajišťují antiretrovirovou terapii ve spojení s opioidovou substituční léčbou;
- zajišťují monitorování a management vedlejších účinků antiretrovirové terapie;
- poskytují monitorování a management interakce mezi metadonem nebo buprenorfinem a antiretrovirovou léčbou;
- podporují jednotlivce a rodinu závazkem celoživotní antiretrovirové léčby.

Tento každodenní kontakt s programy substituční léčby má potenciálně obrovské výhody z hlediska přístupu a adherence k antiretrovirové léčbě.

4/6 NABÍDKA SUBSTITUČNÍ LÉČBY VE VŠECH FÁZÍCH SYSTÉMU TRESTNÍ JUSTICE

Substituční léčba může hrát důležitou roli také ve fázi zadržení policií a vyšetřovací vazby. Lidé závislí na heroinu nebo jiných opioidech, kteří jsou zadrženi policií a umístěni do cely předběžného zadržení, mohou mít závažné abstinenní symptomy. Ty mohou mít vliv na informace sdělené policii a mohou také prodloužit pobyt v těchto zařízeních. Substituční léčba by měla být nabízena jako forma průběžné péče, která zajišťuje stabilitu zdravotního stavu pachatelů, a to jak tělesnou, tak duševní. Rizika předávkování drogami v těchto zařízeních po krátké době detoxifikace mohou být značná, protože osoby závislé na opioidech během několika dní ztratí toleranci na opioidy, což pak může vést ke zvýšení rizik. Do jaké míry může substituční léčba přispět ke snížení rizika sebevraždy nebo sebepoškození nebylo dosud zkoumáno. Ale pozitivní dopad na tyto jevy vyskytující se většinou během prvních týdnů po uvěznění je poměrně pravděpodobný.

Totéž platí pro instituce zajišťující zadržení ve zkráceném přípravném řízení a vazební věznice. Proto by zahájená substituční léčba měla pokračovat i v cele předběžného zadržení, institucích zkráceného přípravného řízení a vazebních věznicích. K obdobím, kdy jsou prováděny základní kroky resocializace, ale kdy zároveň stoupá riziko relapsu, patří dále dočasná propuštění, svátky atd. Substituční léčba také zajišťuje stabilitu v oblasti prevence předávkování.

4/7 ZVLÁŠTNÍ HLEDISKA V PŘÍPADĚ ŽEN

Ženy mívají obvykle jiné zkušenosti než muži, jak s drogovou závislostí, tak s léčbou. Hlavní problémy jsou spojeny s vysokou úrovní fyzické i psychické komorbidity žen se závislostí na opioidech, a ty je třeba vzít v úvahu při poskytování léčby. Ženy se závislostí na opioidech mnohdy překonávají před nastoupením léčby řadu překážek, včetně nedostatku finančních prostředků,

absence služeb a sítí pro odesílání k léčbě, které by byly zaměřeny na ženy, a dále kolize s odpovědností za péči o děti.

Účinná substituční léčba závislosti na opioidech může podstatně zlepšit výsledky z porodního hlediska v prenatálním i neonatálním období. Opioidová substituční udržovací léčba má také důležitou roli při přesvědčování těhotných žen k léčbě a udržení v ní, i zajištění dobrého kontaktu s porodním oddělením a komunitními službami obecně, včetně primární péče.

Aby bylo zajištěno, že věznice poskytují péče na stejné úrovni, jaká je poskytována mimo věznici,

- je třeba k uspokojení potřeb vězňů v mnoha zemích významně rozšířit péči v oblasti infekcí přenosných krví a sexuálně přenosných infekcí;
- je třeba vyvinout značné úsilí ke zlepšení kvality služeb;
- je třeba zajistit lepší propojení a návaznost péče mezi věznicemi a komunitními službami.

Společné prohlášení o věznicích, drogách a společnosti z roku 2002 (Regionální úřad WHO pro Evropu a skupina Pompidou Rady Evropy, 2002) uznává, že:

- drogy a věznice je třeba vidět v širším společenském kontextu;
- lidé se pohybují mezi věznicemi a komunitou;
- pobyt ve věznici by neměl znamenat větší trest než samotné odnětí svobody;
- věznice musejí být bezpečným, zajištěným a důstojným prostředím, kde lidé žijí a pracují;
- lidé pracující ve věznicích musejí pracovat v mezích, které stanoví zákon.

Vzhledem k existujícím důkazům o rostoucích problémech s injekčním užíváním drog a HIV/AIDS ve věznicích a účinnosti substituční léčby je jasné, že nastal čas jednat. Nezavedení účinné protidrogové léčby, včetně substituční léčby, a opatření proti přenosu HIV povede k dalšímu šíření infekce HIV mezi injekčními uživateli drog, v širší vězeňské populaci, a v konečném důsledku i v komunitě mimo věznici.

6

Hlediska lékařské etiky v programech opioidové substituční léčby ve věznicích

Existují tři důvody, proč je vhodné diskutovat o etických důsledcích opioidové substituční léčby ve věznicích, léčby založené na základě solidních vědeckých důkazů stejně jako jakákoli jiná akreditovaná lékařská péče, což je v souladu s doporučeními WHO a OSN (WHO, Úřad OSN pro drogy a kriminalitu a UNAIDS, 2004) a mnoha národními právními předpisy:

1. Drogová závislost podléhá silně ideologickým a kulturně podmíněným názorům. Nepříznivý vliv ideologického názoru na léčebné přístupy a cíle léčby drogových závislostí přivádí závislé pacienty do situace, kdy se o léčebném přístupu a léčbě často rozhoduje na základě ideologických, a ne lékařských úvah.
2. Aby se předešlo zneužití a odcizení opioidů, podléhá jejich preskripce pevně stanoveným právním předpisům, které snižují míru důvěrnosti údajů, a ze stejného důvodu vyžaduje poskytování opioidů pacientům závislým na opioidech kontrolní opatření, která do vztahu pacienta a lékaře vnášejí zvláštní donucovací prvek.
3. Obě výše uvedené skutečnosti jsou komplikovány eticky složitou interakcí mezi pacientem ve věznici a vězeňským lékařem, stejně jako ve vězeňských systémech totalitních režimů (Pont J., 2006).

Následující část dokumentu se zabývá etickými hledisky opioidové substituční léčby na základě zásad lékařské etiky ve věznicích, jak je stanoví Evropská vězeňská pravidla (Rada Evropy, 2006), standardy Evropského výboru pro zabránění mučení [CPT] (Rada Evropy, 2004) a několik dalších mezinárodně uznávaných dokumentů OSN a Světové lékařské asociace. Podstatu lékařské etiky ve věznicích a citovaných dokumentů lze shrnout takto:

A. Hlavním úkolem (jediným *raison d'être*) vězeňského lékaře a dalších zdravotnických pracovníků je zajistit zdraví a dobré životní podmínky vězňů. (Rada Evropy, 1999, Penal Reform International, 2001).

B. Existuje sedm základních zásad pro praxi vězeňské zdravotní péče, které stanoví standardy CPT:

1. Volný přístup k lékaři pro každého vězně.
2. Rovnocennost péče.
3. Souhlas pacienta a zachování důvěrnosti.
4. Preventivní zdravotní péče.
5. Humanitární pomoc.
6. Odborná nezávislost.
7. Odborná způsobilost.

Je důležité, aby vězeňský lékař i zdravotnický personál vzali tyto principy za své a seznámili s nimi celé osazenstvo věznice, tj. vězně, zaměstnance i vedení věznice tak, aby tato pravidla akceptovali. Respektování těchto pravidel podporuje důvěru vězňů v lékařskou péči ve vězení, nenechává nikoho na pochybách o profesionalitě a etickém přístupu zdravotníků a lékařů, předchází nedorozuměním a poskytuje vodítko k řešení případných konfliktů.

Zdá se naprosto přirozené, že prvořadým úkolem vězeňského lékaře je péče o tělesné i duševní zdraví vězňů, ale jak každý vězeňský zdravotnický pracovník ví, je třeba o ně neustále bojovat, a to platí i pro zavádění a provádění programů opioidové substituční léčby ve věznicích. Pokud vedení věznice a nelékařský personál není dostatečně informován o prokázaných výhodách této léčby, zaměřuje se na riziko zneužití a odcizení opioidů a staví se proti substitučním programům. V souladu s bodem A) je povinností vězeňského lékaře tyto informace poskytovat, pomáhat bezpečnostnímu personálu a administrativě pochopit cíle léčby, překonat nepochopení a umožnit vězňům závislým na opioidech přístup k řádné opioidové substituční léčbě.

Bezpečnostní personál může nařídít vězňům, aby se podrobili testům moči na metabolity drog z důvodů bezpečnosti a ostrahy. Testy moči jsou také součástí léčebných dohod v mnoha programech opioidové substituční léčby. Lékaři a vězeňští zdravotní pracovníci mohou být bezpečnostním

personálem požádání, aby provedli klinické rozbo-ry moči v případě, že existují obavy o bezpečnost vězně. Lékaři a zdravotničtí pracovníci pečující o vězně by měli mít vždy na paměti bod A) a důle-žitost důvěry svých pacientů z řad vězňů, a nikdy by se neměli podílet na testování drog z bezpeč-nostních důvodů. Je nanejvýš důležité, aby vězni byli jasně informováni o rozdílu mezi testy moči z bezpečnostních a z terapeutických důvodů, a že výsledky analýz moči v rámci programu substi-tuční léčby jsou přísně důvěrné, slouží pouze pro doporučení léčby, a nikdy nepovedou k trestu. Tyto výsledky je možné postoupit mimo rámec klinic-kého týmu pouze s výslovným souhlasem pacienta a v případech, kdy lze mít za to, že je v nejlepším zájmu vězně tak učinit.

Další důležitá zásada současné koncepce léčby pa-cientů závislých na drogách dobře zapadá do for-mulace uvedené v bodě A): ošetřující lékař musí nejen dbát na to, aby dohodnuté cíle léčby – jak v krátkodobém, tak v dlouhodobém horizontu – byly pro daného pacienta dosažitelné, ale také na to, aby vlastní představy lékaře o lidské důstojnosti a způsobu života neovlivňovaly cíle léčby stano-vené s pacientem. Úkolem léčby je zajistit tělesné a duševní zdraví pacienta-vězně, nemusí jím nutně být přizpůsobení pacientova způsobu života život-nímu stylu terapeuta.

Požadavky přístupu a rovnocennosti – první dvě odrážky bodu B) obsahujícího základní zásady CPT – opioidové substituční léčby ve věznicích již byly vzneseny Světovou zdravotnickou organi-zací v roce 1993 (WHO, 1993) a od té době byly opakovaně zdůrazňovány (Lines R. et al., 2004). Nadále existují evropské země, kde jsou programy opioidové substituční udržovací léčby realizovány mimo věznice, avšak ne ve věznicích, a ve věz-nicích někdy dokonce ani není k dispozici pod-pora při detoxifikaci od opioidů. Náhlé vysazení opioidů – zejména abstinence od metadonu – bez farmakologické podpory opioidy (syndrom „cold turkey“) znamená z lékařského hlediska zanedbání povinné péče a je naprosto v rozporu s lékařskou etikou a lékařskou profesionalitou!

Počet programů opioidové substituční léčby ve věznicích se během posledních deseti let v Evro-pě i jinde značně zvýšil, ale stále existuje propast mezi tím, kolik vězňů udržovací substituční léčbu potřebuje, a kolik ji skutečně dostává (Stöver/Cas-selmann/Hennebel, 2006). Tato propast je výrazem nejen nedostatku možností léčby a možnosti sni-žování škodlivých účinků pro jednotlivé pacienty-vězně, ale představuje hrozbu pro veřejné zdraví: ze všech míst, kde jsou drogy užívány injekčně, jsou věznice spojeny s nejvyšším rizikem virových infekcí přenášených krevní cestou. Tato vysoce ri-ziková situace znamená, že ve věznicích je potřeba strategií snižování škod vyšší než mimo věznice (Lines, 2006).

V několika zemích se nyní používá v programech opioidové substituční péče více než jeden opioidní lék. Nejen z důvodu etických zásad, ale také z vel-mi praktických důvodů je třeba usilovat o rovno-cennost mezi službami poskytovanými ve vězni-cích a mimo věznice – aby se zabránilo změnám léčby v nejcitlivějších fázích nástupu do výkonu, přeražení do jiné věznice a propuštění z věznice. Přístup k léčbě s farmakologickou podporou opi-oidy a rovnocennost je třeba rovněž požadovat pro uživatelské drogy ve věznici. Vzhledem k nízkému počtu žen ve věznicích v porovnání s muži exis-tuje v mnoha zemích mnohem méně služeb pro ženy. Vzhledem k jejich relativně větším fyzickým a duševním komorbiditám a vyšší prevalenci HIV potřebují ženy ve věznicích možná větší možnosti léčby, než jaké odpovídají jejich mužským pro-tějškům. Vzhledem ke své konkrétní zkušenosti se závislostí a s její léčbou mohou také potřebo-vat odlišné způsoby léčby. Substituční léčba hraje významnou úlohu v těhotenství a prenatální péči o ženy závislé na opioidech, a to tím, že snižuje rizika pro matku a dítě.

Přístup k nepřerušené opioidové substituční udr-žovací léčbě u komunitní léčebné služby po pro-puštění má klíčový význam vzhledem k neúměrně vysoké úmrtnosti uživatelů drog v prvních dvou týdnech po propuštění z věznice, která je způso-bena převážně předávkováním drogami (Christen-

sen et al., 2006). Kromě příslušné osvěty vězňů před propuštěním musí být kontinuita substituční léčby v komunitě pečlivě plánována a ještě před propuštěním zajištěna vězeňským zdravotnickým týmem.

Souhlas náležitě poučeného pacienta („informovaný souhlas“) je nezbytným předpokladem pro jakoukoli léčbu spojenou s nežádoucími vedlejšími účinky anebo riziky, kterých je při předepisování opioidů hned několik. Vzhledem ke složitosti opioidové substituční léčby z hlediska lékařského, právního a psychosociálního řada programů substituční léčby nespolečá na ústní nebo písemný informovaný souhlas pacienta, ale uzavírá formální smlouvu, kterou podepisuje pacient a terapeut. Je třeba mít na paměti, že existuje – pokud vůbec – jen málo druhů léčby, kde je od pacientů vyžadován podpis smlouvy, což může do vztahu pacienta a lékaře vnášet prvek nátlaku a nedůvěry. Na druhé straně smlouva zdůrazňuje dohodnuté povinnosti pacienta a terapeuta, aby si je vzájemně připomněli nebo je vzájemně vyžadovali, a pokud je smlouva individuálně upravena a lze ji vysvětlit a řádně projednat, zlepšuje chápání opioidové substituční léčby, individuálního léčebného programu a cílů léčby, avšak nikdy by neměla být používána jako trest. Nedávný průzkum (Stöver/Casselman/Hennebel, 2006) jasně ukázal, že je třeba chápání léčby u pacientů zlepšit poskytováním lepších informací.

Minimální požadavky na obsah informací před vstupem pacienta do substitučního programu by mohly být následující:

- Případný závazek lékaře vůči třetí straně, který narušuje utajení (oznámení orgánům v souladu se zákony nebo oznámení soudu), ale také všechny oblasti, kde se pacient může spolehnout na přísné dodržování lékařského tajemství.
- Důvod substituční léčby závislosti na opioidech.
- Dohodnuté povinnosti pacienta a terapeuta.
- Individuální cíl současné léčby stanovený spolu s pacientem.
- Rizika, nežádoucí vedlejší účinky a možná omezení.

- Co se pravděpodobně stane, pokud pacient úmyslně ukončí léčbu.

- Jak se vyrovnat s relapsy.

- Co by mohlo způsobit ukončení účasti v substituční léčbě.

Vzhledem k dlouhodobé povaze substituční léčby závislosti na opioidech, adaptaci cílů léčby a změnám strategií léčby v čase je třeba informovaný souhlas anebo smlouvu průběžně přizpůsobovat: „průběžný informovaný souhlas“.

Pacient je požádán také o souhlas s kontrolními opatřeními, jako je kontrola ústní dutiny po požití substitučního léku, aby se zabránilo zneužívání a krádežím opioidů, což má ve věznicích zvláštní význam. Toto opatření je třeba považovat za součást léčebného programu a měl by je provádět zdravotnický personál, a nikoli personál vězeňské služby. Totéž platí v případech, že jsou do programu zařazeny rozborů moči – jejichž výsledky musejí být přísně důvěrné a slouží pouze pro terapeutická, nikoli kázeňská rozhodnutí. Jak je však uvedeno výše, zdravotnický personál by nikdy neměl provádět tělesné prohlídky nebo rozborů moči, ani by se na nich neměl podílet, jestliže jsou nařizeny personálem vězeňské služby z bezpečnostních, tedy jiných než lékařských důvodů.

Ochrana důvěrných údajů vězňů, kteří se zúčastní opioidových substitučních programů, bývá z právních a praktických důvodů mnohdy omezena: ve většině zemí národní zákony vyžadují ohlášení osob, kterým jsou předepisovány opioidy. Dodávání a poskytování opioidových substitučních látek a nedostatek lékařského personálu ve věznicích často vyžadují zapojení vězeňské stráže a spolupráci s ní, což je opatření, které vůči uživatelům drog narušuje přísné lékařské tajemství.

Komplexní léčba drogové závislosti vyžaduje mezioborovou spolupráci, kde je sdílení informací a záznamů nevyhnutelné a kde je v zájmu pacienta. Každý člen terapeutického týmu musí být vázán lékařským tajemstvím. Je velmi důležité, aby pacienti byli dobře informováni o tom, kdo bude

mít přístup k jejich záznamům, kdo je vázán lékařským tajemstvím a jaká jsou faktická omezení důvěrnosti údajů.

Uživatelé drog ve věznicích mají zájem tajit svou závislost na drogách hned z několika důvodů: obávají se, že budou znevýhodněni, co se týká umísťování, privilegií a přístupu k možnosti pracovat, obávají se předsudků a diskriminace od ostatních vězňů i personálu – a někdy dokonce i od zdravotních pracovníků! – a mohou se stát obětí nátlaku a vydírání, pokud se o jejich závislosti dozvědí ostatní. Při účasti v programech substituční léčby jsou nuceni k tomu, aby předepsané léky odcizili k prodeji na černém trhu ve věznici.

Z těchto důvodů je třeba udělat vše pro ochranu uživatelů drog a účastníků opioidových substitučních programů ve věznicích udržováním dobrých standardů zachování důvěrnosti informací a odstraněním diskriminačních předpisů, vzorců chování a postojů. Účast v léčebném programu s farmakologickou podporou opioidy nikdy nesmí vést během výkonu trestu k žádné diskriminační nevýhodě.

Pokud jde o preventivní zdravotní péči, opioidová substituční udržovací léčba představuje klasický příklad účinné prevence a opatření ke snižování škod pro jednotlivé uživatele opioidů i pro společnost uvnitř i vně vězeňských zdí: zdokumentovány jsou četné důkazy o prevenci úmrtnosti, nemocnosti, utrpení pacientů, sociální nestability a trestné činnosti. Preventivní dopad na přenos HIV, hepatitidy B a C omezením vysoce rizikového injekčního užívání drog ve věznicích je více než pravděpodobný.

Humanitární pomoc uváděná CPT se týká především zranitelných vězňů. V určitém smyslu patří uživatelé drog ve věznicích do skupiny zranitelných vězňů, protože mají nízké postavení ve vězeňské hierarchii, čelí předsudkům ze strany ostatních vězňů i zaměstnanců, je u nich riziko, že se dostanou do dluhů a budou následně ohroženi šikanou, násilím, donucování k sexuálnímu

styku a ke krádežím předepsaných léků. Některým z těchto problémů lze předejít dodržováním přísné mlčenlivosti a zajištěním odpovídající léčby drogové závislosti, často však může být nezbytné provést rozumné změny v umístění a další ochranná opatření: nabádání věznic k tomu, aby vnímaly tuto léčbu jako „normální“ vězeňskou rutinu v souladu s dalšími nabízenými léčebnými intervencemi, život uživatelům drog ve věznici jistě usnadňuje.

Mladiství, uživatelky drog, zvláště pak těhotné ženy užívající drogy, a příslušníci etnických a kulturních menšin potřebují doplňující ochranu a pomoc. V evropských věznicích narůstá počet cizojazyčných uživatelů drog, kteří při posuzování a poradenství potřebují tlumočnické služby. K dalším výzvám léčby drogové závislosti uživatelů drog patří vedle jazykové bariéry také značně rozšířené psychiatrické komorbidity a narušení kognitivních funkcí uživatelů drog.

Z obavy ze zneužití a rizik se předpisy a vyhlášky národních zdravotních orgánů nebo vězeňské správy opakovaně snaží omezit odbornou nezávislost v opioidové substituční léčbě zúžením indikace léčby nebo snížením maximální dávky nebo délky léčby. Bez ohledu na to, že státní orgány nemají mít žádné slovo ohledně indikace léčby nebo léčebných dávek, zkušenosti ukazují, že vyšší dávky a delší léčba přinášejí lepší výsledky. Otázky jako indikace léčby, maximální dávka a délka léčby by měly být ponechány na úsudku zkušeného adiktologa na základě individuálního posouzení pacienta a vzájemné dohody.

Podle všeho existuje potřeba zlepšit informovanost pacientů o tom, že substituční léčba ve věznici je medicínská léčba nezávislá na opatřeních souvisejících s odnětím svobody: v nedávném průzkumu (Stöver/Casselmann/Hennebel, 2006) byla tato léčba někdy ze strany vězňů vnímána jako odměna za dobré chování udělovaná věznicí, nikoli léčba poskytovaná zdravotní službou. Vysvětlení je důležité zejména u těch pacientů, kterým soud uložil ve výkonu trestu léčbu závislosti.

Každá léčba drogové závislosti vyžaduje solidní odbornou způsobilost. Vzhledem ke složité povaze opioidové substituční léčby ve věznicích, k odpovědnosti za jednotlivá posouzení, plánování léčby a k povinnosti udržovat smrtelná rizika a nežádoucí vedlejší účinky na co nejnížší úrovni, by každý zdravotnický tým ve věznici, která nabízí opioidovou substituční léčbu, měl zahrnovat lékaře specializované v léčbě látkových závislostí.

Opioidová substituce by měla být chápána jako jedna část široké škály nabízených možností léčby pro uživatele drog, a měla by umožnit nebo usnadnit zařazení uživatelů drog do dalších léčebných modalit. Jak však prokázal citovaný průzkum (Stöver H., Cassekmann H., Hennebel L., 2006), ve většině věznic chybí psychosociální péče kvůli nedostatku zdrojů, a v takovém případě má substituční léčba tendenci být pouhým předepisováním opioidů, což vyvolává značnou nespokojenost pacientů i lékařů.

Pro minimalizaci krádeží a zneužívání opioidů jsou nevyhnutelná kontrolní opatření. Mezi ně patří kontrola ústní dutiny po podání předepsaných opioidů, a v mnoha substitučních programech také pravidelné testy moči na přítomnost metabolitů drog. Tyto kontroly by měly být prováděny prostřednictvím zdravotnického personálu a za podmínek zachování důvěrnosti. Výzkum neprokázal, že by zkoušky moči byly spolehlivým účinným způsobem monitoringu užívání drog. Terapeutický, otevřený vztah založený na důvěře pravděpodobně umožní určit vzorce užívání drog přesněji a produktivněji.

Přímá vizuální kontrola močení je ponižující a není slučitelná s úctou ve vztahu k pacientovi. Výsledky testů moči musí být považovány za důvěrné a měly by sloužit pouze pro klinické rozhodování.

Pro zlepšení kvality programů opioidové substituce ve věznicích by týmy zdravotní péče měly:

- usilovat o odpovídající personální obsazení;
- mít interdisciplinární přístup k programům pro léčbu drogové závislosti;
- řídit se příklady nejlepší klinické praxe;

- sledovat a vyhodnocovat výsledky léčby odpovídající evidencí;
- zajišťovat kontinuitu péče o pacienty, kteří mají být převedeni nebo propuštěni;
- konzultovat postup s uživateli služeb a jejich názory v rozvoji služeb zohlednit;
- umět reagovat na různorodé potřeby všech uživatelů drog ve věznici;
- zapojit se do vzdělávání zdravotnického a ostatního personálu;
- komunikovat pravidelně s týmy zdravotní péče z jiných věznic a komunitními službami, které se podílejí na léčbě uživatelů drog;
- podléhat pravidelnému dohledu;
- podílet se na výzkumu pro optimalizaci léčby.

Léčba uživatelů drog ve věznici s farmakologickou podporou opioidy je hodnotnou a vědecky dobře podloženou léčebnou modalitou s prokázaným přínosem snižování škod pro zdraví jednotlivců a veřejné zdraví. Proto ji lze z hlediska lékařské etiky rozhodně doporučit. Ti, kterým etické výhrady brání předepisovat léky udržující závislost uživatelů drog a kteří považují za úspěch v léčbě drogové závislosti pouze abstinenci, by měli znovu zvážit, zda tento vznešený cíl léčby, kterého lze jen zřídka dosáhnout v krátkodobém horizontu, převáží nad hmatatelným poklesem úmrtnosti, nemocnosti, osobního utrpení, sociální nestability a trestné činnosti při opioidové substituční udržovací léčbě.

- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Council of Europe (2001): 11th general report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 2000. Strasbourg, Council of Europe, 2001 (CPT/Inf (2001) 16).
- Christensen, PB; Hammerby, E.; Smith, S.; Bird, SM (2006). Mortality among Danish drug users released from prison. *International Journal of Prisoner Health* 2: 13-19.
- Council of Europe (1999): The ethical and organisational aspects of health care in prison. Recommendation No. R(98)7 and explanatory memorandum. Council of Europe Publishing.
- Council of Europe (2001): 11th general report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 2000. Strasbourg, Council of Europe, 2001 (CPT/Inf (2001) 16).
- Council of Europe (2004): European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. The CPT standards. "Substantive" sections of the CPT's General Reports. www.cpt.coe.int
- Council of Europe (2006): Recommendation Rec (2006)2 on the European Prison Rules. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>
- Dolan, KA; Wodak, AD; Hall, WD (1996): An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Research*, 4:85-97.
- Eder, H. et al. (2005): Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. *Addiction*, 100: 1101-1109.
- Kirchmayer, U. et al. (2002): A systematic review on the efficacy of naltrexone maintenance treatment in opioid dependence. *Addiction*, 97:1241-1249.
- Kastelic, A.; Perhac, O.; Kostnapfel Rihtar, T. (2001): General instructions for treating drug users in prisons in Slovenia. Ljubljana, Ministry of Health of the Republic of Slovenia, Ministry of Justice of the Republic of Slovenia, 2001.
- Kastelic, A. (2007): Health in prisons, A WHO guide to the essentials in prison health. World Health Organization; Substitution treatment in prisons; 113-132.
- Kinlock, TW; Gordon, MS; Schwartz, RP; O'Grady, K.; Fitzgerald, TT; Wilson, M. (2007): A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: Results at 1-month post-release. In: *Drug and Alcohol Dependence* 91 (2007) 220-227.
- Lines, R. et al. (2004): Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia. Dublin, Irish Penal Reform Trust.
- Lines, R. (2006): From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons. *International Journal of Prisoner Health* 2:269-280.
- Minozzi, S. et al. (2006): Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1):CD001333.
- National Institute on Drug Abuse (2000): Principles of drug addiction treatment: a research based guide. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse.
- Newman, R. (2003): Methadone: the barest basics; a guide for providers. SEEA Addictions(Odvisnosti/ Ovisnosti/Zavisnosti/ Addictions), 4(1-2).
- Penal Reform International (2001): Making Standards Work: An International Handbook on Good Prison Practice, 2nd ed. Penal Reform International, The Hague, Pont, J. (2006): Medical ethics in prisons: Rules, standards and challenges. *International Journal of Prisoner Health* 2:259-267.

literatura

Stallwitz, A.; Stöver, H. (2007): The impact of substitution treatment in prison – a literature review, *International Journal of Drug Policy*, Vol. 18 (6), Nov. 2007.

Stöver, H.; Casselman, J.; Hennebel, L. (2006): Substitution treatment in European prisons: a study of policy and practices in 18 European countries. *International Journal of Prison Health*, 2:3–12.

Stöver, H.; MacDonald, M.; Atherton, S. (2007): *Harm Reduction for Drug Users in European Prisons*. Oldenburg/Germany, London/UK.

United Nations Office on Drugs and Crime, UNAIDS and WHO (2006): *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime (<http://www.who.int/hiv/treatment/en/index.html>, accessed 15 September 2006).

Verster, A.; Buning, E. (2000): *European methadone guidelines*. Amsterdam, EuroMethwork (<http://www.q4q.nl/methwork/startguidelines.htm>, accessed 15 September 2006).

WHO (1993): *Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons*. Geneva, World Health Organization, 1993 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_GPA_DIR_93.3.pdf, accessed 15 September 2006).

WHO, United Nations Office on Drugs and Crime and UNAIDS (2004): *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/substance_abuse/publications/psychoactives/en/index.html, accessed 15 September 2006).

WHO Regional Office for Europe (1990): *Drug abusers in prisons: managing their health problems*. Report on a WHO meeting, The Hague, 16–18 May 1988. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 27).

WHO Regional Office for Europe and Pompidou Group of the Council of Europe (2002): *Prisons, drugs and society*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 15 September 2006).

Zickler P (1999): High-dose methadone improves treatment outcomes. *NIDA Notes*, 14(5) (http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol14N5/High_Dose.html, accessed 21 December 2006).

Anonymous (2005): Prison health: a threat or an opportunity? *Lancet*, 366:57.

Council of Europe (2001): Development and improvement of substitution programmes. Strasbourg, Council of Europe Publishing.
Department of Health (2006): Clinical Management of Drug Dependence in the Adult Prison Setting. Including Psychosocial Treatment as a Core Part. London/UK.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002): Key role of substitution in drug treatment. *Drugs in Focus*, Issue 1 (January-February) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=439>, accessed 15 September 2006).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003): Treating drug users in prison – a critical area for health-promotion and crime-reduction policy. *Drugs in Focus*, Issue 7 (January-February) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=439>, accessed 15 September 2006).

Farrell, M.; Marsden, J. (2005): Drug-related mortality among newly released offenders, Home Office on-line report 40/2005, Government of England and Wales.

Ford, C. et al. (2003): Guidance for the use of buprenorphine for the treatment of opioid dependence in primary care. London, RCGP Drug and Alcohol Misuse Training Programme, RCGP Sex, Drugs and HIV Task Group and SMMGP (<http://www.smmgp.org.uk/html/guidance.php>, accessed 15 September 2006)).

Kastelic, A. (2004): Statement on the 7th European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prison, "Prison, Drugs and Society in the Enlarged Europe". In: Stöver, H.; Hennebel, LC; Casselmann, J. (eds.) Substitution treatment in European prisons. A study of policies and practices if substitution in prisons in 18 European countries. London, European Network of Drug Services in Prison.

Kastelic, A.; Kostnapfel Rihtar, T. (2003): Drug addiction treatment in the Republic of Slovenia. *SEEA Addictions*, 4(1-2).

Kerr, T.; Jürgens, R. (2004): Methadone maintenance therapy in

prisons: reviewing the evidence. Montreal, Canadian HIV/AIDS Legal Network (<http://pubs.cpha.ca/PDF/P31/22907.pdf>, accessed 15 September 2006).

Kraigher, D. et al. (2005): Use of slow-release oral morphine for the treatment of opioid dependence. *European Addiction Research*, 11:145-151.

La Vincente, S. (in press): Treatment of injecting drug users with HIV/AIDS: promoting access and optimizing service delivery. Geneva, World Health Organization.

MacDonald, M. (2004): A study of existing drug services and strategies operating in prisons in ten countries from central and eastern Europe. Warsaw, Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison (CEENDSP), Cranstoun Drug Services (http://www.endipp.net/index.php?option=com_remository&Itemid=42&func=selectcat&cat=1, accessed 15 September 2006).

Møller, L.; Stöver, H.; Jürgens, R.; Gatherer, A.; Nikogosian, H. (eds.) (2007): Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: World Health Organization. (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).

National Institute on Drug Abuse (2000): Principles of drug addiction treatment: a research based guide. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse.

Newman, R. (2003): Methadone: the barest basics; a guide for providers. *SEEA Addictions* 4:1-2. Uchtenhagen, A. (2002): Drug abuse treatment in the prison milieu: a review of the evidence. In: Council of Europe, ed. Prisons, drugs and society. Strasbourg, Council of Europe: 79-98.

Verster, A.; Buning, E. (2003): Information for policymakers on the effectiveness of substitution treatment for opiate dependence. Amsterdam, EuroMethwork.

Verster, A.; Buning, E. (2003): Key aspects of substitution treatment for opiate dependence. Amsterdam, EuroMethwork.

další literatura

Verster, A.; Keenan, E. (2005): HIV/AIDS treatment and care protocols for injecting drug users: draft. Lisbon, WHO Technical Consultation, in collaboration with EMCDDA, on the Development of HIV/AIDS Treatment and Care Protocols for IDU.

WHO Regional Office for Europe (2003): Declaration on Prison Health as a Part of Public Health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2003 91 (http://www.euro.who.int/Document/HIPP/moscow_declaration_eng04.pdf, accessed 15 September 2006).

WHO (2004): The practices and context of pharmacotherapy of opioid dependence in central and eastern Europe. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html, accessed 15 September 2006).

WHO, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), UNAIDS (2004): Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper. Geneva (http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf, accessed 19 October 2005).

WHO Regional Office for Europe (2005): Status paper on prisons, drugs and harm reduction. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/prisons/publications/20050610_1, accessed 15 September 2006).

WHO/UNAIDS/UNODC (2007): Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons – Opioid substitution therapies and other drug dependence treatment. Evidence for Action Technical Papers.

Kontaktní údaje autorů

Andrej Kastelic
Center for Treatment of Drug Addiction Ljubljana,
Zaloska 29, SI-1000 Ljubljana/Slovenia;
Mail: andrej.kastelic@psih-klinika.si

Prof. Dr. med. Jörg Pont,
Brachtlgasse 20A, A-1230 Vienna/Austria,
Mail: joerg.pont@meduniwien.ac.at

Prof. Dr. Heino Stöver,
Universität Bremen, FB 06, Postbox 330 440, D-28334 Bremen/Germany
Mail: heino.stoever@uni-bremen.de



centrum adiktologie

● ● ● ● Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze
a VFN v Praze
Ke Karlovu 11 / 120 00 Praha 2 / Česká republika
e-mail: info@adiktologie.cz
www.adiktologie.cz

Substituční léčba opioidy ve věznicích

Praktický průvodce

Autoři: Andrej Kastelic, Jörg Pont, Heino Stöver / Editor českého vydání: JUDr. Michaela Štefunková, Ph.D. / Překlad: Mgr. David Fuchs / Odborná korektura a předmluva k českému vydání: MUDr. Petr Popov / Jazyková korektura: Mgr. Marta Davidová, Štěpán David / Design a layout: MgA. Hana Valihorová / Zlom: Jozef Mrva / Vydalo: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze a VFN v Praze a Sdružení SCAN / www.adiktologie.cz, e-mail: info@adiktologie.cz / Vytiskl: POINT CZ, s.r.o. / Praha 2010 / ISBN: 978-80-86620-23-7 / Náklad: 200 ks / Neprodejné

Substituční léčba opioidy ve věznicích

Praktický průvodce

Tato příručka substituční léčby opioidy ve věznicích má pomoci vězeňským lékařům, smluvním lékařům, vězeňským zdravotnickým pracovníkům, vězeňské správě, nevládním organizacím a dalším při poskytování nebo podpoře substituční léčby vězňů závislých na opioidech.

Drogovou závislost je třeba považovat za závažné onemocnění a každý hraje určitou úlohu v tom, jak zajistit co nejlepší zacházení s vězni a jak udržet škody působené drogami na co nejnížší úrovni. Aplikace doporučení uvedených v této příručce přispěje ke zdravějšímu pobytu ve věznici pro vězně s drogovou závislostí, přičemž přinese uspokojení vězeňským pracovníkům a výrazné snížení škod, které užívání drog ve věznicích může způsobovat.

Příručka je založena na znalostech vědců a lékařů / psychiatrů / zdravotnických pracovníků, působících v oblasti substituční léčby ve věznicích. Byla přezkoumána relevantní mezinárodní literatura a databáze s cílem vyvinout nejlepší metodiku podloženou důkazy. Publikace navazuje na pokyny a doporučení několika mezinárodních publikací, jako je Regionální úřad WHO pro Evropu – Zdraví ve věznicích, Příručka WHO k základům zdraví ve věznicích, Rámec UNODC / UNAIDS / WHO pro prevenci HIV, péči, léčbu a podporu ve věznicích, a dále technický dokument WHO / UNAIDS / UNODC – Důkazy pro opatření: Intervence zaměřené na HIV ve věznicích – léčba drogové závislosti.



NEPRODEJNÉ



centrum adiktologie



Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze
a VFN v Praze

Ke Karlovu 11 / 120 00 Praha 2 / Česká republika

e-mail: info@adiktologie.cz

www.adiktologie.cz



EVROPSKÁ
UNIE