

Leczenie zakażenia HIV u osób używających narkotyków w iniekcjach Propozycje rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia publicznego

Antiretroviral therapy of injecting drug users
Proposals of systemic solutions in public health perspective

Maria Brodzikowska, Sylwia Opozda-Suder

Uniwersytet Jagielloński, Instytut Pedagogiki, Kraków

Abstract – Injection drug using is one of the main factor affecting the course of the HIV/AIDS epidemic in the world causing about 10% of all infections per year. In this context, a major issue is the availability of antiretroviral (ARV) treatment for this group of patients. In fact, in many regions of the world treatment is often withheld from HIV-infected addicts based on the erroneous assumption that it would be bound to be ineffective due to their lifestyle and life situation. The aim of this article is to develop model solutions for the Polish public health services, which allow for treatment of these patients with antiretroviral drugs adopting similar standards of conduct as practiced with other patient groups with infectious diseases.

Solutions suggested here are based on the model of directly administered antiretroviral therapy (DAART) and allow for the organization of a holistic care system catering to addicts. As part of this system, addiction is treated as a health problem and consequently injection drug users cannot be denied treatment and care. What is more important addicts can achieve as good results in the antiretroviral therapy as other people living with HIV/AIDS.

However, the implementation of such solutions contingent upon a shift from a drug-free paradigm to a broader range of interventions, including Opioid Substitution Therapy as an equal form of treatment. It provides opportunities for addicts to receive comprehensive care offered by interdisciplinary team of specialists, including support complying with ARV therapy, which will improve the effectiveness of treatment on HIV infection in this population, according to standards proposed in this article.

Key words: injection drug using, Opioid Substitution Therapy, HIV infection, Antiretroviral Therapy, adherence

Streszczenie – Iniekcyjne używanie narkotyków jest jednym z głównych czynników wpływających na obraz epidemii HIV/AIDS na świecie, gdyż tą drogą dochodzi do około 10% wszystkich zakażeń rocznie. W tym kontekście zasadniczą kwestią staje się problem dostępności leczenia antyretrowirusowego dla tej grupy pacjentów. W wielu regionach globu osobom uzależnionym zakażonym HIV odmawia się terapii przeciwwirusowej ze względu na mylne przekonanie, iż z uwagi na ich styl funkcjonowania i sytuację życiową nie przyniesie ona pożądanych rezultatów. Celem niniejszego artykułu jest zatem zaproponowanie modelowych rozwiązań na gruncie zdrowia publicznego w Polsce, które pozwolą na leczenie antyretrowirusowe tych pacjentów, z przyjęciem standardów stosowanych przy leczeniu innych grup pacjentów z chorobami zakaźnymi.

Przedstawione rozwiązania opierają się na założeniach tzw. bezpośrednio nadzorowanej terapii antyretrowirusowej – DAART (*Directly Administered Antiretroviral Treatment*) i są podstawą do zbudowania holistycznego systemu opieki, odpowiadającego specyficznym potrzebom osób uzależnionych. W tym systemie uzależnienie jest traktowane jako problem zdrowotny, użytkownicy narkotyków nie są więc pozbawiani leczenia i wsparcia. Co ważniejsze, dzięki wskazanym działaniom osiągają oni porównywalne wyniki w terapii przeciwvirusowej, jak inni pacjenci żyjący z HIV.

Wprowadzenie takich rozwiązań możliwe jest jednak dzięki przejściu od jednolitego paradygmatu, opartego na bezwzględnej abstynencji, do paradygmatu zróżnicowanych oddziaływań, który traktuje terapię substytucyjną jako równorzędną wobec programów *drug free*. Daje to możliwość objęcia osób uzależnionych kompleksową opieką interdyscyplinarnego zespołu specjalistów, w tym także wsparciem w zakresie przestrzegania reżimu terapii antyretrowirusowej (ARV), co może w znaczący sposób poprawić skuteczność terapii zakażenia HIV w tej populacji, zgodnie z zaproponowanymi w niniejszym artykule standardami.

Słowa kluczowe: uzależnienie od narkotyków przyjmowanych w iniekcjach, leczenie substytucyjne, zakażenie HIV, terapia antyretrowirusowa, adherencja

Nikt nie może być stygmatyzowany czy dyskryminowany z powodu uzależnienia od narkotyków.

Sekretarz Generalny ONZ, Ban Ki Moon

Uwagi wprowadzające

W wielu regionach świata przyjmowanie środków psychoaktywnych w iniekcjach stało się jedną z głównych dróg transmisji HIV, a osoby uzależnione – liczną grupą pacjentów wymagających ratującej życie terapii zakażenia HIV. Mimo to istnieją takie kraje, gdzie nadal występuje problem odmawiania leczenia antyretrowirusowego¹ osobom iniekcyjnie używającym narkotyków, co jest przykładem rażącego łamania praw człowieka. Oczywiście, problemu tego nie można utożsamiać z kwestią ogólnej dostępności leczenia zakażenia HIV dla osób niedotkniętych uzależnieniem. W większości krajów rozwiniętych, w tym także w Polsce, nieuzależnione osoby zakażone nie są dyskryminowane w zakresie dostępu do leczenia antyretrowirusowego. Znaczne dysproporcje w realizacji postanowień dokumentów o randze międzynarodowej, poruszających zagadnienia praw człowieka w kontekście HIV/AIDS², zarysowują się dopiero w odniesieniu do leczenia pacjentów zakażonych i równocześnie uzależnionych od narkotyków. Dzieje się tak mimo że szczególnie istotne tu wytyczne Organizacji Narodów Zjednoczonych z 1996 roku obligują państwa członkowskie do takiego zarządzania procesami legislacyjnymi, aby *zapewnić wszystkim osobom na równych zasadach dostęp do*

¹ Leczenie antyretrowirusowe jest terapią zakażenia HIV polegającą na podawaniu pacjentom specjalnych leków przeciwvirusowych. Dzięki jej wprowadzeniu zakażenie HIV jest uważane za jedną z wielu chorób przewlekłych, która poddaje się kontroli farmakologicznej, choć nie można całkowicie zahamować patogenetycznego działania wirusa na układ odpornościowy człowieka.

² zob. m.in. Rezolucja Światowego Zgromadzenia Zdrowia WHO 41/24 z 1988 r. pt. „Unikanie dyskryminacji osób zainfekowanych HIV oraz osób z AIDS”, Rekomendacja 14 Komitetu Ministrów Rady Europy z 1989 r., Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej Wobec Zastosowań Biologii i Medycyny z 1997 r. (Europejska Konwencja Bioetyczna).

dobrej jakości produktów, usług i informacji z zakresu profilaktyki HIV/AIDS, leczenia, opieki i wsparcia, włączając leczenie antyretrowirusowe. Wytyczne te nie różnicują zatem kwestii powszechnej dostępności usług opieki medycznej dla osób zakażonych uzależnionych lub nieuzależnionych, lecz wskazują na konieczność zapewnienia wszystkim żyjącym z HIV dostępu do terapii antyretrowirusowej na jednakowym poziomie.

Mając to na uwadze, w niniejszym artykule podjęto rozważania ukazujące swoje problemy, leżące u podstaw nierównej dostępności terapii przeciwwirusowej dla osób zakażonych i uzależnionych. Uwzględnienie tych problemów ma na celu wypracowanie modelowych rozwiązań dotyczących zdrowia publicznego, które pozwolą na objęcie leczeniem antyretrowirusowym tych pacjentów zgodnie ze standardami, jakie stosuje się w przypadku innych osób zakażonych.

Swoiste uwarunkowania trudności w leczeniu infekcji HIV

U podstaw dyskryminującego podejścia do osób iniekcyjnie przyjmujących narkotyki – w kontekście dostępności leczenia zakażenia HIV – leży przekonanie, że w ich przypadku leczenie przeciwwirusowe nie przynosi pożądanych rezultatów z uwagi na styl funkcjonowania i sytuację życiową. Skutkiem tego jest traktowanie konsumentów narkotyków jako odrębnej kategorii pacjentów, dyskryminowanych nie tylko ze względu na zakażenie HIV, ale również – na negatywny stosunek do zjawiska narkomanii. W konsekwencji mamy do czynienia ze złożonym problemem społecznym, z *podwójną stygmatyzacją*, będącą efektem mocno zakorzenionych stereotypów – osoby zakażonej HIV i osoby uzależnionej.

Ważną zatem kwestią staje się poszukiwanie obiektywnych przesłanek, które pozwolą zweryfikować sztywność owych stereotypów, a co za tym idzie – także hipotezę o braku możliwości skutecznego leczenia zakażenia HIV wśród osób używających narkotyków w iniekcjach. Jest to możliwe dzięki odwołaniu się do badań naukowych i praktycznych doświadczeń, w których zwraca się uwagę na występowanie kilku czynników natury indywidualnej i społecznej, determinujących swoje trudności w terapii zakażenia HIV u osób używających narkotyków (1). W obrębie pierwszej grupy czynników wyróżnia się m.in. problemy związane z przestrzeganiem zaleceń dotyczących leczenia, samodyscypliną, rozumieniem istoty i natury procesu terapeutycznego oraz motywacją do podjęcia terapii. Drugą zaś grupę stanowią czynniki, takie jak: sytuacja ekonomiczna, status społeczny, poczucie wsparcia ze strony osób o podobnych doświadczeniach, dostępność serwisów edukacyjnych i pomocy socjalnej. Czynniki te nie przesądzają jednak o niepowodzeniu leczenia, a jedynie wyznaczają pole do opracowania adekwatnego modelu holistycznej opieki nad osobami uzależnionymi żyjącymi z HIV.

Analizując wymienione trudności, należy zwrócić uwagę przede wszystkim na kwestie przestrzegania podstawowych zaleceń dotyczących leczenia antyretrowirusowego przez osoby używające narkotyków, jak również monitorowania skuteczności terapii, co wymaga stałego – choć nierzadko utrudnionego w tej grupie

pacjentów – kontaktu z lekarzem prowadzącym. Występowanie problemów w tym zakresie jest zazwyczaj wykorzystywane jako główny argument przeciwników leczenia antyretrowirusowego osób uzależnionych. W dyskusji nad tym problemem należy jednoznacznie podkreślić fakt, iż adherencja³ niewątpliwie stanowi warunek powodzenia terapii przeciwwirusowej. Niedostateczne przestrzeganie zaleceń związanych z przyjmowaniem leków (m.in. liczby dawek, odstępów czasowych między nimi, warunków przechowywania leków i zaleceń dietetycznych) prowadzi do pojawienia się oporności HIV na leki⁴. Niejednokrotnie powoduje to konieczność wprowadzania zmian w stosowanych zestawach farmakologicznych i ogranicza liczbę potencjalnie dostępnych opcji terapeutycznych w późniejszych fazach zakażenia oraz zmniejsza skuteczność terapii jako takiej (2). Natura opisanych trudności sprawia, że od osoby uzależnionej wymaga się udokumentowania przynajmniej sześciomiesięcznej abstynencji przed rozpoczęciem terapii antyretrowirusowej (w obawie przed niedostateczną adherencją). Zapomina się jednak, że adherencja jest procesem dynamicznym, który ulega zmianom w trakcie pracy z pacjentem. W związku z tym dominującym przekonaniem nie może być – nieużyteczna i szkodliwa na poziomie jednostkowym – opinia o niezmiennie słabej adherencji osób przyjmujących narkotyki, skazująca z góry wszelkie formy pracy terapeutycznej z tą grupą pacjentów na niepowodzenie.

Próbując osłabić argumenty, leżące u podstaw tego przekonania, należy wskazać na szereg możliwości, pozwalających na dobranie dostosowanego do sytuacji konkretnej osoby uproszczonego schematu leczenia. Taki rodzaj pomocy daje również i tej grupie pacjentów szansę na powodzenie i przystosowanie się do trudnego rygoru terapeutycznego (3). Warto podkreślić, że w przypadku pacjentów uzależnionych zakażonych HIV, którzy wymagają już terapii, a nie mogą sprostać w pełni jej wymogom, niewłaściwe jest odmawianie leczenia i dążenie do osiągnięcia stu-procentowej adherencji. Minimalna redukcja namnażania się wirusa i jakkolwiek wzrost odporności jest bowiem lepszym efektem, niż pozostawienie infekcji bez żadnej kontroli, nawet za cenę ryzyka powstania lekooporności i konieczności częstych zmian schematu lekowego (4).

W bezpośrednim związku ze zdolnością pacjenta do poddania się wymogom terapii pozostaje zagadnienie motywacji do leczenia. U tej grupy pacjentów mamy bowiem do czynienia z bardzo niskim poziomem motywacji do podjęcia terapii zakażenia HIV i z ogólną niechęcią do zmiany własnego stylu życia. Uwarunkowania takiego stanu rzeczy mają dwojaką naturę. Z jednej strony, badania dowodzą, że w strukturze motywacji osób uzależnionych dominują najczęściej motywy używania substancji psychoaktywnych, których zdobywanie determinuje całą ich

³ Adherencja (*adherence*) – zdolność pacjenta do regularnego i zgodnego z zaleceniami lekarskimi przyjmowania leków.

⁴ Powodem pojawienia się oporności HIV na leki jest za niski poziom ich stężenia w organizmie, co nie pozwala na zahamowanie replikacji HIV. W dalszej konsekwencji może to doprowadzić po pewnym czasie do pojawienia się szczepów wirusa opornych na leki i wytworzenia się tak zwanej lekooporności.

aktywność. Osoby te często nie odczuwają zakażenia HIV jako choroby, wymagającej leczenia, a skupiają się przede wszystkim na swoim „pierwotnym” problemie. Z drugiej zaś strony, za kolejną przyczynę słabej motywacji do leczenia (zarówno uzależnienia, jak i zakażenia HIV) należy uznać dominację motywacji zewnętrznej – istotnej cechy choroby, jaką jest uzależnienie, która to cecha przesądza o niepowodzeniu terapii. Wiąże się to z faktem, że na działanie jednostki wpływa środowisko społeczne i czynniki sytuacyjne (np. relacje rodzinne, samopoczucie somatyczne oraz działalność instytucji pomocowych i organizacji samopomocowych), a nie własny wybór, jakim mogłaby być chęć poprawy jakości życia oraz zmiany dotychczasowej sytuacji zdrowotnej, psychicznej i socjalnej (5).

Niski status społeczny jest kolejnym czynnikiem warunkującym zaburzenia procesu leczenia zakażenia HIV u osób używających narkotyków. Występująca tu zależność wynika ze specyfiki uzależnienia jako takiego, które prowadzi do znacznego pogorszenia sytuacji ekonomicznej, a przez to także rodzinnej i społecznej. Potwierdzeniem takich zależności są badania przeprowadzone w ogólnej populacji osób żyjących z HIV, wykazujące, że osoby o lepszych warunkach socjalnych i z wyższym wykształceniem częściej osiągają pełną adherencję. Istotnym problemem pozostaje również częsty brak ubezpieczenia zdrowotnego u tych pacjentów. Mimo że w większości krajów terapię przeciwwirusową oferuje się wszystkim potrzebującym, to jednak o jej włączeniu decydują wyniki badań podstawowych, które w wielu krajach (w tym także w Polsce) wykonywane są jedynie osobom ubezpieczonym. Jest to także istotną przeszkodą w podejmowaniu terapii zakażenia HIV przez tę grupę pacjentów (2, 6). Co, oczywiście, nie oznacza, że instytucje pomocowe, działające na przykład w naszym kraju, nie czynią starań, by uregulować sytuację społeczną tych pacjentów i zapewnić im ubezpieczenie zdrowotne. Są to jednak kolejne bariery do pokonania przez osobę o bardzo słabym poziomie motywacji, nierzadko zniechęconą do kontaktu z pracownikami służby zdrowia. Konsekwencją takiego stanu rzeczy może być znaczne odroczenie lub nawet rezygnacja z leczenia przez osoby uzależnione zakażone HIV.

Utrudniony w ten sposób dostęp do opieki medycznej w zakresie zakażenia HIV, a także negatywne doświadczenia w relacjach z personelem medycznym przekładają się na późną wykrywalność infekcji w grupie użytkowników narkotyków. Nie oznacza to, że nie mogą wykonać testów w kierunku HIV bez ubezpieczenia, w całym kraju istnieją bowiem punkty diagnostyczno-konsultacyjne oferujące bezpłatne i anonimowe testowanie. Problem dotyczy zatem samego postrzegania przez tych pacjentów celowości wykonywania badań ze względu na wyżej opisane przeszkody. Dlatego, jak pokazuje praktyka, miejscami, w których najczęściej po raz pierwszy proponuje się im wykonanie testu, są ośrodki leczenia uzależnień, oddziały detoksykacyjne czy areszty śledcze.

W związku z powyższym, jednym z możliwych rozwiązań, pozwalających na zminimalizowanie niekorzystnego wpływu czynników indywidualnych i społecznych na proces leczenia infekcji HIV u osób uzależnionych od opiatów, wydaje się być stosowanie na szeroką skalę terapii substytucyjnej. Jak wiadomo na podstawie

prowadzonych na świecie badań, osoby te lepiej stosują się do zaleceń związanych z przyjmowaniem leków przeciwwirusowych, jeśli mają dostęp do programów leczenia metadonowego (4).

Zintegrowany model opieki nad osobami zakażonymi HIV i używającymi narkotyków

Terapia substytucyjna, oparta przede wszystkim na stosowaniu metadonu lub buprenorfiny, jest ważnym narzędziem służącym do promowania dokładnego przestrzegania zaleceń, dotyczących leczenia zakażenia HIV przez osoby używające narkotyków w iniekcjach. Wiąże się to z faktem, że substytucja wpływa na ustabilizowanie sytuacji życiowej osób uzależnionych. Dzięki niej aktywność życiowa klienta przestaje być ukierunkowana jedynie na zdobywanie nielegalnych narkotyków, co ogranicza wpływ opisanych czynników natury indywidualnej i społecznej, które w niekorzystny sposób determinują trudności w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych.

W wielu krajach wypracowany został zatem nowy model leczenia zakażenia HIV u osób uzależnionych od opiatów, tzw. „bezpośrednio nadzorowana terapia antyretrowirusowa” – DAART (*Directly Administered Antiretroviral Treatment*). W tym modelu ośrodki prowadzące terapię zastępczą to także miejsca leczenia zakażenia HIV. Leczenie opiera się więc na łączeniu dawkowania leków antyretrowirusowych i leku substytucyjnego, co zapewnia ciągłość niezbędną w leczeniu przeciwwirusowym. Dzieje się tak, gdyż jedynie zerwanie terapii substytucyjnej może spowodować nieprzestrzeganie zaleceń związanych z przyjmowaniem leków. W opisanym modelu zakłada się ponadto, że leczenie antyretrowirusowe – tak jak i substytucyjne – wdrażane jest w początkowej fazie terapii, co pozwala na utrwalenie wzoru zachowań pomagającego w osiągnięciu pełnej adherencji (2). Tym samym podstawą tej strategii jest oferowanie pacjentom jak największej liczby usług w ramach jednego serwisu, z którego będą chętnie korzystali, wybierając dla siebie to, co najlepiej odpowiada ich potrzebom (7).

Do ważnych elementów koncepcji DAART należy także zaliczyć przeprowadzaną przez interdyscyplinarny zespół diagnozę sytuacji życiowej pacjenta – ma ona wskazać na indywidualne i środowiskowe uwarunkowania trudności w stosowaniu się do zaleceń terapii przeciwwirusowej. Diagnoza taka decyduje o włączeniu osoby uzależnionej do leczenia na określonych zasadach. Szczególne jej znaczenie wynika z faktu, iż nie wszystkie osoby mają takie same problemy z zachowaniem adherencji, przez co lekarzom prowadzącym leczenie antyretrowirusowe trudno na wstępie odróżnić pacjentów dobrze od źle radzących sobie z przyjmowaniem leków. Dodatkowo, wysoka elastyczność samych programów zakłada potrzebę częstej i longitudinalnej diagnozy, która pozwoli uwzględnić zmiany adherencji w czasie (8).

W dalszej kolejności następuje włączenie osoby uzależnionej do zasadniczego etapu programu, co poprzedzone jest kilkoma sesjami edukacyjnymi i doradczymi. Wtedy też rozpoczyna się nadzorowana terapia zakażenia HIV i leczenia substytu-

cyjnego w celu uzyskania optymalnej odpowiedzi wirusologicznej i immunologicznej oraz poprawy niekorzystnej sytuacji życiowej, związanej z uzależnieniem. Ostatecznie, chodzi o osiągnięcie przez pacjenta takiego poziomu adherencji, który gwarantuje regularne i zgodne z zaleceniami przyjmowanie leków bez nadzoru (7). Tym samym w DAART zakłada się opracowanie wraz z pacjentem uproszczonego schematu leczenia zakażenia, umożliwiającego podawanie leków antyretrowirusowych raz dziennie wraz z lekiem substytucyjnym, po który osoba uzależniona zgłasza się z własnej potrzeby. Trzeba przy tym pamiętać, że istnieje grupa pacjentów, u których konieczne jest wprowadzenie szerszego schematu terapii przeciw-wirusowej, bez możliwości nadzorowanego zażywania każdej porcji leku. W tej sytuacji, by zoptymalizować powodzenie terapii, wprowadzane są metody sygnalizatorów czasowych lub inne formy tzw. *przypominaczy* (8).

Potwierdzeniem słuszności przedstawionych założeń bezpośrednio nadzorowanej terapii antyretrowirusowej są liczne na całym świecie doświadczenia w stosowaniu programów zgodnie z modelem DAART. Przykładem może być tutaj pilotażowy program wprowadzony w Stanach Zjednoczonych w Baltimore, zakładający dostępność w jednym miejscu usług socjalnych oraz leczenia substytucyjnego i antyretrowirusowego, tzw. *one stop shopping*. Wyniki randomizowanych badań dowiodły, że projekt przyniósł wymierne korzyści w zakresie poprawy adherencji oraz sytuacji materialnej, społecznej i zdrowotnej jego uczestników. Jak wskazują dane, 58% uczestników DAART w okresie sześciu miesięcy leczenia osiągnęło obniżenie wirerii do wartości niewykrywalnych, w porównaniu z 39% osób nie-stosujących narkotyków. Osoby uzależnione uzyskały rezultaty leczenia lepsze nawet od nieuzależnionych, niewykluczone, że właśnie dzięki poddaniu ich bezpośrednio nadzorowanej terapii antyretrowirusowej, a w związku z tym – wydawaniu leków przez personel medyczny (9).

Na uwagę zasługuje również nowojorski program JUMPSTART (*Jumpstart Treatment Adherence Program*). Swoistym *novum* w założeniach tego projektu jest nieodmawianie dalszego leczenia osobom, które mają problemy z przyjmowaniem nienadzorowanej (ze względu na liczbę dawek w ciągu doby) części leków antyretrowirusowych. Zamiast tego, określa się szczegółowo przyczyny tych trudności i oferuje pacjentowi najbardziej adekwatną dla niego pomoc. Potwierdzeniem skuteczności takich rozwiązań są przeprowadzone badania ewaluacyjne, w których 86% uczestników programu odniosło wyraźny sukces w leczeniu zakażenia HIV, w porównaniu z 33% osób uzależnionych, niepoddanych bezpośrednio nadzorowanej terapii antyretrowirusowej (10).

Dokonana na podstawie badań ewaluacyjnych analiza założeń programów, opartych na bezpośrednio nadzorowanej terapii antyretrowirusowej oraz ocena ich efektywności, jednoznacznie wskazuje na potrzebę obejmowania osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych stałą opieką medyczną, prowadzoną przez doświadczony zespół. Wówczas osoby te mogą stosować się dokładniej do zaleceń związanych z leczeniem infekcji HIV i osiągać efekty kliniczne porównywalne z efektami pacjentów, którzy nie przyjmują narkotyków. Niestety, przedstawione

przykłady praktycznych zastosowań terapii nadzorowanej nie są możliwe do implementacji w wielu krajach, w szczególności ze względu na nieistniejące przepisy prawne lub ograniczenia finansowe. Jak jednak udowodniono, wprowadzenie chociaż jednego z założeń DAART do działań praktycznych – na przykład powszechnie dostępnej terapii substytucyjnej – staje się skutecznym sposobem wspierania adhezencji pacjentów, a przez to najważniejszym czynnikiem warunkującym właściwą kontrolę przebiegu zakażenia HIV u osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach, niezależnie od innych determinantów społeczno-kulturowych kraju, w którym rozwiązania te są wdrażane.

Bezpośrednio nadzorowana terapia antyretrowirusowa w polskim systemie ochrony zdrowia. Próba wypracowania jednolitych standardów

W świetle powyższych rozważań, pojawia się pytanie: Jakie zmiany, zgodnie z założeniami bezpośrednio nadzorowanej terapii antyretrowirusowej, należy wprowadzić na gruncie polskim, by możliwe stało się skuteczniejsze leczenie zakażenia HIV u osób używających narkotyków w iniekcjach?

Odpowiadając na zadane pytanie, należy zwrócić uwagę na dwie kwestie. Po pierwsze, pomimo iż mamy obecnie w Polsce do czynienia ze zwiększającą się liczbą zakażeń HIV drogą kontaktów heteroseksualnych, to jednak od początku epidemii zakażeniu w związku z iniekcyjnym używaniem narkotyków uległo 5.637⁵ osób, co stanowi około 50% wszystkich żyjących z HIV. Tym samym są to osoby, które ze względu na specyfikę naturalnego przebiegu infekcji w większości wymagają już leczenia antyretrowirusowego. Po drugie, terapii substytucyjnej – dającej największą szansę na powodzenie leczenia przeciwwirusowego u osób uzależnionych od opiatów – nadal nie traktuje się w Polsce na równi z metodami opartymi na utrzymywaniu całkowitej abstynencji. Jest ona marginalizowana, o czym świadczą dane wskazujące, że programy metadonowe realizowane są w dziewięciu na szesnaście województw. W konsekwencji, ich dostępność jest bardzo mała i wynosi około 45%, podczas gdy w krajach „starej” Unii Europejskiej odsetek ten wynosi 35,2% (11).

Zaznaczona dysproporcja uwydatnia potrzebę wprowadzenia skutecznych, holistycznych rozwiązań systemowej opieki nad osobami uzależnionymi oraz zakażonymi HIV, rozwiązań które pozwolą na optymalne dostosowanie metod pracy profilaktycznej i pomocowej do tej grupy pacjentów. Osiągnięcie takiego stanu rzeczy jest możliwe tylko dzięki przejściu od jednolitego paradygmatu, opartego na bezwzględnej abstynencji (dominującego nadal w Polsce), do paradygmatu zróżnicowanych oddziaływań, dającego możliwość stosowania na szeroką skalę koncepcji redukcji szkód (*harm reduction*). Mowa tu m.in. o leczeniu substytucyjnym dla wszystkich, którzy nie są w stanie osiągnąć całkowitej abstynencji, a powinni podjąć terapię antyretrowirusową (12). Wymaga to jednak wprowadzenia

⁵ Dane na dzień 30 kwietnia 2010 roku zgodnie z raportem umieszczonym na stronie Krajowego Centrum ds. AIDS <http://www.aids.gov.pl/?page=epidemiologia&act=pl&id=1>

pewnych zmian w obrębie uregulowań prawnych, organizacyjnych i formalnych, związanych z leczeniem substytucyjnym.

Zakładane zmiany w systemie opieki nad osobami uzależnionymi i równocześnie zakażonymi HIV mogłyby przebiegać w dwóch kierunkach. Z jednej strony, należałoby stworzyć warunki do pełnej integracji leczenia antyretrowirusowego z istniejącymi strukturami programów substytucyjnych, zgodnie z zasadami wspomnianego już modelu terapii bezpośrednio nadzorowanej. Z drugiej strony, można by dodatkowo wprowadzić uregulowania prawne, dające możliwość leczenia w placówce prowadzącej terapię substytucyjną również innych chorób współwystępujących z uzależnieniem i zakażeniem HIV. Celem bowiem tych rozwiązań jest stworzenie takich warunków, które pozwolą na ujednoczenie standardów opieki nad tą grupą pacjentów na terenie całego kraju. Wydaje się to być słuszne, jeśli weźmie się pod uwagę dostrzegalną tendencję do upraszczania systemu opieki zdrowotnej. Niestety, obecne regulacje prawne nie dają takiej możliwości. Pacjent zakażony HIV, leczony substytucyjnie, nie może oficjalnie otrzymać leczenia antyretrowirusowego w poradni metadonowej, gdyż jest ona placówką lecznictwa psychiatrycznego, a terapią infekcji HIV zajmują się jedynie oddziały i poradnie chorób zakaźnych. Stwarza to sytuację, że leczenie substytucyjne, leczenie zakażenia HIV i innych współistniejących chorób somatycznych odbywa się w odrębnych zakładach opieki medycznej, co dodatkowo utrudnia, jakże ważną, współpracę między pacjentem a lekarzami, zajmującymi się wszystkimi tymi schorzeniami (4).

Dodatkowo, należałoby rozważyć pewne zmiany w regulacjach, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczególnych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne (13). W zakresie obowiązujących przepisów, zasadne wydaje się wniesienie kilku postulatów ułatwiających implementację założeń terapii bezpośrednio nadzorowanej. Postulowane zmiany prawne przede wszystkim mogłyby odnosić się do warunków kwalifikowania pacjentów do programów metadonowych – ułatwiłoby to dostanie się do programu wszystkim tym, którzy faktycznie tego wymagają. Obecnie obowiązujące uregulowania, dotyczące zasad kwalifikowania, przesądzają o wysokoprogowym charakterze programów leczenia substytucyjnego, co wyraża się także w licznych restrykcjach, związanych z nieprzestrzeganiem regulaminu. Najważniejszą z nich jest zobowiązanie do zachowania abstynencji od środków odurzających i psychotropowych, którego niedotrzymanie może skutkować wydaleniem z programu. Rozwiązania takie ograniczają dostępność terapii zastępczej dla osób niebędących w stanie utrzymać pełnej abstynencji od nielegalnych narkotyków.

Niekorzystnie należy ocenić także przepisy dotyczące udzielanego klientom wsparcia zarówno terapeutycznego, jak i socjalnego. Wydają się być nieprecyzyjne, niegwarantujące pomocy współmiernej do zapotrzebowania. Prowadzenie bowiem usług w tym zakresie jest charakterystyczne dla realizowanych na całym świecie wysokoprogowych programów substytucyjnych. Może to sugerować, że polski ustawodawca nie przewidział prowadzenia programów niskiego progu.

Te z definicji, oprócz substytutu, nie oferują pacjentowi innej pomocy, nie stawiają żadnych wymagań, a mimo to umożliwiają wydawanie wraz z metadonem leków antyretrowirusowych, dostosowując swoją ofertę również do innej grupy odbiorców. Oczywiście, przyjęcie takiego rozróżnienia nie przesądza, że klient rozpoczynający terapię w programie niskoprogramowym nie może kontynuować jej później w systemie wysokoprogramowym, tak jak ma to miejsce w większości krajów uznających założenia redukcji szkód.

Należy zatem postulować wprowadzenie pewnych standardów opieki nad osobami uzależnionymi żyjącymi z HIV, które pozwoliłyby na skuteczne leczenie antyretrowirusowe w tej grupie. Podstawą ich opracowania wydaje się uznanie terapii substytucyjnej za równoprawną z leczeniem nastawionym na utrzymywanie abstynencji. Pozwoli to na wdrożenie holistycznych rozwiązań w tym zakresie, zakładających wieloprogramowe podejście do problemu uzależnień w kontekście zdrowia publicznego. W wypracowaniu takiej strategii oddziaływań pomocny wydaje się być proponowany model opieki nad osobami używającymi narkotyków i zakażonymi HIV. Pierwszy jego poziom zakłada wprowadzenie działań w bezpośrednim środowisku klienta, których efektem ma być włączenie go do programu leczenia substytucyjnego lub nakierowanego na zachowanie pełnej abstynencji (w zależności od indywidualnych potrzeb) oraz rozpoczęcie terapii antyretrowirusowej. Najwłaściwszym środkiem do tego może być praca terapeutów ulicznych i pracowników socjalnych, nawiązujących pierwszy kontakt z klientem. Na drugim jego poziomie – zgodnie z założeniami bezpośrednio nadzorowanej terapii antyretrowirusowej – miałyby miejsce faktyczna integracja wszystkich składowych szeroko pojętej opieki, realizowanej przez interdyscyplinarny zespół specjalistów, współdziałający na różnych płaszczyznach na terenie jednego ośrodka, który mógłby powstać w ramach istniejącej już struktury placówek opieki zdrowotnej.

Za ważny element niniejszego modelu należy również uznać oferowanie wsparcia społecznego klientom, a zwłaszcza pomocy socjalnej i edukacyjno-informacyjnej. Innym pozytywnym aspektem takich rozwiązań byłoby zaangażowanie lekarzy chorób zakaźnych, lekarzy psychiatrów, terapeutów uzależnień i pracowników socjalnych w wymianę doświadczeń poprzez uczestnictwo we wspólnych szkoleniach i ciągłą współpracę. Ostatecznym bowiem celem prowadzonych w ten sposób oddziaływań jest ograniczenie szkód zdrowotnych związanych z HIV/AIDS, a także ogólna poprawa psychospołecznego funkcjonowania pacjentów. Tak zorganizowane warunki dają możliwość podniesienia skuteczności leczenia antyretrowirusowego u osób przyjmujących narkotyki dzięki ujednoczeniu wypracowanych standardów we wszystkich tego typu placówkach i poszerzeniu oferty o inne, niż tylko kliniczne elementy.

Wnioski końcowe

Podsumowując, należy się zgodzić ze stwierdzeniem, że osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych nie są grupą, która łatwo poddaje się wymogom systematycznego przyjmowania leków antyretrowirusowych. Praca z nimi – choć wy-

magająca – jest jednak możliwa, pacjenci ci potrzebują innego podejścia, zdecydowanie bardziej interdyscyplinarnego, by mogli osiągnąć optymalny cel leczenia. Nie ma przy tym żadnych podstaw, by osoby uzależnione od narkotyków nie podejmowały leczenia antyretrowirusowego, chociaż niezbędne jest zapewnienie im kompleksowej opieki poprzez wzmocnienie koordynacji działań różnych ośrodków i lekarzy w ramach bezpośrednio nadzorowanej terapii.

Pacjenci uzależnieni od narkotyków i równocześnie zakażeni HIV wymagają zintensyfikowania oddziaływań, zarówno medycznych, psychoedukacyjnych, jak i socjalnych, w ramach holistycznego systemu opieki. Dlatego też współczesnym wyzwaniem dla wszystkich zajmujących się niesieniem pomocy tym osobom winno być wdrożenie w życie przepisów i rozwiązań, pozwalających na stworzenie takiego modelu opieki, który w istotny sposób poprawi skuteczność terapii zakażenia HIV w tej populacji, zgodnie z zaproponowanymi w niniejszym tekście standardami.

Należy bowiem pamiętać, że osoba uzależniona pozbawiona pomocy, możliwości stabilizacji w programach leczenia substytucyjnego, często bezdomna, niewykształcona, bez środków do życia i poczucia wsparcia ze strony rodziny czy innych osób bliskich, napotka wiele barier, uniemożliwiających jej podjęcie skutecznej terapii – zarówno uzależnienia, jak i zakażenia HIV. Efektywne sposoby leczenia infekcji HIV powinny być jednak dostępne dla osób uzależnionych. Z powodu stygmatu czy dyskryminacji nie mogą się one spotykać z odmową leczenia w ramach systemu opieki zdrowotnej. Nie można *a priori* (bez wcześniejszej diagnozy potrzeb i sytuacji życiowej) zakładać, że osoby te nie będą w stanie sprostać warunkom leczenia przeciwwirusowego, gdyż nie mają wystarczającej motywacji, by stosować się do wymogów terapii. Samo uzależnienie od substancji psychoaktywnych nie stanowi uzasadnienia dla wyłączenia z leczenia i opieki, ani też nie przesądza o niepowodzeniu terapii antyretrowirusowej. Trzeba je bowiem traktować jako problem zdrowotny, a w medycynie nie można dyskryminować nikogo z powodu choroby.

Konkludując, na podstawie dokonanej analizy, należy uznać za swoistą dyrektywę konieczność zespolenia działań pomocowych, podejmowanych na różnych poziomach, poprzez edukację i szkolenia oraz międzynarodową współpracę. Tylko dzięki takim globalnym inicjatywom możliwe wydaje się podjęcie wysiłku upowszechnienia i zoptymalizowania dobrych praktyk, pozwalających na skuteczne leczenie zakażenia HIV wśród osób uzależnionych.

PIŚMIENNICTWO

1. Cholewińska G (2007) Standardy opieki i rzeczywiste możliwości terapii antyretrowirusowej dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych w Polsce. W: *Zapewnienie opieki i leczenia zakażenia HIV osobom przyjmującym narkotyki: wnioski płynące z badań i praktyki*. Warszawa: Międzynarodowy Program Rozwoju Redukcji Szkód, 233–245.
2. Carrieri P, Spire B (2007) Przestrzeganie zaleceń związanych z leczeniem antyretrowirusowym (ang. adherence) przez osoby zakażone HIV, przyjmujące narkotyki: rola czynników

- psychosocjalnych i terapii substytucyjnej. W: *Zapewnienie opieki i leczenia zakażenia HIV osobom przyjmującym narkotyki: wnioski płynące z badań i praktyki*. Warszawa: Międzynarodowy Program Rozwoju Redukcji Szkód, 33–43.
3. Rogowska-Szadkowska D (2003) *Leki antyretrowirusowe. Poradnik dla pacjentów*. Wydanie II. Warszawa: Blackhorse Science Business Media.
 4. Gašiorowski J (2007) Osoba uzależniona od narkotyków zakażona HIV w kontakcie z polską służbą zdrowia. W: *Zapewnienie opieki i leczenia zakażenia HIV osobom przyjmującym narkotyki: wnioski płynące z badań i praktyki*. Warszawa: Międzynarodowy Program Rozwoju Redukcji Szkód, 247–253.
 5. Opozda S (2008) *Poczucie winy i krzywdy jako czynniki determinujące motywację do leczenia ARV u pacjentów z HIV/AIDS. Na przykładzie osób objętych programem leczenia substytucyjnego*. Kraków: Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum” (niepublikowany maszynopis pracy dyplomowej).
 6. Rogowska-Szadkowska D (2004) Uzależnienie osób zakażonych HIV a terapia antyretrowirusowa. W: *Przełamywanie barier. Doświadczenia z leczenia infekcji HIV u osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach*. Warszawa: Open Society Institute, 92–100.
 7. Wodowski G (2005) ARV 4 IDU czyli leczenie pod specjalnym nadzorem. *Monar na bajzlu*, 1, 14–17.
 8. Altice FL, Bruce RD (2007) Bezpośrednio nadzorowana terapia antyretrowirusowa (ang. directly administered antiretroviral therapy – DAART) dla osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach. W: *Zapewnienie opieki i leczenia zakażenia HIV osobom przyjmującym narkotyki: wnioski płynące z badań i praktyki*. Warszawa: Międzynarodowy Program Rozwoju Redukcji Szkód, 47–57.
 9. Lucas GM (2004) Baltimore. Używanie narkotyków i HIV: skuteczne modele opieki zintegrowanej i bezpośrednio nadzorowana terapia antyretrowirusowa. W: *Przełamywanie barier. Doświadczenia z leczenia infekcji HIV u osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach*. Warszawa: Open Society Institute, 32–42.
 10. Dobkin JF (2004) Nowy Jork: Leczenie antyretrowirusowe u pacjentów mających wiele różnorodnych problemów. W: *Przełamywanie barier. Doświadczenia z leczenia infekcji HIV u osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach*. Warszawa: Open Society Institute, 61–67.
 11. Jabłoński P (2008) Programy substytucyjne jako element systemu terapii uzależnień w Polsce. *Służba Zdrowia*, 9, 11–12.
 12. Tatarsky A (2007) Redukcja szkód. W: Tatarsky A (red.) *Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 1–8.
 13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne. Dz.U. 2007, nr 205, poz. 1493.

Adres do korespondencji

Sylwia Opozda-Suder

os. Złotego Wieku 39/4

31-618 Kraków

tel. 503 045 143

e-mail: sylwia.opozda@uj.edu.pl

otrzymano: 10.09.10

przyjęto do druku: 15.12.10