

Prace badawcze

WYDAWANIE METADONU DO DOMU W POLSKICH PROGRAMACH LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

Bogusław Habrat, Karina Chmielewska, Helena Baran-Furga
Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

TAKE-HOME METHADONE IN POLISH SUBSTITUTION PROGRAMS

ABSTRACT – The aim of the study was to describe the clinical practice in Polish methadone programs, with an emphasis on patients' compliance with the legal regulation requiring their visiting the clinic daily in order to take methadone under supervision.

All methadone programs in Poland (N=11) were surveyed, and our questionnaires were answered and returned by 10 of them. The controversial legal regulations were found to be generally not respected. The reasons of this phenomenon seem to be comprehensible and the process of spontaneous liberalization is comparable to tendencies seen in respect of legal regulations and clinical practice in countries having a long experience with substitution therapy. Under the circumstances, an adjustment of legal regulations to clinical practice in the form of an appropriate ordinance concerning the distribution of take-home methadone was recommended.

Key words: maintenance treatment, take-home methadone.

WSTĘP

Leczenie substytucyjne metadonem jest regulowane w Polsce rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 06.09.1999 r. (4). Regulacja ta sprawia, że leczenie substytucyjne w Polsce należy do tzw. wysokoprogowych, tzn. stawiających znaczne wymagania odnośnie kwalifikowania do programu, kontrolowania przebiegu leczenia i stosujących restrykcje w związku z nieprzestrzeganiem regulaminu. Jednym z takich ograniczeń jest § 5.1, który stanowi, że: „Środek substytucyjny jest podawany pacjentowi przez lekarza lub pielęgniarkę w jednorazowych dawkach

dziennych i przyjmowany przez pacjenta w ich obecności...”. W praktyce oznacza to obowiązek codziennego osobistego przychodzenia po metadon oraz wypijania go w obecności personelu. Oprócz pozytywnych cech związanych z tą regulacją (m.in. możliwość codziennej kontroli przestrzegania abstynencji oraz stanu zdrowia, zapobieganie wydostawania się metadonu na czarny rynek), pojawia się szereg zjawisk, które negatywnie wpływają na proces rehabilitacji. M.in. codzienne przychodzenie po metadon może być utrudnieniem w wykonywaniu obowiązków zawodowych lub szkolnych, uniemożliwia wyjazdy na wakacje lub branie udziału w uroczystościach rodzinnych poza miejscem zamieszkania oraz jest uciążliwe, gdy leczenie trwa miesiącami i latami.

W czasie odbytej w Poznaniu w 2002 r. konferencji roboczej pracowników leczenia substytucyjnego, kierownicy większości programów metadonowych twierdzili, że przestrzeganie kontrowersyjnego § 5.1 rozporządzenia jest praktycznie trudne lub niemożliwe do zrealizowania i w większości programów nie przestrzega się go. Ustalono, że:

1. należy podjąć kroki w celu nowelizacji tego rozporządzenia w kierunku dostosowania go do istniejącej praktyki klinicznej;

2. wykonać badania nad rozpowszechnieniem zjawiska wydawania metadonu do domu oraz nad jego wpływem na proces leczenia i rehabilitacji.

Ad 1. W wyniku tego postanowienia zaproponowano nowelizację rozporządzenia (5), w której m.in. zakłada się umożliwienie wydawania metadonu przez dodanie do § 5.1: „...z wyłączeniem przypadków określonych w ust. 2”. Ustęp 2 wymienia okoliczności, które umożliwiają wydawanie metadonu do domu oraz stanowi zasady takiej praktyki:

– *Środek substytucyjny może być przyjmowany przez pacjenta w miejscu jego zamieszkania bez obecności lekarza lub pielęgniarki w przypadku wystąpienia przemijającej przeszkody uniemożliwiającej przybycie pacjenta do zakładu opieki zdrowotnej prowadzącego program, a w szczególności:*

1) *konieczności pozostania pacjenta w miejscu jego zamieszkania, ze wskazań zdrowotnych; w takim przypadku metadon i sole metadonu mogą być wydane pacjentowi w dawkach zapewniających leczenie substytucyjne przez okres nie dłuższy niż 7 dni;*

2) *zdarzenia losowego lub administracyjnego dotyczącego pacjenta; w takim przypadku metadon i sole metadonu mogą być wydane pacjentowi w dawkach zapewniających leczenie substytucyjne przez okres nie dłuższy niż 2 dni;*

3) *innych uzasadnionych przyczyn, jeżeli pacjent spełnia łącznie następujące warunki:*

- a) *uczestniczy w programie co najmniej 6 miesięcy,*
- b) *całkowicie zachowuje abstynencję od substancji psychoaktywnych,*
- c) *regularnie uczestniczy w przewidzianych programem zajęciach terapeutycznych.*

W takim przypadku metadon i sole metadonu mogą być wydane pacjentowi w dawkach zapewniających leczenie substytucyjne przez okres nie dłuższy niż 7 dni.

– *W okolicznościach, o których mowa w ust. 2, decyzję o wydaniu pacjentowi środka substytucyjnego do osobistego stosowania podejmuje kierownik programu.*

– *W razie gdy czas trwania przemijającej przeszkody uniemożliwiającej osobiste przybycie pacjenta do zakładu opieki zdrowotnej jest dłuższy niż czas, na który wydany został środek substytucyjny zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2, kierownik programu może podjąć decyzję o przedłużeniu pacjentowi tego czasu, na okres jednak nie przekraczający łącznie 14 dni przyjmowania przez pacjenta środka substytucyjnego bez obecności lekarza lub pielęgniarki. W takim przypadku kierownik programu niezwłocznie zawiadamia w formie pisemnej o swojej decyzji Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii.*

Ad 2. W 2003 r. wykonano badania ankietowe wszystkich programów metadonowych w Polsce, a wyniki przedstawiono w niniejszej pracy. Dokonano przeglądu piśmiennictwa w zakresie regulacji prawnych i praktyki klinicznej w odniesieniu do wydawania metadonu do domu w innych krajach (2). W 2004 r. przewiduje się zbada-
nie pozytywnych i ew. negatywnych skutków takiej praktyki w Polsce.

METODY

Badaniami objęto wszystkie programy metadonowe w Polsce. Do wszystkich kierowników programów metadonowych wysłano ankietę dotyczącą praktyki w przestrzeganiu przepisów regulujących leczenie substytucyjne, w szczególności wydawania metadonu do domu. Szczegółowe pytania dotyczyły rozmiarów zjawiska wydawania metadonu do domu, jego przyczyn i opinii o takim stanie rzeczy. W liście przewodnim adresaci zostali zapewnieni, że podawane przez nich dane będą wykorzystane jedynie w celach naukowych. Uzyskano dane w 10 z 11 funkcjonujących w Polsce w czerwcu 2003 r. programów. W razie niejasności lub wewnętrznych sprzeczności, wyjaśniano je na drodze rozmów telefonicznych.

TABELA 1

Podstawowe dane o programach odpowiadających na ankietę.
Main characteristics of methadone programs in Poland.

Miasto	Zakład leczniczy	Początek programu	Liczba pacjentów w dniu ankietowania
Chorzów	ODTA – Szpital Specjalistyczny Chorzów	1998	123
Kraków	Poradnia Leczenia Uzależnień przy Szpitalu im. Rydygiera	2000	80
Lublin	Ośrodek Leczenia Uzależnień	1999	74
Poznań	Centrum Profilaktyki i Leczenia Uzależnień	2001	55
Szczecin	SPS ZOZ „Zdroje”	1998	70
Warszawa	Instytut Psychiatrii i Neurologii	1992	58
Warszawa	SWZPOZ, oddział dzienny	1993	59
Warszawa	SWZPOZ, Punkt Wydawania Metadonu	1993	80
Warszawa	Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza	1995	57
Zgorzelec	SPZOZ, Poradnia Terapii Uzależnień	1998	70

W niniejszej publikacji dane przedstawiono w sposób, który utrudnia zidentyfikowanie ośrodków leczenia substytucyjnego, ponieważ zależało nam na opisie zjawiska, a nie ocenie konkretnych programów.

Polskie programy metadonowe zaczęły powstawać prawie 30 lat po pierwszych programach w USA, a nieco późniejszych w Anglii, Szwecji i Szwajcarii. Pierwszy program rozpoczęto w 1992 r. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, następnie zaczęły działać programy w Szpitalu Nowowiejskim i przy ówczesnym Centrum AIDS (oba w Warszawie), a także w Starachowicach. W drugiej połowie lat 90. i na początku XXI w. zaczęły funkcjonować pozostałe programy.

Większość programów afiliowana jest przy psychiatrycznych zakładach opieki zdrowotnej, dwa związane są z leczeniem chorób zakaźnych, a jeden ma ściśle związki z oddziałem detoksykacyjnym przy klinice toksykologicznej.

WYNIKI

Większość programów była opiniowana przez Instytut Psychiatrii i Neurologii i w projektach każdego z nich zobowiązywano się do przestrzegania wszystkich przepisów regulujących leczenie metadonem w Polsce. Po różnie długo trwającym czasie większość ośrodków stwierdzała, że realizowanie przepisu o konieczności codziennego przychodzenia po metadon jest uciążliwe dla pacjentów, pogarsza współpracę z nimi, pozbawia możliwości niektórych oddziaływań behawioralnych, a czasami wręcz stoi w sprzeczności z realizowaniem resocjalizacji (np. konieczność punktualnego przychodzenia do pracy w godzinach dystrybucji metadonu). Doszło do powszechnego nierespektowania kontrowersyjnego wymogu codziennego przychodzenia po metadon: wszystkie programy zgłaszały, że wydają metadon do domu przynajmniej sporadycznie, a oprócz jednego, że jest to stała praktyka.

W programach najdłużej funkcjonujących praktyka wydawania metadonu do domu zaczęła się po 5-7 latach, natomiast w programach powstałych później miało to miejsce najczęściej po roku lub dwóch (w jednym przypadku już po pół roku).

Wszystkie ankietowane ośrodki podawały, że części pacjentów metadon jest wydawany na dwa do trzech dni. Na dłuższy czas (4-6 dni) metadon wydawano w 9 z 10 ośrodków, na tydzień do dwóch tygodni 4 z 10 ośrodków, choć kolejne trzy podawały, że robią to „sporadycznie” (mniej niż 5 przypadków w roku). Wydawanie metadonu na okres ponaddwutygodniowy zgłosił jeden program opisując, że były to „trzy wyjazdy wakacyjne pod opieką rodziny”. W programach, w których praktykowano wydawanie metadonu na różnie długi czas zawsze zaczynało od okresów krótszych, a po nabraniu doświadczeń i niestwierdzeniu negatywnych konsekwencji takiego postępowania, stopniowo przedłużano okres nieprzychodzenia po metadon.

Tylko w jednym programie nie ma wewnętrznych ustaleń, stałej praktyki lub utrwalonych zwyczajów dotyczących wydawania metadonu do domu. W pozostałych takie ustalenia istnieją, najczęściej w formie nieformalnej, choć w jednym z programów jest to zawarte w regulaminie, który pacjenci pisemnie zobowiązują się przestrzegać.

TABELA 2

Główne warunki i powody wpływające na decyzję o stałym wydawaniu metadonu do domu.
Main conditions and reasons influencing on a decision on regular take-home methadone.

Warunki i powody	Liczba ośrodków uwzględniających te okoliczności	Uwagi
Wewnętrzne ustalenia co do minimum czasu dobrej współpracy	9/9	>1 mies. – 1 ośrodek, >2 – 1, >3 – 3, >6 – 3, >12 – 1
Przestrzeganie regulaminu	6/9	
Względy rehabilitacyjne (np. podjęcie pracy, której godziny kolidują z czasem funkcjonowania programu)	9/9	
Sytuacja rodzinna (np. konieczność opieki nad członkiem rodziny)	5/9	
Stan somatyczny	9/9	
Trudności z codziennymi dojazdami	6/9	

We wszystkich 9 programach systematycznie wydających metadon do domu przy podejmowaniu decyzji o tym kierowano się głównie stanem somatycznym pacjenta, który uniemożliwiał lub znacznie utrudniał codzienny osobisty kontakt z programem oraz względami rehabilitacyjnymi polegającymi na kolizji czasu pracy lub nauki z godzinami funkcjonowania programów. We wszystkich programach warunkiem otrzymania przywileju brania metadonu do domu było nieprzyjmowanie zakazanych substancji psychoaktywnych (negatywne wyniki badań moczu). We wszystkich przypadkach ustalony był okres próbny, który wynosił od miesiąca do roku, ale te skrajne wartości przyjęto w tylko po jednym programie. W większości był to okres 3 lub 6 miesięcy (po 3 programy). Rzadziej (6 programów na 9), warunkiem było przestrzeganie innych wymogów programu. Podobnie często (6 programów) istotnym elementem była uciążliwość codziennych dojazdów, choć w tym przypadku należałoby się zastanowić, dlaczego tego faktu nie brano pod uwagę przy kwalifikowaniu do programu. W pięciu programach za przyczynę decyzji uznano konieczność opieki nad członkiem rodziny.

We wszystkich programach metadon do domu można było otrzymać z powodu wydarzeń losowych. Powszechnie (we wszystkich programach) za taki uważało się

TABELA 3

Główne powody incydentalnego wydawania metadonu do domu.
Main reasons of incidental take-home methadone.

Powód	Liczba ośrodków uwzględniających te powody
Nagła choroba	10/10
Wydarzenie losowe (inne niż choroba)	9/10
Uroczystości rodzinne	7/10
Święta	9/10
Załatwianie spraw administracyjnych	9/10

obłożną chorobę, a tylko jeden z programów nie uwzględniał „innych przypadków losowych”. Równie powszechnie respektowano chęć spędzania ważniejszych świąt bez wizyty w punkcie metadonowym (9/10), jak i konieczność załatwienia spraw administracyjnych (9/10). W trzech ośrodkach uważa się, że uroczystości rodzinne nie są wystarczającym powodem zrezygnowania z codziennego kontaktu z programem.

Trzeba jednak zaznaczyć, że powyższe powody zarówno stałego jak i incydentalnego wydawania metadonu do domu nie były stosowane we wszystkich programach.

I tak, istnieją trzy programy „liberalne”, w których większość (nawet 70%) pacjentów korzysta ze stałych przywilejów. Z drugiej strony, w jednym z programów metadonu do domu nie wydaje się systematycznie, a jedynie w sporadycznych przypadkach. W innych programach odsetki systematycznie otrzymujących metadon do domu wynoszą: 58%, 56%, 35%, 25%, 12%, 3,5%. Zróżnicowanie jest więc znaczne. Po części wynika to ze zróżnicowania pacjentów: programy leczące osoby z AIDS, często w stanach zaawansowanych, są bardziej liberalne w egzekwowaniu prawnych regulacji leczenia substytucyjnego. Inne różnice wydają się wynikać z wyborów między realizacją potrzeb pacjentów a regulacjami prawnymi.

DYSKUSJA

Badania ankietowe wykazały powszechność praktyki wydawania metadonu do domu. Praktyka ta jest sprzeczna z obowiązującymi w tej mierze przepisami. Wg realizatorów programów, sytuacja ta stanowi dla nich dyskomfort psychiczny, ponieważ muszą dokonywać wyborów między subiektywnym lub obiektywnym dobrem pacjenta a nieszanowaniem przepisów.

To, że praktyka kliniczna różni się z przepisami nie oznacza, że wydawanie metadonu do domu jest zjawiskiem powszechnym. Zjawisko to jest zróżnicowane i dotyczy w zależności od programu od 3,5-70% pacjentów. Wpływ na to wydaje się mieć m.in. rodzaj pacjentów (np. ośrodki leczące wyłącznie pacjentów z HIV/AIDS) są bardziej liberalne). Wydaje się też (choć zjawisko to nie było badane kwestionariuszem), że realizatorzy, którzy przeszli szkolenie w Instytucie Psychiatrii i Neurologii byli bardziej konserwatywni niż osoby przeszkolone w krajach z dużą ilością programów leczenia substytucyjnego, gdzie głównym celem jest zwiększenie dostępności do tego typu leczenia np. poprzez zwiększenie jego atrakcyjności m.in. dzięki zmniejszeniu zniechęcających rygorów. Zróżnicowanie rozpowszechnienia praktyki wydawania metadonu może świadczyć o dwóch odmiennych rzeczach: 1) jest możliwe respektowanie rygorystycznych przepisów w odniesieniu do ponad 96% pacjentów (jak to było w jednym ośrodku); 2) powszechność wydawania metadonu do domu przez ośrodki stosujące tą praktykę u ponad połowy pacjentów nie wiąże się z generowaniem widocznych problemów zdrowotnych lub społecznych.

Większość kierowników i część pracowników programów metadonowych miała lub ma możliwość kontaktów z programami zagranicznymi poprzez wizyty, szkolenia, piśmiennictwo fachowe i orientuje się, że w większości krajów o dużej kulturze

medycznej i znacznych doświadczeniach wydawanie metadonu do domu jest powszechne, bilans indywidualnych i społecznych strat i zysków jest przechylony znacznie na korzyść zysków, a konieczność codziennego przychodzenia po środek substytucyjny uważany bywa za anachronizm typowy dla początków leczenia substytucyjnego (1, 3).

Potwierdza to przegląd tego zagadnienia dokonany przez nas (2). Wykazał on, że regulacje prawne większości krajów zezwalają na wydawanie środka substytucyjnego do domu (nieraz na długi okres), istnieje prawidłowość, że im większe doświadczenia z leczeniem substytucyjnym, tym bardziej liberalne przepisy. Praktyka wydawania agonistów opioidowych do domu wynika nie tylko z postawy defensywnej (wymuszanie przez pacjentów; obserwacja, że codzienne przychodzenie po lek jest nie tylko uciążliwe, ale i może przeszkadzać w realizowaniu celów rehabilitacyjnych), ale także z wprzęgnięcia dawania i wycofywania przywileju dostawiania metadonu do domu w system mniej lub bardziej ustrukturalizowanych metod oddziaływań behawioralnych (ang.: *contingency management*).

Analiza badań ankietowych polskich programów metadonowych wykazała, że warunki i powody, dla których zdecydowano się na wydawanie metadonu do domu, wydają się racjonalne i uwzględniające humanitarny aspekt leczenia osób uzależnionych. Niemniej, często praktyki te mają charakter uznaniowy i rzadko opierają się na jasnych regulaminach, za to częściej na niepisanej tradycji. Uregulowanie prawne w tej mierze pozwoliłyby na ujednoczenie tych zasad.

Istotnym, choć niemedyceznym zagadnieniem jest sprawa powszechnego nierespektowania obowiązujących regulacji prawnych. Może to generować szereg niekorzystnych zjawisk społecznych. W sytuacji, kiedy egzekwowanie obowiązujących aktualnie przepisów byłoby trudne w obliczu istniejącej powszechnie praktyki klinicznej, zasadna jest szybka nowelizacja przepisów, która uwzględniałaby postęp wiedzy i doświadczenia z leczenia substytucyjnego, gwarantowałaby pacjentom bezpieczeństwo i skuteczność leczenia, usuwała zbędne uciążliwości dla pacjenta i zwiększała atrakcyjność leczenia.

WNIOSKI

1. Przepisy zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia „w sprawie leczenia substytucyjnego” z dnia 06.09.1999 r. w części dotyczącej obowiązku codziennego przychodzenia po metadon, są powszechnie, choć w różnym zakresie, nierespektowane przez wszystkie programy metadonowe w Polsce.

2. Powody, dla których nie przestrzega się przepisów wydają się uzasadnione zarówno z racjonalnego jak i humanitarnego punktu widzenia. Lepszym rozwiązaniem wydaje się zmiana przepisów na bardziej liberalne niż wymuszanie nieprzystającego do rzeczywistości prawa bądź tolerowanie jego nierespektowania.

3. Wskazane jest kontynuowanie badań, które zobiektywizowałyby powszechną opinię o małych zagrożeniach a ewidentnych korzyściach wynikających z praktyki wydawania metadonu do domu.

STRESZCZENIE

Badaniami objęto 10 z 11 programów leczenia substytucyjnego w Polsce. Badania przeprowadzono metodą ankietową. Kwestionariusze wypełniali kierownicy programów, dane uzupełniano drogą telefoniczną. Stwierdzono powszechność nierepektowania wymogu codziennego przychodzenia po metadon i przyjmowania go w obecności personelu. Przyczyny tego zjawiska wydają się racjonalne i humanitarne, a spontaniczny proces liberalizacji jest zbieżny z tendencjami światowymi. Powyższa sytuacja przemawia za pilnym dostosowaniem przepisów do praktyki klinicznej.

PIŚMIENNICTWO

1. EMCDDA: 2002. *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. EMCDDA, Lisboa 2003.
2. Habrat B., Chmielewska K., Baran-Furga H.: *Wydawanie środków substytucyjnych do domu. Doświadczenia i regulacje prawne w różnych krajach*. Alkoholizm i Narkomania, 2003, 16, 139-146.
3. Kreek M.J., Vocci F.J.: *History and current status of opioid maintenance treatments: blending conference session*. J. Subst. Abuse Treat. 2002, 23, 95-105.
4. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 września 1999 w sprawie leczenia substytucyjnego*. Poz. 873. Dz. Ust. 1999, nr 77, 4146-4147.
5. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 września 1999 r., w sprawie leczenia substytucyjnego* (projekt w trakcie konsultacji).

Adres autorów:

Zespół Profilaktyki i Leczenia Uzależnień
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Al. Sobieskiego 9
02-957 Warszawa
e-mail: habratb@ipin.edu.pl