

A Metadon kezelés protokollja (Országos Addiktológiai Intézet)

I.) Alapvető megfontolások

1. A protokollok alkalmazási / érvényességi területe

Jelen protokoll az ópiát-függőség egyik kezelési lehetőségével, a metadon kezeléssel foglalkozik. E protokoll alap gondolata az, hogy a hosszú távú helyettesítő metadon kezelés olyan gyógyító beavatkozás, amely az ópiát-addikció, mint krónikus betegség tüneti kezelésére szolgál. A szervezet ópiát-hiányának megszüntetésére irányuló gyógymód, mely az ópiát függő páciensek további ártalmainak csökkentésére irányuló orvosi beavatkozás. A metadon ópiát receptor agonista hatása és kedvező farmakológiai tulajdonságai (hosszú felezési idő, lassú ürülés stb.) révén alkalmas az ópiát függőség hosszú távú helyettesítő kezelésére. A beavatkozás része a drog-addikció harmadlagos megelőzésének.

2. A protokoll bevezetésének alapfeltételei

Előző protokollok, illetve tervezetek

2002. Metadon protokoll a (Eü. Közlöny 9 sz. 2002. ápr.)

2005. Metadon protokoll revíziója (tervezet)

A Metadon kezelés jogi háttere:

1993-ban a Fővárosi ÁNTSZ hivatalosan engedélyezte a metadon tartalmú gyógyszerek használatát ópiát függőségben. 2000. november az OGYI T-7691/01. szám alatt forgalomba hozatali engedélyt adott ki Metadon-EP 5 mg és Metadon-EP 20 mg nevű tablettára, amelyek indikációja az ópiát-függőség. 2002. április 25-én az Egészségügyi Közlöny 9. számában hivatalosan megjelent a metadon kezelés módszertani levele, majd ugyanebben az évben az Egészségügyi Közlöny 10. számában közzé tették a metadon kezelés OEP finanszírozását. Ezt követően a metadon ingyenessé vált a betegek számára.

3. Definíció

Az ópiát fogyasztók egy jelentős hányada nem kerül kapcsolatba a kezelőhelyekkel, esetükben bármilyen orvosi intervenció kizárt, ugyanakkor egy másik hányad, mely nem nyitott az absztinenciát célzó terápiákra, nem akar vagy nem tud felhagyni az opiátok használatával (**van de Wijngaart, 1988**). Az elmúlt ezek a csoportok hazánkban is egyre markánsabban vannak jelen. Következésképp a helyettesítő kezelések, mint alacsony küszöbű szolgáltatások egyik alapvető célkitűzése lehet, hogy a fent leírt populáció számára is elérhetőséget teremtsenek, megvalósuljon a kapcsolat a kezelőhely és a

drogfogyasztó között. Ez a kapcsolat amellett, hogy lehetővé teszi az egészségügyi gondozás egyéb területeinek megvalósítását, alapjául szolgálhat annak, hogy a kliens a későbbiek során tovább kerüljön absztinencia célú programba.

A fenntartó metadon kezelés gyakorlata az első kísérletek óta (**Dole és Nyswander, 1965**) az elmúlt évtizedek során világszerte elterjedt (**Gossop és Grant, 1991; EMCDDA, 2000a**). A programok azonban – felépítésükben, célkitűzésükben - mind az egyes országok között, mind az országokon belül jelentős eltéréseket mutatnak (**Gossop és Grant, 1991; Peachey és Franklin, 1985; van de Wijngaart, 1988. D’Aunno és Vaughn, 1992**). A kezelés megkezdését követően a páciens droghasználatában csökkenés, pszichoszociális helyzetében javulás várható. A kliensek kiválasztása, a program megtervezése nagymértékben összefügg a programmal szemben támasztott célkitűzésekkel, amelyek a program hatékonyságának mércéjeként szolgálnak (**Hall, Ward és Mattick, 1998a**). A közösség főbb elvárásai: - az illegális droghasználat csökkenése, a beszerzési bűnözés csökkenése, a közös túhasználat következtében kialakuló HIV és hepatitis fertőzés megelőzése, a droghasználó egészségének javulása, a droghasználó munkavállalásának növekedése, a droghasználó társas kapcsolatainak javulása, a drogfüggőség elterjedtségének általános csökkenése azáltal, hogy csökken az új használók toborzása a drogok terjesztéséből saját használatukat finanszírozó drogfüggők körében, a droghasználattal összefüggő költségek csökkenése. A kliens elvárásaiban a prioritások értelemszerűen máshova kerülnek: a HIV fertőzés megelőzése, az egészség javulása, az individuális és szociális állapot javulása.

A fenntartó metadon program egyik célkitűzése, s ezzel párhuzamosan a hatékonyság egyik lényeges mércéje, a kliens kezelésben maradása (**Dole és Nyswander, 1965**). Ennek időtartama és sikeressége közötti pozitív összefüggés többszörösen bizonyított (**McCrary és Epstein, 1999; Simpson, 1981; Hubbard és mtsai, 1984; D’Aunno és Vaughn, 1992**).

A random kontrollált összehasonlító vizsgálatok igazolták hogy a metadon program szignifikánsan hatékonyabb a szerhasználat és a kriminalitás csökkentését illetően a nem kezeltékhez viszonyítva (**Dole és mtsai, 1969**). Hasonló metodológiájú kettős vak, plácébó kontrollált (**Newman és Whitehill, 1979; Gunne és Grönbladh (1981); Vanichseni és munkatársai (1991); Yancovitz és mtsai, 1991**) és kettős vak vizsgálatok (**Strain és mtsai, 1993**) is megerősítették az előző eredményeket, illetve a kliensek kezelésben maradási arányát hosszútávon is szignifikánsan magasabbnak találták.

Noha az obszervációs vizsgálatok nem használtak random besorolást, korrekcióval igyekeztek kiszűrni az ebből eredő hibalehetőségeket (**Hall és mtsai, 1998b** ezért ezek eredményeit is figyelembe vesszük.

Bale és mtsai (1980) a fenntartó metadon kezelést terápiás közösségi ellátással, illetve kórházi detoxikációs programmal hasonlították össze egy egyéves uránkövetéses vizsgálatban. A fenntartó kezelés szignifikánsan hatékonyabb

volt, mind az illegális drogfogyasztás, mind a kriminalitás, mind a kezelésben maradás szempontjaiból.

A legnagyobb volumenű hatékonyságvizsgálat is megerősítette ezen eredményeket (**Drug Abuse Reporting Program, DARP**). 52 kezelőhely mintegy 44 000 kliensét vizsgálták 1969 és 1973 között az USA-ban és Puerto Rico-ban (**Sells és Simpson, 1980; Simpson, 1981; Simpson és mtsai, 1982, Simpson és mtsai, 1986**). A fenntartó methadon kezelés, terápiás közösségi program, drogmentes ambuláns kezelés, rövid detoxikálás és a nem kezelt csoportjait hasonlították össze. A vizsgált változóknak (illegális droghasználat, munkavállalás, alkohol használat, kriminális aktivitás, életkörülmények és a későbbi kezelési események), mind a fenntartó methadon kezelésben részesülők, mind a terápiás közösségi ellátást kapók, mind pedig a drogmentes ambuláns kezelést választók jobb eredményeket mutattak, mint a kezelésből kimaradók, illetve az egyszerű detoxikációs kezelésen résztvevők). Más vizsgálatok is hasonló eredményeket szolgáltattak, ugyanakkor számos esetben a kriminális aktivitás és a heroin használat fordított irányú kapcsolatban volt a kezelésben maradás idejével (**McLellan és mtsai, 1982, Treatment Outcome Prospective Study /TOPS/, Hubbard és mtsai, 1984, Craddock és mtsai, 1992**).

A pre-post összehasonlító vizsgálatok is azt támogatták, hogy a metadon programban maradók aránya viszonylag magas, nő a szociális produktivitás, csökken a kriminális aktivitás (**Fiellin és mtsai 2002**) a mortalitás (**Gearing és Schweitzer, 1974**) és az intravénás droghasználat (**Ball és mtsai, 1988; Ball és Ross, 1991; Bell és mtsai, 1995**)

Az USA hat államában 24 intézményt vizsgáltak meg hatékonyság vonatkozásában, melynek kritériumaként a 20% alatti intravénás heroin használatot határozták meg. Ez alapján 14 program bizonyult hatékonynak (**General Accounting Office Study, 1990**). **Newman és Des Jarlais (1991)** az adatok másodelemzése során rámutatott, hogy az alkalmazott methadon dózis valamennyi program esetében meghatározó volt a hatékonyság szempontjából.

3.2 Kockázati tényezők:

A HIV és a hepatitis terjedését világszerte a metadon programok kiszélesítésének növekvő igénye kísérte (**Gossop és Grant, 1991; Selwyn és mtsai, 1989; Drotman, 1987; Dole, 1989**). A WHO 1999-es állásfoglalása alapelveként fogalmazza meg a szubsztitúciós kezelések biztosítását, mint az intravénás drogfogyasztók közötti HIV fertőzés terjedésének hatékony eszközét (**WHO, 1999**). Számos vizsgálat igazolta a metadon fenntartó programokban résztvevők HIV fertőzöttsége szignifikánsan alacsonyabb, mint a nem kezelt csoportban (**Baertwell és mtsai, 1989; Serraino és Franceschi, 1989; Metzger és munkatársai, 1993**); **Moss és munkatársai (1994)**, egy 5 éves utánkövetéses vizsgálat alapján megállapították, hogy a fenntartó kezelésben egy évnél kevesebb időt töltöttek között, közel háromszor nagyobb

valószínűséggel fordultak elő HIV pozitív esetek, szemben a minimum egy évig kezelésben maradókkal. A hatékonyan végzett metadon program protektív faktor a HIV fertőzés tekintetében (**Serpelloni és munkatársai,1994; Brown és munkatársai 1989**) Ismert, hogy az intravénás drogfogyasztóknál a HIV, illetve hepatitis B és C fertőzésben a legjelentősebb kockázati tényező a közös fecskendő használat, a szexuális aktivitás mellett. A metadon programok képesek szignifikánsan csökkenteni az intravénás droghasználatot (**Ball és munkatársai (1988(Selwyn és mtsai, 1987; Abdul-Quader és mtsai, 1987; Klee és mtsai, 1991; Darke és mtsai, 1990; Capelhorn és Ross 1995)**). Így a metadon programoktól a HIV fertőzés szempontjából az egyik legjelentősebb kockázati tényező jelentős mértékű redukciója várható.

A metadon kezelés közvetlen kedvező hatásán kívül figyelembe kell venni olyan közvetett hatásokat is, mint a lehetőség megteremtése - a más módon nem elérhető populációk számára - információs szóróanyagok terjesztésére, a HIV / AIDS fertőzéssel összefüggésben levő rizikóviselkedésekkel kapcsolatos felvilágosító munkára, tanácsadásra, is. Ezeknek az additív beavatkozásoknak központi jelentősége lehet a HIV és egyéb fertőző betegségek megelőzésében (**Friedman, Des Jarlais és Goldsmith, 1987**).

Hollandiában nem sikerült egyértelműen bizonyítani a metadon programok protektív erejét a HIV terjedésének megelőzésében, az eredménytelenségért a nem megfelelő, 40 mg alatti dózis alkalmazása tehető felelőssé (**Hartgers és mtsai, 1992**). Több vizsgálat támasztja alá a hatékony dózis protektív szerepét (**Brown és mtsai, 1989; Serpelloni és mtsai, 1994**).

Egyéb hatékonysági szempontok – mortalitás, pszichiátriai status, társas kapcsolatok

Fontos további szempont, hogy a metadon fenntartó kedvező hatása a mortalitásra, mely szerint a kezelésben részt vevők mutatója e tekintetben szignifikánsan alacsonyabb mint a csak detoxikálásra jelentkezők és a nem kezelték csoportjában (**Gearing és Schweitzer, 1974**). A fenntartó metadon kezelésnek kedvező hatása volt az általános egészségügyi állapotra is (**Senay, 1985**).

A vizsgálatok szerint az opiát használók között magas a pszichiátriai komorbiditás aránya. Magas a pszichológiai terhelés (**Khantzian és Treece, 1985**), másrészt gyakran állnak fenn párhuzamos depresszív tünetek (**Prusoff és mtsai, 1977; Calsyn és mtsai, 1989; Campbell és Stark, 1990**). A vizsgálatok e tünetek enyhüléséről számolnak be a fenntartó kezelés során (**Steer és Kotzker, 1980; Craddock és mtsai, 1982. id. Senay, 1985; Rounsaville és mtsai, 1982; Strain és munkatársai, 1991; Magruder-Habib és mtsai, 1992; Darke, 1998**). **Dorus és Senay (1980)** a legjelentősebb javulást a kezelés első 4 hónapja alatt tapasztalták. A pszichiátriai komorbiditás rontja a terápia hatékonyságát, függetlenül a kezelési modalitásoktól (**Darke 1998, McLellan és mtsai 1983, Metzger és mtsai 1991, Darke és mtsai 1994, Rounsaville és mtsai 1985**). Az adatok a fenntartó metadon kezelés egyik eredményeként a

pszichiátriai státus javulását jelzik, a kedvező hatást a kiegészítő pszichoterápia növelte (Rounsaville és mtsai 1982, McLellan és mtsai 1982). Woody és mtsai (1987).

II. Gyógyszeres kezelés

1.A megfelelő egészségügyi ellátás szintje

Metadon kezelést végző intézmények:

Jelenleg 8 drogambulancián, zajlik metadon szubsztitúciós/detoxikációs ambuláns kezelés (lásd melléklet), illetve egyes addiktológiai és pszichiátriai osztályon metadont alkalmaznak az ópiát-függő betegek detoxikációs kezelésében.

Metadon kezelést olyan egészségügyi egységekben lehet alkalmazni, amelyek rendelkeznek ÁNTSZ engedéllyel fekvő- és /vagy járó beteg addiktológiai szakellátásra és gondozásra

A hosszú távú szubsztitúciós methadon kezelésről a kezelő helyen dolgozó kéttagú munkacsoport dönt az előzmény, a beteg szomatikus és pszichés állapota, szociális helyzete, valamint a drogkarrier alapján. A munka-csoportban egyik tagja addiktológus vagy pszichiáter szakorvos, a másik szakember felsőfokú végzettséggel rendelkező munkatárs (addiktológus szakorvos, pszichiáter, háziorvos vagy egyéb szakképesítéssel rendelkező orvos, pszichológus, szociális munkás, konzultáns) legyen, szükség esetén a döntésben külső szakorvos is részt vehet. A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelést pszichiáter, vagy addiktológus szakorvos indikálja és folytatja speciális tanfolyam elvégzését követően (lásd melléklet).

Kezelési programok

A metadon kezelésnek alapvetően fajtája van: a metadon detoxikáció és hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelés.

a) *A metadon detoxikáció.*

A metadon detoxikáció két lépcsőből áll.

Az első lépcsőben a beteget a rövid hatástartamú opiátokról átállítjuk a hosszabb hatástartalmú, és orálisan adagolható metadonra. A második lépcsőben, az egyénileg kialakított metadon adagolás mértékét lehetőség szerint egy, maximálisan hat hónapon belül, fokozatosan csökkentjük, majd elhagyjuk.

b) *A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelés.*

A metadon- terápiát folytató intézmény vezetője időszakonként absztinenciát célzó kezelést ajánl fel a metadon programban résztvevőnek.

A választható kezelési formák közül a döntés az elérhető helyi lehetőségek, a kliens korábbi élettörténete, a jelenlegi állapot, a szociális támogató rendszer és a kifejezett kívánságok alapján határozható meg.

Figyelembe véve a kliens motivációs szintjét és a kezelő központ szakmai hátterét, megkülönböztethető alacsony és magas küszöbű program (**Preston, 1996**):

Alacsony küszöbű programok

- mindenki számára elérhető
- ártalomcsökkentésre orientált
- az elsődleges cél a megvonási tünetek és a szer utáni vágyakozás csökkentése,
- valamint az életminőség javítása
- a kezelési lehetőségek széles választéka

Magas küszöbű programok

- magas kritériumszint; kis esély a bekerülésre
- absztinencia orientált (ami magába foglalja hosszú távon a metadonra vonatkozó absztinenciát is)
- rendszeresen alkalmazott vizelet-vizsgálat
- a terápiából való kizárás merev szempontok szerint történik (az illegális drogfogyasztás nem engedélyezett)

A szubsztitúciós kezelés kritériumai a következők:

- több éves igazolt ópiát-függőség (legalább két év), valamint
- 18 éven felüli életkor
- sikertelen próbálkozás absztinenciát célul kitűző kezelési programban

A kezelésbevétel feltétele a klienssel kötött terápiás szerződés, mely rendelkezik a terápia kereteiről.

Nyilvántartás:

A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelésben részesülő páciensek nyilvántartását a metadon kezelést végző addiktológiai szolgáltatók biztosítják, mely a hatályos szabályok alapján történik. A kezeltek az anonimitást biztosító kód alapján országos regiszterbe kerülnek. A regisztert a Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia vezeti. A Drogambulancia vezetője az országos összesített adatokat és a havonta felhasznált metadon mennyiségét tartalmazó információt elküldi az Országos Addiktológiai Intézet igazgatójának

2. Speciális teendők

A metadon adagolása folyadék (oldat, solutio, suspensio, feloldott tableta, feloldott por, pezsgőtableta) formájában javasolt. Az alapelv az, hogy a metadon lehetőség szerint ne kerüljön a kliens kezébe. A napi ellenőrzött bevételtől eltérően indokolt esetben maximum 1 heti-, különlegesen indokolt esetben maximum 3 heti mennyiség adható ki.

A kezelés teljes időtartama alatt folyamatos és rendszeres ellenőrzés szükséges.

Az adagolás biztonsága érdekében a metadon- terápia helyeken történjen a metadon tárolása. A biztonsági feltételeket az érvényben lévő jogszabályok alapján kell kialakítani **(utalás a jogszabályra hiányzik, pótolni kellene.)** Az újonnan kezelést kezdő a szer bevitelét követő néhány órában maradjon a kezelőhelyen és tartsuk megfigyelés alatt. A kezdő dózis legyen alacsony. A megfigyelés alatt lévő kliensnek pótolhatjuk gyógyszerét, ha megvonási tünetek jelentkeznek, illetve, ha azok nem szűnnek meg. A fentiek miatt a gyógyszer beállítását kezdjük reggel, lehetőleg a hét elején.

A kliens tájékoztatása

A hatékony terápiakezdés abszolút feltétele a kliens pontos tájékoztatása a következőkről:

- a metadon szérum szint maximumát a bevételt követő 2-4. órában éri el
- a metadon akkumulációja miatt a legerősebb hatást - egyenletes dózis mellett - kb. a 3-5. napon, vagy még később éri el
- más drogok használatának veszélye nő a szubsztitúciós kezelés alatt, elsősorban az opiátok, a kokain, a benzodiazepinek és az alkohol vonatkozásában
- az aktuális metadonszint következménye az aktivitás növekedése, vagy csökkenése.

3. Ajánlott gyógyszeres kezelés

A napi metadon dózis meghatározása egyéni megítélés tárgyát képezi az ajánlott hatékony dózistartományon belül. Ez a dózis a kívánt szubsztitúciós hatás eléréséhez szükséges minimum szint. A hazai és nemzetközi tapasztalatok alapján a hatékony dózistartomány 60-120 mg/nap (**Dole és Nyswander 1965; D’Aunno és Vaughn, 1992; Hall és mtsai, 1998b; Ward és mtsai 1998c; Dunn 2003**). Ugyanakkor nem bizonyított a rutinszerűen alkalmazott 100mg feletti napi dózis előnye sem (**Ward és mtsai 1998c Strain és tsai, 1993; Ling és tsai 1996**).

A megfelelő gyógyszer szint elérése a beteg klinikai vizsgálata (pszichés státusz, vegetatív paraméterek), vizelet- nyálvizsgálat, illetve heteroanamnézis alapján állapítható meg.

. A fizikai függőség mértékének alapja a használt mennyiség, a használat időtartama, a bevitel módja. A használt opiát mennyisége nehezen becsülhető meg, mivel a heroin tisztasága változó, illetve a házi előállítású mákszármazékok adagjának becslése területenként változik. Máktea esetében egyes helyeken a fogyasztott mennyiséget literben adják meg, máshol a máktea főzéséhez felhasznált mákgubók számában. Ugyanakkor a betegek hajlamosak túlbecsülni a bevallott adagot annak érdekében, hogy több gyógyszert kapjanak. Így a beállítás alapja a beteg megfigyelése, és fizikális vizsgálata, a megvonásos tünetek súlyossága.

A beteg általános egészségi állapotánál a kardiovaszkuláris betegség, kolitisz, ulceróza, krónikus fájdalom szindróma, tüdőbetegség fokozott figyelmet igényel.

A kezdeti cél a megvonási tünetek megszüntetése. Az ópiát megvonás megjelenésekor, az utolsó ópiát használatot követő 8-12 órán belül, 15-20 mg metadon adagolással javasolt a kezelést indítani, majd még az első nap során, ha újabb tünetek jelentkeznek, további metadon adagolása szükséges. Az első napi adag ritkán haladja meg a 40 mg-ot. Ha a tolerancia alacsony, vagy tisztázatlan, a kezdő dózis ne legyen több 10-20 mg-nál. Ha a kezdő dózist az első héten szükséges növelni, a növelés mértéke maximum napi 5-10 mg legyen, és a heti növelés mértéke ne haladja meg 20 mg-ot. Kezdetben a napi kétszeri adagolás elégséges, majd a tünetmentesség elérésekor napi egyszeri adagolásra lehet áttérni (**Jaffe, 1990**). A stabil dózis eléréséhez kb. 6 hét, vagy ennél több idő szükséges (**Buning, Verster 2003 Methadon Guideline; UK Guidelines 1999**)

A vérszint meghatározás irányadó lehet a szubsztitúciós adag beállításakor, a hatékony vérszint 150-600 ng/ml közötti, átlagosan 400 ng/ml fenntartása javasolt.

Kontraindikációk

Abszolút ellenjavallat

- A készítmény bármely összetevőjével szembeni túlérzékenység
- A légzőközpont depressziójával járó állapotok

Lehetséges jelentős interakciók

Együttadása tilos

MAO-gátlókkal (növeli a toxicitást)

Óvatosan adható

- Központi idegrendszer depresszánsaival, általános érzéstelenítőkkel, phenotiazinokkal, major tranquillánsokkal, szedato-hipnotikumokkal, triciklikus antidepresszánsokkal, alkohollal (egymás hatását, de a légzésdepressziót is fokozhatják)

A megvonási tünetek jelentkezésekor a kliens azonnal ezek csökkentésének lehetőségét kezdi keresni, visszatérhet az illegális ópiátok illetve a benzodiazepinek használatához. Ezért a túladagolás veszélye ilyenkor nő. A gyors metadon-metabolizáló kliensek az erős elvonási tünetek miatt szintén e csoportba tartoznak (**Humeniuk és mtsai, 2000**).

Egyéb interakciók

A metadon metabolizmusát gyorsító szerek (carbamazepin, barbiturátok), és lassító szerek (cimetidin) adása módosítja a hatékony dózis szintjét (**Taylor, 1999**).

Ezek alapján a kezelést kezdő kliensek az első hónapban veszélyeztetettebbek a túladagolás tekintetében, mint a kezelésbe kerülést megelőzően (**Capelhorn és Drummer, 1999**).

A metadon túladagolásra leginkább veszélyeztetett kliensek jellemzői:

- első jelentkezés, illetve ismeretlen/tisztázatlan szerhasználati anamnézis
- magas kockázatú, politoxikomán típusú szerhasználat
- többszörös túladagolás az anamnézisben
- klinikailag jelzett légzési problémák
- klinikailag jelzett máj problémák
- gátolt a CYP3A4 enzim működése (lassú metabolizmus)

Az ezen körbe tartozó klienseket az első napokban, a kezelés megkezdését követően, szigorúbb megfigyelés alatt tartjuk.

Kiegészítő szolgáltatások

Számos adat jelzi a kiegészítő szolgáltatások fontosságát a fenntartó metadon kezelésben. Ily módon bár a konzultációs, csoportterápiás vagy egyéb pszichoszociális segítségnyújtás nem tekinthető a fenntartó metadon kezelés szükséges elemének, ezek elérhetősége jelentősen növelheti a terápia hatékonyságát (**van de Wijngaart, 1988; Gunne és Grönbladh, 1989; Senay, 1985; McLellan 1993, Seivewright, 2000**).

III./ 5 Az elátás megfelelőségének indikátorai Szakmai munka eredményességének mutatói

A hosszú távú szubsztitúciós methadon kezelés hatékonyságának értékeléséhez intézményi és egyéni indikátorok monitorozása ajánlott.

Intézményi szintű indikátorok: az újonnan kezelésbe kerülők és a kezelést elhagyók száma, illetve aránya, intravénás droghasználók számának monitorozása. Egyéni indikátorok közül javasolt az illegális drogfogyasztás monitorozása, a szervezetben lévő drogok kimutatására a beteg időszakos, véletlenszerű vizelet, nyál ellenőrzése útján (1 hónap után, majd 3 havonta, minimum évi négy alkalommal). Ugyancsak ajánlott az ASI (Addiktív Súlyossági Index) teszt felvétele, az első jelentkezéskor, 3 hónap múlva, majd minimálisan félévente.

Melléklet

8.1) Tanfolyam: A metadon kezelés elmélete és gyakorlata

Tematika:

A szubsztitúciós kezelés történeti áttekintése
A szubsztitúciós kezelés gyakorlata az USA-ban
A szubsztitúciós kezelés az Európai Unióban
Magyarországi áttekintés
Pszichofarmakológiai kérdések
A szubsztitúciós kezelés hatékonyságvizsgálata
A szubsztitúciós kezelés gyakorlati szempontjai
A metadon és az alternatív szubsztitúciós szerek
Jogi és etikai kérdések

Tanfolyam szerkezete

20 óra elmélet

30 óra gyakorlat

10 óra szupervízió

A tanfolyam esettanulmány benyújtásával és vizsgával zárul.

Javasolt gyakorló helyek: Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórház

Drogambulancia és Prevenciós Központ, INDIT Közalapítvány -Pécsi

Drogambulancia,

Irodalom:

- ABDUL-QUADER, A. S. – FRIEDMAN, S. R. – DES JARLAIS, D. – MARMOR, M. M. – MASLANSKY, R. – BARTELME, S. (1987). Methadone Maintenance and Behavior by Intravenous Drug Users that can Transmit HIV. Contemporary Drug Problems, 14. 425-433. (idézi Ward és mtsai, 1998b)
- Baertwell, A- Senay, E- Marks, R- White, R (1989) Patients Successfully Maintained with Methadone escaped HIV infection, archives of General Psychiatry, oct, 957-958
- Bale, R.N. - Stone, W.W- Van Kuldau, J.M. - Engelsing, T.M.- Elashoff, R. M- Zarcone, V.P. (1980) Therapeutic Communities vs Methadon maintenance. A prospective Controlled Study of narcotic Addiction Treatment: Design and One –Year Follow-up. Archives of General Psychiatry, 37, 179-193
- BALL, J. C. – LANGE, W. R. – MYERS, C. P. – FRIEDMAN, S. R. (1988). Reducing the Risk of AIDS Through Methadone Maintenance Treatment. Journal of Health and Social Behavior, 29. 214-226. (idézi: Hall és mtsai, 1998b. 41-43.)
- BALL, J. C. – ROSS, A. (1991). The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services, and Outcome. Springer-Verlag, New York. (idézi: Hall és mtsai, 1998b. 41-43.)
- BELL, J. - WARD, J. - MATTICK, R. P. – HAY, A. – CHAN, J. - HALL, W. (1995).

- An Evaluation of Private Methadone Clinics. National Drug Strategy Report Series No. 4. Australian Government Publishing Service, Canberra, Australia. idézi Hall és mtsai, 1998b. 43-44.)
- BROWN, L. S. – CHU, A. – NEMOTO, T. – AJULUCHUKWU, D. – PRIMM, B. J. (1989). Human Immunodeficiency Virus Infection in a Cohort of Intravenous Drug Users in New York City: Demographic, Behavioral, and Clinical Features. *New York State Journal of Medicine*, 89. 506-510. (idézi: Ward és mtsai, 1998b)
- BUNING E, VERSTEN A (2003) : Info for policymakers on the effectiveness of substitution treatment for opiate dependence), EuroMethwork
- CALSYN, D. A. - ROSZELL, D. K. - CHANEY, E. F. (1989) Validation of MMPI Profile Subtypes Among Opioid Addicts Who Are Beginning Methadone Maintenance Treatment". *Journal of Clinical Psychology*, 6. 991-998.
- CAMPBELL, B. K. - STARK, M. J. (1990) Psychopathology and Personality Characteristics in Different Forms of Substance Abuse. *The International Journal of the Addictions*, 12. 1467-1474
- CAPELHORN, J- ROSS, M.W.(1995) Methadon Maintenance and the Likelihood of risky needle-sharing, *International Journal of the addiction*
- CAPELHORN, J – DRUMMER, O. H. (1999). Mortality Associated with New South Wales Methadone Programmes in 1994: Lives Lost Live Saved. *Medical Journal of Australia*, 170, 104-109.
- CRADDOCK, S. G. ET AL (1982) Summary and Implications: Client Characteristics, Behaviors and Intreatment Outcome 1980 TOPS Admission Cohort. Research Triangle Institute Project 23U-1901. (idézi Senay, 1985)
- D'AUNNO, T. – VAUGHN, T. E. (1992). Variations in Methadone Treatment Practices. Results From a National Study. *JAMA*, 267. 2. 253-258.
- FIELLIN DA, O'CONNOR PG (2002). Office-based treatment of opioid-dependent patients. *N Engl.J.Med.* 347. 11. 817-823
- DARKE, S. (1998). The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment 3 Moderators of Treatment Outcome. In: Ward, J. – Mattick, R. P. – Hall, W. (1998) (eds.) *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Publishers. 75-89.
- DARKE, S. – HALL, W. – CARLESS, J. (1990). Drug Use, Injecting Practices and Sexual Behaviour of Opioid Users in Sydney, Australia. *British Journal of Addiction*, 85. 1603-1609.
- DARKE, S. – SWIFT, W. - HALL, W. – ROSS, M. (1994). Predictors of Injecting and Injecting Risk-Taking Behaviour Among Methadone Maintenance Clients. *Addiction*, 89. 331-336.
- DOLE, V. P. (1989). Methadone Treatment and the Acquired Immunodeficiency Syndrome Epidemic. *JAMA*, Sept. 22/29. 262. 12. 1681-1682.
- DOLE, V. P. - NYSWANDER, M. (1965). A Medical Treatment for

- Diacetylmorphine (Heroin) Addiction: A Clinical Trial With Methadone Hydrochloride. *J. of the American Medical Association*, 193. 8. 80-84.
- DOLE, V. P. - ROBINSON, J. W. - ORRACA, J. – TOWNS, E. – SEARCY, P. – CAINE, E. (1969). Methadone Treatment of Randomly Selected Criminal Addicts. *New England Journal of Medicine*, 280, 1372-1375.
- DORUS, W. – SENAY, E. C. (1980). Depression, Demographic Dimension, and Drug Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 137. 699-704.
- DROTMAN, D. P. (1987). Now Is the Time to Prevent AIDS. *American Journal of Public Health*, 77. 2. 143.
- DUNN J (2003). A survey of methadone prescribing at an inner city drug service and a comparison with national data. *Psychiatric Bulletin*. 27, 167-170
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (2000a). 2000 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union. EMCDDA. Lisbon, Portugal.
- GEARING, F. R. - SCHWEITZER, M. (1974) An Epidemiological Evaluation of Long Term Methadone Maintenance Treatment for Heroin Addiction. *American Journal of Epidemiology*, 100. 101-112,
- GENERAL ACCOUNTING OFFICE STUDY (1990). Methadone Maintenance: Some Treatment Programs are Not Effective; Greater Federal Oversight Needed. Report to the Chairman, Select Committee on Narcotics Abuse and Control, House of Representatives. General Accounting Office, Washington DC. (idézi: Hall és mtsai, 1998b. 44-45.)
- GOSSOP, M. – GRANT, M. (1991). A Six Country Survey of the Content and Structure of Heroin Treatment Programmes Using Methadone. *British Journal of Addiction*, 9. 1151–1160.
- GUNNE, L. M. – GRÖNBLADH, L. (1981). The Swedish Methadone Maintenance Program: A Controlled Study. *Drug and Alcohol Dependence*, 7. 249-256.
- GUNNE L. M. - GRÖNBLADH, L (1989). Methadone-assisted Rehabilitation of Swedish heroin addicts. *Drug and Alcohol dependence*, 24. 31-37
- HALL, WAYNE - WARD, JEFF - MATTICK, RICHARD P. (1998a). Introduction. In: WARD, J. – MATTICK, R. P. – HALL, W. (eds.) *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Publishers. 1-14.
- HALL, W. - WARD, J. – MATTICK, R. P. (1998b). The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment 1: Heroin Use and Crime. In: Ward, J. – Mattick, R. P. – Hall, W. (1998) (eds.) *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Publishers. 17-57.
- HARTGERS, C. – VAN DEN HOEK, A. – KRIJNEN, P. – COUTINHO, R. A. (1992). HIV Prevalence and Risk Behavior Among Injecting Drug Users Who Participate in “Low-Threshold” Methadone Programs in Amsterdam. *American Journal of Public Health*, 82. 4. 547-551.
- HUBBARD, R. L. – RACHAL, J. V. – CRADDOCK, S. G. – VAVANAUGH, E. R.

- (1984). Treatment Outcome Prospective Study (TOPS): Client Characteristics and Behaviors Before, During and After Treatment. In: Timms, F. M. – Ludford, J. P. (eds.) Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress, and Prospects. NIDA Research Monograph, 51. 42-68. (idézi Hall és mtsai, 1998b)
- HUMENIUK, R. - ALI, R. - WHITE, J. – HALL, W. – FARRELL, M. (2000). Proceedings of The Expert Workshop On Induction and Stabilisation of Patients onto Methadone. Monograph series no. 39. Adelaide, Australia.
- JAFFE, H.F. (1990). Drug addiction and drug abuse, In Gilman, A.T- Rall, Th.W.- Nies, A.S – Taylor, P (eds) The Pharmacological Basis of Therapeutics, Pergamon Press, New York, 522-573
- KHANTZIAN, E. J. – TREECE, C. (1985). Psychiatric Diagnosis of Narcotic Addicts. Archives of General Psychiatry, 42. 1067-1071.
- KLEE, H. – FAUGIER, J. – HAYES, C. – MORRIS, J. (1991). The Sharing of Injecting Equipment Among Drug Users Attending Prescribing Clinics and Those Using Needle-Exchanges. British Journal of Addiction, 86. 217-233.
- LING, W. – WESSON, D. R. – CHARUVA STRA, C. – KLETT, J. (1996). A Controlled Trial Comparing Buprenorphine and Methadone Maintenance in Opioid Dependence. Archives of General Psychiatry, 53. 401-407.
- MAGRUDER-HABIB, K. – HUBBARD, R. L. – GINZBURG, H. M. (1992). Effects of Drug Misuse Treatment on Symptoms of Depression and Suicide. International Journal of the Addictions, 27. 1035-1065.
- MARSDEN, J. - GOSSOP, M. - STEWART, D. - ROLFE, A. – FARRELL, M. (2000). Psychiatric Symptoms Among Clients Seeking Treatment for Drug Dependence. Intake Data from National Treatment Outcome Research Study. 999 British Journal of Psychiatry, 176. 285-289.
- MCCRADY, B. S. – EPSTEIN, E. E. (1999). (eds.) Addictions. A Comprehensive Guidebook. Oxford University Press, New York-Oxford.
- MCLELLAN, A. T. - LUBORSKY, L. – O’BRIEN C. P. – WOODY, G. E. – DRULEY, K. A. (1982). Is Treatment for Substance Abuse Effective? Journal of the American Medical Association, 247. 1423-1428.
- MCLELLAN, A. T. - LUBORSKY, L. – WOODY, G. E. – O’BRIEN C. P. – DRULEY, K. A. (1983). Predicting Response to Alcohol and Drug Treatments Archives of General Psychiatry, 40. 620-625.
- MCLELLAN, A. T. - ARNDT, I. O. - METZGER, D. S. - WOODY, G. E. - O’BRIEN, C. P. (1993). The Effects of Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment. JAMA, 269. 15. 1953-1959.
- METZGER, D. S. – WOODY, G. E. – DEPHILIPPIS, D. – MCLELLAN, A. T. – O’BRIEN, C. P. – PLATT, J. J. (1991). Risk Factors for Needle Sharing Among Methadone Treated Patients. American Journal of Psychiatry, 48. 636-640.

- METZGER, D. S. – WOODY, G. E. – MCLELLAN, A. T. – O'BRIEN, C. P. – DRULEY, P. – NAVALINE, H. – DEPHILIPPIS, D. – STOLLEY, P. – ABRUTYN, E. (1993). Human Immunodeficiency Virus Seroconversion Among Intravenous Drug Users In- and Out-of-Treatment: An 18-Month Prospective Follow-Up. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 6. 1049-1055. (idézi: Ward és mtsai, 1998b)
- MOSS, A. R. – VRANIZAN, K. – GORTER, R. – BACCHETTI, P. – WATTERS, J. – OSMOND, D. (1994). HIV Seroconversion in Intravenous Drug Users in San Francisco 1985-1990. *AIDS*, 8. 223-231.
- NEWMAN, R. G. – WHITEHILL, W. B. (1979). Double-Blind Comparison of Methadone and Placebo Maintenance Treatment of Narcotic Addicts in Hong Kong. *Lancet*, September 8. 485-488.
- PEACHEY, J. E. – FRANKLIN, T. (1985). Methadone Treatment of Opiate Dependence in Canada. *British Journal of Addiction*, 3. 291-299.
- Preston, A. (1996) *The Methadone briefing*, Island Press, London
- PRUSOFF, B. - THOMPSON, W. D. - SHOLOMSKAS, D. - RIORDAN, C. (1977). Psychological Stressors and Depression Among Former Heroin-Dependent Patients Maintained on Methadone. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1. 57-63.
- ROUNSAVILLE, B. J. - WEISSMAN, M. M. - CRITS-CHRISTOPH, K. - WILBER, C. – KLEBER, H. D. (1982). Diagnosis and Symptoms of Depression in Opiate Addicts. *Archives of General Psychiatry*, Feb. 151-156.
- ROUNSAVILLE, B. J. – KOSTEN, T. - KLEBER, H. (1985). Success and Failure at Outpatient Opioid Detoxification. Evaluating the Process of Clonidine- and Methadone- Assisted Withdrawal. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173. 103-110.
- SEIVEWRIGHT, N. (2000). *Community Treatment of Drug Misuse: More than Methadone*. Cambridge University Press. Cambridge.
- SELLS, S. B. – SIMPSON, D. (1980). The Case of Drug Abuse Treatment Effectiveness, Based on the DARP Research Program. *British Journal of Addiction*, 75. 117-131.
- SELWYN, P. A. – HARTEL, D. – WASSERMAN, W. – DRUCKER, E. (1989). Impact of the AIDS Epidemic on Morbidity and Mortality among Intravenous Drug Users in a New York City Methadone Maintenance Program. *American Journal of Public Health*, 79. 10. 1358-1362.
- SENAY, E. C. (1985) Methadone Maintenance Treatment". *The International Journal of Addictions*, 20. 6&7. 803-821.
- SERPELONI, G. – CARRIERI, M. P. – REZZA, G. – MORGANTI, S. – GOMMA, - M. – BINKIN, N. (1994). Methadone Treatment as a Determinant of HIV Risk Reduction Among Injecting Drug Users: A Nested Case Control Study. *AIDS Care*, 16. 215-220.
- SERRAINO, D. - FRANCESCHI, S. (1989) Methadone Maintenance Programmes and AIDS. *The Lancet*, Dec. 23/30. 2. 1522- 1523.

- SIMPSON, D. D. (1981). Treatment for Drug Abuse: Follow-Up Outcomes and Length of Time Spent. *Archives of General Psychiatry*, 38. 875-880.
- SIMPSON, D. D. – JOE, G. W. – BRACY, S. A. (1982). Six-Year Follow-Up of Opioid Addicts After Admission to Treatment. *Archives of General Psychiatry*, 39. 1318-1323.
- SIMPSON, D. D. – JOE, G. W. – LEHMAN, W. E. K. (1986). *Addiction Careers: Summary of Studies Based on the DARP 12-Years Followup*. National Institute on Drug Abuse Treatment Research Report.
- STEER, R. A. – KOTZKER, E. (1980). Affective Changes in Male and Female Methadone Patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 5. 115-122.
- STRAIN, E. C. – STITZER, M. L. – LIEBSON, I. A. – BIGELOW, G. E. (1993). Dose-Response Effects of Methadone in the Treatment of Opioid Dependence. *Annals of Internal Medicine*, 119. 23-37.
- STRAIN, E. C. – STITZER, M. L. – BIGELOW, G. E. (1991). Early Treatment Time Course of Depressive Symptoms in Opiate Addicts. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179. 215-221.
- TAYLOR, M. A. (1999). *The Fundamentals of Clinical Neuropsychiatry*. Oxford University Press, New York-Oxford. 379-409.
- The UK Guidelines (1999). *Drug Misuse and Dependence Guidelines on Clinical Management*. Department of Health. The Scottish Office Department of Health. Welsh Office. Department of Health and Social Services, Northern Ireland. 1999.
- VAN DE WIJNGAART, G. F. (1988). Methadone in the Netherlands: An Evaluation. *The International Journal of Addictions*, 9. 913-925.
- VANICHSENI, S. – WONGSUWAN, B. – the staff of the BMA Narcotics Clinic No. 6. – Choopanya, K. – Wogapanich, K. (1991). A Controlled Trial of Methadone Maintenance in a Population of Intravenous Drug Users in Bangkok: Implications for Prevention of HIV. *International Journal of the Addictions*, 26. 1313-1320.
- WARD, J. – MATTICK, R. P. – HALL, W. (1998a). (eds.) *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Publishers.
- WARD, J. – MATTICK, R. P. – HALL, W. (1998c). The Use of Methadone During Maintenance Treatment: Pharmacology, Dosage and Treatment Outcome. In: Ward, J. – Mattick, R. P. – Hall, W. (1998) (eds.) *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Publishers. 205-238.
- WOODY, G. E. – MCLELLAN, A. T. – LUBORSKY L. – O'BRIEN, C. P. (1987). Twelve-Month Follow-Up of Psychotherapy for Opiate Dependence. *American Journal of Psychiatry*, 144. 590-596.
- WHO, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1999). *Principles for Preventing HIV Infection among Drug Users*. Copenhagen. [magyarul l. *Addictologia Hungarica*, 7. 5. 388-393.]

YANCOVITZ, S. R. – DES JARLAIS, D. C. – PEYSER, N. P. DREW, E. – FRIEDMAN, P. – TRIGG, H. L. – ROBINSON, J. W. (1991). A Randomized trial of an Interim Methadone Maintenance Clinic. American Journal of Public Health, 81. 1185-1191.

Web lapok:

<http://www.euromethwork.org/>

<http://home.muenster.net/~indro/>

<http://www.doh.gov.uk/drugdep.htm>

A protokollt készítette: Országos Addiktológiai Intézet

A protokoll érvényessége: 2008. június. 01

VII. Melléklet

2. Érintett társszakmákkal való konszenzus

Az irányelv a következő szakmai társaságokkal került egyeztetésre:

Magyar Dropterápiás Intézetek Szövetsége

Magyar Addiktológiai Társaság

Narkológiai Társaság

Drogambulanciák Szakmai Szövetsége

VIII. Melléklet

Az ópiát függők metadon kezelésének algoritmus

