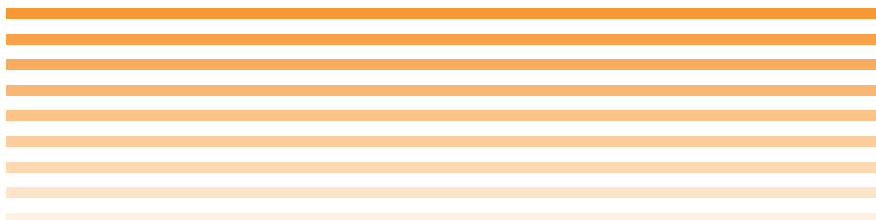




RAPORT

dotyczący sytuacji
i potrzeb odbiorców
programu
redukcji szkód



RAPORT

dotyczący sytuacji
i potrzeb odbiorców
programu
redukcji szkód

FUNDACJA REDUKCJI SZKÓD
RAPORT DOTYCZĄCY SYTUACJI I POTRZEB
ODBIORCÓW PROGRAMU REDUKCJI SZKÓD

AUTORZY:

Magdalena Bartnik
Aleksandra Stańczak

REDAKCJA:

Magdalena Dąbkowska

OPRACOWANIE GRAFICZNE:

Andrzej Fuksiewicz

KONTAKT:

Fundacja Redukcji Szkód
ul. Górczewska 15a
01-186 Warszawa
tel. 517 504 761

www.redukcjaszkod.pl

e-mail: fundacja@redukcjaszkod.pl

Publikacja powstała dzięki wsparciu finansowemu Open Society Foundations



Publikacja wydana przez Fundację Redukcji Szkód



Publikacja: Warszawa grudzień 2012

Niniejszą publikację można pobrać w formacie pdf ze strony internetowej Fundacji Redukcji Szkód na podstawie licencji Creative Commons. Publikacja może być powielana i rozpowszechniana wyłącznie w całości, pod warunkiem uznania praw Fundacji Redukcji Szkód i wykorzystania jej w celach niekomercyjnych, edukacyjnych czy związanych z polityką publiczną. Nie zezwala się na wykorzystanie zdjęć poza kontekstem publikacji.

Wstęp

Przygotowując spotkanie dotyczące standardów redukcji szkód w Polsce, poprosiliśmy Fundację zajmującą się działaniami w tym obszarze o przygotowanie materiału, który opowiedziałby o jej klientach, ich problemach i potrzebach. Wydawało nam się ważne, aby głosy samych użytkowników substancji psychoaktywnych były na tym spotkaniu słyszalne. W efekcie powstała publikacja, którą trzymają Państwo w rękach.

Jedną z podstawowych zasad filozofii redukcji szkód, o których mówi niestrudzenie dr Andrew Tatarsky, jest "spotkanie" klienta w tym miejscu życia i uzależnienia, w którym obecnie się znajduje, nie wpasowywanie go koniecznie w ramy programu skrojonego „dla wszystkich”. Cieszy mnie, że Fundacja Redukcji Szkód zadaje sobie trud, aby te potrzeby zidentyfikować i że prowadzi w tej sprawie dialog z klientami. Cenne są w raporcie głosy użytkowników - bywalców świetlicy (drop-in) na warszawskiej Woli. Lata temu obserwowałam, jak świat dojrzywał do tego, by udzielić głosu osobom zakażonym HIV. Dziś zasada "nic o nas bez nas" jest standardem i trudno sobie wyobrazić jakąkolwiek dyskusję o HIV czy AIDS bez udziału osób, których ten temat bezpośrednio dotyczy. Idea ta jest wciąż zbyt rzadko stosowana w odniesieniu do osób używających substancji psychoaktywnych, które same najjaśniej mogą wyrazić swoje potrzeby i oczekiwania. A tylko na podstawie tej informacji, możemy budować skuteczne strategie wsparcia.

Kasia Malinowska-Sempruch

Dyrektor Międzynarodowego Programu Polityki
Narkotykowej w Open Society Foundations,
wcześniej Dyrektor Międzynarodowego Programu
Redukcji Szkód w tej samej organizacji

Wprowadzenie

Niniejszy raport jest próbą opisaną sytuacji i potrzeb odbiorców programu redukcji szkód w Warszawie, realizowanego przez Fundację Redukcji Szkód. Autorzy mają wieloletnie doświadczenie pracy z użytkownikami substancji psychoaktywnych – od 1999 r. do grudnia 2011 r. w ramach Centrum Redukcji Szkód Monar, obecnie w Fundacji Redukcji Szkód – niezależnej organizacji pozarządowej, mającej na celu stworzenie i rozwijanie adekwatnej do potrzeb oferty pomocy dla użytkowników substancji psychoaktywnych oraz kreowanie zintegrowanego systemu pomocowego. Prowadzimy drop-in na Woli w Warszawie – miejsce dziennego pobytu, w którym klienci mogą otrzymać czyste igły i strzykawki, pomoc w załatwieniu spraw administracyjnych, socjalnych i zdrowotnych (detoks, ośrodek, ubezpieczenie, program substytucyjny, miejsce w szpitalu), gdzie mogą spędzać czas, zjeść, umyć się. Fundacja prowadzi również uliczną wymianę igieł i strzykawek. Utrzymujemy również kontakt z klientami w szpitalach i więzieniach.

Raport jest owocem naszych wieloletnich obserwacji i doświadczeń w pracy. W ostatnim miesiącu przeprowadziliśmy kilkanaście rozmów z naszymi klientami, na podstawie których powstało niniejsze opracowanie. Nie aspiruje ono do bycia naukowym studium problemu. Jest raczej przyjrzeniem się obecnej sytuacji z naszego punktu widzenia – praktyków i klientów. Zdajemy sobie również sprawę z tego, że opisujemy jedynie fragment rzeczywistości (warszawskiej) i że sytuacja w innych miastach i rejonach Polski może wyglądać zupełnie inaczej.

Opis sytuacji na scenie narkotykowej

Z naszych obserwacji wynika, że scena narkotykowa w Warszawie w przeciągu ostatnich lat (od listopada 2010 r.) uległa znacznym zmianom. Kilka lat temu (do 2009 r.) funkcjonowały miejsca, w których odbywał się handel i gromadziły się osoby iniekcyjnie używające narkotyków (ang. injecting drug users – IDUs), tzw. bajzle. Funkcjonowały w kilku miejscach (najczęściej tranzytowych) w mieście (Dworzec Centralny, Dworzec Śródmieście, Pole Mokotowskie), przy punktach pomocy dla osób uzależnionych (świetlica, poradnie). Nasze działania out-reach (praca prowadzona na ulicy, w środowisku użytkowników środków psychoaktywnych) opierały się w znacznej mierze na docieraniu do miejsc gromadzenia się klientów. W tamtym czasie głównymi środkami kupowanymi i przyjmowanymi były brązowa heroina, kompot, benzodiazepiny i amfetamina. „Bajzle” były wielokrotnie miejscem, gdzie bez wątplenia można było dostać te środki. Funkcjonował handel pośredni – użytkownicy umawiali się na wspólny zakup substancji i dystrybuowali je między sobą.

Sytuacja uległa podstawowej zmianie w kilku obszarach:

1. Obszar bezpieczeństwa:

- zmienił się sposób pozyskiwania narkotyku. Większość IDUs (przyjmujących heroinę, amfetaminę, mefedron) korzysta z telefonów (komórkowych, miejskich), umawia się bezpośrednio z dilerami w konkretnych, bardziej dyskretnych niż bajzel miejscach lub w sąsiedztwie programów substytucyjnych. Użytkownicy metkatynonu sami zaopatrują się w leki wydawane bez recepty i sami je destylują, w związku z tym możemy powiedzieć o swoistej samowystarczalności w obszarze pozyskiwania środków. Do otrzymania substancji psychoaktywnej (efedron), używane są leki wydawane bez recepty (Sudafed, Acatar), woda, ocet oraz nadmanganian potasu;
- zmiana pozyskiwania środków spowodowała zniknięcie „bajzli”, a co za tym idzie IDUs stali się bardziej anonimowi, a dotarcie do nich jest utrudnione;

Nasi klienci mówią o tym, że trudniej jest dostać substancje, ich cena w ciągu ostatnich paru lat znacznie wzrosła, a jakość spadła („nie mam już kontaktów, trzeba być na bieżąco, bo to się cały czas zmienia”, „w Warszawie od lat nie ma dobrej amfetaminy, ciężko jest znaleźć”, „ci, od których kupowałem już nie handlują”, „nie dają rady zarobić tyle, by wystarczyło, a i tak to nie jest dobry towar”)

2. Znaczna liczba klientów przyjmuje inne niż dotychczas środki.

Początek tej zmiany nastąpił, gdy pojawiły się dopalacze, klienci zaczęli kupować i przyjmować szczególnie mefedron i jego pochodne, a głównym powodem była legalność tych substancji oraz sposób ich działania (wśród użytkowników amfetaminy pożądanym był lepszy jakościowo mefedron, wśród opiatowców z kolei mefedron niweluje głód narkotykowy). Po zlikwidowaniu sklepów z dopalaczami, handel nimi odbywał się na drodze nielegalnej, co skłoniło użytkowników do szukania innych, legalnych środków psychoaktywnych. Na szeroką, niespotykaną dotąd skalę rozpoczęło się używanie leków dostępnych w aptekach bez recepty (po wcześniejszym ich spreparowaniu), dziś używanie tych środków stanowi największe zagrożenie i problem. Jest tak z uwagi na toksyczność przyjmowanych substancji, która wynika ze sposobu ich destylowania z leków dostępnych bez recepty. „Mimo, że metkatynon sam w sobie nie jest szczególnie niebezpieczny, to efekty uboczne jego prymitywnej syntezy okazują się dramatyczne dla zdrowia jego użytkowników. Przyjmowany środek zawiera duże ilości związków manganu, a ich nadmiar prowadzi do toksycznych uszkodzeń mózgu” (Wodowski, Siłkowski, Magazyn MnB, zima 2011/2012). Związki manganu, powstałe w trakcie syntezy, pozostają w organizmie, nie są wydalane. Uszkodzenia, spowodowane używaniem tego środka, są nieodwracalne. Uszkodzenie mózgu, wynikłe z przyjmowania związków manganu, nosi nazwę encefalopatii efdronowej.

Nasi klienci przedstawiają kilka podstawowych powodów, dla których metkatynon jest obecnie powszechnie używany:

- nie ma dobrej amfetaminy na rynku („chemicy siedzą, jak wyjdą boją się wracać do produkcji”, „pozamykali wszystkich, którzy robili”, „od lat nie ma dobrego proszku i nie chce mi się płacić za coś, co nie działa”);

- metkatynon działa podobnie jak amfetamina, różnice: ma silne wejście („wejście jest silniejsze niż przy amfetaminie”), krótki czas działania i chęć przyjęcia kolejnej dawki bardzo szybko („Amfetamina nie miała wejścia, ale potem, jak coś robiłam to proszek jakby cały pracował ze mną. Jak była dobra, to strzał czasem wystarczał na pół dnia. Acatar ma silne wejście, ale potem trzyma cię dosłownie chwilę, za godzinę, dwie chcesz wziąć znowu. To jak z crackiem – im więcej palisz, tym więcej chcesz. Ciągłe czujesz niedosyt. Ludzie biorą po 6,7 pudełek”)
- jest legalny i łatwo dostępny („Od jakiegoś czasu w każdej aptece można dostać Acatar. Ceny wahają się między 11 a 16 złotych za opakowanie, zdarza się, że jak ktoś często kupuje, to pani w okienku ma już przygotowane pudełko, nadmanganian potasu i czasem duże strzykawki”)

3. Obecnie miejsca, w których odbywa się handel i gdzie gromadzą się klienci, chcący zaopatrzyć się w narkotyki, znajdują się w sąsiedztwie programów substytucyjnych.

Dotyczy to zarówno czynnych użytkowników substancji psychoaktywnych, nieobjętych leczeniem substytucyjnym, jak i pacjentów programów, którzy przyjmują inne środki odurzające. Mamy do czynienia z handlem „tradycyjnymi” narkotykami (brązowa heroina, amfetamina), lekami (metadon, suboxon, benzodiazepiny) oraz dopalaczami (mefedron). Zjawisko to dotyczy z jednej strony wtórnego obrotu metadonem lub suboxonem (a także lekami na receptę), których głównymi nabywcami są osoby z różnych względów nieobjęte programem substytucyjnym. Z drugiej zaś strony osoby będące na programach często są pacjentami z podwójną diagnozą (współwystępowanie uzależnienia i zaburzeń psychicznych) oraz uzależnieniem krzyżowym i politoksykomanią (uzależnienie od kilku środków psychoaktywnych), w związku z tym używają substancji, które nie są substytutem opioidowym. Pacjenci programów substytucyjnych są w stanie zaopatrzyć się w substancje psychoaktywne, niewykrywalne podczas testów (mefedron).

Klienci programu redukcji szkód – charakterystyka

Mamy do czynienia z kilkoma grupami klientów (przy czym granice ich podziału są płynne):

1. Czynni użytkownicy nielegalnych substancji psychoaktywnych (heroina, amfetamina, mefedron) – grupa, do której trudno jest dobrać, ze względu na zmianę pozyskiwania środka.

Obserwujemy coraz mniejszą liczbę osób używających tylko „tradycyjnych” narkotyków. Do pewnego momentu (rok 2010) większość klientów była użytkownikami brązowej heroiny, kompotu, amfetaminy. Były to osoby najczęściej bezdomne lub mieszkające w noclegowni dla osób uzależnionych.

Dziś użytkownicy „tradycyjnych” narkotyków często mają miejsce do mieszkania, pracę i znacznie rzadziej są klientami naszego programu. Należy zwrócić uwagę na fakt, że już wcześniej nie udawało się dotrzeć z ofertą redukcji szkód do znacznej części IDUs. Wynika to z wielu czynników, ale jak sądzimy głównie

Michał, 36 lat

„Przez ok 15 lat brałem heroinę. Jeździłem na detoksy, byłem w kilku ośrodkach i zawsze wracałem do grzania. Jak się pojawiły dopalacze, to od razu w nie wskoczyłem – brałem mefedron. Teraz kupuję sobie codziennie metadon, 20ml i potem grzeję Acatar, od 7 miesięcy. Muszę brać coraz więcej, bo mi nie wystarcza – po godzinie chcę znowu. Czasem to jest 6,7 strzałów, dużo kasy na to idzie. Mieszkam z matką, nigdy nie pracowałem. Nie mam ubezpieczenia. Jediną rzeczą, którą teraz chcę zrobić, to się dostać na program i przestać grać. Widzę, co Acatar robi z ludźmi, ale nie potrafię tego nie brać. To jest jedyna rzecz, o której myślę. Uzależniłem się od tego bardziej niż od amfetaminy. Ludzie wpięprzyli się w to i nie przestaną. Co mogłoby zmienić sytuację? Gdyby Sudafed i Acatar były na recepty. Może wtedy bym wrócił do amfetaminy albo mefedronu. To jest za łatwo dostępne, jest wszędzie. Jest legalne i tańsze. Narkoman zawsze znajdzie sposób, jak nie Acatar to inny lek przerobi. Ja chcę się tylko dostać na program i przestać.”

z powodu niedostosowanej oferty – osoby te są w stanie same zaopatrzyć się w nowy sprzęt iniekcyjny, mają również bezpieczne miejsce, w którym przyjmują środki psychoaktywne. Zetknęliśmy się z opiniami tej grupy użytkowników, z których wynika potrzeba działania w innych obszarach, takich jak grupy wsparcia dla czynnych użytkowników, konsultacje, opieka psychiatryczna;

2. Czynnici użytkownicy środków dostępnych w obrocie farmaceutycznym (kupowanych w aptekach i ewentualnie preparowanych w drodze procesów chemicznych) – obecnie najliczniejsza grupa naszych klientów, wcześniej używających środków nielegalnych. Jest to względnie stała grupa – osoby bezdomne (zamieszkujące działki) lub mieszkające w noclegowni dla osób uzależnionych. Nasza oferta (czysty sprzęt iniekcyjny, miejsce dziennego pobytu, pomoc w załatwianiu spraw socjalnych, detoksów, ośrodków etc.) spełnia ich podstawowe potrzeby, jednak eskalacja i powszechność zjawiska używania metkatynonu stwarza nowe problemy na wielu poziomach – osoby te częściej niż miało to miejsce w przypadku używania „tradycyjnych” narkotyków, wymagają pomocy medycznej, kontakt z nimi jest utrudniony, sposób przyjmowania substancji jest bardziej ryzykowny i szkodliwy. „Tradycyjne” narkotyki (brązowa heroina, kompot, amfetamina) były bezpieczniejsze zarówno ze względu na sposób ich przyjmowania, jak i działanie. Mieszano je z wodą przed wstrzyknięciem. Ich działanie było znane i przewidywalne, więc byliśmy w stanie oszacować stopień ryzyka i reagować, gdy działo się coś niepokojącego. W przypadku środków, otrzymywanych w drodze procesu chemicznego, substancją przyjmowaną iniekcyjnie jest roztwór spreparowany z octu, nadmanganianu potasu oraz leków aptecznych. Iniekcyjne przyjmowanie takiej substancji wiąże się zarówno z większym zagrożeniem i uszkodzeniem na poziomie fizjologicznym, jak i z nieprzewidywalnymi skutkami psychicznymi, a co za tym idzie z niemożnością naszego reagowania w sytuacjach zagrażających zdrowiu i życiu. Obserwujemy niezwykle szybko postępujące wyniszczenie psychofizyczne, spowodowane używaniem metkatynonu. Mamy do czynienia z sytuacją, gdy nowa, bardziej niszcząca substancja staje się głównym środkiem, a co gorsza powrót do używania „bezpieczniejszych” (w znaczeniu znanych) środków wydaje się na chwilę obecną niemożliwy (ze względu na ich nielegalność, niską jakość, wyższą cenę, a także silne uzależnienie użytkowników od nowego środka).

Nasi klienci, używający metkatynonu, są w coraz gorszej kondycji psychofizycznej, widzą te zmiany, rzadko jednak zmieniają substancję („widzę po lu-

dziach co się dzieje: mają problemy z chodzeniem, nie można ich zrozumieć jak mówią, to się dzieje bardzo szybko”, „zauważyłam, że mam problem z błędniakiem, tracę równowagę, nie mogę założyć spodni”, „widać kto bierze Acatar – oni wyglądają inaczej, chodzą inaczej, mają inne ruchy”, „jestem wkopany w Acatar, uzależniony fizycznie”, „gdyby była dobra amfetamina, to przestałbym to brać”). Klienci, przyjmujący metkatynon, to najbiedniejsza grupa użytkowników – są bezdomni lub mieszkają na noclegowni, nie mają żadnego wsparcia w rodzinie, bliskich, nie mają często dowodów tożsamości, ubezpieczenia, nie korzystają z opieki lekarskiej, z pomocy socjalnej. Nasi klienci mówią, że metkatynon jest w ich poczuciu najgorszą substancją ze wszystkich, jakie dotychczas przyjmowali („To jest beznadziejna sytuacja z tym Acatarem, nie ma wyjścia, to jest jakiś obłąd – ludzie biorą to w wielkich ilościach i widać po nich zmiany. Kiedyś było inaczej – kupowali dwie ćwiary i starczało im na cały dzień. Tutaj końca nie ma, ciągle mało, nie ogranicza się to do kilku pudełek, jest ciągły niedosyt”, „Brown i amfetamina to przy tym pikuś. Kiedyś grzałem 2,3 razy dziennie, dziś robię sobie po 7,8 zastrzyków i ciągle mi mało, po godzinie chcę więcej”, „to pali żyły, ludzie przyjmują wielkie ilości naraz, czasem 10centów za jednym razem, tolerancja szybko rośnie”, „kiedyś była heroina i amfetamina, teraz jest Acatar i metadon”)

Dorota, 40lat

„Nie jestem opiatowcem, zawsze brałam amfetaminę. Jak się pojawiły dopalacze, to siedziałam, ominęło mnie to. Z Acatarem pierwszy raz spotkałam się na noclegowni – jak zobaczyłam ocet, to spytałam nóżki dają czy co. Biorę to od 8 miesięcy. Widzę zmiany po ludziach i po sobie – ludzie ciszej mówią, źle się poruszają. Mi jest już wszystko jedno. Myślę, że nic się nie da z tym zrobić. Wszystko kręci się wokół załatwiania pieniędzy. Oni zapomnieli, jak można inaczej żyć. Acatar to ostatnie stadium – nie było nigdy tak źle. Ja niczego nie potrzebuję, przychodzę na świetlicę, bo to mój azyl, czuję się bezpiecznie. Nie ma wyjścia z tej sytuacji, bo oni są w tym za głęboko już. Jak brałam amfetaminę, to mi się jeszcze coś chciało, mogłam coś załatwić, miałam jakieś plany. Teraz to tylko z dnia na dzień.”

3. Pacjenci programów substytucyjnych przyjmujący środki psychoaktywne (zarówno nielegalne, jak i legalne, w tym alkohol) – z naszej wiedzy wynika, że znaczna część pacjentów substytucyjnych czynnie używa substancji odurzających (tradycyjnych: amfetamina, benzodiazepiny, mefedron; środków pozyskiwanych z leków aptecznych oraz alkoholu). Dotyczy to w znacznej mierze osób, które poza „zabezpieczeniem” opioidowym (substytutem) nie zmieniły sposobu swojego funkcjonowania. Wielu naszych klientów kiedyś przyjmowało opiaty (brązową heroinę, kompot), często razem z innym środkiem, a obecnie dzięki leczeniu jest „zaspokojonych” opioidowo, lecz w dalszym ciągu przyjmuje inne substancje. Jest to bardzo złożony problem. Pacjenci w programach substytucyjnych nie otrzymują najczęściej nic poza samym substytutem (a jeśli nawet to w naszym poczuciu oferta jest nieadekwatna do potrzeb). Trudno tu mówić o powrocie do normalnego funkcjonowania, gdyż samo oddziaływanie na uzależnienie opioidowe nie wystarcza. Pacjenci (bardzo często z podwójną diagnozą i uzależnieniem krzyżowym) używają innych środków, a często również (co po części wynika z ich sytuacji finansowej, z braku równowagi chemicznej) nie przyjmują zaleconych dawek substytutu (nota bene nie-rzadko źle dobranych) i wprowadzają substytut w nielegalny obrót. Z naszej wiedzy wynika, że czarny rynek metadonu to zjawisko powszechne. Ponieważ pacjenci sami zmieniają sobie dawki, przyjmując jednocześnie inne substancje, w tym alkohol, funkcjonują w bardzo podobny sposób jak osoby czynnie używające narkotyków, nieobjęte programem substytucyjnym. Z uwagi na kontrole w programach, używają najczęściej środków niewykrywalnych podczas testów (mefedron, metkatynon) oraz alkoholu. Ta sytuacja w drastyczny sposób pogarsza ich stan psychofizyczny.

4. Pacjenci programów substytucyjnych, utrzymujący abstynencję – nieliczna grupa osób, które będąc pacjentami substytucyjnymi, zabezpieczonymi opioidowo, są w stanie nie przyjmować innych środków. Ich sytuacja życiowa jest względnie ustabilizowana, jednak istnieje ogromna potrzeba oddziaływań (terapeutycznych, psychologicznych) na tę grupę. Część osób wraca do ról społecznych, podejmuje pracę, zajęcia. Ponieważ nie korzystają z oferty w programach substytucyjnych (lub robią to w niewielkim zakresie), mamy z nimi kontakt w programie redukcji szkód. Są to osoby utrzymujące abstynencję, lecz nie potrafiące konstruktywnie funkcjonować, a co za tym idzie narażone na powrót do używania/dobierania.

5. Pacjenci z podwójną diagnozą, uzależnieniem krzyżowym

– znaczna część klientów – zarówno czynnie używających, jak i będących w substytucji. Podwójna diagnoza i uzależnienie krzyżowe stanowią ogromny problem, gdyż osoby nimi dotknięte bardzo często „samoleczą się” (uśmierzając objawy psychotyczne, bezsenność, depresje, nerwice, etc). Jest to szczególnie problemowe wśród pacjentów substytucyjnych – z naszej wiedzy wynika, że pomoc psychiatryczna jest niewystarczająca, a często w ogóle nie istnieje (np. pacjenci programów metadonowych, zmagający się z depresją, zaczynają niekiedy dobierać substancje nielegalne, ale nie mogą uzyskać pomocy w tym zakresie od psychiatry, pracującego w programie, gdyż przyznając się do łamania abstynencji, ryzykują wyrzucenie z leczenia).

Klienci programu redukcji szkód – obszary problemowe i wynikające z nich potrzeby

1, Zróżnicowanie i indywidualizacja potrzeb odbiorców.

Jak widać, mamy do czynienia ze znacznym zróżnicowaniem problemów i potrzeb użytkowników. Każda z wyżej wymienionych grup, choć podział ten jest płynny, potrzebuje indywidualnego podejścia do problemu. Wcześniej klientami programu redukcji szkód były osoby czynnie używające substancji psychoaktywnych (wtedy jeszcze „tradycyjnych”), uzależnione „tylko” od opiatów, amfetaminy, a najpilniejsza potrzeba dotyczyła wymiany igieł i strzykawek, detoksykacji, czy umieszczenia uzależnionego w ośrodku terapeutycznym. Dziś konfrontujemy się z nawarstwieniem czynników, które należy brać pod uwagę. Nie mamy już do czynienia z kilkunastoma czy kilkudziesięcioma spotkaniami na bajzlu użytkowników opiatów, częściowo przyjmującymi inne substancje. Dziś odbiorcy oferty potrzebują zindywidualizowanego podejścia – używają wielu środków, funkcjonują w innych niż dotychczas grupach, zgłaszają większą skalę problemów – psychiatrycznych, medycznych. Nie wystarczy już drop-in, gdzie mogą przyjść i dostać czysty sprzęt iniekcyjny. Nawet jeśli część korzysta z tej oferty, potrzebna jest kompleksowa pomoc dla każdej osoby.

Pacjenci programów substytucyjnych stanowią grupę odbiorców, która jednocześnie jest pod ścisłą kontrolą innej placówki i nie ma możliwości współpracy z nią lub współpraca jest niewystarczająca.

2. Brak wiedzy dotyczącej ryzyka związanego z używaniem środków odurzających.

Użytkownicy „nowych” środków nie posiadają wiedzy ani o działaniu, ani o bezpieczniejszych sposobach przyjmowania tychże substancji lub jest to wiedza powierzchowna, która nie przekłada się na zmianę ich postawy oraz zachowania – np. wiedzą, że dożylnie używanie metadonu jest bardzo szkodliwe (m.in. ze względu na jego gęstość), mimo to wybierają je ze względu na towarzyszące temu odczucia. Powszechność używania metkatynonu wymaga oddziaływań edukacyjnych. Dopóki głównymi substancjami w użyciu były „tradycyjne” narkotyki, wiedza klientów była względnie duża – każdy mógł ocenić ryzyko i skutek działania, sposoby przyjmowania miały również bardziej tradycyjną formę. W obecnej sytuacji zjawisko powszechnego przyjmowania metkatynonu wymyka się spod jakiegokolwiek kontroli.

Obserwujemy również pogłębiające się zjawisko ryzykownych zachowań seksualnych wśród użytkowników. Mnóstwo par współżyje bez zabezpieczenia, często wiedząc nawzajem o swoim zakażeniu – robią to, gdyż nie jest to dla nich problemem („wszystko mi jedno”), jako „dowód miłości do partnera”. Zdarzają się sytuacje, w których osoby, będące nosicielami wirusa zatajają ten fakt przed swoim partnerem/partnerką. Poza tym panuje wśród użytkowników przekonanie, że stosunek pary, w której obie osoby są zakażone, niczym nie grozi (brakuje wiedzy o szczepach wirusa i nadkażaniu, które może np. znacznie obniżyć skuteczność stosowanej terapii antyretrowirusowej).

Należy zwrócić również uwagę na brak utrzymywania higieny osobistej wśród użytkowników. Jest to kolejny czynnik wpływający na wzrost ryzyka, w szczególności w przypadku przyjmowania substancji iniekcyjnie. Potrzebna jest gruntowna edukacja na podstawowym poziomie.

Użytkownicy nie znają swoich praw, nie są o nich informowani, często wykorzystuje się ich nieświadomość. Nie wiedzą, jak poruszać się w systemie leczenia. Zdarza się, że klienci są manipulowani lub wprowadzani w błąd w różnych kwestiach (znany przypadek placówki, w której osobie odradzano przystąpienie do programu substytucyjnego – w interesie placówki było, aby klient został pod jej opieką). Jesteśmy często świadkami nadużyć i wprowadzania w błąd, by chro-

nić interesy placówki. Istnieje wielka potrzeba szkoleń i spotkań edukacyjnych uświadamiających użytkowników, jakie mają prawa i jak mogą je egzekwować, a także gdzie mogą korzystać z oferty pomocowej.

3. Utrudniony dostęp do oferty pomocowej, bezdomność.

Użytkownicy nie są w stanie w pełni korzystać z oferty pomocowej. Jest tego kilka powodów. Dla czynnie uzależnionych problemem jest dotarcie do drop-in, gdyż koncentrują się i spędzają czas przede wszystkim na zdobywaniu pieniędzy i substancji psychoaktywnych. Z tego względu konieczne jest poszerzenie oddziaływań out-reach i podążanie za klientem. Dotyczy to zarówno bardziej elastycznej dystrybucji sprzętu iniekcyjnego (apteki często nie chcą go sprzedawać, a inne placówki wydają go w niewystarczającej ilości – w efekcie klienci używają kilkakrotnie tego samego sprzętu), jak i pomocy klientowi w załatwianiu spraw administracyjnych (koniecznych do podjęcia leczenia np. w programie metadonowym). Klienci często potrzebują zewnętrznej mobilizacji, choćby w postaci asysty streetworkera (dostosowanej czasowo do danego klienta). Ponadto często jedyną formą kontaktu, a tym samym jedynym sposobem, by umówić się z „zabieganym” klientem, jest kontakt telefoniczny (szczególnie chodzi tu o użytkowników opiatów).

Jarek 32lata

„Przez 10 lat brania heroiny nie zajechałem się tak jak przez te pół roku. Jestem na programie, piję setkę metadonu, czasem biorę metadon dożylnie. Od prawie 8 miesięcy biorę Acatar. To jest najgorsze upodlenie. Ja jestem uzależniony od całej otoczki – przygotowywanie narkotyku, chuknięcie, a co w tej pompce jest, to nienajważniejsze. Ludzie biorą Acatar, bo jest dostępny, legalny i tani. To najprostsza opcja. Działanie czuję w dwóch momentach – jak podaję i przed snem, gdy leżę i przez 3 godziny nie mogę zasnąć. Ludziom trzeba pokazać, że jest inny sposób spędzania czasu, oderwać ich od brania, żeby zobaczyli coś więcej. Ja bym chciał, żeby przychodziło tu dwóch ludzi, którzy umieją grać w brydża i żeby mnie nauczyli, wtedy tłustym drukiem wpiszę to sobie w kalendarz, że mam takie zajęcia. Powinno być obowiązkowo pół godziny słuchania jakiś audycji, jak ludzie w inny sposób organizują sobie życie, że potrafią. Przydałby się lekarz i psychiatra – ropnie i rany się nie goją, a i tak nikt nie pójdzie do szpitala na opatrunek. Jesteśmy ostatnim ogniwem łańcucha pokarmowego. Nic nie jest ważne i się nie liczy. Trzeba by im zająć czas, głowę czymś.”

Wielkim problemem jest bezdomność użytkowników substancji psychoaktywnych – trudność w znalezieniu miejsca do spania, dyskryminacja. Spotykamy się z wielką potrzebą stworzenia miejsc noclegowych i mieszkalnych zarówno dla czynnych użytkowników, jak i pacjentów programów substytucyjnych. Obecnie istnieje zaledwie kilka placówek, w których mogą mieszkać nasi klienci (znikoma liczba takich miejsc powoduje sytuację, w której użytkownicy są zmuszeni do funkcjonowania według zastanych, łamiących ich prawa reguł, w przeciwnym razie są wyrzucani). Noclegownie dla osób bezdomnych nie stanowią rozwiązania problemu – użytkownicy spotykają się z niechęcią i dyskryminacją, muszą ukrywać swoje uzależnienie, aby móc z takiej pomocy korzystać (stosunkowo bezpiecznie jest mówić o swoim alkoholizmie, ale już nie o uzależnieniu od innych środków). Konieczne jest stworzenie hosteli i miejsc pobytu dla osób czynnie przyjmujących środki odurzające, a także dla pacjentów programów substytucyjnych. Poza samym miejscem do spania takie placówki powinny oferować odbiorcom szeroką gamę oddziaływań, byśmy nie mieli do czynienia z przechodzeniem klientów z jednego miejsca do drugiego. Chodzi tu przede wszystkim o umożliwienie klientom załatwienia najpilniejszych spraw (choćby ubezpieczenia czy dowodu osobistego).

Istnieje ogromna potrzeba stworzenia systemu pomocy i wsparcia dla osób, opuszczających zakłady karne i areszty śledcze. Dotyczy to zarówno zaplecza mieszkalnego (klienci po wyjściu z więzienia bardzo często wracają na ulicę), jak i oddziaływań na poziomie psychologicznym, psychiatrycznym i doradczym. Użytkownicy, będący odbiorcami naszego programu, po odbyciu kary więzienia wracają często do używania substancji psychoaktywnych i – w konsekwencji – do naszego programu. Kolejnym problemem jest brak oferty terapeutycznej dla osób z krótkimi wyrokami i tymczasowo aresztowanych. Należy również podkreślić nagłą potrzebę oddziaływań w obszarze redukcji szkód w placówkach systemu penitencjarnego.

4. Przekonania klientów, spowodowane wcześniejszymi doświadczeniami z ofertą pomocową, wzmacniające poczucie wykluczenia i braku perspektyw.

Użytkownicy spotykają się z wieloma przejawami dyskryminacji. Dzieje się to zarówno w obszarze egzekwowania prawa (powszechna przemoc ze strony policji), jak i w obrębie placówek, zajmujących się niesieniem pomocy. To wzmacnia w klientach poczucie wykluczenia i marginalizacji. Programy substytucyjne są

często miejscem nadużyć władzy i umacniania pacjenta w przekonaniach o swojej niższości. Dotyczy to nie tylko programów substytucyjnych, ale również placówek, które jako jedyne oferują daną pomoc – klient nie ma alternatywy, więc godzi się na wszystko np. na absurdalne zasady, złe traktowanie. To, co kiedyś działo się (a gdzieś tam wciąż dzieje się) w ośrodkach stacjonarnych (nadużycia, wykorzystywanie władzy, brak szacunku i poszanowania praw pacjenta), przeniosło się (a może raczej rozprzestrzeniło) na programy substytucyjne. Klienci mają poczucie, że traktuje się ich nadal jak „ćpunów”. Wpływa to na każdym poziomie (osobowym, w społecznym podejściu) na sytuację, w której osoba uzależniona jest kimś, komu robi się łaskę, najchętniej chciałoby się jej pozbyć. Patologizacja funkcjonowania systemu pomocowego utwierdza osoby szukające pomocy w przekonaniu o braku możliwości zmiany sytuacji. Potrzeba oddolnych i odgórnych przekształceń tego systemu.

Funkcjonowanie programu redukcji szkód – obszary problemowe i wynikające z nich potrzeby

1. Utrudniony dostęp do odbiorców, spowodowany zmianą na rynku narkotykowym i zejściem użytkowników „do podziemia” – część użytkowników stała się „producentami” (otrzymują metkatynon z leków dostępnych bez recepty); „nowi” użytkownicy heroiny mają mieszkania, pracę i nie potrzebują standardowej oferty drop-in, nie chcą też być kojarzeni jako „narkomani”;

Adam 29lat

„Brałem Acatar przez jakiś czas, ale wróciłem do amfetaminy i czasem kupuję mefdron. Widzę, co się dzieje, przeraziło mnie to. Amfetamina jest droga i kiepska, ale wolę to niż ten syf. Jest ciężko, muszę się nieźle nabiegać za kasą i towarem. Gdyby były jakieś grupy dla biorących to bym chodził. Jestem zupełnie sam, mógłbym porozmawiać o tym, co się dzieje.”

2. Brak współpracy między instytucjami pomocowymi, które dbają przede wszystkim o wyrobienie kontraktu np. z NFZ; antagonizmy między poszczególnymi placówkami, przekazywanie sobie klienta, aby „pozbyć się” problemu – potrzeby klientów wykraczają często daleko poza samo zorganizowanie detoksu czy miejsca w ośrodku i dotyczą np. spraw socjalnych czy administracyjnych (pomocy w wyrobieniu dowodu osobistego, zdobyciu ubezpieczenia, zorganizowania pobytu w szpitalu, czy miejsca do zamieszkania);

3. Sytuacja prawna – brak przepisów umożliwiających prowadzenie pokoi iniekcyjnych, zatrudniających personel medyczny, oraz testowanie jakości używanych substancji psychoaktywnych;

4. Sytuacja finansowa – coraz mniejsze wsparcie organizacji pozarządowych przez urzędy miast, gmin, województw. Mała współpraca międzynarodowa między organizacjami pozarządowymi.

5. Oferta nie w pełni dostosowana do potrzeb pacjentów:

- czynni użytkownicy – brak grup edukacyjnych, rozwojowych, wsparcia (dot. m.in. „nowych” substancji na scenie narkotykowej, redukcji szkód w obszarze ich używania, bezpieczniejszych form przyjmowania substancji psychoaktywnych, bezpieczniejszych iniekcji), brak dostępności do pokoi iniekcyjnych, „kolejki” na detoks, brak pełnej i rzetelnej diagnozy pacjenta, brak poszerzonej i elastycznej oferty pracy out-reach (opartej na nowych formach kontaktu z klientem, np. przez telefon), brak innowacyjnych metod pracy (akupunktura, aromaterapia, masaże);

Nasi klienci nie mają możliwości otrzymania rzetelnej wiedzy o skutkach używania nowych substancji („żaden lekarz mi nigdy nie wytłumaczył, co się może dziać”, „widzę zmiany w ludziach i sam mam problemy, których wcześniej nie miałem”, „sami po sobie uczymy się, co to robi”)

- pacjenci programów substytucyjnych przyjmujący środki psychoaktywne – osoby te, często z uzależnieniem mieszanym, mimo „zaspokojenia” potrzeby opioidowej szukają substancji, której używali równolegle (głównie amfetaminy). Przyznanie się na programie do przyjmowania nielegalnej substancji często wiąże się z usunięciem z leczenia. Osoby te chętnie się

gają więc po środki, których nie da się wykryć testami. Istnieje potrzeba rzetelnej diagnozy w kierunku uzależnienia, współpracy na linii psychiatria prowadzący – terapeuta uzależnień – pacjent. Brakuje innowacyjnych metod pracy (akupunktura, aromaterapia, masaże);

Nasi klienci, którzy są objęci leczeniem substytucyjnym, potrzebują oddziaływać w obszarach ich funkcjonowania („dostaję metadon, piję go przy okienku, a potem nie wiem, co mam ze sobą zrobić. Jak spotka się parę osób przy programie, to wiadomo, że zaraz coś się wymyśli – najpierw piwo, a potem dalej”, „jeśli mogłabym pójść gdzieś na jakieś zajęcia, prezentację, cokolwiek, to miałabym jakoś zajęty czas i głupoty by mi nie przychodziły do głowy”)

- pacjenci programów substytucyjnych, utrzymujący abstynencję – potrzeba grup rozwojowych, aktywizacji zawodowej (w tym kursów zawodowych, warsztatów dot. autoprezentacji, warsztatów komunikacji), rozwijania pasji, grup wsparcia. Brak innowacyjnych metod pracy; Klienci objęci leczeniem substytucyjnym i utrzymujący abstynencję od innych środków mówią o tym, że nic poza samym substytutem nie otrzymują („odbieram metadon, idę do domu, patrzę się w ścianę i czuję, że nic już dla mnie nie ma”, „bezczynność i nuda zabija metadonowców, czują się niepotrzebni, tak umierają”, „chciałbym móc się czymś zająć – posłuchać jak ktoś ciekawie opowiada, obejrzeć film, nauczyć się czegoś”)

Andrzej 47lat

„Jestem na programie metadonowym od roku. Wcześniej brałem kompot i heroinę. Dzięki metadonowi, nie biegam cały dzień za pieniędzmi i towarem. Idę, piję syrop i czuję się w porządku fizycznie. Mam za dużo wolnego czasu, nie wiem co z nim robić. Wcześniej dzień był wypełniony, takie ćpuńskie życie, coś się cały czas działo. Moi znajomi na programie cały czas coś kombinują, nudzi im się. Nie ma dla nas żadnych opcji, zajęcia. Jestem schorowany, pracy nie znajduję. Po tylu latach ćpania, nie umiem robić nic innego. Ludzie muszą czuć, że są komuś potrzebni. Najgorsza jest ta beczczynność i nicnierobienie, to ciągłe poczucie, że nic nie ma sensu. Gdyby były jakieś spotkania dla nas to bym chętnie przyszedł. Nie wiem, jakieś zajęcia z wolnego czasu, spotkania z ciekawymi ludźmi, wyjście do kina. Ja sam nie wiem jaki jestem i co jest ważne. Mam parę lat życia jeszcze i coś bym jeszcze chciał zrobić.”

- kobiety – brakuje grup wyłącznie dla kobiet – pacjentek i użytkowniczek substancji psychoaktywnych – które pomagałyby radzić sobie z marginalizacją i stereotypizacją (większą niż w przypadku mężczyzn). Ważny jest tu kontekst ewentualnego świadczenia usług seksualnych, bycia matką, itp. Nie ma grup rozwojowych dla użytkowniczek, brakuje innowacyjnych metod pracy;
- pacjenci z podwójną diagnozą – konieczna jest współpraca między psychiatrą prowadzącym, terapeutą i pacjentem, włączenie farmakoterapii. Niewielka liczba ośrodków, pracujących z pacjentami z podwójną diagnozą (strach przed pacjentem z podwójną diagnozą, brak przeszkolenia personelu).

6. Małe zaangażowanie ambulatoriów w system leczenia, małe zróżnicowanie czasowe w ośrodkach leczenia uzależnień, potrzeba krótkoterminowych terapii stacjonarnych i współpracy między poszczególnymi, przyjmującymi pacjenta placówkami.

Podsumowanie/rekomendacje

Działania programu redukcji szkód, by przynosiły efekty, muszą być adekwatne do potrzeb odbiorców. Zmiany na scenie narkotykowej, pojawianie się nowych środków odurzających, zmiany w obszarze funkcjonowania klientów i zindywidualizowane potrzeby użytkowników substancji psychoaktywnych powinny być brane pod uwagę przy planowaniu i ustalaniu oddziaływań pomocowych.

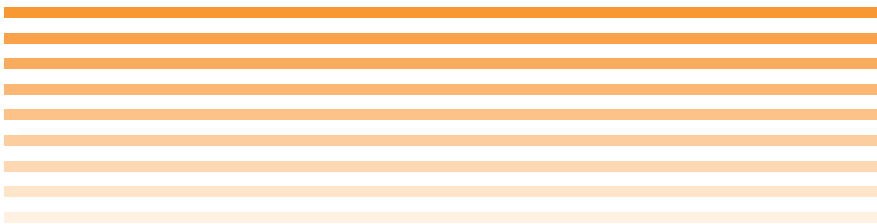
Z punktu widzenia funkcjonowania programu redukcji szkód potrzebne jest:

- Wsparcie finansowe umożliwiające poszerzenie oferty pomocowej;
- Współpraca między wszystkimi instytucjami pomocowymi;
- Dostosowanie oferty do potrzeb: oprócz standardowej wymiany igieł i strzykawek, drop-in powinien oferować szeroką gamę oddziaływań (grupy edukacyjne, rozwojowe, wsparcia, innowacyjne metody pracy, pomoc psychiatryczna, terapeutyczna, profilaktyka i promocja zdrowia);

- Poszerzenie działalności: stworzenie hosteli dla czynnych użytkowników substancji psychoaktywnych oraz dla pacjentów programów substytucyjnych, wsparcie dla osób opuszczających zakłady karne.

Z punktu widzenia odbiorców programu redukcji szkód ważny jest:

- Większy dostęp do oferty (godziny pracy placówki dostosowane do potrzeb odbiorców, punkty wymiany igieł i strzykawek w dogodnych miejscach, dystrybucja sprzętu iniekcyjnego również w innych poza drop-in punktach);
- Edukacja, profilaktyka i promocja zdrowia;
- Poszerzenie działań pomocowych (grupy edukacyjne, wsparcia, rozwojowe, szkolenia, terapia uzależnień);
- Zintegrowanie systemu pomocowego (ułatwienie klientowi poruszania się w systemie – współpraca między lekarzem psychiatrą, terapeutą, pracownikiem socjalnym, personelem placówek, etc.)
- Większy dostęp do placówek pomocowych (potrzeba miejsc dla osób bezdomnych, będących użytkownikami środków odurzających, a także wsparcia socjalnego i dostępu do placówek opieki zdrowotnej).



FRS

FUNDACJA
REDUKCJI
SZKÓD

WARSZAWA 2012