

## 1.1 Wytyczne dla leczenia substytucyjnego w więzieniach

## 1.2 Etyka medyczna leczenia substytucyjnego w więzieniach

### 1.1 Wytyczne dla leczenia substytucyjnego w jednostkach penitencjarnych

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

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

W dokumencie pt. „Wspólne stanowisko na temat problemu narkomanii obecnego w warunkach izolacji i w społeczeństwie” z 2002 roku (Regionalne Biuro WHO dla Europy

i Grupa Pompidou przy Radzie Europy, 2002) przyznano, że:

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

Mając na uwadze wzrost wykrywalności HIV/AIDS w jednostkach penitencjarnych

1

2

3

4

5

6

(nierzadko powiązanych z dożylnym przyjmowaniem środków odurzających przez osadzonych) oraz mając świadomość dużej skuteczności leczenia substytucyjnego, należy jak najszybciej zacząć wdrażać odpowiednie działania. Zaniechanie prowadzenia efektywnej terapii uzależnień, w tym leczenia substytucyjnego oraz profilaktyki HIV spowoduje rozprzestrzenianie się przypadków zakażeń wśród osób stosujących środki odurzające drogą iniekcji, następnie ich przeniesienie do populacji osób osadzonych, stosujących ww. praktyki, a w konsekwencji do ogółu społeczeństwa.

## 1.2 Etyka medyczna leczenia substytucyjnego w warunkach izolacji penitencjarnej

Istnieją trzy powody, dla których warto omówić etyczne konsekwencje prowadzenia substytucyjnego leczenia uzależnień w warunkach izolacji – terapii całkowicie opartej na dowodach naukowych, oficjalnie zatwierdzonej, pozostającej w zgodzie z zaleceniami WHO i ONZ [WHO, Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i

Przestępczości, UNAIDS, 2004] oraz wdrażanej w ramach prawa na poziomie krajowym:

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

trudnej – z etycznego punktu widzenia – interakcji między osadzonym a personelem służby zdrowia, zatrudnionym w jednostce penitencjarnej (Pont J., 2006).

Etyczne aspekty dotyczące prowadzenia substytucji opiatowej w jednostce penitencjarnej, opartej na zasadach etyki medycznej, dotyczącej pracy z pacjentem, zostały opublikowane w Europejskich Regułach Więziennych (Rada Europy 2006), Normach Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom (CPT) (Rada Europy 2004) oraz kilku innych dokumentach ONZ i Światowego Towarzystwa Medycznego, przyjętych na forum międzynarodowym. Na podstawie wspomnianych dokumentów istotę etyki lekarskiej w jednostkach penitencjarnych można streścić następująco:

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

# Rozdział 6. Wytyczne dla leczenia substytucyjnego w więzieniach

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

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

Europejskie Reguły Więzienne są dostępne na stronie internetowej

<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>.

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

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

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

Wydaje się zupełnie naturalnie, że głównym zadaniem lekarza zatrudnionego w jednostce penitencjarnej jest dbanie o zdrowie i o dobre samopoczucie osadzonych. Jednak każdy lekarz zatrudniony w tego typu jednostce wie, że nieustannie trzeba o to zabiegać, a możliwość wdrażania i realizacji programów leczenia substytucyjnego – wręcz wywalczać. Wynika to z faktu, że personel niemedyczny jednostki, jeśli nie posiada odpowiedniej wiedzy o korzyściach płynących z leczenia substytucyjnego, wykazuje tendencje do koncentrowania swej uwagi na

kwestii ryzyka niewłaściwego wykorzystania opiatów czy przekazania ich osobom niepowołanym, a w konsekwencji blokuje wdrażanie tego typu działań. W odniesieniu do opisanego wyżej punktu A obowiązkiem lekarza więziennego jest przekazywanie niezbędnych informacji w taki sposób, aby pomóc pracownikom niemedycznym jednostki penitencjarnej zrozumieć cele leczenia, obalić mity i umożliwić osobom uzależnionym od opiatów dostęp do odpowiednich metod leczenia.

Ze względów bezpieczeństwa pracownicy jednostki penitencjarnej mogą zlecić obowiązkowe przeprowadzanie u osadzonych badań moczu na obecność metabolitów narkotyków. W wielu krajach UE badania moczu stanowią element kontraktów terapeutycznych. Mając na względzie punkt A i to, jak ważne jest budowanie zaufania pacjentów, lekarze i pracownicy służby zdrowia, opiekujący się osadzonymi, nie powinni nigdy osobiście uczestniczyć w prowadzeniu tego typu analiz. Najważniejsze jest, aby osadzeni zostali jasno poinformowani o różnicy, jaka istnieje między badaniami moczu wykonywanymi ze względów

1

2

3

4

5

6

# Rozdział 6. Wytyczne dla leczenia substytucyjnego w więzieniach

bezpieczeństwa a tymi przeprowadzanymi z przyczyn terapeutycznych. Powinni także mieć świadomość, że wyniki analiz moczu, prowadzonych w ramach leczenia substytucyjnego, są ściśle poufne, służą tylko do celów medycznych i nigdy nie mają wpływu na wysokość zasądzonej kary. Mogą one zostać ujawnione stronie trzeciej – poza personelem klinicznym – jedynie po uzyskaniu wyraźnej zgody pacjenta i tylko w przypadku, gdy można to uznać za leżące w jego najlepszym interesie.

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

osadzonego są celem terapii, a nie dostosowanie jego stylu życia do prywatnej wizji terapeuty.

Dostępność i równorzędność opieki – pierwsze dwa podpunkty punktu B, naczelne zasady CPT – opiatowego leczenia substytucyjnego, prowadzonego w jednostkach penitencjarnych – podnoszone były przez Światową Organizację Zdrowia już w 1993 r. (WHO, 1993) i wielokrotnie przez nią podkreślane (Lines R. i in., 2004). Wciąż w niektórych europejskich krajach programy leczenia prowadzone są w warunkach wolnościowych, ale w jednostkach penitencjarnych – nie. Bywa, że potrzebującym nie oferuje się nawet świadczenia wspomaganą detoksykacji opiatów. Gwałtowne odstawienie opiatów – szczególnie metadonu – bez wspomagania farmakologicznego (tzw. detoksykacja typu „cold turkey”) jest błędem lekarskim i pozostaje w całkowitej niezgodzie z etyką i profesjonalizmem medycznym!

W ostatnim dziesięcioleciu znacznie wzrosła liczba programów substytucyjnych, prowadzonych w jednostkach penitencjarnych w Europie i na świecie, jednak w dalszym ciągu wielu

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

W kilku krajach w programach substytucyjnych stosuje się więcej niż jeden lek opiatowy, nie tylko ze względów etycznych, lecz także praktycznych, zachowując w ten sposób równorzędność świadczeń oferowanych w ogólnodostępnej i w więziennej służbie zdrowia oraz w poszczególnych jednostkach penitencjarnych (kwestia istotna przy zmianie miejsca pobytu osadzonego). Praktyka ta również sprawia, że

1

2

3

4

5

6

# Rozdział 6. Wytyczne dla leczenia substytucyjnego w więzieniach

unikania się wprowadzania zmian w leczeniu w trudnych momentach życia osadzonego: w rozpoczęciu przez niego odbywania kary, w czasie zmiany placówki penitencjarnej oraz przy wychodzeniu na wolność.

Należy również pamiętać o kobietach uzależnionych od środków odurzających i odbywających karę pozbawienia wolności oraz ich uczestnictwie w leczeniu substytucyjnym i jego równoważności z leczeniem dostępnym poza jednostką penitencjarną. Z uwagi na mniejszą liczbę osadzonych kobiet (w porównaniu z liczbą osadzonych mężczyzn) oferta świadczeń do nich kierowana jest bardziej ograniczona i zazwyczaj trudno dostępna. Biorąc pod uwagę występowanie u kobiet stosunkowo więcej poważniejszych, współistniejących problemów fizycznych i psychicznych oraz wyższą prevalencję HIV, można domniemywać, że kobiety uzależnione od narkotyków i osadzone w jednostkach penitencjarnych potrzebują lepszych oraz bardziej zróżnicowanych opcji leczenia. Leczenie substytucyjne pełni też ważną rolę w okresie ciąży i opieki okołoporodowej u kobiet

uzależnionych od opiatów, redukując wiele zagrożeń dla matki i dziecka.

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

Podstawowym warunkiem rozpoczęcia każdej terapii, którą charakteryzuje występowanie niepożądanych skutków ubocznych lub która wiąże się z wystąpieniem ryzyka, tak jak w przypadku podawania opiatów, jest uzyskanie od pacjenta (po jego odpowiednim pouczeniu) tzw. świadomej zgody. Ze względu na złożoność leczenia substytucyjnego z punktu widzenia medycznego, prawnego i społecznego, w

wielu jednostkach penitencjarnych w miejsce ustnej lub pisemnej zgody pacjenta, praktykuje się zawarcie kontraktu między nim a terapeutą. Należy pamiętać, że rzadko kiedy – jeśli w ogóle – wymaga się od pacjenta podpisywania tego dokumentu, gdyż może to dodatkowo tworzyć atmosferę przymusu i powodować nieufność w stosunku do lekarza. Jednak w ramach kontraktu zapisuje się uzgodnione obowiązki pacjenta i terapeuty, aby w przypadku zaistnienia pewnych sytuacji można się było na nie powołać. Umowa o treści indywidualnie dopasowanej do potrzeb pacjenta, odpowiednio mu wyjaśniona oraz z nim omówiona, ułatwia zrozumienie terapii substytucyjnej jako takiej, jak również wdrożenie indywidualnego trybu leczenia. Należy pamiętać, że treść umowy nigdy nie może być stosowana jako narzędzie zastraszania ani stanowić formy kary. Wyniki niedawno przeprowadzonej ankiety (Stöver, Casselman, Hennebel, 2006) jasno pokazały, że istnieje potrzeba lepszego zrozumienia tematu przyjmowanej terapii przez samych podopiecznych.

1

2

3

4

5

6

# Rozdział 6. Wytyczne dla leczenia substytucyjnego w więzieniach

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

- wszelkie zobowiązania lekarza względem strony trzeciej, które naruszałoby zasadę poufności (zgodny z prawem lub wyrokiem sądowym obowiązek wysyłania zgłoszeń do różnego typu władz) oraz tych wszystkich obszarów, w których pacjent może liczyć na ścisłą tajemnicę lekarską,
- uzasadnienie stosowania opiatowego leczenia substytucyjnego,
- doprecyzowane wcześniej obowiązki pacjenta i terapeuty,
- aktualny, indywidualny cel leczenia, ustalony z pacjentem,
- różnego rodzaju ryzyka, niepożądane skutki uboczne i możliwe ograniczenia,
- konsekwencje świadomego przerwania leczenia,
- sposób postępowania w przypadku powrotu do nałogu,
- czynniki wpływające na wykreślenie pacjenta z terapii.

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

W przypadku osadzonych, uczestniczących w leczeniu substytucyjnym przestrzeganie zasady poufności jest często ograniczone ze względów ustawowych i praktycznych – w większości krajów prawo wymaga zgłaszania do rejestru osób leczonych opiatami.

W warunkach izolacji podawanie leków często wymaga zaangażowania i współpracy ze strony niemedycznych pracowników jednostki penitencjarnej, m.in. z powodu ograniczonej liczby pracowników, co stanowi kolejną przeszkodę w zachowaniu ścisłej tajemnicy lekarskiej. Kompleksowe leczenie uzależnienia pociąga za sobą konieczność współpracy interdyscyplinarnej, dlatego nieunikniona – ale będąca w interesie pacjenta – pozostaje kwestia wymiany informacji. Każdy członek zespołu terapeutycznego musi być objęty obowiązkiem dochowania tajemnicy zawodowej. Bardzo ważne jest, aby pacjenci zostali poinformowani o tym, kto ma dostęp do dotyczących ich danych, kto jest objęty przestrzeganiem tajemnicy zawodowej i jakie kwestie wchodzą w zakres poufności.

1

2

3

4

5

6



# Rozdział 6. Wytyczne dla leczenia substytucyjnego w więzieniach

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

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

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

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

Wsparcie humanitarne, wymienione przez CPT dotyczy się osadzonych, znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji. W pewnym sensie uzależnieni od środków odurzających i przebywający w jednostkach penitencjarnych przynależą do tej kategorii: stoją nisko w hierarchii więziennej, narażeni są na akty

wrogości innych osadzonych oraz personelu, co może oznaczać znęcanie się, stosowanie wobec nich przemocy, zmuszanie do świadczenia usług seksualnych oraz wywieranie presji dotyczącej oddawania przepisanych im leków. Niektórych z tych problemów można uniknąć przez dochowanie zasady poufności i zaproponowanie, że obejmie się osoby uzależnione odpowiednim miejscem pobytu osadzonego oraz stosowanie wobec niego dodatkowych środków ochronnych. Zachęcanie personelu jednostek penitencjarnych do traktowania leczenia substytucyjnego jako zwykłego elementu więziennej rutyny, podobnie jak każdej innej działalności medycznej, na pewno pomoże użytkownikom narkotyków przebywającym w jednostkach penitencjarnych.

Młodociani, kobiety (szczególnie ciężarne) oraz przedstawiciele mniejszości etnicznych czy kulturowych powinni być objęci szczególną ochroną i wsparciem. W europejskich jednostkach penitencjarnych rośnie liczba osób obcojęzycznych, uzależnionych od środków odurzających, które w czasie przyjęcia do placówki oraz rozmów terapeutycznych

1

2

3

4

5

6

# Rozdział 6. Wytyczne dla leczenia substytucyjnego w więzieniach

potrzebują pomocy tłumacza. Dodatkowe wyzwania w leczeniu tych osób stwarzają współwystępujące u nich zaburzenia psychiczne i upośledzenie funkcji poznawczych.

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

sytuacji pacjenta na bazie wspólnego z nim porozumienia.

Wydaje się, że potrzebne jest udoskonalenie komunikacji z pacjentem na temat tego, że leczenie substytucyjne w jednostce penitencjarnej stanowi interwencję medyczną, prowadzoną w sposób niezależny od odbywania przez niego kary pozbawienia wolności. Wyniki przeprowadzonej ankiety (Stöver, Casselmann, Hennebel, 2006) pokazały, że tego typu leczenie było czasem przez osadzonych postrzegane jako nagroda za dobre zachowanie, a nie terapia zlecona im z powodów medycznych. Wyjaśnienie tej kwestii jest szczególnie ważne dla pacjentów skazanych przez sąd na poddanie się leczeniu uzależnienia podczas pobytu w jednostce penitencjarnej. Każde leczenie uzależnienia od środków odurzających wymaga, aby prowadzący był do tego odpowiednio przygotowany zawodowo. Biorąc pod uwagę złożoność leczenia substytucyjnego w warunkach jednostki penitencjarnej, w tym branie odpowiedzialności za indywidualną ocenę stanu pacjenta, planowanie jego leczenia, minimalizację zagrożeń oraz niepożądanych skutków ubocznych, w

każdym zespole więziennej opieki zdrowotnej, który oferuje leczenie substytucyjne opiatami, powinien znajdować się lekarz specjalizujący się w leczeniu uzależnień.

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

W wielu krajach, aby zminimalizować ryzyko stosowania leków niezgodnie z przeznaczeniem lub oddania ich do nielegalnego obrotu, stosuje się środki nadzoru, np. inspekcji jamy ustnej po podaniu przepisanego leku opiatowego, a także okresowe badania moczu na obecność

1

2

3

4

5

6



# Rozdział 6. Wytyczne dla leczenia substytucyjnego w więzieniach

metabolitów opiatów. Kontrole te powinny być wykonywane przez personel medyczny pod warunkiem przestrzegania zasad poufności. Badania naukowe nie są w stanie wykazać, czy badanie moczu jest wiarygodnym i skutecznym sposobem monitorowania zażywania narkotyków. Otwarta oraz oparta na zaufaniu relacja terapeutyczna może umożliwić uzyskanie dużo dokładniejszych informacji na ten temat. Stosowanie bezpośredniego nadzoru podczas oddawania moczu przez osadzonego jest aktem upokarzającym i nie buduje relacji opartej na szacunku. Wyniki badania moczu muszą być poufne i służyć wyłącznie celom medycznym.

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

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

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

Leczenie opiatami osób uzależnionych, przebywających w jednostce penitencjarnej jest naukowo udokumentowanym rozwiązaniem

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

1

2

3

4

5

6