

Second Eastern Europe and Central Asia

AIDS Conference

3-5 May 2008, Moscow

Accelerating Access to HIV Prevention, Treatment and Care for All

EECAAC

Michał Minalto

Substitution therapy programs in Poland. Reality, quality, challenges. Example of an advocacy program.



Advocacy program
Social AIDS Committee

PRESENTATION PLAN:

1. What made us advocate for substitution? The first step...
2. Basic facts on substitution and substitution in Poland
3. The aims and steps to make
4. Some results
5. Conclusions – how to do that?



The 18th IHRA conference in 2007 was based in Warsaw, Poland.

Being a host country for such an important event, which is a platform for experience exchange on harm reduction and other areas linked with vulnerabilities to HIV made us review how the issues go in Poland.

Some of the participants of this conference, while staying in Warsaw, could not access harm reduction services and their medicines!

This fact, as well as the discussions we had among many Polish activists made us put once again the thesis that Poland is still not ready to afford universal access to prevention, treatment and care to drug users in the context of their vulnerability towards HIV.



A petition was sent to the Minister of Health of the Republic of Poland calling for action in this area.

Warszawa, 16 maja 2007

**Szanowny Pan
Prof. Zbigniew Religa
Minister Zdrowia RP,
Warszawa, Polska**

W tym tygodniu ponad tysiąc osób z całego świata, zainteresowanych rozwiązywaniem problemów narkomanii spotkało się w Warszawie, aby wzmocnić działania zmierzające do osiągnięcia wspólnego celu, jakim jest ochrona zdrowia i praw osób używających środki psychoaktywne. Są wśród nas lekarze, pracownicy socjalni, naukowcy, politycy, liderzy organizacji pozarządowych, a także ci, których problem używania narkotyków dotyczy osobiście. Jesteśmy wdzięczni Polsce za zorganizowanie tak ważnego spotkania oraz dziękujemy, że wziął Pan udział w ceremonii otwarcia. Mamy nadzieję, że ta konferencja wzmocni działania mające na celu zmniejszenie szkód związanych z używaniem narkotyków.

Jednak szczególnie teraz, w dobie epidemii HIV/AIDS, jesteśmy niezwykle przejęci dramatyczną sytuacją w Polsce, dotyczącą niewłaściwego podejścia do kwestii redukcji szkód wywołanych używaniem narkotyków i marginalizowanie terapii zastępczej. Mimo, że Polska wprowadziła terapię metadonową prawie 16 lat temu, obecnie zaledwie tysiąc osób otrzymuje leczenie, a listy oczekujących są niezwykle długie. Inne leki, np. buprenorfina są wciąż niedostępne w terapii zastępczej. Biorąc pod uwagę bardzo ostrożne szacunki Narodowego Programu Zdrowia, w Polsce żyje około 40 tysięcy osób uzależnionych od opiatów.

Sytuacja, którą opisujemy powinna ulec zmianie. Metadon i buprenorfina - dwa najpowszechniej stosowane w terapii zastępczej leki - są bezpieczne, tanie i wysoce skuteczne. Zmniejszają konsumpcję narkotyków drogą iniekcji, liczbę zakażeń HIV i innych chorób zakaźnych, przestępczość, liczbę zgonów spowodowanych przedawkowaniem narkotyków, wpływając na ogólną poprawę jakości życia uzależnionych. W 2005 roku obydwa leki zostały wpisane na listę podstawowych leków WHO (WHO Model List of Essential Medicines), na podstawie istniejących badań klinicznych na ten temat.

W kraju, w którym udało się wdrożyć metadonową terapię zastępczą nie istnieje żaden racjonalny powód, aby ograniczać dostępność do tego niezwykle istotnego i skutecznego leczenia.

Doceniamy działania wielu Polaków, mające na celu rozwiązywanie problemów osób używających narkotyków. Dziś prosimy jednak polski Rząd, aby umożliwił dalszy rozwój tych działań tak, aby ich skala odpowiadała rzeczywistym potrzebom. Nie powinno się odwlekać w czasie umożliwienia dostępu do terapii zastępczej, której potrzebuje w tej chwili co najmniej 25 tysięcy osób. Apelujemy także o otwarcie ośrodków leczenia we wszystkich dużych miastach, gdzie dotychczas terapia ta jest niedostępna. Więźniowie również powinni mieć zapewniony taki sam dostęp do leczenia, jak osoby żyjące na wolności, zaś system penitencjarny musi niezwłocznie wdrożyć opiatową terapię zastępczą, a także inne metody terapeutyczne, biorąc pod uwagę wysoki odsetek więźniów uzależnionych od narkotyków. Zasady wydawania metadonu powinny być bardziej elastyczne - szczególnie, jeśli chodzi o przepisywanie go na receptę oraz eliminowanie przeszkód w momencie podejmowania terapii - tak, aby ludzie ją otrzymujący mogli prowadzić normalne życie. Ponadto, buprenorfina powinna zostać jak najszybciej wprowadzona do użycia, aby zwiększyć wachlarz rozwiązań terapeutycznych.

Mamy nadzieję, że polski Rząd rozważy nasze sugestie i przeznaczy środki na interwencje z zakresu zdrowia publicznego, poprzez zwiększenie dostępności metadonu oraz niezwłoczne wprowadzenie buprenorfiny dla osób uzależnionych od narkotyków.

Z wyrazami szacunku,

Uczestnicy 18th Międzynarodowej Konferencji na temat Redukcji Szkód Zdrowotnych Związanych z Używaniem Narkotyków



Substitution therapy was introduced in Poland in 1993 and for a long time it was considered as an experimental form of cure. Law changes that came especially after 2000 enabled to develop the programs.

In many other European countries, especially the EU members, substitution therapy became the predominant form of cure. The best practice is to develop in harmony two means of therapy: 1. based on substitution, 2. based on abstinence.

In Poland, we can see a large disproportion in favor of abstinence-based programs.



According to CEEHRN, the indicator of availability of substitution therapy for Poland is of 6,5% with 1615 patients.

In the EU-15 the same indicator is of 29,8 - 35,2%.

The national strategy for combatting drug addiction (coordinated by the Ministry of Health) fixed the goal of 20% of coverage to be achieved in 2010.

We need to create 3350 new places in substitution therapy!



Substitution:

Protects from HIV, other infections and other health problems

Empowers the patient and makes him return to employment, family, social life

Influences the family and relatives of the patient as well as the whole society - it creates links, not isolation

It is cheap, secure enough and it works!



At the time of the 18th IHRA conference, the Social AIDS Committee was setting up an institutionalized advocacy program, gathering all advocacy activities in action since the beginning of our association in 1993.

The advocacy program realized the local follow up of the conference.

We set up **four** major aims for the area of drug use and substitution therapy:



To gain more evidence on the reality of the substitution programs in Poland.

To initiate talks with representatives of the administration to fix the areas where improvement is needed and what kind of improvement do we really need.

To support a larger coalition for the improvement of substitution therapy in Poland.

To support all activities, which may lead to a better quality of life of drug users in the context of their vulnerability towards HIV and other infections, including better opportunities for comprehensive health care services.



Then we fixed up **six** major steps in order to make a difference :



Formal research – questionnaire submitted to all institutions implementing substitution therapy services, interviews

Analysis of the data collected – preparation of a formal presentation

Presentation of first results during the gathering of all institutions implementing substitution therapy services

Consultations with experts, partner institutions, NGO sector and the industry

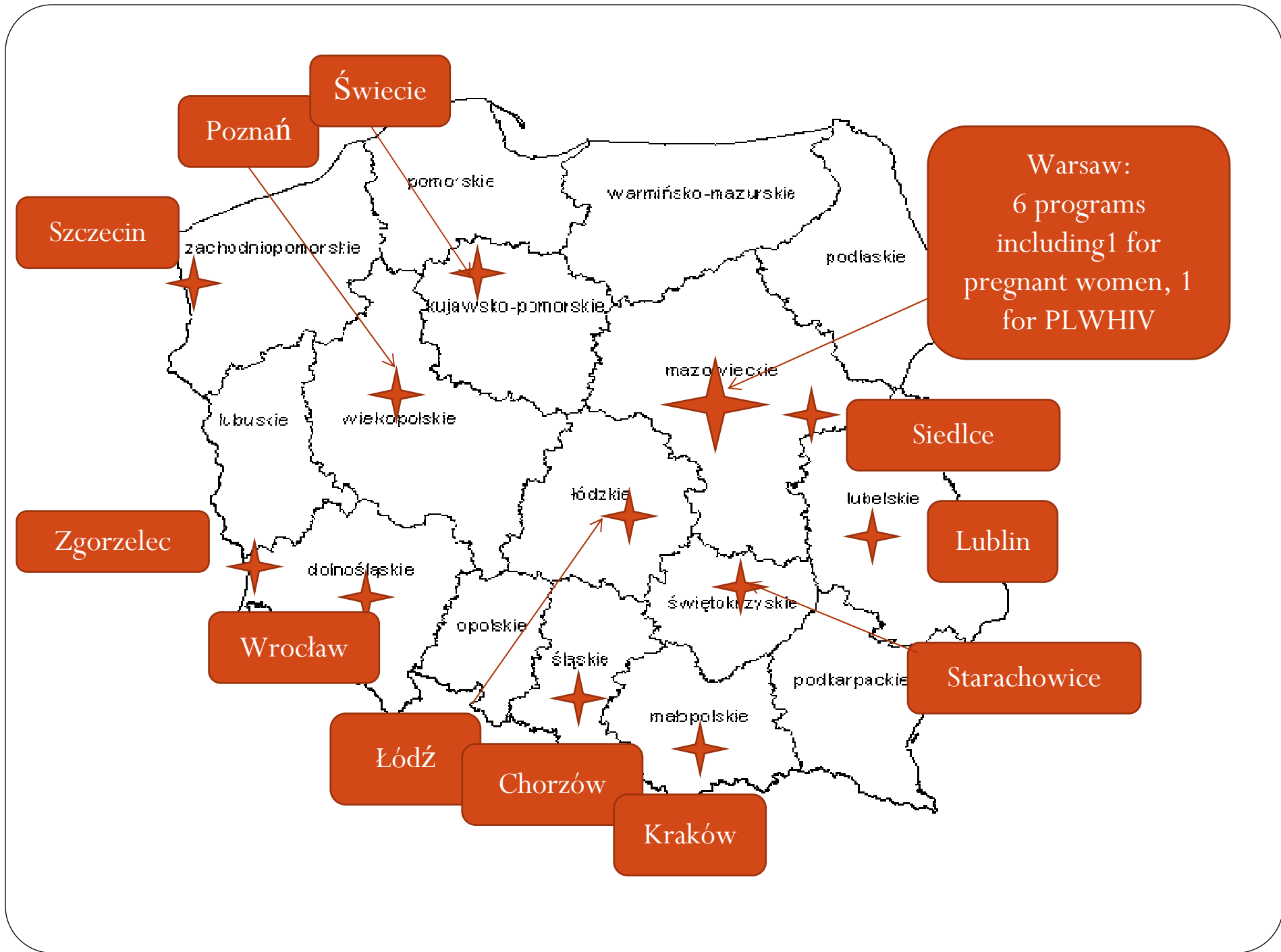
Organization of a large expert forum during the Warsaw International AIDS Conference “Person Living With HIV in Family and Society”

Further cooperation with experts following the call “METHADONE CLOSER TO HOME”



Some results:





The law, despite recent improvements (an NGO can run a program, the minimal age of the patient was put down to 18 y.o.) still considers substitution only as a complement to drug free strategies. **Need of further advocacy in the area of law change.**

The criminalisation of drug use is another challenging factor as substitution has little presence in prisons. Many violations of human rights consisted of refusing access to substitution in prison.

We can see the patients expecting a possibility to access a substitution program. This is a rational need to satisfy.

5 on 16 voievodships do not have any access point to substitution therapy. This is the major challenge to overcome. **We need new access point in new locations.**

To run a program could be easier in the context of everyday administration.

One of the most pressing challenges is the attitude of the majority of professionals and decision makers. Few of them received education on substitution, their reality are abstinence-based programs. Some of them perceive substitution as a concurrent.



What were our proposals and what did we already do?

1. Methadone closer to home

How to fill the gaps in access to substitution? Idea: distribute methadone through pharmacies. To be developed in a publication by the Helsinki Foundation for Human Rights.

2. Introduction of new products

Not only methadone is a product for substitution. Buprenorphine is arriving in Poland and we support the industry while administrative needs appear

3. Advocacy for new access points

Support delivered to the initiative of creating a methadone program in Gdansk, where no program exist at this time! The local authorities, after a wide involvement of many institutions, finally agreed to set up 50 places in substitution therapy in this region (we need 200, but that is a good start!).



What were our proposals and what did we already do?

4. Raising awareness and educating!

Presence in the media is a key factor. We had the opportunity to support press publications, TV shows and give interviews for the radio.

5. Support the initiative of the patients!

People on substitution therapy need empowerment and creating NGOs, forums, coalitions and other forms of collective work is an excellent idea! In recent months, two new associations of patients emerged, one in Łódź, the other one in Warsaw. Those excellent initiatives received our support.



Good advices, do-s and don't-s:

Do not work alone! Built a **coalition** around your goal!

Support the emerging **patient initiatives!**

Fix measurable **goals** you may achieve!

Look for **evidence** yourself – invest in research!

Use your **right to access public data!**

Talk to the institutions' representatives,
invite the industry,

You can create or influence a good environment for changes!

Law is not a bareer. You can also call for law changes, talk to politicians!

Promote your achievements! Go to the TV and radio.

Fight misperceptions, discrimination and stereotypes!

Never give up!



Thank you!

Michal Minalto

SKA Advocacy Program

michal.minalto@sk aids.org

www.sk aids.org

