

METADON – PODSTAWY

PRZEWODNIK DLA PRACOWNIKÓW JEDNOSTEK

PENITENCJARNYCH

Źródło: Newman, R. (2003). *Methadone: the barest basics a guide for providers*. SEEA Addictions 4:1-2.
Wersja zmodyfikowana i zaadaptowana przez: Kastelic, A., Pont, J., Stover, H. *Opioid Substitution Treatment in Custodial Settings. A Practical Guide*, Oldenburg, 2008

Uwagi ogólne

Wdrażanie metadonu powinno się zlecać zgodnie z tymi samymi standardami zawodowymi i etycznymi, które stosuje się w przypadku wdrażania wszystkich innych świadczeń zdrowotnych (w takim zakresie, na jaki pozwalają umocowania prawne). Świadczeniodawcy winni zachęcać pacjentów do korzystania z szerokiej gamy proponowanych rozwiązań terapeutyczno-opiekuńczych oraz udzielać im pomocy, gdy zajdzie konieczność skierowania do placówki lub do jej zmiany. Ogromne doświadczenie zastosowania metadonu w leczeniu uzależnienia od opiatów powinno się wykorzystywać do maksimum. Wiedza na ten temat jest dostępna w literaturze specjalistycznej, na stronach internetowych. Można ją również uzyskać w czasie bezpośrednich konsultacji specjalistycznych. Terapia podtrzymująca – nawet prowadzona przez kilkadziesiąt lat – nie wiąże się z niekorzystnym działaniem metadonu na organizm człowieka. Na początku leczenia tryb życia pacjenta jest zwykle nieuporządkowany, dlatego w tym czasie konieczne jest stosowanie wysokiego poziomu nadzoru. Jednakże wszelkie ograniczenia powinny być z pacjentem omawiane na bieżąco, a w miarę osiągnięcia stabilizacji łagodzone lub eliminowane (np. można wprowadzić tryb przyjmowania leków w domu).

Dawkowanie

Ogólna zasada: startuj z niskiego pułapu, podążaj powoli, ale celuj wysoko

- Najważniejsze – nie szkodzić: kalkulacja stopnia uzależnienia oraz indywidualnej tolerancji na opiaty bywa niemiarodajna, dlatego nigdy nie powinna stanowić podstawy do rozpoczęcia podawania metadonu w dawkach, które, jeśli zostaną na wstępie błędnie oszacowane, mogłyby spowodować przedawkowanie.
- Nie istnieje coś takiego jak wartość moralna, związana z dawkami „wysokimi” lub „niskimi”.



- Podawanie/wstrzymywanie podawania metadonu nie powinno być traktowane w kategoriach nagrody lub kary.

Szczegóły

- Dawki metadonu winny być zwiększane i zmniejszane stopniowo. Dla bezpieczeństwa i wygody, gdy pacjent otrzymuje stosunkowo niskie ilości leku (poniżej 60 mg dziennie), powinno się je tylko nieznacznie ilościowo modyfikować (np. jednorazowo o 5 mg) w większych odstępach czasu (np. co 5 dni). W przypadku stosowania wyższych dawek ich modyfikacje ilościowe powinny być większe oraz skomasowane w czasie (np. 10 mg co 3 dni).
- Na ogół przy zastosowaniu wyższych dawek podtrzymujących uzyskuje się lepsze efekty terapeutyczne, optymalnie skuteczny zakres dla większości osób to 60–120 mg na dobę.
- W przypadku subiektywnej oceny pacjenta, że „metadon się nie trzyma”, warto rozważyć podzielenie (i zwiększenie) jego dziennej dawki – może to być szczególnie istotne w przypadku kobiet ciężarnych lub osób przyjmujących leki antyretrowirusowe.

Wsparcie pomocnicze

- Im szersza oferta świadczeń, tym lepiej, ale żadne z nich nie może być obowiązkowe.
- Jedną z największych przeszkód dla skuteczności leczenia metadonowego jest wszechobecna stygmatyzacja: związana z uzależnieniem od środków odurzających, osobami korzystającymi z terapii oraz z samym leczeniem. Osoby uzależnione od narkotyków należy wspierać w radzeniu sobie z nałogiem, a pracownicy służby zdrowia powinni na wszelkie sposoby edukować społeczeństwo (oraz, co może najważniejsze, także swoich współpracowników).

Utrzymanie ciągłości opieki

- Należy kontynuować leczenie pacjentów metadonem w możliwie najszerszym zakresie w sytuacji, gdy przyjmowani są oni na teren instytucji typu: komisariat policji, szpital lub jednostka penitencjarna oraz gdy wracają na wolność do swojej społeczności.
- W przypadku, gdy nie ma się do wglądu jednoznacznej dokumentacji, dowodzącej przyjmowania przez pacjenta wyższej dawki metadonu w poprzednim miejscu pobytu, zaleca się zastosowanie wytycznych dotyczących dawkowania tak jak w przypadku pacjenta rozpoczynającego leczenie.



Badanie toksykologiczne moczu i stężenie metadonu w surowicy

- Zasadność wykonania tych i innych badań laboratoryjnych należy rozważyć pod kątem kosztów finansowych oraz generowania przez nie potencjalnych korzyści związanych z usprawnieniem leczenia. Kliniczne zalecenia, obowiązujące w wielu krajach, wskazują na potrzebę wykonania testów na obecność narkotyków przed rozpoczęciem leczenia substytucyjnego.
- Obserwowanie przez osoby postronne aktu oddawania moczu przez pacjenta jest dla niego poniżające i zwykle nie przyczynia się do wypracowania optymalnej relacji lekarz – pacjent.

Cele terapeutyczne

Cele terapii mogą dotyczyć ograniczenia używania heroiny i innych substancji psychoaktywnych, eliminacji ryzykownych zachowań w kontekście HIV, rozwoju relacji osobistych, podjęcia zatrudnienia, znalezienia mieszkania, itp. Zawsze jednak powinny być one ustalane wspólnie przez lekarza i pacjenta, a nie z góry narzucone przez personel medyczny.

Wyrażenie świadomej zgody – uwagi w kontekście leczenia uzależnienia

- Na początku leczenia pacjent powinien zostać poinformowany o tym, że wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego (osoby uczestniczące w procesie terapii – psycholog, psychiatra, itp.) są zobowiązani do zachowania tajemnicy zawodowej. Osoby te w szczególnych przypadkach mogą być zwolnione z jej zachowania, np. przez sąd. Na ogół użytkownicy narkotyków nie wierzą, że tajemnica ich wypowiedzi będzie dotrzymana, a to nastawienie – uzasadnione lub nie – może mieć wpływ na powodzenie terapii.
- Należy poinformować użytkowników narkotyków nt. konkretnych sytuacji, jakie mogą zaistnieć i stanowić powód do wypisania ich z terapii, jak również ich możliwości odwoławczych od tego typu decyzji. Uzależnieni, rozpatrujący dobrowolne przerwanie leczenia, muszą zostać również poinformowani o prawdopodobieństwie nawrotu choroby. Pacjenci, którzy mimo to podjęli samodzielną decyzję o wyjściu z terapii substytucyjnej, powinni być zachęceni do zmniejszania dawek leku w porozumieniu z lekarzem, w miejsce stosowania się do z góry narzuconych im odstępów czasu.



- Wyniki prowadzonych badań konsekwentnie wykazują znaczne korzyści związane z leczeniem substytucyjnym. Zaleca się, aby wszystkie leki substytucyjne były podawane w warunkach kontrolowanych. Obecność lekarza lub innej osoby z personelu medycznego zmniejszy ryzyko przekazania środka leczniczego osobie niepowołanej.



This document as well as the harmreduction.eu website, was created within the joint action '677085 / HA-REACT,' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).

