PRZEWODNIK PO TERAPII SUBSTYTUCYJNEJ W JEDNOSTKACH PENITENCJARNYCH







Co-funded by the Health Programme of the European Union

Przewodnik przygotowano dla Centralnego Zarządu Służby Więziennej w ramach projektu HA-REACT na podstawie książki autorstwa A. Kastelic, J. Pont, H. Stöver pt. *„Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings. A Practical Guide".*

Warszawa 2018

Materiał video na temat działań redukcji szkód wdrażanych w zakładzie karnym Schrassig w Luksemburgu dostępny jest pod poniższymi linkami:

https://harmreduction.eu/film

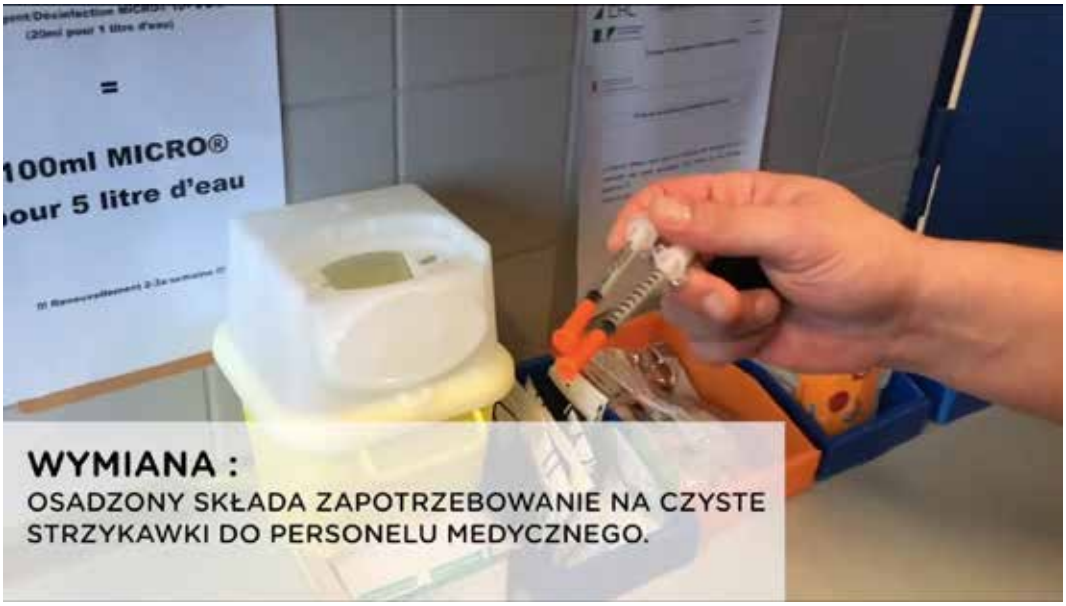
https://goo.gl/LnhXFw

Krajowe Centrum ds. AIDS pragnie podziękować osadzonym z Aresztu Śledczego Służewiec za pomoc przy opracowywaniu niniejszej publikacji - przygotowanie ilustracji oraz wypełnienie treści ankiet nt. terapii substytucyjnej.

Kadr z materiału video na temat działań redukcji szkód wdrażanych w zakładzie karnym Schrassig w Luksemburgu. Filmik ten można obejrzeć pod adresami internetowymi:

https://harmreduction.eu/film

https://goo.gl/LnhXFw

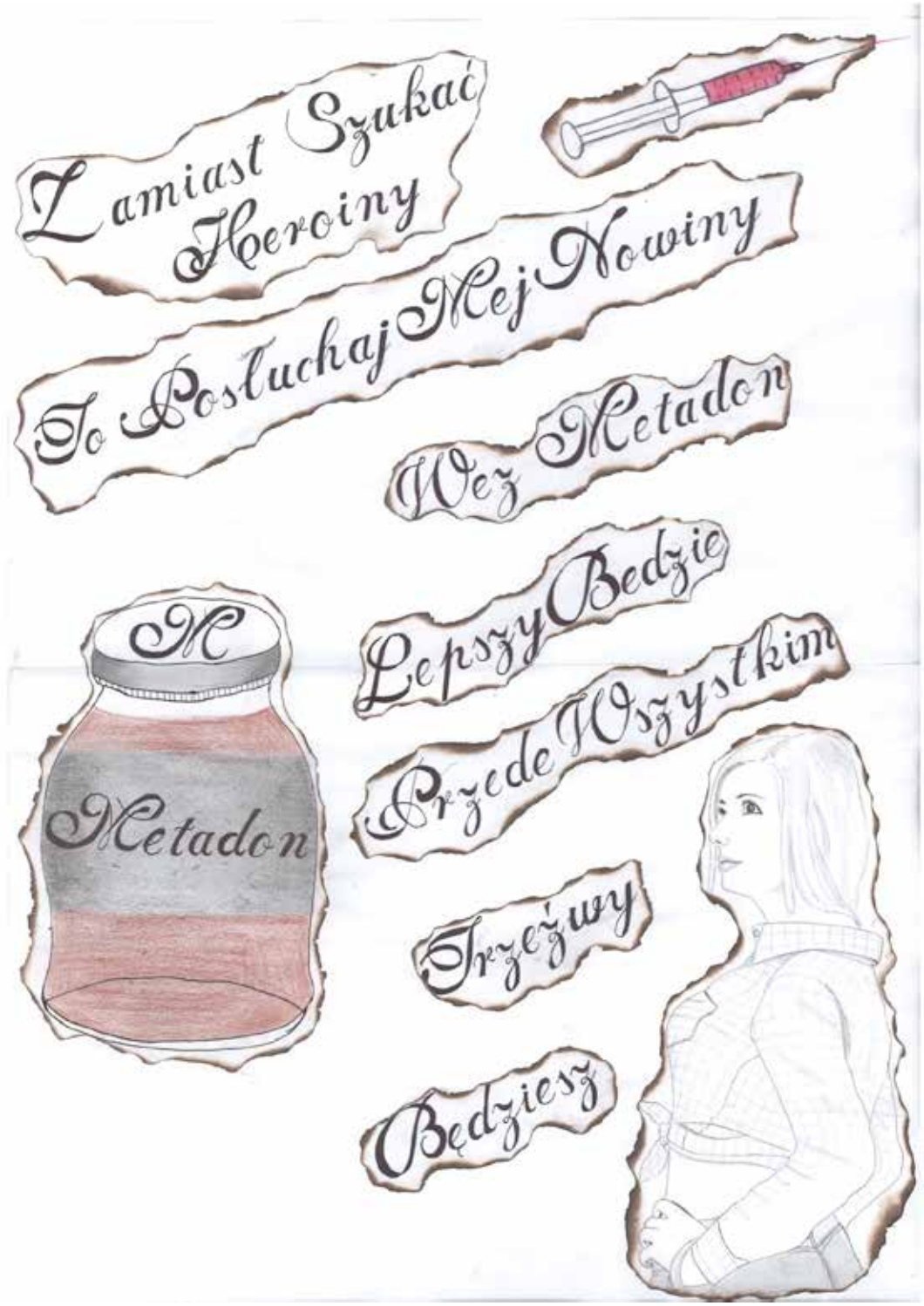


Spis treści

WPROWADZENIE 6
ODBIORCY PRZEWODNIKA 7
PIERWSZE KROKI 8
WZMOCNIENIE ROLI POSZCZEGÓLNYCH PRACOWNIKÓW 9
PARTNERSTWO DLA ZDROWIA 9
KWESTIE KLUCZOWE 11
NOTA WYDAWNICZA 13
BIBLIOGRAFIA 14
PRZEDMOWA DO WYDANIA POLSKIEGO 15
WSTĘP DO WYDANIA POLSKIEGO - FENTANYLE 16
CZYM JEST LECZENIE SUBSTYTUCYJNE? CZĘŚĆ I 19
GŁÓWNE CELE LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO 24
DOWODY NA KORZYŚCI PŁYNĄCE Z ZASTOSOWANIA TERAPII SUBSTYTUCYJNEJ (Pełny przegląd dostępny: Stallwitz & Stöver, 2007) 25
BIBLIOGRAFIA 34
CZYM JEST LECZENIE SUBSTYTUCYJNE? CZĘŚĆ II 36
SKUTECZNE LECZENIE 36
SUBSTYTUCYJNE LECZENIE PODTRZYMUJĄCE - SKUTECZNIEJSZE OD INNYCH FORM TERAPII 38
KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE I PLAN LECZENIA 39
ZAGROŻENIA I OGRANICZENIA 40
JEDNOCZESNE STOSOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH 41
JASNO OKREŚLONA STRATEGIA 41
LEKI SUBSTYTUCYJNE 43
METADON 44
Uwagi ogólne 44
Dawkowanie 45
Szczegóły 45
Wsparcie 46
Utrzymanie ciągłości opieki 46
Badanie toksykologiczne moczu i stężenie metadonu w surowicy 46
Cele terapeutyczne 46

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Wyrażenie świadomej zgody – uwagi w kontekście leczenia uzależnienia 47
BUPRENORFINA 47
MORFINA O PRZEDŁUŻONYM DZIAŁANIU 48
ANTAGONISTY: NALTREKSON 49
BIBLIOGRAFIA 51
LECZENIE SUBSTYTUCYJNE W WARUNKACH IZOLACJI PENITENCJARNEJ 53
DETOKSYKACJA 54
DAWKOWANIE I NADZÓR NAD PRZYJMOWANIEM LEKU 55
KONTROLE MOCZU 56
ZAPRZESTANIE LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO 57
ROLA OPIEKI PSYCHOSPOŁECZNEJ 57
ŁĄCZENIE BENZODIAZEPINY Z INNYMI SUBSTANCJAMI 57
WYTYCZNE DOTYCZĄCE PROWADZENIA TERAPII SUBSTYTUCYJNEJ W ZAKŁADACH KARNYCH W AUSTRII (Pont J, Spitzer B, Resinger E, 2005) 58
LEKI SUBSTYTUCYJNE 58
INTERAKCJE LEKOWE 59
ETYCZNE PODSTAWY SUBSTYTUCJI 60
BIBLIOGRAFIA 60
CO NALEŻY WIEDZIEĆ O LECZENIU SUBSTYTUCYJNYM 62
INFORMACJE DLA PACJENTA 62
ANONIMOWOŚĆ I POUFNOŚĆ LECZENIA 62
PRZYWILEJE 63
KONTYNUACJA LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO PO ROZPOCZĘCIU KARY I OPUSZCZENIU JEDNOSTKI PENITENCJARNEJ 64
ZAANGAŻOWANIE PACJENTA 65
POWIĄZANIA Z LECZENIEM INFEKCJI KRWIOPOCHODNYCH (NP. HIV/AIDS, HBV, HCV) I INNYCH (NP. GRUŹLICY, CHORÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ) 65
NIEPRZERWANA TERAPIA SUBSTYTUCYJNA 66
UWAGI DOTYCZĄCE KOBIET 67
WYTYCZNE DLA LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO W JEDNOSTKACH PENITENCJARNYCH 69
ETYKA MEDYCZNA LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO, PROWADZONEGO W WARUNKACH IZOLACJI PENITENCJARNEJ 70
BIBLIOGRAFIA 80



This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

WPROWADZENIE

Osoby uzależnione od opiatów stanowią liczną grupę - do 33% ogółu skazanych przebywających w ośrodkach penitencjarnych Europy, Azji i Ameryki Północnej, a w niektórych krajach (np. w Azji Środkowej) ich liczba dochodzi do 80%. Placówki penitencjarne nie są odpowiednim miejscem do leczenia tego typu pacjentów, dlatego też rządy państw powinny wypracowywać opcje alternatywne do wymierzania uzależnionym od opiatów kar pozbawienia wolności. Dopóki nie zostaną wdrożone rozwiązania niekonwencjonalne, dopóty władze zakładów karnych będą musiały mierzyć się z wyzwaniami dotyczącymi zapewnienia członkom tej szczególnej populacji leczenia, opieki oraz wsparcia. Według badań, najskuteczniejszym sposobem zwalczania uzależnienia od opiatów jest terapia substytucyjna, która dodatkowo wpływa na zmniejszenie u pacjenta ryzyka zakażenia HIV i HCV, jak również zgonu w wyniku przedawkowania. Badania dowodzą, że leczenie substytucyjne przynosi znacznie lepsze efekty, gdy jest połączone z psychoterapią.

Osadzeni – na równi z innymi obywatelami – mają prawo do korzystania z najwyższych możliwych standardów opieki zdrowotnej, co gwarantuje im na mocy prawa międzynarodowego art. 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ i art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych. Wspólnota międzynarodowa stoi na stanowisku, że pomimo odbywania kary pozbawienia wolności, osadzeni zachowują wszelkie prawa, w tym prawo do korzystania z najwyższego możliwego poziomu opieki zdrowotnej, albowiem ustanowioną przez sąd karą za popełnione przestępstwo jest utrata wolności, a nie odebranie skazanemu szeroko pojętych praw człowieka. Rządy państw mają zatem obowiązek wdrażania prawodawstwa, strategii i programów zgodnych z międzynarodowymi normami w zakresie przestrzegania praw człowieka oraz zapewnienia osadzonym standardów opieki zdrowotnej na takim samym poziomie, jak dla ogółu społeczeństwa (Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, UNAIDS oraz WHO: *HIV/AIDS prevention, care, treatment and suport in prison settings: a framework for an effective national response* (2006).

http://www.unodc.org/documents/hivaids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf

Już ponad dekadę temu, międzynarodowe gremium podkreśliło potrzebę ułatwiania dostępu do leczenia osobom przebywającym w warunkach izolacji i uzależnionym od opiatów. W 1993 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opracowała wy-

tyczne dotyczące ograniczania występowania przypadków HIV i AIDS w jednostkach penitencjarnych. Oto ich brzmienie: *„osadzeni uzależnieni od środków odurzających powinni być zachęcani do korzystania z programów terapeutycznych (w stopniu odpowiednim do swojego nałogu) podczas pobytu w jednostkach penitencjarnych. Przy podejmowaniu tego typu działań równie ważne jest zapewnienie pacjentom należytej opieki oraz dotrzymanie wobec nich zasady poufności. Programy profilaktyczne powinny zawierać informacje o możliwościach leczenia uzależnienia oraz o zagrożeniach zdrowotnych związanych z praktykowanymi sposobami zażywania środków odurzających. Osadzeni, którzy zostali objęci programem leczenia substytucyjnego przed rozpoczęciem odbywania kary, powinni mieć możliwość kontynuowania tej formy opieki w warunkach izolacji. Dotyczy to krajów, w których w warunkach wolnościowych działają programy substytucyjne, tak więc zgodnie z zasadą równoważności, leczenie tego typu powinno być także dostępne w ośrodkach penitencjarnych”*.

Treść niniejszego przewodnika została opracowana we współpracy z wieloma ekspertami, z wykorzystaniem szerokiego zakresu wiedzy naukowców, lekarzy, psychiatrów, personelu służby zdrowia – całego gremium specjalistów z dziedziny leczenia substytucyjnego, prowadzonego w jednostkach penitencjarnych. W celu zebrania przykładów najlepszych praktyk, opartych na sprawdzonych materiałach naukowych, dokonano przeglądu publikacji oraz zawartości międzynarodowych baz danych. Publikacja ta pozostaje w zgodzie z wytycznymi i zaleceniami przedstawionymi w międzynarodowych dokumentach, takich jak: wydawnictwo Biura Regionalnego WHO dla Europy: *Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health, the UNODC/UNAIDS/WHO framework for HIV prevention, care, treatment and support in prison settings*, jak również *WHO/UNAIDS/UNODC Evidence for actions technical paper: Interventions to address HIV in prisons – Drug dependence treatment*.

ODBIORCY PRZEWODNIKA

Uwagi zawarte w przewodniku po terapii substytucyjnej, prowadzonej w jednostkach penitencjarnych mają posłużyć jako wsparcie dla lekarzy tam pracujących, lekarzy kontraktowych, pracowników więziennej służby zdrowia, administracji, organizacji pozarządowych oraz innych instytucji zajmujących się opieką nad osobami uzależnionymi od opiatów, objętych leczeniem substytucyjnym.

Uzależnienie od środków odurzających należy traktować jak chorobę. Podczas jej leczenia, specjaliści wypełniają zadania zmierzające do zapewnienia skazanym wła-

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action ‘677085 / HA-REACT.’ Which has received funding from the European Union’s Heaith Programe (2014-2020)

ściwej opieki medycznej, a także do minimalizacji szkód związanych ze stosowaniem przez nich środków psychoaktywnych. Zastosowanie zaleceń zawartych w przewodniku przyczyni się do zapewnienia lepszych warunków zdrowotnych dla osób osadzonych uzależnionych od środków odurzających, właściwego podziału zadań wśród personelu, a w konsekwencji do osiągnięcia wysokiego poziomu redukcji szkód spowodowanych używaniem narkotyków.

PIERWSZE KROKI

Indywidualne działania podejmowane przez osoby zaangażowane w prowadzenie akcji zdrowotnych w jednostce penitencjarnej mogą przynieść wymierne efekty, jednak najlepsze wyniki osiąga się tylko poprzez zaangażowanie w dane przedsięwzięcie całego personelu, w tym pracowników najwyższych rangą, realizujących wizję podległej im instytucji jako całości.

Mimo, że wiele korzystnych zmian dotyczących warunków zdrowotnych można osiągnąć poprzez wdrażanie pojedynczych inicjatyw i krótkich projektów pilotażowych (często finansowanych ze środków zewnętrznych), to z szerszej perspektywy widać, że najskuteczniejsze są programy o długotrwałym i dalekosiężnym charakterze. Dlatego też, system więziennej opieki zdrowotnej musi opierać się na czytelnych zasadach i jasnych wytycznych, a zarządzać nim musi dobrze wyszkolony personel.

Ciągłość programu substytucyjnego można osiągnąć poprzez wypracowanie trwałych i dobrych relacji pomiędzy pracownikami więziennej i poza więziennej służby zdrowia, co w dłuższej perspektywie ułatwia nawiązanie wzajemnej ścisłej współpracy i zapobiega deprecjonowaniu roli placówek penitencjarnych. Aby poprawić warunki zdrowotne w zakładach karnych (z punktu widzenia osadzonych uzależnionych od środków odurzających), konieczne jest m.in. wypracowanie szeroko rozumianego przywództwa politycznego na wysokim szczeblu oraz na poziomie danej placówki penitencjarnej, jak również wzmocnienie roli poszczególnych jej pracowników, jako liderów lokalnych. Podsumowując, zarówno pracownicy służby zdrowia, jak i sami osadzeni mają w tym zakresie do wypełnienia szczególnie ważne zadanie. Istotny wpływ na powodzenie całego przedsięwzięcia, czyli zapewnienia ciągłości trwania programu substytucyjnego ma też poparcie i rzecznictwo ze strony przebywających na wolności osób uzależnionych od środków odurzających.

Dane zebrane w kilku krajach Europy uwypukliły problemy, które często pojawiają się wtedy, gdy więzienna służba zdrowia działa w oderwaniu od powszechnego systemu opieki zdrowotnej. Przekłada się to na trudności z rekrutacją specjalistów oraz

niewłaściwie prowadzone kształcenie ustawiczne personelu. Obecnie zaleca się prowadzenie ścisłej współpracy pomiędzy pracownikami obydwu rodzajów opieki zdrowotnej, jak również pomiędzy urzędnikami ministerstwa zdrowia, po to, aby jednostki penitencjarne mogły docelowo zapewnić identyczny poziom i jakość świadczeń, co placówki dostępne dla ogółu społeczeństwa. W treści Moskiewskiej Deklaracji WHO, dotyczącej opieki zdrowotnej prowadzonej w warunkach izolacji, rozumianej jako element zdrowia publicznego napisano, że ministerstwo zajmujące się tematem zdrowia w ośrodkach penitencjarnych powinno być, tam gdzie to możliwe, jednocześnie odpowiedzialne za wdrażanie świadczeń z zakresu zdrowia publicznego.

WZMOCNIENIE ROLI POSZCZEGÓLNYCH PRACOWNIKÓW

Niemożliwe jest zapewnienie w jednostkach penitencjarnych dobrych warunków zdrowotnych dla osadzonych uzależnionych od środków odurzających bez aktywnego udziału całego zatrudnionego tam personelu. Pracownicy muszą znać i rozumieć problemy zdrowotne osób uzależnionych oraz posiadać wiedzę nie tylko z zakresu rozprzestrzeniania się zakażeń, kontrolowania ich i zwalczania, lecz także na temat redukcji szkód czy promocji zdrowia. Lekarze, pielęgniarki i inne osoby pracujące w jednostkach penitencjarnych mają wyjątkową możliwość wywierania wpływu na tworzenie zdrowszego środowiska, w którym przebywają osadzeni uzależnieni od narkotyków. Dlatego też powinni być oni wyposażeni w solidne, merytoryczne podstawy do działania, w postaci szkoleń zawodowych na temat przestrzegania zasady poufności, praw pacjenta i człowieka, epidemiologii, transmisji zakażeń, wpływu czynników społeczno-ekonomicznych na zdrowy styl życia, jak również na temat prawidłowego żywienia oraz znaczenia ćwiczeń i ruchu na świeżym powietrzu. Pracowników jednostek penitencjarnych należy także uwrażliwiać na występowanie wśród osadzonych potencjalnych zagrożeń zdrowotnych, tak aby byli w stanie wykryć u nich m.in., wczesne oznaki zaburzeń zdrowia psychicznego, często współistniejących z uzależnieniem od narkotyków.

PARTNERSTWO DLA ZDROWIA

Jednym z filarów promocji zdrowia jest koncepcja upodmiotowienia osoby osadzonej tzn. dania jej prawa do podejmowania wyborów, które są dla niej najkorzystniejsze pod względem zdrowotnym. Biorąc pod uwagę charakter promocji zdrowia w warunkach izolacji, takie podejście jest trudne do wdrożenia. Jednak ważne jest, aby tę koncepcję możliwie jak najpełniej włączyć do ogółu zasad systemu peniten-

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

cjarnego. Istotną sprawą jest udostępnianie osadzonym uzależnionym od środków odurzających, informacji obejmujących tematy zdrowotne, co może być realizowane w formie arkuszy informacyjnych, w których przedstawia się pełną ofertę świadczeń oraz sposoby walki z uzależnieniem w warunkach jednostki penitencjarnej. W przypadku gdy formuła arkuszy pisemnych nie okaże się skuteczna, np. ze względu na barierę językową lub ograniczone możliwości poznawcze osadzonego, należy zastosować alternatywne sposoby, np. posiłkując się filmami czy innymi nośnikami wizualnymi lub wsparciem grupy dyskusyjnej działającej pod kierunkiem wyszkolonego pracownika służby zdrowia. Najważniejsze jest, aby zachęcać osadzonych do podejmowania wszelkich inicjatyw na rzecz zapobiegania HIV, prowadzenia przez nich samych działań edukacyjnych, poradnictwa i opieki. Zwiększenie roli osadzonych w opracowywaniu i udostępnianiu programów oraz świadczeń zdrowotnych (tzw. udział partycypacyjny) zwiększa zakres możliwości więziennej służby zdrowia, co do przeciwdziałania HIV. Udzielanie wsparcia dla rozwoju inicjatyw edukacyjnych prowadzonych przez samych osadzonych (np. opracowanie materiałów edukacyjnych oraz ich dystrybucja) ma szczególne znaczenie dla populacji charakteryzującej się niskim poziomem wykształcenia, dla której kluczowe znaczenie mają interwencje bezpośrednie. Należy zachęcać do tworzenia grup samopomocowych, w których omawia się kwestie związane z HIV, wirusowym zapaleniem wątroby typu C, ale – co ważne – z punktu widzenia samych osadzonych lub użytkowników narkotyków.

W wielu krajach UE w jednostkach penitencjarnych funkcjonują nie tylko programy substytucyjne lecz także studia tatuażu. W tego typu miejscach, oprócz terapii substytucyjnej, należy również wdrażać programy redukcji szkód i umożliwiać skazanym dostęp do czystych igieł i strzykawek oraz do środków dezynfekujących – przede wszystkim w celu uniknięcia rozprzestrzeniania się zakażeń krwiopochodnych, związanych z wykonywaniem piercingu i tatuaży. Warto w takiej sytuacji rozważyć możliwość wykonywania tych zabiegów przez profesjonalistę.

Stały kontakt z lokalnymi świadczeniodawcami usług kierowanych do członków społeczności oraz zaangażowanie wolontariuszy mogą w znacznym stopniu przyczynić się do promowania zdrowia i dobrostanu w warunkach izolacji, a także zapewnić skazanym ciągłość opieki, zarówno tuż po rozpoczęciu przez nich odbywania kary pozbawienia wolności, jak i po zwolnieniu z jednostki penitencjarnej. Tam gdzie jest to możliwe, osadzeni powinni zostać objęci najważniejszymi świadczeniami jeszcze przed planowanym opuszczeniem jednostki penitencjarnej, np. w czasie przebywania na zwolnieniu warunkowym. Należy im także zapewnić ciągłość leczenia w ramach

terapii substytucyjnej. W przypadku osadzonych uzależnionych od środków odurzających, przy pomocy prowadzenia tego typu działań można uniknąć ryzyka śmierci z powodu przedawkowania, które często ma miejsce zaraz po wyjściu na wolność.

KWESTIE KLUCZOWE

- **Szacuje się, że około jedna trzecia ogółu osadzonych jest uzależniona od opiatów, a przeważająca liczba osób przebywających w jednostkach penitencjarnych doświadczyła sporadycznych kontaktów ze środkami odurzającymi. W niektórych krajach problem ten dotyczy nawet trzech czwartych populacji osadzonych.**
- Ośrodki penitencjarne są środowiskiem, w którym ryzyko wystąpienia zakażeń krwiopochodnych jest wysokie. Wynika to z przepełnienia, niedostatecznego żywienia, ograniczonego dostępu do profilaktyki, przyjmowania nielegalnych środków psychoaktywnych i podejmowania kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia.
- **Wszystkie formy leczenia uzależnienia mogą potencjalnie zmniejszać ryzyko transmisji zakażeń HIV i HCV, ale to programy terapii substytucyjnej wykazują najwyższy stopień skuteczności, gdyż dają realne możliwości ograniczenia stopnia przyjmowania narkotyków w drodze iniekcji.**
- W dokumencie WHO, UNODC i UNAIDS dotyczącym leczenia substytucyjnego stwierdza się, że zapewnienie dostępu do terapii substytucyjnej w przypadku uzależnień od opiatów jest skuteczną strategią zapobiegania HIV/AIDS. Jej wdrożenie w populacjach szczególnie narażonych na zakażenie HIV należy rozważyć tak szybko, jak to możliwe.
- **W ciągu ostatnich 5–10 lat na terenie Unii Europejskiej nastąpiło znaczne upowszechnienie leczenia substytucyjnego.**
- Skierowanie na leczenie substytucyjne i podawanie agonistów opiatów osobom uzależnionym od opiatów jest zgodne z konwencjami z 1961 i 1971 r., dotyczącymi narkotyków i substancji psychotropowych. Biorąc pod uwagę pojawienie się nowych rodzajów substancji odurzających o często mało znanych właściwościach, jak również wzrost przypadków zakażeń HIV/AIDS i zapalenia wątroby typu C w jednostkach penitencjarnych w Europie Wschodniej i w krajach byłego Związku Radzieckiego, oczywiste jest, że należy podjąć w tym zakresie natychmiastowe działania zaradcze. Brak wdrożenia skutecznego leczenia uzależnień oraz programów zapobiegania zakażeniom HIV i HCV może prowadzić

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

do dalszego rozprzestrzeniania się zakażeń HIV i HCV wśród licznej populacji iniekcyjnych użytkowników narkotyków, co z kolei może skutkować rozwojem epidemii w populacji ogólnej.

- **Osoby przyjmujące narkotyki drogą dożylną i nieleczone są nawet sześciokrotnie bardziej narażone na ryzyko zakażenia HIV od użytkowników, którzy rozpoczynając karę pozbawienia wolności, kontynuują leczenie substytucyjne w swojej jednostce penitencjarnej.**
- Śmiertelność osób uzależnionych od opiatów objętych terapią metadonową jest trzy do czterech razy niższa niż osób nieleczonych.
- **Podobnie jak to się dzieje w warunkach wolnościowych, objęcie leczeniem substytucyjnym osadzonych może ograniczyć proceder korzystania przez nich ze wspólnego sprzętu do iniekcji. Ponadto osadzeni objęci takim leczeniem rzadziej ponownie trafiają do jednostki penitencjarnej niż osadzeni nie włączeni do tego typu programu.**
- U 70–98% osób, które odbywały karę pozbawienia wolności za przestępstwa związane z narkotykami i nie były leczone podczas pobytu w jednostce penitencjarnej, powrót do uzależnienia następuje w ciągu jednego roku od momentu zwolnienia z więzienia.
- **Najczęstszą formą leczenia substytucyjnego jest kuracja metadonowa. Metadon jest środkiem stosowanym od dziesięcioleci w terapii uzależnień od heroiny i innych opiatów. Nieco później wdrożona buprenorfina jest również często podawana (ale tylko w niektórych krajach). Oba leki mają udowodniony wpływ na znaczne obniżenie ryzyka zakażeń HIV dzięki zmniejszeniu stosowania opiatów, ograniczeniu iniekcyjnego podawania środków psychoaktywnych i wspólnego używania sprzętu do iniekcji. Oddziałują one także na poprawę zdrowia i na podniesienie poziomu jakości życia osób uzależnionych od opiatów.**
- Wdrożenie leczenia substytucyjnego, stanowi skuteczną metodę zapobiegania wystąpieniu nowych przypadków HIV i HCV, dlatego leczenie to, powinno być jak najszybciej udostępnianie w populacjach, w których ryzyko zakażeń HIV jest wysokie (w tym na terenie jednostek penitencjarnych).
- **Badania pokazują, że podczas leczenia metadonowego, częściej niż w procesie detoksykacji udaje się utrzymać pacjentów w leczeniu.**
- Opieka medyczna nad osobami przebywającymi w jednostkach penitencjar-

nych i domach poprawczych powinna być równoważna z opieką świadczoną w warunkach wolnościowych.

- **Aby utrzymać korzyści związane z leczeniem substytucyjnym konieczne jest zapewnienie pacjentom ciągłości opieki.**
- Przed rozpoczęciem leczenia substytucyjnego, korzystający z niego muszą otrzymać stosowne informacje, w szczególności te dotyczące ryzyka przedawkowania oraz efektów interakcji pomiędzy lekami.
- **Przed rozpoczęciem terapii należy poinformować pacjenta o obowiązkach lekarza względem jednostki penitencjarnej i samego osadzonego.**

NOTA WYDAWNICZA

Wersja angielska niniejszego przewodnika została opracowana przez autorów i członków Grupy Wydawniczej, w której skład weszli: Fabienne Hariga (Austria), Karlheinz Keppler (Niemcy), Rick Lines (Wielka Brytania), Morag MacDonald (Wielka Brytania), David Marteau (Wielka Brytania), Lars Moller (Dania), Jan Palmer (Wielka Brytania), Ambros Uchtenhagen (Szwajcaria), Caren Weilandt (Niemcy) i Nat Wright (Wielka Brytania). Prace nad przewodnikiem trwały od czerwca 2007 do lutego 2008 r. Fragmenty tekstu autorstwa Andreja Kastelica zmodyfikowano w oparciu o tekst rozdziału publikacji, wydanej przez Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy *Health in Prisons. A WHO guide to the essentials in prison health* (Møller et al. 2007). Posiłkowano się również fragmentami publikacji Annette Verster: *Training Manual: Key aspects of substitution treatment for opiate dependence* (Euromethwork, 2003). Pierwszą wersję przewodnika przygotowali pracownicy Uniwersytetu w Bremie (BISDRO) na zlecenie Komisji Europejskiej, DG SANCO, Projekt Nr 2003308, Europejska Sieć Przeciwdziałania Narkomanii i Infekcji w Zakładach Karnych (ENDIPP; koordynowana przez WIAD, Bonn w Niemczech).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

BIBLIOGRAFIA

- Moller, L., Stover, H., Jurgens, R., Gatherer, A., Nikogosian, H. (eds.) (2007): *Health in prison. A WHO guide to essentials in prison health*. Kopenhaga, Światowa Organizacja Zdrowia. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf
- Verster, A., Buning, E. (2000): *European methadone guidelines*. Amsterdam, EuroMethwork http://www.q4q.nl/methwork/guidelines/guidelinesuk/methadone%20guidelines%20english.pdf
- Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, UNAIDS oraz WHO (2006): *HIV/AIDS prevention, care, treatment and suport in prison settings: a framework for an effective national response*. Wiedeń, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, http://www.unodc.org/documents/hivaids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf

PRZEDMOWA DO WYDANIA POLSKIEGO

Polska wersja przewodnika została przygotowana w latach 2017/2018 w ramach szóstego pakietu roboczego projektu Joint Action HA-REACT* zatytułowanego „Redukcja szkód i kontynuacja leczenia osób stosujących narkotyki w iniekcjach, w tym zakażonych HIV, przebywających w jednostkach penitencjarnych". W skład zespołu redakcyjnego weszli: Piotr Wysocki i Iwona Wawer (Krajowe Centrum ds. AIDS), Piotr Jabłoński i Bogusława Bukowska (Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii) oraz pracownicy polskiej Służby Więziennej: kpt. Beata Szwarczewska, kpt. Jacek Afrykański, kpt. Emil Podolak, por. Magdalena Wawrzynek, ppor. Martyna Nowakowska i ppor. Monika Jakubowska.

* Projekt HA-REACT realizowany w latach 2015-2019, o pełnej nazwie*: „Wspólne działania Unii Europejskiej na rzecz zapobiegania HIV i zakażeń współistniejących oraz na rzecz wdrażania działań z obszaru redukcji szkód - Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction"* został uruchomiony w ramach Trzeciego Programu Działań Unii Europejskiej w Dziedzinie Zdrowia na lata 2014-2020. Cel projektu to ograniczenie do roku 2020 występowania na terenie Unii Europejskiej liczby nowych przypadków HIV, gruźlicy oraz wirusowego zapalenia wątroby typu C wśród osób stosujących środki odurzające.

Jak wspomniano wcześniej, prace nad angielską wersją przewodnika trwały od 2007 do 2008 roku, a jego pierwsza znacząca aktualizacja została wykonana w roku 2014. W 2018 roku opracowano polską wersję tej publikacji, przystosowaną do uwarunkowań naszej rodzimej Służby Więziennej. Należy pamiętać, że przez ostatnie 10 lat zmienił się przede wszystkim rodzaj substancji uzależniających - obecnie spotykane są zarówno substancje pochodzenia naturalnego (opiaty), takie jak: morfina i heroina, oraz syntetyczne (opioidy), np. fentanyle.

Autorzy przewodnika opisują leczenie uzależnienia od opiatów, ale wszystkie informacje w nim zawarte odnoszą się również do opioidów (czyli syntetycznych opiatów). Według polskiego nazewnictwa **opiaty to naturalne alkaloidy**, które otrzymuje się w procesie przetwarzania maku lekarskiego. Główne opiaty to morfina, kodeina, tebaina, papaweryna, heroina. **Półsyntetyczne i w pełni syntetyczne opiaty nazywane są opioidami**. Półsyntetyczne opioidy obecne są w lekach przeciwbólowych dostępnych na receptę, takich jak: Dilaudid, Hydrocodone (Vicodin), Oxycontin (oksykodon). W pełni syntetyczne opioidy to np. fentanyl, demerol czy metadon.

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Z uwagi na fakt, że niniejsza publikacja nie obejmuje szczegółowych informacji dotyczących opioidów, w ramach wstępu do polskiego wydania dołączono krótki opis fentanyli oraz ich znaczenia w warunkach Polski i polskiej Służby Więziennej.

WSTĘP DO WYDANIA POLSKIEGO - FENTANYLE

Fentanyl to nowy analgetyk opioidowy. Wyprodukowano całą serię substancji mu pokrewnych zwanych zbiorczo fentanylami (ang. fentanils). Niewielka ich liczba (fentanyl, alfentanil, sufentanil & remifentanil) zyskała szerokie zastosowanie w medycynie jako środki przeciwbólowe, a niektóre z fentanyli wykorzystywane są w weterynarii (carfentanil i thiafentanil).

Ostre skutki działania tych środków przypominają efekt wpływu opioidów typu morfinowego: euforię, odprężenie, uśmierzenie bólu, uspokojenie, bradykardię (spowolnienie akcji serca), hipotermię oraz depresję oddechową (spowolnienie oddychania). Jednakże, na skutek ich silnego oddziaływania na organizm, już kontakt z niewielkimi dawkami może wywołać poważne zatrucie w wyniku nagłej depresji oddechowej, co może doprowadzić do zatrzymania akcji oddechowej oraz do śmierci.

Lista potencjalnych problemów generowanych specyficznie przez fentanyle obejmuje:

- trudności w ocenie stopnia zagrożenia i podwyższone ryzyko przygotowywania, obchodzenia się z i porcjowania tego produktu, gdyż już niewielkie błędy w dawkowaniu mogą wywołać skutki śmiertelne,
- wzrost zagrożeń w przypadku mieszania z innymi substancjami lub mylenia ich z innymi, o słabszym oddziaływaniu,
- podwyższone ryzyko przypadkowego kontaktu, co jest szczególnie istotne dla wszystkich grup zawodowych wchodzących w mniej lub bardziej przypadkowy kontakt fizyczny z nieznanymi substancjami,
- są to substancje łatwe w ukryciu i w transporcie, dla zorganizowanych grup przestępczych stanowiące zyskowny towar, przez co generujące duże wyzwanie dla wdrażania strategii kontroli narkotyków.

Zagrożenie pojawia się już przy prostej i nieintencjonalnej interakcji z fentanylami przez skórę, inhalację lub w skutek ich połknięcia, a za grupy szczególnie narażone na ryzyko uznaje się rodziny i znajomych osób wchodzących w kontakt z tymi substancjami, organy ścigania, pracowników pocztowych, personel zakładów karnych, perso-

nel medyczny i kryminalistyczny. W celu redukcji zagrożeń wiele instytucji zaczyna opracowywać i wdrażać działania edukacyjne, profilaktyczne i komunikacyjne oraz rozpowszechnia wytyczne w zakresie redukcji ryzyka kontaktu, jak również zasady postępowania w obszarze zdrowia i bezpieczeństwa.

Z uwagi na fakt, że z produkcji i dystrybucji fentanyli można czerpać ogromne zyski, są to substancje szczególnie „atrakcyjne" dla środowisk przestępczych. Nawet krótkie linie produkcyjne pozwalają wygenerować i wprowadzić do obrotu tysiące dawek, a małe paczki produktu są łatwe do ukrycia i transportu, co stanowi duże wyzwanie dla organów ścigania.

Obecnie w wielu krajach, a szczególnie w USA odnotowuje się wzrost udokumentowanych zgonów powodowanych przez opioidy, w tym fentanyle. W Unii Europejskiej, a przede wszystkim w niektórych krajach Europy Północnej (szczególnie w Estonii czy w Szwecji) wzrasta skala zagrożenia tym problemem, a w całej Unii odnotowuje się doniesienia o sprzedaży różnych form fentanyli, jako heroiny, amfetaminy czy kokainy oraz stwierdza się ich obecność w fałszywych lekach (analgetykach i benzodiazepinach).

Przeciwdziałaniu ostrym skutkom powikłań zdrowotnych występujących po przyjęciu fentanyli sprzyja bezzwłoczna dostępność w wystarczających ilościach leku Nalokson oraz szkolenie kadr w zakresie jego stosowania i podawania.

W obecnej sytuacji wydaje się niezbędne wdrażanie działań szkoleniowych i zapobiegawczych w każdej z jednostek Służby Więziennej, po to aby umożliwić zarówno prowadzenie profilaktyki, jak i interwencji w obszarze zdrowia i bezpieczeństwa w przypadku przedostawania się fentanyli na teren placówek penitencjarnych.

dr Piotr Jabłoński, Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)


METADON
Wybierz leczenie
zamiast nałogu!
META-
DON
Zastanów się dobrze
Wybór należy do Ciebie

CZYM JEST LECZENIE SUBSTYTUCYJNE?

CZĘŚĆ I

Szacuje się, że na całym świecie żyje 13,2 miliona osób przyjmujących środki odurzające, a co najmniej 10% wszystkich przypadków zakażeń HIV ma swój początek w ryzykownych iniekcjach. W krajach Europy Wschodniej i Azji Środkowej odsetek ten sięga aż 90%. Duża liczba osób uzależnionych od opiatów odbywa wieloletnie i wielokrotne kary pozbawienia wolności. Osoby osadzone w jednostkach penitencjarnych często wywodzą się z najmniej uprzywilejowanych grup społecznych, co sprawia, że ich kondycja zdrowotna już na samym starcie jest niezadowalająca, a pobyt w jednostce penitencjarnej ma na nią dodatkowo negatywny wpływ. Zjawisko to w szczególności dotyka osoby uzależnione od środków psychoaktywnych. Co więcej, jednostki penitencjarne są środowiskiem, które charakteryzuje wysokie ryzyko narażenia przebywających w nich osadzonych na różnego typu infekcje, w tym HIV. Zwykle wynika to z przeludnienia, niedostatecznego poziomu żywienia, ograniczonego dostępu osadzonych do świadczeń profilaktycznych, stosowania przez nich nielegalnych środków psychoaktywnych, a także podejmowania kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia.

Wiele badań wskazuje na to, że osoby przyjmujące środki odurzające drogą dożylną w wyniku wspólnego/ponownego stosowania sprzętu do iniekcji, niehigienicznego sposobu przygotowywania samego narkotyku, podejmowania kontaktów seksualnych wysokiego ryzyka, w tym z osobami także stosującymi substancje psychoaktywne, są szczególnie narażone na zakażenie HIV i innymi wirusami krwiopochodnymi. Na wysokim poziomie utrzymuje się przyjmowanie narkotyków drogą iniekcyjną przez osoby obu płci, jeszcze przed rozpoczęciem odbywania kary pozbawienia wolności. Użytkowniczki narkotyków z większą częstotliwością korzystają ze sprzętu do iniekcji innej osoby (partnera) i zwykle jest im trudno negocjować stosowanie prezerwatyw/bezpieczniejszych technik seksualnych. Osoby czynnie przyjmujące narkotyki drogą dożylną nieco częściej decydują się na podejmowanie płatnych kontaktów intymnych (praca w seks biznesie).

Stosowanie środków odurzających w iniekcji stanowi obecnie dominującą drogę transmisji wirusowego zapalenia wątroby typu C. Zakażenie HCV przechodzi w stan infekcji chronicznej u co najmniej 50–85% chorych. U około 7–15% z nich, w ciągu

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

20 lat dochodzi do marskości wątroby, a u pewnego odsetka tych pacjentów rozwija się nowotwór tego narządu.

Zobowiązania finansowe, wynikające z egzekwowania prawa, przeprowadzania procesów sądowych oraz odbywania kar pozbawienia wolności zasadniczo przyczyniają się do wysokich kosztów społecznych, mających swe źródło w uzależnieniu od środków psychoaktywnych.

Po wyjściu na wolność osadzeni uzależnieni od opiatów są narażeni na powrót do nałogu, na przedawkowanie, a w konsekwencji na śmierć. W okresie 12 miesięcy od wyjścia na wolność do uzależnienia powraca między 70% a 98% osób odbywających kary pozbawienia wolności za przestępstwa związane z narkotykami (mowa o osobach nieleczonych podczas pobytu w jednostce penitencjarnej). W celu zmniejszenia stopnia spożycia środków odurzających na terenach jednostek penitencjarnych i wynikających z tego procederu szkód, systemy więziennictwa powinny nakłaniać użytkowników narkotyków do przyjęcia abstynencji. W przypadku, gdy nie można tego od nich wyegzekwować powinno zachęcać się osoby uzależnione do niepodawania sobie narkotyków drogą dożylną. W sytuacji, gdy i tego zalecenia nie można spełnić – do tego, aby nie korzystały one ze wspólnego sprzętu do iniekcji. Reasumując, w warunkach penitencjarnych staje się niezbędne zapewnienie osadzonym dostępu do leczenia uzależnienia od środków odurzających oraz do programów redukcji szkód, (Stöver et al. 2007).

Wzrasta powszechna zgoda co do tego, że leczenie uzależnienia od narkotyków może być skutecznie prowadzone na terenie jednostki penitencjarnej, o ile odpowiada ono potrzebom osób tam osadzonych, a po ich wyjściu na wolność jest odpowiednio długo i na właściwym poziomie kontynuowane. Opracowano wiele rodzajów leczenia uzależnienia od środków psychoaktywnych, ale – nieco uogólniając – można je podzielić na dwie kategorie. Są nimi: leczenie substytucyjne i programy ukierunkowane na abstynencję.

Wszystkie formy leczenia uzależnienia od środków psychoaktywnych mogą potencjalnie zmniejszać ryzyko zakażenia HIV i HCV. Dowiedziono jednak, że to programy terapii substytucyjnej najbardziej przyczyniają się do eliminowania procederu przyjmowania narkotyków drogą dożylną, co w konsekwencji prowadzi do ograniczenia rozprzestrzeniania się zakażeń HIV i HCV. Leczenie substytucyjne (farmakoterapia agonistyczna, terapia substytucyjna agonistami lub leczenie wspomagane agonistami) odbywa się pod kontrolą lekarską. Polega ono na podawaniu osobom

uzależnionym preparatów farmakologicznie związanych z substancją powodującą uzależnienie, w celu osiągnięcia określonych rezultatów terapeutycznych.

Opiatowa terapia substytucyjna (*opiate substitution theraphy* – OST) jest formą opieki zdrowotnej, stosowaną w leczeniu uzależnień od heroiny i innych opiatów. Bazuje ona na podawaniu przepisanych na receptę, określonych agonistów[1] opiatów o zbliżonych lub identycznych właściwościach oddziaływania na mózg, tak jak ma to miejsce w przypadku heroiny i morfiny - jednakże łagodzących objawy odstawienne i blokujących głód narkotyczny nielegalnych opiatów. Przykładowymi agonistami opiatów są: metadon, L-alfa-acetylometadol, morfina o przedłużonym uwalnianiu się, kodeina, buprenorfina (częściowy agonista-antagonista), w niektórych krajach dostępna jest także diamorfina. Większość tych substancji, z wyjątkiem diamorfiny, charakteryzuje się długim czasem działania i brakiem objawów zespołu abstynencyjnego. Antagonisty[2] są również wykorzystywane do leczenia uzależnienia od opiatów. Antagonisty zajmują te same miejsca receptorowe w mózgu co opiaty, a tym samym blokują efekty ich działania, nie hamując jednak głodu narkotykowego. W przypadku zażycia antagonisty, a następnie opiatu, efekty euforyczne tego drugiego zostają zniwelowane, gdyż zablokowana zostaje jego siła oddziaływania na mózg. W przypadku zażycia antagonisty po opiacie, osoba uzależniona natychmiast doświadcza objawów odstawiennych (głodu). Dlatego też przyjmowanie antagonisty nie jest zalecane osobom, które nie przeszły procesu detoksykacji z opiatów. Najczęściej stosowanym antagonistą opiatowym w leczeniu uzależnienia od opiatów jest naltrexon. Nalokson stosuje się tylko w sytuacjach nagłych, po to, aby odwrócić skutki przedawkowania opiatu. Buprenorfina wykazuje częściowe działanie antagonistyczne i agonistyczne, jest więc coraz częściej wykorzystywana w leczeniu uzależnienia od opiatów. Dostępne są także preparaty łączące nalokson z buprenorfiną (relacja 1:4), stosowane w celu ograniczania przyjmowania leków drogą dożylną.

---

1 *Agonisty – w farmakologii substancje łączące się z receptorem i powodujące reakcję w komórce. Stanowią przeciwieństwo antagonistów, które – łącząc się z receptorem – blokują go bez wywoływania reakcji. Antagonisty blokują receptor także przed aktywowaniem go przez agonisty.*

2 *Antagonisty – w farmakologii leki o działaniu przeciwnym do innego leku.*

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Agonisty metadon, L-alfa-acetylometadol, morfina o przedłużonym uwalnianiu się oraz heroina	Antagonisty naltrekson i nalokson
Leczenie substytucyjne.	Leczenie blokujące lub warunkowanie awersji.
W pewnym stopniu działanie podobne do działania opiatów.	Blokada działania opiatów.
Łagodzenie lub blokada głodu psychicznego opiatów.	Nie łagodzi ani nie blokuje głodu psychicznego opiatów.
Nie wywołuje stanu euforii (poza diamorfiną).	Nie wywołuje stanu euforii.
Może powodować lub utrzymywać uzależnienie fizyczne.	Nie powoduje uzależnienia fizycznego.

Mocną stroną leczenia substytucyjnego jest danie szansy pacjentowi na uniknięcie podejmowania przez niego zachowań ryzykownych oraz ustabilizowanie jego życia w aspekcie zdrowotnym i społecznym, jeszcze przed osiągnięciem dobrostanu psychicznego i fizycznego. Leczenie substytucyjne jest na ogół wdrażane w przypadku osób mających trudności z całkowitym odstawieniem środków odurzających oraz z pokonaniem głodu narkotycznego. Pożądane jest, aby leki substytucyjne cechowały się dłuższym czasem działania lub dłuższym okresem połowicznego rozpadu od zastępowanych środków odurzających. Jest to ważne z uwagi na ich właściwości opóźniające wystąpienie objawów zespołu odstawiennego i w konsekwencji rzadsze stosowanie. Tak prowadzone leczenie pozwala pacjentowi skoncentrować się na aktywnościach życiowych bez przymusu ciągłego zdobywania i przyjmowania narkotyków. Oprócz tego, zastąpienie nielegalnego środka lekiem dostępnym na receptę sprzyja walce z przestępczością oraz wspomaga proces zmiany stylu życia pacjenta na bardziej pożądany z punktu widzenia społecznego.

Co cechuje dobre jakościowo leczenie uzależnienia od środków odurzających:

- jest prowadzone w sposób ciągły,
- umożliwia dodatkowo, rozpoczęcie/kontynuację leczenia innych chorób przewlekłych, np. dzięki zastosowaniu terapii przeciwwirusowej/antyretrowirusowej,
- otwiera drogę do pokonania problemów natury psychicznej i psychofizycznej,

których występowanie grozi powrotem do nałogu poprzez zwalczanie symptomów o charakterze medycznym i psychiatrycznym, jak również pomaga radzić sobie z brakiem stabilizacji w życiu społecznym,

- jest wdrażane na poziomie danej społeczności, z możliwością bezpośredniego monitorowania codziennej aktywności pacjenta i zapobiegania jego powrotom do nałogu.

Inne cechy dobrych modeli terapeutycznych to:

- odpowiednio długi czas przeznaczony na leczenie,
- bezpośredni dostęp do opieki medycznej oraz do leków przez członków danej społeczności (np. osadzonych lub uzależnionych od opiatów) – istotne są tu szkolenia ustawiczne oferowane lekarzom i pielęgniarkom pracującym na rzecz tych osób,
- uwzględnianie i szanowanie zdania oraz opinii samych osadzonych (ich udział partycypacyjny).

Jak wskazano we wspólnym dokumencie WHO/UNODC/UNAIDS (2004), dotyczącym terapii substytucyjnej stosowanej w leczeniu uzależnień od opiatów i zapobieganiu HIV/AIDS:
„nie istnieje leczenie jednakowo skuteczne dla wszystkich potrzebujących, dlatego też świadczenia powinny być wystarczająco zróżnicowane i elastycznie dopasowywane do potrzeb pacjentów i stopnia ich uzależnienia oraz powinny odzwierciedlać indywidualną sytuację życiową, poziom motywacji osobistej, a także reakcję pacjenta na leczenie. Racjonalnie prowadzona terapia uzależnienia od opiatów wymaga zrównoważonego połączenia farmakoterapii, psychoterapii, rehabilitacji psychospołecznej oraz elementów redukcji szkód".

Dążąc do zrealizowania idei polegającej na zapewnieniu podobnych standardów opieki zdrowotnej zarówno na wolności, jak i w jednostce penitencjarnej, należy przenieść różnorodność oferty świadczeń dostępnych dla całego społeczeństwa na ofertę świadczeń będących do dyspozycji osób osadzonych w ośrodkach penitencjarnych.

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

GŁÓWNE CELE LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

Priorytetem stosowania terapii substytucyjnej jest zredukowanie przyjmowania środków odurzających przez osoby od nich uzależnione. Jednak cel główny leczenia substytucyjnego opiera się na znacznie szerszych założeniach, odnoszących się do szeroko pojętego zdrowia publicznego oraz do kwestii redukcji szkód.

Głównymi celami leczenia substytucyjnego są:

- udzielenie pomocy pacjentowi w jego staraniach o zachowanie dobrego stanu zdrowia poprzez zapewnienie mu odpowiedniego wsparcia do czasu rozpoczęcia przez niego życia wolnego od nałogu. W sytuacji, gdy trwałe wyjście z uzależnienia nie jest dla danej osoby możliwe, lub nie chce ona korzystać z programu leczenia, należy zapewnić jej dostęp do terapii substytucyjnej,
- ograniczenie stopnia konsumpcji nielegalnych środków psychoaktywnych lub innych niezaleconych przez lekarza,
- rozwiązywanie problemów związanych z narkomanią,
- redukcja zagrożeń wynikających ze stosowania środków odurzających drogą dożylną przy użyciu niesterylnego sprzętu do iniekcji, w szczególności zakażeń HIV, HBV, HCV oraz innych zakażeń krwiopochodnych,
- skrócenie „ciągów" brania narkotyków,
- zmniejszenie ryzyka powrotu do używania substancji psychoaktywnych,
- zmniejszenie potrzeby uciekania się do zachowań przestępczych w celu zdobycia środków finansowych na zakup substancji psychoaktywnych,
- ustabilizowanie stanu pacjenta w celu złagodzenia objawów zespołu abstynencyjnego,
- poprawa całościowego funkcjonowania pacjenta w aspekcie osobistym, społecznym i rodzinnym,
- zmniejszenie liczby zgonów wskutek przedawkowania środków odurzających, szczególnie tuż po wyjściu osób uzależnionych na wolność.

DOWODY NA KORZYŚCI PŁYNĄCE Z ZASTOSOWANIA TERAPII SUBSTYTUCYJNEJ (Pełny przegląd dostępny: Stallwitz & Stöver, 2007)

Najczęstszą formą leczenia substytucyjnego jest terapia metadonowa, już od dziesięcioleci wykorzystywana w leczeniu uzależnienia od heroiny i innych opiatów. W niektórych krajach praktykowane jest stosowanie nieco później wdrożonej buprenorfiny. Udowodniono, że oba wymienione leki, dzięki zmniejszeniu częstotliwości stosowania opiatów przez osoby uzależnione, wpływają na znaczne obniżenie u nich ryzyka zakażenia HIV, poprawę stanu zdrowia oraz podniesienie jakości ich życia.

Od połowy lat 90. XX wieku nastąpił szybki rozwój programów leczenia substytucyjnego, kierowanego do wybranych populacji. Obecnie w skali globalnej korzysta z nich ponad pół miliona uzależnionych. W ciągu ostatnich 5–10 lat dostępność do tego typu świadczeń stopniowo wzrosła także na terenie Unii Europejskiej, jednak ich wdrażanie kształtuje się bardzo różnie. Najogólniej mówiąc, leczenie substytucyjne, prowadzone w niejednakowych formach zostało przyjęte jako szeroko akceptowane działanie z obszaru redukcji szkód oraz jako metoda lecznicza stosowana wobec osób uzależnionych od opiatów (Rada Europy, 2001).

We wspólnym dokumencie WHO, Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC) oraz UNAIDS (2004) stwierdzono:

Substytucja stanowi jedną z najefektywniejszych opcji terapeutycznych, jeżeli chodzi o leczenie uzależnienia od opiatów. Ma ona wpływ na obniżenie wysokich kosztów tego nałogu ponoszonych przez samych uzależnionych, ich rodziny, a w dłuższej perspektywie przez całe społeczeństwo poprzez:

- zmniejszenie poziomu stosowania heroiny,
- redukcję liczby zgonów na skutek przedawkowania oraz podejmowania ryzykownych zachowań w kontekście zakażenia HIV, jak również zachowań przestępczych.

Terapia substytucyjna jest kluczowym narzędziem w leczeniu uzależnienia od opiatów i w zapobieganiu zakażeniom HIV wśród osób stosujących środki odurzające drogą iniekcji.

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Leczenie substytucyjne, polegające na podawaniu agonistów opiatów osobom uzależnionym jest zgodne z:

- jednolitą konwencją o środkach odurzających z 1961 r.,
- konwencją o substancjach psychotropowych z 1971 r.

Wiele danych naukowych potwierdza efektywność programów leczenia substytucyjnego w obszarze zmniejszenia liczby ryzykownych zachowań związanych z dożylnym stosowaniem środków odurzających, a w konsekwencji z narażeniem na zakażenie HIV. Terapia substytucyjna to najskuteczniejsza dostępna forma leczenia osób uzależnionych od heroiny, przyjmujących ją drogą dożylną, gdyż ogranicza:

- liczbę zgonów (poziom śmiertelności osób uzależnionych od opiatów, objętych terapią metadonową kształtuje się na poziomie od jednej czwartej do jednej trzeciej poziomu śmiertelności osób nieleczonych),
- przyjmowanie ilości narkotyku,
- podejmowanie aktów łamania prawa.

Osoby uzależnione, w celu zdobycia środków odurzających, nierzadko podejmują zachowania przestępcze, jednak po roku leczenia metadonowego liczba popełnianych przez nie na tym tle wykroczeń zmniejsza się o około połowę. Największe korzyści terapeutyczne obserwuje się w trakcie prowadzenia leczenia oraz bezpośrednio po jego zakończeniu. Jednakże pozytywne efekty terapii utrzymują się jeszcze przez wiele lat. Te najbardziej widoczne dotyczą porzucenia zachowań kryminogennych mających związek z narkotykami. Udało się także obalić wiele mitów dotyczących leczenia substytucyjnego. Przede wszystkim terapia ta nie stanowi przeszkody w całkowitym odstawieniu substancji odurzających przez osoby uzależnione. Wręcz przeciwnie, w tym przypadku okazuje się być bardziej efektywna od programów detoksykacyjnych typu *drug free,* z uwagi na kładzenie nacisku na utrzymanie pacjentów w programach leczenia uzależnień, a z biegiem czasu na przyjęcie przez nich postawy abstynencji. Leczenie substytucyjne jest metodą finansowo opłacalną, jeżeli porównać ją pod tym względem z innymi interwencjami medycznymi, np. leczeniem zaawansowanego nadciśnienia tętniczego czy HIV/AIDS. Według ostrożnych szacunków, każde jedno euro zainwestowane w tego rodzaju programy może przynieść zwrot od czterech do siedmiu euro (i to tylko dzięki ograniczeniu przestępczości związanej

z narkotykami, redukcji kosztów procesów sądowych oraz spadkowi liczby kradzieży). W przypadku, gdy dodatkowo uwzględnimy ograniczenie wydatków związanych z pracą służby zdrowia, relacja uzyskanych oszczędności do kosztów ponoszonych w przypadku niezastosowania terapii substytucyjnej może wynosić 12:1. Osoby przyjmujące środki odurzające w iniekcjach i niepoddane leczeniu są nawet sześciokrotnie bardziej narażone na zakażenie HIV niż osoby uzależnione, które odbywają karę pozbawienia wolności i kontynuują leczenie substytucyjne na terenie zakładu penitencjarnego (National Institute on Drug Abuse, 2000).

Konkludując, podopieczni, którzy byli objęci leczeniem substytucyjnym na wolności, a w momencie przyjęcia ich do jednostki penitencjarnej zmuszeni do odstawienia metadonu, często wracają do nałogu i to w formie iniekcji dożylnych. Z tego też powodu zaleca się by osadzeni, którzy byli leczeni substytucyjnie na wolności, mogli to samo leczenie kontynuować w trakcie odbywania kary w warunkach izolacji (Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, UNAIDS i WHO, 2006).

Zarówno w jednostkach penitencjarnych, jak i poza nimi, terapia substytucyjna – o ile jest dostępna dla osadzonych – wpływa na zmniejszenie poziomu przyjmowania przez nich środków psychoaktywnych drogą dożylną oraz korzystania ze wspólnego sprzętu do iniekcji. Zgodnie z wytycznymi WHO (1993), dotyczącymi profilaktyki HIV i AIDS, prowadzonej w ośrodkach penitencjarnych, zaleca się, aby „osadzeni, leczeni metadonem jeszcze w warunkach wolnościowych, mogli mieć możliwość kontynuacji terapii w warunkach przymusowej izolacji".

W Deklaracji Dublińskiej na temat HIV/AIDS w Warunkach Więziennych w Europie i Azji Centralnej (Lines et al., 2004) zapisano:

Artykuł 1: Osadzeni mają prawo do korzystania z profilaktyki zakażeń HIV. Osadzeni żyjący z HIV/AIDS mają prawo do ochrony przed ponownym zakażeniem i/lub koinfekcją HCV i/lub gruźlicą. W związku z tym, na rządach państw spoczywa odpowiedzialność zapewnienia im swobodnego dostępu do terapii metadonem i innymi środkami leczenia substytucyjnego, także w warunkach izolacji. Dotyczy to tych państw, w których leczenie dostępne jest ogółowi społeczeństwa. Należy uwzględnić zarówno możliwość ciągłości leczenia dla osób korzystających z niego jeszcze w warunkach wolnościowych, jak i dopuszczalność rozpoczęcia leczenia w przypadku nowych pacjentów. Państwa, które dotychczas na swoim terenie nie zalegalizowały lub nie wprowadziły leczenia substytucyjnego powinny to niezwłocznie uczynić.

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Pełny tekst Deklaracji Dublińskiej na temat HIV/AIDS w Warunkach Więziennych w Europie i Azji Centralnej jest dostępny na stronie internetowej:

http://www.drugpolicy.org/docUploads/dublin_declaration_2004.pdf

Na całym świecie rośnie liczba systemów penitencjarnych oferujących leczenie substytucyjne osadzonym (Australia i Kanada, niektóre ośrodki w Stanach Zjednoczonych, większość systemów państw Unii Europejskiej i innych państw, w tym Indonezji i Islamskiej Republiki Iranu). W Hiszpanii, 18% wszystkich osadzonych, a 82% użytkowników narkotyków odbywających karę pozbawienia wolności, jest objętych tego rodzaju świadczeniem.

Programy substytucyjne są również prowadzone w jednostkach penitencjarnych, zlokalizowanych na terenie nowych państw członkowskich UE, najczęściej jednak realizuje się je w niewielkim zakresie, co powoduje, że może z nich korzystać bardzo ograniczona grupa potrzebujących. Coraz większa liczba systemów penitencjarnych ze wschodniej części Europejskiego Regionu WHO uruchamia programy leczenia substytucyjnego. Dobrym przykładem są tu m.in. Republika Mołdawii czy Kirgistan, jednak leczenie substytucyjne w więzieniach pozostałych państw tego regionu wciąż pozostaje niedostępne dla osób uzależnionych, odbywających kary pozbawienia wolności. Początkowo terapia tego typu była zarezerwowana tylko dla osób osadzonych żyjących z HIV, czy cierpiących na inne choroby zakaźne oraz dla kobiet w ciąży. Na ogół, dostępność leczenia substytucyjnego w warunkach izolacji jest niewystarczająca i plasuje się poniżej standardów tego samego świadczenia, oferowanego w warunkach wolnościowych. W wielu krajach, często zdarza się, że leczenie substytucyjne jest przerywane w momencie rozpoczęcia przez osobę uzależnioną odbywania kary pozbawienia wolności. Nadal więcej osób wymaga terapii substytucyjnej niż ją otrzymuje, a luka ta pozostaje niewypełniona.

W niektórych systemach więziennictwa wciąż niechętnie wprowadza się modele leczenia substytucyjnego, a tam gdzie ono już istnieje, obejmuje się nim tylko tych osadzonych, którzy stosowali je w warunkach wolnościowych. Niektórzy uważają metadon czy buprenorfinę za kolejny lek psychotropowy, którego podawanie opóźnia proces przemiany wewnętrznej osoby uzależnionej mający doprowadzić do jej wyjścia poza ograniczony nałogiem wąski horyzont myślowy. Inni są przeciwni terapii substytucyjnej ze względów moralnych, argumentując, że zastępuje ona jedno uzależnienie drugim. Najczęstsze powody wyrażania niechęci wobec leczenia substytucyjnego to:

- wyjście z założenia, że jednostki penitencjarne są terenem wolnym od narkotyków,
- obawa o to, że leki substytucyjne mogą nie zostać użyte zgodnie z przeznaczeniem, np. sprzedane,
- brak zrozumienia tego, że uzależnienie od substancji odurzających jest chorobą przewlekłą,
- ograniczenia lokalowe, osobowe i finansowe w wielu ośrodkach penitencjarnych,
- dodatkowy koszt generowany przez wdrażanie leczenia substytucyjnego oraz przyjęcie na siebie kolejnych obowiązków, związanych z organizacją leczenia na terenie jednostki penitencjarnej,
- obawa o to, czy leczenie substytucyjne nie wpłynie destabilizująco na sytuację ogólną jednostki penitencjarnej.

Najlepszym sposobem przezwyciężenia powyższych barier jest cierpliwe i ustawiczne prezentowanie twardych danych naukowych, przemawiających na korzyść wdrażania leczenia substytucyjnego przy uwzględnieniu punktu widzenia osadzonych oraz personelu instytucji penitencjarnych. Lekarze klinicyści muszą pamiętać o tym, że kadra medyczna czy administracyjno-zarządcza jednostki penitencjarnej może nie mieć pełnej wiedzy o trwałym i nawracającym charakterze uzależnienia od środków psychoaktywnych. Co więcej, leczenie substytucyjne jest często postrzegane przez te osoby jako intensyfikujące, a nie łagodzące problemy zdrowotne i społeczne pacjentów. Dlatego też, specjaliści powinni wychodzić naprzeciw obawom personelu jednostek penitencjarnych (choćby były one odrealnione), jednocześnie angażując się w prowadzenie rzecznictwa i działań edukacyjnych po to, aby potrzebujący osadzeni dostali możliwość czerpania korzyści z prostej i niedrogiej formy leczenia, jaką jest terapia substytucyjna.

Zdarza się, że osadzeni niechętnie korzystają z leczenia substytucyjnego. Dzieje się tak dlatego, iż nie mają wiedzy nt. korzyści wynikających z leczenia lub chcą ukryć fakt bycia uzależnionym z obawy przed stygmatyzacją i gorszym traktowaniem. Terapię substytucyjną można byłoby uznać za nieodpowiedni model leczenia tylko w przypadku, gdyby istniały wiarygodne, skuteczne, alternatywne sposoby na osiągnięcie trwałej abstynencji u osób uzależnionych. Niestety, takich alternatyw nie ma. (Dolan & Wodak, 1996).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Po przejściu procesu detoksykacji, większość pacjentów uzależnionych od heroiny powraca do jej przyjmowania. Tylko nieliczne osoby udaje się przekonać do rozpoczęcia leczenia typu drug free i wytrwania w nim do czasu osiągnięcia pełnej abstynencji.
W przypadku, gdy w terapii (np. substytucyjnej) udaje się utrzymać połowę rozpoczynających ją pacjentów, zdecydowanie spada poziom używania przez nich nielegalnych opiatów oraz liczba podejmowanych działań przestępczych. Obserwuje się także poprawę ich stanu zdrowia i jakości życia, co dowodzi, że leczenie substytucyjne daje dużo więcej korzyści niż „tylko" wymianę jednego uzależnienia na drugie.

Przeprowadzone ewaluacje programów leczenia substytucyjnego, wdrażanych w jednostkach penitencjarnych, jednoznacznie potwierdziły ich mocne strony. Wykazano, że przy stosowaniu odpowiednich dawek metadonu (co najmniej 60 mg), w czasie terapii prowadzonej przez cały okres odbywania kary pozbawienia wolności, wśród osadzonych zmniejsza się stopień przyjmowania narkotyków drogą dożylną oraz korzystania ze wspólnego sprzętu do iniekcji. Przekłada się to na ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV i innych zakażeń krwiopochodnych. Oprócz tego, we wspomnianych ewaluacjach wyszczególniono cały wachlarz korzyści, jakie dla osób osadzonych, systemów penitencjarnych i ogółu społeczeństwa przynosi wdrażanie leczenia substytucyjnego.

- Poprzez zmniejszenie liczby niepożądanych zachowań, związanych ze zdobywaniem narkotyków, leczenie substytucyjne przyczynia się do poprawy przestrzegania przez osoby osadzone zasad obowiązujących na terenie ich jednostki penitencjarnej. Ma to bezpośredni wpływ na poprawę bezpieczeństwa ogólnego. Umożliwiając osadzonym korzystanie z terapii substytucyjnej, systemy penitencjarne zyskują m.in na ograniczeniu na swym terenie procederu handlu narkotykami, na zahamowaniu u nowo przybyłych osadzonych objawów zespołu abstynencyjnego (w tym prób samookaleczenia oraz prób samobójczych), zminimalizowaniu u osadzonych uczucia niepokoju oraz podniesieniu poziomu ich energii witalnej, którą mogą wykorzystać w sposób produktywny.
- Ryzyko ponownego złamania prawa jest znacznie niższe wśród osadzonych, otrzymujących leczenie substytucyjne.

- Ci osadzeni, którzy zostali objęci terapią substytucyjną podczas odbywania kary w warunkach izolacji, w sposób bardziej płynny i naturalny przechodzą do dalszego leczenia, proponowanego im po wyjściu na wolność i częściej utrzymują się w leczeniu w porównaniu z osadzonymi korzystającymi z programów detoksykacyjnych.
- Często w początkowej fazie działania programów substytucyjnych, personel jednostek penitencjarnych obawia się zmniejszenia poziomu bezpieczeństwa, wzrostu agresywnych zachowań oraz niewłaściwego wykorzystania samych leków (ich wymiany i handlu między osadzonymi), jednak w rzeczywistości problemy te pojawiają się rzadziej niż wtedy, gdy programy te nie są realizowane.
- Zarówno osadzeni, jak i personel jednostek penitencjarnych dostrzegają pozytywny wpływ leczenia substytucyjnego na życie w tych instytucjach.
- Prowadzenie leczenia substytucyjnego umożliwia codzienny kontakt między kadrą medyczną, a osadzonymi uzależnionymi od opiatów, co owocuje budowaniem obustronnych relacji. W następnej kolejności może to posłużyć jako podstawa do niwelowania współistniejących problemów zdrowotnych, którymi obarczone są osoby osadzone i kierowania do nich strategii profilaktyki HIV.
- Istnieją dowody na to, że nagłe przerwanie leczenia substytucyjnego po przyjęciu osadzonego do jednostki penitencjarnej, zwiększa ryzyko jego samookaleczenia i podejmowania prób samobójczych.

Kanadyjski federalny system penitencjarny poszerzył dostępność leczenia substytucyjnego po tym, gdy wyniki przeprowadzonej ewaluacji wykazały, że terapia ta ma pozytywny wpływ na styl życia byłych osadzonych. Rzadziej dopuszczali się oni popełniania przestępstw, a tym samym rzadziej otrzymywali ponowne wyroki skazujące. Jest to ważne spostrzeżenie, z uwagi na fakt, że koszt programu terapii substytucyjnej może zostać zrównoważony oszczędnościami poczynionymi dzięki temu, że byli osadzeni, korzystający ze świadczeń substytucji w jednostkach penitencjarnych, radzą sobie na wolności o wiele lepiej niż osoby w podobnej sytuacji pozbawione szansy korzystania z terapii.

Ponadto leczenie substytucyjne może wpłynąć na zmniejszenie ryzyka przedawkowania u byłych osadzonych po opuszczeniu jednostki penitencjarnej. Wielu uzależnionych, po wyjściu na wolność powraca do przyjmowania środków odurzających w formie iniekcji, co w wyniku zmniejszenia się progu tolerancji na opiaty wiąże się z podwyższonym ryzykiem ich śmiertelnego przedawkowania. Obszerne analizy

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

wskazują na dużą liczbę zgonów wśród byłych osadzonych w ciągu pierwszych tygodni ich przebywania na wolności, mającą źródło w przedawkowaniu. Na podstawie badania przeprowadzonego w Wielkiej Brytanii na grupie 51 590 osób (Farrell & Marsden 2005) oszacowano, że około 35% wszystkich zgonów mężczyzn oraz 12% zgonów kobiet, mających związek z używaniem narkotyków, dotyczyło osób dopiero co zwolnionych z jednostki penitencjarnej. Spostrzeżenie to jasno wskazuje na celowość oraz konieczność prowadzenia leczenia uzależnienia od opiatów w jednostkach penitencjarnych oraz uwypukla jego znaczenie nie tylko jako strategii zapobiegania HIV w warunkach izolacji, lecz także jako narzędzia redukcji liczby zgonów z powodu przedawkowania krótko po wyjściu osadzonych na wolność.

W randomizowanym badaniu klinicznym dotyczącym leczenia metadonowego Kinlock et al. (2007) wykazano, że terapia substytucyjna rozpoczęta u osadzonych przed opuszczeniem przez nich jednostki penitencjarnej lub niedługo po ich wyjściu na wolność, ma korzystny wpływ na włączenie tych osób do ogólnego systemu służby zdrowia, po to aby mogły one korzystać ze świadczeń kierowanych do danej społeczności, w tym z leczenia uzależnienia od heroiny. Przedstawione dane oraz zasadność zapewnienia równoważnych standardów opieki i leczenia, obowiązujących zarówno w warunkach wolnościowych, jak i w izolacji, stanowią mocny argument dla wprowadzenia leczenia substytucyjnego do struktur systemów penitencjarnych.

Ogólne wskazówki leczenia osób uzależnionych od środków psychoaktywnych obowiązujące w jednostkach penitencjarnych w Słowenii.

Standardy opieki medycznej w jednostkach penitencjarnych lub domach poprawczych powinny być tożsame ze standardami obowiązującymi na wolności.

Kwestią kluczową jest niezależność zawodowa pracowników służby ochrony zdrowia.

Konieczne jest nawiązanie bliskiej współpracy między specjalistami pracującymi z uzależnionymi na terenie jednostki penitencjarnej, a tymi, którzy działają na ich rzecz w warunkach wolnościowych na poziomie społeczności.

Osoby uzależnione muszą mieć możliwość podjęcia leczenia w czasie odbywania kary pozbawienia wolności (programy redukcji szkód, leczenie substytucyjne, detoksykacja lub leczenie nastawione na abstynencję).

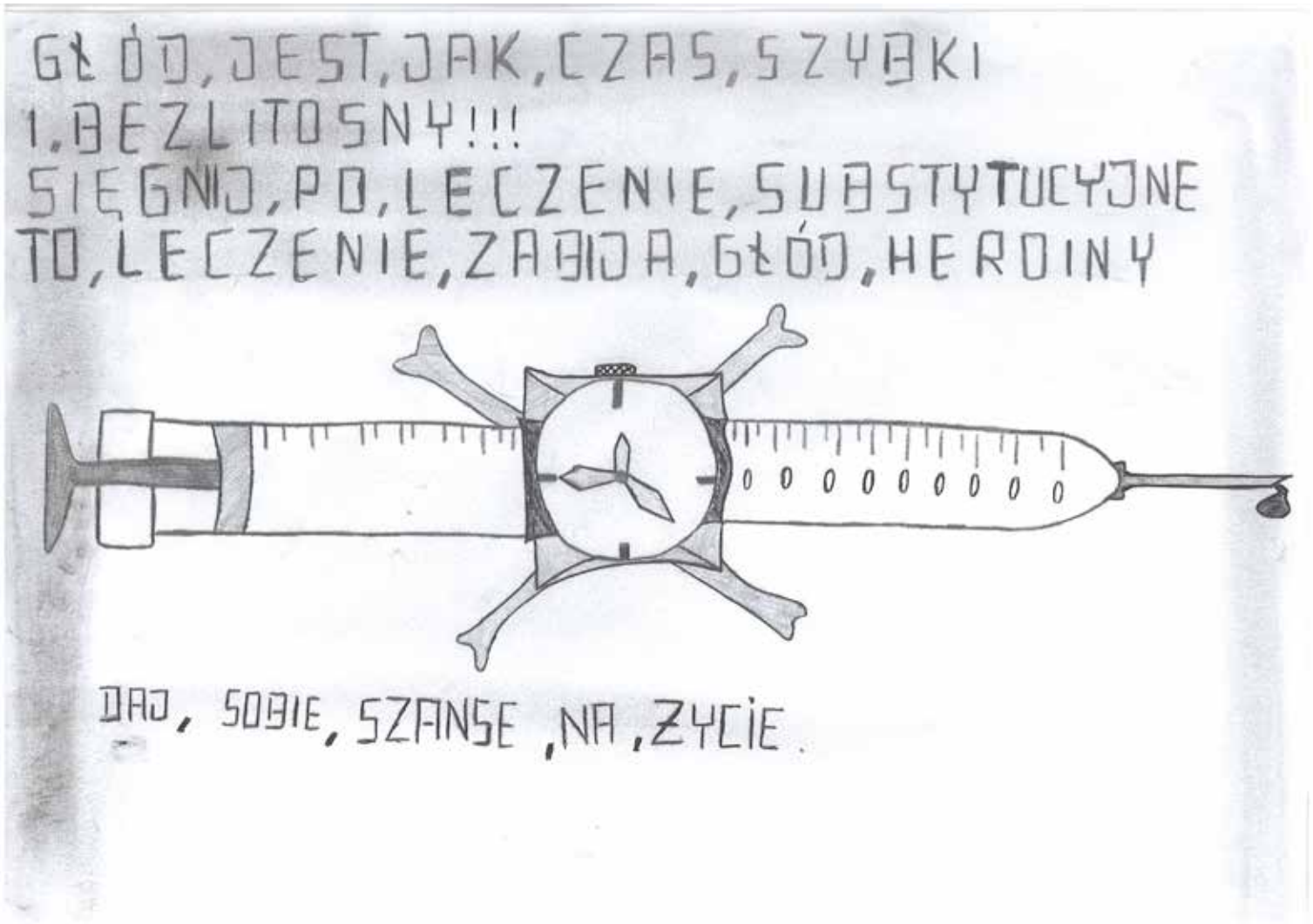
Osoby te muszą mieć możliwość korzystania z leczenia w ramach programów kierowanych do uzależnionych w warunkach wolnościowych (na poziomie społeczności).

Wybrane wskazówki dotyczące leczenia osób uzależnionych od środków psychoaktywnych w Słowenii (Kastelic et al., 2001).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

BIBLIOGRAFIA

- Council of Europe (2001): *11th general report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 2000*. Strabourg, Council of Europe, 2001 (CPT/Inf (2001) 16.)
- Dolan, K.A., Wodak, A.D., Hall, W.D. (1996): *An international review of methadone provison in prisons*. Addiction Research, 4:85–97.
- Farrell, M., Marsden, J. (2005): *Drug-related mortality among newly released offenders, Home Office on-line report 40/2005*, Gouvernment of England and Wales.
- *General instructions for treating drug users in prison in Slovenia, Ljubljana*, Ministry of Health of the Republic of Slovenia, Ministry of Justice of Health of the Republic of Slovenia.
- Kinlock, T.W, Gordon, M.S., Schwartz, R.P., O'Grady, K., Fitzgerald, T.T., Wilson, M. (2007): *A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: Results at 1-month post-release*. W: Drug and Alcohol Dependece 91 (2007) 220-227.
- Lines, R. at al. (2004): *Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia*. Dublin, Irish Penal Reform Trust. http://www.drugpolicy.org/docUploads/dublin_declaration_2004.pdf)
- National Institute on Drug Abuse (2000): *Principles of drug addiction treatment: a research based guide*. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse.
- 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., 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 suport in prison settings: a framework for an effective national response.* Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf)
- WHO (1993): *Guidelines of HIV infection and AIDS in prison*, Geneva, World Health Organization. (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/WHO%20guidelines%20prisons.pdf)



This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT: Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

CZYM JEST LECZENIE SUBSTYTUCYJNE?

CZĘŚĆ II

SKUTECZNE LECZENIE

Aby leczenie substytucyjne (tak jak każde inne) przynosiło pożądane efekty, powinno:

- uwzględniać potrzeby osadzonych,
- być indywidualnie dobrane do każdego pacjenta, jeżeli chodzi o czas trwania oraz ustalenie dawki leku,
- być prowadzone z zachowaniem ciągłości terapii, to znaczy od momentu przyjęcia skazanego do jednostki penitencjarnej i po jej opuszczeniu.

Skutecznie prowadzona terapia substytucyjna daje pacjentom wiele korzyści:

- pomaga im utrzymać się przy życiu,
- umożliwia przejście na abstynencję lub na ustabilizowany model przyjmowania środków zastępczych,
- normalizuje ich życie społeczne,
- przynosi poprawę stanu zdrowia fizycznego,
- zmniejsza ryzyko transmisji zakażeń krwiopochodnych (szczególnie HIV i HCV),
- ogranicza podejmowanie aktywności o charakterze przestępczym.

Tego typu terapia okazuje się wartościowa także dla ogółu społeczeństwa przez:

- poprawę stanu zdrowia publicznego,
- redukcję nowych przypadków HIV i innych zakażeń,
- zmniejszenie kosztów generowanych w ramach pracy pomocy społecznej oraz wymiaru sprawiedliwości.

Programy leczenia substytucyjnego różnią się od siebie czasem trwania, wysokością dawek stosowanych środków oraz schematami leczenia. Pomimo wielu dowodów naukowych (Zickler, 1999) na to, że leczenie substytucyjne, a w szczególności leczenie metadonowe, wykazuje zwiększoną skuteczność w przypadku aplikacji wyższych da-

wek podtrzymujących, duża liczba tych programów opiera się na krótkoterminowej detoksykacji pacjenta, powiązanej ze stopniowym zmniejszaniem porcji leku. Poprzez zastosowanie terapii substytucyjnej wyłącznie w formie detoksykacji, ogranicza się jej potencjał terapeutyczny. Leczenie podtrzymujące ma na celu, przede wszystkim, ustabilizowanie stanu zdrowia osoby uzależnionej i jej powrót do społeczeństwa. Jak wskazują wyniki wspólnych badań(WHO, Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości oraz UNAIDS, 2004) u większości osób uzależnionych od opiatów: „(...) *znaczną poprawę osiąga się po około 90 dniach wdrażania leczenia, a kolejne miesiące przynoszą dalsze korzyści. Z uwagi na to, że pacjenci często decydują się na przedwczesne zakończenie leczenia (mimo, że decyzja ta wiąże się z wysokim ryzykiem powrotu do nałogu), programy metadonowe powinny mobilizować podopiecznych do utrzymania się w leczeniu przede wszystkim dlatego, że wielu z nich wymaga terapii rozłożonej na długie lata"*.

W 1990 roku, Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy, zaproponowało standardowe schematy leczenia metadonem, dzieląc je na cztery kategorie:

1. Detoksykacja krótkoterminowa: podawanie metadonu w dawkach malejących przez okres do jednego miesiąca.
2. Detoksykacja długoterminowa: podawanie metadonu w dawkach malejących przez okres dłuższy niż jeden miesiąc.
3. Krótkotrwałe leczenie podtrzymujące: podawanie stałej dawki metadonu przez okres do 6 miesięcy.
4. Długotrwałe leczenie podtrzymujące: podawanie stałej dawki metadonu przez okres powyżej 6 miesięcy.

Istotne jest wprowadzenie rozróżnienia pomiędzy programami niskoprogowymi a programami wysokoprogowymi, z zastrzeżeniem, że pojęcie „niskoprogowe" nie oznacza „niższej jakości".

Programy niskoprogowe:

- są łatwo dostępne,
- są nastawione na redukcję szkód,
- ich głównym celem jest złagodzenie u pacjenta objawów zespołu abstynencyjnego i głodu opiatowego, a także poprawa jakości jego życia,
- oferują różne opcje terapeutyczne.

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Programy wysokoprogowe:

- aby móc z nich korzystać, należy często spełniać określone kryteria, tak więc dostęp do nich jest utrudniony,
- są zorientowane na abstynencję (również abstynencję od metadonu),
- nie dysponują elastycznymi opcjami terapeutycznymi,
- zakładają regularne kontrole moczu,
- charakteryzują się sztywnymi zasadami wydawania leków,
- zabronione jest używanie innych substancji psychoaktywnych niż tych zalecanych w toku terapii,
- obejmują obowiązkowy kontakt ze specjalistami terapii/psychoterapii uzależnień.

Ogólnie, programy niskoprogowe wykazują większą skuteczność dotyczącą redukcji szkód, zarówno w przypadku osób uzależnionych, jak i w kontekście ogółu społeczeństwa, głównie dzięki szybkiemu włączaniu do i utrzymywaniu pacjentów w terapii. W przypadku osób o niestabilnym stylu życia, wynikającym z ich nałogu, tego typu programy przynoszą często lepsze rezultaty i spełniają tym samym cele leczenia substytucyjnego.

SUBSTYTUCYJNE LECZENIE PODTRZYMUJĄCE - SKUTECZNIEJSZE OD INNYCH FORM TERAPII

Prowadzenie substytucyjnego leczenia podtrzymującego w warunkach izolacji na terenie jednostek penitencjarnych często budzi niechęć personelu. Niektórzy decydenci uważają metadon za kolejny lek psychotropowy, którego podawanie opóźnia proces przemiany wewnętrznej osoby uzależnionej i jej wydostanie się poza wywołany nałogiem „zaklęty krąg myślowy". Wiele osób sprzeciwia się wprowadzaniu terapii substytucyjnej także ze względów moralnych, podając jako główny argument to, że jedynie zamienia się jedno uzależnienie na drugie. Jednak najnowsze badania naukowe pokazują, że leczenie podtrzymujące wykazuje wyższy poziom efektywności od detoksykacji, szczególnie w takich aspektach jak:

- utrzymanie pacjenta w leczeniu,
- zmniejszenie liczby zgonów związanych ze stosowaniem środków odurzających,
- przechodzenie na poziom abstynencji.

Wiele obaw budzi także związek z trudnościami na jakie może napotykać wprowadzanie leczenia substytucyjnego w jednostkach penitencjarnych, jednak praktyka pokazuje, że bariery te można przezwyciężyć.

Ze względu na przewlekły charakter uzależnienia od opiatów, terapię substytucyjną można porównać do leczenia poważnych chorób przewlekłych, takich jak nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca, kiedy to chorzy muszą przyjmować leki codziennie, a przerwanie terapii wiąże się z wysokim ryzykiem wystąpienia u nich objawów niepożądanych. Uznaje się bowiem, że uzależnienie jest stanem przewlekłym i nawracającym, nawet po długim okresie bez nałogu, a jego leczenie – aby było skuteczne – musi być prowadzone w sposób ciągły. Można powiedzieć, że leczenie uzależnień składa się zazwyczaj z wielu krótszych lub dłuższych okresów zintensyfikowanej opieki nad pacjentem, a jego zakres wykracza poza systematycznie wdrażany, przewidywalny, jednolity schemat terapii, który wcześniej uzgodnili ze sobą lekarz i pacjent.

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE I PLAN LECZENIA

Kryteria diagnostyczne, dotyczące leczenia uzależnienia od środków odurzających wykazano i potwierdzono na łamach dokumentów międzynarodowych, takich jak: Dziesiąta Rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) (WHO, 1992) oraz piąte wydanie Podręcznika Diagnostycznego i Statystycznego Zaburzeń Psychicznych (Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne, 2013). Opiatowa terapia podtrzymująca powinna być stosowana u tych osób, które spełniają kryteria kliniczne dotyczące uzależnienia. Jednak tak restrykcyjne wymagania dopuszczenia do włączenia do terapii podtrzymującej osób uzależnionych, przynoszą efekt przeciwny do zamierzonego w kontekście dostępu do leczenia i zapobiegania zakażeniu HIV i wirusowemu zapaleniu wątroby. To lekarz klinicysta, prowadzący pacjenta powinien określać – na podstawie indywidualnej oceny stanu zdrowia oraz kondycji każdego z podopiecznych, maksymalną wysokość dawki leku lub maksymalną długość terapii.

Teoretycznie każda osoba uzależniona od opiatów i potrzebująca leczenia, a przy tym wyrażająca chęć skorzystania z terapii substytucyjnej, może zostać do niej zakwalifikowana,o ile zostanie odpowiednio przebadana i przygotowana. Zaleca się jednak, aby przy określaniu warunków przyjęcia do programu brać pod uwagę dostępność miejsc, wiek pacjenta, czas trwania uzależnienia, stan zdrowia fizycznego i psychicznego oraz motywację osobistą.

Niektóre populacje, na przykład kobiety w ciąży czy osoby żyjące z HIV lub cierpiące na inne choroby, powinny być traktowane w sposób priorytetowy. Nie powinno

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

to jednak dla nich oznaczać obowiązkowego testowania w kierunku HIV.

Największą liczbę zgonów z powodu przedawkowania odnotowuje się zaraz po wyjściu osadzonych na wolność (czyli po okresie abstynencji lub ograniczonym stosowaniu środków, przez co może się zmniejszyć stopień tolerancji na opiaty). Dlatego leczenie osadzonych na krótko przed zakończeniem odbywania przez nich kary pozbawienia wolności powinno być traktowane z najwyższą uwagą.

Indywidualny plan leczenia powinien zależeć od celów, ustalanych na podstawie dostępnych informacji, potrzeb oraz oczekiwań każdego z pacjentów, jak również od opinii lekarza specjalisty. Kwestiami do rozważenia przy opracowywaniu planu leczenia pozostają

- osobiste dążenia pacjenta,
- okoliczności bieżące,
- dostępne środki,
- dotychczasowa historia wyników leczenia,
- wiedza pacjenta na temat bezpieczeństwa, skuteczności oraz szerokiego oddziaływania terapii.

Uzależnienie od opiatów generuje cały szereg problemów medycznych, prawnych i psychospołecznych. Pacjentów warto włączać do leczenia substytucyjnego wtedy, gdy wiadomo, że dzięki terapii możliwe będzie ograniczenie indywidualnych i społecznych szkód związanych z ich uzależnieniem od opiatów. Z pojawiającymi się problemami należy mierzyć się na bieżąco, zarówno w ramach programu, jak i szukając pomocy w odpowiednich instytucjach.

ZAGROŻENIA I OGRANICZENIA

Największym zagrożeniem, związanym z podawaniem metadonu oraz innych agonistów opiatów, jest przedawkowanie, które może prowadzić do zgonu pacjenta. Badania (Verster & Buning, 2003) wykazują, że ryzyko przedawkowania jest najwyższe na samym początku leczenia substytucyjnego. Dlatego też, w momencie rozpoczęcia terapii zaleca się podawanie pacjentom niskich dawek. Kiedy po około dwóch tygodniach osiągnie się poziom dawki stałej, stopień ryzyka zgonu z powodu przedawkowania znacznie maleje w porównaniu z tym samym ryzykiem sprzed rozpoczęcia leczenia.

Leczenie substytucyjne ma także swoje mankamenty. Najpoważniejszym z nich jest to, że w większości przypadków terapia musi być prowadzona przez długi czas. Aspekt długofalowości rodzi negatywne konsekwencje dla sfery wydatków publicz-

nych oraz dla samych beneficjentów. Osoba uzależniona staje się pacjentem długoterminowym, uzależnionym nie tylko od leków, lecz także od specjalisty, który je przepisuje. W niektórych przypadkach uzależnienie to może prowadzić do przyjęcia postawy bierności i przejścia ze stanu „wyuczonej bezradności" do „roli chorego". Ponadto uzależnienie od leków i towarzysząca temu stygmatyzacja mogą rodzić trudności w sytuacji, gdy pacjent korzystający z terapii podejmie decyzję o zmianie swego miejsca pobytu (z powodów mieszkaniowych lub ze względu na konieczność przemieszczania się), ale nadal będzie chciał brać leki.

Należy liczyć się z potencjalnie poważnymi i niepożądanymi efektami ubocznymi terapii. Pacjenta trzeba na nie odpowiednio przygotować (jeszcze przed rozpoczęciem leczenia), aby był ich świadomy i aby wyraził swoją zgodę. Pomimo możliwości wystąpienia niepożądanych efektów ubocznych terapii należy pamiętać, że pozytywne aspekty leczenia substytucyjnego znacząco przewyższają te negatywne, zarówno w przypadku pacjentów indywidualnych, jak i ogółu społeczeństwa.

JEDNOCZESNE STOSOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

W przypadku stosowania przez osadzonych innych środków psychoaktywnych należy wdrożyć jednoznaczne i transparentne wytyczne oraz schematy postępowania. W szczególności dotyczy to benzodiazepin, barbituranów oraz alkoholu, gdyż ich równoległe przyjmowanie stwarza poważne zagrożenie dla zdrowia pacjenta w przypadku podjęcia przez niego terapii. Dlatego też kwestia zachowania ciągłości leczenia substytucyjnego powinna być szczegółowo dyskutowana z każdym, kto z niego korzysta. Możliwe rozwiązania powinny być omawiane w ramach spotkania zespołu specjalistów różnych dziedzin i jeśli to możliwe, przy udziale specjalistów terapii i psychoterapii uzależnień, pracujących w danej placówce. Wszelkie decyzje dotyczące leczenia substytucyjnego powinny być dopasowane do możliwości i oczekiwań samego osadzonego, po wcześniejszym ich przedyskutowaniu.

JASNO OKREŚLONA STRATEGIA

W celu ujednolicenia leczenia substytucyjnego w ramach systemu penitencjarnego,obowiązującego w danym kraju, niezwykle ważne jest dysponowanie porównywalnymi standardami leczenia w każdej jednostce karnej. Jest to istotne w przypadku zmian miejsca pobytu osadzonych. Bywa, że normy prowadzenia leczenia substytucyjnego w jednostkach penitencjarnych są bardziej nastawione na interes i wyma-

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

gania danej instytucji niż na rzeczywiste potrzeby i dążenia pacjentów. Na przykład: w warunkach izolacji za nadmiernie czasochłonne uważa się około 5 minut, które są potrzebne do nadzorowania przyjęcia buprenorfiny (pod język), więc w zamian za to, przepisuje się szybki do podania metadon. Nieoczekiwana i niewyjaśniona zmiana leku substytucyjnego, wynikająca z różnic w prowadzeniu leczenia w warunkach wolnościowych i w izolacji może wywołać u osadzonych poczucie niezadowolenia i krzywdy. Dlatego też, gdy zaistnieje konieczność zastąpienia jednego leku substytucyjnego drugim, niezbędne jest przeprowadzenie z osadzonym szczerej rozmowy wyjaśniającej i dokładne podanie przyczyn zamiany leku.

LEKI SUBSTYTUCYJNE

Lek	Częstość podawania	Optymalna, zalecana dawka	Sposób podawania	Ryzyko przedawkowania	Głód narkotyczny	Uwagi
Metadon	Co 24 godziny	6–120 mg/dziennie	doustne (syrop, tabletki) iniekcyjne	+++	+++	Optymalny poziom ustalany indywidualnie: może to być <60 mg lub >120 mg.
Buprenorfina Buprenorfina + Nalokson (stosunek 4:1)	Co 24 lub 48 lub 72 godziny	8–24 mg/dziennie	podjęzykowo	+ (z dodatkowymi lekami)	+	Zacząć po upływie 6–8 godzin po ostatnim przyjęciu heroiny lub po wystąpieniu objawów zespołu odstawiennego. Jeśli osoba już wcześniej przyjmowała metadon, lek ten należy ograniczyć do 30 mg na dobę, zaś buprenorfinę można podawać po upływie 48 godzin od ostatniego podania metadonu lub po pojawieniu się objawów odstawienia.
Morfina o przedłużonym działaniu	Co 24 godziny	300–1200 mg/dziennie	doustnie (kapsułki)	+++	++(+)	Dostępna w niektórych jednostkach penitencjarnych w UE, w przypadku, gdy stosowanie metadonu lub buprenorfiny jest przeciwwskazane lub, gdy te substancje są źle tolerowane.
Diamorfina	2–3 razy co 24 godziny	400–700 mg/dziennie	dożylnie wziewnie	+++	+++	Dostępna tylko w programach klinicznych.
L-alfa-acetylometadol (LAAM)	Co 48–72 godziny	70–120 mg 3 razy w tygodniu	doustnie	+++	+++	Niedostępny w UE; dodatkowo budzi obawy dotyczące bezpieczeństwa.
Lewometadon	Co 24 godziny	40–60 mg/dziennie	doustnie (syrop)	+++	+++	Dostępny jedynie w Niemczech.
Kodeina			doustne (syrop, tabletki)	++	+++	Dostępny tylko w Niemczech w leczeniu podtrzymującym.

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

METADON

Metadon (chlorowodorek metadonu) jest najczęściej stosowanym lekiem substytucyjnym, zarówno w jednostkach penitencjarnych, jak i w warunkach wolnościowych. Jest to syntetyczny, opiatowy agonista o działaniu zbliżonym do morfiny. Metadon jest dobrze wchłaniany z przewodu pokarmowego, niezależnie od typu podawanego preparatu (syrop/tabletka). Substancja ta ma bardzo dobrą biodostępność na poziomie 80–95%. Szacowany okres połowicznego rozpadu metadonu wynosi 24–36 godzin przy znacznym zróżnicowaniu w zależności od pacjenta (od 10 do 80 godzin). Tego typu profil farmakologiczny leku powoduje, że metadon nadaje się do stosowania w opiatowej terapii substytucyjnej. Możliwe jest podawanie jednej dawki dziennie w formie doustnej, co prowadzi po pewnym czasie do osiągnięcia stałego stężenia substancji w osoczu, jednak bez pojawienia się objawów zespołu odstawiennego.

U niektórych pacjentów nie da się uniknąć wystąpienia skutków ubocznych, m.in.: zwiększonej potliwości, zaparć, zaburzeń snu i libido (popędu płciowego), osłabienia koncentracji uwagi, a także przyrostu masy ciała. Tego typu objawy na ogół pojawiają się na początku leczenia, lecz z czasem zanikają. U niektórych pacjentów skutki uboczne utrzymują się dłużej, jednak zwykle nie powodują konsekwencji natury medycznej. Ogółem, ich występowanie dotyczy mniej niż 20% pacjentów leczonych metadonem.

Metadon jest bezpiecznym lekiem, który nie powoduje trwałych szkód dla zdrowia fizycznego czy fizjologicznego pacjenta. Wbrew częstym opiniom nie ma on bezpośredniego wpływu na uszkodzenia kości, zębów czy narządów wewnętrznych (opiaty ograniczają produkcję śliny, co z kolei może prowadzić do próchnicy). Jednak w przypadku niektórych pacjentów detoksykacja z metadonu może być bardzo trudna i długotrwała.

Metadon jest lekiem tanim, bezproblemowo można go wydać osadzonym, a jego zażywanie łatwo nadzorować. Zawsze należy poinformować pacjenta co do właściwości przyjmowanego przez niego leku substytucyjnego.

Uwagi ogólne

Wdrażanie metadonu powinno się zlecać zgodnie z tymi samymi standardami zawodowymi i etycznymi, które stosuje się w przypadku wszystkich innych świadczeń zdrowotnych (w zakresie na jaki pozwalają umocowania prawne). Świadczeniodawcy powinni zachęcać pacjentów do korzystania z szerokiej gamy proponowanych rozwiązań terapeutyczno-opiekuńczych oraz udzielać im pomocy, gdy zajdzie konieczność skierowania ich do jednostki penitencjarnej lub do jej zmiany. Ogromne doświadcze-

nie zastosowania metadonu w leczeniu uzależnienia od opiatów powinno się wykorzystać do maksimum. Wiedza na ten temat jest dostępna w literaturze specjalistycznej i na stronach internetowych. Można ją również nabyć w czasie bezpośrednich konsultacji specjalistycznych. Terapia podtrzymująca – nawet trwająca kilkadziesiąt lat – nie wiąże się z niekorzystnym działaniem metadonu na organizm człowieka. Na początku leczenia, tryb życia pacjenta jest często nieuporządkowany, dlatego w tym okresie konieczne jest stosowanie wysokiego poziomu nadzoru. Wszelkie bariery powinny być z pacjentem omawiane na bieżąco, a w miarę osiągania stabilizacji, łagodzone lub eliminowane (można np. wprowadzić tryb przyjmowania leków w domu).

Dawkowanie

Najważniejsze – nie szkodzić. Kalkulacja stopnia uzależnienia oraz indywidualnej tolerancji na opiaty bywa mało miarodajna, dlatego nigdy nie powinna stanowić podstawy do rozpoczęcia podawania metadonu w dawkach, które, jeśli zostaną na wstępie błędnie oszacowanie, mogłyby spowodować przedawkowanie.

- Nie istnieje pojęcie wartości moralnej, związanej z dawkami „wysokimi" lub „niskimi".
- Podawanie/wstrzymywanie dawek metadonu nie powinno być traktowane w kategoriach nagrody lub kary.

Szczegóły

- Dawki metadonu powinny być zwiększane i zmniejszane stopniowo. Dla bezpieczeństwa i wygody, gdy pacjent otrzymuje stosunkowo niskie wartości leku (poniżej 60 mg dziennie), powinno się je tylko nieznacznie ilościowo korygować (np. jednorazowo o 5 mg) w większych odstępach czasu (np. co 5 dni). W przypadku stosowania wyższych dawek, ich modyfikacje ilościowe powinny być większe oraz skomasowane w czasie (np. 10 mg co 3 dni).
- Na ogół, przy zastosowaniu wyższych dawek podtrzymujących uzyskuje się lepsze efekty terapeutyczne. Optymalnie skuteczny zakres dla większości osób, to 60–120 mg na dobę.
- W przypadku subiektywnej oceny pacjenta, że „metadon się nie trzyma", warto rozważyć podzielenie (i zwiększenie) jego dziennej dawki. Może to być szczególnie istotne w przypadku kobiet ciężarnych lub osób przyjmujących leki antyretrowirusowe.

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Wsparcie

- Im szersza oferta świadczeń, tym lepiej, ale żadne z nich nie może być obowiązkowe.
- Jedną z największych przeszkód dla skuteczności leczenia metadonowego jest wszechobecna stygmatyzacja związana z uzależnieniem od środków odurzających. Osoby uzależnione od narkotyków należy wspierać w radzeniu sobie z nałogiem, a pracownicy służby zdrowia powinni wszechstronnie edukować społeczeństwo oraz, co może najważniejsze, także swoich współpracowników.

Utrzymanie ciągłości opieki

- Należy kontynuować leczenie pacjentów metadonem w możliwie najszerszym zakresie w sytuacji, gdy przyjmowani są oni na teren instytucji, takich jak: komisariat policji, szpital lub jednostka penitencjarna oraz gdy wracają na wolność do swojej społeczności.
- W przypadku, gdy brak jest do wglądu jednoznacznej dokumentacji, dowodzącej przyjmowania przez pacjenta wyższej dawki metadonu w jego poprzednim miejscu pobytu, zaleca się aby stosować wytyczne dotyczące dawkowania, jak u pacjenta rozpoczynającego leczenie.

Badanie toksykologiczne moczu i stężenie metadonu w surowicy

- Zasadność wykonania różnorodnych badań laboratoryjnych należy rozważyć z punktu widzenia zarówno kosztów finansowych, jak i potencjalnych korzyści związanych z poprawą leczenia. Zalecenia kliniczne obowiązujące w wielu krajach, wskazują na potrzebę wykonania testów na obecność narkotyków przed rozpoczęciem leczenia substytucyjnego.
- Obserwowanie przez postronnych czynności oddawania moczu przez osobę uzależnioną jest dla niej poniżające i zwykle nie przyczynia się do wypracowania dobrej relacji lekarz – pacjent.

Cele terapeutyczne

Cele terapii mogą obejmować różne aspekty, w tym: ograniczenie używania heroiny i innych substancji psychoaktywnych, eliminację ryzykownych zachowań w kontekście zakażeń HIV, rozwój relacji osobistych, podjęcie zatrudnienia, znalezienie mieszkania, itp. Zawsze jednak powinny być one ustalane wspólnie przez lekarza i pacjenta, a nie narzucone przez personel medyczny.

Wyrażenie świadomej zgody – uwagi w kontekście leczenia uzależnienia

- Na początku leczenia, pacjent powinien zostać poinformowany o tym, że wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego (osoby uczestniczące w procesie terapii np. psycholog czy psychiatra) mają nakaz zachowania tajemnicy zawodowej. Osoby te w szczególnych przypadkach mogą być z tego zwolnione, np. decyzją sądu. Na ogół, użytkownicy narkotyków nie wierzą, że tajemnica ich wypowiedzi będzie dotrzymana, a takie nastawienie – uzasadnione lub nie – może mieć wpływ na powodzenie/lub niepowodzenie terapii.
- Należy poinformować użytkowników narkotyków nt. konkretnych sytuacji, które gdy wystąpią, mogą być powodem wykluczenia ich z terapii, jak również o możliwościach odwoławczych od tego typu decyzji. Uzależnieni, rozważający dobrowolne przerwanie leczenia, muszą być także poinformowani o prawdopodobieństwie nawrotu choroby. Pacjenci, którzy mimo to podjęli samodzielną decyzję o wyjściu z terapii substytucyjnej, powinni być zachęcani do zmniejszania dawek leku w porozumieniu z lekarzem,w zaakceptowanych przez nich, a nie narzuconych im z góry, odstępach czasu.

Jak już wspomniano, wyniki prowadzonych badań stale wskazują na istotne korzyści wynikające z leczenia substytucyjnego. Zaleca się, aby wszystkie leki substytucyjne były podawane w warunkach kontrolowanych, ponieważ obecność lekarza lub innej osoby z personelu medycznego zmniejsza ryzyko przekazania środka leczniczego osobie niepowołanej.

BUPRENORFINA

Buprenorfina to lek na receptę, wykazujący słabszą aktywność agonistyczną, opiatową niż metadon. W leczeniu uzależnienia od opiatów, zazwyczaj podaje się ją pacjentowi pod język z uwagi na to, że drogą doustną nie jest dobrze wchłaniana przez organizm. Wraz ze zwiększaniem dawek buprenorfiny jej efekt opiatowy stabilizuje się, a ryzyko przedawkowania maleje - nawet wtedy, gdy jest ona przyjmowana równolegle z innymi opiatami. Oznacza to, że w przypadku przyjmowania buprenorfiny występuje mniejsze ryzyko przedawkowania opiatów niż w przypadku metadonu czy heroiny. Jeśli chodzi o zmniejszenie nielegalnego stosowania opiatów i poprawę funkcjonowania psychospołecznego pacjenta, skuteczność buprenorfiny jest podobna do metadonu podawanego w odpowiednich dawkach. Jednakże, przyj-

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

mowanie buprenorfiny można łączyć z częstszym przerywaniem terapii przez pacjentów. Obecnie buprenorfina jest droższa od metadonu. Dopuszczona do aplikowania osobom uzależnionym od heroiny, daje niewielkie skutki uboczne oraz stosunkowo łagodny zespół abstynencyjny. Stosowana w terapii substytucyjnej u kobiet w ciąży - uzależnionych od opiatów, wykazuje rzadsze występowanie noworodkowego zespołu abstynencyjnego u ich potomstwa.

Głównym minusem terapii substytucyjnej prowadzonej z użyciem buprenorfiny, prowadzonej w warunkach ograniczonej wolności, jest ryzyko nieprzyjęcia przez pacjenta leku, po to, aby móc go odsprzedać współosadzonym (proceder ten ułatwia fakt, że wchłanianie się tabletki buprenorfiny, podanej pod język, może trwać od pięciu do dziesięciu minut). Doświadczenie pokazuje, że sam fakt przyjmowania tego leku może narażać osadzonego na szykany i przemoc ze strony innych skazanych, którzy chcą siłą wymusić oddanie tabletki. W niektórych jednostkach penitencjarnych buprenorfinę kruszy się przed podaniem (brak jest dowodów na to, że rozdrabnianie obniża jej biodostępność). W wielu jednostkach, przyjmowanie buprenorfiny odbywa się pod nadzorem. Jest to jednak rozwiązanie uciążliwe ze względu na czas potrzebny na absorpcję leku podjęzykowo. Dlatego jako alternatywę, zaleca się stosowanie mieszanki naloksonu i buprenorfiny. Aby zapobiegać nadużyciom i przekazywaniu sobie leku pomiędzy użytkownikami, opracowano produkt łączony – zawierający buprenorfinę z małą ilością naloksonu (w relacji 4:1). Nalokson jest słabo wchłaniany w jamie ustnej, co ogranicza jego działanie farmakologiczne. W razie, gdy tabletka zostanie rozdrobniona i podana dożylnie osobie uzależnionej od opiatów, nalokson staje się biodostępny, co może gwałtownie przyspieszyć objawy głodu narkotykowego i w konsekwencji zniechęcić do dalszego jego stosowania.

MORFINA O PRZEDŁUŻONYM DZIAŁANIU

W takich państwach jak: Australia, Austria, Bułgaria, Holandia, Słowenia, Szwajcaria i Zjednoczone Królestwo, morfinę o przedłużonym działaniu uznaje się za wartościowy element leczenia substytucyjnego. Wyniki niektórych badań pokazują, że doustne przyjmowanie morfiny o przedłużonym działaniu prowadzi do większej poprawy samopoczucia pacjentów, w porównaniu z tymi, którzy przyjmują metadon. Wynika to z mniejszego spektrum działań niepożądanych morfiny. Co najważniejsze, substancja ta jest łatwa w przyjmowaniu (jedna dawka dziennie), a jej użytkownicy zgłaszają poprawę koncentracji uwagi, przypływ energii oraz brak większych wahań nastroju i przyrostu masy ciała.

Zapewnienie zindywidualizowanej opieki nad pacjentem w warunkach izolacji może stanowić dla służby więziennej niebagatelne wyzwanie. Skoncentrowanie dużej liczby użytkowników środków odurzających w miejscu, w którym dostęp do narkotyków jest znacznie ograniczony, może sprawić, że wdrażane tam strategie leczenia substytucyjnego zostaną ukierunkowane przede wszystkim na dobro danej placówki, a nie na dobro osób korzystających z terapii. Jako przykład można podać dozór nad pacjentem przyjmującym buprenorfinę pod język, co zajmuje personelowi około 5 minut, a więc jest czasochłonne i dodatkowo umożliwia przekazywanie sobie leków pomiędzy osadzonymi. W związku z tym, w jednostkach penitencjarnych w pierwszej kolejności przepisuje się pacjentom do stosowania metadon,co niektórzy z nich mogą postrzegać jako praktykę gorszą jakościowo od oferowanej w warunkach wolnościowych. Dlatego też informacja o zamianie jednego leku substytucyjnego na drugi musi być przekazywana osadzonym w sposób jasny i rzeczowy.

ANTAGONISTY: NALTREKSON

Naltrekson jest czystym antagonistą opiatów i nie należy traktować go jako agonisty terapii substytucyjnej. Jednak ostatnio środek ten zyskał na znaczeniu w związku z zastosowaniem jakie znalazł w ultraszybkiej detoksykacji, prowadzonej w znieczuleniu ogólnym – zabiegu, który nie jest obojętny dla zdrowia pacjenta. Naltrekson stosuje się jako szybki środek detoksykacyjny oraz jako długoterminowy bloker (całkowity antagonista opiatowy) w leczeniu podtrzymującym.

Antagonista opioidowy, naltrekson może być stosowany jako element programów profilaktycznych, zapobiegający powrotom do nałogu. Pojedyncza dawka podtrzymująca naltreksonu wiąże się z receptorami opiatowymi w mózgu, blokując działanie jakiegokolwiek opioidu, przyjętego w ciągu następnych 24 godzin; można go też podawać w podwójnej/potrójnej dawce trzy razy w tygodniu. Naltrekson nie wywołuje euforii, tolerancji farmakologicznej czy uzależnienia. Zwykle potrzeba 5–10 dni abstynencji przed jego wprowadzeniem (czas abstynencji zależy od długości okresu połowicznej eliminacji opiatu, stosowanego przed rozpoczęciem przyjmowania naltreksonu).

W dokumencie *Cochrane review*, dotyczącym skuteczności leczenia podtrzymującego naltreksonem (Kirchmayer et al., 2002; Minozzi et al., 2006) nie wymienia się dowodu na jego efektywność. Zaobserwowano jednak tendencję do leczenia naltreksonem osób z niektórych grup docelowych - szczególnie tych pacjentów, którzy są silnie zdopingowani do leczenia.

Skuteczność terapii naltreksonem wyraźnie zależy od przestrzegania przez pa-

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

cjenta wytycznych dotyczących leczenia, aktywnego wsparcia psychospołecznego i motywacjido przyjmowania leków codziennie lub co drugi dzień. Podsumowując – takie leczenie w połączeniu z różnymi terapiami psychospołecznymi sprawdza się u osób silnie zmotywowanych.

Więcej szczegółowych informacji na temat wytycznych, dotyczących klinicznego leczenia farmakologicznego uzależnienia od opiatów (również w warunkach izolacji) znajduje sięw publikacji WHO *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatmentof Opioid Dependence*, 2009, na stronie:

http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/

Wspomniana publikacja zawiera wskazówki dla klinicystów, dotyczące m.in.:

- prowadzenia pacjenta,
- wyboru sposobu leczenia,
- dawkowania substancji,
- kryteriów rozpoczęcia i utrzymania w leczeniu.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.

Kirchmayer, U. et al. (2002): *A systemactic review on the effiacy of naltrexone maintenance treatment in opioid dependence*. Addiction, 97:1241–1249.

Minozzi, S. et al. (2006): *Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1): CD001333.

Newman, R. (2003): *Methadone: the barest basics; a guide for providers*. SEEA Addictions (Odvisnosti/Zavisnosti/Addictions), 4 (1–2).

Verster, A., Buning, E. (2000): *European methadone guidelines*. Amsterdam, EuroMethwork

http://www.q4q.nl/methwork/guidelines/guidelinesuk/methadone%20guidelines%20english.pdf dostęp – marzec 2014).

WHO (2009): *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid*

(http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/)

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/en/PositionPaper_English.pdf)

WHO (1992): *International Classification of Diseases* – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (ICD-10)

(http://www.who.int/classifications/icd/en/)

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

Zickler, P. (1999): *High-dose methadone improves treatment outcomes*. NIDA Notes, 14(5)

(http://archives.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol14N5/HighDose.html)

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)



LECZENIE SUBSTYTUCYJNE W WARUNKACH IZOLACJI PENITENCJARNEJ

Z perspektywy czasu widać, że osadzeni przebywający w ośrodkach penitencjarnych od zawsze mieli ograniczony dostęp do leczenia substytucyjnego. Jednak obecnie mówi się o tym, że terapia tego typu powinna być udostępniana wszystkim osobom przebywającym w warunkach izolacji, stosownie do ich potrzeb i na tych samych zasadach, jakie obowiązują ogół społeczeństwa w warunkach wolnościowych. Z uwagi na to, że wielu osadzonych wkrótce po wyjściu na wolność powraca do nałogu, należy udzielić im wszelkich informacji o możliwościach podjęcia leczenia substytucyjnego lub poddania się detoksykacji.

U osób uzależnionych od opiatów, ze względu na ich skłonność do powrotu do nałogu, całkowita detoksykacja jest na dłuższą metę mało skuteczna - powodzeniem kończy się jedynie u niektórych. Dlatego warto włączać osoby uzależnione do terapii substytucyjnej, maksymalizując jej korzyści poprzez:

- utrzymywanie pacjentów w leczeniu,
- podawanie im odpowiednich dawek metadonu,
- tworzenie programów nastawionych na podtrzymanie, a nie na abstynencję,
- kierowanie do pacjentów oferty dotyczącej poradnictwa, diagnostyki oraz leczenia współistniejących problemów psychiatrycznych i społecznych,
- wykorzystanie i wzmacnianie więzi terapeutycznej pomiędzy lekarzem a pacjentem, aby pracować nad ograniczeniem przyjmowania przez osobę leczoną innych środków psychoaktywnych.

Trzy punkty zwrotne w życiu osadzonych uzależnionych, które mogą mieć zasadniczy wpływ na rozpoczęcie przez nich terapii substytucyjnej w warunkach izolacji to:

1. Moment przyjęcia na teren jednostki penitencjarnej.
2. Czas pobytu w jednostce.
3. Okres bezpośrednio przed opuszczeniem jednostki penitencjarnej.

Wiele badań wykazało, że krótko po wyjściu byłych osadzonych na wolność istnieje bardzo wysokie ryzyko ich powrotu do używania środków odurzających, a w konsekwencji groźba przedawkowania. W niektórych krajach, głównym powo-

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

dem wprowadzenia pełnego leczenia substytucyjnego do systemów penitencjarnych były właśnie tego typu przypadki oraz częste próby samobójcze, podejmowane na terenie jednostek penitencjarnych przez osoby uzależnione. W celu uniknięcia takich sytuacji zaleca się, aby do czasu wyjścia na wolność skazany otrzymywał odpowiednią dawkę podtrzymującą leku.

DETOKSYKACJA[1]

Niektórym osobom uzależnionym od środków odurzających udaje się osiągnąć całkowitą abstynencję w czasie pobytu w jednostce penitencjarnej. Jednak u większości z nich sama detoksykacja rzadko okazuje się być w pełni skuteczną formą terapii. Oferowanie i wdrażanie w ośrodkach penitencjarnych detoksykacji lub leczenia substytucyjnego zależy od wielu czynników do których można zaliczyć:

Czynniki instytucjonalne: brak środków lub braki personelu (z tego powodu liczba miejsc, gdzie można podjąć leczenie jest ograniczona), niedostatek wiedzy merytorycznej, brak wytycznych i przepisów prawnych, a także uzależnianie prowadzenia działań od rozwoju leczenia substytucyjnego w warunkach wolnościowych.

Czynniki związane z pacjentem: bywa tak, że osadzeni bardzo szybko pragną przejść proces detoksykacji i całkowicie uwolnić się od uzależnienia, nie chcą mieć kontaktu z narkotykami i ich użytkownikami ani też rozmawiać o problemach związanych z tym tematem.

Powroty do stosowania środków odurzających po detoksykacji są nadzwyczaj częste, a sama detoksykacja bardzo rzadko stanowi odpowiedni model leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Dostępne opcje postępowania to: radzenie sobie z głodem narkotykowym w momencie przyjęcia do terapii w ramach stopniowej detoksykacji oraz przejście do leczenia typu *drug free* lub długoterminowego leczenia substytucyjnego. Aby działania te były skuteczne, muszą być jak najlepiej dopasowane do potrzeb danego pacjenta i realizowane według specjalnie dla niego opracowanych wytycznych.

Należy zaakceptować to, że populacja osób uzależnionych jest bardzo heterogeniczna (zróżnicowana). Potrzeby jej poszczególnych członków są niejednorodne, gdyż uwarunkowane odmiennym czasem i intensywnością używania narkotyków, różnym poziomem zaradności życiowej oraz stopniem w jakim osoby te otrzymują wsparcie społeczne. Wyżej wymienione czynniki mogą wpływać na podjęcie decyzji o ograni-

[1] *Opisywana w tym rozdziale detoksykacja dotyczy leczenia farmakologicznego z użyciem metadonu. Nie jest ona stosowana w polskich jednostkach penitencjarnych.*

czaniu w przyspieszonym tempie intensywności przyjmowania narkotyków. Należy także pamiętać o różnicach, jakie mogą występować pomiędzy potrzebami kobiet i mężczyzn w tym zakresie.

DAWKOWANIE I NADZÓR NAD PRZYJMOWANIEM LEKU

W terapii substytucyjnej nie istnieje pojęcie uśrednionej porcji leku i dlatego wszelkie pytania dotyczące dawkowania powinny być kierowane do lekarza prowadzącego. Jego zadaniem jest dopasowanie leczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta. Należy zawsze zakładać (i mieć na to zarezerwowany czas), że zaistnieje konieczność rozmowy z podopiecznym o jego potrzebach, aby na tej podstawie zdecydować o ewentualnej zmianie dawki leku.

Nie ma dwóch identycznych pacjentów, dlatego też nie ma możliwości ustalenia najlepszej, standardowej dawki metadonu dla wszystkich potrzebujących w celu osiągnięcia określonego stężenia leku we krwi. Czytelnymi symptomami nieodpowiedniego dawkowania są: pojawienie się objawów klinicznych oraz zgłaszanie przez pacjenta cech zespołu abstynencyjnego, a także równoległe przyjmowanie przez niego nielegalnych opiatów. Przy ustalaniu odpowiedniej dziennej dawki metadonu nie istnieje pojęcie jej maksymalnego limitu. Dawka musi być ustalona na takim poziomie, aby uśmierzyć głód narkotykowy i zapobiec zażyciu heroiny przez osobę uzależnioną w celu uzyskania stanu euforii. Więcej informacji na temat dawkowania metadonu oraz schematów terapeutycznych (krótkoterminowa lub długoterminowa detoksykacja, albo leczenie podtrzymujące) zawartych jest w wytycznych *EuroMethwork Methadone Guideline.*
Link: http://www.q4q.nl/euromethwork/home/publications/methadone-guidelines/

W odróżnieniu od praktyk stosowanych w ośrodkach oferujących świadczenia na wolności, w przypadku leczenia uzależnień w warunkach penitencjarnych, wystarczy czasem stosować względnie niskie dawki leków. Dzieje się tak z dwóch powodów:

1. W jednostce penitencjarnej powszechnie praktykowany nadzór nad przyjmowaniem leków daje niemal stuprocentową gwarancję zażycia ich przez pacjentów.
2. Na terenie jednostek penitencjarnych ilość przyjmowanych narkotyków jest znacznie ograniczona.

Badania wykazały, że wielkość dawki leku substytucyjnego, którą najczęściej przepisuje się w warunkach izolacji (od 30 do 70 mg) znacznie różni się od dawki za-

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

lecanej pacjentom przebywającym na wolności. Zdaniem lekarzy służby więziennej, niskie dawki okazują się bowiem być w pełni wystarczające, gdyż zagwarantowane jest niemal stuprocentowe ich przyjęcie, a ilość równolegle przyjmowanych substancji znacznie niższa. Osadzeni powinni zostać poinformowani co do wysokości otrzymywanych dawek, chyba, że oświadczą, że nie chcą posiadać takiej wiedzy.

Nadzór nad przyjmowaniem metadonu (tak w płynie, jak i w tabletkach), jest organizowany w różny sposób, w zależności od kraju. Czasem prowadzą go pielęgniarki lub pracownicy jednostki penitencjarnej, w zależności od tego jak i gdzie podawane są leki substytucyjne (na oddziale medycznym czy bezpośrednio w celach). W Polsce przyjmowanie leku odbywa się tylko pod nadzorem personelu medycznego, w ambulatoriach lub na oddziałach szpitalnych. W ramach kontroli skuteczności przyjęcia leku należy zamienić z pacjentem kilka słów bezpośrednio po zażyciu przez niego podanej mu substancji. Panuje zgodne przekonanie co do tego, że przyjmowanie leków substytucyjnych (czy innych substancji psychoaktywnych, leków przeciwdepresyjnych, itp.) musi być nadzorowane. W ten sposób uzyskuje się pewność, że lek został połknięty. Ponadto eliminuje się proceder szantażowania pacjentów leczonych metadonem przez innych osadzonych, w celu odsprzedaży lub oddania im swojej dawki. W ten sposób unika się również problemu przedawkowania u osadzonych bez tolerancji na opiaty. Nadzorowanie przyjmowania buprenorfiny jest bardziej czasochłonne niż nadzorowanie przyjmowania metadonu.

KONTROLE MOCZU

Kwestia kontroli moczu jest kontrowersyjna i spotyka się z różnym nastawieniem specjalistów oraz odmiennymi konsekwencjami medycznymi dla samego pacjenta. Badania moczu są formą sprawdzenia, czy równolegle do leczenia substytucyjnego osoba uzależniona nie przyjmuje zabronionych środków. Wielu specjalistów kwestionuje skuteczność prowadzenia badań moczu w procesie efektywnego wychodzenia z nałogu, argumentując, że podobne informacje można uzyskać bezpośrednio od samego podopiecznego, co pozwala oszczędzić wiele czasu i pieniędzy. Nie ulega wątpliwości, że współpraca na tym polu wymaga dobrej relacji pacjent – lekarz, opartej na szacunku i wzajemnym zaufaniu. Pojawiają się również głosy, że pozytywny wynik testu moczowego nie powinien być nigdy powodem przerywania leczenia, ponieważ świadczy on o objawach schorzenia, z powodu którego pacjent jest leczony, czyli o uzależnieniu od narkotyków.

ZAPRZESTANIE LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

Zdarza się, że pacjent zostaje wykluczony z terapii, gdyż nadużywa lub manipuluje lekami substytucyjnymi. Ważne jest jednak to, aby korzystał on z leczenia substytucyjnego przez okres próbny i otrzymywał wystarczająco wysoką dawkę leku. W niektórych programach powodem wyłączenia z terapii jest stosowanie przez pacjenta, przemocy fizycznej lub słownej względem innych pacjentów lub personelu. W takich przypadkach, dawka leku powinna być modyfikowana stopniowo. Leczenie substytucyjne nigdy nie powinno być traktowane jako rodzaj nagrody za dobre zachowanie lub jako forma kary za przewinienia, lecz jako element składowy zwykłego procesu terapeutycznego, złożonego z szeregu opcji medycznych i psychospołecznych.

ROLA OPIEKI PSYCHOSPOŁECZNEJ

Uzależnienie od narkotyków ma kilka wymiarów: fizyczny, psychologiczny i społeczny. Aby skutecznie leczyć uzależnienie i nad nim zapanować, konieczne jest podjęcie działań w każdym z tych obszarów. Dla wielu osób uzależnionych od środków odurzających, pełny i wielopoziomowy proces przemiany osobistej (włączając w to zmianę stylu życia) wymaga dużo czasu i wysiłku. Z tego powodu leczenie substytucyjne ma na celu nie tylko uporanie się z uzależnieniem od narkotyków, ale także rozwiązanie problemów psychicznych, medycznych i społecznych pacjenta. Opiekę psychologiczną uznaje się za integralną część leczenia substytucyjnego, prowadzonego w warunkach izolacji.

ŁĄCZENIE BENZODIAZEPINY Z INNYMI SUBSTANCJAMI

Równoległe stosowanie innych substancji odurzających stanowi powszechną praktykę wśród osób uzależnionych, podejmowaną głównie w celu zrekompensowania sobie absencji preferowanego opiatu (zwykle heroiny). Proceder ten znacznie utrudnia proces detoksykacji, ponieważ często dodatkowo wpływa na rozwinięcie się u pacjentów kolejnego uzależnienia oraz występowanie u nich niebezpiecznych objawów niepożądanych.

Osoby uzależnione od opiatów, przyjmujące środki odurzające drogą dożylną, często zażywają szereg innych substancji psychoaktywnych, w tym alkohol. Badania pokazują, że przyjmowanie kokainy w połączeniu z opiatami jest niechlubnie wyróżniającym się czynnikiem, wpływającym na niepowodzenie terapeutyczne. Ponadto w przypadku przyjmowania kokainy drogą dożylną, spada skuteczność leczenia sub-

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

stytucyjnego opiatami w zakresie redukcji poziomu ryzykownych zachowań. Badania pokazują też, że jeśli osoby uzależnione od opiatów wytrwają w leczeniu, zmniejsza się u nich stopień używania innych substancji psychoaktywnych, w tym kokainy.

WYTYCZNE DOTYCZĄCE PROWADZENIA TERAPII SUBSTYTUCYJNEJ W ZAKŁADACH KARNYCH W AUSTRII (Pont J, Spitzer B, Resinger E, 2005)

Cele terapii substytucyjnej:

1. uzyskanie stabilizacji emocjonalnej i fizycznej u osób silnie uzależnionych od opiatów,
2. minimalizacja podejmowania działań przestępczych oraz zaciągania długów finansowych na zakup środków odurzających,
3. zmniejszenie stopnia przyjmowania opiatów drogą iniekcyjną oraz ograniczenie transmisji zakażeń (WZW typu B/C i HIV/AIDS).

Strategie terapii substytucyjnej:

1. długoterminowa terapia substytucyjna trwająca miesiące, lata lub całe życie,
2. doraźna terapia substytucyjna stosowana tymczasowo, do czasu opracowania należytego schematu leczenia oraz odstawienia środków psychoaktywnych,
3. substytucja ograniczająca tj. stopniowe wycofywanie się z przyjmowania leków.

LEKI SUBSTYTUCYJNE

Należy stosować tylko te środki, które działają co najmniej 24 godziny i podawać je doustnie raz na dobę.

1. Metadon jest podawany w formie syropu, aby utrudnić jego stosowanie dożylne. Ryzyko uzależnienia od metadonu jest bardzo wysokie. Przeciętna, doustna dawka podtrzymująca, waha się od 40 do 100 mg na dobę. Nie zaleca się podawania dawki wyższej niż 120 mg. Dawka początkowa: 30–40 mg na dobę, zwiększana o ok. 10 mg na tydzień; zmniejszana o 5–10 mg na tydzień.
2. Buprenorfina ma częściowe działanie agonistyczne i antagonistyczne. Jest podawana pod język raz na dobę. Dzienna dawka waha się między 8 mg a 32 mg. W przeciwieństwie do innych leków substytucyjnych, pacjenci przyjmujący ten lek zachowują jasność umysłu. Jednak paradoksalnie, stwarza to pro-

blemy u osób, które zachowując zdolność racjonalnego myślenia, przestają sobie radzić same ze sobą ze względu na współwystępujące u nich problemy psychologiczne. Najpoważniejszym odnotowanym skutkiem ubocznym przyjmowania buprenorfiny jest ból głowy. Ważne, aby przechodząc od zażywania czystych agonistów opiatów do buprenorfiny, na jeden dzień przed rozpoczęciem leczenia tym środkiem, przerwać podawanie agonistów, po to aby nie wywołać u pacjenta ostrych objawów odstawienia opiatów.

3. Morfina o wydłużonym uwalnianiu się ma postać tabletek lub kapsułek. Przeciętna dawka morfiny wynosi około 600 mg na dzień - zaleca się, aby nie przekraczać dawki ok. 800 mg. Pacjenci przyjmujący leki antyretrowirusowe, wymagają czasem zwiększenia dawki do 1200 mg z powodu interakcji lekowych. Dawka początkowa wynosi 200 mg, którą zwiększa się lub zmniejsza o 30–60 mg na tydzień. Zakres działań niepożądanych, związanych ze stosowaniem morfiny o przedłużonym działaniu jest mniejszy niż w przypadku stosowania metadonu (rzadziej notuje się występowanie depresji, apatii czy przyrostu masy ciała).

INTERAKCJE LEKOWE

Przy stosowaniu wszystkich substancji opiatowych należy zawsze brać pod uwagę możliwość wystąpienia interakcji lekowych, szczególnie tych pozostających w związku z inhibicją kompetycyjną lub aktywizacją cytochromu P 450: antybiotyki (ciprofloksacyna, erytromycyna, klarytromycyna). Doustne środki antykoncepcyjne i SSRI (zwłaszcza fluwoksamina) wzmacniają działanie opiatów, podczas gdy newirapina, efawirenz, nelfinar/ritonawir (leki antyretrowirusowe) oraz czystek wykazują działanie osłabiające.

Obowiązkowe podpisanie porozumienia z pacjentem uwzględnia:

1. wyrażenie świadomej zgody przez pacjenta,
2. bezpośredni nadzór wzrokowy nad pacjentem podczas przyjmowania leku,
3. prowadzenie badań na obecność narkotyków w organizmie poprzez analizę moczu,
4. udzielanie stałej opieki i wsparcia ze strony osób prowadzących leczenie,
5. przekazywanie dokładnych informacji na temat leczenia substytucyjnego oraz zagrożeń wynikających z niestosowania się do zaleceń oraz łączenia przepisanych leków z innymi substancjami.

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Wskazania do objęcia pacjenta terapią substytucyjną:

1. pacjent korzystał z leczenia substytucyjnego na wolności, przed przyjęciem do jednostki penitencjarnej,
2. pacjent przed przyjęciem do jednostki penitencjarnej był uzależniony od opiatów i nie może ich odstawić w czasie pobytu w ośrodku penitencjarnym,
3. pacjent uzależnił się od opiatów podczas pobytu w jednostce penitencjarnej i pomimo wielu prób odstawienia nie udało mu się wyjść z nałogu (pozostać czystym).

Środki bezpieczeństwa stosowane wobec osadzonych przez personel medyczny:

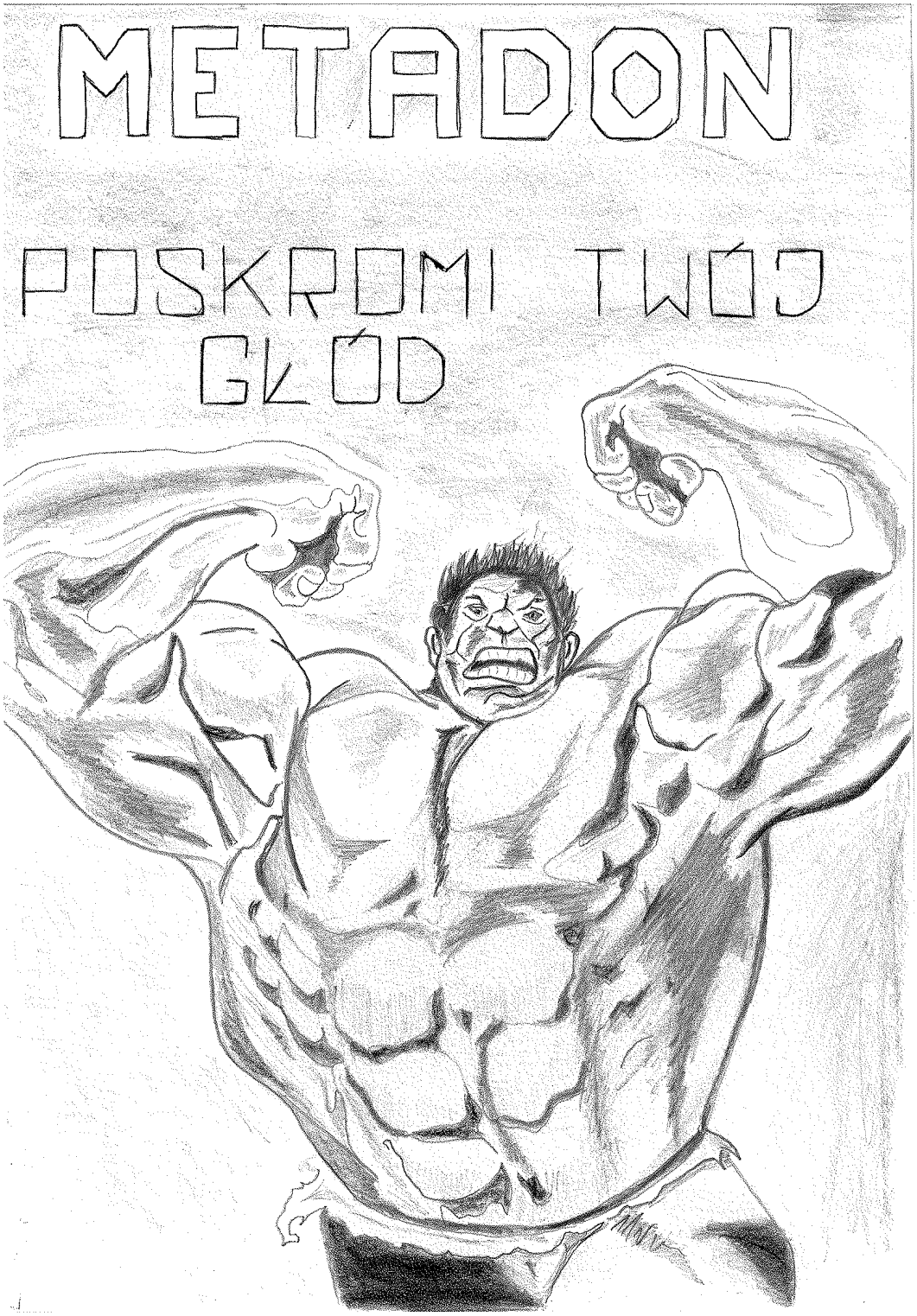
1. prowadzenie dokładnego nadzoru przyjmowania środków substytucyjnych,
2. obowiązkowe, wyrywkowe badania moczu.

ETYCZNE PODSTAWY SUBSTYTUCJI

Uzależnienie jest przewlekłą chorobą nawracającą, co sprawia, że nadrzędny cel jej leczenia – całkowite wyjście z nałogu – jest rzadko osiągany. Współczesna terapia uzależnień w coraz większym stopniu opiera się na realizacji założeń redukcji szkód, czyli minimalizowaniu dolegliwości występujących u pacjenta w połączeniu ze zdiagnozowaniem i leczeniem współistniejących u niego problemów. Ze względu na korzystną kalkulację kosztów finansowych, lekiem preferowanym jest metadon. W przypadku występowania poważnych efektów ubocznych wywołanych jego stosowaniem, należy rozważyć przejście na inny, lepiej tolerowany środek farmakologiczny. Pacjenci, u których widoczne były efekty terapii substytucyjnej, prowadzonej w warunkach wolnościowych, powinni mieć możliwość kontynuowania terapii substytucyjnej w warunkach izolacji. Nawroty uzależnienia – nieodłączny element choroby – nie mogą być powodem przerwania terapii, powinny natomiast skłaniać do podjęcia działań optymalizujących przebieg leczenia danego pacjenta. W szczególności należy rozważyć kwestię regulacji wielkości dawki leku. Jeśli pomimo zwiększenia dawki dochodzi do nawrotów, być może należy przemyśleć zmianę stosowanej substancji. Pacjenta wielokrotnie nadużywającego leków lub przekazującego swoje leki substytucyjne innym osadzonym, należy stopniowo wycofywać z leczenia, argumentując to brakiem niezbędnej motywacji i dyscypliny wewnętrznej.

BIBLIOGRAFIA

Pont, J. (2005): *Medical ethics in prisons: Rules, standards and challenges*. International Journal of Prisoner Health 2:259–267.



This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within
The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the
European Union's Heaith Programe (2014-2020)

CO NALEŻY WIEDZIEĆ O LECZENIU SUBSTYTUCYJNYM

INFORMACJE DLA PACJENTA

Bezwzględnym warunkiem uzyskania pozytywnych efektów leczenia substytucyjnego jest przekazanie pacjentowi niezbędnych informacji o terapii – przede wszystkim o ryzyku przedawkowania, ale także o:

- przesunięciu w czasie efektu działania leku po przyjęciu pierwszej dawki (w przypadku metadonu są to 2–4 godziny),
- optymalnym efekcie działania (w przypadku metadonu w ciągu 3–5 dni lub dłużej), nawet przy przyjmowaniu stałej dawki leku, co jest spowodowane stabilizacją stężenia substancji czynnej w organizmie,
- niebezpieczeństwach związanych z równoległym przyjmowaniem innych substancji (opiatów, kokainy, benzodiazepiny, alkoholu),
- możliwościach wystąpienia niekorzystnych interakcji lekowych w przypadku stosowania innych środków leczniczych.

Warto poinformować pacjenta o samym przebiegu leczenia substytucyjnego oraz o podawanych mu lekach, a w szczególności o zasadach ich przyjmowania i spodziewanych efektach terapeutycznych. Osoby uzależnione często nie wiedzą jakie są cele leczenia substytucyjnego z którego sami korzystają, jak również na jakiej podstawie ustala się zalecenia, których muszą przestrzegać. Nie posiadają też wystarczającej wiedzy na temat przyjmowanych leków. Dopiero kiedy uzyska się pewność, że osadzony wykazał się zrozumieniem wszystkich wyżej wymienionych kwestii, należy poprosić go o podpisanie świadomej zgody na leczenie.

ANONIMOWOŚĆ I POUFNOŚĆ LECZENIA

Przed rozpoczęciem jakiejkolwiek formy leczenia każdy osadzony powinien być świadomy, jakie są obowiązki lekarza prowadzącego względem jednostki penitencjarnej oraz samego pacjenta korzystającego z terapii substytucyjnej. Mimo, że trudno jest zapewnić anonimowość i poufność w specyficznych warunkach izolacji w zakładzie karnym, należy dążyć do wydawania leków substytucyjnych w taki sposób, aby w jak największym stopniu chronić sferę prywatności przyjmujących je pacjentów.

Informacje na temat uzależnienia od środków odurzających danej osoby oraz podejmowanego przez nią leczenia substytucyjnego nie powinny być rozpowszechniane

wśród pozostałych osadzonych oraz zatrudnionego personelu. Osadzony uzależniony ma prawo obawiać się, że ujawnienie informacji dotyczących jego stanu zdrowia może pociągnąć za sobą negatywne konsekwencje, np. wywołać ograniczenie dostępu do wykonywania pracy, kształcenia zawodowego, stanowić podstawę do stygmatyzacji, utraty przywilejów, prowadzić do konfrontacji z wrogo nastawionym personelem czy współosadzonymi. Co więcej, osoby uzależnione obawiają się presji ze strony nieuczciwych uczestników terapii, których jedynym motywem przyjmowania leków substytucyjnych jest chęć ich przechwycenia i przekazania do nielegalnego obrotu.

Należy jednak pamiętać, że prawidłowo prowadzony obieg informacji pomiędzy odpowiednio przeszkolonymi pracownikami jednostki penitencjarnej, a specjalistami zaangażowanymi w pracę z osadzonym uzależnionym od środków psychoaktywnych może przynosić dodatkowe korzyści, szczególnie gdy chodzi o obserwację pacjentów, u których występują problemy psychiczne. Całkowite odcięcie funkcjonariuszy od kwestii opieki psychospołecznej i zdrowotnej, sprawowanej nad osadzonymi może stanowić czynnik powiększający barierę komunikacyjną i w efekcie doprowadzić do nagromadzenia uprzedzeń i konfliktów. Dlatego konieczne jest zapewnienie sprzyjających warunków do prowadzenia, chociażby minimalnej współpracy osadzonych z funkcjonariuszami jednostek penitencjarnych, a w przypadku tych drugich, dodatkowo przekazywanie im niezbędnych informacji oraz organizowanie szkoleń. Pozwoli to na wypracowanie pozytywnego, lub poprawę istniejącego nastawienia do osadzonych uzależnionych od środków odurzających.

PRZYWILEJE

Pacjenci korzystający z leczenia substytucyjnego stosujący się do zaleceń, powinni móc korzystać z takich samych przywilejów, co pozostali osadzeni. Decyzje dotyczące ustalenia wyjść na przepustki powinny być podejmowane na podstawie indywidualnych orzeczeń, wydawanych przez terapeutę, konkretne daty należy zaplanować, a wyjścia pacjenta na zewnątrz stopniowo realizować.

Samodzielne przyjmowanie leku powinno dostać rangę przywileju, uzyskiwanego w przypadku odwiedzin lub przepustek trwających dłużej niż 24 godziny. Osadzony objęty programem leczenia substytucyjnego w warunkach izolacji, powinien mieć możliwość jego kontynuowania, jak również móc przystępować do innych programów terapeutycznych, także po zakończeniu odbywania kary i wyjściu na wolność. To lekarz decyduje o zdolności pacjenta do podjęcia pracy na rzecz innych osób włączonych do programów leczenia substytucyjnego w placówkach penitencjarnych.

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

KONTYNUACJA LECZENIA SUBSTYUCYJNEGO PO ROZPOCZĘCIU KARY I OPUSZCZENIU JEDNOSTKI PENITENCJARNEJ

Pacjenci, którzy przed przyjęciem do jednostki penitencjarnej korzystali z terapii substytucyjnej, powinni móc kontynuować leczenie w warunkach izolacji. Bywa jednak tak, że różnego rodzaju okoliczności ten proces uniemożliwiają. Najpoważniejszym z nich jest nagłe przerwanie leczenia z powodu zatrzymania przez policję, co może znacząco wpłynąć na zakłócenie poziomu tolerancji opiatów przez organizm. Jeśli jest to możliwe, pacjentom, którzy znaleźli się w tego typu sytuacji należy umożliwić kontynuowanie terapii substytucyjnej poprzez podawanie im dotychczasowej dawki leku. Jedynym odstępstwem od tej zasady jest okoliczność, gdy osoba uzależniona dodatkowo znajduje się pod wpływem innych środków odurzających, w czasie gdy powinna przyjąć dobową porcję leku substytucyjnego. Uwaga: jeśli pacjent w momencie zatrzymania był lub jest pod wpływem alkoholu, fakt ten nie powinien powodować przerwania u niego leczenia substytucyjnego. Bywa również tak, że użytkownik narkotyków zostaje zatrzymany przez policję poza zwykłymi godzinami pracy instytucji publicznych i nie jest możliwe potwierdzenie u jego lekarza prowadzącego, zgłaszanej przez samego zainteresowanego wysokości dawki leku. W takim przypadku pacjent powinien być niezwłocznie poddany konsultacji psychiatrycznej.

Istnieje potrzeba ujednolicenia podejścia do leczenia substytucyjnego w całym systemie sądowniczo-karnym. Nawet w krajach, gdzie leczenie substytucyjne jest dostępne w jednostkach penitencjarnych, zdarza się, że nie jest ono dostępne w policji. Co więcej, nie zapewnia się tam należytej opieki osobom, które z dnia na dzień odstawiły substancje psychoaktywne.

W przypadku osób nowo przyjętych do jednostki penitencjarnej, mających spędzić w niej pierwszą noc i zgłaszających informację, że są objęci terapią substytucyjną, należy zasięgnąć konsultacji u ich lekarza prowadzącego w celu potwierdzenia wysokości dawki, ustalenia poziomu nadzoru oraz daty przyjęcia ostatniej dawki leku. Jeśli uda się uzyskać wiarygodne potwierdzenie, że dana osoba otrzymała pełną dawkę leku w warunkach kontrolowanych w ciągu ostatnich 48 godzin, to należy jej zapewnić leczenie podtrzymujące wedle wysokości porcji leku, otrzymywanej w warunkach wolnościowych. W praktyce, uzyskanie tego typu potwierdzenia jest bardzo trudne, szczególnie w przypadku, gdy pacjent został przyjęty do jednostki penitencjarnej poza normalnymi godzinami pracy instytucji publicznych. W takich okolicznościach pacjent powinien być niezwłocznie poddany konsultacji psychiatrycznej.

W przypadku pacjentów utrzymujących, że przyjmowali wysokie dawki leku, należy poddać ich obserwacji, aby móc monitorować pojawiające się u nich objawy zespołu odstawiennego.

ZAANGAŻOWANIE PACJENTA

Planując działania dotyczące podnoszenia jakości świadczeń opieki zdrowotnej, kierowanych do użytkowników narkotyków należy brać pod uwagę zdanie samych zainteresowanych. Większość osadzonych miała już wcześniej kontakt z więzienną służbą zdrowia i zetknęła się z leczeniem substytucyjnym (detoksykacyjnym lub podtrzymującym), zarówno w jednostce penitencjarnej, jak i poza nią. Docenienie i wykorzystywanie doświadczeń oraz opinii samych osadzonych w opracowywaniu i wdrażaniu kierowanych do nich działań ma kluczowe znaczenie dla zwiększenia ich skuteczności i zasięgu.

Aktywności podejmowane w ramach grupy terapeutycznej, czy działania edukacyjne, powinny stanowić integralną część terapii ARV, kierowanej do osób przyjmujących środki odurzające drogą iniekcyjną. Osoby, którym udało się wyjść z nałogu, często okazują się być wyjątkowo skuteczne w przekazywaniu wiedzy i motywowaniu innych osób uzależnionych do korzystania z oferty organizacji pomocowych. Jest to tzw. *peer education*.

POWIĄZANIA Z LECZENIEM INFEKCJI KRWIOPOCHODNYCH (NP. HIV/AIDS, HBV, HCV) I INNYCH (NP. GRUŹLICY, CHORÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ)

Poprzez włączenie do terapii substytucyjnej, osoby HIV+ uzależnione od środków odurzających dostają dodatkowy punkt oparcia i szansę na ściślejsze przestrzeganie zaleceń terapeutycznych dotyczących leczenia ARV. Dodatkowo, udział w terapii substytucyjnej daje im szersze możliwości na ustabilizowanie prowadzonego dotychczas stylu życia oraz redukcję wielu obciążeń i komplikacji, związanych z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcyjną. W ten sposób, uzależnionym HIV+ otwiera się drogę do korzystania z różnorodnych form opieki. Leczenie substytucyjne postrzegane jest jako ważny element strategii, mającej na celu utrzymanie aktywnych użytkowników narkotyków zakażonych HIV w terapii antyretrowirusowej.

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Włączenie do leczenia substytucyjnego może okazać się niezwykle pozytywne dla osób HIV+, przyjmujących narkotyki drogą iniekcyjną, o ile w ramach leczenia oferowane jest:

- wykonanie testu w kierunku HIV,
- zgłaszanie pacjentów do placówek/instytucji działających na rzecz osób żyjących z HIV,
- kierowanie ich do ośrodków referencyjnych, oferujących leczenie ARV oraz różne formy opieki,
- przygotowanie pacjenta do objęcia terapią ARV,
- ustabilizowanie poziomu uzależnienia u pacjenta na tyle skutecznie, aby możliwe było rozpoczęcie u niego leczenia ARV,
- jednoczesne wydawanie leków ARV oraz tych związanych z leczeniem substytucyjnym,
- sprawdzanie stanu zdrowia pacjenta pod kątem występowania u niego efektów ubocznych terapii antyretrowirusowej oraz ich przezwyciężanie,
- kontrola i ograniczanie występowania interakcji między metadonem/buprenorfiną, a lekami ARV,
- długofalowe wsparcie pacjenta i jego bliskich w zakresie przestrzegania zaleceń związanych z dożywotnim przyjmowaniem leków ARV.

Codzienny kontakt osoby HIV+, uzależnionej od środków odurzających, ze specjalistami realizującymi program leczenia substytucyjnego niesie ze sobą olbrzymi potencjał, szczególne w obszarze wdrażania i zwiększania poziomu przestrzegania zaleceń terapeutycznych leczenia antyretrowirusowego.

NIEPRZERWANA TERAPIA SUBSTYTUCYJNA

W przypadku zatrzymania przez policję osoby uzależnionej od narkotyków i poddanej leczeniu substytucyjnemu nie można lekceważyć faktu, że jest ona włączona do tego typu terapii. Istnieje bowiem możliwość wystąpienia u zatrzymanego ciężkich objawów odstawiennych, co z kolei może negatywnie wpłynąć na jakość składanych przez niego zeznań, a w konsekwencji doprowadzić do przedłużonego pobytu w jednostce policji. Dlatego też, leczenie substytucyjne powinno być oferowane także osobom zatrzymanym i traktowane jako forma opieki, zapewniająca im stabilność stanu zdrowia fizycznego i psychicznego. Z uwagi na to, że osoby uzależnione, tracą

tolerancję na opiaty, w ciągu zaledwie kilku dni może u nich wystąpić wysokie ryzyko przedawkowania, powstałe w wyniku stosowania środków niedozwolonych po krótkim okresie detoksykacji. Jak dotąd nie w pełni zbadano wpływ terapii substytucyjnej na ograniczenie liczby prób samobójczych czy samookaleczenia wśród osób uzależnionych, trafiających do jednostek penitencjarnych. Jednak jest dosyć prawdopodobne, że pozytywne oddziaływanie terapii utrzymuje się w ciągu pierwszych tygodni odbywania kary pozbawienia wolności.

Ta kwestia dotyczy także aresztów tymczasowych, w których leczenie substytucyjne powinno być wdrażane według tych samych zasad, co w zakładach karnych. Co więcej, w czasie przepustek, czyli w okresie gdy podejmowane są podstawowe kroki readaptacji osadzonych do społeczeństwa, wzrasta ryzyko nawrotu uzależnienia oraz przedawkowania, czemu stosowana wtedy terapia substytucyjna może skutecznie zapobiegać.

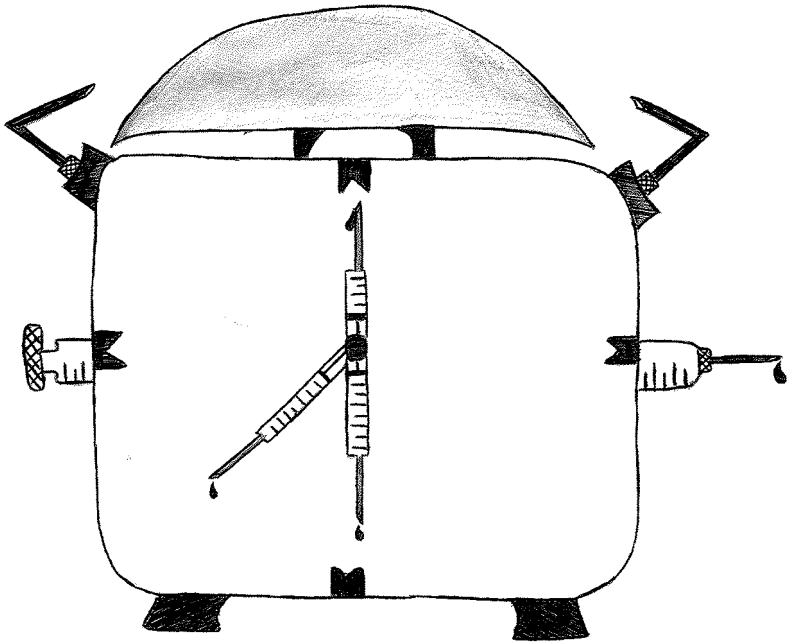
UWAGI DOTYCZĄCE KOBIET

Uzależnienie od środków odurzających oraz jego leczenie przebiega inaczej u kobiet niż u mężczyzn. Główne różnice dotyczą współistnienia wielu problemów fizycznych i psychicznych, które dodatkowo należy uwzględniać podczas terapii kobiet. Oprócz tego, kobiety uzależnione od opiatów często napotykają na wiele barier w dostępie do leczenia. Są to: niedostatek środków finansowych, ograniczona oferta kierowanych do nich świadczeń oraz różnego rodzaju utrudnienia, wynikające ze sprawowania opieki nad dziećmi.

Skutecznie prowadzone leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów u kobiet może znacznie wpłynąć na poprawę efektów udzielanej im równolegle opieki okołoporodowej w placówkach położniczych, związanych z podstawową opieką zdrowotną.

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

ŹLE, CZASU, CŹ, POTRZEBA, ŻEBYŚ, SIĘ, OBUDZIŁ, Ź



ZOBACZYŁ, ŻE, ŹGŁY, TO, SAMO, CIERPIENIE, A, NIE, UKOJENIE

WYTYCZNE DLA LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO W JEDNOSTKACH PENITENCJARNYCH

Aby oferta opieki zdrowotnej, proponowana w jednostkach penitencjarnych, mogła kształtować się na tym samym poziomie, co w warunkach wolnościowych:

- konieczne jest znaczne poszerzenie wachlarza świadczeń, odpowiadających potrzebom osadzonych i ukierunkowanych na zwalczanie występowania zakażeń krwiopochodnych oraz przenoszonych drogą płciową,
- niezbędne jest podjęcie działań, mających na celu podniesienie poziomu jakości już oferowanych świadczeń,
- należy wypracować dobry poziom współpracy między penitencjarną a publiczną służbą zdrowia, aby zapewnić osobom uzależnionym ciągłość opieki.

W dokumencie pt. „Wspólne stanowisko na temat problemu narkomanii obecnego w warunkach izolacji i w społeczeństwie" z 2002 roku (Regionalne Biuro WHO dla Europy i Grupa Pompidou przy Radzie Europy, 2002) przyznano, że:

- występujące w jednostkach penitencjarnych zjawisko narkomanii musi być postrzegane w szerszym kontekście społecznym,
- między jednostkami penitencjarnymi a ogółem społeczeństwa następuje ciągły przepływ ludzi,
- pobyt w jednostce penitencjarnej w swej surowości nie powinien wykraczać poza zasądzoną osadzonemu karę pozbawienia wolności – nie powinien oznaczać utraty dostępu do służby zdrowia, itp.,
- placówki penitencjarne muszą być miejscem bezpiecznym oraz godnym człowieka, gdyż mieszkają i pracują w nim ludzie,
- osadzeni, którzy wykonują pracę, muszą to robić w ramach obowiązującego prawa.

Mając na uwadze wzrost wykrywalności liczby przypadków HIV/AIDS wśród osadzonych w jednostkach penitencjarnych (nierzadko wywołanych dożylnym przyjmowaniem przez nich środków odurzających) oraz mając świadomość dużej skuteczności leczenia substytucyjnego, należy jak najszybciej zacząć wdrażać odpowiednie działania zapobiegawcze. Zaniechanie prowadzenia efektywnej terapii uzależnień,

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

w tym leczenia substytucyjnego oraz profilaktyki HIV spowoduje rozprzestrzenianie się przypadków zakażeń wśród osób stosujących środki odurzające drogą iniekcji, następnie przeniesienie ich do populacji osób osadzonych, stosujących ww. ryzykowne praktyki, a w konsekwencji do ogółu społeczeństwa.

ETYKA MEDYCZNA LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO, PROWADZONEGO W WARUNKACH IZOLACJI PENITENCJARNEJ

Istnieją trzy powody, dla których warto omówić etyczne konsekwencje prowadzenia substytucyjnego leczenia uzależnień w warunkach izolacji – terapii całkowicie opartej na dowodach naukowych, oficjalnie zatwierdzonej, pozostającej w zgodzie z zaleceniami WHO i ONZ [WHO, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości, UNAIDS, 2004] oraz wdrażanej w ramach prawa na poziomie krajowym:

1. Temat uzależnienia od środków odurzających stanowi płaszczyznę ścierania się silnych nurtów ideologicznych i kulturowych, nierzadko sobie wrogich. Nacisk różnych koncepcji o charakterze ideowym, dotyczących celów oraz rodzajów leczenia uzależnienia od narkotyków sprawia, że pacjenci stawiani są w sytuacji, gdzie ich dostęp do leczenia i wybór rodzaju terapii dyktowany jest często nie względami medycznymi, lecz światopoglądowymi.
2. Procedura przepisywania opiatów jest uregulowana prawnie w celu uniknięcia używania leków substytucyjnych niezgodnie z ich przeznaczeniem czy przekazywania ich w niepowołane ręce. Z drugiej jednak strony, przestrzeganie rygorystycznych zapisów legislacyjnych nie przyczynia się do zachowania zasady poufności, a stosowane przy podawaniu leku nadzwyczajne środki nadzoru nadają relacji pacjent – lekarz wrażenie przymusu.
3. Oba wyżej wymienione zapisy nabierają bardziej złożonego wymiaru w kontekście trudnej – z etycznego punktu widzenia – interakcji między osadzonym a personelem służby zdrowia, zatrudnionym w jednostce penitencjarnej (Pont J., 2006).

Etyczne aspekty prowadzenia substytucji opiatowej w jednostce penitencjarnej, opartej na zasadach etyki medycznej, dotyczącej pracy z pacjentem, zostały opublikowane w Europejskich Regułach Więziennych (Rada Europy 2006), Normach Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom (CPT) (Rada Europy 2004) oraz kilku innych dokumentach ONZ i Światowego Towarzystwa Medycznego, przyjętych na fo-

rum międzynarodowym. Na podstawie wspomnianych dokumentów istotę etyki lekarskiej w jednostkach penitencjarnych można streścić następująco:

A) Podstawowym zadaniem (jedynym *raison d'être*) lekarza zatrudnionego w jednostce penitencjarnej i innych pracowników służby zdrowia jest dbanie o odpowiedni stan zdrowia i dobrostan osadzonych (Rada Europy 1999, Penal Reform International 2001).

B) Siedem podstawowych zasad penitencjarnej opieki zdrowotnej, pozostających w zgodzie z normami CPT, to:

1. wolny dostęp do opieki lekarskiej dla każdego osadzonego,
2. równoważność poziomu opieki w zakładzie karnym z tym oferowanym poza jednostką penitencjarną,
3. uzyskanie zgody pacjenta na leczenie i przestrzeganie zasady poufności,
4. opieka profilaktyczna,
5. wsparcie humanitarne,
6. niezależność zawodowa,
7. profesjonalizm.

Europejskie Reguły Więzienne są dostępne na stronie internetowej https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747.

Więcej informacji na temat Europejskiego Komitetu do spraw Zapobiegania Torturom (CPT) można znaleźć tutaj:

http://www.cpt.coe.int/en/about.htm.

Ważne jest, aby pracownicy służby zdrowia jednostek penitencjarnych stosowali się do przedstawionych zasad w swojej codziennej pracy. Należy zadbać o to, żeby były one ogólnie znane i akceptowane przez całą społeczność więzienną, tzn. osadzonych, personel i administrację. Przestrzeganie opisanych standardów buduje zaufanie osadzonych do personelu medycznego, pracującego w danej jednostce, podnosi poziom uznania co do profesjonalizmu i etyki lekarza, skutecznie pomaga zapobiegać nieporozumieniom i ułatwia rozwiązywanie sytuacji konfliktowych.

Wydaje się zupełnie naturalnie, że głównym zadaniem lekarza zatrudnionego w jednostce penitencjarnej jest dbanie o zdrowie i o dobre samopoczucie osadzonych.

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Jednak każdy lekarz zatrudniony w tego typu jednostce wie, że nieustannie trzeba o to zabiegać, a możliwość wdrażania programów leczenia substytucyjnego – wręcz wywalczać. Wynika to z faktu, że personel niemedyczny jednostki, jeśli nie posiada odpowiedniej wiedzy o korzyściach płynących z leczenia substytucyjnego wykazuje tendencje do koncentrowania swej uwagi na kwestii ryzyka niewłaściwego wykorzystania opiatów czy przekazania ich osobom niepowołanym, co w konsekwencji blokuje wdrażanie tego typu działań. W odniesieniu do opisanego wyżej punktu A obowiązkiem lekarza więziennego jest przekazywanie niezbędnych informacji w taki sposób, aby pomóc pracownikom niemedycznym jednostki penitencjarnej zrozumieć cele leczenia, obalić mity i umożliwić osobom uzależnionym od opiatów dostęp do odpowiednich metod leczenia.

Ze względów bezpieczeństwa pracownicy jednostki penitencjarnej mogą zlecić obowiązkowe przeprowadzanie u osadzonych badań moczu na obecność metabolitów narkotyków. W wielu krajach UE badania moczu stanowią element kontraktów terapeutycznych. Mając na względzie punkt A i to, jak ważne jest budowanie zaufania pacjentów, lekarze i pracownicy służby zdrowia, opiekujący się osadzonymi, nie powinni nigdy osobiście uczestniczyć w prowadzeniu tego typu analiz. Najważniejsze jest, aby osadzeni zostali jasno poinformowani o różnicy, jaka istnieje między badaniami moczu wykonywanymi ze względów bezpieczeństwa a tymi przeprowadzanymi z przyczyn terapeutycznych. Powinni także mieć świadomość, że wyniki analiz moczu, prowadzonych w ramach leczenia substytucyjnego są ściśle poufne, służą tylko do celów medycznych i nigdy nie mają wpływu na wysokość zasądzonej kary. Mogą one zostać ujawnione stronie trzeciej – poza personelem klinicznym – jedynie po uzyskaniu wyraźnej zgody pacjenta i tylko w przypadku, gdy można to uznać za leżące w jego najlepszym interesie.

Inna ważna zasada, obowiązująca we współczesnych koncepcjach leczenia pacjentów uzależnionych od narkotyków znakomicie pasuje do treści punktu A: lekarz prowadzący leczenie musi nie tylko zadbać o to, aby realizacja uzgodnionych wspólnie z pacjentem celów terapii – zarówno w perspektywie krótko-, jak i długoterminowej – była dla tego osadzonego osiągalna, lecz także o to, aby jego własne cele, jako osoby prowadzącej cały proces, podejście do kwestii ludzkiej godności, światopoglądu oraz wyboru stylu życia nie stały się dominujące. Zawsze należy pamiętać, że to zdrowie i dobrostan osadzonego są celem terapii, a nie dostosowanie jego stylu życia do prywatnej wizji terapeuty.

Dostępność i równorzędność opieki – pierwsze dwa podpunkty punktu B, naczelne zasady CPT – opiatowego leczenia substytucyjnego, prowadzonego w jednost-

kach penitencjarnych – podnoszone były przez Światową Organizację Zdrowia już w 1993 r. (WHO, 1993) i wielokrotnie przez nią podkreślane (Lines R. i in., 2004). Wciąż w niektórych europejskich krajach programy leczenia prowadzone są w warunkach wolnościowych, ale w jednostkach penitencjarnych – już nie. Bywa, że potrzebującym nie oferuje się nawet świadczenia wspomaganej detoksykacji opiatów. Gwałtowne odstawienie opiatów – szczególnie metadonu – bez wspomagania farmakologicznego (tzw. detoksykacja typu „*cold turkey*") jest błędem lekarskim i pozostaje w całkowitej niezgodzie z etyką i profesjonalizmem medycznym!

W ostatnim dziesięcioleciu znacznie wzrosła liczba programów substytucyjnych, prowadzonych w jednostkach penitencjarnych w Europie i na świecie, jednak w dalszym ciągu wielu osadzonych, wyraźnie potrzebujących leczenia, nie otrzymuje go wcale. (Stöver, Casselmann, Hennebel, 2006). Dla pacjentów odbywających karę pozbawienia wolności oznacza to nie tylko brak możliwości leczenia i korzystania z działań redukcji szkód, lecz także stanowi zagrożenie dla zdrowia publicznego. Spośród wszystkich obszarów, gdzie praktykuje się przyjmowanie środków odurzających drogą iniekcyjną, jednostki penitencjarne wykazują najwyższy stopień ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych. Występowanie w warunkach izolacji szczególnie ryzykownych sytuacji przekłada się na zwiększoną potrzebę prowadzenia tam zintensyfikowanych działań z zakresu redukcji szkód (Lines, 2006).

W kilku krajach, w programach substytucyjnych stosuje się więcej niż jeden lek opiatowy, nie tylko ze względów etycznych, lecz także praktycznych, zachowując w ten sposób równorzędność świadczeń oferowanych w ogólnodostępnej i w więziennej służbie zdrowia oraz w poszczególnych jednostkach penitencjarnych (kwestia istotna przy zmianie miejsca pobytu osadzonego). Praktyka ta również sprawia, że unika się wprowadzania zmian w leczeniu w trudnych momentach życia osadzonego: w rozpoczęciu przez niego odbywania kary, w czasie zmiany placówki penitencjarnej oraz przy wychodzeniu na wolność.

Należy również pamiętać o kobietach uzależnionych od środków odurzających i odbywających karę pozbawienia wolności oraz ich uczestnictwie w leczeniu substytucyjnym i jego równoważności z leczeniem dostępnym poza jednostką penitencjarną. Z uwagi na mniejszą liczbę osadzonych kobiet (w porównaniu z liczbą osadzonych mężczyzn) oferta świadczeń do nich kierowana jest bardziej ograniczona i zazwyczaj trudno dostępna. Biorąc pod uwagę występowanie u kobiet stosunkowo więcej poważniejszych, współistniejących problemów fizycznych i psychicznych, można domniemywać, że kobiety uzależnione od narkotyków i osa-

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

dzone w jednostkach penitencjarnych potrzebują lepszych oraz bardziej zróżnicowanych opcji leczenia. Leczenie substytucyjne pełni też ważną rolę w okresie ciąży i opieki okołoporodowej u kobiet uzależnionych od opiatów, redukując wiele zagrożeń dla matki i dziecka.

Szczególnie ważna jest kwestia kontynuacji leczenia podtrzymującego zaraz po wyjściu uzależnionego osadzonego na wolność, ze względu na wysoki poziom śmiertelności z przedawkowania w ciągu pierwszych dwóch tygodni od opuszczenia jednostki penitencjarnej (Christensen i in., 2006). Jeszcze na jakiś czas przed zakończeniem okresu odbywania kary przez osadzonego zespół medyczny, pracujący w danej jednostce musi dokładnie zaplanować i zorganizować ciągłość leczenia substytucyjnego w warunkach wolnościowych dla tego człowieka, a jego samego do tego odpowiednio przygotować.

Podstawowym warunkiem rozpoczęcia każdej terapii, którą charakteryzuje występowanie niepożądanych skutków ubocznych lub która wiąże się z wystąpieniem ryzyka, tak jak w przypadku podawania opiatów, jest uzyskanie od pacjenta (po jego odpowiednim pouczeniu) tzw. świadomej zgody. Ze względu na złożoność leczenia substytucyjnego z punktu widzenia medycznego, prawnego i społecznego, w wielu jednostkach penitencjarnych w miejsce ustnej lub pisemnej zgody pacjenta, praktykuje się zawarcie kontraktu między nim a terapeutą. Należy pamiętać, że rzadko kiedy – jeśli w ogóle – wymaga się od pacjenta podpisywania tego dokumentu, gdyż może to dodatkowo tworzyć atmosferę przymusu i powodować nieufność w stosunku do lekarza. Jednak w ramach kontraktu zapisuje się uzgodnione obowiązki pacjenta i terapeuty, aby w przypadku zaistnienia pewnych sytuacji można się było na nie powołać. Umowa o treści indywidualnie dopasowanej do potrzeb pacjenta, odpowiednio mu wyjaśniona oraz z nim omówiona, ułatwia zrozumienie terapii substytucyjnej jako takiej, jak również wdrożenie indywidualnego trybu leczenia. Należy pamiętać, że treść umowy nigdy nie może być stosowana jako narzędzie zastraszania ani stanowić formy kary. Wyniki przeprowadzonej ankiety (Stöver, Casselman, Hennebel, 2006) jasno pokazały, że istnieje potrzeba lepszego zrozumienia przyjmowanej terapii przez samych podopiecznych.

Przed rozpoczęciem przez pacjenta korzystania z leczenia substytucyjnego minimalny zakres przekazanych mu informacji powinien obejmować m.in.:

- wszelkie zobowiązania lekarza względem strony trzeciej, które naruszałyby zasadę poufności (zgodny z prawem lub wyrokiem sądowym obowiązek wysyła-

nia zgłoszeń do różnego typu władz) oraz tych wszystkich obszarów, w których pacjent może liczyć na ścisłą tajemnicę lekarską,
- uzasadnienie stosowania opiatowego leczenia substytucyjnego,
- doprecyzowane wcześniej obowiązki pacjenta i terapeuty,
- aktualny, indywidualny cel leczenia, ustalony z pacjentem,
- różnego rodzaju ryzyka, niepożądane skutki uboczne i możliwe ograniczenia,
- konsekwencje świadomego przerwania leczenia,
- sposób postępowania w przypadku powrotu do nałogu,
- czynniki wpływające na wykreślenie pacjenta z terapii.

Z uwagi na fakt, że leczenie substytucyjne jest terapią długoterminową, a jego cele i strategie z biegiem czasu modyfikowane, przekazywane pacjentowi informacje i tekst jego świadomej zgody lub kontraktu z terapeutą także muszą być na bieżąco aktualizowane. W niektórych krajach prosi się pacjenta o wyrażenie zgody na stosowanie wobec niego środków nadzoru, np. kontroli jamy ustnej po podaniu leku substytucyjnego w celu uniknięcia niewłaściwego jego zastosowania i w konsekwencji dostania się w niepowołane ręce, co w warunkach izolacji ma szczególne znaczenie. Takie postępowanie powinno być traktowane jako element programu leczenia i być wykonywane tylko przez personel medyczny (a nie funkcjonariuszy innych działów), ale tylko w przypadku, gdy wyniki badania prowadzonego w ramach programu są poufne i służą wyłącznie do celów medycznych, a nie dyscyplinarnych. Personel medyczny nie powinien nigdy brać udziału w rewizji czy prowadzeniu badań moczu zleconych przez straż (funkcjonariuszy innych działów) z powodów niemedycznych.

W przypadku osadzonych, uczestniczących w leczeniu substytucyjnym przestrzeganie zasady poufności jest często ograniczone ze względów ustawowych i praktycznych – w większości krajów prawo wymaga zgłaszania do rejestru osoby leczonej opiatami. W warunkach izolacji podawanie leków często wymaga zaangażowania i współpracy ze strony niemedycznych pracowników jednostki penitencjarnej, m.in. z powodu ograniczonej liczby pracowników, co stanowi kolejną przeszkodę w zachowaniu ścisłej tajemnicy lekarskiej. Kompleksowe leczenie uzależnienia pociąga za sobą konieczność współpracy interdyscyplinarnej, dlatego nieunikniona – ale będąca w interesie pacjenta – pozostaje kwestia wymiany informacji. Każdy członek zespołu terapeutycznego musi być objęty obowiązkiem dochowania tajemnicy zawodowej. Bardzo ważne jest, aby pacjenci zostali poinformowani o tym, kto ma dostęp do do-

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

tyczących ich danych, kto jest objęty przestrzeganiem tajemnicy zawodowej i jakie kwestie wchodzą w zakres poufności.

Osoby uzależnione, przebywające w jednostkach penitencjarnych ukrywają fakt swojego nałogu z kilku powodów:

- obawiają się przyznania im gorszej przestrzeni do życia, ograniczenia przywilejów oraz dostępu do pracy,
- czują lęk przed aktami nietolerancji i dyskryminacji zarówno ze strony innych osadzonych, jak i pracowników jednostki,
- boją się, że mogą stać się ofiarami nacisków i szantażu (na uczestnikach leczenia substytucyjnego często wymusza się oddawanie leków do nielegalnego obrotu).

Dlatego też należy dołożyć wszelkich starań, aby osoby te odpowiednio chronić przez przestrzeganie wysokich standardów dotyczących poufności i eliminowanie przepisów, zachowań i postaw o charakterze dyskryminującym. Fakt uczestnictwa w programach leczenia substytucyjnego w czasie odbywania przez osoby uzależnione od środków odurzających kary pozbawienia wolności nie może nigdy prowadzić do ich gorszego traktowania.

Opiatowe leczenie podtrzymujące stanowi klasyczny przykład skutecznej formy profilaktyki oraz działania z obszaru redukcji szkód, prowadzonych bezpośrednio w stosunku do osób uzależnionych od opiatów, a niebezpośrednio do wszystkich osób przebywających w warunkach izolacji oraz na wolności. Liczne dane naukowe potwierdzają istotną rolę, jaką pełni tego typu terapia w zapobieganiu problemom: umieralności, zachorowalności, cierpienia fizycznego i psychicznego, niedopasowania społecznego, podejmowania działań przestępczych, a także zapobieganiu zakażeniom HIV i WZW typu B i C przez ograniczenie wyjątkowo ryzykownego w swej istocie przyjmowania narkotyków drogą dożylną przez osoby przebywające w jednostkach penitencjarnych.

Wsparcie humanitarne, wymienione przez CPT tyczy się osadzonych, znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji. W pewnym sensie uzależnieni od środków odurzających i przebywający w jednostkach penitencjarnych przynależą do tej kategorii: stoją nisko w hierarchii więziennej, narażeni są na akty wrogości innych osadzonych oraz personelu, co może oznaczać: znęcanie się, stosowanie wobec nich przemocy, zmuszanie do świadczenia usług seksualnych oraz wywieranie presji dotyczącej od-

dawania przepisanych im leków. Niektórych z tych problemów można uniknąć przez dochowanie zasady poufności i zaproponowanie, że obejmie się osoby uzależnione odpowiednim leczeniem. Jednak często konieczne są też zmiany miejsca pobytu osadzonego oraz stosowanie wobec niego dodatkowych środków ochronnych. Zachęcanie personelu jednostek penitencjarnych do traktowania leczenia substytucyjnego jako zwykłego elementu więziennej rutyny, podobnie jak każdej innej działalności medycznej, na pewno pomoże użytkownikom narkotyków przebywającym w jednostkach penitencjarnych.

Młodociani, kobiety (szczególnie ciężarne) oraz przedstawiciele mniejszości etnicznych czy kulturowych powinni być objęci szczególną ochroną i wsparciem. W europejskich jednostkach penitencjarnych rośnie liczba osób obcojęzycznych, uzależnionych od środków odurzających, które w czasie przyjęcia do placówki oraz rozmów terapeutycznych potrzebują pomocy tłumacza. Dodatkowe wyzwania w leczeniu tych osób stwarzają współwystępujące u nich zaburzenia psychiczne i upośledzenie funkcji poznawczych.

W obawie przed niezgodnym z przeznaczeniem stosowaniem leków oraz innymi powiązanymi z tym zagrożeniami, władze odpowiedzialne za zdrowie publiczne na poziomie krajowym lub administracje jednostek penitencjarnych wielokrotnie starały się hamować niezależność zawodową osób zajmujących się leczeniem substytucyjnym, ograniczając wskazania do terapii, obniżając wartość maksymalnej dawki czy czas trwania samego leczenia. Poza faktem, że to nie w gestii władz państwowych leży ustanawianie standardów leczenia, praktyka wykazała, że wdrażanie programów niskoprogowych, stosowanie większych dawek leku czy przedłużanie czasu trwania terapii przynoszą lepsze wyniki terapeutyczne. Podejmowanie decyzji dotyczącej włączenia pacjenta do leczenia, określanie maksymalnych dawek czy długości terapii powinno pozostać w rękach doświadczonych terapeutów uzależnień i być ustalane na podstawie indywidualnej oceny sytuacji pacjenta, na bazie wspólnego z nim porozumienia.

Wydaje się, że potrzebne jest udoskonalenie komunikacji z pacjentem na temat tego, że leczenie substytucyjne w jednostce penitencjarnej stanowi interwencję medyczną, prowadzoną w sposób niezależny od odbywania przez niego kary pozbawienia wolności. Wyniki przeprowadzonej ankiety (Stöver, Casselmann, Hennebel, 2006) pokazały, że tego typu leczenie było czasem przez osadzonych postrzegane jako nagroda za dobre zachowanie, a nie terapia zlecona im z powodów medycznych. Wyjaśnienie tej kwestii jest szczególnie ważne dla pacjentów skazanych przez sąd na

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

poddanie się leczeniu uzależnienia podczas pobytu w jednostce penitencjarnej. Każda terapia uzależnienia od środków odurzających wymaga, aby prowadzący był do tego odpowiednio przygotowany zawodowo. Biorąc pod uwagę złożoność leczenia substytucyjnego w warunkach jednostki penitencjarnej, w tym branie odpowiedzialności za indywidualną ocenę stanu pacjenta, planowanie jego leczenia, minimalizację zagrożeń oraz niepożądanych skutków ubocznych, w każdym zespole więziennej opieki zdrowotnej, który oferuje leczenie substytucyjne opiatami, powinien znajdować się lekarz specjalizujący się w leczeniu uzależnień.

Leczenie substytucyjne powinno być postrzegane jako jeden z elementów całości oferty terapii osób stosujących środki odurzające, która otwiera drzwi do włączenia tych pacjentów do dalszych opcji terapeutycznych. Jak jednak pokazały wyniki wspomnianej ankiety (Stöver H, Casselmann H, Hennebel L, 2006), w związku z ograniczeniami finansowymi w większości jednostek penitencjarnych brakuje opieki terapeutycznej, przez co leczenie substytucyjne ogranicza się do zlecenia wydawania opiatów osobom uzależnionym. Wywołuje to znaczne niezadowolenie zarówno wśród pacjentów, jak i lekarzy.

W wielu krajach, aby zminimalizować ryzyko stosowania leków niezgodnie z przeznaczeniem lub oddania ich do nielegalnego obrotu, stosuje się środki nadzoru, np. inspekcji jamy ustnej po podaniu przepisanego leku opiatowego, a także okresowe badania moczu na obecność metabolitów opiatów. Kontrole te powinny być wykonywane przez personel medyczny pod warunkiem przestrzegania zasad poufności. Badania naukowe nie są w stanie wykazać, czy badanie moczu jest wiarygodnym i skutecznym sposobem monitorowania zażywania narkotyków. Otwarta oraz oparta na zaufaniu relacja terapeutyczna może umożliwić uzyskanie dużo dokładniejszych informacji na ten temat. Stosowanie bezpośredniego nadzoru podczas oddawania moczu przez osadzonego jest aktem upokarzającym i nie buduje relacji opartej na szacunku. Wyniki badania moczu muszą być poufne i służyć wyłącznie celom medycznym.

Aby poprawić jakość leczenia substytucyjnego, prowadzonego w warunkach izolacji, zespoły medyczne powinny:

- starać się o odpowiednią obsadę personelu,
- wykazywać interdyscyplinarne podejście do programów leczenia uzależnień od środków odurzających,
- wykorzystywać przykłady najlepszych praktyk klinicznych,

- monitorować i oceniać wyniki leczenia za pomocą odpowiednio prowadzonych baz danych,
- zapewnić ciągłość opieki dla pacjentów zmieniających placówkę lub wychodzących na wolność,
- konsultować się z samymi pacjentami i uwzględniać ich potrzeby podczas opracowywania planu leczenia,
- reagować na różne potrzeby wszystkich użytkowników narkotyków, przebywających w jednostce,
- angażować się w szkolenie personelu medycznego i niemedycznego,
- utrzymywać regularny kontakt z zespołami medycznymi z innych jednostek penitencjarnych i ogólnych, prowadzących terapię uzależnień,
- podlegać regularnym superwizjom,
- uczestniczyć w badaniach, mających na celu optymalizację procesu leczenia.

Leczenie opiatami osób uzależnionych, przebywających w jednostce penitencjarnej jest naukowo udokumentowanym rozwiązaniem terapeutycznym o sprawdzonym i skutecznym działaniu z obszaru redukcji szkód; cennym dla zdrowia jednostki i zdrowia publicznego. Tak więc jest ono wysoce zalecane w odniesieniu do etyki medycznej. Ci, którzy podtrzymują zastrzeżenia etyczne, dotyczące przepisywania leków, mając na uwadze fakt, że utrzymują one uzależnienie od środków odurzających, oraz ci, którzy za sukces terapeutyczny uważają wyłącznie abstynencję, powinni ponownie rozważyć, czy tego typu wzniosły cel leczenia – rzadko osiągany na krótką metę – przewyższa wymierne korzyści, jakimi są: zmniejszenie śmiertelności i zachorowalności, ograniczenie cierpienia psychicznego i fizycznego, a także zmniejszenie poziomu niestabilności społecznej i przestępczości, jakie osiąga się dzięki leczeniu substytucyjnemu.

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

BIBLIOGRAFIA

Christensen, P.B., Hammerby, E., Smith, S., Bird, S.M. (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 (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.
http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards-scr.pdf

Council of Europe (2006): Recommendation Rec (2006) 2 on the European Prison Rules https://rm.coe.int/16806f43aa

Lines, R. at al. (2004): *Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia*. Dublin, Irish Penal Reform Trust.
http://www.drugpolicy.org/docUploads/dublin_declaration_2004.pdf

Lines, R. (2006): *From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prison*. International Journal of Prisoner Health 2: 269–280.

Penal Reform International (2001): *Making Standards Work: An International Handbook on Good Prison Practice*, 2nd ed. Penal Reform International, The Hague.

Pont, J. (2005): *Medical ethics in prisons: Rules, standards and challenges. International Journal of Prisoner Health* 2: 259–267.

Stover, 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.

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/en/PositionPaper_English.pdf

WHO (1993): *Guidelines of HIV infection and AIDS in prison*, Geneva, World Health Organization.

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within
The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the
European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Zmot 24.09.2017 nol. 1

HA-REACT
JOINT ACTION ON HIV AND CO-INFECTION PREVENTION AND HARM REDUCTION

Co-funded by the Health Programme of the European Union

Projekt HA-REACT - Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction

ANKIETA DLA OSÓB PRZEBYWAJĄCYCH W ARESZCIE ŚLEDCZYM SŁUŻEWIEC
Warszawa, wrzesień 2017

Ankieta powstała na potrzeby projektu HA-REACT realizowanego przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Każda opinia jest dla nas bardzo ważna.

Ankieta jest całkowicie anonimowa, wypełnione arkusze zostaną przekazane w zamkniętej kopercie do Krajowego Centrum ds. AIDS.

Zespół projektu HA-REACT serdecznie dziękuje za każdą odpowiedź!

1. **Czy przed przyjęciem do Aresztu Śledczego Służewiec, jeszcze na wolności, korzystał Pan z programu terapii substytucyjnej (metadonowej) lub programów redukcji szkód (wymiana igieł i strzykawek)?**

(TAK) NIE

Jeśli korzystał Pan z programu, to jak wspomina Pan te doświadczenia?

Byłem w sumie na dwóch programach metadonowych pierwszy z nich jest na ulicy Dzielnej byłem tam pół roku, drugi program znajduje się na ulicy Brzeskiej jestem na nim już 4 lata. Jeden i drugi program oceniam bardzo dobrze naprawdę spełniają swoją rolę, pomagają na wszystkich polach.

Jeśli nie korzystał Pan z programu, to dlaczego?

Miałem problem z amfetaminą i heroiną przez wiele lat w żaden sposób nie mogłem sobie z nim poradzić byłem na kilku detoksach i dwa razy w szpitalu, na początku nic nie odczuwałem co oznacza, będąc w ciągu ciężko było mi zażyć program.

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

2. Czy, teraz, w czasie pobytu w Areszcie Śledczym Służewiec korzysta Pan z terapii substytucyjnej (metadonowej)?

TAK NIE

Jeśli tak, (czyli korzysta Pan z terapii substytucyjnej) to co Pan o niej sądzi?

Uważam że prowadzona jest ona w odpowiedni sposób.

Co skłoniło Pana do skorzystania z terapii substytucyjnej (metadonowej) w areszcie?

To samo co na wolności problem z narkotykami. To po prostu dalej się kontynuuje. Przychodząc do Aresztu i nie będąc na programie nie ma takiej możliwości aby się dostać na program.

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

JEŚLI NIE (czyli obecnie nie korzysta Pan z terapii substytucyjnej)

Jeśli nie korzysta Pan z terapii w areszcie, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Czy po wyjściu na wolność rozważa Pan podjęcie terapii substytucyjnej (metadonowej)?

TAK NIE

4. **Jeśli tak**, to dlaczego?

Bo, bardzo mi ona pomaga.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. **Jeśli nie**, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

4. **Czy ma Pan jeszcze jakieś dodatkowe uwagi nt. leczenia uzależnienia na wolności, w areszcie? Co się Panu podoba, a co należałoby zmienić?**

Jak dla mnie wszystko jest w porządku.

Pana wiek:

- ○ Poniżej 30 lat
- X 30 do 39 lat
- ○ 40 do 49 lat
- ○ 50 lat lub więcej

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Junot pd. 24.9.2017 !

2

HA-REACT
JOINT ACTION ON HIV AND CO-INFECTION PREVENTION AND HARM REDUCTION

Co-funded by the Health Programme of the European Union

Projekt HA-REACT - Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction

ANKIETA DLA OSÓB PRZEBYWAJĄCYCH W ARESZCIE ŚLEDCZYM SŁUŻEWIEC
Warszawa, wrzesień 2017

Ankieta powstała na potrzeby projektu HA-REACT realizowanego przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Każda opinia jest dla nas bardzo ważna.

Ankieta jest całkowicie anonimowa, wypełnione arkusze zostaną przekazane w zamkniętej kopercie do Krajowego Centrum ds. AIDS.

Zespół projektu HA-REACT serdecznie dziękuje za każdą odpowiedź!

1. **Czy przed przyjęciem do Aresztu Śledczego Służewiec, jeszcze na wolności, korzystał Pan z programu terapii substytucyjnej (metadonowej) lub programów redukcji szkód (wymiana igieł i strzykawek)?**

[X] TAK [ ] NIE

Jeśli korzystał Pan z programu, to jak wspomina Pan te doświadczenia?

Ogólnie dobrze z tym że zawsze słuchu
właśnie w postaci ostatniej wizyty w
szpitalu Uzależnieniu od tego środka jest
takie samo silne a odstawieniu go wymaga
dużej ilości czasu. Ale jako pacjent
„medycznej szkoły" się sprawdza

Jeśli nie korzystał Pan z programu, to dlaczego?

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

2. Czy, teraz, w czasie pobytu w Areszcie Śledczym Służewiec korzysta Pan z terapii substytucyjnej (metadonowej)?

~~TAK~~ NIE

Jeśli tak, (czyli korzysta Pan z terapii substytucyjnej) to co Pan o niej sądzi?

Jest taka jaka na wolności.

Co skłoniło Pana do skorzystania z terapii substytucyjnej (metadonowej) w areszcie?

Na motywacja byłem na terapii tu poprosiłem
asystenta dalsza kontynuacja. Uważam że
jest dobre miejsce na otrzymanie wsparcia

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

JEŚLI NIE (czyli obecnie nie korzysta Pan z terapii substytucyjnej)

Jeśli nie korzysta Pan z terapii w areszcie, to dlaczego?

— leczyłam

3. Czy po wyjściu na wolność rozważa Pan podjęcie terapii substytucyjnej (metadonowej)?

~~TAK~~ NIE

4. **Jeśli tak**, to dlaczego?

By dalej być trzeźwa i wolna od substancji które zniszczyły mi życie i z której pomógł mi wyjść metadon

5. **Jeśli nie**, to dlaczego?

—

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

4. **Czy ma Pan jeszcze jakieś dodatkowe uwagi nt. leczenia uzależnienia na wolności, w areszcie? Co się Panu podoba, a co należałoby zmienić?**

W niektórych aresztach (Wrocław) odstawienie, substytut i inne leki bez zgody pacjenta.

Pana wiek:

- ○ Poniżej 30 lat
- ☒ 30 do 39 lat
- ○ 40 do 49 lat
- ○ 50 lat lub więcej

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Zmot 24.09.2017 nor. B-4 3

HA-REACT
JOINT ACTION ON HIV AND CO-INFECTION PREVENTION AND HARM REDUCTION

Co-funded by the Health Programme of the European Union

Projekt HA-REACT - Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction

ANKIETA DLA OSÓB PRZEBYWAJĄCYCH W ARESZCIE ŚLEDCZYM SŁUŻEWIEC
Warszawa, wrzesień 2017

Ankieta powstała na potrzeby projektu HA-REACT realizowanego przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Każda opinia jest dla nas bardzo ważna.

Ankieta jest całkowicie anonimowa, wypełnione arkusze zostaną przekazane w zamkniętej kopercie do Krajowego Centrum ds. AIDS.

Zespół projektu HA-REACT serdecznie dziękuje za każdą odpowiedź!

1. **Czy przed przyjęciem do Aresztu Śledczego Służewiec, jeszcze na wolności, korzystał Pan z programu terapii substytucyjnej (metadonowej) lub programów redukcji szkód (wymiana igieł i strzykawek)?**

TAK X NIE

Jeśli korzystał Pan z programu, to jak wspomina Pan te doświadczenia?

Dobrze

Jeśli nie korzystał Pan z programu, to dlaczego?

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

2. Czy, teraz, w czasie pobytu w Areszcie Śledczym Służewiec korzysta Pan z terapii substytucyjnej (metadonowej)?

TAK NIE

Jeśli tak, (czyli korzysta Pan z terapii substytucyjnej) to co Pan o niej sądzi?

Dobrze

Co skłoniło Pana do skorzystania z terapii substytucyjnej (metadonowej) w areszcie?

uzależnienie, potrzebuję się do terapii

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

JEŚLI NIE (czyli obecnie nie korzysta Pan z terapii substytucyjnej)

Jeśli nie korzysta Pan z terapii w areszcie, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Czy po wyjściu na wolność rozważa Pan podjęcie terapii substytucyjnej (metadonowej)?

[X] TAK [ ] NIE

4. **Jeśli tak**, to dlaczego?

Tawska zgrzeszę mi z wielkim
i jestem na metadonie Jet

.....

.....

.....

.....

.....

5. **Jeśli nie**, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

4. Czy ma Pan jeszcze jakieś dodatkowe uwagi nt. leczenia uzależnienia na wolności, w areszcie? Co się Panu podoba, a co należałoby zmienić?

Pana wiek:

- ○ Poniżej 30 lat
- ✕ 30 do 39 lat
- ○ 40 do 49 lat
- ○ 50 lat lub więcej

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Zimek 24.09.2017 Nd. 4

HA·REACT
JOINT ACTION ON HIV AND CO-INFECTION PREVENTION AND HARM REDUCTION

Co-funded by the Health Programme of the European Union

Projekt HA-REACT - Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction

ANKIETA DLA OSÓB PRZEBYWAJĄCYCH W ARESZCIE ŚLEDCZYM SŁUŻEWIEC
Warszawa, wrzesień 2017

Ankieta powstała na potrzeby projektu HA-REACT realizowanego przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Każda opinia jest dla nas bardzo ważna.

Ankieta jest całkowicie anonimowa, wypełnione arkusze zostaną przekazane w zamkniętej kopercie do Krajowego Centrum ds. AIDS.

Zespół projektu HA-REACT serdecznie dziękuje za każdą odpowiedź!

1. **Czy przed przyjęciem do Aresztu Śledczego Służewiec, jeszcze na wolności, korzystał Pan z programu terapii substytucyjnej (metadonowej) lub programów redukcji szkód (wymiana igieł i strzykawek)?**

TAK NIE

Jeśli korzystał Pan z programu, to jak wspomina Pan te doświadczenia?

BARDZO DOBRZE

Jeśli nie korzystał Pan z programu, to dlaczego?

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

2. Czy, teraz, w czasie pobytu w Areszcie Śledczym Służewiec korzysta Pan z terapii substytucyjnej (metadonowej)?

TAK NIE

Jeśli tak, (czyli korzysta Pan z terapii substytucyjnej) to co Pan o niej sądzi?

OGÓLNIE JEST W PORZĄDKU!

Co skłoniło Pana do skorzystania z terapii substytucyjnej (metadonowej) w areszcie?

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

JEŚLI NIE (czyli obecnie nie korzysta Pan z terapii substytucyjnej)

Jeśli nie korzysta Pan z terapii w areszcie, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Czy po wyjściu na wolność rozważa Pan podjęcie terapii substytucyjnej (metadonowej)?

TAK NIE

4. **Jeśli tak**, to dlaczego?

ZAMIERZAM KONTYNUOWAĆ DOTYCHCZASOWĄ TERAPIĘ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. **Jeśli nie**, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

4. Czy ma Pan jeszcze jakieś dodatkowe uwagi nt. leczenia uzależnienia na wolności, w areszcie? Co się Panu podoba, a co należałoby zmienić?



Pana wiek:

- ○ Poniżej 30 lat
- ○ 30 do 39 lat
- X 40 do 49 lat
- ○ 50 lat lub więcej

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Załącznik Nr 24.04.2017 B-4
5

HA·REACT
JOINT ACTION ON HIV AND CO-INFECTION PREVENTION AND HARM REDUCTION

Co-funded by the Health Programme of the European Union

Projekt HA-REACT - Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction

ANKIETA DLA OSÓB PRZEBYWAJĄCYCH W ARESZCIE ŚLEDCZYM SŁUŻEWIEC
Warszawa, wrzesień 2017

Ankieta powstała na potrzeby projektu HA-REACT realizowanego przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Każda opinia jest dla nas bardzo ważna.

Ankieta jest całkowicie anonimowa, wypełnione arkusze zostaną przekazane w zamkniętej kopercie do Krajowego Centrum ds. AIDS.

Zespół projektu HA-REACT serdecznie dziękuje za każdą odpowiedź!

1. **Czy przed przyjęciem do Aresztu Śledczego Służewiec, jeszcze na wolności, korzystał Pan z programu terapii substytucyjnej (metadonowej) lub programów redukcji szkód (wymiana igieł i strzykawek)?**

TAK NIE

Jeśli korzystał Pan z programu, to jak wspomina Pan te doświadczenia?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jeśli nie korzystał Pan z programu, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

2. **Czy, teraz, w czasie pobytu w Areszcie Śledczym Służewiec korzysta Pan z terapii substytucyjnej (metadonowej)?**

TAK NIE

Jeśli tak, (czyli korzysta Pan z terapii substytucyjnej) to co Pan o niej sądzi?

korzystam na wolności

Co skłoniło Pana do skorzystania z terapii substytucyjnej (metadonowej) w areszcie?

kontynuacja leczenia

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

JEŚLI NIE (czyli obecnie nie korzysta Pan z terapii substytucyjnej)

Jeśli nie korzysta Pan z terapii w areszcie, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Czy po wyjściu na wolność rozważa Pan podjęcie terapii substytucyjnej (metadonowej)?

TAK X NIE

4. **Jeśli tak**, to dlaczego?

Pomiewaj jestem X tet
i ciężko z uzależnieniem

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. **Jeśli nie**, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

4. **Czy ma Pan jeszcze jakieś dodatkowe uwagi nt. leczenia uzależnienia na wolności, w areszcie? Co się Panu podoba, a co należałoby zmienić?**

Nie

Pana wiek:

- ○ Poniżej 30 lat
- ☒ 30 do 39 lat
- ○ 40 do 49 lat
- ○ 50 lat lub więcej

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Zwrot nd. 24.09.2017

6

HA-REACT
JOINT ACTION ON HIV AND CO-INFECTION PREVENTION AND HARM REDUCTION

Co-funded by the Health Programme of the European Union

Projekt HA-REACT - Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction

ANKIETA DLA OSÓB PRZEBYWAJĄCYCH W ARESZCIE ŚLEDCZYM SŁUŻEWIEC
Warszawa, wrzesień 2017

Ankieta powstała na potrzeby projektu HA-REACT realizowanego przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Każda opinia jest dla nas bardzo ważna.

Ankieta jest całkowicie anonimowa, wypełnione arkusze zostaną przekazane w zamkniętej kopercie do Krajowego Centrum ds. AIDS.

Zespół projektu HA-REACT serdecznie dziękuje za każdą odpowiedź!

1. **Czy przed przyjęciem do Aresztu Śledczego Służewiec, jeszcze na wolności, korzystał Pan z programu terapii substytucyjnej (metadonowej) lub programów redukcji szkód (wymiana igieł i strzykawek)?**

TAK (X) NIE

Jeśli korzystał Pan z programu, to jak wspomina Pan te doświadczenia?

ŹLE PONIEWAŻ BYŁEM WIĄZANY JAK PIES
ODBIERANIE METADONU KOLIDOWAŁO MI
Z PODJĘCIEM PRACY PONIEWAŻ GODZINY OTWARCIA
PROGRAMU (7⁰⁰-13⁰⁰)

Jeśli nie korzystał Pan z programu, to dlaczego?

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

2. Czy, teraz, w czasie pobytu w Areszcie Śledczym Służewiec korzysta Pan z terapii substytucyjnej (metadonowej)?

~~TAK~~ NIE

Jeśli tak, (czyli korzysta Pan z terapii substytucyjnej) to co Pan o niej sądzi?

NAJGORSZE JEST OCZEKIWANIE NA PIELĘGNIARKĘ KTÓRA CODZIENNIE PRZYCHODZI O RÓŻNYCH PORACH.

Co skłoniło Pana do skorzystania z terapii substytucyjnej (metadonowej) w areszcie?

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

JEŚLI NIE (czyli obecnie nie korzysta Pan z terapii substytucyjnej)

Jeśli nie korzysta Pan z terapii w areszcie, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Czy po wyjściu na wolność rozważa Pan podjęcie terapii substytucyjnej (metadonowej)?

[TAK] [NIE]

4. **Jeśli tak**, to dlaczego?

BEDE KONTYNUOWAŁ TERAPIE
JESTEM NA PROGRAMIE OD 2011 r.

.....

.....

.....

.....

.....

5. **Jeśli nie**, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

4. **Czy ma Pan jeszcze jakieś dodatkowe uwagi nt. leczenia uzależnienia na wolności, w areszcie? Co się Panu podoba, a co należałoby zmienić?**

WYDAWANIE METADONU O STAŁYCH I RANNYCH GODZ.

Pana wiek:

- ○ Poniżej 30 lat
- ☒ 30 do 39 lat
- ○ 40 do 49 lat
- ○ 50 lat lub więcej

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

B-2
7

Kwot 24.09.2017
Nor

HA·REACT
JOINT ACTION ON HIV AND CO-INFECTION PREVENTION AND HARM REDUCTION

Co-funded by the Health Programme of the European Union

Projekt HA-REACT - Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction

ANKIETA DLA OSÓB PRZEBYWAJĄCYCH W ARESZCIE ŚLEDCZYM SŁUŻEWIEC
Warszawa, wrzesień 2017

Ankieta powstała na potrzeby projektu HA-REACT realizowanego przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Każda opinia jest dla nas bardzo ważna.

Ankieta jest całkowicie anonimowa, wypełnione arkusze zostaną przekazane w zamkniętej kopercie do Krajowego Centrum ds. AIDS.

Zespół projektu HA-REACT serdecznie dziękuje za każdą odpowiedź!

1. **Czy przed przyjęciem do Aresztu Śledczego Służewiec, jeszcze na wolności, korzystał Pan z programu terapii substytucyjnej (metadonowej) lub programów redukcji szkód (wymiana igieł i strzykawek)?**

(TAK) NIE

Jeśli korzystał Pan z programu, to jak wspomina Pan te doświadczenia?

Dobre Program w Zielonce moim zdaniem jest najlepszym programem w polsce. Szkoda gorsza zdrowotna oraz obsługa lekarza

Jeśli nie korzystał Pan z programu, to dlaczego?

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

2. Czy, teraz, w czasie pobytu w Areszcie Śledczym Służewiec korzysta Pan z terapii substytucyjnej (metadonowej)?

TAK NIE

Jeśli tak, (czyli korzysta Pan z terapii substytucyjnej) to co Pan o niej sądzi?

Jest wszystko dobrze oprócz tego że dostaje się tylko raz na dwa dni!

Co skłoniło Pana do skorzystania z terapii substytucyjnej (metadonowej) w areszcie?

Kontynuuje leczenie tutaj zresztą jestem dalej na programie w Lublinie

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

JEŚLI NIE (czyli obecnie nie korzysta Pan z terapii substytucyjnej)

Jeśli nie korzysta Pan z terapii w areszcie, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Czy po wyjściu na wolność rozważa Pan podjęcie terapii substytucyjnej (metadonowej)?

(TAK) NIE

4. **Jeśli tak**, to dlaczego?

Będę kontynuował leczenie dopóki nie unormuje wszystkich spraw oraz sytuacji która bez metadonu obsługę do dobrej abstynencji i spania

.....

.....

.....

5. **Jeśli nie**, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

4. Czy ma Pan jeszcze jakieś dodatkowe uwagi nt. leczenia uzależnienia na wolności, w areszcie? Co się Panu podoba, a co należałoby zmienić?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pana wiek:

- (●) Poniżej 30 lat
- ( ) 30 do 39 lat
- ( ) 40 do 49 lat
- ( ) 50 lat lub więcej

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Zwol 24.09.2017 Wd. A-1 8

HA·REACT
JOINT ACTION ON HIV AND CO-INFECTION PREVENTION AND HARM REDUCTION

Co-funded by the Health Programme of the European Union

Projekt HA-REACT - Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction

ANKIETA DLA OSÓB PRZEBYWAJĄCYCH W ARESZCIE ŚLEDCZYM SŁUŻEWIEC
Warszawa, wrzesień 2017

Ankieta powstała na potrzeby projektu HA-REACT realizowanego przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Każda opinia jest dla nas bardzo ważna.

Ankieta jest całkowicie anonimowa, wypełnione arkusze zostaną przekazane w zamkniętej kopercie do Krajowego Centrum ds. AIDS.

Zespół projektu HA-REACT serdecznie dziękuje za każdą odpowiedź!

1. **Czy przed przyjęciem do Aresztu Śledczego Służewiec, jeszcze na wolności, korzystał Pan z programu terapii substytucyjnej (metadonowej) lub programów redukcji szkód (wymiana igieł i strzykawek)?**

TAK NIE

Jeśli korzystał Pan z programu, to jak wspomina Pan te doświadczenia?

Kontakt z pracownikami ośrodka na programie i przebywanie z uczestnikami na programie i po nim.

Jeśli nie korzystał Pan z programu, to dlaczego?

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

2. Czy, teraz, w czasie pobytu w Areszcie Śledczym Służewiec korzysta Pan z terapii substytucyjnej (metadonowej)?

~~TAK~~ NIE

Jeśli tak, (czyli korzysta Pan z terapii substytucyjnej) to co Pan o niej sądzi?

Jest dobrym rozwiązaniem pozwalającym leczenie substytucyjne

Co skłoniło Pana do skorzystania z terapii substytucyjnej (metadonowej) w areszcie?

to, że byłem na przegranie na wolności i chce kontynuować

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

JEŚLI NIE (czyli obecnie nie korzysta Pan z terapii substytucyjnej)

Jeśli nie korzysta Pan z terapii w areszcie, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Czy po wyjściu na wolność rozważa Pan podjęcie terapii substytucyjnej (metadonowej)?

TAK NIE

4. **Jeśli tak**, to dlaczego?

Chce kontynuować terapie po wyjściu bo ją zakańczą

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. **Jeśli nie**, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

4. Czy ma Pan jeszcze jakieś dodatkowe uwagi nt. leczenia uzależnienia na wolności, w areszcie? Co się Panu podoba, a co należałoby zmienić?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pana wiek:

- ○ Poniżej 30 lat
- ☒ 30 do 39 lat
- ○ 40 do 49 lat
- ○ 50 lat lub więcej

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Łunot 24.09.2017 F-A 9

Nol.

HA·REACT
JOINT ACTION ON HIV AND CO-INFECTION PREVENTION AND HARM REDUCTION

Co-funded by the Health Programme of the European Union

Projekt HA-REACT - Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction

ANKIETA DLA OSÓB PRZEBYWAJĄCYCH W ARESZCIE ŚLEDCZYM SŁUŻEWIEC
Warszawa, wrzesień 2017

Ankieta powstała na potrzeby projektu HA-REACT realizowanego przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Każda opinia jest dla nas bardzo ważna.

Ankieta jest całkowicie anonimowa, wypełnione arkusze zostaną przekazane w zamkniętej kopercie do Krajowego Centrum ds. AIDS.

Zespół projektu HA-REACT serdecznie dziękuje za każdą odpowiedź!

1. **Czy przed przyjęciem do Aresztu Śledczego Służewiec, jeszcze na wolności, korzystał Pan z programu terapii substytucyjnej (metadonowej) lub programów redukcji szkód (wymiana igieł i strzykawek)?**

(TAK) NIE

Jeśli korzystał Pan z programu, to jak wspomina Pan te doświadczenia?

Wspominam wszystko pozytywnie miałem dobry kontakt z lekarzami, pielęgniarkami a przede wszystkim pracownicy świetlicy pomogli zachować abstynencję i podjęcie normalnej pracy zawodowej oraz spokój w domu i całej rodzinie

Jeśli nie korzystał Pan z programu, to dlaczego?

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

2. **Czy, teraz, w czasie pobytu w Areszcie Śledczym Służewiec korzysta Pan z terapii substytucyjnej (metadonowej)?**

TAK NIE

Jeśli tak, (czyli korzysta Pan z terapii substytucyjnej) to co Pan o niej sądzi?

Terapia w zakładzie nie powoduje nagłego odstawienia i pozwala na zejście z metadonu

Co skłoniło Pana do skorzystania z terapii substytucyjnej (metadonowej) w areszcie?

Wcześniejszy program na wolności

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

JEŚLI NIE (czyli obecnie nie korzysta Pan z terapii substytucyjnej)

Jeśli nie korzysta Pan z terapii w areszcie, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Czy po wyjściu na wolność rozważa Pan podjęcie terapii substytucyjnej (metadonowej)?

TAK NIE

4. **Jeśli tak**, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. **Jeśli nie**, to dlaczego?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

4. Czy ma Pan jeszcze jakieś dodatkowe uwagi nt. leczenia uzależnienia na wolności, w areszcie? Co się Panu podoba, a co należałoby zmienić?

Nie mam uwag

Pana wiek:

- ○ Poniżej 30 lat
- ☒ 30 do 39 lat
- ○ 40 do 49 lat
- ○ 50 lat lub więcej

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

Zimot – 24.09.2017 pm. 10

HA-REACT
JOINT ACTION ON HIV AND CO-INFECTION PREVENTION AND HARM REDUCTION

Co-funded by the Health Programme of the European Union

Projekt HA-REACT - Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction

ANKIETA DLA OSÓB PRZEBYWAJĄCYCH W ARESZCIE ŚLEDCZYM SŁUŻEWIEC
Warszawa, wrzesień 2017

Ankieta powstała na potrzeby projektu HA-REACT realizowanego przez Krajowe Centrum ds. AIDS. Każda opinia jest dla nas bardzo ważna.

Ankieta jest całkowicie anonimowa, wypełnione arkusze zostaną przekazane w zamkniętej kopercie do Krajowego Centrum ds. AIDS.

Zespół projektu HA-REACT serdecznie dziękuje za każdą odpowiedź!

1. **Czy przed przyjęciem do Aresztu Śledczego Służewiec, jeszcze na wolności, korzystał Pan z programu terapii substytucyjnej (metadonowej) lub programów redukcji szkód (wymiana igieł i strzykawek)?**

(TAK) NIE

Jeśli korzystał Pan z programu, to jak wspomina Pan te doświadczenia?

Korzystałem wspominam je bardzo dobrze ogólnie jest to dwa lata 10 lat mojego życia i pewnie dlatego jeszcze ich tak mocno boli to dla mnie bardzo ważna

Jeśli nie korzystał Pan z programu, to dlaczego?

Jeśli nie korzystałem z programu to dlatego bo w tym czasie były 2 czy 3 punkty metadonowe i trudno było się dostać na nie chcę bardzo chciałem

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

2. **Czy, teraz, w czasie pobytu w Areszcie Śledczym Służewiec korzysta Pan z terapii substytucyjnej (metadonowej)?**

TAK NIE

Jeśli tak, (czyli korzysta Pan z terapii substytucyjnej) to co Pan o niej sądzi?

Korzystam z terapii od 10 lat i sądzę że gdyby nie ona żyłbym nie pisał teraz tej ankiety i nie miał bym wspaniałego syna. Jest to wspaniała rzecz dla osób uzależnionych i niekiedy jedyne wyjście z sytuacji w jakiej się znajdują i niemają z tąd powrotu

Co skłoniło Pana do skorzystania z terapii substytucyjnej (metadonowej) w areszcie?

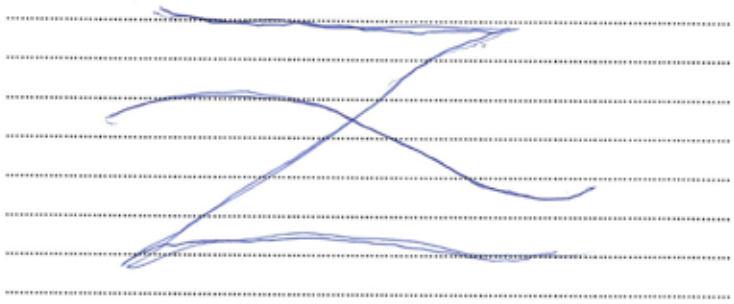
Na terapii jestem od 10 lat i przypuszczam że bez niej życia w dalszym ciągu chciałem żyć trzeźwo i bez nałogu na który wydawałem kolosalne kwoty i popełniałem przestępstwa

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)

JEŚLI NIE (czyli obecnie nie korzysta Pan z terapii substytucyjnej)

Jeśli nie korzysta Pan z terapii w areszcie, to dlaczego?



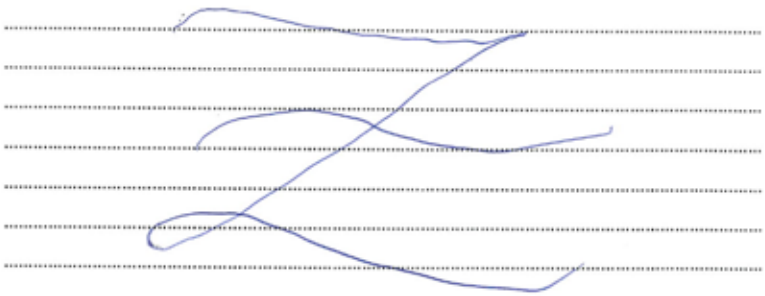
3. Czy po wyjściu na wolność rozważa Pan podjęcie terapii substytucyjnej (metadonowej)?

TAK NIE

4. **Jeśli tak**, to dlaczego?

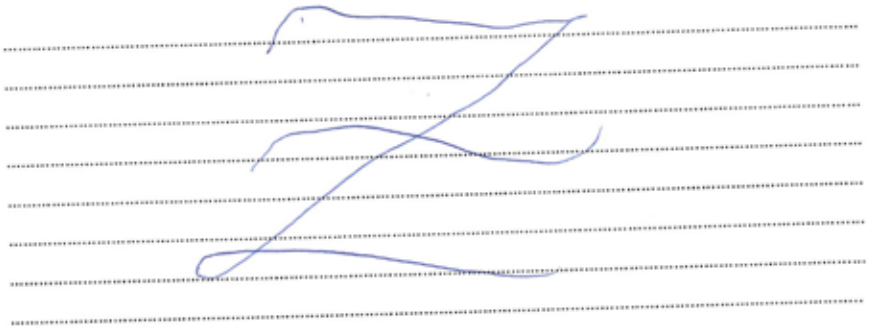
Dlatego że nie chcę żyć tak jak poprzednio brać narkotyki i popełniać przestępstwa

5. **Jeśli nie**, to dlaczego?



This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

4. Czy ma Pan jeszcze jakieś dodatkowe uwagi nt. leczenia uzależnienia na wolności, w areszcie? Co się Panu podoba, a co należałoby zmienić?



Pana wiek:

- ○ Poniżej 30 lat
- ○ 30 do 39 lat
- ◉ 40 do 49 lat
- ○ 50 lat lub więcej

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!

This report is part of the joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

This documents as well as the harmreduction.eu website, was created within The joint action '677085 / HA-REACT.' Which has received funding from the European Union's Heaith Programe (2014-2020)