

**Mars 2019**

## **Udhëzues Klinik për Trajtimin Mbajtës me Methadone**

**Publikimi: Mars 2019**  
**Rishikimi: Pas 2 vitesh**

**Trajtimi Mbajtës me Methadone**

## **Kapitulli 1- Parimet Udhëzuese Në TMM**

### **1.1 Pikat kyçe**

1.2 Parimet që përforcojnë menaxhimin e mirë për shërbimet e adiksionit që përfshijnë TMM .

### **1.3 Aleanca terapeutike**

### **1.4 Shpërndarja e informacionit**

## **Kapitulli 2- Rehabilitimi dhe faktorët psikosocial të TMM**

### **2.1 Pikat kyçe**

### **2.2. TMM si komponent rehabilitimi**

### **2.3 TMM si pjesë e integruar e planit të kujdesit**

2.4 Ndërhyrjet psikosociale: përputhja e trajtimit me nevojat e përdoruesit të shërbimit

2.6 Hapat kryesore të përfshira në rrugën e përkujdesjes së integruar Implementimi i planit të kujdesit për të mbështetur një rrugë individuale rehabilitimi.

## **KAPITULLI 3 - Parimet dhe fazat operacionale kyçe të ndërhyrjeve farmakologjike për TMM**

### **3.1 Pikat kyçe**

### **3.2 Qëllimet dhe objektivat e TMM**

### **3.3 Kërkesat ligjore për lëshimin e recetave, kërkesat dhe fillimi i TMM**

#### **3.3.1 Methadone**

### **3.4 Sigurimi i informacionit për pacientin**

#### **3.4.1 Ofruesit e shërbimit**

#### **3.4.2 Shpërndarësi i preparatit**

#### **3.4.3 Përfshirja e familjarëve /kujdestarëve**

3.5 Komunikimi ndërmjet mjekut dhe pjesëtarëve të tjerë të rëndësishëm të ekipit

### **3.6 Menaxhimi i Kushtëzuar (sipas rastit)**

### **3.7 Deviacioni i TMM**

### **3.8 Konsumi i mbikëqyrur**

### **3.9 Vlerësimi i mëtejshëm i TMM**

### **3.10 Procedura e referimit për ndryshimet e vendndodhjes së aplikimit të TMM**

## **KAPITULLI 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi i TMM**

### **4.1 Pikat kyçe**

### **4.2 Faza 1: Vlerësimi i varësisë**

4.2.1 Vlerësimi i përgjithshëm i shëndetit

4.2.2 Ekzaminimet fizike, vlerësimet, ekzaminimet laboratorike dhe vaksinimet

4.2.3 Testimi për drogë dhe faza e vlerësimit

4.2.4 Funkionimi i Sistemit të Referimit për varësinë nga droga

4.2.5 Lidhja me Listën Qëndrore të Trajtimit (LQT) dhe Listën Kombëtare të Pritjes (LKP).

### **4.3 Faza 2 : Induksioni**

4.3.1 Induksioni i Methadone-it

4.3.2 Induksioni i buprenorphine / buprenorphine – naloxone

4.3.3 Testimi për drogë në fazën e induksionit

4.3.4 Frekuenca e mbikqyrjes së konsumit të drogës

### **4.4 Faza 3: Stabilizimi**

4.4.1 Stabilizimi i methadonit

4.4.3 Testimi për drogë në fazën e stabilizimit

4.4.4 Shpeshtësia e mbikqyrjes së konsumit të drogës

### **4.5 Faza 4 : Trajtimi mbajtës**

4.5.1 Trajtimi mbajtës me methadone

4.5.3 Kalimi nga methadone, në buprenorphine-naloxone / buprenorphine

4.5.4 Kalimi nga buprenorphine-naloxone / buprenorphine, në methadone

4.5.5 Testimi për drogë në fazën e trajtimit mbajtës

4.5.6 Shpeshtësia e mbikqyrjes së konsumit të drogës

### **4.6 Faza 5 : Detoksifikimi**

4.6.1 Detoksifikimi nga methadone

4.6.2 Detoksifikimi nga buprenorphine / buprenorphine-naloxone

- 4.6.3 Testimi për drogë gjatë fazës së detoksifikimit
- 4.6.4 Shpeshësia e mbikqyrjes
- 4.6.5 Nevoja për ekzaminim kardiografik (EKG)
- 4.6.6 Parandalimi i relapsit
- 4.6.7 Naltrexone
- 4.7 Toksiteti i Methadonit

## **KAPITULLI 5 - Testimi për drogë**

### **5.1 Pikat kyçe**

### **5.2. Objektivat e testimit për drogë**

### **5.3 Pse dhe kur testimi për drogë mund të jetë i nevojshëm**

### **5.4 Zgjedhja e një analize të përshtatshme**

- 5.4.1 Kontrolli për drogë
- 5.4.2 Testet Konfirmuese

### **5.5 Procedurat e testimit për drogë**

### **5.6 Falsifikimi i mostrave të urinës**

### **5.7 Mbikqyrja e dhënies së mostrave**

## **Kapitulli 6- TMM dhe konsideratat mjekësore të lidhura me të**

### **6.1 Pikat kyçe**

### **6.2 Përgjigjet në vazhdimin e keqpërdorimit të drogës dhe alkoolit për pacientët nën TMM**

### **6.3 Shëndeti mendor**

- 6.3.1 Trajtimi për problemet e sistemit mendor

### **6.4 Infeksionet virale**

## **Kapitulli 7- Situata të veçanta të trajtimit dhe popullsia**

### **7.1 Pikat kyçe**

### **7.2 Rreziku i fshehur**

### **7.3 Pacientët e varur nga opiatet, në spital**

### **7.4 Shtatzania dhe kujdesi neonatal**

### **7.5 Të rinjtë nën 18 vjeç**

## **7.6 Përdoruesit e vjetër, aktual dhe të rinj**

## **7.7 Gjendjet jetë- kufizuese dhe kujdesi paliativ**

## **Kapitull 8: Metodat e trajtimit psikologjik të personave nën TMM**

### **8.1 Terapia e Sjelljes në Çift për personat që janë abuzues të substancave dhe drogave.**

#### 8.1.1 Përbajtja mbi procedurat dhe sesionet

### **8.2 Terapia konjitive dhe e sjelljes (CBT)**

## **Kapitulli 9: Ngritja dhe konsolidimi i strukturës Kombëtare të trajtimit të çrregullimeve të përdorimit të substancave abuzive**

### 9.1 Pika kyçe

### 9.2 Çrregullimi i Përdorimit të Substancave

### 9.3 Agjensia Kombëtare për trajtimin e çrregullimeve të lidhura me Drogat

### 9.4 Vazhdimësia e Shërbimeve të Trajtimit

## **Kapitulli 10: TMM në burgje**

### 10.1 TMM në burgje

### 10.2 Inicimi i Trajtimit

### 10.3 Detoksifikimi

### 10.4 Dozimi dhe mbikqyrja e marrjes

### 10.5 Administrimi i sfidës së devijimit të methadonit

## **Kapitulli 11: Monitorimi dhe Vlerësimi i Shërbimeve TMM**

### 11.1 Pika Kyçe

### 11.2 Përdorimi i sigurt i Methadonit

### 11.3 Vlerësimi i Dobive të TMM

### 11.4 Indikatorët specifik matës për vlerësimin TMM

## **Bibliografia**

## **Autorësia**

# Shkurtesa

<b>6-AM</b>	6-acetylmorphine (Një nga tre metabolitët aktivë të heroinës)
<b>APKS</b>	Aftësitë Përballuese Konjitivo-Sjellore
<b>ÇAGJ</b>	Çrregullim i Ankthit të Gjeneralizuar
<b>EDDP</b>	2-ethylidene-1,5-dimethyl-3,3-diphenylpyrrolidine (metaboliti kryesor i methadonit)
<b>SHMK</b>	Shëndetit Mendor Komunitar
<b>EthG</b>	Ethyl-Glucuronide (një metabolit i alkoolit i cili përdoret si një biomarkues për të testuar përdorimin e etanolit)
<b>DPSHP</b>	Drejtoria e Përgjithshme e Shërbimit të Provës, Ministria e Drejtësisë
<b>HBV</b>	Hepatiti B
<b>HCV</b>	Hepatiti C
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus / Virusi i Imunodeficiencës Humane
<b>IM</b>	Intervistim motivues
<b>KP</b>	Kujdesi Prenatal
<b>LKP</b>	Lista Kombëtare e Pritjes
<b>LQT</b>	Lista Qëndrore e Trajtimit
<b>MK</b>	Menaxhimi i Kushtëzuar

<b>SAN</b>	Sindromi i Abstinencës Neonatale
<b>SRP</b>	Substanca të Reja Psikoaktive
<b>SSRI</b>	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor / Inhibitorët Selektiv të Rikapjes së Serotoninës
<b>SSHMFA</b>	Shërbimi Shëndetësor Mendor për Fëmijët dhe Adoleshentët
<b>SHKTO</b>	Shkalla Klinike e Tërheqjes nga Opioidet
<b>SHOTO</b>	Shkalla Objektive e Tërheqjes nga Opiatet
<b>SHSDA</b>	Shkalla Spitalore e Depresionit dhe Ankthit
<b>TB</b>	Tuberkulozi
<b>TKS</b>	Terapia Konjitivo-Sjellore
<b>TMM</b>	Trajtimi Mbajtës me Methadon
<b>TSÇ</b>	Terapia e sjelljes në Çift
<b>VGJ</b>	Viruset e transmetuara përmes gjakut
<b>VPF</b>	Vdekjet e Papritura Foshnjore

Kur jepet me korrektësi, për individët e duhur dhe në kohën e duhur, Trajtimi Mbajtës me Methadon (TMM), i mban pacientët në trajtim, mbështet përmirësimet në funksionimin shëndetësor dhe social, redukton krimin dhe përdorimin e drogave ilegale, parandalon përhapjen e viruseve të transmetuara nëpërmjet gjakut dhe mbron kundër mbidozimit.

Eksperienca në vend, tashmë prej mbi një dekade me këtë qasje terapeutike, ka treguar qartë një disbalancë në sistemin shëndetësor. Konkretisht, kjo terapi është ofruar ekskluzivisht nga sektori privat, konkretisht NGO, vetëm një e tillë, duke lënë jashtë strukturat e shëndetit publik dhe duke mos arritur në ngritjen e rrjetit të shërbimeve kaq të domosdoshëm për këtë kategori domethënëse pacientësh.

Vetëdrogë-përdorimi por edhe nevoja e atyre që i përdorin drogat, janë çështje mjaft komplekse. Është vështirë të thuhet se një problem me një drogë të vetme kërkon një zgjidhje të vetme, të thjeshtë; shumë individë në nevojë për trajtim kanë probleme komplekse fizike, mendore dhe sociale duke kërkuar kështu intervenime komplekse.

Fatkeqësisht në vend mungon një qasje e tillë multidisiplinare për arësye të një infrastrukture

krejtësisht të pamjaftueshme trajtuese adiktive, si dhe një angazhimi pasiv të shëndetit publik mbi këtë aspekt nozologjik, dhe përqëndrimin e shërbimit adiktiv kryesish nën administrimin e OJQ-ve.

Situata të tilla kanë lënë hapësirë edhe për mosrespektim/ devijime nga protokollet trajtuese, shpesh me mbivlerësime të farmakoterapisë në raport me ndërhyrjet e tjera alternative, kombinimi me të cilat do të maksimalizonte dobinë trajtuese, dhe rritur shanset për rezultate të qëndrueshme.

Përshkrimi i çdo medikamenti (dhe veçanërisht methadoni), nuk duhet të lejohet që të bëhet i shkëputur dhe ofrohet i izoluar prej komponentëve të tjerë të një trajtimi efektiv. Elementë të tjerë të një kujdesi të përgjithshëm kanë nevojë të domosdoshme për t'u adresuar, përfshi këtu planin individual të shërimit.

Ofrimi i TMM të veçuar nuk duhet të konsiderohet si gjithçka, ndërsa përfitimet nga medikamenti janë të shumta, ka mjaft më shumë përfitime nga inkorporimi i sa më shumë elementëve të komponentëve të tjerë jo medikamentoz.

Është pikërisht momenti që të bëhen ndryshimet e duhura për ta vendosur këtë problem në shinat e eksperiencës më të mirë europiane dhe më gjerë.

Janë të gjitha mundësitë që me implementimin e Strategjisë Kombëtare të Luftës Kundër Drogës 2019-2023, më së fundi të kemi strukturën kombëtare të shërbimeve adiktive ku shërbimi shëndetësor publik të marrë përgjegjësitë e nevojshme.

Nisur nga situata aktuale në vend dhe perspektivat në këtë sektor delikat shëndetësor, mendojmë se hapat imediate që duhet të ndërmerren për të përmirësuar orientimin drejt shërimit të pacientëve të varur nga opioidet do të ishin:

1. Të realizohet një audit i balancës për çdo qendër ekzistuese të ofrimit të TMM në vend, për të parë se sa dhe si janë realizuar objektivat midis mposhtjes së varësisë si synim final dhe uljes së dëmeve si një opsion kalimtar;
2. Të analizohet gjithë lista e përdoruesve aktual të shërbimeve të TMM për të parë se sa prej tyre kanë realizuar abstinencën prej drogës së tyre problematike. Pacientëve duhet t'u ofrohet opsioni i daljes nga trajtimi nëse ata janë gati dhe pas një vlerësimi të kujdeshëm;

3. Të merren në konsideratë nëse është momenti për të bërë ndryshimin në balancën aktuale ndërmjet promovimit të mposhtjes së varësisë dhe promovimit të uljes së dëmit, me synim që të inkurajohen aktivisht sa më shumë pacientë që të përqafojnë shanset e shërimit,
4. Për pacientët të cilët kanë arritur stabilitet ndërsa janë në terapi dhe që zgjedhin të reduktojnë apo ndërpresin medikamentin, të sigurohet që mekanizmat e suportit janë të gatshme për të mbështetur tranzicionin ;
5. Të kontrollohet se si i gjithë trajtimi është optimizuar, kështu që pacientët të kenë marrë diapazonin dhe intensitetin e intervenimeve që do t'u jepte atyre shansin më të mirë për shërim;
6. Të fuqizohen apo zhvillohen rrjetet sociale të pacientëve, dhe të sigurohen shanse për të siguruar “kapitalin social” përmes eksperiencës së punës apo punësimit, shanseve të trajnimit, punës vullnetare etj;

7. Të sigurohet që të gjithë punonjësit social janë të trajnuar dhe të observuar për të ofruar intervenimet psikosociale të tipit dhe intensitetit të përshtatshme për aftësinë e tyre;
8. Të shqyrtohet cilësia e planeve të shërimit për çdo qendër aktuale dhe atyre që do të ngrihen dhe ndërmerren hapat e duhura për përmirësim atje ku është e mundur;
9. Të sigurohet që çdo qendër të punojë me shërbimet lokale të punësimit dhe strehimit dhe në bashkëpunim me aktorët lokal.

Kjo filozofi e re e menaxhimit të kësaj terapie të rëndësishme kërkon domosdoshmërisht që të kuptohen konkretisht:

- a. Dimensionet e shërimit dhe se si ato përputhen me një kornizë konceptuale klinike;
- b. Përcaktimi i treguesve të progresit në ndërhyrjet trajtuese

- c. Se si ndërhyrjet terapeutike standarde mund të vijojnë në plan individual, drejt abstinencës së qëndrueshme dhe rehabilitimit.

Për të realizuar këto objektiva, ngritja e stafeve multidisiplinore të drejtuara nga mjekë toksikologë të specializuar, si dhe konsolidimi i sistemit të referimit për pacientë të tillë, janë parakushte për të maksimizuar këtë qasje terapeutike.

Ky udhëzues gjithsesi do të konsiderohet si një rekomandim i praktikës më të mirë dhe do të jetë subjekt i kontekstit klinik dhe i gjykimit të përshkruesve të këtij preparati.

**Prof.Dr. Zihni SULAJ**

**Shefi i Shërbimit të Adiktologjisë dhe Toksikologjisë Klinike**

**Qëllimi kryesor** i këtij udhëzuesi është orientimi i operatorëve shëndetësor përkatës për të realizuar Trajtimin Mbajtës me Methadone, në kushte dhe teknikë sa më korrekte, impaktet e së cilës do të mundësonin individëve përfitues ulje të ndjeshme të dëmeve të lidhura me përdorimin e paligjshëm të drogës, duke siguruar qasje të barabartë ndaj methadonit, këshillim, kujdes shëndetësor parësor dhe shërbime të tjera mbështetëse të bazuara në komunitet. Duke bërë kështu, vizioni është të përmirësojë shëndetin dhe mirëqenien e personave të varur nga opiatet, duke ofruar një shërbim qasës, i cili do t'u mundësojë atyre të kthehen anëtarë produktiv të komunitetit.

TMM është një terapi e njohur për çrregullimet e varësisë opioide. Por nuk duhet të keqkuptohet si zëvendësim i një varësie me një tjetër.

"Varësia" është një diagnozë psiko-fizike. Methadoni shkakton varësi fiziologjike dhe do të rezultojë në simptoma të tërheqjes fizike dhe psikologjike nëse ndërpritet papritmas. Kjo në vetvete nuk përbën "varësi". Trajtimi i pacientëve me varësi mund të komplikohet nga konfuzioni midis varësisë fiziologjike dhe varësisë. Ky keqkuptim mund të shkaktoj ngurrimin për të filluar një plan trajtimi të përshtatshëm.

TMM është një terapi zëvendësimi që lejon kthimin në funksionimin normal fiziologjik, psikologjik dhe shoqëror. Është një trajtim i mundshëm për një çrregullim të varësisë nga opiatet. TMM mund të vazhdojë përjetësisht në disa njerëz, ndërsa të tjerë mund të jenë në gjendje që përfundimisht të ndërpresin përdorimin e opiatit dhe të mbeten abstinent, duke ruajtur funksionimin normal që kanë arritur gjatë TMM. Çdo pacient duhet të vlerësohet, trajtohet dhe monitorohet në baza individuale, dhe TMM duhet të marrë parasysh aspektet fiziologjike / biologjike, psikologjike dhe sociale të pacientit. Rezultatet e suksesshme përmes TMM kërkojnë njohuri, përvojë, vigjilencë dhe kujdes nga ana e mjekut, pacientit dhe të gjithë subjekteve të përfshirë në trajtim.

Trendi i kërkesave për TMM të varësisë nga opioidet është vazhdimisht në rritje. Kjo rritje e kërkesës sjell një nevojë korresponduese për mjekë të përgatitur iniciues dhe mbajtës. Shpresojmë se standartet dhe orientimet e këtij udhëzuesi do të sqarojnë kërkesat dhe protokollet për TMM dhe do të inkurajojnë më shumë mjekë që të ndërmarrin administrimin e TMM ndaj pacientëve të varur nga opiatet, si pjesë e praktikës së tyre aktuale.



## KAPITULLI 1- Parimet udhëzuese në TMM

### 1.1 Pikat kyçe

### 1.2 Parimet që përforcojnë menaxhimin e mirë për shërbimet e adiksionit që përfshijnë TMM

### 1.3 Aleanca terapeutike

### 1.4 Shpërndarja e informacionit

#### 1.1 Pikat kyçe

- » TMM luan një rol të qënësishëm në mbështetjen e pacientëve në shërimin nga varësia e opioideve.
- » TMM duhet të jepet në mënyrën më të thjeshtë të mundshme, në përputhje me nevojat e pacientit dhe sa më afër vendbanimit të pacientit që të jetë e mundur.
- » Përdoruesit e shërbimit duhet të përfshihen tërësisht në zhvillimin e planit të tyre të kujdesit, duke vendosur objektiva trajtimi të përshtatshme dhe të shohin progresin e tyre gjatë trajtimit.
- » Përfshirja e përdoruesve të shërbimit në dizenjimin, planifikimin, zhvillimin dhe vlerësimin e shërbimit, është një praktikë e mirë.
- » Një nga pikat më të forta në trajtimin e varësisë nga droga dhe rehabilitimin, është bashkëpunimi i vlefshëm mes shërbimeve ligjore të trajtimit për drogë dhe sektorëve vullnetarë të cilët ofrojnë një shërbim të konsiderueshëm në disa zona.
- » Shërbimi duhet të jetë proaktiv, duke marrë parasysh angazhimet e përdoruesve të shërbimit me pjestarët e familjes, por njëkohësisht duhet të kuptohet që këta të fundit kanë nevojat e ndryshme nga përdoruesit e shërbimit.
- » Një bashkëpunim terapeutik i mirë është vendimtar në vendosjen e çdo trajtimi.

#### 1.2 Parimet që përforcojnë menaxhimin e mirë për shërbimet e adiksionit që përfshijnë TMM

Modele të trajtimit dhe rehabilitimit janë përcaktuar fillimisht nga mënyra si shërbimet zhvillohen lokalisht; zakonisht të influencuara nga faktorë gjeografikë, pranimi në komunitet, dhe

infrastruktura e disponueshme e shërbimit shëndetësor. Pavarësisht modelit të sistemit të trajtimit lokal, duhet të aplikohen parimet e mëposhtme :

- » **Qeverisja klinike** : Parimet e një qeverisje të mirë klinike janë theksuar në dokumentin aktual të "Strategjisë kombëtare të luftës kundër drogës".
- » **Standardet**: Të gjitha shërbimet shëndetësore duhet të mbështeten në Standartet Kombëtare të Kujdesit Shëndetësor dhe ato të Praktikës Klinike më të Mirë Europiane e më gjerë.
- » **Partnerizimi**: Shërbimet vullnetare dhe komunitare lokale duhet të punojnë me ofruesit ekujdesit parësor për të siguruar që ofruesit e shërbimit të bashkohen me nevojat e ndryshueshme të komuniteteve brenda burimeve të përcaktuara. Trendet e përdorimit të drogës dhe popullatat potenciale për t'u ndihmuar mund të ndryshojnë shumë shpejt. Ofruesit lokal të shërbimit duhet të punojnë sëbashku për t'u siguruar që shërbimet të merren siç duhet.
- » **Kompetencat**: Të gjitha agjensitë duhet të kenë kompetencat e duhura për t'iu përgjigjur problemeve komplekse të lidhura me përdorimin e substancave.
- » **Përfshirja e përdoruesve të shërbimit**: Përfshirja e përdoruesve të shërbimit, si partnerë aktiv në trajtimin e tyre për drogë, është thelbësore dhe produktive.
- » **Përdoruesit e shërbimit** duhet të jenë tërësisht të përfshirë në zhvillimin e planit të tyre të kujdesit, duke vendosur objektiva trajtimi të përshtatshme dhe duke parë progresin e tyre gjatë trajtimit. Është gjithashtu praktikë e mirë përfshirja e përdoruesve në dizenjimin, planifikimin dhe vlerësimin e

Ligji Nr.10 107, Datë 30.3.2009, "Për Kujdesin Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë"

## KAPITULLI 1- Parimet udhëzuese në TMM

### 1.1 Pikat kyçe

### 1.2 Parimet që përforcojnë menaxhimin e mirë për shërbimet e adiksionit që përfshijnë TMM

### 1.3 Aleanca terapeutike

### 1.4 Shpërndarja e informacionit

shërbimeve si dhe përkrahja dhe mbështetja e grupeve të lidhura me trajtimin lokal për drogë. Përdoruesit e shërbimit mund të përfshihen gjithashtu në edukimin e përdoruesve të tjerë si ata, rreth skemave të trajtimit, psh.: ulja e rrezikut për mbidozim dhe infektimin viral.

- »» **Përfshirja e familjarëve/ të afërmve:** Shërbimet duhet të jenë proaktive, duke pasur parasysh angazhimet e përdoruesve të shërbimit me familjarët / të afërmit, por duhet të kuptohet që këta të fundit kanë nevojë të ndryshme dhe të veçanta në krahasim me përdoruesit e shërbimit dhe mund edhe të kenë nevojë që bien në kundërshtim me ta. Në të gjitha statet, në vazhdimësi të trajtimit, duhet t'i jepet mundësia familjes për mbështetje. *Përfshirja e mbikëqyrjes familjare duhet të jetë normë në trajtimin nën moshën 18 vjeç.*
- »» **Miratimi i informuar:** Miratimi nga pacienti duhet të merret përpara fillimit të trajtimit, apo investigimit, dhënies së kujdesit personal/social për një përdorues shërbimi, ose përfshirjes së atij individit në mësim dhe kërkim. Ky kusht është në përputhje me principet etike bazike, me praktikën e mirë në komunikim dhe vendim-marrje dhe me politikat e kujdesit kombëtar shëndetësor dhe social. Nevoja për miratim është e njohur në ligjet ndërkombëtare.

#### 1.3 Aleanca terapeutike

Formimi i një aleance terapeutike është një parashikues i qëndrueshëm i angazhimit dhe përmbajtjes së klientëve në trajtimin për drogë. Koha fillestare që i përkushtohet formimit të një aleance terapeutike të hershme, është jetësore. Pikat kyçe në zhvillimin e një aleance terapeutike janë:

- »» Aftësia për të ndërvepruar me një pacient në mënyrën e duhur, duke treguar njëkohësisht, nivele të kënaqshme ngrohtësie.
- »» Aftësia për të ndërtuar besim dhe për të përshtatur stilin personal të ndërveprimit, me nevojat e përdoruesit të shërbimit.
- »» Aftësia për të përshtatur natyrën e ndërhyrjes, me kapacitetin e pacientit.

- »» Aftësia për tu përballur dhe kontrolluar reagimet e mundëshme emocionale të pacientit, veçanërisht me emocionet e forta, ndërkohë që shërbehet edhe për motivimin e tij.
- »» Aftësia për të ndërvepruar me pacientin, ndërkohë që tregon nivele të kënaqshme mirëkuptimi.

Faktorë të tjerë të vënë re, që sigurojnë një aleancë terapeutike efektive, përfshijnë: Komunikimi jo – fajësues, qëndrimi jo-gjyqës, përdorimi i dialogut motivues, të qënurit një dëgjues i mirë, gjendja e mirë shëndetësore e psikologjike, si dhe zhvillimi i një aleance ndihmuese dhe ndërtimi i një marrëdhënie bashkëpunuese me përdoruesin e shërbimit. Po ashtu është e rëndësishme të pasurit dijeni mbi faktorët që ulin mundësinë e formimit të një aleance. Këto mund të përfshijnë: ashpërsi, padurimin, kritikimin, largimin personal të papërshtatshëm, qëndrimin e pavëmendshëm ose të distancuar dhe përdorimin e gabuar të heshtjes.

#### 1.4 Shpërndarja e informacionit

Është shumë i rëndësishëm respektimi i detyrimit ligjor të ruajtjes së konfidencialitetit të të dhënave personale shëndetësore.

Informacionet identifikuese të pacientëve nuk duhet t'u jepen të tjerëve, përveç rasteve kur pacienti jep pëlqimin ose kur ndodh një largim jo-konsensual që mund ta justifikojë këtë.

Struktura nën të cilin operojnë shërbimet e adiksionit do të bazohen në ngritjen së shpejti të qendrave të krizës dhe detoksifikimit pranë të gjitha spitaleve rajonale të vendit, të përbëra nga mjekë toksikologë klinik, psikiatër dhe psikologë (Siç është përcaktuar në Strategjinë aktuale Antidrogë).

## KAPITULLI 1- Parimet udhëzuese në TMM

### 2.1 Pikat kyçe

### 2.2 TMM si komponent rehabilitimi

### 2.3 TMM si komponent rehabilitimi

### 2.4 Ndërhyrjet psikosociale: përputhja e trajtimit me shërbimin që ka nevojë përdoruesi

### 2.5 Ndërhyrjet psikosociale

### 2.6 Hapat kryesore të përfshira në rrugën e përkujdesjes së integruar

#### 2.1 Pikat kyçe

- » Të gjithë përdoruesit e drogës që fillojnë trajtimin dhe rehabilitimin, duhet të kenë një plan kujdesi të bazuar në vlerësimin e nevojave, i cili rishikohet rregullisht.
- » Të gjithë përdoruesit e drogës që fillojnë trajtimin dhe rehabilitimin duhet të kenë një vlerësim risku të plotë për të përcaktuar shqetësime shëndetësore të menjëhershme, probleme të shëndetit mendor dhe rrezikun tek fëmijët.
- » Nevojat e të gjithë përdoruesve të drogës duhet të vlerësohen në lidhje me domenet e përdorimit të drogës dhe alkoolit, shëndetin (fizik dhe psikologjik), shkeljet ligjore dhe funksionimin social (marrëdhëniet familjare, punësimin dhe marrëdhëniet sociale, etj)
- » Ndërhyrjet psikosociale, të cilat adresojnë nevojat e vlerësuara, janë një pjesë thelbësore në trajtimin për drogë. Ndërhyrjet psikosociale mund të adresojnë gjithashtu çrregullime mendore të zakonshme të lidhura me përdorimin e drogës, si depresioni dhe ankthi.
- » Vetë-ndihma dhe qasjet e përbashkëta ndihmëse, duket se janë shumë të efektshme për disa individë dhe përdoruesit e shërbimit që kërkojnë abstinencë, duhet t'u nënshtrohen atyre.

#### 2.2. TMM si komponent rehabilitimi

TMM konsiderohet një komponent kyç në trajtimin e varësisë nga opioidet dhe luan rol të rëndësishëm në rehabilitimin dhe rekuperimin e pacientit. TMM e realizuar me korrektesë, siguron një situatë qëndrueshmërie dhe sigurie që mbron përfituesit dhe krijon kohën dhe hapësirën e nevojshme për ta, që të ecin përpara drejt rekuperimit. TMM ka një vend të rëndësishëm dhe legjitim në

sistemin e kujdesit të orientuar drejt rekuperimit. Duhet të sigurohemi që TMM të jetë programi trajtues më i mirë i mundshëm por edhe t'i japim të njëjtën rëndësi cilësisë, nivelit dhe menaxhimit të mbështetjes dhe kujdesit të jashtëm.

#### 2.3 TMM si pjesë e integruar e planit të kujdesit

Duke pasur parasysh diversitetin e mbështetjes së nevojshme gjatë rehabilitimit, është e pamundur që një shërbim i vetëm të arrijë të plotësojë të gjitha nevojat dhe qëllimet e një individi. Në varësi të kompleksitetit të nevojave, një individ mund të kërkojë mbështetje nga shërbimet vullnetare komunitare të njohura me ligj. Plani i kujdesjes dhe procesi i menaxhimit të rasteve ka për qëllim të koordinojë shërbimet që jepen dhe të identifikojë, nëpërmjet vlerësimit, cilat mbështetje duhet të kërkojnë. Nevojat e përdoruesit të shërbimit duhet të përqëndrohen tek zhvillimi dhe implementimi i vazhdueshëm i një *plani kujdesi individual*.

Plani i kujdesit duhet të jetë përpiluar plotësisht brenda tre muajve të parë të trajtimit dhe duhet të dokumentojë qartësisht qëllimet dhe synimet e pacientit për trajtimin dhe të radhisë etapat e trajtimit, të domosdoshme për të arritur qëllimet e përdoruesit. *Rishikimi formal i planit të kujdesit duhet të ndërmerret çdo tre muaj ose kur një ndryshim në rrethanat e përdoruesit e bën atë të nevojshëm*. Data e rishikimit të planit të kujdesit pasardhës duhet të theksohet në fund të planit të kujdesit dhe në fund të çdo rishikimi rasti të radhës.

TMM duhet të jepet në radhë të ndërhyrjeve mjekësore dhe psikosociale. Sistemi i njohur për shërbimin ndaj keqpërdorimit të substancave, për të shpërndarë informacion në mënyrë që të zhvillojë planet e kujdesit, është theksuar në *Protokollet Kombëtare dhe Udhëzuesit Vlerësues NDRIC (2011)*.

# KAPITULLI 1- Parimet udhëzuese në TMM

## 2.1 Pikat kyçe

## 2.2 TMM si komponent rehabilitimi

## 2.3 TMM si komponent rehabilitimi

## 2.4 Ndërhyrjet psikosociale: përputhja e trajtimit me shërbimin që ka nevojë përdoruesi

## 2.5 Ndërhyrjet psikosociale

## 2.6 Hapat kryesore të përfshira në rrugën e përkujdesjes së integruar

### 2.4 Ndërhyrjet psikosociale: përputhja e trajtimit me nevojat e përdoruesit të shërbimit

Në vijimësi të një vlerësimi të kuptueshëm, është e rëndësishme të përputhen programi i trajtimit me nevojat e identifikuara të përdoruesit të shërbimit, në planin e tyre të kujdesit. Rëndësia e nevojave do të përcaktojë tipin dhe kohëzgjatjen e nevojshme të trajtimit. Faktet mbështesin efektshmërinë e dhënies së më shumë shërbimeve intensive pacientëve me probleme më të rënda.

Në efikasitetin e trajtimit është i rëndësishëm numri i seancave të këshillimit të kryera, por veçanërisht i rëndësishëm është parashikimi i ndërhyrjeve target të drejtuara nga problemet specifike të identifikuara tek pacienti..



Figura (1)

Pacientët me probleme më të rënda me drogën dhe alkolin ose ata të cilët janë në depresion më të thellë, kanë tendencën t'i përgjigjen më mirë trajtimeve të orientuara të sjelljes, të strukturuar mirë.

Nevojat e pacientëve duhet të adresohen në një "qasje kujdesi të shkallëzuar": fillimisht me pak ndërhyrje intensive, më pas nxitjen, në varësi të kompleksitetit të problemit, gradës së varësisë, sëmundjeve shoqëruese dhe identifikimit të

përdorimit të drogave të ndryshme njëkohësisht. (FIGURA 1)

Të gjitha ndërhyrjet duhet të kryhen nga persona të kualifikuar dhe të akredituar në kryerjen e këtyre ndërhyrjeve. Ata gjithashtu duhet të kenë mbikqyrjen e përshtatshme të menaxhimit, për të siguruar që po kryejnë detyrën dhe që ndërhyrjet e dhëna të jenë të përshtatshme për rolin e tyre.

### 2.5 Ndërhyrjet psikosociale

Për përdoruesit e opioidëve, të drogave të shumfishta dhe të alkoolit, ndërhyrja psikosociale mund të jepet e kombinuar me ndërhyrje farmakologjike. Ka fakte që tregojnë se efektiviteti i mbajtjes me methadon theksohet me ndërhyrjet psikosociale.

Shumë përdorues droge kanë mjaft probleme me sëmundjet shoqëruese dhe kryesisht me ato të shëndetit mendor, si ankthi dhe depresioni, etj. Faktet tregojnë që ndërhyrjet psikosociale mund të jenë mjaft dobiprurëse, veçanërisht në trajtimin e diagnozës së dyfishtë.

### 2.6 Hapat kryesore të përfshira në rrugën e përkujdesjes së integruar

Hapat kryesore të përfshira në rrugën e kujdesit të integruar për rehabilitim:

#### 1. Një depistim për drogë dhe alkool

2. Një vlerësim fillestar për të përcaktuar seriozitetin dhe urgjencën e problemit të drogës. Në varësi të rezultateve, një pacienti mund t'i ofrohet një shërbim i mëtejshëm në agjensinë e vlerësimit dhe/ose të referohet tek një shërbim më i përshtatshëm. Lloji i ndërhyrjes/mbështetjes së kërkuar mund të ndryshojë nga seancat e këshillimit në detoksifikim të menjëhershëm ose kombinim i shërbimeve të ndërhyrjes.

## Kapitulli 2- Rehabilitimi dhe faktorët psikosocial të TMM

### 2.1 Pikat kyçe

### 2.2 TMM si komponent rehabilitimi

### 2.3 TMM si komponent rehabilitimi

### 2.4 Ndërhyrjet psikosociale: përputhja e trajtimit me shërbimin që ka nevojë përdoruesi

### 2.5 Ndërhyrjet psikosociale

### 2.6 Hapat kryesore të përfshira në rrugën e përkujdesjes së integruar

3. Një **vlerësim i kuptueshëm** është i përshtatshëm për pacientin me nevoja më komplekse. Kjo do të identifikojë shërbimet që duhet të përfshihen në planin e shpërndarë të kujdesit. Vlerësimi duhet të përfshijë:

- Identifikimin e përdorimit të drogës dhe alkolit dhe matja e gravitetit.
- Vlerësimi i aspekteve të tjera përfshirë atë psikologjik, fizik, problemet ligjore, si dhe ato sociale si trajnimi, mbështetja familjare dhe shërbimet e shtëpisë.
- Vëmendje e veçantë kërkohet për personat të cilët kanë si probleme të shëndetit mendor, edhe probleme të lidhura me përdorimin e drogës (diagnozë të dyfishtë). Është thelbësore që qendra që ofron TMM të jetë kompetente në identifikimin e problemeve të mundshme mendore dhe të jetë proaktive në referimin e përdoruesit të shërbimit për vlerësimin e nevojave të tij të shëndetit mendor, kur është e nevojshme.

Për sa i përket vlerësimit të të rinjve, sikurse lartpërmendur:

- Vlerësimi duhet të jetë i kuptueshëm dhe multidisiplinar dhe përfshin: shërbimet sociale, shërbimet e lirisë me kusht për të rinjtë dhe Shërbimin e Shëndetit Mendor për Fëmijë dhe Adolehentë.
- Vlerësimi i pikave të forta e të dobta të sistemit familjar, është gjithashtu i rëndësishëm.
- Të gjitha aspektet në funksion duhet të vlerësohen, përfshirë edhe nevojat e zhvillimit, arritjet linguistike dhe të edukimit, si dhe siguria dhe shëndeti fizik.

Implementimi i planit të kujdesit për të mbështetur një rrugë individuale rehabilitimi.

Ky është një plan kujdesi gjithëpërfshirës i dokumentuar, mes pacientit dhe ofruesit të shërbimit, bazuar në objektivat e SMART (Specific, Measurable, Attainable, Realistic and Time-bound). Plani i kujdesit duhet të dokumentojë dhe të bëjë të mundur rishikimin e nevojave, qëllimeve dhe progresit të përdoruesit të shërbimit në katër fusha kryesore: Keqpërdorimi i drogës dhe alkolit, shëndeti (psikologjik dhe fizik), shkeljet dhe funksionimi social (përfshirë kujdesi për shtëpinë, punësimi dhe marrëdhëniet). Plani i kujdesit duhet të jetë i shkurtër dhe lehtësisht i kuptueshëm nga të gjithë pacientët e përfshirë dhe duhet të jetë një ushtrim i ndarë mes pacientit dhe ofruesit të shërbimit. Plani i kujdesit duhet të identifikojë specifikisht rolet e individëve specifik (përfshirë përdoruesin e shërbimit) dhe të shërbimeve gjatë kohës së dhënies së tyre. Rishikimi bëhet rutinë (çdo 3 muaj) ose kur ndryshimi i rrethanave të një përdoruesi e bëjnë të nevojshme.

5. **Risqet** duhet të vlerësohen në çdo stad. Ato mund të përfshijnë risqet e lidhura me mbidozimin, injeksionin e pakujdesshëm, seksin e pambrojtur. Risqe më të mëdha mund të përfshijnë: vetë-dëmtimin, mbrojtjen e fëmijës, prirje suicidale, përpjekje për të dëmtuar të tjerët dhe risqe të lidhura me krimin dhe presionimin e familjarëve ose individëve të tjerë për borxhe.

## Kapitulli 3- Parimet dhe fazat kyçe në ndërhyrjet farmakologjike përmë TMM

### 3.1 Pikat kyçe

### 3.2 Qëllimi dhe Objektivat TMM

### 3.3 Kërkesat ligjore për lëshimin e recetave, kërkesat dhe fillimi i TMM

### 3.4 Sigurimi i informacionit për pacientin

### 3.5 Komunikimi ndërmjet mjekut, farmacistit dhe niestarëve të tierë të rëndësishëm

### 3.6 Menaxhimi i kushtëzuar sipas rastit

### 3.7 Devijacioni i TMM

### 3.8 Konsumi i mbikqyrur

### 3.9 Vlerësimi i mëtejshëm TMM

### 3.10 Procedura e referimit për ndryshimet e vendndodhjes së TMM

## Trajtimi Mbajtës me Methadone

### 3.1 Pikat kyçe

- »» Komunikimi i mirë mes pacientit, mjekut dhe pjestarëve të tierë të ekipit multidisiplinar, është thelbësor në dhënien optimale të trajtimit.
- »» Kujdestarët duhet të jenë partnerë aktiv në trajtimin për drogë, kur jepet pëlqimi.
- »» Pacientet duhet të informohen plotësisht për risqet e mjekimit dhe rëndësine e mbrojtjes së fëmijëve nga gëllitja aksidentale e tyre. Marrëveshjet e përshkrimit të medikamenteve, mbikqyrjes dhe shpërndarjes, duhet të kenë për qëllim minimizimin e risqeve tek fëmijët.
- »» Është provuar se mbikqyrja e terapisë me methadonit ndikon në uljen e numrit të vdekjeve nga mbidozimi me methadone.
- »» Konsumi i mbikqyrur duhet të jetë i disponueshëm për të gjithë pacientët gjatë gjithë kohës që ata kanë nevojë dhe janë të rrezikuar.
- »» Vlerësimi i vazhdueshëm dhe plani i kujdesit janë kryesore në procesin e trajtimit.

### 3.2 Qëllimet dhe objektivat e TMM

Kur vendoset për të dhënë medikamente, klinicisti dhe pacienti duhet të përdorin një plan kujdesi për të dokumentuar qëllimet dhe arritjet e trajtimit gjatë procesit të rehabilitimit. Kjo bëhet brenda kontekstit të promovimit të një procesi ndryshimi në marrjen e drogës që mund të çojë në kapërcimin e varësisë dhe:

- »» ul përdorimin e drogës
- »» ul sjelljet e rrezikshme

- »» ul sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë
- »» ul shkeljet
- »» promovon stabilizimin dhe progresin e mëtejshëm
- »» përmirëson shëndetin
- »» përmirëson cilësinë e jetës; funksionimin si një pjestar produktiv i shoqërisë dhe përbushje personale

Për disa njerëz, do të përfshijë edhe pastrimin e plotë nga droga.

### 3.3 Kërkesat ligjore për lëshimin e recetave, kërkesat dhe fillimi i TMM

#### 3.3.1 Methadone

Protokolli i methadonit aplikohet për stafin mjekësor dhe psikosocial të angazhuar në qëndrën e TMM. Të kuptuarit mirë të legjislacionit vendas në lidhje me përshkrimin dhe shpërndarjen e methadone-it është jetësore për përdoruesin. Konsiderohet shkelje dhënia e methadone-it në mospërputhje me rregulloret në fuqi. Të gjithë pacientët të cilët marrin methadone janë të listuar në *Listën e Qëndrore të Trajtimit* (përveç pacientëve që marrin methadone për qëllime paliative / lehtësim dhimbjesh)

#### 3.4 Sigurimi i informacionit për pacientin

##### 3.4.1 Ofruesit e shërbimit

*Pasi merret vendimi për të filluar TMM, pacientët duhet të informohen verbalisht ose me marrëveshje konsensuale të shkruar, mbi arsyet e trajtimit, pritshmëritë prej tyre (psh, pjesëmarrja e përditshme në mbikqyrjen e dozave) dhe pritshmëritë e tyre.*

Pacienti duhet të informohet për:

## Kapitulli 3- Parimet dhe fazat kyçe në ndërhyrjet farmakologjike pëTMM

### 3.1 Pikat kyçe

### 3.2 Qëllimi dhe Objektivat TMM

### 3.3 Kërkesat ligjore për lëshimin e recetave, kërkesat dhe fillimi i TMM

### 3.4 Sigurimi i informacionit për pacientin

### 3.5 Komunikimi ndërmjet mjekut, farmacistit dhe niestarëve të tierë të rëndësishëm

### 3.6 Menaxhimi i kushtëzuar sipas rastit

### 3.7 Devijacioni i TMM

### 3.8 Konsumi i mbikqyrur

### 3.9 Vlerësimi i mëtejshëm TMM

### 3.10 Procedura e referimit për ndryshimet e vendndodhjes së TMM

- »» Çfarë do ndodh gjatë trajtimit
- »» Rreziku gjatë induksionit
- »» Risqet e përdorimit të benzodiazepinave ose inhibues të tjerë të SNQ
- »» Rritjen e planifikuar të dozës dhe arsytet për këtë
- »» Risqet për fëmijët që gëlltisnin medikamentet e dhëna me recetë dhe rëndësia e ruajtjes së sigurt, duhet të theksohen që në takimin e parë dhe në vijimësi
- »» Që vlerësimi i pajtimit me këto masa mbrojtëse do të jetë pjesë e vendim-marrjes në lidhje me marrëveshjet e shpërndarjes dhe mbikqyrjes

#### 3.4.2 Shpërndarësi i preparatit

Përpara se të fillohet dhënia e medikamenteve tek një pacient nën TMM, shpërndarësi duhet të diskutojë me pacientin çdo problem që të dyja palët konsiderojnë me rëndësi, përfshirë:

- »» Privatësinë e pacientit
- »» Pritshmëritë e pacientit dhe të shpërndarësit nga shërbimi
- »» Risqet e lidhura me dhënien e methadone-it ose të ndonjë medikamenti tjetër një personi tjetër
- »» Rrezikun e gëlltitjes së medikamenteve nga fëmijët
- »» Risqet e ruajtjes së methadonit në mënyrë të papërshtatshme
- »» Informacionin e përgjithshëm mbi TMM, përfshirë: mënyrën e përdorimit, efektet anësore të zakonshme, çfarë duhet të bëhet nëse nuk merr një dozë, ndërveprimi me alkolin dhe drogat e tjera (psh. benzodiazepinat), njoftime paralajmëruese për ngarjen e makinës ose veprimeve me makineri të rënda dhe metoda për shpërndarjen e sigurtë.

Përpos kësaj, shpërndarësit duhet të tregohen të kujdesshëm për nevojat e gjera mjekësore dhe shëndetësore të pacientit dhe të ofrojnë kujdes gjithpërfshirës. Shpërndarësi duhet të jetë i disponueshëm dhe të ofrohet për të diskutuar çdo problem që mund të ketë pacienti, në çdo shpërndarje.

Personeli duhet të kontaktohet për këshillim në situata të pazakonta siç janë: TMM për përdorim jashtë vendit; kufizime për mbajtjen e drogave të kontrolluara sipas juridiksioneve të caktuara dhe asistencë kur pacienti duhet të marrë TMM në dy vende, psh: lëvizja nga spitali në shtëpi për fundjavë e më pas rikthimi në spital.

Duhet të ekzistojë një mekanizëm në të cilin, ofruesi i trajtimit të regjistrojë të dhëna që tregojnë se pacientit i është dhënë informacion rreth masave të sigurisë në TMM.

#### 3.4.3 Përfshirja e familjarëve /kujdestarëve

Në varësi të marrëdhënies mes pacientëve dhe kujdestarëve përkatës dhe duke pasur parasysh të drejtën e konfidencialitetit të pacientit, informacioni mes mjekut toksikolog dhe kujdestarëve duhet të shkëmbehet për aq sa është e mundur dhe e praktikueshme. Kujdestarët duhet të jenë partnerë aktiv në trajtimin për drogë, kur u jepet miratimi. Ky parim qëndron për të gjitha vendet e trajtimit (klinika adiksioni, vende komunitare dhe burgje).

#### Kujdestarëve duhet t'u ofrohet informacion specifik dhe këshilla mbi:

- »» Rreziqet nga Viruset e përcjella me gjak, mbidoza dhe nëse duket e përshtatshme edhe këshilla mbi vaksinimin
- »» Rreziqet tek fëmijët në rast gëlltitje të medikamenteve të dhëna dhe rëndësia e ruajtjes së përshtatshme

## Kapitulli 3- Parimet dhe fazat kyçe në ndërhyrjet farmakologjike për TMM

### 3.1 Pikat kyçe

### 3.2 Qëllimi dhe Objektivat TMM

### 3.3 Kërkesat ligjore për lëshimin e recetave, kërkesat dhe fillimi i TMM

### 3.4 Sigurimi i informacionit për pacientin

### 3.5 Komunikimi ndërmjet mjekut, farmacistit dhe niestarëve të tjerë të rëndësishëm

### 3.6 Menaxhimi i kushtëzuar sipas rastit

### 3.7 Devijacioni i TMM

### 3.8 Konsumi i mbikqyrur

### 3.9 Vlerësimi i mëtejshëm TMM

### 3.10 Procedura e referimit për ndryshimet e vendndodhjes së TMM

»» Trajnimi mbi parandalimin e mbidozimit dhe menaxhimit të tij

#### Rekomandohet që ofruesit e shërbimit të:

- »» Jenë të disponueshëm për familjarët dhe kujdestarët, me miratim të pacientit
- »» vlerësojnë dhe të marrin parasysh nevojat e familjarëve/kujdestarëve, përfshirë mirëqënien e fëmijëve që varen nga pacienti
- »» Japin informacion verbalisht dhe me shkrim, këshilla mbi impaktin e përdorimit të drogës, si dhe informacion mbi trajtimin dhe ku do të zhvillohet ai
- »» Japin informacion mbi grupet vetë-ndihmuese dhe grupe apo individë të tjerë suporti për familjarët
- »» Konsiderojnë ndërhyrjet e bazuara në familje apo çift.

Nëse familjarët/kujdestarët nuk kanë ndonjë përfitim pas ofrimit dhe shërbimit të grupeve të suportit, atëherë ata duhet të referohen për ndërhyrje psikologjike formale.

#### 3.5 Komunikimi ndërmjet mjekut dhe pjesëtarëve të tjerë të rëndësishëm të ekipit

Është e rëndësishme të vendosen politika të konsoliduara ndërdisiplinore dhe procedura për të siguruar informacionin dhe dokumentacionin e nevojshëm ose recetat, që mund të vlerësohen kur të jetë e nevojshme.

- »» Marrëdhënia mes mjekut përshkrues dhe shpërndarësit të medikamentit, është tepër e rëndësishme. Shpërndarësi i medikamenteve zakonisht është pjesëtar i ekipit multidisiplinor që ndërvepron më shpesh me pacientin për mbikqyrjen e konsumit të medikamenteve të tyre. Është thelbësor komunikimi i rregullt dhe/ose takimet mes pjesëtarëve të tjerë të ekipit

mjekësor të përfshirë në kujdesin mjekësor në TMM të pacientit. Në fazën e induksionit duhet të ketë takime dhe komunikime më të shpeshta. Kjo jep një mundësi për të diskutuar mbi kujdesin për pacientin dhe ndonjë problem të mundshëm, për t'u siguruar që pacienti merr kujdesin e përshtatshëm.

- »» Komunikimi mes pjesëtarëve të tjerë të ekipit multidisiplinor, ka rëndësi të veçantë në sigurimin e vazhdimësisë së kujdesit për pacientët që ndërrojnë ambient, për shembull: zhvendosja në klinikën e adiksionit, spitale, burgje dhe komunitete.

#### Shpërndarësit e medikamenteve duhet të ndajnë informacione të rëndësishme me mjekun, si :

- »» Mungesat ose vështirësitë në marrjen e një doze nën mbikqyrje.
- »» Kur pacienti nuk merr dozën e paracaktuar tre ditë ose më shumë, duhet të kontaktohet me mjekun pasi mund të ketë nevojë për modifikim doze. Në disa raste (sidomos gjatë fazës së induksionit) është e domosdoshme të lajmërohet mjeku për çdo mungesë në marrjen e dozës, sepse mund të ketë rrezik për mbidozim gjatë kësaj periudhe.
- »» Tre ditë pa marrjen e dozës së rregullt të opioideve, tek pacientët mund të jetë ulur toleranca ndaj drogës dhe mund të jenë në rrezik për mbidozim nëse merret menjëherë doza e rregullt.
- »» Nëse lindin shqetësime rreth mirëqënies dhe shëndetit të pacientit.
- »» Nëse pacienti shkon në njësinë e administrimit të metadonit në gjendje të intoksikuar, për shembull nën influencën e drogave të tjera ose alkoolit. Shpërndarësi i medikamentit duhet të ketë parasysh që pacienti ka një risk më të lartë për mbidozim kur nuk ka marrë dozën në mënyrë të rregullt. Është e këshillueshme të kontaktohet mjeku për të diskutuar mbi



## Kapitulli 3- Parimet dhe fazat kyçe në ndërhyrjet farmakologjike për TMM

### 3.1 Pikat kyçe

### 3.2 Qëllimi dhe Objektivat TMM

### 3.3 Kërkesat ligjore për lëshimin e recetave, kërkesat dhe fillimi i TMM

### 3.4 Sigurimi i informacionit për pacientin

### 3.5 Komunikimi ndërmjet mjekut, farmacistit dhe pjestarëve të tjerë të rëndësishëm

### 3.6 Menaxhimi i kushtëzuar sipas rastit

### 3.7 Devijacioni i TMM

### 3.8 Konsumi i mbikqyrur

### 3.9 Vlerësimi i mëtejshëm TMM

### 3.10 Procedura e referimit për ndryshimet e vendndodhjes së TMM

situatën klinike. Nëse mjeku specifikon një dozë të re, duhet të merret një recetë e re ku specifikohet doza e re, përpara se të lëshohet medikamenti.

#### Kur pacienti mungon në një takim me mjekun përshkrues:

» Paraqitja për marrjen e medikamentit është përgjegjësi e pacientit. Mjeku duhet ta informojë pacientin që nëse mungon në marrjen e një doze dhe nuk marrin një recetë të vlefshme, kjo do të ndikojë në regjimin e trajtimit të tij .

» Përshkrimi origjinal i methadone-it, duhet ti paraqitetsh përndarësit të medikamentit, i cili duhet ti japë pacientit dozën e përshkruar.. Gjithsesi duhet minimizuar çdo lloj impakti që mund të ketë kjo në mundësinë e pacientit për të marrë mjekimin e nevojshëm dhe çdo ofruar shërbimi TMM duhet të veprojnë në interesin më të mirë të pacientit, në përputhje me legjislaturën përkatëse.

#### 3.6 Menaxhimi i Kushtëzuar (sipas rastit)

**Menaxhimi i Kushtëzuar** (sipas rastit) operon duke i ofruar një variacion incentivash në formë privilegjesh, si marrja e methadonit në shtëpi, çmime, kupone, çmime ose incentiva modeste financiare. Forma më e zakonshme e Menaxhimit të Kushtëzuar është mundësia e marrjes së methadone-it në shtëpi.

Menaxhimi i Kushtëzuar përdoret për të modifikuar përdorimin e drogës tek një person ose për të nxitur sjellje të shëndetshme. Kjo është në varësi të çdo prezantimi, për shembull, një test negativ droge. Studimet tregojnë që Menaxhimi i Kushtëzuar është i efektshëm për persona të cilët janë të përfshirë në programe të trajtimit mbajtës me methadone dhe që vazhdojnë të marrin droga të paligjshme.

Kritika të Menaxhimit të kushtëzuar përfshijnë faktin se është vënë re, që rikthimi i shpejtë është i shpeshtë,

pas ndërprerjes së një ndërhyrje të veçantë; që aftësia e nxitjeve të jashtme për abstinencë është shpesh e limituar nëse nuk ka përforsime konkurruese në ambientin e klientit; dhe që Menaxhimi i Kushtëzuar nuk adreson specifikisht problemin e motivimit intrinsik për ndryshim.

Megjithatë, Menaxhimi i Kushtëzuar mund të përdoret ndërkohë që kalohet pacienti në forma të tjera trajtimi.

Menaxhimi i Kushtëzuar mund të jepet normalisht si pjesë e kujdesit të strukturuar ose plan trajtimi në kombinim me ndërhyrje të tjera nga ekipi i kujdesit ose mjekut toksikolog. Kjo qasje është identifikuar në udhërrëfyesit e literaturës bashkëkohore europiane si komponent terapeutik ndaj drogë-varësisë, i provuar për efektshmëri.

Menaxhimi i Kushtëzuar, në formën e TMM që merret në shtëpi, është i balancuar kundrejt nevojës për të pasur një mbikqyrje të sigurt në përdorimin e medikamenteve të TMM dhe nevojës për të qënë të kujdesshëm me sigurinë e komunitetit në pikat e shpërndarjes së methadon-it.

Nga ana tjetër, fillimi i trajtimit me dozë të mbikqyrur, duke vlerësuar përgjigjen ndaj trajtimit, rrjedhimisht duke lejuar doza të pa mbikqyrura pacientëve të cilët shfaqin stabilitet, ul devijimin, nuk ul efikasitetin dhe suportohet nga grupe pacientësh (OBSH 2009). Risku për devijim të TMM për shfrytëzim në në tregun e zi duhet të konsiderohet përpara se të hiqen dozat që jepen. Ekziston një risk potencial tek fëmijët që mund të konsumojnë aksidentalisht medikamentet e TMM dhe duhet të konsiderohet mundësia e ruajtjes së sigurtë të tyre. Pacientët duhet të udhëzohen për këtë.

## Kapitulli 3- Parimet dhe fazat kyçe në ndërhyrjet farmakologjike për TMM

### 3.1 Pikat kyçe

### 3.2 Qëllimi dhe Objektivat TMM

### 3.3 Kërkesat ligjore për lëshimin e recetave, kërkesat dhe fillimi i TMM

### 3.4 Sigurimi i informacionit për pacientin

### 3.5 Komunikimi ndërmjet mjekut, farmacistit dhe pjestarëve të tjerë të rëndësishëm

### 3.6 Menaxhimi i kushtëzuar sipas rastit

### 3.7 Devijacioni i TMM

### 3.8 Konsumi i mbikëqyrur

### 3.9 Vlerësimi i mëtejshëm TMM

### 3.10 Procedura e referimit për ndryshimet e vendndodhjes së TMM

## Trajtimi Mbajtës me Methadone

### 3.7 Deviacioni i TMM

Risku i devijimit dhe keqpërdorimit të qëllimshëm të TMM, rritet në pacientë të cilët :

- »» Kanë qëllime suicidale ose çrregullime konjitive
- »» Pacientët e pastrehë ose që jetojnë në vende strehimi
- »» Kanë polivarësi (veç opiateve janë të varur nga droga të tjera, si alkooli, kokaina, benzodiazepinat, etj).

Grupi i fundit është më i rrezikshëm pasi mund t'i shesin methadone-in për të blerë drogën që ata përdorin dhe janë në rrezik më të lartë për mbidozim. Kriteret për përcaktimin e përshtatshmërive për dozat e marra në shtëpi, janë bazuar në sigurinë e pacientit dhe komunitetit, si dhe qëndrueshmërinë klinike, ku kjo e fundit mund të përkufizohet nga :

- »» Përputhja me direktiva të trajtimit
- »» Të mos pasurit, së fundmi, përdorim problematik të drogës apo alkoolit
- »» Vendbanim i qëndrueshëm
- »» Dozë e qëndrueshme e methadone-it (lejohet rritja rastësore)
- »» Qëndrueshmëri emocionale dhe qartësi mbi problemet e sigurisë.

#### Kundërrindikime në marrjen e dozës në shtëpi :

- »» Paraqitja e përsëritur në gjendje të intoksikuar në qëndrën e shpërndarjes së TMM
- »» Pacientët kanë fëmijë që jetojnë me ta dhe mund të rrezikohen
- »» Sjellje aktuale kaotike dhe e paparashikueshme
- »» Pacientë të vlerësuar si të rrezikshëm për veten
- »» Përdorim aktual i rrezikshëm i drogave (përfshirë benzodiazepinat dhe alkoolin), pasi mund të rrisin riskun për mbidozim fatal nga depresioni respirator.

### 3.8 Konsumi i mbikëqyrur

- »» Mbikëqyrja e methadon-it ka treguar ulje të rëndësishme të numrit të vdekjeve nga mbidozimi me methadone
- »» Mbikëqyrja nga një mjek toksikolog jep garancinë që mjekimi po merret si duhet. Në shumicën e rasteve, një person do të mbikëqyret nga shpërndarësi, megjithatë në disa qendra të specializuara, kjo bëhet nga stafi mjekësor.
- »» Pacienti duhet të këshillohet gjithmonë për ruajtjen e medikamenteve të TMM në shtëpi.
- »» Mjekimi që jepet për në shtëpi nuk duhet të jetë në doza të llogaritura për më shumë se 6 ditë (përveçse në raste festash deri në 7 ditë)
- »» Për furnizime për pushime, nevojiten formate përshkrimi me udhëzim për shpërndarje të pambikëqyrur në data specifike.
- »» Në fazën e stabilizimit, që mund të zgjasë deri në tre muaj, konsumi i TMM duhet të mbikëqyret çdo ditë.
- »» Në fazën e trajtimit mbajtës, një ulje e konsumit ditor të mbikëqyrur mund të konsiderohet kur pacienti shfaq stabilitet të vazhdueshëm dhe tregon që mund të menaxhojë si duhet TMM në shtëpi.
- »» Në elementet kyç të "stabilitet" përfshihen, vendbanimi, punësimi, të mos pasurit varësi nga substanca të tjera dhe ndalimi i injeksionit të drogës pas fillimit të trajtimit.
- »» Në fazën e detoksifikimit, mund të konsiderohet një reduktim i konsumit të mbikëqyrur tek pacientët në fazën e trajtimit mbajtës. Kjo varet nga vlerësimi klinik bazuar në nevojat e pacientit.
- »» Kur është e mundur, doza e mbikëqyrur duhet të mos jepet në prani të fëmijëve.

## Kapitulli 3- Parimet dhe fazat kyçe në ndërhyrjet farmakologjike për TMM

### 3.1 Pikat kyçe

### 3.2 Qëllimi dhe Objektivat TMM

### 3.3 Kërkesat ligjore për lëshimin e recetave, kërkesat dhe fillimi i TMM

### 3.4 Sigurimi i informacionit për pacientin

### 3.5 Komunikimi ndërmjet mjekut, farmacistit dhe pjestarëve të tjerë të rëndësishëm

### 3.6 Menaxhimi i kushtëzuar sipas rastit

### 3.7 Devijacioni i TMM

### 3.8 Konsumi i mbikëqyrur

### 3.9 Vlerësimi i mëtejshëm TMM

### 3.10 Procedura e referimit për ndryshimet e vendndodhjes së TMM

Tabela 1 : Frekuenca e konsumit të mbikëqyrur të methadonit

Fazat TMM	Frekuenca e sugjeruar e konsumit të mbikëqyrur
Faza I Para TMM (10 ditë para fillimit të TMM)	
Faza II Induksioni	Çdo ditë
Faza III Stabilizimi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mbikëqyrje e përditshme e konsumit të Methadonit, të paktën deri sa të stabilizohet.</li> <li>Nuk duhet t'i jepen më shumë se 6 doza për në shtëpi, përveç ditëve të festave zyrtare.</li> </ul>
Faza IV Trajtimi Mbajtës	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nëse pacienti shfaq qëndrueshmëri të vazhdueshme dhe i menaxhon pa problem dozat në shtëpi, atëherë mund të konsiderohet reduktimi i konsumit ditor të mbikëqyrur.</li> <li>Duhet të tregohet kujdes në dozat e dhëna për në shtëpi, sidomos në rastet ku mund të ketë probleme shtesë me alkoolin ose droga të tjera, pasi kjo rrit riskun për mbidozim fatal nga depresioni respirator.</li> <li>Pikat e mëposhtme janë sugjeruar si udhëzuese, në varësi të vlerësimit klinik dhe nevojave të pacientit: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mbi 80 mg: Mbikëqyrje dy herë në javë</li> <li>Mbi 120 mg: Mbikëqyrje më e shpeshtë</li> <li>Jo më shumë se gjashtë ditë doza në shtëpi, përveç ditëve të festave zyrtare</li> </ul> </li> </ul>
Faza V Detoksifikimi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mund të konsiderohet ulja e konsumit të mbikëqyrur që në fazën e trajtimit mbajtës.</li> <li>Kjo varet nga vlerësimi klinik, bazuar në nevojat e pacientit.</li> <li>Jo më shumë se gjashtë ditë doza në shtëpi, përveç ditëve të festave zyrtare.</li> </ul>

### 3.9 Vlerësimi i mëtejshëm i TMM

Është e rëndësishme të shënohet, që gjatë 5 fazave të TMM, siç përshkruhen në këtë udhëzues, *vlerësimi vazhdueshëm dhe planifikimi i kujdesit*, janë thelbësore për procesin. Në të gjitha fazat, trajtimi jepet nëpërmjet punës aktive kryesore dhe planifikimit të kujdesit.

Në shumë raste, stabilizimi nën TMM do të jetë prioriteti kryesor, si një hap i hershëm drejt detoksifikimit. Për shumë të tjerë mund të jetë i përshatshëm suporti aktiv për detoksifikim, i ndjekur nga parandalimi i relapsit. Megjithatë, vlerësimi dhe planifikimi i kujdesit të shërimit është një proces në vazhdim dhe, sapo të stabilizohet nën TMM dhe me planifikim aktiv të kujdesit (p.sh.: duke përdorur mjete dhe qasje motivuese), duhen konsideruar opsione në gamën e gjerë të qëllimeve personale. Që njerëzit të bëjnë zgjedhje të informuara në procesin e vlerësimit, ata kanë nevojë për informacion dhe këshillim. Veç promovimit të rrugëve drejt shërimit dhe abstinencës, është thelbësore të diskutohet natyra e varësisë dhe të bëhen të qarta risqet e mundshme të trajtimit dhe kalimit në abstinencë. Për planifikim të kujdesit të shërimit në bashkëpunim, pacientët kanë nevojë për këshilla të balancuara të bazuara në fakte, kështu ata mund të theksojnë preferencat dhe opsionet e tyre në një mënyrë të informuar.

Trajtimi duhet të ketë për qëllim të maksimizojë rezultatet në disa plane, përfshirë abuzimin me drogë dhe alkool, shëndetin dhe funksionimin psiko-social. Ndërkohë që trajtimi mbajtës me methadone, ka qënë i efektshëm në uljen e abuzimit të drogës, pacientët mund të mos ndërpresin përdorimin e drogave të jashtëligjshme. Klinikistët do të përballen shpesh me vendime lidhur me veprimet që duhet të ndërmarrin nëse pacienti tregon progres të limituar në një program TMM.

## Kapitulli 3- Parimet dhe fazat kyçe në ndërhyrjet farmakologjike për TMM

### 3.1 Pikat kyçe

### 3.2 Qëllimi dhe Objektivat TMM

### 3.3 Kërkesat ligjore për lëshimin e recetave, kërkesat dhe fillimi i TMM

### 3.4 Sigurimi i informacionit për pacientin

### 3.5 Komunikimi ndërmjet mjekut, farmacistit dhe pjestarëve të tjerë të rëndësishëm

### 3.6 Menaxhimi i kushtëzuar sipas rastit

### 3.7 Devijacioni i TMM

### 3.8 Konsumi i mbikqyrur

### 3.9 Vlerësimi i mëtejshëm TMM

### 3.10 Procedura e referimit për ndryshimet e vendndodhjes së TMM

Në këto rrethana, mjeku toksikolog duhet të konsiderojë optimizimin e trajtimit, duke rritur intensitetin e programit dhe jo duke e reduktuar atë. Optimizimi i trajtimit mund të përfshijë: sigurimin nga stafi mjekësor që mjekimi po merret në dozat e duhura; zëvendësimi i medikamenteve nëse është e mundur; shtimi i konsumit të mbikëqyrur.

Sapo të përfundojë plani i kujdesit, veprimet duhet të adresohen dhe rishikohen në sezona të rregullta një-për-një. Kur identifikohet një veprim i ri, kjo duhet të shtohet siç kërkohet. Një rishikim formal duhet të kryhet çdo 3 muaj, ose më shumë, sipas rastit. Data e rishikimit të ardhshëm duhet të theksohet dukshëm në planin e kujdesit, në fund të sezonit dhe në fund të çdo rishikimi rasti.

Klinicistët nxiten të dokumentojnë sistematikisht progresin në trajtim në 5 aspektet e planifikimit të kujdesit: Abuzimi me drogë dhe alkool; Shëndeti fizik; Shëndeti mendor; Funkcionimi social; Drejtësia Penale.

### 3.10 Procedura e referimit për ndryshimet e vendndodhjes së aplikimit të TMM

Që ndryshimet e mundëshme të vendit të trajtimit të mos çenojnë vazhdimësinë e programit të TMM, nevojitet: të ketë dakordësi dhe qartësi mes ofruesit të shërbimit dhe përdoruesit të shërbimit, që lidhen me referimin në një shërbim tjetër, përfshirë hapat dhe limitet kohore të përfshira dhe që pacienti:

- » Të ketë akses në shërbimin e duhur, sipas marrëveshjes së vlerësimit/planit të kujdesit/qëllimet e përbashkëta të planit të kujdesit/ nevojat.
- » Të jetë i mbështetur gjatë gjithë procesit, sipas udhëzimit, dhe të ndiqet në mënyrë të përshtatshme.

- » Të ndiqet dhe mbështetet për të minimizuar çdo lloj shkëputje nga shërbimi.
- » Transferimi nga një qëndër e ofrimit të TMM, në një tjetër qëndër, bëhet nëpërmjet një kërkesë për dhe nga ekipi klinik, zakonisht i lehtësuar nga Mjeku Toksikolog koordinator.
- » Lista Qëndrore e Trajtimit duhet të informohet mbi ndryshimin e trajtimit dhe shërbimit trajtues.

## Kapitulli 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi TMM

### 4.1 Pikat kyçe

### 4.2 Vlerësimi i varësisë

### 4.3 Faza 2: Induksioni

### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

### 4.5 Faza 4: Trajtimi Mbajtës

### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

### 4.7 Toksiciteti i Methadonit

#### 4.1 Pikat kyçe

- »» Methadoni i përdorur në doza optimale, është medikament i efektshëm për terapi mbajtëse.
- »» Induksioni i dozës me methadone duhet të ketë për qëllim të arrijë një dozë efektive, duke treguar kujdes në rritjen e menjëhershme të dozës.
- »» Klinikistët duhet të synojnë optimizimin e ndërhyrjeve mjekësore për pacientë që nuk përfitojnë nga trajtimi, zakonisht duke dhënë ndërhyrje shtesë më intensive farmakologjike dhe psikosociale, të cilat mund të japin rezultate më të mira.
- »» Pas stabilizimit me TMM, duhet të mbikëqyret të paktën një dozë në javë
- »» Methadone është medikament i efektshëm në regjim detoksifikimi.
- »» TMM është trajtim mjekësor dhe duhet të mos përdoret si formë ndëshkimi, për shembull të ulësh dozën si ndëshkim për përdorimin e njëkohshëm të saj me droga të jashtëligjshme.
- »» Detoksifikimi nga opioidet duhet të ofrohet si pjesë e një plani kujdesi, përfshirë përgatitjen dhe mbështetjen pas detoksifikimit në një ambient për pacientët e gatshëm dhe të përkushtuar për abstinencë.
- »» Profesionistët shëndetësorë që punojnë në izolim, duhet të jenë të sigurtë që të kenë mundësi për të diskutuar dhe rishikuar punën e tyre me kolegët që punojnë në fushë, për të mbajtur të përditësuar praktikën e mirë mjekësore.

#### 4.2 Faza 1: Vlerësimi i varësisë

Një përshkrim për mjekim mbajtës me methadone duhet të jepet normalisht vetëm nëse ka fakte që tregojnë se pacienti është aktualisht i varur nga droga (specifikisht opiate).

**ICD 10 ( International Classification of Diseases, Klasifikimi Ndërkombëtar i Sëmundjeve)** është zhvilluar nga OBSH dhe ka kritere pranimit për përcaktimin e varësisë (shih tabelën 2 më poshtë).

Më tej, simptomat e tërheqjes nga opiatet mund të vlerësohen duke përdorur Shkallën Objektive të Tërheqjes nga Opiatet (SHOTO) dhe Shkallën Klinike të Tërheqjes nga Opiatet (SHKTO).

**Tabela 2: Referenca tek ICD 10 (Kriteret për Përcaktimin e Varësisë)**

#### Fizike

- »» Shfaqja e simptomave karakteristike të Sindromit të tërheqjes, ose përdorimi i substancës për të lehtësuar ose shmangur simptomat e tërheqjes.
- »» Toleranca, e cila përcaktohet nga rritja e sasisë së substancës së përdorur, për të arritur intoksikimin ose efekte të tjera të dëshiruara ose nga ulja e efekteve me përdorim të vazhdueshëm të së njëjtës sasive substance.

#### Psikologjike

- »» Vështirësi në kontrollimin e përdorimit të substancës; përpjekje të pasuksesshme për të ndërprerë ose vazhduar përdorimin e substancës në sasi më të madhe në një periudhë më të gjatë se sa kishte për qëllim.
- »» Vazhdimi i përdorimit të substancës, pavarësisht ndërgjegjësimit për efektet dhe pasojat negative të përdorimit të drogës.

## Kapitulli 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi TMM

### 4.1 Pikat kyçe

### 4.2 Vlerësimi i varësisë

### 4.3 Faza 2: Induksioni

### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

### 4.5 Faza 4: Trajtimi Mbajtës

### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

### 4.7 Toksiciteti i Methadonit

Tabela 3: Shenjat objektive dhe subjektive të tërheqjes nga opioidet

Shenjat objektive të tërheqjes nga droga	Shenjat subjektive të tërheqjes nga droga
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Gogësimë</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Axhitim</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Kollë</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Irritabilitet</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tështimë</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Ankth</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Rrjedhje hundësh</li></ul>	Shenjat e listuara më poshtë mund të konsiderohen edhe si shenja objektive të dobishme:
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Lotim i syve</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Rritje e tensionit të gjakut</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Probleme me gjumin</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Rritje e pulsit</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Depresion</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pupila të dilatuara</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Dëshirë e madhe për drogë</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Lëkurë e ftohtë, e lagësht</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➢ Krampe abdominale</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Diarre</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nauze</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tremor i lehtë muskular</li></ul>	

#### 4.2.1 Vlerësimi i përgjithshëm i shëndetit

Të gjithë përdoruesit e drogës duhet t'i nënshtrohen një vlerësimi të plotë shëndetësor, përpara fillimit të TMM. Qëllimi është të identifikohen nevojat shëndetësore të pavlerësuara dhe të përmirësohet gjendja e përgjithshme shëndetësore e pacientit.

Historia dhe vlerësimi, përfshijnë:

- »» Historinë mjekësore të tashme dhe të kaluar
- »» Medikamente aktuale të marra me dhe pa recetë, si dhe duhani, cannabis, alkooli.
- »» Historia psikiatrike dhe simptomat aktuale

- »» Komplikacione të lidhura me drogën si abstinencia, tromboza venoze, septicemia, endokarditi dhe konstipacioni. Trajtimi dhe referimi janë të nevojshëm.
- »» Vlerësimi i praktikës së injektimit dhe këshillimi.
- »» Histori mbidozimi
- »» Prani infeksionesh virale: informacion dhe këshillim mbi infektimin me Hepatit A, B, C ose HIV/AIDS; testimi për secilën; imunizimi për Hepatit A dhe B.
- »» Histori përdorimi kontraceptivësh, historia e menstruacioneve dhe shtatzënive tek femrat.
- »» Shëndeti seksual dhe historia e infeksioneve seksuale të transmetueshme. Këshillim mbi shëndetin seksual.
- »» Vlerësimi i dietës dhe nutricionit dhe këshilla mbi to.
- »» Shëndeti oral dhe referimi tek dentisti.
- »» Çdo alergji
- »» Aktiviteti seksual.

#### 4.2.2 Ekzaminimet fizike, vlerësimet, ekzaminimet laboratorike dhe vaksinimet

- »» Vlerësimi i shëndetit fizik dhe mendor të pacientit.
- »» Vlerësimi i vendeve të injeksionit në të gjitha gjymtyrët.
- »» Peshë dhe gjatësia
- »» Ekzaminim imazherik torakal (grafi, etj), nëse dyshohet për tuberkuloz
- »» Test urine dhe gjaku për drogë, infeksione ose shtatzani; Gjak komplet
- »» Presioni arterial, pulsi
- »» Sistemi respirator
- »» Sistemi kardiovaskular

#### Shërbimet gjithashtu duhet të ofrojnë:

- »» Shërbimet e shkëmbimit të shiringave, reduktimi i dëmit, informacion dhe këshillim

## Kapitulli 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi TMM

### 4.1 Pikat kyçe

### 4.2 Vlerësimi i varësisë

### 4.3 Faza 2: Induksioni

### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

### 4.5 Faza 4: Trajtimi Mbajtës

### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

### 4.7 Toksiciteti i Methadonit

- »» Dozë të përshtatshme të TMM
- »» Parashikim i ndërhyrjeve të strukturuar psikosociale.

#### Gjithashtu, masa të përgjithshme të reduktimit të dëmit:

- »» T'i ofrohen mjete injektimi dhe të edukohet të mos i ndajë ato me të tjerët
- »» Këshillim mbi aksesin në shërbimin e reduktimit të dëmit
- »» Kontroll i rregullt i shëndetit seksual, sidomos për personat e përfshirë në shitjen e seksit
- »» Testimi dhe vaksinimi për viruse për të gjithë përdoruesit dhe partnerët e tyre seksualë
- »» Testimi duhet të përsëritet nëse persiston infeksioni

#### Tabela 4: Infeksionet nga të cilat riskohen më shumë përdoruesit e drogës me injeksion.

- »» Infektimi me HIV
- »» Hepatiti A
- »» Hepatiti B
- »» Hepatiti C
- »» Tuberkulozi
- »» Infeksione stafilotoksike ose streptotoksike në lëkurë
- »» Sepsis i rëndë sistemik
- »» Infeksionet seksualisht të transmetueshme (klamidia, sifilizi, gonorrea etj)

#### Tabela 5: Promovim shëndetësor për injektim të sigurt

- »» Përdor age dhe shiringë sterile dhe pastro mjetet për çdo injektim. Mos e shkëmbe kurrë shiringën e përdorur me të tjerët.
- »» Kujdes duhet të tregohet në ambiente të papërshtatshme për injektim, ku ka predispozitë për infeksion. Gjithashtu, pas injektimit nuk duhen lënë mjetet e përdorura në ambiente ku mund t'i përdorin të tjerë.
- »» Inkurajo moshatarët që nuk injektojnë, të mos fillojnë përdorimin e drogës me injeksion.
- »» Laj duart para dhe pas injeksionit. Disinfekto lëkurën me alkool para dhe pas injeksionit, Shmang injektimin në muskul ose nën lëkurë. Shmang injektimin në zona të rrezikshme, si qafa.
- »» Zëvendëso injektimin me metoda të tjera konsumi: tymosje, nga goja, me letër alumini, kapsula xhelatinoze, etj
- »» Parandalo mbidozimin duke përdorur sasi më të vogël substance; mos përdorur drogën gjatë kohës që je vetëm; duke njohur shenjat e mbidozimit, të thërrasësh për ndihmë sapo t'i shohësh ato tek personi tjetër që ka injektuar drogë; shmang përdorimin e drogës nga burime të reja apo të panjohura dhe përzierjen e drogës me substanca të tjera; kur është e mundur, përdor ambiente shëndetësore për injektim.

#### 4.2.3 Testimi për drogë dhe faza e vlerësimit

- »» Përpara se pacienti të fillojë TMM, duhet të jetë diagnostikuar për varësi ndaj opioideve.
- »» Rekomandohet që të kryhet të paktën një test për drogë para fillimit të TMM. Nëse mjeku toksikolog ka dyshim,

## Kapitulli 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi TMM

### 4.1 Pikat kyçe

### 4.2 Vlerësimi i varësisë

### 4.3 Faza 2: Induksioni

### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

### 4.5 Faza 4: Trajtimi Mbajtës

### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

### 4.7 Toksiciteti i Methadonit

mund përsërisë analizën ose të kryejë analiza të tjera plotësuese.

- »» Nëse mjeku toksikolog vazhdon të mos jetë i bindur për diagnozën, mund të konsultohet me një koleg tjetër specialist.

### 4.2.4 Funksonimi i Sistemit të Referimit për varësinë nga droga

Mjeku toksikolog duhet të referojë rastin e vlerësimit të varësisë nga droga sipas Sistemit të Referimit:

- »» Nëse pacienti ka indikacione klinike për varësi nga droga, të referohet në Shërbimin e Adiktologjisë dhe Toksikologjisë Klinike pranë QSUT
- »» Nëse pacienti fillon TMM në këtë shërbim, është detyrë e mjekut toksikolog përcaktues të dozës mbajtëse të ruajë kontaktet me mjekun referues.
- »» Ky i fundit duhet të jetë në komunikim të vazhdueshëm gjatë procesit të planifikimit të kujdesit.

### 4.2.5 Lidhja me Listën Qëndrore të Trajtimit (LQT) dhe Listën Kombëtare të Pritjes (LKP).

Gjatë vlerësimit, pasi mjeku toksikolog bindet që:

- »» Pacienti me varësi nga droga (opiatet) është në gjendje të japë miratimin për TMM
- »» Nevojat e pacientit mund të adresohen siç duhet nëpërmjet një stafi mjekësor të përgatitur.
- »» Pacienti nuk është trajtuar më përpara me TMM. Kjo mund të konfirmohet nëpërmjet kontaktimit me Listën Qëndrore të Trajtimit (LQT).

Atëherë:

- »» Ose pacienti fillon TMM, nëse ka një vend të lirë\*.
- »» Ose, nëse nuk ka një vend të lirë, pacienti vihet në listën e pritjes për shërbimin (shqyrtohet nga koordinatori i LKP në LQT).

*\*Prioritet u jepet grave shtatzënë, personave nën 18 vjeç, pacientëve me HIV, pacientëve me sëmundje të rënda dhe pacientëve që pas detoksifikimit kanë bërë së fundmi relaps.*

Pacienti do të qëndrojë në Listën Kombëtare të Pritjes (LKP) derisa shërbimi të jetë në gjendje të fillojë trajtimin e tij me TMM .

### 4.3 Faza 2 : Induksioni

#### 4.3.1 Induksioni i Methadonit

Pacientët janë në rrezikun më të lartë të mbidozës së methadonit (deri vdekjeprurëse) në 2 javët e para të TMM. Doza fillestare bazohet në tolerancën e pacientit ndaj opioidit dhe në rrezikun bazë të toksicitetit të methadonit. Është e rëndësishme të theksohet se methadoni, sidomos në kombinim me depresantët e tjerë të SNQ ose substancat që rrisin nivelet e methadonit në serum, mund të jenë të rrezikshme. rritja e shpejt e dozës rrit rrezikun, ndërkohë që jo domosdoshmërisht pacienti përfiton dhe duhet të administrohet me kujdes. Rreziku i rritjes së dozës në fazën e fillimit duhet të jetë i balancuar me njohjen e faktit se rritja e dozave të methadonit në nivele efektive mund të rrisë normat e mbajtjes së pacientit dhe të zvogëlojë përdorimin e barnave të paligjshme, alkoolit dhe medikamenteve psikoaktive.



## Kapitulli 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi TMM

### 4.1 Pikat kyçe

### 4.2 Vlerësimi i varësisë

### 4.3 Faza 2: Induksioni

### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

### 4.5 Faza 4: Trajtimi Mbajtës

### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

### 4.7 Toksiciteti i Methadonit

### Standardet

- 1.1.TMM duhet të rekomandohet vetëm nga mjekët adiktologë të qëndrave të ofrimit të shërbimit të TMM.
- 2.Rreziku i toksicitetit të methadonit duhet të vlerësohet nga një mjeku ekspert para fillimit të terapisë (shih nënkapitullin 6.6 Vdekjet e lidhura me drogën).
- 3.Për pacientët me **Rrezik të Ulët** për toksicitet nga methadoni:
  - a) Doza fillestare është 30mg ose më pak
  - b) Mjeku iniciues do të përshkruajë rritjet e dozave jo më shumë se 10mg çdo 3 ditë gjatë fazave të stabilizimit të hershëm dhe të vonshëm
- 4.Për pacientët me **Rrezik të Moderuar** për toksicitet methadoni:
  - a)Doza fillestare është 20mg ose më pak
  - b)mjeku iniciues do të përshkruajë rritjen e dozës prej jo më shumë se 10mg çdo 4 ditë gjatë fazave të stabilizimit të hershëm dhe të vonshëm
- 5.Për pacientët me **RREZIK të LARTË** për toksicitet methadoni, ose që kanë qenë në abstinencë nga opioidet për 7 ose më shumë ditë:
  - a)fillimi është 10mg ose më pak
  - b)mjeku iniciues duhet të përshkruajë rritje të dozave prej jo më shumë se 5 mg çdo 5 ose më shumë ditë gjatë fazave të stabilizimit të hershëm dhe të vonshëm

### 4.3.2 Induksioni i buprenorphine / buprenorphine- naloxone

Induksioni dhe stabilizimi mund të ndodhin më shpejt sesa në induksionin me trajtimin me methadone, për shkak të profileve më të sigurta të buprenorphine-s.

### Buprenorphine / buprenorphine-naloxone:

- »» Mund të fillohet në mënyrë të sigurtë më shpejt se methadone
- »» Duhet të fillohet nga mjeku adiktolog
- »» Kriza e tërheqjes e shkaktuar, ndodh kur buprenorphine zë vendin e methadone-it dhe të heroinës, tek receptorët opioid. Duke qenë se buprenorphine është agonist parcial i opioideve, kjo rezulton në një ulje të menjëhershme të efektit të opiateve, duke çuar kështu në shfaqjen e shenjave të rënda të zvjerdhjes, vetëm disa orë pas marrjes së medikamentit
- »» Doza e parë e buprenorphine / buprenorphine-naloxone duhet të mos fillohet derisa pacienti të shfaqë shenja e tërheqjes; ndryshe, ka një risk për tërheqje të precipituar. Shenjat e tërheqjes fillojnë zakonisht, rreth 8 orë pas dozës së fundit të heroinës dhe të paktën 24 orë pas dozës së fundit të methadonit. Gjithsesi, kjo varion nga pacienti në pacient.
- »» Doza e fillimit është midis 4 mg dhe 8 mg në ditë.
- »» Doza mund të rritet me 2 deri në 8 mg në ditë, zakonisht 4 mg, derisa pacienti të stabilizohet, deri në një maksimum doze prej 24 mg në ditë buprenorphine-naloxone / 32 mg vetëm buprenorphine, edhe pse te pacientë të caktuar mund të jetë e përshtatshme një dozë më e ulët ose më e lartë.

### 4.3.3 Testimi për drogë në fazën e induksionit

1. Testimi për drogë, është një nga parametrat e përdorura nga mjeku iniciues në fazën e induksionit. Parametra të tjerë përfshijnë rivlerësime klinike dhe histori përdorimi droge të referuar nga vetë pacienti ose të tjerë.

## Kapitulli 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi TMM

### 4.1 Pikat kyçe

### 4.2 Vlerësimi i varësisë

### 4.3 Faza 2: Induksioni

### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

### 4.5 Faza 4: Trajtimi Mbjajtës

### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

### 4.7 Toksiciteti i Methadonit

2. Rekomandimi është që të kryhet të paktën një test droge i rastësishëm në muaj.

#### 4.3.4 Frekuenca e mbikëqyrjes së konsumit të drogës

Rekomandohen mbikëqyrjet e përditshme

#### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

##### 4.4.1 Stabilizimi i methadonit

Ky seksion detajon se si të menaxhohet faza e stabilizimit, ku mjekët punojnë drejt një doze dhe plani të trajtimit për të stabilizuar gjendjen e pacientit, mjedisin social dhe mirëqenien e përgjithshme.

##### **Standardet**

1. Kjo fazë kërkon deri në 3 muaj kohë.
2. Mjeku iniciues duhet të sigurojë që dozat të rriten vetëm pasi që pacienti të vlerësohet personalisht dhe është përcaktuar që pacienti përjeton dëshirë ose përdorim të vazhdueshëm të opioidit dhe/ose simptoma të tërheqjes.
3. Mjeku iniciues nuk duhet të rrisë dozën e pacientit më shumë se 10mg çdo 5-7 ditë gjatë fazës së stabilizimit.
4. Mjeku iniciues duhet t'i përmbahet standardeve dhe udhëzimeve në Seksionin 4.6.5 Nevoja për ekzaminim kardiografik

##### **Udhëzime**

1. Doza tipike e methadonit për të zvogëluar dëshirat dhe simptomat e tërheqjes është midis 60-120mg.
2. Ndryshimet në çdo mjekim të njëkohshëm kërkon një rishikim të dozës aktuale të methadonit. Rekomandohet konsultim për këtë qëllim.
3. Mjeku duhet të vlerësojë mundësinë e shtatzënisë dhe të diskutojë opsionet e kontracepsionit gjatë çdo vizite klinike.

#### 4.4.3 Testimi për drogë në fazën e stabilizimit

- »» Testimi për drogë, është një nga parametrat e përdorura nga mjeku iniciues në fazën e stabilizimit. Parametra të tjerë përfshijnë rivlerësime klinike dhe histori përdorimi droge të referuar nga vetë pacienti ose të tjerë.
- »» Rekomandimi është që të kryhet të paktën një test droge i rastësishëm në muaj, në lidhje edhe me parametrat e tjerë.

#### 4.4.4 Shpeshtësia e mbikëqyrjes së konsumit të drogës

- »» Rekomandohet mbikëqyrje e përditshme deri sa pacienti të stabilizohet
- »» Jo më shumë se 6 doza të marra në shtëpi.

#### 4.5 Faza 4: Trajtimi mbajtës

##### 4.5.1 Trajtimi mbajtës me methadone

Kur të dyja, dozat dhe pacienti, janë mjaftueshëm stabël, pacienti mund të konsiderohet të jetë në fazën mbajtëse. Ky seksion detajon kërkesat e mjekëve kur pacienti i tyre mbahet me methadone. Doza optimale të mbajtjes me methadon do të lehtësojnë simptomat e tërheqjes, do të parandalojë euforinë e nxitur nga opioidi dhe do të zvogëlojë dëshirat për 24 orë, pa shkaktuar sedation ose efekte të tjera të rëndësishme anësore. Mjeku me përvojë në TMM mund të arrijë dozën e duhur të mbajtjes brenda 2-8 javësh nga fillimi i TMM, me një interval dozimi optimal prej 60-120mg.

## Kapitulli 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi TMM

### 4.1 Pikat kyçe

### 4.2 Vlerësimi i varësisë

### 4.3 Faza 2: Induksioni

### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

### 4.5 Faza 4: Trajtimi Mbajtës

### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

### 4.7 Toksiciteti i Methadonit

#### Standardet

1. Mjeku iniciues duhet të dokumentojë stabilitetin e mjaftueshëm të pacientit dhe dozën për 3 muaj, përpara se të transferohet tek një *mjek mbajtës*.
2. Mjeku mbajtës duhet të konsultohet me mjekun iniciues para çdo ndryshimi në dozë dhe/ose nëse pacienti shfaq më shumë se një tregues jostabiliteti. [Shih seksionin *Treguesit kryesorë të stabilitetit dhe paqëndrueshmërisë*]
3. Mjeku iniciues duhet të rifillojë kujdesin ndaj pacientit nga mjeku i mbajtës në situatat vijuese:
  - a) Kur mjeku mbajtës kërkon një transferim përsëri tek mjeku iniciues
  - b) Kur pacienti shfaq më shumë se një tregues të paqëndrueshmërisë
  - c) Kur mjeku mbajtës nuk është në gjendje të sigurojë kujdesin e duhur për pacientin
  - d) Kur operatori dozues i pacientit tregon se pacienti ka probleme me mbajtjen e recetës
4. Mjeku mbajtës duhet të administrojë minimumi një UTT çdo 3 muaj për një pacient të qëndrueshëm dhe mbajtës.

#### 4.5.3 Kalimi nga methadone, në buprenorphine-naloxone / buprenorphine

- »» Kalimi nga methadone në buprenorphine, të ndërmerret nga mjekët toksikologë.
- »» Doza e methadonit duhet të ulet dhe stabilizohet në 30 mg ose me pak.
- »» Kalimi në buprenorphine, kur doza e methadonit është 30 mg, duhet të bëhet në një qendër spitalore terciare.
- »» Doza e parë e buprenorphines duhet të administrohet të paktën 24-36 orë pas përdorimit të fundit të methadonit, kur ka ende shenja të lehta tërheqjeje.
- »» Rritja e këtij intervali kohe, ul incidencën dhe gravitetin e tërheqjes së precipituar.

#### 4.5.4 Kalimi nga buprenorphine-naloxone / buprenorphine, në methadone

- »» Ky kalim është më i komplikuar se kalimi nga methadone në buprenorphine.
- »» Methadone mund të fillohet 24 orë pas dozës së fundit të buprenorphines. Doza fillestare e methadonit duhet të jetë 40 mg në ditë. Rekomandohet që pacientët që kalojnë nga përdorimi i 4 mg buprenorphine ose më pak, duhet të fillojnë me dozë të ulët methadone dhe të mbikëqyret gjatë procesit dhe disa orë më pas.
- »» Kalimi rekomandohet në pacientët që bëjnë mbidozime të shpeshta përdorimi të buprenorphines, që komplikon ndërhyrjen jetëshpëtuese me naloxone.
- »» Pacientët që mjekohen me opioide për dhimbjet kronike stabilizohen më mirë me methadone.
- »» Duhet treguar kujdes në rritjen e dozës së methadonit, sepse buprenorphina ul efektin e tij për disa ditë dhe duhet një kohë e caktuar për të nxjerrë këtë të fundit nga sistemi, para rritjes së dozës së methadonit.

#### 4.5.5 Testimi për drogë në fazën e trajtimit mbajtës

- »» Testimi për drogë, është një nga parametrat e përdorura nga mjeku adiktolog apo edhe ai mbajtës në fazën e trajtimit mbajtës. Parametra të tjerë përfshijnë rivlerësime klinike dhe histori përdorimi droge të referuar nga vetë pacienti ose të tjerë.
- »» Rekomandimi është që të kryhet të paktën një test droge i rastësishëm në muaj.

## Kapitulli 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi TMM

### 4.1 Pikat kyçe

### 4.2 Vlerësimi i varësisë

### 4.3 Faza 2: Induksioni

### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

### 4.5 Faza 4: Trajtimi Mbajtës

### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

### 4.7 Toksiciteti i Methadonit

#### 4.5.6 Shpeshtësia e mbikqyrjes së konsumit të drogës

- »» Mbikëqyrja ditore e konsumit të dozës ulet kur pacienti shfaq qëndrueshmëri.
- »» Duhet të tregohet kujdes me dozat e marra në shtëpi, nëse ekzistojnë shqetësime rreth alkoolit apo substancave të tjera që mund të përdoren gjatë trajtimit.
- »» Rekomandohet :
  - Mbi 80 mg: 2 herë në javë mbikqyrje
  - Mbi 120 mg: Mbikqyrje më e shpeshtë
- »» Nuk merren më shumë se 6 doza në shtëpi.

#### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

Në këtë fazë ndodh reduktimi dhe ndalimi i TMM pas stabilizimit të përdorimit të drogës. Detoksifikimi duhet të konsiderohet si opsion trajtimi për personat që kanë varësi nga droga dhe shprehin një zgjedhje, pasi janë informuar, për të kaluar në abstinencë.

Pacientët të cilët nuk arrijnë të detoksifikohen, pas një periudhe kohe të caktuar, duhet t'i rikthehen TMM.

Në mënyrë që të merret miratimi, stafi duhet t'i japë pacientit informacion mbi detoksifikimin dhe risqet që lidhen me të:

- »» Aspektet fizike dhe psikologjike të tërheqjes nga opioidet, përfshirë kohëzgjatjen dhe intensitetin e simptomave dhe si menaxhohen ato.
- »» Përdorimin e qasjeve jo-mjekësore për të përballuar simptomat e tërheqjes.
- »» Humbjen e tolerancës nga opioidet pas detoksifikimit dhe rritjen e madhe të rrezikut për mbidozim dhe vdekje nëse përdoret drogë e jashtëligjshme që mund të theksohet nga shoqërimi me benzodiazepina dhe/ose alkool.

- »» Rëndësinë e mbështetjes së vazhdueshme fizike dhe psikologjike dhe ndërhyrjet e duhura farmakologjike për të ruajtur abstinencën, trajtimin e sëmundjeve mendore shoqëruese, minimizimin e rezultateve negative.

Stafi përgjegjës për planin e kujdesit dhe mbikqyrjen e pacientëve duhet:

- »» Të zhvillojë dhe të ketë rënë dakord me përdoruesin e shërbimit mbi planin e kujdesit.
- »» Të ndërtojë me të njëjtin marrëdhënie respekti dhe mbështetjeje.
- »» Të ndihmojë pacientin në situata që janë të vështira për t'u përballuar.
- »» Të sigurohet që të gjithë pacientët të kenë akses në shërbimet e ofruara.
- »» Të sigurohet që mbajtja e pacientit të lidhur me shërbimin është fokusi kryesor i planit të kujdesit.
- »» Rishikimi i rregullt i planit të shërbimit.
- »» Të ketë mirëkuptim mes kolegëve
- »» Të jetë i aftë të përballojë urgjencat toksikologjike.

Methadone ose buprenorphine janë zgjedhja e parë në detoksifikim. Detoksifikimi duhet të vazhdojë me mjekimin me të cilin arrihet të mbahet stabilizimi.

#### 4.6.1 Detoksifikimi nga methadone

Nëse pacienti stabilizohet me methadone, doza reduktohet gradualisht deri sa të jetë e pranueshme për pacientin. Kjo bazohet në vlerësimin e pacientit; për shembull, 5 mg çdo një apo dy javë.

## Kapitulli 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi TMM

### 4.1 Pikat kyçe

### 4.2 Vlerësimi i varësisë

### 4.3 Faza 2: Induksioni

### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

### 4.5 Faza 4: Trajtimi Mbajtës

### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

### 4.7 Toksiciteti i Methadonit

#### 4.6.2 Detoksifikimi nga buprenorphine / buprenorphine-naloxone

Doza e buprenorphines mund të ulet fillimisht me 2 mg çdo 2 javë, me një reduktim përfundimtar prej 400 mikrogram. Dozat e buprenorphines ulen më shpejt se ato të methadonit.

#### 4.6.3 Testimi për drogë gjatë fazës së detoksifikimit

Testimi për drogë, është një nga parametrat e përdorura nga mjeku adiktolog në fazën e detoksifikimit. Parametra të tjerë përfshijnë rivlerësime klinike dhe histori përdorimi droge të referuar nga vetë pacienti ose të tjerë. Rekomandimi është që të kryhet të paktën një test droge i rastësishëm në muaj.

#### 4.6.4 Shpeshtësia e mbikqyrjes

- » Në varësi të vlerësimit klinik dhe nevojave të pacientit, mund të ulet shpeshtësia e mbikqyrjeve të konsumit të drogës.
- » Jo më shumë se 6 doza në shtëpi, përveç ditëve të pushimeve zyrtare.

#### 4.6.5 Nevoja për ekzaminim kardiografik (EKG)

Kjo pjesë përshkruan frekuencën për EKG tek pacientët me methadon. Methadoni mund të zgjasë intervalin QT dhe të rezultojë në *torsade de pointes* (është një formë e pazakonshme dhe dalluese e takikardisë polimorfike ventrikulare, e karakterizuar nga një ndryshim gradual në amplitudën dhe gjarpërimin e komplekseve QRS rreth vijës izoelektrike).

##### Standardet

1. Mjekët iniciues duhet të marrin një EKG të pacientit, para fillimit të TMM, për të matur intervalin QT.

2. Një EKG pasuese duhet të merret brenda 30 ditëve nga fillimi.
3. EKG duhet të merret çdo vit për të gjithë pacientët në TMM.
4. EKG shtesë duhet të merren në vijim

##### Situatat:

- a. EKG nevojitet nëse doza e methadonit plotëson ose tejkalon 100 mg, dhe më pas në çdo dozë që plotëson ose tejkalon një shumëfish të 20 mg (dmth. 120 mg, 140 mg, 160 mg)
- b. Nëse pacienti pëson sinkop apo krizë të pashpjegueshme ose simptoma të tjera që sugjerojnë përfshirjen e zemrës
- c. Kur një pacient merr njëkohësisht medikamente të njohura për të zgjatur intervalin QT
- d. Nëse EKG e pacientit paraqet interval QT më të madh se 450 msec (milisekondë) por më pak se 500 msec, mjekët duhet të rishikojnë rreziqet dhe përfitimet e mundshme të terapisë dhe t'i monitorojnë më shpesh ata, duke përfshirë edhe EKG më të shpeshta. Ekziston një rrezik në rritje të dysrhythmisë kardiace kur QT tejkalon 450 msec.

- e. Nëse intervali QT tejkalon 500 msec, mjeku duhet të marrë në konsideratë me kujdes rreziqet dhe përfitimet e trajtimit në vijim me dozën aktuale dhe të diskutojë alternativat e mundshme me pacientin, duke përfshirë ndërprerjen ose zvogëlimin e dozës së methadonit, ose eliminimin e faktorëve kontribues.

##### Udhëzime:

1. Rregullisht, para fillimit të TMM, duhet të vërtetohet nëse terapinë/terapitë e mundshme korrente të pacientit kanë preparate të njohura për zgjatje të intervalit QT.

## Kapitulli 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi TMM

### 4.1 Pikat kyçe

### 4.2 Vlerësimi i varësisë

### 4.3 Faza 2: Induksioni

### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

### 4.5 Faza 4: Trajtimi Mbajtës

### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

### 4.7 Toksiciteti i Methadonit

2. Kujdestarët e pacientit duhet të këshillohen për këtë çështje dhe inkurajohen për shmangjen e medikamenteve që kanë potencial për zgjatjen e intervalit QT.

#### 4.6.6 Parandalimi i relapsit

Varësia nga droga është një sëmundje e rikthyeshme kronike dhe prandaj relapsi është i zakonshëm gjatë trajtimit. Për disa pacientë, periudha e relapsit është e shkurtër dhe ata rikthehen në stabilitet shumë shpejt. Kjo kërkon vlerësim dhe plan kujdesi të përshtatshëm, por ndonjëherë edhe rikthim në induksion dhe stabilizim.

Në kontekstin e planit të kujdesit ndaj një pacienti, është e rëndësishme të zbatohet një program parandalimi për ta mbështetur atë. Kjo përfshin:

- »» Identifikimi i situatave të rrezikshme dhe nxitëse të dëshirës për drogë.
- »» Zhvillimi i strategjive për të kufizuar situatat e rrezikshme
- »» Zhvillimi i sjelljeve për të menaxhuar dëshirën për drogë dhe emocione të tjera të dhimbshme, pa përdorim droge dhe alkooli.
- »» Si të përballen me relapset e shpeshta.
- »» Si të njihen, sfidohen dhe menaxhohen mendime të dëmshme rreth përdorimit të drogës/alkoolit
- »» Të përmirësojnë cilësinë e jetës duke zhvilluar aktivitete të këndshme, pa qenë nën efektin e substancave.

#### 4.6.7 Naltrexone

Naltrexone është një antagonist i opioideve i cili, kur merret rregullisht, bllokoi ndjesinë e efektit të opiateve tek përdoruesi. Mund të jetë i dobishëm në fazën pas detoksifikimit duke mbajtur pacientin

në abstinencë. Në pacientët nën 18 vjeç jepet kur janë të motivuar dhe kur ata kanë mbështetjen e familjes dhe të komunitetit.

#### 1.7 Toksiciteti i Methadonit

Toksiciteti i methadonit paraqet një sfidë serioze për mjekët e MMT. Koha më e mundshme që një pacient të përjetojë intoksikacion është ajo gjatë fazës së induksionit. Për shkak të gjysëm-jetës së tij të gjatë, efekti i methadonit është kumulativ dhe toksiciteti mund të zhvillohet disa ditë pas ndryshimit të dozës. Toleranca ndërmjet methadonit dhe opioideve të tjera është e paparashikueshme, kështu që një pacient që është tolerant ndaj një opioidi tjetër është ende në rrezik për toksicitet methadoni. Mund të ketë ndryshime të konsiderueshme mes pacientëve në mënyrën se si metabolizohet methadoni.

Mbidoza që çon në intoksikim opioid karakterizohet nga një nivel i zvogëluar i vetëdijes, depresion të frymëmarrjes dhe miosis.

Dy karakteristika të toksicitetit të methadonit e bëjnë të vështirë interpretimin e këtyre shenjave:

1. Shenjat përfundimtare të toksicitetit të methadonit mund të ndodhin brenda 3 deri në 4 orë, por nuk mund të shfaqen pas 5 deri në 9 nga incidenca e mbidozës.
2. Pacientët TMM të cilët kanë pasur një mbidozë mund të duken relativisht të vëmendshëm gjatë bisedës, por që gjatë gjumit përjetojnë depresion respirator.

#### 4.7.1 Udhëzime

1. Mjeku i TMM duhet të bëjë vet vlerësimin e pacientit ose t'a referojë atë në Shërbimin e Urgjencës, nëse ata mund të kenë marrë një dozë më të lartë se sa do të konsiderohej një dozë e sigurt, duke marrë parasysh tolerancën e tij themelore, përdorimin e mjekimit konkurent, si dhe statusin shëndetësor.

## Kapitulli 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi TMM

### 4.1 Pikat kyçe

### 4.2 Vlerësimi i varësisë

### 4.3 Faza 2: Induksioni

### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

### 4.5 Faza 4: Trajtimi Mbjajtës

### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

### 4.7 Toksiciteti i Methadonit

2. Nëse, pas vlerësimit, mjeku i MMT është i shqetësuar se pacienti është në rrezik të afërt për toksicitet methadoni, ai duhet të ndër marrë hapat vijuese:

a. Shpjegon rreziqet e mbidozës së methadonit, duke përfshirë depresionin respirator dhe vdekjen, dhe këshilloni pacientin që është njoftuar urgjenca për trajtim të specializuar

b. Të sigurohet që një anëtar i personelit do të mbajë pacientin zgjuar derisa të vijë ambulanca

c. Organizon një vlerësim të shëndetit mendor të pacientit nëse ai refuzon për ndërhyrje të mëtejshme të specializuar.

### Dozimi dhe vlerësimi për toksicitetin e mundshëm të methadonit. Përcaktimi i një doze toksike:

Rritjet e arsyeshme të dozës janë zakonisht në intervalin prej 10 mg çdo 3 ditë ose 15 mg çdo 5 ditë. Doza e qëllimshme e rritjes që tejkalon 15 mg nuk konsiderohet praktikë e sigurt dhe e pranueshme.

Nëse një pacient ka qenë vazhdimisht në 50 mg në ditë për disa javë dhe pastaj merr 60 mg gabimisht, kjo do të konsiderohet brenda intervalit të një "ritjeje të arsyeshme" të dozës për atë pacient. Megjithatë, nëse pacienti ka filluar me dozë 30 mg një ditë më parë dhe pastaj merr 40 mg në ditën e dytë, ai mund të rrezikojë për toksicitet të methadonit.

Në rastin e gabimit të operatorit dozues, ose marrjes së methadonit të papërshtuar (i devijuar), dhe që sasia e saktë e konsumuar nuk dihet me siguri, është më e sigurt për ta menaxhuar pacientin sikur të merrte mbidozë, edhe nëse pacienti pohon për marrjen vetëm të një doze "shumë të vogël".

Rreziku i toksicitetit përcaktohet jo vetëm nga sasia e dozës shtesë por nga toleranca dhe

gjendja themelore shëndetësore e pacientit, si dhe koha e rritjes së dozës. Edhe doza "shtesë" që konsiderohet "e vogël" për shembull 15-20 mg mund të shkaktojë toksicitet gjatë induksionit të methadonit, ose nëse pacienti është i moshuar ose ka sëmundje respiratore. Për shkak të gjysëm-jetës së gjatë të methadonit, dozat në rritje shpesh mund të çojnë në toksicitet. Në kohën e induksionit të methadonit, është e rëndësishme që mjeku të diskutojë me pacientin në TMM rrezikun e mbidozimit.

### Mbidoza

Rreziku kryesor i lidhur me methadon është mbidoza. Mbidozimi është një shqetësim i veçantë në fazat fillestare të TMM dhe kur methadoni përdoret në kombinim me barna të tjera depresive. Mbidozimi i methadonit mund të mos jetë i dukshëm për 3 deri në 4 orë pas marrjes. Pacientët duhet të monitorohen nga afër gjatë javës së parë të trajtimit për shenjat e mbidozës, duke përfshirë:

- Miozë
- Nauze/të vjella
- Spazma abdominale
- Vertigine
- Sedacion
- Viskozitet verbal
- Dobësi të përgjithshme
- Fytyrë e zbehtë
- Cianozë
- Lëkurë e ftohtë dhe e lagësht
- Gërhitje
- Bradikardi
- Respiracion sipërfaqësor
- Koma
- Muskulaturë atonike të ekstremiteteve

## Kapitulli 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi TMM

### 4.1 Pikat kyçe

### 4.2 Vlerësimi i varësisë

### 4.3 Faza 2: Induksioni

### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

### 4.5 Faza 4: Trajtimi Mbjajtës

### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

### 4.7 Toksiciteti i Methadonit

### Vlerësimi i pacientit në MMT i cili mund të ketë marrë një dozë toksike:

Nëse pacienti është aktualisht në klinikë, mjeku i TMM duhet të angazhojë pacientin në bisedë për të paktën pesë minuta, pasi një pacient i mbingarkuar do të ketë probleme në ruajtjen e vigjilencës për më shumë se disa minuta. Gjatë bisedës, pacienti të vëzhgohet për djersitje, labilitet emocional, artikulum jo të qartë. Nëse është e mundur, pacienti duhet gjithashtu të observohet edhe kur nuk përfshihet në bisedë.

Duke rënë në gjumë, pacienti mund të tregojë toksicitet edhe në rast se përmendet lehtësisht. Mos harroni se efekti i pikut të methadonit është zakonisht i dukshëm 3 deri 4 orë pas marrjes, por mund të zgjasë deri në 5 deri në 9 orë ose më shumë.

### Referimi i pacientit në Shërbimin e Urgjencës për Mbidozim

Nëse mjeku i TMM është i pasigurt në lidhje me menaxhimin e duhur, kontaktoni menjëherë Urgjencën.

Një pacient në Departamentin e Emergjencave, me dyshim të mbidozës së methadonit duhet të:

1. Observohet për një minimum prej 10 orësh
2. Të gjitha simptomat e mbidozës duhet të zgjidhen para daljes

### Reduktimi i rrezikut të mbidozimit

- »» Pacienti duhet të kufizojë ngarjen e mjeteve motorike ose përdorimin të makinerive precize pas rritjes së dozës, veçanërisht në orët e para pas dozimit.

- »» Pacienti duhet të marrë dozën me methadon në mëngjes, pasi rreziku i mbidozës rritet gjatë natës.
- »» Sa herë që është e mundur (me pëlqimin e pacientit), një anëtar i familjes ose tutori duhet të edukohet për simptomat e toksicitetit, me udhëzime për të shkuar në departamentin e urgjencës menjëherë pas shfaqjes së shenjës së parë të toksicitetit. Për këtë qëllim mund të përdoret një *udhëzues informacioni mbi pacientët*. Shpjegoni rreziqet e methadonit të devijuar

### Marrja e dozave në shtëpi<sup>1</sup>

- »» Asnjë dozë e bartur në shtëpi nuk duhet të jepet gjatë fazës së induksionit.
- »» Rekomandohet që të mos jepen doza në shtëpi për tre muajt e parë, nëse nuk është e nevojshme (ditë festash, të dielën) dhe arsyeja për këtë duhet të dokumentohet në evidencën e pacientit.

### Shmangni përshkrimin e ndonjë medikamenti sedativ

- »» Përfshihen benzodiazepinat, hipnotikët jo-benzodiazepina, antipsikotikët, antidepressantët dhe antihistaminikët sedativë. Madje edhe dozat terapeutike të këtyre barnave mund të rrisin rrezikun e toksicitetit, nëse ato iniciohen në të njëjtën kohë me methadonin dhe pacienti nuk është plotësisht tolerant ndaj efekteve të sedative.
- »» Pacientët gjithashtu duhet të këshillohen që të shmangin alkoolin dhe drogat ilegale.

<sup>1</sup> shtjelluar në nënkapitullin përkatës



## Kapitulli 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi TMM

### 4.1 Pikat kyçe

### 4.2 Vlerësimi i varësisë

### 4.3 Faza 2: Induksioni

### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

### 4.5 Faza 4: Trajtimi Mbajtës

### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

### 4.7 Toksiciteti i Methadonit

### Reduktimi gradual i dozave të larta të benzodiazepinave

- »» Abuzimi dhe varësia e benzodiazepinave janë të zakonshme në këtë popullsi.
- »» Ashtu si me opioidet, është e vështirë për të gjykuar me saktësi përdorimin dhe tolerancën e benzodiazepinës së pacientit.
- »» Reduktimi gradual i benzodiazepinave, mund të jetë shumë i komplikuar dhe potencialisht i pasigurt kur tentohet me inicimin e TMM.

### Toksiciteti ose sedatimi

- »» Në çdo fazë të TMM, operatori dozues duhet të udhëzohet për të njoftuar mjekun e TMM nëse pacienti duket i sedatuar ose intoksikuar.
- »» Pacientët e intoksikuar nuk duhet të mjekohen derisa të vlerësohen nga mjeku i tyre i TMM.
- »» Nëse vërehen shenja të intoksikimit pas marrjes së methadonit, pacienti duhet të dërgohet urgjentisht në spital.

### Doza/dozat e humbura dhe rikthimi i methadonit

Në përgjithësi, regjimi vijues mund të supozohet të jetë i sigurt dhe efektiv. Nëse pacienti ka humbur:

- »» **Një ditë:** Nuk ka ndryshim në dozë.
- »» **Dy ditë:** Nëse nuk ka asnjë simptomë të intoksikimit, administroni dozën normale.
- »» **Tre ditë:** Administroni gjysmën e dozës, konsultuar me mjekun përshkrues.
- »» **Katër ditë:** Pacienti duhet të shikohet nga mjeku përshkrues. Rifilloni zakonisht me gjysëm dozë.
- »» **Pesë ditë ose më shumë:** Shqyrtoni si një induksion të ri.

### Naloxone si antidot i zgjedhur

Naloksoni është opioid antagonist, i preferuar në urgjencat e mbidozave nga opioidet, përfshirë edhe ato të methadonit. Ai vepron shpejtë, në mënyrë efektive dhe nuk ka potencial mbidozimi ose abuzimi dhe mund të përshkruhet nga çdo praktikues i licencuar.

Efektet dominuese të mbidozës së methadonit nga naloksoni janë të lehta për t'u kontrolluar, sepse ato janë veprime të shkurtra, duke rezultuar me bllokimin e opioideve për vetëm 20 deri në 45 minuta.

Varësisht dozës dhe shpeshtësisë së administrimit, naloksoni mund të ndryshojë plotësisht një mbidozë të opioidit kërcënuese për jetën, ose të përdoret thjesht për të lehtësuar depresionin respirator, sedatimin, hipotensionin, shkaktuara nga mbidoza e opioidit

Naloxone është i disponueshëm në disa përqëndrime: 0.02 mg, 0.4mg, dhe 1 mg për mL. Ai mund të administrohet nëpërmjet infuzionit intravenoz, ose me injeksion intramuskular apo subkutan. Kohët e fundit po praktikohet me sukses edhe naloksoni spray intranasal.

Për mbidozim opioid, një dozë fillestare naloxone prej 0.4 mg zakonisht administrohet intravenoz (rruga e preferuar) ose intramuskular.

Zakonisht efekti i naloksonit nis 2-3 minuta pas injektimit, dhe respiracioni adekuat zakonisht restaurohet për më pak se 10 minuta. Doza të larta naloksoni (1.0 - 2.0 mg) mund të jepen nëse nuk ka përgjigje ose për mbidozim të rëndë nga opioidet me veprim më të gjatë (p.sh. methadoni, buprenorfina, etj.). Doza fillestare mund të përsëritet derisa viktimat të ketë marrë gjithsej 10 mg. Meqenëse efektet e naloksonit zhduken tërësisht në 40 deri në 60 minuta, viktimat do të duhet të monitorohet për shenja të kthimit të problemeve respiratore, që kërkojnë riadministrim të preparatit sipas nevojës.

**Për mbidozë methadoni,** doza individuale e naloksonit varion nga 0.4 në 2.0 mg, varësisht

## Kapitulli 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi TMM

### 4.1 Pikat kyçe

### 4.2 Vlerësimi i varësisë

### 4.3 Faza 2: Induksioni

### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

### 4.5 Faza 4: Trajtimi Mbajtës

### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

### 4.7 Toksiciteti i Methadonit

ashpërsisë evidente të depresionit respirator. Meqë methadoni ka gjysëm-jetë të gjatë, viktimat mund të duhet të monitorohet për një periudhë të gjatë kohore dhe me doza të përsëritura të naloksonit, nëse rishfaqen simptomat e mbidozës së rëndë. Megjithatë, ndryshimi i plotë i efekteve të methadonit në pacientët me TMM, duke rezultuar në tërheqje të plotë, nuk do të ishte e nevojshme apo e dëshiruar në shumicën e rasteve.

Në pacientët në TMM me mbimedikim të thjeshtë me methadon, doza shumë të vogla të naloksonit - 0,05 - 0,1 mg - përdoren nga specialistët toksikolog klinik, për të rritur normën e frymëmarrjes dhe për të zvogëluar sedation. Kjo mund të jetë një ndërhyrje vitale kur toleranca e opioidëve mbivlerësohet dhe methadoni i tepërt është përshkruar gjatë fazës së induksionit të TMM.

### Naloksoni në TMM

Për stafin dhe pacientët e Shërbimit TMM - është e rëndësishme të dinë se si naloksoni vepron dhe ai të jetë në dispozicion si një trajtim emergjent i sigurt i mbimedikimit ose mbidozimit me methadon.

Stafi mjekësor i TMM duhet të dinë protokollin e duhur për administrimin e naloksonit dhe duhet gjithashtu të kuptojnë se si droga të tjera depresive - p.sh., alkooli, benzodiazepinat - mund të komplikojnë situatën.

Sigurimi i pacientëve të TMM-së me recetat e marrjes së naloksonit për përdorimin urgjence nuk është raportuar zyrtarisht, por mund të jetë i vlefshëm. Kjo do të ishte një opcion aplikimi i naloksonit, sikurse në programet e reduktimit të dëmit, dhe ligjet vendore mund të ndryshojnë në lidhje me lejimin e përshkrimit të naloksonit për individët, që të kenë në dorë administrimin e tij në rast urgjence. Programet e TMM duhet të shqyrtojnë ndjekjen e kësaj qasjeje në konsultim me autoritetet përkatëse.

Të paktën, stafi i shërbimit TMM mund të sigurohet që ekipet emergjencës në komunitet të disponojnë

nalokson, gjithashtu edhe Shërbimet e Urgjencave lokale. Personeli mjekësor i TMM mund të shërbejë si një burim edukativ që ndihmon për të udhëzuar personelin e urgjencës mjekësore për natyrën e methadonit dhe përdorimin e saktë të naloksonit në intoksikimet me methadon. Për shembull, për shkak të gjysëm-jetës së gjatë të veprimit të tij, përmbysja e efekteve të methadonit mund të marrë administrimin e shumëfishtë të naloksonit për shumë orë dhe pacienti do të duhet të vëzhgohet për rishfaqjen e shënjave të depresionit respirator.

*Në mënyrë të përmbledhur, methadoni dhe toksiciteti tjetër opioid mund të përmbysen lehtësisht nga naloksoni.* Megjithatë, kjo funksionon vetëm nëse pacienti merr ndihmë kompetente në kohë dhe naloksoni është në dispozicion.

### 4.7.2 Transferimi nga Farmakoterapi të tjera në Methadon

Kërkoni këshilla të specializuara kur përshkruani për pacientët të cilët janë duke u transferuar nga farmakoterapi të tjera.

### Buprenorphine në Methadone

- » Stabilizoni në doza ditore të buprenorfinës dhe zvogëloni dozën deri në 16 mg ose më pak për disa ditë para transferimit.
- » Filloni methadonin 24 orë pas dozës së fundit të buprenorfinës.
- » Doza fillestare e methadonit nuk duhet të tejkalojë 30 mg.
- » Për të transferuar nga doza prej 4 mg ose më pak, filloni në doza më të ulëta të methadonit.
- » Mos rrisni dozën e methadonit në tre ditët e para.

## Kapitulli 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi TMM

### 4.1 Pikat kyçe

### 4.2 Vlerësimi i varësisë

### 4.3 Faza 2: Induksioni

### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

### 4.5 Faza 4: Trajtimi Mbajtës

### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

### 4.7 Toksiciteti i Methadonit

### Naltrexone në Methadone

- »» Trajtoni pacientët që transferohen nga terapia me naltrekson sikur të kishin eksperiencë ndaj opioideve dhe jo tolerues ndaj efekteve të tyre, përveç nëse vlerësimi tregon qartë kthimin në përdorim të rregullt dhe të rëndë të heroinës.
- »» Mos administroni methadon deri në 72 orë pas dozës së fundit të naltreksonit.
- »» Kujdes ekstrem duhet të ushtrohet me fillimin e dozave të methadonit mbi 20mg.

### 4.7.3 Transferimi nga Methadoni në Farmakoterapi të tjera

#### Transferimi në terapinë me buprenorfinë

- »» Kur pacientët me methadon marrin një dozë buprenorfine, mund të precipitojnë tërheqjen.
- »» Pacientët me doza të ulëta të methadonit (<30mg) përgjithësisht e tolerojnë këtë transferim me shqetësime minimale.
- »» Doza shumë të ulëta të buprenorfines (p.sh. 2 mg) në përgjithësi nuk janë të mjaftueshme për të zëvendësuar methadonin, ndërsa dozat e larta (8 mg ose më shumë) kanë më shumë gjasa të precipitojnë tërheqjen.
- »» Buprenorfina nuk duhet të dozohet brenda 24 orëve nga doza e fundit e methadonit. Rritja e intervalit midis dozës së fundit të methadonit dhe dozës së parë të buprenorfines redukton incidencën dhe ashpërsinë e tërheqjes së precipituar.

#### Transferimi në terapinë me naltrekson

- »» Administrimi i naltreksonit tek një pacient fizikisht të varur nga opioidet do të precipitojë një sindrom të rëndë të tërheqjes.

- »» Pacientët që transferohen në terapinë me naltrekson duhet t'i nënshtrohen detoksifikimit, të ndjekur nga një periudhë 14 ditore pa drogë, për të lejuar që methadoni i ruajtur të eliminohet nga trupi.
- »» Kërkoni këshilla specialistësh nga shërbimi i alkoolit dhe drogës nëse nuk është e mundur të ndiqni këtë regjim.

### 4.7.4 Ndërprerja e Trajtimit Mbajtës me Methadon

Rekomandohet që pacientët të inkurajohen të qëndrojnë në trajtim për të paktën 12 muaj, për të arritur ndryshime të qëndrueshme jetese.

#### Regjimi i tërheqjes vullnetare

- »» Shkalla e rekomanduar e reduktimit është nga 10 mg/javë deri në 40 mg/ditë, pastaj 5 mg/javë. Normat e reduktimit duhet të negociohen me pacientët dhe ndryshimet e dozës duhet të ndodhin një herë në javë.
- »» Ndërprerja e shpejtë e methadonit mund të konsiderohet nga 40mg/ditë, me administrimin e *klonidinës* dhe trajtimit simptomatik sipas nevojës.
- »» Kujdes mbështetës / Post-trajtimi:
  - Kujdesi mbështetës duhet të ofrohet për të paktën 6 muaj pas ndërprerjes së methadonit.
  - Për pacientët e shkarkuar kohët e fundit, ripranimi i shpejtë në TMM duhet të jetë i disponueshëm.

#### Tërheqja e pavullnetshme

- »» Ndonjëherë është e nevojshme që një pacient të largohet nga trajtimi në rast nevojë për sigurinë ose mirëqenien e tij, të pacientëve të tjerë ose stafit.

## Kapitulli 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi TMM

### 4.1 Pikat kyçe

### 4.2 Vlerësimi i varësisë

### 4.3 Faza 2: Induksioni

### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

### 4.5 Faza 4: Trajtimi Mbajtës

### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

### 4.7 Toksiciteti i Methadonit

»» Pacientët duhet, kur është e mundur, të tërhiqen në 40mg/ditë, sikurse në regjimin e tërheqjes vullnetare.

»» Ndërprerja e shpejtë e methadonit, ose zvogëlimi i shpejtë i dozës, mund të improvizohet edhe në rastet e akteve dhunës nga pacienti, ndaj stafit ose pacientëve.

#### 4.7.5 Dozat e bartura të Methadonit

Ky kapitull përshkruan parametrat për pacientët që marrin me vete një ose më shumë doza të methadonit.

Doza e marrjes në shtëpi quhen "dozë e bartur". Vendimi për të lejuar dozat e bartura duhet të marrë në konsideratë sigurinë e pacientit dhe të komunitetit.

Pacientit nuk mund ti lejohet doza e bartur pa arritur stabiliteti i duhur, i cili bazohet në kombinimin e të dhënave klinike, në rezultatet toksikologjike, rrethanat sociale, psikologjike dhe të tjera që ndikojnë pacientin.

Është e rëndësishme të kuptohet se disa pacientë kurrë nuk mund të arrijnë stabilitet adekuat, për shkak të sëmundjes mendore themelore, bashkëvarësisë, si dhe kushteve sociale të paqëndrueshme (strehim, punësim, etj).

#### Standardet për bartjen e methadonit

1. Doza e bartur nuk duhet të jepet në fazën e induksionit dhe të stabilizimit, si dhe derisa të arrihet dhe dokumentohet stabiliteti adekuat klinik dhe social. Përjashtime mund të bëhen vetëm kur qendra e dozimit mbyllet për pushime staturore ose në rrethana të jashtëzakonshme.
2. Mjeku i MMT nuk do të përshkruajë dozat e bartura në shtëpi nëse:

»» Pacienti është në rrezik të marrë më shumë se sa është përshkruar

»» Pacienti nuk është në gjendje të ruajë në mënyrë të sigurtë methadonin

»» Ekziston dyshimi se pacienti po devijon methadonin

»» Pacienti nuk kupton rreziqet e devijimit të methadonit

3. Pacientëve në TMM të cilët vazhdojnë të përdorin droga ilegale dhe substanca të tjera ndërvepruese potencialisht të dëmshme, siç janë alkooli dhe depresivët e tjerë të SNQ, nuk duhet t'u lëshohen doza të bartura.
4. Pacientëve në TMM të cilëve u janë përshkruar medikamente me ndërveprime potencialisht të dëmshme, si benzodiazepinat, depresivët e tjerë të SNQ, përfshirë opioidet e tjera, nuk duhet të jepen doza të bartura. Nëse dozat e bartura jepen në një situatë të jashtëzakonshme, mjeku duhet të vlerësojë rreziqet dhe të dokumentojë arsyetimin për vendimin për dhënien e bartjes.
5. Mjeku i TMM duhet të sigurojë që doza e parë e marrjes në shtëpi të jetë e përcaktuar vetëm pasi pacienti të jetë në program për një minimum prej 3 muajsh dhe ai të ketë pasur të paktën tre teste urine të rastësishme për substanca, negative.
6. Bartja e dozave në shtëpi duhet të përshkruhet në një normë prej jo më shumë se 1 dozë në javë çdo 4 javë, deri në maksimum 6 doza në shtëpi për javë. Katërmbëdhjetë dozat e marrjes në shtëpi mund të jepen vetëm pas 2 vitesh të stabilitetit dhe testeve të urinës negative.

## Kapitulli 4- Vlerësimi i varësisë dhe menaxhimi TMM

### 4.1 Pikat kyçe

### 4.2 Vlerësimi i varësisë

### 4.3 Faza 2: Induksioni

### 4.4 Faza 3: Stabilizimi

### 4.5 Faza 4: Trajtimi Mbajtës

### 4.6 Faza 5: Detoksifikimi

### 4.7 Toksiciteti i Methadonit

7. Recetat duhet qartë të përcaktojnë ditët e dozimit, të dëshmuar (në qendrën përkatëse) dhe intervalet e dozës/dozave të bartjes.

8. Mjekët duhet të dokumentojnë qartë çdo vendim për ti siguruar pacientit bartjen.

9. Mjeku përshkrues duhet të jetë i bindur se doza e bartur do të transportohet dhe ruhet në mënyrë të sigurt nga pacienti.

10. Bartja duhet të pezullohet për një pacient që humbet një dozë.

11. Dozat e përdorura në mënyrë të papërshtatshme, të humbura, të vjedhura ose të prishura, kërkojnë tërheqje të plotë të privilegjeve të bartjes, derisa të vendoset stabiliteti adekuat klinik dhe social. Doza e zëvendësimit ofrohet vetëm pas dokumentimit të shenjave fiziologjike të tërheqjes dhe vetëm si dozim i përditshëm i mbikëqyrur.

12. Mjeku i TMM do të anulojë menjëherë të gjitha privilegjet e bartjes kur ndodh ndonjë nga rrethanat vijuese:

- Ekziston dyshimi i arsyeshëm se pacienti ka devijuar dozën e tij të methadonit, ose ka manipuluar testet e urinës për droga.
- Pacienti ka relapsuar, qoftë me vetë-raportim, apo evidentimi i simptomave të tërheqjes ose me një test të urinës për droga.
- Pacienti ka strehim të paqëndrueshëm dhe nuk mund ta ruajë të sigurtë methadonin.
- Pacienti në mënyrë aktive është vetëvrasës, ka dëmtime të njohura konjitive, psikotike ose

është në rrezik për keqpërdorimin e dozës së methadonit.

- Pacienti kohët e fundit është liruar nga burgju.

## Kapitulli 5- Testimi për drogë

### 5.1 Pikat kyçe

### 5.2 Objektivat e testimit për drogë

### 5.3 Pse dhe kur duhet testimi për drogë

### 5.4 Zgjedhja e një analize të përshtatshme

### 5.5 Proçedurat e testimit për drogë

### 5.6 Falsifikimi i mostrave të urinës

### 5.7 Mbikqyrja e dhënies së mostrave

#### 5.1 Pikat kyçe

- »» Testimi për drogë duhet të bëhet si një mjet i vazhdueshëm për monitorimin e përdorimit të drogave të paligjshme gjatëTMM. Duhet të përdoret gjithmonë në të mirë të procesit të trajtimit për pacientin
- »» Procesi i testimit konsiston në: *testet e kontrollit* dhe *testet konfirmuese*
- »» Rastet klinike diktojnë llojin e testimit dhe frekuencën përkatëse.
- »» Pasi pacienti arrin pikën e qëndrueshmërisë me TMM, rekomandohet reduktimi i shpeshtisë së testimit
- »» Testet për drogën duhet të kryhen në mënyrë rastësore
- »» Përdorimi i likideve orale për testim për drogë është një alternativë e pranueshme ndaj analizës së urinës
- »» Rezultatet e analizave merren në qendër, për të shmangur falsifikime.
- »» Likidet biologjike duhet të menaxhohen me kujdes, sipas standardeve
- »» Testimet e shpeshta mund të ndihmojnë pacientin të arrijë dhe mbajë gjendjen e qëndrueshmërisë
- »» Testimi për drogë është vetëm një nga parametrat që përdor mjeku toksikolog për të vlerësuar qëndrueshmërinë.

#### 5.2. Objektivat e testimit për drogë

Testimi për drogë duhet të shihet si një ndërhyrje mbështetëse, informuese në menaxhimin e TMM. Nuk duhet të përdoret për arsye dënimi ndaj pacientit. Një kombinim i vetë-raportimit dhe testimit për drogë, janë më të efektshme të përdorura së bashku se sa të veçuara.

Një këshillim mbi testimin e përshtatshëm të drogës, përforcon trajtimin e përdoruesit të drogës. Është e rëndësishme të trajtohen pacientët me respekt kur merret kampioni për t'u testuar për drogë.

#### 5.3 Pse dhe kur testimi për drogë mund të jetë i nevojshëm

- »» Për të ndihmuar në konfirmimin e varësisë nga droga.
- »» Për të vërtetuar vetë-raportimin e përdorimit të drogës
- »» Për të minimizuar ndërveprimet mes drogave të ligjshme dhe atyre të paligjshme
- »» Për të konfirmuar respektimin e TMM
- »» Për të mbështetur skemën e trajtimit
- »» Si një faktor mbrojtës për të minimizuar rrezikun për mbidozim
- »» Për të monitoruar përdorimin e drogave të jashtëligjshme
- »» Si një mjet motivues në mbështetje të rekuperimit
- »» Për të dokumentuar periudha abstinence dhe për të mbështetur arsyetimin e vazhdimin të trajtimit
- »» Për të asistuar menaxhimin e kushtëzuar sipas rastit, për shembull heqjen e dozave
- »» Për të rivlerësuar planin e trajtimit
- »» Për të identifikuar çrregullimet e përdorimit në gra shtatzëna
- »» Për të lehtësuar agjencitë në vlerësimin e progresit të trajtimit, për shembull në sistemin e drejtësisë penale dhe në agjencitë e mirëqënies së fëmijëve. Testimi për drogë përdoret së bashku me parametrat e tjerë, të nevojshme për ta bërë këtë vlerësim
- »» Mund të ndihmojë në zbulimin dhe monitorimin e trendeve të reja në përdorimin e substancave

Arsyetimi i testimit për drogë dhe rezultateve përkatëse të këtyre testeve, duhet të jenë të renditura qartë, për të siguruar efektivitetin e TMM dhe për të maksimizuar dobinë. Pacienti duhet të informohet mbi arsyet për këtë masë.

## Kapitulli 5- Testimi për drogë

### 5.1 Pikat kyçe

### 5.2 Objektivat e testimit për drogë

### 5.3 Pse dhe kur duhet testimi për drogë

### 5.4 Zgjedhja e një analize të përshtatshme

### 5.5 Proçedurat e testimit për drogë

### 5.6 Falsifikimi i mostrave të urinës

### 5.7 Mbikqyrja e dhënies së mostrave

Testimi për drogë duhet të shihet si një masë informuese, jo si veprim ndëshkues ndaj përdoruesit të shërbimit.

Rezultate pozitive të përsëritura të analizave të urinës, indikojnë për një plan trajtimi jo efektiv dhe që duhet menduar për një qasje tjetër. Përpjekjet për të ulur përdorimin e drogës të një pacienti janë më efektive kur ka një komunikim të hapur mes përdoruesit, të shërbimit dhe ekipit të kujdesit.

#### 5.4 Zgjedhja e një analize të përshtatshme

Shumë prej proceseve të testimit për drogë konsistojnë në dy lloje testimesh kryesore: **testimet depistuese** dhe ato **konfirmuese**. Në shumicën e rasteve klinike, opsioni më praktik dhe më kosto-efektiv është testimi depistues rastësor.

Jo të gjitha drogat mund të detektohen në një test depistues rutinë. Zakonisht ato përcaktojnë drogat më të shpeshta të përdorura. Kur kërkohet për një drogë specifike, kërkohet test konfirmues.

##### 5.4.1 Kontrolli për drogë

**Testimi depistues** realizohet në kohë më të shkurtër dhe është projektuar për të identifikuar lehtësisht vërtetësinë e rezultateve negative. Kur rezultatet në këto teste janë negative, atëherë pranohet si rezultat i besueshëm. Megjithatë, edhe nëse rezultatet pozitive janë të besueshme, shansi për një fals-pozitivitet nuk mund të përjashtohet si mundësi e reaksioneve të kryqëzuara.

**Reaksioni i kryqëzuar:** Duhet të tregohet kujdes kur interpretohet rezultati i testit imunitar, sepse disa medikamente me përmbajtje kodeine të dhëna pa recetë, mund të japin një rezultat fals-pozitiv.

**Panelet e testeve të shpejta gjurmojnë këto substanca:**

- Opioidet
- Methadone
- Cocaine
- BZD
- Amphetamine.

Disa teste të shpejta mund të gjurmojnë:

- EDDP (metabolit i methadone)

- Alkoolin
- Kreatininën
- THC
- 6-AM

Në varësi të përmbajtjes së paneleve të këtyre testeve të shpejta, përcaktohet përdorimi i tyre klinik dhe ndihma në vlerësim, rishikim klinik dhe verifikim të rasteve të vetë-raportuara. Nëse mbështetet vetëm tek testet e shpejta, mjeku toksikolog duhet patjetër të sigurojë akses për EDDP dhe 6-AM. Përdorimi i testeve të shpejta duhet të jetë sipas standarteve laboratorike kombëtare.

**Testet rutinë :**

- Opioide
- EDD
- BZD
- Cocaine
- Amphetamine
- Kreatininë
- Cannabis
- 6-AM, Zopiclon dhe EtG kontrolli, bëhen me kërkesë.

##### 5.4.2 Testet Konfirmuese

Një kontroll pozitiv mund të konfirmohet nga një test konfirmues i kryer në një laborator të akredituar. Megjithatë, kjo duhet bërë vetëm kur një vendim klinik prek pacientin. Një test konfirmues bazohet gjithmonë në laborator dhe përdor kromatografi me gaz apo likid bashkë me spektrometri masive. Këto metoda do të jenë prova për identifikimin e drogës dhe metabolitëve të pranishëm.

##### 5.5 Proçedurat e testimit për drogë

Proçedurat mbledhëse për testim duhet të kryen në mënyrë që të mos çënohet dinjiteti njerëzor. Një mënyrë korrekte e marrjes së mostrës për testim është thelbësore për një rezultat të besueshëm .

## Kapitulli 5- Testimi për drogë

### 5.1 Pikat kyçe

### 5.2 Objektivat e testimit për drogë

### 5.3 Pse dhe kur duhet testimi për drogë

### 5.4 Zgjedhja e një analize të përshtatshme

### 5.5 Proçedurat e testimit për drogë

### 5.6 Falsifikimi i mostrave të urinës

### 5.7 Mbikqyrja e dhënies së mostrave

#### *Personi i ngarkuar për marrjen e mostrës duhet të:*

- » Konfirmojë identitetin e pacientëve.
- » Të shpjegojë qartësisht procedurën e marrjes së materialit.
- » Të sigurojë që pjata e mbjelljes të jetë e përshtatshme për matriksin e mostrës.
- » Të emërtojë mostrën në mënyrën e duhur.
- » Të mbledhë sasi të mjaftueshme material.
- » Të sigurohet që procesi i marrjes së materialit të ulë rrezikun e zëvendësimit, hollimit apo ndryshimit të mostrës.
- » Ruajtja e mostrës së marrë në laborator sipas rekomandimeve.
- » Të parandalojë humbjen e mostrës apo vlerave të përdorimit të saj, duke e ruajtur atë në një ambient të sigurt.
- » Të ruajë informacionin e regjistruar.
- » Të zbatojë masat e standardizuara të parandalimit të kontaminimit të materialit. Materialet për larjen e duarve duhet t'i sigurohen pacientit pasi të ketë dhënë mostrën.

#### **5.6 Falsifikimi i mostrave të urinës**

Një rezultat fals-negativ mund të arrihet nga hollimi i urinës, hedhja e kimikateve (kripë, sapun, zbardhues), ose zëvendësimi direkt me një mostër tjetër.

Një rezultat fals-pozitiv mund të arrihet nga shtimi direkt i një droge në sasinë e urinës, ose nga zëvendësimi me një mostër urine nga një përdorues i të njëjtës drogë për të cilën do të kryhet testi. Për më tepër, një kampion i para-abstinencës mund të japë një rezultat fals-negativ, duke parë drogën e ligjshme që mund të maskojë drogën e paligjshme, për shembull përdorimi i BZD të marra me recetë, fsheh përdorimin abuziv të tyre.

Në vijim janë sugjeruar hapat praktike, që duhet të merren parasysh në praktikën tuaj, të cilat kufizojnë mundësitë për të manipuluar me një mostër urine:

- » Përdorimi i temperaturës dhe strishave të alteruara me provëzën që mban urinën.
- » Kontrolli i temperaturës në provëzën e urinës herët pas mbushjes me urinë.
- » Ndalimi i sendeve personale në banjë.
- » Sigurimi që alterantët si: sapuni, amoniaku apo zbardhuesi nuk janë të arritshme nga pacienti në ambientin dhe momentin e dhënies së mostrës.
- » Ulja e aksesit të pambikëqyrur tek uji i ngrohtë apo tharëset e duarve, për të parandaluar ngrohjen e mostrës së marrë nga jashtë.
- » Ngjyrosja e ujit të tualetit me ngjyrues blu.
- » Përdorimi i tualetit nën vëzhgimin e stafit, për të parandaluar përdorimin e më shumë se një personi njëkohësisht.
- » Kontrolli i tualetit para dhe pas dhënies së urinës.
- » Testimi për pH, kreatininë ose gravitetit specifik kur dyshohet për integritetin e një mostre.

#### **5.7 Mbikqyrja e dhënies së mostrave**

Observimi direkt i mbledhjes së mostrës së urinës nuk kërkohet në praktikën klinike rutinë. Nëse ka dyshime rreth integritetit të mostrës, duhet të konsiderohet një test alternativ, për shembull një test i likideve orale.

Nëse një mostër e mbikëqyrur kërkohet për qëllime ligjore, është e rëndësishme që pacienti të ketë dhënë miratimin e informuar dhe të aplikohen një sërë procedurash të ndërthurura kujdesi.



## Kapitulli 6- TMM dhe konsideratat mjekësore të lidhura me të

### 6.1 Pikat kyçe

### 6.2 Përgjigjet për vazhdimin e keqpërdorimit të drogës dhe alkoolit

### 6.3 Shëndeti Mendor

### 6.4 Infeksionet Virale

#### 6.1 Pikat kyçe

- »» TMM duhet të jepet në vazhden e një sërë ndërhyrjeve të tjera mjekësore.
- »» Ndërhyrjet psikosociale mund të adresojnë sëmundje mendore bashkëshoqëruese si depresioni ose ankthi.
- »» Problemet e shëndetit mendor janë të zakonshme në pacientët e shërbimit të adiksionit. Ndërhyrjet mund të jepen në shërbimet e adiksionit.
- »» Reduktimi i riskut potencial për overdozë, infektim me viruse dhe infeksione të tjera, duhet të jenë pjesë e kujdesit të pacientit.
- »» Të gjithë përdoruesve të drogës duhet t'u ofrohet testim dhe vaksinim kundër hepatitit A dhe B, kur indikohet. Kjo dokumentohet në dosjen e pacientit.
- »» Të gjithë përdoruesve duhet t'u ofrohet trajtim për hepatitin C dhe HIV.
- »» Përdoruesve të drogës që përdorin alkool në mënyrë problematike, duhet t'u ofrohet trajtim për alkoolin.
- »» Përdoruesve duhanpirës duhet t'u ofrohen ndërhyrje për ndërprerjen e duhanit.

#### 6.2 Përgjigjet në vazhdimin e keqpërdorimit të drogës dhe alkoolit për pacientët nën TMM

Ndërhyrja me trajtime psikologjike është efektive dhe jep rezultat të mirë në trajtimin për abuzim me substancat. Ndërhyrjet motivuese, intervistat dhe parandalimi i relapsit, janë efektive në përdorimin e substancave të ndryshme.

Një kombinim i terapisë mbajtëse medikamentoze me terapi psikologjike, është më efektive se secila e përdorur më vete.

Në varësitë si ajo nga cannabisi ose nga cocaina, ku nuk ka trajtim medikamentoz zëvendësues, terapia psikologjike e vetme mund të jetë efektive në ndryshimin e sjelljes së një personi ndaj përdorimit të substancës.

Çdo formë trajtimi psikologjik mund të çojë në rezultate më të mira sesa në mungesë të tij.

## Kapitulli 6- TMM dhe konsideratat mjekësore të lidhura me të

### 6.1 Pikat kyçe

### 6.2 Përgjigjet për vazhdimin e keqpërdorimit të drogës dhe alkoolit

### 6.3 Shëndeti Mendor

### 6.4 Infeksionet Virale

Tabela 6: Përgjigjet në keqpërdorimin e drogës dhe alkoolit për pacientët nën TMM

Skenari	Risku	Arsyeja e mundshme	Përgjigjet për tu konsideruar
<b>Përdorimi i opiateve mbi TMM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>»» Mbidozim</li> <li>»» Viruse të gjakut dhe infeksione të tjera nëse ka injektuar</li> <li>»» Vazhdimi i një stili jete që përfshin keqpërdorimin e drogës</li> <li>»» Angazhimi i keq</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>»» Dozë e papërshtatshme</li> <li>»» Mjekim i papërshtatshëm</li> <li>»» Pacienti në fazën e reduktimit</li> <li>»» Pacienti duke përdorur heroinë dhe/ose opiate të tjerë mbi një dozë efektive TMM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>»» Vlerësimi i dozës, rritja e dozës</li> <li>»» Ndryshimi i regjimit medikamentoz.</li> <li>»» Transferimi i pacientit tek regjimi mbajtës.</li> <li>»» Rishikimi i menaxhimit të kushtëzuar, test urine dhe konsumi i mbikqyrrur.</li> <li>»» Ndërhyrje të reduktimit të dëmit.</li> <li>»» Lajmëro domenet social funksionale duke kryer një qasje të kujdesit të ndarë (me familjarët, punësimin dhe marrëdhëniet)</li> </ul>
<b>Kraku, Cocaina dhe Stimulantë të tjerë mbi TMM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>»» Viruset e gjakut dhe infeksione të tjera nëse ka injektuar</li> <li>»» Keqpërdorimi kaotik i drogave</li> <li>»» Rritje e krimit</li> <li>»» Probleme psihike</li> <li>»» Mbidozim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>»» Përdorimi rekreativ</li> <li>»» Pacient i varur nga Cocaina apo kraku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>»» Rishikim i ndërhyrjeve psikosociale.</li> <li>»» Rishikimi i menaxhimit të kushtëzuar dhe testim urine dhe konsumi i mbikqyrrur.</li> <li>»» Ndërhyrje në uljen e dëmit</li> <li>»» Lajmëro domenet social funksional, duke kryer një qasje të kujdesit të ndarë (me familjarët, punësimin dhe marrëdhëniet)</li> <li>»» Për përdoruesit e stimulantëve ndërhyrja psikosociale më e mirë është për qasjen e Terapisë Konjiktivo-Sjellore përfshirë Intervista Motivuese, etj.</li> </ul>
<b>Keqpërdorimi i benzodiazepinave dhe alkoolit mbi TMM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>»» Alterimi i metabolizimit të methadonit</li> <li>»» Përkeqësimi i funksionit hepatic, në pacientë me hepatit C</li> <li>»» Pirja e alkoolit në rrugë me shqetësime publike</li> <li>»» Mbidozimi</li> <li>»» Ndërveprimi i drogave</li> <li>»» Sjellje e dhunshme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>»» Përdorimi problematic</li> <li>»» Pacient i varur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>»» Detoksifikimi nga alkoli dhe BZD</li> <li>»» Testi i frymëmarrjes për alkoolin</li> <li>»» Rritja e konsumit të mbikqyrrur</li> <li>»» Rishikim i ndërhyrjeve psikosociale</li> <li>»» Për BZD dhe alkoolin përdor Terapi Konjiktivo-Sjellore</li> <li>»» Transferimi i pacientit në Klinikën e Adiksionit</li> </ul>

## Kapitulli 6- TMM dhe konsideratat mjekësore të lidhura me të

### 6.1 Pikat kyçe

### 6.2 Përgjigjet për vazhdimin e keqpërdorimit të drogës dhe alkoolit

### 6.3 Shëndeti Mendor

### 6.4 Infeksionet Virale

### 6.3 Shëndeti mendor

Individët me varësi nga droga apo alkooli, shpesh kanë edhe probleme të shëndetit mendor bashkëshoqëruese si: depresioni, ankthi, çrregullime të humorit apo të sjelljes.

- »» Është e rëndësishme që të vlerësohen dhe adresohen siç duhet nevojat dhe risqet e këtyre pacientëve dhe të dokumentohen ato.
- »» Këta pacientë duhet të jenë prioritet në klinikat e adiksionit

#### 6.3.1 Trajtimi për problemet e sistemit mendor

##### DEPRESIONI

- »» Duhet të vlerësohet dhe të monitorohet me kujdes
- »» Trajtimi bëhet me medikamente dhe psiko-social
- »» Trajtimi i depresionit të lehtë apo të mesëm në TMM është i njëjtë me atë të depresionit pa varësi nga droga
- »» Ndërhyrjet me Terapi Konjitive-Sjellore intensive fillohen kur dështon trajtimi i linjës së parë.
- »» Zgjedhja e medikamenteve varet edhe nga pacienti; SSRI-të janë zgjedhje e përshtatshme.
- »» Citalopram dhe escitalopram kundërvendohen gjatë përdorimit të methadone-it, pasi mund të zgjasin QT në EKG.
- »» Antidepresivët triciklikë duhet të shmangen sepse mund të kthehen në përdorim abuziv.
- »» Pacientët me depresion të rëndë referohen tek specialistë të shëndetit mendor.

##### ANKTHI

- »» Çrregullim i Ankthit të Gjeneralizuar, Atake Paniku, Agorofobia, Social-fobia, Çrregullimi Obesivo-Kompulsiv, Çrregullim i Stresit Post-Traumatik - janë çrregullimet më të zakonshme
- »» Vlerësim /adresim i nivelit të ankthit

- »» Për trajtimin e ankthit mesatar kryhen ndërhyrje psiko-sociale
- »» Ankthi i rëndë menaxhohet me ndërhyrje të Terapisë Konjitive-Sjellore
- »» BZD duhet të përdoren me kujdes pasi mund të shkaktojnë varësi

##### PSIKOZAT

- »» Karakterizohen nga humbja e kontaktit me realitetin dhe me shfaqjen e të paktën një iluzioni apo një halucinacioni.
- »» Duhet të dallohen psikozat e lidhura me përdorimin dhe ato të indukuara me përdorimin e drogave.
- »» Duhet të kalojnë 3 javë në abstinencë para se të vihet diagnoza e një çrregullimi psikik.
- »» Përdorimi i stimulantëve si cocaine dhe amphetamine shkaktojnë psikoza dhe paranojë.
- »» 2 format e psikozave që nuk janë të indukuara nga drogat janë skizofrenia dhe çrregullimi bipolar. Përdorimi i drogave nga këta pacientë mund të indukojë episode akute.

##### ÇRREGULLIMET E PERSONALITETIT

- »» Janë dëmtime të rrugëve të perceptimit dhe reagimit ndaj njerëzve dhe situatave stresuese.
- »» Tipet kryesore: çrregullim personaliteti me paqëndrueshmëri emocionale; DPD çrregullim disociativ i personalitetit (personalitete të shumëfishta).
- »» Këtyre pacientëve u ofrohet i njëjti trajtim si atyre pa këto çrregullime.
- »» Nuk ka trajtim farmakologjik për çrregullimet e personalitetit.

## Kapitulli 6- TMM dhe konsideratat mjekësore të lidhura me të

### 6.1 Pikat kyçe

### 6.2 Përgjigjet për vazhdimin e keqpërdorimit të drogës dhe alkoolit

### 6.3 Shëndeti Mendor

### 6.4 Infeksionet Virale

### Trajtimi me BZD dhe drogat-Z:

Agonistët e BDZ	Gjysë m-jeta	Fillimi i veprimit	Ekuivalen ca e dozës për 5 mg diazepam	Përdorimi
Chlordiazep oxide	5-30 orë	I ngadaltë	15 mg	Ankth
Diazepam	20-100 orë	I shpejtë	5 mg	Ankth/ Pagjumësi
Loprazolam	4-15 orë	I ngadaltë	0.5 (deri 1 mg)	Pagjumësi
Lorazepam	10-20 orë	Mesatar	0.5 mg	Ankth/ Pagjumësi
Lormetazepam	11 orë	Mesatar	0.5-1 mg	Pagjumësi
Nitrazepam	18-25 orë	I shpejtë	5 mg	Pagjumësi
Oxazepam	4-15 orë	I ngadaltë	15 mg	Ankth
Temazepam	8-22 orë	Mesatar	10 mg	Pagjumësi
Zaleplon	1 orë	I shpejtë	10 mg	Pagjumësi
Zolpidem	2 orë	I shpejtë	10 mg	Pagjumësi
Zopiclone	5-6 orë	I shpejtë	3.75 mg	Pagjumësi

### 6.4 Infeksionet virale

#### HEPATITI A DHE B

- »» Zakonisht merret me rrugë fekal-orale
- »» Nuk kërkon trajtim nëse nuk shoqërohet me sëmundje tjetër si hepatiti B ose C
- »» Përdoruesit e drogës zakonisht janë të vaksinuar për hepatit A dhe B
  - »» Vaksinimi për Hepatit A si dozë e vetme bëhet 1 herë në 6-12 muaj dhe imunizon për 10 vjet

- »» Vaksinat e Hepatitit A dhe B mund të jepen të kombinuara
- »» Vaksinimi i Hepatitit B mund të bëhet rutinë: 0; 1; 6 muaj; ose i përshpejtuar: 0-7 ditë, 12 muaj
- »» Testimi për imunizim pas vaksinimit, rekomandohet vetëm për persona tek të cilët indikohet, siç janë ata me imunodeficiencë ose sëmundje të tjera imunitare, ose njerëzit që kryejnë marrëdhënie seksuale të pambrojtura dhe shkëmbejnë shiringa

#### HEPATITI C

- »» Zakonisht nuk shfaq shenja në fazën e hershme ose shfaqet me: nauze, ikter, temperaturë e lartë dhe me ethe.
- »» Në abuzimet me alkool përkeqësohet në cirrozë hepatiche
- »» Përdoruesit e drogës me injeksion duhet të testohen për Hepatitin C

#### HIV-i

- »» Të gjithë përdoruesve të shërbimit duhet t'u ofrohet informacion dhe këshillim mbi HIV
- »» Përdoruesit e drogës me injeksion dhe ata që kryejnë marrëdhënie seksuale të pambrojtura janë më të riskuar
- »» Testimet që bëhen me rapid-test duhet të konfirmohen me teste laboratorike për të shmangur rezultatet fals-pozitive.
- »» Përdoruesit e infektuar duhet të referohen në qendra të specializuara spitalore për terapi antiretrovirale dhe monitorim të vazhdueshëm të CD4 .

## Kapitulli 7- Situata të veçanta të trajtimit dhe popullsia

### 7.1 Pikat kyçe

### 7.2 Rreziku i fshehur

### 7.3 Pacientët e varur nga opiatet në spital

### 7.4 Shtatzënia dhe kujdesi neonatal

### 7.5 Të rinjtë nën 18 vjeç

### 7.6 Përdoruesit e vjetër, aktual dhe të rinj

### 7.7 Gjëndjet jetë-kufizuese dhe kujdesi paliativ

#### 7.1 Pikat kyçe

- »» Shërbimet efektive, të sigurta dhe të përgjegjshme për pacientët përfshijnë bashkëpunim me personelin shëndetësor parësor, dytësor ose të dy.
- »» Ndërhyrjet bëhen nga personel i specializuar.
- »» Komunikimi dhe transmetimi i përshtatshëm i informacionit mes personelit mjekësor dhe pacientit, janë të rëndësishme.
- »» Cilësia e trajtimit duhet të jetë optimale në të gjitha njësitë e trajtimit, përfshirë dhe burgjet.
- »» Përdoruesit e drogës në spital kërkojnë ndërhyrje që t'i lehtësojnë trajtimin mjekësor sa më shumë dhe të shmangë keqpërdorimin.
- »» Mjekët toksikologë që punojnë me gra shtatzëna duhet të synojnë të mbështesin pacienten në arritjen e qëndrueshmërisë për të ulur riskun e sindromës së abstinencës neonatale.
- »» Të rinjtë nën 18 vjeç kërkojnë ndërhyrje të ndryshme nga ato të adultëve.

#### 7.2 Rreziku i fshehur

Përdorimi problematik i substancave nga prindërit shkakton dëme të mëdha tek fëmijët e çdo moshe, psh.: neglizhim emocional e fizik, zhvillimi i problemeve sociale, risk i lartë për spektrin e çrregullimeve alkoolike fetale dhe prirje për të zhvilluar abuzim me substancat edhe ata më vonë në jetë. Rastet e këtyre fëmijëve ndonjëherë nuk njihen nga shërbimet dhe fëmijët mund të vuajnë në mënyra të ndryshme.

Jo të gjithë prindërit përdorues kanë vështirësi në rritjen e mirë të fëmijës dhe jo të gjithë fëmijët që përjetojnë neglizhim prindëror zhvillojnë probleme afatgjata apo afatshkurtra.

#### 7.3 Pacientët e varur nga opiatet, në spital

- »» Spitalet janë të njohur me protokollin e methadonit dhe protokollet e aplikimit të tij tek pacientët në TMM
- »» Objektivi i trajtimit të drogës në spital është stabilizimi i abuzimit nga opiatet dhe trajtimi i sëmundjeve bashkëshoqëruese
- »» Pacienti mund të shtrohet vetë ose i planifikuar
- »» TMM dhe drogat e tjera të kontrolluara duhet të jepen pas një vlerësimi të përshtatshëm
- »» Doza e parë në spital jepet pas vlerësimit të plotë
- »» Shenja si vertigo, artikulum i paqartë, zvogëlimi i pupilave, indikojnë ndërprerjen e dozës.

#### 7.4 Shtatzënia dhe kujdesi neonatal

- »» Gratë shtatzëna janë prioritet në ndërhyrjet për reduktimin e përdorimit të drogës.
- »» Ato janë më të predispozuar për sjellje pozitive ndaj trajtimit.
- »» Gratë shtatzëna përdoruese të drogës duhet të informohen dhe këshillohen mbi përfitimet e trajtimit prenatal dhe ta fillojnë atë sa më herët.
- »» Synimi i kujdesit prenatal është të arrijë stabilitetin farmakologjik, mjekësor, social dhe psikologjik.
- »» Duhet të theksohen risqet për detoksifikimin e menjëhershëm nga opiatet.
- »» Opiatet rritin mundësinë për lindje premature dhe moszhvillim të përshtatshëm të fetusit.
- »» Methadone mund të shkaktojë vdekjen e papritur të infantëve.
- »» Methadone nuk kundërvihet gjatë ushqyerjes me gji.

## Kapitulli 7- Situata të veçanta të trajtimit dhe popullsia

### 7.1 Pikat kyçe

### 7.2 Rreziku i fshehur

### 7.3 Pacientët e varur nga opiatet në spital

### 7.4 Shtatzënia dhe kujdesi neonatal

### 7.5 Të rinjtë nën 18 vjeç

### 7.6 Përdoruesit e vjetër, aktual dhe të rinj

### 7.7 Gjendjet jetë-kufizuese dhe kujdesi paliativ

### 7.5 Të rinjtë nën 18 vjeç

- »» Një pakicë e të rinjve nën 18 vjeç përdor drogë të paligjshme në mënyrë rastësore, zakonisht cannabis.
- »» Përdorimi i opiateve ose stimulantëve dhe marrja e tyre me injeksion është më i rrallë.
- »» Duhet konsideruar aftësia e të rinjve për të dhënë miratimin.
- »» Vlerësimi klinik duhet bërë me kujdesin maksimal.
- »» Trajtimi me methadone ndryshon nga ai tek adultët pasi të rinjtë kanë tolerancë më të ulët.
- »» Vlerësohet me kujdes toleranca.
- »» Fillohet stabilizimi me dozë mbajtëse me methadon, në varësi të vlerësimit me doza nën 30 mg në ditë.
- »» Buprenorphine fillohet me 2 mg në ditë, titrohet sipas përgjigjes.
- »» Detoksifikimi bëhet si tek adultët, duke përdorur të njëjtin medikament.
- »» Sëmundjet shoqëruese tek të rinjtë nën 18 vjeç janë depresioni dhe ankthi dhe trajtohen me ndërhyrje psikologjike dhe farmakologjike, në varësi të rastit.

### 7.6 Përdoruesit e vjetër, aktual dhe të rinj

Zakonisht pacientët më të rinj dalin më shpejtë nga përdorimi i drogës. Pacientët e vjetër që marrin TMM janë midis moshës 30 - 40 vjeç. Ky grup pacientësh zakonisht vuan nga përjashtimi social, mungesa e strehimit. Shkatërrimi i dhëmbëve është i zakonshëm.

Pacientëve më të vjetër përdorues droge duhet t'u ofrohet i njëjti shërbim shëndetësor si atyre më të rinj, duke pasur kujdes edhe trajtimin e komplikacioneve nga përdorimi i zgjatur dhe sëmundjet bashkë-ekzistuese.

### 7.7 Gjendjet jetë-kufizuese dhe kujdesi paliativ

Pacientët nën TMM janë të riskuar për zhvillimin e sëmundjeve jetë-kufizuese, për pasojë të përdorimit të zgjatur të drogës gjatë jetës. Hepatiti C mund të çojë në cirrozë hepatike e deri në kancer hepatic. Gjithashtu mund të zhvillojnë AIDS, por rreziku ulet nga përdorimi i antiretroviralëve.

Pacientët mund të zhvillojnë sjellje të dëmshme si duhanpirja, që dëmton më tej shëndetin e tyre.

Pacientët me sëmundje jetë-kufizuese mund të kenë nevojë për kujdes paliativ, të adresuara nga ekipi kyesor mjekësor ose të referuara tek specialisti i shërbimit të kujdesit paliativ.

## Kapitulli 8- Metodat e trajtimit psikologjik të personave nën TMM

### 8.1 Terapia e Sjelljes në Çift për Personat që janë Abuzues të Substancës dhe Drogave 8.1

### 8.2 Terapia Konjitive dhe e sjelljes

#### 8.1 Terapia e Sjelljes në Çift për personat që janë abuzues të substancave dhe drogave.

Terapia e Sjelljes në Çift (TSCÇ) e cila është një qasje trajtimi për personat që abuzojnë me drogat dhe që janë të martuar ose bashkëjetojnë si dhe për partnerët e tyre; ka për qëllim që të kufizojë abuzimin me substancat, duke adresuar në mënyrë të drejtëpërdrejt dhe nëpërmjet ristrukturimit të ndërveprimeve disfunktionale në çift të cilat vazhdimisht ndihmojnë në ruajtjen e sjelljes abuzive të substancave. Në studime të shumta në popullata të ndryshme, pacientët të cilët ishin të përfshirë në TSCÇ kanë raportuar vazhdimisht për reduktim të konsiderueshëm të përdorimit të substancave (droga dhe alkool) në krahasim me pacientë të cilët kanë marrë vetëm këshillim psikologjik individual. Gjithashtu, çiftet që kryejnë TSCÇ kanë raportuar nivele të larta të kënaqësisë në çift dhe më shumë përmirësime në fusha të tjera të funksionimit të marrëdhënies në çift dhe familje, si p.sh dhunës në çift dhe përshtajta psikosociale e fëmijëve (Fals-Stewart, O'Farrell, Birschler, 2004).

##### 8.1.1 Përmbajtja mbi proçedurat dhe sesionet

1. Gjatë sesioneve fillestare të TSCÇ, terapistët punojnë në kufizimin e ndjenjave dhe ndërveprimeve negative në çift ndaj situatave të kaluara apo të ardhme në lidhje me konsumimin e drogave dhe inkurajon ndërveprimin e sjelljeve pozitive midis partnerëve. Më pas, sesionet fokusohen në angazhimin e partnerëve në trajnimin e aftësive për komunikim, të strategjive për zgjidhjen e problemeve dhe në bisedime e marrëveshje për ndryshimin e sjelljes.
2. Terapisti bashkë me çiftin krijojnë një kontratë (jo formale) shërimi. Në kontratë përcaktohet se partnerët pranojnë që të angazhohen në një diskutim të hapur për mbajtjen çdo ditë të abstinencës. Gjatë një bisede të shkurtër midis çiftit, partneri që abuzon me drogat mund të përdorë shprehje të tilla, si:
  - “Nuk kam përdorur drogë gjatë 24 orëve të fundit dhe kam vendosur që të qëndroj abstinente edhe 24 orët në vijim”.

Partneri tjetër që nuk është abuzues i substancave shpreh mbështetje të tipit:

- “Të falenderoj që nuk ke marrë drogë një ditë më parë. Dua të të mbështesë në përpjekjet e tua për të ruajtur abstinencën sot.”

Partneri jo përdorues mund të përfshihet në mjekimin e pacientit duke e shoqëruar gjatë marrjes së mjekimit dhe duke ofruar përforsime/mbështetje me shprehje verbale. Partneri jo përdorues mund të shënojë performancën e diskutimit të hapur në çift për ruajtjen e abstinencës apo aktiviteteve të tjera në kontratën e shërimit (për shembull: pjesëmarrja në grupet e vetëndihmës) në një kalendar që jepet nga terapisti. Kalandari shërben si një regjistër ku pasqyrohet ecuria e sjelljes së çiftit të cilat diskutohen gjatë sesioneve si dhe të problemeve apo pengesave në përshtatjen me terapinë. Gjatë çdo sesioni të TSCÇ, partnerët performojnë sjellje të cilat janë të përcaktuara në kontratën e shërimit, si p.sh: ndërveprimi i hapur në çift, që i vë theksin rëndësisë së sjelljes duke i mundësuar terapistit që të vëzhgojë dhe të ofrojë miratim apo sugjerime për përmirësime.

Terapia është mjaft e strukturuar, terapisti vendos një agjendë specifike në fillim të çdo takimi.

- »» Në fillim të seancës, terapisti pyet për dëshirat, mendimet e pacientit për të marrë substancën që nga sesioni i fundit.
- »» Terapisti bashkë me partnerin bëjnë një vlerësim të përbushjes së aktiviteteve të planifikuara dhe të miratuara më herët në sesionin e kaluar dhe diskutojnë mbi vështirësitë që çifti mund të ketë përjetuar.
- »» Partnerët raportojnë mbi problemet e mundshme që janë krijuar gjatë javës së kaluar, qoftë në marrëdhënien e tyre si çift apo probleme të tjera, me qëllim që të gjejnë zgjidhje apo të planifikojnë hapat për ti zgjidhur ato.

## Kapitulli 8- Metodat e trajtimit psikologjik të personave nën TMM

### 8.1 Terapia e Sjelljes në Çift për Personat që janë Abuzues të Substancës dhe Drogave 8.1

### 8.2 Terapia Konjitive dhe e sjelljes

- »» Më pas terapeuti prezanton elemente të tjera si p.sh: prezantimi i aftësive të reja, ofron instruksione dhe shembuj në praktikimin e tyre brenda dhe jashtë zyrës së terapistit dhe gjatë javës në vijim. Në fund të sesionit, çiftit i kërkohet që të kryejë disa detyra shtëpie gjatë javës në vijim.
- »» TSC përfshin përdorimin e disa ushtrimeve të sjelljes të cilat janë ndërtuar për të rritur ndjenjat pozitive, kryerjen e aktiviteteve të përbashkëta dhe një komunikim konstruktiv të cilat vlerësohen si mjaft të rëndësishme në mbajtjen e abstinencës. Më poshtë do të gjeni disa “ushtrime” që praktikohen në TSC:
  - Në ushtrimin “ Gjeni diçka positive që bën partneri juaj”, secili prej partnerëve identifikon dhe vlerëson një sjellje të pëlqyeshme që partneri i tij/saj bën çdo ditë.
  - Në ushtrimin “ Dita e përkujdesjes”, secili prej partnerëve planifikon paraprakisht që të surprizojë partnerin duke bërë diçka të veçantë për partnerin në një ditë.
- »» Planifikimi dhe angazhimi në aktivitete të përbashkëta shpërblyese, për të cilat më herët është rënë dakort midis partnerëve për t'i kryer, janë të rëndësishme; familjet e personave që janë abuzues të substancave kanë humbur zakonet e të bërit bashkë të gjërave që i'u japin kënaqësi, rifitimi i tyre lidhet drejtpërdrejt me rezultatet pozitive të shërimit.
- »» Praktikimi i aftësive komunikuese (parafrazimi, empatizimi, vlerësimi) mund të ndihmojë pacientin që është abuzues i substancave si dhe partnerin e tij/saj në adresimin e duhur të stresorëve në marrëdhënien dhe në jetën e tyre. Këto aftësi të mësuara në terapi, mendohet se reduktojnë rrezikun e rikthimit të abuzimit me substancat.
- »» Si pjesë e kontratës së shërimit, të dy partnerët bien dakort që të mos diskutojnë gjatë seancave

rreth situatave të mëparshme të abuzimit me substancat dhe drogat apo frikën për të abuzuar në të ardhmen. Kjo marrëveshje mundëson reduktimin e situatave të mundshme të konflikteve që kanë të bëjnë me abuzimin e substancave, që ndodhin jashtë seancave terapeutike dhe lidhen më së shumti me rreziqet për relaps. Partnerëve u kërkohet që këto diskutime të zhvillojnë vetëm gjatë seancave TSC ku terapeuti mund të monitorojë dhe të lehtësojë ndërveprimin në çift.

- »» Gjatë terapisë TSC, terapeuti monitoron ose mat vazhdimisht nivelin e kënaqësisë të marrëdhënies në çift. Në çdo sesion, partnerët plotësojnë dy teste matëse: 1) Shkalla e Matjes së Kënaqësisë ndaj Marrëdhënies në Çift (Azrin, Naster, dhe Jones, 1973) e cila vlerëson përmirësimet në marrëdhënie gjatë javës së shkuar, dhe 2) Shkalla e Reagimit ndaj Konfliktit (Birchler dhe Fals-Steëart, 1994), e cila vlerëson reagimet keqpërshtatëse të partnerit të tilla si: të bërtiturit, qëndrim i zyrtë, ), e cila vlerëson reagimet keqpërshtatëse të partnerit të tilla si: të bërtiturit, qëndrim i zyrtë, goditje si një mënyrë për të menaxhuar marrëdhënien gjatë javës së fundit.
- »» Nëse partnerët nuk janë duke përparuar në asnjë nga fushat, terapeuti i jep më shumë përparësi aftësive që adresojnë probleme specifike. Për shembull, nëse pacienti nuk është duke abuzuar apo të raportojë dëshirën për të abuzuar me drogat apo alkool por partnerët shprehin se stresi dhe konfliktet në marrëdhënien e tyre nuk po reduktohen, terapeuti i vë theksin mbi ushtrimet për përmirësimin e marrëdhënies dhe aftësive komunikuese.



## Kapitulli 8- Metodatat e trajtimit psikologjik të personave nën TMM

### 8.1 Terapia e Sjelljes në Çift për Personat që janë Abuzues të Substancës dhe

### 8.2 Terapia Konjitive dhe e sjelljes

Problemi	Kriteri	Reagimi i Terapistit
Stres në marrëdhënie	Njëri nga partnerët raporton për stres domethënës në marrëdhënie në çift për 3 javë resht.	Fokus në rritjen e marrëdhënies dhe trajnimi i aftësive komunikuese.
Përdorimi i vazhdueshëm dhe rinovues i substancave	Partneri përdorues i substancave raporton përdorimin e substancave për 2 javë resht ose "dëshirë e pavullnetshme" për të përdorur për 3 javë resht.	Trajtimi fokusohet në përdorimin e substancës. Inkurajohen ndjekja e terapive të ndryshme psikosociale dhe të vetëndihmës. Identifikoni dhe reduktoni stresorët që ndikojnë në dëshirën për të konsumuar drogë apo substanca të tjera.
Papajtueshmëri me detyrat e shtëpisë	Çifti dështon në përfundimin e detyrave të shtëpisë për 2 javë resht.	Izoloni dhe eliminoni faktorët që ndërhyjnë me përfundimin. Reduktoni sasinë e detyrave të shtëpisë në një nivel më të menaxhueshëm për të dy partnerët.
Debate rreth përdorimit të substancave në të kaluarën	Njëri nga partnerët raporton për argumente të tilla për 2 javë resht. Kjo gjë shkel një nga rregullat kryesore të trajtimit e cila fokusohet në të ardhmen dhe jo në të shkuarën.	Nxisni partnerin jo përdorues që të shpreh këto çështje në terapi individuale ose në grupet e vetëndihmës për familjarët e personave që përdorin substanca dhe drogë.
Prekje fizike të natyrës aggressive	Episodet e agresivitetit fizik të lehtë midis partnerëve.	Kërkoni me këmbëngulje që partnerët të angazhohen që të zgjidhin konfliktet pa përdorimin e asnjë metode të agresivitetit fizik; vëreni theksin tek përdorimi i aftësive për zgjidhjen e konflikteve. Dhuna e rëndë (p.sh., sjellje që shkakton dëmtim apo frikë) është një tjetër çështje. Referoje partnerin në shërbime trajtimi për dhunën në familje dhe ndërprisni terapinë TSÇ.

## Kapitulli 8- Metodatat e trajtimit psikologjik të personave nën TMM

### 8.1 Terapia e Sjelljes në Çift për Personat që janë Abuzues të Substancës dhe Drogave

### 8.2 Terapia Konjitive dhe e sjelljes

#### 8.2 Terapia konjitive dhe e sjelljes (CBT)

Terapia e CBT është një terapi që ka rezultuar efikase në trajtimin dhe parandalimin e varësisë nga substancat dhe drogat dhe në parandalimin e rikthimit të përdorimit të substancave dhe drogave gjatë abstinencës.

Terapia konjitive dhe e sjelljes (CBT) është një formë "terapi bashkëbisedimi" që përdoret për të mësuar, inkurajuar dhe mbështetur individët lidhur me reduktimin/ndalimin e përdorimit të demshëm të drogës. CBT siguron aftësitë që janë të vlefshme për të ndihmuar njerëzit në arritjen e abstinencës fillestare (ose në reduktimin e përdorimit të drogës). CBT siguron gjithashtu aftësitë për të ndihmuar njerëzit në mbajtjen e abstinencës (parandalimi i përsëritjes).

#### Ç'është parandalimi i përsëritjes (RP)?

Sipas konceptit të përgjithshëm, RP është një trajtim konjitiv dhe sjellor (CBT) me fokusim në mbajtjen e ndryshimit të sjelljes së varur, që ka dy qëllime:

Parandalimin e gabimeve në fazën e fillimit, pasi është bërë angazhimi për ndryshim dhe parandalimi i ndonjë gabimi që shfaqet deri në formën e një përsëritjeje të plotë. Për shkak të elementeve të përbashkët të RP dhe CBT, të gjithë materialit në këtë trajnim do t'i referohemi si CBT.

#### Terapia konjitive dhe e sjelljes (CBT)

- Siguron konceptet kritike të varësisë dhe se si të mos përdoren drogat
- Thekson zhvillimin e aftësive të reja
- Përfshin përvetësimin e aftësive përmes praktikës

CBT është një metodë këshilluese-edukuese e përshtatur për mundësitë në burime të shumicës së programeve klinike dhe është vlerësuar gjerësisht në studimet klinike dhe ka mbështetje të fortë empirike. CBT është e strukturuar, e drejtuar drejt qëllimit dhe e fokusuar në problemet e menjëhershme me të cilat abuzuesit e drogës përballen kur fillojnë trajtimin dhe luftojnë për të kontrolluar përdorimin. Në fazat fillestare të trajtimit CBT, strategjitë theksojnë ndryshimin e sjelljes.

Strategjitë përfshijnë: planifikimin e kohës për t'u përfshirë në sjellje që nuk lidhen me drogën, evitimin apo largimin e një situatë që lidhet me përdorimin e drogës.

CBT përqipet të ndihmojë pacientët të:

- Ndjekin një plan aktivitetesh që paraqesin rrezik të ulët
- Njihen situatat e përdorimit të drogës (me rrezik të lartë) dhe të evitohen këto situata
- Përballen në mënyrë më efikase me një sërë problemesh dhe sjelljesh problematike të lidhura me përdorimin.

Teksa trajtimi CBT avancohet në fazat e mëvonshme të rehabilitimit, i jepet më tepër rëndësi pjesës "konjitive" të CBT e cila përfshin:

- T'ju jepen pacientëve njohuri rreth varësisë
- T'ju mësohet pacientëve kushtëzimi, nxitësit dhe dëshirat.
- T'ju mësohen pacientëve aftësitë konjitive ("ndalimi i mendimeve" dhe "kontrolli i dëshirës")
- Fokusimi në parandalimin e përsëritjes

## Kapitulli 8- Metodatat e trajtimit psikologjik të personave nën TMM

### 8.1 Terapia e Sjelljes në Çift për Personat që janë Abuzues të Substancës dhe Drogave

### 8.2 Terapia Konjitive dhe e sjelljes

Hapi i parë në CBT: Si përshtatet përdorimi i drogës me jetën tuaj?

Një nga detyrat e para për realizimin e CBT është të mësoni detaje rreth përdorimit të drogës nga pacienti. Nuk mjafton që të dini vetëm që ata përdorin droga ose një lloj të caktuar droge. Është me rëndësi të dini se si përdorimi i drogës lidhet me aspektet e tjera të jetës së pacientit. Këto detaje janë të rëndësishme në krijimin e një plani të dobishëm trajtimi.

#### 5 W-të (analiza funksionale)

5 W-të e përdorimit të drogës (e quajtur gjithashtu edhe analiza funksionale). Individët nën varësinë e drogës nuk i përdorin ato me raste. Është e rëndësishme të dini:

- 1) Periudhat e kohës në të cilat pacienti përdor drogat (Kur?)
- 2) Vendet ku pacienti i përdor dhe i blenë drogat (Ku?)
- 3) Shenjat e jashtme dhe gjendjet e brendshme emocionale që mund të nxisin dëshirën për drogë (Pse?)
- 4) Njerëzit me të cilët pacienti i përdor drogat ose njerëzit nga të cilët ai ose ajo i blejnë drogat (Me/nga kush?)
- 5) Efektet që drogat shkaktojnë te pacienti përfitimet fiziologjike dhe psikologjike (Ç'ndodhi?)

#### Analiza funksionale ose regjistrimi i situatave që paraqesin rrezik të lartë

Situata e mëparshme	Mendimet	Ndjenja t dhe ndjesitë	Sjellja	Pasojat
Ku isha?	Ç'po mendoja?	Si po ndihesha?	Ç'bëra?	Ç'ndodhi më pas?
Kush ishte me mua?		Ç'sinjale mora nga trupi im?	Çfarë përdora?	Si u ndjeva më pas?
Ç'po ndodhte?			Sa shumë përdora?	Si të tjerë janë lidhur me sjelljen time?
			Ç'mjete personale përdora?	Ndonjë pasojë tjetër?
			Ç'bënë njerëzit e tjerë rreth meje në atë kohë?	

#### Analiza funksionale & Faktorët nxitës dhe dëshira

Një nga qëllimet më të rëndësishme të ushtrimit 5W është të mësohet për njerëzit, vendet, sendet, kohërat dhe gjendjet emocionale që janë lidhur me përdorimin e drogës për pacientin tuaj. Këto njihen si "faktorët nxitës". Një faktor nxitës është një send ose një ngjarje ose një periudhë kohe që ka qenë e lidhur me përdorimin e drogës në të shkuarën. Faktorët nxitës mund të përfshijnë njerëz, vende, sende, periudha kohe, gjendje emocionale. Faktorët nxitës mund të

## Kapitulli 8- Metodatat e trajtimit psikologjik të personave nën TMM

### 8.1 Terapia e Sjelljes në Çift për Personat që janë Abuzues të Substancës dhe Drogave

### 8.2 Terapia Konjitive dhe e sjelljes

stimulojnë mendime për përdorimin e drogës dhe dëshirimin e saj.

#### Nxitësit e jashtëm

- Njerëz: ata që merren me drogat, shokët me të cilët përdoret droga
- Vendet: baret, festat, shtëpia e përdoruesit të drogës, zona të qytetit ku përdoren drogat
- Sendet: drogat, mjetet e përdorimit të drogës, paratë, alkooli, filma ku shfaqet përdorimi i drogës
- Periudhat kohore: ditët e punës, ditët pushim, periudhat pa punë, pas pune, periudhat stresante

#### Nxitësit e brendshëm

- Ankthi
- Inati
- Zhgënjimi
- Ngacmimi seksual
- Eksitimi
- Mërzitja
- Lohja
- Lumturia

#### Nxitësit dhe dëshirat

Nxitja → Mendimi → Dëshira →  
Përdorimi

#### Situatat që paraqesin rrezik të lartë & situatat që paraqesin rrezik të ulët

Situatat që përfshijnë nxitësit dhe që janë fortësisht të lidhura me përdorimin e drogës njihen si situatat që paraqesin rrezik të lartë. Vende të tjera, njerëz dhe situata që nuk kanë qenë ndonjëherë të lidhura me përdorimin e drogës njihen si CIA që paraqesin rrezik të ulët. Një koncept i rëndësishëm i CBT-së është t'u

mësojë pacientëve të ulin kohën gjatë të cilës janë përballë situatave që paraqesin rrezik të lartë dhe të rrisë kohën e atyre me rrezik të ulët.

#### **Strategjitë për të përballuar dëshirat**

Dëshirimi (përkufizimi): Të kesh një dëshirë shumë të fortë, të kesh nevojë urgjente, të kërkosh. Shumë njerëz e përshkruajnë dëshirimin si të ngjashëm me urinë për ushqimet apo etjen për ujë. Është një kombinim mendimesh dhe ndjenjash. Dëshirimi ka një përbërës të fuqishëm fiziologjik që e bën atë një dukuri shumë të fuqishme dhe të parrezistueshme. Shumë pacientë besojnë se pasi fillojnë të dëshirojnë drogën, nuk mund të shmangin përdorimin e tyre. Nga eksperiencia që kanë, ata gjithmonë dorëzohen përpara dëshirave sapo fillojnë dhe përdorin drogën.

Në CBT, është e rëndësishme t'u jepet pacientëve mjete për të rezistuar nga dëshirat.

Përballja me dëshirimin:

- Përfshirja në aktivitete që nuk lidhen me drogën
- Të folurit për dëshirimin
- “Eksplorimi” për dëshirimin
- “Ndalimi” i mendimeve
- Kontakti me një mik që nuk përdor drogë apo një këshillues
- Lutja

#### Teknikat CBT për trajtimin e varësisë: Aftësitë e refuzimit të drogës —Si të thuash “Jo”

Një nga situatat më të zakonshme të relapsit është që droga t'i ofrohet pacientit nga një shok apo një shpërndarës droge. Kemi zbuluar se nuk dinë si të thonë “Jo”. Shpesh, mënyra e tyre infektive për t'u përballur me situatën mund të rezultojë në përdorimin e

## Kapitulli 8- Metodat e trajtimit psikologjik të personave nën TMM

### 8.1 Terapia e Sjelljes në Çift për Personat që janë Abuzues të Substancës dhe Drogave 8.1

### 8.2 Terapia Konjitive dhe e sjelljes

përballur me situatën mund të rezultojë në përdorimin e drogave.

Përmirësimi i aftësive refuzuese/ këmbëngulëse: Ka disa parime bazë për refuzimin efektiv të drogave:

- Përgjigjuni shpejtë (pa hezitar)
- Shikoni drejt e në sy
- Përgjigjuni me një "Jo" të qartë dhe të prerë, që nuk lë shkas për oferta të ardhshme për drogë.
- Bëjeni bisedën të shkurtër
- Largojuni situatës

Pas rishikimit të aftësive bazë të refuzimit, pacientët duhet t'i praktikojnë ato përmes lojës në role dhe duhet të identifikohen dhe diskutohen problemet lidhur me refuzimet këmbëngulëse.

- Zgjidhni një situatë aktuale që pacientit i ka ndodhur së fundmi.
- Kërkojini pacientit t'ju sigurojë informacion rreth personit të synuar.

Luani në role një situatë ku një shok përdorues droge (apo shpërndarës) bën ofertën për të dhënë apo marrë droga. Luani në role një përgjigje joefikase dhe luani në role një përdorim efikas se si të thuhet "Jo."

#### Parandalimin e efektit të thyerjes së abstinencës

Pacientët duhet ta dinë se nëse shkasin dhe i përdorin drogat/alkoolin, nuk do të thotë se i janë rikthyer varësisë së plotë. Mjeku mund t'i ndihmojë të "riformatojnë" rastin kur përdori drogën dhe të parandalojë një gabim gjatë abstinencës, që mund të kthehet në një varësi të plotë.

Efekti i thyerjes së abstinencës: Shembuj të "riformatimit":

Shembulli 1: " Përdora natën e kaluar, por kam qenë esëll për 30 ditë. Në 31 ditët e fundit, kam qenë esëll

për 30 ditë. Kjo është më e mira që kam bërë në 10 vjet."

Shembulli 2:" Të mësosh të jesh esëll, është si të mësosh të ngasësh biçikletën. Do bëhen gabime. Është e rëndësishme të "ngriheni" dhe të vazhdoni të provoni."

Shembulli 3:" Shumica e njerëzve që arrijnë të bëhen esëll, bëjnë gabime gjatë rrugës. Nuk jam i vetmi që kam patur relaps, nuk është fundi i botës."

#### Seancat CBT

CBT mund të kryhet në një seancë individuale ose në seanca në grup.

Seancat individuale lejojnë një analizë më të detajuar dhe mësim të drejtpërdrejtë me çdo pacient.

Seancat në grup u lejojnë pacientëve të mësojnë nga njëri-tjetri rreth përdorimit të suksesshëm të teknikave CBT. Seanca zgjat rreth 60 minuta.

20 minutat e para

- Krijoni një program për seancën
- Fokusohuni në kuptimin e shqetësimeve aktuale të pacientit (emocionale, sociale, mjedisore, konjitive, fizike)
- Fokusohuni në kuptimin e nivelit të përgjithshëm funksional të pacientit.
- Siguroni një përshkrim të detajuar, të përdorimit të përditshëm të substancës që nga seanca e kaluar.
- Vlerësoni abuzimin me substancën, dëshirimin dhe situatat që paraqesin rrezik të lartë që prej seancës së kaluar.
- Rishikoni dhe vlerësoni eksperiencat e tyre me ushtrime praktike 20 minutat e dyta
- Prezantoni dhe diskutoni temën e seancës

## Kapitulli 8- Metodatat e trajtimit psikologjik të personave nën TMM

### 8.1 Terapia e Sjelljes në Çift për Personat që janë Abuzues të Substancës dhe Drogave 8.1

### 8.2 Terapia Konjitive dhe e sjelljes

- Lidheni temën e seancës me shqetësimet aktuale
- Sigurohuni që jeni në të njëjtin nivel me pacientin dhe që materiali dhe konceptet janë kuptuar
- Praktikoni aftësitë 20 minutat e fundit

- Shpjegoni të kuptuarit e pacientit dhe reagimin lidhur me temën
- Caktoni ushtrime praktike për javën tjetër
- Rishikoni planet për periudhën në vazhdim dhe përshpejtoni situatat e rrezikshme të mundshme
- Përdorni planifikimin për të krijuar një plan për herën tjetër

#### Parimet e përdorimit të CBT-së

##### A) Përshtatni materialin me nevojat e pacientit

- »» CBT individualizohet
- »» Përshtatni përmbajtjen, shembujt dhe detyrat e caktuara sipas nevojave specifike të pacientit.
- »» Shpërndarje graduale të materialit për t'u siguruar që pacientët i kuptojnë konceptet dhe nuk mërzhiten me diskutimin e tepërt.
- »» Përdorni shembuj specifik të siguruara nga pacienti për të ilustruar konceptet.

##### B) Përsëritja

- »» Zakonet e lidhura me drogën janë thellësisht të ngulitura
- »» Mësimi i qasjeve të reja për situata e vjetra mund të kërkojë disa përpjekje
- »» Përdorimi kronik i drogës prek aftësitë konjitive dhe kujtesa e pacientit është zakonisht e dobët
- »» Konceptet bazë duhet të përsëriten gjatë trajtimit (p.sh. "nxitësit" e pacientit)
- »» Mund të nevojitet përsëritja e seancave të plota apo e pjesëve të tyre

##### C) Praktikë

- »» Zotërimi i një aftësie të re kërkon kohë dhe praktikë. Procesi i mësimit kërkon shpesh që të bëhen gabime, të mësohet nga gabimet dhe të provohet sërish. Është e rëndësishme që pacientët të kenë mundësinë të provojnë metodat e reja.

##### D) Jepni një shpjegim të qartë

- »» Mjekët nuk duhet të presin që pacienti të praktikojë një aftësi apo të kryejë një detyrë të caktuar pa ditur përse kjo mund të jetë e dobishme.
- »» Mjekët duhet të theksojnë vazhdimisht rëndësinë që pacientët ta praktikojnë atë që ata mësojnë jashtë seancës së këshillimit dhe të shpjegojnë rëndësinë e saj.

##### E) Shprehuni qartë dhe me terma të thjeshtë

- »» Përdorni një gjuhë që është e përshtatshme me nivelin e të kuptuarit dhe sofistikimit të pacientit
- »» Kontrolloni shpesh që të siguroheni që ata e kuptojnë një koncept dhe që materiali iu duket i përshtatshëm.

##### F) Monitorimi

- »» Monitorimi: për të vazhduar me marrjen e informacionit për përpjekjet e pacientit për të praktikuar detyrat e ngarkuara dhe për të kontrolluar plotësimin e një detyre. Përfshin gjithashtu diskutimin e përvojës

## Kapitulli 8- Metodatat e trajtimit psikologjik të personave nën TMM

### 8.1 Terapia e Sjelljes në Çift për Personat që janë Abuzues të Substancës dhe Drogave 8.1

### 8.2 Terapia Konjitive dhe e sjelljes

#### G) Lavdërimet

- »» Mjekët duhet të përpiqen të formëzojnë sjelljen e pacientit duke lavdëruar qoftë edhe përpjekjet e vogla për realizimin e një detyre të ngarkuar, duke theksuar gjithçka që ishte e dobishme ose interesante.

#### H) Kalimi i pengesave lidhur me detyrat e shtëpisë

- »» Dështimi për të zbatuar aftësitë përballëse jashtë seancave mund të ketë një sërë kuptimesh (p.sh. të ndihesh i pashpresë) Duke eksploruar natyrën specifike të vështirësisë së pacientit, mjekët mund t'i ndihmojnë ta kalojnë atë.

#### Krijimi i një plani të përditshëm rikuperimi

Krijoni një plan për plotësimin e detyrave të ngarkuara për seancën tjetër. Shumë abuzues droge nuk e planifikojnë ditën e tyre. Ata thjesht bëjnë çfarë ua ka ënda të bëjnë. Kjo mungesë e një plani të strukturuar për ditën e tyre, i bën ata shumë të ndjeshëm ndaj situatave me rrezik të lartë dhe të jenë të nxitur nga përdorimi i drogave. Për ta baraspeshuar këtë problem, është e rëndësishme për pacientin të krijojë një plan të strukturuar orë-për-orë.

Planifikimi që një ditë më parë me pacientin e lejon mjekun e CBT-së të punojë me pacientin në mënyrë më bashkëpunuese për të rritur në maksimum kohën e tyre në situata me rrezik të ulët, jo nxitëse, dhe për të zvogëluar kohën e tyre në situata të rrezikshme.

Nëse pacienti ndjek programin, ata normalisht nuk do përdorin droga. Nëse dështojnë me ndjekjen e programit, ata do përdorin droga në mënyrë progresive.

Një program specifik i përditshëm:

- Nxit vetë-efikasitetin e pacientit.
- Mundëson konsiderimin e pengesave të mundshme.
- Ndhmon në konsiderimin e pasojave të mundshme të çdo strategjie për ndryshim.

#### Përmbajuni planit, qëndroni esëll

Inkurajoni pacientin t'i përmbahet planit, sikur të ishte një hartë për t'ia dalë mbanë pa droga.

- »» Përmbajuni planit = Duke qëndruar esëll
- »» Duke mos llogaritur planin = duke përdorur droga

#### Krijoni një plan: Përballja me rezistencën ndaj planit

Pacientët mund t'i bëjnë rezistencë planifikimit ("Nuk jam një person i planifikueshëm" ose "Në kulturën tonë, nuk e planifikojmë kohën").

#### Përdorni modelimin për mësimin e aftësive.

Përforconi përpjekjet për ndjekjen e planit duke pranuar se nuk është perfeksioni qëllimi. Me kalimin e kohës, pacienti merr përgjegjësinë e planit.

së pacientit me detyrat në mënyrë që problemet të adresohen gjatë seancës.

## Kapitulli 9- Ngritja dhe konsolidimi i strukturës kombëtare të trajtimit

## të çrregullimeve të përdorimit të substancave abuzive

### 9.1 Pika Kyçe

### 9.2 Çrregullimi i Përdorimit të Substancave

### 9.3 Agjensia Kombëtare e Trajtimin të Çrregullimeve të lidhura me Drogën

### 9.4 Vazhdimësia e Shërbimeve të Trajtimin

konsiderueshme ekonomike, personale dhe mbi atë të shëndetit publik.

- »» Sot në botë, llogariten 15.6 milion përdorues të opiateve ilegale, prej të cilëve 11 milion përdorues të heroinës (UNODC, 2011)
- »» Prevalenca mesatare e përdorimit problematik të opioideve në Bashkimin Europian dhe Norvegji, të nxjerra prej studimeve kombëtare, vlerësohet të jetë midis 3.6 dhe 4.4 raste për 1000 banorë të moshës 15-64 vjeç (EMCDDA,2011).
- »» Po kështu rreth 51% e pacientëve që kishin hyrë në trajtimin të specializuar për drogat i përkisnin përdoruesve problematik të opiateve.

Përdoruesit problematik të opiateve përbëjnë ende masën kryesore të pacientëve në vendin tonë, të cilëve iu ofrohet, megjithëse me probleme komplekse trajtim, kryesisht ai mbajtës me methadone apo me buprenorphine, por edhe trajtim detoksifikues etj.

Situata e përdoruesve problematik të drogave gjithsi në vitet e fundit po pëson ndryshime evidente epidemiologjike, me shtimin e shpejtë të përdoruesve problematik të cocaines dhe cannabisit.

Në mesin e epidemisë opioide që tek ne po shkon drejt një spiraleje jashtë kontrollit, po shtohen me ritme të shpejta rastet e adiksionit opioid jatrogenik, që po shkon në rrjedhën e vetë të pa shqetësuar, për shkak kjo edhe të nivelit të ulët të vigjilencës në stafet mjekësore dhe farmacistët por vecanërisht, e lidhur kjo me praktien e trajtimit mbajtës me methadone në këto vite, i cili në mjaft raste nuk ka arritur efikasitetit e dëshiruar.

Problemi më serioz i evidentuar në këto dy dekadat e fundit në vend, sigurisht nuk ka qenë mungesa e udhëzuesve dhe strategjive intervenuese, por implementimi i tyre në praktikën klinike.

Kjo ka ndodhur më së shumti për shkak të financimeve të pamjaftueshme, por mos thënë të munguara, nga buxheti i shtetit, dedikuar problemeve të adiksionit në drogat dhe alkoolin, por edhe mungesës së ndërgjegjësimit, mungesës së fokusimit dhe qëndrimit sociale në përgjithësi ndaj fenomenit.

Ka një variacion të gjërë ndër vendet rajonale por edhe ato Europiane përse i përket interesit të stakeholderve në përpilimin e udhëzuesve por sidomos në implementimin e tyre.

Në shumicën e vendeve, autoritetet shëndetësore janë autoritetet kryesore të përfshira, zakonisht përmes departamenteve kombëtare të shëndetit.

Megjithatë, procesi i implementimit jo gjithnjë është i menjëhershëm mbas miratimit të udhëzuesve, si dhe ndryshimet e risitë mund të ndeshin në rezistencë. Barrierat kryesore për implementimin e udhëzuesve mund të lidhen me kontekstin social, organizativ dhe ekonomik, por edhe me reagimet individuale të profesionistëve, e ngandonjëherë rezistenca në nivelin e pacientëve.

Përmes studimeve që synonin në identifikimin e barrierave të mundëshme, shumë vende kanë përpiluar manuale dhe standartet e implementimit të kësaj qasjeje farmakologjike.

Një mjet tjetër për të siguruar aderencën me udhëzuesit është ai i përfshirjes së profesionistëve kryesor në promovimin e ndryshimeve të pritshme. Edukimi në vazhdim në lidhje me udhëzuesit dhe implementimin e tyre është një tipar i përbashkët ndër vendet Europiane.

Shpresojmë që këtë herë udhëzuesi për implementimin e terapisë mbajtëse me methadon do të implemetohet me rigorozitet, për të patur së fundi një model të një strukture shëndetësore të dedikuar, të mirëtrajnuar dhe të mirëfinancuar.

### 9.2 Çrregullimi i përdorimit të substancave

Çrregullimi i përdorimit të substancave është një sëmundje mjekësore e karakterizuar nga dëmtime

### 9.1 Pika kyçe

- »» Dipendenca opioide është një problem shëndetësor mbarëbotëror që ka pasoja të

### Trajtimi Mbajtës me Methadone



## Kapitulli 9- Ngritja dhe konsolidimi i strukturës kombëtare të trajtimit të çrregullimeve të përdorimit të substancave abuzive

### 9.1 Pika Kyçe

### 9.2 Çrregullimi i Përdorimit të Substancave

### 9.3 Agjensia Kombëtare e Trajtimit të Çrregullimeve të lidhura me Drogën

### 9.4 Vazhdimësia e Shërbimeve të Trajtimit

klinike të rëndësishme në shëndetin, funksionimin social dhe kontrollin vullnetar mbi përdorimin e substancave. Çrregullimet e përdorimit të substancave variojnë në ashpërsinë, kohëzgjatjen dhe kompleksitetin nga të buta në të rënda.

Aktualisht ka një spektër strategjish dhe shërbimesh efektive në dispozicion për të identifikuar, trajtuar dhe menaxhuar problemet e përdorimit të substancave dhe çrregullimet e përdorimit të tyre.

Hulumtimet tregojnë se mënyra më efektive për të ndihmuar dikë me një problem të përdorimit të substancave që mund të jetë në rrezik për zhvillimin e një çrregullimi të përdorimit të tyre, **është që të ndërhyjë herët**, përpara se gjendja të përparojë. Në këtë mënyrë, shqyrtimi i keqpërdorimit të substancave gjithnjë e më shumë **po ofrohet në mjediset e përgjithshme të kujdesit shëndetësor**, në mënyrë që të zbulohen problemet e reja dhe të sigurohet ndërhyrja e hershme nëse është e nevojshme. Për ata pacientë me çrregullime të buta ose të moderuara të përdorimit të substancave, trajtimi përmes sistemit të përgjithshëm të kujdesit shëndetësor mund të jetë i mjaftueshëm, ndërsa pacientët me çrregullime të përdorimit të substancave të rënda (varësia) **mund të kërkojnë trajtim të specializuar**.

Shtimi i shërbimeve për trajtimin e problemeve dhe çrregullimeve të përdorimit të substancave në kujdesin shëndetësor të zakonshëm, ka zgjatur vazhdimin e kujdesit dhe përfshin një varg medikamentesh efektive të bazuara në dëshmitë, terapitë e sjelljes dhe shërbimet mbështetëse.

Pjesa më e madhe e trajtimit në shumë vende ka ndodhur dhe vazhdon të kryhet në **programet e trajtimit të çrregullimeve të përdorimit të substancave**, me përfshirje të vogël të kujdesit parësor ose të përgjithshëm shëndetësor. Megjithatë, një numër barrierash kanë kufizuar miratimin e gjerë të këtyre shërbimeve, duke përfshirë mungesën e burimeve, trajnimin e pamjaftueshëm dhe mungesat e personelit mjekësor. Kjo është veçanërisht e vërtetë për trajtimin e atyre që në të njëjtën kohë kanë

çrregullime të përdorimit të substancave dhe çrregullime fizike ose mendore.

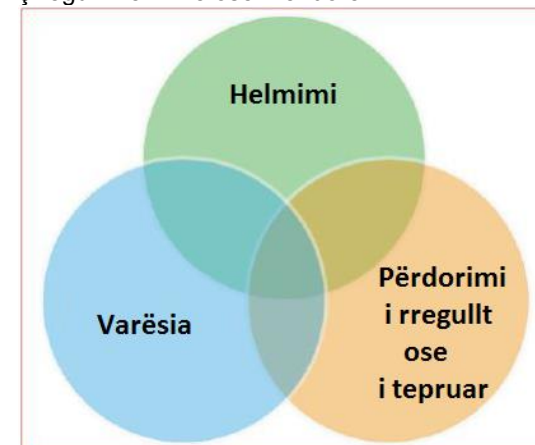


fig.1:hallkat e ndryshme të çrregullimit adiktiv

Çrregullime të buta të përdorimit të substancave mund të identifikohen shpejt dhe me besueshmëri të lartë **në shumë mjedise mjekësore dhe sociale**.

Këto çrregullime të zakonshme, por më pak të rënda shpesh i përgjigjen ndërhyrjeve të monitoruara të shkurtra, motivuese dhe/ose mbështetëse, **të referuara si vetë-ndryshim i udhëhequr**. Në të kundërt, çrregullimet e përdorimit të substancave të rënda, komplekse dhe kronike shpesh kërkojnë trajtim të **specializuar të përdorimit të substancave dhe trajtim të vazhdueshëm pas trajtimit primar**.

Kërkojnë mbështetje për të arritur abstinencën dhe rimëkëmbjen e plotë. Për të trajtuar spektrin e problemeve të çrregullimit të përdorimit të substancave, një vazhdimësi e kujdesit u ofron individëve një sërë mundësish për shërbime të bazuara në nevojat e tyre, përfshirë parandalimin, ndërhyrjen e hershme, trajtimin dhe mbështetjen e rimëkëmbjes.

Ka ardhur koha që sikundër sëmundjet e tjera kronike për të cilat tashmë ka një eksperiencë të konsoliduar në vend, sistem referimi të konsoliduar dhe një ndarje të qartë midis niveleve, të realizohet edhe për çrregullimet adiktive, si çrregullime komplekse

## Kapitulli 9- Ngritja dhe konsolidimi i strukturës kombëtare të trajtimit të çrregullimeve të përdorimit të substancave abuzive

### 9.1 Pika Kyçe

### 9.2 Çrregullimi i Përdorimit të Substancave

### 9.3 Agjensia Kombëtare e Trajtimit të Çrregullimeve të lidhura me Drogën

### 9.4 Vazhdimësia e Shërbimeve të Trajtimit

multidimensionale me relapse të shpeshta dhe remisione kalimtare.

Mendojmë se si hap i parë do të ishte ngritja e një *Agjensie Kombëtare*, pranë institucionit qendror apo atë të shëndetit publik, që do të merrte përgjegjësi të për identifikimin, ngritjen rekrutimin e stafeve dhe menaxhimin konkret nëpër hallkat e ndryshme të shërbimit shëndetësor në vend.

Burimet njerëzore për këtë ekzistojnë dhe fondet për këtë inisiativë, megjithatë do të ishin minimale.

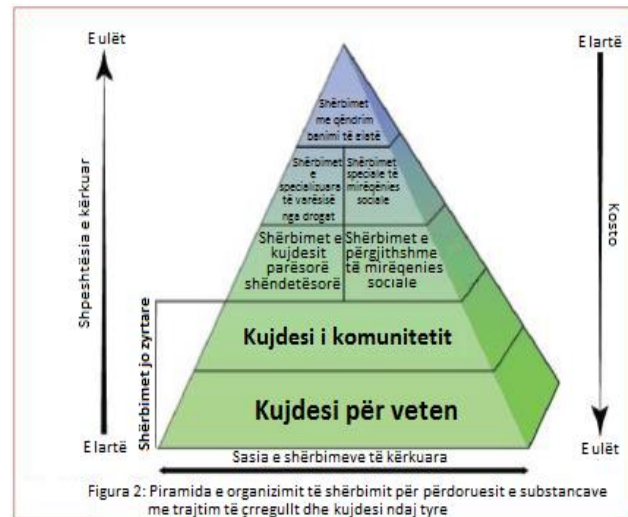


Figura 2: Piramida e organizimit të shërbimit për përdoruesit e substancave me trajtim të çrregullt dhe kujdesi ndaj tyre

### 9.3 Agjensia Kombëtare e Trajtimit të Çrregullimeve të lidhura me Drogën

**Agjensia kombëtare për trajtimin e çrregullimeve të lidhura me drogat** do të ishte një autoritet shëndetësor i veçantë në strukturat e shëndetit publik, që ashtu sikurse në shumë vende Europiane janë ngritur për të përmirësuar gjendshmërinë, kapacitetin dhe efektshmërinë e trajtimit të adiksionit ndaj drogave.

Kjo agjensi vepron në partneritet me angjensitë kombëtare, rajonale dhe lokale për të:

- *Siguruar përdorimin efektiv të fondeve publike për të mbështetur shërbime lokale efektive, të përshtatshme dhe të arritshme.*
- *Promovimin e praktikës së koordinuar dhe bazuar në evidencë, duke përzgjedhur dhe përhapur praktikën më të mirë.*
- *Përmirësimi i performancës duke vendosur standard për trajtimin, duke nxitur përfshirjen e përdoruesit dhe të personit që kujdeset, duke zgjeruar dhe zhvilluar forcën e punës të trajtimit të drogave.*

Agjensia do të nxiste një sistem të balancuar të trajtimit për drogat, në të cilat trajtimi përputhet me nevojat klinike dhe rrethanat individuale dhe reflekton zgjedhjet personale. Kjo mund të përfshijë trajtimin e ndihmuar nga barnat dhe trajtimin me abstinencë si dhe mundësinë për detoksikimin gjatë shtrimit dhe rehabilitimit rezidencial.

### 9.4 Vazhdimësia e Shërbimeve të Trajtimit

Çrregullimet e përdorimit të substancave shfaqen zakonisht gjatë adoleshencës dhe shpesh (por jo gjithmonë) avancojnë me ashpërsi dhe kompleksitet me keqpërdorimin e vazhdueshëm të substancave.

Aktualisht, çrregullimet e përdorimit të substancave klasifikohen diagnostikisht në **tre kategori: të buta, të moderuara dhe të rënda.**

Trajtimi i përdorimit të substancave është i ndërthurur për të ndihmuar individët që të ndalojnë ose reduktojnë keqpërdorimin e substancave të dëmshme, të përmirësojnë funksionin e tyre shëndetësor dhe social, si dhe të menaxhojnë rrezikun për rikthim të përdorimit të tyre. Në këtë drejtim, trajtimi i çrregullimit të përdorimit të substancave është efektiv dhe ka një ndikim pozitiv ekonomik. Hulumtimet tregojnë se trajtimi gjithashtu përmirëson produktivitetin e individëve, shëndetin dhe mbi të gjitha cilësinë e jetës.

## Kapitulli 9- Ngritja dhe konsolidimi i strukturës kombëtare të trajtimit të çrregullimeve të përdorimit të substancave abuzive

### 9.1 Pika Kyçe

### 9.2 Çrregullimi i Përdorimit të Substancave

### 9.3 Agjensia Kombëtare e Trajtimit të Çrregullimeve të lidhura me Drogën

### 9.4 Vazhdimësia e Shërbimeve të Trajtimit

Shumica dërrmuese e intervenimeve sot në Europë kryhet në programe të specializuara të trajtimit të çrregullimeve të përdorimit të substancave, dhe këto programe ndryshojnë shumë në objektivat e tyre klinike dhe në frekuencën, intensitetin dhe vendosjen e ofrimit të kujdesit.

Në analogji të përafërt sistemi ynë i referimit ngjan me sistemin e konsideruar me **rrathw apo hapa**, ku në bazë është një set protokolle të bazuara në mënyrë empirike, i cili përcakton trajtimin që do fillohet dhe kur do vazhdohet me një trajtim shtesë më intensiv.

Principi i trajtimit me hapa, do të thotë që: *“një trajtim më intensiv ose i ndryshëm nga i pari ofrohet vetëm kur trajtimi më pak intensiv nuk është efikas”*.

**Për trajtimin e drogës dhe alkoolit, kjo do të përfshinte monitorimin e rezultateve të intervenimit dhe ndryshimin e intervenimit në ndonjë mënyrë nëse përfundimi për sa i përket qëllimeve të trajtimit ishte i dobët.**

Në një model trajtimi me hapa, profesionistët e shërbimeve adiktive dhe klientët duhet të diskutojnë për fillimin e trajtimit në njërin nga hapat e modelit dhe të ndiqet nga një fazë e vlerësimit.

Zakonisht një hap i parë në menaxhimin e këtyre gjendjeve është të kuptosh rangun e problemeve që ka klienti nga abuzimi me drogën, dhe të vendosen disa qëllime për ndryshime që kanë lidhje me klientin në atë moment. Çrregullimet e klientit mund të kenë nevojë për përzgjedhje në hapin e parë, të shqetësimeve imediate si suicidi, emergjenca në akomodim ose kriza të tjera që ju jepet prioritet.

Pas vlerësimit, mund të ofrohet një intervenim minimal që i adresohet qëllimeve imediate të klientit për ndryshim. Kjo mund të marrë formën e edukimit për menaxhimin e simptomave dhe informacion për përdorimin jo të dëmshëm të drogës ose broshura të tjera të vetë-ndihmës sipas rastit. Këshilla të shpejta ose sugjerime për faktorë të tjerë në mënyrën e jetesës, që mund të pakësohen ose të shtohen, mund të përfshihen në këtë moment.

Pas intervenimit të shpejtë, përgjigja ndaj trajtimit duhet të vlerësohet **për të përcaktuar nëse ka nevojë**

**për monitorim të vazhduar, referencë, mbështetje të krizave ose intervenime më intensive.** Në këtë moment, problemet që kanë nevojë për intervenim krizash dhe ndërmarrje emergjente mund të identifikohen, si rreziku për suicid, rrezik për të tjerët, kujdes mjekësor urgjent, tërheqje etj. Klientët që nuk i përgjigjen intervenimit të shpejtë mund t’ju ofrohet trajtimi i hapit tjetër.

Nëse nuk ka pasur përgjigje në intervenimin e shpejtë, dhe/ose klienti ka simptoma reziduale, kërkohet një intervenim më intensiv. Në këtë hap, rekomandohet njëherazi intervenimi psikosocial, duke pasur parasysh potencialin për relaps dhe të vazhdojë të ketë përmirësim jashtë fazës së trajtimit aktiv.

**Pas kompletimit të linjës të dytë të trajtimit dhe periudhës të monitorimit,** simptomat reziduale dhe probleme të tjera mund të kenë akoma nevojë për vëmendje. P.sh nëse problemet me alkoolin persistojnë në këtë stad, mund të ndodh një fokusim tek ato.

Programet e zgjatura të trajtimit mund të jenë një hap esencial në pacientët me përdorim problematik të alkoolit dhe drogës që nuk kanë bërë përmirësime sinjifikative në prognozë, pas kompletimit të programit të shkurtër të trajtimit.

Ka opsione të ndryshme për intervenime të zgjatura target në këtë moment të trajtimit, **duke përfshirë farmakoterapinë, psikoterapi e zgjatur dhe trajtim spitalor.** Këto do të variojnë në zgjatje dhe frekuencë. Për pasoje, probleme të zgjatura të trajtimit psikologjik, nëse janë të disponueshme, mund të konsiderohen. Intervenime të tjera mund të fokusohen në parandalimin e relapsit, intervenimin në komunitet, këshillim në marrëdhëniet ndërpersonale, intervenim në trauma etj.

Çdo trajtim tjetër i radhës do të përcaktohet nga rezultatet e monitorimit të vazhdueshëm, pas mbarimit të hapit paraardhës të trajtimit.

Fatmirësisht, që prej vitit 2005, është avancuar mjaftueshëm me formimin e stafeve të toksikologëve të cilët kanë trajnim adekuat në problemet e adiksionit.

## Kapitulli 9- Ngritja dhe konsolidimi i strukturës kombëtare të trajtimit të çrregullimeve të përdorimit të substancave abuzive

### 9.1 Pika Kyçe

### 9.2 Çrregullimi i Përdorimit të Substancave

### 9.3 Agjensia Kombëtare e Trajtimit të Çrregullimeve të lidhura me Drogën

### 9.4 Vazhdimësia e Shërbimeve të Trajtimit

Kjo përbën bazën mbi të cilën do të ngrihet në vijim infrastruktura e shërbimeve adiktive në vend në bashkëpunim të ngushtë me aktorët e tjerë të shëndetit mendor dhe atij psikosocial.

Përsa i përket modelit të intervenimit në vartësinë opioide, është fakt që ofrimi i terapisë afatë-gjatë mbajtëse opioide duket se ofron përfitimet më të mëdha në lidhje me shpenzimet e trajtimit në kontekstin afat-shkurtër, por shërimi i drejtuar drejt abstinencës afat-gjatë ka të ngjarë që të ofrojë përfitimet më domethënëse kur shqyrtohet në një perspektivë afatgjatë.

Modeli më i përshtatshëm për të arritur këto objektiva është i ashtuquajtur *Modeli 2x4 që ofron kujdesin adiktiv dhe atë të shëndetit mendor në një shërbim plotësisht të integruar dhe njëherazi individualisht fleksibël, madje edhe kur këto sëmundje paraqiten në kombinime të ndryshme në individ të ndryshëm.*

*Ky model ofrimi të shërbimit redukton apo eleminon segmentimin, fragmentimin, kaosin dhe mungesën e shërbimeve adekuate që ka predominuar kaq gjatë në boshllëkun e gjërë midis fushës së shëndetit mendor dhe atij adiktiv.*

Mendojme se Agjensia Kombëtare e Trajtimit të Çrregullimeve Adiktive, si organ kopetent me përfshirje në të ekspertëve më me eksperiencë trajtuese dhe menaxheriale do të jenë në krye të zinxhirit të ngritjes së shërbimeve adiktive në vend. Kjo strukturë do të jetë me bazë të gjërë në formën e piramidës, ku do të ndiqet pikërisht skema e referimit si për të gjitha sëmundjet e tjera kronike, për të cilat ka një eksperiencë të konsoliduar tashme.

Mendojmë që në të gjitha spitalet rajonale dhe disa bashkiake të vendit në një periudhë 1 vjeçare të ngrihen njësitë e kujdesit shëndetësor adiktiv të përbëra nga:

- Një mjek toksikolog-adiktolog
- Psikolog/punonjës social në përbërje të spitalit
- Psikiatër, konsulent sipas rastit në rast të diagnozave dyfishe
- Dy infermierë

Ky staf është i disponueshëm tashmë në të gjitha spitalet rajonale të vendit, dhe do të jetë i gatshëm që të ofrojë farmakoterapië me methadone por jo vetëm duke siguruar një ndërhyrje të integruar ndërdisiplinore.

Mjediset ku do të ofrohet terapia mbajtëse me methadone do të jenë në varësi të drejtorive rajonale të shëndetit publik ose varësi të spitaleve.

Një eksperiencë e tillë tashmë ekziston pasi në pothuaj shumicën e qendrave që kanë shpërndarë methadonin deri tani të administruara nga OJF “Aksion plus” mjediset kanë qënë të shëndetit publik.

OJF-të, kanë rol të rëndësishëm për të luajtur si në veprimtaritë rehabilituese dhe komunitare për përdoruesit problematik të drogave që dalin nga terapia apo që kanë nevojë për mbështetje sociale, si punësim, mbështetje në çift, atë familjare etje.

Gjithësesi ka ardhur koha që në buxhetet e shërbimit shëndetësor publik të ketë një zë të dedikuar për ndërhyrjet farmakologjike dhe psikosociale për përdoruesit problematik të opiateve por edhe të substancave të tjera përfshi edhe alkoolin. Këto ndërhyrje janë parashikuar po ashtu edhe në Strategjinë Kombëtare për Kontrollin e Drogës që pritet të implementohet në vazhdim.

## Kapitulli 10 TMM në Burgje

### 10.1 TMM në burgje

### 10.2 Inicimi i trajtimit

### 10.3 Detoksifikimi

### 10.4 Dozimi dhe mbikëqyrja e marrjes

### 10.5 Adresimi i sfidës së devijimit të methadonit

#### 10.1 TMM në burgje

Megjithëse tradicionalisht disponueshmëria e terapisë zëvendësuese të opiateve në burgje ka qënë e kufizuar, parimi i barazisë ndaj kujdesit shëndetësor do të sugjeronte që kjo terapi duhet të jetë e disponueshme dhe e qaswshme për të gjithë të burgosurit, sipas nevojës së tyre shëndetësore.

Studimet dhe praktika klinike kanë treguar se edhe në mjediset penitenciare TMM është ndërhyrja më efektive e disponueshme për trajtimin e varësisë nga opiatet. Konkretisht vlerësohet se TMM rezulton me ulje të ndjeshme në sjelljen e rrezikshme ndaj HIV dhe kontaminimeve të tjera gjak-transmetuara (p.sh. ndarja e shiringave), nivele të ulëta të përdorimit të drogës, ulje të incidencave të mbidozimit, ulje të pjesëmarrjes në tregun e zi të drogës në burg dhe rritjen e pjesëmarrjes në trajtimin ndaj drogës pas lirimit nga burgju.

Meqë shumë të burgosur përjetojnë relaps pas lirimit, ata duhet të kenë një zgjedhje të informuar të detoksifikimit ose trajtimit mbajtës.

#### 10.2 Inicimi i trajtimit

Ekzistojnë tre skenarë kur mund të jetë i përshtatshëm inicimi i terapisë zëvendësuese në mjediset e burgjeve. Këto janë:

- Gjatë paraburgimit
- Menjëherë pas pranimit në burg
- Gjatë kryerjes së dënimit

#### 10.3 Detoksifikimi

Disa përdorues të drogës janë të suksesshëm në arritjen e një gjendjeje të përhershme të abstinencës, ndërsa janë burg. Megjithatë, vetëm detoksifikimi rrallë është efektiv në prodhimin afatgjatë të ndryshimeve për shumicën e përdoruesve të drogës. Përfitimet e programeve të

methadonit mund të jenë maksimizuar duke ruajtur pacientët në trajtim, duke përkrahur më shumë doza më të larta se sa ato më të ulëta të methadonit, duke orientuar programet drejt mbajtjes sesa në mosmbajtje, ofrimin e këshillimit, vlerësimit dhe trajtimit të diagnozës së dyfishtë, trajtimet sociale, si dhe forcimin e aleancës terapeutike në mes të mjekut dhe pacientit, për të zvogëluar përdorimin e drogave shtesë.

Tërësia e këtyre faktorëve kërkon detyrimisht kushte të përshtatshme infrastrukturore e teknike në sistemin penitenciar, si staf multidisiplinar të specializuar, ambiente të përshtatshme për administrimin e terapisë, sigurimin dhe përdorimin në vazhdimësi të protokoleve të nevojshëm terapeutik, bashkëpunimin me rrjetin trajtues përkatës jashtë burgjeve, etj...<sup>2</sup>

Jo rallë të burgosurit dëshirojnë të detoksifikohen shpejt dhe të bëhen abstinent, qw të jenë të gatshëm dhe 'të pastër' pas lirimit të tyre nga burgju. Megjithatë mjekët dhe infermierët në disa raste të tilla mund të kundërshtojnë një qëllim të tillë kur ata mendojnë se afatet kohore për detoksifikim janë shumë të shpejta, shumë ambicioze dhe prandaj nuk janë realiste. Relapsi me rrezikun e mbidozimit ka të ngjarë të ndodhë, veçanërisht kur detoksifikimi ndodh shumë shpejt.

Në raste të tilla i takon mjekut që ti shpjegojë pacientit në mënyrë të qartë përparësitë dhe disavantazhet e një detoksifikimi të shpejtë.

Relapset pas detoksifikimit janë pothuaj të zakonshme dhe detoksifikimi vetë rrallë përbën një trajtim adekuat të varësisë nga substancat. Mundësitë përfshijnë menaxhimin e tërheqjes në pranim si detoksifikim gradual, duke vazhduar me trajtimin e orientuar nga abstinencia ose duke vazhduar me trajtimin mbajtës afatgjatë.

<sup>2</sup> Parashikuar edhe në Strategjinë Kombëtare të Kontrollit të Drogës 2019-2023 (shikoni në Aneksin 11 të tekstit).

## Kapitulli 10- TMM në Burgje

### 10.1 TMM në burgje

### 10.2 Inicimi i trajtimit

### 10.3 Detoksifikimi

### 10.4 Dozimi dhe mbikëqyrja e marrjes

### 10.5 Adresimi i sfidës së devijimit të methadonit

Rezultati i suksesshëm i ndërhyrjeve kërkon që ato të jenë sa më të përshtatura për pacientët dhe të aplikohen duke përdorur një qasje rast pas rasti.

Është e rëndësishme të pranohet se përdoruesit e drogës janë një popullsi shumë heterogjene. Nevojat e tyre mund të jenë të ndryshme sipas stadi të karrierës së abuzimit, nivelin e tyre të vetë-efikasitetit dhe shkallën e mbështetjes sociale. Faktorë të tillë mund të kontribuojnë në preferencën e skemës së reduktimit më të shpejtë ndaj atij më të ngadaltë. Nevojat e trajtimit mund të kenë gjithashtu specifike gjinore.

#### 10.4 Dozimi dhe mbikëqyrja e marrjes

Përderisa nuk ka dozë mesatare standard të methadonit, ajo përshtatet sipas nevojave individuale, zbulimi i të cilave ndihmohet nga vendosja e marrëdhënieve të ngushta midis stafit trajtues dhe pacientëve penitenciar.

Çdo pacient paraqet një sfidë të veçantë klinike dhe nuk mund të përshkruhet një dozë methadoni për të gjithë pacientët. Shenjat klinike dhe simptomat e sindromit të abstinencës raportuar nga pacientët, si dhe përdorimi i vazhdueshëm i opioideve të paligjshme, janë tregues efektivë të pamjaftueshmërisë së dozës. Nuk mund të ketë një limit të dozës maksimale ditore të methadonit . Doza duhet të përshtatet në një nivel të tillë që mund të zvogëlojë “ethshmerinë” dhe më tej të blloktojë çdo përdorim të heroinës si një euforiant.

Në kontrast me mjediset e trajtimit të komunitetit, dozat relativisht të ulëta (nga 30 në 70 mg) mund të jetë të mjaftueshme në mjediset penitenciare për arsye se:

1. Në burg, mbikëqyrja universale e konsumit garanton pothuajse 100% të konsumit të preparateve zëvendësuese dhe
2. Ulet ndjeshëm mundësia e përdorimit të drogave të tjera, krahasuar me situatën në komunitet.

Të burgosurit duhet të informohen për dozën që u është përshkruar, përveç rasteve kur ata nuk e kërkojnë këtë informacion.

Dhënia dhe mbikëqyrja e marrjes së methadonit (likid ose tableta) kryhet përgjithësisht nga një infermier dozues i trajnuar, në një mjedis të përshtatur për këtë procedurë. Mbikëqyrja duhet të sigurojë që preparati të gëlltitet plotësisht, për të shmangur diversionin apo mbidozimet nga të burgosurit me tolerancë të ulët për opiate.

#### 9.5 Adresimi i sfidës së devijimit të methadonit

Disa administratorë të burgjeve hezitojnë të implementojnë TMM, për shkak të devijimit të mundshëm të methadonit nga trajtimi klinik në përdorim të paligjshëm. Megjithatë, sistemet e burgjeve me TMM kanë adresuar me sukses këtë sfidë, duke përfshirë rregulla të caktuara në udhëzimet e tyre të programit MMT. Për shembull, referuar sistemit federal të burgjeve në Kanada, gjykojmë të nevojshme respektimin e disa rregullave sikurse vijon:

- Methadoni të administrohet veç nga administrimi i mjekimeve të tjera;
- Administrimi të zhvillohet në qendrën e shërbimit shëndetësor të burgjeve;
- Gjatë administrimit të terapisë, të burgosurit nuk i lejohet të mbajë asnjë lloj ene (gotë, qese plastike, etj);
- Administrimi i methadonit të bëhet njënganjë;
- Çdo i burgosur duhet të tregojë foto identifikimi;
- I burgosuri duhet të marrë të gjithë dozën e methadonit, të pijë një gotë ujë dhe pastaj të flasë me operatorin administrues; dhe
- I burgosuri të vëzhgohet për një minimum prej 20 minutash pas marrjes së methadonit, gjatë së cilës kohë atij nuk i lejohet të përdorë banjon.

## Kapitulli 11- Monitorimi dhe Vlerësimi i Shërbimeve TMM

### 11.1 Pika kyçe

### 11.2 Përdorimi i sigurt i Methadonit

### 11.3 Vlerësimi i dobive të Trajtimit Mbjtës me Methadon

### 11.4 Indikatorët specifikë matës për vlerësimin e Shërbimeve TMM

#### 11.1 Pika Kyçe

Përmirësimi i cilësisë bazohet në vlerësimin dhe monitorimin e procesit dhe rezultateve të trajtimit, si dhe përdorimi i informacionit për të përmirësuar shërbimin e ofruar. Ofruesi i shërbimeve punon brenda një sistemi trajtimi shëndetësor cilësor në mënyrë që të sigurohet që ky sistem shërbimi të ofrojë kujdesje në mënyrë efektive dhe të përgjegjshme.

##### Aspekte kyçe

- Vlerësim dhe induksion i shpejtë me në qëndër pacientin
- Dhënia e një doze fleksibël dhe të përshtatshme pas stabilizimit të gjendjes së pacientit
- Dhënia e një trajtimi të përshtatshëm në kohë
- Ofrimi i shërbimeve psikosociale për trajtimin e problemeve të tjera
- Staf i trajnuar
- Angazhimi i pacientëve përkundrejt nxitjes së tyre për të vazhduar përdorimin e drogave ilegale

Shërbimet e TMM duhet të kenë parasysh dhe të ndjekin indikatorët e mëposhtëm për trajtimin cilësor të pacientëve në trajtimin mbajtës me methadon.

**Aksesibilitet:** Programet e TMM duhet të jenë shërbime që ofrohen në komunitet, në mënyrë që të sigurohet akses dhe mbajtja e ulët e kostove. Organizatat civile në bashkëpunim me klinikat e methadonit në komunitet mund të ofrojnë shërbime mbështetëse, ndërsa shërbimet e emergjencës, të tilla si menaxhimi i overdozave, duhet të ofrohen në spital.

**Siguri:** Përdorimi i udhëzuesve dhe protokolleve klinike unifikuese për trajtimin e TMM në mënyrë që të sigurohet mbarëvajtja e trajtimit të

pacientit. Trajnimi i duhur i stafit është e domosdoshme për menaxhimin e rasteve kur pacienti duhet të referohet në shërbimet e emergjencës.

**Parandalimi i devijimit/keqpërdorimit të medikamentit:** Një nga aspektet që përbën shqetësim për shëndetin publik është përdorimi apo lëshimi në mënyrë të papapërshtatshme i methadonit. Është e rëndësishme që të bëhet dallimi midis pacientëve që kanë të ngjarë që të devijojnë dhe keqpërdorin medikamentin apo përdorin atw në tregun e zi, si dhe atyre që marrin recetën për përdorimin vetjak të medikamentit. Për këtë arsye të gjitha procedurat rregulatore duhet rreptësisht të përmbajnë këto aspekte. Për të minimizuar rreziqet dhe për të maksimalizuar dobitë, dhënia me recetë e methadonit duhet të kryhet pas një vlerësimi dhe plan trajtimi të qartë, me rishikime të herë pas hershme të tyre, për të vlerësuar nëse trajtimi është i dobishëm për pacientin. Një mënyrë për të parandaluar devijimin e qëllimit trajtues të medikamentit është nëpërmjet vendosjes së rregullave strikte të kritereve për marrjen/administrimin e dozave të methadonit në kushte shtëpie.

**Efikasiteti:** Efekti i terapisë rritet nëse bashkë me methadonin si medikament mbajtës, ofrohet dhe trajtim psikosocial për pacientët. Planifikimi dhe ofrimi i ndërhyrjeve psikosociale me intensitet të ulët (tre apo katër sesione në terapi grupi) dhe prani minimale të stafit.

## Kapitulli 11- Monitorimi dhe Vlerësimi i Shërbimeve TMM

### 11.1 Pika kyçe

### 11.2 Përdorimi i sigurt i Methadonit

### 11.3 Vlerësimi i dobive të Trajtimit Mbajtës me Methadon

### 11.4 Indikatorët specifikë matës për vlerësimin e Shërbimeve TMM

## 11.2 Përdorimi i sigurt i methadonit

<u>Rreziqe</u>	<u>Masa parandaluese</u>
Overdozë gjatë induksionit	Dozat fillestare të jenë 15-30 mg e Methadonit Supervizimi i administrimit të dozës
Helmim aksidental i fëmijëve	Mbajtja e dozave në enë të sigurt larg fëmijëve
Devijimi i medikamentit	Supervizimi i administrimit të dozës. Marrja e dozave në shtëpi kërkon një përshtatje pozitive ndaj trajtimit

**Kritere të pranimit në terapi:** Përcaktimi i kriterëve specifikë përzgjedhëse.

**Përfshirja e përdoruesve të shërbimeve:** Programet e TMM duhet të jenë fleksibël dhe të përfshijnë pjesëmarrjen e pacientëve në nivel planifikimi dhe implementimi. Ndryshimet duhet të bazohen në nevojat e pacientit.

**Efektiviteti i kostos:** Programet e TMM mund të funksionojnë me një numër stafi minimal .

**Mbulimii pacientëve:** Një ekip outreach i mbështetur nga një OJF në bashkëpunim me klinikat e methadonit, mund të lehtësojnë referimin e pacientëve në klinika për vlerësim në lidhje me përshtatshmërinë për përdorimin e methadonit si zëvendësues ndaj heroinës. Bërja publike e programeve të TMM krijon mundësinë e përdorimit të duhur të shërbimeve TMM. Mund të përdoren disa metoda për këtë qëllim, në varësi të komunitetit që i drejtohet, si psh: punonjësit outreach, përdorimi i mediave lokale, shpërndarja e fletpalosjeve, etj. Një mënyrë tjetër për rekrutimin e pacientëve të rinj në shërbimet TMM është nëpërmjet përdorimit të teknikës “snowball” me pacient të regjistruar.

**Monitorimi i përdorimit të drogave:** Vlerësimi i përdorimit të drogave mundëson monitorimin e progresit të trajtimit dhe ofron informacion të dobishëm për marrjen e vendimeve të natyrës së menaxhimit klinik. Monitorimi i përdorimit të drogave, përbën pikënisjen e vlerësimit të programeve TMM. Vetë raportimi, testimi i urinës dhe vëzhgimet klinike janë aktualisht qasje monitorimi të disponueshme.

**Mbajtja e pacientit:** Kjo mundësohet nëpërmjet ofrit të dozave të përshtatshme të medikamentit. Nëse niveli i plasmik i methadonit nuk mbahet në masën e duhur, toleranca e ndërsjellë e methadonit do të reduktohet duke ulur aftësinë e methadonit për të mposhtur efektet euforike të heroinës. Reduktimi i pajtueshmërisë së terapisë me TMM lidhet me rritjen e rrezikut të rikthimit të përdorimit të heroinës. Ndaj, pasja e një stafi empatik, ofrimi i shërbimeve trajtuese që përputhen me nevojat e pacientëve, ndërhyrje fleksibël, si dhe ofrimi i shërbimeve të tjera shtesë si dhe bashkëpunimi me OJF-të, të gjitha këto ndihmojnë në pajtueshmërinë e trajtimit. Mbajtja e pacientit në shërbimet e TMM lidhet me efikasitetin



## Kapitulli 11- Monitorimi dhe Vlerësimi i Shërbimeve TMM

### 11.1 Pika kyçe

### 11.2 Përdori i sigurt i Methadonit

### 11.3 Vlerësimi i dobive të Trajtitit Mbjtës me Methadon

### 11.4 Indikatorët specifikë matës për vlerësimin e Shërbimeve TMM

e programeve dhe të shërbimeve “miqësore” për pacientët.

**Trajnimi i stafit:** Stafi i shërbimeve të TMM duhet të marrë njohuritë bazë mbi opiatet. Trajnimi i tyre duhet të përfshijë koncepte mbi abuzimin dhe varësinë, komplikacione që lidhen me përdorimin e opiateve, marrja e historisë së përdorimit të drogave, vlerësimin psikosocial, informacion në lidhje me qasjet efektive dhe terapia mbajtëse me methadon. Stafi i TMM duhet gjithashtu që të trajnohet në identifikimin e komplikacioneve (akute) duke përfshirë intoksikimin dhe overdozat e methadonit dhe duhet të jenë në gjendje që të identifikojnë rastet që kanë nevojë për hospitalizim. Trajnimi duhet të adresojë aspekte që kanë të bëjnë me kujdesin në vazhdim, shqetësimet e pacientit, ofrimi i shërbimeve miqësore dhe empatike.

### 11.3 Vlerësimin e dobive të Trajtitit Mbjtës me Methadon

Suksesi i TMM mund të matet nëpërmjet disa treguesve të rezultativ (tregues matës). Një vlerësim i pavarur i treguesve matës përcakton dobinë e terapisë mbajtëse me methadon.

#### **Indikatorët matës përfshijnë:**

- »» Përdorimi i drogave ilegale gjatë periudhës së trajtimit mbajtës me methadon
- »» Kryerja e aktiviteteve dhe veprave penale gjatë periudhës së trajtimit mbajtës me methadon
- »» Incidenca (numri rasteve të reja) e sëmundjeve infektive të transmetuara nëpërmjet gjakut
- »» Rikthimi në gjendjen e mëparshme/përmirësimi i cilësisë së jetës
- »» Riintegrimi social/familjar i pacientit

### 11.4 Indikatorë specifik matës për vlerësimin e shërbimeve TMM

1. Numri i klinikave/shërbimeve të trajtimit mbajtës me methadon (qytet/rreth/vend)
2. Vendndodhja dhe lloji i klinikës
3. Partneritet Qeveri – Organizata Civile
4. Pjesëmarrje e komunitetit
5. Trajnime për stafin
  - »» Numri i personelit të trajnuar
  - »» Kualifikimet/aftësitë e stafit
  - »» Mbështetje e vazhdueshme për trajnimin e tyre
6. Politika dhe procedura rregullatore që kanë të bëjnë me ofrimin e shërbimeve në klinikat e TMM (udhëzues, protokolle trajtimi, rregulla të brëndshme, etj)
7. Vlerësimi dhe kriteret e pranimit për trajtim
  - »» Përcaktimi i kriterëve përzgjedhëse dhe transparencë
  - »» Jo diskriminim në përzgjedhjen e pacientëve për trajtim
8. Çështje operative
  - »» Orari i funksionimit të shërbimeve
  - »» Staf mbështetës dhe zëvendësues (në mungesë të stafit kyç)
9. Procedura për miratim
  - »» Miratimi i informuar
  - »» Kontrata trajtimi
10. Procedurat rregullatore
  - »» Pajtueshmëri e plotë ndaj procedurave
  - »» Menaxhimi i duhur i sasisë së methadonit
  - »» Ruajtje e sigurt e mjekimit

## Kapitulli 11- Monitorimi dhe Vlerësimi i Shërbimeve TMM

### 11.1 Pika kyçe

### 11.2 Përdori i sigurt i Methadonit

### 11.3 Vlerësimi i dobive të Trajtimit Mbjtës me Methadon

### 11.4 Indikatorët specifikë matës për vlerësimin e Shërbimeve TMM

11. Dokumentacioni
  - »» Të dhënat e pacientit (informacione demografike, sjelljet e rrezikshme dhe karakteristikat e trajtimit)
  - »» Konfidencialiteti mbi informacionet e pacientit
12. Dhënia e methadonit
  - »» Sasia e dozës
  - »» Testet e gjurmimit të opioideve
  - »» Plane alternative të dozimit të medikamentit
13. Shërbime të tjera që ofrohen në klinikë
  - »» Edukim, parandalim dhe testim për HIV. Edukim për parandalimin e overdozave
  - »» Kujdes mjekësor primar
14. Shërbime të tjera të kujdesit në vazhdim dhe mbështetje psikosociale
  - »» Vendosja e kontakteve dhe bashkëpunim me agjensi të tjera për ofrimin e një game shërbimesh
  - »» Rrjeti i referimit
15. Numërimi i pacientëve në TMM
  - »» Numri i personave që aktualisht marrin trajtimin mbajtës me methadone
  - »» Numri i personave që kanë marrë trajtim me methadone për të paktën 6 muaj
16. Përfshirja e përfituesve të shërbimeve në vlerësimin e shërbimeve
  - »» Vlerësimi i kënaqësisë së pacientëve ndaj shërbimit TMM
17. Mbledhja e të dhënave mbi indikatorët matës potencial
  - »» Numri/përqindja e veprave penale të kryera nga pacientët gjatë periudhës së TMM
  - »» Numri/përqindja e pacientëve të punësuar gjatë TMM
  - »» Numri/përqindja e personave që injektojnë drogë, të cilët kanë bërë testin HIV dhe janë në dijeni të statusit të tyre gjatë 6 muajve të fundit
  - »» Numri i personave që kanë marrë terapi psikosociale (të paktën 2 seanca ) gjatë 6 muajve të fundit

## Bibliografia

Cleary, B.J., Donnelly J., Strawbridge J.D., Gallagher P.J., Fahey T., Clarke M. & Murphy D.J. (2010b). Methadone and perinatal outcomes: a retrospective cohort study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. doi: 10.1016/jajog.

Cleary, B. J., Eogan, M., O'Connell, M. P., Fahey, T., Gallagher, P. J., Clarke, T., White, M. J., Mc Dermott, C., O'Sullivan, A., Carmody, D., Gleeson, J. & Murphy, D. J. (2012). Methadone and perinatal outcomes: a prospective cohort study. *Addiction*, 107: 1482-1492.

College of Physicians and Surgeons of Ontario (2011). *Methadone Maintenance Treatment Program Standards and Clinical Guidelines 4th Edition February 2011*.

Comiskey, CM, Kelly, P, Leckey, Y, McCulloch, L, O'Duill, B, Stapleton, RD, White, E (2009). *The ROSIE Study Drug Treatment Outcomes in Ireland*. Dublin: The Stationery Office, Government Publications.

Day, E (2007). *Clinical Topics in Addiction: Updates and Advances in Psychiatric Treatment*. London: RCPsych Publications.

Department of Health (2012). *Steering Group Report on a Substance Misuse Strategy*. Dublin: Department of Health

Department of Health and Children (2013). *Healthy Ireland, A framework for improved health and wellbeing 2013 – 2025*.

Department of Health and Children (2002). *Good Practice Guidelines for Clinicians – Report of the Benzodiazepine Committee, which includes Best Practice Guidelines for Benzodiazepine*

Drummond, Anne and Codd, Mary and Donnelly, N and McCausland, D and Mehegan, J and Daly, L and Kelleher, Cecily (2014) *Study on the prevalence of drug use, including intravenous drug use, and blood-borne viruses among the Irish prisoner population*. National Advisory Committee on Drugs and Alcohol, Dublin

Dryden, C, Young, D, Campbell, N, & Mactier, H. (2012). *PTZOnatal weight*

loss in substitute methadone- exposed infants: implications for the management of breast feeding. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 97(3): 214-6.

Dryden, C, Young, D, Hepburn, M, & Mactier, H. (2009). Maternal methadone use in pregnancy: factors associated with the development of neonatal abstinence syndrome and implications for healthcare resources. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(5): 665– 671.

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the adverse childhood experiences study. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 286(24): 3089-3096. doi:10.1001/jama.286.24.3089.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). *Mortality due to drug-induced deaths among all adults (15 to 64 years) in European countries for the most recent year reported*

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013). *European Drug Report 2013: Trends and developments*. Lisbon: EMCDDA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005). *Overdose — a major cause of avoidable death among young people EMCDDA, Lisbon, January 2005*

Expert Group on the Regulatory Framework (2011). *Recommendations of the Expert Group on the Regulatory Framework for products containing buprenorphine/naloxone and buprenorphine-only for the treatment of opioid dependence*. Dublin: Department of Health.

Farrell, M and Barry, J. Health Service Executive. Social Inclusion Unit. (2010). *The introduction of the opioid treatment protocol*. Dublin: Health Service Executive.

Farrell, M and Marsden, J (2005). *Drug-related Mortality Among Newly Released Offenders 1998-2000*. London: Home Office, on-line report 40/05.

Frischer, M, Goldberg, D, Rahman, M and Berney, L (1997). *Mortality and Survival Amongst a Cohort of Drug Injectors in Glasgow 1982–1994*. *Addiction*, 92: 419–427.

Gossop, M, Marsden, J and Stewart, D (2001). *NTORS After 5 Years: changes in*

Substance Use. Health and criminal Behaviour during the 5 Years After Intake. London: Department of Health.	<i>the expert workshop on induction and stabilisation of patients onto methadone. Monograph series no. 39. Adelaide, Australia.</i>
Gossop, M, Marsden, J, Stewart, D and Kidd, T. (2003). The National treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year Follow-Up results. <i>Addiction</i> , 98(3): 291-303.	Hubbard, RL, Craddock, GS, Flynn, PM, Anderson, J and Etheridge RM (1997). Overview of 1 Year Follow-Up Outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). <i>Psychology of Addictive Behaviours</i> 11(4): 261-278.
Gossop, M, Marsden, J, Stewart, D, Treacy, S (2001). Outcomes after Methadone Maintenance and Methadone Reduction Treatments: Two-year Follow-up Results From the National Treatment Outcome Research Study. <i>Drug and Alcohol Dependence</i> , 62(3): 255-264.	Hubbard, RL, Marsden, ME, Rachal, JV, Harwood, HJ, Cavanaugh, ER and Ginzburg, HM (1989). <i>Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness</i> . Chapel Hill: The University of North Carolina Press.
Health Protection Surveillance Centre notifications data (2013). <i>Computerised Infectious Disease Reporting System</i> .	Jennings, A. F. (2004). <i>The damaging consequences of violence and trauma: Facts, discussion points, and recommendations for the behavioural health system</i> . Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD)/National Technical Assistance Center (NTAC).
Health Service Executive (2008). <i>National Intercultural Health Strategy 2007-2012</i> .	Joint Working Group on a National Overdose Prevention Strategy (2011). <i>National Overdose Prevention Strategy</i> , Health Service Executive (unpublished).
Health Service Executive (2009). <i>Substance Misuse in Pregnancy</i> . Dublin: Health Service Executive.	Jones, H. E., Kaltenbach, K., Heil, S. H., Stine, S. M., Coyle, M. G., Arria, A. M., O'Grady, K. E., Selby, P., Martin, P., R., & Fischer, G. (2010). Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. <i>New England Journal of Medicine</i> , 363(24): 2320–2331.
Health Service Executive (2010). <i>You and Your Health Service: "What you can expect from your health service and what your health service can expect from you"</i> . Dublin: Health Service Executive.	Krantz, MJ, Martin, J, Stimmel, B, Mehta, D, Haigney, MC. (2009). QTc interval screening in methadone treatment. <i>Ann Intern Med</i> , 150(6): 387- 395. doi: 10.7326/0003-4819-150-6-200903170
Health Service Executive (2012). <i>Quality and Patient Safety: "Clinical Governance Development and Assurance Check for Health Service Providers"</i> . Dublin: Health Service Executive.	Bell, J, Quigley, A, Mattick, RP, Monheit, B, White, J (2006). <i>National clinical guidelines and procedures for the use of buprenorphine in the Maintenance Treatment of Opioid Dependence</i> . Commonwealth of Australia
<i>Compendium of Psychological Therapies for Preventing Relapse</i> . South London and Maudsley NHS Foundation Trust. NTA.	Meyers, R J., Villanueva, M., & Smith, J.E. (2005). The Community Reinforcement Approach: History and New Directions. <i>Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly</i> , 19(3).
Horgan, J and Long, J. (2013). Use of sedatives or tranquillizers and anti-depressants in Ireland.	Morrison, MA, Smith, DE, Wilford, BB, Ehrlich, P, Seymour, RB (1993). At war in the fields of play: current perspectives on the nature and treatment of adolescent chemical dependency. <i>J Psychoactive</i>
Hser, YI, Evans, E, and Huang, YC (2005). Treatment Outcomes Among Women and Methamphetamine Abusers in California. <i>J. Subst. Abuse Treat.</i> 28(1): 77–85.	
Humeniuk, R., Ali, R., White, J., Hall W., Farrell M. (2000). <i>Proceedings of</i>	

New South Wales, Department of Health. (2006). *National Clinical Guidelines for the Management of Drug Use During Pregnancy, Birth and the Early Development Years of the Newborn*. NSW

Substitute Prescribing for Opioid Dependence | Patient  
<https://patient.info/doctor/substitute-prescribing-for-opioid-dependence>

Methadone dispensing (FP10 and FP10MDA) : PSNC Main site  
<https://psnc.org.uk/dispensing-supply/dispensing-controlled-drugs/methadone-dispensing/>

## Autorësia

**Udhëzuesi Terapeutik mbi TMM u hartua nga Grupi i Punës, përbërë nga ekspertë të MSHMS, të Shërbimit të Adiktologjisë/Toksikologjisë Klinike dhe të ISHP :**

**Dr. Flutra Beqo** (Drejtoreshë e Drejtorisë së Politikave dhe Strategjive të Zhvillimit të Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale-MSHMS- kryetar)

**Dr. Sokol Morina** (Koordinator për Çështjet e Drogave- MSHMS)

**Prof. Dr. Zihni Sulaj** (Shef i Shërbimit të Adiktologji/Toksikologji-së-QSUT)

**Mirela Cela** (Drejtoreshë e Qendrës Kombëtare të Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore- ISHP)

**Andia Meksi** (Psikologe-Koordinator e Informacionit mbi Drogat- ISHP)

### Bashkëpunuan ekspertët:

**Andi Shkurti** (Psikolog- Shërbimi Adiktologji/Toksikologji -QSUT)

**Dr. Irena (Çeko) Marko** (Toksikologe- Shërbimi Adiktologji/Toksikologji -QSUT)

**Dr. Alert Drishti** (Toksikolog- Shërbimi Adiktologji/Toksikologji -QSUT)

**Dr. Andrin Tahiri** (Toksikolog- Shërbimi Adiktologji/Toksikologji -QSUT)

**Dr. Amarda Gashi** (Toksikologe- Shërbimi Adiktologji/Toksikologji -QSUT)

### Ndihmuan Mjekët Specializantë të Shërbimit të Adiktologjisë dhe Toksikologjisë Klinike:

**Dr. Alban Haxhi**

**Dr. Anduela Sako**

**Dr. Eni Male**

**Dr. Fjoralba Jaupaj**

**Dr. Matilda Kambo**

**Dr. Miga Matraku**

**Dr. Esmeralda Beqiraj**

**Dr. Tedi Rrudha**

### Redaktuan:

**Dr. Sokol Morina** (Koordinator për Çështjet e Drogave- MSHMS)

**Dr. Irena (Çeko) Marko** (Toksikologe- Shërbimi Adiktologji/Toksikologji -QSUT)

### Formatoi:

**Dr. Irena (Çeko) Marko** (Toksikologe- Shërbimi Adiktologji/Toksikologji -QSUT)

***FUND***



REPUBLIKA E SHQIPËRISË  
**MINISTRIA E SHËNDËTËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE**  
ZËVENDËSMINISTRI

Nr. 4402 prot.

Tiranë, më 11.09.2019

**URDHËR**

Nr. 646, datë 11.09.2019

**PËR**

**MIRATIMIN E UDHËZUESIT KLINIK PËR OFRIMIN E TERAPISË MBAJTËSE ME METADON**

Në mbështetje të nenit 102, pika 4 të Kushtetutës së Republikës së Shqipërisë, në Ligjin Nr 10.107, datë 30.03.2009, "Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë", i ndryshuar, Ligjin Nr.9106, datë 17.7.2003 "Për Shërbimin Spitalor në Republikën e Shqipërisë", i ndryshuar dhe Urdhrit nr.731, datë 18.10.2018, "Për ngritjen e grupit të punës për hartimin e udhërrëfyesit kombëtar dhe protokolleve klinike për ofrimin e Terapisë Mbjajtëse me Metadon", si edhe Autorizimit nr. 6144 prot, datë 25.10.2018,

**URDHËROJ:**

1. Miratimin e Udhëzuesit Klinik për ofrimin e Terapisë Mbjajtëse me Metadon, sipas tekstit bashkëlidhur këtij urdhëri.
2. Ngarkohen Drejtorja e Politikave dhe Strategjive të Zhvillimit Shëndetësor në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, Drejtoritë Rajonale të Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor, Njësitë Vendore të Kujdesit Shëndetësor, Shërbimi Social Shtetëror, Drejtoritë Rajonale të Shërbimit Social Shtetëror, si dhe drejtuesit e shërbimeve shëndetësore e të mbrojtjes sociale përkatëse, të njohin stafet profesionale me këtë dokument, si dhe përfshirjen e orientimeve trajtuese të tij në axhendat e aktiviteteve të tyre.

Ky urdhër hyn në fuqi menjëherë.

ZËVENDËSMINISTRI



Adresa: Rruga e Kavajës Nr 10001, Tirana, Albania. Tel: +355 42376178/ext 72128, [www.shendetesia.gov.al](http://www.shendetesia.gov.al)