

1.1 Wprowadzenie

1.2. Czym jest opiatowa terapia substytucyjna

1.3 Główne cele leczenia substytucyjnego

1.4 Korzyści płynące z leczenia substytucyjnego

1.1 Wprowadzenie

Szacuje się, że na świecie żyje 13,2 miliona osób przyjmujących środki odurzające, a co najmniej 10% wszystkich przypadków zakażeń HIV znalazło swój początek w ich ryzykownych iniekcjach (w krajach Europy Wschodniej i Azji Środkowej odsetek ten sięga aż 90%). Znacząca liczba 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 starcie jest niezadowalająca, a pobyt w jednostce penitencjarnej ma na nią dodatkowo negatywny wpływ. Zjawisko to w szczególności dotyka osoby uzależnione od środków psychoaktywnych. Dodatkowo jednostki penitencjarne są środowiskiem, które charakteryzuje wysokie ryzyko narażenia przebywających w nich osadzonych na różnego typu infekcje (w tym HIV). Istnieją kraje, w których 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, że osoby przyjmujące środki odurzające drogą dożylną w wyniku: wspólnego lub 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. Użytkownicy narkotyków z większą częstotliwością korzystają ze sprzętu do iniekcji innej osoby (partnera) i zwykle jest im trudno negocjować stosowanie prezerwatyw czy bezpieczniejszych technik seksualnych. Osoby czynnie przyjmujące narkotyki drogą iniekcji nieco częściej

1

2

3

4

5

6

decydują się na podejmowanie płatnych kontaktów intymnych (praca w seksbiznesie).

- 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% przypadków chorych. U około 7–15% z nich w ciągu 20 lat dochodzi do marskości wątroby, a u pewnego odsetka tych pacjentów rozwija się rak 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, a w konsekwencji na ich przedawkowanie i śmierć.

W okresie 12 miesięcy od momentu wyjścia na wolność do nałogu 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 – powinny zachęcać 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. Dlatego zapewnienie osadzonym dostępu do leczenia uzależnienia od środków odurzających i do programów redukcji szkód, staje się niezbędne w warunkach penitencjarnych (Stöver i in. 2007).

Wzrasta powszechny konsensus 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 to: 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 na podawaniu osobom uzależnionym substancji farmakologicznie związanej z substancją powodującą to uzależnienie w celu osiągnięcia określonych zamierzeń terapeutycznych.

1

2

3

4

5

6

1.2 Czym jest opiatowa terapia substytucyjna (*opiate substitution therapy* – OST)

Opiatowa terapia substytucyjna jest formą opieki zdrowotnej, stosowanej w leczeniu uzależnień od heroiny i innych opiatów. Polega ona na podawaniu przepisanych na receptę, określonych agonistów¹ opiatów o zbliżonych lub identycznych właściwościach do oddziaływania heroiny i morfiny na mózg, jednakże łagodzących objawy odstawiennic i blokujących głód narkotyczny nielegalnych opiatów. Przykładowymi agonistami opiatów są: metadon, L-alfa-acetylmefadol, morfina o przedłużonym uwalnianiu się, kodeina, buprenorfina (częściowy agonista antagonisty), w niektórych krajach

dostępna jest także diamorfina. Większość tych substancji, z wyjątkiem diamorfiny, charakteryzuje się długim czasem działania i brakiem objawów zespołu abstynencyjnego.

Antagonisty² 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, więc jest coraz częściej wykorzystywana w leczeniu uzależnienia od opiatów. Dostępne są także preparaty łączące nalokson z buprenorfiną (stosunek 1:4), stosowane w celu ograniczenia 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.

1

2

3

4

5

6

Rozdział 2. Czym jest leczenie substytucyjne cz. I

Tabela 1. Agoniści i Antagoniści – różnice

Agoniści (metadon, L-alfa-acetylmefetadon, morfina o przedłużonym uwalnianiu się oraz heroina)	Antagoniści (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 diamorfina)	Nie wywołuje stanu euforii
Może powodować lub utrzymywać uzależnienie fizyczne	Nie powoduje uzależnienia fizycznego

1

2

3

4

5

6

Mocną stroną leczenia substytucyjnego jest szansa na uniknięcie podejmowania przez pacjenta 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 ciągłego przymusu zdobywania i przyjmowania narkotyków. Oprócz tego zastąpienie nielegalnego środka lekiem dostępnym na receptę sprzyja walce z przestępczością oraz wspomaga proces zmiany stylu życia na bardziej pożądany z punktu widzenia społecznego.

Dobrej jakości leczenie uzależnienia od środków odurzających:

- jest ciągłe,
- umożliwia leczenie innych chorób przewlekłych, np. dzięki zastosowaniu terapii przeciwwirusowej/antyretrowirusowej,
- pomaga radzić sobie z problemami natury psychicznej i psychofizycznej, których występowanie grozi powrotem do nałogu, np. symptomy o charakterze medycznym i psychiatrycznym, jak również pomaga radzić sobie z niestabilną sytuacją w społeczeństwie,
- jest wdrażane na poziomie społeczności, z możliwością bezpośredniego monitorowania codziennej aktywności pacjenta i zapobiegania powrotom do nałogu.

Inne cechy dobrych modeli terapeutycznych to:

- odpowiednio długi czas przeznaczony na leczenie,
- bezpośredni dostęp do opieki medycznej oraz lekarstw na poziomie danej społeczności (np.

osób osadzonych lub uzależnionych od opiatów) – istotna jest liczba szkoleń ustawicznych, oferowanych lekarzom i pielęgniarkom pracującym na ich rzecz,

- uwzględnianie i szanowanie zdania oraz opinii samych osadzonych (ich udział partycypacyjny).

Jak wskazano we wspólnym dokumencie WHO/UNODC/UNAIDS (2004), dotyczącym kwestii 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 odzwierciedlać indywidualne okoliczności życiowe, 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”.

1

2

3

4

5

6

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 dla osób osadzonych w ośrodkach penitencjarnych.

1.3 Główne cele leczenia substytucyjnego

Priorytetem stosowania terapii substytucyjnej jest doprowadzenie do zaprzestania przyjmowania środków odurzających przez osoby od nich uzależnione. Jednak cele główne leczenia substytucyjnego oparte są na założeniach charakteryzujących się o wiele szerszym kontekstem, bo odnoszącym się do zdrowia publicznego oraz do kwestii redukcji szkód.

Leczenie substytucyjne ma na celu:

- udzielenie pomocy pacjentowi w jego staraniach o zachowanie dobrego stanu zdrowia, poprzez danie 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 tych nieprzepisanych przez lekarza,
- rozwiązywanie problemów związanych z narkomanią,
- redukcję zagrożeń, wynikających ze stosowania środków odurzających drogą dożylną przy użyciu niesterylnego sprzętu do iniekcji, a w szczególności transmisji HIV, HBV, HCV oraz innych zakażeń krwiopochodnych,
- skrócenie „ciągów” brania narkotyków,
- zmniejszenie ryzyka wystąpienia 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,

- poprawę całościowego funkcjonowania pacjenta w aspekcie osobistym, społecznym i rodzinnym,
- zmniejszenie liczby zgonów wskutek przedawkowania środków odurzających, szczególnie wkrótce po wyjściu osób uzależnionych na wolność.

1.4 Dowody na korzyści płynące z zastosowania terapii substytucyjnej

(Pełny przegląd badań dostępny jest w publikacji 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 poziomu jakości ich życia.

1

2

3

4

5

6

Rozdział 2. Czym jest leczenie substytucyjne cz. I

Od połowy lat 90. XX wieku nastąpił szybki rozwój programów leczenia substytucyjnego, kierowanego do wybranych społeczności. 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 niejednorodnych formach zostało przyjęte jako szeroko akceptowane działanie z obszaru redukcji szkód oraz metoda lecznicza, stosowana wobec osób uzależnionych od opiatów (Rada Europy, 2001).

We wspólnym dokumencie WHO Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przeszłości (UNODC) oraz UNAIDS (2004) stwierdziły, że:

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 jednostki, ich rodziny, a na dłuższą metę przez całe społeczeństwo przez:

- 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 kluczem w leczeniu uzależnienia od opiatów i zapobieganiu zakażeniom HIV wśród osób stosujących środki odurzające drogą iniekcji.

Leczenie substytucyjne, polegające na podawaniu agonistów opiatów osobom uzależnionym od opiatów 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 kwestii zmniejszenia liczby ryzykownych zachowań, związanych z dożylnym stosowaniem środków odurzających, a w

konsekwencji narażeniem na zakażenie HIV. Terapia substytucyjna to najskuteczniejsza, dostępna forma leczenia osób uzależnionych od heroiny, przyjmujących ją drogą dożylną, w odniesieniu do ograniczenia:

- liczby zgonów (poziom umieralności osób uzależnionych od opiatów, objętych terapią metadonową kształtuje się na poziomie od jednej trzeciej do jednej czwartej poziomu umieralności osób nieleczonych),
- przyjmowania ilości narkotyku,
- podejmowania aktów łamania prawa.

Osoby uzależnione, w celu zdobycia środków odurzających, nierzadko podejmują różnego rodzaju 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 zakończeniu, jednakże jego pozytywne efekty 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

1

2

3

4

5

6

substytucyjnego. Przede wszystkim terapia ta nie stanowi przeszkody do całkowitego odstawienia substancji odurzających przez osoby uzależnione. Wręcz przeciwnie, w tym przypadku okazała się być bardziej efektywna od programów detoksykacyjnych typu *drug free* z uwagi na kładzenie nacisku na utrzymanie pacjentów w programach leczenia uzależnień i z biegiem czasu 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 i AIDS. Według kilku ostrożnych szacunków każde euro zainwestowane w tego rodzaju programy może przynieść zwrot od czterech do siedmiu euro (tylko dzięki ograniczeniu przestępczości związanej z narkotykami, redukcji kosztów procesów sądowych oraz spadkowi liczby kradzieży). W przypadku, gdy dodatkowo uwzględnimy ograniczenie wydatków powiązanych z pracą służby zdrowia, stosunek uzyskanych oszczędności wobec wydatków ponoszonych w przypadku niestosowania terapii substytucyjnej może wynosić 12:1. Osoby przyjmujące środki odurzające w iniekcjach i

niepoddawane leczeniu są nawet sześciokrotnie bardziej narażone na zakażenie HIV niż ci sami uzależnieni, którzy odbywają karę pozbawienia wolności i kontynuują leczenie substytucyjne na terenie zakładu penitencjarnego (National Institute on Drug Abuse, 2000).

Konkludując, osoby, które były objęte leczeniem substytucyjnym na wolności, a zmuszone do odstawienia metadonu w momencie przyjęcia ich do jednostki penitencjarnej, często wracają do nałogu i to w formie dożylnej. Z tego 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 Przemocności, UNAIDS i WHO, 2006).

Zarówno w jednostkach penitencjarnych, jak i poza nimi leczenie substytucyjne – o ile oczywiście jest dostępne dla osadzonych – wpływa na zmniejszenie poziomu przyjmowania przez nich środków psychoaktywnych drogą iniekcji oraz korzystania ze wspólnego sprzętu. 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 Dublińskiej Deklaracji na temat HIV/AIDS w Warunkach Więziennych w Europie i Azji Centralnej (Lines et al., 2004) zapisano, że:

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 krajów, w których leczenie oferowane jest ogółowi społeczeństwa. Musi zostać uwzględniona zarówno możliwość kontynuowania leczenia w przypadku osób korzystających z niego jeszcze w warunkach wolnościowych, jak i rozpoczęcia leczenia w przypadku nowych pacjentów. Kraje, które dotychczas na swoim terenie nie zalegalizowały

1

2

3

4

5

6

lub nie wprowadziły leczenia substytucyjnego, powinny to niezwłocznie uczynić.

Pełny tekst Dublińskiej Deklaracji na temat HIV/AIDS w Warunkach Więziennych w Europie i Azji Centralnej jest dostępny na poniższej 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 Unii Europejskiej i innych krajów, w tym Indonezji i Islamskiej Republiki Iranu). W Hiszpanii 18% wszystkich osadzonych, czyli 82% osób uzależnionych od środków psychoaktywnych, jest objętych tego rodzaju świadczeniem.

Programy substytucyjne są również obecne w jednostkach penitencjarnych, zlokalizowanych na terenie nowych państw członkowskich UE, najczęściej jednak zakres ich realizacji jest niewielki, co powoduje, że może z nich korzystać bardzo ograniczona grupa

potrzebujących osadzonych. 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 krajów tego regionu wciąż pozostaje niedostępne dla osób uzależnionych, odbywających kary pozbawienia wolności. Początkowo tego typu terapia obecna w jednostkach penitencjarnych była zarezerwowana wyłącznie dla osadzonych, żyjących z HIV czy cierpiących na inne choroby zakaźne oraz dla kobiet ciężarnych. Ogólnie rzecz biorąc, dostępność leczenia substytucyjnego w warunkach izolacji jest na ogół niewystarczająca i plasuje się poniżej standardów tego samego leczenia, oferowanego w warunkach wolnościowych. W wielu krajach leczenie substytucyjne jest często 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 ramach niektórych systemów więziennictwa wciąż niechętnie wprowadza się

modele leczenia substytucyjnego, a tam gdzie ono już zaistniało, 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, tak, aby mogła ona wydostać się poza ograniczony nałogiem zakłęty krąg. Inni sprzeciwiają się terapii substytucyjnej ze względów moralnych, argumentując, że w ten sposób zastępuje się jedno uzależnienie drugim. Najpowszechniejsze powody wyrażania niechęci wobec leczenia substytucyjnego to:

- wychodzenie z założenia, że jednostki penitencjarne mają być terenem wolnym od narkotyków,
- obawa, że leki substytucyjne mogą nie zostać użyte zgodnie z przeznaczeniem, np. sprzedane,
- brak zrozumienia faktu, że uzależnienie od substancji odurzających jest chorobą przewlekłą,
- ograniczenia lokalowe, osobowe i finansowe w wielu ośrodkach penitencjarnych,

1

2

3

4

5

6

Rozdział 2. Czym jest leczenie substytucyjne cz. I

- dodatkowy koszt prowadzenia leczenia substytucyjnego oraz przyjęcie na siebie dodatkowych obowiązków, związanych z organizacją leczenia na terenie jednostki penitencjarnej,
- obawa, czy leczenie substytucyjne nie wpłynie destabilizująco na sytuację ogólną jednostki penitencjarnej.

Najlepszym sposobem przezwyciężenia tych barier jest cierpliwe i ustawiczne prezentowanie twardej danych naukowych, przemawiających na korzyść wdrażania leczenia substytucyjnego przy uwzględnieniu punktu widzenia osadzonych oraz personelu instytucji penitencjarnych. Lekarze klinicyści muszą pamiętać, że kadra medyczna czy administracyjno-zarządcza jednostki penitencjarnej może nie posiadać pełnej wiedzy o trwałym i nawracającym charakterze uzależnienia od środków psychoaktywnych. Co więcej, leczenie substytucyjne często jest przez te osoby postrzegane jako intensyfikujące, a nie łagodzące problemy zdrowotne i społeczne pacjentów. Z tego też powodu specjaliści powinni ustosunkowywać się nawet do odrealnionych obaw personelu jednostek penitencjarnych,

jednocześnie angażując się w prowadzenie rzecznictwa i działań edukacyjnych, w taki sposób, aby potrzebujący osadzeni dostali możliwość czerpania korzyści z prostej i niedrożej formy leczenia, jaką jest terapia substytucyjna.

Zdarza się, że sami osadzeni niechętnie korzystają z leczenia substytucyjnego. Dzieje się tak z uwagi na ich brak wiedzy o płynących z niego korzyściach lub chęci ukrycia faktu 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).

Po przejściu procesu detoksykacji większość pacjentów uzależnionych od heroiny powraca do jej przyjmowania. Tylko nieliczne osoby udaje się przekonać do leczenia *drug free* i utrzymania tego procesu na tyle długo, aby były one w stanie osiągnąć pełną abstynencję. 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.

Niedawne ewaluacje programów leczenia substytucyjnego, wdrażanych w jednostkach penitencjarnych, jednoznacznie uwypukliły ich mocne strony. Mianowicie badania te wykazały, że przy stosowaniu odpowiednich dawek metadonu (co najmniej 60 mg) w czasie terapii prowadzonej przez cały okres odbywania kary pozbawienia wolności wśród osadzonych następuje zmniejszenie stopnia przyjmowania narkotyków drogą dożylną oraz korzystania ze wspólnego sprzętu do iniekcji, co w konsekwencji przekłada się na ograniczenie rozprzestrzeniania się zakażeń HIV i innych zakażeń krwiopochodnych. Oprócz tego we wspomnianych ewaluacjach wyszczególniono cały wachlarz istotnych korzyści, jakie dla osób

1

2

3

4

5

6

osadzonych, systemów penitencjarnych i ogółu społeczeństwa przynosi implementacja leczenia substytucyjnego.

- Leczenie substytucyjne wywiera pozytywny wpływ na przestrzeganie przez osoby osadzone zasad obowiązujących na terenie ich jednostki penitencjarnej, ponieważ wpływa na redukcję liczby niepożądanych zachowań, związanych ze zdobywaniem narkotyków. Ma to bezpośredni związek z poprawą bezpieczeństwa ogólnego. Umożliwiając osadzonym korzystanie z terapii substytucyjnej, systemy penitencjarne zyskują m.in. na ograniczeniu na swym terenie procederu handlu narkotykami, zahamowaniu u nowo przybyłych osadzonych objawów zespołu abstynencyjnego (w tym prób samookaleczenia się oraz prób samobójczych), zminimalizowaniu u nich uczucia niepokoju oraz podniesieniu poziomu ich energii witalnej, którą można wykorzystać w sposób produktywny.
- Ryzyko ponownego naruszenia prawa jest znacznie niższe wśród osadzonych, otrzymujących leczenie substytucyjne.

- Ci osadzeni, którzy byli objęci terapią substytucyjną podczas odbywania kary w warunkach izolacji, w sposób bardziej naturalny przechodzą do dalszego leczenia, proponowanego im po wyjściu na wolność i częściej utrzymują się w jego strukturach w porównaniu z osadzonymi korzystającymi z programów detoksykacyjnych.
- W początkowym okresie działania programów substytucyjnych personel jednostek penitencjarnych często 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 jednostkach.
- Prowadzenie leczenia substytucyjnego umożliwia codzienny kontakt między kadrą medyczną a osadzonymi uzależnionymi od opiatów, co owocuje budowaniem

obustronnych relacji. W następnej kolejności może ona posłużyć jako podstawa do niwelowania współistniejących problemów zdrowotnych osób osadzonych oraz 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 działanie to ma pozytywny wpływ na styl życia byłych osadzonych. Rządziej dopuszczali się oni popełniania przestępstw, a tym samym rządziej otrzymywali ponowne wyroki. Jest to ważne spostrzeżenie z uwagi na fakt, że koszt programu terapii substytucyjnej może zostać zrównoważony oszczędnościami

1

2

3

4

5

6

Rozdział 2. Czym jest leczenie substytucyjne cz. I

poczynionymi dzięki temu, że byli osadzeni, korzystający ze świadczeń terapii substytucyjnej 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 przez nich jednostki penitencjarnej (Dolan et al. 2005 kontynuacja randomizowanego badania kontrolowanego = zero zgonów po wyjściu na wolność w grupie leczonych metadonem, 17 zgonów w grupie kontrolnej). Wielu uzależnionych po wyjściu na wolność powraca do przyjmowania środków odurzających w formie iniekcji, co wiąże się z podwyższonym ryzykiem ich śmiertelnego przedawkowania w wyniku zmniejszenia się progu tolerancji na opiaty. Obszerne analizy wskazują na dużą liczbę zgonów wśród byłych osadzonych, notowanych w ciągu pierwszych tygodni ich życia na wolności, a mających swoje źródło w przedawkowaniu narkotyków. Na podstawie brytyjskiego badania grupy 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 tym fakcie, wywiera korzystny, krótkotrwały wpływ na włączenie tych osób do ogólnego systemu służby zdrowia, aby mogły one korzystać ze świadczeń kierowanych do danej społeczności, w tym z leczenia uzależnienia od heroiny. Podsumowując, przedstawione dane oraz sensowność zapewnienia równoważnych standardów opieki i leczenia, obowiązujących zarówno w warunkach wolnościowych, jak i w

izolacji, stanowią mocne uzasadnienie dla wprowadzenia leczenia substytucyjnego do struktur systemów penitencjarnych.

1

2

3

4

5

6

Rozdział 2. Czym jest leczenie substytucyjne cz. I

Ramka 1 – przykładowe wskazówki dotyczące leczenia osób uzależnionych od środków psychoaktywnych w Słowenii (Kastelic et al., 2001).

Przykład: 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 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).

1

2

3

4

5

6