

Artykuł opiera się na wynikach badań zamieszczonych w raporcie „Przegląd badań nad efektywnością programów redukcji szkód” (Klingemann i Klingemann, 2021), a także przedstawia niepublikowane wcześniej dane dotyczące funkcjonowania polskich programów redukcji szkód w okresie obowiązywania obostrzeń związanych z pandemią COVID-19.

JESZCZE RAZ W ODPOWIEDZI NA KRYZYS. POLSKIE PROGRAMY REDUKCJI SZKÓD W TRAKCIE PANDEMII COVID-19

Jakub Greń

Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii

Justyna Klingemann

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami, Instytut Psychiatrii i Neurologii

Od epidemii do pandemii

Pojęcie *redukcji szkód* odnosi się do szerokiego zakresu oddziaływań skupionych wokół przeciwdziałania problemom związanym z używaniem substancji psychoaktywnych. Przede wszystkim jednak pojęcie to określa specyficzne podejście w zakresie zdrowia publicznego, mające na celu zapobieganie negatywnym konsekwencjom wynikającym z używania substancji psychoaktywnych, niekoniecznie ograniczając ich ogólne spożycie. Beneficjentami działań z zakresu redukcji szkód są nie tylko użytkownicy substancji psychoaktywnych, ale również ich najbliższe otoczenie – członkowie rodziny oraz społeczności lokalnej (Lenton i Single, 1999; NHRC, 2020).

Niektórzy uważają, że podejście redukcji szkód, w taki czy inny sposób było praktykowane od najwcześniejszych dni używania przez ludzkość substancji psychoaktywnych (Collins i in., 2012). Skupiając się na współczesności, przyjmuje się, że pierwsze przejawy tego podejścia były spontaniczne i oddolne, a nie pochodzące od rządu czy towarzystw ekspertów (Tammiu, 2004). Jednakże szerszej akceptacji i upowszechnienia podejście to doczekało się dopiero, kiedy problematyka związana z przyjmowaniem narkotyków nabrała nagle prawdziwie populacyjnego znaczenia, co miało miejsce wraz z wybuchem epidemii wirusa HIV w latach 80. XX wieku.

Wkrótce po rozpoznaniu krwiopochodnej transmisji wirusa HIV, związana z nim panika społeczna została zawężona do jednostek i grup, które były szczególnie podatne na jego rozprzestrzenianie się, co w dużej mierze dotyczyło osób używających narkotyków drogą dożylną. A ponieważ osoby te znajdują się często w niekorzystnych warunkach społecznych, ekonomicznych i zdrowotnych, co przyczynia się do

ich niezdolności bądź niechęci do zaprzestania używania narkotyków, ta kryzysowa sytuacja wymagała innego podejścia. W odpowiedzi opracowano więc takie inicjatywy, jak: wymiana zużytych igieł i strzykawek na sterylne; przepisywanie metadonu osobom uzależnionym od opioidów, dzięki czemu rezygnowały one z przyjmowania „ulicznej heroiny”, a często również z samych iniekcji; udostępnianie bezpłatnych prezerwatyw oraz edukacja na temat zagrożeń związanych z HIV oraz sposobów ich zapobiegania. W celu realizacji tych usług zaczęły powstawać zarówno stacjonarne (tzw. punkty drop-in), jak i mobilne (outreach, streetworking oraz programy z wykorzystaniem mobilnych serwisów) platformy, zwane programami redukcji szkód.

Pierwszy z takich programów, jeszcze w wersji eksperymentalnej, został powołany w metropolitalnym regionie ujścia rzeki Mersey, w Wielkiej Brytanii (O'Hare, 2007). Po jego sukcesie, w roku 1990 zorganizowano tam międzynarodową konferencję (First International Conference on the Reduction of Drug Related Harm), w wyniku której powołano także międzynarodowe towarzystwo w tym zakresie (Harm Reduction International). Na przestrzeni kolejnych lat model programów redukcji szkód, który został nazwany od rzeki kształtującej ów brytyjski region – Mersey model – był powielany i adaptowany w wielu innych miejscach na całym świecie, w tym przede wszystkim w innych krajach europejskich, w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Australii i do pewnego stopnia w krajach Azji Środkowej i Afryki Subsaharyjskiej (O'Hare, 2007; Collins i in., 2012).

Od momentu powstania programy redukcji szkód zmagają się przede wszystkim z ograniczonym finansowaniem ze środków publicznych oraz oporem ze strony części lokalnych społeczności. Jednocześnie, zarówno postępująca wiedza

w tym zakresie, jak i nowe problemy w obszarze uzależnień (np. zjawisko nowych substancji psychoaktywnych lub uzależnień behawioralnych), przyczyniały się do postępującej profesjonalizacji i poszerzania zakresu zastosowań podejścia redukcji szkód. Paradoksalnie, pierwszym poważnym wyzwaniem dla funkcjonowania programów redukcji szkód na skalę globalną był wybuch pandemii COVID-19, a więc sytuacja podobna do tej, która przyczyniła się do ich zapoczątkowania.

Osoby używające substancji psychoaktywnych narażone są na zwiększone ryzyko zdrowotne z powodu COVID-19 (np. Malczewski, 2020). Dotyczy to przede wszystkim osób przyjmujących substancje poprzez palenie, inhalacje lub drogą dożylną, jako że zagrożenia związane z COVID-19 obejmują głównie układ oddechowy oraz immunologiczny (przegląd: Wei i Shah, 2020). Wśród osób będących odbiorcami programów redukcji szkód obserwuje się także duże rozpowszechnienie współwystępujących problemów zdrowotnych (np. AIDS, HCV czy HBV), jak również inne niekorzystne czynniki społeczne i ekonomiczne, które pogłębiają ich podatność (HRI, 2020).

Poza tymi bezpośrednimi zagrożeniami związanymi z potencjalną infekcją, odbiorcy programów redukcji szkód doświadczali także trudności związanych z rządowymi obostrzeniami, wprowadzanymi na całym świecie w odpowiedzi na ogłoszenie przez Światową Organizację Zdrowia pandemii 11 marca 2020 roku. Obostrzenia te obejmowały przede wszystkim tzw. lockdown, czyli tymczasowe zamknięcie lub ograniczenie korzystania z większości instytucji publicznych, w myśl zasady samoizolacji i społecznego dystansowania się (Cucinotta i Vanelli, 2020). Ograniczenia te przekładały się także na utrudnienia pracy zarobkowej oraz dostępu do programów redukcji szkód i innych świadczeń, które dla niektórych mogły wiązać się z powrotem do uzależnienia lub polegania na nielegalnym dostępie do narkotyków, co z kolei niosło zagrożenia dla zdrowia publicznego. Dlatego ważne było, aby podczas pandemii utrzymać realizację działań dotyczących redukcji szkód.

Sytuacja ta przykuła uwagę wielu badaczy. Z jednej strony chciano monitorować wpływ pandemii na realizację działań programów redukcji szkód, oraz wskaźniki zdrowia i wzorów używania ich odbiorców. Z drugiej zaś, te niepowtarzalne warunki stanowiły okazję do przyjrzenia się, jak programy te funkcjonują w dobie kryzysu. Stąd, od końca 2020 roku zaczęły pojawiać się liczne publikacje raportujące wyniki badań w tym zakresie. Większość z nich dotyczyła jednak tylko początkowego okresu pandemii (np. Malczewski,

2020; Picchio i in., 2020), skupiała się na pojedynczych interwencjach, jak pomieszczenia do nadzorowanych iniekcji (np. Roxburgh i in., 2021) czy dystrybucja naloxonu (np. French i in., 2021). Dostępne są także wyniki badań międzynarodowych na ten temat, ale te nie obejmowały naszego kraju (Radfar i in., 2020). O sytuacji w Polsce wiadomo było dotychczas z artykułu opisującego działalność Centrum drop-in w Krakowie w okresie pandemii (Michalewski, 2020) oraz badań wpływu pandemii na system pomocy osobom uzależnionym, którym objęto również część programów redukcji szkód (Malczewski, 2020). Niniejszy artykuł dotyczy funkcjonowania polskich programów redukcji szkód w okresie obowiązywania głównych obostrzeń związanych z pandemią COVID-19, czyli na przestrzeni 2020 roku.

Metodologia badania

Na początku lutego 2021 roku badacze skontaktowali się z każdą z placówek za pomocą wiadomości e-mail z ogłoszeniem o prowadzonym badaniu i prośbą do przedstawicieli realizatorów poszczególnych programów (kierowników lub wydelegowanych przez nich pracowników) o wypełnienie ankiety. Na przesłanie odpowiedzi wyznaczono okres dwóch tygodni. Po jego upływie skontaktowano się telefonicznie z placówkami, które nie nadesłały w tym czasie wypełnionych ankiet z ponowną prośbą o wzięcie w nim udziału. Wydłużono wtedy również okres zbierania ankiet o kolejny tydzień.

Za wyjściową bazę programów redukcji szkód, działających na terenie Polski, posłużyła „Baza placówek pomocowych” (typ: „programy redukcji szkód: punkty wymiany igieł i strzykawek, punkty drop-in”: www.narkomania.org.pl), wskazana badaczom w korespondencji z Działem Lecznictwa i Certyfikacji Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii¹. W bazie znajdowało się 15 placówek z całego kraju zarejestrowanych jako prowadzące programy redukcji szkód. Spośród tych placówek jedna okazała się już nie istnieć, a cztery inne zgłosiły, że nie prowadzą już programu redukcji szkód. Wypełnione ankiety uzyskano z dziewięciu spośród dziesięciu funkcjonujących programów.

Ankieta, rozesłana drogą elektroniczną do polskich programów redukcji szkód, składała się z 13 pytań i dotyczyła takich kwestii, jak: charakterystyka programu (lokalizacja, odbiorcy, personel, źródła finansowania, cele i realizowane działania); sukcesy i bariery w realizacji programu; oraz wpływ pandemii na funkcjonowanie

i realizację działań programu. Pytania poprzedzono informacją o celu badania wraz z zapewnieniem o poufności zbieranych danych. Ankieta została poddana badaniu pilotażowemu, w ramach którego przedstawiciel jednego z programów redukcji szkód udzielił po jej wypełnieniu informacji zwrotnych oraz odpowiedzi na techniczne pytania badaczy. Badanie pilotażowe przeprowadzono w formie rozmowy telefonicznej.

W niniejszym artykule skupiono się na danych dotyczących ogólnej charakterystyki programów redukcji szkód oraz ich funkcjonowaniu w warunkach spowodowanych pandemią COVID-19. Zebrane dane ilościowe przedstawiono na wykresach oraz opisano w raporcie. Odpowiedzi na pytania otwarte zostały poddane analizie zdanie po zdaniu i oznaczone słowami kluczowymi stanowiącymi podstawę kodowania otwartego danych jakościowych. Do analizy jakościowej na etapie kodowania ankiet wykorzystane zostało oprogramowanie komputerowe ATLAS.ti.

Ogólna charakterystyka programów redukcji szkód

Rozmieszczenie

Objęte badaniem ankietowym programy redukcji szkód zlokalizowane są w siedmiu dużych lub średnich ośrodkach miejskich na terenie Polski. Wykres 1. pokazuje rozmieszczenie programów redukcji szkód, które wzięły udział w badaniu, na mapie podziału administracyjnego Polski.

Zakres działań

W ramach objętych badaniem programów redukcji szkód wymieniano realizację takich działań, jak:

- dystrybucja czystych igieł i strzykawek (9 na 9 programów), z czego prawie wszystkie programy (8 na 9 programów) realizują także zbiórkę i utylizację zużytych igieł i strzykawek;
- terapia substytucyjna (3 z 9 programów), w tym dwa za pomocą metadonu i suboxonu, a jedna za pomocą buprenorfiny;
- lokalny streetworking (7 programów),
- mobilny serwis wymiany igieł i strzykawek (3 z 9 programów); przy czym w przypadku jednego z nich był to serwis w zakresie dowozu sprzętu iniekcyjnego do miejsc przebywania klientów – działania prowadzone w okresie lockdownu” (P5);

- liczne działania indywidualne realizowane w jednym z prowadzonych w ramach czterech programów punktów drop-in czy też poradniach związanych strukturalnie z niektórymi programami, w tym:

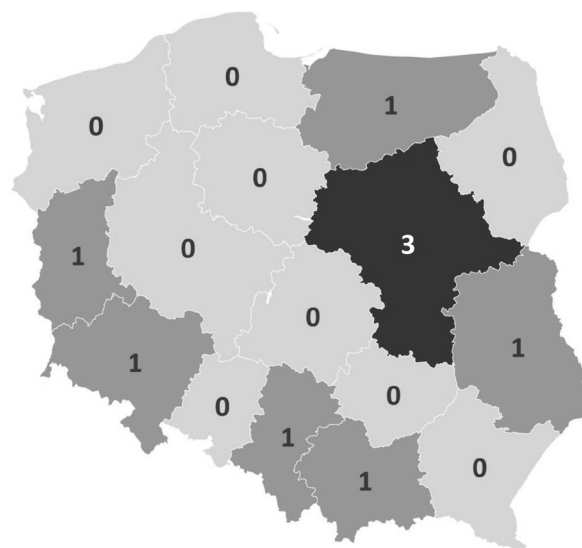
- interwencje kryzysowe (8 programów),
- poradnictwo socjalne (7 programów),
- poradnictwo prawne (5 programów),
- poradnictwo zawodowe (4 programy),
- udzielanie konsultacji/wsparcia psychologicznego (6 programów),
- udzielanie konsultacji lekarskich (4 programy),
- prowadzenie terapii indywidualnej (4 programy),
- usługi pielęgniarstwa (5 programów),
- testowanie w kierunku HIV/AIDS, HBV, HCV i kiły (5 programów).

Rzadziej, bo jedynie przez pojedyncze (1 lub 2) programy, realizowane są z kolei takie działania, jak: prowadzenie terapii grupowej i grup wsparcia, poradnictwo zawodowe, badanie na obecność narkotyków czy pomoc w wyrobieniu dokumentów (np. bezpłatne wykonanie zdjęć). Jeden z programów oferuje także opiekę noclegową.

Odbiorcy

Zgodnie z udzielonymi odpowiedziami, w Polsce programy redukcji szkód skierowane są do osób pełnoletnich, które używają substancji psychoaktywnych w sposób problemowy i/lub są od nich uzależnione. Często przyjmują substancje drogą iniekcji. Ponadto odbiorcy programów

Wykres 1. Rozmieszczenie programów redukcji szkód (które wzięły udział w badaniu) w poszczególnych województwach na terenie kraju.



to osoby doświadczające szeregu problemów emocjonalnych, zdrowotnych, społecznych i prawnych (w tym problemów spowodowanych używaniem narkotyków), bez wsparcia rodziny, często bezdomne. Osoby te pozostają poza systemem leczenia albo na jego obrzeżach; jeśli podejmowali w przeszłości próby leczenia, to były one nieskuteczne, np. przerywali program terapeutyczny przed jego ukończeniem lub byli z nich usuwani, ponieważ nie potrafili dostosować się do zasad/zaleceń. Zazwyczaj osoby te charakteryzuje także niski poziom wiedzy w zakresie zdrowia.

- *Jeśli chodzi o wzory używania narkotyków to naszymi klientami są w większości osoby używające narkotyków drogą iniekcji (60-80%). Na ogół przyjmują oni opioidy, psychostymulanty i benzodiazepiny. W wielu przypadkach nadużywają dodatkowo alkoholu.* (P5)
- *Odbiorcy projektu są osobami wykluczonymi, z problemami socjalnymi, prawnymi, zdrowotnymi, żyjącymi w permanentnym kryzysie.* (P8)
- *Nasi odbiorcy to osoby pokaleczone emocjonalnie, z dramatycznymi historiami życia. Chcemy, aby dzięki korzystaniu z działań fundacji, mogły one odbudować poczucie wartości, godność i aby dostrzegli własne człowieczeństwo.* (P2)
- *Osoby przebywające na ulicy, bezdomni, przebywający w pustostanach i w ogródkach działkowych.* (P1)
- *Posiadają niską edukację na temat chorób zakaźnych.* (P6)

Cele programów

Programy redukcji szkód realizują szereg różnych celów, istotnych zarówno z perspektywy zdrowia publicznego, jak i osoby uzależnionej oraz jej otoczenia. Ich celami, zmierzającymi do poprawy zdrowia i bezpieczeństwa publicznego, są: profilaktyka zakażeń HIV, HCV i kiły oraz zakażeń związanych z iniekcjami, a także poprawa stanu zdrowia adresatów programu. Oznacza to prowadzenie kompleksowych oddziaływań w warunkach stacjonarnych oraz w środowisku klienta, które zmierzają do:

- podniesienia poziomu wiedzy na temat zagrożeń związanych z używaniem substancji i zmiany wzorów używania na mniej szkodliwe;
- zmniejszenia liczby schorzeń somatycznych związanych z iniekcjami;
- zwiększenia dostępu do anonimowego testowania w kierunku zakażeń HIV, HCV i kiły;

- zwiększenia liczby osób świadomych swojego statusu serologicznego oraz podejmujących leczenie w programach lekowych dla osób HCV+;
- wzrostu świadomości dotyczącej uzależnienia i chorób współistniejących oraz zwiększenia liczby osób podejmujących odpowiednie leczenie.

Ponadto istotne w tym kontekście są działania polegające na docieraniu do osób czynnie uzależnionych od substancji psychoaktywnych, również takich, które znajdują się w grupie wysokiego ryzyka występowania chorób zakaźnych, a które do tej pory nie zostały objęte działaniami pomocowymi. Realizatorzy programów wskazują, że możliwe jest to poprzez wyjście naprzeciw potrzebom osób uzależnionych i dostosowanie oferowanej pomocy do gotowości danego człowieka, niezależnie w jakiej znajduje się sytuacji życiowej.

Kolejnym istotnym celem programów redukcji szkód jest poprawa funkcjonowania społecznego adresatów programu. Cel ten realizowany jest poprzez szereg działań zmierzających do:

- poprawy higieny beneficjentów;
- zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych;
- konstruktywnego poradzenia sobie z kryzysami życiowymi;
- uregulowania spraw urzędowych i socjalnych;
- oraz wsparcia w rozwiązaniu problemów prawnych klientów.
- *Działania redukcji szkód są w równej mierze działaniami na rzecz poprawy trudnej/opresyjnej sytuacji klienta, ale też działaniami na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa publicznego. (...) Rolą rzecznictwa redukcji szkód (tak jak każdego rzecznictwa) jest: reagowanie tam, gdzie dostrzegamy bezsilność osób szukających pomocy wobec instytucji, identyfikacja problemów i potrzeb społecznych, ich opis i wskazywanie podmiotom odpowiedzialnym za politykę społeczną (narkotykową), wskazywanie rozwiązań zidentyfikowanych problemów, udział w budowaniu lokalnych i krajowych strategii i koalicji na rzecz optymalizacji modelu pomocy* (P3).
- *Redukcja szkód jest działaniem niezwykle ważnym i w wielu przypadkach ratuje życie i zdrowie osobom uzależnionym od środków psychoaktywnych. Jednak interwencja ograniczona do redukcji szkód nie przerywa nie tylko wielu destrukcyjnych działań wielu klientów, ale też działań bardzo niebezpiecznych. Dlatego tak ważne jest podjęcie aktywności*

nakierowanych na nakłonienie przynajmniej części osób objętych wsparciem do podjęcia leczenia i w perspektywie – do wejścia na drogę readaptacji społecznej (P3).

Funkcjonowanie w trakcie pandemii COVID-19

Ograniczenie dostępu do świadczeń

Realizatorzy programów redukcji szkód wskazywali na wynikające z pandemii COVID-19 znaczne ograniczenie różnego rodzaju świadczeń, z których korzystali odbiorcy programów, przy jednoczesnym pojawieniu się szeregu nowych potrzeb.

- P8: *Dostrzeżyliśmy duży problem z dostępem do informacji na temat działań innych organizacji, instytucji, wydawania posiłków, łaźni, schronisk, miejsc w noclegowniach. (...) Przez dłuższy czas żadne z lokalnych schronisk i noclegowni nie przyjmowało nowych klientów. Decyzja rządu o zamknięciu hosteli sprawiła, że wielu naszych klientów do tej pory korzystających z tego typu miejsc, trafiło na ulicę bez żadnej alternatywy. (...) Wiele spraw w urzędach odbywało się zdalnie, a część naszych klientów nie posiadała kont mailowych, nie potrafiła napisać maila, nie posiadała profilu zaufanego, żeby zarejestrować się np. w UP, nie potrafiła założyć sobie konta na IKP, aby mieć dostęp do e-recept, co w obecnej sytuacji jest koniecznością.*
- P3: *Sytuacja wielu osób szukających pomocy i leczenia substytucyjnego stała się wręcz dramatyczna, z uwagi na konieczność (...) pozostawiania osobą bezdomną w dużym mieście, tylko po to, by uniknąć podróży po leki i związanych z tym kosztów. (...) W okresie epidemii COVID liczba osób leczonych substytucyjnie w Warszawie wzrosła o 200 osób. Ten wzrost dotknął tylko programy substytucyjne w dzielnicy Praga-Północ, gdzie leczy się obecnie ponad 1200 osób. Tak duże skupisko osób wykluczonych społecznie jest bardzo niekorzystne dla celów leczenia, dla reintegracji społecznej pacjentów, ale też dla otoczenia, miasta, bezpieczeństwa publicznego.*

Trudności w realizacji celów programów

Jednocześnie pandemia COVID-19 i związane z nią obostrzenia sprawiły, że realizacja celów programów redukcji szkód

w Polsce była dużo trudniejsza i wiązała się z koniecznością sprostania wielu nowym wyzwaniom.

Jednym z celów programów, którego zakres realizacji uległ ograniczeniu w okresie pandemii, jest profilaktyka zakażeń HIV, HCV i kiły oraz zakażeń związanych z iniekcjami.

- P6: *Klienci programu „zniknęli” z przestrzeni miejskiej. Mieszkańcy noclegowni i schronisk dla osób bezdomnych mieli bardzo ograniczoną możliwość opuszczania instytucji, w których przebywali, a pracownicy naszej poradni nie byli do nich wpuszczani. Beneficjenci przestali korzystać z wymiany sprzętu iniekcyjnego, wrócili do „starego” sposobu zażywania.*
- P8: *Z uwagi na zamknięcie Drop-in oraz zawieszenie dyżurów Mobilnego Serwisu Redukcji Szkód, klienci zostali pozbawieni dostępu do materiałów opatrunkowych, a dostęp do czystego sprzętu stał się utrudniony. W pierwszych tygodniach pandemii priorytetem stała się konieczność wsparcia w obszarze zaspokojenia podstawowych potrzeb związanych z dostępem do żywności, opatrunków, środków do dezynfekcji.*

Ponadto programy miały trudność w docieraniu do osób czynnie uzależnionych od substancji psychoaktywnych, również takich, które znajdują się w grupie wysokiego ryzyka występowania chorób zakaźnych, a które do tej pory nie zostały objęte działaniami redukcji szkód.

- P2: *Poprosiliśmy policję o wyrażenie opinii, czy mamy możliwość realizowania dyżurów, otrzymaliśmy odpowiedź, że nie, w opinii policji praca streetworkera powinna być zawieszona. Mimo to uznaliśmy, że nie możemy w sytuacji najbardziej kryzysowej i pełnej niepewności pozostawić naszych podopiecznych, ponieważ to właśnie w takich momentach jesteśmy najbardziej potrzebni. W pierwszym etapie pandemii nasi odbiorcy znacznie więcej używali substancji psychoaktywnych, mieli też utrudniony dostęp do zarobku, co wzmagало w nich niepokój i agresję. Po ok. 2-3 tygodniach sytuacja się unormowała.*

Wiązało się to w znacznym stopniu z wyzwaniami finansowymi, którym musiały sprostać programy, a także z dylematami dotyczącymi tego, na co przeznaczyć ograniczone fundusze i jak sfinansować nowe działania, których podjęcie wymusiła pandemia.

- P1: *Część środków z projektu przeznaczyliśmy na zakup środków ochrony osobistej, co znacznie uszczupliło nasz budżet przeznaczony na inne zadania. COVID wymagał od nas znacznych modyfikacji i rozwiązywania problemów bieżących.*

Praca w warunkach reżimu sanitarnego

Praca w reżimie sanitarnym oznaczała wypracowanie metod kontaktu, który zapewniał bezpieczeństwo zarówno pracownikom, jak i odbiorcom programów, w procesie realizacji celów programu, tak w warunkach stacjonarnych, jak i w środowisku klienta.

Poniżej przykłady zasad wprowadzonych w pracy programów w warunkach stacjonarnych:

- P5: W okresie marzec-maj 2020 roku (lockdown) prowadziliśmy obsługę klientów przez okienko w drzwiach lokalu drop-in. Wprowadziliśmy limity liczby klientów mogących jednocześnie przebywać w drop-in. Podzieliliśmy lokal na strefy bezpieczeństwa. Klienci (poza czasem spożywania posiłków) muszą pozostawać w maseczkach ochronnych i przestrzegać wielu procedur bezpieczeństwa.
- P3: W okresie epidemii (...) działania stacjonarne skierowaliśmy do 35-osobowej stałej grupy, którą objęliśmy opieką całodobową w warunkach częściowej izolacji. Pozostałe osoby były obsługiwane przez zamkniętą kratę, online, telefonicznie. (...) Dystrybucja stacjonarna sprzętu do iniekcji i innych materiałów odbywa się jak zwykle, ale przez zamkniętą kratę, w przygotowanych wcześniej pakietach.
- P8: Dyżury stacjonarne zostały wznowione w połowie czerwca 2020 roku (początkowo zostały zawieszane na 3 miesiące), w pełnym reżimie sanitarnym – z zastosowaniem środków ochrony osobistej, mierzaniem temperatury, dezynfekcją rąk i powierzchni, ograniczoną liczbą osób przebywających jednocześnie w punkcie drop-in, a także z ograniczeniem czasowym dla pojedynczego klienta. Klient ma godzinę, by załatwić wszystkie niezbędne sprawy w punkcie – w przypadku interwencji wymagających więcej czasu – czas przebywania w punkcie może zostać przedłużony.

Poniżej przykłady zasad wprowadzonych w pracy programów w środowisku klienta:

- P2: Działania streetworkerskie odbywały się normalnie, jednak dbaliśmy o to, aby wymiana nie odbywała się „z ręki do ręki” oraz intensywnie upominaliśmy odbiorców, aby nie gromadzili się w większe grupy.
- P3: Działania streetworkerów: dostarczanie i przekazywanie gotowych pakietów z igłami, strzykawkami, opatrunkami i innymi materiałami pomocniczymi, umówionym osobom w dotychczas odwiedzanych przez streetworkerów miejscach. (...) Działania uliczne reali-

zowaliśmy niemal wyłącznie przez wymianę pośrednią oraz wizyty u osób niepełnosprawnych w miejscach ich pobytu (...). Liczba kontaktów jest niższa niż przy dystrybucji bezpośredniej, ale już liczby wydanych materiałów są porównywalne do okresów poprzedzających epidemię.

- P8: Dyżury uliczne realizowane były z zachowaniem środków bezpieczeństwa, takich jak obsługiwanie jednej osoby w oddaleniu od grupy, zachowywanie dwumetrowej odległości od klienta, używanie jednorazowych rękawiczek, maseczek, odkażanie rąk podczas dyżuru (przy zmianie rękawiczek) oraz po zakończeniu dyżuru. Odkażane były również przedmioty używane podczas dyżurów, takie jak np. metalowe szczypce do zbierania zużytego sprzętu iniekcyjnego. Streetworkerzy oraz peerworkerzy wyposażeni zostali w rękawiczki, maseczki i podręczne środki odkażające.

Nowe działania w odpowiedzi na nowe potrzeby

Odpowiedzią na nowe potrzeby klientów było podjęcie nowych, często innowacyjnych działań związanych z działalnością informacyjną i edukacyjną, udzielaniem wsparcia oraz zaspokajaniem podstawowych potrzeb osób korzystających z programów redukcji szkód.

- Działalność informacyjna, edukacja zdrowotna i wsparcie poprzez media społecznościowe:
 - P8: Założenie na Facebooku grupy dla naszych klientów. Miała ona pełnić rolę informacyjną, a także być miejscem, gdzie klienci mogli dzielić się tym, jak się czują, jak sobie radzą, mogli też zadawać nam pytania i informować nas o swoich potrzebach. W ramach funkcji informacyjnej na grupie klienci mogli znaleźć istotne informacje na temat: (a) form naszej pracy podczas pandemii; (b) koronawirusa – co to, jak można się zakazić, jak się chronić przed zakażeniem, objawy, postępowanie przy podejrzeniu zakażenia, kwarantanna etc.; (c) aktualnych możliwościach uzyskania pomocy (jedzenie, pomoc medyczna etc.); (d) aktualnym stanie prawnym – czym jest stan pandemii, jakie kary grożą za nieprzestrzeganie zasad kwarantanny, czym jest tarcza antykryzysowa, przepisy dotyczące ubezpieczeń, orzeczeń o stopniu niepełnosprawności. (...) Większość klientów bagatelizowała zagrożenie, nie stosowała się do zakazu niewychodzenia czy utrzymywania dystansu, dlatego też dużą część naszej

pracy podczas dyżurów outreach poświęciliśmy na edukowanie klientów pod tym kątem. Staraliśmy się tłumaczyć, że nawet jeśli na nich wirus nie robi wrażenia – będąc samemu zakażonym w formie lekkiej lub bezobjawowej, mogą oni stanowić zagrożenie dla osób z obniżoną odpornością i starszych.

- Posiłki i paczki żywnościowe dla najbardziej potrzebujących klientów programów:
 - P2: Podczas pierwszego lockdownu zaczęliśmy wydawać ciepłą zupę naszym podopiecznym, którzy z racji pozamykania się jadalni i większości sklepów (możliwość zarobku) byli odcięci od możliwości zapewnienia sobie posiłku.
 - P3: Największy problem, jaki napotkaliśmy, dotyczył zapewnienia naszym podopiecznym (izolowana grupa bezdomnych klientów) żywności. Obecnie mamy już podpisaną umowę z Bankiem Żywności i stałe dostawy z tego źródła. Trzy razy w tygodniu jesteśmy też zaopatrywani w pieczywo i ciasta przez Piekarnię Szwajcarską. Opieka domowa nad osobami niepełnosprawnymi, w tym dostarczanie żywności.
 - P8: Zakup oraz dystrybucja żywności wśród najbardziej potrzebujących klientów – tych którzy nie mają rent ani zasiłków, pomocy od rodziny, którzy stracili pracę w związku z koronawirusem i tym samym zostali pozbawieni środków do życia, mieszkającym na pustostanach i klatkach. Dystrybucja była prowadzona indywidualnie z poszczególnymi osobami po uprzednim rozpoznaniu ich sytuacji.
- Izolacja grupy bezdomnych klientów oraz opieka nad klientami programów w kwarantannie:
 - P3: Działania streetworkerów w czasie epidemii: asysta osobom w kwarantannie (częściowej) podczas niezbędnych wyjść i całonocna opieka nad tymi osobami (zakupy, wyjścia do lekarza, odbiór świadczeń, odbiór leków, pozyskiwanie żywności ze sklepów itp.). (...) Działania zaradcze – izolacja grupy bezdomnych klientów. Grupa przebywająca w izolacji wymaga od nas opieki w zakresie odbierania metadonu z programu substytucyjnego, zakupów, zaopatrzenia w żywność, zapewnienia zajęć rekreacyjnych, większej niż zwykle liczby zajęć, w tym terapii indywidualnej i spotkań grupy wsparcia.
- Dystrybucja środków ochronnych oraz środków opatrunkowych do domu klienta:
 - P8: Dystrybuowaliśmy wśród klientów maseczki oraz buteleczki z płynem dezynfekującym. (...) Stali klienci

programu zmagają się z niegojącymi się owrzodzeniami podudzi, jeden klient był sparaliżowany od pasa w dół oraz miał rozległe odleżyny. Klienci ci mają problemy z poruszaniem się, ich duża część to osoby seropozytywne, obciążone innymi chorobami współistniejącymi, co znacząco zmniejsza ich odporność. Dlatego też zdecydowaliśmy się dostarczać im materiały opatrunkowe bezpośrednio do ich miejsca zamieszkania. Wykorzystywany do tego był prywatny samochód pracownika. Dystrybucja opatrunków tą drogą była prowadzona co 1-3 tygodnie, w zależności od zużycia materiałów opatrunkowych przez poszczególnych klientów.

Omówienie

Pandemia COVID-19, a w szczególności związane z nią obostrzenia, utrudniły realizację celów i poszczególnych działań programów redukcji szkód. Dotyczyło to przede wszystkim: utrudnionego dostępu do swoich odbiorców, którzy stanowili grupę osób szczególnie podatnych na zagrożenia związane z COVID-19; konieczności pracy w warunkach reżimu sanitarnego; oraz, w wielu przypadkach, uszczuplenia i tak już ograniczonych budżetów. Pomimo tego, działające na terenie naszego kraju programy redukcji szkód utrzymały realizację zdecydowanej większości ze swoich działań, co należy uznać za bardzo pozytywne zjawisko, gdyż ich przerwanie wiązałoby się z negatywnymi konsekwencjami dla osób problemowo używających substancji psychoaktywnych oraz ich najbliższego otoczenia. Co więcej, programy te nie tylko kontynuowały swoje funkcjonowanie w tym okresie, ale wdrożyły również nowe, często innowacyjne działania, będące odpowiedzią na nowe potrzeby i wyzwania. Taki obraz funkcjonowania polskich programów redukcji szkód w okresie pandemii pokrywa się z wynikami badań CINN² i EMCDDA³, dotyczącymi wpływu pandemii na system pomocy osobom uzależnionym. Wyniki te wskazywały zarówno na ograniczenia funkcjonowania programów na skutek regulacji prawnych dotyczących pandemii, jak i na rozwinięcie nowych form pomocy, w tym wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności, które nie były wcześniej bezpośrednimi odbiorcami tych programów (Malczewski, 2020). Warto także wspomnieć, że sytuacja programów redukcji szkód była inna niż placówek leczenia, gdzie spadek osób podejmujących leczenie był znacznie wyraźniejszy

(Malczewski, 2020). Część odbiorców tych programów zgłaszało się w tym okresie także po nowe formy pomocy, jak jedzenie czy środki do dezynfekcji, co przyczyniło się do obserwowanego poszerzenia oferty tych programów.

Należy jednak podkreślić, że kontynuowanie realizacji działań z zakresu redukcji szkód w trakcie pandemii COVID-19, a także wprowadzanie w tym okresie innowacyjnych odpowiedzi na nowe potrzeby i wyzwania, nie było specyficzne jedynie dla programów działających w Polsce. Liczne publikacje donoszą o przykładach dostosowywania pracy programów redukcji szkód do warunków reżimu sanitarnego oraz przestrzegania zasad społecznego dystansowania przy jednoczesnej kontynuacji swoich działań (np. Roxburgh i in., 2021). To, co było w tym kontekście pomocne, to oparcie realizacji tych działań na metodach niewymagających bezpośredniego kontaktu z klientem, czyli poprzez telefon, internet lub pocztę. Oprócz udzielania konsultacji i wsparcia w formie online oraz tworzenia specjalnych czatów, grup na portalach społecznościowych lub infolinii czy innych rozwiązań telemedycznych (np. Samuels i in., 2020), niektóre programy wprowadziły także pocztowe dostawy naloxonu oraz igieł, strzykawek i innego sprzętu redukcji szkód (np. HRI, 2020; French i in., 2021), lub nawet realizowały wirtualny nadzór nad iniekcjami (Schlosser i Harris, 2020). Celem kompensacji dostępu do programów redukcji szkód w tym okresie, w kilku krajach wydłużono także godziny pracy programów oraz znacznie obniżono wymagania korzystania z leczenia substytucyjnego czy wydawania naloxonu (HRI, 2020; Picchio i in., 2020). Innowacyjność, a często nawet upór w kontynuacji pracy programów redukcji szkód w obliczu trudnień i wyzwań związanych z pandemią COVID-19 może dziwić. Zjawisko to staje się jednak zrozumiałe w kontekście pragmatycznych, realistycznych i humanistycznych założeń podejścia redukcji szkód, wśród których leży dostosowanie oddziaływań do aktualnych potrzeb odbiorców oraz tzw. niskoprogowość, czyli nakładanie niewielu wymagań w dostępie do wsparcia i interwencji (np. NHRC, 2020; Michalewski, 2020). Elastyczność i przystosowawczość podejścia redukcji szkód, które jest często odpowiedzią na sytuację kryzysową, wynika także z samej historii powstania i rozwoju tego podejścia, czego krótki przegląd był przedmiotem wprowadzenia do niniejszego artykułu.

Raport

Osoby zainteresowane szczegółowymi wynikami przedstawionych tu badań, które wychodziły poza ramy niniejszego artykułu, zachęcamy do zapoznania się z treścią całościowego raportu pt. *Przegląd badań nad efektywnością programów redukcji szkód oraz analiza czynników ułatwiających i utrudniających implementację tych strategii w Polsce i na świecie*, autorstwa dr hab. Justyny Klingemann oraz dr. h. c. Haralda Klingemanna, który został opublikowany na stronie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Raport ten można znaleźć pod linkiem: <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=11323424>

Podziękowania

Opisywane badanie zostało przeprowadzone w ramach zadania zrealizowanego na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Autorzy artykułu wyrażają również wdzięczność wszystkim programom redukcji szkód, które dostarczyły danych niezbędnych do przygotowania tego opracowania.

Przypisy

- ¹ Obecnie: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.
- ² Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii działające w ramach Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.
- ³ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii).

Bibliografia

- Collins S.E., Clifasefi S.L., Logan D.E., Samples L.S., Somers J.M. & Marlatt G.A. (2012), „Current status, historical highlights, and basic principles of harm reduction”.
- Cucinotta D. & Vanelli M. (2020), „WHO declares COVID-19 a pandemic”, *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 91(1), 157.
- French R., Favaro J. & Aronowitz S.V. (2021), „A free mailed naloxone program in Philadelphia amidst the COVID-19 pandemic”, *International Journal of Drug Policy*, 94, 103199.
- HRI – Harm Reduction International (2020). 1.2 COVID-19. In: *Harm Reduction International (2020). Global State of Harm Reduction 2020*. London: Harm Reduction International.
- Lenton S. & Single E. (1998), „The definition of harm reduction”, *Drug and Alcohol Review*, 17(2), 213-219.
- Malczewski A. (2020), „Epidemia COVID-19 a system pomocy osobom uzależnionym”, *Serwis Informacyjny „Uzależnienia*, nr 2 (90) 2020.
- Michalewski B. (2020), „Ograniczanie szkód zdrowotnych i praca z użytkownikami narkotyków w dobie pandemii COVID-19”, *Serwis Informacyjny „Uzależnienia*, nr 4 (92) 2020.
- NHRC – National Harm Reduction Coalition (2020). *Principles of Harm Reduction*. <https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction> [dostęp: 7.07.2022].

- O'Hare P. (2007), „Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction”, *International Journal of Drug Policy*, 18(2), 141-144.
- Picchio C.A., Valencia J., Doran J., Swan T., Pastor M., Martró E. & Lazarus J.V. (2020), „The impact of the COVID-19 pandemic on harm reduction services in Spain”, *Harm Reduction Journal*, 17(1), 1-11.
- Radfar S.R., De Jong C.A., Farhoudian A., Ebrahimi M., Rafei P., Vahidi M. & Baldacchino A.M. (2021), „Reorganization of substance use treatment and harm reduction services during the COVID-19 pandemic: a global survey”, *Frontiers in Psychiatry*, 12, 639393.
- Roxburgh A., Jauncey M., Day C., Bartlett M., Cogger S., Dietze P. & Clark N. (2021), „Adapting harm reduction services during COVID-19: lessons from the supervised injecting facilities in Australia”, *Harm Reduction Journal*, 18(1), 1-10.
- Samuels E.A., Clark S.A., Wunsch C., Keeler L.A. J., Reddy N., Vanjani R. & Wightman R.S. (2020), „Innovation during COVID-19: improving addiction treatment access”, *Journal of Addiction Medicine*.
- Schlosser A. & Harris S. (2020), „Care during COVID-19: Drug use, harm reduction, and intimacy during a global pandemic”, *The International Journal on Drug Policy*, 83, 102896.
- Tammi T. (2004), „The harm-reduction school of thought: Three fractions”, *Contemporary Drug Problems*, 31(3), 381-399.
- Wei Y. & Shah R. (2020), „Substance use disorder in the COVID-19 pandemic: a systematic review of vulnerabilities and complications”, *Pharmaceuticals*, 13(7), 155.