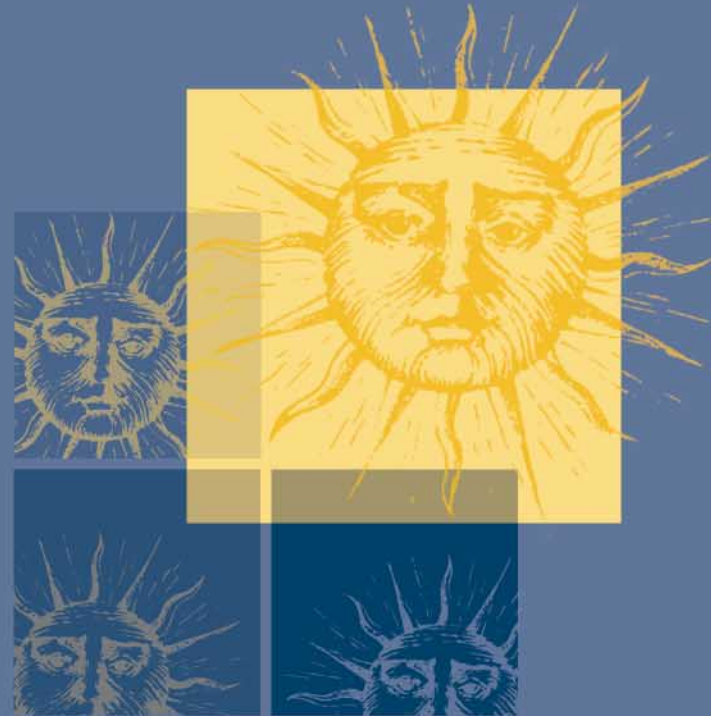


Skuteczność leczenia substytucyjnego uzależnienia od opiatów



Egzemplarz bezpłatny

ISBN: 83-917848-4-3

Annette Verster
Ernst Buning

BROSZURA INFORMACYJNA

Skuteczność leczenia
substytucyjnego
uzależnienia od opiatów

Tytuł oryginału:

Information for policymakers on the effectiveness of substitution treatment for opiate dependence

ISBN 90-77512-01-2

EuroMethwork, 2003

Tłumaczenie: Paweł Nowocień

Konsultacja merytoryczna: Karina Steinbarth-Chmielewska

Projekt okładki: Anna Szymańczuk

Copyright © 2004 by Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

ISBN 83-917848-4-3

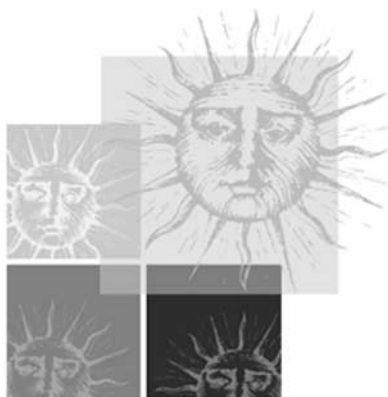
Egzemplarz bezpłatny

Wydanie zostało sfinansowane ze środków

Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Skuteczność leczenia substytucyjnego uzależnienia od opiatów

Annette Verster
Ernst Buning



BROSZURA INFORMACYJNA

Wprowadzenie	4
Cel broszury	6
Podziękowania	8
1. Zdrowotne i społeczne koszty uzależnienia od narkotyków	9
1a. Co to jest uzależnienie od substancji psychoaktywnych?	9
1b. Co to jest uzależnienie od opiatów?	12
1c. Czy uzależnienie od opiatów jest dużym problemem?	13
1d. Jakie są społeczne i zdrowotne konsekwencje uzależnienia od opiatów?	15
1e. Czy można leczyć uzależnienie od opiatów?	17
2. O leczeniu substytucyjnym	19
2a. Co to jest leczenie substytucyjne?	19
2b. Jakie są cele leczenia substytucyjnego?	21
2c. Jaki jest zasięg leczenia substytucyjnego w Europie?	22
2d. Co to jest leczenie metadonowe?	24
2e. Czy metadon to jedyny środek stosowany w leczeniu uzależnienia od opiatów?	25
2f. Dlaczego leczenie substytucyjne powinno być stosowane przez długi okres?	27
3. Skuteczność leczenia substytucyjnego	28
3a. Jaka jest skuteczność leczenia w odniesieniu do pacjenta?	29
3b. Jaka jest skuteczność leczenia w odniesieniu do społeczeństwa?	31

3c. Jaka jest opłacalność leczenia substytucyjnego?	32
3d. Czy inwestowanie w leczenie substytucyjne jest marnotrawieniem środków publicznych?	34
3e. Dlaczego niektórzy wciąż krytykują leczenie substytucyjne?	35
3f. Jakie są ujemne strony leczenia substytucyjnego?	38
3g. Jakie wyzwania stoją przed leczeniem substytucyjnym?	40
4. Organizacja leczenia substytucyjnego	41
4a. Czy samo leczenie substytucyjne wystarcza?	42
4b. Gdzie powinno się odbywać leczenie substytucyjne?	44
4c. Czy leczenie substytucyjne należy organizować w więzieniach?	46
4d. Czy istnieje optymalna metoda świadczenia leczenia?	48
4e. Jak jest optymalne dawkowanie?	49
4f. Czy analiza moczu jest użytecznym narzędziem terapeutycznym?	51
4g. Jak podnieść jakość leczenia substytucyjnego?	52
Glosariusz	53
Źródła: Literatura, Strony internetowe	55
Lista zaangażowanych ekspertów	56

Uzależnienie od opiatów to zjawisko, które dotyczy wszystkich krajów (europejskich) oraz stanowi poważny problem ze względu na wydatki publiczne i ludzkie cierpienie. Uzależnienie od opiatów uważa się za główną przyczynę biedy, przestępczości, rozpadu rodziny oraz wydatków rządowych lokalnych i krajowych.

Leczenie substytucyjne okazało się nie tylko skuteczne w przypadku jednostki, ale również korzystne dla społeczeństwa obywatelskiego; poprawia stan psychiczny, fizyczny, funkcjonowanie społeczne pacjenta oraz redukuje wydatki publiczne na służbę zdrowia i wymiar sprawiedliwości.

Właściwie świadczone leczenie substytucyjne powinno:

- obniżać bądź eliminować używanie nielegalnych narkotyków
- poprawiać stan psychiczny, fizyczny, funkcjonowanie społeczne oraz sytuację społeczną pacjenta
- zapobiegać bądź redukować występowanie chorób zakaźnych, z uwzględnieniem HIV oraz wirusowych zapaleń wątroby
- obniżać śmiertelność, zwłaszcza na skutek przedawkowania
- obniżać zachorowalność
- poprawiać jakość życia pacjenta oraz jego rodziny
- redukować wydatki publiczne w zakresie służby zdrowia
- redukować wydatki publiczne w zakresie wymiaru sprawiedliwości.

Korzyści leczenia substytucyjnego związane są między innymi z:

- kontynuowaniem leczenia przez pacjentów
- przepisywaniem odpowiednich dawek leków (przy zastosowaniu metadonu zwykle 60-120 mg lub więcej, a przy zastosowaniu buprenorfiny 8 mg lub więcej)

- podtrzymaniem abstynencji
- prowadzeniem poradnictwa
- oceną i leczeniem chorób psychicznych towarzyszących uzależnieniu
- dostępnością pomocy psychologicznej i socjalnej oraz zachęcaniem różnych służb do współpracy.

Podczas gdy udowodniono skuteczność leczenia substytucyjnego uzależnienia od opiatów, wciąż nierozwiązane pozostają kwestie:

- maksymalnego zwiększenia opłacalności leczenia podtrzymującego przy jednoczesnym utrzymaniu, a nawet poprawie jego jakości
- zwiększenia dostępności i zakresu świadczeń leczniczych
- uruchomienia dodatkowych form finansowania leczenia uzależnień od opiatów oraz koordynowania tych usług za pomocą innych niezbędnych świadczeń z zakresu opieki społecznej i ochrony zdrowia.

Uzależnienie od opiatów występuje w całej Europie powodując szereg problemów nie tylko na poziomie indywidualnych pacjentów i ich rodzin, ale również całych społeczeństw. Uzależnienie od opiatów jest główną przyczyną biedy, przestępczości, rozpadu rodziny oraz wydatków rządowych lokalnych i krajowych.

Badania naukowe dowodzą, iż leczenie substytucyjne może przyczynić się do redukcji przestępczości, chorób zakaźnych, śmiertelności związanej z używaniem narkotyków, jak również do poprawy zdrowia psychicznego, fizycznego i funkcjonowania społecznego pacjentów.

Pomimo rozwoju leczenia substytucyjnego w Europie w ostatnich latach, nadal na rozwiążanie oczekują następujące kwestie:

- **Brak kontroli jakości:** W celu poprawy jakości i opłacalności leczenia należy monitorować i dokonywać oceny poszczególnych programów
- **Ograniczona dostępność:** Większość osób uzależnionych od opiatów nie podejmuje leczenia substytucyjnego z powodu braku takiej oferty bądź z uwagi na fakt, iż dostępna oferta nie odpowiada ich potrzebom
- **Względy polityczne:** Pomimo dowodów na zasadność leczenia substytucyjnego względy polityczne i ideologiczne przeciwko tej formie walki z narkomanią wciąż biorą górę
- **Brak konsensusu:** Wokół przyczyn uzależnienia i oceny leczenia substytucyjnego wciąż panuje zamieszanie i brak zgody.

Niniejsza broszura jest zbiorem faktów dotyczących skuteczności leczenia substytucyjnego uzależnienia od opiatów. Informacje podano w formie odpowiedzi na pytania najczęściej zadawane osobom zajmującym się tą tematyką. Podzieliłiśmy te pytania

na cztery rozdziały zawierające odpowiedzi oparte na danych naukowych i obecnie stosowanej praktyce. Ma to na celu pomoc w dyskusji na temat wagi wdrażania leczenia substytucyjnego w środowisku lokalnym.

Biorąc pod uwagę różnice historyczne, kulturowe, społeczne, ekonomiczne i polityczne oraz odmienne rozwiązania w organizacji opieki zdrowotnej w Europie, chcieliśmy ująć omawiane zagadnienia tak ogólnie, jak to tylko możliwe. Należy pamiętać o różnicach w dostępności, zaawansowaniu i stanie leczenia substytucyjnego w Europie - różnicach pomiędzy Europą zachodnią, środkową a wschodnią, a nawet różnicach w ramach poszczególnych krajów. Choć opracowano już pewne procedury w odniesieniu do niektórych etapów leczenia, nie jest naszym zamierzeniem narzucanie gotowych rozwiązań, lecz udzielanie wskazówek i sugestii w zakresie skutecznej praktyki klinicznej leczenia substytucyjnego. Każda społeczność powinna osiągnąć własny konsensus, a niniejsza broszura może okazać się niezbędną w tym procesie. Może być źródłem wiedzy w zakresie wdrażania i realizowania programów leczenia uzależnień, które okażą się skuteczne zarówno w odniesieniu do pacjenta, jak i społeczeństwa obywatelskiego.

Niniejsza broszura została przygotowana przy finansowym wsparciu Komisji Europejskiej. Była również współfinansowana przez następujące organizacje: Molteni Farmaceutici, Quest for Quality, the International Harm Reduction Association oraz Itaca Europe. Jej autorzy współpracowali z ekspertami z różnych krajów i dziedzin. Pragniemy, aby nasze podziękowania przyjęli: Bill Nelles, Patrick O'Hare, Edo Polidori, Marc Resigner, Gerrit van Santen i Marta Torrens za ich wkład w proces tworzenia tego dokumentu.

1a.

Co to jest uzależnienie od substancji psychoaktywnych?

1a

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest to zespół zjawisk społecznych, psychologicznych i biologicznych. Osoby używające substancji psychoaktywnych nie stanowią jednorodnej grupy, ponieważ różnią się między sobą postaciami uzależnienia, rodzajem przyjmowanych substancji oraz głębokością uzależnienia.

Wiele substancji psychoaktywnych może powodować uzależnienie, począwszy od legalnych, takich jak alkohol, tytoń, przepisywane leki uspokajające, aż po substancje nielegalne, takie jak opiaty (przeważnie heroina) czy stymulanty (kokaina, metamfetamina, amfetamina, ekstazy).

Ważne jest rozróżnienie pomiędzy używaniem narkotyków a uzależnieniem. Tabele 1 i 2 przedstawiają różnice pomiędzy osobami, które potrafią kontrolować używanie narkotyków, a osobami uzależnionymi.

1. ZDROWOTNE I SPOŁECZNE KOSZTY UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW

Tabela 1: Użytkownicy narkotyków

Użytkownicy narkotyków kontrolujący konsumpcję stanowią grupę niskiego ryzyka. Przyczyny sięgania po narkotyki:

Ciekawość	często powód inicjacji narkotykowej
Eksperymentowanie	młodzi ludzie mogą eksperymentować z narkotykami w celu poznania działania substancji
Przygoda, podjęcie ryzyka	niektóre osoby przyciąga ryzyko związane z używaniem narkotyków
Poprawa wizerunku i wydolności organizmu	może to obejmować używanie stymulantów, takich jak kokaina i pochodne amfetaminy oraz środki zwiększające wydolność organizmu, takie jak sterydy anaboliczne
Rozrywka	większość ludzi bierze narkotyki, ponieważ sprawia im to przyjemność
Zdobycie doświadczeń	obejmuje to używanie ekstazy przez młodzież odwiedzającą kluby oraz meskaliny przez starszych pisarzy (np. Huxley)

1. ZDROWOTNE I SPOŁECZNE KOSZTY UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW

Tabela 2: Użytkownicy narkotyków z problemami

Są to osoby uzależnione, stanowiące grupę podwyższonego i wysokiego ryzyka. Przyczyny używania narkotyków:

Uniknięcie objawów abstynencyjnych	uzależnieni chcą uniknąć niezwykle nieprzyjemnych fizycznych i psychologicznych skutków odstawienia narkotyku
Zabicie bólu (emocjonalnego)	niektórzy ludzie biorą narkotyki (na ogół opiaty) w celu radzenia sobie z bólem emocjonalnym jako formę samoleczenia

Przyjmujący narkotyki różnią się między sobą w zakresie rodzaju przyjmowanej substancji, jej ilości oraz sposobu zażywania. Niektóre narkotyki mogą być brane tylko doustnie, inne mogą być również wstrzykiwane bądź wdychane. Najniebezpieczniejszym sposobem używania narkotyków jest wieloletnie codzienne wstrzykiwanie opiatów. Grupa ta charakteryzuje się wysokimi wskaźnikami umieralności z powodów: zakażeń HIV/AIDS i wirusowych zakażeń wątroby, przedawkowań, samobójstw oraz urazów (WHO, World Health Report, 2002)

1b.

Co to jest uzależnienie od opiatów?

1b

Uzależnienie od opiatów jest to stan, w którym uległy zmianie mózgowy procesy neurochemiczne i receptorowe powodujące potrzebę przyjmowania opiatów. Proces ten jest podobny do biologicznych potrzeb, jak jedzenie czy oddychanie.

1c.

Czy uzależnienie od opiatów jest dużym problemem?

Z uwagi na fakt, iż opiaty są narkotykami nielegalnymi, ich używanie odbywa się w ukryciu, stąd trudno oszacować liczbę osób używających bądź uzależnionych.

Wszystkie kraje europejskie zetknęły się z problemem narkomanii. Narastanie używania opiatów na kontynencie europejskim szerzyło się następująco:

- w późnych latach 60. i wczesnych latach 70. wśród młodzieży w północno-zachodniej Europie
- w latach 70. i 80. w krajach Europy południowej
- w latach 90. w Europie centralnej i wschodniej.

Niektóre z państw Europy północnej, takie jak Szwecja i Finlandia, charakteryzują się stosunkowo niskimi wskaźnikami uzależnień od heroiny, natomiast rozpowszechnienie używania amfetaminy i uzależnienia od niej jest tam znaczne (Farrell i współ., 1999).

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) zajmuje się gromadzeniem danych szacunkowych na temat liczby uzależnionych od opiatów w krajach Unii Europejskiej. W Portugalii, we Włoszech, Luksemburgu i Wielkiej Brytanii odnotowuje się najwyższe rozpowszechnienie uzależnionych od opiatów w grupie powyżej 16 lat (pomiędzy 6 a 9 na 1000 mieszkańców). Najniższe dane szacunkowe obejmują Austrię, Niemcy i Holandię: w grupie wiekowej 16-65 lat na 1000 mieszkańców przypada 3 uzależnionych (EMCDDA Annual Report, 2002).

1. ZDROWOTNE I SPOŁECZNE KOSZTY UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW

Tabela 3: Dane szacunkowe dotyczące problemowego używania narkotyków w Unii Europejskiej

Szacowana liczba użytkowników narkotyków z problemami w Unii Europejskiej w wieku 16-65 lat na 1000 mieszkańców w 2001 r.:

Najwyższa	6-9	Włochy, Luksemburg, Portugalia, Wielka Brytania
	3-6	Dania, Finlandia, Francja, Irlandia, Hiszpania, Norwegia
Najniższa	2-3	Austria, Niemcy, Holandia

1d.

Jakie są społeczne i zdrowotne konsekwencje uzależnienia od opiatów?

Uzależnienie od nielegalnych opiatów połączone jest z występowaniem znacznej zachorowalności, zwłaszcza w zakresie HIV/AIDS i innych chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu B i C) oraz z ryzykiem śmierci. W wielu krajach przyjmowanie opiatów dożylnie, używanie wspólnych strzykawek z zakażonym materiałem jest główną przyczyną zakażeń HIV: ryzyko rozprzestrzenienia się zakażenia do populacji ogólnej następuje na drodze seksualnej i okołoporodowej. Ponadto uzależnienie od opiatów uważane jest za główną przyczynę biedy, przestępczości, rozpadu rodziny oraz wydatków publicznych. Uzależnienie od opiatów może powodować problemy natury społecznej, zdrowotnej i ekonomicznej.

Na Uniwersytecie York przeprowadzono badania dotyczące kosztów używania w Wielkiej Brytanii nielegalnych narkotyków, takich jak heroina, crack czy kokaina. Szacuje się, iż wymienione narkotyki kosztują brytyjskich podatników prawie 30 miliardów euro rocznie. 99% ogółu społecznych i ekonomicznych kosztów używania narkotyków dotyczy uzależnionych: użytkownicy rekreacyjni (nie uzależnieni) kosztują średnio 30 euro rocznie, natomiast problemowi narkomani obciążają system brytyjski kwotą ponad 16 000 euro rocznie. Roczne koszty ekonomiczne dla służby zdrowia, wymiaru sprawiedliwości i opieki społecznej szacuje się pomiędzy 5,6 a 10,3 miliarda euro. Koszty społeczne wobec ofiar przestępstw podnoszą tę kwotę do poziomu pomiędzy 16,6 a 28,6 miliarda euro (The Observer, notatka prasowa 1.12.02).

1. ZDROWOTNE I SPOŁECZNE KOSZTY UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW

Badania australijskie umieszczają koszty używania narkotyków w szerszym kontekście, porównując koszty społeczne palenia tytoniu, picia alkoholu i używania narkotyków. Wyliczeniem objęto okres 1998-99, uwzględniając koszty materialne i niematerialne dla osób, przedsiębiorstw i rządów. Koszty materialne obejmowały opiekę szpitalną, wypadki drogowe, utratę produktywności oraz przychody podatkowe, koszty poniesione z tytułu przestępczości, a także te wydatkowane na służby policyjne. Koszty niematerialne obejmowały ból i cierpienie. Koszty społeczne wyniosły odpowiednio w odniesieniu do tytoniu 61%, w odniesieniu do alkoholu 22% i w odniesieniu do nielegalnych narkotyków 17%.

1e.

Czy można leczyć uzależnienie od opiatów?

Uzależnienie od opiatów jest przewlekłym, nawracającym stanem, a leczenie go jest procesem długotrwałym. W leczeniu uzależnienia od opiatów stosuje się szereg rozwiązań, począwszy od interwencji psychospołecznych, zarówno w warunkach stacjonarnych (z uwzględnieniem społeczności terapeutycznych), jak i ambulatoryjnych (z uwzględnieniem grup samopomocowych AA lub NA), po leczenie farmakologiczne z uwzględnieniem leczenia substytucyjnego lub detoksykacyjnego w warunkach ambulatoryjnych oraz ośrodków specjalistycznych i przychodni podstawowej opieki zdrowotnej. Różne formy leczenia nie wykluczają się wzajemnie, lecz mogą współdziałać w przypadku pacjentów o różnych potrzebach.

Niektóre z wyżej wymienionych form leczenia okazują się skuteczniejsze od pozostałych. Leczenie substytucyjne oparte na odpowiednich standardach leczniczych okazało się skuteczne zarówno w przypadku pacjenta, jak i całego społeczeństwa przynosząc następujące rezultaty:

- redukcję używania nielegalnych narkotyków
- poprawę zdrowia psychicznego, fizycznego oraz funkcjonowania społecznego pacjenta
- poprawę jakości życia pacjenta i jego rodziny
- redukcję zachowań ryzykownych
- redukcję wydatków publicznych na służbę zdrowia
- redukcję wydatków publicznych na wymiar sprawiedliwości.

1. ZDROWOTNE I SPOŁECZNE KOSZTY UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW

Badania naukowe wykazały, iż uzależnienie od opiatów najlepiej leczy się poprzez łączenie: terapii ambulatoryjnej, farmakoterapii i monitorowania procesu leczenia pacjenta z naciskiem na pozostawianie pacjenta w leczeniu w celu zmaksymalizowania i pełnego wykorzystania płynących z tego korzyści (UNODC, 2003). Leczenie substytucyjne, a w szczególności leczenie podtrzymujące metadonem, w połączeniu z pomocą socjalną, medyczną oraz psychologiczną daje największe prawdopodobieństwo skuteczności spośród wszystkich innych dostępnych form leczenia uzależnień od opiatów (Joseph i współ., 2000; AATOD Drug Court Fact Sheet, 2002).

2a.

Co to jest leczenie substytucyjne?

2a

Uzależnienie od opiatów trudno kontrolować wskutek kompulsywnego używania narkotyku oraz głodu psychicznego, który prowadzi do poszukiwania narkotyku i powtarzającego się używania, nawet mimo negatywnych konsekwencji społeczno-zdrowotnych. Obecnie istnieje cała gama możliwości leczenia, z których leczenie substytucyjne stanowi w większości przypadków najskuteczniejszą metodę.

Leczenie substytucyjne jest stosowaną w uzależnieniu od opiatów formą opieki medycznej wykorzystującą do leczenia podobną lub identyczną substancję o właściwościach i działaniu podobnym do właściwości i działania narkotyku, który spowodował uzależnienie. Taką substancję określa się mianem agonisty. Narkotyk zastępowany jest agonistą w celu osiągnięcia bardziej kontrolowanej formy uzależnienia. Podawanie agonisty zapobiega występowaniu objawów zespołu abstynencyjnego często doświadczanych przez osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych oraz redukuje skutki zdrowotne i społeczne związane z uzależnieniem. Agonista, podawany w odpowiednich dawkach, redukuje również głód psychiczny opiatów. Przykładem opiatowego agonisty jest metadon.

Innym lekiem stosowanym w leczeniu uzależnienia od opiatów jest buprenorfina. Buprenorfina jest lekiem syntetycznym o częściowym działaniu agonistycznym i antagonistycznym. Antagonista jest substancją niezależną, mimo że blokuje

te same miejsca receptorowe w mózgu, przez które działa narkotyki. Kiedy ktoś zażywa antagonistę, skutki działania heroiny zostają zablokowane (ponieważ nie może ona działać na mózg w tradycyjny sposób) i nie występuje efekt zmiany nastroju. Antagonista w czystej postaci, np. naltrekson jest stosowany w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia nawrotu choroby w przypadku osób, które nie chcą otrzymywać opiatowej substytucji, oraz tych, co opuszczają programy i ośrodki reintegracyjne. Innym antagonistą opiatowym jest nalokson (Narcan), który stosuje się w przypadku zatrucia opiatami oraz przy wybudzaniu ze śpiączki.

Zaletą leczenia substytucyjnego jest szansa na uniknięcie przez pacjenta zachowań ryzykownych oraz ustabilizowanie życia w aspekcie zdrowotnym i społecznym. Leczenie substytucyjne jest na ogół kierowane do narkomanów, którzy nie mogą poradzić sobie z nałogiem poprzez całkowite odstawienie narkotyku. Wskazane jest, aby leki stosowane w substytucji miały dłuższy czas działania i okres półtrwania od narkotyków, które zastępują, ponieważ opóźniają wystąpienie objawów zespołu abstynencyjnego i mogą być rzadziej stosowane. Pozwala to pacjentowi skupić się na aktywności życiowej bez potrzeby zdobywania i używania narkotyków. Ponadto zastępowanie nielegalnych narkotyków lekami pomaga w walce z przestępczością oraz wspiera proces zmiany stylu życia.

2b.

Jakie są cele leczenia substytucyjnego?

2b

Cele leczenia substytucyjnego są następujące:

- pomoc pacjentowi w zachowaniu zdrowia, przy odpowiednim wsparciu, do czasu rozpoczęcia życia wolnego od nielegalnych narkotyków
- redukcja używania nielegalnych narkotyków
- rozwiązywanie problemów związanych z używaniem narkotyków
- redukcja niebezpieczeństw związanych z narkomanią, w szczególności ryzyka zgonu wskutek przedawkowania, zakażenia wirusem HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B i C oraz innych zakażeń krwi powodowanych wstrzykiwaniem i korzystaniem z tych samych strzykawek i igieł
- skrócenie „ciąarów” brania narkotyków
- redukcja prawdopodobieństwa wystąpienia nawrotu przyjmowania narkotyków
- redukcja potrzeby uciekania się do zachowań przestępczych dla zdobycia środków na narkotyki
- stabilizowanie pacjenta, łagodzenie objawów zespołu abstynencyjnego
- ułatwienie korzystania z innych form pomocy medycznej
- poprawa całościowego funkcjonowania w aspekcie osobistym, społecznym i rodzinnym.

U większości pacjentów wymienione cele osiągnane są niemal od pierwszego dnia leczenia. Leczenie substytucyjne można porównać do działania innych leków stosowanych w leczeniu przewlekłych chorób, takich jak nadciśnienie czy cukrzyca. Choroby te, tak jak uzależnienie od opiatów, są przewlekłe, wymagają codziennego leczenia oraz charakteryzują się wysokim ryzykiem wystąpienia objawów niepożądanych w przypadku przerwania leczenia.

2c.

Jaki jest zasięg leczenia substytucyjnego w Europie?

W Europie leczenie substytucyjne ma długą i bogatą historię. Podyktowane jest to niejednorodnym podejściem do przepisywania leków spowodowanym różnicami w opinii medycznej i rozwiązaniach legislacyjnych.

W planie działania Unii Europejskiej w zakresie zwalczania narkotyków na lata 2000-2004 jednym z pięciu celów strategicznych jest „znaczne zwiększenie liczby wyleczonych narkomanów”.

Obecnie większość krajów europejskich ma swoje odrębne programy leczenia substytucyjnego. Odsetek osób uzależnionych od opiatów i korzystających z tej formy leczenia różni się w zależności od kraju i regionu. Po części jest to spowodowane rozmiarem i historią tego problemu w danym kraju, a po części uzależnione jest to od woli politycznej prowadzenia leczenia na dużą skalę.

Dla przykładu we Włoszech jedynie 27-29% heroinistów korzysta z leczenia substytucyjnego. W Hiszpanii odsetek ten waha się pomiędzy 41 a 86, w Niemczech pomiędzy 33 a 63, a w Holandii pomiędzy 40 a 47 (EMCDDA, 2002).

Większość krajów dokonała znacznych postępów w świadczeniu usług z zakresu leczenia substytucyjnego. Dotyczy to zwłaszcza Hiszpanii, Francji i niektórych państw Europy centralnej i wschodniej. Bodźcem do rozwoju okazała się epidemia HIV/AIDS wśród narkomanów oraz dodatkowa wiedza na temat nadzwyczajnej

skuteczności leczenia substytucyjnego w profilaktyce HIV oraz samego uzależnienia od opiatów. Podczas gdy wiele krajów nie doświadczyło poważnych problemów w okresie rozwoju leczenia, były kraje, które wyrażały pewne zastrzeżenia. Odnosiły się one zwłaszcza do braku wystarczających umiejętności i wiedzy lekarzy zaangażowanych w przepisywanie substytutów, zwłaszcza lekarzy pierwszego kontaktu i farmaceutów. Ponadto zachodziła obawa utraty kontroli nad przepisywaniem i ryzykiem przedostania się metadonu na czarny rynek (Farrell i współ., 1999).

2d.

Co to jest leczenie metadonowe?

2d

W Unii Europejskiej metadon jest stosowany w ponad 90% programów substytucji opiatowej. Wyjątkiem jest Francja, gdzie środkiem dominującym jest buprenorfina. Szacuje się, że z metadonu w Europie korzysta około 300 000 osób, 180 000 w Stanach Zjednoczonych i 20 000 w Australii. Na świecie wiele krajów stosuje różne formy leczenia substytucyjnego, jednak w głównej mierze leczenie metadonowe do tej pory realizowane jest w Europie, Stanach Zjednoczonych i Australii. Powyższe dane świadczą, iż z leczenia substytucyjnego korzysta na świecie ponad pół miliona ludzi (Farrell i współ., 1999; Parrino, 1999).

Metadon jest syntetycznym opioidowym agonistą z okresem połowicznego rozpadu 24-36 godzin. Metadon produkowany jest w różnych formach. Najczęściej stosowaną formą jest płyn o stężeniu 1mg metadonu w 1 ml roztworu.

Do głównych efektów działania metadonu należy łagodzenie psychicznego głodu narkotyku, tłumienie objawów zespołu abstynencyjnego, blokowanie euforycznych skutków działania heroiny. Z uwagi na przewlekły charakter uzależnienia od opiatów większość pacjentów wymaga wysokich dawek metadonu i leczenia przez czas nieokreślony. Długoterminowe leczenie metadonowe okazało się bardziej skuteczne od leczenia krótkoterminowego czy detoksykacji. Niskie dawki metadonu mogą być nie tak skuteczne i nie powodować efektu blokady. Substytucja metadonem została uznana za leczenie bezpieczne oraz niepowodujące nadmiernego uspokojenia. Stanowi również bezpieczną i skuteczną formę leczenia kobiet w ciąży uzależnionych od heroiny.

2e.

Czy metadon to jedyny środek stosowany w leczeniu uzależnienia od opiatów?

Większość programów leczenia substytucyjnego oparta jest na metadonie, jednak istnieje jeszcze kilka innych leków, które są równie skuteczne w leczeniu uzależnienia od opiatów. Chociaż liczba pacjentów, którzy źle tolerują leczenie metadonem, jest niewielka, należy zapewnić im inne leki zastępcze.

Buprenorfina

O skuteczności buprenorfiny jako leku stosowanego w leczeniu substytucyjnym świadczy coraz więcej dowodów (Subutex[®] czy Suboxone[®]). Buprenorfina jest lekiem syntetycznym o częściowym działaniu agonistycznym i antagonistycznym. Jego skuteczność wydaje się porównywalna z metadonem. Mimo iż nie ma dowodów na to, że buprenorfina jest skuteczniejsza od metadonu, niektórzy pacjenci korzystają z tego leku. Opioidowe działanie tego leku jest ograniczone, co zmniejsza prawdopodobieństwo zatrucia buprenorfiną. Niektóre kraje rozpowszechniły buprenorfinę w większym stopniu niż metadon, co po części można tłumaczyć przełamywaniem oporu wobec leczenia substytucyjnego. We Francji na przykład buprenorfinę stosuje się w większości placówek leczenia substytucyjnego. W roku 2000 we Francji jedynie 5000 osób korzystało z metadonu, podczas gdy buprenorfinę otrzymywało 80 000 osób. W Austrii buprenorfinę podawano 35% pacjentów korzystających z leczenia substytucyjnego w porównaniu z 5% w Portugalii i 15% w Niemczech. Buprenorfina została wprowadzona do lecznictwa

ambulatoryjnego w Australii w roku 2000, a w Stanach Zjednoczonych w październiku 2002.

Niektórzy eksperci zalecają stosowanie buprenorfiny dla młodych wiekiem narkomanów, natomiast metadon w przypadku starszych w ramach leczenia długoterminowego. Buprenorfina również wydaje się lepszym lekiem dla kobiet w ciąży, ponieważ wywołuje mniej problemów u noworodków w porównaniu z noworodkami urodzonymi przez matki, które otrzymywały metadon. Z drugiej strony, podawanie metadonu łatwiej kontrolować i w większości krajów jest on tańszy od buprenorfiny (EMCDDA, 2002).

Diamorfina

Kilka krajów rozpoczęło próby leczenia heroiną (diacetylmorfina) jako środkiem stosowanym w leczeniu substytucyjnym w przypadku ciężko uzależnionych pacjentów oraz osób, które źle tolerują metadon. W Szwajcarii i Holandii zakończono próby i opublikowano wyniki. W efekcie obydwu badań okazało się, że w przypadku starszych, głęboko uzależnionych heroinistów metadon plus heroina były skuteczniejsze od samego metadonu. Podobne badania są obecnie prowadzone w Niemczech, a w bliskiej przyszłości mają być rozpoczęte w Andaluzji w Hiszpanii.

2f.

Dlaczego leczenie substytucyjne powinno być stosowane przez długi okres?

2f

Długotrwałe branie heroiny powoduje zmiany procesów chemicznych w mózgu. Biologia mózgu ulega zmianie i w wielu przypadkach może już nigdy więcej nie powrócić do stanu sprzed nałogu. Uzależnienie od opiatów jest rozpatrywane jako stan przewlekłe nawracający, a zatem leczenie powinno mieć również stały charakter, tak jak w przypadku innych chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca czy nadciśnienie.

Leczenie substytucyjne na ogół nie eliminuje fizycznego uzależnienia, pozwala jednak na zdrowe życie dzięki stosowaniu legalnych i stabilizujących substancji w miejsce nielegalnych i niebezpiecznych, takich jak heroina. Mimo iż niektóre osoby przestają odczuwać potrzebę korzystania z leków stosowanych w substytucji, większość jednak potrzebuje długiego czasu leczenia. Należy pamiętać, że stabilizacja stanowi niezbędny warunek zmiany oraz że przymusowa redukcja dawek leku bez zgody pacjenta nie przynosi spodziewanych efektów.

Tak jak psychiatrzy nie mogą pozbawiać pacjentów w depresji środków antydepresyjnych a kardiolodzy i interniści nie pozbawiają pacjentów leków na serce lub innych lekarstw stabilizujących ich stan oraz pozwalających na prowadzenie normalnego życia, tak pacjenci korzystający z leczenia substytucyjnego nie powinni być zmuszani do odstawiania leków, które poprawiają jakość ich życia.

3. SKUTECZNOŚĆ LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

Leczenie substytucyjne jest zarówno skuteczne dla pacjentów, jak i korzystne dla całego społeczeństwa w odniesieniu do poszczególnych obywateli, służby zdrowia i wydatków publicznych. Badania naukowe dowodzą, iż leczenie substytucyjne zmniejsza występowanie takich zjawisk, jak przestępczość, choroby zakaźne, śmiertelność związanych z używaniem narkotyków oraz poprawia fizyczną, społeczną i psychologiczną kondycję pacjentów.

3a.

Jaka jest skuteczność leczenia w odniesieniu do pacjenta?

3a

Podczas gdy większość danych o efektywności leczenia substytucyjnego otrzymywana jest na podstawie terapii metadonowej, pojawia się coraz więcej dowodów skuteczności innych leków, w szczególności buprenorfiny. Leczenie substytucyjne poprawia fizyczną kondycję pacjenta pomagając mu:

- zachować życie
- osiągnąć abstynencję od nielegalnych narkotyków, albo ograniczyć lub też ustabilizować wzór ich używania
- odejść od zanieczyszczonych nielegalnych narkotyków na rzecz czystych chemicznie środków farmaceutycznych
- zmienić sposób przyjmowania narkotyku z iniekcji na mniej szkodliwy, taki jak przyjmowanie doustne bądź podjęzykowe
- utrzymać kontakt z odpowiednimi służbami.

Ponadto leczenie substytucyjne poprawia społeczną kondycję pacjentów poprzez:

- stabilizowanie używania narkotyków w procesie normowania życia
- redukowanie potrzeby uciekania się do działalności przestępczej w celu zdobycia środków na narkotyki
- nakłanianie pacjentów do podejmowania decyzji w zakresie wybranego modelu życia i życiowych celów.

Skuteczność leczenia zależy nie tylko od podawanych leków zastępczych, ale również od kontekstu aspektów towarzyszących leczeniu. Na przykład do skuteczności leczenia mogą w istotny

3. SKUTECZNOŚĆ LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

sposób przyczyniać się interwencji psychospołeczne. Leczenie substytucyjne pozwala pacjentom na rozwiązywanie innych problemów życiowych, takich jak sprawy mieszkaniowe, praca czy budowanie więzi społecznych.

3b.

Jaka jest skuteczność leczenia w odniesieniu do społeczeństwa?

3b

Koszty używania narkotyków powstają na skutek:

- śmierci z powodu przedawkowania i chorób związanych z używaniem narkotyków
- leczenia przedawkowania i innych skutków zdrowotnych używania narkotyków
- przenoszenia chorób, w szczególności HIV i wirusowego zapalenia wątroby, głównie w drodze iniekcji
- obniżenie jakości życia w rodzinach osób uzależnionych od opiatów
- kosztów związanych z funkcjonowaniem organów ścigania oraz wymiaru sprawiedliwości
- działalności przestępczej
- utraty produktywności oraz wypadków przy pracy.

Mimo iż powyższe koszty trudno wyliczyć z uwagi na niewystarczające dane, leczenie substytucyjne, w szczególności leczenie metadonem, okazało się pomocne w:

- poprawie zdrowia publicznego, zwłaszcza redukcji liczby wypadków spowodowanych używaniem narkotyków, zmniejszeniu przyjęć do szpitala i śmiertelności oraz zahamowaniu epidemii HIV, wirusowego zapalenia wątroby, a także innych chorób wirusowych przenoszonych drogą krwi
- redukcji poziomu przestępczości związanej z importem, produkcją i podażą nielegalnych narkotyków oraz walce z działaniami przestępczymi mającymi na celu zdobycie środków na ich zakup
- redukcji kosztów opieki społecznej generowanych przez narkomanów i osoby będące na ich utrzymaniu.

3c.

Jaka jest opłacalność leczenia substytucyjnego?

Przedmiotem szczególnej wagi dla twórców strategii w zakresie służby zdrowia i wymiaru sprawiedliwości jest fakt, iż leczenie substytucyjne okazało się również niezwykle opłacalne. Amerykański Departament Służb ds. Walki z Narkomanią (DASA) oraz Narodowy Instytut Narkomanii oszacowały roczny koszt utrzymania narkomana uzależnionego od opiatów w Nowym Jorku w 1991 roku (w przeliczeniu na dolary i euro):

Nieleczony na ulicy	43 000 USD - 40 000 EUR
W więzieniu	43 000 USD - 40 000 EUR
W stacjonarnym programie "wolnym" od narkotyków	11 000 USD - 10 000 EUR
W programie leczenia substytucyjnego	2 400 USD - 2 250 EUR

Źródło: International Forum, 1994.

W 2001 roku DASA przeprowadził jeszcze jedno badanie we współpracy z Uniwersytetem Waszyngtońskim na temat opłacalności i skuteczności leczenia substytucyjnego, czego efektem są poniższe dane.

Redukcja:

przestępczości przeciwko mieniu:	64%
ogólnej liczby aresztowań	54%
aresztowań związanych z przestępczością narkotykową	63%

3. SKUTECZNOŚĆ LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

wizyt w Izbie Przyjęć Pomocy Doraźnej	65%
przyjęć do szpitali	59%
korzystania z głównych form opieki zdrowotnej	56%
hospitalizacji psychiatrycznych	55%

Źródło: DASA, 2001

Wskaźniki tych zmian są jeszcze wyższe wśród osób, które były leczone dłużej niż rok. Dane dotyczące aresztowań są z dużym prawdopodobieństwem nawet jeszcze niższe wśród pacjentów leczonych przez długi okres.

W odniesieniu do leczenia substytucyjnego w Europie, Brytyjski Narodowy Projekt Badawczy nad Efektami Leczenia (NTORS) podał, iż każdy 1 funt (1,5 euro) wydany na leczenie przynosi zwrot 3 funtów (4,5 euro) w oszczędnościach związanych z kosztami ponoszonymi przez ofiarę przestępstwa. Zwiększony wydatek 1,6 miliona funtów (2,4 miliona euro) w zakresie interwencji związanych z leczeniem przyniósł oszczędności 4,2 miliona funtów (6,3 miliona euro) w odniesieniu do kosztów przestępstw oraz 1 milion funtów (1,5 miliona euro) w wydatkach na wymiar sprawiedliwości. Faktyczne oszczędności w kosztach dla całego społeczeństwa mogą być jeszcze większe niż te zaprezentowane powyżej (Gossop i współ., 1998).

3d.

Czy inwestowanie w leczenie substytucyjne jest marnotrawieniem środków publicznych?

Nie, nie jest. Inwestowanie w leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów oparte na badaniach naukowych zmniejsza zdrowotne i społeczne skutki w odniesieniu do pacjenta i społeczeństwa. Nakłady poniesione na leczenie zwracają się wielokrotnie w postaci oszczędności w zakresie wymiaru sprawiedliwości i zdrowia publicznego.

Celem leczenia substytucyjnego - zarówno w odniesieniu do pacjenta, jak i polityki społecznej - jest redukcja szkód. Ponieważ nałóg jest stanem trudnym do pokonania, należy redukować szkodę tak w przypadku pacjenta, jak i całego społeczeństwa. Odpowiednie leczenie substytucyjne, łatwo dostępne dla każdego kto go potrzebuje, przynosi wysokie oszczędności w wydatkach na służbę zdrowia, opiekę społeczną i wymiar sprawiedliwości.

W aspekcie planowania strategii należy rozważyć problem uzależnienia od opiatów w sposób skoordynowany, tak by móc ocenić korzyści nie tylko dla jednego sektora, np. służby zdrowia, ale i innych, np. wymiaru sprawiedliwości.

3e.

Dlaczego niektórzy wciąż krytykują leczenie substytucyjne?

Piętno uzależnienia od narkotyków jest nadal na tyle silne w wielu środowiskach, iż cierpiący z tego powodu do końca życia muszą radzić sobie ze wstydem, winą i odrzuceniem. Chociaż wszyscy zdajemy sobie sprawę z biologicznej natury tego stanu, osoby znajdujące się w nim odnoszą się do tego z ustawiczną niechęcią oraz odrzucają jego istnienie i wpływ na własne funkcjonowanie. To silne piętno zniechęca narkomanów do przyznania się, że są chorzy i do podjęcia leczenia. Ponadto sprawia to, iż niektóre osoby nie szkolą się w kierunku leczenia uzależnień i profilaktyki, jak również ma wpływ na niskie wynagrodzenie osób, które tym problemem już się zajmują.

Wszystko wskazuje na to, iż w celu poprawy wiedzy na temat skuteczności leczenia substytucyjnego nie robi się wystarczająco dużo. Należy zatem zrozumieć psychospołeczne uwarunkowania tego oporu. Kreek (Kreek i współ., 1996) zaobserwowała główne tego przyczyny. Nasze społeczeństwo zdominowane jest przez etos pracy, współzawodnictwo i niezależność. Uzależnienie od narkotyków wydaje się dyktowane cechami, które są diametralnie różne: pogoń za przyjemnością, bierność i zależność. Uzależnienie od narkotyków jest więc postrzegane bardziej jako wada niż choroba, co prowadzi do odmowy świadczenia pomocy.

3. SKUTECZNOŚĆ LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

Ta panująca opinia na temat natury uzależnienia opiera się jednak na kilku nieporozumieniach. Pierwsze polega na tym, że heroiniści odczuwają nieustającą przyjemność w nałogu. Na ogół konsumpcja heroiny powoduje przyjemność zanim użytkownik uzaleźni się od narkotyku. Następnie towarzyszące problemy w znaczny sposób przeważają przyjemność, ale użytkownik zmuszony jest do dalszego używania heroiny ze względu na cierpienie związane z objawami abstynencyjnymi.

Drugim nieporozumieniem, które stoi za odmową świadczenia leczenia substytucyjnego, jest przeświadczenie, iż takie leczenie jest dostarczaniem narkomanowi przyjemności oraz że sprowadza się ono do „zastępowania jednego narkotyku drugim”. W rzeczywistości pacjenci przechodzący kurację podtrzymującą zachowują normalny stan świadomości bez oznak euforii czy ‘haju’ oraz nie cierpią z powodu zespołu abstynencyjnego.

Następnym nieporozumieniem jest to, że pacjenci nie odstawiają całkowicie narkotyków, a zatem w sytuacji pacjenta nie zachodzi rzeczywista zmiana. Osoby z takim podejściem nie rozumieją celu leczenia substytucyjnego. Zaletą leczenia substytucyjnego jest jego stosowanie w fazie głębokiego uzależnienia od opiatów - w czasie gdy odstawienie narkotyku jest poza możliwościami narkomana. Leki zastępcze mogą umożliwić narkomanowi przerwanie bądź redukcję używania nielegalnych opiatów. Mogą one również okazać się pomocne w redukcji lub wyeliminowaniu iniekcyjnego przyjmowania narkotyku.

Opracowanie odpowiednich form leczenia będzie wymagać nie tylko lepszej dystrybucji wiedzy na temat skuteczności leczenia

3. SKUTECZNOŚĆ LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

substytucyjnego, ale również odmitologizowania uprzedzeń obecnych we wszystkich sferach społeczeństwa.

W większości krajów każdy narkoman ma prawo do skorzystania z profesjonalnego leczenia i opieki zgodnie z przyjętymi standardami jakości. Narkomani są obywatelami, którzy mają te same prawa i obowiązki bez względu na to, czy otrzymują profesjonalne leczenie.

3f.

Jakie są ujemne strony leczenia substytucyjnego?

Leczenie substytucyjne niesie ze sobą kilka aspektów negatywnych. Najważniejszym z nich jest fakt, iż w większości przypadków pacjent musi przebywać na leczeniu przez długi okres. Ten długofalowy aspekt rodzi negatywne konsekwencje zarówno w sferze wydatków publicznych, jak i dla samego pacjenta.

Chociaż leczenie substytucyjne jest tanią formą leczenia, w perspektywie długoletniej terapii jego cena rośnie.

Innym aspektem jest fakt, iż osoba korzystająca z leczenia staje się długoletnim pacjentem uzależnionym nie tylko od leków, ale również i od osoby, która je przepisuje. W niektórych przypadkach takie uzależnienie może prowadzić do postawy bierności.

Ponadto uzależnienie od leków oraz towarzyszące temu napiętnowanie będą powodować trudności w momencie, gdy pacjent będzie chciał zmienić miejsce zamieszkania lub wybrać się w podróż i wziąć ze sobą lek.

Niektórzy ludzie doświadczają skutków ubocznych leczenia. W przypadku metadonu do najczęstszych skutków ubocznych należą: nadmierne pocenie się, zaparcia, zaburzenia snu, libido i koncentracji. Te niepożądane objawy mogą utrzymywać się przez dłuższy czas leczenia, lecz w większości przypadków nie powodują konsekwencji natury medycznej. Ogółem skutki uboczne dotyczą mniej niż 20% pacjentów.

3. SKUTECZNOŚĆ LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

Wreszcie, mimo iż metadon przepisywany jest kobietom w ciąży z uwagi na jego korzystny wpływ na stan zdrowia kobiety, ciążę, rozwój płodu i poród, nowo narodzone dziecko będzie musiało przerwać przyjmowanie leku zaraz po urodzeniu.

Należy odnotować, iż długoterminowa potrzeba opieki, uzależnienie od lekarzy przepisujących lek, bierność i rezygnacja stanowią poważne problemy, które mogą wystąpić oraz których należy się spodziewać w leczeniu osób przewlekle chorych (choroby serca, nerek, wątroby, nowotwory itd.). Podsumowując, leczeniu substytucyjnemu towarzyszą aspekty negatywne, tak jak w przypadku innych schorzeń chronicznych, jednak korzyści z niego wynikające są znacznie wyższe.

3g.

Jakie wyzwania stoją przed leczeniem substytucyjnym?

3g

Po tym jak udowodniono skuteczność leczenia substytucyjnego, na rozwiązanie czekają następujące kwestie:

- zmaksymalizowanie opłacalności leczenia przy jednoczesnym utrzymaniu i zwiększeniu jego jakości
- zwiększenie dostępności i zakresu usług leczniczych
- zapewnienie jak największego udziału lekarzy pierwszego kontaktu z danego rejonu i specjalistów z dziedziny leczenia uzależnień w celu nadzorowania pomocy medycznej
- dofinansowanie leczenia uzależnień od opiatów i koordynowanie go z usługami innych organizacji z zakresu opieki społecznej i medycznej.

4. ORGANIZACJA LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

Leczenie substytucyjne prowadzone jest na wiele sposobów, zarówno ze względu na miejsce (ambulatoria, placówki specjalistyczne, apteki i więzienia) oraz przy zastosowaniu różnych dawek i okresów leczenia, z uwzględnieniem leczenia podtrzymującego i detoksykacji. Ponadto leczeniu substytucyjnemu często towarzyszy wybór interwencji psychospołecznych.

4a.

Czy samo leczenie substytucyjne wystarcza?

Uzależnienie od opiatów często nie tylko negatywnie wpływa na zdrowie pacjenta, ale również powoduje osłabienie jego kondycji psychospołecznej. Należy pamiętać, iż leczenie substytucyjne powinno zajmować się również tym drugim aspektem. Zaletą leczenia substytucyjnego jest to, że podczas gdy pacjenci przyjmują metadon, można zająć się innymi problemami.

Badania naukowe dowiodły, iż skuteczność leczenia substytucyjnego jest wyższa, kiedy jest ono częścią leczenia kompleksowego. Przepisywanie leku nie powinno być zatem postrzegane jako jedyna interwencja. Ważne jest, aby rozpoznawać i rozwiązywać inne problemy natury medycznej, społecznej, psychicznej czy prawnej.

To niekoniecznie oznacza, że pacjenci powinni rozwiązywać wszystkie swoje problemy w tej samej placówce. Kiedy leczeniem zajmuje się lekarz pierwszego kontaktu lub mała placówka z niewielką liczbą personelu, pacjenci mogą być kierowani do odpowiednich służb w danym rejonie w celu uzyskania dodatkowego wsparcia.

Wielu pacjentów korzysta z leczenia przez wiele lat i - chociaż dla członków personelu może się to okazać trudne do zaakceptowania - ci pacjenci nie wymagają dodatkowej opieki przy każdorazowym przyjmowaniu leku. Sytuacja jest podobna w przypadku pacjentów z innymi przewlekłymi chorobami, takimi jak

4. ORGANIZACJA LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

nadciśnienie czy cukrzyca. Nie korzystają oni przecież z porady psychologa czy psychoterapeuty za każdym razem, kiedy przychodzą po nową receptę.

4b.

Gdzie powinno się odbywać leczenie substytucyjne?

W Europie istnieje ogromne różnicowanie co do tego, kto może stosować leczenie substytucyjne osób uzależnionych od opiatów. W krajach takich jak Dania, Finlandia, Grecja, Hiszpania, Portugalia, Szwecja i Włochy leczenie substytucyjne jest organizowane centralnie w programach specjalistycznych przy niewielkim zaangażowaniu podstawowej opieki medycznej i lekarzy pierwszego kontaktu. Natomiast w Austrii, Belgii, Francji, Holandii, Luksemburgu, Niemczech i Wielkiej Brytanii leczenie substytucyjne jest mniej scentralizowane i mogą je zaordynować zarówno lekarze pierwszego kontaktu, jak i wyspecjalizowane ośrodki. Zależy to od tego, czy leczenie nałogu uznawane jest za leczenie specjalistyczne bądź jako zadanie podstawowej opieki medycznej (Farrell i współ., 1999).

Ośrodki specjalistyczne mogą świadczyć usługi w zakresie opieki medycznej i psychospołecznej. Większość z nich zatrudnia personel z wielu dziedzin, w tym lekarzy, pielęgniarki, psychologów, specjalistów od profilaktyki uzależnień oraz konsultantów. Personel ten specjalizuje się w leczeniu uzależnień od opiatów, a także przeszedł specjalistyczne szkolenie i/albo ma odpowiednią wiedzę z tego zakresu.

W większości krajów lekarze pierwszego kontaktu, którzy leczą ludzi uzależnionych od opiatów, przeszli odpowiednie przeszkolenie. Lekarze ci nie mają interdyscyplinarnego personelu, ponieważ pracują samodzielnie lub we współpracy z innymi lekarzami pierwszego kontaktu. Jednak lekarze pierwszego kontaktu mogą kontaktować się z innymi specjalistami, do których mogą kierować swoich pacjentów w przypadku problemów psychospołecznych. W zakresie przepisywa-

4. ORGANIZACJA LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

nia leków lekarze pierwszego kontaktu powinni blisko współpracować z farmaceutami. Świadczenie usług z zakresu leczenia substytucyjnego w lecznictwie ambulatoryjnym sprowadza uzależnienie od opiatów do poziomu każdego innego uleczalnego schorzenia, a pacjenci nie są odseparowani od innych.

Większość specjalistów stosujących leczenie substytucyjne nalega na codzienne wizyty swoich pacjentów w pierwszej fazie leczenia, a w szczególności w fazie wprowadzania leczenia, kiedy dawka leku jest stabilizowana. Niektórzy lekarze wolą, aby ich pacjenci byli kontrolowani przez pierwsze dni lub tygodnie przyjmowania leku. Kiedy stan pacjenta stabilizuje się, przychodzi czas na decyzję, czy ma on dalej pojawiać się każdego dnia by przyjąć dawkę, czy też może pewną partię leku zabrać do domu lub otrzymać na nią recepty. Wielu lekarzy przepisujących leki substytucyjne blisko współpracuje z lokalnymi aptekami, w których pacjenci realizują swoje recepty. Aptekarze odgrywają ważną rolę w udzielaniu odpowiednich informacji swoim klientom. Cięży również na nich odpowiedzialność za analizę recept w poszukiwaniu potencjalnych błędów bądź interakcji z innymi lekami.

Doświadczenie pokazuje, że do skutecznego realizowania leczenia potrzebne są te dwa miejsca. Pozwalają one pacjentowi na poruszanie się między programami o różnych stopniach trudności i różnych lokalizacjach. Ponadto to co może być skuteczne w środowisku miejskim, wcale nie musi przynosić oczekiwanych rezultatów w małym mieście bądź na wsi.

W przypadku ograniczonych budżetów przepisywanie leków bez dodatkowych form leczenia lub opieki może nadal być skutecznym sposobem docierania do jak najszerzego grona odbiorców, co jest ważnym narzędziem w walce z nałogiem.

4c.

Czy leczenie substytucyjne należy organizować w więzieniach?

Tak, więźniowie powinni mieć ten sam dostęp do opieki zdrowotnej co zwykli obywatele. Badania pokazały, iż w efekcie leczenia metadonowego wyeliminuje się wspólne korzystanie z tych samych strzykawek zarówno w placówkach więziennych, jak i pozawięziennych (Dolan i współ., 1996).

W roku 1998 podczas Konferencji nt. Więziennictwa i Narkotyków w Oldenburgu zaprezentowano zalecenia dotyczące usług w zakresie leczenia uzależnień od narkotyków w środowisku więziennym. Wśród nich było między innymi zalecenie udostępniania więźniom usług z zakresu leczenia uzależnień, w tym leczenia substytucyjnego (zarówno detoksykacji, jak i leczenia substytucyjnego). Inne zalecenie dotyczyło szkolenia personelu więziennego w zakresie narkotyków i związanych z nimi problemów (zdrowotnych).

We francuskiej prasie fachowej ukazał się niedawno artykuł oceniający prawdopodobieństwo ponownego skazania na karę pozbawienia wolności osób, które przeszły (bądź też nie) w więzieniu leczenie podtrzymujące z użyciem agonisty. Podkreślano w nim wagę więziennego leczenia substytucyjnego na tych samych warunkach co poza więzieniem. Ponadto podano, iż więźniowie, którzy skorzystali z leczenia podtrzymującego podczas kary więzienia, mieli o połowę mniejsze perspektywy (19% wobec 39%) ponownego trafienia do zakładu karnego w porównaniu z tymi więźniami, którzy przeszli jedynie detoksykację (Levasseur i współ. Ann. Med. Interne 2002. Wyd. 153, nr 3, str. 1514-1519).

4. ORGANIZACJA LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

Pacjenci korzystający z leczenia podtrzymującego poza więzieniem powinni mieć możliwość kontynuowania substytucji w momencie rozpoczęcia odbywania kary. Ta możliwość jest istotna, ponieważ przerwanie leczenia podtrzymującego może prowadzić do wzrostu występowania zachowań ryzykownych (Swiss Methadone report, 1996).

Osoby korzystające z leczenia substytucyjnego w środowisku więziennym muszą mieć możliwość kontynuowania leczenia po zwolnieniu. W przypadkach abstynencji od opiatów po zwolnieniu z więzienia zachodzi wysokie ryzyko przedawkowania i śmierci. Decyzje dotyczące kontynuowania leczenia powinny być podejmowane w porozumieniu z programem leczenia, w którym więzień weźmie udział po opuszczeniu więzienia (European Recommendations, 1998).

Jednym z krajów, w którym metadon dostępny jest we wszystkich więzieniach, jest Hiszpania.

4d.

Czy istnieje optymalna metoda świadczenia leczenia?

Tak, badania naukowe pokazują, iż leczenie substytucyjne jest najskuteczniejsze przy odpowiednich dawkach i w długofalowym wymiarze czasu.

Leczenie substytucyjne jest przepisywane na wiele sposobów: od krótko- do długoterminowych programów oraz od leczenia podtrzymującego do detoksykacji.

Leczenie substytucyjne oparte na detoksykacji ma na celu redukcję wysokich dawek do niskich lub zera w określonym, na ogół krótkim wymiarze czasowym. Leczenie podtrzymujące natomiast potwierdza przewlekłą naturę nałogu oraz ma na celu ustabilizowanie życia pacjenta przy stałej dawce w długim okresie. Ostatecznym celem leczenia podtrzymującego może ewentualnie być detoksykacja, ale stosowana jedynie wtedy, kiedy pacjent jest na to gotowy.

Plan leczenia zależy od celów leczenia, które ustala się na podstawie dostępnych możliwości, potrzeb i życzeń pacjenta oraz profesjonalnej opinii lekarza. Najogólniej rzecz ujmując, im głębsze uzależnienie - tym wyższe dawki, z nastawieniem bardziej na leczenie podtrzymujące niż detoksykację.

4e.

Jakie jest optymalne dawkowanie?

W leczeniu substytucyjnym przepisuje się leki tak jak w każdym innym leczeniu. Odpowiednią dawkę ustala się na podstawie relacji lekarz-pacjent, przy uwzględnieniu medycznej oceny indywidualnych (metabolicznych) potrzeb pacjenta oraz innych uwarunkowań i prowadzonych terapii.

Leczenie substytucyjne zostało poddane gruntownej ewaluacji i okazało się skuteczne w osiągnięciu takich celów, jak redukcja konsumpcji nielegalnych narkotyków, zachowań ryzykownych i przestępczości. W celu uzyskania pozytywnych wyników wymagane jest podawanie wystarczających dawek tak metadonu, jak i buprenorfiny (EMCDDA, 2002).

Optymalną dawką metadonu dla osoby uzależnionej od opiatów jest 60-120 mg (w przypadku buprenorfiny 8-12 mg).

Dawki poniżej 60 mg są na ogół nieskuteczne, ponieważ nie są wystarczająco wysokie do wywoływania efektu blokady w komórkach mózgowych. Postawy i opinie na temat dawkowania metadonu, które nie mają oparcia w dowodach naukowych, podważają potencjalną efektywność leczenia.

Podsumowując, badania naukowe sugerują, iż im głębsze uzależnienie - tym wyższe powinny być dawki, a leczenie powinno trwać dłużej (Farrell i współ., 1999).

Jednak każdy pacjent stanowi niepowtarzalną kliniczną wyzwanie, jak też nie istnieje sposób przepisania jednej dawki metadonu, która powodowałaby konkretny poziom leku we krwi i była „złotym standardem” w odniesieniu do wszystkich pacjentów.

4. ORGANIZACJA LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

Objawy kliniczne oraz zgłaszane przez pacjenta objawy zespołu abstynencyjnego, a także kontynuowanie używania nielegalnych opioidów są wymownymi wskazaniem nieodpowiedniego dawkowania leku. W ustalaniu „wystarczającej” dawki w leczeniu podtrzymującym metadonem zdaje się nie istnieć maksymalna dawka dzienna (Leavitt i współ., 2000).

4f.

Czy analiza moczu jest użytecznym narzędziem terapeutycznym?

Analiza moczu jest istotnym elementem wstępnej oceny medycznej pacjenta (dla potwierdzenia, że pacjent rzeczywiście bierze opiaty).

Jednak często jest ona używana jako forma kontroli nad pacjentami w celu sprawdzania, czy przyjmowaniu leku nie towarzyszy kontynuowanie używania nielegalnych narkotyków. Wielu profesjonalistów kwestionuje skuteczność tego środka w drodze do udanego leczenia. Uważa się, że podobne informacje można zdobyć od samego pacjenta, co zaoszczędziłoby wiele czasu i pieniędzy. To, rzecz jasna, wymaga dobrej relacji pacjent-lekarz, opartej na szacunku i obopólnym zaufaniu. Pojawiają się jednak również głosy, iż pozytywny wynik testu moczowego nie powinien być nigdy powodem przerywania leczenia, ponieważ świadczy on o objawach schorzenia, z powodu którego pacjent jest leczony, np. uzależnienia od narkotyków.

4g.

Jak podnieść jakość leczenia substytucyjnego?

W celu podniesienia jakości leczenia substytucyjnego w twoim rejonie należy pomyśleć o odpowiednim szkoleniu. Można do tego zaangażować miejscowych trenerów, którzy mogą skorzystać ze stworzonego w tym celu podręcznika szkoleniowego Euromethwork:

AD Verster i E. Buning (2003). Podręcznik szkoleniowy: Kluczowe aspekty leczenia substytucyjnego w leczeniu uzależnienia od opiatów. (Training manual: Key aspects of substitution treatment for opiate dependence).

W przypadku braku odpowiednich trenerów na miejscu, pod poniższym adresem można uzyskać od nas radę w zakresie usług międzynarodowych ekspertów: www.euromethwork.org

Abstynencja: powstrzymanie się od używania alkoholu i innych narkotyków.

Agonista: termin farmakologiczny oznaczający używanie leku, który charakteryzuje się podobnym działaniem do narkotyku powodującego uzależnienie.

Antagonista: termin farmakologiczny oznaczający lek używany w celu blokowania działania narkotyku.

Detoksykacja: forma leczenia mająca na celu spowodowanie, aby w pewnym okresie, (zwykle krótkim) pacjent zmniejszył dawki narkotyku lub zredukował je do poziomu zerowego.

Głód: fizyczna i psychologiczna potrzeba użycia narkotyku powodującego uzależnienie.

Leczenie substytucyjne: leczenie medyczne uzależnienia od opiatów lekiem o podobnym działaniu do narkotyku uzależnienia (agonisty w języku farmakologicznym), co zapobiega występowaniu głodu oraz objawów zespołu abstynencyjnego.

Nałóg: zaburzenie o charakterze chronicznym, postępującym i nawracającym przejawiające się kompulsywnym używaniem jednej lub więcej substancji, co wywołuje indywidualną fizyczną, psychologiczną lub społeczną szkodę, pomimo której występuje dalsze używanie substancji.

Narkotyk (nadużywana substancja psychoaktywna): każda substancja wpływająca na nastrój, poziom postrzegania lub funkcjonowanie

mózgu. Są to leki na receptę, alkohol, rozpuszczalniki oraz narkotyki nielegalne.

Nawrót: powrót do używania substancji po okresie abstynencji.

Okres półtrwania leku: czas, jaki potrzebuje organizm na wydalenie bądź zmetabolizowanie połowy aktywnych substancji. Metadon charakteryzuje się okresem półtrwania 24-36 godzin, co pozwala na jedną dawkę dziennie, natomiast w przypadku heroiny okres półtrwania wynosi 6 godzin.

Leczenie podtrzymujące: forma leczenia uznająca chroniczny charakter nałogu, mająca na celu osiągnięcie stabilizacji życia pacjenta przy podawaniu stałej dawki leku w długim okresie.

Substancja psychoaktywna: substancja chemiczna działająca na ośrodkowy układ nerwowy wywołując zmianę nastroju i/lub zachowania.

Tolerancja: potrzeba zwiększania dawek substancji w celu osiągnięcia tych samych efektów.

Uzależnienie: psychologiczna i/lub fizyczna potrzeba narkotyku. Jeśli nie nastąpi użycie, taka osoba zaczyna odczuwać objawy zespołu abstynencyjnego.

Zespół abstynencyjny: ogół fizycznych i psychicznych efektów występujących po znacznym zmniejszeniu bądź zaprzestaniu używania opiatów. W okresie abstynencji występuje głód, który ustępuje po ponownym użyciu narkotyku lub leku substytucyjnego, np. metadonu.

Literatura

- Drugs in focus. Key role of substitution treatment. EMCDDA briefing 1, 2002.
- World Health Organization (WHO) Management of Substance Dependence.
What do people think they know about substance dependence? Myths and facts for policy makers responsible for substance dependence prevention, treatment and support programmes.
- European Methadone Guidelines. Annette Verster & Ernst Buning, 2000.
- UNODC, Investing in Drug Abuse Treatment: A Discussion Paper for Policy Makers, United Nations, New York, 2003 (http://www.unodc.org/odccp/treatment_toolkit.html)

Strony internetowe

www.Euromethwork.org
www.Emcdda.org
www.ihra.net
www.Opiateaddictionrx.info
www.Drugscope.org.uk
<http://www1.dshs.wa.gov/DASA/index.htm>
www.AC-company.org

LISTA ZAANGAŻOWANYCH EKSPERTÓW

Bill Nelles, The Methadone Alliance, London, UK

Patrick O'Hare, The International Harm Reduction Association,
Rome, Italy

Edo Polidori, Servizio per le Tossicodipendenze, Faenza, Italy

Marc Resinger, EUROPAD, Brussels, Belgium

Gerrit van Santen, Municipal Health Service, Amsterdam,
the Netherlands

Marta Torrens, Institute of Psychiatry, Barcelona, Spain

Podziękowania

Chcielibyśmy, aby nasze podziękowania przyjęli: Michael Farrell z Wielkiej Brytanii, Andrej Kastelica ze Słowenii, Luis Patricio z Portugalii, Andrew Preston z Wielkiej Brytanii, Icro Maremmani z Włoch, Robert Newman z USA i Emilis Subata z Litwy za ich uwagi i sugestie dotyczące końcowej wersji niniejszej broszury.

Niniejszy projekt został opłacony ze środków Komisji Europejskiej, Dyrektorat G ds. Zdrowia Publicznego, projekt: SPC.2002267.

Ani Komisja Europejska, ani żadna inna osoba działająca w jej imieniu nie ponosi odpowiedzialności za wykorzystanie pod jakąkolwiek postacią informacji zawartych w niniejszym dokumencie.

W celu uzyskania dalszych informacji:

EuroMethwork/Q4Q

Vijzelstraat 77 1017 HG Amsterdam Holandia

Tel. + 31 (0)20 - 330 34 49 Fax +31 (0)20 - 330 34 50

info@q4q.nl www.euromethwork.org

