



Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Bogusława Bukowska

OCENA MOŻLIWOŚCI
PODNIESIENIA JAKOŚCI OPIEKI
ZDROWOTNEJ NAD OSOBAMI
UZALEŻNIONYMI OD OPIOIDÓW
POPRAWĘ DOSTĘPU DO
PODTRZYMUJĄCEGO LECZENIA
SUBSTYTUCYJNEGO

ROZPRAWA DOKTORSKA

Promotor:

Prof. dr hab. n. med. Jerzy T. Marcinkowski

Promotor pomocniczy:

Dr n. biol. Aneta Klimberg

Poznań 2018

*Serdecznie dziękuję mojemu promotorowi
Profesorowi Jerzemu T. Marcinkowskiemu
oraz promotorowi pomocniczemu
dr Anecie Klimberg
za pomoc, zaangażowanie, prowadzenie
i serdeczność
przy tworzeniu poniższej pracy*

*Składam także podziękowania
wszystkim lekarzom, którzy uczestniczyli w badaniach
dzieląc się swoją wiedzą i doświadczeniem.*

*Dziękuję również mojemu mężowi Sławkowi,
córcie Agnieszce oraz przyjaciółom za ustawiczną motywację
i wsparcie, aby ta praca mogła zostać zwieńczona.*

Spis treści

Spis tabel	6
Spis rycin	7
Wykaz skrótów	8
CZĘŚĆ PIERWSZA – KONTEKST I PROBLEMATYKA PRACY	9
1. WPROWADZENIE	9
1.1. Światowe trendy rozpowszechnienia używania opioidów w kontekście używania innych nielegalnych substancji psychoaktywnych	10
1.2. Rozpowszechnienie używania opioidów w Polsce	12
1.2.1. Rozpowszechnienie używania opioidów wśród młodzieży	12
1.2.2. Rozpowszechnienie używania opioidów w populacji generalnej	13
1.2.3. Rozpowszechnienie problemowego używania opioidów	15
1.2.4. Osoby uzależnione od opiatów w systemie leczenia w Polsce	16
2. SZKODY ZDROWOTNE I SPOŁECZNE POWODOWANE UŻYWIANIEM OPIOIDÓW	19
2.1. Uzależnienie od opioidów	19
2.2. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS	19
2.3. Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C	22
2.4. Zachorowania na inne choroby zakaźne	23
2.5. Zgony związane z używaniem opioidów	24
2.6. Konsekwencje społeczne	25
3. PODTRZYMUJĄCE LECZENIE SUBSTYTUCYJNE	27
3.1. Wprowadzenie do podtrzymującego leczenia substytucyjnego	27
3.2. Leczenie substytucyjne w Polsce	28
3.3. Leki stosowane w podtrzymującej terapii substytucyjnej	32
3.3.1. Metadon	32
3.3.2. Buprenorfina	33
3.3.3. Diamorfina	35
3.4. Skuteczność leczenia substytucyjnego	36
3.4.1. Ograniczenie zakażeń HIV	36
3.4.2. Ograniczenie zakażeń HCV i innych chorób zakaźnych	36
3.4.3. Ograniczenie liczby zgonów	37
3.4.4. Ogólna poprawa stanu zdrowia somatycznego i psychicznego	37
3.4.5. Poprawa funkcjonowania społecznego i jakości życia	38
CZĘŚĆ DRUGA – BADANIA WŁASNE	40
4. ZAŁOŻENIA BADAŃ, PROBLEM BADAWCZY I CELE BADAŃ	40
4.1. Problem badawczy i uzasadnienie jego podjęcia	40
4.2. Cele badań	42
5. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH	43
5.1. Ocena regulacji prawnych i organizacji leczenia substytucyjnego w wybranych krajach UE i w Polsce	43
5.1.1. Pytania badawcze	43

5.1.2. Dobór krajów do badania i wybór głównych informatorów	43
5.1.3. Zbieranie i analiza danych.....	44
5.1.4. Materiał badawczy	45
5.1.5. Najważniejsi informatorzy	48
5.2. Ocena gotowości lekarzy POZ do prowadzenia leczenia substytucyjnego	48
5.2.1. Pytania badawcze	48
5.2.2. Proces rekrutacji do badania.....	49
5.2.3. Zbieranie i analiza danych.....	51
5.2.4. Informacje o osobach uczestniczących w badaniu.....	55
6. WYNIKI BADAŃ	57
6.1. Ocena regulacji prawnych i organizacji leczenia substytucyjnego w wybranych krajach UE i w Polsce	57
6.1.1. Historia wprowadzania leczenia substytucyjnego.....	57
6.1.2. Podmioty uprawnione do prowadzenia leczenia substytucyjnego	58
6.1.3. Kryteria przyjęcia do leczenia substytucyjnego	60
6.1.4. Leki stosowane w terapii substytucyjnej.....	61
6.1.5. Lekarze uprawnieni do zakwalifikowania pacjenta do leczenia substytucyjnego	62
6.1.6. Lekarze uprawnieni do kontynuowania leczenia substytucyjnego	64
6.1.7. Szkolenia uprawniające do prowadzenia leczenia substytucyjnego	65
6.1.8. Przyjmowanie leku w terapii substytucyjnej w obecności personelu pielęgniarskiego.....	66
6.1.9. Udział aptek w realizacji leczenia substytucyjnego	67
6.1.10. Wydawanie dawki leku do samodzielnego przyjmowania	67
6.1.11. Wystawianie recept na leki w terapii substytucyjnej	69
6.1.12. Odpłatność za leki stosowane w leczeniu substytucyjnym	69
6.1.13. Mechanizmy kontroli nad nielegalną dystrybucją leków	70
6.1.14. Zachęty finansowe do prowadzenia leczenia substytucyjnego	71
6.1.15. Wsparcie terapeutyczne i społeczne	72
6.1.16. Wytyczne kliniczne	73
6.1.17. Udział lekarzy POZ w leczeniu substytucyjnym.....	74
6.2. Ocena gotowości lekarzy POZ do prowadzenia leczenia substytucyjnego	75
6.2.1. Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych w praktyce respondentów.....	75
6.2.2. Percepcja uzależnienia od substancji psychoaktywnych.....	78
6.2.3. Percepcja zachowań pacjenta w kontekście terapii substytucyjnej.....	83
6.2.4. Wiedza i postawy wobec leczenia substytucyjnego.....	87
6.2.5. Poczucie kompetencji do prowadzenia leczenia substytucyjnego	91
6.2.6. Właściwości systemu opieki zdrowotnej w kontekście wdrożenia leczenia substytucyjnego do praktyki lekarza POZ.....	94
6.2.7. Gotowość lekarzy POZ do realizacji leczenia substytucyjnego.....	95
6.2.8. Oczekiwania respondentów w kontekście zwiększenia ich gotowości do realizacji leczenia substytucyjnego	98

7. DYSKUSJA	101
7.1. Regulacje prawne i wynikające z nich rozwiązania organizacyjne sprzyjające i utrudniające dostęp do leczenia substytucyjnego	101
7.1.1. Modele leczenia substytucyjnego.....	101
7.1.2. Model realizowany w Polsce.....	103
7.1.3. Inne rozwiązania prawne i organizacyjne sprzyjające dostępności do leczenia substytucyjnego	104
7.1.4. Ordynowanie leków substytucyjnych na receptę	104
7.1.5. Kontrola dystrybucji leków	105
7.1.6. Zapewnienie dostępności metadonu i buprenorfiny.....	106
7.1.7. Dostępność ekonomiczna terapii substytucyjnej.....	107
7.1.8. Poziom kompetencji lekarzy	108
7.2. Ocena gotowości lekarzy POZ do prowadzenia leczenia substytucyjnego	109
7.2.1. Czynniki utrudniające prowadzenie terapii substytucyjnej przez lekarzy PO	109
7.2.2. Czynniki sprzyjające prowadzeniu terapii substytucyjnej przez lekarzy POZ.....	116
7.3. Podsumowanie	119
8. OGRANICZENIA BADANIA	121
9. WNIOSKI I REKOMENDACJE	122
9.1. Wnioski	122
9.2. Rekomendacje dla zmiany regulacji prawnych i organizacji leczenia substytucyjnego w Polsce	123
10. ZAŁĄCZNIKI	125
10.1. Kwestionariusz do samodzielnego wypełnienia przez kluczowych informatorów.....	125
10.2. Dyspozycje do wywiadu indywidualnego	130
10.3. Informacje o badaniu i formularz świadomej zgody na udział w badaniu	131
10.4. Kwestionariusz do samodzielnego wypełnienia przez respondenta	132
10.5. Wykaz programów leczenia substytucyjnego w Polsce	135
10.6. Informacje o lekarzach uczestniczących w badaniu	137
11. BIBLIOGRAFIA	138
STRESZCZENIE	146
ABSTRACT	149

Spis tabel

1. Wykaz materiałów źródłowych	45
2. Wykaz kategorii dotyczących stanu prawnego i organizacji leczenia substytucyjnego	47
3. Informacja o kluczowych informatorach	48
4. Kryteria przyjęcia do leczenia substytucyjnego w krajach UE objętych badaniami i w Polsce	61
5. Lekarze uprawnieni do zakwalifikowania pacjenta do leczenia substytucyjnego w krajach UE objętych badaniami i w Polsce.....	63
6. Lekarze uprawnieni do kontynuowania leczenia substytucyjnego w krajach UE objętych badaniami i w Polsce.....	65
7. Dodatkowe szkolenia dla lekarzy realizujących leczenie substytucyjne i podmioty odpowiedzialne za przeprowadzenie szkoleń w krajach UE objętych badaniami i w Polsce	66
8. Odpłatność za leki wypisywane na receptę w krajach UE objętych badaniami i w Polsce	70
9. Mechanizmy zapobiegające pozamedycznemu wykorzystaniu leków stosowanych w terapii substytucyjnej w krajach UE objętych badaniami.....	71

Spis rycin

1. Używanie opioidów (w %) kiedykolwiek w życiu w kolejnych edycjach badania ESPAD w latach 1999-2015 [dane IPiN, 2015].....	13
2. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2016 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania związanych z używaniem substancji – wg typu substancji..	17
3. Nowo rozpoznane zakażenia HIV w Polsce w latach 1999-2016 [dane NIZP-PZH]..	21
4. Liczba nowych zachorowań na AIDS w Polsce w latach 1999-2016 [dane NIZP-PZH].	22
5. Liczby pacjentów leczonych substytucyjnie w latach 2008-2017 [dane NFZ].	30
6. Rok zainicjowania leczenia substytucyjnego w krajach UE objętych badaniami i w Polsce.	58
7. Podmioty uprawnione do prowadzenia leczenia substytucyjnego w krajach UE objętych badaniami i w Polsce.....	60
8. Udział poszczególnych leków w terapii substytucyjnej w krajach UE objętych badaniami i w Polsce.	62
9. Odsetek pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym przez lekarzy ogólnych w krajach UE objętych badaniami i w Polsce.....	74
10. Porównanie wskaźnika nawrotów pomiędzy uzależnieniem od substancji psychoaktywnych a innymi chorobami przewlekłymi.	114

Wykaz skrótów

- AIDS** – zespół nabytego niedoboru {upośledzenia} odporności (*acquired immune deficiency syndrome*)
- ASK** – badanie pt. Adekwatność systemu pomocy osobom uzależnionym od narkotyków w stosunku do potrzeb jego klientów
- EMCDDA** – Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*)
- ESPAD** – Europejski Program Badań Szkolnych nad Używaniem Alkoholu i Narkotyków przez Młodzież (*European School Survey Project on Alcohol and Drug*)
- EWS** – System Wczesnego Ostrzegania o Nowych Substancjach Psychoaktywnych (*Early Warning System on New Psychoactive Substances*)
- GUS** – Główny Urząd Statystyczny
- HBV** – wirus zapalenia wątroby typu B (*Hepatitis B Virus*)
- HCV** – wirus zapalenia wątroby typu C (*Hepatitis B Virus*)
- HIV** – wirus nabytego niedoboru {upośledzenia} odporności (*Human Immunodeficiency Virus*)
- ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – 10 rewizja (*10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*)
- IPiN** – Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
- KBPN** – Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii w Warszawie
- MZ** – Ministerstwo Zdrowia
- MZiOS** – Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej
- NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia
- NIZP-PZH** – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
- NTORS** – *National Treatment Outcome Research Study*
- POZ** – podstawowa opieka zdrowotna
- PLU** – Poradnia Leczenia Uzależnień
- UE** – Unia Europejska
- UNGASS** – Specjalna Sesja Organizacji Narodów Zjednoczonych na temat polityki narkotkowej (*United Nations General Assembly Special Session on drugs*)
- UNODC** – Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (*United Nations Office on Drugs and Crime*)
- WHO** – Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization*)

CZĘŚĆ PIERWSZA – KONTEKST I PROBLEMATYKA PRACY

1. WPROWADZENIE

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych uważane jest przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za chorobę, u podłoża której leżą zaburzenia funkcjonowania mózgu spowodowane działaniem substancji psychoaktywnych [1]. Uzależnienie rozwija się, gdy pod wpływem używania substancji psychoaktywnej dochodzi do zmian adaptacyjnych w układzie nagrody, a także innych funkcjonalnych układach mózgu. Substancje psychoaktywne, które prowadzą do rozwoju tolerancji i zależności fizycznej, mają szczególny potencjał uzależniający [2]. Do tej grupy należą opioidy. Najczęściej stosowanym nielegalnym opioidem jest heroina, i to ona ma największy udział w kształtowaniu się problemowego wzoru używania. Uzależnienie od opioidów prowadzi do wielu szkód zdrowotnych, generujących znaczne koszty, w tym społeczne. Wśród nich szczególne znaczenie ma zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i spowodowany tym zakażeniem nabyty zespół upośledzenia odporności (AIDS), wirusowe zapalenie wątroby typu C (HCV) i typu B (HBV), gruźlica, choroby przenoszone drogą płciową oraz przedwczesny zgon [1, 3-6]. Uzależnienie od opioidów skutkuje także poważnymi konsekwencjami w sferze funkcjonowania społecznego [3, 6]. Założenie, że uzależnienie jest przewlekłym schorzeniem mózgu, otworzyło drogę do poszukiwania skutecznej farmakoterapii [1, 2, 7]. Idealnym jej celem powinno być umożliwienie pacjentowi osiągnięcia stanu trwałej abstynencji. Cel ten osiągniany jest rzadko, szczególnie w odniesieniu do uzależnienia od opioidów [2, 8-10]. Dlatego, podobnie jak w innych chorobach przewlekłych, dąży się do możliwej do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia i funkcjonowania społecznego [9, 11, 12]. Podtrzymująca terapia substytucyjna, to farmakologiczna metoda leczenia osób uzależnionych od opioidów prowadzona pod nadzorem lekarza, polegająca na zastosowaniu środka działającego agonistycznie na receptory opioidowe μ (*mi*), który podawany przez co najmniej 6 miesięcy prowadzi do stabilizacji funkcjonowania mózgu, zapobiega występowaniu silnego pragnienia przyjmowania substancji albo poczuciu przymusu jej przyjmowania [13]. W połączeniu z oddziaływaniami psychospołecznymi prowadzi do poprawy stanu zdrowia, ograniczenia ryzyka zakażenia HIV i rozwoju AIDS, ograniczenia ryzyka zakażenia żółtaczką typu C i B oraz gruźlicy, zmniejszenia ryzyka zgonu z przedawkowania oraz poprawy funkcjonowania w rolach społecznych [1, 3, 10]. Udokumentowane korzyści z leczenia substytucyjnego sprawiły, że jest ono rekomendowane przez WHO. Pomimo to dostęp do tej formy terapii w wielu krajach jest niewystarczający, dotyczy to też Polski [3, 14-16].

Zgodnie z analizami przedstawionymi przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) [17], wskaźniki dostępności leczenia substytucyjnego poniżej 30% właściwie nie pozwalają na osiągnięcie ważnych – z punktu widzenia zdrowia publicznego – celów, jak ograniczenie liczby zgonów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz zakażeń HIV, HCV, HBV. Luksemburg, Malta, Włochy, Austria, Chorwacja, Grecja, Wielka Brytania, Niemcy, Francja, Irlandia i Holandia, to kraje o wysokich wskaźnikach dostępności tej terapii, gdzie co najmniej 50% populacji osób uzależnionych od opioidów objętych jest podtrzymującym leczeniem substytucyjnym [16, 18]. Szacuje się, że w Polsce terapią substytucyjną objętych jest od 13 do 25% osób uzależnionych, najczęściej od heroiny [19]. W obszernym piśmiennictwie zagranicznym opisano wiele czynników utrudniających dostęp do leczenia substytucyjnego [20-25]. W Polsce badania na temat przyczyn niskich wskaźników dostępu do leczenia substytucyjnego nie były prowadzone. Prezentowane tu badania dostarczają informacji o przyczynach tego stanu rzeczy.

Problem badawczy podjęty w pracy dotyczy warunków efektywnego wdrażania leczenia substytucyjnego. Badanie obejmowało 2 grupy czynników, które wpływają na dostęp do leczenia substytucyjnego: 1) prawnych aspektów organizacji leczenia substytucyjnego oraz 2) przekonań lekarzy zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) na temat uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym w szczególności uzależnienia od opioidów oraz leczenia substytucyjnego.

1.1. Światowe trendy rozpowszechnienia używania opioidów w kontekście używania innych nielegalnych substancji psychoaktywnych

Zgodnie z oszacowaniami Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Prześiępczości (UNODC) [26] rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych na świecie pozostaje na względnie stałym poziomie. W 2015 r. ok. 250 mln osób używało nielegalnych substancji psychoaktywnych, co oznacza, że 1 na 20 osób w wieku od 15 do 64 r.ż. używała tych substancji choć jeden raz. Około 27 mln osób ze światowej populacji dorosłych używa nielegalnych substancji psychoaktywnych w sposób problemowy. Część z nich spełnia kryteria uzależnienia od substancji psychoaktywnych, a prawie połowa przyjmuje te substancje w iniekcjach dożylnych. Zgodnie z cytowanymi oszacowaniami rozpowszechnienie używania opioidów dotyczyło od 0,6 do 0,8% światowej populacji osób dorosłych. Wskaźniki rozpowszechnienia używania opiatów (heroiny i opium) są mniejsze i wynoszą ok. 0,4%, co oznacza ok. 18 mln osób [26].

Szacuje się, że w Europie wskaźnik rozpowszechnienia problemowego używania opioidów przez osoby w wieku 15 do 64 r.ż. jest niższy i wynosi ok. 0,4%, co odpowiada grupie 1,3 mln osób. Spośród 11 krajów, które przeprowadziły więcej niż jedno oszacowanie ryzykownego używania opioidów w latach 2008-2015, tylko Hiszpania odnotowała istotny statystycznie spadek, a pozostałe państwa charakteryzowały się względnie stabilnymi trendami [18].

Dane szacunkowe EMCDDA dotyczące wskaźnika problemowego używania opioidów w przeliczeniu na 1000 osób wahają się od mniej niż jednego do ok. 8 przypadków. Do krajów o najwyższych wskaźnikach rozpowszechnienia problemowego używania opioidów w Europie, tj. powyżej 5 przypadków na 1000 dorosłych mieszkańców, należy m.in. Malta, Francja, Łotwa i Wielka Brytania. O występowaniu średniego rozpowszechnienia, tj. pomiędzy 2,51 do 5 przypadków na 1000 mieszkańców, mówimy w odniesieniu do takich państw, jak m.in. Niemcy, Norwegia, Austria, Portugalia i Chorwacja. Kraje, które cechuje najniższy poziom problemowego używania opioidów, tj. poniżej 2,5 osoby na 1000 mieszkańców, to m.in. Polska, Czechy, Słowacja, Holandia, Węgry i Hiszpania [18].

W Europie uzależnienie od heroiny pozostaje nadal najczęstszą przyczyną zgłaszania się do placówek leczenia uzależnień oferujących pomoc w związku z uzależnieniem od innych niż alkohol i nikotyna substancji psychoaktywnych. Szacuje się, że w 2015 r. spośród 191 tys. pacjentów podejmujących specjalistyczne leczenie z powodu używania opioidów 37 tys. (19,4%), to pacjenci, którzy wcześniej nie podejmowali leczenia. Osoby podające heroinę jako podstawową substancję psychoaktywną stanowiły 79% pacjentów podejmujących leczenie po raz pierwszy [18].

Począwszy od 2010 r. w niektórych krajach Europy zaobserwowano nowe trendy związane z używaniem opioidów, co przypisuje się zmniejszonej podaży heroiny [17, 26]. Buprenorfina stała się głównym opioidem zgłaszanym przy przyjęciu do leczenia w Finlandii [26, 27]. W Rosji coraz bardziej popularna staje się dezomorfina, slangowo nazywana 'krokodyl'. W niektórych krajach odnotowano także zwiększone rozpowszechnienie używania domowej produkcji heroiny opartej na technologii opracowanej w latach 70. XX w. przez polskich użytkowników opiatów, tzw. kompotu [26]. Niepokojącym zjawiskiem na tzw. scenie narkotykowej w Europie jest także występowanie od 2005 r. nieznanych lub niestosowanych wcześniej syntetycznych opioidów, wśród których najpopularniejsze są fentanyle. W Estonii odnotowano tak duże rozpowszechnienie ich używania, że większość osób przyjmowanych do leczenia z powodu uzależnienia od opioidów zgłaszała jako narkotyk podstawowy fentanyl [16, 26]. Pomiędzy rokiem 2005 a 2016 do Europejskiego Systemu Wczesnego Ostrzegania o Nowych Substan-

cyjach Psychoaktywnych (EWS) w sumie zgłoszono 25 niepodlegających kontroli prawnej, nowych syntetycznych opioidów. W liczbie tej mieści się 18 fentanyli, z których większość była zgłoszona do EWS w 2016 r. Choć skala zagrożeń, które mogą wynikać z ich używania, nie jest jeszcze dokładnie rozpoznana, to uważa się, że stanowią one duże zagrożenie dla zdrowia publicznego i indywidualnego [17, 18]. Zwiększona liczba użytkowników legalnych opioidów syntetycznych znalazła swoje odzwierciedlenie w europejskich danych statystycznych dotyczących leczenia. W 2015 r. ok. 10% przyjętych do leczenia w specjalistycznych placówkach z powodu uzależnienia od opioidów zgłaszało jako substancję podstawową legalny syntetyczny opioid. Do najczęściej przyjmowanych należały: metadon, buprenorfina, fentanyl, tramadol oraz oksykodon. Choć rozpowszechnienie używania opioidów jest znacznie mniejsze niż rozpowszechnienie używania innych nielegalnych substancji psychoaktywnych, to mają one nieproporcjonalnie duży udział w śmiertelności i zachorowalności z powodu używania środków odurzających [17, 26].

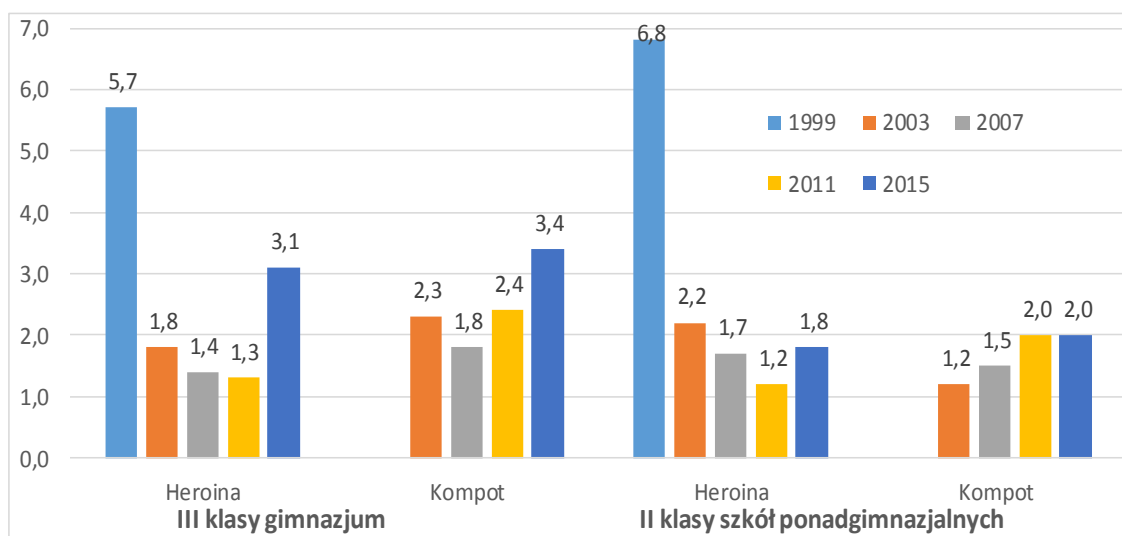
W USA w 2015 r. liczba zgonów związanych z nadużywaniem opioidów wzrosła 3-krotnie w porównaniu z 2000 r. Wysokie wskaźniki śmiertelności skorelowane były ze znacznym wzrostem liczby osób nadużywających opioidów preskrypcyjnych. Szacuje się, że w 2016 r. nadużywało ich 11 mln Amerykanów. Nie tylko przepisywanie opioidów na receptę przyczyniło się do wzrostu liczby zgonów. W piśmiennictwie zwraca się uwagę, że w latach 2013-2016, liczba zgonów przypisywanych fentanylom lub ich analogom wzrosła w USA o 540%. Fentanyle często identyfikowane były w środkach odurzających sprzedawanych jako heroina [28]. W badaniach opinii publicznej problem nadużywania opioidów znalazł się na 6 miejscu na liście najważniejszych krajowych problemów, którymi rząd USA powinien zająć się w 2017 r. [29]. W piśmiennictwie zwraca się uwagę, że choć nadużywanie opioidów stanowi problem zdrowia publicznego, to u jego źródeł leżą ekonomiczne, społeczne i rasowe nierówności oraz brak życiowych perspektyw. Problemy te wychodzą poza mandat działania systemu opieki zdrowotnej. Ich rozwiązanie stanowi jednak klucz do ograniczenia epidemii nadużywania opioidów i poprawy zdrowia publicznego [28].

1.2. Rozpowszechnienie używania opioidów w Polsce

1.2.1. Rozpowszechnienie używania opioidów wśród młodzieży

Informacji o rozpowszechnieniu eksperymentalnego i okazjonalnego używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży dostarczają wyniki badań ankietowych prowadzonych na próbach losowych uczniów klas I i III szkół ponadpodstawowych (wg starego systemu edukacji) oraz klas III gimnazjów i klas II szkół ponadgimnazjalnych

(w nowym systemie edukacji). Badanie prowadzone jest w ramach Europejskiego Programu Badań Szkolnych nad Używaniem Alkoholu i Narkotyków przez Młodzież (ESPAD). W Polsce zostało zainicjowane w 1995 r. i od tamtej pory przeprowadzono już 6-krotne pomiary, ostatnio w 2015 r. [30]. Analiza wyników tych badań wskazuje na bardzo niskie rozpowszechnienie używania heroiny kiedykolwiek w życiu w pomiarach z lat 1995, 2003, 2007 [31, 32]. Natomiast w pomiarze za 1999 r. odsetki sięgających po heroinę bardzo wzrosły. Za ten gwałtowny wzrost w pewnym stopniu mogła być odpowiedzialna zmiana w kwestionariuszu badawczym dokonana w 1999 r. W 1995 r. pytano tylko ogólnie o używanie heroiny, natomiast w 1999 r. pytano osobno o używanie heroiny do palenia tzw. ‘brown sugar’ oraz heroiny ‘białej’. W 2003 r. powrócono do wersji sprzed ośmiu lat. Wyniki badania z 2007 r. potwierdziły incydentalny charakter wyników z 1999 r. Odsetki eksperymentujących z heroiną odnotowane w 2007 r. niewiele różniły się od stwierdzonych w 2003 r. [31]. Ten względnie stabilny trend został potwierdzony w badaniach przeprowadzonych w latach 2011 i 2015 [30, 33]. Podsumowując można stwierdzić, że młodzież bardzo rzadko sięga po heroinę, jak i heroinę domowej produkcji (‘kompot’). Skala tego zjawiska jest odnotowywana w badaniach populacyjnych młodzieży szkolnej na bardzo niskim poziomie (ryc. 1).



Ryc. 1. Używanie opioidów (w %) kiedykolwiek w życiu w kolejnych edycjach badania ESPAD w latach 1999-2015 [dane IPiN, 2015].

1.2.2. Rozpowszechnienie używania opioidów w populacji generalnej

Informacji na temat rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych w populacji generalnej dostarczają wyniki badań prowadzonych na próbach losowych dorosłych mieszkańców Polski, tj. w wieku 15-64 r.ż. Badania takie przeprowadzono w latach 2002, 2006, 2010 i 2014 [34-37].

Do 1988 r. pytania o doświadczenia z nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi zadawane były dorosłym mieszkańcom przy okazji ogólnopolskich badań nad wzorami picia napojów alkoholowych. Wyniki badań z lat 1984 i 1988 wskazywały na brak takich doświadczeń. W kilkutyśięcznych próbach co najwyżej kilka osób przyznawało się do eksperymentowania z tymi substancjami, najczęściej w związku z pobytem za granicą [38].

Zachodzące w Polsce w latach 90. XX w. przemiany społeczno-ekonomiczne (transformacja ustrojowa) skłoniły badaczy do zainicjowania badań epidemiologicznych, które w sposób bardziej szczegółowy eksplorowały zjawisko używania substancji psychoaktywnych przez dorosłych mieszkańców naszego kraju [34].

Za wskaźnik okazjonalnego używania przyjmuje się zwykle używanie substancji psychoaktywnych w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. W badaniach tych respondenci pytani są o doświadczenia z używaniem różnych substancji psychoaktywnych, w tym opiatów (heroiny i 'kompotu') oraz syntetycznych opioidów – metadonu. Wyniki tych badań wskazują, że rozpowszechnienie używania tych substancji w populacji osób dorosłych, tj. w wieku 15 lat i więcej, to zjawisko zaledwie marginalne, ledwo uchwytnie w pomiarach. Zarówno w badaniach z 2006 r., jak i 2010 r., odsetki okazjonalnych użytkowników heroiny wyniosły 0,1%. Odsetki użytkowników 'kompotu' wyniosły w 2006 r. i 2010 r. odpowiednio poniżej 0,1 i 0,2%. Używania metadonu w tym okresie nie odnotowano [35, 36]. W pomiarze przeprowadzonym w 2014 r. nikt nie zadeklarował kontaktu z opiatami w okresie ostatnich 12 miesięcy oraz 30 dni przed badaniem (wskaźnik aktualnego używania) [37].

Analizując używanie opiatów kiedykolwiek w życiu według wieku badanych, najczęściej kontakt z nimi deklarowały osoby z grupy 35-44 lat (0,6%). W grupie wiekowej 25-34 lata do używania opiatów kiedykolwiek w życiu przyznało się 0,2% respondentów. W najmłodszej grupie respondentów (15-24 lat) nie odnotowano takich przypadków [37]. O tym, że używanie opiatów w populacji generalnej jest zjawiskiem bardzo rzadkim, świadczą pośrednio wartości uzyskane dla innych wskaźników. Odsetki respondentów, którzy w okresie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem otrzymali propozycje użycia heroiny, wyniosły 0,5%, a użycia polskiej heroiny 0,2%. Czynnikiem sprzyjającym niskiemu rozpowszechnieniu używania opiatów są przekonania respondentów dotyczące ryzyka związanego z ich używaniem. Regularne używanie heroiny jest postrzegane przez 96,6% respondentów, jako obarczone bardzo dużym ryzykiem poważnych konsekwencji zdrowotnych [37].

1.2.3. Rozpowszechnienie problemowego używania opioidów

W 2004 r. EMCDDA zdefiniowało pojęcie ‘problemowe używanie’ jako ‘używanie środków psychoaktywnych poprzez wstrzykiwanie lub używanie opioidów, kokainy i(lub) innych stymulantów przez długi okres czasu i w sposób regularny’ [39].

W 2012 r. w miejsce pojęcia ‘problemowe używanie’ EMCDDA wprowadziło termin ‘używanie wysokiego ryzyka’ (*high risk drug use*), które zdefiniowano jako ‘aktualne używanie substancji psychoaktywnych w sposób powodujący szkody (negatywne konsekwencje), takie jak uzależnienie, inne szkody zdrowotne, szkody psychologiczne lub społeczne lub używanie w sposób, który stwarza wysokie ryzyko wystąpienia takich szkód’ [40]. W ten sposób zakresem pojęcia objęto używanie przetworów konopi oraz nowych substancji psychoaktywnych, tzw. dopalaczy, jeśli używanie tych substancji prowadzi do negatywnych konsekwencji. W nowej definicji nacisk położono na skutki używania, nie zaś na typ substancji czy sposób wprowadzania jej do organizmu.

Oszacowań liczby problemowych użytkowników lub według nowej definicji liczby użytkowników wysokiego ryzyka dokonuje się nie tylko w celu śledzenia trendów epidemiologicznych i przewidywania potencjalnych zagrożeń dla zdrowia publicznego, ale także do oceny potrzeb leczniczych.

Używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych, zwłaszcza problemowe, zalicza się do ‘zjawisk ukrytych’. Ze względu na społeczną dezaprobatę oraz status prawny posiadania nielegalnych substancji, ich użytkownicy zwykle unikają ujawniania swojego problemu, zwłaszcza jeśli dotyczy to substancji psychoaktywnych, które w powszechnej opinii są szczególnie niebezpieczne i związane ze zmarginalizowanymi grupami społecznymi. Dlatego oszacowania dotyczące problemowego wzoru używania wymagają zastosowania metod pośredniego pomiaru, a uzyskane wyniki mogą być obarczone błędem niedoszacowania [41].

W Polsce po raz pierwszy oszacowania liczby problemowych użytkowników opioidów dokonano w 1994 r. Liczbę tę oszacowano wówczas w granicach 20-40 tys. osób [41]. W zdecydowanej większości byli to użytkownicy polskiej heroiny – ‘kompotu’ (opiaty). Kolejne szacunki przeprowadzono dla 2001 r. Wyniki tego oszacowania wskazywały, że liczba problemowych użytkowników mieściła się w przedziale 14-28 tys. osób [42]. Zamiast ‘kompotu’ coraz częściej raportowane było używanie heroiny ‘*brown sugar*’. Oszacowanie przeprowadzone dla 2005 r. wyniosło 25-29 tys. osób [43]. Oszacowania dla 2005 i 2001 r. niewiele się zatem różniły, zwłaszcza jeśli wziąć pod uwagę ich górną granicę. Kolejne badania przeprowadzone dla 2009 r. wskazywały na zmniejszenie się liczby problemowych użytkowników tych substancji [44]. Oszacowanie to

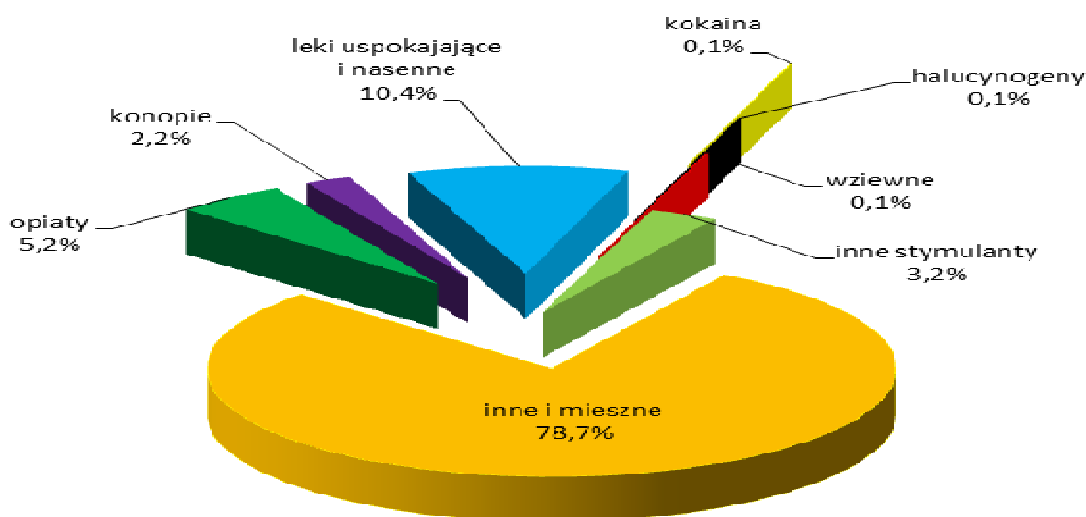
wyniosło 10,4-19,8 tys. osób. Ostatnie badanie zostało przeprowadzone w 2014 r. [37]. Oszacowana liczba problemowych użytkowników opioidów mieściła się wówczas w przedziale 10 915-18 412. Środkowy punkt przedziału przypadł na wartość 14 664 osób. Wskaźnik problemowego używania opioidów w przeliczeniu na 1000 mieszkańców Polski pomiędzy 15 a 64 r.ż. wynosił od 0,4 do 0,7% i był jednym z najniższych w Europie [17].

Podsumowując można stwierdzić, że punkt kulminacyjny rozpowszechnienia problemowego wzoru używania opioidów w Polsce przypadł na pierwszą połowę lat 90. XX w., co miało związek z dokonującą się wówczas transformacją ustrojową. Towarzystwo jej znaczące zmiany postaw i zachowań młodego pokolenia, związane z transmisją wzorców kulturowych z krajów Europy Zachodniej czy USA oraz otwarcie granic, co sprzyjało zwiększonej podaży nielegalnych substancji psychoaktywnych na rynek polski, w tym heroiny [34]. Od początku nowego tysiąclecia liczba ta pozostaje na stabilnym poziomie z tendencją malejącą. Współczynnik na 1000 mieszkańców jest jednym z najniższych w Europie.

1.2.4. Osoby uzależnione od opiatów w systemie leczenia w Polsce

Ostatnie dostępne dane na temat struktury rozpoznań klinicznych zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) w lecznictwie stacjonarnym dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych dotyczą 2016 r. Użytkownicy opiatów pojawiają się w kategorii F11 – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów oraz F19 – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych lub kilku substancji psychoaktywnych. W 2016 r. do stacjonarnych placówek leczenia uzależnień zgłosiły się 20 022 osoby, z czego 1044 leczyło się z powodu rozpoznania zaburzeń spowodowanych używaniem opiatów (F11.0-F.11.9). Stanowiło to 5,2% ogółu leczonych w placówkach stacjonarnych z powodu uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych. Druga z tych kategorii (F19) obejmuje aż 78,7% leczonych w stacjonarnych placówkach leczenia uzależnień i nie pozwala na zidentyfikowanie użytkowników opiatów (ryc. 2).

Analizując trendy epidemiologiczne w zakresie struktury rozpoznań w lecznictwie stacjonarnym na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat należy odnotować systematyczny trend spadkowy odsetka osób z problemem opiatów. W 2001 r. odsetek ten wynosił 40%, w 2002 r. zmniejszył się do poziomu 30%. W kolejnych latach utrzymywał się trend spadkowy aż do poziomu 4,3% w 2015 r. W 2016 r. po raz pierwszy od wielu lat odnotowano nieznaczny wzrost odsetka osób leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem opiatów [45].



Ryc. 2. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2016 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania związanych z używaniem substancji – wg typu substancji [45].

W 2016 r. do wszystkich Poradni Profilaktyki, Leczenia i Rehabilitacji Osób Uzależnionych (innych niż alkohol) przyjętych zostało 40 679 osób, z czego 3 677 leczyło się z powodu rozpoznania zaburzeń spowodowanych używaniem opiatów (F11.0-F11.9), co stanowiło 9% wszystkich leczonych. W 2011 r. odsetek ten wyniósł 11,9%. W 2016 r. najliczniejszą grupę stanowiły osoby z rozpoznaniem zespołu abstynencyjnego i zespołu uzależnienia od opiatów (F11.2-F11.3) – 3290 osób. Pozostałe rozpoznania, to ostre zatrucie i używanie szkodliwe – 312 osób oraz inne zaburzenia spowodowane używaniem opiatów – 75 osób [46]. Osoby z zaburzeniami spowodowanymi używaniem opiatów mogą też występować, podobnie jak to ma miejsce w leczeniu stacjonarnym, w kategorii F19 – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych lub kilku substancji psychoaktywnych. Oszacowanie choćby nawet w przybliżeniu, jaki odsetek w tej grupie stanowią osoby z zaburzeniami spowodowanymi używaniem opiatów, nie jest możliwe.

W placówkach ambulatoryjnych prowadzone są także programy podtrzymującej terapii substytucyjnej. W 2017 r. wg danych NFZ, leczeniem substytucyjnym objęto 2704 osoby w 14 województwach, a w 2016 r. – 2755 osób. Liczba ta powoli, ale systematycznie rośnie. Biorąc pod uwagę szacowaną liczbę osób uzależnionych od opioidów, tj. pomiędzy 10,4 a 19,8 tys. [37], można przyjąć, że w 2016 r. podtrzymującą terapią substytucyjną objętych było pomiędzy 13 a 25% osób uzależnionych, najczęściej od heroiny.

Precyzyjne określenie łącznej liczby pacjentów przyjętych do placówek stacjonarnych i ambulatoryjnych nie jest możliwe, ponieważ niektóre osoby mogą występować w systemach sprawozdawczych kilkakrotnie w przypadku, gdy korzystają w danym ro-

ku z kilku form leczenia, np. ambulatoryjnego i stacjonarnego lub podejmowały w tym samym roku leczenie w kilku poradniach. Podsumowując, można stwierdzić, że liczba osób uzależnionych zgłaszających się do lecznictwa stacjonarnego i poradni leczenia uzależnień z powodu opiatów, realizujących programy ukierunkowane na osiągnięcie abstynencji, systematycznie maleje, z wyjątkiem 2016 r., powoli zaś rośnie w programach leczenia substytucyjnego.

2. SZKODY ZDROWOTNE I SPOŁECZNE POWODOWANE UŻYWIANIEM OPIOIDÓW

2.1. Uzależnienie od opioidów

Substancje psychoaktywne charakteryzują się różnym potencjałem uzależniającym. Używanie heroiny wiąże się z większym, w porównaniu z innymi substancjami nielegalnymi, ryzykiem uzależnienia. Według oszacowań przeprowadzonych w 2010 r. w USA około połowa użytkowników heroiny spełniała kryteria uzależnienia. Niższe oszacowania dotyczyły użytkowników metamfetaminy, spośród których ok. 26% mogło być osobami uzależnionymi. Najniższe wskaźniki odnosiły się do konsumentów kokainy i marihuany, odpowiednio 15 i 10% spełniało kryteria uzależnienia [26]. W etiologii uzależnienia podstawowe znaczenie ma interakcja czynników genetycznych i środowiskowych [1, 3, 7, 47].

Spośród objawów uzależnienia szczególnie niebezpieczny jest rozwój tolerancji, rozumianej jako konieczność przyjmowania coraz większych dawek substancji w celu uzyskania tego samego efektu oraz występowanie objawów zespołu abstynencyjnego, co skłania osobę używającą substancji psychoaktywnych do jej poszukiwania w celu uniknięcia przykrych objawów stanu abstynencyjnego [2, 6]. Nielezione uzależnienie najczęściej charakteryzuje się określoną, stałą dynamiką polegającą na występowaniu naprzemiennych cykli intensywnego używania substancji psychoaktywnych, okresowej remisji i ponownego nawrotu intensywnego używania [2, 3, 6, 9].

2.2. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS

Używanie substancji psychoaktywnych drogą dożylną stanowi ważny czynnik ryzyka zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV). Szacuje się, że ok. 5-10% przypadków zakażeń HIV na świecie można przypisać wstrzykiwaniu dożylnemu tych substancji [48]. Przeciętny użytkownik heroiny dokonuje 4 lub więcej iniekcji dziennie. Wskaźniki rozpowszechnienia zakażeń HIV wśród dożylnych użytkowników substancji psychoaktywnych, w tym szczególnie opioidów są bardzo zróżnicowane. W niektórych krajach rozpowszechnienie zakażeń HIV w tej populacji może sięgać nawet 80%, w innych nie przekracza kilku procent. Najniższe wskaźniki występują w Australii, gdzie szacuje się, że zaledwie 1-3% populacji użytkowników opioidów jest zakażonych HIV [49]. Transmisja zakażeń HIV wśród osób wstrzykujących środki odurzające wynika przede wszystkim z używania skażonego sprzętu do iniekcji oraz dokonuje się w drodze kontaktów seksualnych [1, 4, 6, 48-50]. Źródłem zakażenia może być także pobieranie

środka odurzającego z naczynia, z którego wcześniej pobrano porcję przy użyciu skażonego sprzętu [51]. Oszacowano, że ryzyko zakażenia HIV po dokonaniu iniekcji z użyciem skażonej igły wynosi 0,67%. Użycie innych skażonych akcesoriów wykorzystywanych do wstrzykiwania prawdopodobnie związane jest z mniejszym ryzykiem transmisji HIV. Oszacowane ryzyko zakażenia HIV w drodze kontaktów seksualnych pomiędzy seropozytywnym iniekcyjnym użytkownikiem a niezakażonym partnerem wynosi od 0,02 do 0,05% na jeden heteroseksualny akt, a więc jest niższe w porównaniu z ryzykiem związanym z używaniem zakażonej igły [52]. Iniekcijni użytkownicy substancji psychoaktywnych zakażeni HIV mogą stanowić źródło transmisji wirusa do populacji ogólnej poprzez kontakty seksualne oraz przez zakażenie wertykalne od chorej matki na dziecko [53, 54].

W Europie odsetek nowych zakażeń spowodowanych wstrzykiwaniem substancji psychoaktywnych pozostaje na niskim, stabilnym poziomie (poniżej 8% w ostatnich 10 latach). Niektóre kraje UE raportują jednak znacznie wyższe wskaźniki, np. na Litwie – 34%, na Łotwie – 32%, w Estonii – 25%, w Luksemburgu – 27% [18]. Odnotowano także występowanie nowych lokalnych ognisk występowania zakażeń HIV w Wielkiej Brytanii (Szkocji), Irlandii i Luksemburgu [17, 55]. W 2014 r. średni wskaźnik nowo zdiagnozowanych przypadków zakażeń HIV związanych z przyjmowaniem substancji przez wstrzykiwanie wyniósł 2,04 na milion mieszkańców, w Polsce 1,0 na milion mieszkańców [56].

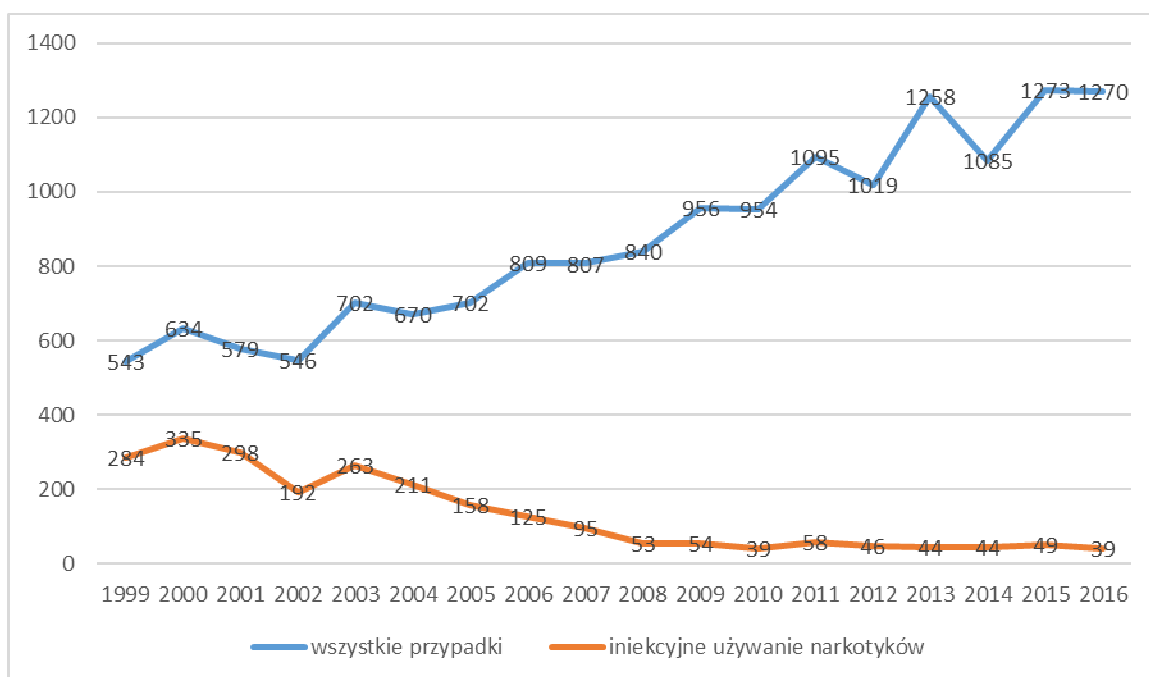
W 2015 r. w Europie odnotowano 1233 nowych przypadków zakażenia HIV w grupie użytkowników substancji psychoaktywnych przyjmowanych dożylnie, co stanowi 5% rozpoznań, dla których znana jest droga transmisji. Jest to najniższa liczba od ponad dekady [18].

Zakażenie HIV z następowym zachorowaniem na AIDS stanowi w Europie drugą w kolejności, po przedawkowaniu, przyczynę przedwczesnego zgonu wśród osób używających heroiny i innych substancji psychoaktywnych dożylnie. W 2015 r. w krajach UE w 14% nowych przypadków zachorowań na AIDS jako przyczynę wskazano iniekcyjne przyjmowanie substancji [18]. Ponadto ta grupa jest znacznie bardziej narażona na ryzyko zgonu z powodu innych niż AIDS chorób, w porównaniu z osobami niezakażonymi HIV [57], co może być związane z gorszym ogólnym stanem ich zdrowia, większą podatnością na choroby, znacznym stopniem marginalizacji społecznej oraz z częściej podejmowanymi zachowaniami ryzykownymi.

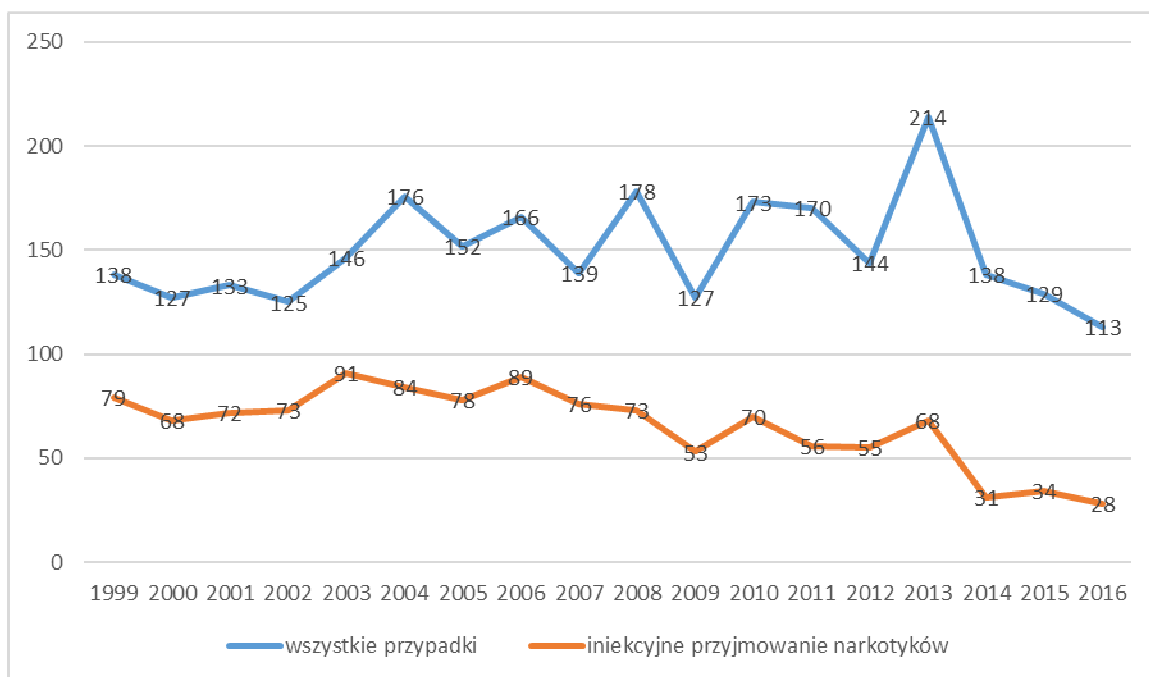
W Polsce od wdrożenia w tym zakresie nadzoru epidemiologicznego w 1985 r. do dnia 31 grudnia 2016 r. stwierdzono zakażenie HIV u 21 140 osób, odnotowano 3438

zachorowań na AIDS, 1357 chorych zmarło (dane Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH). Wśród ogółu zarejestrowanych zakażonych HIV u co najmniej 6299 osób do zakażenia doszło w związku z używaniem środków odurzających, u 1620 przez kontakt heteroseksualny oraz u 3033 przez kontakt seksualny pomiędzy mężczyznami. Pomiędzy 1985 a 1993 r. 77,3% osób, u których rozpoznano zakażenie HIV, stosowało substancje psychoaktywne w drodze dożylniej [51]. W 2016 r. zarejestrowano 1270 nowych zakażeń HIV, w tym 39 przypadków, w których prawdopodobną drogą transmisji zakażenia HIV było używanie dożylnie (ryc. 3). AIDS rozpoznano u 113 osób, w tym u 28 iniecyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych (ryc. 4). Interpretując powyższe dane należy jednak zachować ostrożność, gdyż w 2016 r. w 60% rozpoznanych przypadków zakażeń HIV nie podano prawdopodobnej drogi zakażenia. Podobny wskaźnik braku informacji odnotowywano w latach poprzednich. Brak informacji utrudnia zaplanowanie adekwatnej do potrzeb dystrybucji środków finansowych na działania profilaktyczne ukierunkowane na grupy podejmujące najczęściej i najczęście zachowania ryzykowne.

W Polsce rozpowszechnienie zakażeń HIV w populacji osób używających substancje psychoaktywne w drodze dożylnych iniekcji cechuje znaczne zróżnicowanie terytorialne. Zjawisko to występuje także w innych krajach. W badaniach przeprowadzonych przez NIZP-PZH, obejmujących lata 2008-2011, oszacowano, że ogólny wskaźnik rozpowszechnienia HIV w populacji osób używających opioidów w iniekcjach wyniósł 18%. Najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia zakażeń odnotowano w woj. dolnośląskim (31,5%), mazowieckim (16,0%), śląskim (13,3%) i lubelskim (28,7%); najniższe w woj. lubuskim (9,0%) i warmińsko-mazurskim (2,4%). Do pewnego stopnia stwier-



Ryc. 3. Nowo rozpoznane zakażenia HIV w Polsce w latach 1999-2016 [dane NIZP-PZH].



Ryc. 4. Liczba nowych zachorowań na AIDS w Polsce w latach 1999-2016 [dane NIZP-PZH].

dziane zróżnicowanie terytorialne występowania zakażeń HIV może wynikać z wcześniejszej historii rozwoju epidemii zakażeń HIV w tych województwach. Tam, gdzie wskaźniki te osiągnęły wysoką wartość, już na przełomie lat 80. i 90. XX w., rozpowszechnienie zakażenia HIV było znaczne także w latach 2008-2011 [58].

2.3. Zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C

Wirusowe zapalenie wątroby, w szczególności wywołane wirusem C (HCV), to bardzo częsta konsekwencja dożylnego wstrzykiwania substancji psychoaktywnych [1, 5, 17, 49, 52]. Wirusem tym łatwiej jest zakazić się niż HIV, dlatego jego rozpowszechnienie wśród osób dożylnie używających substancji psychoaktywnych jest większe niż rozpowszechnienie zakażenia HIV [49]. Według oszacowań UNODC ogólny wskaźnik rozpowszechnienia zakażeń HCV wśród iniekcyjnych użytkowników substancji w 2015 r. wyniósł ponad 50%, co oznacza, że na świecie ok. 6,1 mln osób używających substancji psychoaktywnych w drodze wstrzykiwania było zakażonych HCV [26]. W poszczególnych krajach rozpowszechnienie przeciwciał HCV w tej grupie jest zróżnicowane i wynosi od 15 do 84% [5, 17]. W Europie kraje o najniższych współczynnikach, tj. poniżej 30%, występowania przeciwciał HCV wśród osób przyjmujących substancje dożylnie, to m.in. Belgia, Malta i Czechy. Najwyższe wskaźniki, tj. powyżej 70%, odnotowano, m.in. w Szwecji, Portugalii, Estonii i na Litwie [17]. W latach 2011-2012 w 18 krajach, w odniesieniu do których dostępne były dane, wstrzykiwanie substancji było przyczyną 64% wszystkich rozpoznanych przypadków zakażeń HCV oraz 50% ostrych przypadków zakażeń HCV [16].

Z badań wynika, że wśród dożylnych użytkowników substancji psychoaktywnych zakażonych HCV rozpowszechnienie współwystępowania zakażenia HIV może wynosić nawet 90-95% [59].

W Polsce rozpowszechnienie przeciwciał HCV w tej grupie wyniosło 64,6%, wśród pozostałych użytkowników środków odurzających 6,5%, a w populacji ogólnej 1,1%. Zidentyfikowane czynniki ryzyka zakażenia obejmują dzielenie się sprzętem do iniekcji, wykształcenie poniżej maturalnego oraz pobyty w placówkach penitencjarnych. Ponadto ryzyko zakażenia rośnie wraz z wiekiem użytkownika [60]. W Polsce występują znaczące różnice w rozpowszechnieniu zakażeń HCV w poszczególnych województwach. W badaniu przeprowadzonym w 2012 r. w 6 województwach najwyższe wskaźniki odnotowano w woj. śląskim (68,3%), dolnośląskim (64,0%), mazowieckim (60,0%), warmińsko-mazurskim (59,8%); nieco niższe wskaźniki występowały w woj. lubuskim (55,1%), a najniższe w woj. lubelskim 43,7% [58].

2.4. Zachorowania na inne choroby zakaźne

Używanie substancji psychoaktywnych w iniekcjach dożylnych może być czynnikiem ryzyka wielu innych (poza wyżej wspomnianymi) chorób zakaźnych, w tym wirusowego zapalenia wątroby typu B (HBV), A (HAV) i D (HDV), chorób przenoszonych drogą płciową, gruźlicy, tężca i botulizmu [49]. Według EMCDDA od 1,7 do 11% osób przyjmujących substancje psychoaktywne w iniekcjach jest zakażonych HBV. Oszacowania dokonano na podstawie danych z 7 europejskich krajów dysponujących wiarygodnymi danymi [18].

W Europie sporadycznie zgłaszane są przypadki ognisk zakażeń węglikiem, prawdopodobnie powodowanych zanieczyszczoną heroiną [18]. Przypadków takich nie odnotowano w Polsce. Jeśli chodzi o ryzyko zachorowania na gruźlicę, to czynnikami sprzyjającymi są pobyty w zakładach karnych, bezdomność i ubóstwo. Ponadto zachorowaniu na gruźlicę sprzyja immunosupresja występująca w przebiegu zakażenia HIV. Z oszacowań prowadzonych przez UNODC wynika, że ok. 8% osób używających substancji psychoaktywnych w iniekcjach dożylnych choruje na gruźlicę, podczas gdy w ogólnej populacji wskaźnik ten wynosi mniej niż 0,2% [26]. W innych badaniach oszacowano, że u osób stosujących substancje w iniekcjach dożylnych zakażenie HIV wiąże się z 13-krotnym zwiększeniem ryzyka zachorowania na aktywną postać gruźlicy w porównaniu z populacją nieużywającą substancji psychoaktywnych [61]. Gruźlica jest jedną z najważniejszych przyczyn wysokiej umieralności wśród osób używających substancji psychoaktywnych oraz zakażonych HIV. Leczenie gruźlicy w tej populacji

jest trudne, co wynika z charakterystyki stanu zdrowia tej grupy osób. U uzależnionych od opioidów obok zakażenia HIV i HCV często występują zaburzenia psychiczne, w szczególności depresja oraz zaburzenia lękowe [26].

2.5. Zgony związane z używaniem opioidów

Zwiększone wskaźniki umieralności wśród użytkowników opioidów związane są bezpośrednio z przedawkowaniem lub pośrednio z występowaniem wielu chorób, wypadków, zachowań agresywnych i samobójstw [1, 49, 62]. Najważniejszą pośrednią przyczyną zgonów w tej grupie pozostają zachorowania na AIDS. Zakażenie HCV stanowi rzadszą przyczynę zgonu niż HIV/AIDS [49, 53].

W Polsce ostatnie badania na temat umieralności problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych przeprowadzono w 2013 r. [63]. Badaniem objęto kohorty, które składały się z osób ujętych w statystykach, leczonych w placówkach stacjonarnych w latach 2000-2013, bądź biorących udział w pilotażowym programie monitorowania zapotrzebowania na leczenie we wskazanym okresie czasu. Wyniki badania wskazują, że w latach 2000-2013 odnotowano trend spadkowy umieralności. Pomimo to, wg oszacowań umieralność problemowych użytkowników opioidów jest blisko 6 razy większa od umieralności oczekiwanej dla grupy o takiej samej strukturze płci i wieku pochodzącej z populacji generalnej. Standaryzowany współczynnik umieralności jest zróżnicowany ze względu na płeć. Dla mężczyzn wyniósł 5,78, a dla kobiet 6,34 [63]. Wyniki badania przeprowadzonego w Polsce są zbliżone do rezultatów uzyskanych w badaniach prowadzonych w innych krajach [49]. Ponadto osoby przyjęte do leczenia i ujęte w monitorowanej kohorcie, z rozpoznaniem 'Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów' (F11) miały także wyższy surowy współczynnik zgonów (11,51 zgonów na 1000 osobolat) niż osoby z pozostałymi rozpoznaniemiami (9,88 zgonów na 1000 osobolat) [63].

Wyniki badania wskazują, że ryzyko zgonu skorelowane jest z pewnymi zmiennymi socjodemograficznymi. Osoby bezdomne i mieszkające samotnie mają zwiększone ryzyko zgonu odpowiednio o 55 i 46%. Zwiększone ryzyko zgonu występuje także wśród osób żyjących z zasiłków pomocy społecznej, emerytury, pracy dorywczej i samodzielnej działalności gospodarczej [63]. Wyniki te są spójne z rezultatami wielu innych badań, w których zaobserwowano, że słabszy poziom funkcjonowania psycho-społecznego, niższy poziom dochodów, brak zatrudnienia, dłuższy czas używania substancji psychoaktywnych zwiększa ryzyko zgonu [1, 26, 47].

W Europie w ostatnich latach obserwuje się tendencję wzrostową w zakresie liczby zgonów spowodowanych przedawkowaniem substancji psychoaktywnych, w szczególności opioidów [17, 26]. Szacuje się, że w 2015 r. w krajach UE liczba zgonów z przedawkowania to 7585 przypadków. Po uwzględnieniu przypadków zgonów w Norwegii i Turcji liczba ta wynosi 8441 zgonów, co stanowi wzrost o 6% w stosunku do 2014 r. [18].

Ryzyko śmiertelnego przedawkowania opioidów rośnie, gdy używane są one w kombinacji z innymi depresantami ośrodkowego układu nerwowego (alkohol, benzodiazepiny) oraz gdy osoba używająca sięga po nie po okresie abstynencji związanej np. z leczeniem czy pobytem w zakładzie karnym [52]. Według ogólnych oszacowań osoby używające opioidów w celu odurzania się są co najmniej 10 razy bardziej narażone na zgon niż inne osoby w tym samym wieku i tej samej płci. W przypadku kobiet ryzyko to może być nawet większe [17, 49, 64, 65]. Heroina lub jej metabolity, często połączone z alkoholem lub benzodiazepinami, wykrywane są w większości pośmiertnych badań wykonanych w przypadku zgłoszenia przedawkowania substancji psychoaktywnych. Poza heroiną w raportach pojawiają się także takie opioidy, jak: metadon, buprenorfina, fentanyl i tramadol [18, 27]. Średni wskaźnik zgonów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w 2014 r. w UE wyniósł nieco ponad 19 na milion mieszkańców w wieku 15-64 lat, przy czym w niektórych krajach – np. w Estonii czy w Szwecji – wskaźnik ten wyniósł odpowiednio 113 i 93, w Polsce zaś zdecydowanie poniżej średniej europejskiej, tj. 8,5 [17].

W Polsce źródłem informacji na temat liczby zgonów w związku z używaniem substancji psychoaktywnych jest baza prowadzona przez GUS. Przypadki zgonów są selekcjonowane według krajowej definicji, która obejmuje następujące kody klasyfikacji ICD-10: F11-12, F14-16, F19, X42, X44, X62, X64, Y12 i Y14. W 2015 r. odnotowano 255 zgonów z powodu używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (dane GUS dostępne na dzień 1 marca 2018 r. opracowane przez KBPN). Ze względu na sposób rejestracji zgonów, który obejmuje tylko pierwszą przyczynę, wiedza na temat liczby zgonów związanych z przedawkowaniem opioidów może być obarczona poważnym błędem.

2.6. Konsekwencje społeczne

Konsekwencje społeczne używania substancji psychoaktywnych obejmują szereg wymiarów. Jednym z nich jest funkcjonowanie rodzinne i zawodowe. W badaniach prowadzonych w populacji użytkowników opiatów leczonych w Instytucie Psychiatrii i

Neurologii (IPiN) [66] stwierdzono, że w tej grupie w porównaniu z populacją ogólną częściej dochodziło do rozpadu związków małżeńskich i niewywiązywania się z obowiązków rodzicielskich. Ponadto obserwowano bardzo słabą aktywność zawodową, choć pacjenci byli w wieku produkcyjnym [67, 68]. Udokumentowany jest także związek pomiędzy nielegalnym używaniem opioidów, w szczególności heroiny, a zachowaniami kryminalnymi. Relacja ta może przebiegać według różnych wzorów. Problemowe używanie substancji może implikować zaangażowanie w przestępczą działalność lub użytkownicy sami stają się ofiarami przestępstw. Ogólnie używanie heroiny prowadzi do znaczącego wzrostu częstotliwości popełniania przestępstw. Najczęściej są to kradzieże kieszonkowe, kradzieże ze sklepów i paserstwo [53, 66, 67].

3. PODTRZYMUJĄCE LECZENIE SUBSTYTUCYJNE

3.1. Wprowadzenie do podtrzymującego leczenia substytucyjnego

Podtrzymujące leczenie substytucyjne (*maintenance substitution treatment*), to farmakologiczna metoda leczenia osób uzależnionych od opioidów prowadzona pod nadzorem lekarza, polegająca na zastosowaniu środka działającego agonistycznie na receptory opioidowe μ (*mi*), który podawany przez co najmniej 6 miesięcy prowadzi do stabilizacji funkcjonowania mózgu, zapobiega występowaniu silnego pragnienia przyjmowania substancji albo poczuciu przymusu jej przyjmowania. Podtrzymujące leczenie substytucyjne ukierunkowane jest na osiągnięcie określonych celów terapeutycznych, zwykle takich, jak poprawa stanu zdrowia i samopoczucia (*well-being*) [1, 3, 69].

W Polsce określenia terapia substytucyjna i leczenie substytucyjne są używane jako równoważne z pojęciem podtrzymująca terapia substytucyjna. Dlatego w tej pracy pojęcia te są używane zamiennie. Szczegółowe cele podtrzymującego leczenia substytucyjnego obejmują:

- ✓ ograniczenie lub wyeliminowanie używania nielegalnych opioidów
- ✓ ograniczenie lub wyeliminowanie używania opioidów w formie iniekcji
- ✓ ograniczenie ryzyka przedawkowania opioidów
- ✓ ograniczenie kryminalnych zachowań
- ✓ poprawę funkcjonowania psychologicznego i zdrowia fizycznego [69].

W 2015 r. w UE leczeniem substytucyjnym objęto ok. 630 tys. osób, w większości uzależnionych od heroiny. Z europejskich statystyk oraz badań wynika jednak, że coraz częściej do terapii tej przyjmowane są osoby uzależnione od syntetycznych opioidów, jak buprenorfina, metadon czy fentanyl lub jego analogów, pozyskiwane na nielegalnym rynku [56]. Zjawisko używania buprenorfiny w celach innych niż medyczne zostało dobrze udokumentowane, np. w Finlandii i Francji [20, 70]. Informacji na temat pozamedycznego używania metadonu i buprenorfiny przez polskich użytkowników dostarczają badania przeprowadzone w 2008 r. w ramach polsko-francuskiego projektu dotyczącego takich klientów w programach niskoprogowych [71].

Do leczenia substytucyjnego kwalifikowane są także osoby uzależnione od leków opioidowych stosowanych w związku z leczeniem bólu. Ta grupa pacjentów jest szczególnie liczna w USA [72]. Lekiem najczęściej wykorzystywanym w terapii substytucyjnej jest metadon (63%), w drugiej zaś kolejności buprenorfina (35%). W niektórych krajach zastosowanie znajduje także diacetylmorfina (diamorfina, heroina) oraz morfina o kontrolowanym (modyfikowanym) uwalnianiu. Ich udział w rynku leków substytucyjnych jest minimalny i wynosi ok. 2% [18, 73].

Leczenie substytucyjne poddane było wielu badaniom ewaluacyjnym ukierunkowanym na określenie potencjalnych zagrożeń i korzyści. Jego skuteczność jest ściśle związana z przyjmowaniem odpowiedniej dawki środka substytucyjnego przez odpowiednio długi okres czasu [1, 3, 14].

W wielu badaniach wykazano, że poprawa parametrów zdrowotnych i funkcjonowania społecznego może nastąpić, jeśli osoba uzależniona uczestniczy w podtrzymującej terapii substytucyjnej co najmniej 3 miesiące. Nie stwierdzono występowania pozytywnego efektu leczenia substytucyjnego w powyższych zakresach w przypadku detoksykacji prowadzonej z użyciem leku substytucyjnego [1, 3, 48].

Programy podtrzymującej terapii substytucyjnej oprócz farmakoterapii oferują zwykle możliwość skorzystania z oddziaływań psychospołecznych. Większość badaczy i klinicystów uważa, że oddziaływania terapeutyczne stanowią ważny element leczenia substytucyjnego i wpływają na jego większą skuteczność [3, 74-76]. Pozytywnego wpływu psychoterapii można oczekiwać w szczególności wtedy, jeśli pacjent sam wyrazi taką potrzebę [77].

Przyczynkiem do prowadzenia intensywnych badań dotyczących skuteczności terapii substytucyjnej były liczne kontrowersje występujące wokół tej formy leczenia. Jej przeciwnicy podkreślali, że metoda ta nie prowadzi do pełnej i trwałej abstynencji od opioidów, lecz że podtrzymuje uzależnienie i z tej perspektywy budzi wątpliwości natury etycznej [79]. Zwolennicy leczenia substytucyjnego zwracali uwagę, że nieetycznym jest narażanie osób uzależnionych na zakażenie wieloma chorobami i ryzyko przedwczesnego zgonu w sytuacji, gdy znane są metody terapii minimalizujące te ryzyka [1, 80]. WHO rekomenduje leczenie substytucyjne jako metodę, która prowadzi do poprawy zdrowia i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od opioidów. Leczenie substytucyjne zostało uznane za efektywne kosztowo [52, 53].

3.2. Leczenie substytucyjne w Polsce

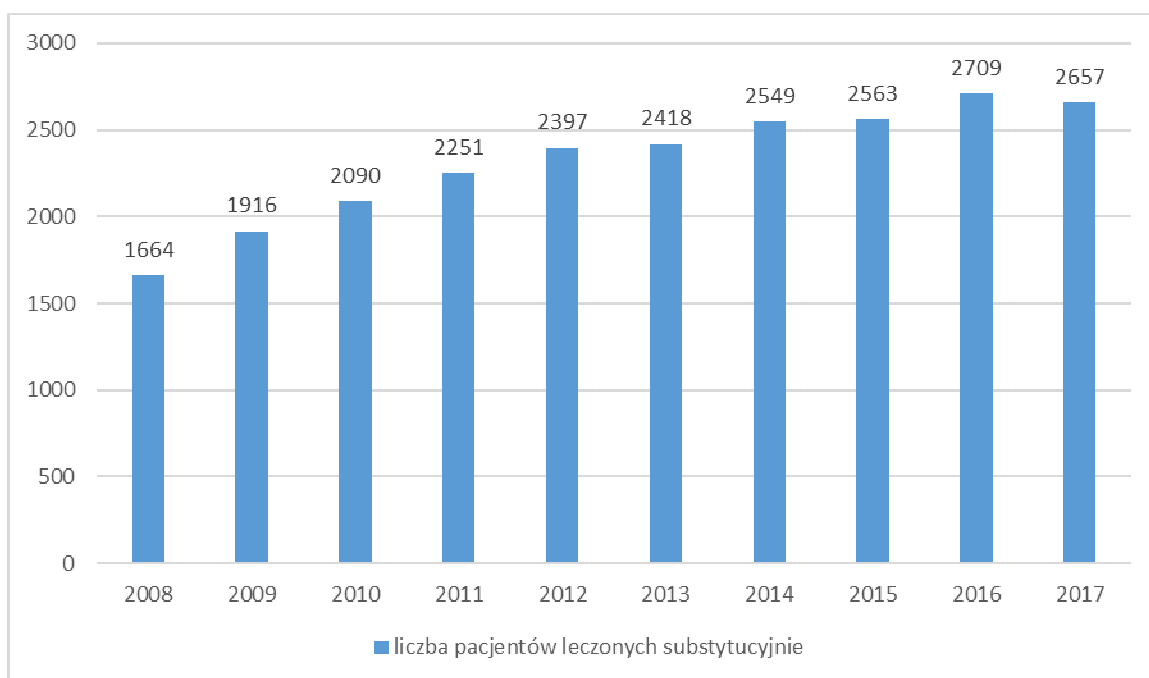
Polska była jednym z pierwszych krajów Europy Środkowo-Wschodniej, które wprowadziło do praktyki klinicznej leczenie substytucyjne, przede wszystkim w związku z szybkim rozpowszechnieniem zakażeń HIV. Według danych PZH w 1991 r. osoby uzależnione od opiatów stanowiły 74,1% wszystkich osób zakażonych HIV [81]. Najpopularniejszym był tzw. kompot (wyciąg ze słomy makowej, produkowany domowym sposobem) stosowany dożylnie. W 1992 r. w IPiN uruchomiono pierwszy eksperymentalny program leczenia substytucyjnego. Realizację programu zaplanowano na okres 1,5 roku: od czerwca 1992 r. do grudnia 1993 r. Detoksykację metadonem zasto-

sowano wobec 119 pacjentów; dalszym leczeniem podtrzymującym objęto 115 pacjentów. Program początkowo był finansowany przez Fundację Nauki Polskiej, a następnie przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (MZiOS) [82]. W 1993 r. powstały 2 kolejne programy w Warszawie. Do pierwszych programów leczenia substytucyjnego mogli być zakwalifikowani pacjenci, którzy spełniali następujące kryteria:

- ✓ byli mieszkańcami Warszawy
- ✓ w wieku 25-40 lat
- ✓ uzależnieni od opiatów przez okres co najmniej 6 lat
- ✓ wielokrotnie i bezskutecznie podejmujący leczenie (detoksykacja, rehabilitacja ukierunkowana na abstynencję)
- ✓ bez zaburzeń psychiatrycznych
- ✓ bez zaburzeń psychoorganicznych
- ✓ wyrażający zgodę na leczenie z zastosowaniem metadonu,
- ✓ do programu nie były przyjmowane kobiety w ciąży oraz osoby ze znacznymi zaburzeniami adaptacyjnymi oraz z tendencją do zachowań agresywnych [68].

Zgodnie z założeniami, program leczenia metadonem w IPiN miał trwać 6 miesięcy. Od czwartego miesiąca planowana była stopniowa detoksykacja z metadonu. W związku z silną presją pacjentów, ich rodzin oraz lekarzy w październiku 1993 r. podjęto decyzję o kontynuowaniu leczenia metadonem wobec grupy 48 pacjentów. Środki finansowe na ten cel pochodziły z budżetu MZiOS. Większość pacjentów uczestniczyła w oddziaływaniach terapeutycznych. Pacjentom nie zapewniano pomocy i wsparcia socjalnego [82].

Po 1993 r. programy substytucyjne powstały w kolejnych kilkunastu miastach Polski. Według danych NFZ w 2016 r. leczeniem substytucyjnym objęto 2709 osób, a w 2017 r. 2657 osób w 14 województwach. Rycina 5 przedstawia liczby pacjentów leczonych substytucyjnie w latach 2008-2017. Uzyskanie wiarygodnych danych sprzed 2008 r. nie było możliwe. Odnotowany w 2009 r. znaczący wzrost liczby pacjentów leczonych substytucyjnie w porównaniu z 2008 r. był konsekwencją uruchomienia w 2008 r. trzech nowych programów: 2 w Warszawie i 1 w Siedlcach. Biorąc pod uwagę ostatnie oszacowania liczby osób uzależnionych od opioidów, tj. pomiędzy 10,4 a 19,8 tys. [37], można przyjąć, że w latach 2016 i 2017 podtrzymującą terapią substytucyjną objętych było od 13 do 25% osób uzależnionych od opioidów, najczęściej od heroiny.



Ryc. 5. Liczby pacjentów leczonych substytucyjnie w latach 2008-2017 [dane NFZ].

Najczęściej stosowanym w terapii lekiem był metadon, który przyjmowało 96% pacjentów leczonych substytucyjnie. Buprenorfinę, buprenorfinę z naloksonem oraz morfinę o kontrolowanym uwalnianiu przyjmowało zaledwie 4% leczonych osób (dane KBPN).

Po raz pierwszy prawne podstawy funkcjonowania leczenia substytucyjnego sformułowano w Ustawie z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 1997 Nr 75, poz. 468) [82]. W artykule 15 ust. 1 stwierdzano, że „osoba uzależniona może być leczona zgodnie z programem przewidującym stosowanie leczenia substytucyjnego”. Pierwszym aktem wykonawczym regulującym kwestię tej terapii było Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 września 1999 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 1999 Nr 73, poz. 873) [83]. Wskazano w nim, że cele leczenia substytucyjnego obejmują:

- ✓ poprawę stanu somatycznego i psychicznego pacjenta
- ✓ readaptację osób uzależnionych
- ✓ ograniczenie rozprzestrzeniania zakażeń HIV i innych.

Rozporządzenie w § 2 ust. 1 precyzowało kryteria przyjęcia do leczenia substytucyjnego. Kierownik programu mógł zakwalifikować pacjenta, jeżeli spełniał on łącznie następujące warunki:

- ✓ był uzależniony od opioidów co najmniej od 3 lat
- ✓ ukończył 21 lat
- ✓ podejmowane próby leczenia konwencjonalnymi metodami okazały się nieskuteczne

- ✓ wyrażał zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie określonym Rozporządzeniem [83].

Od 1997 do 2005 r. leczenie substytucyjne mógł prowadzić wyłącznie publiczny zakład opieki po uzyskaniu zezwolenia MZiOS. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2005 Nr 179, poz. 1485) [84] w art. 28 ust. 2 poszerzała krąg potencjalnych świadczeniodawców o niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Zezwolenie na prowadzenie leczenia substytucyjnego było wydawane w trybie decyzji administracyjnej przez właściwego, ze względu na miejsce prowadzenia terapii, wojewodę. Wprowadzając art. 28 ust. 2 ww. Ustawy zakładano, że przyczyni się on do znacznego zwiększenia liczby podmiotów leczniczych prowadzących terapię substytucyjną, co z kolei zwiększy jej dostępność. Wprowadzone w 2005 r. zmiany nie osiągnęły jednak zakładanego celu, a dostęp do leczenia mierzony odsetkiem osób nim objętych pozostał nadal bardzo niski [19, 85]. W 2007 r. w 15 programach prowadzonych w 10 województwach uczestniczyło 1230 osób, co stanowiło od 4 do 5% populacji osób uzależnionych od opioidów [86].

W latach 2007 i 2010 Minister Zdrowia (MZ) w kolejnych rozporządzeniach (Dz. U. 2007 Nr 205, poz. 1493 [87] i Dz. U. 2010 Nr 191, poz. 1282 [88]) łagodził warunki kwalifikacji do tej terapii, obniżając m.in. wiek pacjenta z 21 do 18 lat.

W obecnie obowiązującym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 2013, poz. 368) [89] wskazano, że pacjent może zostać zakwalifikowany do leczenia, jeśli spełnia łącznie następujące warunki:

- ✓ jest uzależniony od opioidów
- ✓ ukończył 18 lat
- ✓ wyraził zgodę na podjęcie leczenia w ramach programu i przestrzeganie jego wymagań.

Wskazane w ww. Rozporządzeniu MZ kryteria przyjęcia do terapii substytucyjnej są zgodne z rekomendacjami WHO [53]. Cele leczenia substytucyjnego zdefiniowano jako:

- ✓ poprawa stanu somatycznego i psychicznego oraz reintegracja społeczna pacjentów
- ✓ ograniczenie rozprzestrzeniania zakażeń, w tym w szczególności: HIV, HCV, HBV oraz gruźlicy.

W Rozporządzeniach MZ w sprawie leczenia substytucyjnego z 2007 r. (Dz. U. 2007 Nr 205, poz. 1493) [87] i 2013 r. (Dz. U. 2013 poz. 368 [89]) wydłużono także do 14 dni czas na który pacjent może otrzymać lek do samodzielnego stosowania w miejscu zamieszkania w związku z wystąpieniem określonych okoliczności uniemożliwiają-

cych codzienne zgłoszenie się do programu substytucyjnego oraz dopuszczono możliwość wydawania leku raz na tydzień pacjentom, którzy uczestniczą w programie co najmniej 2 lata. Wprowadzając opisane zmiany zakładano, że przyczynią się one do zwiększenia ‘pojemności’ istniejących programów, tzn. że zmniejszona częstotliwość zgłaszania się pacjentów do programu po lek wygeneruje zasoby, wykorzystane na włączenie do programu nowych pacjentów. Te zmiany także nie poprawiły dostępu do leczenia substytucyjnego. Zakładany w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016 (Dz. U. 2011 Nr 78, poz. 428) [90] cel, jakim było zapewnienie dostępu do leczenia substytucyjnego w każdym województwie dla co najmniej 25% osób uzależnionych od opioidów, nie został osiągnięty.

3.3. Leki stosowane w podtrzymującej terapii substytucyjnej

3.3.1. Metadon

Działanie

Metadon, to syntetyczny opioid działający agonistycznie na receptory μ (*mi*), podobnie, jak np. heroina i morfina. W porównaniu z tymi ostatnimi posiada korzystniejsze właściwości farmakologiczne, wywołuje bowiem mniejszy efekt euforyzujący, praktycznie nie prowadzi do zmiany tolerancji i w mniejszym stopniu działa sedatywnie na ośrodek oddechowy [91]. Otrzymano go w Niemczech w czasie II wojny światowej, gdy brakowało surowców do produkcji morfiny. W podtrzymującym leczeniu substytucyjnym najczęściej stosuje się doustną formę metadonu w postaci syropu lub tabletek. Po podaniu doustnym początek działania metadonu następuje po ok. 30 min od zażycia (po podaniu dożylnym – po kilku minutach) [77, 92]. Dostępność biologiczna metadonu po przyjęciu doustnym wynosi ponad 90%. Systematyczne badania nad możliwością wykorzystania metadonu w terapii osób uzależnionych od opioidów zostały zapoczątkowane przez Vincenta Dole’a i Marie Nyswander z Instytutu Rockefellera w Nowym Jorku już w latach 60. XX w. [8, 14]. Stwierdzili oni, że po ustabilizowaniu dawki metadon nie wywołuje efektu euforii i sedacji oraz nie upośledza funkcji poznawczych. W przypadku długotrwałego stosowania metadon charakteryzuje się długim biologicznym okresem półtrwania utrzymującym się powyżej 24 godzin. W terapii podtrzymującej poziom metadonu pozostaje względnie stały dzięki kontrolowanemu uwalnianiu do krwi z komórek wątroby. Mechanizm utrzymywania stałego poziomu leku we krwi powoduje, że receptory μ (*mi*), z którymi wiąże się metadon, pozostają stale wysyczone, a pacjent może normalnie funkcjonować [8, 93]. Metadon uwalnia także od poczucia

‘głodu’ substancji i eliminuje objawy zespołu abstynencyjnego, co ma zasadnicze znaczenie w zapobieganiu nawrotom choroby i utrzymywaniu abstynencji od innych, niezleconych w terapii opioidów [7, 8, 14, 94]. Ważną właściwością metadonu jest blokowanie występowania efektu euforycznego w przypadku ‘dobierania’ innych opioidów krótko działających. Pacjenci z ustabilizowaną dawką leku mogą pozostawać na tej samej dawce przez wiele lat [77, 93, 95]. Właściwości metadonu powodują, że może być on przyjmowany raz dziennie. Średnia dobową dawką metadonu wynosi 80 mg, ale obserwuje się duże osobnicze różnice w tym zakresie [7, 8, 53, 91].

Zastosowanie w leczeniu substytucyjnym w Polsce

Metadon stosowany jest w podtrzymującym leczeniu substytucyjnym od 1992 r., wyłącznie w postaci syropu. Niemal 96% leczonych w Polsce pacjentów przyjmuje metadon w takiej postaci (dane KBPN).

3.3.2. Buprenorfina

Działanie

Buprenorfina należy do syntetycznych opioidów, działających częściowo agonistycznie na receptor μ (*mi*) i antagonistycznie na receptor κ (*kappa*). Jej skuteczność w uzyskiwaniu efektu analgetycznego jest porównywalna do morfiny [10, 71, 93, 96]. W podtrzymującej terapii substytucyjnej używana jest najczęściej w formie podjęzykowych tabletek (*buprenorphine hydrochloride*). Produkowane są również iniekcyjne formy buprenorfiny, ale są one mniej dostępne i rzadziej wykorzystywane w leczeniu uzależnień [77, 91]. Podjęzykowe tabletki rozpuszczają się w jamie ustnej w ciągu 5-8 minut i przez śluzówki jamy ustnej dostają się do krwioobiegu z pominięciem układu pokarmowego. Ich kulminacyjny efekt działania następuje po ok. 2 godzinach od podania. W przypadku długotrwałego i systematycznego podawania buprenorfiny w terapii substytucyjnej efekt jej działania utrzymuje się od 24 do 48 godzin co sprawia, że może być przyjmowana raz dziennie, a nawet rzadziej – 2 lub 3 razy w tygodniu [71, 71, 92]. Średnia dawka podtrzymująca wynosi 8-12 mg na dobę [78, 91, 95]. Niektórzy badacze zauważają, że wysokie dawki buprenorfiny, tj. co najmniej 16 mg na dobę, wydłużają czas pozostawania pacjenta w leczeniu [73].

Buprenorfina charakteryzuje się długim okresem działania ze względu na długi czas dysocjacji z receptorów opioidowych. W porównaniu z heroiną czy metadonem zespół abstynencyjny ma znacznie łagodniejszy przebieg [70, 91, 95]. W związku z tym, że wykazuje tylko częściowe właściwości agonistyczne, uważana jest za substancję o wyższym profilu bezpieczeństwa w porównaniu z metadonem czy heroiną, ponieważ ryzy-

ko przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym jest mniejsze niż w przypadku metadonu, chyba że zostanie użyta w kombinacji z innymi substancjami, np. benzodiazepinami [70, 77, 92, 93, 95, 97].

Buprenorfina, jako częściowy agonista, gdy stosowana jest w dawkach większych niż 24-35 mg, prowadzi do uzyskania tzw. efektu sufitowego. Oznacza to, że używanie większych dawek leku nie prowadzi do uzyskania większego efektu przeciwbólowego (agonistycznego), a efekt agonistyczny z receptorów μ (*mi*) zastępowany jest efektem antagonistycznym z receptorów κ (*kappa*), co przejawia się wystąpieniem objawów zespołu abstynencyjnego [70, 91, 93].

W celu przeciwdziałania stosowaniu buprenorfiny w formie dożylnych iniekcji (tabletki są rozkruszone i rozpuszczane w wodzie) [98]; produkowane są tabletki zawierające buprenorfinę i nalokson w stosunku 4:1. Dożylne przyjęcie buprenorfiny z naloksonem powoduje objawy ostrego zespołu abstynencyjnego, a euforyzujący efekt działania buprenorfiny nie występuje. Połączenie buprenorfiny z naloksonem czyni preparat bardziej bezpiecznym [5, 77, 91, 95].

Zastosowanie buprenorfiny w leczeniu substytucyjnym w Polsce

Pierwsza rejestracja preparatów buprenorfiny (*Bunorfin*) w Polsce miała miejsce w lutym 2011 r., natomiast wprowadzenie do obrotu nastąpiło w kwietniu 2014 r. Rejestracja preparatu buprenorfiny z naloksonem nastąpiła w 2006 r., a wprowadzenie do obrotu w 2008 r. [dane z Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych].

W leczeniu substytucyjnym bywa także wykorzystywany lek Bunondol. Lek ten nie ma wskazań do leczenia substytucyjnego, a jedynie do leczenia bólu. Niemniej jednak począwszy od 2001 do 2007 r. Klinika Toksykologii Collegium Medicum UJ w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera w Krakowie stosowała ten lek w terapii substytucyjnej poza wskazaniami. Leczenie niskimi dawkami buprenorfiny nazwano ‘przedłużoną detoksykacją’, ale w praktyce było ono bardziej zbliżone do długoterminowego podtrzymującego leczenia substytucyjnego, ponieważ nie wprowadzano żadnych limitów czasowych co do stosowania leku. Osobom uzależnionym od opioidów wypisywano co 2-3 tygodnie recepty na Bunondol. Pacjenci stosowali lek samodzielnie, poza podmiotem leczniczym [99].

3.3.3. Diamorfina

Działanie

Diamorfina (diacetylmorfina), to farmaceutyczna postać heroiny stosowana w niektórych krajach w leczeniu osób silnie uzależnionych od heroiny i niereagujących na zastępczą terapię metadonem. Diamorfina to pełny agonista receptorów opioidowych μ (μ). Najczęściej farmaceutyczna postać diamorfiny występuje jako proszek do rozpuszczenia do iniekcji, w postaci ampułek lub preparatu do inhalacji [5, 73]. Średnia dzienna dawka wynosi ok. 467 mg w Szwajcarii czy 500 mg w Holandii. Maksymalne dawki nie przekraczają 1000 mg [73]. Szacuje się, że w Europie tą formą substytucji objętych jest do 3% osób uzależnionych od heroiny [70]. Kryteria przyjęcia do leczenia diamorfiną obejmują wiek co najmniej 18 lat (w niektórych krajach co najmniej 21), wcześniejsze kilkakrotne próby leczenia, w tym leczenia metadonem, zakończone niepowodzeniem. Za niepowodzenie uważa się dobieranie ‘ulicznej’ heroiny w trakcie substytucji metadonem. Leczenie diamorfiną wymaga zgłoszenia się osoby uzależnionej do specjalistycznej kliniki nawet 3 razy dziennie, w zależności od dobowej dawki heroiny i dokonania samodzielnej iniekcji w nadzorowanych przez personel medyczny warunkach. Pacjent nie ma możliwości otrzymania dawki czy dawek diamorfiny do samodzielnego stosowania poza specjalistyczną kliniką. W przypadku, gdy stan jego zdrowia lub inne okoliczności uniemożliwiają przybycie do kliniki i przyjęcie heroiny pod nadzorem, pacjent otrzymuje zamiast heroiny metadon do samodzielnego stosowania w domu. Kliniki prowadzące leczenie substytucyjne diamorfiną zapewniają pacjentom możliwość korzystania z innych świadczeń medycznych, psychologicznych i socjalnych, w zależności od potrzeb i ustalonego planu terapii.

W Europie leczenie z zastosowaniem diamorfiny zostało dopuszczone do codziennej praktyki medycznej w Szwajcarii (od 1991 r.), Holandii (od 2006 r.), Niemczech (od 2007 r.), Danii (od 2008 r.), Hiszpanii (od 2009 r.), Belgii (w trakcie projektu badawczego) i w Wielkiej Brytanii. Leczenie osób uzależnionych od heroiny diamorfiną ma w Wielkiej Brytanii ponad 80-letnią tradycję. Do 2002 r. heroina na receptę była stosowana przez pacjentów wyłącznie samodzielnie, bez nadzoru lekarza (tzw. brytyjski system leczenia osób uzależnionych od heroiny [100]). Dopiero w 2002 r. wydano odpowiednie zalecenia wskazujące na konieczność wprowadzenia medycznego nadzoru nad przyjmowaniem heroiny w iniekcjach dożylnych (diamorfiny) w ramach leczenia substytucyjnego. W tym też roku powstały pierwsze specjalistyczne kliniki, w których pacjenci mogą wstrzykiwać przepisywaną na receptę diamorfinę [73, 100].

W Polsce diamorfina nie ma zastosowania w leczeniu substytucyjnym ani innym.

3.4. Skuteczność leczenia substytucyjnego

3.4.1. Ograniczenie zakażeń HIV

Podtrzymujące leczenie substytucyjne osób uzależnionych od opioidów odznacza się dużą skutecznością w zakresie minimalizowania ryzyka zakażenia HIV w przypadku osób niezakażonych. Pacjenci uczestniczący w tej terapii co najmniej 3 miesiące i przyjmujący odpowiednio wysoką dawkę leku zmniejszają liczbę iniekcji oraz rzadziej dzielą się sprzętem do iniekcji [53, 67, 77, 94, 101]. Zgodnie z niektórymi oszacowaniami osoby uczestniczące w terapii substytucyjnej co najmniej rok ograniczyły używanie nielegalnych opioidów o co najmniej 80% [102]. Oszacowano, że udział w tej terapii jest związany średnio z 54% redukcją ryzyka zakażenia HIV [48]. Ponadto z badań wynika, że uczestnictwo w terapii substytucyjnej osób już zakażonych HIV poprawia adherencję i wirolologiczną odpowiedź na terapię antyretrowirusową, co może zmniejszać ryzyko dalszego przenoszenia wirusa na populację użytkowników substancji psychoaktywnych i pozostałą część populacji [48]. Wyniki niektórych badań sugerują, że połączenie podtrzymującego leczenia substytucyjnego z wymianą igieł i strzykawek może jeszcze w większym stopniu przyczynić się do ograniczenia ryzyka przenoszenia zakażenia HIV [103].

Udział w tej terapii wpływa także na ograniczenie zachowań seksualnych wysokiego ryzyka, takich jak duża liczba partnerów seksualnych i sprzedawanie usług seksualnych za pieniądze, co z kolei przekłada się na ograniczenie ryzyka zakażenia HIV. Równocześnie stwierdzono, że leczenie substytucyjne ma mały wpływ na stosowanie prezerwatyw [54, 77].

3.4.2. Ograniczenie zakażeń HCV i innych chorób zakaźnych

Terapia substytucyjna w istotny sposób przyczynia się do zmniejszenia ryzyka zakażenia HCV, HBV oraz gruźlicy. Podobnie, jak w przypadku ograniczenia zakażeń HIV, podstawowe znaczenie ma redukcja przyjęć nielegalnych opioidów i zmniejszenie zachowań ryzykownych związanych z dzieleniem się sprzętem do iniekcji w trakcie leczenia [1, 3, 12, 26, 59, 67]. Ponadto osoby zakażone HCV uczestniczące w terapii substytucyjnej mogą być leczone bardziej efektywnie w związku z tym zakażeniem. Podobnie rzecz się ma z leczeniem gruźlicy. W polskich programach pacjenci tego wymagający przyjmują leki przeciwprątkowe w obecności pielęgniarki wydającej lek substytucyjny. Udział w terapii ogranicza także ryzyko zakażenia HBV. W badaniach

przeprowadzonych w programie prowadzonym w IPiN w Warszawie, wśród pacjentów uczestniczących przez rok w terapii substytucyjnej nie stwierdzono nowych przypadków zakażenia HBV [67].

3.4.3. Ograniczenie liczby zgonów

Podtrzymujące leczenie substytucyjne istotnie ogranicza umieralność wśród użytkowników opioidów [3, 14, 53, 65]. W badaniach przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii na dużej próbie pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym z użyciem metadonu i buprenorfiny w latach 1999-2005 (6252 pacjentów w wieku 16-59 lat) wykazano, że udział w leczeniu w czasie krótszym niż 20-30 tygodni wydaje się nie mieć wpływu na zmniejszenie ryzyka zgonu. Terapia trwająca ok. 40 tygodni ogranicza to ryzyko o 65%. Udział w terapii przez rok lub dłużej ogranicza ryzyko zgonu o 85%. Przy czym prawdopodobieństwo zgonu w okresie pierwszych 4 tygodni terapii substytucyjnej jest 2 do 3 razy wyższe w porównaniu z tym ryzykiem po 4 tygodniach uczestniczenia w terapii. Ryzyko to gwałtownie rosło (od 8 do 9 razy) w pierwszym miesiącu po zakończeniu leczenia niezależnie od tego, czy zakończenie terapii było wcześniej zaplanowane, czy też nie. Ogólnie współczynnik umieralności był 2-krotnie wyższy wśród użytkowników opioidów pozostających poza leczeniem w porównaniu z tymi, którzy uczestniczyli w terapii substytucyjnej [64]. Wpływ leczenia substytucyjnego na ograniczenie ryzyka zgonu udokumentowano także we Francji, gdzie po wprowadzeniu w 1995 r. buprenorfiny przepisywanej przez lekarza pierwszego kontaktu okazało się, że liczba zgonów z przedawkowania zmniejszyła się o 79% [98].

W analizach i badaniach dotyczących umieralności iniekcyjnych użytkowników opioidów podkreśla się znaczenie ograniczenia zakażeń HIV i HCV. Leczenie substytucyjne, jak to wykazano powyżej, pozytywnie wpływa na zmniejszenie tych ryzyk zdrowotnych [1, 49, 65, 103].

3.4.4. Ogólna poprawa stanu zdrowia somatycznego i psychicznego

Pacjenci używający opioidów dożylnie zgłaszają się do programów leczenia substytucyjnego z wieloma problemami zdrowotnymi, wśród nich szczególnie częste są stany zapalne układu żylnego związane z częstymi iniekcjami dokonywanymi bez przestrzegania podstawowych zasad higieny. W badaniu przeprowadzonym w programie prowadzonym w IPiN stwierdzono występowanie u 19% pacjentów przy przyjęciu do programu zapalenie żył, owrzodzenia podudzi, ropnie na skórze. Po rocznej terapii substytucyjnej te zmiany chorobowe utrzymywały się tylko u 1% leczonych pacjentów. Nie stwierdzono także świeżego procesu zapalnego z tej przyczyny [67]. Osoby uzależnione cierpią na wiele innych chorób somatycznych. Zjawisko starzenia się populacji użytko-

wników opioidów sprzyja pogarszaniu się stanu ich zdrowia [17, 104]. Objęcie leczeniem substytucyjnym tej grupy chorych pozwala na monitorowanie ich stanu zdrowia oraz zapewnienie lepszej ogólnej opieki zdrowotnej [10].

Poprawa stanu zdrowia psychicznego w trakcie terapii substytucyjnej została potwierdzona w wielu zagranicznych badaniach [10, 105, 106]. W badaniu przeprowadzonym w programie w Poznaniu i w Warszawie pacjenci raportowali znaczącą poprawę funkcjonowania w wymiarze zdrowia psychicznego [107].

3.4.5. Poprawa funkcjonowania społecznego i jakości życia

Udział w terapii substytucyjnej ma pozytywny i znaczący wpływ na ograniczenie zachowań przestępczych [76]. W badaniu zatytułowanym *National Treatment Outcome Research Study* (NTORS) przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii stwierdzono, że po co najmniej jednym roku udziału w terapii substytucyjnej nastąpiło zmniejszenie liczby popełnianych przestępstw przez osoby uczestniczące w terapii o ok. 75 punktów procentowych. Uzyskane wskaźniki poprawy utrzymywały się w kolejnych pomiarach po 2, 4 i 5 latach uczestniczenia w terapii. Podobne wyniki uzyskano dla terapii stacjonarnej ukierunkowanej na utrzymanie abstynencji [108].

W badaniu stwierdzono także, że udział w leczeniu substytucyjnym ma pozytywny wpływ na poziom zatrudnienia i uzyskiwanych dochodów przez osoby uzależnione uczestniczące w terapii. Wpływ leczenia substytucyjnego na kryminalną aktywność uczestników prześledzono także w Norwegii w latach 1997-2003. Współczynnik sądowych wyroków w związku z kryminalną działalnością został zmniejszony o ponad połowę wśród osób pozostających w podtrzymującym leczeniu substytucyjnym w porównaniu z osobami z listy oczekujących. Najniższy współczynnik skazań odnotowano wśród osób, które pozostawały w leczeniu co najmniej 2 lata. Najwyższy wśród osób, które pozostawały poza terapią, ale wcześniej uczestniczyły w kilku epizodach leczenia substytucyjnego. Jednak nawet jeśli osoby przerywały leczenie czasowo lub stale, to współczynnik skazań był niższy w porównaniu z okresem przed leczeniem [109].

Kwestię przestępczości osób uczestniczących w terapii substytucyjnej analizowano także w Polsce. Wyniki badania niepublikowanej pracy doktorskiej wskazują, że po rocznym okresie terapii tylko niewielka liczba pacjentów kontynuowała działalność przestępczą – przed terapią było to 87% pacjentów, po roku terapii 7% pacjentów. Wraz ze zmniejszeniem się odsetka osób dokonujących przestępstw zwiększył się odsetek pacjentów korzystających z legalnych źródeł dochodu, takich jak praca dorywcza (odpowiednio z 11 do 27%) oraz renta lub zasiłek społeczny (odpowiednio z 43 do 74%). Wyniki badania nie potwierdziły, aby udział w terapii substytucyjnej korzystnie wpływał na uzyskanie pracy w pełnym wymiarze godzin [67].

Istotnym kryterium oceny programów leczenia substytucyjnego może być subiektywnie postrzegana przez pacjentów jakość ich życia. Kwestia ta została poddana ocenie w programie prowadzonym w IPiN oraz w Centrum Profilaktyki Uzależnień w Poznaniu. Po roku uczestniczenia w terapii pacjenci raportowali znaczącą poprawę w takich wymiarach jak: funkcjonowanie społeczne, ograniczenia spowodowane stanem somatycznym, zdrowie psychiczne oraz energia i witalność [107].

CZĘŚĆ DRUGA – BADANIA WŁASNE

4. ZAŁOŻENIA BADAŃ, PROBLEM BADAWCZY I CELE BADAŃ

4.1. Problem badawczy i uzasadnienie jego podjęcia

Dysproporcja w dostępie do terapii substytucyjnej pomiędzy większością krajów UE a Polską, skłoniła autorkę do zaplanowania badań, które by przybliżyły odpowiedź na pytania o przyczyny tego stanu rzeczy. Pytania tym bardziej aktualne, że w przeszłości MZ kilkakrotnie podejmowało próby poprawy dostępu do leczenia substytucyjnego.

Założenie, że na przeszkodzie osiągnięcia wyższych wskaźników dostępu do tej terapii mogą stać nieracjonalne rozwiązania prawne, znajduje potwierdzenie w literaturze przedmiotu [110, 111]. Jak zauważa R. Roemar ustawodawstwo może pełnić „rolę pozytywną lub negatywną” w kontekście zdrowia publicznego. Negatywną wówczas, gdy np. powoduje ograniczenie dostępu do pewnych usług czy świadczeń zdrowotnych; pozytywną, gdy przyczynia się do zwiększenia ich dostępności, szczególnie tych służących poprawie zdrowia publicznego [110].

Obok roli ustawodawstwa w piśmiennictwie dotyczącym przedmiotowej tematyki opisuje się szereg innych kategorii wywierających wpływ na to, w jaki sposób dokonują się zmiany w całym systemie opieki zdrowotnej, jego części lub pojedynczej organizacji funkcjonującej w ramach systemu opieki zdrowotnej. Są to:

1. Właściwości procedury, postępowania czy nowej formy leczenia, które mają zostać wdrożone. Niektóre z nowych form terapii czy procedur są powszechnie akceptowane przez klinicystów i te mają większą szansę na efektywne wdrożenie. Zdarza się, że proponowane nowe podejście wzbudza kontrowersje, np. natury etycznej i wówczas istnieje większe ryzyko problemów w jego wdrożeniu do praktyki klinicznej. Podobne trudności mogą wystąpić, jeśli dana metoda jest bardzo skomplikowana lub wymaga dużych nakładów organizacyjnych i finansowych. Łatwiej wdrażane są te metody, które nie generują wielu nakładów w sferze finansów i organizacji systemu.
2. Właściwości grupy docelowej, która będzie stosowała daną metodę. W tej kategorii szczególnie ważne są postawy, opinie i wiedza lekarzy na temat skuteczności danej metody, ich przekonania na temat choroby, której ta metoda dotyczy, poczucie własnych kompetencji w jej stosowaniu oraz ich indywidualne cechy osobowości. Niewystarczająca wiedza, niechętnie postawy wobec danej metody czy wreszcie brak motywacji do poszerzenia stosowanych przez lekarza metod leczenia będą utrudniały proces wdrażania zmian.

3. Cechy charakterystyczne pacjentów – bezpośrednich beneficjentów danej metody leczenia. Ich preferencje oraz wiedza i postawy wobec danej metody leczenia mogą stymulować lub utrudniać wdrażanie danej metody.
4. Właściwości środowiska społecznego i środowiska opieki nad pacjentem, w tym opinie i postawy kolegów ze środowiska lekarskiego, w szczególności tych spostrzeganych jako opiniotwórczych (*opinion leaders*), kultura grupy czy danej sieci społecznej oraz styl przywództwa w danej organizacji.
5. Metody i strategie upowszechniania i wdrażania postulowanej zmiany w opiece zdrowotnej. Na tę kategorię czynników składa się szereg szczegółowych interwencji o różnym stopniu intensywności i czasie trwania. Dobór właściwych wobec postulowanej zmiany strategii ma istotny wpływ na to, czy zmiana zostanie wprowadzona w sposób efektywny [24, 112-114].

Problem badawczy podjęty w tej pracy dotyczył warunków efektywnego wdrażania leczenia substytucyjnego dla osób uzależnionych od opioidów. Zgodnie z definicją przyjętą w niniejszej pracy efektywne wdrażanie metod o udokumentowanej w badaniach naukowych skuteczności, to zaplanowany i systematycznie prowadzony proces, oparty na rzetelnej analizie problemu i grupy docelowej, który ma prowadzić do trwałej zmiany w organizacji i strukturze opieki nad osobami chorymi [24].

Badania własne składały się z dwóch uzupełniających się części. W pierwszej części skupiono się na poznaniu szczegółowych uwarunkowań prawnych i wynikających z nich rozwiązań organizacyjnych dotyczących leczenia substytucyjnego w krajach UE, w których odnotowano wysoki dostęp do tej formy leczenia oraz oceniono rozwiązania przyjęte w Polsce.

W drugiej części skoncentrowano się na lepszym poznaniu opinii i przekonań lekarzy zatrudnionych w POZ w Polsce na temat leczenia substytucyjnego, uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w szczególności opioidów i osób uzależnionych oraz na oczekiwaniach wobec organizatorów opieki zdrowotnej w kontekście realizacji przez lekarzy POZ terapii substytucyjnej.

W Polsce badania ukierunkowane na poznanie ww. grup czynników i udziału w tej terapii lekarzy POZ nie były prowadzone. W pracy przyjęto, że termin lekarz POZ odnosi się do specjalisty medycyny rodzinnej lub lekarza odbywającego specjalizację w tej dziedzinie lub specjalisty chorób wewnętrznych zatrudnionych w placówce POZ posiadających kontrakt z NFZ.

Niniejsza praca ma przyczynić się do uzupełnienia wiedzy na temat warunków efektywnego wdrażania leczenia substytucyjnego dla osób uzależnionych od opioidów, w szczególności: 1) zidentyfikować rozwiązania prawno-organizacyjne sprzyjające zwię-

kszeniu dostępności leczenia substytucyjnego, 2) zidentyfikować bariery w dostępie do tego leczenia na poziomie rozwiązań prawno-organizacyjnym, 3) poznać właściwości (postawy, przekonania, wiedzę) grupy docelowej, tj. lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej i specjalistów chorób wewnętrznych (oraz osób odbywających specjalizację w tych dziedzinach) zatrudnionych w jednostkach POZ na temat osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w szczególności opioidów, leczenia substytucyjnego i możliwości realizacji tej terapii przez lekarzy POZ.

4.2. Cele badań

Badania miały na celu:

A – Część pierwsza – *Ocena regulacji prawnych i organizacji leczenia substytucyjnego w wybranych krajach UE i w Polsce:*

- 1) zidentyfikowanie rozwiązań prawnych i organizacyjnych sprzyjających zwiększeniu dostępności leczenia substytucyjnego
- 2) zidentyfikowanie barier prawnych i organizacyjnych utrudniających efektywne wdrożenie leczenia substytucyjnego w Polsce poprzez porównanie polskich rozwiązań prawnych i organizacyjnych dotyczących leczenia substytucyjnego z rozwiązaniami prawnymi i organizacyjnymi obowiązującymi w wybranych krajach UE, które osiągnęły wysokie wskaźniki dostępu do tego leczenia.

B – Część druga – *Ocena gotowości lekarzy POZ do prowadzenia leczenia substytucyjnego:*

- 1) poznanie wiedzy, przekonań i postaw lekarzy POZ na temat uzależnienia i osób uzależnionych od opioidów oraz leczenia substytucyjnego
- 2) percepcja barier dotyczących prowadzenia leczenia substytucyjnego przez lekarzy POZ
- 3) zbadanie gotowości lekarzy POZ do prowadzenia leczenia substytucyjnego.

Celem badań było także przygotowanie rekomendacji dla rozwiązań prawnych i organizacyjnych służących zwiększeniu dostępu do terapii substytucyjnej w Polsce.

5. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

5.1. Ocena regulacji prawnych i organizacji leczenia substytucyjnego w wybranych krajach UE i w Polsce

5.1.1. Pytania badawcze

W części pracy *Ocena regulacji prawnych i organizacji leczenia substytucyjnego w wybranych krajach UE i w Polsce* postawiono następujące pytania badawcze:

- 1) Jakie rozwiązania prawno-organizacyjne sprzyjają wysokiej dostępności leczenia substytucyjnego w wybranych krajach UE?
- 2) Jak rozwiązania prawno-organizacyjne przyjęte w Polsce niekorzystnie wpływają na dostępność leczenia substytucyjnego?

5.1.2. Dobór krajów do badania i wybór głównych informatorów

Proces rekrutacji do badania przebiegał w 2 etapach. W pierwszym etapie wybrano do badania kraje UE, w drugim – skoncentrowano się na wyborze głównych informatorów (*key informants*) z poszczególnych krajów. Kryterium decydującym o wyborze danego kraju do badań była wysoka dostępność podtrzymującego leczenia substytucyjnego dla osób uzależnionych od opioidów. Za wskaźnik wysokiej dostępności uznano objęcie tym leczeniem co najmniej 50% osób uzależnionych od opioidów. Wysoki wskaźnik dostępu do leczenia substytucyjnego przekłada się na osiągnięcie wymiernych rezultatów w obszarze zdrowia publicznego [16]. W Europie w 2015 r. wskaźnik ten osiągnęły następujące kraje: Francja, Słowenia, Grecja, Malta, Chorwacja, Luksemburg, Austria, Wielka Brytania, Irlandia, Włochy, Portugalia, Holandia i Niemcy [18].

Do badania wybrano 7 krajów: Austrię, Chorwację, Francję, Grecję, Irlandię, Niemcy i Włochy, co stanowiło ponad połowę krajów UE, w których wskaźnik dostępu do terapii substytucyjnej wynosił co najmniej 50%, tzn. że co najmniej połowa problemowych użytkowników opioidów objętych była leczeniem substytucyjnym.

W II etapie procesu rekrutacji skoncentrowano się na identyfikacji właściwych osób, które posiadają stosowną do przedmiotu badania, wiedzę. Autorka badań zwróciła się z prośbą do 7 członków Komitetu Zarządzającego działającego przy Europejskim Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii z siedzibą w Lizbonie, reprezentujących w pracach Komitetu wybrane do badania kraje, o wskazanie właściwych instytucji rządowych i osób w nich zatrudnionych, które posiadają wiedzę w zakresie prawnych i organizacyjnych aspektów leczenia substytucyjnego w tych państwach. Po uzyskaniu nominacji skierowano do wskazanych osób bezpośredniego e-maila z informacją o

planowanym badaniu z prośbą o wyrażenie zgody na wzięcie udziału w badaniu. Wszystkie zaproszone osoby wyraziły zgodę. Ostatecznie w badaniu uwzględniono 6 krajów: Austrię, Chorwację, Francję, Grecję, Niemcy i Włochy, co nadal stanowiło ponad połowę państw UE, w których wskaźnik dostępu do terapii substytucyjnej wynosił co najmniej 50%. W badaniu nie uczestniczyła Irlandia, której przedstawiciel, pomimo wyrażenia zgody na udział w badaniu, nie wypełnił kwestionariusza badawczego.

Analiza polskich rozwiązań prawnych i organizacyjnych została przeprowadzona przez autorkę badania.

5.1.3. Zbieranie i analiza danych

Badania zostały zrealizowane w okresie od dnia 1 września 2015 r. do 31 lipca 2016 r., czyli obejmują stan prawny obowiązujący w 6 krajach EU i w Polsce na przełomie lat 2015/2016. Osoby poproszone o wypełnienie kwestionariusza były poinformowane o celu badania i reprezentowały MZ danego kraju lub instytucję mu podległą lub inną instytucję odpowiedzialną za politykę zdrowotną wobec osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Informatorzy z 6 wybranych krajów przesłali wypełniony kwestionariusz. Kwestionariusz nie został wypełniony przez przedstawiciela MZ Irlandii, pomimo 3-krotnie wysyłanych przypomnień i zaproszeń. W przypadku Chorwacji pozyskane z Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (*Office for Combating Drug Abuse of the Government of the Republic of Croatia*) informacje były niepełne i dlatego autorka poprosiła o dodatkowe wyjaśnienia lekarza, który odegrał kluczową rolę we wdrażaniu terapii substytucyjnej w tym kraju. We Włoszech, w związku z początkowymi trudnościami w dotarciu do właściwego eksperta z instytucji rządowej, kwestionariusz został w pierwszej fazie wypełniony przez osobę, która przez wiele lat zajmowała się leczeniem uzależnień we Włoszech, a obecnie zatrudnioną w EMCDDA. Następnie po nawiązaniu kontaktu z ekspertem z właściwej instytucji rządowej uzyskane informacje zostały zweryfikowane i uzupełnione o brakujące dane. Dodatkowe, uzupełniające informacje od ekspertów z Chorwacji i Włoch otrzymano w okresie od listopada 2016 r. do marca 2017 r.

Przewodniki (*guidelines*), wytyczne lub inne dokumenty odnoszące się do klinicznych aspektów terapii substytucyjnej zostały przesłane przez ekspertów ze wszystkich krajów uczestniczących w badaniu.

Badanie miało charakter jakościowy. Do zebrania informacji o rozwiązaniach prawnych i organizacyjnych w wybranych państwach europejskich zastosowano kwestionariusz do samodzielnego wypełnienia przez nominowanych głównych ekspertów/urzędników.

Kwestionariusz składał się z pytań zamkniętych oraz otwartych i został opracowany przez autorkę badania. Pytania kwestionariusza odnosiły się do zagadnień mogących mieć wpływ na kształtowanie dostępu do leczenia substytucyjnego oraz jakości udzielanych świadczeń, m.in. kryteriów przyjęcia do leczenia, stosowanych w tej terapii leków, rodzaju placówek i specjalności lekarskich uprawniających do kwalifikowania i kontynuowania leczenia, wymaganych szkoleń dla personelu medycznego prowadzącego leczenie substytucyjne, udziału aptek i farmaceutów w realizacji tego leczenia, mechanizmów kontroli nad dystrybucją leków stosowanych w terapii, wsparcia terapeutycznego i społecznego oraz obowiązujących wytycznych klinicznych (*guidelines*). Kwestionariusz wykorzystany w badaniu stanowi Załącznik nr 1. Przy opracowywaniu kwestionariusza wzięto pod uwagę wyniki przeglądu literatury dotyczącej wpływu regulacji prawnych na kształtowanie polityk zdrowotnych oraz doświadczenia własne.

5.1.4. Materiał badawczy

Materiał badawczy obejmował:

- 1) dane uzyskane za pomocą kwestionariusza
- 2) dane źródłowe miały dwojaki charakter. Były to podstawowe akty prawne regulujące kwestie leczenia substytucyjnego oraz dokumenty odnoszące się do klinicznych aspektów leczenia substytucyjnego (*guidelines*). Tabela I przedstawia listę materiałów źródłowych, które wykorzystano do analizy stanu prawnego, organizacji i klinicznych aspektów terapii substytucyjnej w 6 krajach uczestniczących w badaniu oraz w Polsce.

Tab. 1. Wykaz materiałów źródłowych

Nazwa kraju	Nazwa źródła
Austria	Narcotic and Psychotropic Substances Act (Federal Act Gazette I Nr 112/1997)
	Narcotic Substances Regulations (Federal Law Gazette II Nr 374/1997)
	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS), Konsensus-Statement 'Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger'/Austrian (<i>Austriackie stowarzyszenie zajmujące się leczeniem uzależnień od narkotyków. Austrian Society for Drug – Drug Treatment for Addiction Disease (ÖGABS), Consensus Statement 'Substitute-Driven Treatment of Opioid-Dependent' Austrian</i>)
Chorwacja	Guidelines on methadone pharmacotherapy of opiate dependence adopted by Ministry of Health in January 2006 (<i>Wytyczne do farmakoterapii metadonem osób uzależnionych od opioidów przyjęte przez Ministra Zdrowia w 2006 r.</i>)
	Guidelines on buprenorphine pharmacotherapy of opiate dependence adopted by Ministry of Health in November 2006 (<i>Wytyczne do farmakoterapii buprenorfiną osób uzależnionych od opioidów przyjęte przez Ministra Zdrowia w 2006 r.</i>)
Grecja	Law 2161/1993 Combating drug use, protecting young people and other measures (Government Gazette 119)
	Operating Framework of the Substitution Programme. OKANA, 2011 (<i>Ramy operacyjne Programów Leczenia Substytucyjnego. OKANA, 2011</i>)

Nazwa kraju	Nazwa źródła
Francja	Circular of Directorate General for Health no 14 of March 7 th , 1994 relative to the frame of use of the methadone in the care of the drug addiction
	Conference de consensus. Strategies therapeutiques pour les personnes dependantes des opiaces: place des traitements de substitution. 23 et 24 juin 2004, Lyon Federation Francaise d' Addictologie (<i>Konferencyjny konsensus. Strategie terapeutyczne dla uzależnionych od opiatów: miejsce leczenia substytucyjnego. 23 czerwca 2004, Lyon. Francuska Federacja Lekarzy ds. Uzależnień</i>)
Niemcy	Federal Narcotic Act (BtMVG) – § 13 Narcotic Drug Prescription Code (BtMVV) – §5(2)1, §5(2)4c, §5(4), §5(2)2, §5(8), §5(10), §5(2)6
	Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestutzten Behandlung Opatbhangiger – Februar 2010 (<i>Wytyczne Niemieckiego Stowarzyszenia Medycznego dla lekarzy w sprawie wdrażania terapii substytucyjnej dla osób uzależnionych od opiatów</i>)
Włochy	Decreto del Presidente della Republica N. 309, Ottore 1990 (Presidential Decree 309/90; 1990)
	Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of the opioid dependence realizzate dall' Organizzazione Mondiale della Sanità nell'anno 2009 (<i>Wytyczne do farmakologicznego leczenia uzależnionych od opioidów wspieranego przez psychospołeczne oddziaływania, 2009 r.</i>)
Polska	Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii – art. 15 (Dz. U. 1997 Nr 75, poz. 468)
	Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii – art. 28 (Dz. U. 2005 Nr 179, poz. 1485)
	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 września 1999 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 1999 Nr 73, poz. 873)
	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2010 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)
	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 2013, poz. 368)

W pierwszym etapie analizy dokonano uporządkowania informacji na temat leczenia substytucyjnego w każdym kraju uczestniczącym w badaniu. Uporządkowanie przebiegało według określonego klucza. Stanowiły go szczegółowe kategorie wybrane na podstawie przeglądu literatury i doświadczeń własnych autorki. Kategorie w większości przypadków odpowiadały poszczególnym pytaniom kwestionariusza. Następnie uporządkowano wybrane informacje i przedstawiono w formie skondensowanych wyników, ujednoliconych tabel lub wykresów. Tak przygotowane informacje zestawiono z danymi na temat leczenia substytucyjnego w Polsce. Lista kategorii oraz szczegółowych elementów analizowanych w ramach danej kategorii znajduje się w tab. 2.

Tab. 2. Wykaz kategorii dotyczących stanu prawnego i organizacji leczenia substytucyjnego

Lp.	Kategoria	Szczegółowe elementy analizowane w ramach kategorii
1	Podmioty uprawnione do prowadzenia leczenia substytucyjnego	Rodzaj podmiotów, wymagane zgody i decyzje, udział lekarzy ogólnych i poradni leczenia uzależnień
2	Kryteria przyjęcia do leczenia substytucyjnego	Wiek pacjenta, czas trwania uzależnienia od opioidów, wcześniejsze próby leczenia itp.
3	Leki stosowane w terapii substytucyjnej	Dostęp do leków stosowanych w leczeniu substytucyjnym oraz ich udział w terapii (metadon, buprenorfina, buprenorfina z naloksonem, kodeina, morfina o kontrolowanym (zmodyfikowanym) uwalnianiu, diacetylmorfina)
4	Lekarze uprawnieni do zakwalifikowania pacjenta do leczenia substytucyjnego	Zakres odpowiedzialności i wykonywanych przez lekarza czynności – kwalifikowanie pacjenta do terapii, ustalenie schematu dawkowania, stabilizacja stanu psychofizycznego, podejmowanie decyzji o reżimie terapeutycznym, w którym przyjmowane są leki
5	Lekarze uprawnieni do kontynuowania leczenia substytucyjnego	Warunki uzyskania uprawnień przez lekarzy do kontynuowania leczenia substytucyjnego, zakres odpowiedzialności i współpracy z innymi podmiotami
6	Szkolenia uprawniające do prowadzenia leczenia substytucyjnego	Warunki uzyskania uprawnień przez lekarzy do prowadzenia leczenia substytucyjnego, wymiar czasowy szkoleń, podmioty prowadzące szkolenie, podmioty certyfikujące/akredytujące szkolenie
7	Przyjmowanie leku w terapii substytucyjnej w obecności personelu pielęgniarskiego	Czas trwania tego etapu terapii, warunki przejścia przez pacjenta na następny etap terapii o większym zakresie uprawnień, podmioty, w których pacjent może przyjmować lek pod nadzorem personelu pielęgniarskiego
8	Przyjmowanie leku w terapii substytucyjnej pod nadzorem personelu farmaceutycznego – udział aptek w realizacji leczenia substytucyjnego	Udział aptek w realizacji leczenia substytucyjnego, normy dotyczące przyjmowania leku pod nadzorem personelu farmaceutycznego
9	Wydawanie dawki leku w terapii substytucyjnej do samodzielnego przyjmowania	Normy dotyczące przyjmowania leku w miejscu zamieszkania bez nadzoru personelu medycznego lub farmaceutycznego, kryteria kwalifikacji do łagodniejszego reżimu terapeutycznego
10	Wystawianie recept na leki w terapii substytucyjnej	Normy dotyczące możliwości wystawiania recepty na leki w terapii substytucyjnej kryteria, które musi spełniać pacjent, aby otrzymywać lek na receptę
11	Odpłatność za leki stosowane w leczeniu substytucyjnym	Zasady refundacji kosztów leków stosowanych w terapii
12	Mechanizmy kontroli nad nielegalną dystrybucją leków w terapii substytucyjnej	Rejestry/wykazy pacjentów leczonych substytucyjnie, elektroniczna obsługa recept, wytyczne kliniczne do terapii itp.
13.	Zachęty finansowe do prowadzenia leczenia substytucyjnego	Dodatkowe/zwiększone wynagrodzenie dla lekarzy za świadczenia w zakresie terapii substytucyjnej motywujące ich do realizacji tego leczenia
14.	Wsparcie terapeutyczne i społeczne	Udział pacjentów w terapii: dobrowolne vs obligatoryjne, udział we wsparciu społecznym, zakres proponowanego wsparcia społecznego
15.	Wytyczne kliniczne (<i>guidelines</i>)	Zagadnienia regulowane przez przewodniki/wytyczne kliniczne, rok wydania 'Wytycznych...', udział stowarzyszeń medycznych w ich opracowywaniu (<i>guidelines</i>)
16.	Udział lekarzy POZ w leczeniu substytucyjnym	Odsetek pacjentów leczonych substytucyjnie przez lekarzy ogólnych oraz zakres ich uprawnień

5.1.5. Najważniejsi informatorzy

Z każdego kraju uczestniczącego w badaniach brał udział przedstawiciel MZ, podległej MZ agencji lub innej instytucji – zajmującej się polityką zdrowotną w obszarze uzależnień od substancji psychoaktywnych. W przypadku Chorwacji, gdzie kwestionariusz wypełniony przez przedstawiciela MZ był niekompletny, w badaniu uczestniczył także lekarz-psychiatra, który odegrał główną rolę we wdrażaniu terapii substytucyjnej w tym kraju. W odniesieniu do Włoch w badaniu uczestniczyły 2 osoby: 1) ekspert obecnie pracujący w EMCDDA, znający kontekst prawny i organizacyjny leczenia substytucyjnego we Włoszech w związku ze swoim wcześniejszym doświadczeniem zawodowym w tym państwie oraz 2) przedstawiciel agencji podległej Radzie Ministrów, odpowiedzialnej za politykę narkotykową w tym kraju. W sumie w badaniu uczestniczyło 8 osób, po jednej z czterech państw – Francji, Grecji, Niemiec i Austrii oraz po dwie w przypadku Chorwacji i Włoch (tab. 3).

Tab. 3. Informacja o kluczowych informatorach

Nazwa kraju	Zajmowane stanowisko i nazwa instytucji
Austria	Zastępca dyrektora Departamentu ds. Narkotyków, Substancji Psychotropowych, Nowych Substancji Psychoaktywnych i Prekursorów w Ministerstwie Zdrowia (<i>Addiction and Psychoactive Substances Unit III/A/5 – Deputy Head of Unit, Federal Ministry of Health</i>)
Chorwacja	Ekspert ds. szkoleń i podnoszenia kwalifikacji zawodowych, Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii podległe Premierowi Republiki Chorwacji (<i>Office for Combating Drug Abuse of the Government of the Republic of Croatia</i>)
	prof. dr – lekarz neuropsychiatra, Uniwersytet w Zagrzebiu (<i>University of Zagreb</i>)
Francja	Menadżer projektu w Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii podległy Międzyresortowej Radzie ds. Przeciwdziałania Narkomanii (MILDT) (<i>Centre for Monitoring of Drugs and Drug Addiction in the Interministerial Mission for the Fight against Drugs and Drug Addiction</i>)
Grecja	Dyrektor Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, podległego Ministrowi Zdrowia (<i>Centre for Drug and Drug Addiction under the Ministry of Health</i>)
Niemcy	Dyrektor Biura Komisarza ds. Narkotyków w Ministerstwie Zdrowia (<i>Head of Unit of Federal Drug Commissioner of the Government, Ministry of Health</i>)
Włochy	Analitik Badań Naukowych (<i>Scientific Analyst</i>), EMCDDA
	Analitik ds. Badań, Krajowy Punkt Kontaktowy – Departament Polityki Narkotykowej, Gabinet Rady Ministrów (<i>National Focal Point – Department for Anti-Drug Policies, Presidency of the Council of Ministers</i>)

5.2. Ocena gotowości lekarzy POZ do prowadzenia leczenia substytucyjnego

5.2.1. Pytania badawcze

W tej części pracy postawiono następujące szczegółowe pytania badawcze:

- 1) Jakie są przekonania i postawy lekarzy POZ wobec osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w szczególności osób uzależnionych od opioidów?

- 2) Jakie są przekonania i postawy lekarzy POZ wobec leczenia substytucyjnego?
- 3) Jak lekarze POZ postrzegają poziom swoich kompetencji do prowadzenia leczenia substytucyjnego?
- 4) Jaka jest gotowość lekarzy POZ do realizacji leczenia substytucyjnego?
- 5) Jaka jest percepcja barier realizacji leczenia substytucyjnego przez lekarzy POZ?

5.2.2. Proces rekrutacji do badania

W badaniu uczestniczyli lekarze posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub lekarze rezydenci w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej. Wszyscy lekarze uczestniczący w badaniu byli zatrudnieni w placówkach POZ posiadających kontrakt na realizację świadczeń zdrowotnych z NFZ. Ogółem w badaniu uczestniczyło 27 lekarzy.

W badaniu zastosowano dobór celowy próby (*purposive sampling*) [115], co oznacza że próbę stanowią respondenci, którzy według badacza dostarczą pełnych i wyczerpujących informacji biorąc pod uwagę cele badania. Rekrutując uczestników do badania dążono do zróżnicowania próby ze względu na płeć, staż pracy, liczbę mieszkańców w miejscowości, w której prowadzona była działalność lecznicza, zajmowane stanowisko w podmiocie leczniczym i liczbę pacjentów objętych opieką w ramach POZ oraz poziom ekspozycji na kontakt z osobą uzależnioną od opioidów, w szczególności od heroiny.

Dlatego do badania zaproszono lekarzy z różnym stażem zawodowym, z małych i dużych POZ, wykonujących w chwili prowadzenia badania funkcje kierownicze oraz niewykonujących zadań kierowniczych, zatrudnionych w POZ w dużych aglomeracjach miejskich oraz w mniejszych miejscowościach, kobiety i mężczyzn, przyjmując, że te charakterystyki mogą mieć wpływ na prezentowane przez badanych opinie i postawy. Ostatecznie do badania włączono lekarzy POZ z Warszawy i z trzech miejscowości woj. mazowieckiego: Mińska Mazowieckiego, Grodziska Mazowieckiego i Siedlec, lekarzy POZ z woj. podlaskiego: z Białegostoku i Łap oraz z woj. lubelskiego: z Łukowa i Puław. W przypadku badań prowadzonych w Warszawie i Białymstoku założono, że w badaniu mogą uczestniczyć nie więcej niż 2 placówki z tej samej dzielnicy miasta, co miało sprzyjać pozyskaniu jak najbardziej zróżnicowanych informacji zakładając, że także poszczególne dzielnice mogą mieć własne charakterystyki, co może wpływać na percepcję przez respondentów badanych problemów.

Województwa mazowieckie, podlaskie i lubelskie istotnie różnią się, jeśli chodzi o dostępność programów leczenia substytucyjnego. W woj. mazowieckim w 2016 r. funkcjonowało 6 programów ambulatoryjnych, z czego 5 w Warszawie i 1 w Siedlcach (załącznik nr 5 – Wykaz programów leczenia substytucyjnego w Polsce). Leczyło się

w nich 1133 osób, w większości mieszkających w Warszawie. W woj. podlaskim nie funkcjonował żaden program, a w opinii specjalistów zatrudnionych w placówkach leczenia uzależnień w Białymstoku problem osób uzależnionych od opioidów nie występuje, z wyjątkiem Siemiatycz. W woj. lubelskim funkcjonował jeden program – w Lublinie, do którego pacjenci dojeżdżali z odległych miejscowości tego województwa. W programie leczyło się 158 pacjentów (dane NFZ).

Zastosowano 2 sposoby rekrutacji lekarzy. Pierwszy polegał na wyszukaniu na stronie internetowej adresów placówek POZ funkcjonujących w danym mieście i telefonicznym skontaktowaniu się z kierownikiem POZ wyjaśniając cel badania oraz prosząc go o wyrażenie zgody na udział w badaniu, a także wskazanie 1 lekarza zatrudnionego w tej placówce, który mógłby wziąć udział w badaniu. Spontaniczną, pierwszą reakcją na prośbę o wzięcie udziału w badaniu była informacja, że w tej placówce nie ma osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, a osobami uzależnionymi zajmuje się psychiatria. W związku z czym rozmówcy uważali, że nie będą przydatni jako źródło informacji w realizowanych badaniach, ponieważ nie posiadają odpowiedniej wiedzy i doświadczenia. W takiej sytuacji wyjaśniano, że celem badania jest poznanie opinii lekarzy POZ, uwzględniając takie ograniczenia, jak brak wiedzy i doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych. W kilku przypadkach kierownicy nie wyrażali zgody na swój udział w badaniu, tłumacząc się wieloma obowiązkami, natomiast prosili o ponowny kontakt, podczas którego wskazywali osobę zatrudnioną w tym POZ, która wyraziła zgodę na wzięcie udziału w badaniu. Drugi sposób rekrutacji polegał na wykorzystaniu kontaktów do kierowników placówek POZ wskazanych przez innych lekarzy. Dalsza procedura wyglądała podobnie jak opisano powyżej.

Na etapie planowania badania i umawiania spotkań z respondentami, którzy wyrazili zgodę, pojawiło się wiele problemów w skutecznym umówieniu terminu spotkania. Respondenci często przekładali termin umówionego spotkania, co wynikało ze zmian grafików pracy, konieczności zastępowania chorych kolegów czy po prostu zmęczenia. Nie wszystkie próby pozyskania lekarzy do badania powiodły się. Kilkakrotnie zdarzyło się, że lekarz wyrażał wstępną zgodę na udział w badaniu, prosił o kontakt telefoniczny w późniejszym terminie, ale kolejne próby skomunikowania się z nim były już nieskuteczne lub ustalone terminy spotkania były wielokrotnie przez lekarza odraczane, co prowadziło w końcu do niezrealizowania badania.

W sumie podjęto 33 kontakty, a zrealizowano 27 wywiadów. Po zakończonym badaniu lekarze otrzymywali od prowadzącego badanie książkę na temat problematyki uzależnień.

5.2.3. Zbieranie i analiza danych

Dane do badania zebrano w okresie 10 miesięcy – od kwietnia 2017 r. do końca stycznia 2018 r. Zbieranie danych było prowadzone równoległe z realizacją badania. Badanie realizowane było zgodnie z założeniami metodologii PCI (*Problem-Centered Interview*) w ujęciu Andreeasa Witzela, która wywodzi się z koncepcji metodologii tzw. teorii ugruntowanej (*the grounded theory*) opracowanej przez B. Glasera i AL. Straussa i rozwijanej przez innych badaczy [116].

Metodologia ta uważana jest za jedną z lepiej opracowanych strategii badań jakościowych. ‘Twórcy metodologii teorii ugruntowanej traktują budowanie teorii jako proces, nie jest to więc weryfikacja wcześniej zbudowanych hipotez na podstawie później zebranych danych. Zbieranie danych, budowanie hipotez i ich weryfikacja nie są wyraźnie rozdzielone w czasie, jak ma to miejsce w tradycyjnych badaniach, ale są procedurami, które wzajemnie wielokrotnie się przeplatają w czasie długiego procesu generowania teorii’ (*generation of theory*) [117].

PCI wywodzące się z opisanej metodologii, tzw. teorii ugruntowanej służy do gromadzenia danych obiektywnych odnoszących się do zachowań ludzi, jak i subiektywnych, dotyczących percepcji tych zachowań oraz sposobów przetwarzania rzeczywistości społecznej. Główne założenia metodologii PCI obejmują:

- ✓ koncentracja na problemie (*a problem-centered orientation*) nakłada na badacza obowiązek zebrania wielu danych demograficzno-społeczno-kulturowych, które mogą rzutować na sposoby poznawania i uczenia się rzeczywistości społecznej przez badanych. Powyższe dane mogą pomóc badaczowi lepiej zrozumieć wypowiedzi respondenta i analizę percepcji zdarzeń będących przedmiotem wywiadu. Koncentracja na problemie oznacza także, że badacz równoległe do procesu zbierania danych pracuje nad zrozumieniem subiektywnego punktu widzenia badanego poprzez odpowiedni sposób komunikowania się, który staje się coraz bardziej precyzyjny i dotyczący problemu będącego przedmiotem zainteresowania badacza
- ✓ koncentracja na obiekcie (*object-orientation*) implikuje zastosowanie bardzo wielu metod w zależności od potrzeb i rozwijającej się komunikacji z obiektem. Wśród stosowanych w PCI metod szczególne miejsce zajmuje wywiad, który może być wykorzystywany w sposób bardzo elastyczny w zależności od dynamiki komunikacji z obiektem badania
- ✓ koncentracja na procesie (*proces orientation*) oznacza, że badacz nawiązuje z respondentem relację opartą na zaufaniu, która powinna być utrzymana w trakcie całego procesu zbierania danych i komunikacji. Zbieranie danych w wywiadzie ma bardziej przypominać naturalną sytuację opowiadania historii niż ograniczenie się do udzie-

lania odpowiedzi na wyizolowane pytania. Ten sposób prowadzenia wywiadu wzmacnia autorefleksje respondenta i sprzyja procesowi przeformułowywania poglądów i spojrzenia na problemy z innych punktów widzenia, co ułatwia interpretacje zebranego materiału. Respondent traktowany jest jako ekspert, co powinno zostać jasno wyartykułowane od początku nawiązywania kontaktu. Powinien mieć on poczucie, że w każdej chwili może zmienić, poprawić swoją poprzednią wypowiedź oraz że może korygować wypowiedzi badacza [116].

Wywiady były prowadzone do momentu uzyskania teoretycznego nasycenia, tzn. gdy informacje uzyskiwane od respondentów powtarzały się i nie pojawiały się nowe informacje. Teoretyczne nasycenie stanowi potwierdzenie pomyślniej weryfikacji rezultatu badawczego już na poziomie doboru próby. Teoretyczne nasycenie próby stanowi kryterium oceny jakości badania jakościowego [115]. Z analizy piśmiennictwa wynika, że „realizacja badań w nurcie teorii ugruntowanej najczęściej zbiega się ze stosowaniem próby o rozmiarze 20-30 jednostek. Przy czym 30 traktowane bywa jako wartość potwierdzająca trafność zrekonstruowanych kodów, kategorii, wzorców czy właściwości” [118].

Przebieg badania

Badanie obejmowało 1 spotkanie z każdym z respondentów. Na początku spotkania respondenci byli informowani ustnie i pisemnie o celu badania oraz proszeni o wyrażenie zgody na udział w badaniu. Następnie respondenci podpisywali formularz *Informacja o badaniu* oraz *Formularz świadomej zgody na udział w badaniu* (Załącznik nr 3). Wszyscy respondenci, z którymi doszło do spotkania, wyrazili zgodę na udział w badaniu. Następnie każdy z nich proszony był o wypełnienie kwestionariusza (Załącznik nr 4, cz. 1), który zbierał informacje na temat częstotliwości kontaktów respondenta w praktyce lekarza POZ z osobami nadużywającymi różnych substancji psychoaktywnych lub doświadczających problemów zdrowotnych z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych. Katalog tych substancji obejmował: nikotynę, alkohol, leki nasenne i uspokajające, leki opioidowe, marihuanę, heroinę, tzw. dopalacze oraz grupę innych substancji nielegalnych (np. amfetaminę czy kokainę). Kwestionariusz zbierał także informacje na temat najczęstszych źródeł uzyskiwania przez respondenta informacji o tym, że pacjent nadużywa substancji psychoaktywnych. Celem pozyskania tych informacji przed rozpoczęciem właściwego wywiadu było umieszczenie dalszej części badania w kontekście doświadczeń respondenta z osobami nadużywającymi substancji psychoaktywnych.

Wywiad prowadzony z lekarzem, który nie miał doświadczeń z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i nikotyna, a w szczegól-

ności uzależnionych od heroiny, uczulał badacza na fakt, że respondent w dalszej części wywiadu może bardziej odwoływać się do wyobrazonego obrazu osoby uzależnionej, nie zaś realnego, wynikającego z doświadczenia. Po wypełnieniu pierwszej części kwestionariusza przeprowadzany był wywiad, który był nagrywany po uzyskaniu zgody respondenta.

Po zakończeniu wywiadu respondent proszony był o wypełnienie drugiej części kwestionariusza (Załącznik nr 4, cz. 2), w którym zawarte były pytania i wystandaryzowane odpowiedzi do wyboru dotyczące niektórych aspektów poruszanych w trakcie wywiadu. W kwestionariuszu pytano o:

- 1) percepcję uzależnienia od substancji psychoaktywnych
- 2) percepcję osoby uzależnionej od substancji psychoaktywnych oraz
- 3) percepcję barier we włączeniu lekarzy POZ w prowadzenie leczenia substytucyjnego osób uzależnionych.

Respondent zakreślał odpowiedzi na skali Likerta w odniesieniu do obszaru 1) i 2). W odniesieniu do obszaru 3), tj. percepcji barier zakreślał z katalogu potencjalnych barier odpowiednie 'okienka' odpowiadające wskazanym barierom, rangując je od najbardziej ważnych do mniej ważnych. Respondent mógł również dopisać własne opisy barier, jeśli uznał, iż nie są one wymienione w zaproponowanym katalogu odpowiedzi.

Kwestionariusz został zastosowany w celu pozyskania dodatkowego materiału badawczego w postaci wystandaryzowanych informacji na temat niektórych problemów poruszanych w trakcie wywiadu. W trakcie wypełniania tej części kwestionariusza wielu respondentów spontanicznie komentowało pytania, uzupełniając często wcześniejsze wypowiedzi.

Na zakończenie kontaktu respondent proszony był o wypełnienie krótkiej metryczki (Załącznik nr 4, cz. 3), która dotyczyła podstawowych informacji, takich jak: płeć, miejscowość, w której znajduje się POZ, liczba pacjentów POZ, w którym zatrudniony jest respondent, liczba pacjentów znajdujących się na tzw. aktywnej liście, liczba lat pracy w POZ, rok urodzenia respondenta, posiadane specjalizacje w medycynie.

Średni czas wywiadu wynosił 40 min; najdłuższy wywiad trwał 60 min, najkrótszy 25 min. Po zakończeniu wywiadów sporządzono szczegółowe transkrypcje nagrań.

Dyspozycje do wywiadu z lekarzem POZ

Wywiad odbywał się przy wykorzystaniu Dyspozycji do wywiadu (Załącznik nr 2), które zawierały pytania rozpoczynające wywiad, przykładowe pytania wprowadzające do poszczególnych części tematycznych wywiadu, standardową definicję leczenia substytucyjnego, która była wykorzystywana, jeśli respondent nie słyszał o tym leczeniu

oraz informację o planowanych przez MZ zmianach w organizacji tego leczenia. Dyspozycje do wywiadu ułatwiały koncentrację na przedmiocie badania oraz dostarczały ram umożliwiając porównywalność danych zebranych w wywiadach.

Wywiad dotyczył 3 głównych części tematycznych. W pierwszej części respondentów pytano o ich percepcję uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz leczenia osób uzależnionych, a także proszono o wypowiedź na temat poczucia kompetencji do prowadzenia interwencji ukierunkowanych na motywowanie pacjenta nadużywającego substancji psychoaktywnych do zmiany wzorów używania substancji czy podjęcia leczenia. Drugi obszar tematyczny dotyczył percepcji leczenia substytucyjnego, jego celów, ograniczeń i korzyści dla pacjenta. Trzeci koncentrował się na poznaniu opinii respondentów co do możliwości prowadzenia przez nich tej terapii, przewidywanych barier oraz warunków, które musiałyby być spełnione, aby zachęcić lekarzy POZ do włączenia się w prowadzenie leczenia substytucyjnego. Rozpoczęcie wywiadu na temat percepcji przez badanych leczenia substytucyjnego poprzedzone było zawsze pytaniem badacza, czy respondent słyszał o tym leczeniu. W zależności od uzyskanej odpowiedzi badacz zachęcał respondenta do podzielenia się swoją wiedzą na ten temat lub udzielał respondentowi standardowej informacji o tym leczeniu. W trakcie dalszej części wywiadu badacz udzielał dodatkowych wyjaśnień na temat leczenia substytucyjnego, jeżeli z przebiegu rozmowy wynikało, że respondent nie posiada istotnych informacji lub gdy respondent sam pytał o różne szczegóły dotyczące tego leczenia.

Przed rozpoczęciem kolejnego etapu wywiadu respondent był informowany o rozważanych w MZ zmianach dotyczących zasad prowadzenia leczenia substytucyjnego, które zezwalałyby lekarzowi POZ na udział w prowadzeniu tej terapii (treść tej informacji znajduje się w Załączniku nr 3). Ta informacja była punktem wyjścia do przejścia do trzeciego obszaru tematycznego dotyczącego percepcji przez respondenta barier w realizacji leczenia substytucyjnego w ramach praktyki lekarza POZ.

Bezpośrednio po zakończeniu wywiadu badacz sporządzał postscriptum, zawierające refleksje na temat przebiegu wywiadu, kontekstu badania, a także obserwacje na temat niewerbalnych komunikatów towarzyszących rozmowie.

Sposób analizy wywiadów z lekarzami POZ

Podstawową jednostką analizy były przypadki, czyli pełne transkrypcje wywiadu. Zostały one poddane analizie zdanie po zdaniu i oznaczone słowami kluczowymi, odnoszącymi się do dyspozycji do wywiadu. Oznaczenia te stanowiły podstawę do kodowania wywiadu. W trakcie kodowania sporządzano noty badawcze, zawierające refleksje badacza pojawiające się w trakcie kodowania, które mogły być użyteczne w analizie

danych na późniejszym etapie. Przy interpretacji danych wykorzystywano informacje zawarte w postscriptum sporządzanym bezpośrednio po zakończeniu wywiadu.

Do analizy przypadków wykorzystano program ATLAS.ti (wersja 5.5.3) – jeden z najpopularniejszych programów do wspomaganej komputerowo analizy danych jakościowych. Oprogramowanie to należy do tzw. trzeciego pokolenia CAQDA – programów wspomagających budowanie teorii [119]. Innowacyjność tego oprogramowania polega na tym, że umożliwia ono badaczowi nie tylko tworzenie powiązań między kodem a materiałem badawczym, ale także między poszczególnymi kodami. Ponadto ATLAS.ti, to program inspirowany teorią ugruntowaną, podobnie jak metodologia PCI. W przeprowadzonym badaniu program ATLAS.ti został wykorzystany do systematycznej analizy danych zawartych w rozbudowanych transkrypcjach wywiadów, kodowania otwartego tekstu (*open coding*) polegającego na opatrzeniu fragmentów tekstów za pomocą kategorii odnoszących się do dyspozycji do wywiadu oraz tworzeniu grup kodów.

5.2.4. Informacje o osobach uczestniczących w badaniu

W badaniu uczestniczyło 27 lekarzy (19 kobiet i 8 mężczyzn), zatrudnionych w 17 podmiotach leczniczych świadczących opiekę medyczną w ramach POZ, w tym 13 podmiotów to niepubliczne ZOZ i 4 to publiczne ZOZ. Wszystkie jednostki miały zawarty kontrakt z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ.

Respondenci różnili się pod względem wieku. Najmłodszy lekarz rezydent miał 26 lat, a najstarszy lekarz 74 lata. Średnia wieku respondentów wyniosła niemal 48,7 lat, ale po wyłączeniu z obliczeń lekarzy rezydentów, średnia ta była wyższa i osiągnęła wartość 52,3 lata.

Badani legitymowali się również zróżnicowanym stażem pracy w POZ. Najkrócej, bo półtora roku, pracował lekarz rezydent. Najdłuższy staż wynosił 40 lat i należał do lekarza będącego już na emeryturze, ale nadal zatrudnionego w POZ. Średnia liczba lat pracy w POZ, z uwzględnieniem lat pracy lekarzy rezydentów wynosiła 17,3 lat. Wykluczając z obliczeń lata pracy lekarzy rezydentów średnia była wyższa o blisko 3 lata i osiągała wartość niemal 20 lat.

Liczby pacjentów zadeklarowanych na tzw. listach aktywnych mieściły się w przedziale pomiędzy 1800 a 3000 pacjentów, średnio 2260 pacjentów. Przy czym w Warszawie liczba pacjentów znajdujących się na „aktywnej liście” respondentów wynosiła średnio 2093, w Białymstoku 2220, a w mniejszych miejscowościach była najwyższa i kształtowała się na poziomie 2450 pacjentów.

Spośród 27 lekarzy objętych badaniem, 13 pełniło funkcje kierownika ZOZ, 23 lekarzy posiadało tytuł specjalisty medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych, 4 lekarzy

odbywało specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej. Spośród 23 lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych 5 lekarzy było także specjalistami w innych dziedzinach medycyny: psychiatrii, pulmonologii, geriatrii i pediatrii.

Jednostki POZ uczestniczące w badaniu były zróżnicowane pod względem liczby pacjentów objętych opieką. Najmniejszy POZ świadczył opiekę medyczną dla 2650 pacjentów (w Puławach), a największy dla 70 tys. pacjentów (w Warszawie). Szczegółowe informacje o respondentach uczestniczących w badaniu znajdują się w Załączniku nr 6.

6. WYNIKI BADAŃ

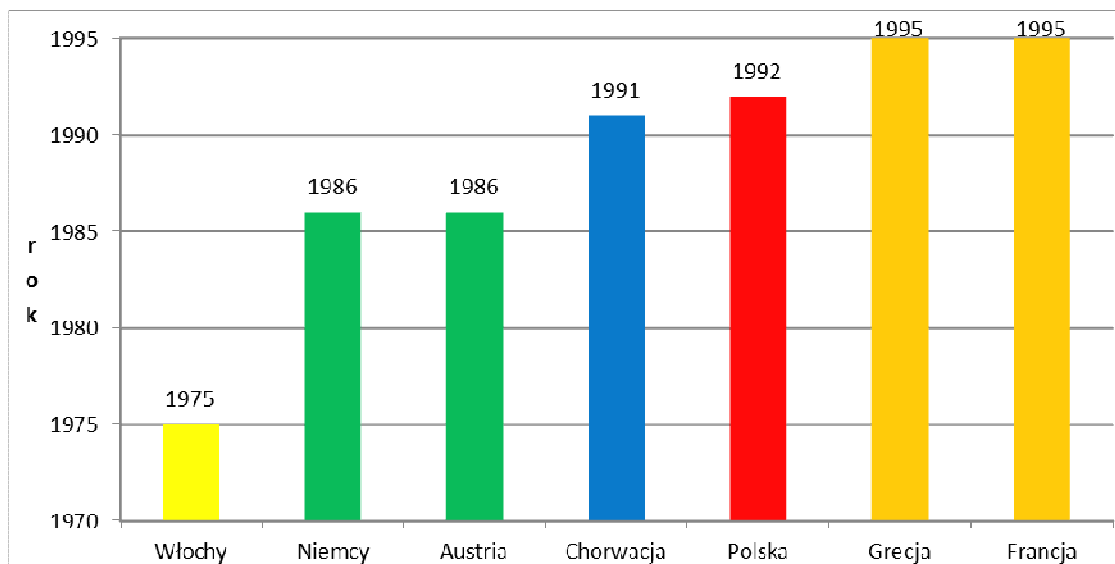
6.1. Ocena regulacji prawnych i organizacji leczenia substytucyjnego w wybranych krajach UE i w Polsce

6.1.1. Historia wprowadzania leczenia substytucyjnego

Leczenie substytucyjne najwcześniej weszło do praktyki klinicznej we Włoszech, bo już w 1975 r., czyli przed epidemią HIV/AIDS. W latach 60. i 70. XX w. w wielu włoskich miastach odnotowywano szerokie rozpowszechnienie problemowego wzoru używania opiatów, w szczególności heroiny. W celu ograniczenia problemów zdrowotnych i społecznych wynikających z ich używania wprowadzono terapię zastępczą metadonem. Znacznie później, bo w 1986 r., terapia ta została zainicjowana w Niemczech i w Austrii. Lata 90. XX w. to czas, w którym leczenie substytucyjne weszło do praktyki klinicznej w Chorwacji (1991 r.) oraz Grecji i Francji (1995 r.). Podobnie, jak we Włoszech, wpływ na podjęcie decyzji o udostępnieniu terapii substytucyjnej oraz zwiększanie w kolejnych latach dostępu do tej formy leczenia miały niepokojące doniesienia o wysokim rozpowszechnieniu używania heroiny wśród młodzieży i młodych dorosłych, znaczna liczba osób od nich uzależniona, ale przede wszystkim narastająca od lat 80. XX w. epidemia HIV/AIDS.

Choć leczenie substytucyjne zostało wprowadzone w wymienionych krajach w różnych latach (ryc. 6), to we wszystkich osiągnięto wysokie, bo co najmniej 50% wskaźniki dostępności. We Francji wskaźnik ten jest najwyższy i kształtuje się na poziomie 70-80% osób problemowo używających opioidów objętych leczeniem substytucyjnym przy szacowanej ich liczbie ok. 220 tys. osób. Niższą wartość wskaźnik ten osiągnął we Włoszech (ok. 60%) i w Niemczech (ok. 50%), przy szacowanych populacjach problemowych użytkowników ok. 170 tys. w każdym z tych krajów. W Austrii, Grecji i Chorwacji szacuje się, że ok. 60% użytkowników opioidów objętych jest leczeniem substytucyjnym, natomiast populacje osób uzależnionych są nieporównanie mniejsze. W Austrii jest to ok. 28 tys. osób, w Grecji ok. 17 tys., a w Chorwacji ok. 10 tys. osób.

Biorąc pod uwagę liczbę przypadków wysoce ryzykownego używania opioidów na 1000 osób, to we Francji wskaźnik ten jest najwyższy i mieści się w przedziale 4,4-7,4 osób, nieco niższy jest w Austrii i osiąga wartość pomiędzy 5,3 a 5,6 osób, we Włoszech wynosi 4,5-5,9 osób. W Grecji i Chorwacji kształtuje się na poziomie 2,1-4,0 osób. Najniższą wartość wskaźnik ten osiąga w Polsce (0,4-0,7 osób). Powyższe dane wskazują, że przy relatywnie małych populacjach osób uzależnionych od opioidów natężenie problemu może być znaczne (np. w Austrii) [18].



Ryc. 6. Rok zainicjowania leczenia substytucyjnego w krajach UE objętych badaniami i w Polsce.

Polska, obok Chorwacji, była pierwszym krajem Europy Środkowo-Wschodniej, które wprowadziło do praktyki klinicznej leczenie substytucyjne. W 1992 r. w IPIŃ uruchomiono pierwszy taki program. W następnych latach w kilkunastu miastach powstały kolejne programy (Załącznik nr 5 – Wykaz programów leczenia substytucyjnego w Polsce). W 2016 r. leczyło się 2755 osób, a w 2017 r. leczeniem objęto 2704 osoby w 14 województwach (dane NFZ). W woj. podkarpackim i podlaskim nie funkcjonowały programy leczenia substytucyjnego. Zgodnie z ostatnimi oszacowaniami z 2014 r. liczba osób problemowo używających opioidów mieści się w przedziale od 10 915 do 18 412 [37], czyli odsetek osób objętych tą terapią obejmuje od 14 do 23%, z punktem środkowym wynoszącym 17%.

Historycznie pierwszym lekiem wykorzystanym w terapii substytucyjnej był metadon. W krajach, gdzie znajduje on obecnie zastosowanie, występuje w 2 formach: dostępnych kapsułek i syropu. W Polsce występuje wyłącznie w postaci syropu. Buprenorfina została wprowadzona do leczenia w poszczególnych krajach pomiędzy 1996 a 2000 r., natomiast buprenorfina z naloksonem jest stosowana od 2007 r.

6.1.2. Podmioty uprawnione do prowadzenia leczenia substytucyjnego

W krajach objętych badaniami przepisy prawa uprawniają poradnie/centra leczenia uzależnień do prowadzenia leczenia substytucyjnego. W żadnym z nich nie nakłada się na specjalistyczne poradnie (centra) leczenia uzależnień obowiązku otrzymania pozwoleń czy decyzji o charakterze administracyjnym zezwalających na prowadzenie tej terapii.

Leczenie substytucyjne może być też prowadzone przez podmioty lecznicze inne niż poradnie leczenia uzależnień (z wyjątkiem Grecji), w szczególności w ramach praktyk prowadzonych przez lekarzy ogólnych (*general practitioner*). W niektórych kra-

jach (Francja, Chorwacja) uprawnienie to posiadają wyłącznie podmioty i lekarze, którzy mają zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z ubezpieczycielem publicznym. Leczenie substytucyjne może być także prowadzone przez lekarzy zatrudnionych w szpitalach, ale tylko w okresie hospitalizacji pacjenta. W Austrii i w Niemczech dostępne są także programy niskoprogowe (*low-threshold treatment programs*), w których oferuje się terapię nie prowadząc kontroli przyjmowania narkotyków i nie stawiając pacjentowi wymagań uczestnictwa w psychoterapii.

W Polsce, zgodnie z art. 28 ust. 1 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U 2005 Nr 179, poz. 1485) [84], leczenie substytucyjne może być prowadzone wyłącznie w ramach „programu leczenia substytucyjnego” po uzyskaniu zezwolenia marszałka województwa, wydanego po otrzymaniu pozytywnej opinii Dyrektora KBPN, co do spełnienia wymagań określonych w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 2013 r, poz. 368) [89]. Poradnie leczenia uzależnień nie mogą prowadzić leczenia, jeśli nie uzyskają powyższego zezwolenia. Zgodnie z przepisami zezwolenie to może otrzymać podmiot leczniczy, który posiada:

1. Aptekę szpitalną lub zawarł umowę z apteką lub hurtownią farmaceutyczną w zakresie zaopatrzenia w środek substytucyjny.
2. Pomieszczenia przystosowane do:
 - a) wydawania środka substytucyjnego
 - b) prowadzenia terapii grupowej
 - c) pracy lekarza, terapeuty i pracownika socjalnego
 - d) pobierania próbek do analizy
 - e) przechowywania i przygotowania środków substytucyjnych w sposób uniemożliwiający dostęp osób nieupoważnionych.
3. Odpowiednie warunki kadrowe zapewniające realizację programu prowadzenia leczenia ambulatoryjnego dotyczące w szczególności kierownika programu oraz przeszkolonych w zakresie realizowanego programu pielęgniarek i pracowników pomocniczych.

Zezwolenie ma charakter decyzji administracyjnej. Obecnie (stan na 30.09.2017 r.) zezwolenie posiada 27 podmiotów leczniczych, z których 23 prowadzą leczenie substytucyjne.



Ryc. 7. Podmioty uprawnione do prowadzenia leczenia substytucyjnego w krajach UE objętych badaniami i w Polsce.

6.1.3. Kryteria przyjęcia do leczenia substytucyjnego

Kryteria przyjęcia do leczenia substytucyjnego bezpośrednio przekładają się na jego dostępność. Jeśli zostaną sformułowane w sposób restrykcyjny, mogą wykluczyć część potencjalnych beneficjentów. W krajach, w których uznano, że do tej formy terapii kwalifikują się wyłącznie osoby uzależnione od opioidów co najmniej 3 lata, powstają większe bariery w dostępie do tej terapii niż w państwach, gdzie nie definiuje się takiego warunku.

WHO rekomenduje następujące kryteria przyjęcia do leczenia: rozpoznanie uzależnienia od opioidów, zdolność wyrażenia świadomej zgody na leczenie i brak przeciwwskazań do tego typu terapii. Większość krajów uczestniczących w badaniu wprowadziła w krajowych regulacjach, poza tymi wskazanymi przez WHO, dodatkowe kryteria. Najczęściej wskazywano minimalny wiek, który pozwala na włączenie pacjenta do terapii. W 4 państwach (Austria, Chorwacja, Niemcy, Włochy) przyjęto, że w leczeniu mogą uczestniczyć osoby, które ukończyły 18 r.ż. W odniesieniu do osób młodszych wymagana jest opinia co najmniej 2 lekarzy co do zasadności tego leczenia. Greckie regulacje w zakresie wieku pacjentów w leczeniu substytucyjnym są bardziej konserwatywne i określają go na 21 lat. Z kolei we Francji przyjęte regulacje są najbardziej liberalne, bo jako minimalny wiek wskazują 15 lat. Poza spełnieniem kryterium minimalnego wieku, w Grecji i w Niemczech wymaga się od osoby uzależnionej udokumentowania co najmniej jednej próby leczenia w modelu ukierunkowanym na abstynencję, zakończoną niepowodzeniem. Dodatkowo w Niemczech wprowadzono zapis, że pacjent może zostać zakwalifikowany do terapii, jeśli uzależnienie od opioidów ma charakter długotrwały. Choć nie doprecyzowano w przepisach, co oznacza długotrwały charakter, to zwyczajowo uznaje się, że uzależnienie musi trwać co najmniej 1 rok.

W Polsce w § 3 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 2013, poz. 368) [89], wśród warunków które musi spełniać pacjent, aby być przyjętym do terapii, wymienia się wyłącznie: uzależnienie od opioidów, ukończone 18 lat, wyrażenie zgody na podjęcie leczenia w ramach programu i zobowiązanie się pacjenta do przestrzegania wymagań programu. Kierownik programu lub upoważniony przez niego lekarz może zakwalifikować do programu pacjenta, który nie ukończył 18 r.ż., jeżeli przemawiają za tym ważne względy zdrowotne. W takim przypadku zgodę na leczenie musi wyrazić przedstawiciel ustawowy (opiekun prawny) pacjenta na zasadach określonych w art. 17 ust. 2 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52, poz. 417) [120].

Tab. 4. Kryteria przyjęcia do leczenia substytucyjnego w krajach UE objętych badaniami i w Polsce

Kryteria WHO przyjęcia do leczenia substytucyjnego	Dodatkowe kryteria przyjęcia do leczenia substytucyjnego przyjęte w krajach uczestniczących w badaniu	
rozpoznanie uzależnienia od opioidów	wiek pacjenta – co najmniej:	18 lat (Austria, Niemcy, Włochy, Polska) 21 lat (Grecja) 15 lat (Francja)
świadoma zgoda pacjenta na leczenie	wymagana co najmniej 1 próba leczenia w modelu abstynencyjnym zakończona niepowodzeniem (Grecja, Niemcy)	
brak przeciwwskazań	uzależnienie od opioidów ma charakter długotrwały – co najmniej 1 rok (Niemcy)	

6.1.4. Leki stosowane w terapii substytucyjnej

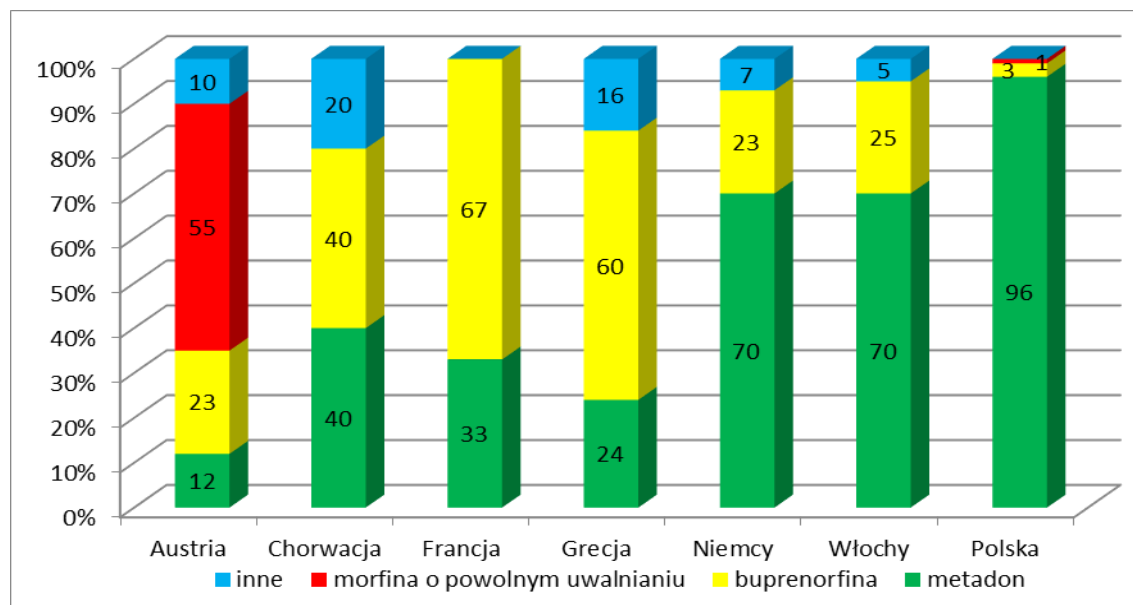
W krajach objętych badaniami stosowane w leczeniu substytucyjnym środki farmakologiczne obejmowały: metadon, buprenorfinę, buprenorfinę z naloksonem, morfinę o kontrolowanym uwalnianiu i kodeinę (ryc. 8). Najczęściej stosowano metadon i buprenorfinę. Metadon występował w postaci syropu oraz kapsułek.

Udział poszczególnych leków w terapii jest zróżnicowany (ryc. 8). We Włoszech i w Niemczech najczęściej stosowano metadon, ordynowany ok. 70% pacjentom. W Niemczech występuje on w dwóch formach: d,l-methadone oraz levomethadone (1-methadone, L-Polamidon). Preparaty buprenorfiny przyjmuje ok. 23-25% pacjentów. We Francji i Grecji buprenorfina lub buprenorfina z naloksonem jest najczęściej przepisywana, a odsetki pacjentów przyjmujących te preparaty wynoszą we Francji 67%, w Grecji 60%. Odsetki osób przyjmujących metadon są znacznie niższe i wynoszą: 33% we Francji i 24% w Grecji. Tylko w Chorwacji odsetki pacjentów przyjmujących metadon i preparaty buprenorfiny lub buprenorfiny z naloksonem pozostają wyrównane (ok. 40% pacjentów przyjmuje metadon i ok. 40% preparaty buprenorfiny). Austria, to jedyny kraj uczestniczący w badaniu, w którym dominującym lekiem pozostaje morfina o kontrolowanym uwalnianiu (55%), następnie preparaty buprenorfiny (23%), a na trzecim miejscu

metadon (12%). Należy podkreślić, że w ostatniej dekadzie w niektórych krajach odsetek pacjentów leczonych metadonem systematycznie maleje na korzyść preparatów buprenorfiny, np. w Niemczech w 2005 r. metadon ordynowano 82% pacjentów, a w 2015 r. – 72%. Kodeina ma marginalne znaczenie i została wymieniona jedynie w Niemczech (0,3% pacjentów).

W Niemczech w 2009 r. zalegalizowano programy z zastosowaniem diamorfiny. Leczenie z wykorzystaniem tego leku regulowane jest odrębnymi przepisami (NDPC-BtMVV, par 5, Abs. 9a-d). Do tego typu terapii mogą być wyłącznie kwalifikowani pacjenci uzależnieni od heroiny od co najmniej 5 lat, którzy ukończyli 23 lata, podejmowali co najmniej 2 próby leczenia, w tym jedną z zastosowaniem innego leku substytucyjnego niż diamorfina przez okres co najmniej 6 miesięcy, zakończone niepowodzeniem.

W Polsce głównym lekiem pozostaje metadon (ryc. 8). Odsetek osób leczonych tym preparatem sięga 96%. Pozostałe 4% obejmuje pacjentów leczonych buprenorfiną, buprenorfiną z naloksonem oraz pacjentów przyjmujących morfinę o kontrolowanym uwalnianiu. W ostatniej dekadzie nie wystąpiły istotne przesunięcia w kierunku większego wykorzystania preparatów buprenorfiny zamiast metadonu (dane KBPN).



Ryc. 8. Udział poszczególnych leków w terapii substytucyjnej w krajach UE objętych badaniami i w Polsce.

6.1.5. Lekarze uprawnieni do zakwalifikowania pacjenta do leczenia substytucyjnego

W krajach uczestniczących w badaniach osobami uprawnionymi do zakwalifikowania pacjenta do terapii substytucyjnej są lekarze w specjalistycznych poradniach (centrach) leczenia uzależnień, bez względu na posiadaną specjalizację w dziedzinie medycyny. W praktyce są to najczęściej lekarze psychiatrzy (tab. 5).

W Austrii, Niemczech, Francji i Włoszech uprawnienia do kwalifikowania do leczenia posiadają także lekarze spoza specjalistycznych poradni (centrów) leczenia uzależnień, bez względu na posiadaną specjalizację w dziedzinie medycyny. Najczęściej są to lekarze ogólni (*general practitioner*) lub lekarze psychiatry. W Austrii i Niemczech oczekuje się od nich ukończenia szkolenia w dziedzinie uzależnień. We Francji uprawnienie do kwalifikowania do terapii substytucyjnej przez lekarzy spoza specjalistycznych poradni (centrów) leczenia uzależnień zależy jest od rodzaju leku stosowanego w terapii. Kwalifikację pacjentów do leczenia metadonem pozostawiono w wyłącznej gestii lekarzy ze specjalistycznych centrów (poradni) leczenia uzależnień; lekarze spoza tych podmiotów leczniczych mogą kwalifikować pacjentów tylko do terapii z zastosowaniem preparatów buprenorfiny. W Grecji i w Chorwacji lekarze spoza specjalistycznych placówek leczenia uzależnień nie posiadają uprawnień do kwalifikowania pacjenta do tej terapii (tab. 5).

Tab. 5. Lekarze uprawnieni do zakwalifikowania pacjenta do leczenia substytucyjnego w krajach UE objętych badaniami i w Polsce

Kraj	Lekarz w specjalistycznej poradni (centrum) leczenia uzależnień	Każdy lekarz spoza specjalistycznej poradni (centrum) leczenia uzależnień	Uwagi
Włochy	tak	tak	leczenie najczęściej jest prowadzone przez lekarzy w centrach (poradniach) leczenia uzależnień
Francja	tak	tak (tylko do terapii z zastosowaniem buprenorfiny)	metadon – stabilizacja wyłącznie w centrach (poradniach) leczenia uzależnień lub w szpitalu
Chorwacja	tak (po szkoleniu)	nie	
Austria	tak (po szkoleniu)	tak (po szkoleniu)	
Grecja	tak (po szkoleniu)	nie	
Niemcy	tak	tak (po szkoleniu)	
Polska	tak (po szkoleniu)	nie	zakwalifikować pacjenta do leczenia może wyłącznie lekarz w programie leczenia substytucyjnego

W Polsce zakwalifikować pacjenta do leczenia substytucyjnego może wyłącznie lekarz zatrudniony w podmiocie leczniczym, który uzyskał zezwolenie na prowadzenie programu leczenia substytucyjnego od marszałka województwa właściwego ze względu na siedzibę tego podmiotu. Przepisy nie wskazują wprost specjalizacji lekarza uprawnionego do kwalifikowania pacjenta do leczenia. W § 3 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 2013, poz. 368) [89] wskazano, że do udziału w programie kwalifikuje pacjenta kierownik programu lub upoważniony przez niego lekarz wykonujący zadania w programie. Treść § 15 ust. 1 ww. Rozporządzenia mówi, że podmiot leczniczy zatrudnia jako kierownika programu lekarza posiadającego co najmniej pierwszy stopień specjalizacji w dziedzinie psychiatrii lub będącego w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii oraz co najmniej 3-miesięczny staż

pracy w podmiotach leczniczych prowadzących leczenie osób uzależnionych. W ustępie 2 tego paragrafu wskazano, że w przypadku braku możliwości zatrudnienia jako kierownika programu osoby spełniającej powyższe wymogi, kierownikiem programu może być lekarz posiadający inną specjalizację, jeżeli posiada co najmniej roczny staż pracy w podmiotach leczniczych prowadzących leczenie osób uzależnionych (tab. 5).

6.1.6. Lekarze uprawnieni do kontynuowania leczenia substytucyjnego

W większości krajów objętych badaniami nie wprowadza się rozróżnienia pomiędzy lekarzami inicjującymi leczenie substytucyjne (kwalifikowanie do leczenia i ordynowanie leku) a lekarzami kontynuującymi terapię (tab. 6). We Francji i Włoszech zarówno lekarze ze specjalistycznych poradni (centrów) leczenia uzależnień, jak i lekarze spoza specjalistycznych placówek, w praktyce najczęściej lekarze ogólni (*general practitioner*), mogą inicjować i kontynuować tę terapię. Leczenie substytucyjne może być także kontynuowane w szpitalach w przypadku, gdy pacjent wymaga hospitalizacji. We Francji w sposób szczególny potraktowano metadon, ograniczając kategorie lekarzy uprawnionych do inicjowania leczenia wyłącznie do tych zatrudnionych w specjalistycznych placówkach leczenia uzależnień; kontynuować terapię z zastosowaniem tego leku mogą także lekarze spoza specjalistycznych placówek. W przypadku leczenia z zastosowaniem buprenorfiny inicjować i kontynuować leczenie mogą ci sami lekarze, zarówno ze specjalistycznych poradni, jak i spoza nich. W Austrii i Niemczech lekarzy kontynuujących leczenie odróżnia od lekarzy kwalifikujących do terapii i ustalających reżim terapeutyczny, czas trwania wymaganego szkolenia. W przypadku tych drugich jest on dłuższy i obejmuje szerszy zakres zagadnień. W Chorwacji kontynuowanie leczenia z wykorzystaniem preparatów buprenorfiny oraz metadonu może odbywać się u lekarza POZ. Jednak wszystkie decyzje co do dawkowania leku, częstotliwości zgłaszania się do podmiotu leczniczego w celu odebrania dawki leku 'do domu' podejmowane są przez lekarza ze specjalistycznej poradni (centrum) leczenia uzależnień. Lekarz ogólny wystawia recepty na kolejne dawki leku według wskazań otrzymanych od uprawnionego lekarza z poradni (centrum) leczenia uzależnień. W Grecji zachowano najbardziej zachowawcze rozwiązania, bowiem zarówno kwalifikowanie do leczenia, ustalenie dawki leku, jak i kontynuowanie terapii może być prowadzone wyłącznie przez lekarzy zatrudnionych w centrach (poradniach) leczenia uzależnień. Najczęściej są to lekarze posiadający specjalizację w dziedzinie psychiatrii.

W polskich przepisach nie wprowadza się rozróżnienia pomiędzy lekarzami uprawnionymi do kwalifikowania do leczenia substytucyjnego a lekarzami uprawnionymi do kontynuowania tej terapii. W ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2005, Nr 179, poz. 1485) [84] oraz rozporządzeniu Ministra Zdro-

wia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 2013, poz. 368) [89] mówi się o podmiotach prowadzących programy leczenia, co oznacza wykonywanie świadczeń obejmujących kwalifikowanie do leczenia, stabilizacji dawki leku, określanie reżimu terapeutycznego oraz kontynuowania terapii. Rodzaj stosowanego w terapii leku także nie ma wpływu na zakres posiadanych przez lekarzy uprawnień (tab. 6).

Tab. 6. Lekarze uprawnieni do kontynuowania leczenia substytucyjnego w krajach UE objętych badaniami i w Polsce

Kraj	Lekarz w specjalistycznej poradni (centrum) leczenia uzależnień	Każdy lekarz spoza specjalistycznej poradni (centrum) leczenia uzależnień	Uwagi
Włochy	tak	tak	leczenie jest kontynuowane w centrach (poradniach) leczenia uzależnień
Francja	tak	tak	
Chorwacja	tak (po szkoleniu)	tak (po szkoleniu)	
Austria	tak (po szkoleniu)	tak (po szkoleniu)	
Grecja	tak	nie	
Niemcy	tak	tak (po szkoleniu)	
Polska	tak (po uzyskaniu decyzji administracyjnej)	nie	

6.1.7. Szkolenia uprawniające do prowadzenia leczenia substytucyjnego

W większości krajów uczestniczących w badaniach warunkiem uzyskania przez lekarzy uprawnień do prowadzenia leczenia substytucyjnego nie jest posiadanie określonej specjalizacji w dziedzinie medycyny, ale ukończenie dodatkowego szkolenia na temat leczenia uzależnień. Wymóg taki stawiany jest lekarzom w Austrii, Chorwacji, Grecji i w Niemczech. Wymiar godzinowy szkolenia w poszczególnych krajach jest zróżnicowany i wynosi od ok. 6 godzin w Chorwacji, 6-40 godzin w Austrii, 60 godzin w Niemczech i 80 godzin w Grecji. W Austrii długość szkolenia zależy od tego, czy lekarz jest zainteresowany posiadaniem uprawnień do inicjowania terapii, w tym stabilizacji dawki leku, czy tylko do jej kontynuowania. W przypadku lekarzy inicjujących leczenie wymaga się ukończenia 40-godz. szkolenia podstawowego, a w przypadku lekarza kontynuującego terapię liczbę godzin szkolenia ograniczono do 6. Od jednych i drugich oczekuje się uczestniczenia w 6-godz. dodatkowym szkoleniu w każdym roku lub 18-godz. szkoleniu w okresie 3 lat. Szkolenia prowadzone są przez podmioty podległe MZ (Chorwacja), samorządy lekarskie lub inne podmioty medyczne (Austria, Grecja, Niemcy). W większości krajów podstawowy zakres szkolenia został określony w przepisach. Lekarze, którzy ukończyli szkolenie są wpisywani na listy lekarzy autoryzowanych do prowadzenia leczenia substytucyjnego uaktualnianych przez MZ (np. w Chorwacji), miejskie organy odpowiedzialne za służbę zdrowia czy stowarzyszenia lekarzy (np. w Austrii, Niemczech). Inne rozwiązania przyjęto we Francji i we Włoszech, gdzie każdy lekarz może prowadzić leczenie substytucyjne, na mocy uprawnień wynikających z tytułu wykonywania zawodu lekarza (tab. 7).

W Polsce zgodnie z § 16 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 2013, poz. 368) [89], kierownik programu jest zobowiązany przeszkolić w zakresie realizowanego programu pracowników biorących w nim udział. Przepisy nie wskazują wymiaru czasowego i zakresu szkolenia (tab. 7).

Tab. 7. Dodatkowe szkolenia dla lekarzy realizujących leczenie substytucyjne i podmioty odpowiedzialne za przeprowadzenie szkoleń w krajach UE objętych badaniami i w Polsce

Kraj	Dodatkowe szkolenia
Włochy	nie wymagane
Francja	nie wymagane
Chorwacja	wymagane czas nieokreślony organizuje Centrum ds. Uzależnień przy MZ (<i>Centre for Addiction of the Ministry of Health</i>)
Austria	wymagane ok. 40 godz. dla lekarzy inicjujących leczenie substytucyjne lub 6 godz. dla lekarzy kontynuujących leczenie substytucyjne; następnie w każdym roku dodatkowe 6 godz. szkolenia certyfikat ważny 3 lata
Grecja	wymagane trwa ok. 80 godz. Organizuje OCANA (organizacja prowadząca leczenie substytucyjne w Grecji)
Niemcy	wymagane trwa ok. 50-60 godz. organizują regionalne izby lekarskie
Polska	wymagane czas nieokreślony organizuje kierownik programu leczenia substytucyjnego

6.1.8. Przyjmowanie leku w terapii substytucyjnej w obecności personelu pielęgniarskiego

Przyjmowanie leku pod nadzorem personelu pielęgniarskiego, to podstawowy reżim terapeutyczny stosowany w początkowym okresie terapii substytucyjnej wobec wszystkich pacjentów, zwykle nieprzekraczający okresu 3 miesięcy. Wiąże się on z obowiązkiem codziennego stawiennictwa do placówki leczniczej. Celem tego etapu terapii jest wykształcenie u pacjenta właściwych nawyków związanych z codziennym przyjmowaniem leku, nawiązanie współpracy i dobrej relacji z personelem placówki, sprzyjających zrozumieniu przez niego swojej choroby i przyjęciu odpowiedzialności za leczenie. Codzienne przyjmowanie leku w obecności personelu ma zapobiegać także niewłaściwemu jego wykorzystaniu przez pacjenta. Takie ryzyko jest największe w kilku pierwszych miesiącach leczenia.

W Niemczech, w Chorwacji, w Austrii, we Włoszech i we Francji przepisy zezwalają na przyjmowanie leku pod nadzorem personelu pielęgniarskiego w podmiotach leczniczych innych niż poradnie (centra) leczenia uzależnień. W rzeczywistości tylko w Niemczech, w Chorwacji i we Francji ta praktyka jest rozpowszechniona. W Austrii zdarza się rzadko, we Włoszech jeszcze rzadziej. W Grecji lek może być przyjmowany wyłącznie w poradni (centrum) leczenia uzależnień.

W Polsce, zgodnie z treścią § 6 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 2013, poz. 368) [89], lek jest podawany pacjentowi w podmiocie leczniczym przez lekarza, pielęgniarkę lub wydawany przez farmaceutę w jednorazowych dawkach dziennych i przyjmowany przez pacjenta w ich obecności. W praktyce lek przyjmowany jest pod nadzorem pielęgniarki przez okres co najmniej 6 miesięcy. Przepisy nie zezwalają na przyjmowanie leku w innych podmiotach niż te, w których prowadzony jest program. Polskie przepisy nie regulują także kwestii leczenia substytucyjnego w przypadku pacjentów, którzy w trakcie terapii są hospitalizowani.

6.1.9. Udział aptek w realizacji leczenia substytucyjnego

W niektórych krajach przepisy prawa zezwalają na przyjmowanie leku zgodnie ze zleceniem lekarskim w aptece w obecności personelu farmaceutycznego. Takie rozwiązania funkcjonują we Włoszech, Austrii, Francji i w Niemczech. Podobnie, jak w przypadku przyjmowania leku w obecności personelu pielęgniarskiego pacjent musi codziennie zgłosić się do apteki po swoją dawkę leku. Codzienne stawiennictwo pacjenta ma sprzyjać wdrożeniu właściwych nawyków związanych z przyjmowaniem leków oraz zapobiegać ich niewłaściwemu wykorzystaniu. Przyjmowanie leku w obecności personelu pielęgniarskiego i farmaceutycznego jest stosowane w pierwszym okresie terapii. W niektórych krajach uprawnienia do monitorowania przyjmowania leku mają wszystkie apteki, w innych tylko te, które otrzymają specjalny certyfikat (licencję), jeszcze w innych tylko te, które mają zawarte porozumienie z lekarzem ordynującym lek substytucyjny. Przyjmowanie leku pod nadzorem farmaceuty w aptece nie jest dozwolone w Grecji i w Chorwacji.

Polskie regulacje prawne także nie zezwalają na przyjmowanie przez pacjenta leku w aptece pod nadzorem farmaceuty.

6.1.10. Wydawanie dawki leku do samodzielnego przyjmowania

Wydawanie pacjentowi dawek leku substytucyjnego na okres kilku lub kilkunastu dni do samodzielnego przyjmowania w miejscu zamieszkania bez nadzoru personelu pielęgniarskiego lub farmaceutycznego jest powszechnie stosowaną praktyką, usankcjonowaną przepisami prawa lub innymi regulacjami. Decyzję o takim reżimie terapeutycznym może podjąć lekarz, gdy oceni, że dawka leku została ustabilizowana i korzyści z wydania leku pacjentowi do domu przewyższają ryzyko, że lek ten zostanie niewłaściwie wykorzystany. W większości krajów lekarz podejmuje taką decyzję, jeśli kilkakrotnie przeprowadzone badanie moczu na obecność innych niż zlecone przez lekarza

substancje psychoaktywne dało wynik negatywny. Przesłanką otrzymania leku ‘do domu’ jest też poprawne funkcjonowanie społeczne pacjenta, dobre relacje z rodziną oraz podjęcie pracy zawodowej. Początkowo okresy czasu, na które pacjent może otrzymać lek ‘do domu’, nie przekraczają 2-3 dni terapii. Okresy te mogą być wydłużone, ale zwykle nie przekraczają 14 dni dla metadonu i 28 dni dla buprenorfiny. Metadon, jako lek o niższym profilu bezpieczeństwa niż buprenorfina, ze względu na możliwość przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym, zwykle wydawany jest na krótsze okresy czasu niż buprenorfina.

W Polsce Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 2013 r., poz. 368) [89] w § 6 ust. 2-10 określa szczegółowe warunki, które muszą wystąpić, aby lek mógł być przyjmowany przez pacjenta poza podmiotem leczniczym bez obecności personelu medycznego. Przede wszystkim musi wystąpić przeszkoda uniemożliwiająca przybycie pacjenta do podmiotu leczniczego. W takich przypadkach pacjent może otrzymać lek w dawkach niezbędnych na kurację nieprzekraczającą okresu 2 tygodni. Pacjent może otrzymywać lek do stosowania ‘w domu’ także z innych przyczyn (przepisy nie wymieniają tych przyczyn), jeżeli spełnia łącznie następujące warunki:

- a) uczestniczy w programie co najmniej 6 miesięcy
- b) zachowuje całkowitą abstynencję od środków odurzających i substancji psychotropowych niezleconych przez lekarza
- c) regularnie uczestniczy w przewidzianych programem zajęciach terapeutycznych.

Przepisy dopuszczają przyjmowanie przez pacjenta środka substytucyjnego bez obecności personelu medycznego pomimo niespełniania powyższych warunków, jeżeli jest to uzasadnione stanem psychofizycznym lub sytuacją życiową pacjenta oraz właściwościami farmakologicznymi podawanego mu leku. W powyższych sytuacjach lek może być wydany pacjentowi w dawkach zapewniających leczenie przez okres nie dłuższy niż 7 dni lub w wyjątkowych sytuacjach na okres nieprzekraczający 14 dni. W przypadku pacjentów nieprzerwanie leczonych przez co najmniej 2 lata, lek może być wydawany przez podmiot leczniczy na okres do 14 dni, jeśli pozwala na to stan psychofizyczny pacjenta w szczególności, gdy taki tryb wydawania środka będzie pomocny w realizacji celów leczenia [89].

Zgodnie z danymi NFZ – 30% pacjentów w programach leczenia substytucyjnego otrzymywało lek ‘do domu’ w dawkach wystarczających na kilkudniowe leczenie. Pozostałe 70% nie korzystało z tego przywileju i codziennie musiało zgłosić się do placówki, aby przyjąć lek w obecności personelu medycznego (dane za 2016 r.).

6.1.11. Wystawianie recept na leki w terapii substytucyjnej

W 5 krajach uczestniczących w badaniach uprawniony lekarz może wypisać receptę na lek substytucyjny do samodzielnego przyjmowania przez pacjenta bez nadzoru personelu pielęgniarskiego lub farmaceutycznego. Takie regulacje prawne przyjęto w Austrii, Chorwacji, Francji, Niemczech i Włoszech. W Chorwacji uprawnienie to dotyczy wyłącznie preparatów buprenorfiny. Recepty wystawiane są zwykle na ilość leku odpowiadającą zapotrzebowaniu na leczenie na okres nie dłuższy niż 28 dni terapii. W Chorwacji receptę na lek realizuje w aptece pielęgniarka lub rodzina pacjenta. Lek jest następnie deponowany w POZ i wydawany pacjentowi w dawkach dziennych maksymalnie na 7 dni terapii. Recepty na lek substytucyjny podlegają szczegółowym krajowym regulacjom, które służą ograniczaniu takich zjawisk jak fałszowanie recept czy wypisywanie recept przez więcej niż jednego lekarza na ten sam lek i ten sam okres leczenia. Wystawianie recept jest niedozwolone w Grecji.

Polskie regulacje prawne, podobnie jak w Grecji, nie zezwalają lekarzowi na wystawianie recepty na lek substytucyjny przyjmowany przez pacjenta bez nadzoru personelu medycznego.

6.1.12. Odpłatność za leki stosowane w leczeniu substytucyjnym

W niemal wszystkich krajach uczestniczących w badaniu pacjenci leczeni substytucyjnie nie ponoszą opłat za leki stosowane w tej terapii oraz jakichkolwiek innych opłat z tytułu świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem uzależnienia (tab. 8). Koszty związane z leczeniem substytucyjnym pokrywane są, zgodnie z krajowymi przepisami, z systemu ubezpieczeń zdrowotnych lub systemu zabezpieczenia socjalnego. Zasada braku odpłatności za leki stosowane w terapii odnosi się zarówno do pacjentów przyjmujących lek pod nadzorem personelu farmaceutycznego lub pielęgniarskiego, jak i do pacjentów realizujących receptę w aptece.

Wyjątek stanowi Francja, gdzie obowiązują 2 mechanizmy odpłatności za leki stosowane w terapii substytucyjnej. Za leki ordynowane w centrach (poradniach) leczenia uzależnień płaci w całości ubezpieczyciel, a za te same leki, ale ordynowane pacjentom poza centrami leczenia uzależnień, ubezpieczyciel pokrywa 65% ceny leku, a pozostałe 35% płacone jest przez pacjenta.

W Polsce pacjenci leczeni substytucyjnie nie ponoszą z tego tytułu żadnych opłat. Koszty leczenia pokrywa NFZ. Pacjenci nie mogą otrzymać recepty do realizacji w aptece, lecz otrzymują lek bezpłatnie w podmiocie leczniczym. Terapia substytucyjna jest bezpłatna zarówno dla pacjentów objętych składką ubezpieczenia zdrowotnego, jak i

osób nieubezpieczonych. Kwestię osób nieubezpieczonych i ich prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia uzależnienia regulują przepisy Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 Nr 210, poz. 2135) [121].

Tab. 8. Odpłatność za leki wypisywane na receptę w krajach UE objętych badaniami i w Polsce

Kraj	Metadon	Buprenorfina	Buprenorfina z naloksonem	Morfina o kontrolowanym działaniu
Włochy	bezpłatne			nie stosują
Francja	35% płaci pacjent, jeśli terapia jest prowadzona przez lekarza ogólnego; leki są bezpłatne w leczeniu w poradni leczenia uzależnień			nie stosują
Chorwacja	recepty nie są dozwolone	bezpłatne		nie stosują
Austria	bezpłatne			
Grecja	recepty nie są dozwolone			nie stosują
Niemcy	bezpłatne			nie stosują
Polska	recepty nie są dozwolone			

6.1.13. Mechanizmy kontroli nad nielegalną dystrybucją leków

Leki substytucyjne mogą być używane w celach innych niż medyczne, co wiąże się z wysokim ryzykiem szkód zdrowotnych, włącznie z ryzykiem śmiertelnego przedawkowania. W celu zminimalizowania ryzyka nielegalnej dystrybucji tych leków wdrażane są mechanizmy kontrolujące obrót tymi lekami.

W niemal wszystkich krajach (Austria, Chorwacja, Grecja, Niemcy, Włochy), z wyjątkiem Francji, prowadzone są rejestry pacjentów uczestniczących w terapii substytucyjnej. Dane osobowe pacjentów zgłaszanych do ww. rejestrów są zwykle zakodowane, ale w większości krajów możliwa jest identyfikacja pacjenta na podstawie nadanego mu kodu. We Francji, w której pacjenci nie są zgłaszani do rejestru, szczególnemu nadzorowi i monitorowaniu podlegają recepty na lek substytucyjny. W Austrii, Chorwacji i Niemczech stosowane są różnego rodzaju zabezpieczenia ograniczające zjawisko fałszowania recept. Do katalogu działań zapobiegających wykorzystywaniu legalnych leków do celów pozamedycznych należy podniesienie poziomu świadomości i wiedzy lekarzy na temat właściwego stosowania leków w tej terapii, zasad wystawiania recept oraz wydawania pacjentowi leku 'do domu'. Podniesieniu wiedzy i kompetencji lekarzy sprzyjają obowiązkowe szkolenia (Austria, Chorwacja, Grecja, Niemcy) oraz krajowe wytyczne do leczenia substytucyjnego (we wszystkich krajach uczestniczących w badaniu).

W Polsce, podobnie jak w większości omawianych krajów, pacjenci objęci leczeniem substytucyjnym zgłaszani są do specjalnego rejestru, który zgodnie z art. 28 ust. 7 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. w sprawie przeciwdziałania narkomanii (Dz. U. 2005 Nr 179, poz. 1485) [84] nazwany jest Centralnym Wykazem Osób Objętych Leczeniem

Substytucyjnym. Wykaz ten prowadzi KBPN. Pacjentom nadawany jest specjalny kod, a identyfikacja pacjenta na podstawie kodu jest możliwa wyłącznie w programie, w którym pacjent leczy się.

Tab. 9. Mechanizmy zapobiegające pozamedycznemu wykorzystaniu leków stosowanych w terapii substytucyjnej w krajach UE objętych badaniami

Mechanizmy zapobiegające pozamedycznemu wykorzystaniu leków stosowanych w terapii substytucyjnej	Kraj
Centralny rejestr (wykaz) osób objętych leczeniem substytucyjnym	Austria, Chorwacja, Grecja, Niemcy, Włochy, Polska
Obowiązkowe szkolenia podnoszące poziom wiedzy lekarzy	Austria, Chorwacja, Grecja, Niemcy, Polska
Wytyczne kliniczne do prowadzenia leczenia substytucyjnego	Austria, Chorwacja, Francja, Grecja, Niemcy, Włochy
Przyjmowanie leku substytucyjnego pod nadzorem pielęgniarki w POZ lub farmaceuty w aptece	Austria, Chorwacja, Francja, Niemcy, Włochy
System elektronicznego monitorowania recept	Austria, Francja, Niemcy, Włochy

6.1.14. Zachęty finansowe do prowadzenia leczenia substytucyjnego

Stosowanie przez organizatorów i płatników opieki zdrowotnej zachęt finansowych dla realizatorów określonych świadczeń zdrowotnych uważane jest za ważny instrument aktywnego kreowania polityki zdrowotnej. W większości krajów uczestniczących w badaniu lekarze prowadzący leczenie substytucyjne nie otrzymywali z tego tytułu dodatkowego wynagrodzenia. Tylko w Niemczech został wprowadzony przez płatnika świadczeń zdrowotnych system zachęt finansowych. W Austrii, zgodnie z ogólnymi regulacjami, lekarze prowadzący to leczenie nie otrzymują dodatkowego wynagrodzenia, ale niektóre z 22 regionalnych funduszy ubezpieczeń zdrowotnych wprowadziły, w celu zwiększenia zainteresowania lekarzy udzielaniem tego świadczenia, zachęty finansowe.

W Polsce kwestię zachęt finansowych dla świadczeniodawców leczenia substytucyjnego należy rozpatrywać w kontekście wyceny punktowej produktu rozliczeniowego, którym jest program leczenia substytucyjnego. Zgodnie z Zarządzeniem Nr 70/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. [122] zmieniającym Zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 2016 r. [123] waga punktowa programu z zastosowaniem metadonu lub innego leku podanego w lokalizacji (tzn. przyjętego przez pacjenta w programie) wynosiła 4,2 punktów, a z wydaniem leku ‘do domu’ – 3,15 punktów (dane NFZ). Powyższa wycena punktowa została podniesiona o 2% Zarządzeniem Nr 59/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2017 r. [123] zmieniającym wcześniejsze zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

6.1.15. Wsparcie terapeutyczne i społeczne

W krajach uczestniczących w badaniach pacjenci mają zapewniony dostęp do zindywidualizowanej pomocy psychologicznej i społecznej. We wszystkich krajach, z wyjątkiem Niemiec, decyzja o uczestnictwie w tych oddziaływaniach ma charakter dobrowolny i jest podejmowana wspólnie przez pacjenta i lekarza (Włochy, Francja, Chorwacja, Austria, Grecja). W Niemczech warunkiem uzyskania przez świadczeniodawcę refundacji kosztów leczenia farmakologicznego jest udział pacjenta w oddziaływaniach psychospołecznych. Obowiązkowość tych świadczeń budzi w Niemczech wiele wątpliwości zarówno wśród lekarzy, jak i pacjentów. Wskazuje się, że należy odstąpić od obligatoryjności, bo tylko dobrowolny udział pacjenta może sprzyjać poprawie funkcjonowania. We Francji, choć przepisy zalecają, aby pacjent uczestniczył w oddziaływaniach psychospołecznych, to w praktyce tylko niewielki odsetek z nich korzysta z takiej oferty. W pozostałych krajach wsparcie psychospołeczne stanowi integralny element terapii substytucyjnej, głęboko zakorzeniony w praktyce leczenia substytucyjnego. Zakres tej oferty jest mocno zróżnicowany: od wsparcia psychologicznego poprzez pomoc w znalezieniu ‘dachu nad głową’, podniesienia poziomu wykształcenia i kompetencji zawodowych. W przypadku, gdy leczenie prowadzone jest przez lekarzy ogólnych, oddziaływania psychospołeczne są najczęściej realizowane w specjalistycznych placówkach leczenia uzależnień (Francja, Niemcy, Austria, Chorwacja).

W Polsce, zgodnie z § 9 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 2013, poz. 368) [89], pacjenci uczestniczący w programie mają zapewniony dostęp do terapii i rehabilitacji w wymiarze co najmniej dwóch godzin tygodniowo, a podmiot leczniczy stwarza warunki do współpracy z ich rodzinami. Kierownik programu lub upoważniony przez niego lekarz wykonujący zadania w programie, biorąc pod uwagę opinię pacjenta, może podjąć decyzję o zmniejszeniu liczby godzin albo o odstąpieniu od terapii lub rehabilitacji, jeżeli jest to uzasadnione stanem psychofizycznym pacjenta lub gdy cele rehabilitacji zostały osiągnięte. Powyższy zapis oznacza, że udział pacjenta w terapii jest dobrowolny.

Polskie regulacje prawne pomijają kwestię wsparcia socjalnego obejmującego pomoc w uzyskaniu ‘dachu nad głową’, podjęciu nauki lub pracy czy rozwiązywaniu problemów natury prawnej. Kwestie powyższe regulowane są ogólnymi przepisami w zakresie pomocy społecznej, które odnoszą się do ogółu obywateli.

6.1.16. Wytyczne kliniczne

Wytyczne kliniczne do terapii substytucyjnej (*guidelines*) zostały opracowane we wszystkich krajach uczestniczących w badaniu.

W Austrii zostały przygotowane przez Stowarzyszenie Lekarzy dla medycznie wspieranej terapii w 2009 r. (*Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit – ÖGABS; Konsensus-Statement „Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger“*).

W Chorwacji odpowiednie wytyczne zostały opracowane odrębnie dla leczenia substytucyjnego z zastosowaniem metadonu (*Guidelines for pharmacotherapy with methadone*, 1996) i z zastosowaniem preparatów buprenorfiny (*Guidelines for buprenorphine pharmacotherapy*, 2006). Zarówno jeden, jak i drugi dokument był konsultowany i uzgodniony z podstawowymi podmiotami zaangażowanymi w leczenie substytucyjne w Chorwacji, a ostatecznie zostały one wydane przez Ministra Zdrowia i Polityki Społecznej Republiki Chorwacji.

We Francji odpowiednie wytyczne zostały opracowane w 2004 r. przez Francuską Federację Lekarzy ds. Uzależnień we współpracy z Krajową Agencją ds. Akredytacji i Ewaluacji Zdrowia oraz Ministerstwem Zdrowia (*Strategies therapeutiques pour les personnes dependantes des opiaces*).

Niemieckie Stowarzyszenie Lekarzy zajmujących się leczeniem osób uzależnionych wydało wytyczne do terapii substytucyjnej w 2002 r. (*German Medical Association on the substitution treatment of opiate addicts*).

W Grecji takie wytyczne zostały przygotowane w 1998 r. na zlecenie Ministra Zdrowia przez OKANA, organizację odpowiedzialną za wdrażanie tej terapii.

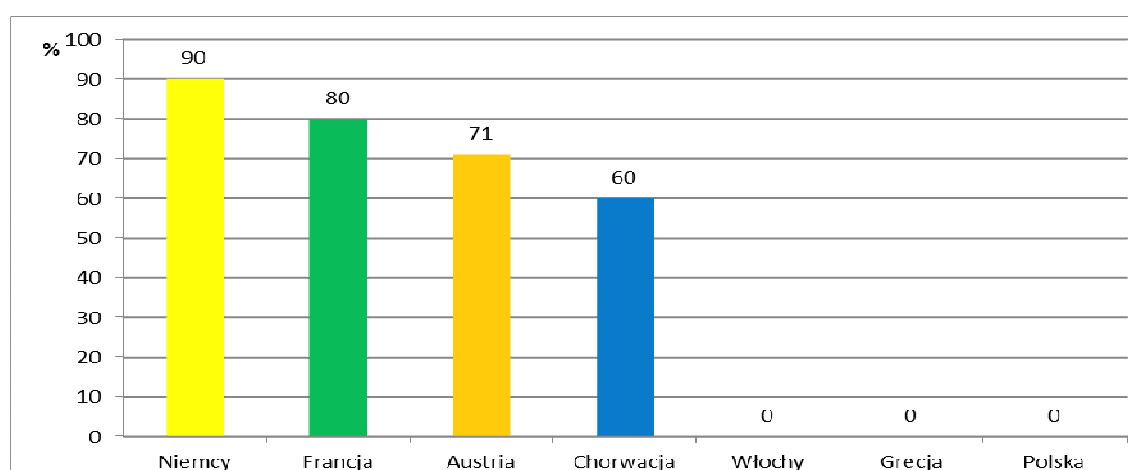
We Włoszech nie wydano własnych wytycznych klinicznych, lecz przetłumaczono wytyczne WHO (*Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*).

W Polsce nie wydano wytycznych klinicznych do leczenia substytucyjnego. Niektóre z ważnych kwestii są regulowane przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 2013, poz. 368) [89]. Rozporządzenie odnosi się do kryteriów przyjęcia do leczenia, zakończenia leczenia oraz jego celów. Obejmuje także zalecenia dotyczące przeprowadzania badań płynów ustrojowych na obecność narkotyków lub ich metabolitów oraz warunków, które musi spełniać pacjent, aby otrzymać lek ‘do domu’.

6.1.17. Udział lekarzy POZ w leczeniu substytucyjnym

Lekarze POZ uczestniczą w realizacji leczenia substytucyjnego w większości krajów uczestniczących w badaniu. Miarą ich udziału może być odsetek leczonych przez nich pacjentów. W Niemczech, Francji i Austrii między 71 a 90% pacjentów leczonych jest przez lekarzy ogólnych. Posiadają oni uprawnienia zarówno do kwalifikowania pacjentów do tej terapii, jak i długotrwałej opieki nad nimi. Przy czym w Niemczech powstały podmioty lecznicze specjalizujące się w leczeniu substytucyjnym zatrudniające głównie lekarzy ogólnych, oferujące nie tylko farmakoterapię, ale także wsparcie psychospołeczne. Szacuje się, że ok. 78% pacjentów było leczonych właśnie w takich wyspecjalizowanych placówkach, 20% w praktykach lekarskich, w których były leczone także inne grupy pacjentów i tylko 4% pacjentów leczyło się u lekarzy rodzinnych.

W Chorwacji odsetek pacjentów leczonych przez lekarzy spoza centrów (poradni) leczenia uzależnień wyniósł ok. 60% i obejmował wyłącznie pacjentów leczonych buprenorfiną.



Ryc. 9. Odsetek pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym przez lekarzy ogólnych w krajach UE objętych badaniami i w Polsce.

We Włoszech, choć prawo zezwala na kontynuowanie leczenia substytucyjnego zapoczątkowanego w poradniach leczenia uzależnień przez lekarzy ogólnych, to w praktyce jest ono prowadzone wyłącznie w specjalistycznych poradniach (centrach) leczenia uzależnień.

Zakres uprawnień lekarzy w poszczególnych krajach jest unormowany w różny sposób, np. we Francji oznacza pełną samodzielność lekarza co do ustalania czy zmiany dawki leku, reżimu terapeutycznego itd. W Chorwacji polega na ścisłym wypełnianiu zaleceń lekarskich otrzymanych od lekarza, który kwalifikował pacjenta do leczenia substytucyjnego w poradni (centrum) leczenia uzależnień.

W Polsce, zgodnie z obowiązującymi przepisami, lekarze spoza poradni leczenia uzależnień, które otrzymały zezwolenie marszałka województwa, nie uczestniczą w realizacji leczenia substytucyjnego na żadnym etapie tego leczenia.

6.2. Ocena gotowości lekarzy POZ do prowadzenia leczenia substytucyjnego

6.2.1. Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych w praktyce respondentów

Z analizy danych z kwestionariusza uzupełnionych wypowiedziami respondentów wynika, że osoby problemowo używające nielegalnych substancji psychoaktywnych, w szczególności heroiny, bardzo rzadko zgłaszały się do lekarza POZ. Zdecydowana większość respondentów miała sporadyczny kontakt z takimi pacjentami lub nie miała tego typu doświadczeń w praktyce lekarza POZ. Respondenci, którzy zetknęli się z pacjentami uzależnionymi od nielegalnych substancji psychoaktywnych informowali, że były to osoby, które zgłaszały się do lekarza POZ po skierowanie na leczenie w specjalistycznym ośrodku terapii uzależnień lub były już po leczeniu i informowały w wywiadzie o odbytej terapii. Tylko jeden rozmówca przyjmował w praktyce lekarza POZ kilku pacjentów w trakcie leczenia substytucyjnego, którzy zgłaszali się do niego z powodu problemów zdrowotnych oraz w celu uzyskania recepty na leki typu Clonazepam lub inne, nadużywane przez osoby uzależnione. Wielu respondentów zauważało, że pacjenci uzależnieni od substancji psychoaktywnych „...giną, pojawiają się na chwilę i ich nie ma” {K7Warszawa2000}.

Informacje o tym, że pacjent problemowo używa substancji psychoaktywnych, respondenci uzyskiwali przede wszystkim od samych pacjentów w trakcie wywiadu. Zdarzało się to jednak rzadko. W przypadku pacjentów niepełnoletnich niekiedy rodzice informowali o problemach związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych przez dzieci.

Wypowiedzi respondentów wskazują, że standardowo podczas wywiadu pytają pacjentów o palenie papierosów. Znacznie rzadziej pytania dotyczą picia alkoholu, przede wszystkim wtedy, gdy wyniki badań sugerują problem. Natomiast najrzadziej pytano pacjentów o używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych. Tylko w jednym przypadku respondent przyznał, że wywiad zbierany od pacjenta na temat używania przez niego substancji psychoaktywnych ma formę wystandaryzowanych pytań zadawanych wszystkim nowym pacjentom i obejmuje wszystkie substancje psychoaktywne.

Pacjenci uzależnieni od opioidów w praktyce respondentów

- ✓ „Te osoby są poza systemem, one nie przychodzą tu w kolejkę, na poczekalnię, raczej w inny sposób to rozwiązują” {M12Warszawa2300}.
- ✓ „...na przestrzeni tych dwudziestu lat może parę dosłownie rozmów, gdzie rodzice przychodzili z dziećmi, z ich problemami. Na zasadzie, że rodzice ich przyprowa-

dzali. Natomiast tak, żeby ktoś z problemem narkotykowym przyszedł, aktywnie chciałby coś z tym zrobić, nie zdarzyło mi się nigdy” {K20Białystok3300}.

- ✓ „Heroina i opioidy, to nie spotkałam się poza tym jednym przypadkiem” {K2Warszawa2300}.
- ✓ „Z opiodami jest tak, że ja nie trafiłam w swojej praktyce, jak tutaj pracuję, bo w POZ nie pracuję długo, wcześniej pracowałam w szpitalu na internie, na internie średnia wieku jest taka, że uzależnionych od opiodów jest stosunkowo niewiele, natomiast większość uzależnionych od opiatów, które trafia tutaj do mnie, to są ludzie, którzy już mają za sobą, albo są w trakcie terapii, część na programach metadonowych. Trzy osoby takie miałam” {K3.5Warszawa2300}.
- ✓ „...oni są praktycznie mało kłopotliwi, bo prawie w ogóle nie przychodzą” {K7Warszawa2000}.

Niektórzy respondenci informowali, że stykali się z osobami uzależnionymi od nielegalnych substancji psychoaktywnych, w tym szczególnie od opiatów w związku z zatrudnieniem w innym miejscu, np. izba przyjęć w szpitalu, pogotowie lub w trakcie staży zawodowych prowadzonych w jednostkach, w których przebywały osoby uzależnione. W wypowiedziach pojawiały się także osobiste odwołania do pozazawodowych doświadczeń z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych.

W codziennej praktyce lekarza POZ najczęściej respondenci mieli kontakt z osobami uzależnionymi od nikotyny. W dalszej kolejności wymieniali nadużywanie lub uzależnienie od benzodiazepin, w szczególności wśród starszych pacjentów oraz uzależnienie od alkoholu. Zwracano także uwagę na pacjentów nadużywających leków opioidowych, którzy obecnie częściej niż w przeszłości zgłaszają się do ich praktyki.

Pacjenci nadużywający substancji psychoaktywnych w praktyce respondentów

- ✓ „No więc zawsze pytam, czy pali papierosy, no bo nikotynizm jest chorobą przewlekłą, to każdy dostaje takie pytanie. Natomiast alkohol może rzadziej, jeśli coś mi sugeruje. Albo jeśli jest osoba, której nie można ustabilizować ciśnienia. Mam takie doświadczenia, że potem się okazywało, że to jest uzależnienie od alkoholu” {K33Warszawa2500}.
- ✓ „Z lekami nasennymi i uspokajającymi szczerze mówiąc, może kilka razy w miesiącu. Mamy w zasadzie głównie ludzi starszych, którzy ciągną na ustawianych latach temu benzodiazepinach i oni są już nie do zmiany, a nowym staramy się już nie dawać, po prostu. Jeżeli jest tylko taka możliwość, żeby nie uzależnili się. No ale myślę, że kilka razy w miesiącu to są” {K20Białystok3300}.

- ✓ „Coraz częściej spotykamy pacjentów uzależnionych od leków opioidowych, ale to wynika z dostępności tych preparatów, do całej strategii walki z bólem i niestety jako efekt uboczny mamy uzależnienia” {K20Białystok5800}.

Respondentów pytano także o ich doświadczenie z osobami używającymi nowych substancji psychoaktywnych (tzw. dopalaczy). Tylko jeden z nich przyznał, że zgłosił się taki pacjent do POZ oraz jeden, że zetknął się z takim pacjentem, ale w innym miejscu pracy. Pozostali nie mieli doświadczeń z pacjentami używającymi nowych substancji psychoaktywnych.

Nowe substancje psychoaktywne (tzw. dopalacze) w praktyce respondentów

- ✓ „Dopalacze bardziej znam z mediów. Osobiście tu nie miałam takich sytuacji” {K20Białystok5800}.
- ✓ „Dopalacze... No nie spotykam się. Nie spotkałem się jeszcze. Na dyżurze tak, ale w praktyce...”
- P. Na dyżurze w szpitalu?
 - R. Tak. Na nocnej pomocy lekarskiej czy na izbie przyjęć to tak. Natomiast tutaj w POZ to nie” {MRezBiałystok0000}.

Podsumowując, tylko nieliczni rozmówcy mieli pojedyncze doświadczenia kontaktu z osobami uzależnionymi od opiatów, często w innych niż POZ miejscach pracy, jak np. izba przyjęć czy pogotowie. Niekiedy respondenci przypuszczali, że zgłaszający się pacjent może nadużywać substancji psychoaktywnych w związku z podejmowanymi próbami uzyskania recepty na leki, które mogą być wykorzystywane w celu odurzania się. Rzadko jednak mogli zweryfikować swoje przypuszczenia. W codziennej praktyce mają głównie do czynienia z osobami uzależnionymi od nikotyny. Rzadziej występowały osoby uzależnione od benzodiazepin oraz uzależnione od alkoholu, choć i w tych przypadkach można mówić o dużej częstotliwości, bo co najmniej kilka razy w tygodniu. Osoby nadużywające czy uzależnione od leków opioidowych pojawiały się u lekarza POZ rzadziej niż osoby z problemem nadużywania alkoholu czy benzodiazepin, choć częściej niż to bywało w przeszłości. Z osobami, które używają dopalaczy, respondenci nie mieli doświadczenia w praktyce lekarza POZ. Powyższe informacje stanowią tło dla dalszych rozważań na temat percepcji przez respondentów różnych wymiarów problemu uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w szczególności opioidów, konsekwencji tego zjawiska oraz możliwości leczenia.

6.2.2. Percepcja uzależnienia od substancji psychoaktywnych

Niemal wszyscy respondenci deklarowali, że uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest chorobą, która trwa przez całe życie uzależnionego i wymaga leczenia. W takich kategoriach spostrzegano zarówno uzależnienie od nikotyny, alkoholu, leków, jak i nielegalnych substancji psychoaktywnych. Zwracano uwagę na negatywne konsekwencje zdrowotne wynikające z uzależnienia od tych substancji. Fakt występowania konsekwencji zdrowotnych stanowił dodatkowy argument przemawiający za tym, że uzależnienie od substancji jest chorobą. Podkreślano, że uzależnienie ma negatywny wpływ na całą rodzinę osoby uzależnionej i jej funkcjonowanie społeczne.

Percepcja uzależnienia od substancji psychoaktywnych jako choroby

- ✓ „Jest chorobą do końca życia moim zdaniem... Palacz zawsze będzie palaczem, a alkoholik zawsze będzie alkoholikiem, narkoman zawsze będzie narkomanem. Nie da się z przeszłością całkowicie zerwać, to będzie tkwiło w głowie” {K17BiałystokNie2700}.
- ✓ „... jak ktoś jest uzależniony, to jest chory, to powoduje też wiele następstw takich ogólnoustrojowych, czyli to jest wpływ nie tylko na psychikę, ale też na fizyczność. Ten człowiek ma cały szereg różnych objawów, które są spowodowane nadużywaniem narkotyków. Dlatego w mojej opinii to jest choroba” {M10Warszawa2500}.
- ✓ „Też cała rodzina choruje, jest nieszczęśliwa... Taki grubas niech swoim życiem kieruje, niech idzie do trumny, jak chce, ale uzależnienie typu alkoholizm wpływa na całą rodzinę. Jest patologia rodziny całej, cierpi cała rodzina, bida na ogół, bo on nie pracuje, tak jak my tutaj mamy” {K33PodlaskieLuk2400}.

Niektórzy respondenci proponowali inne, alternatywne wyjaśnienia zjawiska uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Przede wszystkim zwracali uwagę, na „słaby charakter” pacjenta oraz brak woli i chęci do wyjścia z uzależnienia.

Alternatywne do modelu chorobowego sposoby rozumienia uzależnienia od substancji psychoaktywnych

- ✓ „Jako lekarz muszę powiedzieć, że tak, chociaż zawsze miałam duże wątpliwości co do tego, naprawdę.
 - P. A jeżeli wobec tego nie jest to choroba, to jak to zdefiniować?
 - R. To znaczy sama się zawsze zastanawiałam, bo powiem szczerze, może to jakiś taki charakter, jakiś taki słabszy ten charakter, może ciągotki świata zewnętrznego, trudno mi powiedzieć, tak nie do końca. Według WHO, to oczywiście jest choroba, oczywiście, że tak, i ja podchodzę do tych pacjentów, i staram się ich zrozumieć, ale jak mówię, czasami normalnie mam wrażenie, że nie chcą, nie chcą wyjść z tej choroby, tego uzależnienia, bo tak jest im wygodniej” {K19PodlaskieLuk2750}.

Choć respondenci najczęściej deklarowali, że rozumieją uzależnienie od substancji psychoaktywnych w kategoriach modelu choroby, to przy dokładniejszej eksploracji ich opinii wyróżnić można całe spektrum specyficznych znaczeń nadawanych tej chorobie.

Dla znacznej części z nich pojęcie słabej woli pozostawało istotną kategorią wyjaśniającą zjawisko uzależnienia. Z percepcją uzależnienia wynikającego ze słabej woli pacjenta szło w parze postrzeganie uzależnienia jako „choroby na życzenie”, za której powstanie jednostka ponosi znaczną część „winy”. Nadawanie takich znaczeń uzależnieniu prowadziło do stwierdzenia, że choć jest to choroba, to jest to choroba „inna”. Cechy, które respondenci wyróżniali charakteryzując uzależnienie od substancji psychoaktywnych, równocześnie odnosiły się do osób uzależnionych. Stąd w ich percepcji osoba uzależniona to osoba o słabej woli, „chora na własne życzenie” i winna swojej chorobie. Pojawiające się w analizach respondentów porównania do cukrzycy czy nadciśnienia tętniczego inspirowane było treścią pytania zadawanego przez badacza, który prosił o porównanie do takich chorób, jak np. cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze.

Porównanie uzależnienia do innych chorób

- ✓ „Choroba to jest. Ale bym nie postawiła znaku równości, dlatego że cukrzyca czy nadciśnienie to są choroby, które sobie sami na własne życzenie nie stworzyliśmy, tych chorób. Natomiast uważam, że uzależnienie to jednak zależy od nas, bo nikt nam tego w genach nie przekazał, tylko po prostu sobie sami to stworzyliśmy. Tak że, no jest chorobą, ale nie powiedziałabym, że to jest taka sama choroba jak inne np. choroby układu krążenia czy cukrzyca, czy tego typu” {K36Siedlce2300}.
- ✓ „No, dla takiego zwykłego człowieka jednak cukrzyca są to pewne predyspozycje genetyczne. Uwarunkowania też socjalne, że ten człowiek ma tą cukrzycę. A jednak kwestia brania narkotyków jest kwestią decyzji pacjenta, tak jak palenie papierosów. Na to jednak pacjent ma wpływ, czy będzie uzależniony od narkotyków, czy nie, bo kiedyś spróbowałam tych narkotyków, albo nie spróbowałam, bo wiem, że to złe” {K7Warszawa2000}.
- ✓ „Cukrzyca typu II jest chorobą częściowo na własne życzenie i tych ludzi, którzy są w sferze otyłości, czy dużej nadwagi, bo to jest czynnik wyzwalający. To też jest częściowo na życzenie. Ale cukrzyca typu I u dziecka, to jest już zupełnie dar od losu w cudzysłowie. Narkomania, jak i nikotynizm też do takich chorób należy, na życzenie częściowo” {K33Warszawa2500}.

Niektórzy respondenci porównując uzależnienie do cukrzycy czy nadciśnienia tętniczego dostrzegali, że choroby te mają charakter przewlekły i wymagają leczenia przez całe życie. Uważano, że łatwiej jest uzyskać pozytywne rezultaty terapii w przypadku

leczenia osób chorych na cukrzycę czy nadciśnienie tętnicze niż uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

**Podobieństwa między uzależnieniem od substancji psychoaktywnych
a innymi chorobami przewlekłymi**

- ✓ „Myślę, że to podobne do siebie... jedno i drugie jest przewlekłe. Z jednego i drugiego nie jesteśmy w stanie pacjenta wyleczyć. Z nadciśnienia, cukrzycy jesteśmy w stanie wyciągnąć pacjenta jakiegoś otyłego, możemy oddalić czas włączenia leczenia czy ryzyko zdrowotne, natomiast z opiatów wyciągnąć kogoś jest trudno, jeżeli w szczególności ktoś długo to stosował” {MRezBiałystok0000}.
- ✓ „To jest w takim sensie podobne, że to jest choroba przewlekła, która wymaga tego, żeby ten pacjent, który chce sobie z tym uzależnieniem poradzić, to musi regularnie przychodzić do lekarza, że potrzebuje regularnego wsparcia, bo wszystkie zalecenia w tych chorobach są dla pacjenta trudne przeciw” {K22Warszawa2300}.

Część respondentów dystansowała się od uznania przydatności takich kategorii pojęciowych, jak „choroba na życzenie” i choroba „zawiniona” do wyjaśnienia i zrozumienia uzależnienia od substancji psychoaktywnych, wskazując, że każdą chorobę można rozpatrywać z tej perspektywy, nie tylko uzależnienie od substancji psychoaktywnych.

Zdarzało się, że respondenci rozpoznawali w swoim sposobie interpretowania uzależnienia swoisty konflikt pomiędzy tym, jak zdarza im się postrzegać uzależnienie, a tym jak powinno być postrzegane, zgodnie z ich wewnętrznymi standardami i kanonem wiedzy.

Autorefleksja nad percepcją uzależnienia

- ✓ „Powiem tak, bardzo rzadko, każdemu człowiekowi się to zdarza, każdemu lekarzowi, ja mam mało pacjentów uzależnionych od opioidów, ale mam dużo pacjentów, więc czasami jak jestem zmęczona czy wykończona, to przychodzi mi do głowy taka myśl, której w sobie nie lubię, że sam sobie jest winien, bo jadł bez opamiętania; przepraszam, że nazywam rzeczy po imieniu, ale myślę że z żadną z tych sytuacji nie jest prosto, bo człowiek jest zbyt złożony na to, żeby w tak oczywisty sposób mówić, miał ochotę brać, to zaczął brać, zaczął od wciągania i palenia heroiny, a skończył na podawaniu sobie narkotyków dożylnie. Są często pacjenci, nawet jak ci, którzy tu przychodzą, na te króciutkie wizyty, które są w POZ, to że niosą ze sobą duży багаż doświadczeń, przykrych często, która potem owocuje w taki a nie inny sposób. Myślę, że to nie jest kwestia woli, bo to byłoby za proste” {K3.5Warszawa2300}.

- ✓ „A ja bym tego nie rozpatrywała w kategoriach winny czy niewinny, bo to nic nie da. To tak samo jak mamy osobę z cukrzycą, to możemy się zastanawiać, czy jest winna czy nie, bo gdyby się nie obżerała, prawidłowo odżywiła i ruszała, to może by nie zachorowała. A mamy nadciśnienie, a palił papierosy, a nie miał żadnej aktywności fizycznej, a wysokie uzależnienie. A więc każdą chorobę można by rozpatrywać w kategoriach winy lub niewiny” {K20Białystok5800}.

W wypowiedziach pojawiała się także wyraźna refleksja, że lokowanie przyczyn uzależnienia wyłącznie w obszarze wolicjonalnym osoby uzależnionej nie wyjaśnia fenomenu uzależnienia. Podkreślano zatem złożony charakter przyczyn tej choroby, upatrując ich zarówno w obszarze genetycznie uwarunkowanej podatności, wpływów środowiskowych, w tym najbliższej rodziny oraz cech osobowościowych i temperamentnych, które respondenci nazywali cechami charakteru.

Percepcja przyczyn uzależnienia

- ✓ „Znaczy myślę, że i jedno i drugie. Na pewno choroby, nie tylko braku silnej woli. Na pewno choroby też. Ale i braku silnej woli, bo są pacjenci, którzy potrafią palić 60 dziennie i rzucić z dnia na dzień palenie. A są tacy, co palą pięć i nie są w stanie rzucić” {K11Warszawa1300 R}.
- ✓ „No tak, tu wola jest oczywiście duża. Ale tu są jeszcze inne czynniki, a predyspozycje genetyczne, skłonność do nałogów wszelkich, prawda. Różna sytuacja życiowa i w pracy i w domu, jeden człowiek będzie przez to przechodził zatapiając się w książkach, czy przechodząc w depresję, a drugi pod przykrywką, że niby ja nie mam depresji, ale zaczynam więcej drinków pić, czy sięgam po marihuanę czy coś takiego, no bo dzięki temu mogę sobie iść do pracy normalnie... Tutaj sytuacja życiowa też i predyspozycje” {K17BiałystokNie2700}.
- ✓ „A zwykle to tak jest, że człowiek sięga po narkotyki, jak się jest, że tak powiem, w nędzy duchowej, z jakiegoś powodu po to sięgnął, bo nie ma innych potrzeb swoich, których może mu nie zapewnili rodzice, czy nie wiem, miał inny nieszczęśliwy los, można powiedzieć” {K22Warszawa2300}.

Respondenci proszeni byli także o wyrażenie opinii na temat szans na wyleczenie pacjenta uzależnionego od substancji psychoaktywnych. Niektórzy zauważali, że ze względu na brak doświadczenia i wiedzy nie potrafią dokonać takiej oceny. Respondenci, którzy wyrażali swoją opinię, byli zgodni, że leczenie uzależnienia od substancji psychoaktywnych jest bardzo trudne. Przy czym percepcja prawdopodobieństwa wyleczenia była różna w zależności od rodzaju substancji psychoaktywnej. Najmniejsze szanse wyleczenia dawano osobom uzależnionym od benzodiazepin i opioidów.

Percepcja szans na wyleczenie uzależnionej osoby

- ✓ „Nie wiem, nie wiem, jak to tam statystycznie wychodzi. Patrząc po innych uzależnieniach, no jakby tam było 30%, to już by było super, tak” (*dotyczy uzależnienia od opioidów*) {M17Mińsk2550}.
- ✓ „Powiem tak, moja wiedza, taka *stricte* wiedza merytoryczna, nie znam statystyk, czy jest w ogóle znamienne statystycznie wyprowadzenie pacjenta z tego uzależnienia (*dotyczy heroiny*), intuicyjnie czysto intuicyjnie, może zupełnie nie merytorycznie, ale mam wrażenie, że to jest, powiedziałabym, coś perła *a'la* rozmiar piłki pingpongowej, trafi się może raz na jakiś czas, ale za prawidłowość się tego uznać nie da. To jest taka sama choroba przewlekła jak każda inna” {K3.5Warszawa2300}.
- ✓ „Szczерze mówiąc to tutaj nie mam wiedzy na ten temat, jak trudne jest leczenie, np. od marihuany... Na pewno bardzo trudne jest uzależnienie od heroiny i leków opioidowych, ale równie trudne jest od benzodiazepin” {K20Białystok3300}.

Analizując schematy poznawcze respondentów odnoszące się do uzależnienia od substancji psychoaktywnych i osób od nich uzależnionych otrzymujemy obraz zróżnicowany. Wielu respondentów postrzega uzależnienie jako chorobę, ale inną niż większość chorób. Na tę inność składa się atrybucja przyczyn choroby, które lokowane są w wewnętrznych właściwościach jednostki. Stąd pojawiają się wyjaśnienia „choroba na życzenie”, efekt „słabej woli”. Wielu respondentów dostrzega, że wewnętrzna atrybucja przyczyn choroby jest niewystarczająca, aby wyjaśnić mechanizmy uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Wskazywano całe spektrum innych czynników, niezależnych od „chęci” czy „woli” osoby uzależnionej, takich jak środowisko, funkcjonowanie rodziny, czynniki genetyczne i wynikające z nich predyspozycje jednostki. Wewnętrzna atrybucja przyczyn uzależnienia bezpośrednio przekłada się na postrzeganie osoby uzależnionej, jako chorej na własne życzenie i odpowiedzialnej za swoją chorobę, o słabej woli „do wyjścia” z uzależnienia. Choć byli i tacy respondenci, którzy zdecydowanie dystansowali się od postrzegania uzależnienia jako choroby zawnionej przez pacjenta. Rozpatrując kwestie analogii pomiędzy uzależnieniem, a innymi chorobami, dostrzegano przewlekły charakter uzależnienia, podobnie jak w przypadku cukrzycy czy nadciśnienia tętniczego. Choroby psychiczne stanowiły najczęstszy punkt odniesienia przy porównywaniu uzależnienia do innych chorób, ponieważ jedno i drugie „dzieje się w obszarze psychiki pacjenta”. Szanse na wyleczenie z uzależnienia od opioidów rozumiane jako poprawa funkcjonowania społecznego i powstrzymywanie się od używania substancji psychoaktywnych określano jako niskie.

6.2.3. Percepcja zachowań pacjenta w kontekście terapii substytucyjnej

Percepcja przewidywanego sposobu funkcjonowania pacjenta w leczeniu substytucyjnym prowadzonym przez lekarza POZ stanowiła kolejny obszar badawczy. W tej części respondenci proszeni byli o wyrażenie opinii, czy osoby uzależnione od opioidów, w szczególności od heroiny funkcjonują w sposób, który mógłby utrudniać lekarzom POZ prowadzenie leczenia substytucyjnego. Warto przypomnieć, że większość z nich nie miała doświadczeń z osobami uzależnionymi od heroiny lub były one sporadyczne. Zatem szereg opinii formułowanych przez badanych wynikał ze stanu wyobrażonego i uogólnionej wiedzy na temat funkcjonowania pacjenta uzależnionego od tych substancji, nie zaś z osobistego doświadczenia.

Z wypowiedzi respondentów na plan pierwszy wysuwa się przewidywanie, iż pacjenci uzależnieni od opiatów byliby niesubordynowani, trudni, niestosujący się do zaleceń lekarskich, być może nierozumiejący swojej choroby i tego, że muszą cały czas przyjmować lek pozostając pod systematyczną opieką lekarską. Wyrażano obawy, że osoby te mogłyby przyjmować większe dawki leku niż zlecone przez lekarza lub równoległe używać środki odurzające, co mogłoby prowadzić do zagrożenia ich zdrowia lub życia. Formułowano także opinie, że mogłyby odsprzedawać lek substytucyjny „na czarnym rynku”. Inne przewidywane dysfunkcjonalne zachowania pacjentów dotyczyły możliwości fałszowania pieczętek czy recept w celu nieuczciwego pozyskania leków stosowanych w terapii substytucyjnej. Respondenci zauważali, że pacjenci uzależnieni potrafią manipulować otoczeniem, „jak nikt inny” po to, by otrzymać kolejną receptę na lek. W tym kontekście pojawiały się opinie, że mogą oni okłamywać lekarza, że zgubili receptę lub że uległa ona zniszczeniu.

Percepcja zachowań pacjenta uzależnionego utrudniająca realizację

leczenia substytucyjnego przez lekarza POZ

- ✓ „A pieczętkę sfalszować nie jest problemem. A tacy ludzie są skłonni do takich rzeczy... Przyjdzie i powie, że zgubiłem receptę. Jak udowodnię, że nie zgubił. Czy tam zniszczyła mi się, zamokła itd., itd.” {K36Siedlce2300}.
- ✓ „Wiadomo, jak to jest, czy jemu to ośrodek oddechowy nie zablokuje, ile oni tego biorą, nie będą pobierali materiału, a potem wezmą wszystko na raz i sobie zablokują ośrodek oddechowy” {K7Warszawa2000}.
- ✓ „Więc bałbym się tego, a tak najbardziej tego, że pacjent bierze sobie teoretycznie lek, który może sobie sprzedawać na rynku, cokolwiek robić, a tak naprawdę dalej przyjmować substancje psychoaktywne, a ja o tym nie będę wiedział” {M6Warszawa2500}.

✓ „Natomiast jest z nimi utrudniony kontakt, poza tym jak chyba każdy chory z zaburzeniami psychicznymi, a do tej grupy należą uzależnienia; to są pacjenci, którzy manipulację swoim otoczeniem mają opanowaną do perfekcji, w związku z czym to jest taka różnica, która jest widoczna, bo inaczej zachowują się pacjenci właśnie z cukrzycą nawet ciężką, nawet źle leczoną, nawet z cukrami po 500, oni takiego talentu do manipulacji i uzyskania od otoczenia tego co chcą, nie zdradzają aż tak bardzo” {K3.5Warszawa2300}.

Zwracano także uwagę, że ordynowanie leku substytucyjnego pacjentom, którzy nie współpracują z lekarzem i których nie można obdarzyć zaufaniem, stanowić będzie duże obciążenie psychiczne dla lekarza. Troska o to, czy pacjent nie przedawkował leku, powodowałaby stan niepokoju o tego pacjenta: „... ja potem nie chcę ciągle myśleć o tym pacjencie, a co się z nim stało, a czy on nie popełnił jakiegoś samobójstwa. Ja powiem szczerze, że ja bym się bała tych pacjentów prowadzić tak... Jest większa odpowiedzialność za takiego pacjenta. Tak bym się poczuwała” {K36Siedlce2300}.

Z drugiej strony niektórzy respondenci zauważali, że postawa lekarza obarczona brakiem zaufania do pacjenta uniemożliwia nawiązanie właściwej relacji, co niekorzystnie wpływa na proces leczenia. Płaszczyzną do budowania tej relacji, w opinii respondentów, buduje lekarz. Wprowadzenie elektronicznej recepty umożliwiłoby weryfikowanie informacji o tym, czy pacjent zrealizował receptę czy też nie.

Relacja lekarz – pacjent oparta na zaufaniu

✓ „Ale przepraszam wróć jeszcze, co pani mi wspominała, to nadużywanie leków, to nasz system komputerowy jest niewydolny, niedobry, my nie mamy połączenia z aptekami. My wypisując recepty, ja nie wiem, wypisuję pacjentowi receptę i on do mnie wraca i mówi, że pies pogryzł, nie wiem, wylała się kawa czy coś, zgubił i ja powinnam mieć dostęp, żeby sprawdzić, czy ta recepta była zrealizowana czy nie. To jest prosta sprawa, to jest tylko dla informatyków. To jest program odpowiedni, prawda. To już dawno powinno być. Wtedy to jest i ochrona pacjentów, i dla nas łatwiej i ochrona lekarza. Ja wtedy wiem, no tak faktycznie nie wykupił, przeterminowała się czy coś tam. Nie zrealizował, zgubił. Różne rzeczy się zdarzają i mam prawo uwierzyć pacjentowi, dlaczego mam mu nie wierzyć. Dlaczego mam skazywać, że on na pewno jest taki, że mnie oszukuje. Wtedy ten człowiek, jeżeli będzie miał przed sobą osobę, która mu nie wierzy, no to on nie wyjdzie z żadnego uzależnienia. Ktoś musi mu z czymkolwiek dać wiarę. Do kogo on ma przyjść, z kim on ma rozmawiać, jak każde moje słowo to na pewno oszukuje. To nie ma o czym w ogóle rozmawiać. Tutaj tylko wystarczy dobrze zrobić sieć” {K17BiałystokNie2700}.

W narracji respondentów pojawia się także opinia, że pacjenci uzależnieni od opioidów, w szczególności heroiny, w praktyce lekarza POZ mogą prezentować różnego rodzaju trudne zachowania, włączając w to zachowania agresywne. Niekiedy obawy te były potwierdzone osobistym doświadczeniem respondenta. Najczęściej jednak ich źródłem były opinie zasłyszane od innych osób lub obiegowe, stereotypowe stwierdzenia.

Uzależnienie a agresywne zachowania

- ✓ „...to najczęściej było coś takiego, że przychodzi agresywny, młody gość i koniecznie chciał natychmiast, żeby mu wypisać receptę na Clonazepam, jeśli prosi o Clonazepam, to ja już wiem, kto to jest. To wtedy bywały agresywne zachowania” {K33Warszawa2500}.
- ✓ „No bo ci pacjenci są różni, z tego jak właśnie w tym ośrodku metadonu opowiadają... Bo słyszałam różne sytuacje, takie agresywne się zdarzały wobec personelu. Tak że tutaj, no jakieś takie by musiało być specjalne zaplecze. Znaczący, no jakiś pokój jeden, tak żeby ten pacjent, no założmy agresywny, który się awanturuje, bo coś mu tu nie pasuje, żeby on tu całej przychodni nie wystraszył, tych pacjentów, żeby zaraz ktoś zawału nie dostał” {K36Siedlce2300}.
- ✓ „Tak, że chcieliby i narkotyk i jeszcze lek. I wtedy, czy nie byłoby agresji do moich pracowników. Najbardziej bym się obawiała o moich pracowników. W rejestracji panie są, to są kobiety, nie mamy mężczyzny. Czy tu nie byłoby, ale to tylko moje gdybanie” {K20Białystok1800}.

Nie wszyscy respondenci podzielali pogląd, że osoby uzależnione, które zgłaszały się do lekarza POZ w związku z leczeniem substytucyjnym, byłyby bardziej skłonne do zachowań agresywnych niż inni pacjenci. Zauważano, że w praktyce lekarza POZ zdarzają się przypadki agresywnych zachowań pacjentów, ale nie ma to związku z tym, czy pacjent jest uzależniony czy też nie.

Agresja nie jest specyficzna dla uzależnienia

- ✓ „...nie rozumiem, czego tu się bać. Zachowań tych pacjentów? Agresji? Ale tutaj mnóstwo przychodzi pacjentów nieuzależnionych i są agresywni bardziej od tych uzależnionych” {K11Warszawa1300}.
- ✓ „Nie. Normalny człowiek, naprawdę. Normalny pacjent. Jak mówię czasem, oni są bardzo łagodni w porównaniu z innymi pacjentami nieuzależnionymi” {K11Warszawa1300}.
- ✓ „Mamy kilku takich pacjentów, o których wiemy, że są narkomanami. Oni tutaj bardzo rzadko przychodzą, ale jednak przychodzą... przynajmniej ten chłopiec, o którym ja mówię, to jest w tej chwili młody mężczyzna, jego mama u nas się leczy, on

nigdy nie sprawiał jakichś problemów swoim zachowaniem. Natomiast niektórzy pacjenci są roszczeniowi, to nie muszą być wcale narkomani... Z mojego dotychczasowego doświadczenia, to nie mam takich obaw. Jakby coś takiego się zdarzyło, to byśmy się zastanawiali, jak temu przeciwdziałać” {K22Warszawa2300}.

W narracji o pacjentach uzależnionych od alkoholu czy narkotyków i ich antycypowanym funkcjonowaniu w środowisku poradni POZ pojawiały się także wątki zaniedbań higienicznych tych pacjentów. W opinii respondentów tego typu problemy zdarzają się w praktyce lekarza POZ niezależnie od tego, czy pacjent nadużywa substancji psychoaktywnych, czy też nie, i nie powinno to stanowić przeszkody w realizacji przez nich terapii substytucyjnej.

Uzależnienie a zaniedbania higieniczne

- ✓ „Zapewniam, że przychodzą tacy pacjenci do lekarza, że nie chciałyby pani z nimi mieć bliższego kontaktu, pomimo że nie są uzależnieni. To bardzo różnie bywa. Niestety higiena w naszym społeczeństwie kuleje i to niekoniecznie są środowiska narkomanów” {M10Warszawa2500}.
- ✓ „Nie robi to na nas jakiegoś większego wrażenia... Tu ma prawo przyjść każdy, śmierdzący, zasikany, bo różni przychodzą, a propos alkoholików też są tacy, że się wyławiają z jakiegoś bajorka w zimie, bo się popili i jeden drugiego przyprowadza na ocieplenie. Nie wyrzucę takiego człowieka, bo to też człowiek i tutaj po prostu akurat w ogóle nie biorę czegoś takiego pod uwagę” {K19PodlaskieLuk2750}.

W spontanicznych wypowiedziach respondentów rzadko zgłaszane były obawy związane ze statusem serologicznym pacjentów uzależnionych. Respondenci, którzy podejmowali ten temat, różnili się w swoich przewidywaniach, czy mogłoby to stanowić problem dla lekarzy POZ w kontekście prowadzenia przez nich terapii substytucyjnej.

Uzależnienie – inne obawy

- ✓ „Obawa może wynikać raczej z tego, że jest większe prawdopodobieństwo, są zakażeni wirusem HIV, to może budzić pewne obawy ze strony przede wszystkim lekarza czy pielęgniarki, jak rozmawiamy. Natomiast pacjentów, nie wiem” {M10Warszawa2500}.
- ✓ „Nie, to znaczy oczywiście, że oni stwarzają większe ryzyko, ale to się może wszędzie zdarzyć. Na pewno większy procent niż w populacji ogólnej ludzi, którzy są zakażeni wirusem HCV czy wirusem HIV, to jest jasne. Natomiast no, w kolejce w korytarzu się nie da zarazić ani jednym, ani drugim. Więc nie stwarzają nawet jakiegoś epidemiologicznego zagrożenia, natomiast gdyby wariat przyszedł ze strzykawką

pełną krwi i próbował kogoś pokłuć, to to samo może zrobić w metrze, albo w sklepie, to niekoniecznie, tutaj to rzadziej by się działo, bo jeszcze musiałby się fatygować i lecieć do przychodni, tam by miał po drodze bliżej” {K33Warszawa2500}.

6.2.4. Wiedza i postawy wobec leczenia substytucyjnego

Kolejny obszar badawczy dotyczył wiedzy i postaw respondentów wobec leczenia substytucyjnego. Ta część badania rozpoczynała się od pytania, czy respondent słyszał o leczeniu substytucyjnym. Wypowiedzi wskazują, że część z nich nie słyszała, inni posiadali ograniczoną wiedzę, kojarząc to leczenie wyłącznie z wykorzystaniem metadonu, nie znając jednak szerszego kontekstu tej terapii, jeszcze inni posiadali znaczną wiedzę na ten temat. W przypadku, gdy respondent informował, że nie ma wiedzy na temat leczenia substytucyjnego lub, gdy zdaniem respondenta wiedza ta była niewielka, badacz przytaczał przygotowaną wcześniej informację na temat tej terapii. Niektórzy respondenci, którzy nie słyszeli lub wiedzieli niewiele, często spontanicznie przywoływali swoje doświadczenie w leczeniu osób uzależnionych od nikotyny z zastosowaniem leków zastępczych, wnioskując, że jedna i druga terapia musi być podobna.

Niedostateczny poziom wiedzy o leczeniu substytucyjnym

- ✓ „P. Pani doktor, czy słyszała pani o leczeniu substytucyjnym?
 - R. Substytucyjnym?
 - P. Tak, jeżeli chodzi o uzależnienie od heroiny.
 - R. Nie, nie słyszałam” {K17BiałystokNie2700}.
- ✓ „P. Pani doktor, czy słyszała pani o leczeniu substytucyjnym?
 - R. Coś mi się obilo o uszy, ale szczerze mówiąc nie” {K20Białystok1800}.
- ✓ „...nie czuję się pewnie w tym temacie, bo na pewno, brakuje mi wiedzy, nie wiedziałbym, czy dobrze postępuję, jak mam się zachować w niektórych sytuacjach”. {M1.5Białystok0000}.

Respondenci, którzy słyszeli o leczeniu substytucyjnym, wskazywali bardzo zróżnicowane źródła wiedzy o tej terapii. Od studiów medycznych, poprzez staże i kursy specjalizacyjne, samokształcenie, czytanie literatury i podręczników do doświadczenia zdobytego w ramach praktyki lekarza POZ. Niemal wszyscy uważali, że tematyce uzależnień od substancji psychoaktywnych poświęca się na studiach medycznych i w kształceniu podyplomowym niewiele uwagi.

Źródła wiedzy respondentów o leczeniu substytucyjnym

- ✓ „P. Pani doktor, czy słyszała pani o leczeniu substytucyjnym?
 - R. Na studiach, to słyszałam” {K11Warszawa1300}.

- ✓ „Internet, literatura czasem, gdzieś podrećniki poruszają temat, ale też bardzo pobieżnie zazwyczaj. Szkolenia też sporadycznie poruszają ten temat, tak naprawdę” {K2Białystok0000R}.
- ✓ „Kursy specjalizacyjne, oddział chorób zakaźnych na Wolskiej. Byliśmy tam dosyć blisko, mieliśmy zajęcia z tymi programami” {M14Warszawa1800}.
- ✓ „Codzienna wiedza taka. Pracowałem na Starówce, taka jest przychodnia... się nazywa. Tam było sporo tych pacjentów, z wiadomych względów. Może niesporo, to jest źle powiedziane. Więcej niż w innych miejscach. I to były osoby takie, które starały się funkcjonować społecznie. Nie, żadnego szkolenia nie miałem” {M12Warszawa2300}.

Wszystkich respondentów pytało o ich opinię na temat leczenia substytucyjnego: jak oceniają przydatność tej terapii, jak postrzegają cele, korzyści oraz ograniczenia tego leczenia. Prezentowane perspektywy układały się na pewnym kontinuum, zaczynającym się od braku akceptacji, poprzez ambiwalentny stosunek do tej terapii, a kończąc na pełnej aprobacie.

Niektórzy respondenci leczenie substytucyjne postrzegali w kategoriach terapii podtrzymującej uzależnienie pacjenta. Sam zaś lek stosowany w terapii traktowany był jako „darmowy narkotyk” dostarczany osobom uzależnionym. Pojedynczy rozmówcy sceptycznie wypowiadali się także na temat udziału tego leczenia w ograniczeniu zakażeń HIV i HCV wśród dożylnych użytkowników opioidów. Podkreślano także, że terapia substytucyjna nie prowadzi do zmiany stylu życia pacjenta. Taka perspektywa prowadziła do braku akceptacji dla tej terapii. Respondenci zwracali uwagę, że w szczególności lekarze z wieloletnim stażem pracy, starsi wiekiem mogą mieć trudności z akceptacją leczenia, które nie jest ukierunkowane na abstynencję. Wielu z nich leczenie substytucyjne postrzegaloby jako podtrzymywanie uzależnienia i podawanie „narkotyku”.

Negatywnie o leczeniu substytucyjnym

- ✓ „R. Nie, dla mnie to jest nieporozumienie, to jest substytucja pod nadzorem. Ci ludzie ani nie wyszli z uzależnienia, ani nie wyszli z bezdomności, jak są tacy. To są ci sami ludzie. Zażywają środek, który jest im oferowany.
 - P. No, a kwestia ograniczenia zakażenia HCV, HIV?
 - R. No nie wiem, chyba w ogóle spada ilość tych zarażonych w Polsce.
 - P. No tak, ale m.in. dzięki tym programom.
 - R. Nie wiem, czy dzięki tym programom” {M14Warszawa1800}.

- ✓ „Nieświadomość rodzaju terapii, rodzaju uzależnienia, metody terapii jako leczenia substytucyjnego, bo jednak dalej dajemy narkotyk *de facto* pacjentowi, czyli go nie wyciągamy z uzależnienia i takie jest myślenie większej części starszych lekarzy POZ, niestety” {MRezBiałystok0000}.
- ✓ „dla mnie to dowóz narkotyków, które inaczej musieliby ciężkim wysiłkiem zdobywać” {K5Warszawa2300}.

Część respondentów wyrażała ambiwalentny stosunek do leczenia substytucyjnego. Z jednej strony dostrzegała korzyści dla pacjenta z takiej terapii, z drugiej podkreślała, że leczenie substytucyjne to „broń obosieczna”, która podtrzymuje pacjenta w uzależnieniu oraz może prowadzić do kryminalnych zachowań, jak np. sprzedawanie leku.

Ambiwalentny stosunek do leczenia substytucyjnego – perspektywa „za” i „przeciw”

- ✓ „Tak się zastanawiam, czy to jest rzeczywiście dobre wyjście? Nie ma możliwości tego pacjenta inaczej leczyć, tylko substytucja, bo jeżeli leczenie odwykowe, inne sposoby nie pomogły, no to tylko substytucja wchodzi w grę. Z jednej strony może to jest dobre, że to jest prawnie dozwolone i jest uregulowane, że nie ma kupowania tych narkotyków na czarnym rynku, żeby osiągnąć jakiś tam stopień uspokojenia tego stanu, który on chce osiągnąć. Ciężko mi tutaj powiedzieć, jak to wygląda, ale z drugiej strony to też jest broń obosieczna... No, ale z drugiej strony daje się też możliwość handlu tymi substancjami, no i daje im się też leki działające ośrodkowo, które uzależniają tego pacjenta w inny sposób. Czy ten pacjent wyjdzie z tego kiedykolwiek, czy całe życie będzie uzależniony” {K2Warszawa2300}.

Wśród respondentów było wiele osób, które deklarowały akceptację dla leczenia substytucyjnego. Niektórzy podkreślali, że choć uważają, że najlepszym celem jest osiągnięcie przez pacjenta całkowitej abstynencji, to gdy nie jest to możliwe, akceptowanym celem terapii jest „mniejsze zło”, czyli lek, który chroni pacjenta przed zakażeniami i innymi konsekwencjami zdrowotnymi oraz poprzez poprawę funkcjonowania pacjenta pomaga funkcjonować rodzinie osoby uzależnionej. Niektórzy rozmówcy pozytywnie wypowiadający się o tej terapii porównywali ją do terapii zastępczej wykorzystywanej w leczeniu nikotynizmu. Jeszcze inni dostrzegali, że obecnie nie dysponujemy innymi skuteczniejszymi metodami leczenia osób uzależnionych, dlatego należy wykorzystywać, dla dobra pacjentów, te, które są dostępne i empirycznie zweryfikowane.

Leczenie substytucyjne – perspektywa mniejszego zła

- ✓ „Poza tym skoro, właśnie Pani wspomniała o nikotynizmie, stosujemy w innych schorzeniach, innych uzależnieniach, dlaczego nie w leczeniu uzależnienia od narkotyków. Ktoś mógłby powiedzieć, że jest to przechodzenie z jednego środka w dru-

gi, z jednego uzależnienia w drugie, być może. Natomiast jeśli wiemy, że nie mamy szans, bo chociażby statystyki i badania nam pokazują, że nie mamy szans na wyjście całkowite, to czy jednak nie jest to tak, jakby wybór mniejszego zła, czegoś co nie daje tylu powikłań i nie prowadzi do tak szkodliwych efektów” {K2Białystok0000R}.

- ✓ „Powiem tak, jeśli to przedłuży człowiekowi życie to raz, nie powoduje takich zachowań morfinisty, czy nie degraduje go, to bym powiedziała, wiele jest takich chorób, np. schizofrenia albo inne – cukrzyca, w których trzeba dawać takie leki. Jeżeli to jest zgodne z badaniami naukowymi, podwójnie ślepe próby itd. – to jestem oczywiście za, nie mam dylematu. Bo lepiej jest tak leczyć, żeby on żył spokojnie, jak nie ma innego wyjścia z sytuacji. Może za 10 lat będą inaczej leczyć, natomiast teraz jestem za oczywiście. Mimo że to jest agonista” {K33PodlaskieLuk2400}.

Pełna akceptacja dla leczenia substytucyjnego wynikała także z ogólniejszej refleksji, że w wielu chorobach nie osiąga się stanu wyleczenia, podobnie jak w uzależnieniu. Wtedy cele terapii są inaczej definiowane i leczenie substytucyjne w pełni wpisuje się w taki kontekst. W przypadku chorób, w których nie osiąga się wyleczenia, ważne są w opinii respondentów, inne wskaźniki skuteczności prowadzonej terapii, takie jak: poprawa funkcjonowania społecznego, w tym zawodowego i rodzinnego oraz zapobieganie groźnym powikłaniom zdrowotnym, które mogą prowadzić do śmierci. Niektórzy podkreślali szczególną rolę lekarza rodzinnego, który powinien patrzeć na pacjenta całościowo, uwzględniając społeczny kontekst funkcjonowania pacjenta.

Akceptacja leczenia substytucyjnego – perspektywa holistyczna

- ✓ „...leczenie substytucyjne to jest właściwie ratowanie życia. Już nie mówię o zdrowiu, o życiu myślę” {K20Białystok1800}.
- ✓ „Absolutnie akceptowalne. Naszym celem w wielu schorzeniach nie jest wyleczenie, bo wiemy, że nie jesteśmy w stanie wyleczyć. Jest komfort życia, jest funkcjonowanie, jest zapobieganie powikłaniom. Jest cała masa różnych punktów końcowych. No ostatecznie zmniejszenie śmiertelności, prawda. Ale generalnie, jeżeli myślimy o pacjencie, to my lekarze rodzinni patrzymy na pacjentów z punktu widzenia nie tylko jednostki chorobowej, tylko patrzymy na pacjenta w całości, w całości kształcie. W jego środowisku rodzinnym, społecznym, funkcjonowaniu, kondycji społecznej. Wszystko ma znaczenie. Więc to, że on jest w stanie wrócić do społeczeństwa, pracować zawodowo, nawiązywać kontakty społeczne, nawet jeżeli on nie założy rodziny, choć nie wiem, może zakładają, ale nawet jeżeli nie założyłyby rodziny, ale jesteśmy w stanie zapobiec powikłaniom pewnym, no to to jest dla

mnie absolutnie bezcenne. Pod takim kątem to w ogóle nie mam wątpliwości, niezależnie od tego, że to nie wyleczymy go, tak samo jak alkoholika nie wyleczymy i całe życie będzie alkoholik. No i też bywają nawroty” {K20Białystok3300}.

- ✓ „...stosując terapię substytucyjną jesteśmy bardziej w stanie mu pomóc i skontrolować jego szkody zdrowotne związane może nie tyle z braniem substancji psychoaktywnych, ale z całą poboczną kwestią zakażeń, wykrzepiania naczyńowego, bo też z tym do czynienia mamy, z kacheksją, z wyniszczeniem. W momencie, jak ma dostępny legalnie środek, który może dostać od lekarza i substytuować się, i normalnie chodzić do pracy, normalnie funkcjonować jako człowiek, to jest plus dla społeczeństwa, bo on nie jest tylko i wyłącznie osobą chorą i gdzieś w melinie zakitany i bierze z kumplami prochy, tylko w tym momencie zaczyna aktywnie uczestniczyć w tym życiu społecznym. I on wraca do żywych, że tak powiem, mimo że dalej bierze substytucję. Według mnie terapia substytucyjna ma swój sens” {MRezBiałystok0000}.

Wśród respondentów wyrażających aprobatę dla leczenia substytucyjnego byli też tacy, którzy podkreślali, że nie posiadają wystarczającej wiedzy ani doświadczenia, aby wyrażać opinie na temat tej terapii. W tym przypadku akceptacja wynikała z ogólniejszej postawy, prezentowanej przez respondentów, polegającej na zawierzeniu wynikom badań naukowych i poczuciu powinności stosowania metod leczenia, które są naukowo udokumentowane.

Pozytywna opinia o leczeniu substytucyjnym – perspektywa powinności

- ✓ „Nie mam wiedzy medycznej, żeby coś takiego powiedzieć. Ja się opieram na podstawie, no ktoś przeprowadził jakieś badania, skoro decyduje się na taką terapię, to znaczy, że ona została zatwierdzona, ktoś tam to sprawdził, jakieś były badania i wchodzi to na rynek, i jest dopuszczone. Ja używam wiedzy medycznej, to co jest, nie leczę pacjentów według własnego widzimisie. Swojego ‘widzimisia’ nie wstawię tutaj. Że jakieś swoje obawy, nie” {K17BiałystokNie2700}.

6.2.5. Poczucie kompetencji do prowadzenia leczenia substytucyjnego

W opinii respondentów tematyka uzależnień omawiana jest na studiach bardzo rzadko. Niektórzy zauważali, że staże specjalizacyjne poruszają te zagadnienia, ale w niewystarczającym stopniu. Zwracano także uwagę na brak doświadczenia w pracy z osobami uzależnionymi: „ja nie mam doświadczenia z takimi pacjentami. Ja mówię o tych uzależnionych od narkotyków, nie mam” {K36Siedlce2300}.

Niewystarczająca wiedza i brak doświadczenia przekładałyby się na poczucie dyskomfortu podczas leczenia tych osób: „...bo to jest duży problem, obciążający lekarza

psychicznie, bo ja również mam uczucia i widząc albo postępy choroby, albo leczenia tak samo będzie mi zależało, żeby pomóc temu pacjentowi. Dobrze jest wszystko, jak jest dobrze, a jak jest źle, to też będę miała ten dyskomfort, że moje kompetencje są niepełne” {K20Białystok1800}.

Podkreślić należy, że badani poziom swoich kompetencji w zakresie leczenia osób uzależnionych od opioidów oceniali w szerokim kontekście potrzeb tej grupy pacjentów. Zwracano uwagę, że lekarz POZ powinien posiadać wiedzę nie tylko na temat mechanizmów działania leków substytucyjnych, dawkowania czy działaniach ubocznych i interakcjach tych leków z innymi, ale powinien także umieć rozmawiać z pacjentem uzależnionym, bowiem leczenie uzależnienia, to nie tylko kwestia podawania leków, ale także umiejętnie prowadzonej rozmowy, do czego respondenci nie czują się przygotowani.

Leczenie substytucyjne – niskie poczucie kompetencji lekarzy POZ

- ✓ „No tak, ale... jeśli chodzi o uzależnienia, to chyba nie jesteśmy tak wykształceni, jak kardiologia czy pulmonologia. Bardzo poświęcony czas był na studiach tym specjalizacjom, a tutaj, no nie wiem, ja jestem starszym lekarzem, więc może gdzieś tam młodzi lekarze bardziej mają doświadczenie z tym na studiach i rozmowy czy jakieś wykłady, czy psychiatria jakoś bardziej była w tym kierunku rozwinięta” {K2Warszawa2300}.
- ✓ „Skoro jest pacjent uzależniony, czyli gdzieś mamy ryzyko, że on do tego uzależnienia może wrócić, prawda? Więc musimy wiedzieć, ja nie znam, ponieważ nie prowadziłam takich pacjentów... Bo lekarze, którzy prowadzą te schorzenia, znają doskonale ścieżki terapeutyczne, diagnostyczne, ewentualne ryzyka, zagrożenie itd. W związku z tym, jeżeli bym miała przejąć takiego pacjenta, to ja musiałabym mieć bardzo konkretne informacje. Nie szukać w książkach, Internecie, gdziekolwiek, co ja z takim pacjentem mam robić. Tylko ja mam dostać skrypt, jak postępować” {K20Białystok3300}.

W niektórych wypowiedziach podkreślano, że zajmowanie się osobami uzależnionymi od opioidów wymaga wiedzy z zakresu psychiatrii. W tym kontekście wskazywano poradnie leczenia uzależnień jako najwłaściwsze miejsce do prowadzenia tej terapii.

Gdzie pacjent uzależniony od opioidów powinien być leczony?

- ✓ „Według mnie, to tylko poradnia uzależnień. Tu naprawdę kłopoty byłyby” {K2Warszawa2300}.
- ✓ „W poradni leczenia uzależnień. Tak, to jest najlepsza placówka, specjaliści, którzy

już się w tym kierunku specjalizują, wiedzą, a u nas to jest wszystko przecież. I kardiologia, i diabetologia, i reumatologia” {K40Warszawa2500}.

- ✓ „Nie lepiej, żeby takie leczenie kontrolowali psychiatrzy, którzy się na tym znają najlepiej? W jakimś ośrodku?” {K7Warszawa2000}.

Respondenci, którzy brali pod uwagę możliwość prowadzenia przez nich leczenia substytucyjnego, wskazywali na konieczność podjęcia ścisłej i bezpośredniej współpracy pomiędzy POZ a poradnią leczenia uzależnień. Wskazywano, że udział lekarzy POZ w realizacji tej terapii powinien ograniczać się do kontynuowania ordynacji leku zainicjowanej przez lekarza w Poradni Leczenia Uzależnień (PLU) oraz monitorowania przebiegu leczenia. Lekarz psychiatra zatrudniony w PLU powinien być odpowiedzialny za przeprowadzenie oceny, czy pacjent kwalifikuje się do terapii substytucyjnej w trybie ordynacji leku na receptę prowadzonej w ramach POZ oraz za ustalenie schematu dawkowania. Dostrzegano, że prowadzenie leczenia substytucyjnego byłoby wówczas podobne do tego, w jaki sposób lekarze POZ uczestniczą w leczeniu osób chorych psychicznie, np. na schizofrenię.

Preferowany zakres odpowiedzialności w leczeniu substytucyjnym

- ✓ „Wie pani co, tak naprawdę, jeżeli do tego podejść w sposób taki pragmatyczny, no to ja mogę tę receptę wypisać. Natomiast nie wziąłbym jako lekarz POZ odpowiedzialności za tego pacjenta w związku z brakiem doświadczenia zarówno z leczenia takich osób, jak i też wiedzy takiej czysto psychiatrycznej, która jest niezbędna przy leczeniu osób. Mógłbym nie zauważyć paru rzeczy” {M6Warszawa2500}.
- ✓ „Oczywiście, tak jak przy wszystkich chorobach przewlekłych. Pacjent leczony kardiologicznie przychodzi po leki do lekarza rodzinnego. Pacjent leczony psychiatrycznie ma prawo przyjść do lekarza rodzinnego. Tutaj nie widzę problemu” {K11Warszawa1300}.
- ✓ „Może moja wiedza jest mniejsza w kierunku chorób psychicznych, jednak tutaj psychiatra ma dużą, ale jest to problem, temu człowiekowi trzeba jakoś pomóc. Jeżeli on ma jechać kilkaset kilometrów po tę receptę, to dla czego ja mam tego nie robić, tylko muszę mieć jasne wytyczne. Jednak jak on będzie uzależniony, to potem będzie z nim kupę innych problemów internistycznych, jak się mu nie pomoże odpowiednio” {K7Warszawa2000}.

Nieliczni respondenci wyrażali aprobatę dla przejęcia przez lekarza POZ całkowitej odpowiedzialności za leczenie substytucyjne, czyli postawienie rozpoznania, kwalifikację pacjenta do terapii, ustalanie schematu dawkowania i monitorowanie procesu tera-

pii. Respondenci zauważali także, że w Polsce nie udało się zorganizować dobrze funkcjonującego modelu opieki skoordynowanej, opartego na współpracy pomiędzy wieloma odpowiedzialnymi służbami i podmiotami.

Niewielu respondentów za przejęciem odpowiedzialności za leczenie substytucyjne

- ✓ „A organizacyjnie dla mnie nie byłoby problemu, gdybym ja musiał leczyć pacjenta, bo dla mnie to jest takie samo leczenie, to jest tak samo chory człowiek, jak ten z cukrzycą. Ma co miesiąc dostać leki, bo inaczej będzie problem za chwilę. Bo pójdzie albo w cug, albo będzie szukał środków psychoaktywnych na zewnątrz w drugim miejscu i wróci do uzależnienia niekontrolowanego w żaden sposób” {MRezBiałystok0000}.
- ✓ „Jestem za. Jestem bardzo za, żeby pomagać tym ludziom. Wie pani, dostęp do opieki specjalistycznej zawsze jest jakoś tam utrudniony. Zawsze jest, że do mnie przyjdzie po skierowanie, i albo tam pójdzie, albo nie pójdzie. Zajdzie i okaże się, że termin jest za dwa tygodnie – to byłby dobry termin, ale jak jest jeszcze taki odległy, to się zapomni... Raz pójdzie, drugi raz może i nie pójdzie. To jest bardzo dobry pomysł” {K17BiałystokNie2700}.

6.2.6. Właściwości systemu opieki zdrowotnej w kontekście wdrożenia leczenia substytucyjnego do praktyki lekarza POZ

Strukturalne ograniczenia systemu opieki zdrowotnej w Polsce stanowią w opinii respondentów główną przeszkodę we włączeniu ich w sprawowanie opieki medycznej nad pacjentem uzależnionym od opioidów i prowadzeniem leczenia substytucyjnego zainicjowanego przez lekarza psychiatrę w PLU. Zwracano przede wszystkim uwagę, że w obecnym systemie lekarzowi brakuje czasu dla swoich pacjentów z tzw. listy aktywnej, co wynika z niewystarczającej do potrzeb zdrowotnych liczby lekarzy rodzinnych oraz niewłaściwej organizacji POZ. „Nie może być tak, że lekarz rodzinny ma 7 minut na pacjenta, czy 5 minut na pacjenta, a tak jest” {M12Warszawa2300}.

Respondenci byli zgodni w krytycznej ocenie istniejącego systemu. Zwracano uwagę, że na braki kadrowe, które same w sobie stanowią przeszkodę w zapewnieniu właściwej opieki zdrowotnej nad pacjentami, nakłada się obarczanie lekarzy wieloma dodatkowymi, biurokratycznymi obowiązkami.

Respondenci wielokrotnie mówili o przemęczeniu i poczuciu, że dotarli do „granicy” możliwości wykonywania powierzonych im zadań. Zwracano uwagę, że w systemie POZ zatrudnionych jest wielu lekarzy w starszym wieku lub emerytów, dla których uczenie się nowych umiejętności może stanowić problem.

Bariery strukturalne

- ✓ „Przez ostatnie lata dostajemy dużo obowiązków biurowatycznych, jak chociażby zakładanie niebieskiej karty. To jest jakiś masakryczny pomysł” {K20Białystok5800}.
- ✓ „Organizacyjnie widzę problem, bo my nie jesteśmy w stanie poradzić sobie z pacjentami, których mamy na listach swoich. Nie mamy lekarzy – cały czas jest ten problem, na emerytach się wspomagamy, rezydentów nie widać za bardzo. A dodatkowo pacjenci, nie wiem, jaka to skala by była w ramach przychodni, no ale to 12 wizyt w roku by było” {M17Mińsk2550}.
- ✓ „Trzeba pamiętać o tym, że my bardzo dużo mówimy o tym, że lekarze rodzinni są w zaawansowanym wieku, średnia wieku powyżej 50-tki. Ja jestem właściwie w młodości, choć jestem pod 50-tkę. To też wiele znaczy i wielu lekarzom będzie ciężko zaakceptować czy przyjąć nowe obowiązki, nawet czysto organizacyjnie” {K20Białystok3300}.
- ✓ „Ale szczerze pani powiem, że na taką rzeczywistość, jaka jest dzisiaj, to ja tego nie widzę... to jest genialny pomysł, jeżeli na jednego lekarza POZ nie będzie 2750 chorych, tylko 700 osób. To wtedy możemy na ten temat myśleć i rozmawiać. To jest jedyna bariera. Sam pomysł, jako taki jest pomysłem, który wydaje mi się rozsądnym, bo ułatwia życie zarówno pacjentom, jak i też rodzinom” {K3.5Warszawa2300}.
- ✓ „Brak systemowych rozwiązań i brak czasu. Tak naprawdę trzeba by zdjąć część bezsensownej roboty i wtedy moglibyśmy robić całe mnóstwo sensownej roboty” {K20Białystok3300}.
- ✓ „My jesteśmy przeciążeni. Generalnie większość z nas jest naprawdę przepracowana. Ja bym wykorzystywała bardziej pielęgniarki tutaj, a nie lekarzy. Znowu lekarzy. To już rośnie frustracja, głównie środowiska, znowu do nas, ze wszystkim do nas, wszystko my. To coś zdejmijcie z nas, bo my nie damy rady” {K20Białystok2000}.

6.2.7. Gotowość lekarzy POZ do realizacji leczenia substytucyjnego

Respondenci różnili się w kwestii deklarowanego poziomu gotowości do podjęcia się leczenia substytucyjnego. Część respondentów nie wyraziła takiej gotowości, wskazując na PLU, jako właściwe podmioty. Inni, dostrzegając ograniczenia systemowe, pozytywnie odnosili się do realizacji tego leczenia w warunkach POZ, w szczególności w formule kontynuowania leczenia zainicjowanego w PLU.

Większość sceptycznie wyrażała się o przejęciu całkowitej odpowiedzialności za leczenie substytucyjne. Niektórzy przeformułowali w trakcie wywiadu poziom de-

klarowanej gotowości do ordynowania leków stosowanych w terapii substytucyjnej. Informacja, która skłaniała respondentów do zmiany punktu widzenia, dotyczyła szacowanej liczby osób uzależnionych od opioidów w Polsce.

Wielu respondentów zauważało, że włączenie ich w leczenie substytucyjne generować będzie znaczne korzyści dla pacjenta, polegające nie tylko na skuteczniejszym leczeniu samego uzależnienia, ale także na poprawie jakości opieki zdrowotnej, zarówno w sferze somatycznej, jak i psychicznej. Wskazywane korzyści obejmowały także profilaktykę wielu chorób, ich wczesne wykrywanie oraz monitorowanie ich przebiegu. Wskazywano, że kontynuowanie farmakoterapii w uzależnieniu nie wykraczałoby poza zakres zadań POZ.

Terapia substytucyjna i poprawa jakości opieki zdrowotnej nad pacjentem

- ✓ „No bo on ma wiele innych chorób przewlekłych. Oni są chorzy nie tylko na uzależnienie. Tak jak powiedziałam, to uzależnienie generuje choroby inne. A to i choroby płuc, i choroby wątroby i choroby mózgu. No musi się spotykać z lekarzem rodzinnym. A i degradacja, bo jeżeli jest uzależniony, to często ma anemię, jest niedożywiony. Często te uzależnienia są złożone. Opioidy i alkohol, i nikotyna. Same korzyści z tej wizyty byłyby. Badania podstawowe zrobić, zobaczyć, jaki jest stan ogólny tego pacjenta. Pewnie mu nikt nie zrobił w psychiatrii żadnych takich badań podstawowych. Rentgen płuc, taka opieka lekarska, ogólnolekarska” {K11Warszawa-1300}.
- ✓ „Jak mamy być prawdziwymi lekarzami rodzinnymi i opiekować się całymi rodzinami, to do nas wszystko należy. Wszystko. Ja powinnam znać i Marysię, i Jasia, i tatusia, i mamusię, i wszystkich. To nie ma takiego szatkowania, lekarz rodzinny jest lekarzem rodzinnym, tak jak kiedyś bywało, on szedł do domu i znał całą rodzinę” {K33PodlaskieLuk2400}.
- ✓ „Bo jeżeli oni będą mieli możliwość, że będą przychodzić po recepty do nas, do POZ, to oni będą wtedy zmuszeni przychodzić, tak. A przy okazji zawsze coś tam się wykręci oczywiście innego, różne sposoby są. Bynajmniej faktycznie na dzień dzisiejszy, ja wiem, że te osoby są, bo rodzice są tych ludzi, ja wiem, że jest jakiś tam problem, jak np. mama tego chłopaka, która mówi, że oni od razu gdzieś tam po tych wszelkich narkotykach, to on trafia na oddział psychiatryczny, mimo że to jest mój pacjent, którego w życiu na oczy nie widziałam po prostu. To na tej zasadzie. Myślę, że to by jeżeli chodzi o profilaktykę innych chorób krążeniowych, to dobry to by był sposób na zachęcenie pacjenta” {K19PodlaskieLuk2750}.

- ✓ „Z punktu widzenia profesjonalisty, lekarz POZ ma przekrój społeczeństwa, często zna rodziny tych osób, często zna środowisko, w jakim ta osoba funkcjonuje i to jest dla tej osoby często cenne spotkanie, jeżeli tak jest. I ta osoba jest w stanie być wtedy wyciągnięta z jakichś potencjalnych zagrożeń. To są zagrożenia i medyczne, i taka rozmowa ma często takie zupełnie społeczne oddziaływanie. To są takie zagrożenia społecznie, nie tylko medyczne. Jeżeli lekarz ma szansę porozmawiać z tą osobą, nawiązać relacje, jakiś kontakt, nawiązać jakąś taką wzajemną nić porozumienia, że grają do tej samej bramki, że ta osoba chce pomóc, a z drugiej strony ma pewną wiedzę, której tamta osoba nie ma i może na tym polu jej coś podpowiedzieć, wtedy tak, ale na to wszystko potrzeba czasu” {M12Warszawa2300}.
- ✓ „Gdyby to byli pacjenci z tych właśnie list, nasi, które znamy, no to na pewno jest to nasza sprawa, tak... Nie jesteśmy jakby w stanie prowadzić tego, bo nie mamy takich umiejętności, ale jak jesteśmy w stanie trochę pomóc, no to, jak najbardziej nasza sprawa” {M17Mińsk2550}.

Podsumowując, respondenci różnili się co do poziomu wiedzy na temat leczenia substytucyjnego. Byli wśród nich tacy, którzy wcześniej nie zetknęli się z tą formą terapii i ich wiedza była fragmentaryczna oraz tacy, którzy posiadali znaczną wiedzę w tym zakresie.

Powszechnie wyrażano opinię, że studia w niewystarczającym stopniu kształcą w dziedzinie uzależnień. Wiedzę o leczeniu osób uzależnionych badani uzyskiwali podczas kursów specjalizacyjnych, staży zawodowych, z innych poza POZ miejsc pracy oraz z szeroko pojętego samokształcenia. Wszyscy respondenci byli zgodni, że możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych w zakresie uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż nikotyna są ograniczone. Z niską oceną poziomu posiadanej wiedzy o leczeniu substytucyjnym konweniowało poczucie niewystarczających kompetencji do zajmowania się osobami uzależnionymi.

Opinie o celach, założeniach i korzyściach z leczenia substytucyjnego rozciągały się na kontinuum zaczynając od dezaprobaty dla jego celów i założeń poprzez ambiwalentne postawy, w których ujawniały się argumenty za tą terapią, ale także argumenty przeciw temu leczeniu, a kończąc na postawach wyrażających pełną aprobatę.

Głównych barier w podjęciu się prowadzenia tej terapii respondenci upatrywali w kontekście organizacyjnym, w którym POZ jest realizowana w naszym kraju. Wymieniano brak lekarzy, zbyt dużą liczbę pacjentów przypadających na jednego lekarza, zmęczenie i przeciążenie biurokratycznymi obowiązkami, często w percepcji respondentów niepotrzebnymi. Pomimo, że opinie na temat strukturalnych ograniczeń systemu

opieki zdrowotnej oraz obawy, co do posiadanych kompetencji były zbliżone w swojej treści, to deklarowany poziom gotowości i otwartości do podjęcia się leczenia substytucyjnego był zróżnicowany. Wśród respondentów byli tacy, którzy od początku wyrażali gotowość do prowadzenia tego leczenia, część z nich redefiniowała swój punkt widzenia w trakcie trwania wywiadu, a niewielka część jednoznacznie wskazywała na PLU, jako właściwe podmioty do prowadzenia tego typu terapii.

Respondentom towarzyszyła także refleksja, że prowadzenie leczenia w warunkach POZ miałyby korzystny wpływ na poprawę jakości opieki zdrowotnej nad pacjentem uzależnionym. Wielu respondentów uważało, że ordynowanie przez nich leków substytucyjnych nie wykraczałoby poza zakres zadań lekarza POZ.

6.2.8. Oczekiwania respondentów w kontekście zwiększenia ich gotowości do realizacji leczenia substytucyjnego

Wśród warunków, które musiałyby zostać spełnione, aby respondenci podjęli się prowadzenia leczenia substytucyjnego, wymieniano podniesienie poziomu wiedzy i kompetencji w tym zakresie. Podkreślano, że ważne jest nie tylko szkolenie na temat leków stosowanych w terapii i możliwych interakcjach między nimi, ale także takie zagadnienia jak: nawiązywanie relacji lekarz – pacjent uzależniony oraz postępowanie z tzw. trudnym pacjentem. Ważną część szkolenia powinny stanowić informacje o patomechanizmach uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Preferowana była forma dobrze zaplanowanych warsztatów, podczas których lekarz mógłby przećwiczyć sytuacje kontaktu z pacjentem uzależnionym. Poza szkoleniem podkreślano konieczność przygotowania odpowiednich skryptów i wytycznych dla lekarza POZ. Proponowano, aby pacjent przychodząc do lekarza POZ ze skierowaniem od lekarza psychiatry zalecającym kontynuowanie terapii był wyposażony w informator czy krótki skrypt na temat terapii substytucyjnej.

Zwracano uwagę, że pacjenci z zaleceniem kontynuowania terapii będą stosunkowo rzadko zgłaszać się do gabinetu lekarza POZ, stąd propozycja przygotowania odpowiedniej elektronicznej platformy edukacyjnej, na bieżąco aktualizowanej, dostępnej dla lekarza w każdej chwili. Zgłoszono także propozycję utworzenia punktów konsultacyjnych, np. w PLU, z którymi lekarz mógłby skonsultować wątpliwości co do postępowania leczniczego.

Oczekiwania respondentów – podniesienie poziomu kompetencji

- ✓ „Znaczący powiem tak, na pewno musiałyby być to poprzedzone jakimś szkoleniem dla lekarzy POZ na temat leczenia substytucyjnego, żeby było wiadomo, o co chodzi i jakie są problemy związane z leczeniem, jak ewentualnie pacjenta skontrolować,

z czym nie mieszać tych leków, bo przecież dodatkowo pacjenci mają inne schorzenia czy nawet jakieś infekcje, z czym nie pomieszać, żeby nie było większej szkody dla pacjenta. To na pewno trzeba by było przeszkolić lekarzy jakimiś specjalnymi kursami w tym kierunku, tylko nie tam korespondencyjnie czy prezentacją” {MRezBiałystok0000}.

- ✓ „Tylko pytanie, na ile ci lekarze dotrą do tego. Jak z tymi wytycznymi potem wychodzi, ilu lekarzy rzeczywiście na tym skorzysta, ale może jak będą takie wytyczne przy tym zaświadczeniu, co dostaniemy, plus z tyłu jakaś ulotka, że tak, tak i tak, to może będzie to prostsze po prostu. Z tymi wytycznymi ewentualnie, to jakieś proste wytyczne. Czym prostsze rozwiązania, to tym lepsze” {K7Warszawa2000}.
- ✓ „Więc tutaj myślę, że jeśli raz na dziesięć czy piętnaście lat trafi się pacjent z problemem uzależnienia od narkotyków, to trudno, aby ten lekarz ustawicznie był na bieżąco z wiedzą w tym temacie. Natomiast myślę, że tutaj lekarz musi wiedzieć, gdzie i kogo spytać, do kogo zwrócić się o pomoc. A my tutaj teraz mamy taki problem z całą psychiatrią, nie tylko z uzależnieniami. Mamy tu dużo pacjentów ze schizofrenią, zaburzeniami lękowymi i jest to problem” {K20Białystok5800}.

Zachęty finansowe

W badaniu pytano respondentów o ich opinię, czy realizacja leczenia substytucyjnego przez lekarzy POZ powinna odbywać się na podstawie obowiązujących w POZ stawek kapitałowych, a pacjent w tym leczeniu byłby kolejnym pacjentem na tzw. liście aktywnej lekarza, czy też może świadczenie tego leczenia w POZ powinno być korygowane odpowiednim współczynnikiem zwiększającym finansowanie lub, że pacjenci w leczeniu substytucyjnym powinni być objęci specjalnym programem opieki, lepiej wycenionym przez instytucje do tego uprawnione. Wielu respondentów uważało, że tego typu świadczenie realizowane w ramach POZ powinno być wycenione w inny, korzystniejszy sposób tak, aby zachęcić lekarzy do jego realizacji.

Tylko nieliczni wyrażali opinię, że realizacja takiego świadczenia może odbywać się w ramach istniejących stawek kapitałowych. Swoje stanowisko uzasadniali tym, że liczba tych pacjentów będzie niewielka. Wątpiono także w atrakcyjność takich programów, jak program opieki kardiologicznej. Uważano, że wprowadzenie analogicznego produktu w odniesieniu do terapii substytucyjnej prowadzonej w warunkach POZ nie będzie stanowiło wystarczającej zachęty dla lekarzy – „Nie, nie da to nic. Te programy są nic nie warte...”). Bo jest tak dużo papierów, że to nas tak obciąża, że wolę nie wypełniać tych papierów i nie zgłaszać. Dosłownie. Nie chcę już tych pieniędzy 50 złotych i nie chcę tego, bo nie mam czasu” {K20Białystok2000}.

Podsumowując opinie w przedmiocie zastosowania odpowiednich instrumentów finansowych, to przeważały te głosy, które opowiadały się za ich wdrożeniem.

Argumenty za zachętami finansowymi

- ✓ „No oczywiście każda taka dodatkowa rzecz, to optymalnie, gdyby była jakoś dodatkowo wynagradzana” {K22Warszawa2300}.
- ✓ „No tak, jeśli by nie było jakieś skomplikowane ewidencjonowanie, to myślę, że w wielu zapracowanych gabinetach, drzwi by otworzyło. Z doświadczenia wiem, że koledzy nie mogą, ale jak są pieniądze, to okazuje się, że mogą. Nie wszyscy i nie wszędzie, ale to wynika z problemów organizacyjnych tej naszej pracy” {K20Białystok5800}.
- ✓ „Wydaje mi się, że wszystko zależy od nakładu finansowego na takich pacjentów. Bo dla przełożonych, jeżeli to będzie płatne tak samo, jak dla takiego pacjenta normalnego, no to wydaje mi się, że możliwość tych wszystkich kar i obciążeń i restrukturyzacji szkoleń dla pracowników, może być zbyt kosztowne, żeby to tak wprowadzić. Jeżeli to będzie związane z zyskiem, pozyskiwaniem tych pacjentów, to na pewno będą zainteresowani. Wszystko to jest kwestia finansów” {K2Warszawa2300}.
- ✓ „To znaczy z punktu widzenia tej ekonomiki jakoś te pieniądze mają znaczenie. To się jakoś tam układa, to wtedy ten lekarz, czy zostaje po godzinach, czy nie, ale generalnie wydłuża się ten czas, jeżeli za zbadanie jednego pacjenta ma lekarz gratyfikację, jak za zbadanie czterech innych, to jest pewnie jakiś system motywacyjny duży” {M12Warszawa2300}.

7. Dyskusja

7.1. Regulacje prawne i wynikające z nich rozwiązania organizacyjne sprzyjające i utrudniające dostęp do leczenia substytucyjnego

7.1.1. Modele leczenia substytucyjnego

Wyniki badania przeprowadzonego w 6 krajach UE wskazują na 2 modele realizacji leczenia substytucyjnego. W pierwszym modelu terapia substytucyjna prowadzona jest przez dobrze rozbudowaną sieć PLU, w drugim – przez PLU i lekarzy ogólnych. Model drugi wymieniany jest w piśmiennictwie jako ten, który sprzyja osiągnięciu dobrej dostępności leczenia substytucyjnego [15, 77, 124, 125].

Model leczenia substytucyjnego oparty na **PLU** funkcjonuje w Grecji i Włoszech. Parametry dostępności terapii w tych krajach kształtowały się na poziomie 50-60% osób uzależnionych od opioidów pozostających w terapii substytucyjnej. Model leczenia substytucyjnego wykorzystujący wyłącznie potencjał PLU może gwarantować wysokie parametry dostępności pod warunkiem, że liczba i rozmieszczenie poradni są adekwatne do rozmiarów i obszarów występowania populacji osób uzależnionych. Niedostateczna dostępność choćby w jednej lokalizacji może skutkować wystąpieniem nowych przypadków chorób przenoszonych drogą krwiopochodną. W Atenach, na początku drugiej dekady nowego milenium, w związku z długim okresem oczekiwania na przyjęcie do leczenia, powstało nowe ognisko zakażeń HIV, pomimo że ogólne wskaźniki dostępności do terapii substytucyjnej kształtowały się bardzo korzystnie [17, 70]. Koncentracja dużej liczby pacjentów w leczeniu substytucyjnym w PLU może także generować problemy dla lokalnej społeczności, w szczególności wówczas, gdy znaczna część pacjentów zobowiązana jest do przyjmowania leków w poradni w wyznaczonych godzinach, a liczba poradni jest nieadekwatna do liczby pacjentów (model realizowany w Grecji i w Polsce). Jak wynika z badań, duża kumulacja pacjentów w jednej lokalizacji utrudnia także proces reintegracji społecznej. Pacjenci pozostający w programach w PLU są narażeni na pozostawanie w permanentnym kontakcie z osobami ujawniającymi podobnie jak oni wiele problemów funkcjonowania społecznego, często niestabilnych emocjonalnie i zmarginalizowanych, co utrudnia nawiązywanie nowych relacji i uczenie się nowych wzorów funkcjonowania [15].

W drugim modelu leczenie substytucyjne prowadzą **PLU oraz lekarze ogólni** (*general practitioner*), przy czym główny ciężar przypada na tych ostatnich. W Austrii,

Chorwacji, Francji i w Niemczech, od 60 do 80% pacjentów leczonych jest substytucyjnie w ramach praktyk prowadzonych przez lekarzy ogólnych. Takie rozwiązanie sprzyja dobrej dostępności [126, 127]. W krajach objętych badaniem, w których ten model funkcjonował, nie odnotowano w ostatnich latach nowych ognisk zakażeń HIV [17, 18].

Analiza piśmiennictwa wskazuje, że rezultaty terapii prowadzonej w specjalistycznych PLU oraz przez lekarzy ogólnych są podobne. Za miarę skuteczności przyjmuje się zwykle zmniejszenie nasilenia symptomów uogólnionego lęku i depresji, ograniczenie przypadków „dobierania” kokainy, heroiny, benzodiazepin, nielegalnego metadonu i alkoholu, ograniczenie liczby iniekcji, zmniejszenie liczby kryminalnych zachowań i ogólną poprawę parametrów zdrowotnych [15, 69, 97, 128].

Choć zarówno w jednym, jak i w drugim modelu osiągnane rezultaty terapii są podobne, to za włączeniem lekarzy ogólnych w krąg specjalistów prowadzących leczenie substytucyjne przemawiają dodatkowe argumenty. Takie rozwiązanie może sprzyjać minimalizowaniu stygmatyzacji osób uzależnionych, a tym samym zmniejszeniu psychologicznych i społecznych barier w dostępie do terapii substytucyjnej [15, 77, 124]. Inne argumenty za włączeniem lekarzy POZ związane są ze złym stanem zdrowia osób uzależnionych. Wyniki badań, także tych prowadzonych w Polsce, potwierdzają negatywny wpływ na ich zdrowie nie tylko stylu życia, ale także starzenia się tej populacji [17, 104]. Wśród problemów zdrowotnych wymienia się m.in. zakażenia HCV, HBV, zakażenie HIV, stany zapalne układu żylnego, artretyzm, zapalenie wsierdza, grzybicze i bakteryjne zakażenia skóry oraz choroby przenoszone drogą płciową [6, 129]. Pomimo że osoby uzależnione, w tym szczególnie dożylnie używające narkotyków, częściej niż osoby z populacji ogólnej doświadczają różnego rodzaju problemów zdrowotnych, to bardzo rzadko zgłaszają się one do lekarza ogólnego. Taką konkluzję potwierdzają wyniki zagranicznych badań [128, 129] oraz wyniki badań przeprowadzonych przez autorkę, w części *Ocena gotowości lekarzy POZ do prowadzenia leczenia substytucyjnego*. Szansą na poprawę tego stanu rzeczy może być włączenie lekarzy ogólnych w realizację terapii substytucyjnej. Ich udział jest szczególnie ważny na obszarach wiejskich i w mniejszych miejscowościach, w których nie ma specjalistycznych PLU.

Konkluzja ta znajduje potwierdzenie w piśmiennictwie, w którym odnotowuje się poprawę dostępu do tej terapii, szczególnie w małych miejscowościach, wówczas, gdy lekarze ogólni uczestniczą w udzielaniu tych świadczeń zdrowotnych [15, 77, 126].

Podsumowując, można stwierdzić, że realizacja terapii substytucyjnej przez lekarzy ogólnych prowadzi nie tylko do poprawy dostępności, ale także pozwala na zapewnienie lepszej ogólnej opieki zdrowotnej nad pacjentem uczestniczącym w tej terapii.

7.1.2. Model realizowany w Polsce

Model terapii substytucyjnej realizowany w Polsce oparty jest na programie leczenia substytucyjnego prowadzonym tylko w niektórych PLU wyłącznie po uzyskaniu przez poradnię zezwolenia, które wydawane jest przez marszałka właściwego województwa w drodze decyzji administracyjnej. Lekarz nie może prowadzić tej terapii na mocy uprawnień wynikających z prawa wykonywania zawodu lekarza, lecz wyłącznie w wyniku konkretyzacji normy prawnej przez organ administracji.

Podmiotom leczniczym pozostawiono decyzję, czy są zainteresowane prowadzeniem tego leczenia i ubieganiem się o wymagane zezwolenie. Od 1992 r., w którym powstał pierwszy program terapii substytucyjnej, do 1 stycznia 2018 r. o stosowne zezwolenie wystąpiło zaledwie 27 podmiotów, a 23 prowadzi to leczenie (dane KBPN). Ogólna liczba PLU, które miały zakontraktowane świadczenia z NFZ w zakresie leczenia uzależnień od narkotyków, wynosiła 82 placówki (dane na styczeń 2018 r. – dane NFZ).

W okresie ostatnich kilku lat liczba osób objętych terapią substytucyjną pozostaje na tym samym poziomie. Odsetki osób uzależnionych od opioidów objętych leczeniem substytucyjnym mieszczą się w przedziale 13-25%.

Obowiązek uzyskania decyzji administracyjnej różni model obowiązujący w Polsce od rozwiązań przyjętych w innych krajach. Ponadto w Polsce, w odróżnieniu od rozwiązań przyjętych, np. we Francji, Chorwacji, Austrii czy Niemczech, lekarze POZ są wykluczeni z realizacji leczenia substytucyjnego bez względu na poziom współpracy między pacjentem i lekarzem oraz profil bezpieczeństwa stosowanego w terapii leku.

Przyjęte w Polsce rozwiązania drastycznie ograniczające liczbę potencjalnych świadczeniodawców tej terapii sugerują, że polskiemu ustawodawcy nie udało się zrealizować rekomendowanego przez WHO postulatu „polityki zrównoważonej” wobec leków opioidowych, które podlegają kontroli na mocy międzynarodowych konwencji o środkach odurzających i substancjach psychotropowych (Dz. U. 1966, Nr 45, poz. 277) [130].

„Polityka zrównoważona” wyraża się w uzyskaniu równowagi pomiędzy działaniami kontrolnymi a takimi, które sprzyjają dostępowi do leczenia [131]. Wydaje się, że w Polsce prymat uzyskały działania na rzecz ochrony społeczeństwa przed nadużywaniem tych leków nad działaniami na rzecz zapewnienia dostępu do nich. Postrzeganie uzależnienia od narkotyków w kategoriach problemu o charakterze moralnym, a nawet kryminalnym, nie zaś w kategoriach zdrowia publicznego, sprzyja takiemu ustaleniu priorytetów. Przyjęcie perspektywy zdrowia publicznego w definiowaniu problemu narkomanii prowadzi do złagodzenia rygorów w zakresie terapii substytucyjnej i poprawy jej

dostępności [22, 132]. Kwestia powyższa znalazła się w polu zainteresowania Komitetu Naukowego Specjalnej Sesji ONZ na temat polityki narkotykowej (*United Nations General Assembly Special Session on drugs – UNGASS*). W opublikowanym w 2017 r. dokumencie podkreśla się, że istnieje pilna potrzeba przeformułowania kierunku polityki wobec problemu narkotyków i narkomanii. Wdrażana w przeszłości polityka odwołująca się do percepcji uzależnienia w kategoriach problemu o charakterze kryminalnym powinna być przeformułowana w kierunku priorytetów zdrowia publicznego [133]. Wydaje się, że w Polsce postulowana zmiana percepcji nie dokonała się w zadowalającym stopniu, stąd utrzymywanie w polskich regulacjach prawnych restrykcyjnych rozwiązań, które niekorzystnie wpływają na dostępność terapii substytucyjnej.

7.1.3. Inne rozwiązania prawne i organizacyjne sprzyjające dostępności do leczenia substytucyjnego

Analiza uzyskanych w badaniach wyników dostarcza argumentów, że rozwiązania korzystnie wpływające na dostęp do terapii substytucyjnej nie ograniczają się wyłącznie do kwestii podmiotów uprawnionych do prowadzenia tej terapii i zasad uzyskiwania uprawnień, ale obejmują wiele innych szczegółowych kwestii, takich jak:

- ✓ ordynowanie leków substytucyjnych na receptę
- ✓ wdrożenie skutecznych mechanizmów kontroli dystrybucji leków stosowanych w terapii substytucyjnej
- ✓ zapewnienie dostępności metadonu i buprenorfiny
- ✓ zapewnienie dostępności ekonomicznej leków stosowanych w terapii substytucyjnej
- ✓ wdrożenie szkoleń i innych form kształcenia lekarzy w celu podniesienia ich poziomu wiedzy i kompetencji w zakresie leczenia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

7.1.4. Ordynowanie leków substytucyjnych na receptę

Ordynowanie leku substytucyjnego na receptę realizowaną przez pacjenta w aptece ma kilka zalet – wydatnie zmniejsza liczbę wizyt pacjenta w placówce w celu przyjęcia leku, umożliwia pacjentowi lepsze funkcjonowanie społeczne, w tym podjęcie pracy czy nauki i przyczynia się do lepszej akceptowalności (*acceptability*) terapii przez pacjenta, co ma korzystny wpływ na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych [77].

Leczenie substytucyjne nie różni się pod tym względem od innych terapii stosowanych w medycynie. Normy przyjęte w tym zakresie w polskich rozwiązaniach, takie jak obowiązek codziennego zgłaszania się do placówki przez co najmniej 6 miesięcy w celu przyjęcia dawki leku i brak możliwości ordynowania leku na receptę bez względu na

poziom współpracy pomiędzy lekarzem i pacjentem, utrudniają proces reintegracji społecznej oraz dostęp do leczenia wielu pacjentom. Doświadczenia innych krajów objętych badaniami (Austria, Francja, Niemcy, Włochy) wskazują, że ordynowanie leków na receptę samodzielnie realizowaną przez pacjenta w aptecce sprzyja dostępności terapii i nie musi prowadzić do powstawania niepożądanych zjawisk [134].

7.1.5. Kontrola dystrybucji leków

W kontekście ochrony społeczeństwa przed pozamedycznym stosowaniem leków stosowanych w terapii substytucyjnej należy podnieść kwestię skutecznych mechanizmów kontroli dystrybucji tych leków. Skuteczność niektórych z nich została udokumentowana. We Francji, pomiędzy 2004 a 2014 r. udało się zmniejszyć odsetek nieprawidłowo wystawionych recept na buprenorfinę, tzn. wystawionych w taki sposób, że okresy czasu leczenia nachodziły na siebie co najmniej 1 dzień, z 12,6% w 2004 r. do 3,9% w 2014 r. Przyczyniło się do tego wprowadzenie elektronicznego systemu monitorowania recept oraz wdrożenie wytycznych klinicznych do leczenia substytucyjnego [15, 69, 77, 134].

Wytyczne kliniczne zostały opracowane nie tylko we Francji, ale we wszystkich innych krajach uczestniczących w badaniach. W Polsce, pomimo że leczenie substytucyjne zostało zainicjowane w 1992 r., nie wypracowano dokumentu, który spełniałby kryteria Podręcznika (Wytycznych) do terapii substytucyjnej (*guidelines*). Korzyści z ich opracowania obejmują nie tylko podniesienie jakości leczenia, ale także poprawę dostępu do terapii w tym sensie, że przyczyniając się do podniesienia poziomu kompetencji lekarzy mogą zwiększyć liczbę tych, którzy będą zainteresowani udziałem w realizacji tego leczenia [21, 23, 135].

Kontroli nielegalnej dystrybucji leków substytucyjnych służą także praktyki przyjmowania leku pod nadzorem personelu pielęgniarskiego w podmiocie leczniczym, przyjmowanie leku pod nadzorem farmaceuty w aptekach [131, 136] oraz zgłaszanie pacjentów leczonych substytucyjnie do specjalnych rejestrów. To ostatnie z wymienionych rozwiązań nie jest rekomendowane przez WHO, które zauważa jego potencjalnie stygmatyzujący charakter i poprzez to negatywny wpływ na dostępność terapii [131].

W Polsce 'Wykaz pacjentów leczonych substytucyjnie' jest prowadzony przez KBPN. Wobec pozostałych wymienionych mechanizmów kontroli nie znalazły one zastosowania w krajowych realiach. Polskie normy prawne nie przewidują możliwości przyjmowania leków pod nadzorem personelu pielęgniarskiego w POZ czy farmaceuty w aptecce, co ogranicza dostęp do terapii substytucyjnej.

7.1.6. Zapewnienie dostępności metadonu i buprenorfiny

Dostępność podstawowych leków (*essential drugs*), to kolejny czynnik, który ułatwia dostęp do leczenia substytucyjnego. WHO rekomenduje, aby w terapii substytucyjnej przede wszystkim zapewnić dostęp do metadonu i buprenorfiny [69, 131]. Stosowanie w terapii substytucyjnej więcej niż jednego leku umożliwia pacjentom, u których występują skutki uboczne stosowania jednego leku lub którzy nie utrzymują się w terapii z zastosowaniem określonego leku, skorzystanie z leku alternatywnego. Zapewnienie możliwości wyboru leku może przyczyniać się do zwiększenia liczby osób pozostających w terapii substytucyjnej oraz podniesienia jej skuteczności poprzez lepsze dopasowanie leku do indywidualnych potrzeb pacjenta [131].

Wyniki prowadzonych badań wskazują na porównywalne efekty leczenia w przypadku stosowania buprenorfiny oraz metadonu [105]. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że udział poszczególnych leków w terapii substytucyjnej jest zróżnicowany. W ogólnych statystykach w ostatniej dekadzie odsetek pacjentów leczonych metadonem systematycznie maleje na korzyść pacjentów leczonych preparatami buprenorfiny. W Niemczech, kraju objętym badaniami, w 2005 r. metadon ordynowano 82% pacjentów, a w 2015 r. – ok. 70% [126]. Podobny trend obserwuje się w innych krajach [136].

W Polsce w praktyce klinicznej, ok. 96% pacjentów otrzymuje metadon, a tylko 4% buprenorfinę, buprenorfinę z naloksonem lub morfinę o kontrolowanym (zmodyfikowanym) uwalnianiu (stan na 1 stycznia 2017 r., dane KBPN). Co więcej, nie obserwuje się trendu zwiększania udziału preparatów buprenorfiny i zmniejszania metadonu. Przyczyną swoistej „monoterapii” można upatrywać w przyjętych przez NFZ regulacjach dotyczących wyceny punktowej leczenia substytucyjnego z zastosowaniem metadonu i preparatów buprenorfiny, w szczególności buprenorfiny z naloksonem. Wycena każdego produktu finansowanego przez NFZ, to skomplikowany proces, określony w szczegółowych przepisach i procedurach. Biorąc jednak pod uwagę, że dostęp do więcej niż jednego leku poprawia dostępność terapii substytucyjnej, warto rozważyć wprowadzenie zmian, które zachęcałyby do częstszego, niż ma to miejsce obecnie, ordynowania preparatów buprenorfiny. W przypadku wypisywania recepty do samodzielnej realizacji przez pacjenta nie bez znaczenia jest, że buprenorfina to lek o wyższym niż metadon profilu bezpieczeństwa [70, 77, 92, 93, 95, 97].

7.1.7. Dostępność ekonomiczna terapii substytucyjnej

Kolejną istotną zmienną, która wpływa na dostęp do każdego leczenia, w tym leczenia substytucyjnego, jest koszt leku i innych świadczeń udzielanych w związku z tą terapią [137]. Wysoki koszt leczenia może mieć negatywny wpływ na osiągalność ekonomiczną terapii (*economical accessibility* lub *affordability*) i tym samym wpływać na ograniczoną dostępność. WHO rekomenduje, aby leki w tej terapii były dla pacjenta bezpłatne, wskazując, że odpłatność może doprowadzić nie tylko do ich niewykupywania, ale także przyjmowania niższych niż zalecane dawek czy sprzedawania części leków, w celu uzyskania środków finansowych na zakup leków potrzebnych do własnego leczenia [131]. Do podobnych wniosków doszli badacze z Czech, którzy dokonując analizy przyczyn dużego nielegalnego rynku buprenorfiny w tym kraju ustalili, że jedną z najważniejszych przesłanek pozostaje niska dostępność ekonomiczna preparatów buprenorfiny dla osób objętych terapią substytucyjną. Przyjęte przez ustawodawcę restrykcyjne kryteria uzyskania refundacji leku powodują, że dla większości pacjentów jest ona w 100% odpłatna. Pacjenci chcąc sfinansować zakup leku na swoje leczenie, część leku wypisanego na receptę odsprzedają na nielegalnym rynku. Dostęp do leczenia substytucyjnego w Czechach jest niewystarczający w stosunku do potrzeb [125]. Przegląd piśmiennictwa wskazuje, że w krajach, w których dostęp do leczenia substytucyjnego pozostaje na wysokim poziomie, przynajmniej jeden z leków objętych jest refundacją [25].

We wszystkich krajach objętych badaniami, w których lekarz wystawiał pacjentowi receptę na lek substytucyjny, przyjęto korzystne dla dostępu do tej terapii rozwiązania. Koszty leku pokrywane były przez system ubezpieczeń zdrowotnych lub system zabezpieczenia socjalnego. Wyjątek stanowi Francja, w której pacjent ponosił opłatę za lek do 35% jego ceny, jeśli był leczony poza centrum leczenia uzależnień. W Polsce pacjent nie płaci za leki stosowane w terapii oraz nie ponosi opłat z tytułu innych świadczeń udzielanych w programie, co niewątpliwie ułatwia dostęp do terapii. Leki stanowią integralną część świadczenia gwarantowanego finansowanego w całości przez NFZ. Nie oznacza to jednak, że pacjent nie ponosi żadnych wydatków. Część z nich obejmuje koszty innych leków, a część dotyczy kosztów dojazdów do programu leczenia substytucyjnego.

Status ekonomiczny pacjentów polskich programów został zweryfikowany m.in. w badaniach zatytułowanych „Adekwatność systemu pomocy osobom uzależnionym od narkotyków w stosunku do potrzeb jego klientów (ASK)” [104]. Jego wyniki wskazują, że pacjenci często nie realizują recept na leki zlecone przez lekarza, np. leki antydepre-

syjne czy przeciwlękowe, z powodu braku środków finansowych. Koszty dojazdów do programu były oceniane jako wysokie, w szczególności w pierwszych miesiącach uczestniczenia w leczeniu, gdy oczekiwano codziennego przyjmowania leku pod nadzorem personelu medycznego. Zdarzało się, że pacjenci, których nie stać było na finansowanie codziennych dojazdów, rezygnowali z terapii, inni podróżowali bez ważnego biletu, narażając się na ryzyko mandatu i dalej funkcjonując jako osoby niespełniające norm społecznie aprobowanego zachowania. Wnioski z badania ASK potwierdzają, że niski status ekonomiczny pacjentów ogranicza dostęp do terapii substytucyjnej lub wymusza na pacjentach wzory funkcjonowania społecznie nieaprobowane, stojące w sprzeczności z celem terapii, jakim jest readaptacja społeczna. O niskim poziomie dochodów pacjentów w programach terapii substytucyjnej należy pamiętać w kontekście wprowadzania ewentualnych zmian w sposobie organizacji leczenia substytucyjnego w Polsce obejmujących ordynowanie leku na receptę.

Cytowane wyniki badania ASK [104] wskazują na znaczny poziom marginalizacji społecznej pacjentów uzależnionych, w tym objętych terapią substytucyjną. Adekwatne do potrzeb pacjentów świadczenia pomocy społecznej wpływają korzystnie zarówno na dostępność terapii, jak i na proces readaptacji społecznej [74, 104, 139]. Szczególne miejsce w modelach opieki socjalnej zajmuje podejście „*case management*”, dostępne m.in. w Niemczech [140]. W polskich programach dostęp do usług pomocy społecznej jest niewystarczający, co może stanowić barierę w dostępie do terapii, przynajmniej dla części pacjentów.

7.1.8. Poziom kompetencji lekarzy

Odrębną kategorią, która wpływa na dostępność oraz jakość leczenia substytucyjnego, jest poziom przygotowania lekarzy do udzielania tych świadczeń [15, 69, 77]. W większości krajów objętych badaniami, z wyjątkiem Francji i Włoch, lekarze zainteresowani prowadzeniem tej terapii są zobowiązani do ukończenia odpowiednich szkoleń. Ich treść i czas trwania uzależniono od zakresu czynności, które miałyby wykonywać lekarz (inicjowanie leczenia *versus* kontynuowanie leczenia substytucyjnego). Wiedza lekarzy o tej terapii przekłada się na bezpieczeństwo jej stosowania. „Dobieranie” przez pacjentów leków innych niż te zlecone przez lekarza zdarza się stosunkowo często. Niektóre z nich wchodzi w niebezpieczne interakcje z lekami stosowanymi w terapii substytucyjnej, np. nadużywane przez część pacjentów benzodiazepiny czy leki opioidowe typu oksykodon lub tramadol. Do tego dochodzi jeszcze nadużywanie alkoholu [67]. Pacjenci w terapii substytucyjnej często są objęci leczeniem w związku z zakażeniem HIV. Wiedza o możliwych interakcjach z tymi i innymi lekami jest niezbędna.

Poczucie kompetencji do prowadzenia terapii substytucyjnej przekłada się na poziom gotowości lekarzy do prowadzenia tej terapii. W tym sensie stworzenie systemowych rozwiązań, które umożliwiają lekarzom pogłębienie wiedzy, jest zmienną, która może pozytywnie wpływać nie tylko na jakość, ale i na dostępność terapii. Lekarz posiadający poczucie kompetencji w leczeniu substytucyjnym jest bardziej zmotywowany do objęcia opieką pacjentów kwalifikujących się do takiej terapii [23].

Na marginesie tych rozważań warto dodać, że WHO rekomenduje, aby szkoleniami obejmować nie tylko lekarzy ogólnych, ale także innych lekarzy mających kontakt z osobami uzależnionymi, np. specjalistów chorób zakaźnych, personel pogotowia i izby przyjęć w szpitalach oraz farmaceutów [53].

7.2. Ocena gotowości lekarzy POZ do prowadzenia leczenia substytucyjnego

7.2.1. Czynniki utrudniające prowadzenie terapii substytucyjnej przez lekarzy POZ

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na wiele zmiennych, które mogą negatywnie wpływać na gotowość lekarzy POZ do realizacji leczenia substytucyjnego. Wiele z nich zostało opisanych w obszernym piśmiennictwie odwołującym się do badań prowadzonych przede wszystkim w krajach, w których lekarze ogólni już uczestniczą w realizacji leczenia substytucyjnego. Przeprowadzone badania własne poprzedzają wprowadzenie ewentualnych zmian w organizacji leczenia substytucyjnego w Polsce.

Poczucie braku wiedzy i kompetencji do prowadzenia leczenia substytucyjnego

Ważną zidentyfikowaną w badaniu zmienną negatywnie oddziałującą na gotowość lekarzy POZ do prowadzenia terapii substytucyjnej jest poczucie niewystarczającej wiedzy i kompetencji w tym zakresie. Niskiemu poczuciu kompetencji sprzyjał brak doświadczenia w opiece nad pacjentami uzależnionymi od opioidów, ponieważ rzadko zgłaszali się oni do praktyki lekarza POZ lub rzadko byli identyfikowani przez lekarza POZ. Uzyskane wyniki są spójne z wynikami badań prowadzonych w innych krajach, co ciekawe także tam, gdzie szkolenia w zakresie terapii substytucyjnej są dostępne, a niekiedy nawet obowiązkowe [21, 23, 141-143].

Obszerne piśmiennictwo wskazuje na potrzebę identyfikowania zagrożeń wynikających z używania substancji psychoaktywnych we wczesnych etapach ich występowania [133, 141, 144, 145]. W przeprowadzonych badaniach respondenci przyznawali, że rzadko pytają w wywiadzie o używanie substancji psychoaktywnych innych niż nikotyna. Pytania dotyczące używania alkoholu zadawane były wówczas, gdy jakieś parametry

zdrowotne sugerowały występowanie problemu nadużywania alkoholu. Jeszcze mniej respondentów pytało pacjentów o doświadczenia z używaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych.

Respondenci oceniali, że najlepiej czują się przygotowani do podejmowania interwencji w przypadku palenia papierosów. Wyniki badań przeprowadzonych w USA oraz w innych krajach są zbieżne z powyższymi wnioskami. Wskazują one, że lekarze czuli się gorzej przygotowani do prowadzenia rozmowy z pacjentem na temat używana substancji psychoaktywnych niż do rozmowy na temat chorób somatycznych. Przy czym najlepiej oceniali poziom swoich kompetencji w odniesieniu do problemu nikotynizmu, słabiej w odniesieniu do problemu alkoholu i nadużywania benzodiazepin, a najslabiej w odniesieniu do problemu używania nielegalnych substancji psychoaktywnych [146, 147].

W przeprowadzonych badaniach respondenci wyrażali opinię, że podniesienie poziomu wiedzy i umiejętności korzystnie wpłynie na poprawę ich gotowości do realizacji leczenia substytucyjnego. Jeśli za miarę tej gotowości przyjąć jednak rzeczywistą liczbę pacjentów objętych przez lekarza terapią substytucyjną lub innym rodzajem interwencji, to okazuje się, że pomiędzy tymi dwoma zmiennymi nie musi występować prosta zależność. W badaniu przeprowadzonym w Australii stwierdzono, że lekarze, których postawy wobec osób uzależnionych były negatywne, przyjmowali do terapii mniej pacjentów, niż ci, którzy takich postaw nie ujawniali, choć wszyscy lekarze ukończyli podobne szkolenia. Ponadto wskazano, że lekarze o bardziej krytycznym nastawieniu do pacjentów uzależnionych rzadziej uczestniczyli w szkoleniach [23]. Z drugiej strony istnieje obszerne piśmiennictwo, które wskazuje na rolę edukacji, nie tylko w podnoszeniu poziomu kompetencji i zwiększeniu poczucia bezpieczeństwa w zarządzaniu leczeniem substytucyjnym, ale także w zmianie postaw i przekonań wobec osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych [21, 111, 145, 148].

Negatywne postawy wobec osób uzależnionych

Respondenci ujawniali różnego rodzaju negatywne postawy wobec osób uzależnionych, co w przyszłości może wpływać na ich poziom zaangażowania w realizację leczenia substytucyjnego. Choć większość respondentów deklarowała, że postrzega uzależnienie w kategoriach medycznego modelu choroby, to równocześnie podkreślano, że jest to choroba „inna” niż pozostałe choroby. Ta inność definiowana była poprzez wewnętrzną atrybucję przyczyn choroby, lokowanych w psychologicznych właściwościach osoby uzależnionej. Najczęściej wskazywano, że osoby uzależnione są chore „na życzenie” i „winne swojej chorobie”. Taki punkt widzenia jest bliższy potocznej koncepcji

uzależnienia niż medycznego modelu uzależnienia. W badaniach przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii, Australii i USA stwierdzono, że negatywne postawy i przekonania, w tym w szczególności percepcja osób uzależnionych jako winnych swojej chorobie i o słabej woli powodują, że są one postrzegane jako mniej zasługujące na opiekę medyczną niż osoby cierpiące na inne choroby, których przyczyny były postrzegane jako niezależne od osoby chorej [149, 150].

Erving Goffman w klasycznej teorii piętna społecznego (2007), mówi o osobach uzależnionych od alkoholu i nielegalnych substancji psychoaktywnych, jako nosicielach piętna wynikającego z przypisywanych im wad charakteru, takich jak słaba wola, nieuczciwość i pogwałcenie społecznych norm. Osoby te spotykają się z brakiem społecznej akceptacji oraz stygmatyzacją. Takie postawy i przekonania stanowią źródło marginalizacji społecznej osób uzależnionych. Stygmatyzacja może obejmować wymiar indywidualny i instytucjonalny [22, 151]. W przeprowadzonych badaniach znalazło to odzwierciedlenie z jednej strony w nadawaniu osobom uzależnionym wspomnianych powyżej etykiet indywidualnych, z drugiej strony, w wyrażonym przez niektórych respondentów przekonaniu, że leki w terapii substytucyjnej powinny być poza refundacją, ponieważ uzależnienie jest chorobą zawinioną przez pacjenta. Na szczególną pomoc i wsparcie państwa zasługują zaś chorzy, u których choroba to „niezawiniony dar od losu”.

Negatywne postawy wobec osób uzależnionych wpisują się w szerszy kontekst postaw społecznych wobec osób chorych psychicznie. W badaniach przeprowadzonych w latach 90. XX w. przez Wciórkę [152] stwierdzono, że społeczeństwo polskie cechuje większy dystans społeczny wobec osób chorych psychicznie niż wobec osób chorych z problemami zdrowotnymi spostrzeganymi jako „niezawinione nieszczęście” (kalectwo, upośledzenie umysłowe). W stosunku do chorych, których zachowania interpretowane były w kategoriach „zawinionego złamania reguł społecznych” jak narkomania, alkoholizm i AIDS, dystans ten był największy. Zastosowaną miarą dystansu społecznego był stopień społecznego sprzeciwu wobec pełnienia różnych ról społecznych przez chorych psychicznie i osoby uzależnione.

Inną badaną kategorią był poziom życzliwości wobec osób chorych psychicznie i uzależnionych. W przypadku tych ostatnich społeczna niechęć była silniejsza niż życzliwość. Wobec osób chorych psychicznie poziom deklarowanej życzliwości przeważał nad poziomem niechęci, ale przewaga życzliwości nad niechęcią była niższa niż w przypadku upośledzenia lub kalectwa. Autorzy badania nawiązując do teorii piętna społecznego Goffmana zauważają, że zjawisko dystansowania się od osób chorych psychicznie oraz odczuwana wobec nich niechęć może uruchomić szereg niekorzystnych procesów

psychologicznych oraz socjologicznych prowadzących do marginalizacji społecznej osób chorych psychicznie, osłabienia i opóźnienia działań pomocowych, a nawet utrwalenia nieprzystosowania społecznego. Ta konstatacja w oczywisty sposób odnosi się także do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (innych niż nikotyna). Badania na temat stosunku społeczeństwa wobec choroby psychicznej i osób chorych psychicznie były kontynuowane w latach 2005, 2008 i 2012 [153-155]. Niestety, w tych edycjach badania nie uwzględniono kategorii postaw i opinii wobec osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Wyniki badań prowadzonych po 2000 r. wskazują na spadek życzliwości wobec osób chorych psychicznie w porównaniu z wynikami badań z lat 90. XX w. Nadal choroby psychiczne postrzegane były jako choroby wstydlive, które prowadzą do znacznej stygmatyzacji osób chorych. Stopień sprzeciwu wobec pełnienia przez osoby chore psychicznie pewnych ról społecznych był znaczny, choć w wymiarze dystansu społecznego w pomiarze z 2012 r. odnotowano najkorzystniejsze zmiany. Niestety nie wiemy, czy podobne trendy w postawach wystąpiły w stosunku do osób uzależnionych.

Niejednoznaczne postawy wobec leczenia substytucyjnego

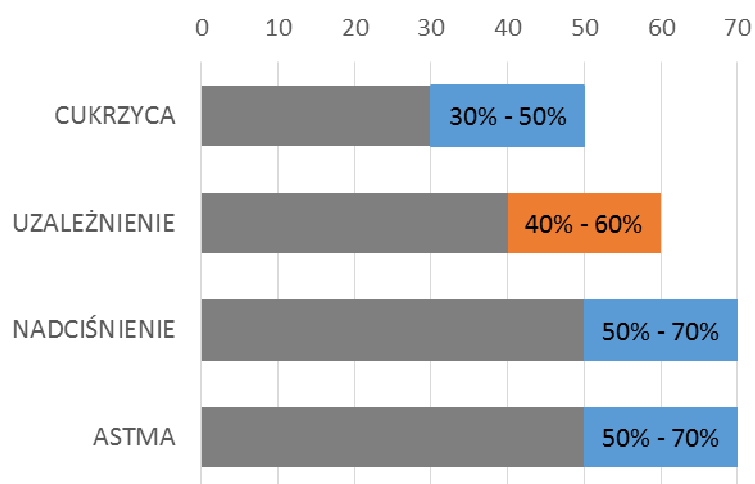
Celem przeprowadzonego badania było także poznanie postaw i opinii respondentów na temat leczenia substytucyjnego i rozpoznanie poziomu akceptowalności tych celów przez respondentów. Z teorii dyfuzji innowacji E.M. Rogersa znajdującej zastosowanie w ochronie zdrowia wiadomo, że metody budzące kontrowersje są wdrażane z większymi trudnościami niż metody powszechnie akceptowane [113, 114]. Wyniki badań w obszarze uzależnień wskazują, że łatwiej jest uzyskać akceptację metod, które za cel stawiają uzyskanie abstynencji od substancji psychoaktywnych niż tych metod, które ukierunkowane są na ograniczenie szkód zdrowotnych [9, 21]. Wyniki przeprowadzonych badań korespondują z tymi ustaleniami. Część respondentów kwestionowała zasadność i celowość terapii substytucyjnej argumentując, iż nie prowadzi ona do abstynencji. Z drugiej strony wśród respondentów byli tacy, którzy w pełni akceptowali cele leczenia substytucyjnego, wskazując, że podobnie jak w innych chorobach przewlekłych wskaźniki skuteczności prowadzonego leczenia obejmują poprawę stanu zdrowia, zapobieganie poważnym konsekwencjom zdrowotnym, które mogą doprowadzić do śmierci pacjenta, poprawę funkcjonowania społecznego, w tym zawodowego i rodzinnego. Wydaje się, że ci respondenci, którzy kontestowali cele leczenia substytucyjnego, nie dostrzegają wszystkich implikacji wynikających z faktu, że uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest chorobą przewlekłą, w której dochodzi do poważnych dysfunkcji na poziomie neurobiologicznych mechanizmów funkcjonowania OUN.

Kolejną przeszkodą w prowadzeniu przez lekarzy POZ terapii substytucyjnej może być postrzeganie przez znaczną część respondentów uzależnienia w kategoriach choroby o złym rokowaniu i małych szansach wyleczenia, w szczególności w odniesieniu do uzależnienia od opioidów i benzodiazepin. Respondenci oceniali, że szanse na powodzenie leczenia osób uzależnionych od opioidów są nie wyższe niż 30%, nieliczni uważali, że 50%. Lepsze rokowania dotyczyły uzależnienia od nikotyny. W przeprowadzonym w 2013 r. badaniu na reprezentatywnej próbie dorosłych mieszkańców Polski stwierdzono, że 75% respondentów uważało, że szanse na wyleczenie z uzależnienia od heroiny, gdy osoba uzależniona podejmie leczenie w placówce służby zdrowia, wynoszą 67% i są niemal takie same jak szanse na wyleczenie z uzależnienia od nikotyny [156]. W kontekście wyników cytowanych badań percepcja lekarzy co do szans na wyleczenie z uzależnienia od heroiny była znacznie mniej optymistyczna.

Przekonaniu respondentów, że leczenie osób uzależnionych od nikotyny wiąże się z lepszym rokowaniem niż leczenie osób uzależnionych od narkotyków, towarzyszyła opinia, że w przypadku nikotynizmu lekarz POZ może udzielić pacjentowi realnej pomocy. Podkreślano, że lekarze mają do dyspozycji leki, które często skutecznie pomagają pacjentom zaprzestać palenia papierosów. Zauważano także, że w ostatnich latach wielu lekarzy POZ uczestniczyło w szkoleniach na temat terapii zastępczej w nikotynizmie, co przyczyniło się do podniesienia ich poziomu wiedzy i kompetencji. Większość respondentów podzielała także opinię, że lekarz POZ jest właściwym specjalistą do zajmowania się problemem uzależnienia od nikotyny. Podobne wyniki badania uzyskano w innych krajach [21, 23]. W tym kontekście uprawnione może być przypuszczenie, że dobrze przygotowane szkolenia w zakresie terapii substytucyjnej mogłyby wzmocnić poczucie kompetencji lekarzy POZ i tym samym pozytywnie wpływać na ich gotowość do realizacji tej terapii, analogicznie jak stało się to w przypadku leczenia osób uzależnionych od nikotyny. Formułując jednak to optymistyczne założenie należy pamiętać, że uzależnienie od opioidów jest związane z bardzo silną stygmatyzacją społeczną [22, 133].

W ostatnim kilkunastu latach zwrócono także uwagę na podobieństwa pomiędzy nawrotami choroby w uzależnieniu od substancji psychoaktywnych a nawrotami w innych chorobach przewlekłych. Wyniki niektórych analiz [157] pokazują, że częstotliwość występowania nawrotów choroby jest porównywalna w różnych schorzeniach, uznawanych za przewlekłe. McLellan oszacował, że wskaźnik nawrotów w przypadku uzależnienia od substancji psychoaktywnych jest niewiele wyższy niż w przypadku cu-

krzycy typu I, a niższy w porównaniu ze wskaźnikiem nawrotów w przypadku nadciśnienia tętniczego i astmy (ryc. 10).



Ryc. 10. Porównanie wskaźnika nawrotów pomiędzy uzależnieniem od substancji psychoaktywnych a innymi chorobami przewlekłymi [157].

Pomimo podobieństw w częstotliwości występowania nawrotów w różnych chorobach przewlekłych specjaliści często nadają odmienne znaczenie przypadkom nawrotu w uzależnieniu i w przypadku nawrotu w innych chorobach przewlekłych. W leczeniu uzależnienia nawrót często traktowany jest jako znak niepowodzenia terapii. Powszechne jest oczekiwanie, że nawet jeden epizod leczniczy powinien doprowadzić do względnie trwałej abstynencji i długofalowej poprawy funkcjonowania pacjenta. Często rozumienie uzależnienia jako problemu o charakterze przewlekłym ogranicza się do uznania, że pacjent nigdy nie będzie mógł używać substancji w sposób kontrolowany i na zawsze powinien zostać abstynentem. Tymczasem należałoby w leczeniu podkreślać fakt, iż przewlekły charakter uzależnienia oznacza konieczność zapewnienia systematycznej opieki trwającej często wiele lat.

Powyższa kwestia znalazła swoje odzwierciedlenie także w rekomendacjach UNGASS, który podkreśla, że uzależnienie powinno być traktowane jak choroba przewlekła, którą można skutecznie leczyć, podobnie jak inne choroby przewlekłe – cukrzycę czy choroby układu krążenia, i podobnie jak w wymienionych chorobach należy dążyć do zorganizowania modelu ciągłej opieki trwającej długi czas [133]. Powyższe rozważania powinny stanowić ważne wskazanie dla zakresu szkoleń proponowanych lekarzom i innym pracownikom służby zdrowia w Polsce.

Zachowania pacjentów jako bariera w realizacji leczenia substytucyjnego w warunkach POZ

Respondenci wskazywali na określone zachowania pacjentów, które mogłyby utrudniać prowadzenie terapii substytucyjnej w warunkach POZ. Najczęściej przewidywano, że pacjenci mogą manipulować lekarzem w celu uzyskania dodatkowej recepty na

lek, a nawet dopuszczać się fałszowania recept. Postrzeganie osób uzależnionych jako tych, które często oszukują czy manipulują otoczeniem, jest identyfikowane w wielu badaniach i wskazywane jako jedno ze źródeł trudności we współpracy z pacjentem [21, 142, 143].

Inne zachowania, które oceniano jako niesprzyjające realizacji terapii substytucyjnej w praktyce lekarza POZ, to zachowania agresywne i przemocowe wobec personelu. Tego typu obawy wyrażane były przez mniejszą część respondentów i rzadko kiedy wskazywane, jako główna przeszkoda w realizacji przez nich terapii substytucyjnej. W piśmiennictwie na temat barier w realizacji terapii substytucyjnej przez lekarzy ogólnych obawy przed zachowaniami agresywnymi są często identyfikowane. We wnioskach z niektórych badań jawią się one jako jedne z najważniejszych przeszkód [135], w innych podobnie, jak w badaniach przeprowadzonych przez autorkę, obawy przed agresją pacjentów pełnią rolę drugoplanową [21, 23].

Barier strukturalne – przeciążenie obowiązkami, nadmierna liczba pacjentów, nadmierna biurokracja

W katalogu potencjalnych barier utrudniających realizację leczenia substytucyjnego przez lekarzy POZ najważniejsze miejsce, w opinii respondentów, zajmują ograniczenia wynikające z przeciążenia pracą oraz zbyt dużej liczby pacjentów przypadających na jednego lekarza POZ. Dane zawarte w raporcie OECD 'Health at glance' [158], publikującym podstawowe wskaźniki zdrowotne i te dotyczące organizacji systemu opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach wskazują, że we Francji, Niemczech i Austrii, czyli krajach, gdzie lekarze ogólni mają duży udział w realizacji leczenia substytucyjnego, stanowili oni odpowiednio 46, 41 i 32% ogółu lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych. W Grecji, jedynym kraju uczestniczącym w badaniu, w którym lekarze POZ, podobnie jak w Polsce, nie uczestniczyli w prowadzeniu terapii substytucyjnej, udział lekarzy ogólnych w ogólnej strukturze lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych osiągnął wartość 6%. W Polsce wskaźnik ten kształtuje się na poziomie 17%. Przytoczone dane wskazują, że tam, gdzie lekarze ogólni odgrywali ważną rolę w realizacji leczenia substytucyjnego, ich udział w ogólnej strukturze lekarzy był o wiele wyższy niż w Polsce.

Propozycja delegowania na lekarzy POZ w Polsce kolejnych zadań powoduje u wielu z nich frustrację i poczucie niemożności sprostania kolejnym obowiązkom. Choć należy zauważyć, że uwzględniając liczbę osób uzależnionych od opioidów w Polsce, liczba pacjentów zgłaszających się do lekarzy POZ byłaby prawdopodobnie niewielka. Czynniki braku czasu oraz nadmiar obowiązków są identyfikowane w wielu badaniach,

jako poważne bariery w pozyskaniu zaangażowania lekarzy w realizację terapii substytucyjnej [21, 23, 142, 143]. W tym kontekście ważne są wyniki badań zrealizowanych, m.in. w Australii i w Niemczech, z których wynika, że pozostawienie lekarzowi decyzji co do liczby pacjentów leczonych substytucyjnie w ramach prowadzonej praktyki pozytywnie wpływa na ich gotowość do prowadzenia tej terapii [77, 111, 159].

7.2.2. Czynniki sprzyjające prowadzeniu terapii substytucyjnej przez lekarzy POZ

W badaniach przeprowadzonych w Polsce na przełomie lat 70. i 80. XX w. na temat postaw lekarzy wobec osób chorych psychicznie stwierdzono, że ci, których cechowała empatia, zrozumienie i uwrażliwienie na problemy osób chorych psychicznie, traktowali pacjentów w sposób bardziej podmiotowy niż ci lekarze, u których te cechy występowały w mniejszym nasileniu [160]. W przeprowadzonych badaniach własnych stwierdzono, że wielu respondentów wykazywało znaczny poziom empatii i współczucia nie tylko wobec osób uzależnionych, ale przede wszystkim wobec rodzin osób uzależnionych. W świetle wspomnianych wyników badań może to stanowić pozytywny prognostyk ich przyszłego zaangażowania w leczenie substytucyjne.

Respondenci postrzegając złożoną sytuację społeczną osób uzależnionych zauważali także, że leczenie substytucyjne prowadzone w ramach praktyki lekarza POZ jest obciążone mniejszą stygmatyzacją społeczną niż to samo leczenie prowadzone w ramach PLU, co może ułatwiać niektórym pacjentom podjęcie decyzji o leczeniu. Podobne opinie lekarze wyrażali w wielu innych badaniach, co znajduje odzwierciedlenie w piśmiennictwie [20, 22].

O tym, że leczenie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w PLU wiąże się z poważną stygmatyzacją społeczną, świadczą także badania prowadzone wśród pacjentów polskich placówek odwykowych. W badaniu przeprowadzonym wśród osób uzależnionych od alkoholu [161] stwierdzono, że obawy pacjentów przed ujawnieniem faktu leczenia w PLU i związanym z tym napiętnowaniem społecznym były tak duże, iż wielu z nich decydowało się podjąć terapię tylko w poradni odwykowej oddalonej od miejsca zamieszkania. Ukrywanie podjętej terapii dotyczyło zarówno pacjentów z Warszawy, jak i z małych miejscowości.

Rozpatrując czynniki, które mogą pozytywnie wpływać na motywację lekarzy do włączenia się w realizację leczenia substytucyjnego, na uwagę zasługuje przede wszystkim postrzeganie, przez większość respondentów, leczenia substytucyjnego jako integralnej części opieki zapewnianej przez lekarza POZ. Zauważano, że realizacja leczenia substytucyjnego w ramach POZ przyczyniłaby się do poprawy opieki medycznej nad

osobami uzależnionymi. Podobne wyniki badań uzyskano w innych krajach [23, 162]. Rozpoznawanie przez respondentów korzyści z włączenia się lekarza POZ w opiekę nad pacjentem uzależnionym i ordynowania leków substytucyjnych stanowi ważny kapitał, na którym można budować systemowe rozwiązania włączające lekarzy POZ w realizację leczenia substytucyjnego. Ważnym predyktorem efektywnego wdrażania zmian w systemie opieki zdrowotnej jest bowiem przekonanie grupy docelowej, w tym wypadku lekarzy POZ, o sensie i znaczeniu własnych działań [113, 114].

Podniesienie poziomu wiedzy i kompetencji w zakresie terapii substytucyjnej

Podniesienie poziomu wiedzy i kompetencji, to warunek niezbędny, aby lekarze POZ mogli włączyć się w prowadzenie terapii substytucyjnej. Preferowane formy szkoleń były zróżnicowane – zdecydowana większość oczekiwała szkoleń stacjonarnych, zwracając uwagę, że powinny one obejmować nie tylko informacje na temat leczenia substytucyjnego, interakcji leków stosowanych w terapii substytucyjnej z innymi lekami, rozpoznawania sygnałów nawrotu choroby, ale również warsztaty, w jaki sposób postępować z pacjentem demonstrującym trudne zachowania, np. agresję werbalną, roszczeniową postawą, próbami uzyskiwania recept bez wskazań medycznych itd. Niektórzy respondenci uważali, że lepszą formą byłyby szkolenia internetowe, do których lekarz ma dostęp w każdym wygodnym dla siebie czasie. W kontekście tych oczekiwań warto przytoczyć wyniki badania przeprowadzonego z Belgii, które sugerują, że należy poszukiwać innych niż szkolenia, innowacyjnych metod podnoszenia kwalifikacji lekarzy POZ, np. organizowanie grup dyskusyjnych dotyczących konkretnych przypadków i problemów związanych z terapią substytucyjną [143]. Z kolei z badań przeprowadzonych w Australii wynika, że być może szkolenia powinny być organizowane przede wszystkim dla lekarzy prowadzących praktykę na obszarach, gdzie problem narkomanii występuje i istnieje realna szansa, że pacjent uzależniony zgłosi się do lekarza w celu podjęcia leczenia substytucyjnego [23]. Niektórzy respondenci w badaniach przeprowadzonych przez autorkę zwracali uwagę, że liczba pacjentów zgłaszających się do POZ w związku z leczeniem substytucyjnym może być niewielka. Dlatego należy zadbać o bardziej elastyczne formy podnoszenia kwalifikacji niż stacjonarne szkolenia. Użyteczność wiedzy zdobytej na szkoleniu wiele miesięcy czy lat wcześniej, zanim zgłosi się pierwszy pacjent, jest bardzo ograniczona. Respondenci oczekiwali także, że dostępne będą wytyczne (*guidelines*), które zawierałyby jasne schematy czy procedury postępowania klinicznego, podobnie jak to ma miejsce w przypadku innych chorób. Użyteczność „wytycznych” w praktyce klinicznej była przedmiotem wielu badań. Ich wyniki nie są jednoznaczne. Z jednej strony wskazuje się, że podnoszą one

poziom kompetencji i wiedzy oraz mają wpływ na jakość udzielanych świadczeń, z drugiej – że ich użyteczność jest ograniczona w konkretnych warunkach realizacji świadczeń zdrowotnych. Dlatego, aby podnieść ich użyteczność, niektórzy zalecają pozostawienie w wytycznych marginesu swobody w ich praktycznej implementacji przez lekarzy [24, 112].

Współpraca z innymi podmiotami i służbami

Mówiąc o optymalizacji warunków prowadzenia terapii substytucyjnej przez lekarzy POZ respondenci podkreślali potrzebę współpracy z PLU czy psychiatrami, którzy mają doświadczenie w realizacji tego typu leczenia. Ta kwestia wybrzmiewała w wielu wypowiedziach i stanowiła jeden z podstawowych warunków zwiększenia gotowości lekarzy POZ do prowadzenia terapii substytucyjnej. Oczekiwanie to jest tym bardziej uzasadnione, że u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych problemy zdrowia psychicznego występują częściej niż w populacji ogólnej [163]. Zdecydowana większość respondentów zwracała także uwagę na potrzebę współpracy z ośrodkami pomocy społecznej. Spektrum problemów, których doświadcza osoba uzależniona, jest tak szerokie, że ich zarządzanie wykracza poza zadania służby zdrowia. Zidentyfikowane potrzeby respondentów dotyczące współpracy z PLU, psychiatrami oraz z sektorem pomocy społecznej są spójne z ustaleniami z innych badań [21, 70, 111, 142, 143, 148].

W jednym z nich najczęściej zgłaszanym przez lekarzy postulatem było zapewnienie 24-godzinnego punktu konsultacyjnego udzielającego wsparcia i konsultacji lekarzom nieposiadającym dużego doświadczenia w prowadzeniu terapii substytucyjnej [146].

Monitorowanie recept wystawianych na leki substytucyjne

W kontekście bezpieczeństwa terapii substytucyjnej należy rozpatrywać przekonanie respondentów, że ich gotowość do prowadzenia tej terapii byłaby większa, gdyby w Polsce funkcjonował system elektronicznej obsługi recept. Efektywnie działający system mógłby pozytywnie wpływać na współpracę pomiędzy lekarzem a pacjentem. W przeanalizowanym piśmiennictwie nie stwierdzono, aby postulaty dotyczące elektronicznej obsługi recept były zgłaszane przez lekarzy. Być może wynika to z faktu, że w innych systemach opieki zdrowotnej, w których leczenie substytucyjne jest prowadzone w trybie ordynacji lekarskiej, system elektronicznej obsługi recept funkcjonuje.

Zachęty finansowe

Kwestia odpowiednich zachęt finansowych dla lekarzy ogólnych prowadzących terapię substytucyjną była przedmiotem wielu badań prowadzonych w Europie i poza

nią. Wnioski płynące z nich są spójne z tymi uzyskanymi w przeprowadzonym badaniu. Wskazują one, że korzystne mechanizmy finansowe mogą mieć pozytywny wpływ na podniesienie gotowości lekarzy do prowadzenia leczenia substytucyjnego oraz, że postrzeganie finansowych zachęt jako zbyt niskich powstrzymuje lekarzy od aktywnego włączenia się w realizację tej terapii [21, 24, 111, 142]. Wyniki niektórych badań wskazują jednak, że zmienną modyfikującą pozytywny wpływ zachęt finansowych mogą stanowić negatywne postawy lekarzy na temat osób uzależnionych [21] oraz ich przekonanie, że leczeniem tych pacjentów powinni zajmować się lekarze psychiatry, nie zaś lekarze rodzinni [164]. Podobne opinie wyrażała część respondentów w przeprowadzonych badaniach własnych.

7.3. Podsumowanie

Przepisy prawne mogą pozytywnie lub negatywnie wpływać na dostęp do leczenia substytucyjnego. Ramy prawne definiujące sposób udzielania świadczeń z zakresu leczenia substytucyjnego w Polsce różnią się od regulacji występujących w innych krajach UE, w których osiągnięto wysokie wskaźniki dostępu do terapii substytucyjnej na wielu wymiarach. Założenia legislacyjne przyjęte w Polsce dają prymat ochronie społeczeństwa przed niewłaściwym wykorzystaniem leków stosowanych w terapii substytucyjnej nad zapewnieniem dostępności terapii substytucyjnej.

Przede wszystkim polski ustawodawca drastycznie ograniczył liczbę podmiotów leczniczych uprawnionych do prowadzenia leczenia substytucyjnego tylko do tych, które uzyskają zgodę administracyjną na prowadzenie programu leczenia substytucyjnego. Wyniki badań wskazują, że wysokie parametry dostępności terapii substytucyjnej można osiągnąć wtedy, gdy wykorzystuje się cały potencjał poradni (centrów) leczenia uzależnień oraz gdy ich liczba i rozmieszczenie są adekwatne do rozmiarów i występowania populacji osób uzależnionych.

Drugi model zapewniający dobry dostęp do leczenia substytucyjnego wykorzystuje zarówno potencjał PLU, jak i lekarzy ogólnych. Włączenie lekarzy ogólnych w realizację leczenia substytucyjnego zapewnia pacjentowi lepszą ogólną opiekę lekarską, zwiększa dostęp do terapii na terenach wiejskich i małych miasteczek oraz ułatwia niektórym pacjentom podjęcie decyzji o leczeniu w związku z mniejszą stygmatyzacją społeczną.

Różnice w organizacji leczenia substytucyjnego w Polsce i innych krajach – wynikające z odmiennych regulacji prawnych – obejmują wiele innych wymiarów. Wykluczenie aptek i farmaceutów z udziału w realizacji leczenia substytucyjnego, brak możliwości prowadzenia leczenia substytucyjnego w trybie ordynacji lekarskiej, brak mecha-

nizmów stymulujących zrównoważony dostęp do leków substytucyjnych, to główne mankamenty rozwiązań przyjętych w Polsce. W większości krajów objętych badaniami lekarze realizujący leczenie substytucyjne mieli dostęp do wytycznych klinicznych do leczenia substytucyjnego. Dostęp ekonomiczny do leku był zapewniany przez refundację kosztów leku.

Na kształtowanie się dostępu do leczenia substytucyjnego wpływ mają nie tylko regulacje prawne, ale także inne czynniki. Wśród nich szczególne miejsce zajmują właściwości systemu opieki zdrowotnej oraz postawy i opinie lekarzy na temat uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz leczenia substytucyjnego. Poznanie tych postaw i opinii może pomóc zaplanować proces włączenia lekarzy POZ w prowadzenie tej terapii. Potencjalne bariery obejmują: niskie poczucie kompetencji do prowadzenia leczenia substytucyjnego, niejednoznaczne postawy i opinie wobec osób uzależnionych od narkotyków, postrzeganie uzależnienia jako choroby na życzenie, zawinionej przez pacjenta oraz o niskich szansach wyleczenia. Bariery strukturalne stanowią bardzo ważną przeszkodę w katalogu potencjalnych przeszkód. Z kolei przekonanie lekarzy, że prowadzenie leczenia substytucyjnego mieści się w ramach ich zadań oraz zmniejsza stygmy społeczną, może sprzyjać ich zaangażowaniu w terapię substytucyjną. Ważną zmienną pozostaje także przekonanie lekarzy, że prowadzone przez nich leczenie poprawi poziom ogólnej opieki zdrowotnej nad pacjentem oraz pozwoli na monitorowanie wielu chorób.

Zaangażowaniu lekarzy POZ w leczenie substytucyjne może sprzyjać wyrażany przez część respondentów znaczny poziom empatii i uwrażliwienia na cierpienie i problemy osób uzależnionych oraz ich rodzin. Preferowany zakres czynności obejmował kontynuowanie leczenia zainicjowanego przez PLU w ścisłej współpracy z personelem medycznym PLU. Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają na sformułowanie rekomendacji, które choć nie wpłyną na zmniejszenie obciążeń lekarzy POZ, to poprzez poprawę innych parametrów mogą sprzyjać zwiększeniu dostępności.

8. OGRANICZENIA BADANIA

Badaniami objęto tylko te kraje UE, które uzyskały dobre parametry dostępu do terapii substytucyjnej, pominięto zaś te, w których – podobnie jak w Polsce – wskaźniki dostępności kształtują się na niskim poziomie. Włączenie tych krajów do badania umożliwiłoby zebranie dodatkowego materiału, który pozwalałby na zbadanie, czy zidentyfikowane w badaniach bariery prawne i organizacyjne ograniczające dostęp do leczenia substytucyjnego mają uniwersalny charakter i występują w innych krajach o niskich wskaźnikach dostępu do leczenia substytucyjnego.

W drugiej części badań dotyczącej wiedzy, opinii i postaw lekarzy POZ w kontekście uzależnienia od narkotyków oraz możliwości włączenia ich w prowadzenie leczenia substytucyjnego przyjęta metodologia badań jakościowych nie pozwala na ekstrapolację uzyskanych wyników na całą populację lekarzy POZ w Polsce. Przeprowadzone badania nie dostarczają także informacji na temat rozpowszechnienia zidentyfikowanych w badaniu postaw i przekonań wśród lekarzy POZ w Polsce. Choć w badaniach zadbano o uzyskanie jak najszerszego spektrum informacji dobierając respondentów zróżnicowanych pod względem wielu cech demograficznych i zawodowych: płci, wieku, doświadczenia zawodowego, miejsca realizacji świadczeń zdrowotnych (małe miejscowości i duże miasta) oraz stopnia ekspozycji na kontakt z osobami uzależnionymi od opioidów, to jednak teren badania ograniczony był do 3 województw, z których dobrano respondentów.

Ponadto badania wśród lekarzy POZ były realizowane w 2017 r. i w pierwszych miesiącach 2018 r. w czasie protestów lekarzy rezydentów i towarzyszącej tym protestom ożywionej debaty publicznej na temat problemów służby zdrowia, co mogło mieć wpływ na treść wypowiedzi respondentów, w szczególności w kontekście delegowania na nich dodatkowych zadań związanych z realizacją leczenia substytucyjnego.

9. WNIOSKI I REKOMENDACJE

9.1. Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań i uzyskanych wyników sformułowano następujące wnioski:

I. *Ocena regulacji prawnych i organizacji leczenia substytucyjnego w wybranych krajach UE i w Polsce:*

1. Udział lekarzy ogólnych w realizacji leczenia substytucyjnego sprzyja poprawie opieki zdrowotnej nad pacjentem uzależnionym oraz dobrej dostępności leczenia.
2. Rozwiązania, które wykorzystują różnorodność form organizacyjnych leczenia substytucyjnego i umożliwiają lepsze dopasowanie sposobu realizacji terapii do potrzeb pacjenta, jego stanu psychofizycznego i etapu terapii, pozytywnie wpływają na skuteczność i dostępność tej terapii oraz poprawiają współpracę między lekarzem a pacjentem.

Badania pozwoliły także na określenie barier w dostępie do leczenia substytucyjnego w Polsce:

1. Regulacje prawne leżące u podstaw organizacji leczenia substytucyjnego w Polsce ukształtowane zostały przez postrzeganie uzależnienia od substancji psychoaktywnych (innych niż nikotyna) przede wszystkim w kategoriach problemu społecznego, nie zaś przewlekłej choroby, wymagającej długotrwałego medycznego oddziaływania.
2. Przyjęte w Polsce priorytety w zakresie organizacji leczenia substytucyjnego doprowadziły do sformułowania restrykcyjnych warunków realizacji tego leczenia, ograniczonej liczby świadczeniodawców oraz form organizacyjnych nieadekwatnych w stosunku do zróżnicowanych potrzeb pacjentów.
3. Podejmowane dotychczas próby zwiększenia dostępu do leczenia substytucyjnego nie powiodły się, ponieważ nie dokonano redefinicji uzależnienia od opioidów, a podejmowane działania podporządkowane były ścisłej reglamentacji dostępu do leków stosowanych w terapii substytucyjnej.
4. Niewielka liczba lekarzy zaangażowanych w leczenie substytucyjne, brak wytycznych klinicznych tej formy leczenia oraz brak standardów kształcenia studentów i lekarzy w zakresie leczenia uzależnień ograniczają możliwości upowszechniania wiedzy o leczeniu osób uzależnionych od narkotyków.

II. *Ocena gotowości lekarzy POZ do realizacji leczenia substytucyjnego*

1. Na gotowość lekarzy POZ do prowadzenia leczenia substytucyjnego wpływ ma poziom wiedzy na temat leczenia osób uzależnionych, postawy wobec tej grupy chorych oraz właściwości systemu opieki zdrowotnej.

2. Niewystarczający poziom wiedzy lekarzy POZ na temat leczenia osób uzależnionych, negatywne postawy wobec tej grupy chorych oraz zbyt duża liczba pacjentów na tzw. aktywnej liście mogą stanowić podstawowe przeszkody w realizacji leczenia substytucyjnego w ramach POZ.
3. Postrzeganie przez lekarzy POZ leczenia substytucyjnego jako integralnej części opieki w ramach POZ oraz dostrzeganie korzyści zdrowotnych dla pacjenta z leczenia substytucyjnego może pozytywnie wpływać na gotowość do realizacji tej formy leczenia przez lekarzy POZ.

9.2. Rekomendacje dla zmiany regulacji prawnych i organizacji leczenia substytucyjnego w Polsce

Przeprowadzone badania wskazują na potrzebę wprowadzenia zmian w polskich regulacjach i organizacji leczenia substytucyjnego. Obejmują one:

1. Zniesienie wymogu uzyskiwania zezwolenia przez podmiot leczniczy na prowadzenie leczenia substytucyjnego.
2. Włączenie wszystkich poradni leczenia uzależnień, które mają zawarty kontrakt z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w realizację leczenia substytucyjnego jako metody o udokumentowanej w badaniach empirycznych skuteczności poprzez wskazanie w odpowiednich rozporządzeniach MZ lub Prezesa NFZ, że leczenie substytucyjne należy do katalogu obowiązkowych świadczeń w PLU.
3. Nadanie uprawnień do ordynowania leków substytucyjnych na receptę co najmniej specjalistom w dziedzinie medycyny rodzinnej, specjalistom chorób wewnętrznych zatrudnionym w POZ oraz specjalistom w dziedzinie psychiatrii zatrudnionym w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz PLU.
4. Objęcie przez MZ leków substytucyjnych ordynowanych na receptę refundacją, aby były one dla pacjenta bezpłatne lub wydawane z odpłatnością ryczałtową.
5. Stworzenie zintegrowanych systemów współpracy pomiędzy lekarzem POZ prowadzącym leczenie substytucyjne a poradnią leczenia uzależnień lub lekarzem psychiatrą doświadczonym w realizacji terapii substytucyjnej w celu udzielania wsparcia merytorycznego lekarzom POZ, zapewnienia ciągłości leczenia oraz udziału pacjenta w oddziaływaniach psychoterapeutycznych, w przypadkach gdy jest to uzasadnione.
6. Opracowanie zasad współpracy pomiędzy POZ a placówkami pomocy społecznej w celu monitorowania funkcjonowania społecznego pacjenta oraz ustabilizowania jego warunków mieszkaniowych czy bytowych.

7. Wdrożenie zachęt finansowych w postaci zwiększenia stawki kapitacyjnej za pacjenta leczonego substytucyjnie w ramach praktyki lekarza POZ lub wdrożenie przez NFZ specjalnego programu terapii substytucyjnej prowadzonego w ramach praktyki lekarza POZ.
8. Opracowanie wytycznych klinicznych oraz zapewnienie szkoleń i innych form kształcenia na temat leczenia substytucyjnego prowadzonych w zróżnicowanych formach organizacyjnych wychodząc naprzeciw różnorodnym oczekiwaniom lekarzy POZ w tym zakresie.

10. ZAŁĄCZNIKI

10.1. Kwestionariusz do samodzielnego wypełnienia przez kluczowych informatorów

Maintenance substitution treatment in(name of the country)

Name of person who filled in the questionnaire

Position of person who filled in the questionnaire

Name of institution

Date of filling in the questionnaire

In many questions more than 1 answer is possible, mark as many answers as you consider appropriate.

If you do not know the answer, please write it in appropriate question.

1. When was **maintenance** substitution treatment introduced – please indicate the year

2. What law or/and ordinance **currently** regulate the issue of maintenance substitution treatment, please give the title and date when they went into force (in English)?

1.

2.

3.

3. Who is currently entitled to decide on admission to maintenance substitution treatment according to the legislation (tick appropriate):

Physicians at specialist clinics or centres	General practitioners outside specialist clinics or centres	Psychiatrists outside specialist clinics or centres	Other specialists outside specialist clinics or centres (who?)

Additional comments:

4. Who is currently entitled to deliver (it means to continue after admission) maintenance substitution treatment according to the legislation (underline correct):

Physicians at specialist clinics or centres	General practitioners outside specialist clinics or centres	Psychiatrists outside specialist clinics or centres	Other specialists outside specialist clinics or centres (who?)

Additional comments:

5. According to the legislation, is it possible that patients receive a prescription for opioid substitution medication from doctors and can receive it at a pharmacy for self-administration at home (patients use the medications at home)?

NO YES

If YES, which opioid substitution medication can be available on prescription and used at home?

Tick the appropriate:

methadone

buprenorphine

buprenorphine with naloxone (Suboxone)

other (give the names of substitution medicines)

Additional comments:

6. Is it possible for patients to self-administer the medication as prescribed by a doctor under the supervision of pharmacy staff at a pharmacy?

NO YES

If YES, please tick the appropriate:

methadone

buprenorphine

buprenorphine with naloxone (Suboxone)

other (give the names of substitution medication)

Additional comments:

7. Who can prescribe particular substitution medications to be used at home?

Specialists Medications	General practitioners outside specialist clinics or centres	Psychiatrists outside specialist clinics or centres,	Physicians at specialist clinics or centres	Other specialists (who?)
Methadone				
Buprenorphine				
Buprenorphine+ naloxone				
Others				

Additional comments:

8. Which medications in maintenance substitution treatment are the most prevalent, less prevalent and rarely used. Please put appropriate digital, where "3" means the most prevalent medicines, "2" less prevalent, "1" very rarely used? If you know the estimated percentage of patients receiving particular medications, please give also this information in brackets.

Methadone	
Buprenorphine	
Buprenorphine with naloxone	
Other (give the names of medicines)	

Additional comments:

9. According to the legislation, for what period of time can the prescribed medication be administered to patients?

No limitations

Maximum for days or months

Additional comments:

10. What kind of prescriptions are used in the case of medications for maintenance substitution treatments?

standard, regular prescriptions

special prescriptions with original and copy

other type of special prescription under special control/monitoring, please give some important details

Additional comments:

11. Duration of maintenance substitution treatment according to the legislation:
- Legislation does not introduce any limitations. It depends on the doctor and patient (even for many years)
 - Legislation or guidelines (**underline correct document**) provide that maintenance substitution treatment can be delivered preferably not longer than years
- Additional comments:
-
12. Who is the payer of medications for substitution treatment on prescription?
- 100% is paid by patients (concerns substitution medicines like
 -% is paid by patients and% is paid by the insurance system (concerns substitution medicines like.....)
 - There are no strict regulations. It depends on the financial situation of patients.
- Additional comments. If the rules of payment are different for different medicines please provide information about the payment below)
-
13. Do physicians receive any additional money (or financial incentives) for each patient who is provided with substitution treatment?
- NO YES
- Additional comments:
-
14. Do the specialists who deliver substitution treatment need any kind of additional training?
- NO YES
- If YES, please give details how many hours, who conducts this training, where it is regulated – in law or guidelines?
- Additional comments:
-
15. Do the specialists entitled to deliver substitution treatment need to meet additional requirements apart from training (like special licenses or need to be registered somewhere or need to renew the license every 3 or five years)?
- NO YES
- If Yes, please give relevant details about additional requirements?
-
- Additional comments:
-
16. What are the goals of maintenance substitution treatment in legal acts (main law or ordinance) – please indicate the goals as referred to in legislation)?
1.
 2.
 3.
 4.
 5. Please give the full name of this act of law and date when it went into force (in English)
-
-
- Additional comments:
-

17. Admission criteria to substitution treatment according to the law or guidelines (**underline correct document**)? Please list admission criteria as provided in the law or guidelines

1.
2.
3.
4.
Additional comments:

18. Dropout criteria from substitution treatment according to (**underline correct document**) the law or guidelines? Please list dropout criteria as provided in the law or guidelines.

Law (or guidelines) define the following dropout criteria:

-
-
-

Law (or guidelines) does not define the dropout criteria and decision is given to the doctors:
Additional comments:

19. Do you have a national/regional register of patients in maintenance substitution treatment?

NO YES

If Yes, are data collected anonymously:

YES NO (it means that it is possible to identify names in the register)

Additional comments:

20. Does the law or professional guidelines define minimum conditions for laboratory urine tests (or tests of other biological specimen) for patients who undergo maintenance substitution treatment (for instance frequency of having such tests).

No, the doctors decide if such tests are necessary and how frequently they should be administered

Yes

If Yes, please give details of these minimum conditions:

-
-
-

Additional comments:

21. Does the law or guidelines (**underline correct document**) provide that therapeutic sessions for patients in maintenance substitution treatment **are compulsory**?

No. It depends on the agreement between doctors and patients. Law or guidelines do not define this issue as compulsory

Yes

If Yes, please give details – how many hours, how long, how frequently, if compulsory for patients?

-
-
-

Law or guidelines mentioned this issue as general recommendation but the final decision if patients will take part in therapeutic sessions belongs to doctors and patients

Additional comments:

22. What was the availability of maintenance substitution treatment at the end of 20
 (please give the relevant year of last available data)?
- the percentage of opioid addicts population covered by substitution treatment - %.
 - the number of opioid addicts in substitution treatment -
 - the estimated number of opioid problem users - (last estimation was conducted in.....)
 - the number of doctors entitled to prescribe maintenance substitution treatment
 (please give the relevant year of last available data)
-
23. What is the percentage estimation of patients who receive medications in maintenance substitution treatment from general practitioners outside specialist clinics or centres?
 What is the percentage estimation of patients who receive medications in maintenance substitution treatment at specialist clinics or centres?
 What is the percentage estimation of patients who receive medications in maintenance substitution treatment from other specialists?
-
24. What is the geographical distribution of maintenance substitution treatment:
- balanced across the whole country
 - there are areas where substitution is difficult to access by patients
- Additional comments:
-
25. Do you have professional substitution treatment guidelines?
- No
 - Yes, we have. It was prepared by (whom?)
 (Associations? Doctors upon request of the Ministry of Health?). Please give the date when such guidelines were developed first time
- Additional comments:
-
26. Is it allowed to administer injectable medications in maintenance substitution treatment like diamorphine?
- NO YES
- If YES, please give names of the medicines
- Additional comments:

If you have any documents in English which regulate substitution treatment like main law (or relevant paragraphs), ordinance or guidelines I will appreciate it if you will send them to my e-mail address boguslawa.bukowska@kbpn.gov.pl

10.2. Dyspozycje do wywiadu indywidualnego

Dyspozycje do wywiadu

1. Interwencje podejmowane przez respondenta wobec osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.
2. Stopień przygotowania do rozmowy, interwencji z osobą uzależnioną od substancji psychoaktywnych (nikotyny, alkoholu, opioidów i innych).
3. Źródła wiedzy respondenta o uzależnieniu od substancji psychoaktywnych.
4. Częstotliwość zgłaszania się pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych do POZ.
5. Opinie na temat uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym w szczególności od opioidów (przyczyn i konsekwencji).
6. Podobieństwa i różnice między uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, w tym szczególnie od opioidów, a innymi chorobami przewlekłymi.
7. Różnice i podobieństwa w opiece nad pacjentem uzależnionym od substancji psychoaktywnych, w szczególności od opioidów (heroiny), a pacjentem chorym na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę lub inną chorobę przewlekłą.
8. Percepcja szans wyleczenia osoby uzależnionej od substancji psychoaktywnych, w szczególności uzależnionej od opioidów.
9. Wiedza i opinie respondentów na temat leczenia substytucyjnego.
10. Opinie na temat zachowań osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w tym szczególnie uzależnionych od opioidów w kontekście leczenia substytucyjnego w ramach POZ.
11. Opinie na temat odpłatności za leki stosowane w terapii substytucyjnej.
12. Opinie na temat włączenia leczenia substytucyjnego do zadań lekarza POZ.
13. Przewidywane korzyści dla pacjenta z realizacji leczenia substytucyjnego w POZ.
14. Przewidywane bariery w prowadzeniu leczenia substytucyjnego przez lekarza POZ (ograniczenia strukturalne i osobiste).
15. Stopień gotowości do prowadzenia leczenia substytucyjnego.
16. Oczekiwania w kontekście podniesienia gotowości lekarzy POZ do prowadzenia leczenia substytucyjnego (edukacyjne, finansowe, organizacyjne).
17. Opinie i postawy, innych znanych respondentowi lekarzy POZ, do prowadzenia leczenia substytucyjnego.
18. Standardowa informacja o leczeniu substytucyjnym odczytywana tym respondentom, którzy nie mają wiedzy o leczeniu substytucyjnym:
„Leczenie substytucyjne to farmakologiczna metoda leczenia osób uzależnionych od opioidów prowadzona pod nadzorem lekarza polegająca na zastosowaniu środka farmakologicznego działającego agonistycznie na receptory mi, ukierunkowana na osiągnięcie określonych celów terapeutycznych, zwykle takich jak poprawa stanu zdrowia i samopoczucia. Najczęściej jako środek substytucyjny stosuje się metadon i buprenorfina”.
19. Standardowa informacja o tym, w jaki sposób lekarz POZ mógłby być włączony w realizację leczenia substytucyjnego:
„Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzenie zmian w przepisach prawa, których celem ma być włączenie lekarzy POZ w leczenie substytucyjne osób uzależnionych od opioidów. Obecnie taki projekt nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jest konsultowany. Lekarz POZ mógłby kontynuować leczenie substytucyjne z zastosowaniem preparatów buprenorfiny rozpoczęte w poradni leczenia uzależnień. Pacjent musiałby zgłaszać się po receptę do lekarza POZ co najmniej 1 raz na 30 dni”.

10.3. Informacje o badaniu i formularz świadomej zgody na udział w badaniu

Informacja o badaniu i formularz świadomej zgody

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na udział w badaniu polegającym na wypełnieniu kwestionariusza i udzielenia wywiadu. Jednocześnie dziękuję, że zechciał Pan(i) poświęcić swój czas na wzięcie udziału w tym badaniu.

Badanie to stanowi część mojej pracy doktorskiej. Przewód doktorski otworzyłam na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Celem badania jest zebranie informacji i opinii dotyczących leczenia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz możliwości poprawy opieki zdrowotnej nad osobami uzależnionymi od opioidów poprzez włączenie do kręgu osób leczących – lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Badanie ma charakter anonimowy, a wszelkie informacje, które pozyskam w trakcie tego badania, będą prezentowane i omawiane w sposób zanonimizowany.

Wszystkie Pana(i) odpowiedzi będą cennym źródłem wiedzy, która zostanie przeze mnie wykorzystana w pracy doktorskiej wyłącznie dla celów badawczych.

Czy Pan(i) wyraża zgodę na uczestnictwo w tym badaniu.

TAK

NIE

Data

Podpis

.....

.....

10.4. Kwestionariusz do samodzielnego wypełnienia przez respondenta

I. Kwestionariusz – do samodzielnego wypełnienia przez lekarza: Część I

1. Jak często spotyka się Pan(i) w praktyce lekarskiej z pacjentami mającymi problem z **nadużywaniem** następujących substancji psychoaktywnych. Proszę zaznaczyć odpowiedź w wybranym „okienku”:

Nazwa substancji	Codziennie	Kilka razy w tygodniu	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Rzadziej niż kilka razy w roku	Nigdy
Nikotyna						
Alkohol						
Leki uspokajające/nasenne						
tzw. dopalacze						
Silne leki opioidowe np. tramadol lub oxykodon						
Marihuana						
Heroina						
inne narkotyki np. amfetamina, LSD						

Dodatkowy komentarz:

.....

.....

.....

Z jakich źródeł dowiaduje się Pan(i) najczęściej, że pacjent ma problem z używaniem substancji psychoaktywnych?

- a) od samego pacjenta w trakcie osobiście zbieranego wywiadu
- b) z informacji od sąsiadów
- c) z miejsca pracy
- d) z informacji od rodziny
- e) z karty informacyjnej leczenia szpitalnego/ośrodka terapii
- f) z badania przesiewowego (jakiego rodzaju)
- g) inne, jakie?

Dodatkowy komentarz:

.....

.....

.....

Część II

2. Które z poniższych rozpoznań Pana(i) zdaniem jest najtrudniejsze do leczenia? Proszę wpisać numer 1 przy tym uzależnieniu, które uważa Pan(i) za najtrudniejsze, numer 2 które uważa Pan(i) za mniej trudne itd. Może Pan(i) nadać ten sam numer wszystkim typom uzależnień lub tylko niektórym z nich.

- a) uzależnienie od alkoholu
- b) uzależnienie od marihuany
- c) uzależnienie od heroiny lub leków opioidowych
- d) uzależnienie od benzodiazepin
- e) uzależnienie od nikotyny

Dodatkowy komentarz:

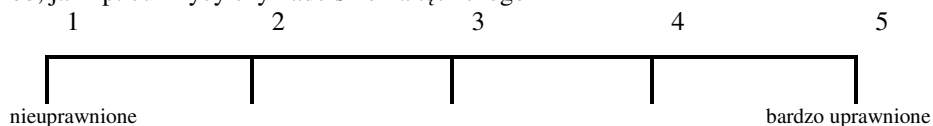
.....

.....

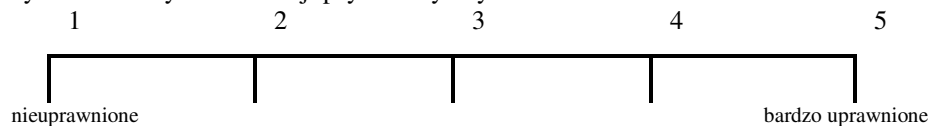
.....

3. Są różne opinie na temat natury uzależnienia od narkotyków. Jakie jest Pana(i) zdanie w tej kwestii.

a. Uzależnienie od narkotyków to choroba, porównywalna pod wieloma względami do innych chorób, jak np. cukrzycy czy nadciśnienia tętniczego



b. Uzależnienie od narkotyków to choroba mózgu powstała na skutek nadużywania narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych

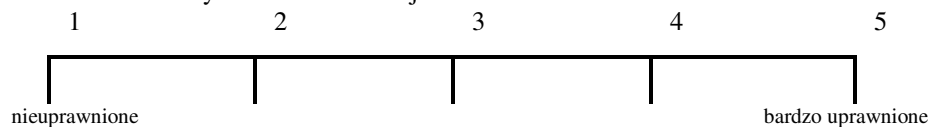


Dodatkowy komentarz:

.....

.....

c. Uzależnienie od narkotyków to efekt słabej woli człowieka

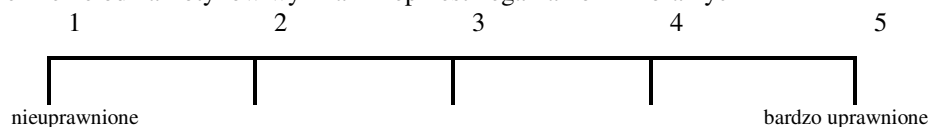


Dodatkowy komentarz:

.....

.....

d. Uzależnienie od narkotyków wynika z nieprzestrzegania norm moralnych

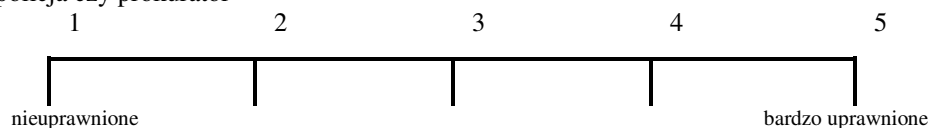


Dodatkowy komentarz:

.....

.....

e. Osoba uzależniona od narkotyków zasługuje na reakcję ze strony organów ścigania, takich jak policja czy prokurator

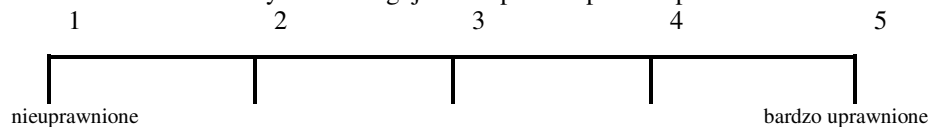


Dodatkowy komentarz:

.....

.....

f. Osoba uzależniona od narkotyków zasługuje na wsparcie i pomoc społeczeństwa:



Dodatkowy komentarz:

.....

.....

4. W jakim stopniu osobę uzależnioną od narkotyków charakteryzują następujące określenia. Zaznacz właściwą kolumnę.

Określenie		Zdecydowanie <u>nie zgadzam się</u>	Raczej nie zgadzam się	Zgadzam się i nie zgadzam się	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie <u>zgadzam się</u>
a)	Łatwo tracą kontrolę nad swoim zachowaniem i są nieprzewidywalni					
b)	Są bardziej wrażliwe niż osoby nieuzależnione					
c)	Zagrażają innym osobom					
d)	Popielniają przestępstwa					
e)	Otoczenie ich nie rozumie					
f)	Są osobami o słabej woli					

5. Jeżeli lekarz POZ miałby możliwość prowadzenia leczenia substytucyjnego osób uzależnionych od opioidów (np. buprenorfiną), które z wymienionych przeszkód wydają się Panu(i) szczególnie istotne? Proszę zaznaczyć 3 najważniejsze, a następnie oznaczyć je cyframi od 1 do 3 (gdzie 1 oznacza najbardziej istotne, 3 najmniej istotne). Proszę także zaznaczyć dwie najmniej istotne oznaczając je cyfrą „0”.

- obecność osób uzależnionych od narkotyków mogłaby wystraszyć innych pacjentów
- obecność osób uzależnionych od narkotyków mogłaby doprowadzić do zakłócenia porządku
- obecność osób uzależnionych od narkotyków mogłaby narazić innych pacjentów na poważny dyskomfort
- brak wiedzy i doświadczenia lekarzy POZ do prowadzenia takiego leczenia
- niechęć lekarzy POZ do osób uzależnionych od narkotyków
- przekonanie lekarzy POZ, że nie do nich należy zajmowanie się osobami uzależnionymi od narkotyków, raczej do specjalistycznych poradni uzależnień
- brak czasu lekarzy POZ – przepracowanie, nadmierna liczba pacjentów
- brak rozwiązań systemowych, które umożliwiłyby leczenie substytucyjne w ramach POZ
- inne jakie?

Dodatkowy komentarz:

.....

.....

Część III

Data przeprowadzenia wywiadu _____

Miasto _____

Nazwa placówki _____

Ogólna liczba osób objętych opieką w POZ _____

Liczba pacjentów pozostających w Pana/Pani opiece (aktywna lista) _____

Specjalizacje _____

Przebyte szkolenia lub staże w dziedzinie uzależnienia od narkotyków lub uzależnień od innych substancji psychoaktywnych _____

Rok urodzenia _____

Płeć _____

Liczba lat pracy w POZ _____

BARDZO DZIĘKUJĘ ZA POŚWIĘCONY CZAS I CENNE UWAGI

10.5. Wykaz programów leczenia substytucyjnego w Polsce

Lp.	Miejsce realizacji programu substytucyjnego	Rok powstania
1	Instytut Psychiatrii i Neurologii , ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa tel.: 22 45 82 670 – punkt substytucyjny kierownik: dr n. med. Helena Baran-Furga, lekarz psychiatra	1992
2	Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa tel.: 22 82 52 031 kierownik: dr n. med. Piotr Serafin, lekarz psychiatra	1993
3	SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zakaźny, Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa tel.: 22 33 58 101, 22 33 58 102 kierownik: lek. med. Ewa Pietraszkiewicz	1993 (program przestał funkcjonować w 2017 r.)
4	Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Radomska 70, 27-700 Starachowice tel.: 41 27 39 101 kierownik: Konrad Leksa, lekarz psychiatra	1994
5	SPS ZOZ „Zdroje” ul. Żołnierska 55, 71-210 Szczecin tel.: 91 43 30 082 kierownik: dr n. med. Karolina Korwin-Piotrowska, lekarz psychiatra	1998
6	WS SP ZOZ Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych ul. Warszawska 37a, 59-900 Zgorzelec tel.: 75 77 58 700 kierownik: Robert Lejda, lekarz psychiatra	1998
7	Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia od Substancji Psychoaktywnych ul. Zjednoczenia 10, 41-500 Chorzów tel.: 32 34 63 611 kierownik: dr n. med. Marek Beniowski, specjalista chorób zakaźnych	1998
8	Ośrodek Leczenia Uzależnień Al. Tysiąclecia 5, 20-121 Lublin tel.: 81 53 27 737 kierownik: Andrzej Kaciuba, lekarz psychiatra	1999
9	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera Os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków tel.: 12 64 68 317 kierownik: Andrzej Grymek, lekarz psychiatra	1999
10	Centrum Profilaktyki Uzależnień ul. Marcinkowskiego 21, 61-745 Poznań tel.: 61 85 57 354 kierownik: dr n. med. Andrzej Kobus, specjalista psychiatra	2001
11	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych ul. Sądowa 18, 86-100 Świecie tel.: 52 33 11 031 kierownik: Sławomir Biedrzycki, lekarz psychiatra	2006
12	Poradnia Terapii Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych ul. Wszystkich Świętych 2a, 50-136 Wrocław tel.: 71 35 60 780 kierownik: dr n. med. Jacek Gąsiorowski, specjalista chorób zakaźnych	2007
13	NZOZ Poradnia Profilaktyczno-Rehabilitacyjna dla osób uzależnionych i ich rodzin „Mały Rycerz” ul. Brzeska 13, 03-739 Warszawa tel.: 22 74 12 995 kierownik: Paweł Wierzbicki, lekarz psychiatra	2007

Lp.	Miejsce realizacji programu substytucyjnego	Rok powstania
14	NZOZ Ośrodek Leczenia Uzależnień „Eleuteria” ul. Dzielna 7, 00-154 Warszawa tel.: 22 83 17 843 kierownik: Marek Wójcik, lekarz psychiatra	2008
15	Centrum Medyczno-Diagnostyczne ul. Czerwonego Krzyża 41, 08-110 Siedlce tel.: 506 007 410 kierownik: Adam Kulesza, lekarz psychiatra	2008
16	SP ZOZ Szpital Psychiatryczny im. Babińskiego ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź-Bałuty tel.: 42 71 55 799 kierownik: dr n. med. Grzegorz Nowak, lekarz psychiatra	2008
17	Lubuski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień NZOZ „LOPiT” ul. Jelenia 1a, 65-090 Zielona Góra tel.: 68 45 32 000 kierownik: Cezary Jabłoński, lekarz psychiatra	2009
18	NZOZ Poradnia ds. Uzależnień ul. Sandomierska 4, 46-020 Opole tel.: 77 44 17 569 kierownik: Magdalena Kurdej-Binieć, lekarz psychiatra	2011
19	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień ul. Srebrniki 9, 80-142 Gdańsk tel.: 58 34 61 503 kierownik: Maciej Węgiełek, lekarz psychiatra	2012
20	NZOZ „Medseven”, Poradnia Leczenia Uzależnień ul. Rzeźniackiego 1D, 85-791 Bydgoszcz oraz ul. Szczecińska 23, 80-392 Gdańsk tel.: 52 34 33 737 kierownik: prof. dr hab. Edward Jacek Gorzelańczyk	2012
21	NZOZ Przychodnia Psychoterapii, Profilaktyki i Leczenia Uzależnień, Poradnia Terapii Uzależnienia od Środków Psychoaktywnych i Leczenia Substytucyjnego ul. Puszkina 13, 10-295 Olsztyn tel.: 89 53 57 115 kierownik: Piotr Kozłowski, lekarz psychiatra	2012
22	SP ZOZ Poradnia Terapii Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych "Nowy Dworek" ul. Wyszyńskiego 23, 66-470 Kostrzyn tel.: 68 38 11 091 kierownik: Marta Turkiewicz-Wanat, lekarz psychiatra	2012
23	Centrum Profilaktyki i Terapii Uzależnień VOLTA-MED Sp. z o.o. ul. Kijowska 7/3, 03-743 Warszawa tel.: 22 46 59 589 kierownik: dr n. med. Aleksandra Konopa, specjalista psychiatra	2017
24	Młodzieżowy Ośrodek Rehabilitacji Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności Kazuń Bielany, ul. Działkowa 13, 05-152 Czosnów tel.: 22 79 40 297 kierownik: dr n. med. Elżbieta Karina Steinbarth-Chmielewska, specjalista psychiatra	2010 (jedyne program stacjonarny, w czasie 6 miesięcy pacjent jest zerowany z dawki leku substytucyjnego)

10.6. Informacje o lekarzach uczestniczących w badaniu

Lp.	Kod respondenta: K – kobieta M – mężczyzna	Liczba pacjentów na tzw. aktywnej liście	Liczba pacjentów w POZ	Liczba lat pracy w POZ	Specjalizacje: MR – medycyna rodzinna CHW – choroby wewnętrzne	Rok urodzenia /wiek respondenta (lata)	Miasto	Kierownik (K)
1	K33Warszawa2500	1900	70 000	33	MR	1956/61	Warszawa	K
2	M6Warszawa2500	2100	6300	6	MR, Psychiatria	1985/31	Warszawa	K
3	K40Warszawa2500	1900	6300	40	CHW	1942/74	Warszawa	----
4	K2Warszawa2300	-----	6300	2	Rezydent	1988/29	Warszawa	----
5	M12Warszawa2300	-----	-----	12	CHW	1980/36	Warszawa	----
6	K22Warszawa2300	2800	17 000	22	MR	1963/53	Warszawa	K
7	K3.5Warszawa2300	950 ½ etatu	17 000	3,5	MR	1980/36	Warszawa	----
8	M10Warszawa2500	2000	8000	10	MR	1962/54	Warszawa	K
9	K7Warszawa2000	2000	4300	7	CHW	1984/32	Warszawa	K
10	M14Warszawa1800	1800	18 000	14	MR	1958/59	Warszawa	----
11	K11Warszawa1300	1300 ½ etatu	70 000	11	CHW, Pulmonologia	1968/69	Warszawa	----
12	MRez.Białystok0000	-----	3300	4	Rezydent	1987/30	Białystok	----
13	K20Białystok 3300	2700	3300	20	MR	1970/46	Białystok	K
14	K20Białystok 5800	1900	5800	20	MR	1965/51	Białystok	K
15	K17Białystok N2700	2700	5500	17	MR	1972/44	Białystok	----
16	K20Białystok 1800	1800	3700	20	MR	1966/50	Białystok	----
17	K20Białystok 2000	2000	6000	20	MR, Pediatria	1962/54	Białystok	K
18	K2Białystok 0000R	-----	3700	2	Rezydent	1990/26	Białystok	----
19	M1.5Białystok 0000	-----	5800	1,5	Rezydent	1989/27	Białystok	----
20	K21Siedlce2400	2400	16 000	21	CHW, MR	1968/69	Siedlce	K
21	K36Siedlce2300	2300	16 000	36	CHW, MR	1956/60	Siedlce	----
22	M17Mińsk2550	2550	13 000	17	MR	1974/42	Mińsk Maz.	K
23	K19Łuków2750	2750	14 000	19	MR, Geriatria	1973/43	Łuków	K
24	K33Łuków2400	2400	14 000	33	MR, Pediastra	1959/59	Łuków	----
25	K15Łapy2100	2100	4100	15	MR	1965/52	Łapy	K
26	K33Grodzisk3000	3000	3500	33	MR	1958/60	Grodzisk Maz.	K
27	M21Puławy2100	2100	2650	21	MR	1949/69	Puławy	----
	Liczba mężczyzn – 8 Liczba kobiet - 19	Warszawa – 2.093, Białystok – 2.220, inne miejscowości – 2.450 Średnia ogólna – 2.260	Warszawa 123.600; 6 = 20.600; Białystok 24.300 : 5 = 4.860; inne: 43.000.+7.600 = 50.600 : 5 = 10.120	Średnia w POZ bez rezydentów: 19,6 lat Średnia w POZ z rezydentami: 17,3 lat	4 rezydentów	Średni wiek (bez rezydentów): 52,3 lat Średni wiek (z rezydentami): 48,7 lat	Liczby POZ: Warszawa – 11, Białystok – 8, Łuków – 2, Łapy – 1, Siedlce – 2, Mińsk Mazowiecki – 1, Grodzisk Mazowiecki – 1, Puławy – 1	13 - K

Legenda do kodów respondentów np. M21Puławy2100 oznacza mężczyznę (M) z 21-letnim stażem pracy w POZ, z Puław, z aktywną listą pacjentów wynoszącą 2100 osób

11. BIBLIOGRAFIA

1. WHO. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. WHO, Geneva 2004.
2. Vetulani J. Uzależnienia lekowe: mechanizmy neurobiologiczne i podstawy farmakoterapii. *Alkoholizm i Narkomania* 2001, 14(1): 13-58.
3. National Institutes of Health. Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. *JAMA* 1998, 280(22): 1936-1943.
4. Halota W, Juszczak J. HIV/AIDS Podręcznik dla lekarzy i studentów. Termedia, Poznań 2006.
5. Preston KL, Karran AP, Epstein DH. Opioids. [in:] Substance abuse. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2011: 161-190.
6. Baran-Furga H, Steinbarth-Chmielewska K. Konsekwencje zdrowotne używania substancji psychoaktywnych. [w:] Uzależnienie od narkotyków Podręcznik dla terapeutów. Jabłoński P, Bukowska B, Czabała JC (red). KBPN, Warszawa 2012: 73-87.
7. Kreek MJ. Methadone-Related Opioid Agonist Pharmacotherapy for Heroin Addiction. History, Recent Molecular and Neurochemical Research and Future in Mainstream Medicine. *Ann NY Acad Sci* 2000, 909(1): 186-216.
8. Dole VP. Implications of Methadone Maintenance for Theories of Narcotic Addiction. *JAMA* 1988, 260(20): 3025-3029.
9. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 2000, 284(13): 1689-1695.
10. Bisaga A, Wojnar M. Farmakologiczne leczenie uzależnień. [w:] Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów. Jabłoński P, Bukowska B, Czabała JC (red). KBPN, Warszawa 2012: 145-171.
11. WHO. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach. WHO, Geneva 2008.
12. Farrell M, Wodak A, Gowing L. Maintenance drugs to treat opioid dependence. *BMJ* 2012, 344: e2823.
13. WHO/UNODC/UNAIDS. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. WHO/UNODC/UNAIDS, Geneva 2004.
14. Kreek MJ. Medical Safety and Side Effects of Methadone in Tolerant Individuals. *JAMA* 1973, 223(6), 665-668.
15. Merrill JO. Policy Progress for Physician Treatment of Opiate Addiction. *J Gen Intern Med* 2002, 17(5): 361-368.
16. EMCDDA. Europejski Raport Narkotykowy 2014: Tendencje i osiągnięcia. EMCDDA, Luksemburg 2014.
17. EMCDDA. Europejski Raport Narkotykowy 2016: Tendencje i osiągnięcia. EMCDDA, Luksemburg 2016.
18. EMCDDA. Europejski Raport Narkotykowy 2017. Tendencje i osiągnięcia. EMCDDA, Luksemburg 2017.
19. KBPN. Informacja z realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2013 r. KBPN, Warszawa 2014.
20. Merrill JO. 2002. Policy Progress for Physician Treatment of Opiate Addiction. *J Gen Intern Med*, 17(5): 361-368.
21. McKeown A, Matheson C, Bond C. A qualitative study of GPs' attitudes to drug misusers and drug misuse services in primary care. *Fam Pract* 2003, 20(2): 120-125.

22. Room R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Rev* 2005, 24(2): 143-155.
23. Longman C, Temple-Smith M, Gilchrist G, Lintzeris N. Reluctant to train, reluctant to prescribe: barriers to general practitioner prescribing of opioid substitution therapy. *Aust J Prim Health* 2012, 18(4): 346-351.
24. Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. *Improving Patient Care: The implementation of Change in Health Care*. Wiley-Blackwell 2013.
25. Abagiu AO, Cavar Z, Dannon P, et al. Outcomes from the International Survey Informing Greater Insights in Opioid Dependence Treatment (INSIGHT) project. *Drug Educ Prev Polic* 2014, 21(6), 440-450.
26. UNODC. *World Drug Report.*: UNODC, Vienna 2015.
27. EMCDDA. Fentanyl in Europe EMCDDA trendspotter study. Report from an EMCDDA expert meeting 9 to 10 October 2012. EMCDDA, Luksembourg 2012.
28. Dasgupta N, Beletsky L, Ciccarone D. Opioid crisis: No easy fix to its social and economic determinants. *AJPH* 2018, 108(2): 182-186.
29. Blendon RJ, Benson JM. The public and the opioid-abuse epidemic. *N Engl J Med* 2018, 378(5): 407-411.
30. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD. KBPN/PARPA/IPiN, Warszawa 2015.
31. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2003 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD. IPiN, Warszawa 2003.
32. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 r. IPiN, Warszawa 2007.
33. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. IPiN, Warszawa 2011.
34. Sierosławski J. Substancje psychoaktywne: Postawy i zachowania. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2002 r.: CINN/KBPN, Warszawa 2002.
35. Sierosławski J. Substancje psychoaktywne: Postawy i zachowania. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2006 r. CINN/KBPN, Warszawa 2006.
36. Malczewski A, Struzik M. Używanie substancji psychoaktywnych w Polsce. *Serwis Informacyjny Narkomania* 2012, 58(2), 36-41.
37. Sierosławski J, Malczewski A, Misiurek A i wsp. Część II. Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania. [w:] *Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych*. KBPN/CBOS, Warszawa 2015: 193-271.
38. Sierosławski J, Zieliński A. Dorośli warszawiacy a substancje psychoaktywne. *Alkoholizm i Narkomania* 1998, 30(1), 57-72.
39. EMCDDA. *EMCDDA Recommended draft technical tools and guidelines. Key epidemiological indicator: Prevalence of problem drug use*. EMCDDA, Lisbon 2004.
40. Thanki D, Vicente J. *PDU (Problem drug use) revision summary*. EMCDDA, Lisbon 2013.
41. Moskalewicz J, Sierosławski J. Zastosowanie nowych metod szacowania rozpowszechnienia narkomanii. *Alkoholizm i Narkomania* 1995, 21(4): 91-102.
42. Malczewski A, Misiurek A. Używanie i postawy wobec substancji psychoaktywnych w populacji generalnej w 2013 r. *Serwis Informacyjny Narkomania* 2014, 4(68): 38-43.
43. Sierosławski J. *Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków i analiza wzorów używania narkotyków oraz związanych z tym problemów*. IPiN, Warszawa 2007.

44. Sierosławski J. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów w Polsce. *Alkoholizm i Narkomania* 2012, 25(4): 347-356.
45. Sierosławski J. Zgłaszalność do leczenia stacjonarnego z powodu problemu narkotyków. Trendy i zróżnicowania terytorialne. *Serwis Informacyjny Uzależnienia* (w druku).
46. IPiN. Dane z leczenia ambulatoryjnego. Roczne sprawozdanie o leczonych w Poradniach w 2016 r. Formularz Mz-15. IPiN/ZZP, Warszawa 2018.
47. Wojnar M, Brower KJ. Neurobiologiczne mechanizmy uzależnienia. [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Jabłoński P, Bukowska B, Czabała JC (red.). KBPN, Warszawa 2012: 105-127.
48. MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, et al. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012, 345: e5945.
49. Darke S, Degenhardt L, Mattick R. *Mortality amongs illicit drug users: epidemiology, causes, and interventions*. Cambridge University Press, Cambridge 2007.
50. NIDA. NIDA NOTES Infectious Diseases and Drug Abuse. 1999 August, 14(2).
51. Juszczak J, Gładysz A. *AIDS – Epidemiologia, Patogeneza, Klinika, Leczenie, Zapobieganie, Poradnictwo*. Volumed, Wrocław 1993.
52. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet* 2012, 379(9810): 55-70.
53. WHO. WHO Collaborative Study on Substitution Therapy of Opioid Dependence and HIV/AIDS. WHO, Geneva 2003.
54. Gowing L, Farrell M, Bornemann R, et al. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, 8: CD004145.
55. EMCDDA. Joint EMCDDA and ECDC rapid risk assessment. HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania. EMCDDA, Lisbon 2012.
56. EMCDDA. Europejski raport narkotykowy 2015. Tendencje i osiągnięcia. EMCDDA, Lizbona 2015.
57. Tyndall MW, Craib KJ, Currie S, et al. Impact of HIV infection on mortality in a cohort of injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001, 28(4): 351-357.
58. Rosińska M, Sierosławski J, Wiessing L. High regional variability of HIV, HCV and injecting risks among people who inject drugs in Poland: comparing a cross-sectional bio behavioural study with case-based surveillance. *BMC Infect Dis* 2015, 15(1): 83.
59. Poynard T. Recent developments in hepatitis C diagnostics and treatment. [in:] *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*. Jager J, Limburg W, Kretzschmar M, et al. (eds). EMCDDA, Lisbon 2004: 41-79.
60. Sierosławski J, Dąbrowska K. Zapobieganie HCV wśród użytkowników narkotyków. [w:] *Projekt KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HVC” jako przykład zintegrowanych działań w zdrowiu publicznym na rzecz ograniczenia zakażeń krwiopochodnych w Polsce*. Wysocki MJ, Zieliński A, Gierczyński R (red). NIZP-PZH, Warszawa 2017: 61-73.
61. EMCDDA. Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users. EMCDDA, Lisbon 2010.
62. Mills KL, Lynskey M, Teesson M, et al. Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence and correlates. *Drug Alcohol Depend* 2005, 77(3): 243-249.
63. Sierosławski J. Zgony wśród narkomanów. *Badania kohortowe*. IPiN, Warszawa 2014.
64. Cornish R, Macleod J, Strang J, et al. Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database. *BMJ* 2010, 341: c5475.

65. Mathers BM, Degenhardt L, Bucello C, et al. Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2013, 91(2): 102-123.
66. Godwod-Sikorska C. Socjomedyczna charakterystyka pacjentów leczonych metadonem w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. *Alkoholizm i Narkomania* 1994, 1(15): 25-43.
67. Baran-Furga H. Picie alkoholu przez pacjentów uzależnionych od opiatów leczonych substytucyjnie metadonem. Niepublikowana praca doktorska. IPiN, Warszawa 2001.
68. Godwod-Sikorska C. Ocena wdrażania terapii metadonem w zapobieganiu HIV/AIDS wśród narkomanów opiatowych. *Alkoholizm i Narkomania* 1994, 1(15): 19-24.
69. WHO. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. WHO, Geneva 2009.
70. Manlandro JJ Jr. Buprenorphine for Office-Based Treatment of Patients with Opioid Addiction. *J Am Osteopath Assoc* 2005, 105(6 Suppl 3): S8-S13.
71. Malczewski A, Struzik M, Jaśkiewicz A. Pierwsze ogólnopolskie badanie klientów oraz programów niskoprogowych w 2008 roku. Projekt francusko-polski. CINN/KBPN, Warszawa 2009.
72. Fareed A, Vayalapalli S, Casarella J, Drexler K. Effect of buprenorphine dose on treatment outcome. *J Addict Dis* 2012, 31(1): 8-18.
73. Strang J, Groshkova T, Matrebian N. New heroin-assisted treatment: Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. EMCDDA, Lisbon 2012.
74. McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, et al. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 1993, 269(15): 1953-1959.
75. Bury L, Rokicka M. Psychoterapia grupowa w programie metadonowym. *Alkoholizm i Narkomania* 1994, 15(1): 65-69.
76. Ward J, Wayne H, Mattick RP. Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet* 1999, 353(9148): 221-226.
77. Krantz MJ, Mehler PS. Treating Opioid Dependence. Growing Implications for Primary Care. *Arch Intern Med* 2004, 164(3): 277-288.
78. Karaczyńska B, Sękiewicz J. Przeciw metadonowi. [w:] Program metadonowy na tle innych programów rehabilitacyjnych osób uzależnionych w profilaktyce HIV/AIDS. Zieliński A (red). Biuro ds. Narkomanii, Warszawa 1995: 65-74.
79. Habrat B, Steinbarth-Chmielewska K, Baran-Furga H. Programy metadonowe – niektóre mity i fakty. *Problemy Alkoholizmu* 1995, 1: 9-10.
80. Szata W. Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w latach 1989-1992. *Alkoholizm i Narkomania*. Wydanie specjalne: Zagrożenia AIDS 1993: 89-101.
81. Baran-Furga H, Steinbarth-Chmielewska K. Terapia metadonem. *Alkoholizm i Narkomania* 1994, 1(15): 45-63.
82. Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 1997 Nr 75, poz. 468).
83. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 06 września 1999 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 1999 Nr 77, poz. 873).
84. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2005 Nr 179, poz. 1485).
85. KBPN. Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2014 r. KBPN, Warszawa 2015.
86. KBPN. Informacja o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2007 r. KBPN, Warszawa 2008.
87. 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).

88. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne (Dz. U. 2010 Nr 191, poz. 1282).
89. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. 2013, poz. 368).
90. Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016 (Dz. U. 2011 Nr 78, poz. 428).
91. Habrat B. Leki stosowane w leczeniu substytucyjnym. [w:] *Psychiatria*. Tom III. Metody leczenia, zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne. Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012: 168-174.
92. Szukalski B. Narkotyki. Kompendium wiedzy o środkach uzależniających. IPiN, Warszawa 2005.
93. Borg L, Kreek MJ. The pharmacology of opioids. [in:] *Principles of Addiction Medicine*. Third Edition. Graham AW, Schultz TK, Mayo-Smith MF, et al. (eds). ASAM, Maryland 2003: 141-154.
94. Kreek MJ, Borg L, Ducat E, Ray B. Pharmacotherapy in the Treatment of Addiction: Methadone. *J Addict Dis* 2010, 29(2): 200-216.
95. Baran-Furga H, Steinbarth-Chmielewska K. Zasady farmakoterapii uzależnień od opiatów, środków sedatywnych, psychostymulujących, kanabinoli i halucynogenów. [w:] *Farmakologia. Podstawy farmakoterapii*. Tom II. Kostowski W, Herman ZS (red). PZWL, Warszawa 2003: 649-664.
96. Szukalski B. Opiaty naturalne i syntetyczne. *Alkoholizm i Narkomania* 1997, 29(4): 529-548.
97. Bonhomme J, Shim RS, Gooden R, et al. Opioid Addiction and Abuse in Primary Care Practice: A comparison of methadone and Buprenorphine as Treatment Options. *J Natl Med Assoc* 2012, 104(0): 342-350.
98. Auriacombe M, Fatséas M, Dubernet J, et al. French Field Experience with Buprenorphine. *Am J Addict* 2004, 13(Suppl 1): S17-S28.
99. Kamenczak A, Chrostek-Maj J. Zastosowanie buprenorfiny i metadonu w przedłużonej detoksykacji. [w:] *Szczypta naszej nadziei. Leczenie substytucyjne uzależnionych od opiatów w Krakowie, 2000-2007*. Chrostek Maj J, Wodowski G. Stowarzyszenie Życzliwa Dłoń, Kraków 2008: 223-229.
100. Strang J, Gossop M. *Heroin Addiction and Drug Policy. The British System*. Oxford University Press, Oxford/New York/Tokyo 1994.
101. Chmielewska K, Baran H, Dąbrowski S, Habrat B. Kontynuowanie terapii w programie substytucyjnego leczenia metadonem przez pacjentów uzależnionych od opiatów. *Alkoholizm i Narkomania* 1998, 32(3): 309-319.
102. ONDCP. Policy Paper: Opioid Agonist Treatment. ONDCP, Washington 1999.
103. Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, et al. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: Why individual, structural, and combination of approaches are needed. *Lancet* 2010, 376(9737): 285-301.
104. Moskalewicz J, Klingemann J, Stokwiszewski J. Adekwatność systemu pomocy osobom uzależnionym od narkotyków w stosunku do potrzeb jego klientów. IPiN, Warszawa 2015.
105. Maremmani I, Pani PP, Pacini M, Perugi G. Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *J Subst Abuse Treat* 2007, 33(1): 91-98.
106. Fingelton N, Matheson K, Jaffray M. Changes in mental health during opiate replacement therapy: A systematic review. *Drug Educ Prev Polic* 2015, 22(1): 1-18.
107. Habrat B, Chmielewska K, Baran-Furga H, et al. Subiektywna ocena jakości życia (QoL) przez pacjentów uzależnionych od opiatów przed przyjęciem, po 6 miesiącach

- i po roku uczestniczenia w programie metadonowym. *Przeegl Lek* 2002, 59(4-5): 351-356.
108. Gossop M. The National Treatment Outcomes Research Study (NTORS) and its influence on addiction treatment policy in the United Kingdom. *Addiction* 2015, 110(Suppl 2): 50-53.
 109. Bukten A, Skurtveit S, Gossop M, et al. Engagement with opioid maintenance treatment and reductions in crime: a longitudinal national cohort study. *Addiction* 2012, 107(2): 393-399.
 110. Paździoch S. Rola regulacji prawnych w rozwiązywaniu problemów zdrowia publicznego. [w:] *Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia*. Tom I. Czupryna A, Paździoch S, Ryś A, Włodarczyk C (red.). Versalius, Kraków 2000: 287-320.
 111. Schulte B, Schmidt CS, Kuhnigk O, et al. Structural barriers in the context of opiate substitution treatment in Germany – a survey among physicians in primary care. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2013, 8: 26.
 112. Grol R. Personal Paper. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997, 315(7105): 418-421.
 113. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, et al. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic review and Recommendations. *Milbank Q* 2004, 82(4): 581-629.
 114. Green LW, Ottoson JM, Garcia C, Hiatt RA. Diffusion Theory and Knowledge Dissemination, Utilization, and Integration in Public Health. *Annu Rev Public Health* 2009, 30: 151-174.
 115. Silverman D. *Prowadzenie badań jakościowych*. PWN, Warszawa 2008.
 116. Witzel A. The problem-Centered Interview. *FQS* 2000, 1(1): 22.
 117. Konecki KT. *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. PWN, Warszawa 2000.
 118. Pasikowski S. Granice teoretycznego nasycenia. *Rocznik Lubuski* 2015, 41(1): 33-40.
 119. Bieliński J, Iwińska K, Rosińska-Kordasiewicz A. Analiza danych jakościowych przy użyciu programów komputerowych. *ASK* 2007, 16: 89-114.
 120. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52, poz. 417).
 121. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 Nr 210, poz. 2135).
 122. Zarządzenie NR 70/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.
 123. Zarządzenie Nr 59/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.
 124. Wilson P, Watson R, Ralston GE. Methadone maintenance in general practice: patients, workload, and outcomes. *BMJ* 1994, 309: 641.
 125. Hutchinson SJ, Taylor A, Gruer L, et al. One-year follow-up of opiate injectors treated with oral methadone in a GP-centered programme. *Addiction* 2000, 95(7): 1055-1068.
 126. Michels II, Stöver H, Gerlach R. Substitution treatment for opioid addicts in Germany. *Harm Reduct J* 2007, 4: 5.
 127. Binder P, Messaadi N, Perault-Pochat MC, et al. Preference for brand-name buprenorphine is related to severity of addiction among outpatients in opioid maintenance treatment. *J Addict Dis* 2016, 35(2): 101-108.
 128. Gossop M, Marsden J, Stewart D, et al. Methadone treatment practices and outcome for opiate addicts treated in drug clinics and in general practice: results from the National Treatment Outcome Research Study. *Br J Gen Pract* 1999, 49(438): 31-34.

129. Brisacier AC, Collin C. Opioid substitution treatments in France: recent data. *Tendances* 2014, (94): 1-6.
130. Jednolita konwencja o środkach odurzających z 1961 r., sporządzona w Nowym Jorku dnia 30 marca 1961 r. (Dz. U. 1966 Nr 45, poz. 277).
131. WHO. Zapewnienie równowagi polityk krajowych dotyczących substancji kontrolowanych. WHO, Genewa 2001.
132. Rosenbaum M. The demedicalization of methadone maintenance. *J Psychoactive Drugs* 1995, 27(2): 145-149.
133. Volkov ND, Poznyak V, Saxena S, Gerra G. Drug Use Disorders: impact of a public health rather than a criminal justice approach. *World Psychiatry* 2017, 16(2): 213-214.
134. Kernisant M, Delorme J, Kabore JL, et al. Diminution de la prévalence du docteur shopping de la buprenorphine entre 2004 et 2014 en France. *La Presse Médicale* 2016, 45(12(1)): e369-e375.
135. McGillion J, Wanigaratne S, Feinmann C, et al. GP's attitudes towards the treatment of drug misusers. *Br J Gen Pract* 2000, 50(454): 385-386.
136. EMCDDA. Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications. EMCDDA, Lisbon 2016.
137. Lewek P. Sposoby dofinansowania leków dla pacjentów w celu poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych. [w:] Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań. Gaciong Z, Kardas P (red.). Naukowa Fundacja Polpharmy, Warszawa 2015: 91-99.
138. Malinová J, Mravčík V. Development of Problem Opioid Use on the Territory of the Czech Republic: Literature Review. *Adiktologie* 2017, 17(4): 282-291.
139. IPiN. Poprawa dostępu do leczenia dla osób z problemami związanymi z alkoholem i narkotykami. Projekt IATPAD. IPiN, Warszawa 2009.
140. Dąbrowska K. Wykorzystanie metody *case management* w pracy z osobami uzależnionymi. [w:] Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów. Jabłoński P, Bukowska B, Czabała JC (red.). KBPN, Warszawa 2012: 271-280.
141. Santana P. Poverty, social exclusion and health in Portugal. *Soc Sci Med* 2002, 55(1): 33-45.
142. Barry DT, Irwin KS, Jones ES, et al. Integrating buprenorphine treatment into office-based practice: a qualitative study. *J Gen Intern Med* 2009, 24(2): 218-225.
143. Fraeyman J, Symons L, Van Royen P, et al. How to overcome hurdles in opiate substitution treatment? A qualitative study with general practitioners in Belgium. *Eur J Gen Pract* 2016, 22(2): 134-140.
144. Banta JE, Montgomery S. Substance abuse and dependence treatment in outpatient physician offices, 1997-2004. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2007, 33(4): 583-593.
145. Anderson P, Wojnar M, Jakubczyk A, et al. Managing Alcohol Problems in General Practice in Europe: Results from the European ODHIN Survey of General Practitioners. *Alcohol Alcohol* 2014, 49(5): 531-539.
146. Abouyanni G, Stevens LJ, Harris MF, et al. GP attitudes to managing drug- and alcohol-dependent patients: a reluctant role. *Drug Alcohol Rev* 2000, 19(2): 165-170.
147. Johnson TP, Booth AL, Johnson P. Physician beliefs about substances misuse and its treatment: findings from a U.S. survey of primary care practitioners. *Subst Use Misuse* 2005, 40(8): 1071-1084.
148. McMurphy SM, Shea J, Switzer JF, Turner BJ. Clinic-based treatment for opioid dependence: a qualitative inquiry. *Am J Health Behav* 2006, 30(5): 544-554.
149. Olsen JA, Richardson J, Dolan P, Menzel P. The moral relevance of personal characteristics in setting health care priorities. *Soc Sci Med* 2003, 57(7): 1163-1172.
150. Gilchrist G, Moskalewicz J, Slezáková S, et al. System and professional barriers and facilitators of access to treatment for people with alcohol and drug related problems – Quantitative part of the study. [in:] Project IATPAD – Improvement of Access to

- Treatment for People with Alcohol and Drug-related problems. Centrum pre liečbu drogových závislostí, Bratislava 2009: 63-80.
151. Goffman E. Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
 152. Wciórka B, Wciórka J. Stereotyp i dystans – choroby psychiczne i chorzy psychicznie w opinii społeczeństwa polskiego (1996 i 1999). *Post Psychiatr Neurol* 2000, 9: 353-382.
 153. CBOS. Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie. Komunikat z badań BS/118/2005. CBOS, Warszawa 2005.
 154. CBOS. Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań BS/124/2008. CBOS, Warszawa 2008.
 155. CBOS. Stosunek do osób chorych psychicznie. Komunikat z badań BS/147/2012. CBOS, Warszawa 2012.
 156. Klingemann JI, Klingemann H, Moskalewicz J. Popular Views on Addictions and on Prospects for Recovery in Poland. *Subst Use Misuse* 2017, 52(13): 1765-1771.
 157. McLellan AT. Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction* 2002, 97(3): 249-252.
 158. OECD. Doctors by age, sex and category. [in:] *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. OECD. OECD Publishing, Paris 2017: 152-153.
 159. Scarborough J, Elliott J, Braunack-Mayer A. Opioid substitution therapy – A study of GP participation in prescribing. *Aust Fam Physician* 2011, 40(4): 241-245.
 160. Dąbkowski M, Laskowska-Przybylska H. Postawy lekarzy różnych specjalności wobec chorych psychicznie. *Psychiatr Pol* 1980, 14(4): 377-382.
 161. Wieczorek Ł. Stygmatyzacja osób uzależnionych od alkoholu oraz systemu leczenia uzależnień w Warszawie i w społeczności lokalnej. *Alcohol Drug Addict* 2015, 28(2): 103-117.
 162. Byrne A, Wodak A. Census of patients receiving methadone treatment in a general practice. *Addict Res* 1996, 3(4): 341-349.
 163. Wojnar M, Bisaga A. Leczenie osób z podwójną diagnozą. [w:] Jabłoński P, Bukowska B, Czabała JC. Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów. KBPN, Warszawa 2012: 299-312.
 164. Deehan A, Taylor C, Strang J. The general practitioner, the drug misuser, and the alcohol misuser: major differences in general practitioner activity, therapeutic commitment, and 'shared care' proposals. *Br J Gen Pract* 1997, 47(424): 705-709.

STRESZCZENIE

BOGUSŁAWA BUKOWSKA

OCENA MOŻLIWOŚCI PODNIESIENIA JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ
NAD OSOBAMI UZALEŻNIONYMI OD OPIOIDÓW POPRZEZ POPRAWĘ DOSTĘPU
DO PODTRZYMUJĄCEGO LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

Słowa kluczowe: zdrowie publiczne, opioidy, używanie opioidów, leczenie substytucyjne, lekarze POZ

Wstęp. Podtrzymujące leczenie substytucyjne ogranicza wiele szkód zdrowotnych i społecznych związanych z iniekcyjnym przyjmowaniem opioidów. W wielu krajach UE osiągnięto wysokie, bo co najmniej 50%, wskaźniki dostępu do terapii substytucyjnej. W Polsce tą formą leczenia objętych jest zaledwie 13-25% osób uzależnionych od opioidów, najczęściej od heroiny. Ta dysproporcja w dostępie do terapii substytucyjnej skłoniła do przeprowadzenia badań na temat przyczyn tego stanu rzeczy. Badania na temat przyczyn niskich wskaźników dostępu do leczenia substytucyjnego nie były dotąd prowadzone w Polsce.

Cele badania obejmowały: 1) zidentyfikowanie rozwiązań prawno-organizacyjnych sprzyjających zwiększeniu dostępności leczenia substytucyjnego w wybranych krajach UE, 2) zidentyfikowanie barier w dostępie do leczenia substytucyjnego na poziomie rozwiązań prawno-organizacyjnym w Polsce, 3) poznanie właściwości (postaw, przekonań, poziomu wiedzy) lekarzy POZ na temat osób uzależnionych od narkotyków, w szczególności opioidów oraz leczenia substytucyjnego, 4) percepcja barier dotyczących prowadzenia leczenia substytucyjnego przez lekarzy POZ, 5) zbadanie gotowości lekarzy POZ do prowadzenia leczenia substytucyjnego.

Materiały badawcze składały się z dwóch części. Pierwszą część stanowiły akty prawne regulujące kwestie leczenia substytucyjnego oraz dokumenty odnoszące się do klinicznych aspektów leczenia substytucyjnego (*guidelines*) w Polsce oraz w 6 krajach UE (Austria, Chorwacja, Francja, Grecja, Niemcy i Włochy), w których wskaźnik dostępu do terapii substytucyjnej przekraczał 50%. Druga część materiału badawczego obejmowała transkrypcje 27 wywiadów z lekarzami POZ charakteryzujące ich postawy i wiedzę w odniesieniu do problematyki uzależnień i leczenia substytucyjnego.

Metody. Do zebrania informacji o rozwiązaniach prawnych i organizacyjnych zastosowano kwestionariusz składający się z 19 pytań do samodzielnego wypełnienia przez nominowanych kluczowych ekspertów/urzędników z 6 krajów UE oraz z Polski. Pytania kwestionariusza odnosiły się do zagadnień mogących mieć wpływ na kształtowanie dostępu do leczenia substytucyjnego. Do poznania postaw i opinii lekarzy POZ wyko-

rzystano pogłębione wywiady indywidualne z dyspozycjami. Wywiady dotyczyły 3 części tematycznych: 1) percepcji uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz leczenia osób uzależnionych, 2) percepcji leczenia substytucyjnego, jego celów, ograniczeń i korzyści dla pacjenta oraz 3) możliwości, warunków i barier prowadzenia terapii substytucyjnej. W badaniu zastosowano celowy dobór próby (*purposive sampling*).

W badaniu uczestniczyło 27 lekarzy POZ z Warszawy i z 3 miejscowości woj. mazowieckiego: Mińska Mazowieckiego, Grodziska Mazowieckiego i Siedlec, z woj. podlaskiego: z Białegostoku i Łap oraz z woj. lubelskiego: z Łukowa i Puław. Do analizy wykorzystano program ATLAS.ti (wersja 5.5.3).

Wyniki. Ramy prawne definiujące sposób udzielania świadczeń z zakresu leczenia substytucyjnego w Polsce różnią się od regulacji występujących w innych krajach UE, w których osiągnięto wysokie wskaźniki dostępu do terapii substytucyjnej na wielu wymiarach. Różnice te obejmują m.in. wykluczenie aptek i farmaceutów z udziału w realizacji leczenia substytucyjnego, brak możliwości realizacji leczenia substytucyjnego w trybie ordynacji lekarskiej, brak mechanizmów sprzyjających bardziej zrównoważonemu wykorzystaniu buprenorfiny i metadonu. Potencjalne bariery w realizacji leczenia substytucyjnego przez lekarzy POZ w Polsce obejmują m.in. niskie poczucie kompetencji, niejednoznaczne postawy i opinie wobec osób uzależnionych od narkotyków, postrzeganie uzależnienia jako choroby „na życzenie” oraz o niskich szansach wyleczenia. Bariery strukturalne dotyczą nadmiernej liczby pacjentów przypadającej na jednego lekarza POZ. Zaangażowaniu lekarzy POZ w leczenie substytucyjne może sprzyjać przekonanie, że prowadzenie leczenia substytucyjnego mieści się w zadaniach lekarza POZ oraz że realizacja tego leczenia w ramach POZ zmniejsza stygmatyzację tej grupy chorych. Leczeniu sprzyja także wysoki poziom empatii i uwrażliwienia na cierpienie i problemy osób uzależnionych oraz ich rodzin.

Wnioski

I. Ocena regulacji prawnych i organizacji leczenia substytucyjnego w wybranych krajach UE i w Polsce:

1. Udział lekarzy ogólnych w realizacji leczenia substytucyjnego sprzyja poprawie opieki zdrowotnej nad pacjentem uzależnionym oraz dobrej dostępności leczenia.
2. Rozwiązania, które wykorzystują różnorodność form organizacyjnych leczenia substytucyjnego i umożliwiają lepsze dopasowanie sposobu realizacji terapii do potrzeb pacjenta, jego stanu psychofizycznego i etapu terapii, pozytywnie wpływają na skuteczność i dostępność tej terapii oraz poprawiają współpracę między lekarzem i pacjentem.

Badania pozwoliły także na określenie barier w dostępie do leczenia substytucyjnego w Polsce:

1. Regulacje prawne leżące u podstaw organizacji leczenia substytucyjnego w Polsce ukształtowane zostały przez postrzeganie uzależnienia od narkotyków i alkoholu przede wszystkim w kategoriach problemu społecznego, nie zaś przewlekłej choroby, wymagającej długotrwałego medycznego oddziaływania.
2. Przyjęte w Polsce priorytety w zakresie organizacji leczenia substytucyjnego doprowadziły do sformułowania restrykcyjnych warunków realizacji tego leczenia, ograniczonej liczby świadczeniodawców oraz form organizacyjnych nieadekwatnych w stosunku do zróżnicowanych potrzeb pacjentów.
3. Podejmowane dotychczas próby zwiększenia dostępu do leczenia substytucyjnego nie powiodły się, ponieważ nie dokonano redefinicji uzależnienia od narkotyków, a podejmowane działania podporządkowane były ścisłej reglamentacji dostępu do leków stosowanych w terapii substytucyjnej.
4. Niewielka liczba lekarzy zaangażowanych w leczenie substytucyjne, brak wyuczonych klinicznych tej formy leczenia oraz brak standardów kształcenia studentów i lekarzy w zakresie leczenia uzależnień ograniczają możliwości upowszechniania wiedzy o leczeniu osób uzależnionych od narkotyków.

II. Ocena gotowości lekarzy POZ do realizacji leczenia substytucyjnego

1. Na gotowość lekarzy POZ do prowadzenia leczenia substytucyjnego wpływ ma poziom wiedzy na temat leczenia osób uzależnionych od narkotyków, postawy wobec tej grupy chorych oraz właściwości systemu opieki zdrowotnej.
2. Niewystarczający poziom wiedzy lekarzy POZ na temat leczenia osób uzależnionych od narkotyków, negatywne postawy wobec tej grupy chorych oraz zbyt duża liczba pacjentów na tzw. aktywnej liście mogą stanowić podstawowe przeszkody w realizacji leczenia substytucyjnego w ramach POZ.
3. Postrzeganie przez lekarzy POZ leczenia substytucyjnego jako integralnej części opieki w ramach POZ oraz dostrzeganie korzyści zdrowotnych dla pacjenta z leczenia substytucyjnego może pozytywnie wpływać na gotowość do realizacji tej formy leczenia przez lekarzy POZ.

ABSTRACT

BOGUSŁAWA BUKOWSKA

ASSESSMENT OF POSSIBILITIES FOR RAISING THE QUALITY OF HEALTH CARE PROVIDED
TO OPIOID USERS BY INCREASING ACCESS TO SUBSTITUTION TREATMENT

Key words: public health, opioids, opioid use, substitution treatment, primary care physicians

Introduction. Substitution treatment reduces a lot of health and social harm related to intravenous opioid use. Many EU member states achieved high, i.e. at least 50%, access rate to substitution therapy while in Poland this form of treatment covers only between 13 and 25% of those addicted to opioids, especially heroin. This disparity regarding access to substitution treatment prompted research into the reasons for this state of affairs. So far in Poland there has been no research conducted into the reasons for such a low access rate to substitution treatment.

The aims of the research included: 1) identifying legal and organizational solutions that facilitate increasing the access to substitution treatment in selected EU member states, 2) identifying legal and organizational barriers that limit the access to substitution treatment in Poland, 3) learning about the features of primary care physicians (their attitudes, beliefs, level of knowledge) as regards drug users, especially opioid users and substitution treatment, 4) perception of barriers as regards substitution treatment by primary care physicians, 5) researching the readiness of primary care physicians to conduct substitution treatment.

Research material was comprised of two parts. The first one included legal acts regulating issues related to substitution treatment as well as documents setting out guidelines related to clinical aspects of substitution treatment in Poland and in 6 EU member states (Austria, Croatia, France, Greece, Germany and Italy) in which the access rate to substitution treatment was higher than 50%. The other part of research material were transcripts of 27 interviews with primary care doctors that represented their attitudes and knowledge as regards the issue of addictions and substitution treatment.

Methods. A questionnaire including 19 questions to be independently filled in by nominated key experts from 6 EU member states and Poland was used to collect information regarding legal and organizational solutions. The questions concerned issues that may influence designing the access to substitution treatment. Individual in-depth interviews with primary care physicians were conducted in order to identify their opinions

and attitudes. The interviews covered three subject areas: 1) perception of both addiction to psychoactive substances and treatment of users, 2) perception of substitution treatment, its aims, limitations and benefits for the patient, 3) possibilities, conditions and barriers for conducting substitution treatment. The research employed purposive sampling. The participants included 27 primary care physicians from Warsaw and three others locations in Masovian Voivodship, i.e. Mińsk Mazowiecki, Grodzisk Mazowiecki and Siedlce, from Białystok and Łapy in Podlaskie Voivodship and from Łuków and Puławy in Lubelskie Voivodship. ATLAS.ti (version 5.5.3) software was used for analysis.

Results. Legal framework regulating the provision of substitution treatment in Poland are in many ways different from the regulations in other EU member states that achieved a high access rate to substitution treatment. The differences include e.g. the exclusion of pharmacies and chemists from participation in substitution treatment, inability to conduct substitution treatment by means of physician's prescription, the absence of mechanism fostering a more balanced use of buprenorphine and methadone. Potential barriers for implementing substitution treatment by primary care physicians in Poland include low self-evaluation of their competence, ambiguous attitudes and opinions concerning drug users, perceiving drug addiction as a disease 'by choice' and one that is unlikely to be cured. Structural barriers include too high a number of patients that an individual primary care physician has to provide services for. What may contribute to the commitment of physicians to substitution treatment is the belief that conducting substitution treatment falls within the scope of primary care physician's responsibilities and that implementing the treatment within the scope of primary health care unit reduces the stigmatisation of this patient group. The treatment is also fostered by high level of empathy and sensitivity to the suffering and problems of the users and their families.

Conclusion

I. The assessment of legal regulations and organisation of substitution treatment in selected EU member states and Poland:

1. The participation of general practitioners in implementing substitution treatment fosters good availability of the treatment but is not a necessary condition.
2. Solutions that take advantage of various organizational forms of substitution treatment and that enable better adjustment of the treatment implementation to a patient's needs, to their mental and physical state and to the stage of the therapy have a positive effect on the efficiency of the therapy and its availability, improve general health care provided to a patient and have a positive effect on the cooperation between a patient and their physician.

Research has also enabled to determine barriers in access to substitution treatment in Poland:

1. Legal solutions that regulate substitution treatment in Poland were formed from the standpoint which perceives addiction to drugs and alcohol predominantly as a social problem and not as a chronic disease that requires long-term medical intervention.
2. Priorities adopted in Poland as regards the organization of substitution treatment resulted in imposing strict conditions for implementing such treatment, limiting the number of treatment providers and organizational forms of therapy that do not suit the varied needs of patients.
3. The attempts that have been made so far to increase the access to substitution treatment have failed because the idea of drug addiction has not been redefined and the attempts made were subject to strict rationing of access to drugs used in substitution treatment.
4. Few physicians involved in substitution treatment, absence of clinical guidelines for implementing the treatment, and absence of standards for undergraduate and postgraduate training of physicians in the field of substitution treatment limit the possibilities to promote and disseminate knowledge about the treatment of drug users.

II. *Assessment of readiness to conduct substitution treatment among primary care physicians.*

1. The things that influence the readiness of a primary care physician to implement substitution treatment include their level of knowledge about the treatment of drug users, their attitude towards this patient group and the features of the health care system.
2. Insufficient knowledge among primary care physicians concerning the treatment of drug users, negative attitudes towards this patient group and having too many patients registered on the practice list may be the key obstacles to implementing substitution treatment within a primary health care unit.
3. Primary care physicians' perception of substitution treatment as an integral part of health care provided within a primary health care unit and recognizing health benefits that substitution treatment brings to a patient may have a positive influence on the readiness to implement this form of treatment by primary care physicians.