

4.1 Wdrożenie leczenia substytucyjnego w więzieniu

4.2. Detoksykacja

4.3 Dawkowanie i nadzór przyjmowania leków

4.4 Kontrole moczu

4.5 Opuszczenie leczenia substytucyjnego

4.6 Rola opieki psychospołecznej

4.7 Łączenie benzodiazepiny z innymi lekami

4.8 Etyczne podstawy substytucji

4.8 Cele i strategie terapii substytucyjnej

4.10 Interakcje lekowe. Podpisanie porozumienia z pacjentem. Wskazania.

4.1 Wdrożenie leczenia substytucyjnego w zakładzie karnym

Z historycznego punktu widzenia osadzeni, przebywający w ośrodkach penitencjarnych, od zawsze mieli ograniczony dostęp do leczenia substytucyjnego. Obecnie jednak mówi się o tym, że terapia tego typu powinna być udostępniona 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 fakt, że wielu osadzonych niedługo po wyjściu na wolność powraca do nałogu, należy im udzielić informacji nt. możliwości podjęcia przez nich leczenia substytucyjnego lub poddania się detoksykacji.

Ze względu na tendencję powrotu do nałogu w leczeniu uzależnienia od opiatów, detoksykacja jest na dłuższą metę skuteczna jedynie u nielicznych pacjentów. Natomiast korzyści płynące z prowadzenia programów leczenia substytucyjnego można zmaksymalizować przez:

- utrzymanie 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,
- wykorzystywanie i wzmacnianie więzi terapeutycznej między lekarzem a pacjentem, aby pracować nad ograniczeniem przyjmowania przez pacjenta innych środków psychoaktywnych.

Trzy elementy, mające kluczowy wpływ na rozpoczęcie terapii substytucyjnej w warunkach izolacji to:

- moment przyjęcia skazanego na teren jednostki penitencjarnej,
- czas pobytu w jednostce,
- czas bezpośrednio przed opuszczeniem jednostki penitencjarnej.

Wiele badań wykazało, że krótko po wyjściu byłych osadzonych na wolność istnieje bardzo

1

2

3

4

5

6

wysokie ryzyko powrotu do używania przez nich środków odurzających, a w konsekwencji –groźba przedawkowania. W niektórych krajach głównym powodem wprowadzenia pełnego leczenia substytucyjnego do systemów penitencjarnych były właśnie tego typu przypadki oraz często notowane 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.

4.2 Detoksykacja¹

Niektórym osobom uzależnionym od środków odurzających udaje się osiągnąć całkowitą abstynencję w czasie pobytu w jednostce penitencjarnej. Jednak u większości sama detoksykacja rzadko okazuje się w pełni skuteczną formą terapii. Oferowanie/wdrażanie w ośrodkach penitencjarnych detoksykacji lub leczenia substytucyjnego jest zależne od wielu czynników.

¹ Opisywana w tym rozdziale detoksykacja dotyczy leczenia farmakologicznego z użyciem

Czynniki instytucjonalne to m.in.: brak środków lub personelu (z tego powodu liczba miejsc oferujących leczenie jest ograniczona), niedostatek wiedzy merytorycznej, brak wspomagających wytycznych i przepisów prawnych, uzależnianie prowadzenia działań od rozwoju leczenia substytucyjnego w warunkach wolnościowych.

Czynniki związane z pacjentem: czasami osadzeni pragną bardzo szybko przejść proces detoksykacji i całkowicie uwolnić się od uzależnienia, nie chcą mieć kontaktu z narkotykami i ich użytkownikami ani rozmawiać o problemach związanych z tym tematem. Powroty do stosowania środków odurzających po detoksykacji są nadzwyczaj częste, a ona sama 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 *drug free* lub długoterminowego

metadonu. Nie jest ona stosowana w polskich jednostkach penitencjarnych.

leczenia substytucyjnego. Aby działania te były skuteczne, muszą być jak najbardziej dostosowane do potrzeb pacjenta („szyte na miarę”) i realizowane wedle specjalnie dla niego opracowanych wytycznych.

Należy zaakceptować fakt, że osoby uzależnione stanowią populację bardzo heterogeniczną (zróżnicowaną). Potrzeby jej poszczególnych członków są niejednorodne, gdyż uwarunkowane odmiennym czasem i intensywnością używania narkotyków, różnym poziomem ich zaradności życiowej oraz stopniem otrzymywanego wsparcia społecznego. Czynniki te mogą wpływać na podjęcie decyzji o ograniczaniu stopnia przyjmowania narkotyków w przyspieszonym tempie. Należy także pamiętać, że potrzeby kobiet mogą się różnić w tym zakresie od potrzeb mężczyzn.

1

2

3

4

5

6

4.3 Dawkowanie i nadzór przyjmowania leku

W terapii substytucyjnej nie istnieje pojęcie uśrednionej porcji leku, dlatego wszelkie pytania dotyczące dawkowania powinny być kierowane do lekarza prowadzącego, którego zadaniem jest dopasowanie leczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta. Zawsze powinno się założyć, że zaistnieje konieczność rozmowy z pacjentem o jego potrzebach, aby na tej podstawie zdecydować o ewentualnej zmianie dawki leku, dlatego należy zarezerwować na to czas.

Nie ma dwóch takich samych pacjentów, dlatego też nie ma możliwości ustalenia najlepszej, standardowej dawki metadonu, podawanej wszystkim potrzebującym, w celu osiągnięcia określonego stężenia leku we krwi. Czytelnyymi 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 adekwatnej, dziennej dawki metadonu nie istnieje pojęcie maksymalnego jej 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*.

<http://www.q4q.nl/euromethwork/home/publications/methadone-guidelines/>

Inaczej niż jest to praktykowane w przypadku leczenia uzależnień w ośrodkach na wolności, w warunkach penitencjarnych wystarczy czasem stosować względnie niskie dawki leków. Dzieje się tak z dwóch powodów:

1. w jednostce penitencjarnej powszechnie praktykowany nadzór przyjmowania leków daje niemal stuprocentową gwarancję zażycia ich przez pacjentów,
2. na terenie jednostek penitencjarnych ilość przyjmowanych narkotyków jest znacznie ograniczona.

Badania wykazały, że wysokość najbardziej popularnej dawki leku substytucyjnego, przepisywanego w warunkach izolacji (od 30 do 70 mg) znacznie się różni od tej zalecanej pacjentom przebywającym na wolności. Wynika to z faktu, że lekarze służby więziennej sądzą na ogół, że niskie dawki są w pełni wystarczające, gdyż zagwarantowane jest niemal stuprocentowe ich przyjęcie, a ilość równoległe spożywanych innych środków znacznie niższa. Osadzeni powinni zostać poinformowani o wysokości otrzymywanych dawek, o ile nie zaznaczą wyraźnie, że nie chcą posiadać tego typu wiedzy.

W wielu krajach nadzór przyjmowania metadonu (zarówno w płynie, jak i w tabletkach) jest organizowany na różne sposoby. Czasem prowadzą go pielęgniarki lub pracownicy jednostki penitencjarnej, w zależności od tego, jak i gdzie podaje się leki substytucyjne (na oddziale medycznym czy bezpośrednio w celach). W Polsce przyjmowanie leku odbywa się tylko pod nadzorem personelu medycznego w ambulatoriach lub oddziałach szpitalnych. W ramach kontroli przyjęcia leku należy zamienić z pacjentem kilka słów bezpośrednio po przyjęciu

przez niego leku. Panuje zgodne przekonanie co do tego, że spożycie leków substytucyjnych (czy innych substancji psychoaktywnych, leków przeciwdepresyjnych, itp.) musi być nadzorowane. W ten sposób uzyskuje się pewność, że lek został połknięty, eliminuje się także proceder szantażowania pacjentów leczonych metadonem przez innych osadzonych, aby odsprzedawali lub oddawali swoją dawkę, czy wreszcie unika się problemu przedawkowania u osadzonych bez tolerancji na opiaty. Nadzorowanie przyjmowania buprenorfiny wymaga więcej czasu.

4.4 Kontrole moczu

Kwestia kontroli moczu jest kontrowersyjna, spotyka się z różnym nastawieniem specjalistów oraz odmiennymi konsekwencjami medycznymi dla samego pacjenta. Badania moczu są formą sprawdzenia, czy równoległe 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 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 właśnie o objawach schorzenia, z powodu którego pacjent jest leczony, czyli o uzależnieniu od narkotyków.

4.5 Opuszczenie leczenia substytucyjnego

Zdarza się, że pacjent zostaje wykluczony z terapii, gdy nadużywa lub manipuluje lekami substytucyjnymi. Ważne jest jednak, aby korzystał on z leczenia substytucyjnego przez okres próbny i otrzymywał wystarczająco wysoką dawkę leku. W niektórych programach powodem wyłączenia z terapii jest stosowanie przemocy fizycznej lub słownej względem innych pacjentów albo 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

rodzaj kary za przewinienia, lecz jako element składowy normalnego procesu terapeutycznego, złożonego z szeregu opcji medycznych i psychospołecznych.

4.6 Rola opieki psychospołecznej

Do wieloaspektowości problemu uzależnienia od narkotyków przyczynia się połączenie jego wymiaru fizycznego, psychologicznego i społecznego. Aby skutecznie leczyć uzależnienie i nad nim zapanować, konieczne jest podjęcie działań w każdej z tych sfer. Dla wielu osób uzależnionych od środków odurzających pełny, wielopoziomowy proces przemiany osobistej (włączając w to zmianę stylu życia) wymaga też dużo czasu i wysiłku. Z tego powodu leczenie substytucyjne ma na celu nie tylko uporanie się z uzależnieniem od narkotyków, lecz także rozwiązanie problemów psychicznych, medycznych i społecznych pacjenta. Opiekę psychologiczną uznaje się za integralną część leczenia substytucyjnego, prowadzonego w warunkach izolacji.

4.7 Łączenie benzodiazepiny z innymi lekami

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

Osoby uzależnione od opiatów, przyjmujące środki odurzające drogą dożylną, często zażywają szereg innych substancji, 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 dożylnie takich narkotyków jak kokaina, spada skuteczność leczenia substytucyjnego opiatami w obszarze redukcji poziomu ryzykownych zachowań. Jednocześnie badania pokazują, że kiedy osoby uzależnione od opiatów wytrwają w leczeniu, zmniejsza się u nich

stopień używania tego typu substancji oraz spada poziom przyjmowania kokainy.

4.8 Etyczne podstawy substytucji

Uzależnienie jest przewlekłą chorobą nawracającą, tak więc 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 metadon jest lekiem preferowanym. W przypadku występowania poważnych efektów ubocznych, wywołanych jego stosowaniem, należy rozważyć przejście na inny, lepiej tolerowany produkt. 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 do przerwania terapii. Powinny

natomiast skłaniać do podjęcia działań optymalizujących przebieg leczenia danego pacjenta. W szczególności należy rozważyć kwestię regulacji wielkości dawki leku. Jeśli mimo zwiększenia dawki dochodzi do nawrotów, być może należy przemyśleć zmianę leku. Pacjenta wielokrotnie nadużywającego leki lub przekazującego swoje leki substytucyjne innym osadzonym, należy stopniowo wycofywać z leczenia, argumentując to brakiem niezbędnej motywacji i dyscypliny wewnętrznej.

1

2

3

4

5

6

4.9 Cele terapii substytucyjnej:

1. Stabilizacja emocjonalna i fizyczna 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:

- Długoterminowa terapia substytucyjna: miesiące, lata lub całe życie.
- Doraźna terapia substytucyjna: stosowana tymczasowo do czasu opracowania należytego schematu leczenia oraz odstawienia środków psychoaktywnych.
- Substytucja ograniczająca: stopniowe wycofywanie się z przyjmowania leków.

Leki substytucyjne: należy stosować tylko te środki, które działają co najmniej 24 godziny i podaje się je doustnie raz na dobę:

1. **Metadon** jest podawany w formie syropu, aby utrudnić jego stosowanie dożylnie. Ryzyko uzależnienia od metadonu jest bardzo wysokie. Przeciętą, doustną dawkę podtrzymującą waha się w granicach 40–100 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 podjęzykowo raz dziennie. Dzienna dawka waha się między 8 mg a 32 mg. W przeciwieństwie do innych leków substytucyjnych, pacjenci przyjmujący ten lek pozostają w pełni poczytalni. Stwarza to problemy dla tych osób, które mają jasny umysł, nie mogą dać sobie rady same ze sobą ze względu na współistniejące u nich problemy psychologiczne. Najpoważniejszym, odnotowanym skutkiem ubocznym przyjmowania buprenorfiny jest ból głowy. Ważne jest, aby przechodząc od

zazywania czystych agonistów opiatów do buprenorfiny, na jeden dzień przed rozpoczęciem leczenia tym środkiem, przerwać podawanie agonistów, żeby nie wywołać u pacjenta ostrych objawów odstawienia opiatów.

3. **Morfina o wydłużonym uwalnianiu się** ma postać tabletek lub kapsułek. Przeciętą dawkę morfiny wynosi około 600 mg na dzień, zaleca się nieprzekraczanie dawki ok. 800 mg. Pacjenci przyjmujący leki antyretrowirusowe czasem wymagają 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).

1

2

3

4

5

6

4.10 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 (cyprofloksacyna, 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.
2. Bezpośredni nadzór wzrokowy nad pacjentem przy przyjmowaniu leku.
3. Prowadzenie badań na obecność narkotyków przez analizę moczu.
4. Udzielanie stałej opieki i wsparcia ze strony osób prowadzących leczenie.
5. Przekazywanie dokładnych informacji na temat leczenia substytucyjnego,

zagrożeń wynikających z niestosowania się do zaleceń oraz łączenia przepisanych leków z innymi substancjami.

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 mimo wielu prób odstawienia nie udało mu się wyjść z nałogu (pozostać czystym).

Środki bezpieczeństwa:

1. Prowadzenie dokładnego nadzoru przyjmowania środków substytucyjnych przez personel medyczny.
2. Obowiązkowe, wyrywkowe badania moczu ,wykonywane przez personel medyczny.

1

2

3

4

5

6