

dr n. hum. Justyna Klingemann

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

oraz

dr. rer. pol, dr. h. c. Harald Klingemann

University of Applied Sciences Bern, Switzerland

**PRZEGLĄD BADAŃ NAD EFEKTYWNOŚCIĄ PROGRAMÓW REDUKCJI SZKÓD
ORAZ ANALIZA CZYNNIKÓW UŁATWIAJĄCYCH I UTRUDNIAJĄCYCH
IMPLEMENTACJĘ TYCH STRATEGII W POLSCE I NA ŚWIECIE**

SPIS TREŚCI

WSTĘP	3
KONCEPCJA REDUKCJI SZKÓD	3
STRUKTURA RAPORTU	4
MATERIAŁ I METODA	6
PRZEGLĄD LITERATURY	6
PRZEGLĄD PROGRAMÓW	7
RESPONDENCI	7
PRZEBIEG BADANIA	7
NARZĘDZIE BADAWCZE	7
ANALIZA DANYCH	8
PODZIĘKOWANIE	8

<u>KONCEPTUALIZACJE PODEJŚCIA REDUKCJI SZKÓD – ASPEKT SYSTEMOWY</u>	9
PERCEPCJA SPOŁECZNA	9
POLITYKA ZDROWOTNA	11
PERSPEKTYWA SYSTEMOWA	11
SPECYFICZNE INTERWENCJE NA POZIOMIE SYSTEMOWYM	14
CZYNNIKI UŁATWIAJĄCE I UTRUDNIAJĄCE IMPLEMENTACJĘ PROGRAMÓW I INTERWENCJI	
REDUKCJI SZKÓD	16
RZECZNICTWO	16
PERSPEKTYWA UŻYTKOWNIKÓW	20
<u>EFEKTYWNOŚĆ INTERWENCJI Z ZAKRESU REDUKCJI SZKÓD</u>	22
EFEKTYWNOŚĆ PROGRAMÓW WYMIANY IGIEŁ I STRZYKAWEK	22
BEZPIECZNIEJSZE OTOCZENIE	24
EFEKTYWNOŚĆ PROGRAMÓW SUBSTYTUCYJNYCH	27
PRZECIWDZIAŁANIE PRZEDAWKOWANIU	29
REDUKCJA SZKÓD W LECZNICTWIE ORAZ KOMUNIKACJA RYZYKA	31
<u>POLSKIE PROGRAMY REDUKCJI SZKÓD</u>	34
DOSTĘPNOŚĆ GEOGRAFICZNA	34
ZAKRES PROWADZONYCH INTERWENCJI	35
ODBIORCY PROGRAMU	35
CELE PROGRAMÓW	36
SUKCESY W REALIZACJI PROGRAMU	41
ZAUFANIE ADRESATÓW PROGRAMU I OBSERWOWALNE EFEKTY PODEJMOWANYCH DZIAŁAŃ	41
STWORZENIE KOMPLEKSOWEJ OFERTY PROGRAMU REDUKCJI SZKÓD I POSZERZENIE JEJ O NOWE ELEMENTY	42
ZINTEGROWANIE PROGRAMU W SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ	43
BARIERY W REALIZACJI PROGRAMU	45
PERSONEL PROGRAMÓW	47
ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PROGRAMÓW	48
<u>STRESZCZENIE WYNIKÓW/ PODSUMOWANIE</u>	49
<u>LITERATURA CYTOWANA</u>	56

WSTĘP

KONCEPCJA REDUKCJI SZKÓD

Koncepcja redukcji szkód bywa definiowana szeroko lub wąsko, co przekłada się na zakres strategii, programów oraz interwencji uznawanych za element tego podejścia. Definicja istniejącej od 1997 roku organizacji pozarządowej *Harm Reduction International* jest przykładem szerokiego ujęcia tych zagadnień: „podejście redukcji szkód odnosi się do „polityk, programów i praktyk, których podstawowym celem jest ograniczenie występowania negatywnych konsekwencji zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych związanych z używaniem legalnych oraz nielegalnych substancji psychoaktywnych, a nie samo ograniczenie konsumpcji substancji psychoaktywnych”¹. W innych, podobnych ujęciach wykorzystujących ramy teoretyczne i analityczne związane z bezpośrednimi i pośrednimi oraz mierzalnymi i niemierzalnymi kosztami używania substancji psychoaktywnych termin ‘konsekwencje’ jest zastępowany terminem ‘koszty’ (Harm Reduction Journal za: Small 2012). Ponadto zakłada się również, że beneficjentami interwencji z zakresu redukcji szkód są nie tylko użytkownicy substancji psychoaktywnych, ale również ich najbliższe otoczenie - rodziny oraz społeczność lokalna. Co istotne, celem podejmowanych działań jest zapobieganie szkodom, które użytkownicy substancji psychoaktywnych czynią sobie lub innym, a nie obniżenie poziomu konsumpcji. W tym kontekście Heather (2006) – pisząc o alkoholu – zwraca uwagę, że taka konceptualizacja redukcji szkód bliższa jest europejskiemu rozumieniu tego podejścia. W Stanach Zjednoczonych mianem programów redukcji szkód określa się właściwie wszystkie nieabstynencyjne modele pracy z osobami uzależnionymi, w tym – w odniesieniu do alkoholu – również terapeutyczne programy ograniczania picia, których celem jest ograniczenie konsumpcji alkoholu do poziomu ograniczonego ryzyka (ang. *reduced-risk drinking*), (Blume 2012, Henssler i wsp. 2020, Marlatt i Witkiewitz 2002, Logan i Marlatt 2010). Podobnie, współczesne konceptualizacje – jak na przykład ta wykorzystywana przez *American Harm Reduction Coalition* - opisują podejście redukcji szkód jako spectrum strategii, które polegają na bezpieczniejszym używaniu substancji psychoaktywnych; na superwizowanym używaniu; abstynencji; na docieraniu do

¹ www.hri.global

użytkowników substancji psychoaktywnych tam, gdzie akurat teraz są (a nie tam, gdzie oczekujemy, że powinni być); na kierowaniu interwencji nie tylko na fakt używania substancji, ale też na sposób ich używania. W tym sensie osią działania i celem skutecznych interwencji i polityk redukcji szkód jest poprawa jakości życia zarówno jednostek, jak i społeczności, niekoniecznie oznaczająca całkowite zaprzestanie używania substancji (NHRC 2020).

Powyższe konceptualizacje podejścia redukcji szkód tworzone są i wykorzystywane przez decydentów, realizatorów programów redukcji szkód oraz aktywistów w tym obszarze polityki zdrowotnej, często przy założeniu, że ze względu na pragmatyczność oraz humanitarny charakter tych działań, ich efektywność jest kwestią wtórną. Prezentowany raport, koncertuje się zarówno na przeglądzie polskich programów redukcji szkód, jak i dostępnych uzasadnień naukowych strategii redukcji szkód w odniesieniu do alkoholu i narkotyków oraz – w ograniczonym zakresie – do hazardu.

STRUKTURA RAPORTU

W pierwszej części raportu odnosimy się do konceptualizacji idei redukcji szkód z perspektywy makrospołecznej i systemowej. Poruszamy kwestie percepcji społecznej działań z zakresu redukcji szkód, narodowych polityk w obszarze zdrowia dotyczących uzależnień oraz roli i miejsca podejścia redukcji szkód w ramach systemów leczenia uzależnień, a także wskaźników monitorowania działań i strategii w obszarze redukcji szkód. Ta statyczna, systemowa perspektywa została uzupełniona analizą wybranych aspektów dynamicznych: poziomu akceptacji podejścia redukcji szkód oraz jego integracji w ramach polityki zdrowotnej oraz systemu leczenia uzależnień. Wiele szeroko rozumianych rozwiązań z zakresu redukcji szkód jest powszechnie akceptowanych, zarówno przez decydentów, jak i populację generalną. Przykładem mogą tu być plastikowe opakowania na alkohol używane w trakcie imprez masowych, montowanie blokad alkoholowych w samochodach czy też nocny transport publiczny. Jednocześnie wiele innych strategii dotyczących osób używających substancji psychoaktywnych napotyka na szereg barier i jest przedmiotem sporów. W obszarze alkoholu, niektóre z działań spotykają się z nawet większą nieufnością niż w obszarze narkotyków i wiążą się z podejrzeniem, że za ich ideą i promocją stoi przemysł alkoholowy nastawiony na powiększanie swoich zysków wbrew interesom zdrowia publicznego. W raporcie opisujemy czynniki ułatwiające i utrudniające implementację podejścia redukcji szkód w obszarze uzależnień odnosząc się do badań dotyczących rzecznictwa redukcji szkód. Prezentujemy też badania uwzględniające perspektywę

odbiorców programów redukcji szkód w odniesieniu do różnego typu interwencji i polityk, stworzonych w celu udzielenia im pomocy.

W drugiej części raportu podsumowujemy najnowsze doniesienia na temat efektywności różnego typu programów i interwencji w obszarze redukcji szkód w oparciu o wnioski z przeglądu literatury naukowej – badań naukowych oraz przeglądów literatury na ten temat opublikowanych w ostatnich latach w recenzowanych czasopismach naukowych.

Tematyka badań obejmuje takie programy i interwencje jak:

- programy wymiany igieł i strzykawek;
- programy zmierzające do poprawy bezpieczeństwa w otoczeniu osoby uzależnionej;
- programy substytucyjne, w tym efektywność diamorfiny (SIH);
- interwencje zmierzające do przeciwdziałania przedawkowaniom i zatruciom;
- programy terapeutyczne zorientowane na ograniczanie szkód i komunikację ryzyka.

W trzeciej części raportu prezentujemy programy redukcji szkód realizowane w Polsce – ich cele i metody działania, populację użytkowników, do których są kierowane, źródła finansowania, personel, zasięg geograficzny oraz osiągnięte sukcesy i problemy związane z ich realizacją.

MATERIAŁ I METODA

PRZEGLĄD LITERATURY

Wstępnej selekcji artykułów dokonano na podstawie dwóch wyszukiwań w bazie *Web of Science core collection* przy użyciu poniżej opisanych słów kluczowych oraz ram czasowych.

Strategia wyszukiwania I

Lata: 1900- 2020

Słowa kluczowe: *'harm reduction'* (w tytule) oraz *'addiction'* (w temacie)

Rezultat wyszukiwania: n=171 publikacji naukowych - 127 artykułów i 8 przeglądów literatury

Dodano termin *'evidence'* (temat)

Rezultat wyszukiwania: n=25 publikacji naukowych - 20 artykułów i 4 przeglądy literatury

Wykluczono 3 artykuły – dotyczyły nikotyny

**Efekt: włączono 17 artykułów oraz 4 przeglądy,
uzyskano dostęp do 21 pełnych tekstów.**

Strategia wyszukiwania II

Lata: 2018 -2020

Słowa kluczowe: *'harm reduction'* (temat) → rezultat: n=3939 rekordów

Obszar: *'substance abuse'* → rezultat: n=1052 rekordów

Rodzaj artykułu: *'reviews'* → rezultat: n=79 rekordów -> 79

Wykluczono 54 artykuły ze względu na nieadekwatność do celów przeglądu

Efekt: n=25 przeglądów literatury

Dodatkowo przegląd uzupełniono o artykuły wyszukiwane manualne, odniesienia w literaturze przedmiotu oraz raporty organizacji międzynarodowych związanych z redukcją szkód.

PRZEGLĄD PROGRAMÓW

RESPONDENCI

Za wyjściową bazę programów redukcji szkód posłużyła „Baza placówek pomocowych” (typ: „programy redukcji szkód: punkty wymiany igieł i strzykawek, punkty drop-in”) zamieszczona na witrynie internetowej narkomania.org.pl². Baza ta została wskazana badaczom w korespondencji z Działem Lecznictwa i Certyfikacji Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W bazie tej znajdowało się 15 placówek z całego kraju zarejestrowanych jako prowadzące programy redukcji szkód. Informacje zawarte w bazie obejmowały pełną nazwę, adres, numer telefonu, e-mail oraz podstawowe informacje o odbiorcach i ofercie poszczególnych placówek.

PRZEBIEG BADANIA

Na początku lutego 2021 r. badacze skontaktowali się z każdą z placówek za pomocą wiadomości e-mail z ogłoszeniem o prowadzonym badaniu i prośbą o wypełnienie załączonej ankiety przez realizatorów (kierowników lub wydelegowanych przez nich pracowników) poszczególnych programów. 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. Spośród 15 placówek znajdujących się w bazie jedna z nich okazała się już nie istnieć, a cztery inne zgłosiły, że od jakiegoś czasu nie prowadzą już programu redukcji szkód. Z kolei wypełnione ankiety uzyskano z dziewięciu spośród 10 funkcjonujących programów. Przedstawione w raporcie wyniki dotyczą dziewięciu programów.

NARZĘDZIE BADAWCZE

Ankieta rozesłana do polskich programów redukcji szkód składała się z 13 pytań i dotyczyła m.in. takich kwestii jak:

(a) charakterystyka programu: odbiorcy programu, lokalizacja placówki, personel, źródła finansowania oraz podejmowane działania („Jakie metody lub działania realizowane są w

² Pełen adres witryny (15.03.2021 r.) to: <https://www.narkomania.org.pl/baza-placowek/?t%5B%5D=8&q=>

ramach Państwa programu?” z listą 21 potencjalnych metod/działań opracowaną na podstawie przeglądu literatury i informacji zwrotnych z badania pilotażowego);

(b) cele programu („Jakie cele stawia sobie Państwa program?”, „W jakim stopniu – w Państwa odczuciu – udaje się realizować cele programu?”);

(c) sukcesy i bariery w prowadzeniu programu („Co uznają Państwo za najważniejszy sukces związany z realizacją Państwa programu?”; „Jakie bariery i/lub problemy towarzyszą realizacji Państwa programu?”; „Jak scharakteryzowałoby Państwo relację pomiędzy programem a społecznością lokalną?”).

Ankieta została poddana badaniu pilotażowemu, w ramach którego przedstawiciel jednego z programów redukcji szkód udzielił informacji zwrotnych po jej wypełnieniu. Pytania zostały poprzedzone informacją o celu badania, wraz z zapewnieniem poufności udzielonych odpowiedzi. Respondenci byli proszeni o odesłanie wypełnionej ankiety w formacie doc/docx na podany adres mailowy.

ANALIZA DANYCH

Zebrane dane ilościowe przedstawiono na wykresach oraz opisano w raporcie. Ze względu na to, że liczba ankiet zebranych w badaniu wynosi 9, dane te opisano w sposób jakościowy. 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 wykorzystany został program ATLAS.ti. W kolejnym kroku poszukiwano głównych obszarów wspólnych dla analizowanych tematów. Efektem tej procedury było rozwinięcie kategorii głównych – tematów związanych z pytaniami ankiety, które opisano w raporcie w formie typologii.

PODZIĘKOWANIE

Zadanie realizowano na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W przygotowaniu ankiety i jej pilotażu, zbieraniu danych z programów oraz opracowaniu danych ilościowych uczestniczył mgr Jakub Greń z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, któremu autorzy raportu dziękują za jego pomoc i zaangażowanie. Autorzy raportu wyrażają również wdzięczność wszystkim polskim programom redukcji szkód, które dostarczyły danych niezbędnych do przygotowania tego opracowania.

KONCEPTUALIZACJE PODEJŚCIA REDUKCJI SZKÓD

– ASPEKT SYSTEMOWY

PERCEPCJA SPOŁECZNA

Szansę na skuteczną implementację strategii redukcji szkód w obszarze substancji psychoaktywnych w dużej mierze zależą od poziomu akceptacji tych działań zarówno w populacji generalnej, jak i w lokalnych społecznościach czy też społecznościach sąsiedzkich, w których te programy oraz interwencje są realizowane.

Young i wsp. (2018) przeprowadzili systematyczny przegląd 24 kampanii medialnych prowadzonych w celu ograniczenia poziomu konsumpcji alkoholu i szkód z tym związanych. Z przeglądu wynika, że nie mamy wystarczających dowodów na to, że kampanie społeczne wpływają bezpośrednio na obniżenie poziomu konsumpcji alkoholu w społeczeństwie, ale wydaje się, że przyczyniają się one do zmiany percepcji społecznej dotyczącej uzależnień: „Kampanie zdrowotne dotyczące alkoholu (...) doprowadziły do zmian przekonań na temat alkoholu, poziomu wiedzy na temat uzależnień oraz stosunku do osób uzależnionych (...) tego typu kampanie należałoby traktować więc jako część szerszej strategii związanej z redukcją szkód” (Young i wsp. 2018: 314). Warto zaznaczyć, że zwiększenie wiedzy dotyczącej konsekwencji używania substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu) w populacji generalnej wydaje się być pierwszym i koniecznym krokiem do zwiększenia poziomu akceptacji programów redukcji szkód w społeczności.

Brown i Russel (2020) odnoszą się do tych kwestii pisząc o zaburzeniach wynikających z uprawiania gier hazardowych. Badacze wskazują, że osoby uprawiające hazard problemowo są stereotypowo postrzegane jako osoby „samotne, nieodpowiedzialne, niewykształcone, nastawione na wygraną i niezdolne do zaprzestania grania” (Brown i Russel 2020: 30). Badacze wskazują, że dychotomiczne, zerojedynekowe postrzeganie uzależnień przyczynia się do zwiększenia poziomu stygmatyzacji osób uzależnionych. Ponadto, jeśli uzależnienie od hazardu postrzegane jest jako nieuleczalna choroba, za której rozwój odpowiada przede wszystkim osoba uzależniona, jakiegokolwiek działania z zakresu redukcji szkód nie będą akceptowane społecznie (Brown i Russel 2020). Uzależnienia to zjawiska, które mają charakter kontinuum – postrzeganie ich w kategoriach dychotomicznych sprawia, że zwiększa się podział na my (społeczeństwo) i oni (uzależnieni), a sam obraz uzależnienia stereotypowo wiąże się z najbardziej zmarginalizowaną grupą osób o głębokim nasileniu

tych problemów. Osoby w początkowych fazach rozwoju uzależnienia są tym samym niewidoczne, nie identyfikują też swoich problemów z uzależnieniem, ponieważ ich obraz siebie nie przystaje do stereotypowego obrazu osoby uzależnionej, co sprawia, że poszukiwanie pomocy w związku z uzależnieniem znacznie się opóźnia, a jego negatywne konsekwencje zdrowotne i społeczne narastają.

Z przedstawionych powyżej badań, możemy pośrednio wnioskować na temat *poziomu akceptacji społecznej podejścia* redukcji szkód. Poniżej prezentujemy badania mierzące *poziom akceptacji specyficznych programów lub interwencji*.

Przykładem są badania dotyczące leczenia substytucyjnego diamorfina (ang. *'heroin assisted treatment'*, HAT). Używanie narkotyków w miejscach publicznych oraz kryzys wywołany pojawieniem się i rozpowszechnieniem wirusa HIV doprowadził do działań mających na celu poprawę sytuacji zdrowotnej i społecznej osób używających narkotyków w iniekcjach, ale też przywrócenie porządku publicznego oraz poprawę bezpieczeństwa. Doprowadziło to – o czym będziemy pisać szerzej w kolejnych częściach raportu – do zintegrowania strategii redukcji szkód z narodowymi strategiami w zakresie zdrowia publicznego w odniesieniu do narkotyków w Szwajcarii i w Kanadzie. Zgodnie z raportem EMCDDA (Strang i wsp. 2012), leczenie substytucyjne diamorfina (HAT) jest jednym z elementów systemu leczenia uzależnień w Szwajcarii, Kanadzie, Hiszpanii, Niemczech, Niderlandach, Wielkiej Brytanii i Danii (Strang i wsp. 2012: 149). Przegląd literatury Berrigana (2018) dotyczy poziomu akceptacji tych programów w 11 krajach na podstawie badań w populacji generalnej prowadzonych w latach 1997-2012. Zróżnicowanie jest ogromne: w Australii wsparcie dla idei leczenia substytucyjnego diamorfina wynosiło w 2010 roku 25% (badania na dużych próbach populacyjnych). Natomiast wyniki badania porównawczego w sześciu krajach z lat 2008/2009 (HCLU), wskazywały na akceptację na poziomie 21% w Szwecji, 24% w Czechach, 26% w Polsce, 36% w Bułgarii, 48% w Niderlandach i 74% w Danii. Wysoki poziom akceptacji zaobserwowano również w Kanadzie (2003 – 62%) oraz w Szwajcarii (2008 – 68%), (Berrigan 2018).

Warto zauważyć, że poziom wsparcia społecznego dla różnych programów i interwencji z zakresu redukcji szkód nie zawsze przekłada się i koresponduje ze wsparciem dla tych programów w społeczności lokalnej czy sąsiedzkiej, gdzie są zlokalizowane. Często – bez względu na poziom wsparcia w danym społeczeństwie – konkretne lokalizacje programów napotykały opór ze strony społeczności i prowadzenie tego typu interwencji na poziomie

lokalnym zawsze wymaga uważnego planowania działań zmierzających do uzyskania akceptacji ze strony społeczności sąsiedzkiej.

W artykule Klingemanna i Klingemann (2017a) autorzy wskazują na różne czynniki ułatwiające i utrudniające implementację programów redukcji szkód w odniesieniu do alkoholu. Przykładowo, odwoływanie się do argumentów związanych z przywróceniem bezpieczeństwa i porządku publicznego w części miasta, która boryka się z naruszeniami porządku, może pozwolić na przeformułowanie zagrożeń na korzyści w oczach społeczności lokalnych (Klingemann i Klingemann 2017a).

Podsumowując: społeczne kampanie informacyjne skierowane zarówno do populacji generalnej, jak i społeczności lokalnych, w których realizowane są inicjatywy z zakresu redukcji szkód w odniesieniu do używania substancji psychoaktywnych, są niezbędnym warunkiem skutecznej implementacji strategii redukcji szkód na poziomie zarówno systemowym, jak i lokalnym.

POLITYKA ZDROWOTNA

PERSPEKTYWA SYSTEMOWA

Znaczenie i rola redukcji szkód w regionalnych i narodowych strategiach dotyczących polityki zdrowotnej w obszarze uzależnień, czy też szerzej używania substancji psychoaktywnych jest niezwykle zróżnicowana. Uwzględnienie tego podejścia w perspektywie systemowej zależy od założeń przyjętych w tworzeniu i realizacji szeroko rozumianej polityki zdrowotnej w danym kraju, jak od dominacji poszczególnych paradygmatów w odniesieniu do narodowych strategii zapobiegania i leczenia uzależnień.

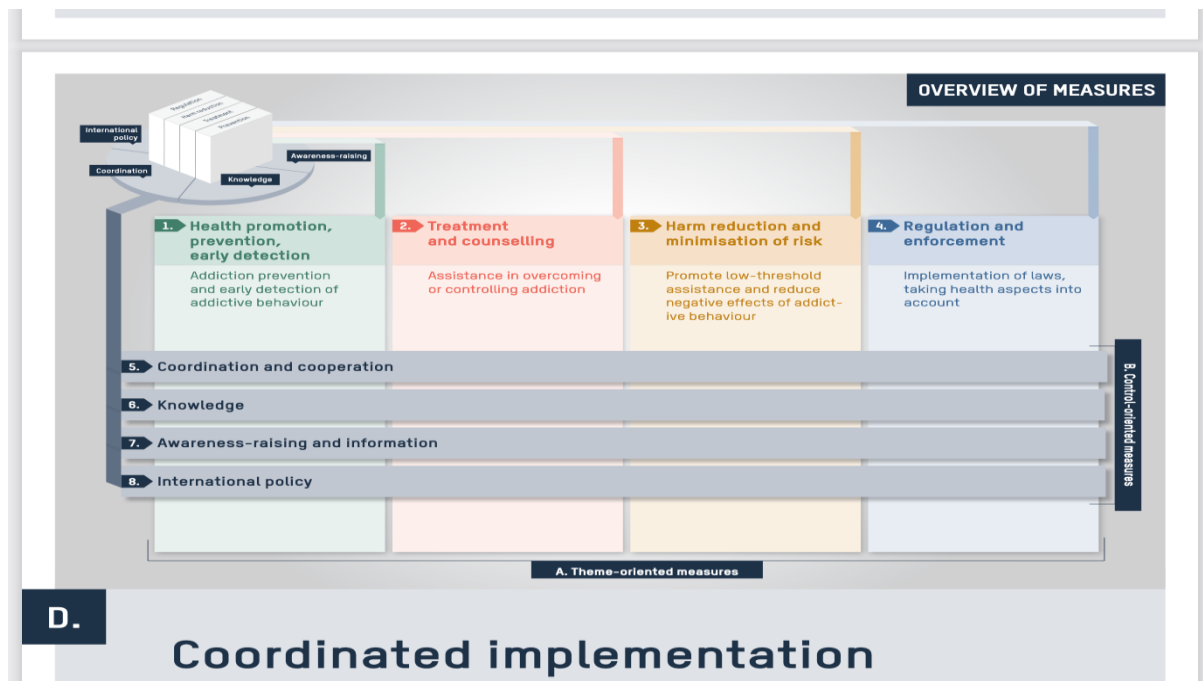
Włączenie podejścia redukcji szkód do narodowych strategii radzenia sobie z uzależnieniami, jest wyrazem wszechstronnego podejścia do tych problemów, przy jednoczesnym dostrzeżeniu komplementarności i wagi poszczególnych elementów polityki zdrowotnej w tym obszarze. Wydaje się też, że jest to model zrównoważony, efektywny i jednocześnie akceptowany zarówno przez profesjonalistów, jak i opinie publiczną. Model ten – zaadaptowany w Szwajcarii i Kanadzie – nazywany jest modelem czterech filarów. Filarami tymi są: zapobieganie, leczenie, redukcja szkód oraz regulacje prawne. Artykuł Taha i wsp. (2019) odnosi się do kryzysu opioidowego w Stanach Zjednoczonych, aby zilustrować efektywność modelu kanadyjskiego. Autorki konkludują, że istotą efektywności tego modelu jest to, że wszystkie cztery jego elementy podejmują działania współdziałając i wspierając

się nawzajem. Przykładowo, istotne jest to, że zarówno osoby korzystające z pokoi iniekcji, jak i odbiorcy interwencji nakierowanych na przeciwdziałanie przedawkowaniu mogą poprzez te serwisy uzyskać informację i zachętę do skorzystania z oferty pomocowej czy też terapeutycznej oferowanej w ramach systemu leczenia (Taha i wsp. 2019).

Innym przykładem, już nie na styku *lecnictwo – redukcja szkód*, ale *regulacje prawne – lecnictwo* jest dostrzeżenie, że „wielu funkcjonariuszy zaczęło postrzegać swoją rolę jako tych, którzy pomagają osobom doświadczającym szkód związanych z używaniem opioidów dotrzeć do serwisów oferującym im wsparcie i pomoc terapeutyczną, a nie tych, którzy stosują działania represyjno-korekcyjne” (Taha i wsp. 2019:6). W tym kontekście Ti i Kerr (2014) wskazują na sukces interwencji z zakresu redukcji szkód w kanadyjskim mieście Vancouver. Intensywne działania z zakresu zdrowia publicznego rozpoczęte pod koniec lat dziewięćdziesiątych w odpowiedzi na dramatyczny wzrost zakażeń HIV oraz wysoką liczbę przedawkowań w grupie osób używających narkotyków w iniekcjach, doprowadziły do znacznego wzrostu liczby osób, które zaprzestały używania narkotyków oraz znacznego zmniejszenia przypadków używania wspólnego sprzętu do iniekcji (Ti i Kerr 2014). Podjęte działania polegały na zastosowaniu szeregu interwencji: zwiększenia liczby dystrybuowanych igieł i strzykawek; implementacji programów wsparcia rówieśniczego, programów substytucyjnych, pokoju do iniekcji; tym samym, odniesiony sukces należy przypisać połączonemu efektowi podjęcia różnorodnych działań i inicjatyw.

Strategia czterech filarów została dopracowana i teoretycznie poszerzona w Szwajcarii (ryc. 1) poprzez stworzenie „Narodowej Strategii w zakresie uzależnień i Planu Działania na lata 2017-2024” (FOPH 2017). Obecnie jest to część polityki zdrowotnej Szwajcarii związanej z Narodową Strategią Zapobiegania Chorobom Niezakaźnym (NCD Strategy), co może mieć wpływ na zmniejszenie stygmatyzacji uzależnień oraz działań pomocowych związanych z nimi. Głównymi celami strategii są wzmacnianie wiedzy zdrowotnej oraz poprawa jakości życia. O ile cztery filary nadal reprezentują główne obszary działania, koncepcja ta została uzupełniona o cztery dodatkowe wymiary wzmacniające powiązania pomiędzy zapobieganiem, leczeniem, redukcją szkód oraz regulacjami prawnymi.

Ryc. 1. Rozszerzony model czterech filarów – Szwajcaria.



Te cztery wymiary dotyczą zadań polegających na: *koordynacji i współpracy* pomiędzy działaniami w ramach czterech obszarów; *wiedza* – generowanie i wymiana wiedzy pomiędzy tymi obszarami; *zwiększanie świadomości i informacja* w populacji generalnej oraz *polityka międzynarodowa* umożliwiająca wymianę wiedzy i dobrych praktyk z innymi krajami (FOPH 2017). Tym samym, koncepcja redukcji szkód uległa rozszerzeniu i obejmuje różne typy zachowań ryzykownych i wynikające z nich różne rodzaje potencjalnych szkód zdrowotnych i społecznych: zachowania ekscesywne, zachowania ryzykowne związane z chorobami przewlekłymi oraz nałogowe zachowania nieadekwatne do sytuacji. Celem działań podejmowanych w tym obszarze jest minimalizacja ryzyka.

Strategia czterech filarów włącza działania z zakresu redukcji szkód do modelu polityki zdrowotnej w odniesieniu do uzależnień tworzonej z perspektywy zdrowia publicznego. Wiele krajów przyjmuje jednak mniej integracyjne rozwiązania w tym zakresie, co świadczy o znacznie mniejszej akceptacji dla koncepcji redukcji szkód. Samo podejście redukcji szkód nie przystaje do restrykcyjnego prawa narkotykowego i kryminalizacji używania w większości krajów Europy Wschodniej i Azji Centralnej, co pogłębia stygmatyzację i marginalizację użytkowników narkotyków. Wskazuje na to przegląd trendów w redukcji szkód w krajach Europy Wschodniej i Azji Centralnej (La Monaca i wsp. 2019) skoncentrowany na zakażeniach HIV oraz iniekcyjnym używaniu narkotyków. Z badań wynika, że łączenie różnych interwencji – na przykład programów substytucyjnych, terapii antyretrowirusowej

oraz programów wymiany igieł i strzykawek – daje najlepsze efekty w zapobieganiu zakażeniom HIV (o czym będziemy pisać szerzej w dalszej części raportu). Konkluzja autorów artykułu jest taka: „o ile programy redukcji szkód są realizowane w krajach Europy Wschodniej i Azji Centralnej, ich dostępność fizyczna jest niska i zaledwie kilka krajów przekracza próg dostępności konieczny do ograniczenia zakażeń HIV” (La Monaca i wsp. 2019: 6-7). W wielu krajach leczenie substytucyjne nadal uważane jest za leczenie eksperymentalne czy też program pilotażowy. Próby zmiany sytuacji napotykają ideologiczny i moralny opór. Autorzy podają za przykład Kirgistan, gdzie przepisy prawne zakazujące policji ingerencję w sposób działania programów redukcji szkód miały niewielkie przełożenie na praktykę (La Monaca i wsp. 2019). Przykład ten pokazuje, jak brak uwzględnienia podejścia redukcji szkód w polityce zdrowotnej przekłada się na obniżenie efektywności poszczególnych programów i interwencji realizowanych na poziomie lokalnym. Do podobnych wniosków dochodzą Gomes i Vecchia (2018) w swoim przeglądzie literatury dotyczącym ryzykownego używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Autorzy zidentyfikowali kraje o niskiej (np. Nepal, Kambodża, Brazylia, Tajlandia) i o wysokiej (np. Wielka Brytania, Australia, Niemcy) dostępności fizycznej programów redukcji szkód wykazując, że wysoka dostępność wiąże się ze skonsolidowaną strategią realizowania polityki zdrowotnej na poziomie systemowym. Tym samym, społeczny, ekonomiczny i polityczny kontekst, w którym realizowane są programy redukcji szkód znacząco wpływa na zakres i skuteczność podejmowanych przez nie działań (Gomes i Vecchia 2018). Tym samym, istotne jest zintegrowane podejście do polityki zdrowotnej, które wzmacnia koordynację i współpracę na poziomie międzysektorowym, jednocześnie przyczyniając się do zwiększenia skuteczności lokalnych programów i interwencji.

SPECYFICZNE INTERWENCJE NA POZIOMIE SYSTEMOWYM

Przegląd opisywany powyżej wskazywał na efekt synergii różnego typu interwencji z zakresu redukcji szkód, w tej części raportu zaprezentujemy przykłady badań mających na celu ocenę efektywności konkretnych interwencji implementowanych na poziomie systemowym.

Przegląd autorstwa Nepal i wsp. (2018) dotyczy badań nad lokautami jako strategią minimalizacji ryzyka związanego z używaniem alkoholu w Australii (realizowanych do roku 2017). *'Lokaut'* oznacza zakaz wchodzenia do lokalu po pewnej konkretnej godzinie, przy jednoczesnej zgodzie na kontynuację konsumpcji i sprzedaży alkoholu. Jest to tym samym inna strategia niż *'czas zamknięcia'* czy *'czas ostatniego drinka'*. W przeglądzie analizowano wyniki ośmiu badań dotyczących wpływu lokautu na liczbę przestępstw popełnianych pod

wpływem alkoholu, w tym prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu; wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu oraz wskaźniki zranień i wypadków związanych z alkoholem. W konkluzjach autorzy wskazują: „Wyniki badań na efektywności lokautu nie są jednoznaczne (...). ‘Lokauty’ jako pojedyncza interwencja polityki zdrowotnej nie mają uzasadnienia naukowego dla polityki zdrowotnej zmierzającej do ograniczenia szkód związanych z używaniem alkoholu” (Platt i wsp. 2018:18; podkreślenie autorów przeglądu).

Przegląd Rhodes i wsp. (2019) dotyczy dwudziestu dwóch badań realizowanych w Stanach Zjednoczonych (do roku 2018) skoncentrowanych na efektywności *programu monitorowania leków opioidowych (prescription drug monitoring programs - PDMPs)* w ograniczaniu szkód związanych z używaniem opioidów. Analizowano wpływ tych programów na wskaźniki nielegalnego lub problemowego używania opioidów (dane z 36 stanów); wskaźniki związane z leczeniem (np. liczba wypisów) oraz wskaźniki negatywnych konsekwencji używania opioidów (np. śmierć w wyniku przedawkowania). Ponownie, znów brakuje tu dowodów naukowych na bezpośredni wpływ programu monitorowania leków opioidowych na ograniczenie szkód związanych z używaniem opioidów. Autorzy konkludują, że programy te powinny „pozostać wartościowym elementem szerszej strategii przeciwdziałania kryzysowi opioidowemu” w Stanach Zjednoczonych, a programy te powinny „pracować we współpracy z innymi inicjatywami stawiającymi sobie za cel ograniczenie używania opioidów” (Rhodes i wsp. 2019: 9). Tym samym autorzy zakładają istnienie efektu synergii oraz interakcji pomiędzy różnymi interwencjami – co z przyczyn oczywistych jest bardzo trudne do zmierzenia; zakładają też szeroko rozumiany, pozytywny efekt tych programów polegający na uwrażliwieniu lekarzy na zagrożenia i skutki uboczne związane z przepisywaniem opioidów pacjentom.

Systemowe, wszechstronne podejście związane z promocją strategii redukcji szkód i umacniania ich podstaw naukowych wymaga monitorowania tych inicjatyw i zbierania danych w dłuższych okresach czasu. Dane zbierane przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (Strang i wsp. 2012) dostarczają ogólnych wskaźników związanych z używaniem narkotyków w państwach członkowskich, ale nie koncentrują się w sposób szczegółowy na zbieraniu danych i wskaźników związanych z realizacją programów i interwencji redukcji szkód. W celu uzupełnienia tej luki w 2018 roku zainicjowano the *Correlation-European Harm Reduction Network (C-EHRN)*, którego celem jest poznanie i upowszechnienie lokalnych doświadczeń związanych z realizacją programów i

inicjatyw z zakresu redukcji szkód i w efekcie zmniejszenie dystansu pomiędzy praktyką a polityką zdrowotną. Dane z praktyki dostarczane są przez 220 organizacji (w Polsce jest to MONAR Kraków). Nie są to dane reprezentatywne dla danego kraju, mogą być jednak użyteczne w „mapowaniu braku spójności pomiędzy założeniami polityki zdrowotnej a jej implementacją w praktyce, w identyfikowaniu luk w obecnych systemach zbierania danych i uzupełnianiu” (Rigoni i wsp. 2021: 3). Przykładem jest rzeczywista dostępność naloksonu do użytku domowego: według danych oficjalnych nalokson jest dostępny w 12 krajach europejskich, według danych z praktyki tylko w czterech (Rigoni i wsp. 2021). Po pierwszym raporcie z 2019 roku, dane zbierane z praktyki koncentrują się obecnie na poziomie regionalnym oraz na danych jakościowych, a nie na dostępnych, publikowanych danych dla kraju. Ich celem jest poprawa jakości inicjatyw z zakresu redukcji szkód oraz – o czym będziemy pisać w kolejnej części raportu – rzecznictwo.

CZYNNIKI UŁATWIAJĄCE I UTRUDNIAJĄCE IMPLEMENTACJĘ PROGRAMÓW I INTERWENCJI REDUKCJI SZKÓD

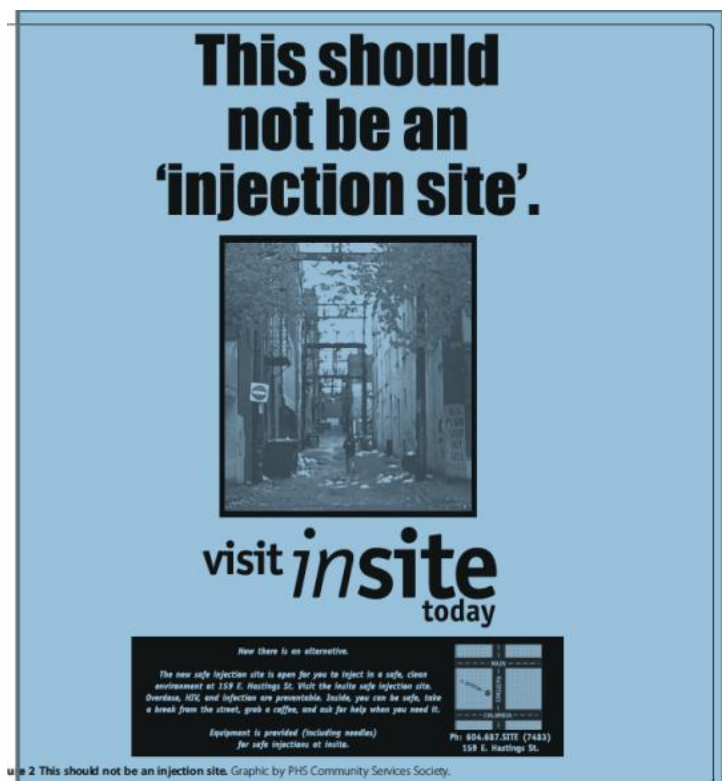
RZECZNICTWO

Zakorzenie społeczne (ang. *embeddedness*) podejścia redukcji szkód w polityce zdrowotnej danego kraju wynika zwykle nie tyle z decyzji podjętej na poziomie centralnym, ale raczej jest efektem i odzwierciedleniem aktywności oraz zaangażowania różnych aktorów na przestrzeni wielu lat. Badania nad rzecznictwem w odniesieniu do podejścia redukcji szkód oraz konstrukty analityczne jak na przykład *teoria koalicji rzeczniczych* (ang. *ACF - Advocacy Coalition Framework*) podkreślają rolę i wagę agencji rządowych, stowarzyszeń, mediów, naukowców, lekarzy czy też liderów opinii w społeczności w procesie wprowadzania i wspierania inicjatyw z zakresu redukcji szkód, które mają uzasadnienie naukowe. U podstaw tego modelu tkwi założenie, że polityka zdrowotna jest efektem procesu wzajemnego uczenia się zarówno wewnątrz jak i pomiędzy różnymi koalicjami rzeczniczymi.

Społeczność lokalna. Przegląd i metaanaliza Stockings i wsp. (2018) opiera się na 24 badaniach zrealizowanych w siedmiu krajach (63 artykułach opublikowanych do roku 2017) dotyczących interwencji skierowanych do całej społeczności i mających na celu zmobilizowanie różnych aktorów (m.in. grupy sąsiedzkie, lokalne instytucje i organizacje, lokalni decydenci, policja, sprzedawcy alkoholu) i zwiększenie ich zaangażowania w działania na rzecz społeczności oraz lepszą ich koordynację w celu zapobiegania lub ograniczenia ryzyku szkód zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem alkoholu i innych

substancji psychoaktywnych. W metaanalizie uwzględniono działania nakierowane zarówno na podaż, jak i popyt oraz identyfikację i redukcję szkód. Metaanaliza 24 badań wskazuje na średnią wielkość efektu: interpretując ten wynik autorzy wskazują, że "społeczności lokalne włączone do tych badań miały skłonności do wyboru interwencji, które nie mają uzasadnienia naukowego" (Stockings i wsp. 2018: 2014). Można zakładać, że wybrano interwencje najbardziej akceptowane przez społeczność lokalną – takie, które napotkały najmniejszy opór.

Organizacje pozarządowe. Więcej informacji na temat dobrych praktyk w redukcji szkód dostarczają publikacje będące opisami przypadków. Przykładem jest zaangażowanie kanadyjskiej organizacji – *Canadian Community Service Society* (PHS) – w utrzymanie jedynego w Vancouver pokoju iniekcji, stworzonego w 2003 roku. Zmiany polityczne sprawiły, że miejscu temu groziło zamknięcie w roku 2006 – w odpowiedzi PHS rozpoczęło kampanię społeczną polegającą na upowszechnieniu wyników badań naukowych i wiecach wspierających utrzymanie placówki. Skierowano też sprawę do sądu i w 2011 roku Sąd Najwyższy Kanady wydał wyrok na korzyść pokoju iniekcyjnego. W komentarzu jeden z pracowników tej organizacji powiedział: „Jako jeden z twórców Insite, zawsze wyobrażałem sobie, że otwarcie pokoju iniekcji będzie najtrudniejszym zadaniem. W rzeczywistości okazało się, że ochrona tego miejsca okazała się znacznie większym wyzwaniem” (Small 2012).



Lekarze. Podejście redukcji szkód w praktyce klinicznej wymaga danych, które pokazują celowość tych interwencji, innowacyjnych programów klinicznych i zmian w standardach opieki. Perspektywa ta została zilustrowana w artykule autorstwa Drucker i wsp. (2016), gdzie pokazano doświadczenia z Kanady, Wielkiej Brytanii, Stanów Zjednoczonych, Australii, Szwajcarii i Niderlandów. Artykuł opisuje przewodnictwo oraz wykorzystanie autorytetu

profesji medycznych w procesie uzyskiwania akceptacji dla inicjatyw z zakresu redukcji szkód w celu pokazania w jaki sposób można „osiągnąć zmianę paradygmatu z represyjnego na oparty o zasady podejścia redukcji szkód zarówno w praktyce klinicznej, jak i polityce zdrowotnej” (Drucker i wsp. 2016: 239).

Można wykazać, jak wprowadzenie takich programów redukcji szkód jak leczenie substytucyjne, pokoje iniekcji, programy zapobiegania przedawkowaniom oraz rozpowszechnianiu się zakażeń wirusa HIV i HCV było efektem zaangażowania i inicjatywy lekarzy uznanych i szanowanych w środowisku medycznym, którzy odwoływali się do swojego codziennego doświadczenia klinicznego. Autorzy wymieniają konkretnych lekarzy ze Stanów Zjednoczonych, Niderlandów i Szwajcarii, nazywając ich profesjonalnymi sprzymierzeńcami, którzy odegrali szczególną rolę w upowszechnianiu leczenia substytucyjnego w Stanach Zjednoczonych, czy też w prowadzeniu badań klinicznych nad skutecznością leczenia substytucyjnego diamorfina w Szwajcarii czy Niderlandach dostarczając decydom mocnych argumentów naukowych związanych ze efektywnością tych programów. Autorzy konkludują: „To jest (...) przeżyte doświadczenie działań klinicznych, za którym podąża zmiana społeczna i to jest ciągle żywe doświadczenie praktyki klinicznej, obserwowalnych zmian wskaźników mierzących efekty terapii osiągniętych poprzez wprowadzenie programu redukcji szkód dostępnego wszędzie tam, gdzie chcemy osiągnąć zmianę” (Drucker i wsp. 2016: 247).

Naukowcy. Badania w obszarze rzecznictwa redukcji szkód podniosły również takie kwestie jak to, czy i w jaki sposób nauka może lepiej komunikować wyniki badań decydom polityki zdrowotnej oraz jak sprawić, aby naukowcy byli bliżej praktyki a wyniki badań bardziej użyteczne dla jej potrzeb. Drucker (2013) ilustruje tę perspektywę dwoma opisami przypadków ze Stanów Zjednoczonych. Pierwszym przykładem jest badanie naukowe zaprojektowane na potrzeby praktyki – Drucker (2013) oszacował liczbę zakażeń HIV, którym można byłoby zapobiec wprowadzając program wymiany igieł i strzykawek oraz koszt leczenia tych zakażeń dla systemu opieki zdrowotnej. Badacz dostarczył materiałów oraz technicznego wsparcia lokalnym aktywistom, którzy chcieli wykorzystać te wyniki i metodę oszacowania na poziomie lokalnym (Drucker 2013). Drugi przykład badań wspierających rzecznictwo odnosi się do nowego podejścia w programach substytucyjnych do tej pory zlokalizowanych tylko przy dużych ośrodkach terapeutycznych. Ideą badania było umożliwienie leczenia substytucyjnego w praktyce lekarzy rodzinnych oraz lokalnych aptekach. Podejście to testowano w kilku próbach zaadoptowanych do lokalnych potrzeb i

warunków. Sam program pilotażowy został przedwcześnie zakończony w związku z konfliktami i problemami prawnymi, ale jednocześnie wykazał celowość takich działań, zachęcając do testowania tego modelu w innych lokalizacjach. Obydwa te przykłady wskazują na potencjał wykorzystania badań naukowych w rzecznictwie i wagę lokalnych projektów pilotażowych we wspieraniu oddolnych inicjatyw mających na celu promowanie zmiany oraz upowszechnianie podejścia redukcji szkód w polityce zdrowotnej w odniesieniu do uzależnień (Drucker 2013)

W tym kontekście warto dodać, że zakres w jakim badania naukowe mogą dotyczyć różnych inicjatyw z zakresu redukcji szkód zależy również od reguł prawnych i narodowych polityk, jak pokazuje artykuł Baxter i wsp. (2019) dotyczący szkód związanych z hazardem. Z artykułu wynika, że w Nowej Zelandii, gdzie dominuje model zdrowia publicznego oraz w Australii, gdzie mamy do czynienia z prywatnym biznesem, dominują badania skupione na szkodach związanych z grami hazardowymi. Tymczasem w Kanadzie, gdzie każda z prowincji reguluje i kontroluje przemysł hazardowy na swoim terenie, a w niektórych z nich kasyna są własnością państwa, badania bardziej dotyczą czynników biologicznych i psychologicznych związanych z uprawianiem gier hazardowych (Baxter i wsp. 2019).

Z jednej strony mamy więc aspekt związany z rządowym finansowaniem konkretnych tematów lub obszarów badawczych (a niefinansowaniem innych), z drugiej oczekiwania praktyków i rzecznictwa, że wyniki badań wesprą zarówno praktykę kliniczną, jak i konkretne podejmowane przez aktywistów inicjatywy. Warto jednak pamiętać, że nauka kieruje się przede wszystkim swoimi celami i rygiem metody naukowej, a polityka zdrowotna uzasadniona naukowo, nie powinna traktować wyników badań instrumentalnie, a raczej, a może nawet przede wszystkim, uwzględniać i brać pod uwagę badania, których wyniki nie wspierają aktualnie przyjętych rozwiązań.

Politycy i agencje rządowe. W swoim artykule Karlsson i wsp. (2021) szukają odpowiedzi na pytanie, jak podejście redukcji szkód, a konkretnie programy wymiany igieł i strzykawek, mogą zostać wprowadzone i zaakceptowane nawet w nieprzyjaznym otoczeniu i kontekście odrzucającym podejście redukcji szkód. Badacze przeanalizowali 150 kluczowych dokumentów, wskazując na ewolucyjny charakter implementacji programów wymiany igieł i strzykawek w Szwecji od *reorientacji*, poprzez *szachowy pat*, po *rozwój*. Autorzy analizują kontekst tych zmian opisując „istotne trendy w politykach publicznych oraz wydarzenia związane z używaniem narkotyków, chorobami zakaźnymi, zdrowiem i inicjatywami z zakresu redukcji szkód” (Karlsson i wsp. 2021:72). W odróżnieniu od wielu krajów,

włączenie programów wymiany igieł i strzykawek do innych interwencji z zakresu redukcji szkód nie była spowodowana narastającą falą zakażeń HIV, ale zmianami prawnymi oraz efektem kompromisów osiągniętych w procesie rozwiązywania konfliktów na poziomie polityk regionalnych oraz miejskich. Doprowadziło to do znacznego rozbudowania programów wymiany igieł i strzykawek po roku 2017. Krytyczne w tym procesie były zmiany prawne znoszące veto w samorządach miejskich, zmniejszenie oporu w społecznościach lokalnych wobec nowych programów, stworzenie narodowych rekomendacji w zakresie zdrowia publicznego i używania substancji oraz przede wszystkim całkowite umieszczenie tych interwencji w obszarze zdrowia (Karlsson i wsp. 2021).

Przykład ten ponownie pokazuje, że bez względu na istniejące uzasadnienia naukowe dla interwencji i programów redukcji szkód, nie mogą one istnieć w próżni społecznej, ale muszą być upozycjonowane w szerszym kontekście polityki zdrowotnej i wspierane przez różne koalicje rzecznicze.

PERSPEKTYWA UŻYTKOWNIKÓW

Jednym z elementów podejścia redukcji szkód jest „troska o to, aby osoby używające narkotyków teraz lub w przeszłości miały wpływ na kształt programów i polityk tworzonych, aby im pomóc” (NHRC 2020). Organizacje zrzeszające użytkowników pojawiły się w latach dziewięćdziesiątych – przykładem jest *Danish Drug User Union, the International Network of People Who Use Drugs* (regularnie zapraszana do uczestniczenia w sesjach Komisji Środków Odurzających przy ONZ), czy holenderska *Junkie Bond* (Klingemann 1999). Organizacje te – razem z innymi grupami opisywanymi w poprzedniej części raportu – odgrywają istotną rolę w rzecznictwie dotyczącym polityk narkotykowych oraz działań zmierzających do ograniczenia stygmatyzacji społecznej osób używających substancji psychoaktywnych.

Jeśli chodzi o tworzenie lub adaptowanie programów redukcji szkód, perspektywa użytkowników może zostać wykorzystana pośrednio, poprzez informacje zwrotne z badań ewaluacyjnych skierowanych do odbiorców programu albo bezpośrednio, poprzez konsultacje z odbiorcami programów redukcji szkód. Bjerger i wsp. (2017) opisują organizacje pacjenckie z szerszej perspektywy, zachęcając specjalistów leczenia uzależnień do nawiązania dialogu – wspólnych spotkań, planowania aktywności, tworzenia strategii. Zarówno użytkownicy substancji psychoaktywnych, jak i osoby, które przezwyciężyły uzależnienie mogą służyć jako wartościowi konsultanci, eksperci z dostępem do wiedzy o

specyficznym potrzebom potencjalnych odbiorców planowanych interwencji (Klingemann 1999).

Dane z badań ewaluacyjnych wśród użytkowników programów redukcji szkód również dostarczają niezbędnej wiedzy o poziomie akceptacji i adekwatności poszczególnych inicjatyw, stopniu zaspokojenia potrzeb odbiorców programu, obszarach wymagających korekty lub zmiany. Jakościowa ocena programów w Afganistanie, gdzie system lecznictwa jest bardzo słabo rozwinięty, wyraźnie ilustruje te kwestie. W badaniu przeprowadzono osiem zogniskowanych wywiadów grupowych dotyczących postrzegania trzech programów wymiany igieł i strzykawek. Wyniki pozwoliły na zidentyfikowanie szeregu potrzeb związanych z rozszerzeniem zakresu interwencji: potrzeba materiałów opatrunkowych i pomoc w leczeniu ran i owrzodzeń, więcej informacji pozwalających na ograniczenie zachowań ryzykownych, program substytucyjny oraz wsparcie terapeutyczne, pomoc socjalna (ubrania, miejsce gdzie można się umyć), noclegownia, jadłodajnia, transport etc. Użytkownicy wskazywali też na problemy z policją przy wejściu do programu (Todd i wsp. 2009). Innym przykładem jest przegląd dwudziestu jeden badań autorstwa Carver i wsp. (2020) poświęcony postrzeganiu programów redukcji szkód przez osoby bezdomne, doświadczające szeregu różnych problemów. Z większości badań wynika, że podejście redukcji szkód jest bliższe uczestnikom badania, ponieważ pozwala im wyznaczać sobie cele adekwatne do ich potrzeb i możliwości, pozwala im też podjąć wybór pomiędzy abstynencją a ograniczeniem używania (Carver i wsp. 2020).

Badanie Rolando i wsp. (2021) dotyczyło percepcji strukturalnych interwencji z zakresu redukcji szkód przez osoby grające w gry hazardowe. W badaniach jakościowych pytano o postrzeganie restrykcji związanych z ograniczeniem dostępności gier hazardowych na automatach oraz ich wpływ na zachowanie graczy. Z perspektywy użytkowników, ograniczenia przestrzenne i czasowe „zakłóciły codzienną rutynę związaną z chodzeniem do sklepów z nikotyną lub barów i graniem na automatach przy okazji kupowania papierosów lub kawy” (co było założeniem prawodawców), (Rolando i wsp. 2021). Jednocześnie użytkownicy wskazali, że zmiany te nie będą w ich przypadku prowadzić do zwiększenia zaangażowania w gry online – w ich percepcji to są dwie zupełnie różne formy grania, gra online był w ich odczuciu mniej atrakcyjna (Rolando i wsp. 2021).

Warto pamiętać o tym, że odbiorcy programów redukcji szkód nie są grupą homogeniczną, a ich perspektywa może różnić się w odniesieniu do różnych zagadnień i rodzajów interwencji. McCarthy i wsp. (2019) podkreślają również rolę płci podając za przykład tworzenie

programów redukcji szkód w odniesieniu do szkód związanych z graniem w gry hazardowe. Zrozumienie znaczeń, interpretacji oraz konceptualizacji przypisywanych grom hazardowym przez kobiety w różnych okresach życia oraz w różnych kontekstach kulturowych jest kluczowym elementem rozwoju interwencji skierowanych do kobiet w tym kontekście. Przykładowo, „kobiety narażone na wysokie ryzyko problemów w związku ze specyficznymi rodzajami gier hazardowych, mogą potrzebować interwencji osadzonych w społecznościach lokalnych oraz alternatywnych, bezpiecznych aktywności i miejsc” (McCarthy i wsp. 2019:7).

Podsumowując, zarówno wiedza naukowa, jak i znajomość perspektywy odbiorców programów jest niezbędna w realizacji efektywnych interwencji z zakresu redukcji szkód, które docierają do potencjalnych odbiorców i są przez nich akceptowane.

EFEKTYWNOŚĆ INTERWENCJI Z ZAKRESU REDUKCJI SZKÓD

Wprowadzanie efektywnych interwencji w obszarze redukcji szkód bywa uznawane za kontrowersyjne lub też - w percepcji laików - nie do końca zdroworozsądkowe. Dlatego też, tworzenie jasnych i klarownych rekomendacji na podstawie wyników badań naukowych jest tu szczególnie istotne.

EFEKTYWNOŚĆ PROGRAMÓW WYMIANY IGIEŁ I STRZYKAWEK

Głównym uzasadnieniem programów wymiany igieł i strzykawek (NSP) jest zapobieganie infekcjom HIV oraz HCV związanym z używaniem niesterylnej sprzętu do iniekcji (Platt i wsp. 2018, Strike i Miskovic 2018). Dystrybucja sterylnej sprzętu do iniekcji odbywa się w przestrzeni publicznej poprzez stacjonarne i mobilne punkty wymiany igieł i strzykawek, outreach, sieci rówieśnicze (peer networks), specjalne automaty oraz apteki (Platt i wsp. 2018, Strike i Miskovic 2018). Zakres i różnorodność metod dystrybucji ma na celu zwiększenie dostępności do sterylnej sprzętu do iniekcji.

Z metaanalizy wyników 12 badań wynika, że programy redukcji szkód ograniczają transmisję HIV (efekt 0.66, 95% CI 0.43, 1.01 dla wszystkich badań oraz 0.42 (95% CI 0.22, 0.81) dla sześciu badań, o wyższej jakości metodologicznej danych, nawet jeśli prawdopodobnie inne rodzaje interwencji również przyczyniły się do ograniczenia transmisji HIV. Tym samym

autorzy przeglądu rekomendują włączanie programów wymiany igieł i strzykawek do szeroko rozumianej oferty programów redukcji szkód skierowanych do iniekcyjnych użytkowników narkotyków (Aspinall i wsp. 2014).

Przegląd literatury i metaanaliza autorstwa Platt i wsp. (2018) roku miała na celu oszacowanie skuteczności programów wymiany igieł i strzykawek w połączeniu lub bez z programem substytucyjnym w ograniczeniu zakażeń HCV (Platt i wsp. 2018). Na podstawie metaanalizy wyników pięciu badań stwierdzono, że wysoka dostępność programów wymiany igieł i strzykawek miała niewielki wpływ na redukcję ryzyka zakażenia HCV, stwierdzono też dużą heterogeniczność pomiędzy badaniami ($RR=0.79$; $I^2=77\%$, $P=0.002$), co obniża jakość i siłę rekomendacji formułowanych na podstawie tych danych. Z drugiej strony autorzy wskazują na trudności w mierzeniu efektu, szczególnie, gdy osoby używające narkotyków w iniekcjach zaopatrują się w bezpieczny sprzęt do iniekcji z różnych źródeł, a nie tylko w stacjonarnych programach wymiany igieł i strzykawek (Platt i wsp. 2018).

Przegląd literatury autorstwa Strike i Miskovic (2018) dotyczy mobilnych punktów dystrybucji sterylnego sprzętu do iniekcji. W punktach tych czasem dodatkowo oferowane są inne rodzaje wsparcia: od materiałów dotyczących edukacji zdrowotnej, możliwości wykonania testu na HIV, po poradnictwo psychologiczne, wsparcie rówieśnicze i informacje dotyczące oferty terapeutycznej i socjalnej. Jednak zakres tych usług jest często bardziej ograniczony w porównaniu ze stacjonarnymi punktami wymiany igieł i strzykawek. Zaletą punktów mobilnych jest wyższa dostępność geograficzna, adaptowalność do zmieniającej się sceny narkotykowej, mniejszy opór ze strony społeczności lokalnej. Z przeglądu wynika, że punkty mobilne docierają do trudno dostępnych i często bardziej zmarginalizowanych oraz używających narkotyków w bardziej ryzykowny sposób populacji (m.in. nastolatków, osób bezdomnych, osób świadczących usługi seksualne, osób karanych w przeszłości za posiadanie narkotyków). Tylko dwa badania uwzględnione w przeglądzie szacowały wpływ korzystania z punktów mobilnych na ryzykowne praktyki związane z używaniem narkotyków w iniekcjach, jedno z lat dziewięćdziesiątych i jedno opublikowane w 2010 roku, w którym wskazywały na ograniczenie dzielenia się igłami ($OR=0.66$), ale już znacznie słabszy związek pomiędzy korzystaniem z punktu a dzieleniem się pozostałym sprzętem do iniekcji czy ponownym użyciem igieł ($OR=0.34$), (Knittel i wsp. 2010 za: Strike i Miskovic 2018).

BEZPIECZNIEJSZE OTOCZENIE

Pokoje iniekcyjne (ang. *Drug consumption rooms* - DCR) to rodzaj programu redukcji szkód, który polega na stworzeniu bezpiecznej przestrzeni, w której możliwe jest zażycie narkotyku, w higienicznych warunkach i pod nadzorem wykwalifikowanego personelu. Pokoje te zwykle są częścią szerszej oferty związanej z ograniczaniem szkód zdrowotnych i społecznych wynikających z używania substancji psychoaktywnych (Belackova i wsp. 2019). Wyniki wielu badań wskazują, że pokoje iniekcyjne przyczyniają się do ograniczenia różnych zachowań ryzykownych, jak na przykład dzielenie się sprzętem do iniekcji; przyczyniają się też do znacznego obniżenia ryzyka śmierci w wyniku przedawkowania, ograniczeniu zakażeń HIV i HCV oraz powstawaniu ran i owrzodzeń dzięki higienicznym warunkom iniekcji. Co równie istotne, istnienie pokoi iniekcyjnych znacznie przyczynia się do poprawy porządku i bezpieczeństwa publicznego – dzięki ograniczeniu liczby porzuconych na ulicy igieł i strzykawek oraz generalnie ograniczeniu liczby sytuacji, w których zażywanie narkotyku odbywa się w miejscach publicznych (Belackova i wsp. 2019, Magwood i wsp. 2020, Rhodes i wsp. 2006: 1388).

Systematyczny przegląd literatury Belackova i wsp. (2019) poświęcony był ocenie metodologii 219 badań dotyczących pokoi iniekcyjnych opublikowanych po roku 1999, w tym ograniczeniom i trudnościom związanym z prowadzeniem tego typu badań. Wiążą się one z przyjętymi metodami analizy statystycznej i założonymi wskaźnikami sukcesu – badania te zwykle są quasi-eksperymentalne, wykorzystują statystyki korzystania z programu i dane zebrane od użytkowników. Potencjalne skrzywienie dotyczące efektu pokoi iniekcyjnych może się wiązać z faktem, że większość odbiorców tego programu to osoby z grupy wysokiego ryzyka. Ponadto, należy pamiętać, że w przypadku tych programów randomizowane badania kliniczne byłyby nieetyczne – oznaczałby bowiem, że niektórzy z odbiorców programu pozostawieni byłiby bez żadnej pomocy. Podsumowując te wszystkie kwestie, autorzy przeglądu piszą: "istnieją dobre dowody naukowe wskazujące na skuteczność zapobiegania przedawkowaniom i innym problemom (...) i biorąc pod uwagę kontekst, metody wykorzystywane w badaniach ewaluacyjnych pokoi iniekcyjnych są wystarczające aby wnioskować o efektywności tych programów" (Belackova i wsp. 2019: 415).

Rhodes i wsp. (2006) wskazują, że uwaga skoncentrowana na pokojach iniekcyjnych zawęża perspektywę związaną z interwencjami z zakresu przeciwdziałania szkodom związanym z używaniem narkotyków, których celem jest tworzenie bezpiecznego otoczenia (Rhodes i wsp. 2006). Autorzy piszą, że jednym z ograniczeń pokoi iniekcyjnych jest zasięg tych interwencji zależny od ich lokalizacji (zwykle są to miejsca, w których gromadzą się użytkownicy narkotyków). Ponadto ich tworzenie wymaga analizy celowości oraz uzyskania zgody społeczności lokalnej (Rhodes i wsp. 2006). Uwzględniając te ograniczenia autorzy sugerują poświęcenie większej uwagi nisko-kosztowym, pragmatycznym interwencjom poprawiającym bezpieczeństwo używania substancji psychoaktywnych w miejscach publicznych - tam, gdzie używa się narkotyków w iniekcjach. Niektóre z nich mogłyby mieć charakter interwencji rówieśniczych, inne polegałyby na „zwiększeniu dostępu do wody destylowanej w tych miejscach, umieszczanie tam automatów do wymiany sprzętu do iniekcji, bezpiecznych pojemników na igły oraz poprawa oświetlenia” (Rhodes i wsp. 2006: 1388). Autorzy wymieniają przykłady dobrych praktyk w tym zakresie: mobilny program z Vancouver ('Alley Patrol Program'), który ma na celu docieranie z interwencjami do użytkowników iniekcyjnych dokonujących iniekcji w bocznych uliczkach (*outreach*); interwencje mające na celu zwiększenie dostępności sterylnego sprzętu do iniekcji oraz pojemników na igły i strzykawki w toaletach publicznych; interwencje mające na celu zmianę wzorów używania oraz naukę bezpieczniejszych sposobów wykonywania iniekcji; oraz interwencje mające na celu ograniczanie praktyk i nawyków zwiększających ryzyko zakażenia HIV i HCV. Podsumowując autorzy piszą: „Istnieje paląca potrzeba *interwencji mających na celu tworzenie bezpieczniejszego otoczenia* w ramach podejścia redukcji szkód. Można tu dostrzec podobieństwa związane z interwencjami, które mają na celu ograniczenie szkód związanych z używaniem alkoholu poprzez modyfikowanie miejsc, w których używa się alkoholu, ich planu, projektu czy organizacji” (Rhodes i wsp. 2006: 1390).

Superwizowane programy alkoholowe (ang. *Managed alcohol programs* - MAPS) opisywane są jako „program redukcji szkód promujący dostęp do leczenia poprzez oferowanie niskoprogowej alternatywy dla abstynencyjnych podejść *zero tolerancji* poprzez zróżnicowanie celu (...), tak, aby był kompatybilny z indywidualnymi potrzebami odbiorców programu” (Muckle i wsp. 2012: 1). Programy te realizowane są w społecznościach lokalnych, schroniskach dla bezdomnych lub w szpitalach. Zasady programów albo zezwalają na konsumpcję własnego alkoholu w programie albo umożliwiają superwizowany zakup alkoholu na miejscu (z różnymi obostrzeniami).

Z przeglądu badań Magwood i wsp. (2020) obejmującego superwizowane programy alkoholowe wynika, że programy te pomagają ustabilizować poziom konsumpcji alkoholu, ułatwiają i umożliwiają dostęp do różnych form pomocy osobom uzależnionym, ograniczają konsumpcję niespożywczych napojów alkoholowych oraz liczbę hospitalizacji, jak też regulują używanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza (Magwood i wsp. 2020). Do podobnych wniosków dochodzą autorzy przeglądu literatury naukowej oraz niepublikowanych raportów i opracowań (Brooks i wsp. 2018) pisząc o superwizowanych programach alkoholowych w schronisku dla bezdomnych w Toronto oraz w placówce opieki paliatywnej w Ottawie: „ustabilizowana konsumpcja alkoholu doprowadziła do rzadszego korzystania z opieki kryzysowej, poprawy higieny osobistej i stosowania się do zaleceń lekarzy” (Brooks i wsp. 2018: S151).

Idea *'superwizowanych programów alkoholowych'* (MAPs) upowszechniona w Ameryce Północnej, bliska jest europejskiej koncepcji *'programów picia pod kontrolą'*. Miejsca te odpowiadają na potrzeby głęboko zmarginalizowanych osób uzależnionych od alkoholu, często bezdomnych poprzez tworzenie miejsc, gdzie alkohol przyniesiony lub zakupiony na miejscu może być konsumowany. W miejscach tych – przypominających świetlice - zwykle obowiązuje szereg zasad – zakaz używania narkotyków, zakaz stosowania przemocy, jednocześnie dostępna tam jest (opcjonalnie) wsparcie i interwencje motywujące do skorzystania z pomocy. Uczestnicy tych programów mogą też współuczestniczyć w prowadzeniu go i w pomagać w codziennych obowiązkach. Często głównym powodem tworzenia takich miejsc – skierowanych do głęboko zmarginalizowanych populacji osób uzależnionych od alkoholu i doświadczających szeregu problemów - są nie powody humanitarne, ale potrzeba przywrócenia porządku i bezpieczeństwa w miejscach publicznych (na przykład w otoczeniu dworców, w parkach, dzielnicach turystycznych). Szczegółowy opis tych programów przedstawiono w artykule autorstwa Klingemanna i Klingemann (2017a). Podobnie kolejny artykuł Klingemann i Klingemanna (2017b) poświęcony jest zagadnieniu strategii redukcji szkód w odniesieniu do alkoholu. W artykule zaprezentowano wyniki badania wśród polskich terapeutów uzależnień poświęconego percepcji dwóch inicjatyw z zakresu redukcji szkód w odniesieniu do alkoholu realizowanych w Szwajcarii i w Holandii oraz ocenie możliwości ich implementacji w Polsce. Obydwa zaprezentowane programy uznano za pragmatyczne, realistyczne i bezpieczne. Terapeuci podkreślali ich rolę w docieraniu do ukrytych głęboko zmarginalizowanych grup klientów, w przywracaniu poczucia godności i wspieraniu zmiany niezwykle destrukcyjnych wzorów konsumpcji alkoholu. Z drugiej strony uczestnicy wywiadów uznali, że implementacja tego typu programów w Polsce

nie jest obecnie możliwa ze względu na kontekst społeczno-polityczny oraz dominację (również w dyskursie publicznym) rozwiązań zorientowanych na abstynencję (Klingemann i Klingemann 2017b).

Badania naukowe opisane powyżej wspierają ideę tworzenia bezpieczniejszego otoczenia jako jednej ze strategii redukcji szkód, z drugiej strony należy pamiętać o ograniczeniach metodologicznych tych badań. Przykładowo, próba zastosowania kryteriów przeglądu Cochrane w odniesieniu do superwizowanych programów alkoholowych i porównania ich do krótkich interwencji, programów ograniczania picia, programów samopomocowych oraz braku interwencji doprowadziła do wykluczenia wszystkich z 22 badań i konkluzji, że brakuje uzasadnienia naukowego dla tych programów (Muckle i wsp. 2012). Jednocześnie, sam autor podkreśla, że nie wszystkie problemy badawcze mogą być badane przy wykorzystaniu takich metodologii jak randomizowane czy kontrolowane badania kliniczne, ze względu na nieetyczność tego typu badań w pewnych populacjach czy w odniesieniu do pewnych problemów badawczych, ale też ze względu na szereg problemów natury praktycznej – fakt, że zwykle są to tzw. badawcze populacje ukryte czy też trudności w zebraniu specyficznego rodzaju danych, które mogłyby być wykorzystane do ewaluacji. Tym samym, „sama koncepcja i cel superwizowanych programów alkoholowych ogranicza możliwość zebrania „twardych” danych naukowych, nie oznacza to jednak, że programy te nie osiągają zamierzonych rezultatów” (Muckle i wsp. 2012: 10).

EFEKTYWNOŚĆ PROGRAMÓW SUBSTYTUCYJNYCH

Współcześnie podawanie substytutu narkotyku połączone z odpowiednim wsparciem psychospołecznym jest jednym z głównych podejść w leczeniu uzależnienia od heroiny. Wiąże się to z nagromadzeniem szeregu wysokiej jakości badań, które wykazały efektywność leczenia metadonem czy buprenorfiny w celu ustabilizowania i poprawy sytuacji zdrowotnej osób uzależnionych od heroiny. Badań było wystarczająco dużo, aby wprowadzić tego typu leczenie pomimo debaty etycznej nad taką formą leczenia, która zastępuje jedną substancję inną (Strang i wsp. 2012).

Istnieje wiele badań wskazujących na związek pomiędzy korzystaniem z programów substytucyjnych a ograniczeniem zakażeń HIV wśród osób używających narkotyków w iniekcjach, znaczącym ograniczeniem używania substancji psychoaktywnych oraz zmianą

wzorów używania narkotyków na bardziej bezpieczne (Gowing i wsp. 2011, MacArthur i wsp. 2014).

Przegląd literatury i metaanaliza autorstwa Platt i wsp. z 2018 roku miała na celu oszacowanie skuteczności leczenia substytucyjnego w ograniczeniu zakażeń HCV (Platt i wsp. 2018). Na podstawie metaanalizy wyników 17 badań stwierdzono, że leczenie substytucyjne było związane z 50% redukcją ryzyka zakażenia HCV wśród osób używających narkotyków w iniekcjach, stwierdzono też dużą homogeniczność pomiędzy badaniami ($RR=0.50$; $I^2=0$, $P=0.889$). Badacze podkreślają, że efekt ten był silniejszy dla mężczyzn niż dla kobiet. Wskazują też, że połączenie programów substytucyjnych z programami wymiany igieł i strzykawek dodatkowo wzmacnia ten efekt (Platt i wsp. 2018).

Istnieje niewielka grupa osób uzależnionych od heroiny, wobec której interwencje psychospołeczne oraz leczenie metadonem lub buprenorfiną nie okazały się skuteczne. Grupa ta jest niewielka liczebnie, jednak są to osoby doświadczające szeregu poważnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych, będących wynikiem wieloletniego uzależnienia. Kilka lat temu EMCDDA zebrała w swoim raporcie wyniki serii badań eksperymentalnych o wysokiej jakości i rygorze metodologicznym wskazujących, że dla osób wobec których zawiodły inne podejścia, wykorzystanie diamorfiny może okazać się efektywnym modelem leczenia substytucyjnego. Programy substytucji diamrofiną wprowadzono ćwierć wieku temu jako alternatywę leczenia dla osób, wobec których podejścia terapeutyczne oraz terapia substytucyjna metadonem okazały się nieskuteczne. Nadal oferuje się ją tylko takim pacjentem, zawsze pod bezpośrednim nadzorem medycznym, w bezpiecznych, monitorowanych warunkach (Strang i wsp. 2012). Metoda ta była przedmiotem randomizowanych prób klinicznych w sześciu krajach: Szwajcarii (Perneger i wsp. 1998), Holandii (van den Brink i wsp. 2003), Hiszpanii (March i wsp. 2006), Niemczech (Haasen i wsp. 2007), Kanadzie (Oviedo-Joekes i wsp. 2009) i Anglii (Strang i wsp. 2010). Ich wyniki pokazują na efektywność programów substytucji diamrofiną w porównaniu z leczeniem substytucyjnym przy wykorzystaniu metadonu, w znacznym ograniczeniu używania nielegalnej „ulicznej” heroiny, wyższe lub podobne wskaźniki pozostawania w programie i niższe wskaźniki zgonów. Obydwa typy programów przyczyniały się też do ograniczenia używania innych substancji jak alkohol lub kokaina, poprawy zdrowia psychicznego i fizycznego oraz funkcjonowania społecznego i jakości życia (Strang i wsp. 2012). Wskazywano również na większość skutków ubocznych podawania diamorfiny w porównaniu z metadonem. Przykładowo w badaniu Haasen i wsp. (2007) w ciągu 12

miesiący trwania badania w grupie pacjentów, którzy otrzymywali diamorfinę zarejestrowano 177 skutków ubocznych, w porównaniu ze 138 przypadkami skutków ubocznych zarejestrowanymi w grupie pacjentów, którzy otrzymywali metadon. Stąd wyraźne rekomendacje aby diamorfina administrowana była wyłącznie pod nadzorem personelu medycznego, który gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów również po podaniu tego środka (sugeruje się pozostawanie pod nadzorem medycznym przez 30 min od podania diamorfiny) oraz wskazania, aby był to program skierowany wyłącznie do osób, wobec których substytucyjne leczenie metadonem nie odniosło skutków (Strang i wsp. 2012).

PRZECIWDZIAŁANIE PRZEDAWKOWANIU

Przedawkowanie opioidów nie kończące się śmiercią jest jednym z najsilniejszych predyktorów zgonu z powodu przedawkowania. Tym samym osoby te powinny zostać otoczone szczególną troską a interwencje zdrowotne skierowane do nich powinny zawierać edukację zdrowotną związaną z ryzykiem przedawkowania, zachętę do ograniczenia konsumpcji czy też skorzystania z oferty programów substytucyjnych. Jedną ze strategii przeciwdziałania przedawkowaniom jest zwiększenie dostępności naloksonu (Babu i wsp. 2019, Gunn i wsp. 2018). Strategia badana była w populacji osób używających opioidów, zarówno w celach medycznych (np. leczonych opioidami w związku z chronicznym bólem), jak i niemedycznych.

Chen i wsp. (2020) dokonali przeglądu trzynastu badań dotyczących interwencji mających na celu przeciwdziałanie przedawkowaniu oferowanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Autorzy wskazują, że osoby używające opiatów są częstszymi klientami szpitalnych oddziałów ratunkowych ze względu na interwencje związane z ryzykiem przedawkowania, infekcjami bakteryjnymi oraz urazami – tym samym jest to miejsce, gdzie stosunkowo łatwo można dotrzeć do tej populacji. Oferta interwencji z zakresu redukcji szkód obejmuje edukację zdrowotną mającą na celu zapobieganie przedawkowaniom, oferowanie naloksonu oraz krótkie interwencje mające na celu zachęcenie pacjentów do podjęcia leczenia substytucyjnego bądź terapii. Nie ma jednak jeszcze wystarczającej liczby dobrych jakościowo badań, które dawałyby mocne uzasadnienie naukowe skuteczności tych interwencji w szpitalnych oddziałach ratunkowych (są to też badania trudne do przeprowadzenia metodologicznie), jednak wydaje się, że oferowanie naloksonu „na wynos” może okazać się skuteczną strategią, jest też strategią akceptowaną przez użytkowników

opiatów, a edukacja zdrowotna na temat zapobiegania przedawkowaniom zwiększa wiedzę zdrowotną osób używających opiatów (Chen i wsp. 2020).

Podobnie Gunn i wsp. (2018) dokonali przeglądu artykułów na temat oferowania naloksonu w szpitalnych oddziałach ratunkowych z możliwością wzięcia go do domu. Dotarli tylko do pięciu takich prac, z niskimi wskaźnikami dotarcia do pacjentów po interwencji (follow-up). Częściowo wynikać to może z faktu, że odbiorcy tego typu interwencji to często osoby bezdomne i bezrobotne, jednak wyniki dostępnych badań nie pozwalają na konkluzje dotyczące efektywności dystrybucji naloksonu w szpitalnych oddziałach ratunkowych w przeciwdziałaniu przedawkowaniom (Gunn i wsp. 2018).

Podobnie artykuł Worley (2019) sugeruje, aby częścią interwencji mających na celu przeciwdziałanie przedawkowaniu i skierowanych do pacjentów ortopedycznych, którym opiaty przepisywane są w związku z chronicznym bólem były badania przesiewowe oraz edukacja zdrowotna połączona z oferowaniem naloksonu, szczególnie tym pacjentom, u których stwierdzono również używanie opioidów.

Do innych strategii przeciwdziałania przedawkowaniu należą interwencje mające na celu włączenie osób nadużywających opiatów do programów substytucyjnych oferujących metadon, buprenorfinę oraz diamorfinę czy też tworzenie superwizowanych pokoi iniekcji (Babu i wsp. 2019). Idea przeciwdziałania przedawkowaniu wybrzmiewa również z artykułu autorstwa Liebrez i wsp. (2020), którzy odnoszą się do kryzysu opioidowego w USA połączonego z wysokimi wskaźnikami osadzenia w populacji osób używających opioidów. Autorzy wskazują na piętnastoletnią już praktykę superwizowanych iniekcji heroiny (SIH) w środowisku więziennym, choć obecnie w Szwajcarii istnieje tylko jeden program tego typu, który realizowany jest w zakładzie karnym typu otwartego. Autorzy wskazują, że pomimo tego, że osadzeni (i jednocześnie pacjenci programu) opuszczali zakład karny w celu wykonywania pracy poza jego obszarem, nie stwierdzono w tej grupie poważnych komplikacji medycznych, przedawkowań, czy też zgonów. Jakość ich pracy mierzona liczbą dni pracy, absencją chorobową, czy wysokością pensji jest porównywalna z populacją generalną tego zakładu karnego. Świadczy to o tym, że tego typu programy mogą być bezpiecznie oferowane również w zakładach karnych.

REDUKCJA SZKÓD W LECZNICTWIE ORAZ KOMUNIKACJA RYZYKA

Działania w zakresie redukcji szkód różnią się od działań profilaktycznych i terapeutycznych – opisywaliśmy to w części poświęconej modelowi czterech filarów w polityce zdrowotnej wobec uzależnień. Programy redukcji szkód – w odróżnieniu od programów terapeutycznych i profilaktycznych - skierowane są do populacji osób uzależnionych i doświadczających szeregu negatywnych konsekwencji używania, a jednocześnie pozostających poza systemem leczenia. Leczenie w przypadku tych osób albo wielokrotnie okazywało się nieskuteczne, albo są to osoby, które nigdy nie podjęły terapii uzależnienia, nie były również w stanie utrzymać się w wysokoprogowych programach substytucyjnych.

Warto jednocześnie zaznaczyć, że podejście redukcji szkód, wywarło ogromny wpływ na system leczenia uzależnień: perspektywa ta przyczyniła się do pojawienia się niskoprogowych programów terapeutycznych; dzięki niej terapeuci zaczęli przyjmować perspektywę podążania za pacjentem i wzmacniania jego motywacji oraz umożliwiać pacjentom stawianie sobie realistycznych i indywidualnych celów terapii związanych z poziomem gotowości do zmiany swojego zachowania nałogowego. Programy ograniczania picia, podobnie jak krótkoterminowe programy terapeutyczne nakierowane na ograniczenie używania narkotyków oraz programy substytucyjne są częścią oferty terapeutycznej systemu leczenia uzależnień. Programy te, bywają również traktowane jak programy redukcji szkód, szczególnie, gdy kierowane są do użytkowników substancji psychoaktywnych, którzy nie byli w stanie – pomimo wskazań – utrzymać się w programach abstynencyjnych, a ich uzależnienie pogłębiało się, przyczyniając się do narastających szkód zdrowotnych i społecznych. W obszarze alkoholu, w wielu placówkach pacjenci leczenia uzależnień podejmują decyzję dotyczącą celu terapii, wybierając pomiędzy abstynencją a ograniczeniem konsumpcji. Z badań wynika, że obydwa te podejścia mają podobną efektywność (Henssler i wsp. 2020). Jest to jeszcze jeden z przykładów jak cztery filary polityki zdrowotnej nie istnieją w oderwaniu od siebie: przeciwnie, odbywa się pomiędzy nimi ciągły proces wymiany wiedzy i informacji oraz stały przepływ osób będących odbiorcami tych interwencji.

Innym przykładem interakcji pomiędzy leczeniem a redukcją szkód jest *Stonewall project* – model leczenia oparty na podejściu redukcji szkód realizowany w Stanach Zjednoczonych i skierowany do nieheteronormatywnych mężczyzn używających stymulantów. Roczna

ambulatoryjna grupa terapeutyczna uzupełniona została technikami związanymi z *komunikacją ryzyka*, udzielaniem informacji dotyczących bezpieczniejszych sposobów przyjmowania narkotyków (prawidłowe odżywianie się, nawadnianie organizmu, bezpieczniejsze sposoby iniekcji) oraz bezpieczniejszych sposobów uprawiania seksu (używanie prezerwatyw). W tej grupie terapeutycznej zaprzestano również testowania pacjentów na obecność narkotyków w moczu. Wyniki badania były zachęcające – wskazywano ograniczenie zagrożeń ryzykownych związanych z transmisją HIV, poprawę wskaźników zatrudnienia i ograniczenie poziomu konsumpcji metaamfetaminy, na rzecz częstszego używania marihuany (Carrico i wsp. 2014).

W odpowiedzi na pojawienie się szeregu przypadków botulizmu przyrannego wśród użytkowników narkotyków w iniekcjach w Szkocji w 2015 roku podjęto szereg inicjatyw polegających na komunikacji ryzyka – broszury informacyjnej skierowanej do terapeutów i lekarzy oraz ulotki zawierającej wskazówki jak ograniczyć ryzyko botulizmu i jak rozpoznać symptomy zakażenia bakteryjnego, skierowanej do populacji osób używających narkotyki w iniekcjach (Trayner i wsp. 2018). Wywiady jakościowe z użytkownikami narkotyków oraz ewaluacja przeprowadzona poprzez programy wymiany igieł i strzykawek wskazuje na pozytywny wpływ tej interwencji, która była szybką odpowiedzią na kryzys zdrowotny: „Wyniki wskazują, że ulotka podniosła świadomość dotyczącą pojawienia się przypadków botulizmu w społeczności, użytkownicy zdobyli wiedzę związaną z rozpoznawaniem symptomów oraz poprawiła świadomość związaną z koniecznością zmiany zachowania w

SDF
Scottish Drugs Forum

CONTAMINATED HEROIN WARNING

There have been a number of cases where people have contracted Botulism after using contaminated heroin

Botulism can kill if not treated quickly

If you experience any of these symptoms go to A&E immediately

- Blurred or double vision
- Slurred speech, difficulty speaking
- Difficulty swallowing
- Difficulty with tongue and lip movements
- Drooping or falling of the upper or lower eyelid
- Extreme weakness
- Possible inflammation at the injection site
- Paralysis that can affect the arms and legs
- Difficulty breathing

MISSED HITS, MUSCLE OR SKIN POPPING PUT YOU MOST AT RISK

Reduce your risk by:

- Stopping heroin use altogether
- Smoking heroin
- Making sure you hit a vein

For local drug services see:
www.scottishdrugservices.com

PH014.0214.01

odniesieniu do używania iniekcyjnego (...) szczególnie, jeśli sama ulotka była punktem wyjścia do rozmowy z pracownikami serwisów pomocowych” (Trayner i wsp. 2018: 6).

Innym przykładem interakcji pomiędzy leczeniem a redukcją szkód jest artykuł Brooks i wsp. (2018), w którym autorzy wskazują na użyteczność i celowość podawania alkoholu w szpitalach pod kontrolą personelu medycznego i w różnych formach (dożylnie, doustnie lub poprzez inhalacje) w radzeniu sobie z symptomami alkoholowego zespołu abstynencyjnego. Zdaniem autorów, obecna praktyka, opierająca się na benzodiazepinach, ignoruje ryzyko związane z sedacją, depresją oddechową oraz uzależnieniem. Przegląd uwzględniał wyniki sześciu badań klinicznych, z których pięć uznały alkohol za skuteczny środek w leczeniu lub zapobieganiu alkoholowemu zespołowi abstynencyjnemu, wyniki jednego z badań nie były rozstrzygające. Ponadto badania porównawcze również wspierały ideę alkoholu jako bezpiecznego i wartego rozważenia sposobu leczenia alkoholowego zespołu abstynencyjnego (Brooks i wsp. 2018: S149).

Podjęto również wysiłki związane z próbami obniżenia ryzyka samobójstwa wśród osób z zaburzeniami wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych. Przegląd sześciu badań spełniających kryteria Cochrane, w których testowano takie interwencje jak zmiany w dozowaniu buprenorfiny, edukację zdrowotną oraz terapię poznawczo-behawioralną nie wykazał jednak wpływu tych interwencji na zapobieganie samobójstwom lub myślom samobójczym (Padmanathan i wsp. 2020).

Podobnie jak w przypadku leczenia, niektóre interwencje z zakresu *komunikacji ryzyka* odbywają się *na styku profilaktyki i redukcji szkód*, jednak wydaje się, że koncentrują się one nadmiernie na zmianie indywidualnego zachowania, ignorując kontekst społeczno-polityczny. Do kwestii tych odnosi się artykuł McMahon i wsp. (2019) wykazując na nadmierne skoncentrowanie badań na interwencjach z zakresu redukcji szkód odnoszących się do zmiany zachowania na poziomie indywidualnym, kosztem interwencji mających na celu ograniczenie podaży oraz zmianę społecznego kontekstu zachowań ryzykownych. W przypadku gier hazardowych, mamy do czynienia z dużą ilością badań dotyczących *komunikacji ryzyka* – interwencji polegających na automatycznych lub zindywidualizowanych ostrzeżeniach i samoocenie, które generalnie mają pozytywny wpływ na zachowania hazardowe, ale są zaledwie częścią spektrum możliwych interwencji w tym zakresie, takich jak: ustawianie limitu; wstępne zobowiązanie, samo-wycofanie, usunięcie bankomatów i modyfikacja samych gier poprzez ustawienia limitu (McMahon 2019). Autorzy podkreślają, że „istnieje szereg badań, które wskazują na element społeczny, kontekstualny w odniesieniu

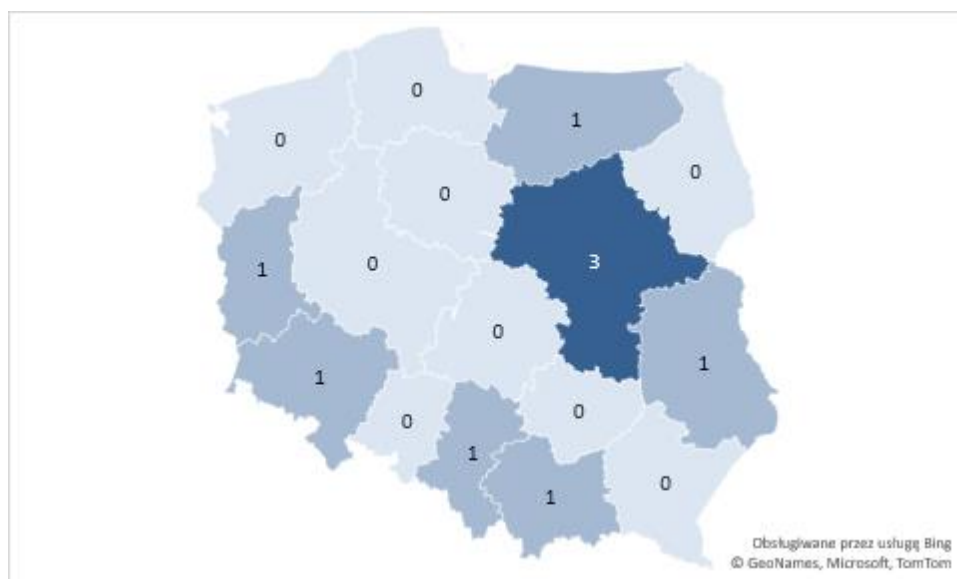
do zachowań hazardowych i potencjalnych szkód związanych z uprawianiem hazardu oraz wyniki badań wskazujące na związek pomiędzy dostępnością fizyczną miejsc, w których można uprawiać gry hazardowe i poziomem deprivacji społecznej tych obszarów (McMahon i wsp. 2019). Wydaje się, że skuteczność komunikacji ryzyka zależy od tego na ile jest ona częścią szerszej strategii związanej z interwencjami mającymi na celu redukcję szkód w odniesieniu do podaży.

POLSKIE PROGRAMY REDUKCJI SZKÓD

DOSTĘPNOŚĆ GEOGRAFICZNA

Objęte badaniem ankietowym programy redukcji szkód zlokalizowane są w siedmiu dużych lub średnich ośrodkach miejskich. Konkretnie są to: Warszawa, Kraków, Wrocław, Olsztyn, Chorzów, Puławy oraz Zielona Góra. Przy czym w Warszawie zlokalizowane są trzy niezależne programy a w pozostałych miastach po jednym. Tutaj warto jednak wspomnieć, że program od którego nie udało się pozyskać wypełnionej ankiety zlokalizowany jest we Wrocławiu; w mieście tym realizowane są więc aktualnie dwa programy. Wykres 1 zestawia rozmieszczenie programów redukcji szkód, które wzięły udział w badaniu, na mapie podziału administracyjnego Polski.

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



ZAKRES PROWADZONYCH INTERWENCJI

Wszystkie spośród przebadanych programów redukcji szkód dystrybuują czyste igły i strzykawki, z czego prawie wszystkie programy (8 na 9 programów) realizują także zbiórkę i utylizację zużytych igieł i strzykawek. W przypadku większości programów realizuje się lokalny streetworking (7 programów), a także liczne działania indywidualne realizowane w jednym z prowadzonych w ramach czterech programów punktów drop-in, czy też poradniach związanych strukturalnie z niektórymi programami. Do działań tych należą: interwencje kryzysowe (8 programów), poradnictwo socjalne (7 programów), prawne (5 programów) i zawodowe (4 programy), udzielanie konsultacji/wsparcia psychologicznego (6 programów) i konsultacji lekarskich (4 programy), prowadzenie terapii indywidualnej (4 programy), usługi pielęgniarstwa (5 programów) oraz testowanie w kierunku HIV/AIDS, HBV, HCV i kiły (5 programów). Ponadto, trzy programy wskazały także realizację mobilnego serwisu wymiany igieł i strzykawek; 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). Terapie substytucyjną (w tym dwie za pomocą metadonu i suboxonu a jedna za pomocą buprenorfiny) realizują trzy spośród przebadanych 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 np. w moczu, prowadzenie telefonu zaufania, praca metodą case management, wydawanie posiłków i odzieży czy pomoc w wyrobieniu dokumentów (np. bezpłatne wykonanie zdjęć). Jeden z programów oferuje także opiekę noclegową.

ODBIORCY PROGRAMU

Programy redukcji szkód w Polsce skierowane są do osób pełnoletnich uzależnionych od substancji psychoaktywnych, często używających ich drogą iniekcji. Uczestnicy programów to osoby doświadczające szeregu problemów emocjonalnych, zdrowotnych, społecznych i prawnych spowodowanych używaniem narkotyków, bez wsparcia rodziny, często bezdomne. Pozostają poza systemem leczenia albo na jego obrzeżach, jeśli podejmowali w przeszłości próby leczenia to były one nieskuteczne – przerywali program terapeutyczny przed jego ukończeniem, nie byli w stanie dostosować się do tego zaleceń. Charakteryzuje ich też 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 naużywają 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 odbudowywać 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.

Jednym z głównych celów programów redukcji szkód są działania zmierzające do **poprawy bezpieczeństwa publicznego**. Realizatorzy programów opisują je w następujący sposób:

„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).

Niezwykle istotnymi celami w obszarze zdrowia są **profilaktyka zakażeń HIV, HCV i kiły oraz zakażeń związanych z iniekcjami** oraz **poprawa stanu zdrowia adresatów programu** poprzez prowadzenie kompleksowych oddziaływań w warunkach stacjonarnych oraz w środowisku klienta zmierzających do:

- podniesienia poziomu wiedzy na temat zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych;
- zmiany wzorów używania substancji psychoaktywnych na mniej szkodliwe;
- zmniejszenia liczby schorzeń somatycznych związanych z iniekcjami;
- zwiększenia dostępu do anonimowego testowania w kierunku zakażeń HIV, HCV i kiły wśród osób używających substancji psychoaktywnych;
- zwiększenia liczby osób świadomych swojego statusu serologicznego oraz podejmujących leczenie w programach lekowych dla osób HCV+;
- wzrostu świadomości dotyczących uzależnienia i chorób współistniejących oraz zwiększenia liczby osób podejmujących odpowiednie leczenie.

Działania w tym obszarze obejmują:

- edukację dotyczącą między innymi takich obszarów jak: (a) choroby przenoszone przez krew, (b) zapobieganie przedawkowaniom, (c) bezpieczne przeprowadzanie iniekcji, (d) możliwości leczenia w przypadku zachorowania, (e) właściwego korzystania z systemu opieki zdrowotnej;
- kształtowanie właściwych postaw i zachowań w kontekście ograniczania ryzyka związanego z używaniem narkotyków (np. bezpieczne kontakty seksualne, iniekcje);
- zwiększenie liczby miejsc darmowej i codziennej dystrybucji sprzętu iniekcyjnego, liczby wydawanego sprzętu i innych materiałów;
- wydawanie środków opatrunkowych i podstawowych środków leczniczych (m.in. octanisept, tribiotic, preparaty na świerzb, grzybicę, wszawicę, maść z wit. A, clotrimazol);
- wsparcie terapeutyczne;
- udzielanie pomocy medycznej.

Ponadto istotne w tym kontekście jest działanie 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 redukcji szkód 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. W ten sposób realizatorzy programów docierają z pomocą do „osób uzależnionych a zarazem wykluczonych społecznie, bezdomnych, starszych, samotnych, niepełnosprawnych, z zaburzeniami psychicznymi, osób dla których polski wysokoprogowy system opieki ma zbyt ubogą ofertę” (P3).

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

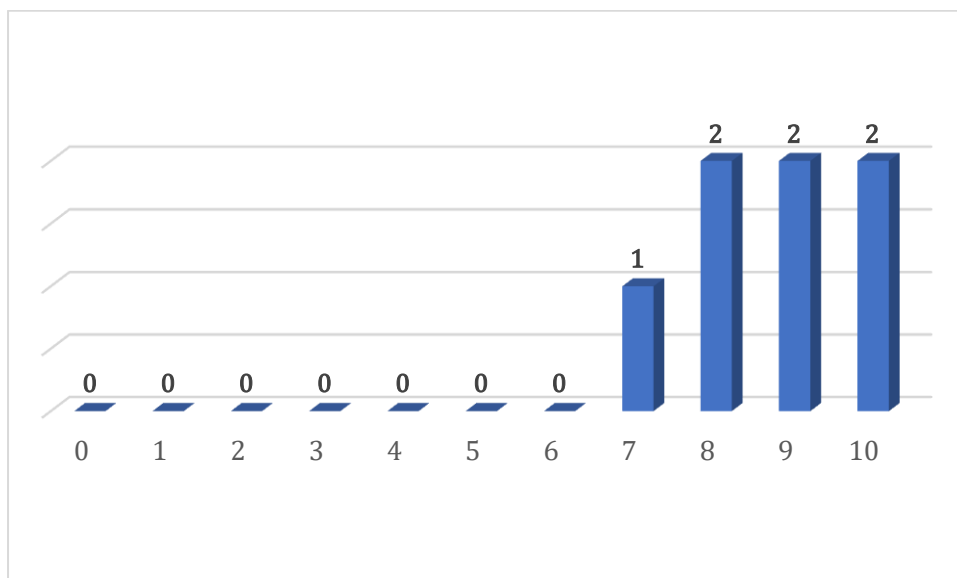
- wzbudzaniu poczucia godności i szacunku do siebie samego poprzez życzliwy i bezpieczny kontakt z pracownikami programu;
- poprawie higieny beneficjentów poprzez rozdawanie czystej odzieży, udostępnienie pryszniców oraz środków higieny (szampon, mydło, maszynka do strzyżenia włosów i zarostu);
- zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych poprzez wydawanie posiłków, stworzenie bezpiecznego miejsca w postaci świetlicy drop-in i udostępnienie aneksu kuchennego;
- utworzeniu oferty mieszkań readaptacyjnych;
- pomocy w konstruktywnym poradzeniu sobie z kryzysami życiowymi;
- wsparciu w uregulowaniu spraw urzędowych i socjalnych poprzez możliwość skorzystania z konsultacji socjalnych oraz np. wykonania zdjęć do dokumentów;
- rozwiązywaniu problemów prawnych klientów, zapobieganie ich kryminalizacji poprzez umożliwienie dostępu do darmowej pomocy prawnej;
- pomoc w podjęciu pracy zawodowej.

Realizatorzy programów redukcji szkód podkreślają jednocześnie, że pomimo wielu sukcesów, specyfika ich pracy wymaga uświadomienia sobie, że nie zawsze i nie wszystkim udaje się pomóc:

„Redukcja szkód jest działaniem niezwykle ważnym i w wielu przypadkach ratuje życie i zdrowie osobom uzależnionym od środków psychoaktywnych. Jednak interwencja ograniczona do redukcja 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).

W celu ilościowego określenia stopnia realizacji założonych celów poszczególnych programów respondenci proszeni byli o zaznaczenie swojej oceny na jedenastopunktowej skali (gdzie 0 oznaczało „w ogóle nie są realizowane” a 10 „są realizowane w pełnym zakresie”). Wykres 2 przedstawia odpowiedzi dotyczące siedmiu spośród dziewięciu przebadanych programów redukcji szkód (dwóch respondentów wstrzymało się od odpowiedzi). Z udzielonych odpowiedzi, mieszczących się w zakresie od „7” do „10”, wynika, że stopień realizacji celów programów redukcji szkód jest oceniany na wysoki.

Wykres 2. Ocena stopnia realizacji celów programu redukcji szkód.



Wielu realizatorów programów redukcji szkód ma poczucie, że ich działania są skuteczne i akceptowane przez klientów: „Uważam, że realizujemy cele programu, a nasi klienci chętnie korzystają z oferty fundacji” (P2).

Jeden z programów (P8) wskazał na konkretne wskaźniki realizacji założonych celów: (a) „wśród osób korzystających z dyżurów pielęgniarskich stan ran poprawi się u 30% odbiorców usług pielęgniarskich; (b) wśród osób korzystających z dyżurów prawnika u 50% z nich sytuacja prawna poprawi się; (c) wśród osób korzystających z interwencji socjalnych/case management sytuacja socjalna poprawi się u 70% z nich; (d) wśród osób korzystających z interwencji kryzysowych lepsze radzenie sobie w sytuacji kryzysu uzyska 80% klientów; (e) wśród osób korzystających z prysznic, pralki, posiłku 100% klientów uzyska zaspokojenie potrzeb w tym zakresie; (f) wśród odbiorców korzystających z wymiany sprzętu iniekcyjnego u 75% z nich będzie to miało wpływ na zmniejszenie infekcji; (g) wśród osób korzystających z oferty Fundacji u 80% z nich poziom wiedzy ulegnie zwiększeniu; (h) wśród osób korzystających z oferty Fundacji 70% odbiorców zwiększy poziom dbania o higienę iniekcji; (i) wśród osób korzystających z oferty Fundacji 25% odbiorców zmieni okresowo lub na stałe drogę przyjmowania z iniekcyjnej na nieiniekcyjną”.

Wskazywano, jednocześnie na potrzeby finansowe, które pozwoliłyby na pełną realizację założonych celów poprzez:

„(...) wydłużenie godzin pracy, powiększenie lokalu, zwiększenie liczby ludzi zatrudnionych” (P2).

„Nasz program realizuje wszystkie swoje cele. Niektóre działania jednak od lat nie są finansowane (opieka nocna). Brakuje kilku elementów naszego wewnętrznego systemu wsparcia, by program był kompletny (lekarz, doradca zawodowy, leczenie substytucyjne, hostel, działalność gospodarcza dająca zatrudnienie klientom w programie readaptacji). (...) Jeszcze w najbliższym półroczu planujemy uruchomić działalność gospodarczą – spółdzielnię socjalną” (P3).

Na poczucie stopnia realizacji celów wpłynęła również sytuacja epidemiologiczna w kraju związana z pandemią COVID-19: „Marzec-kwiecień 2020 r. program był realizowany w skali od 0-10 na 3. W obecnej chwili od października 2020 r do lutego 2021 r. realizujemy program w stopniu pełnym” (P6).

Jeden z programów odmówił skwantyfikowania stopnia realizacji celów, argumentując to w następujący sposób: „Gdyby wziąć pod uwagę jedynie osiągnięcie założonych celów liczbowych (liczba klientów objętych pomocą, liczba kontaktów, wydany sprzęt iniekcyjnego, posiłków itd.) to można byłoby zaznaczyć 10. Jednak cele jakie sobie stawiamy nie są zero-jedynkowe i określenie tego, w jakim zakresie realizowane nie jest takie proste.

Wielu z naszych klientów nie jesteśmy w stanie pomóc i zmienić ich stylu życia na mniej chaotyczny, czasem jesteśmy świadkami ich porażek, a nawet tragedii. Dlatego nie dokonuję wymiernej oceny" (P5). Ponadto jeden z punktów wymiany igieł i strzykawek uzasadnił brak odpowiedzi na to pytanie brakiem finansowania programu w minionym roku: „W 2020 realizowaliśmy działania redukcji szkód w miarę własnych możliwości z powodu braku finansowania konkretnego programu" (P7).

SUKCESY W REALIZACJI PROGRAMU

ZAUFANIE ADRESATÓW PROGRAMU I OBSERWOWALNE EFEKTY PODEJMOWANYCH DZIAŁAŃ

Realizatorzy programów redukcji szkód zapytani o to co uważają za największy sukces programu najczęściej odwoływali się do głównych celów realizacji programu i widocznych sukcesów właśnie w tym obszarze. Tym samym najważniejszym osiągnięciem programu jest pozyskanie zaufania adresatów programu i możliwość obserwowania jak podejmowane działania przekładają się na realną zmianę w życiu tych osób związaną z poprawą ich zdrowia, ograniczeniem zachowań ryzykowanych oraz poprawą funkcjonowania społecznego. Istotna w tym kontekście jest też poprawa obrazu instytucji pomocowych, co może przekładać się na zwiększenie gotowości po skorzystaniu z pomocy terapeutycznej.

- „Jednym z naszych głównych sukcesów jest pozycja i opinia, jaką mamy wśród osób uzależnionych od narkotyków na terenie [naszego miasta]. Jesteśmy powszechnie rozpoznawalni, większość osób sama chętnie korzysta z naszej oferty, wielokrotnie osoby głęboko uzależnione zgłaszają się z prośbą o pomoc. Świadczy to o dużym zaufaniu oraz pozytywnym odbiorze naszych działań". (...)
- „Zmieniliśmy obraz instytucji pomocowych wśród osób czynnie uzależnionych. Nasi odbiorcy jeszcze kilka lat temu mieli negatywny obraz instytucji pomocowych, poradni i innych placówek, z których korzystali niechętnie albo w ogóle. Dzięki pozytywnej relacji i szacunkowi udało nam się w sporej części odbiorców wzbudzić zaufanie i doprowadzić do większej gotowości na sięgnięcie po pomoc" (...)
- „Doprowadzenie do sytuacji, że większość naszych odbiorców nie korzysta, albo korzysta sporadycznie z używanego sprzętu. Widzimy, że wymiana igieł i strzykawek cieszy się bardzo dużym zainteresowaniem, klienci chętnie z niej korzystają i

zaczynają siebie nawzajem upominać, aby zamiast korzystać z brudnego sprzętu, wymienić go” (...)

- „Zaobserwowaliśmy poprawę zdrowia oraz symptomy większego dostosowania społecznego u naszych regularnych odbiorców: mniej konfliktów z policją, mniejszą uciążliwość społeczną (nie przesiadywanie na klatkach schodowych, zachowywanie się w miejscach publicznych w bardziej akceptowalny sposób, szybsze i większe szanowanie granic)” (P2).

STWORZENIE KOMPLEKSOWEJ OFERTY PROGRAMU REDUKCJI SZKÓD I POSZERZENIE JEJ O NOWE ELEMENTY

Drugim obszarem wskazywanym jako najważniejszy sukces programu i również ściśle związanym z realizacją jego celów programu jest świadomość, że aktualna oferta program jest kompleksowa oraz zadowolenie z faktu, że udało się ją poszerzyć o nowe, ważne i potrzebne aktywności.

- „Stworzenie Zintegrowanego Centrum Pomocy i Redukcji Szkód stanowiącego kompleksową ofertę skierowaną do użytkowników substancji psychoaktywnych. W Centrum dostępni są specjaliści odpowiadający na specyficzne potrzeby tej grupy” (P8).
- „Różnorodność oferty i dostosowanie oferty do potrzeb danego człowieka. Posiadamy zarówno oddziaływania niskoprogowe, skoncentrowane na redukcji szkód, ale udzielamy też pomocy na drodze do abstynencji (np. w razie potrzeb załatwiamy lub wozimy podopiecznych na detoksy, do ośrodków, mamy ofertę poradni skierowaną do osób chcących rozpocząć abstynencję). Udzielamy pomocy na różnych płaszczyznach: emocjonalnej, informacyjnej, medycznej, socjalnej itp.)” (P2).
- „Mobilny Serwis Redukcji Szkód to jedyny tego typu program w Polsce, który (...) może dotrzeć bezpośrednio do użytkowników w miejscu ich przebywania” (P1).
- „Utworzenie modułu readaptacji społecznej w oparciu o hostel (10 miejsc), o mieszkania readaptacyjne (7 miejsc), zaplecze rekreacyjne (12 miejsc)” (P3).

ZINTEGROWANIE PROGRAMU W SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ

Istotnym sukcesem wskazywanym przez niektórych realizatorów programu jest zintegrowanie go i pozytywny, a nawet wspierający odbiór ze strony społeczności lokalnej.

„Dużym sukcesem – biorąc pod uwagę specyfikę projektu oraz doświadczenia innych tego typu przedsięwzięć w Polsce – jest to, że od kilku lat funkcjonujemy bezkonfliktowo w centrum miasta. Z projektu korzystają osoby czynnie używające narkotyków, które potrafią być dość uciążliwe dla otoczenia, Nie mniej jednak od początku podjęliśmy wiele wysiłków, aby nie doszło do eskalacji konfliktów w sąsiedztwie. (...) Wokół realizacji projektu udaje się nam zgromadzić duże zainteresowanie wśród studentów pedagogiki i psychologii krakowskich uczelni wyższych. Co roku mamy mnóstwo praktykantów, stażystów, spośród których wielu zostaje wolontariuszami pracującymi na rzecz projektu” (P5).

Można to uznać za spory sukces, szczególnie, że nie wszystkim programom udało się to osiągnąć. Realizatorzy programów zapytani o relacje ze społecznością lokalną wskazywali zarówno na relacje przyjazne:

„Społeczność lokalna to dla nas z jednej strony osoby zamieszkujące tą część [miasta], w której zlokalizowany jest DROP-IN, właściciele i osoby pracujące w okolicznych sklepach, punktach usługowych i restauracjach. Z drugiej strony to służby porządkowe (np. pobliski komisariat policji) oraz inne zlokalizowane w sąsiedztwie podmioty, z którymi współpracujemy (jak np. pobliskie przytulisko dla bezdomnych mężczyzn). Określenie „przyjazne relacje” jest odpowiednie” (P5).

jak i na fakt, że ukształtowanie takich relacji wymaga wysiłku oraz podejmowania działań edukacyjnych:

„Przez lata zespół mobilnego serwisu wielokrotnie rozmawiał, edukował lokalną społeczność. Ta praca przynosi efekty, gdyż możemy spokojnie realizować nasze działania gdyż lokalna społeczność wie po co i dlaczego tam jesteśmy. Wie, że nasza praca jest potrzebna” (P1).

Niektórzy realizatorzy wskazywali jednocześnie na neutralne relacje ze społecznością lokalną i brak konfliktów, który częściowo wynika z braku problemów ze strony klientów programu, co przekłada się na fakt, że społeczność lokalna nie do końca ma świadomość, że taki

program istnieje. Z drugiej strony sąsiedzi świadomi istnienia programu reagują dwojako, co można dostrzec w poniższym przykładzie:

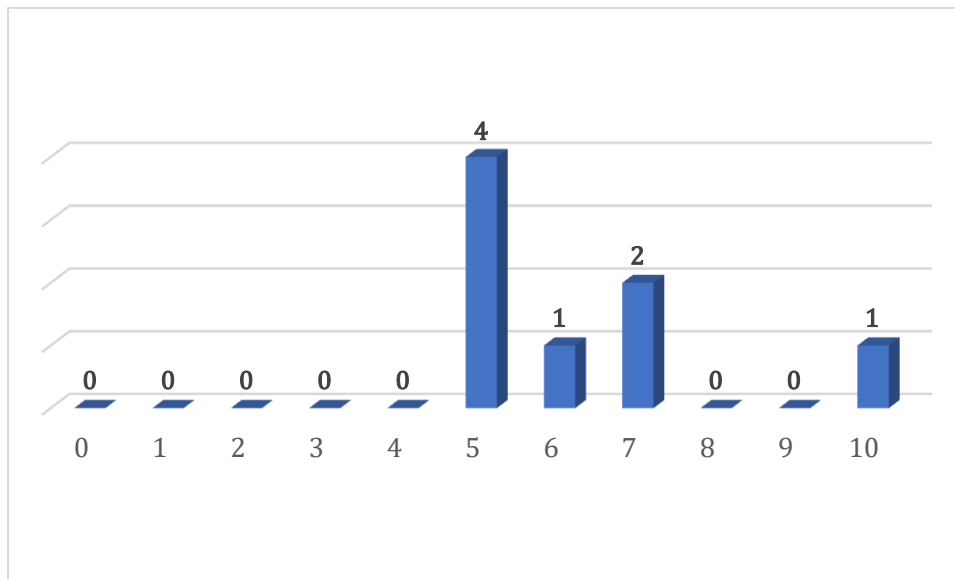
„Większość osób prawdopodobnie nie interesuje się tym, czym się zajmujemy. Na przestrzeni istnienia programu spotykaliśmy się z różnymi reakcjami: zdarzało się, że mieliśmy pozapychane zamki w drzwiach lub urwaną skrzynkę na listy (szczególnie na początku takie incydenty), ale też zdarzało się, że sąsiedzi przynosili do nas jedzenie, które mogliśmy przekazać beneficjentom. Stąd trudno jednoznacznie określić, jaki jest odbiór programu” (P2).

Wreszcie, niektórzy realizatorzy programów wskazywali na wyraźną niechęć, wręcz wrogość ze strony społeczności lokalnej, co obrazuje przykład poniżej:

„O ile w zakresie działań redukcji szkód i rzeczniczych czujemy się docenieni, potrzebni i służący społeczności lokalnej, to nasze stacjonarne działania realizowane w centrum Warszawy, napotykają niechęć wspólnoty mieszkaniowej. Nie stwarzamy dla tej wspólnoty żadnego istotnego problemu, a skargi na naszych klientów zdarzają się niezwykle rzadko (nasz bardzo liberalny program jest restrykcyjny wobec działań naszych klientów wymierzonych w otoczenie naszej poradni i hostelu), jednak napotykamy niechęć i odmowy, gdy wnosimy różne wnioski do zarządu wspólnoty mieszkaniowej budynku, w którym prowadzimy działalność. Najczęstszy argument jaki pada, to „państwa działalność obniża wartość naszych mieszkań”. Nasz ostatni wniosek o zgodę na montaż podjazdu dla wózków inwalidzkich właśnie w ostatnich dniach otrzymał odpowiedź negatywną” (P3).

Zróżnicowanie ocen relacji pomiędzy programem a społecznością lokalną obrazują wyniki zamieszczone na Wykresie 3. Podobnie jak w przypadku oceny stopnia realizacji celów programu, realizatorzy byli proszeni o zaznaczenie na jedenastopunktowej skali tego jaka jest według nich relacja ta aktualnie wygląda. W tym przypadku, odpowiedzi oznaczały kolejno: 0 – „relację wrogą, konfliktową”, 5 – „relację neutralną, w tym neutralność wynikającą z braku wiedzy o istnieniu programu”, 10 – „relację przyjazną”. Odpowiedzi na to pytanie udzieliło ośmiu spośród dziewięciu przebadanych realizatorów programu (pozostały realizator uzasadnił powstrzymanie od odpowiedzi brakiem finansowania programu w minionym roku). Otrzymane wyniki wskazują wyraźnie, że obecne relacje programów i społeczności lokalnych są neutralne lub dobre ale nie negatywne.

Wykres 3. Ocena relacji pomiędzy programem a społecznością lokalną.



BARIERY W REALIZACJI PROGRAMU

Realizatorzy programów redukcji szkód wymienili również szereg barier, które utrudniają im realizację założonych celów. Podstawowym ograniczeniem są **brak lub niewystarczające środki finansowe oraz bariery prawne i administracyjne**. Dodatkowe środki pozwoliłyby kontynuować lub poszerzyć zakres oddziaływań, zatrudnić dodatkowych pracowników, zrobić remont, zakupić sprzęt biurowy. Jeśli chodzi o bariery administracyjne realizatorzy wskazywali na potrzebę wieloletniego kontraktu, który pozwoliłby im tworzyć długofalowe strategie i dawałby poczucie stabilizacji oraz na potrzebę powiększenia bazy lokalowej i procedurach administracyjnych utrudniających czy też spowalniających proces uzyskania go.

- „Z uwagi na brak dofinansowania działań redukcji szkód w roku 2020 poradnia prowadziła wymianę igieł i strzykawkę ze środków własnych. Mając na uwadze dobro pacjentów korzystających z działań redukcji szkód nie chcieliśmy pozbawić ich pomocy oraz możliwości dostępu do czystego sprzętu iniekcyjnego” (P7).
- „Problemem jest brak wieloletniego kontraktu na finansowanie projektu, co dawałoby nam więcej pewności w planowaniu strategii na dłuższe przedziały czasowe” (P5).
- „Zbyt mała baza lokalowa. Od roku staramy się o uzyskanie większego lokalu, (...) mamy upatrzony odpowiedni pustostan, który doskonale wpisuje się w cele

programu, [jednak] procedury pozyskania go są na tyle skomplikowane, że sprawa bardzo powoli posuwa się do przodu" (P2).

- „Małe fundusze z lokalnych środków, przez co brak możliwości poszerzania ofert, nieczytelne konkursy, brak powiadomień o nowych środkach czy inicjatywach" (P9).

Z barierami finansowymi oraz prawno-administracyjnymi wiąże się, wymieniana przez niektórych realizatorów programów, niezrealizowana potrzeba wdrażania metod redukcji szkód sprawdzonych w innych krajach, jak pokój iniekcji czy noclegownia.

- „Ograniczenia dotyczą przede wszystkim barier prawnych, które nie pozwalają na rozbudować projekt o pokój higieniczny, w którym klienci mogliby w higienicznych warunkach i pod kontrolą używać narkotyków" (P5).
- „Brak miejsc noclegowych dla odbiorców programu, (...) niemożność wdrażania innowacyjnych rozwiązań sprawdzonych na Zachodzie" (P8).

Kolejna grupa barier, to wymieniane przez realizatorów programów redukcji szkód **trudności we współpracy** z policją, MOPS czy też wspólnotą sąsiedzką.

- „Brak współpracy i zrozumienia ze strony policji. Wielu funkcjonariuszy w dalszym ciągu nie rozumie, o co chodzi w pracy streetworkera oraz w podejściu ukierunkowanym na redukcję szkód, w związku z tym często narażeni jesteśmy na nieprzyjemności (np. pół dyżuru przebiega na sprawdzaniu dowodów osobistych, kontroli osobistej). Jest to problem, który zmniejszył się na przestrzeni ostatnich lat, jednak zdarza się, że nadal pojawiają się trudności" (P2).
- „Ograniczona współpraca z instytucjami specjalistycznymi, kiedy pomoc ma być skierowana do osób głęboko uzależnionych często nosicieli chorób zakaźnych typu HIV, AIDS, HCV" (P6).
- „Problemy techniczne lokalu (brak podjazdu dla wózków i brak zgody wspólnoty mieszkaniowej na jego instalację) utrudniają nam uzyskanie kontraktu NFZ na prowadzenie Poradni Leczenia Uzależnień i programu substytucyjnego dla osób z niepełnosprawnościami" (P3).

Wreszcie ostatnia grupa barier wiąże się z **percepcją społeczną** oraz stereotypami funkcjonującymi w przestrzeni publicznej, przekładającymi się na negatywny obraz

programów pomocowych i ich klientów oraz niechęć do prowadzonych przez programy działań.

- „Opinia społeczna – widzimy, że w społeczeństwie nadal funkcjonuje przekonanie, że redukcja szkód to „ułatwianie brania” oraz negatywny obraz narkomana. Z tego powodu nasi podopieczni często wstydzą się korzystać np. ze świetlicy drop-in lub starają się wymieniać sprzęt tak, aby nikt nie widział” (P2).
- „Stereotypy i negatywne kampanie społeczne inicjowane przez przeciwników redukcji szkód (P8).

PERSONEL PROGRAMÓW

Z odpowiedzi nadesłanych przez realizatorów poszczególnych programów wynika, że posiadają one różną strukturę oraz formę zatrudnienia pracowników.

Przykładowa struktura zatrudnienia w projekcie realizującym szereg różnych celów z zakresu redukcji szkód wygląda następująco:

- „Koordynator merytoryczno-administracyjny: 1 osoba - ½ etatu
- Pracownicy środowiskowi (dyżurujący w drop-in): 3 osoby x ½ etatu + kilka osób w oparciu o umowy zlecenia (każda po 3-4 dyżury w miesiącu)
- Prawnik (umowa zlecenie): 2-3 godziny w tygodniu
- Superwizor (umowa zlecenie): 3-4 godziny w miesiącu
- Księgowa (umowa zlecenie): 10 godzin w miesiącu” (P5).

W przypadku dwóch programów ogólna liczba zatrudnionych w wymiarze etatu pracy wynosiła 1,5-2, w przypadku kolejnej dwójki były to 3-4 etaty, natomiast jeden z programów posiadał 8 pełnych etatów. Ponadto, z załączonych komentarzy wynikało, że w programach redukcji szkód pracownicy zatrudniani są także na umowy zlecenia lub jednoosobową działalność gospodarczą.

- „Projekt oparty jest na godzinach pracy zespołu, tygodniowo 12 godzin pracy 4 pracowników plus obsługa administracyjno-biurowa, koordynacja i obsługa finansowa” (P1).

- „Pracownicy zatrudnieni na umowę zlecenie lub jednoosobową działalność gospodarczą 6 osób” (P2)

Kilku z realizatorów wskazało także na korzystanie z pracy wolontariuszy:

- „3-7 wolontariuszy” (P3)
- „1 osoba dodatkowo jest na wolontariacie”. (P6)

ŹRÓDŁA FINANSOWANIA PROGRAMÓW

Respondenci byli proszeni także o wskazanie źródeł finansowania realizowanych przez siebie programów w ciągu ostatniego roku, wraz z procentowym określeniem rozkładu tego finansowania w ramach całości dysponowanych środków. Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że głównym źródłem finansowania większości z aktualnie działających programów są fundusze uzyskiwane od Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Dwóch respondentów raportowało, że fundusze te stanowią 100% ich budżetu, inny że jest to ok. 82%, dla czwórki kolejnych było to 40-60% budżetu, a dla pozostałych dwóch programów było to 10 lub 0% ich finansowania. Drugim istotnym źródłem finansowania są środki pozyskiwane od samorządów lokalnych, które dla czwórki spośród respondentów stanowiły 40-50% środków ich budżetu. Dla jednego z programu Narodowy Fundusz Zdrowia stanowił 90% finansowania całości budżetu. Ponadto, realizatorzy pojedynczych programów raportowali także 10-20% finansowania pochodzących ze środków prywatnych nadrzędnej placówki (np. fundacji) oraz 10% środków pochodzących z darowizn.

Należy podkreślić, że odpowiedzi te dotyczyły finansowania poszczególnych programów w minionym roku 2020 r. Realizatorzy dwóch spośród przebadanych programów dołączyli komentarze wskazujące na różnicowanie corocznych budżetów ze względu na udział poszczególnych źródeł dofinansowania.

- „Powyższe dane dotyczą roku minionego (2020). Co roku jest nieco inny budżet – jeśli chodzi o jego wysokość, i co roku udział poszczególnych donatorów jest inny. Niezmiennie, podstawową częścią budżetu jest dofinansowanie z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Jest ono podstawowe z kilku powodów: 1) podpisanie umów z KBPN następuje na początku roku i też od początku roku jest on realizowany. Dla porównania umowę z Urzędem Miasta na dofinansowanie w roku 2020 podpisaliśmy dopiero w sierpniu 2020 i zaczęła ona obowiązywać we wrześniu

2020; 2) wysokość przyznawanych środków ze źródeł lokalnych ma charakter uzupełniający; 3) zdarza się, że KBPN przyznaje środki na realizację projektu na okres więcej niż jednego roku” (P5)

- „W latach 2021-22 ta struktura będzie wyglądała inaczej: 30% KBPN, 30% samorząd, 30% środki europejskie, 10% darowizny. Środki europejskie trafiły do nas w latach 2010-2021, trzy razy” (P3)

Co istotne, realizatorzy jednego z programów raportowali brak uzyskania jakichkolwiek środków w roku 2020 : „W roku 2020 nie otrzymaliśmy dofinansowania na działania programu Redukcji Szkód” (P7).

STRESZCZENIE WYNIKÓW/ PODSUMOWANIE

KONCEPCJA REDUKCJI SZKÓD odnosi się do polityk, programów i praktyk, których podstawowym celem jest ograniczenie występowania negatywnych konsekwencji zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych związanych z używaniem legalnych oraz nielegalnych substancji psychoaktywnych, a nie samo ograniczenie konsumpcji substancji psychoaktywnych. Tym samym, beneficjentami interwencji z zakresu redukcji szkód są nie tylko użytkownicy substancji psychoaktywnych, ale również ich najbliższe otoczenie – rodziny oraz społeczność lokalna.

W raporcie podsumowujemy najnowsze doniesienia na temat efektywności różnego typu programów i interwencji oraz prezentujemy programy redukcji szkód realizowane w Polsce. Poruszamy również kwestie roli i miejsca tej koncepcji w narodowych strategiach w obszarze zdrowia dotyczących uzależnień oraz percepcji społecznej działań z zakresu redukcji szkód. Opisujemy czynniki ułatwiające i utrudniające implementację podejścia redukcji szkód w obszarze uzależnień odnosząc się do badań dotyczących rzecznictwa redukcji szkód.

POLSKIE PROGRAMY REDUKCJI SZKÓD

Polskie programy redukcji szkód zlokalizowane są w siedmiu ośrodkach miejskich. Ich działania obejmują: dystrybucję i utylizację igieł i strzykawek, środków opatrunkowych i podstawowych środków leczniczych; *outreach*; poradnictwo socjalne, prawne i zawodowe;

udzielanie wsparcia psychologicznego i konsultacji medycznych oraz testowanie w kierunku HIV/AIDS, HBV, HCV i kiły. Niektóre programy prowadzą leczenie substytucyjne.

ODBIORCY PROGRAMÓW. Programy skierowane są do osób pełnoletnich uzależnionych od substancji psychoaktywnych, często używanych drogą iniekcji. Uczestnicy programów to osoby doświadczające szeregu problemów emocjonalnych, zdrowotnych, społecznych i prawnych spowodowanych używaniem narkotyków, bez wsparcia rodziny, często bezdomne. Pozostają poza systemem leczenia albo na jego obrzeżach, jeśli podejmowali w przeszłości próby leczenia były one nieskuteczne: przerywali program terapeutyczny przed jego ukończeniem, nie byli w stanie dostosować się do jego zaleceń. Charakteryzuje ich też niski poziom wiedzy w zakresie zdrowia.

CELE PROGRAMÓW. Działania programów zmierzają do **poprawy bezpieczeństwa publicznego**. Ich celami w obszarze zdrowia są **profilaktyka zakażeń HIV, HCV i kiły oraz zakażeń związanych z iniekcjami** oraz **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 dotyczących 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 rozwiązania problemów prawnych klientów.

BARIERY. Realizatorzy programów redukcji szkód wymienili szereg barier, które utrudniają im realizację założonych celów. Podstawowym ograniczeniem są **brak lub niewystarczające środki finansowe** oraz **bariery prawne i administracyjne**. Dodatkowe środki pozwoliłyby kontynuować lub poszerzyć zakres oddziaływań. Jeśli chodzi o bariery administracyjne realizatorzy wskazywali między innymi na potrzebę wieloletniego kontraktu, który pozwoliłby im tworzyć długofalowe strategie i dawałby poczucie stabilizacji. Z barierami finansowymi oraz prawno-administracyjnymi wiąże się, wymieniana przez niektórych realizatorów programów, niezrealizowana potrzeba wdrażania metod redukcji szkód sprawdzonych w innych krajach. Kolejna grupa barier wiąże się z **percepcją społeczną** oraz stereotypami funkcjonującymi w przestrzeni publicznej, przekładającymi się na negatywny obraz programów pomocowych i ich klientów, niechęć do prowadzonych przez programy działań oraz **trudności we współpracy** z policją, MOPS czy też wspólnotą sąsiedzką.

EFEKTYWNOŚĆ INTERWENCJI Z ZAKRESU REDUKCJI SZKÓD

Wprowadzanie efektywnych interwencji w obszarze redukcji szkód bywa uznawane za kontrowersyjne. Dlatego też, tworzenie jasnych i klarownych rekomendacji na podstawie wyników badań naukowych jest tu szczególnie istotne. Jednak, badania naukowe często tylko w ograniczonym stopniu wspierają interwencje i programy redukcji szkód – należy pamiętać, że często wynika to nie z deficytów programów a z barier metodologicznych. Nie wszystkie problemy badawcze mogą być badane przy wykorzystaniu takich metodologii jak randomizowane czy kontrolowane badania kliniczne, ze względu na nieetyczność tego typu badań w pewnych populacjach, ale też ze względu na szereg problemów natury praktycznej. Często sama koncepcja i cel interwencji z zakresu redukcji szkód ogranicza możliwość zebrania „twardych” danych naukowych, nie oznacza to jednak, że programy te nie osiągają zamierzonych rezultatów.

EFEKTYWNOŚĆ PROGRAMÓW WYMIANY IGIEŁ I STRZYKAWEK. Głównym uzasadnieniem programów wymiany igieł i strzykawek jest zapobieganie infekcjom HIV oraz HCV związanym z używaniem niesterylnego sprzętu do iniekcji (Platt i wsp. 2018, Strike i Miskovic 2018). Jest to przykład interwencji, która nie ma rozstrzygających wyników, jeśli chodzi o jej efektywność, jeśli badana jest w oderwaniu od innych inicjatyw z zakresu redukcji szkód (również z powodów trudności metodologicznych w realizacji takich badań). Jednak badacze rekomendują włączanie programów wymiany igieł i strzykawek do szeroko rozumianej oferty

programów redukcji szkód skierowanych do iniekcyjnych użytkowników narkotyków (efekt synergii), (Aspinall i wsp. 2014).

BEZPIECZNIEJSZE OTOCZENIE. Pokoje iniekcyjne to rodzaj programu redukcji szkód, który polega na stworzeniu bezpiecznej przestrzeni, w której możliwe jest zażycie narkotyku, w higienicznych warunkach i pod nadzorem wykwalifikowanego personelu. Pokoje te zwykle są częścią szerszej oferty związanej z ograniczaniem szkód zdrowotnych i społecznych wynikających z używania substancji psychoaktywnych (Belackova i wsp. 2019). Wyniki badań wskazują, że pokoje iniekcyjne przyczyniają się do ograniczenia różnych zachowań ryzykowanych, jak na przykład dzielenie się sprzętem do iniekcji; przyczyniają się też do znacznego obniżenia ryzyka zgonu w wyniku przedawkowania, ograniczenia zakażeń HIV i HCV oraz powstawania ran i owrzodzeń dzięki higienicznym warunkom iniekcji. Co również istotne, istnienie pokoi iniekcyjnych znacznie przyczynia się do poprawy porządku i bezpieczeństwa publicznego – dzięki ograniczeniu liczby porzuconych na ulicy igieł i strzykawek oraz ograniczeniu liczby sytuacji, w których zażywanie narkotyku odbywa się w miejscach publicznych (Belackova i wsp. 2019, Magwood i wsp. 2020, Rhodes i wsp. 2006).

Badacze jednocześnie wskazują, że uwaga skoncentrowana na pokojach iniekcyjnych zawęża perspektywę związaną z interwencjami z zakresu przeciwdziałania szkodom związanym z używaniem narkotyków, których celem jest tworzenie bezpiecznego otoczenia i sugerują poświęcenie większej uwagi nisko-kosztowym, pragmatycznym interwencjom poprawiającym bezpieczeństwo używania substancji psychoaktywnych w miejscach publicznych – wszędzie tam, gdzie używa się narkotyków w iniekcjach (Rhodes i wsp. 2006).

Z badań w obszarze alkoholu wynika, że superwizowane programy alkoholowe pomagają ustabilizować poziom konsumpcji alkoholu, ułatwiają i umożliwiają dostęp do różnych form pomocy osobom uzależnionym, ograniczają konsumpcję niespożywczych napojów alkoholowych oraz liczbę hospitalizacji, jak też regulują używanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza (Magwood i wsp. 2020). Często głównym powodem tworzenia takich miejsc – skierowanych do głęboko zmarginalizowanych populacji osób uzależnionych od alkoholu i doświadczających szeregu problemów - są nie powody humanitarne, ale potrzeba przywrócenia porządku i bezpieczeństwa w miejscach publicznych (na przykład w otoczeniu dworców, w parkach, dzielnicach turystycznych), (Klingemann i Klingemann 2017a).

EFEKTYWNOŚĆ PROGRAMÓW SUBSTYTUCYJNYCH. Współcześnie podawanie substytutu narkotyku połączone z odpowiednim wsparciem psychospołecznym jest jednym z głównych

podejść w leczeniu uzależnienia od heroiny. Wiąże się to z nagromadzeniem szeregu wysokiej jakości badań, które wykazały efektywność leczenia metadonem czy buprenorfiną w celu ustabilizowania i poprawy sytuacji zdrowotnej osób uzależnionych od heroiny (Strang i wsp. 2012). Istnieje jednak grupa osób uzależnionych od heroiny, wobec której interwencje psychospołeczne oraz leczenie metadonem lub buprenorfiną nie okazały się skuteczne. Grupa ta jest niewielka liczebnie, jednak są to osoby doświadczające szeregu poważnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych, będących wynikiem wieloletniego uzależnienia. Z badań eksperymentalnych o wysokiej jakości i rygorze metodologicznym wynika, że dla osób wobec których zawiodły inne podejścia, wykorzystanie diamorfiny może okazać się efektywnym modelem leczenia substytucyjnego. Metoda ta była przedmiotem randomizowanych prób klinicznych w Szwajcarii (Perneger i wsp. 1998), Holandii (van den Brink i wsp. 2003), Hiszpanii (March i wsp. 2006), Niemczech (Haasen i wsp. 2007), Kanadzie (Oviedo-Joekes i wsp. 2009) i Anglii (Strang i wsp. 2010). Ich wyniki pokazują na efektywność programów substytucji diamorfina w porównaniu z leczeniem substytucyjnym przy wykorzystaniu metadonu, w znacznym ograniczeniu używania nielegalnej „ulicznej” heroiny, wyższe lub podobne wskaźniki pozostawania w programie i niższe wskaźniki zgonów. Obydwa typy programów przyczyniały się też do ograniczenia używania innych substancji jak alkohol lub kokaina, poprawy zdrowia psychicznego i fizycznego oraz funkcjonowania społecznego i jakości życia (Strang i wsp. 2012). Wskazywano również na większą liczbę skutków ubocznych podawania diamorfiny w porównaniu z metadonem. Stąd wyraźne rekomendacje, aby diamorfina administrowana była wyłącznie pod nadzorem personelu medycznego, który gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów również po podaniu tego środka (sugeruje się pozostawanie pod nadzorem medycznym przez 30 min od podania diamorfiny) oraz wskazania, aby był to program skierowany wyłącznie do osób, wobec których substytucyjne leczenie metadonem nie odniosło skutków (Strang i wsp. 2012).

PRZECIWDZIAŁANIE PRZEDAWKOWANIU. Przedawkowanie opioidów nie kończące się śmiercią jest jednym z najsilniejszych predyktorów zgonu z powodu przedawkowania. Tym samym osoby te powinny zostać otoczone szczególną troską a interwencje zdrowotne skierowane do nich powinny zawierać edukację zdrowotną związaną z ryzykiem przedawkowania, zachętę do ograniczenia konsumpcji czy też skorzystania z oferty programów substytucyjnych. Do strategii przeciwdziałania przedawkowaniu należą interwencje mające na celu włączenie osób nadużywających opiatów do programów substytucyjnych oferujących metadon, buprenorfinę oraz diamorfina czy też tworzenie superwizowanych pokoi iniekcji opisywanych wyżej (Babu i wsp. 2019). Inną ze strategii przeciwdziałania przedawkowaniom jest

zwiększenie dostępności naloksonu (Babu i wsp. 2019, Gunn i wsp. 2018). Strategia ta badana była w szpitalnych oddziałach ratunkowych w populacji osób używających opioidów, zarówno w celach medycznych (np. leczonych opioidami w związku z chronicznym bólem), jak i niemedycznych. Nie ma jednak jeszcze wystarczającej liczby dobrych jakościowo badań, które dawałyby mocne uzasadnienie naukowe skuteczności tych interwencji (są to też badania trudne do przeprowadzenia metodologicznie), choć wydaje się, że oferowanie naloksonu „na wynos” może okazać się skuteczną strategią, jest też strategią akceptowaną przez użytkowników opiatów, a edukacja zdrowotna na temat zapobiegania przedawkowaniom zwiększa wiedzę zdrowotną osób używających opiatów (Chen i wsp. 2020, Gunn i wsp. 2018).

PERSPEKTYWA SYSTEMOWA

Włączenie podejścia redukcji szkód do narodowych strategii radzenia sobie z uzależnieniami, jest wyrazem wszechstronnego podejścia do tych problemów, przy jednoczesnym dostrzeżeniu komplementarności i wagi poszczególnych elementów polityki zdrowotnej w tym obszarze. Przykładem dobrej praktyki w tym zakresie wydaje się strategia czterech filarów realizowana w Szwajcarii. Cztery filary reprezentują główne obszary działania - *zapobieganie, leczenie, redukcję szkód* oraz *regulacje prawne* - powiązane ze sobą na czterech wymiarach: *koordynacja i współpraca*; generowanie i wymiana *wiedzy*; *zwiększanie świadomości i informacja* oraz *polityka międzynarodowa*.

Warto jednocześnie zaznaczyć, że podejście redukcji szkód wywarło znaczny wpływ na system leczenia uzależnień: perspektywa ta przyczyniła się do pojawienia się niskoprogowych programów terapeutycznych, dzięki niej terapeuci zaczęli umożliwiać pacjentom stawianie sobie realistycznych i indywidualnych celów terapii związanych z poziomem gotowości do zmiany zachowania nałogowego. Programy ograniczania picia, podobnie jak krótkoterminowe programy terapeutyczne nakierowane na ograniczenie używania narkotyków oraz programy substytucyjne są częścią oferty terapeutycznej systemu leczenia uzależnień. Programy te, bywają również traktowane jak programy redukcji szkód, szczególnie, gdy kierowane są do użytkowników substancji psychoaktywnych, którzy nie byli w stanie – pomimo wskazań – utrzymać się w programach abstynencyjnych, a ich uzależnienie pogłębiało się, przyczyniając się do narastających szkód zdrowotnych i społecznych. W obszarze alkoholu, w wielu placówkach pacjenci leczenia uzależnień podejmują decyzję dotyczącą celu terapii, wybierając pomiędzy abstynencją a ograniczeniem konsumpcji. Z badań wynika, że obydwa te podejścia mają podobną efektywność (Henssler i

wsp. 2020). Jest to jeszcze jeden z przykładów jak **cztery filary polityki zdrowotnej nie istnieją w oderwaniu od siebie – przeciwnie, odbywa się pomiędzy nimi ciągły proces wymiany wiedzy i informacji oraz stały przepływ osób będących odbiorcami tych interwencji.**

Z badań wynika, że społeczny, ekonomiczny i polityczny kontekst, w którym realizowane są programy redukcji szkód znacząco wpływa na zakres i skuteczność podejmowanych przez nie działań. Tym samym, **zintegrowane podejście do polityki zdrowotnej przyczynia się do zwiększenia skuteczności lokalnych programów i interwencji.** Badacze wskazują też na efekt synergii różnego typu interwencji z zakresu redukcji szkód (co z przyczyn oczywistych jest bardzo trudne do zmierzenia) – o ile poszczególne typy interwencji nie zawsze mają wystarczające uzasadnienie naukowe, ich efektywność wydaje się wzrastać, jeśli są częścią szerszej strategii.

RZECZNICTWO. Zarówno wiedza naukowa, jak i znajomość perspektywy odbiorców programów jest niezbędna w realizacji efektywnych interwencji z zakresu redukcji szkód, które docierają do potencjalnych odbiorców i są przez nich akceptowane. Jednak, bez względu na istniejące uzasadnienia naukowe dla interwencji i programów redukcji szkód, nie mogą one istnieć w próżni społecznej, ale muszą być upozycjonowane w szerszym kontekście polityki zdrowotnej i wspierane przez różne koalicje rzecznicze. Badania nad rzecznictwem w odniesieniu do podejścia redukcji szkód oraz takie konstrukty analityczne jak *teoria koalicji rzeczniczych* podkreślają rolę i wagę agencji rządowych, stowarzyszeń, mediów, naukowców, lekarzy czy też liderów opinii w społeczności w procesie wprowadzania i wspierania inicjatyw z zakresu redukcji szkód, które mają uzasadnienie naukowe.

PERCEPCJA SPOŁECZNA. Społeczne kampanie informacyjne skierowane zarówno do populacji generalnej, jak i społeczności lokalnych w których realizowane są inicjatywy z zakresu redukcji szkód w odniesieniu do używania substancji psychoaktywnych są niezbędnym warunkiem skutecznej implementacji strategii redukcji szkód na poziomie zarówno systemowym, jak i lokalnym. Z badań wynika, że kampanie społeczne nie wpływają bezpośrednio na obniżenie poziomu konsumpcji substancji psychoaktywnych w społeczeństwie, ale przyczyniają się do zwiększenia wiedzy dotyczącej konsekwencji używania substancji psychoaktywnych w populacji generalnej, co wydaje pierwszym i koniecznym krokiem zwiększenia poziomu akceptacji programów redukcji szkód w społeczności.

LITERATURA CYTOWANA

1. Aspinall EJ, Nambiar D, Goldberg DJ, Hickman M, Weir A, van Velzen E, Palmateer N, Doyle JS, Hellard ME, Hutchinson SJ (2014) Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *INTERNATIONAL JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY*, 43(1): 235–248.
2. Babu KM, Brent J, Juurlink DN (2019) Prevention of Opioid Overdose. *New England Journal of Medicine* 380(23): 2246-2255.
3. Baxter DG, Hilbrecht M, Wheaton CTJ (2019) A mapping review of research on gambling harm in three regulatory environments. *Harm Reduction Journal* 16,12 doi: 10.1186/s12954-018-0265-3.
4. Belackova V, Salmon AM, Day CA, Ritter A, Shanahan M, Hedrich D, Kerr T, Jauncey M (2019) Drug consumption rooms: A systematic review of evaluation methodologies. *Drug and Alcohol Review* 38(4): 406-422.
5. Berrigan P (2018) A review of literature assessing public opinion of heroin assisted treatment. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* 20(4): 13-18.
6. Bjerge B, Brown C, Daniels G (2017) User Perspectives. W: Kolind T, Thom B, Hunt G (red) *The SAGE handbook of drug and alcohol studies - Social Science approaches*. London, Thousand Oaks: SAGE, s. 529–542.
7. Blume AW (2012) Seeking the middle way: harm reduction. *Addiction Research & Theory* 20(3): 218–226.
8. Brooks HL, Kassam S, Salvalaggio G, Hyshka E (2018) Implementing managed alcohol programs in hospital settings: A review of academic and grey literature. *Drug and Alcohol Review* 37: S145-S155.

9. Brown KL, Russell AMT (2020) What can be done to reduce the public stigma of gambling disorder? Lessons from other stigmatised conditions. *Journal of Gambling Studies* 36(1): 23-38.
10. Carrico AW, Flentje A, Gruber VA, Woods WJ, Discepola MV, Dilworth SE, Neilands TB, Jain J, Siever MD (2014) Community-Based Harm Reduction Substance Abuse Treatment with Methamphetamine-Using Men Who Have Sex with Men. *Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 91(3): 555-567.
11. Carver H, Ring N, Miler J, Parkes T (2020) What constitutes effective problematic substance use treatment from the perspective of people who are homeless? A systematic review and meta-ethnography. *Harm Reduction Journal* 17(1), 10 doi: 10.1186/s12954-020-0356-9.
12. Chen YJ, Wang YB, Nielsen S, Kuhn L, Lam T (2020) A systematic review of opioid overdose interventions delivered within emergency departments. *Drug and Alcohol Dependence* 213,108009 doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108009.
13. Drucker E (2013) Advocacy Research in Harm Reduction Drug Policies. *Journal of Social Issues*, 69(4): 684-693.
14. Drucker E, Anderson K, Haemmig R, Heimer R, Small D, Walley A, Wood E, van Beek I (2016) Treating Addictions: Harm Reduction in Clinical Care and Prevention. *Journal of Bioethical Inquiry*, 13(2): 239-249.
15. FOPH - Federal Office of Public Health FOPH (2017). National Strategy on Addiction and Action Plan 2017 - 2024. Within the strategy of the Federal Council Health 2020. www.bag.admin.ch/sucht (all language versions).
16. Gomes TB, Vecchia MD (2018) Harm reduction strategies regarding the misuse of alcohol and other drugs: a review of the literature. *Ciencia & Saude Coletiva* 23(7): 2327-2338.
17. Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. (2011) Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8: CD004145 DOI: 10.1002/14651858.CD004145.pub4.

18. Gunn AH, Smothers ZPW, Schramm-Sapyta N, Freiermuth CE, MacEachern M, Muzyk AJ (2018) The Emergency Department as an Opportunity for Naloxone Distribution. *Western Journal of Emergency Medicine* 19(6): 1036-1042.
19. Haasen C, Verthein U, Degkwitz P, Berger J, Krausz M, Naber D (2007) Heroin-assisted treatment for opioid dependence - Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 191: 55-62.
20. Heather N (2006) Controlled drinking, harm reduction and their roles in the response to alcohol-related problems. *Addiction Research and Theory*, 14(1): 7–18.
21. Henssler J, Mueller M, Carreira H, Bschor T, Heinz A, Baethge C (2020) Controlled drinking-non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*, doi:10.1111/add.15329
22. Karlsson N, Berglund T, Ekstrom AM, Hammarberg A, Tammi T (2021) Could 30 years of political controversy on needle exchange programmes in Sweden contribute to scaling-up harm reduction services in the world? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(1): 66-88.
23. Klingemann H, Klingemann J (2017a) Unknown and under-researched: the anatomy of drinking under control programs. *Sucht* 63(5): 277–288.
24. Klingemann H. (1999) Addiction careers and careers in addiction. *Substance Use and Misuse* 34(11): 1505–1526.
25. Klingemann J, Klingemann H (2017b) Drinking under control programs: perception of alcohol-related harm reduction measures in Poland. Results of the qualitative study among outpatient alcohol treatment providers. *Alkoholizm i Narkomania*, 30(3): 161-170.
26. LaMonaca K, Dumchev K, Dvoriak S, Azbel L, Morozova O, Altice FL (2019) HIV, Drug Injection, and Harm Reduction Trends in Eastern Europe and Central Asia: Implications for International and Domestic Policy. *Current Psychiatry Reports*, 21(7), 47, doi:10.1007/s11920-019-1038-8.

27. Liebrezn M, Gamma A, Buadze A, Schleifer R, Baggio S, Schwartz B, Schneeberger B, Uchtenhagen A (2020) Fifteen years of heroin-assisted treatment in a Swiss prison—a retrospective cohort study. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 67. doi:10.1186/s12954-020-00412-0
28. Logan DE, Marlatt GA (2010) Harm Reduction Therapy: A Practice-Friendly Review of Research. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2): 201–214.
29. MacArthur GJ, van Velzen E, Palmateer N, Kimber J, Pharris A, Hope V, Taylor A, Roy K, Aspinall E, Goldberg D, Rhodes T, Hedrich D, Salminen M, Hickman M, Hutchinson SJ (2014) Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: a review of reviews to assess evidence of effectiveness. *International Journal of Drug Policy*, 25(1):34-52.
30. Magwood O, Salvalaggio G, Beder M, Kendall C, Kpade V, Daghmach W, Habonimana G, Marshall Z, Snyder E, O'Shea T, Lennox R, Hsu H, Tugwell P, Pottie K (2020) The effectiveness of substance use interventions for homeless and vulnerably housed persons: A systematic review of systematic reviews on supervised consumption facilities, managed alcohol programs, and pharmacological agents for opioid use disorder. *PLoS ONE* 15(1): e0227298. doi: 10.1371/journal.pone.0227298.
31. March JC, Oviedo-Joekes E, Perea-Milla E, Carrasco F, the PEPSA Team (2006) Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(2): 203–211.
32. Marlatt GA, Witkiewitz K (2002) Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors* 27(6): 867–886.
33. McCarthy S, Thomas SL, Bellringer ME, Cassidy R. (2019) Women and gambling-related harm: a narrative literature review and implications for research, policy, and practice. *Harm Reduction Journal* 16, 18, doi: 10.1186/s12954-019-0284-8.
34. McMahon N, Thomson K, Kaner E, Bambra C (2019) Effects of prevention and harm reduction interventions on gambling behaviours and gambling related harm: An umbrella review. *Addictive Behaviors* 90: 380-388.
35. Muckle W, Muckle J, Welch V, Tugwell P (2012) Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse.

Cochrane Database of Systematic Reviews 12, CD006747.
doi:10.1002/14651858.CD006747.pub2

36. Nepal S, Kypri K, Pursey K, Attia J, Chikritzhs T, Miller P (2018) Effectiveness of lockouts in reducing alcohol-related harm: Systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 37(4): 527-536.
37. NHRC - National Harm Reduction Coalition (2020). Principles of Harm Reduction. <https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>
38. Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh D, Lauzon P, Guh D, Anis A, Schechter MT (2009) Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *The New England Journal of Medicine*, 361: 777–786.
39. Padmanathan P, Hall K, Moran P, Jones HE, Gunnell D, Carlisle V, Lingford-Hughes A, Hickman M (2020) Prevention of suicide and reduction of self-harm among people with substance use disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Comprehensive Psychiatry* 96, 152135. doi: 10.1016/j.comppsy.2019.152135.
40. Perneger TV, Giner F, del Rio M, Mino A (1998) Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *British Medical Journal*, 317: 13–18.
41. Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, Jordan A, Degenhardt L, Hope V, Hutchinson S, Maher L, Palmateer N, Taylor A, Bruneau J, Hickman M. (2018) Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta-analysis. *Addiction*, 113: 545– 563.
42. Rhodes E, Wilson M, Robinson A, Hayden JA, Asbridge M (2019) The effectiveness of prescription drug monitoring programs at reducing opioid-related harms and consequences: a systematic review. *Bmc Health Services Research* 19 (1), 784, doi: 10.1186/s12913-019-4642-8.
43. Rhodes T, Kimber J, Small W, Fitzgerald J, Kerr T, Hickman M, Holloway G (2006) Public injecting and the need for 'safer environment interventions' in the reduction of drug-related harm. *Addiction*, 101(10): 1384-1393.

44. Rigoni R, Tammi T, van der Gouwe D, Schatz E (2021) Harm reduction in Europe: a framework for civil society-led monitoring. *Harm Reduction Journal*, 18(1), 3, doi:10.1186/s12954-020-00451-7.
45. Rolando S, Scavarda A, Devietti Goggia F, Spagnolo M, Beccaria F (2021) Italian gamblers' perspectives on the impact of slot machine restrictions on their behaviors. *International Gambling Studies*, doi: 10.1080/14459795.2021.1885724
46. Small D (2012) Canada's highest court unchains injection drug users; implications for harm reduction as standard of healthcare. *Harm Reduction Journal*, 9, 34, doi:10.1186/1477-7517-9-34.
47. Stockings E, Bartlem K, Hall A, Hodder R, Gilligan C, Wiggers J, Sherker S, Wolfenden L (2018) Whole-of-community interventions to reduce population-level harms arising from alcohol and other drug use: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 113 (11): 1984-2018.
48. Strang J, Groshkova T, Metrebian N (2012) New heroin-assisted treatment. Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. EMCDDA INSIGHTS 11, doi: 10.2810/50141
49. Strang J, Metrebian N, Lintzeris N, Potts L, Carnwath T, Mayet S, Williams H, Zador D, Evers R, Groshkova T, Charles V, Martin A, Forzisi L (2010) Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial. *Lancet*, 375: 1885–1895.
50. Strike C, Miskovic M (2018) Scoping out the literature on mobile needle and syringe programs-review of service delivery and client characteristics, operation, utilization, referrals, and impact. *Harm Reduction Journal* 15, 6, doi: 10.1186/s12954-018-0212-3.
51. Taha S, Maloney-Hall B, Buxton J (2019) Lessons learned from the opioid crisis across the pillars of the Canadian drugs and substances strategy. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy* 14 (1), 32, doi: 10.1186/s13011-019-0220-7.
52. Ti LP, Kerr T (2014) The impact of harm reduction on HIV and illicit drug use. *Harm Reduction Journal*, 11, 7, doi:10.1186/1477-7517-11-7.

53. Todd CS, Stibich MA, Stanekzai MR, Rasuli MZ, Bayan S, Wardak SR, Strathdee SA (2009) A qualitative assessment of injection drug use and harm reduction programmes in Kabul, Afghanistan: 2006-2007. *International Journal of Drug Policy*, 20(2):111-120.
54. Trayner KMA, Weir A, McAuley A, Godbole G, Amar C, Grant K, Penrice G, Roy K (2018) A pragmatic harm reduction approach to manage a large outbreak of wound botulism in people who inject drugs, Scotland 2015. *Harm Reduction Journal*, 15. doi:10.1186/s12954-018-0243-9
55. van den Brink W, Hendricks VM, Blanken P, Koeter MWJ, van Zwieten BJ, van Ree JM (2003) Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised trials. *British Medical Journal*, 327: 310 –316.
56. Worley J (2019) Managing Opioid Use in Orthopaedic Patients Through Harm Reduction Strategies. *Orthopaedic Nursing*, 38(2) :129-135.
57. Young B, Lewis S, Katikireddi SV, Bauld L, Stead M, Angus K, Campbell M, Hilton S, Thomas J, Hinds K, Ashie A, Langlely T (2018) Effectiveness of Mass Media Campaigns to Reduce Alcohol Consumption and Harm: A Systematic Review. *Alcohol and Alcoholism* 53 (3): 302-316.