Epidemiologie 1/05 25.1.2005 9:57 Stránka 27
proLékaře.cz | 9.11.2026

Epidemiol. Mikrobiol. Imunol. 54, 2005, č. 1, s. 27–33

Dotazníková studie mezi praktickými lékaři zaměřená na zkušenosti a postoje k substituci opioidy

Mravčík V.[1], Coufalová M.[1], Popov P.[2], Zábranský T.[3], Procházka R.[4]

[1]Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
[2]Odd. léčby závislostí VFN
[3]Hubert H. Humphrey fellow, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University & National Institute of Drug Abuse, USA
[4]praktický lékař, Praha

Souhrn

Substituční léčba opioidy v ordinacích praktických lékařů je v řadě evropských zemí významnou formou poskytování této léčebné modality spolu s podáváním substituce ve specializovaných centrech. V České republice nebyla substituční léčba ve spojení s poskytovateli primární péče dosud předmětem žádného výzkumu, i když zde možnost předepisovat buprenorfin (Subutex) praktickými lékaři existuje od r. 2001.
Cíl: Získat údaje o vlastních zkušenostech se substitucí a substituovanými pacienty, postojích a potřebách českých praktických lékařů v této oblasti.
Metodika: Dotazníkový průzkum s použitím krátkého dvoustránkového dotazníku rozesílaný cestou Bulletinu Sdružení praktických lékařů a dále distribuovaný prostřednictvím okresních reprezentantů sdružení, zasílaný zpět poštou. Zpět bylo zasláno 398 vyplněných dotazníků, míra respondence na členy Sdružení praktických lékařů byla velmi nízká – 10 %, což může v důsledku snižovat validitu studie.
Výsledky: Vlastní zkušenosti s předepisováním buprenorfinu má 28 (7 %) praktických lékařů, podle krajů je tento podíl významný v Praze a Ústeckém kraji (27 %, resp. 12 %). V dalších krajích, včetně těch, kde je užívání heroinu relativně časté (západní, jižní Čechy), je podíl praktických lékařů předepisujících buprenorfin velmi malý (0–6 %). Vlastní zkušenosti s předepisováním jsou vesměs pozitivní nebo velmi pozitivní (78 %). Hlavní pozitivum je spatřováno v dostupnosti a úspěšnosti léčby. Třetina praktických lékařů, dosud bez vlastních zkušeností, uvažuje o podávání substituce v budoucnu. Zvýšení informovanosti v oblasti závislostí, metodické vedení v substituci a dostupnost konziliárního pracoviště jsou faktory, které jsou vnímány jako velmi důležité do budoucna. Zdá se, že případné zavedení povinného hlášení do centrálního registru substituovaných pacientů netvoří významnou bariéru zavedení substituce do ordinací praktických lékařů. Potenciál praktických lékařů by s cílem zvýšení dostupnosti substituční léčby opioidy v České republice měli využít organizátoři zdravotní péče.

Klíčová slova: léčba agonisty opiátů – udržovací léčba – metadon – buprenorfin – primární zdravotní péče – praktický lékař.

Summary

Mravčík V., Coufalová M., Popov P., Zábranský T., Procházka R.: A Questionnaire Study among General Practitioners: Experience with and Attitudes to Opioid Substitution Treatment

General practitioners (GPs) in their surgeries and substitution treatment centres are the major providers of opioid maintenance treatment in a number of European countries. Although in the Czech Republic any GP has been allowed to prescribe buprenorphine (Subutex) since 2001, the opioid substitution treatment provided by primary care professionals has not been the subject of research to date.
Objective: To collect and analyze data on GPs' experience gained with opioid maintenance treatment in the Czech Reupblic, their attitudes and needs.
Method: A structured questionnaire was distributed via the Bulletin of the Association of General Practitioners and district Association representatives. The validity of study results may be affected by a low respondence rate (10 %) with 398 questionnaires only returned by mail.
Results: Twenty-eight (7%) GPs reported to have gained experience with buprenorphine which was most frequently prescribed in the regions with the highest prevalence of heroin users, i.e. in Prague and the Ústí nad Labem region (27 % and 12 %, respectively). Other regions, including wes-

Epidemiologie 1/05 25.1.2005 9:57 Stránka 28
proLékaře.cz | 9.11.2026

tern and southern Bohemia with relatively high prevalence of heroin users, showed lower buprenorphine prescription rates (0–6 %). Most buprenorphine prescribers (78 %) rated their experience as positive or highly positive. Availability and effectiveness were seen as the main pros of the substitution treatment. One third of the GPs who have not prescribed opioid maintenance treatment yet are considering doing so in the future. Greater awareness of drug abuse issues and availability of methodical guidance and consulting in opioid substitution treatment are going to become the most relevant factors in the future. Possible reportability of data on opioid maintenance treatment to a central registry does not seem to be a major obstacle to implementing the substitution treatment in the GPs' surgeries. Decision makers should take advantage of the GPs' potential to promote the opioid maintenance treatment in the Czech Republic.

Key words: opioid agonist treatment – maintenance treatment – methadone – buprenorphine – primary health care – general practitioner.

Substituční léčba opioidy je definována jako terapeutický postup, při kterém je podáván dlouhodobě působící opioid osobám závislým na opioidech, nejčastěji neparenterálním způsobem aplikace, se záměrem předejít nebo významně redukovat injekční aplikaci nezákonných opioidů – především heroinu. Jejím cílem je zlepšit zdravotní a psychosociální stav osoby závislé na opioidech (1). Substituční léčba je oficiální součástí Akčního plánu EU v oblasti drog na roky 2000–2004 i české Národní strategie protidrogové politiky na období 2001–2004. Lékařsky indikované podávání opioidů se jako léčebná metoda používá od 20. let minulého století ve Velké Británii (podávání heroinu), novodobá historie substituční léčby se datuje od začátků metadonové substituce v USA v 60. letech minulého století. Účelem substituční léčby je zejména: zachovat co nejlepší zdravotní stav uživatelů drog až do úspěšného přechodu k abstinenci bez opiátových látek, redukovat užívání nezákonných drog, redukovat zdravotní poškození, především riziko předávkování a infekce HIV/AIDS a virovými hepatitidami, zkrátit období zneužívání nelegálních drog, snížit pravděpodobnost relapsu, redukovat kriminální aktivity spojené s užíváním nelegálních drog, stabilizovat pacienta v případě abstinenčního syndromu, zvýšit kontakt se službami zdravotní péče, zlepšit fungování v oblasti osobní, sociální a rodinné (2, 3). Z hlediska délky jsou rozlišovány 3 formy substituční léčby (4): krátkodobá – detoxifikační (trvá 1–2 týdny, během hospitalizace), střednědobá – prodloužená detoxifikace (trvá týdny až měsíce, probíhá během hospitalizace, případně ambulantně) a dlouhodobá – udržovací (v řádu měsíců až let).

Celosvětově nejrozšířenějším substitučním preparátem je metadon, touto formou je poskytováno přes 90 % opiátové substituce v EU i v USA. Dalším všeobecně rozšířeným preparátem je buprenorfin, jehož podávání je významně rozšířeno ve Francii (80 tis. osob užívajících buprenorfin a 5 tis. osob užívajících metadon), méně v Rakousku, Portugalsku, Německu, Belgii, Dánsku, Řecku, Španělsku či Velké Británii (3, 5); v současnosti (přelom 2003/2004) je jeho ambulantní podávání zaváděno v USA. Buprenorfin je užíván při krátkodobé i dlouhodobé udržovací substituci; je to parciální antagonista opioidních receptorů, riziko předávkování tedy téměř odpadá. Jeho léčebná účinnost je nižší než u metadonu (6), přesto je využíván pro substituční léčbu zejména mladších, kratší dobu a nižší dávky užívajících závislých a těhotných pacientek. Dalšími preparáty, které se při substituci užívají, jsou kodein (dihydrokodein), morfin ve formě preparátu s pomalým uvolňováním (slow-release morfin) či LAAM, jehož využití bylo omezeno z důvodu výskytu srdečních arytmií při jeho podávání. Lékařské předepisování heroinu, jako postup určený uživatelům, pro které jsou tradiční substituční programy neatraktivní, je v omezené míře praktikováno ve Velké Británii a Švýcarsku, na experimentální bázi probíhá v Holandsku, Německu, Belgii, Španělsku a v Kanadě (2).

Udržovací substituční léčba je realizována jak cestou specializovaných center, tak poskytovateli primární péče a praktickými lékaři. Specializovaná centra poskytují kromě medicínské péče také větší nabídku psychosociálních služeb (poradenství, psychoterapie, sociální práce, rodinná a pracovní terapie atd.), které jsou významným faktorem zvyšujícím efektivitu substituční léčby. V evropských zemích je substituční léčba cestou specializovaných center poskytována zejména v Dánsku, Finsku, Řecku, Itálii, Portugalsku, Španělsku a Švédsku. Méně centralizovaně a s podstatnějším zapojením praktických lékařů je substituce organizována v Rakousku, Belgii, Francii, Německu, Lucembursku, Holandsku a Velké Británii (3).

Zkušenosti s podáváním substituce cestou praktických lékařů a výsledky srovnání se substitučními centry jsou vesměs velmi pozitivní. Ve Francii byla substituce buprenorfinem poskytovaná praktickými lékaři shledána účinnou ve snížení užívání heroinu, snížení rizika přenosu infekcí, zvýšení sociálního fungování (7). Studie zkoumající 11 186 preskripcí buprenorfinu celkem 2078 pacientům z údajů zdravotního pojištění ve Francii zjistila 21 % praktických lékařů podávajících substituční léčbu, z nichž 61 % mělo pouze 1 nebo 2 pacienty; od více než 2 praktických lékařů získávalo buprenor-

proLékaře.cz | 9.11.2026

fin 12 % pacientů v souboru (8). V pilotních programech v USA bylo podávání buprenorfinu v primární péči hodnoceno jako účinnější než podávání metadonu ve specializovaných centrech (9); bylo prokázáno významné snížení užívání heroinu a vysoká (79%) retence pacientů v programu poskytovaném v rámci primární péče (10). Únik buprenorfinu na černý trh se ve Francii předpokládá velmi nízký (11); naopak Švédsko a Finsko zneužívání buprenorfinu na černém trhu zaznamenává (5).

Podávání metadonu praktickými lékaři bylo hodnoceno jako bezpečné ve Skotsku, nižší výskyt úmrtí na předávkování metadonem byl pozorován v případě konzumace metadonu pod dohledem lékárníka (12). Byla také pozorována vyšší léčebná efektivita podávání metadonu v primární péči ve srovnání s jeho podáváním ve specializovaných centrech (13, 14).

V České republice se substituční léčba řídí metodickým pokynem MZ (15). Od r. 2000 pracuje devět substitučních center (3 v Praze, po jednom v Ostravě, Olomouci, Brně, Ústí nad Labem, Hradci Králové a Mělníku), poskytujících převážně metadon připravovaný z generické substance. Těmito specializovanými centry zůstávají zcela nepokryty kraje Zlínský, Pardubický, Vysočina, Jihočeský, Plzeňský a Karlovarský. V substitučních centrech bylo v r. 2002 registrováno 463 pacientů. Od r. 2001 je na českém trhu registrován Subutex (buprenorfin), který je jediným hromadně vyráběným léčivým přípravkem (HVLP) v České republice určeným pro substituční léčbu; podle podmínek registrace jej mohou předepisovat lékaři jakékoliv specializace. Od září 2003 je preskripce buprenorfinu vázána na recepty označené modrým pruhem. Podle množství distribuovaného Subutexu je počet osob, kterým je předepisován, odhadován na 500–700. Hlášení začátku a ukončení substituční léčby pacienta je povinné pro substituční centra, povinnost se nevztahuje na podávání substituce praktickými a dalšími ambulantními lékaři (16).

Od r. 2003 existují snahy sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví o registraci metadonu v ČR ve formě HVLP s cílem zpřístupnit metadonovou substituci prostřednictvím ambulantních lékařů co největšímu počtu osob závislých na opiátech; tyto snahy jsou v souladu s analýzou potřeb, provedenou v rámci mezinárodního programu Phare 2000 „Posilování české drogové politiky“. V substituční léčbě v ČR bylo v r. 2002, ať už formou podávání metadonu nebo buprenorfinu, cca 1000 osob, tj. přibližně 7 % z celkového počtu 12–15 tis. problémových uživatelů heroinu, což je ve srovnání s úrovní v zemích EU podprůměrný podíl (17).

Rozsah poskytování buprenorfinu praktickými lékaři v ČR dosud nebyl předmětem výzkumu. Cílem provedeného dotazníkového průzkumu bylo získat údaje o vlastních zkušenostech praktických lékařů se substitucí a se substituovanými pacienty, a o postojích a potřebách českých praktických lékařů v této oblasti.

Materiál a metodika

Dvoustránkový anonymní dotazník byl zaslán praktickým lékařům pro dospělé ve dvou vlnách – v první vlně cestou časopisu Bulletin Sdružení praktických lékařů v červnu 2003, ve druhé vlně s cílem zvýšení respondence cestou okresních organizací Sdružení praktických lékařů na jejich setkáních od října do prosince 2003 se žádostí o jeho vyplnění a zaslání zpět poštou do Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. Ve druhé vlně byla distribuována také ofrankovaná obálka se zpáteční adresou. K 5. 5. 2003 bylo členy Sdružení praktických lékařů celkem 3913 praktických lékařů, což je 75 % z celkového počtu 5186 praktických lékařů v ČR (18).

Sběrná část průzkumu byla ukončena 31. 12. 2003. Dotazníky byly počítačově zpracovány. Zpět se vrátilo 398 dotazníků. Míra respondence tedy činí 10 % při přepočtu na počet členů Sdružení praktických lékařů a 8 % při přepočtu na počet všech praktických lékařů v ČR.

Výsledky

Bylo analyzováno celkem 398 dotazníků vyplněných praktickými lékaři. Údaj o kraji, ve kterém má lékař praxi, poskytlo celkem 397 respondentů (viz tabulka 1). Polovina respondentů je z Prahy, Moravskoslezského, Ústeckého a Jihomoravského kraje.

Na otázku týkající se pohlaví respondenta odpovědělo 389 lékařů, z toho bylo 138 (35 %) mužů a 253 (65 %) žen. Věkový průměr souboru byl 50,8 let s minimem 30 a maximem 80 let. Prů-

Tab. 1. Respondenti průzkumu substituční léčby podle krajů praxe
Table 1. Distribution of respondents by region

Kraj	Počet dotazníků	%
Hlavní město Praha	**55**	**13,9**
Středočeský	38	9,6
Jihočeský	18	4,5
Plzeňský	15	3,8
Karlovarský	4	1,0
Ústecký	**50**	**12,7**
Liberecký	16	4,0
Královéhradecký	22	5,5
Pardubický	20	5,5
Vysočina	16	4,0
Jihomoravský	**42**	**10,6**
Olomoucký	17	4,3
Zlínský	31	7,8
Moravskoslezský	**53**	**13,4**
Celkem	**397**	**100,0**

proLékaře.cz | 9.11.2026

Tab. 2. Drogy, jejichž zneužívání je příčinou zdravotních problémů, které řeší praktičtí lékaři
Table 2. Drugs treated by GPs

Substance	Počet odpovědí	Setkal se ve své praxi		Nesetkal se ve své praxi	
		abs.	%	abs.	%
pervitin	365	169	46,3	196	53,7
heroin	348	112	32,2	236	67,8
marihuana	351	154	43,9	197	56,1
extáze	319	36	11,3	283	88,7
halucinogeny	322	62	19,3	260	80,7
sedativa/hypnotika	368	276	75,0	92	25,0
těkavé látky	336	117	34,8	219	65,2
jiné drogy	320	102	31,9	218	68,1

Tab. 3. Uváděná dostupnost speciální medicínské péče pro léčbu závislostí
Table 3. Availability of health care specializing in addiction treatment

Typ specializovaného zařízení	Dobře dostupné		Špatně dostupné		Téměř nedostupné		Nedostupné	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
ambulantní AT pracoviště	253	67,1	92	24,4	28	7,4	4	1,1
ambulantní psychiatrické pracoviště	311	80,4	64	16,5	11	2,8	1	0,3
lůžkové psychiatrické zařízení	220	56,8	132	34,1	30	7,8	5	1,3
lůžkové zařízení specializované pro léčbu závislostí	138	36,6	130	34,5	73	19,4	36	9,5

měr délky všeobecné praxe respondentů byl 21,7 let s minimem 0,5 roku a maximem 48 let.

Průměrný počet registrovaných osob (odpovědělo 381 praktických lékařů) na jednoho lékaře je 1699 s minimem 180 a maximem 3200 osob. Celkem mají respondenti našeho průzkumu v péči přibližně 675 tisíc osob. Sedativa/hypnotika a pervitin jsou nejčastější substance, s jejichž zneužíváním se lékaři ve své praxi setkávají (viz tabulka 2).

Celkem 196 praktických lékařů odhaduje, že má ve svém obvodě alespoň jednoho injekčního nebo pravidelného nebo dlouhodobého (tj. podle definice Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost tzv. problémového) uživatele heroinu nebo dalších opiátů. Rozsah se pohybuje od 1 do 50 těchto uživatelů na jednu ordinaci s průměrem 6,8. Problémoví uživatelé heroinu a jiných opiátů tvoří 0,26 % všech registrovaných pacientů těch praktických lékařů, kteří uvedli v dotazníku jak údaj o počtu registrovaných pacientů, tak i o odhadovaném počtu problémových uživatelů heroinu mezi registrovanými pacienty (1329 z 521 008 registrovaných).

V průzkumu jsme také zjišťovali, jak je praktickými lékaři vnímána dostupnost speciální medicínské péče v oblasti závislostí. Jako nejdostupnější jsou uváděny psychiatrické ambulance. AT ambulance jsou dostupné méně (přibližně třetina lékařů je považuje za špatně dostupné až nedostupné). Asi 2/3 lékařů považují za špatně dostupná až nedostupná lůžková zařízení pro léčbu závislostí (viz tabulka 3).

Celkem 63 (16 %) praktických lékařů uvádí, že některý z jeho pacientů je pacientem metadonového programu, podle jednotlivých krajů – viz tabulka 4. Z uvedených 133 účastníků metadonového programu bylo 88 mužů a 41 žen (2,1:1). Pozitivní zkušenosti s metadonovým programem uvádí 39 (63 %), negativní 23 (27 %) praktických lékařů.

Z pozitivních zkušeností je uváděna dlouhodobá remise a stabilizace stavu pacientů; z negativních návrat k ilegální droze, dále ojediněle závislost na metadonu, obtížná spolupráce, špatná místní dostupnost metadonové léčby.

Vlastní zkušenosti s předepisováním buprenorfinu (Subutexu) má 28 (7 %) praktických lékařů u cel-

Tab. 4. Praktici, kteří mají mezi svými pacienty účastníky v metadonovém programu
Table 4. GPs providing care to clients on methadone programme

Kraj	„Ano“ abs. počet lékařů	Na tuto otázku odpovědělo lékařů	% „ano“
Hlavní město Praha	24	52	46
Středočeský	2	36	6
Jihočeský	3	18	18
Plzeňský	0	15	0
Karlovarský	0	4	0
Ústecký	20	49	41
Liberecký	1	15	7
Královéhradecký	1	21	5
Pardubický	0	19	0
Vysočina	1	16	6
Jihomoravský	5	39	13
Olomoucký	2	17	12
Zlínský	0	30	0
Moravskoslezský	4	53	8
Celkem	**63**	**384**	**16**

Epidemiologie 1/05 25.1.2005 9:57 Stránka 31
proLékaře.cz | 9.11.2026

Tab. 5. Vlastní zkušenosti praktických lékařů s předepisováním buprenorfinu (Subutexu)
Table 5. Distribution of buprenorphine prescribers among GPa by region

Kraj	Na tuto otázku odpovědělo lékařů	Počet lékařů s vlastními zkušenostmi	Podíl lékařů s vlastními zkušenostmi (%)
Hlavní město Praha	55	15	27
Středočeský	38	1	3
Jihočeský	18	1	6
Plzeňský	15	0	0
Karlovarský	4	0	0
Ústecký	49	6	12
Liberecký	15	0	0
Královéhradecký	22	1	5
Pardubický	20	0	0
Vysočina	16	0	0
Jihomoravský	42	2	5
Olomoucký	16	0	0
Zlínský	31	0	0
Moravskoslezský	53	2	4
Celkem	**394**	**28**	**7**

kem 31 pacientů (viz tabulka 5). Tyto zkušenosti jsou vesměs velmi pozitivní nebo pozitivní (9, resp. 69 %), negativní zkušenosti uvádí 22 % praktických lékařů (velmi negativní zkušenosti nebyly hlášeny). Hlavní pozitiva byla spatřena v úspěšnosti a dostupnosti léčby, znalosti pacienta, snížení páchané trestné činnosti. Jako hlavní negativa byla uvedena závislost na buprenorfinu, nedodržování režimu a špatná kontrola léčby ze strany praktického lékaře.

O předpisování buprenorfinu v budoucnu uvažuje 34 % praktických lékařů, kteří s ním ještě nemají vlastní zkušenosti. O případném předepisování metadonu uvažuje 23 % z celkem 349 praktických lékařů, kteří na otázku týkající se předepisování metadonu v budoucnu odpověděli. Hlášení pacientů do centrálního registru považuje za nutnou podmínku provádění substituce 84 % praktických lékařů. Pouze 16 % vidí v zavedení centrálního registru nepřekonatelnou bariéru poskytování substituce ve své ordinaci. Třicet pět procent praktických lékařů nevidí v registru žádnou bariéru, pro 50 % praktických lékařů by hlášení do centrálního registru bylo problémem, pokud by se zvýšila administrativa. Dále jsme

Tab. 6. Míra souhlasu s vybranými výroky týkajícími se substituce
Table 6. Attitude to selected substitution related opinions

Výrok	Zcela pravdivý		Spíše pravdivý		Spíše nepravdivý		Zcela nepravdivý	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
substituční léčbu je třeba zpřístupnit většímu počtu pacientů	102	28,7	181	51,0	58	16,3	14	3,9
existuje poptávka ze strany pacientů (345)	31	9,0	110	31,9	139	40,3	65	18,8
existuje poptávka ze strany praktických lékařů	11	3,2	67	19,5	184	53,6	81	23,6
osobně mám k tomuto typu léčby výhrady (337)	52	15,4	90	26,7	120	35,6	75	22,3
tento typ léčby určitě patří do ordinace PL	27	7,6	89	25,2	134	38,0	103	29,2
hlášení začátku a ukončení substituční léčby u PL je v současné době povinné	71	21,8	67	20,6	71	21,8	117	35,9

Tab. 7. Důležitost vybraných faktorů pro zdárný průběh substituční léčby v ordinacích praktických lékařů
Table 7. Relevance of selected factors to effectiveness of substitution treatment in GPs surgeries

Faktor	Zcela důležité		Spíše důležité		Spíše nedůležité		Zcela nedůležité	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
získání znalostí o léčbě závislostí obecně	309	82,8	54	14,5	8	2,1	2	0,5
proškolení v substituci	285	77,0	63	17,0	14	3,8	8	2,2
manuál k substituci	249	68,4	85	23,4	19	5,2	11	3,0
dostupnost konziliárního pracoviště	265	70,9	96	25,7	11	2,9	2	0,5
dostupnost psychosociální péče pro pacienty	241	66,2	110	30,2	9	2,5	4	1,1
hrazení substituce zdravotními pojišťovnami	83	22,7	130	35,6	87	23,8	65	17,8
funkčnost registru pacientů v substituci	188	52,9	122	33,7	38	10,5	14	3,9

Epidemiologie 1/05 25.1.2005 9:57 Stránka 32
proLékaře.cz | 9.11.2026

zkoumali východiska a postoje k substituční léčbě v ordinaci praktického lékaře na základě míry souhlasu s definovanými výroky (viz tabulka 6).

Názory na důležitost vybraných faktorů pro zdárný průběh substituční léčby v ordinaci praktického lékaře uvádí tabulka 7. V otevřených odpovědích se nevyskytl žádný faktor kromě již nabízených.

Diskuse

Vzhledem k nízké míře respondence (10 %) jsme se ve srovnávací analýze jednotlivých proměnných podle krajů omezili na nezbytné minimum, i když například srovnat dostupnost speciální medicínské péče pro léčbu závislosti v jednotlivých krajích by bylo určitě zajímavé. Míra zastoupení jednotlivých drog, s jejichž zneužíváním se praktici setkávají, odpovídá jejich rozšíření v populaci obecně (marihuana, sedativa/hypnotika) a mezi problémovými uživateli drog nebo závislými (pervitin, heroin, těkavé látky).

Průzkum ukázal, že ambulantní AT péče či lůžkové zařízení pro léčbu závislostí jsou špatně dostupné až nedostupné pro třetinu, resp. dvě třetiny praktických lékařů, což je informace, nad kterou by se měli zamyslet organizátoři zdravotní péče v této oblasti.

Významný podíl lékařů v Praze a v Ústeckém kraji uvádí mezi svými pacienty účastníky metadonového programu. To je v souladu s rozmístěním substitučních center v ČR i jejich kapacitou, centra v Praze a Ústí nad Labem mají na základě průběžných informací ze substitučního registru největší objem (80 % z celkového počtu substituovaných v centrech v ČR) a také největší obměnu pacientů.

Pokud se týká vlastního podávání buprenorfinu praktickými lékaři, největší zkušenosti jsou opět v Praze a Ústeckém kraji. To je v souladu s prevalencí problémového užívání heroinu v těchto krajích, která je nejvyšší v ČR. Na druhou stranu je alarmující nízký podíl praktických lékařů provádějících substituci v dalších krajích s vysokou prevalencí užívání heroinu, zejména v západních a jižních Čechách.

Částečně lze tuto absenci substituce mezi praktickými lékaři ve většině krajů vysvětlit jejich postojem a názory na tuto léčebnou modalitu. I když si většinou uvědomují potřebnost zvýšení dostupnosti substituce a vnímají potřebu ze strany svých pacientů, poptávka z jejich strany je nízká a pouze jen třetina si myslí, že tato modalita patří do ordinace praktického lékaře. Na druhou stranu, většina lékařů s vlastními zkušenostmi s metadonovými klienty nebo s podáváním buprenorfinu hodnotí své zkušenosti jako pozitivní. Jako optimistické lze hodnotit zjištění, že třetina praktických lékařů uvažuje o podávání buprenorfinu a čtvrtina o podávání metadonu. Tento potenciál by se měl stát výzvou pro instituce odpovědné za řízení zdravotní péče jak na centrální, tak na krajských úrovních.

Velký význam pro rozšíření substituce přikládají praktičtí lékaři dostupnosti informací, vzdělání, metodického vedení či dostupnosti konziliárního pracoviště. Nedostatečnou informovanost praktických lékařů o substituční léčbě a o jejím rámci potvrzuje zjištění, že dvě třetiny praktických lékařů se mylně domnívají, že hlášení praktických lékařů do registru substituovaných v ČR je povinné nebo si odpovědí nejsou jisti. Nicméně – funkční registr je považován za faktor důležitý pro zdárný průběh substituce v ordinacích praktických lékařů a případné zavedení hlásné povinnosti není u většiny vnímáno jako bariéra.

Zajímavý je vedlejší produkt průzkumu – prevalenční odhad problémových uživatelů heroinu na základě informací praktických lékařů, který činí 2,6/1000 dospělých obyvatel ČR. Tento odhad s přihlédnutím k vyšší respondenci lékařů z krajů s vysokým výskytem užívání heroinu (Praha, Ústecký kraj) koresponduje s odhady problémového užívání heroinu v ČR (jen asi 2/1000 obyvatel ve věku 15–64 let) provedené v poslední době multiplikačními metodami za použití dat z léčby (17).

Závěr

Provedený dotazníkový průzkum naznačil, že v ČR existují vhodné podmínky pro rozšíření substituce opioidy cestou významné části praktických lékařů. Tuto kapacitu by vzhledem k prokázané efektivitě substituční léčby i v krátkodobém horizontu bylo vhodné využít.

Autoři děkují všem praktickým lékařům, kteří se průzkumu zúčastnili, za jejich spolupráci.

Literatura

1. **Hall, W., Ward, J., Mattick, R.** (1998) Introduction. In: *Ward, J., Mattick, R. and Hall, W., (Eds.) Methadone Maitenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies,* Amsterdam: Harwood.
2. **Ashton, M., Lenton, S., Mitcheson, L., Nelles, B., Stimson, G.** (2003) A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Forward Thinking on Drugs. Notes: http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html
3. **Verster, A., Buning, E.** (2003) Info for policymakers on the effectiveness of substitution treatment for opiate

Epidemiologie 1/05 25.1.2005 9:57 Stránka 33
proLékaře.cz | 9.11.2026

dependence. Amsterdam: Euromethwork. Notes: www.euromethworg.org
4. **Popov, P.** (2003) Programy metadonové a jiné substituce. In: *Kalina, K. et al., (Ed.) Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, pp. 221–6. Praha: Úřad vlády ČR.
5. EMCDDA (2003) Annual Report 2003 – The State of the drugs Problem in the European Union and Norway. Lisboa, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction. ISBN 92-9268-259-8.
6. **Mattick, R., Kimber, J., Breen, C., Davoli, M.** (2003) Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Cochrane Review). Issue 4, Oxford: The Cochrane Library.
7. **De Ducla, M. G. A., Mucchielli, A., Robinet, S., Vellay, A.** (2000) Follow-up of opioid addicts treated with high-dose buprenorphine in a health care network. National retrospective study. Experience of French general physicians. Ann Med Interne 2000, 151, Suppl A: A27–32.
8. **Thirion, X., Lapierre, V., Micallef, J., Ronfle, E. et al.** (2002) Buprenorphine prescription by general practitioners in a French region. Drug Alcohol Depend. 2002, 65 (2), s. 197–204.
9. **O'Connor, P., Oliveto, A., Shi, J., Triffleman, E. et al.** (1998) A randomized trial of buprenorphine maintenance for heroin dependence in a primary care clinic for substance users versus a methadone clinic. Am. J. Med. 1998, 105 (2), s. 100–105.
10. **Fiellin, D., Pantalon, M., Pakes, J., O'Connor, P. et al.** (2002) Treatment of heroin dependence with buprenorphine in primary care. Am. J. Drug. Alcohol Abuse, 2002, 28 (2), s. 231–241.
11. **Bouchez, J., Vignau, J.** (1998) The French experience – the pharmacist, general practitioner and patient perspective. Eur. Addict. Res. 1998, 4, Suppl 1: s. 19–23.
12. **Weinrich, M., Stuart, M.** (2000) Provision of methadone treatment in primary care medical practices: review of the Scotish experience and implications for US policy. JAMA, 2000, 283 (10), s. 1343–1348.
13. **Keen, J., Oliver, P., Rowse, G., Mathers, N.** (2003) Does methadone maintenance treatment based on the new guidelines work in a primary care setting? Br. J. Gen. Pract. 2003, 53 (491), s. 461–467.
14. **Fiellin, D., O'Connor, P., Chawarski, M., Pakes, J., Pantalon, M., Schottenfeld, R.** (2001) Methadone maintenance in primary care: a randomized controlled trial. JAMA 2001, 286 (14), s. 1724–1731.
15. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2001) Metodické opatření MZ ČR č. 4/2001 – Standard substituční léčby. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Notes: www.mzcr.cz/data/c185/lib/Meta_standa.doc
16. Ministerstvo zdravotnictví (2001) Věstník MZ ČR, částka 14.
17. **Mravčík, V., Zábranský, T., Korčišová, B., Lejčková, P. et al.** (2003). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2002. Praha: Úřad vlády ČR.
18. ÚZIS (2003) Aktuální informace č. 50 – Primární péče v České republice v r. 2002. Praha: ÚZIS.

Do redakce došlo 1. 10. 2004

MUDr. Viktor Mravčík
Národní monitorovací středisko
pro drogy a drogové závislosti
Úřad vlády ČR
Nábřeží E. Beneše 4
118 01 Praha 1

IPVZ – VZDĚLÁVACÍ AKCE

Katedra hygieny a epidemiologie

IPVZ, Ruská 85, 100 05 Praha 10
Vedoucí: MUDr. Vladimír Polanecký, tel. 224 212 039, 271 019 291, fax 271 019 269,
e-mail: hygepid@ipvz.cz

Dokončení ze str. 15

207015 **Kurz – Meningitidy a meningoencefalitidy**
*
Určeno pro epidemiology, infektology, praktické lékaře.
Program: Etiologický přehled epidemiologie, rychlé diagnostické metody, zásady epidemiologického šetření a protiepidemická opatření.
Vedoucí: *prof. MUDr. J. Šejda, DrSc.*
Místo konání: *Praha 10, Ruská 85*
Předpokládaná cena: 800,– Kč
12.5.2005 – 13.5.2005

207016 **Kurz – Sterilizační techniky 1. část**
Určeno pro vedoucí SZP centrálních sterilizací a další SZP obsluhující sterilizační techniky.
Program: Metody a postupy podle vyhl. 440/2000 Sb.
Kurz je rozdělen do tří částí, které tvoří logický celek. Každá část je ukončena kvalifikačním testem.
Po absolvování všech částí může být vydáno osvědčení pro výkon povolání.
Vedoucí: *MUDr. V. Polanecký*
Místo konání: *Praha 10, Ruská 85*
Předpokládaná cena: 1400,– Kč
9.5.2005 – 12.5.2005

220203 **Seminář (mezioborový) – Zdravotní péče o učňovský dorost**
*
Určeno pro hygieniky práce a nemocí z povolání, hygieniky dětí a dorostu, praktické lékaře a dorostové lékaře.
Program: Poskytování pracovně lékařských služeb. Problematika alergických onemocnění a výběr povolání. Vývoj legislativy BOZP. Současné proměny mládeže a východiska a možnosti prevence rizikového chování. Akutní stavy při zneužívání psychoaktivních látek. Zneužívání anabolických steroidů a příprava na povolání.
Vedoucí: *doc. MUDr. J. Hamanová, CSc.*
Místo konání: *Praha 4, Budějovická 15*
Předpokládaná cena: 800,– Kč
7.6.2005 – 8.6.2005

220205 **Odborná stáž – Poradenství pro dospívající v otázkách životního stylu**
Určeno pro pediatry, praktické lékaře, event. hygieniky.
Program: Jednání s adolescenty. Základy prevence rizikového chování mládeže.
Školitel: *doc. MUDr. J. Hamanová, CSc.*
Místo konání: *Praha 2, VFN, Ke Karlovu 2, subkatedra dorostového lékařství, pav. B*
Předpokládaná cena: 400,– Kč
5.5.2005