

5.1 Informacje dla pacjenta

5.2. Anonimowość i poufność leczenia

5.3 Przywileje

5.4 Kontynuacja leczenia substytucyjnego

5.5 Zaangażowanie pacjenta

5.6 Powiązania z leczeniem infekcji krwiopochodnych

5.7 Nieprzerwana terapia substytucyjna

5.8 Uwagi dotyczące kobiet

5.1 Informacje dla pacjenta

Bezwzględny warunkiem do uzyskania dobrych efektów leczenia substytucyjnego jest przekazanie pacjentowi niezbędnych informacji o terapii – przede wszystkim na temat ryzyka przedawkowania, ale też tych dotyczących:

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

Warto ponadto poinformować pacjenta o samym przebiegu leczenia substytucyjnego oraz o podawanych mu lekach, a w szczególności o

zasadach ich przyjmowania i spodziewanych efektach terapeutycznych. Osoby uzależnione często nie znają celów leczenia substytucyjnego, z którego sami korzystają, jak również podstaw do zaleceń, których muszą przestrzegać. Nie posiadają też wystarczającej wiedzy, dotyczącej przyjmowanych leków. Kiedy uzyska się pewność, że osadzony przyswoił sobie wszystkie ważne w tym zakresie kwestie, należy poprosić go o podpisanie świadomej zgody na leczenie.

5.2 Anonimowość i poufność leczenia

Przed rozpoczęciem jakiegokolwiek formy leczenia każdy osadzony powinien być świadomy obowiązków lekarza prowadzącego względem jednostki penitencjarnej oraz samego pacjenta, korzystającego z terapii substytucyjnej. Mimo, że trudno jest zapewnić anonimowość i poufność w specyficznych warunkach izolacji w jednostce penitencjarnej, należy dążyć do wydawania leków substytucyjnych w taki sposób, aby w jak największym stopniu chronić prywatność przyjmujących je osadzonych.

1

2

3

4

5

6

Rozdział 5. Co należy wiedzieć o leczeniu substytucyjnym

Informacje na temat uzależnienia od środków odurzających danej osoby oraz podejmowanego przez nią leczenia substytucyjnego nie powinny być rozpowszechniane wśród pozostałych osadzonych oraz szeroko rozumianego personelu jednostek penitencjarnych. Osadzony uzależniony ma prawo obawiać się, że ujawnienie tych faktów może wiązać się dla niego z negatywnymi konsekwencjami i dotyczyć ograniczenia dostępu do wykonywania pracy, kształcenia zawodowego, stanowić podstawę do stygmatyzacji, utraty przywilejów, prowadzić do konfrontacji z wrogim nastawieniem personelu czy współosadzonych. Co więcej, osoby uzależnione obawiają się także presji ze strony tych osób, których motywem do korzystania z leczenia substytucyjnego jest wyłącznie chęć przekazywania leków do nielegalnego obrotu.

Należy jednak pamiętać, że prawidłowo prowadzony obieg informacji między odpowiednio wyszkolonymi pracownikami jednostki penitencjarnej a specjalistami zaangażowanymi w pracę z osadzonym uzależnionym od środków psychoaktywnych może przynieść dodatkowe korzyści, szczególnie,

jeżeli chodzi o obserwację pacjentów, u których występują problemy ze zdrowiem psychicznym. Całkowite odcięcie pracowników od kwestii opieki psychospołecznej i zdrowotnej, sprawowanej nad tymi osadzonymi może stanowić czynnik budujący barierę komunikacyjną i w efekcie doprowadzić do intensyfikacji uprzedzeń oraz stać się źródłem niepokoju. Dlatego konieczne jest zapewnienie sprzyjających warunków do prowadzenia chociażby minimalnej formy współpracy z personelem jednostek penitencjarnych, udzielania im niezbędnych informacji oraz organizowania dla nich szkoleń, w celu wypracowania pozytywnego lub przynajmniej lepszego nastawienia do osadzonych, uzależnionych od środków odurzających.

5.3 Przywileje

Pacjenci korzystający z leczenia substytucyjnego, którzy stosują się do zaleceń, powinni móc korzystać z takich samych przywilejów, co pozostali osadzeni. Decyzje dotyczące ustalenia wyjść na przepustki powinny być podejmowane na podstawie indywidualnych orzeczeń,

wydawanych przez terapeutę, konkretne daty należy zaplanować, a wyjścia pacjenta na zewnątrz stopniowo doprowadzać do skutku.

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

1

2

3

4

5

6

5.4 Kontynuacja leczenia substytucyjnego po rozpoczęciu i opuszczeniu jednostki penitencjarnej

Pacjenci, którzy jeszcze przed przyjęciem ich do jednostki penitencjarnej korzystali z terapii substytucyjnej, powinni kontynuować leczenie w warunkach izolacji, jednak bywa tak, że różnego rodzaju trudności skutecznie ten proces uniemożliwiają. Najpoważniejszą barierą jest przerwanie leczenia w czasie zatrzymania przez policję, gdyż może to znacząco wpłynąć na zachwianie poziomu tolerancji opiatów. Jeśli to tylko możliwe, pacjentom powinno się umożliwić kontynuowanie terapii podczas zatrzymania przez policję przez podawanie dotychczasowej dawki leku. Jedynym odstępstwem od tej zasady jest sytuacja, gdy osoba uzależniona znajduje się dodatkowo pod wpływem alkoholu i innych środków odurzających w czasie, kiedy powinna przyjąć swą dobową porcję leku substytucyjnego (uwaga: jeśli pacjent w momencie zatrzymania był pod wpływem alkoholu, fakt ten nie powinien powodować przerwania u niego leczenia

substytucyjnego). Bywa również tak, że użytkownik zostaje zatrzymany przez policję poza zwykłymi godzinami pracy instytucji publicznych i w związku z tym nie jest możliwe potwierdzenie u jego lekarza prowadzącego zgłaszanej przez samego zainteresowanego wysokości dawki leku. W takim przypadku pacjent powinien być poddany niezwłocznie konsultacji psychiatrycznej.

Istnieje potrzeba ujednoczenia podejścia do leczenia substytucyjnego w całym systemie sądowniczo-karnym. Nawet w krajach, gdzie leczenie substytucyjne jest dostępne w jednostkach penitencjarnych, zdarza się, że nie jest ono obecne w większości jednostek policyjnych, nie zapewnia się w nich też należytej opieki osobom, które z dnia na dzień odstawiły substancje psychoaktywne. Kwestia ta jest szczególnie problematyczna w sytuacji, gdy zatrzymani uzależnieni nie trafiają bezpośrednio do jednostki penitencjarnej.

W przypadku osób nowo przyjętych do jednostki penitencjarnej i mających tam spędzić pierwszą noc oraz zgłaszających informację o tym, że są oni

objęci terapią substytucyjną, należy zasięgnąć konsultacji u ich lekarza w celu potwierdzenia wysokości dawki, poziomu nadzoru stosowanego wobec tej osoby oraz ostatniej daty przyjęcia leku. Jeśli uda się uzyskać wiarygodne potwierdzenie, że dana osoba otrzymała pełną dawkę w warunkach kontrolowanych w ciągu ostatnich 48 godzin, należy jej zapewnić leczenie podtrzymujące wedle wysokości porcji leku, otrzymywanej w warunkach wolnościowych. Jednak często nie daje się takiego potwierdzenia uzyskać, szczególnie w przypadku, gdy pacjent został przyjęty do jednostki penitencjarnej poza normalnymi godzinami pracy instytucji publicznych. W takiej sytuacji pacjent powinien być niezwłocznie poddany konsultacji psychiatrycznej.

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

1

2

3

4

5

6

5.5 Zaangażowanie pacjenta

Uwagi i spostrzeżenia płynące ze strony użytkowników narkotyków mogą być przydatne w kwestii podnoszenia poziomu jakości kierowanej do nich opieki zdrowotnej. Większość osadzonych miała już wcześniej kontakt z więzienną służbą zdrowia, a także zetknęła się z leczeniem substytucyjnym (detoksykacyjnym lub podtrzymującym) zarówno w jednostce penitencjarnej, jak i poza nią, więc docenianie i wykorzystywanie doświadczeń oraz opinii samych osadzonych w opracowywaniu i wdrażaniu kierowanych do nich działań ma kluczowe znaczenie dla zwiększenia ich skuteczności i zasięgu.

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

5.6 Powiązania z leczeniem infekcji krwiopochodnych (np. Hiv/aids, hbv, hcv) i innych (np. Gruźlica, chorób przenoszonych drogą płciową)

Korzystanie z terapii substytucyjnej przez osoby HIV+, które są uzależnione od środków odurzających, stwarza okazję do poprawienia u nich stopnia adherencyjności leczenia ARV. Dodatkowo daje możliwość ustabilizowania ich stylu życia oraz redukcję wielu obciążeń i komplikacji związanych z przyjmowaniem narkotyków drogą iniekcyjną. W ten sposób otwiera się im też drogę do korzystania z różnych form opieki. Wszystko to sprawia, że leczenie substytucyjne postrzegane jest jako ważny element strategii, mającej na celu utrzymanie aktywnych użytkowników narkotyków HIV+ w terapii ARV.

Leczenie substytucyjne może okazać się wręcz dobroczynne dla osób HIV+, przyjmujących narkotyki drogą iniekcyjną, o ile w jego ramach oferuje się:

- wykonanie testu w kierunku HIV,
- kierowanie do placówek/institucji działających na rzecz osób żyjących z HIV,

- kierowanie do ośrodków referencyjnych, oferujących leczenie ARV i różne formy opieki,
- przygotowanie pacjenta do objęcia terapią ARV,
- ustabilizowanie poziomu uzależnienia u pacjenta na tyle skutecznie, że możliwe staje się rozpoczęcie u niego leczenia ARV,
- wydawanie leków ARV z jednoczesną dystrybucją leków substytucyjnych,
- monitoring stanu zdrowia pacjenta pod kątem występowania u niego efektów ubocznych terapii antyretrowirusowej oraz ich przewycięzanie,
- monitoring i ograniczanie występowania interakcji między metadonem/buprenorfiną a lekami ARV,
- długofalowe wsparcie dla pacjenta i jego bliskich w zakresie przestrzegania zaleceń związanych z dożywotnim przyjmowaniem leczenia ARV.

Codzienny kontakt pacjenta HIV+, uzależnionego od środków odurzających z osobami pracującymi w ramach programu leczenia substytucyjnego

1

2

3

4

5

6

niesie ze sobą olbrzymi potencjał, jeśli chodzi o wdrażanie i podniesienie poziomu adherencyjności leczenia antyretrowirusowego.

5.7 Nieprzerwana terapia substytucyjna

Nie można lekceważyć kwestii wdrożenia leczenia substytucyjnego w przypadku zatrzymania osoby uzależnionej przez policję z uwagi na możliwość wystąpienia ciężkich objawów odstawiennych, co z kolei może mieć wpływ na jakość składanych zeznań, a także na przedłużenie pobytu zatrzymanego w wyżej wymienionych placówkach. Dlatego też leczenie substytucyjne powinno być oferowane osobom zatrzymanym jako forma opieki, zapewniająca stabilność ich stanu zdrowia fizycznego i psychicznego. Z uwagi na fakt, że osoby uzależnione tracą tolerancję na opiaty w ciągu zaledwie kilku dni, wysokie może być również u nich ryzyko przedawkowania, powstałe w wyniku stosowania środków niedozwolonych po krótkim okresie detoksykacji. Jak dotąd nie zbadano pełnego wpływu terapii substytucyjnej na ograniczenie liczby prób samobójczych czy samookaleczenia wśród osób uzależnionych, trafiających do jednostek penitencjarnych. Jednak dosyć prawdopodobne

jest jej pozytywne oddziaływanie w ciągu pierwszych tygodni odbywania przez osadzonych kary pozbawienia wolności.

Ta sama kwestia dotyczy sytuacji w aresztach, gdzie leczenie substytucyjne powinno być wdrażane na zwykłych zasadach. Co więcej, w czasie przepustek, czyli w okresie, gdy podejmowane są podstawowe kroki readaptacji osadzonych do społeczeństwa, wzrasta ryzyko nawrotu uzależnienia oraz przedawkowania, a stosowana wtedy terapia substytucyjna może temu skutecznie zapobiegać.

5.8 Uwagi dotyczące kobiet

Uzależnienie od środków odurzających oraz jego leczenie przebiega inaczej u kobiet niż u mężczyzn. Główne różnice dotyczą występowania dużej liczby współistniejących problemów fizycznych i psychicznych, które należy uwzględnić podczas terapii kobiet. Oprócz tego kobiety uzależnione od opiatów często napotykają na wiele barier w dostępie do leczenia, czyli: brak środków finansowych, niedostateczna liczba ofert kierowanych do nich świadczeń oraz

różnego rodzaju ograniczenia, wynikające ze sprawowania opieki nad dziećmi.

Skutecznie prowadzone leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów u kobiet może znacznie wpłynąć na poprawę efektów udzielanej im równoległe opieki położniczej, prenatalnej oraz noworodkowej. Opiatowa terapia podtrzymująca pełni również ważną rolę w pozyskaniu i utrzymaniu ciężarnych w leczeniu, a także zapewnieniu im dobrego kontaktu z placówkami położniczymi, związanymi z podstawową opieką zdrowotną, czy z instytucjami udzielającymi świadczeń członkom społeczności.

1

2

3

4

5

6