
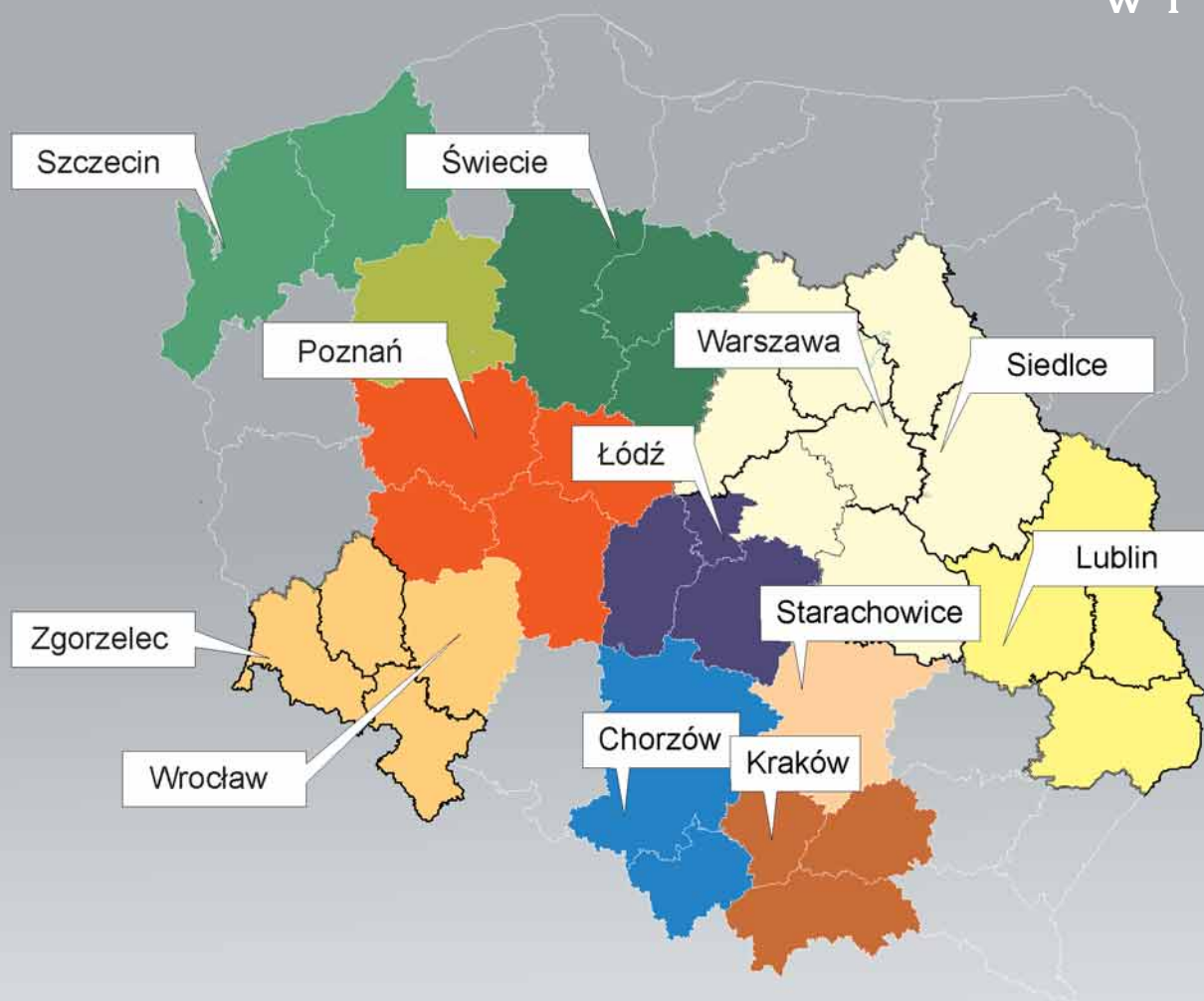


# Służba Zdrowia



**Leczenie substytucyjne  
w terapii uzależnień  
w Polsce**



### Dyrekcje placówek i kierownicy programów

#### PLACÓWKI PROWADZĄCE PROGRAM LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

I.p.	NAZWA PLACÓWKI	ADRES	MIASTO	KIEROWNIK PROGRAMU
1	Instytut Psychiatrii i Neurologii	ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa	Warszawa	Dr Karina Chmielewska
2	Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej	ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa	Warszawa	Dr Teresa Werezńska
3	Wojewódzki Szpital Zakaźny	ul. Wolska 17, 01-190 Warszawa	Warszawa	Dr Ewa Grycner
4	Stowarzyszenie „Eleuteria” NZOZ Poradnia Uzależnień dla Dorosłych	ul. Dzielna 7, 00-154 Warszawa	Warszawa	Dr Marek Wójcik
5	NZOZ Poradnia ds. Uzależnień „Mały Rycerz”	ul. Brzeska 13, 03-737 Warszawa	Warszawa	Dr Sławomir Dziekan
6	Poradnia Terapii Uzależnień	ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów	Chorzów	Mgr Edward Bożek
7	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera, Poradnia Uzależnień	oś. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków	Kraków	Dr Krzysztof Łabuz
8	Ośrodek Leczenia Uzależnień	ul. Karłowicza 1, 20-027 Lublin	Lublin	Dr Andrzej Hubert Kaciuba
9	SPZOZ Szpital im. Babińskiego	ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź	Łódź	Dr Marek Staniaszek
10	Centrum Profilaktyki Uzależnień	ul. Marcinkowskiego 21, 61-745 Poznań	Poznań	Dr Andrzej Kobus
11	Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej	ul. Radomska 70, 27-700 Starachowice	Starachowice	Dr Katarzyna Dembicka
12	Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej „Zdroje”	ul. Żołnierska 53, 71-210 Szczecin	Szczecin	Dr Bożena Ślósarek
13	Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ	ul. Podróźnicza 26/28 53-208 Wrocław	Wrocław	Dr Jacek Gąsiorowski
14	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	ul. Warszawska 37a, 59-900 Zgorzelec	Zgorzelec	Dr Robert Lejda
15	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych	ul. Sądowa 18, 86-100 Świecie	Świecie	Dr Sławomir Biedrzycki
16	NZOZ Centrum, Poradnia leczenia uzależnień	ul. Czerwonego Krzyża 41, 08-110 Siedlce	Siedlce	Dr Adam Kulesza

Debata ekspercka „Leczenie substytucyjne jako element systemu terapii uzależnień w Polsce”, Warszawa, 24 listopada 2008 r.

# Zintegrować wysiłki

Już po raz kolejny „Służba Zdrowia” była inicjatorem i organizatorem debaty na temat substytucyjnego leczenia uzależnień w Polsce. Spotkanie ekspertów, poświęcone roli leczenia substytucyjnego w systemie terapii uzależnień w Polsce, zgromadziło nie tylko lekarzy i terapeutów, ale także odpowiedzialnych za programy substytucyjne, przedstawicieli samorządów oraz organizacji pacjentów.



Renata Furman

**N**iestety, w naszym kraju zaledwie 4% osób uzależnionych ma dostęp do terapii substytucyjnej. Na tle innych krajów UE, gdzie odsetek leczonych tą metodą osób uzależnionych sięga 40%, wypadamy bardzo słabo.

Uczestniczący w debacie profesor Marek Jarema, konsultant krajowy w

dziedzinie psychiatrii, zwrócił uwagę na obowiązującą w Polsce zasadę, że terapia substytucyjna stosowana jest właściwie dopiero jako ostateczność. Jako terapia wiodąca dominuje bowiem leczenie w oparciu o abstynencję, czyli tzw. drug free.

Lecznictwo zamknięte pochłania dziś aż 75% środków przeznaczonych na leczenie uzależnionych. Warto zmienić te proporcje w dystrybucji środków finansowych i inwestować przede wszystkim w rozwój leczenia ambulatoryjnego – postulował.

Obecną sytuację pogarsza fakt, że w wielu regionach kraju (woj. pomorskie, podlaskie, opolskie, podkarpackie, lubuskie) pacjenci w ogóle nie mają dostępu do terapii substytucyjnej.

Tymczasem zalety tej formy leczenia są wymierne: jest ona znacznie bardziej skuteczna niż inne, pozwala na dobre funkcjonowanie bez obja-

wów abstynencji, redukuje ryzyko przedawkowania i śmierci, umożliwia systematyczne oddziaływania psychoterapeutyczne i reintegrację społeczną.

Doustne podawanie leków substytucyjnych względem opiatów zmniejsza także ryzyko groźnych zakażeń wirusowych HIV i HCV. Szerze udostępnienie terapii substytucyjnej zbliży Polskę do europejskich standardów w zakresie leczenia uzależnień.

Zdaniem prof. Jaremy, w Polsce najlepiej sprawdzałby się tzw. pośredni model terapii z zastosowaniem metadonu i buprenorfiny z naloksonem. Wprowadzenie nowych leków, które są połączeniem agonisty z antagonistą receptorów opioidowych, pozwala na znaczne rozszerzenie dostępności do leczenia przy stosunkowo niskich nakładach finansowych, »



» nadto w sposób bezpieczny dla pacjentów i społeczeństwa. Takie połączenie charakteryzuje się bowiem, jak wspomniano, mniejszym niebezpieczeństwem przedawkowania oraz nielegalnego stosowania. Tym samym – poszerza się możliwość stosowania tego leczenia w warunkach ambulatoryjnych.

Podczas dyskusji poseł Marek Balicki podkreślił, że leczenie przede wszystkim powinno być dostosowane do potrzeb pacjenta. Niska dostępność terapii substytucyjnej jest łamaniem praw pacjenta, a nierówny dostęp do leczenia w poszczególnych rejonach Polski to ponadto łamanie zasad konstytucyjnych. Zdaniem M. Balickiego, nie ma racjonalnych przesłanek, aby terapię substytucyjną traktować jako *ultima ratio*.

Marta Gaszyńska ze Stowarzyszenia JUMP 93 zwróciła uwagę na pokutujące jeszcze stereotypy. Nawet wśród personelu medycznego nie należy do rzadkości postrzeganie terapii substytucyjnej jako „darmowego ćpania” oraz uznawanie abstynencji za jedyną skuteczną formę terapii. Pacjent często odnosi więc wrażenie, że jest karany za przyczynę swej choroby.

To podejście do problemu piętnował M. Balicki: w przypadku choroby nie ma bowiem miejsca na moralną ocenę pacjenta czy skutków jego leczenia.

Dyskutanci byli zgodni, że we współczesnej Europie – w przypadku substytucyjnego leczenia nowoczesnymi lekami – pytania o korzyści takiej terapii są anachronizmem, a nawet kompromitują tych, którzy je stawiają.

Zarządzający systemami zdrowia w krajach unijnych już dawno za oczywisty uznali pozytywny wpływ terapii o udowodnionej i udokumentowanej skuteczności na zdrowie publiczne – przy jednoczesnych dużych indywidualnych korzyściach dla pacjenta.

W Polsce zasadne jest natomiast pytanie, co należy zrobić, aby tego typu terapię były jak najszerszej dostępne. Jedną z odpowiedzi może być postulat połączenia zaangażowania polityków, urzędów państwowych, stowarzyszeń pacjenckich oraz wsparcia go poprzez zintegrowany system szkoleniowy dla terapeutów i merytoryczne przewodniki terapeutyczne dla pacjentów i ich najbliższych. ■

# Miejsce leczenia substancji psychoaktywnych a wybór metod leczenia uzależnienia

Uzależnienie opioidowe towarzyszy ludzkości od stuleci, jednak dopiero po drugiej wojnie światowej przybrało rozmiary, które zaniepokoiły społeczeństwa.

Przy gwałtownym rozpowszechnieniu się używania różnych substancji psychoaktywnych szczególnie nasiliło się używanie opiatów.



Dr n. med.  
Bogusław Habrat

kierownik Zespołu Profilaktyki i Leczenia Uzależnień, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami

Charakteryzuje się ono zaś szybkim powstawaniem uzależnienia, częstym używaniem ciągłym i/lub dużą tendencją do nawrotów, znacznym ryzykiem zgonu z powodu tzw. przedawkowania, szybkim wypadaniem z ról społecznych i popadaniem w poważne konflikty z prawem oraz zachowaniami nieobyczajnymi. W latach 80. ubiegłego wieku dożyłne przyjmowanie narkotyków stało się głównym czynnikiem przenoszenia wirusa HIV.

Jeszcze w latach 60. ub.w., wobec braku skutecznych form leczenia uzależnienia od opiatów, w USA i krajach Europy Zachodniej podjęto liczne próby leczenia eksperymentalnego: zarówno farmakoterapii, jak i oddziaływań psychospołecznych. W tym czasie jednym z głównych celów farmakoterapii było zmniejszenie ryzyka zgonu z powodu tzw. przedawkowania opioidów. Najbardziej skutecznym okazał się metadon, a przy oka-

zji stosowania go stwierdzono, że u osób przyjmujących metadon zmniejszyło się nasilenie zachowań poszukiwawczych za opioidami oraz osoby te zaczęły lepiej funkcjonować w różnych rolach społecznych.

Metadon jest lekiem o farmakologicznych właściwościach podobnych do takich opiatów, jak heroina i morfina (działanie agonistyczne na receptory opioidowe). Jednak cechuje się odmiennymi, cennymi parametrami: ma długi okres działania i może być podawany raz na dobę (heroina musi być przyjmowana wielokrotnie w ciągu doby). Doustne podawanie go zmniejsza zaś ryzyko infekcji przenoszonych drogą wstrzyknięć, nie obserwuje się też tolerancji, czyli konieczności ciągłego zwiększania dawek. Z czasem wprowadzono inne, podobnie działające leki: buprenorfinę i jej preparaty łączone z naloksonem (Suboxone), doustne preparaty morfiny o przedłużonym działaniu, kodeinę, a nawet heroinę.

Leczenie substytucyjne jest na ogół nieograniczone w czasie, co oznacza, że zdecydowana większość osób przyjmuje leki przez wiele miesięcy i lat, a praktycznie – do końca życia. Jest to przedmiotem wielu kontrowersji, szczególnie podkreśla się, że „społeczeństwo kupuje sobie spokój za cenę podtrzymywania pacjentów w ich uzależnieniu”. Podnoszona jest też sprawa, że w leczeniu substytucyjnym dochodzi jedynie do zalecenia oraz zmniejszenia szkód indywidualnych (zdrowotnych) i społecznych, natomiast pacjent pozostaje nadal uzależniony.

# substytucyjnego wśród innych znień opiodowego



Należy jednak podkreślić, że nie istnieją alternatywne metody leczenia uzależnienia opiodowego o choćby zbliżonej do leczenia substytucyjnego skuteczności. Metody nastawione na utrzymywanie całkowitej i długotrwałej abstynencji (głównie oddziaływania psychoterapeutyczne, ale również leczenie tzw. blokerami, np. naltreksonem) są mało skuteczne: retencja w takich programach jest mała (wielomiesięczne

leczenie kończą tylko nieliczni), po roku od rozpoczęcia leczenia zaledwie 5–15% pacjentów jest w stanie osiągnąć sukces, którego miarą jest całkowite utrzymywanie abstynencji.

Oznacza to, że 85–95% leczonych metodami drug free wraca do dożylnego (najczęściej) używania opiatów, przy czym w związku ze zmniejszeniem tolerancji w wyniku abstynencji – częste są przypadki tzw. przedawkowań, nieraz ze skutkiem śmiertelnym.

Zwiększa się też ryzyko zakażeń przenoszonych drogą krwionośną.

Obserwacje z leczenia substytucyjnego kazały zatem przeformułować cele terapii osób uzależnionych. Szczytny cel, jakim jest całkowite i długotrwałe utrzymywanie abstynencji, w obecnym stanie wiedzy jest uznawany za nierealistyczny dla większości chorych, nieakceptowany przez znaczną część pacjentów, naraża ich więc na liczne szkody zdrowotne. »

» Z tego też względu, głównym celem leczenia stało się zmniejszenie szkód zdrowotnych (ang.: harm reduction). Podejście to zakłada, że priorytetem leczenia powinno być zmniejszenie ryzyka zgonu, ciężkich chorób somatycznych, ciężkich dysfunkcji psychicznych, degradacji społecznej, choćby miało się to odbywać kosztem zaniechania leczenia niektórych farmakologicznych mechanizmów uzależnienia. Realizacja tych celów za pomocą leczenia substytucyjnego okazała się nie tylko bardziej skuteczna niż inne metody, ale umożliwiła m.in. systematyczne oddziaływanie psychospołeczne, w tym

pokrywane z nich były głównie koszty tych programów, które:

- mają udowodnioną naukowo największą skuteczność,
- cechują się największą skutecznością w relacji do nakładów.

Tego typu zalecenia sformułowane są m.in. w dyrektywie Komisji Europejskiej. WHO z kolei wprost zaleca leczenie substytucyjne jako najbardziej skuteczne w zmniejszaniu ilości używanych substancji psychoaktywnych i zapobieganiu infekcjom HIV.

W większości krajów – właśnie te dwa czynniki decydują o strukturze polityki zdrowotnej w zakresie leczenia uzależnienia opioidowego i zapobieganiu infekcjom przenoszonym

na 1 chorego. Tymczasem skuteczne i wydajne programy substytucyjne borykają się zarówno z niedofinansowaniem, jak i mają słabe wsparcie samorządów lokalnych, a nadto cieszą się małym zainteresowaniem medycznej części sektora uzależnień.

Zakładane w Narodowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii zwiększenie dostępności do leczenia substytucyjnego z 4 do 20% do 2012 r. – może się zatem okazać nierealne. Przyczyny tego są złożone, ale wśród nich są:

- polityka zdrowotna w zakresie leczenia uzależnień w niedostatecznym stopniu jest oparta na dowodach naukowych,
- mamy „historycznie” uwarunkowaną demedycyzację lecznictwa uzależnień,
- istnieje małe zainteresowanie środowisk medycznych tą formą leczenia (co jest uwarunkowane zarówno niedostatecznym szkoleniem przed-, jak i podyplomowym oraz małą atrakcyjnością pracy z osobami uzależnionymi).

Wszystko to powoduje, że jeden z mierników skuteczności redukcji szkód, a wg niektórych – nawet mierników kultury (stosunek do zmarginalizowanych członków społeczeństwa), jakim jest dostępność do leczenia substytucyjnego, w Polsce kształtuje się na zenująco niskim poziomie. A dotyczy to zarówno miejsca naszego kraju w Europie, jak i liczb bezwzględnych.

Co najdziwniejsze, w przeciwieństwie do krajów o dużej kulturze medycznej, gdzie leczenie substytucyjne jest solidarnie wspierane nie tylko przez medyków, ale również przez przedstawicieli zawodów paramedycznych (psychologów, terapeutów, pracowników socjalni itp.) oraz społeczności lokalne – w Polsce występuje i, chyba narasta, polaryzacja stanowisk w tej kwestii.

Niestety, często obserwowanym zjawiskiem jest przesuwanie debaty z płaszczyzny naukowej na płaszczyznę demagogii. Dziwi to o tyle, że wszystkie te środowiska łączy troska o dobro pacjenta, a przecież najbardziej skuteczne są oddziaływania kompleksowe. Tymczasem leczenie substytucyjne jest obecnie najpotężniejszym czynnikiem umożliwiającym skuteczne, bo systematyczne oddziaływania paramedyczne: psychoterapię, socjalizację, oddziaływania środowiskowe. ■

## Nawet w krajach bogatych środki finansowe przeznaczone na leczenie osób uzależnionych są ograniczone i niewystarczające.

psychoterapię nastawioną na wyrobienie umiejętności radzenia sobie z sytuacjami uprzednio prowadzącymi do sięgania po nielegalne i groźne narkotyki.

Wykazano m.in., że leczenie substytucyjne w porównaniu z innymi formami leczenia:

- jest lepiej akceptowane przez większość pacjentów;
- powoduje większą retencję w programie;
- ok. 3–4-krotnie mniejsza współczynnik zgonów;
- drastycznie mniejsza używanie opiatów, szczególnie drogą dożylną oraz większości innych substancji psychoaktywnych;
- umożliwia diagnostykę i systematyczne leczenie wielu schorzeń somatycznych (np. AIDS, gruźlica) i psychicznych, spowodowanych głównie przewlekłym używaniem narkotyków, szczególnie drogą dożylną;
- poprawia ogólny stan zdrowia somatycznego i psychicznego;
- powoduje poprawę jakości życia, zarówno w ocenie obiektywnej, jak i subiektywnej;
- poprawia funkcjonowanie w różnych rolach społecznych;
- zmniejsza liczbę zachowań kryminalnych i nieobyczajnych.

Nawet w krajach bogatych środki finansowe przeznaczone na leczenie osób uzależnionych są ograniczone i niewystarczające. Zachodzi więc konieczność takiej ich alokacji, aby

drogą krwionośną. Powoduje to, że leczenie substytucyjne jest dominującą formą terapii osób uzależnionych od opiatów. Odsetki korzystających z leczenia substytucyjnego w stosunku do wszystkich uzależnionych od opiatów wynoszą od 20 do 70% i czynione są starania, by dostępność ta była jeszcze większa.

Odmienna sytuacja panuje w Polsce. Z leczenia substytucyjnego korzysta zaledwie ok. 4% uzależnionych, mimo znacznego zapotrzebowania na tę formę leczenia. Dominującą formą pomocy oferowanej osobom uzależnionym od opiatów są ośrodki rehabilitacyjne, które stosują psychoterapię, m.in. wykorzystującą dynamikę procesów zachodzących w grupach. Programy te realizowane są najczęściej w odizolowanych od środowiska ośrodkach, a nastawione są na utrzymywanie całkowitej abstynencji.

Nie przeprowadzano ostatnio badań mierzących skuteczność tej formy terapii w Polsce, jednak trudno przypuszczać, żeby była ona większa niż w podobnych programach na Zachodzie, gdzie wynosi 5–15%.

Badania Moskalewicz i wsp. (2007 r.) wykazały, że struktura lecznictwa uzależnień w Polsce jest niewłaściwa: większość środków finansowych jest lokowana w programy o małej skuteczności klinicznej, przeznaczana na wielomiesięczne leczenie w ośrodkach, gdzie „konsumowane” są największe nakłady finansowe

# Jak rozwijać leczenie uzależnień oparte na dowodach naukowych?

Poszukiwanie skutecznych koncepcji i technik terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych od wielu lat znajduje się w centrum zainteresowania polityk antynarkotykowych, realizowanych zarówno na poziomach krajowych, jak i w obrębie społeczności międzynarodowej.



**Piotr Jabłoński**

pedagog, certyfikowany specjalista terapii uzależnień, dyrektor Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii

**D**eklaracja przyjęta przez kraje członkowskie Narodów Zjednoczonych w końcowych latach XX wieku, dotycząca pryncypiów redukcji popytu na narkotyki, stała się jednym z dokumentów, który nie tylko ukształtował międzynarodową dyskusję na ten temat, ale i zintensyfikował próby implementacji działań, zmierzających do zwiększenia zasięgu i jakości leczenia uzależnień postrzeganego jako kluczowy element generalnych strategii przeciwdziałania skutkom narkotyków i narkomanii.

Kontynuacja tego typu debaty prowadzona jest obecnie na wielu forach współpracy regionalnej i ponadregionalnej. W marcu 2008 r. Biuro do spraw Narkotyków i Przeszłości Narodów Zjednoczonych (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC) i Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) opracowały dokument „Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion paper”, którego zasadniczym celem jest zaprezentowanie wspólnie uzgodnionych pryncypiów leczenia uzależnień, upowszechnienie sformułowanych w nim

tez oraz zachęcanie rządów oraz innych zainteresowanych podmiotów i instytucji do wplatania w struktury lecznicze takich form i programów terapii uzależnień, które zostały uznane przez niezależne gremia fachowców za potwierdzone naukowo pod względem prezentowanej skuteczności i efektywności.

Wychodząc z założenia, że większość państw współczesnego świata doświadcza negatywnych następstw obrotu narkotykami, w tym ich skutków dla zdrowia indywidualnego i publicznego, oraz że jednocześnie dysponują one ograniczonymi zasobami kadrowymi i finansowymi na przeciwdziałanie temu zjawisku wyżej wymienione organizacje zachęcają instytucje właściwe dla realizacji tego zadania w poszczególnych krajach do spójnego planowania rozwoju systemów terapeutycznych, w ramach których jak najszersze rzesze osób uzależnionych wchodziłyby w kontakt z różnorodnymi formami opieki i terapii – przy maksymalnym, osiągalnym wpływie na poprawę ich stanu zdrowia oraz przy najniższych, możliwych do akceptacji kosztach realizacji świadczeń.

Uzależnienie od narkotyków definiowane jest w przytoczonym dokumencie, zgodnie ze współczesną wiedzą, jako wieloczynnikowe zaburzenie prowadzące do chronicznej choroby, w której przebiegu występują nawroty i remisje.

Choć w ciągu minionych dekad, w zależności od wiedzy, postaw i przekonań ideologicznych formułowano różnorodne koncepcje etiologii uzależnienia od narkotyków (postrzeganego jako problem o wyłącznie społecznym charakterze, bądź jako powiązany z edukacją lub duchowością, lub też zachowanie, które powinno być poddane nade



wszystko rygorowi egzekucji prawa i systemu karnego, jak również jako problem o charakterze wyłącznie farmakologicznym), to obecnie przeważa pogląd traktujący uzależnienia jako chorobę. Dowody naukowe wskazują zaś, iż jej rozwój jest uwarunkowany złożoną i wieloczynnikową interakcją pomiędzy powtarzającą się ekspozycją na narkotyki oraz czynnikami biologicznymi i środowiskowymi.

Niepowodzenia prób zapobiegania zjawisku narkomanii oraz leczenia osób używających narkotyków poprzez stosowanie surowych sankcji karnych wyjaśniane są m.in. faktem, że nie bierze się w tych oddziaływaniach pod uwagę zmian neurologicznych »

» w pracy mózgu, jakie powoduje uzależnienie.

Uzależnienie od narkotyków uznawane jest coraz powszechniej, nie tylko w kulturze zachodnioeuropejskiej, za chorobę, której można zapobiegać i którą można leczyć. Coraz większa liczba publikacji naukowych wskazuje też wyraźnie na dostępność skutecznych działań profilaktycznych i leczniczych. Wiele doniesień ze świata nauki potwierdza, że najlepsze wyniki terapeutyczne osiąga się przy stosowaniu podejścia holistycznego oraz interdyscyplinarnego, obejmującego zarówno zróżnicowane oddziaływania farmakologiczne, jak i psychospołeczne, które odpowiadają na potrzeby związane ze stanem choroby i etapem procesu zdrowienia konkretnego odbiorcy świadczeń leczniczych.

Jednocześnie coraz powszechniejsza jest świadomość ogromnych strat społecznych generowanych przez konsumpcję substancji psychoaktywnych. Uzależnienie od narkotyków oraz używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych wiąże się z problemami zdrowotnymi, ubóstwem, przemocą, przestępczością oraz wykluczeniem społecznym.

Do kosztów opieki zdrowotnej oraz innych kosztów związanych z konsekwencjami używania narkotyków należy doliczyć również cenę, jaką płaci społeczeństwo w postaci spadku produktywności oraz spadku dochodów rodzin, problemów z bezpieczeństwem, wypadkami drogowymi oraz wypadkami w miejscu pracy, wreszcie powiązania narkotyków z korupcją i światem kryminalnym. Powyższe czynniki generują ogromne wydatki i straty ekonomiczne, doprowadzają też do strat w zasobach ludzkich.

Koszty leczenia opartego na standardach merytorycznych i organizacyjnych oraz na dowodach naukowych (evidence-based treatment) są o wiele niższe niż koszty pośrednie generowane w przypadku braku dostępu do leczenia uzależnienia od narkotyków. Kwoty wydatkowane na leczenie przynoszą oszczędności z punktu widzenia np. zmniejszenia liczby ofiar przestępstw i w konsekwencji – redukcji wydatków na system sprawiedliwości. Próby określenia minimum oszczędności osiąganym w sytuacjach „leczenie – brak leczenia” przyniosły oszacowania na poziomie 1:3, natomiast gdy przeprowadzono szerszą kalkulację tych kosztów, biorąc pod uwagę przestępczość oraz implikacje zdrowotne i społeczne, wów-

czas szacowany wskaźnik oszczędności wyniósł 13:1.

Dobre praktyki lecznicze, oparte na dowodach naukowych oraz skumulowana wiedza naukowa dotycząca istoty uzależnienia od narkotyków, powinny wytyczać kierunki oddziaływań oraz inwestycji w leczenie uzależnień. W opinii autorów przytoczonego wyżej dokumentu, oczekiwania w stosunku do terapii uzależnień powinny być oparte na podejściu sformułowanym jako „nie mniej” wymagań niż w stosunku do terapii innych chorób przewlekłych, z których część w niedalekiej jeszcze przeszłości również uznawana była za niepoddające się leczeniu.

Wnioskiem wieńczącym tę część rozważań jest stwierdzenie, że wysokie standardy jakości, wymagane od farmakologicznych i psychospołecznych oddziaływań w innych dyscyplinach medycznych, powinny zostać wprowadzone także w obszarze terapii uzależnienia od narkotyków.

W ślad za powyższymi konstatacjami, omawiany dokument formułuje 9 podstawowych zasad rozwoju leczenia uzależnień o dowiedzionej skuteczności.

Jedną z nich jest wymóg minimalizacji barier w dostępności do leczenia i takie jego zaprojektowanie, aby odpowiadało ono na potrzeby odbiorców. Uzależnienie i towarzyszące mu problemy zdrowotne i społeczne poddają się interwencji leczniczej i mogą być efektywne wobec większości osób potrzebujących, jeżeli są dostępne w wymiarze czasowym, ekonomicznym i terytorialnym.

Kolejnym zalecanym priorytetem jest skoncentrowanie uwagi na zagadnieniach badań przesiewowych, ocenie i diagnozie sytuacji oraz planowaniu leczenia.

Pacjenci dotknięci problemem uzależnienia z reguły prezentują liczne potrzeby zdrowotne o charakterze indywidualnym, społecznym i ekonomicznym, które nie mogą być należycie i produktywnie rozwiązywane, jeśli są traktowane w sposób standardowy, zawężony głównie do reakcji na symptomy uzależnienia.

Osobnej wagi nadano podejściu do leczenia opartemu na dowodach zaczerpniętych z dobrej praktyki terapeutycznej i skumulowanej wiedzy naukowej\*.

W opinii autorów opracowania, istnieje szereg farmakologicznych i psychospołecznych oddziaływań,

zweryfikowanych już naukowo, adekwatnych do różnych faz uzależnienia oraz różnych etapów leczenia. Jednocześnie uwypuklone zostało stwierdzenie, że nie istnieje jeden model leczenia odpowiedni dla wszystkich pacjentów. Zróżnicowane metody terapii skierowane do konkretnych grup docelowych najlepiej odpowiadają specyficznym potrzebom poszczególnych zespołów klinicznych. Na przykład przypadki uzależnień umiarkowanych mogą być prowadzone w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (ogólnie praktykujący po stosownym przeszkoleniu). Natomiast pacjenci w poważniejszych stanach psychicznych i somatycznych, szczególnie w przypadkach wystąpienia współzachorowalności, mogą wymagać podejścia specjalistycznego, interdyscyplinarnego, łącznie z opieką psychiatryczną.

Wysoki priorytet został nadany zagadnieniu wystarczającego czasu trwania terapii. W przypadku leczenia złożonych chorób chronicznych oraz przy zapobieganiu nawrotom, za najbardziej skuteczne uznano długoterminowe programy leczenia. Mogą one być niezbędne i są efektywne w bardziej poważnych stanach i fazach uzależnienia od narkotyków. Dlatego kluczowe jest, aby w ramach systemu leczenia rozwijać podejście ułatwiające i podtrzymujące dłuższe utrzymywanie się pacjentów w leczeniu.

Tocząca się na wielu polach dyskusja na temat integracji psychospołecznych i farmakologicznych metod leczenia, znajduje w omawianym dokumencie odzwierciedlenie w postaci konstatacji, że takie podejście może poprawiać rezultaty terapii i powinno być pacjentom oferowane jako część wszechstronnej terapii. Orientacja holistyczna, nakazująca poddawać leczeniu raczej całą osobę niż tylko aspekt uzależnienia, okazała się – w świetle badań nad skutecznością – nieść lepsze rezultaty w zapobieganiu nawrotom choroby.

Dla zapewnienia dobrych praktyk leczniczych za jedno z kluczowych zagadnień uznano interdyscyplinarność zespołów terapeutycznych. Rekomendowane są te placówki, w skład których wchodzi lekarze ogólni, psychiatrzy, psychologowie, pracownicy społeczni, specjalistyczni pracownicy poradni i pielęgniarki. Zespoły tak skompletowane, w związku z wieloczynnikową istotą uzależnienia od narkotyków, mogą lepiej reagować na potrzeby pacjentów. Uznano za dowiedzione, że opieka i leczenie chorób somatycznych, np. zapa-

lenia wątroby, infekcji, bólu etc. oraz współistniejących chorób psychicznych, wykorzystujące zarówno metody *stricte* medyczne, jak i psychospołeczne, mogą w znaczącym stopniu poprawić wyniki terapii.

W kontekście dostosowywania ofert leczniczych do potrzeb klientów, w odniesieniu do osób eksperymentujących lub okazjonalnie używających narkotyków – za najbardziej obiecujące pod względem skuteczności uznano badania przesiewowe oraz krótkie interwencje, które stanowią skuteczną i ekonomicznie zasadną formę profilaktyki, także we wczesnych fazach zaburzeń powstałych z powodu używania narkotyków.

Natomiast dzięki „outreach” oraz programom niskoprogowym można dotrzeć do pacjentów niezmotywowanych do podjęcia leczenia w formach ustrukturalizowanych. Programy te oferują wszechstronny pakiet środków służących zapobieganiu szkodom zdrowotnym i społecznym konsekwencjom uzależnienia od narkotyków. Metody powyższe dowiodły także skuteczności w zapobieganiu zakażeniom HIV/AIDS oraz zakażeniom innymi chorobami przenoszonymi przez krew.

Usługi podstawowe, dające niezbędne wsparcie przy odstawianiu lub redukowaniu używania narkotyków, powinny być szeroko dostępne i rozmieszczone proporcjonalnie do zidentyfikowanych potrzeb, obejmując *continuum* opieki, tj. detoksykację, farmakoterapię uzależnienia od opiatów przy użyciu agonistów opiatów łącznie ze wsparciem psychologicznym, poradnictwem, rehabilitacją oraz pomocą społeczną.

Omawiany dokument potwierdza również znane z dobrej praktyki stwierdzenia, że nadzór medyczny nad zespołem abstynencyjnym jest niezbędny dla pacjentów, którzy są w stanach ciężkiego uzależnienia od takich substancji, jak opiaty, środki uspokajające i nasenne oraz alkohol – istnieje bowiem wówczas większe prawdopodobieństwo wystąpienia komplikacji podczas zespołu abstynencyjnego. Jednocześnie podkreśla się, że detoksykacja to krok przygotowawczy do podjęcia leczenia w długotrwałych programach typu *drug free*.

Ważne stwierdzenia w prezentowanych priorytetach odnoszą się również do terapii substytucyjnej. Leczenie podtrzymujące jest metodą o potwierdzonej skuteczności i efektywności w zapobieganiu nawrotom oraz stabilizuje stan pacjentów uzależnionych, ale jest skuteczne i dostępne tylko w przypadkach uzależ-

nienia od opiatów. Leki te należą do dwóch grup: agonistów i antagonistów opioidów.

Farmakoterapia agonistami opioidów jest jedną z najbardziej efektywnych możliwości leczenia uzależnienia od opiatów, kiedy metadon lub buprenorfina podawane są przez kilka miesięcy lub przez lata w indywidualnych dawkach.

Określona grupa pacjentów uzależnionych od opiatów, którzy przeszli detoksykację oraz są silnie zmotywowani do terapii, może być poddawana leczeniu antagonistami, co jest formą kontynuacji leczenia zapobiegającego nawrotom.

Podawana przez niektóre środowiska w wątpliwą skuteczność oddziaływań psychologicznych i społecznych, w świetle omawianego ma-

Również przekazywanie wiedzy oraz prowadzenie badań klinicznych, jak też szkolenia dla profesjonalistów zajmujących się leczeniem, prowadzone od początku ich karier zawodowych (obejmujące programy zajęć na uniwersytetach), zostały uznane za kluczowe dla rozpowszechniania metodologii terapii uzależnień opartej na dowodach naukowych.

Przytoczone w rekomendacjach WHO i UNODC zasady rozwoju terapii uzależnień mają pełne zastosowanie w odniesieniu do sytuacji w Polsce, gdzie również dostępne „zasoby terapeutyczne” powinny być inwestowane w oddziaływania oparte na dowodach naukowych. Prezentowany w dokumencie pogląd o konieczności dostosowywania oddzia-

## Badania potwierdzają istotność grup samopomocowych

teriału nie podlega potwierdzeniu. Odwrotnie. Techniki psychospołeczne okazują się skuteczne w rehabilitacji uzależnień i zapobieganiu nawrotom, zarówno w placówkach ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych.

Psychoterapia w postaci terapii behawioralno-poznawczej, wywiadów motywacyjnych czy *contingency management* (metoda, dla której nie zaproponowano jeszcze polskiej nazwy, polegająca na podtrzymywaniu motywacji pacjenta do trwania w abstynencji i kontynuowania terapii poprzez system nagród finansowych/*vouchers*) w świetle wielu badań naukowych przynosi bardzo obiecujące rezultaty. System ten skutecznie uzupełniają programy wsparcia społecznego obejmujące zatrudnienie, treningi zawodowe, poradnictwo prawne. W sposób dowiedziony – obiektywnie ułatwiają one proces społecznej reintegracji uczestników terapii.

Badania potwierdzają istotność grup samopomocowych, które również uzupełniają ofertę leczenia i mogą wspierać standardowe oddziaływania psychospołeczne.

Jedną z najważniejszych konstatacji rekomendacji UNODC i WHO jest podkreślenie i uwypuklenie znaczenia czynników społeczno-kulturowych. Modele i strategie leczenia opartego na dowodach naukowych powinny być dostosowane do zróżnicowanej specyfiki regionalnej, krajowej i lokalnej. Powinny brać pod uwagę czynniki zarówno kulturowe, jak i ekonomiczne.

ływań do środowiska społeczno-kulturowego, w którym są prowadzone, wydaje się szczególnie istotny w odniesieniu do sytuacji w naszym kraju, w którym został zbudowany (z powodzeniem) specyficzny system leczenia i rehabilitacji uzależnień, oparty na koncepcji terapii zorientowanej na abstynencję, a realizowanej głównie w placówkach o charakterze długoterminowym.

Ostatnie lata przynoszą istotne wysiłki organizacyjne oraz zmiany jakościowe i ilościowe zmierzające do poprawy dostępu do terapii ambulatoryjnej, form pośrednich oraz, co szczególnie ważne, do przełamania stagnacji w rozwoju terapii substytucyjnej.

Dokonując zmian, warto jednakże dążyć do wykorzystania dobrych doświadczeń i pozytywnych rezultatów, jakie odnotowujemy w polskiej polityce antynarkotykowej w ostatnich latach, w tym również w obszarze terapii i rehabilitacji uzależnień.

Rozbudowa i modernizacja polskiego systemu powinna utrwać dobre, sprawdzone w naszych warunkach wzorce i skuteczne praktyki, i w kooperacji z nimi dobudowywać do istniejącej struktury – nowoczesne formy, adekwatne do zmieniających się potrzeb klientów oraz postulatów efektywności, w tym również efektywności ekonomicznej. ■

\* Pełny tekst dokumentu znajduje się na stronach internetowych „Służby Zdrowia”, w zakładce „Archiwum SZ”.

# Modele leczenia substytucyjnego

Uzależnienie lekowe to złożona, przewlekła i nawracająca choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się niekontrolowanym dążeniem do przyjęcia leku, poszukiwaniem i chęcią zdobycia go za wszelką cenę – mimo oczywistych, poważnych zagrożeń dla zdrowia i życia. Dochodzi w niej do bezpośredniego uszkodzenia mózgu, w tym tzw. układu nagrody oraz układu pobudzenia emocjonalnego i poznawczego.



Dr n. med.  
Marek Beniowski

specjalista chorób zakaźnych, ordynator  
Oddziału Diagnostyki i Terapii AIDS  
Specjalistycznego Szpitala w Chorzowie

**D**o leków tak uzależniających należą opioidy, które działają psychoaktywnie i mają zdolność wywoływania uzależnienia. Nadużywanie opioidów obserwowane jest we wszystkich krajach świata i stanowi poważny problem jednostkowy i społeczny. Jest m.in. skutkiem niedostosowania, biedy, przestępczości, rozpadu rodzin. Bardzo często wiąże się z zakażeniem wirusem HIV.

Osoba uzależniona wstrzykuje sobie dożylnie heroinę kilka razy dziennie. Środki finansowe na jej zakup zdobywa drogą kradzieży, rozbój i prostytucji.

W leczeniu uzależnienia od opiatów stosuje się szereg metod, począwszy od interwencji psychospołecznych w warunkach stacjonarnych (społeczności terapeutyczne), jak i ambulatoryjnych, po farmakoterapię z uwzględnieniem leczenia substytucyjnego (zastępczego) lub de-

toksycacyjnego w poradniach oraz ośrodkach specjalistycznych. Mogą też być stosowane różne formy terapii, które wzajemnie się nie wykluczają.

Leczenie zastępcze jest sposobem terapii stosowanym od połowy lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku. W wielu krajach świata podaje się substancje o właściwościach podobnych lub identycznych jak narkotyków. Taką substancją jest metadon, opioidowy agonista. Inny lek z tej grupy to buprenorfina, syntetyczny środek o częściowym działaniu agonistycznym i antagonistycznym. Przy stosowaniu antagonisty działanie heroiny zostaje zablokowane i nie dochodzi do zmian nastroju oraz innych objawów niepożądanych.

Leczenie substytucyjne jest kierowane do osób uzależnionych, które nie mogą całkowicie zaprzestać przyjmowania opioidów.

Stosowane obecnie leki w terapii zastępczej to m.in.: metadon, buprenorfina, buprenorfina z dodatkiem naloksonu, kodeina, wolno uwalniania morfina, a nawet – heroina. Leki te umożliwiają normalne funkcjonowanie osobom uzależnionym; mogą one podejmować pracę, naukę, wchodzić w związki partnerskie i nie popełniać przestępstw.

Szacuje się, że metadon przyjmuje na świecie ponad 500 tys. osób (ok. 300 tys. w Europie, ok. 180 tys. w USA i w Kanadzie oraz ok. 20 tys. w Australii).

Wiele lat prowadzenia doświadczeń nad leczeniem substytucyjnym potwierdziło, że korzystne rezultaty terapii uzyskuje się poprzez:

- ograniczenie nielegalnego używania narkotyków,
- zmniejszenie śmiertelności,
- poprawę zdrowia psychicznego i emocjonalnego,

- poprawę jakości życia pacjenta i jego rodziny,
- ograniczenie częstości zachowań ryzykownych,
- ograniczenie wydatków publicznych na służbę zdrowia,
- ograniczenie wydatków publicznych na wymiar sprawiedliwości,
- poprawę jakości świadczonych porad,
- tworzenie otwartego stosunku w relacji pacjent – terapeuta.

W każdym kraju istotny jest sposób prowadzenia terapii – przez lekarzy ogólnie praktykujących albo przez specjalistów w danej dziedzinie (np. psychiatrów), oraz istnienie całego systemu wsparcia, z systemem zaleceń krajowych, szkoleń i oceną jakości realizowanych programów.

Nadal nie są rozstrzygnięte na świecie pewne kwestie związane z opłacalnością leczenia podtrzymującego, zwiększeniem dostępności świadczeń leczniczych, możliwościami stosowania innych form finansowania leczenia oraz opieki społecznej. Biorąc pod uwagę istniejący, niedoskonały system terapii substytucyjnej, należy uznać, że jeżeli nie dojdzie tu do zmian, to liczba osób wymagających leczenia zastępczego nadal się na świecie znacząco nie zwiększy.

Ważnym zagadnieniem jest wprowadzenie systemu szkoleń oraz propagowanie wiedzy o objawach przedawkowania, którą musi posiadać każdy lekarz czy terapeuta zajmujący się problemem uzależnień. Dotyczy to także naszego kraju.

Leczenie substytucyjne w wielu krajach rodzi problemy dla zespołu terapeutycznego. Z jednej strony konieczne jest pojawianie się pacjenta codziennie, a z drugiej strony – istnieje możliwość

otrzymywania substytutu na więcej niż jeden dzień. Może zatem dochodzić do nielegalnego wydawania metadonu innym uczestnikom programu – za pieniądze. Być może dobrym rozwiązaniem, zamiast wydawania metadonu na kilka dni, byłoby wydawanie metadonu (lub buprenorfiny) codziennie, z wykorzystaniem farmaceutów w aptekach – taki system funkcjonuje już zresztą m.in. w Wielkiej Brytanii, Irlandii, Hiszpanii, Kanadzie i w Australii.

Trzeba pamiętać, że przychodzenie po lek substytucyjny może być dla pacjenta niemiłe, gdyż zmusza go, czasem codziennie, do oglądania osób, z którymi niejednokrotnie wcześniej wchodził w nielegalne układy.

Opracowanie prof. Nicholasa Lintzerisa z uniwersytetu w Sydney, zawierające ustalenia poczynione podczas spotkania EUROPAD w Sofii w maju 2008 r., rekomenduje stosowanie trzech opcji pomocy dla osób uzależnionych:

- systemu minimalnej regulacji stosowania substytucji za pomocą buprenorfiny lub buprenorfiny z naloksonem,
- systemu umiarkowanej regulacji substytucji za pomocą buprenorfiny, buprenorfiny z naloksonem lub metadonu,
- systemu wysoce regulowanej substytucji za pomocą buprenorfiny, buprenorfiny z naloksonem lub metadonu.

Mają one swoje zalety i wady, ale mogą się stać podstawą do dyskusji nad systemem najbardziej właściwym dla danego kraju.

Prowadzenie leczenia zastępczego ma już na świecie ugruntowaną pozycję. Ważne jest kontynuowanie najbardziej wyważonego podejścia do tego zagadnienia, przy czym należy stale pamiętać, że osoba uzależniona może znaleźć swoje miejsce w społeczeństwie. ■

Trzeba pamiętać, że przychodzenie po lek substytucyjny może być dla pacjenta niemiłe, gdyż zmusza go, czasem codziennie, do oglądania osób, z którymi niejednokrotnie wcześniej wchodził w nielegalne układy

