



Zápis z konference

Substituce pro uživatele metamfetaminu - dobrá praxe ze zahraničí

organizovaná sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
ve spolupráci s Asociací nestátních organizací

Den: 21. března 2018

Čas: 9:30–16:00

Místo: Lichtenštejnský palác v Praze

Úvod

Zástupkyně sRVKPP L. Kiššová přivítala zúčastněné a představila cíl konference, kterým bylo sdílení dobré praxe ze zahraničí v oblasti substituce uživatelů metamfetaminu. V ČR dosud nebyla zavedena u této cílové skupiny intervence ve smyslu podávání substituční látky (u stimulantů). Na tuto konferenci byli přizváni zahraniční experti, kteří se tomuto tématu věnují. Cílem bylo sdílení názorů, výměna zkušeností v praktickém zavedení substituce a představení nejnovějších vědeckých poznatků v této oblasti. Dále L. Kiššová omluvila dva ze tří zahraničních hostů, kteří se nemohli semináře osobně zúčastnit ze zdravotních důvodů. Informovala zúčastněné o tom, že Richard Pates představí svou prezentaci telefonicky a příspěvek Russella NewCombea přednese V. Mravčík.

Blok 1: Substituční léčba závislosti na metamfetaminu

Úvodní slovo jménem ministra zdravotnictví přednesl T. Jung (Ministerstvo zdravotnictví), Popisoval systém léčby závislostí, včetně *harm reduction*, jako systém, který je v ČR na dobré úrovni. Za resort zdravotnictví ovšem vnímá za zásadní dotvoření sítě zdravotnických služeb a vytvoření jedné dospělé a jedné dětské adiktologické ambulance v každém kraji. Ministr rozumí snaze o vytvoření dostupnosti všech typů adiktologických služeb, ovšem zmínil obavy ohledně přesunu substitučních látek na černý trh.

Užívání metamfetaminu a léčba závislosti v České republice

Jindřich Vobořil, národní koordinátor pro protidrogovou politiku, Odbor protidrogové politiky, Úřad vlády, Česká republika

J. Vobořil se v úvodu své prezentace zaměřil na historii metamfetaminu. Amfetamin byl poprvé vyvinut v Německu v r. 1887 a přišel na scénu v bývalém Československu začátkem 70. let, rozšiřuje se mezi lety 1980–1982, přičemž výroba metamfetaminu nebyla finančně motivovaná, nespojila tedy s organizovaným zločinem. V r. 2016 bylo odhadem 46 800 problémových uživatelů drog v ČR, z toho 34 300 uživatelů pervitinu (metamfetaminu).

72 % současných injekčních uživatelů jsou uživatelé pervitinu. ČR má nejvyšší roční prevalenci užití metamfetaminu v EU (0,8% populace ve věku 15-64).

J. Vobořil považuje za zásadní, jak se události ohledně metamfetaminu opakují v různých časech na různých částech světa. Vzpomíná na situaci v USA, kdy byla v 90. letech epidemie užívání metamfetaminu, který byl do země dovážen z Asie převážně z Thajska.

Pod velkým tlakem USA došlo postupně téměř k uzavření hranic pro pašování metamfetaminu do Spojených států. To vedlo k nelegální výrobě metamfetaminu po celém území USA i Kanady a následnému masivnímu věznění výrobců. Připomenutím historie tak J. Vobořil naznačil, že pouhé zamezení přístupnosti nelegální látky nestačí k řešení situace v oblasti zneužívání látky, je nutno se soustředit na prokázané efektivní postupy – jako nejefektivnější se jeví kombinace široké škály preventivních a léčebných postupů spolu se snižováním nabídky.

Existují rozdíly ohledně užívání metamfetaminu a heroínu, s čímž souvisí nutnost přizpůsobení služeb k té dané cílové skupině. Metamfetamin je spíše spojován s uzavřenou drogovou scénou, užívá se v menších skupinách, členové se navzájem znají a vzájemně se zásobují, během dne tolik nevycházejí, užívají maximálně jednou denně. Kontakt je tak mimořádně obtížný a terénní pracovníci docházejí do lokalit ve večerních hodinách.

J. Vobořil končí svou prezentaci desaterem, které má sloužit jako souhrn zásad, které by měly být zohledněny v rámci tvorby protidrogové politiky. Mezi zásady patří: systém včasného varování, včasná intervence, schopnost adaptovat se na měnící se podmínky a okolnosti a akceptovat specifické problémy dlouhodobých uživatelů, podpora vzdělávání a zvyšování kapacit pracovníků služeb spolu s edukací uživatelů, rovnováha mezi snižováním nabídky a poptávkou, úzká spolupráce represivních orgánů a léčebných a preventivních programů, dostupnost farmakoterapie, zvyšování veřejného povědomí, primárně preventivní strategie a monitoring vysoce rizikových skupin.

Aktuality v substituční léčbě u uživatelů amfetaminu ve Velké Británii

Russell Newcombe, vedoucí výzkumu ve 3D Research, Velká Británie

Viktor Mravčík (NMS) přednesl prezentaci R. Newcomba, který se nemohl konference zúčastnit.

V Anglii se užívá převážně amfetamin, v menší míře pak metamfetamin. Prevalence užívání amfetaminu v obecné populaci je 10-12 % s klesající tendencí, pokud se jedná o celoživotní užívání. Užívání v posledním roce v obecné populaci je 0,5 %, což V. Mravčík srovnává se situací v ČR, kde je situace podobná, i když je procento o něco vyšší (ale též pod jedno procento). Počet osob, které užili amfetamin v posledním roce se, odhaduje na 153 000 v celé Británii (odhady jsou nižší ve srovnání s užíváním metamfetaminu v ČR). Problémové uživatele drog nebo závislé na amfetaminu odhadují na 45 000, v ČR je počet PUD 35 000, čili je u nás výskyt přibližně 4x vyšší. Uživatelů amfetaminů v léčbě je ve Velké Británii (VB) za jeden rok 11-16 000 (v posledních 10 letech), z toho nových pacientů/klientů je okolo 5 000. Uživatelů metamfetaminu je ve VB znatelně méně, v roce 2017 se dostalo do léčby 559 osob. V roce 2016 zemřelo ve spojitosti s užíváním amfetaminu 96 osob (pro srovnání: v ČR ročně zemře 10-15 osob).

Mezi látky uvedené na trh, které se dají využít k substituční léčbě, patří dexamfetamin, lisdexamfetamin, metyfenidát (známý jako Ritalin) a modafinil. Tyto léky mají indikaci při narkolepsii, při léčbě ADHD, některá se užívají jako anorektika při léčbě obezity.

Výdej dexamfetaminu v lékárnách v posledních letech klesá (v roce 2016 to bylo 39 692 výdejů), naopak stoupá výdej lisdexamfetaminu (76 014 výdejů) a modafinilu (79 251 výdejů). Metamfetamin byl v lékopise až do roku 2008.

Dále R. Newcombe ve své prezentaci popisuje indikace k substituční léčbě a důvody k nezařazení do tohoto programu. Aby mohl být člověk klientem substituční léčby, musí být jeho primární drogou amfetamin, musí užívat dlouhodobě (minimálně tři měsíce), být na amfetaminu závislý s prokazatelným cravingem a odvykacím syndromem. Důvody k nezařazení do programu jsou pak přidružená psychická porucha, zdravotní problémy (např. nemoci srdce, nízká váha), těhotenství či polymorfní užívání.

Další částí prezentace byly důkazy o účinnosti substituční léčby stimulanty, kde R. Newcombe předložil hlavní výsledky publikovaných prací. Řada metaanalytických prací prokazuje účinnosti této léčby, ale přesto se výsledky nejeví jako dostatečně přesvědčivé. Jako látky se nejslibněji jeví dexamfetamin či metyfenidát.

Dále R. Newcombe diskutuje 21 studií prováděných na území Velké Británie, zaměřujících se na měření účinnosti amfetaminové substituce, studie národní, regionální i studie lokální. Většina studií byla kvaziexperimentálních či deskriptivních, ale byly prováděny i studie experimentální. Metodologickým problémem těchto studií bylo, že se jednalo o malé nereprezentativní vzorky, s malým výzkumným souborem, doba trvání výzkumu byla krátká, nejednalo se o randomizované kontrolované studie, nejednalo se o objektivní měření, ale o sebeuposuzování atd. Pozitivní výsledky se ve studiích projevují v oblasti zlepšení zdravotního a psychického stavu u respondentů zapojených do substitučního programu, snížení kriminality, snížení frekvence užívání amfetaminu, redukce rizikového chování (např. snížení injekčního užívání) a zvýšená retence v léčbě.

Zkušenost s předepisováním dexamfetaminu pro uživatele závislé na amfetaminu

Richard Pates, klinický psycholog, Velká Británie

R. Pates zaměřil svůj příspěvek na popis situace ohledně předepisování substitučních preparátů v Jižním Walesu. Předkládá své vlastní zkušenosti a také řadu výzkumů, které byly prováděny na území Walesu v od 90. let.

Užívání amfetaminů je v oblasti Walesu již od 70. let populární především díky jeho nižší ceně (ve srovnání s heroinem či kokainem). Odborníci si byli vědomi negativních aspektů, které doprovází užívání amfetaminu (užívání rizikovým způsobem, psychické komplikace apod.), nicméně zavedení substituční léčby (podobně jako fungovala u opiátových uživatelů) nebylo možné a to především z důvodů nedostatečné vědecké podloženosti účinnosti těchto programů u této cílové skupiny. Dále R. Pates mluvil o obavách, které jsou spojovány s předepisováním stimulantů jako je například hrozba chaotického chování, přesunu substitučních látek na černý trh, což je popsáno i v pokynech Ministerstva zdravotnictví.

R. Pates představil výzkum (1996), na kterém se podílel. Jednalo se o pilotní program předepisování dexamfetaminu pro uživatele amfetaminu ve Walesu. Cílem projektu bylo redukovat injekční užívání amfetaminu, redukovat užívání amfetaminu z černého trhu a stabilizovat životní styl (redukce prostituce, kriminality a zlepšení zdravotního stavu). Cílem nutně nebylo, aby uživatelé, kteří byli zařazeni do studie, začali abstinovat od amfetaminu. Po skončení studie (24 týdnů) se frekvence injekčního užívání snížila z 38krát za týden na 1,3krát za týden a 4 klienti přestali zcela užívat injekčně. Užívání amfetaminu získaného z černého trhu se snížilo z průměrných 40,45 g/týden na průměrných 1,6 g/týden a 4 klienti přestali zcela užívat amfetamin. Změny v životním stylu byly shledány u 5 z 6 klientů, kteří pracovali v oblasti sex byznysu a přestali v něm pracovat úplně, 1 klient v této oblasti pracoval jen příležitostně. U všech byla snížena kriminalita a zlepšen zdravotní stav. V této studii nebyla žádná kontrolní skupina a jednalo se o pilotní studii.

Jiný výzkum prováděný také ve Walesu autorem McBride a kolektivem dalších autorů (1997) došel k závěru, že pacienti, kterým byl předepisován dexamfetamin jako substituční látka, vydrželi v léčbě v průměru 11,7 měsíců ve srovnání s pacienty, kteří ve stejné službě substituční látku nedostávali a vydrželi v léčbě v průměru 1,4 měsíce.

Výzkumy (Charnaud a Griffiths, 1998 a White, 2000) byly zaměřené na to, jak může předepisování dexamfetaminu ovlivnit užívání amfetaminu rizikovým způsobem, čili intravenózně. Charnaud a Griffiths došli k závěru, kdy 70 % uživatelů amfetaminu přestalo užívat injekčně a White uvádí, že 63 % přestalo užívat amfetamin injekčně.

Carnwath (2002) a kolektiv dalších autorů studovali preskripci dexamfetaminu a její vliv na psychické zdraví u skupiny osob s diagnózou schizofrenie, kteří zároveň užívali amfetamin. Ve čtyřech z osmi případech vysledovali zlepšení jak v oblasti užívání, tak i v oblasti zdraví

duševního. U respondentů taktéž nedošlo k exacerbaci psychotických projevů. Snížilo se užívání nelegálně získávaného amfetaminu, jeho injekčního užívání a kriminálního chování. Nicméně nebyl shledán signifikantní rozdíl mezi studovanou a kontrolní skupinou.

Posledním zmiňovaným výzkumem byla pilotní studie využívající kontrolní skupiny, prováděná Merrillem a kolektivem dalších autorů, který byl publikován v roce 2005. U obou výzkumných skupin bylo zaznamenáno snížení v užívání amfetaminu, bez signifikantního meziskupinového rozdílu. V experimentální skupině byl zaznamenán větší pokles v injekčním užívání, nežli tomu bylo ve skupině kontrolní. Míra zlepšení fyzického i psychického zdraví byla taktéž prokazatelně větší u experimentální skupiny a to jak v průběhu výzkumu, tak po jeho skončení, zároveň nebyly zaznamenány žádné negativní psychické či fyzické účinky dexamfetaminu. Tato studie tedy nepotvrdila výše zmiňované obavy- riziko zhoršení psychického či fyzického zdraví. Nicméně, autoři poukazují na fakt, že by substituce měla být součástí balíčku psychosociálních intervencí, testování moči, kontroly krevního tlaku a sledování psychického a fyzického stavu. Do budoucna je třeba provést randomizovanou kontrolní studii, kde bude zahrnuto více respondentů.

Na závěr R. Pates dodává, že i když existují obavy ohledně předepisování substituce stimulantů (zhoršení psychického stavu, přesun látek na černý trh apod.), lze těmto obavám předcházet, pokud bude služba poskytována adekvátně. Zároveň vyzdvihuje pozitiva substituce, jako je snížení užívání nelegálně získávaného amfetaminu či snížení frekvence užívání intravenózní cestou. Podobně, jak je tomu u opiátové substituce, musí být předepisování substitučního preparátu doprovázeno dalšími psychosociálními intervencemi.

L. Kiššová měla dotaz ohledně doporučených postupů Ministerstva zdravotnictví (MZ) v lékárnách, zda se již pohled na předepisování substituce změnil, či stále není doporučován. R. Pates hovořil o tom, že pokyny MZ se nezměnily, což si vysvětluje především tím, že je vláda ve Velké Británii velmi konzervativní a bylo by třeba dalších studií s přesvědčivými výsledky.

Další otázky byly od V. Mravčíka, kterého zajímalo, jaká látka by byla nejvhodnější pro pilotní studii v ČR. R. Pates se domnívá, že by bylo třeba zpracování review, pro prokázání toho, která látka je nejvhodnější, zkušenosti má pouze s dexamfetaminem. Existuje řada výzkumů, které R. Pates nezahrnul do své prezentace (z Austrálie, Kalifornie), vzhledem k tomu, že se zaměřil pouze na výzkumy prováděné na území VB.

Poslední dotaz byl směřován k účinkům dexamfetaminu na psychiku, schopnostem této látky zlepšovat psychické zdraví, kdy R. Pates mluvil o tom, že látka sama o sobě pravděpodobně nemá vliv na zlepšení psychického zdraví, velkou roli ale hraje zapojení člověka do systému péče a tím otevření možností k dalším intervencím, dále stabilizace v užívání (dávka, frekvence) díky předepisování substituční látky, která je také bez dalších nežádoucích příměsí.

Diskuze

První dotaz byl směřován na možné bariéry v realizaci studie ohledně metamfetaminové substituce a následně i zavedení substituce v ČR. V. Mravčík mluvil o problematice v realizaci projektu převážně z finančních důvodů. V jiných zemích často studie stimulují farmaceutické firmy, které samy oslovují odborníky, aby se studie zúčastnili a financují realizaci takové studie. V ČR se farmaceutické agentury v této problematice neangažují. RVKPP by mohlo finančně podpořit takto zaměřený projekt, ale až v případě, že je autorizován výzkumnou agenturou, což se doposud nepodařilo. Agentura pro zdravotnický výzkum ČR (AZV) projekt nepodpořila, V. Mravčík mluvil o problematice v prioritizaci projektů podávaných AZV, kdy takový projekt soutěží se všemi projekty z oblasti výzkumu zdraví.

Pracovnice Psychiatrické nemocnice Jihlava sdílela své zkušenosti s předepisováním atomoxetinu (pacientům s komorbiditou ADHD), což je látka, která je uvolněná i pro

dospělou populaci a je hrazena zdravotními pojišťovnami a z praxe prokazuje dobré výsledky. Na to reagoval další odborník, který potvrdil, že také podává pacientům atomoxetin s dobrými výsledky.

MUDr. Vávrová v diskusi sdílela obavy z preskripce metylfenidátu dospívajícím, užívajícím metamfetamin, kteří jsou primárně hyperkinetiční (ADHD), z důvodů možných nežádoucích účinků na psychiku. Upozornila na důležitost v zapojení jedince do systému péče a komplexnímu přístupu v léčbě takového jedince.

Blok 2: Spolupráce a terapie uživatelů metamfetaminu a substituce

Substituce metamfetaminu v České republice

Jakub Minařík, psychiatr, Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Česká republika

Roman Gabrhelík, výzkumný pracovník, Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Česká republika

Druhý blok uvedl příspěvek J. Minaříka a R. Gabrhelíka na téma „*Substituce metamfetaminu v České republice*“.

J. Minařík představil výzkum, který prováděl mezi lety 2010-2015, kdy podával 24 pacientům, uživatelům metamfetaminu, metylfenidát (Ritalin). Jednalo se o 17 pravidelných uživatelů, 7 nárazových uživatelů metamfetaminu. Průměrnou denní dávkou metylfenidátu bylo 37,6 mg a substituční látku si pacienti hradili z vlastních zdrojů. Některým z pacientů byla dále předepisována antidepressiva, antipsychotika či stabilizátory nálady. Vedle farmakologické léčby se pacientům dostávalo i psychosociálních intervencí a pravidelné kontroly zdravotního stavu.

Průměrná doba léčby činila 8 měsíců, 10 pacientů začalo abstinovat (z toho 9 pravidelných uživatelů), což si J. Minařík vysvětluje především tím, že osoby dlouho užívající stimulancia, často při pokusu o redukci užívání trpí velkými únavami, a právě metylfenidát může napomoci snižovat intenzitu této únavy. U všech pacientů, kteří v programu vydrželi déle než měsíc, došlo ke zlepšení zdravotního stavu, zlepšení v sociální oblasti a celkovému zlepšení kvality života.

Druhou část prezentace přednášel R. Gabrhelík a zaměřil se na možnosti v prokázání účinnosti substitučních programů pro osoby užívající metamfetamin, možnosti v uskutečnění studie na území ČR, která by se mohla na toto téma zaměřit a na jejímž základě by pak mohlo dojít k realizaci zapojení tohoto programu do systému péče. V současné době se provádí výzkumy jen na rovině klinické, podobně jako přednášel J. Minařík. R. Gabrhelík se zamýšlel nad možnostmi provedení randomizované kontrolované studie (RTC) v našich podmínkách.

Podle R. Gabrhelíka se nedaří nastartovat RCT, které jsou zlatým standardem. V současné době nejsou schopni zrealizovat RCT, protože nevyšel grant, na který nebylo možné uhradit pojištění předem. R. Gabrhelík potvrdil, že Státní ústav pro kontrolu léčiv (SUKL) nedal svolení k tomu, aby mohl být proveden tento typ studie, protože nebylo zapláceno pojištění a etická komise nevydala své stanovisko, protože neměla vyjádření od SÚKLu.

Možným řešením by dle R. Gabrhelíka bylo, zaměřit se na praxi a vytvořit dostatečně bezpečné prostředí, legislativně i jinak, aby klinici mohli používat dané substituční léčivo i pro indikaci závislosti na metamfetaminu, kde by se mohla dlouhodobě sledovat efektivita. Otázkou je, jak zapojit další klíčové hráče z řad poskytovatelů, jak získat podporu z resortů a dohledových orgánů (např. SUKL).

V diskuzi byl komentován příspěvek zkušeností z praxe odborníkem z publika, že se o to praktici z ambulancí psychiatrických pokouší, používá se ludiomil a velbutrin, čímž se dala únava zaléčit, ale efekt se nedal srovnávat s efektem stratergy (převážně u pacientů s komorbiditou ADHD). Dále se zamýšlela ohledně vnímání toho, kdy je léčba opravdu úspěšná, a potřebě stanovit přístup jak hodnotit úspěšnost (relapsy, doba abstinence po ukončení výzkumu atd.).

Harm Reduction nebo paliativní péče? - Kazuistika pacienta se závislostí na metamfetaminu v Berlíně

Hans-Tilmann Kinkel, lékař v závislostní medicíně v Berlíně, interní lékař ve Frankfurtu, poradce v práci s klienty ohroženými závislostí v Bělorusku a Gruzii, Německo

Paní J. se narodila v roce 1978 do rodiny, kde často docházelo k násilí (často se sexuálním podtextem) směrem k matce, přičemž J. byla často svědkem tohoto násilí. V roce 1988 její otec zemřel, poté již v rodině nedocházelo k žádnému násilí. Od roku 1992 začala experimentálně užívat marihuanu kokain a heroin. Rok poté začala pracovat v sex byznysu. Do roku 2000 užívala kokain a heroin pravidelně (2-6x denně, také intravenózně), měla na to dostatek financí. V roce 2000 byla 2 dny vězněna klientem, který se ji pokusil zabít a jako následek toho, přestala pracovat v sex byznysu, ztratila finanční příjem a začala užívat metamfetamin. Dva dny strávila na detoxifikačním oddělení, poté začala masivně užívat benzodiazepiny, heroin a metamfetamin, také z důvodu snížení úzkosti a deprese. V roce 2001 začala opět pracovat v sex byznysu. Do roku 2015 se nadále 2x pokusila o detoxifikaci, 2x byla nedobrovolně hospitalizována (psychotické projevy), 2,5 roku byla v trestu odnětí svobody, 9 let celkem byla zapojena do substitučního metadonového programu, po roce 2010 přešla z užívání kokainu na metamfetamin (z finančních důvodů). Byla ji diagnostikována řada poruch (závislost na opioidech, závislost na metamfetaminu, schizoafektivní porucha, posttraumatická stresová porucha, hraniční porucha osobnosti, depresivní porucha, ADHD, a v remisi závislost na kokainu a alkoholu). Od roku 2015 užívala řadu medikamentů, které jí byly předepisovány (metadon, diazepam, amisulprid, fluoxetin, bupropion, valproat chrono, biperiden ret), zároveň užívala nelegální látky (metamfetamin, heroin, bromazepam) a příležitostně pregabalin a kokain. V roce 2015 jí byla změřena kvalita života - velký problém zaznamenán především v oblasti deprese a úzkosti.

Řešení:

V případě metamfetaminové závislosti má být nabídnuta pobytová léčba, pokud jsou přítomny symptomy úzkosti či deprese, má být použit bupropion či desimpramine, při poruchách spánku (v souvislosti s odnětím drogy) mají být předepsány sedativa či antidepresiva, při detoxifikaci má být užito benzodiazepinů (co nejmenší množství, limitovanou dobu), dexamfetamin může být použit ve výjimečných a v řádně odůvodněných případech k potlačení negativních příznaků při odnětí metamfetaminu, při hospitalizaci, pokud ostatní pokusy selhaly. Dexamfetamin by neměl být předepisován při ambulantní léčbě. Harm reduction intervence by měly být doporučeny, pokud uživatel není schopen, či nechce přestat s užíváním návykových látek.

J. ale řadu z doporučených farmak již užívala, hospitalizaci odmítala, jediným důvodem proč žít byl pro ni její pes. **Chce pomoci, ne zachránit.**

Postup:

Byl zvolen postup domácí detoxifikace pod dohledem matky s denním docházením doktora a psychosociálního poradce k J. domů, zvýšení dávek metadonu a diazepamu, dále užívání planzapinu, metyfenidátu, nitrendipinu, elintrilu, akinetonu, fluoxetinu. Dvakrát týdně docházelo k psychoterapii, ergoterapii a fyzioterapii. První čtyři dny byla J. depresivní, plačtivá, docházelo k mírnému sebepoškozování a mírným psychotickým symptomům, což se razantně zlepšilo po 4. dnu. Slinné testy byly reaktivní na metadon, benzodiazepiny, nebyly reaktivní na morfin, kokain, THC. Byly reaktivní na metamfetamin, zpětně bylo

zjištěno, že matka J. podávala metamfetamin pro zmírnění negativních příznaků při detoxifikaci. Stejný měsíc J. utrpěla nehodu, při které si poranila páteř. Nemohla na operaci, protože podmínkou byla detoxifikace. Následkem toho došlo ke zhoršení J. psychického stavu, pokusila se o sebevraždu, utekla z jednotky intenzivní péče, přestala užívat medikaci a začala intravenózně užívat heroin a kokain. V testu kvality života převládal problém s mobilitou (poranění páteře), extrémní problém ve vykonávání běžných aktivit, deprese, úzkost a bolest.

Další postup:

H. Kinkel a kolektiv spolupracovníků zvolili možnost paliativní péče. Paliativní péče se charakterizuje jako péče pro osoby s život limitující nemocí, která je zaměřena na zmírnění symptomů nemoci, bolesti, stresu z terminálního stadia nemoci. Cílem je zvýšení kvality života jak osoby nemocné, tak její rodiny.

J. byl podáván metadon, oxykodon, diamorfin, novaminsulfon, ibuprofen, a dexamfetamin v dávce 75mg/den (dávka, kterou si finančně mohla dovolit její matka- není hrazen pojišťovnou), diazepam, amisulprid, akineton, fluoxetin, oantozol, macrogol a naloxegol. J. dále užívala metamfetamin v dávce 0,5 mg/den.

V dotazníku kvality se zlepšila oblast bolesti a úzkosti, depresí, kde J. neshledávala žádný problém. Přetrval střední problém v mobilitě, sebeděči a ve vykonávání denních aktivit.

K J. se tedy přistupovalo jako k osobě, která pravděpodobně zemře a je potřeba ji podporovat a pomoci jí ulevit od utrpení s tím souvisejícím. Matka ji finančně podporovala v hrazení léků, J. měla zázemí, byla finančně stabilizovaná (snížily se výdaje za drogy), mohla být se svým psem, žije zbavena bolesti a psychických komplikací, čili cíle, které si klade paliativní péče, byly splněny.

V diskuzi se H. Kinkel vyjadřuje k předepisování dexamfetaminu. Dexamfetamin je možné v Německu předepisovat, ale není hrazen zdravotními pojišťovnami, předepisuje se především na ADHD. V případě že metylfenidát či stratera dostatečně nezabírají či mají vedlejší účinky. Není to oficiálně licencované, ale využití preparátu je možné, pokud ho předepíše lékař a pacient si lék hradí sám. Dexamfetamin ve středisku, kde H. Kinkel pracuje, jako substituční preparát pro uživatele metamfetaminu předepisují, musí být ale užíván pod dohledem.

Kulatý stůl - Doporučená dobrá praxe pro substituci: pozitivní a negativní aspekty

Účastníci: J. Vobořil, H. T. Kinkel, J. Minařík, R. Gabrhelík, V. Mravčík

Příspěvek H. Kinkela plynule přešel v diskuzi u kulatého stolu. Jedno z témat diskuze bylo společné uvažování diskutujících o cílové skupině substituční léčby. Dle diskutujících je důležité léčbu přizpůsobovat jedinci. J. Minařík uvažuje o substituci jako o předem časově neomezené službě, která nutně nemusí vést k abstinenci, proto je i cílová skupina pro substituci různorodá. J. Vobořil se opět přiklání k důležitosti v komplexním přístupu k jedinci za využití psychosociálních intervencí a uvažuje o substituci jako o možnosti časného navázání jedince do systému péče.

Na závěr diskuze bylo shrnuto, co by bylo vhodné do budoucna dělat, aby se zlepšily podmínky pro zavedení substituční léčby v ČR. Klinické zkušenosti se substitucí jsou nejasné, je třeba mapovat, jak klinici s potencionálními substitučními látkami pracují, důležitost sdílení klinických praxí (odborné články, příspěvky na konferencích, odborné diskuze). V. Mravčík klade důraz na provedení observační studie, kdy se budou sledovat klinické zkušenosti. R. Gabrhelík upozorňuje na problematiku v oblasti financování výzkumů.

Dle diskutujících je třeba pro zavádění metamfetaminové substituce do praxe realizovat randomizovanou kontrolovanou studii, monitoring současné situace, zaměřit se na zkušenosti kliniků s předepisováním preparátů využitelných pro substituci, mapovat jaké léky se předepisují a k jakým indikacím se předepisují.

V závěru diskuze mezi odborníky rezonoval názor, že i když jsou na tento přístup různé pohledy, důležitá je meziresortní spolupráce.

Zpracoval: sekretariát RVKPP

Dne: 17. 5. 2018