Iniekcyjni użytkownicy substancji psychoaktywnych

Identyfikacja problemów i potrzeb na przykładzie pięciu polskich miast: Warszawa, Kraków, Gdańsk, Poznań i Lublin

RAPORT KOŃCOWY

FRS
FUNDACJA REDUKCJI SZKÓD

Iniekcyjni użytkownicy substancji psychoaktywnych

Identyfikacja problemów i potrzeb na przykładzie pięciu polskich miast: Warszawa, Kraków, Gdańsk, Poznań i Lublin

RAPORT KOŃCOWY

Warszawa, 2015

Badanie zrealizowała Fundacja Redukcji Szkód ze środków przyznanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Badanie w dodatkowych dwóch miastach zostało sfinansowane ze środków Stowarzyszenia im. Stanisława Brzozowskiego.

Kierownictwo merytoryczne
Magdalena Bartnik, Agata Kwiatkowska

Opracowanie raportu końcowego
Agnieszka Karlińska

Koordynacja projektu i rekrutacja uczestników
Aleksandra Stańczak-Wiercioch

Opracowanie narzędzi badawczych
Agnieszka Karlińska

Moderowanie zogniskowanych wywiadów grupowych
Magdalena Bartnik, Agata Kwiatkowska

Projekt graficzny i skład
Ania Światłowska

FRS FUNDACJA REDUKCJI SZKÓD

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

krytyka polityczna www.narkopolityka.pl

OPEN SOCIETY FOUNDATIONS Global Drug Policy Program

Spis treści

1. Wprowadzenie....7
2. Cel badania i główne założenia....8
3. Nota metodologiczna....9
3.1. Dobórmiast....9
3.2. Kompozycja grup fokusowych i przebieg badania....10
4. Rynek substancji psychoaktywnych....10
5. Potrzeby podstawowe....11
5.1. Dostęp do substancji....11
5.2. Dostęp do igieł i strzykawek....12
5.3. Miejsce do spania i odpoczynku....14
6. Potrzeby związane z bezpieczeństwem....15
6.1. Praca zarobkowa 15
6.2. Stałe miejsce zamieszkania....17
6.3. Dostęp do opieki zdrowotnej....17
6.4. Poradnictwo prawne i pomoc w załatwianiu spraw urzędowych....18
7. Potrzeby wyższego rzędu....19
7.1. Rozwijaniezainteresowań....19
7.2. Psychoterapia....19
7.3. Samoakceptacja i reintegracja....20
8. Ograniczenie ryzykownych zachowań i walka z uzależnieniem....21
8.1. Zaspokojenie potrzeb a bezpieczeństwo używania substancji....21
8.2. Motywacja do podjęcia leczenia....22
8.3. Profilaktyka HIV i HCV....24
9. Ocena programów substytucyjnych....24
10. Wnioski 26

Załącznik 1. Kwestionariusz....29
Załącznik 2. Scenariusz zogniskowanego wywiadu grupowego....30

1. WPROWADZENIE

Populacja iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych (IDU) została w ciągu ostatnich kilku lat stosunkowo dobrze zbadana i opisana. Mimo pozyskania obszernego materiału badawczego, nadal brakuje jednak informacji pochodzących od samych użytkowników narkotyków, które umożliwiłyby identyfikację ich głównych potrzeb i problemów oraz pełną charakterystykę psychospołecznych aspektów funkcjonowania.

Z danych uzyskanych w ramach *Pierwszego ogólnopolskiego badania klientów oraz programów niskoprogowych* zrealizowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii[1] wyłania się ogólny profil przeciętnego iniekcyjnego użytkownika środków psychoaktywnych. Jest to osoba w wieku około 30 lat, bezrobotna, z wykształceniem poniżej średniego, raczej mężczyzna niż kobieta. Problemem w tej grupie jest podejmowanie zachowań ryzykownych z punktu widzenia zakażeń HIV i HCV. Respondenci najczęściej używali tych samych naczyń, np. łyżeczki (36%). Najbardziej ryzykowne zachowanie, czyli korzystanie z tej samej igły, podejmowało 19% badanych. Co trzecia osoba nigdy nie sprawdzała swojego statusu serologicznego.

Z badań prowadzonych wśród problemowych użytkowników opiatów[2] wynika, że przedstawiciele tej grupy mają poważne problemy ze zdrowiem fizycznym i psychicznym, a ich podstawowe potrzeby często pozostają niezaspokojone. Tylko nieco ponad połowa respondentów dysponowała stałym miejscem zamieszkania. Aż 86% znajdowało się w konflikcie z prawem. Z prostytucji lub żebractwa utrzymywało się 34% badanych. Ryzykowne zachowania związane z używaniem iniekcyjnym, chociaż mniej częste niż kiedyś, nie zostały całkowicie wyeliminowane – ok. 38,5% respondentów zdarzało się używać wspólnych igieł lub strzykawek.

Autorzy projektu *Oszacowanie rozpowszechnienia zakażeń HIV i HCV wśród osób przyjmujących substancje psychoaktywne drogą iniekcji na terenie Warszawy i okolic*[3] stwierdzili, że sytuacja IDU w ciągu ostatnich kilku lat nie uległa poprawie. Zdecydowana większość respondentów była bezrobotna – pracę zarobkową podejmowało 28,4% badanych. Niemal tyle samo korzystało z oferty pomocowej z obszaru bezdomności (28,4%). Prawie 31% respondentów w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie przebywało w zakładzie karnym. Duża grupa podejmowała działania ryzykowne z punktu widzenia transmisji zakażeń. Zdecydowana większość (77,4%) deklarowała, że zdarzało im się dzielić sprzęt do iniekcji z innymi osobami. Prawie 80% respondentów wskazywało, że w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie zdarzyły im się kontakty seksualne bez zabezpieczenia.

Przywołane wyżej dane wyraźnie pokazują, że nadal duży odsetek osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji podejmuje ryzyko wynikające z dzielenia się sprzętem iniekcyjnym oraz niezachowywania zasad bezpiecznego seksu. Z raportu dotyczącego rozpowszechnienia zakażeń HIV i HCV w populacji IDU wynika, że sam fakt uzyskania informacji na temat ryzyka zakażenia nie wpływa na bezpieczeństwo używania narkotyków. Czynnikiem mającym realne przełożenie na zmniejszenie skłonności użytkowników iniekcyjnych do podejmowania działań ryzykownych jest możliwość pod-

1 A. Malczewski, M. Struzik, A. Jaśkiewicz, *Pierwsze ogólnopolskie badanie klientów oraz programów niskoprogowych w 2008 roku. Projekt polsko-francuski*, Warszawa 2009.
2 J. Sierosławski, Ł. Wieczorek, *Oszacowanie popytu na leczenie substytucyjne buprenorfiną w Warszawie*, Warszawa 2009.
3 *Oszacowanie rozpowszechnienia zakażeń HIV i HCV wśród osób przyjmujących substancje psychoaktywne drogą iniekcji na terenie Warszawy i okolic – badanie pilotażowe*, Warszawa 2014.

jęcia pracy zarobkowej[4]. W związku z tą zależnością istotne wydaje się pogłębienie obserwacji i sprawdzenie, w jakim stopniu warunki życia wpływają na powtarzanie negatywnych wzorów zachowań w populacji IDU oraz jakie czynniki mogłyby zmniejszać ryzyko związane z iniekcyjnym przyjmowaniem substancji psychoaktywnych.

2. CEL BADANIA I GŁÓWNE ZAŁOŻENIA

Celem badania było zidentyfikowanie i scharakteryzowanie potrzeb iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych, których zaspokojenie stanowiłoby bodziec do rezygnacji z ryzykownych zachowań i podjęcia leczenia uzależnienia, oraz wskazanie czynników mogących mieć wpływ na poprawę bezpieczeństwa związanego z iniekcyjnym przyjmowaniem narkotyków. Celem dodatkowym było zidentyfikowanie problemów, które blokują zaspokajanie potrzeb istotnych w procesie walki z uzależnieniem. Autorzy projektu zakładają, że podejmowanie ryzykownych zachowań (tj. niewymienianie igieł i strzykawek, dzielenie się narzędziami potrzebnymi do przygotowania substancji i przypadkowe kontakty seksualne bez zabezpieczenia) jest ściśle związane z tym, jak osoba używająca funkcjonuje, jakimi zasobami dysponuje oraz które jej potrzeby są zaspokojone.

Istotą badania było stworzenie możliwie pełnego obrazu funkcjonowania IDU w kontekście profilaktyki zakażeń HIV i HCV oraz ograniczania szkód zdrowotnych. Ponieważ używanie substancji psychoaktywnych jest elementem złożonej sytuacji życiowej, identyfikacja potrzeb i problemów IDU pozwoli określić, co należałoby zmienić w ich położeniu, aby obniżyć ryzyko związane z iniekcyjnym używaniem. Należy podkreślić, że projekt ma bardzo duże znaczenie dla jakości i skuteczności pracy w obszarze redukcji szkód, pokazuje bowiem, gdzie istnieją luki w systemie pomocowym i jakie potrzeby klientów serwisów nie są zaspokajane.

W badaniu przyjęto założenie, że istnieje pewna hierarchia potrzeb, począwszy od potrzeb najbardziej podstawowych, związanych z przetrwaniem, aż po potrzeby psychiczne, związane z uczestniczeniem w życiu społecznym. W tym ujęciu zaspokojenie potrzeb podstawowych jest warunkiem pojawiania się potrzeb wyższego rzędu. Autorzy projektu chcieli sprawdzić, jak zmienia się motywacja badanych na przestrzeni zaspokajania kolejnych typów potrzeb. Do usystematyzowania hierarchizacji „potrzeby" skorzystali z modelu Abrahama Maslowa, ale zdecydowali się na wprowadzenie pewnych uproszczeń. W ramach przejętej hierarchii pierwszą grupą potrzeb są potrzeby podstawowe, związane z sytuacją bytową i funkcjonowaniem z dnia na dzień. Są to potrzeby, których zaspokojenie jest konieczne dla utrzymania się człowieka przy życiu, m.in. jedzenie, picie, ogrzanie się, odzież, schronienie i odpoczynek. Kolejną grupą potrzeb są potrzeby związane z szeroko rozumianym bezpieczeństwem. Należą tu takie potrzeby, jak posiadanie stałego miejsca zamieszkania, zabezpieczenie przed chorobą (dostęp do opieki medycznej) i bezrobociem (gwarancja zatrudnienia). Ich zaspokojenie zapewnia stabilizację życiową i pozwala na planowanie najbliższej przyszłości. Ostatnią grupą potrzeb są tzw. potrzeby wyższego rzędu, czyli potrzeby psychiczne i społeczne. Mają one charakter emocjonalny i wynikają z psychiki człowieka oraz jego stosunku do otoczenia społecznego.

4 *Ibidem.*

3. NOTA METODOLOGICZNA

W badaniu zastosowana została metoda zogniskowanego wywiadu grupowego (FGI). Badania zrealizowano początkowo w Warszawie, Krakowie oraz Gdańsku. Następnie rozszerzono je o kolejne dwa ośrodki – Poznań i Lublin.

3.1. Dobór miast

Objęcie oceną miast w pięciu regionach Polski miało na celu próbę stworzenia obrazu iniekcyjnego używania w perspektywie ogólnokrajowej. W wyborze ośrodków do badania kierowano się następującymi wytycznymi:

a. położenie geograficzne;
b. liczba mieszkańców;
c. działające w danym mieście placówki redukcji szkód;
d. funkcjonujące w danym mieście programy leczenia substytucyjnego;
e. stan wiedzy o iniekcyjnym używaniu substancji psychoaktywnych w danym mieście.

Warszawa skupia największą grupę iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych, jest tu też najwięcej osób objętych leczeniem substytucyjnym (połowa wszystkich w kraju). Mimo to, stan wiedzy o funkcjonowaniu IDU jest bardzo niski. W związku z prowadzeniem działalności w Warszawie autorzy badania mieli dostęp do dużej grupy użytkowników, poprzez których docierano do osób, które nie korzystają z oferty placówek pomocowych.

Kraków był jednym z pierwszych miast, w którym zaczęły funkcjonować i nadal funkcjonują programy wymiany igieł i strzykawek. Serwisy redukcji szkód utrzymują kontakt ze znaczną liczbą klientów. Leczenie substytucyjne pozostaje na niskim poziomie zaspokojenia potrzeb pacjentów.

Gdańsk przez wiele lat pozostawał białym punktem na mapie Polski nie tylko pod względem dostępu do leczenia substytucyjnego, ale też – szerzej – oferty dla osób uzależnionych, które z wielu powodów nie podejmują leczenia w poradniach uzależnień. Punkt wymiany igieł i strzykawek działa tu przy programie substytucyjnym. Oferta leczenia zastępczego zaspokaja potrzeby pacjentów w bardzo niewielkim stopniu.

Poznań nie ma programu wymiany igieł i strzykawek, a działający tu program substytucyjny jest niewielki. Brakuje jakichkolwiek wiarygodnych danych odnoszących się do populacji poznańskich IDU – nie wiadomo, jak funkcjonują i czy istnieją placówki, w których mogą otrzymać pomoc.

Lublin jest miastem, o którym w kontekście iniekcyjnego używania nie wiadomo właściwie nic. Program wymiany igieł i strzykawek działa tu w bardzo ograniczonym zakresie. W mieście funkcjonuje program substytucyjny, z którego korzystają także pacjenci z innych ośrodków.

3.2. Kompozycja grup fokusowych i przebieg badania

W Warszawie, Krakowie i Gdańsku przeprowadzono po 4 wywiady fokusowe. Grupy wydzielone były na podstawie dwóch kryteriów: posiadania bądź nieposiadania stałego miejsca zamieszkania oraz płci. Dokonano zatem następującej kategoryzacji:

I. Grupa kobiet posiadających stałe miejsce zamieszkania
II. Grupa kobiet nieposiadających stałego miejsca zamieszkania
III. Grupa mężczyzn posiadających stałe miejsce zamieszkania
IV. Grupa mężczyzn nieposiadających stałego miejsca zamieszkania

W Poznaniu i Lublinie przeprowadzono po 2 wywiady fokusowe. Ponieważ wstępne analizy materiału badawczego wykazały, że granica pomiędzy bezdomnością a posiadaniem stałego miejsca zamieszkania jest w przypadku osób uzależnionych bardzo płynna, w tych dwóch miastach ograniczono się do podziału grup według płci badanych.

Liczebność grup wahała się od 7 do 9 osób. Przy tworzeniu poszczególnych grup starano się, aby wiek, częstotliwość przyjmowania substancji psychoaktywnych oraz staż iniekcyjnego stosowania narkotyków badanych były możliwie rozproszone, jednak nie w stopniu uniemożliwiającym nawiązanie dyskusji.

Dobór respondentów przebiegał w sposób ściśle zorganizowany. Do badania włączane były osoby pełnoletnie, które w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie przyjmowały substancje psychoaktywne w formie iniekcji. Rekrutacją zajmowali się tzw. liderzy – czynni użytkownicy korzystający z oferty programów redukcji szkód bądź pacjenci substytucyjni, którzy utrzymywali stały kontakt z lokalnym środowiskiem użytkowników iniekcyjnych. Liderów dobierano za pośrednictwem programów substytucyjnych i ośrodków zajmujących się redukcją szkód. W przypadku trudności ze skompletowaniem grup o pomoc w pozyskiwaniu kolejnych respondentów proszono osoby już zrekrutowane.

Wywiady trwały ok. 1,5 godziny. Przed przystąpieniem do dyskusji badani proszeni byli o wypełnienie krótkich ankiet (załącznik 1). Rozmowy moderowane były przez osoby posiadające wieloletnie doświadczenie w pracy z iniekcyjnymi użytkownikami narkotyków i przebiegały zgodnie z przygotowanym wcześniej scenariuszem (załącznik 2). Uczestnikom zapewniono skromny poczęstunek oraz napoje, ponadto każdy z respondentów otrzymał wynagrodzenie za udział w dyskusji (kupony o wartości 50 zł).

4. RYNEK SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Badani zauważali, że chociaż era „kompotu" minęła, a użytkownicy iniekcyjni – m.in. ze względu na brak stałych miejsc spotkań czy likwidację punktów wymiany igieł i strzykawek – są mniej widoczni w przestrzeni publicznej, nie znaczy to, że grupa ta zanika. *Na rynku pojawiają się nowe substancje, w tym stymulanty, z których część stosowana bywa iniekcyjnie.* Wśród substancji przyjmowanych w formie iniekcji respondenci najczęściej wymieniali mefedron, heroinę, morfinę, amfetaminę i dopalacze. W tej formie przyjmowany jest również metadon. Dotyczy to przede wszystkim nowego, bardziej stężonego metadonu, ale potrzeba używania iniekcyjnego bywa tak silna (badani określali ją jako „syndrom wkłucia"), że niekiedy nawet „stary" metadon stosowany był iniekcyjnie. Co istotne, iniekcyjne używanie jest powszechne także wśród osób bardzo młodych, dwudziestoletnich, które nie pamiętają już czasów „kompotu".

We wszystkich miastach objętych badaniem wykształcił się czarny rynek metadonu. Niektórzy pacjenci substytucyjni utrzymują się dzięki temu, że otrzymują dużą dawkę substancji i mogą sobie pozwolić na odsprzedanie połowy. Osoby, które mają trudności z dostaniem się na terapię zastępczą albo nie chcą wiązać się na stałe z żadnym ośrodkiem, wchodzą w układy z uczestnikami programów i kupują od nich metadon nawet przez kilka lat. Problem ten jest szczególnie nasilony w Lublinie, gdzie „nadwyżki" substancji sprzedawane są młodzieży. Zdaniem badanych czarnego rynku metadonu nie da się w pełni wyeliminować i żadne zmiany w zakresie funkcjonowania programów substytucyjnych nic w tej kwestii nie zmienią.

We wszystkich badanych ośrodkach na czarnym rynku można kupić dopalacze i nowe substancje, jednak poszczególne miasta – z perspektywy respondentów – różnią się pod tym względem. Najwięcej nowych środków przyjmuje się w Warszawie, Krakowie i Poznaniu. Rynki w Lublinie i Gdańsku wykazują mniejsze natężenie pod tym względem – dominującymi substancjami są tu albo stare, tradycyjne narkotyki, albo leki na receptę. Należy podkreślić, że we wszystkich miastach bardzo popularną używką jest alkohol, przyjmowany w szczególności przez pacjentów substytucyjnych.

5. POTRZEBY PODSTAWOWE

5.1. Dostęp do substancji

Badani byli zgodni, że dla osób uzależnionych, niezależnie od ich aktualnej sytuacji życiowej, najważniejszą potrzebą jest zapewnienie odpowiedniej dawki substancji. Pierwszą myślą czynnych użytkowników iniekcyjnych jest zaspokojenie głodu narkotykowego. Osoby będące w tzw. „ciągu" potrafią wydać wszystkie pieniądze na zakup substancji psychoaktywnych, zapominając o jedzeniu czy konieczności znalezienia miejsca do spania. Zdarzają się użytkownicy, którzy mają kontrolę nad uzależnieniem i starają się z wyprzedzeniem zabezpieczyć swoją sytuację bytową, ale należą oni do wyjątków. Dla pacjentów substytucyjnych szczególnie istotne jest poczucie bezpieczeństwa związane z regularnym dostępem do substancji. Jeśli nie uda im się otrzymać odpowiedniej dawki leku, robią wszystko, żeby kupić metadon na czarnym rynku lub znaleźć alternatywną substancję. W takich sytuacjach zdarza im się przyjąć także heroinę.

Leki substytucyjne zapewniają komfort fizyczny i pozwalają poczuć się „normalnie" („Absolutnie żadnej przyjemności z tego nie mam, kompletnie nic. Piję metadon po to, żeby się fizycznie dobrze czuć. Odkręcam tę buteleczkę i tak się modlę nad nią. Tak nie cierpię samego smaku, ale siedzę i czasem pół godziny się zbieram zanim szybko wypiję, odstawię, popiję wodą. To jest lek po prostu", kobieta, 59 lat, Gdańsk). Bez zaspokojenia głodu substancji niemożliwe jest podjęcie jakichkolwiek dalszych działań. Dla wielu badanych substytut to jednak za mało, tym bardziej, że dawka przepisywana przez lekarzy nie zawsze jest wystarczająca i często nie pozwala im normalnie funkcjonować. Niemal każdy przyjmuje jakąś dodatkową substancję, żeby zabić „głód psychiczny", „zresetować się, zrzucić z siebie balast codziennego życia i poczuć się jakoś inaczej" (mężczyzna, 26 lat, Gdańsk). Najczęściej są to leki benzodiazepinowe (przede wszystkim Clonazepam), alkohol, marihuana, amfetamina, THC oraz dopalacze. Dla dużej grupy respondentów istotne jest nie tylko samo działanie

substancji, ale też klimat i adrenalina towarzyszące używaniu. Stąd bardzo ciężko jest się im ograniczyć wyłącznie do substytutów.

Zdaniem badanych miejsc na terapii substytucyjnej jest zdecydowanie za mało. Respondenci z Krakowa zgłaszali potrzebę założenia dodatkowego programu przy Szpitalu Uniwersyteckim, który dostępny byłby także dla osób z zewnątrz. Dużym problemem jest także wysokoprogowość programów. Badani zauważali, że w ciągu ostatnich kilku lat w ośrodkach prowadzących leczenie substytucyjne zostały wprowadzone rozmaite restrykcje przede wszystkim związane z reżimem abstynencji. Początkowo nie było praktyczne żadnych wymagań wstępnych, później zaczęły pojawiać się kolejne formalności. Duża część pacjentów stara się dostosować do ograniczeń, ale utrzymanie całkowitej abstynencji jest bardzo trudne i „wpadki" są często nie do uniknięcia. W związku z tym respondenci, szczególnie z Poznania i Gdańska, odczuwali silny lęk przed utratą miejsca na programie. Z ich punktu widzenia bardzo dużym ułatwieniem byłoby wprowadzenie sprzedaży leków substytucyjnych w aptekach („Metadon powinien być w aptekach, nie na smyczy", mężczyzna, 46 lat, Poznań). Recepta powinna być stała, odnawiana u lekarza nie częściej niż raz na miesiąc. Optymalnym rozwiązaniem byłaby pełna refundacja leków, ale duża grupa badanych deklarowała, że wolałaby zapłacić za substytut w aptece niż wiązać się z programem.

Respondenci zwracali także uwagę na formę, w jakiej podawane są leki. Postać syropu nie wszystkim odpowiadała. Nie powinny jej przyjmować m.in. osoby z cukrzycą. Dlatego badani zgłaszali potrzebę rozszerzenia dostępu do substytut w formie tabletek. Suboxone, poza wygodą stosowania, ma także tę zaletę, że jest środkiem mniej uzależniającym. Bardzo istotną sprawą jest również kwestia iniekcyjnego używania metadonu. Części badanych zdarzało się używać w zastrzykach „starego" metadonu, a ponieważ metadon stężony jest łatwiejszy do wstrzyknięcia (przede wszystkim ze względu na to, że jest go znacznie mniej objętościowo), wielu użytkowników decyduje się na takie przyjmowanie substytutu.

5.2. Dostęp do igieł i strzykawek

Z dostępem do substancji wiążę się kwestia dostępu do sprzętu używanego przy iniekcjach. Należy podkreślić, że w niektórych miastach zdobycie igieł i strzykawek jest bardzo trudne, w innych zaś problem z dostępnością sprzętu jest stosunkowo niewielki. W opinii badanych ośrodkiem najbardziej przyjaznym pod tym względem jest Kraków. Kiedyś na tzw. bajzlu można był spotkać ludzi rozdających czyste sprzęty. Aktualnie działa punkt wymiany igieł i strzykawek, który cieszy się sporą popularnością. IDU bez większych trudności zaopatrują się także w krakowskich aptekach. W niektórych można otrzymać sprzęt za darmo. Zdarzają się sytuacje, kiedy pracownicy aptek nie chcą sprzedawać igieł i strzykawek osobom wyglądającym w sposób „nieodpowiedni" czy „podejrzany", ale należą one do rzadkości. Stosunkowo dobra sytuacja jest także w Lublinie i Poznaniu. W obu miastach sprzęt można bez większych trudności kupić w aptekach. Dodatkowo w Lublinie igły i strzykawki otrzymać można za darmo w ośrodku prowadzonym przez MONAR. W Poznaniu punkt wymiany igieł i strzykawek został zamknięty.

W Gdańsku w bardzo wielu aptekach nie można kupić igieł i strzykawek. Największy problem występuje w dzielnicach turystycznych. Praktycznie niemożliwe jest zdobycie sprzętu w godzinach nocnych. W mieście funkcjonuje punkt wymiany igieł i strzykawek, ale ponieważ działa przy programie substytucyjnym, osoby będące na terapii nie zawsze chcą z niego korzystać. Kiedyś sprzęt rozdawali streetworkerzy, obecnie nie prowadzi się już tego rodzaju akcji. Brakuje także miejsc, w których można zutylizować zużyte igły czy opatrunki. Podobne problemy mają użytkownicy z Warszawy. W stołecznych aptekach bardzo trudno jest zdobyć sprzęt. Pracownicy często twierdzą, że nie mają igieł czy strzykawek w określonym rozmiarze albo proponują takie, które są nieodpowiednie. Prowadzi to do ryzykownych zachowań – „jak czegoś brakuje (np. igły), a po drodze do kolejnej apteki spotka się znajomego, który zaproponuje używany sprzęt, weźmie się od niego" (mężczyzna, 34 lata, Warszawa). Działają, co prawda, punkty wymiany, sprzęt można także uzyskać od streetworkerów, ale zapotrzebowanie jest znacznie większe.

Większość badanych była zdania, że koszt zakupu nowego sprzętu nie jest wysoki i nawet osoby w „ciągu" mogą stosunkowo łatwo zebrać odpowiednią kwotę („Skoro mam na towar, znajdę też pieniądze na nowy sprzęt", kobieta, 26 lat, Warszawa). Inni zauważali, że brak pieniędzy bywa przeszkodą w zdobyciu czystych igieł i strzykawek, ale zgadzali się, że podstawowym problemem jest nie cena, ale dostępność sprzętów. Punktów wymiany jest zdecydowanie za mało, a zdobycie igieł i strzykawek w aptece, szczególnie w godzinach nocnych albo w weekendy, wymaga często dużo wysiłku i czasu. Co istotne, niewielu czynnych użytkowników posiada zapas igieł i strzykawek. Nawet jeśli mają pieniądze, wstyd jest im pójść do apteki i poprosić jednorazowo o 50 igieł, tym bardziej, że często nie mogą otrzymać nawet 10.

Należy podkreślić, że nowe substancje obecne na rynku są przyjmowane znacznie częściej. W przypadku heroiny czy amfetaminy mówimy o trzech zastrzykach, jeśli chodzi o nowe środki bywa, że użytkownicy robią po osiem, dziesięć zastrzyków dziennie. Zapotrzebowanie na czyste igły i strzykawki jest więc wielokrotnie wyższe. Co istotne, większość badanych zgłaszała problemy z żyłami, co sprawia, że do wykonania pojedynczego zastrzyku potrzebują większego zapasu sprzętów.

W opinii badanych optymalnym rozwiązaniem problemu z dostępnością czystego sprzętu byłyby automaty z igłami i strzykawkami instalowane przy stacjach benzynowych czy w centrach handlowych. Rozwiązaniem pośrednim byłoby edukowanie pracowników aptek, organizacja pojemników na używany sprzęt oraz zakładanie nowych punktów wymiany igieł i strzykawek, w których wydawano by także aluminiowe kapsle i opatrunki. W trakcie wywiadów często przywoływany był przykład Holandii. W centrum Amsterdamu znajduje się pokój do bezpiecznych iniekcji, w którym można przyjąć substancję w asyście pielęgniarki, wymienić sprzęt i nauczyć się prawidłowego sposobu wkłucia. Zdaniem badanych takie rozwiązanie sprawdziłoby się także w Polsce, zwłaszcza w dużych miastach. Z pokojów iniekcyjnych korzystałyby przede wszystkim osoby w „ciągu". Organizacja tego rodzaju miejsc nie powinna wiązać się z dużymi kosztami, a efekt może być bardzo pozytywny – w opinii respondentów zmniejszyłaby się liczba zakażeń, a czynni użytkownicy bardziej dbaliby o swoje zdrowie („Na pewno by było mniej chorób, zakażeń, ludzie by bardziej o siebie dbali, nie byłoby obcinania nóg, tych ropniaków wszystkich. Nie chodziliby, po chodnikach nie byłoby igieł", kobieta, 38 lat, Gdańsk). Ważne jest jednak zapewnienie anonimowości i prywatności. W Krakowie działał kiedyś pokój iniekcyjny, ale niewiele osób z niego korzystało w obawie przed stygmatyzacją i policyjnymi „łapankami".

Poza zwiększeniem dostępności do czystego sprzętu – przede wszystkim igieł i strzykawek, ale też opatrunków z gazy, środków do dezynfekcji czy aluminiowych kapsli – i zapewnieniem miejsca do wykonywania zastrzyków, potrzebna jest edukacja dotycząca bezpiecznych iniekcji. Wielu czynnych użytkowników nie ma niezbędnej wiedzy w tym zakresie, przez co nieświadomie naraża się na niebezpieczne sytuacje. Potrzeba edukacji iniekcyjnej jest tak duża, że niektórzy badani próbowali skontaktować się ze studentami medycyny bądź pielęgniarstwa, którzy nauczyliby ich, jak prawidłowo wykonywać zastrzyki.

5.3. Miejsce do spania i odpoczynku

Następną w kolejności potrzebą o charakterze podstawowym jest bezpieczne miejsce do spania – „ciepłe, pewne schronienie, gdzie nikt ci nie będzie przeszkadzał i skąd nikt cię nie wyrzuci" (kobieta, 53 lata, Warszawa). Zdaniem badanych „najbardziej wykańczające jest tułanie się", a „jak ktoś nie ma gdzie spać, to nie ma życia w ogóle" (mężczyzna, 38 lat, Gdańsk). Dla niektórych dach nad głową jest nawet ważniejszy niż zdobycie substancji. Posiadanie miejsca do spania i odpoczynku jest często warunkiem zarobienia na kolejną „działkę". Dotyczy to zwłaszcza osób, które utrzymują się z kradzieży i w związku z tym muszą być „umyte, umalowane, uczesane", żeby dostosować się do otoczenia i nie przyciągać nadmiernej uwagi (kobieta, 23 lata Gdańsk).

W żadnym z miast objętych badaniem nie ma placówek przeznaczonych dla czynnych użytkowników substancji psychoaktywnych. Brakuje też hosteli dla pacjentów programów substytucyjnych. Działają noclegownie i hostele dla osób bezdomnych, miejsc jest jednak zbyt mało i trzeba spełniać określone warunki wstępne – „nie być narkomanem, tylko alkoholikiem" (mężczyzna, 33 lata, Warszawa). W związku z tym zdarzają się sytuacje, że osoby używające „kupują małą wódkę, żeby było od nich czuć i żeby mogli zostać" (mężczyzna, 35 lat, Warszawa). Zazwyczaj w tego rodzaju miejscach nie przyjmuje się czynnych użytkowników narkotyków i regularnie wykonuje się testy trzeźwości. Co istotne, również osoby pozostające na terapii zastępczej często traktowane są jako „nietrzeźwe". Problem ze znalezieniem miejsca do spania dotyczy wszystkich miast objętych oceną, ale w największym nasileniu występuje w Gdańsku. Osoby uzależnione nieposiadające stałego miejsca zamieszkania muszą nocować na dworcach, klatkach schodowych, w pustostanach czy na działkach.

Należy podkreślić, że zarówno osoby czynnie używające, jak i pacjenci substytucyjni, którym udało się znaleźć miejsce w noclegowni czy hostelu, nie mogą być pewni dachu nad głową. Zdarzało się wiele przypadków wyrzucania na ulicę ze względu na przyjmowanie leków substytucyjnych. Jeden z badanych został pozbawiony miejsca w hostelu po tym, jak poinformował kierownika, że jest „zerowany". Z kolei kobieta z małym dzieckiem musiała wyprowadzić się z hostelu prowadzonego przez MONAR, ponieważ znaleziono u niej Suboxone. W tego rodzaju sytuacji alternatywą są Domy Samotnej Matki, ale po pierwsze brakuje w nich miejsc, a osoby uzależnione albo trafiają na koniec kolejki, albo są przyjmowane na okres próbny, a po drugie pobyt tam wiązałby się z utratą pracy. Warto zauważyć, że matki czynnie używające często bardzo niechętnie zgłaszają się do ośrodków opieki społecznej w obawie przed odebraniem dziecka.

Niektórzy badani stwierdzali, że w związku ograniczeniami obowiązującymi w noclegowniach i hostelach wolą szukać miejsca do spania na własną rękę. Ich zdaniem często „bardziej komfortowe jest gdzieś tam siedzieć u kogoś na klatce niż łazić po tych noclegowniach, prosić się żeby cię gdzieś tam przyjęli, mówić że «nie, absolutnie nic nie używam, jestem w porządku»" (mężczyzna, 27 lat, Gdańsk). Mimo negatywnych opinii dotyczących funkcjonowania tego rodzaju placówek, dotyczących stopnia czystości, jakości posiłków czy „musztry", noclegownie dają jednak rodzaj zaczepienia – jak zauważali respondenci, „gdzieś trzeba zacząć aż nie osiągnie się czegoś własnego" (mężczyzna, 41 lat, Warszawa).

Badani ze wszystkich miast wskazywali na potrzebę zorganizowania miejsc, w których można spędzić noc, umyć się i ugotować posiłek bez konieczności spełniania dodatkowych warunków, m.in. wykonywania testów. Istnieje też ogromna potrzeba istnienia miejsc dziennego pobytu, gdzie można byłoby wypić herbatę, zrobić pranie czy przygotować sobie coś do jedzenia. Gdyby dodatkowo w takiej placówce można było z kimś porozmawiać (terapeuta, psycholog, pracownik socjalny), cieszyłoby się ono zdaniem respondentów dużym zainteresowaniem. Badani chcieliby mieć do dyspozycji przynajmniej jedno miejsce, gdzie czuliby się mile widziani i bezpieczni. Takiej oferty potrzebują szczególnie osoby mieszkające stale na ulicy, które mają poczucie, że „wszędzie ich przeganiają, nigdzie nie można odetchnąć" (kobieta, 38 lat, Warszawa) i „najlepiej, jakby zniknęły" (mężczyzna, 37 lat, Warszawa).

W opinii badanych między narkomanami a alkoholikami istnieje przepaść, w związku z czym uzasadnione byłoby rozdzielenie przedstawicieli tych dwóch grup i stworzenie osobnej oferty dla osób uzależnionych od różnych substancji psychoaktywnych. Optymalnym rozwiązaniem byłoby zorganizowanie oddzielnych placówek niskoprogowych dla czynnych użytkowników i pacjentów substytucyjnych, którzy chcą wyjść z uzależnienia. Część badanych uważała, że pomysł na oddzielenie czynnych użytkowników od pacjentów substytucyjnych niekoniecznie się sprawdzi, ponieważ granica między nimi bywa trudna do ustalenia – „tak naprawdę to tego i tak nigdy nie zdołamy rozdzielić, czy byśmy robili skrzydła czy cokolwiek, bo to by była prowizorka" (mężczyzna, 49 lat, Gdańsk). Ich zdaniem osoba, która będzie chciała dobrać inną substancję, i tak to zrobi, a osoba, która nie będzie chciała wstrzykiwać, nie zrobi tego nawet w otoczeniu osób wstrzykujących.

Nocleg był dla badanych potrzebą ważniejszą niż jedzenie. Deklarowali, że „wolą być głodni, ale mieć gdzie spać" (kobieta, 35 lat, Warszawa). Z ich punktu widzenia zdecydowanie trudniejsze od zdobycia jedzenia jest znalezienie bezpiecznego miejsca do spania i odpoczynku. Twierdzili przy tym, że „na narkotykach można przetrwać cały dzień bez jedzenia" (mężczyzna, 37 lat, Warszawa) i mając zagwarantowany dostęp do substancji oraz nocleg, o pozostałe potrzeby podstawowe byliby w stanie zadbać we własnym zakresie.

6. POTRZEBY ZWIĄZANE Z BEZPIECZEŃSTWEM

6.1. Praca zarobkowa

Po zaspokojeniu głodu narkotykowego i znalezieniu bezpiecznego miejsca do spania u iniekcyjnych użytkowników pojawia się myśl o pracy. Stałe zatrudnienie gwarantuje zaspokojenie podstawowych potrzeb i zapewnia stabilizację, ale jest też bodźcem do wprowadzenia pozytywnych zmian w życiu („Praca jest dla mnie najważniejsza. Dałaby mi wszystko. Wtedy miałabym po co żyć", kobieta, 33 lata, Poznań). Badani pozostający bez pracy deklarowali, że żyją z dnia na dzień i nie myślą, co będzie dalej. Skupiają się na przetrwaniu. Zdaniem osób, które podejmowały legalną pracę, posiadanie stałego zatrudnienia daje zupełnie inną perspektywę. Co istotne, nie sprowadza się ona wyłącznie do możliwości samodzielnego utrzymania się. Uniezależnienie się od pomocy innych, w szczególności rodziny, i zaufanie ze strony pracodawcy podnoszą samoocenę i dają poczucie godności. Praca pozwala na nawiązanie nowych kontaktów i zmianę otoczenia, co pozytywnie wpływa na proces wychodzenia z uzależnienia. Umożliwia też myślenie o potrzebach wyższego rzędu, m.in. powrocie do dawnych zainteresowań. W związku z tym zdaniem badanych każdy, kto czułby się na siłach, przyjąłby ofertę pracy. Nie chodzi przy tym jednak o prace dorywcze, ale stałe, pewne zatrudnienie.

Badani chcieliby pracować legalnie. Wielu zdobyło wykształcenie średnie lub zawodowe, duża grupa ma też pasje, które rozwijała w młodości i które mogłyby stać się zawodem, m.in. mechanika, fryzjerstwo czy szycie. Mimo to, tylko bardzo niewiel-

ka grupa posiada stałą pracę. Większość utrzymuje się z zasiłków socjalnych i rent. Duża część pracuje dorywczo. Sporo osób pozostaje na utrzymaniu rodziny. Pozostali „kombinują", co zazwyczaj sprowadza się do kradzieży sklepowych lub żebractwa. Chociaż badani deklarowali, że nie chcą zarabiać w sposób niezgodny z prawem, dla wielu jest to jedyne rozwiązanie. Jeśli są zdrowi, nie mają szans na rentę. Wielu nie może znaleźć legalnej pracy ze względu na problemy z prawem. W związku z tym są niejako zmuszeni do pracy „na czarno". Prowadzi to do różnego rodzaju nadużyć ze strony pracodawców. Zdarzały się przypadki, że pracodawca, dowiedziawszy się o problemach pracownika, nie wypłacał mu pensji.

Motywacja do podjęcia pracy jest zdecydowanie mniejsza w grupie użytkowników mieszkających z rodzicami i mających oparcie w rodzinie. Ponieważ sytuacja życiowa nie zmusza ich do zarabiania na swoje utrzymanie, pracę traktują nie w kategoriach przymusu, ale wyboru. Zdarzają się też osoby określane przez badanych mianem „leniwych", którym do szczęścia wystarczy metadon i których głównym zajęciem są spotkania ze znajomymi. Swoje zachowanie usprawiedliwiają najczęściej tym, że nic nie umieją i nie mają gdzie pójść, ale w rzeczywistości ich podstawowym problemem jest brak motywacji. W wielu przypadkach przeszkodą w podjęciu stałej pracy są problemy zdrowotne. Użytkownicy o długim stażu przyjmowania substancji często nie są w stanie wykonywać codziennych czynności, więc zarabianie na siebie znajduje się całkowicie poza ich zasięgiem. Warto zauważyć, że osobom uzależnionym od wielu lat, nawet jeśli uniknęli poważniejszych problemów zdrowotnych, bardzo ciężko jest wrócić do „normalnego" funkcjonowania. Do podjęcia legalnej pracy zniechęcać mogą także problemy z komornikami, którzy zabierają dużą część wynagrodzenia. W tej sytuacji zdecydowanie lepszym rozwiązaniem byłoby otrzymywanie stałego zasiłku. Ponieważ oferowane kwoty są z reguły bardzo niskie, wiele osób dodatkowo podejmuje pracę „na czarno".

Zdaniem badanych czynne używanie i praca z reguły się wykluczają. Dopiero uczestnictwo w programie substytucyjnym umożliwia podjęcie stałej pracy. Są osoby, które przyjmują metadon i pracują w normalnym wymiarze godzin. Znalezienie i utrzymanie pracy podczas leczenia zastępczego bywa jednak bardzo trudne. Po substytut należy się zgłaszać w sztywno określonym przedziale czasowym, najczęściej od ok. 8.00 rano, co wiąże się z regularnymi spóźnieniami do pracy. Wiele osób spotyka się z niechęcią ze strony pracodawców i uprzedzeniami w stosunku do pacjentów substytucyjnych. W związku z tym często wolą nie informować pracodawców, że przyjmują metadon. Są przekonani, że gdyby powiedzieli o swoim problemie, straciliby zatrudnienie („Ja przez pół roku musiałam się w pracy zwalniać, kombinować, kręcić, bo tam gdzie byłam metadon był tylko trzy razy w tygodniu w porannych godzinach i trzeba się było dostosować. A praca też czasem jest od 7.00 do 15.00. Ja w pracy nie mówiłam, że piję metadon, bo to się też źle kojarzy, od razu z narkomanią. Trzeba to ukrywać jednak w pracy i naprawdę czasem trzeba kombinować, żeby połączyć pracę z metadonem. To jest problem, że to nie są elastyczne godziny", kobieta, 43 lata, Gdańsk). Warto też zauważyć, że osoby pozostające na terapii zastępczej nie mogą wykonywać niektórych zawodów, m.in. prowadzić pojazdów.

W ośrodkach leczenia uzależnień i na programach substytucyjnych nie oferuje się pomocy w znalezieniu pracy, a „wiadomo, że jak ktoś chce wyjść z problemu, to chce też przestać kraść" (kobieta, 29 lat, Warszawa). Tylko niewielka grupa badanych uczestniczyła w kursach z zakresu aktywizacji zawodowej. Były to zazwyczaj kursy organizowane przez lokalne Urzędy Pracy, m.in. kurs komputerowy, kurs prowadzenia wózków widłowych, kurs wizażu czy kurs podstaw biznesu. Tego rodzaju szkolenia organizowane są też przez MONAR, ale miejsc jest zaledwie kilka. Część badanych nie zetknęła się propozycjami aktywizacji zawodowej, część nie miała zaś motywacji, żeby z nich skorzystać. Motywacja pojawiłaby się w momencie, gdyby oferta aktywizacyjna łączyła się z możliwością zatrudnienia. Niektórzy respondenci spotkali się z ofertami aktywizacji zawodowej kierowanymi wyłącznie do osób, które otrzymały wcześniej propozycję pracy i potrzebowały dodatkowych kwalifikacji. Badani zauważali potrzebę wprowadzenia kursów zawodowych, kursów komputerowych czy językowych dla osób pozostających na terapii substytucyjnej. Tego rodzaju zajęcia pozwoliłyby się „zaczepić" i ułatwiłyby przystosowanie się do „normalnego" życia. Mogłyby być dla nich inspirujące i dawać poczucie satysfakcji z uczenia się.

6.2. Stałe miejsce zamieszkania

Zdaniem badanych po znalezieniu zatrudnienia można zacząć myśleć o stałym miejscu zamieszkania – już nie o miejscu, gdzie można spędzić noc, ale o „własnym kącie", który gwarantowałby niezależność i możliwość decydowania samemu o sobie. Nie musi to być „własne i całe mieszkanie", respondentom często wystarczyłby wynajmowany pokój, bo „od czegoś trzeba zacząć i to jest podstawa" (kobieta, 37 lat, Gdańsk). Optymalnym rozwiązaniem byłoby mieszkanie socjalne, ale na przydzielenie lokalu trzeba czekać kilka lat.

Należy zaznaczyć, że granica pomiędzy bezdomnością a posiadaniem stałego miejsca zamieszkania jest w przypadku osób uzależnionych bardzo płynna. Tylko niewielka grupa badanych deklarowała posiadanie stabilnej sytuacji mieszkaniowej. Niemal każdy z respondentów doświadczył w swoim życiu bezdomności. Zauważali oni, że nawet osoby, które pozostają na utrzymaniu rodziny czy mieszkają u znajomych, muszą się liczyć z tym, że w pewnym momencie stracą miejsce do mieszkania. Zdarzały się przypadki, że rodzice nie chcieli wpuścić dorosłego, uzależnionego dziecka do domu, żeby zmotywować je do podjęcia leczenia, albo że znajomy, u którego się mieszkało, z dnia na dzień kazał się wyprowadzić. Zdarzały się też sytuacje, że badani dzielili miejsce do mieszkania z partnerami, ale na skutek rozstania jedno z nich trafiało na ulicę.

6.3. Dostęp do opieki zdrowotnej

Po zrealizowaniu potrzeb podstawowych, znalezieniu źródła utrzymania i stałego miejsca zamieszkania badani najczęściej deklarowali chęć zadbania o swoje zdrowie. Kolejną potrzebą z obszaru bezpieczeństwa jest więc dostęp do opieki medycznej. Z jednej strony wynika ona z tego, że osoby podejmujące pracę wchodzą w środowisko osób zdrowych i nie chcą się na ich tle wyróżniać – „będąc wśród normalnych ludzi człowiek chce jakoś się do nich upodobnić, bo narkomani często mają problemy z uzębieniem, bo heroina bardzo niszczy na przykład" (kobieta, 37 lat, Gdańsk). Z drugiej strony po odstawieniu narkotyków dolegliwości, na które wcześniej nie zwracało się uwagi, nagle zaczynają przeszkadzać. Zazwyczaj warunkiem myślenia o własnym zdrowiu jest rozpoczęcie leczenia substytucyjnego, ale nie jest to regułą – czynni użytkownicy także potrzebują dostępu do opieki medycznej. Respondenci zauważali, że bardzo dużo osób ze „środowiska" umiera z powodu stosunkowo błahych i łatwych do wyleczenia schorzeń, ponieważ nie mają ubezpieczenia i nie stać ich na skorzystanie z prywatnej opieki medycznej. Czynni użytkownicy przeważnie nie rejestrują się w urzędach pracy.

Badani często zwracali uwagę na trudności z dostępem do lekarzy pierwszego kontaktu. Największy problem w tym zakresie występuje w Krakowie i Pozna-

niu. W Lublinie dostęp do opieki zdrowotnej nie jest zły, ale lekarze są uprzedzeni w stosunku do osób czynnie używających i niekiedy odmawiają ich przyjęcia. Do tego rodzaju sytuacji dochodzi także w innych miastach. Badani zauważali, że osoby uzależnione, nawet korzystające z terapii substytucyjnej, traktowane są inaczej. Muszą dłużej czekać na konsultacje i trudniej jest im się dostać do szpitala – nawet jeśli byli pierwsi w kolejce, po przyznaniu się do przyjmowania substytutu automatycznie trafiają na koniec listy. Szczególnie problematyczne są wizyty w gabinetach dentystycznych. Prowadzi to do sytuacji, w których osoby uzależnione zastanawiają się, czy powiedzieć lekarzom o swoich problemach z narkotykami, czy zachować tę informację dla siebie.

Badani chcieliby uzyskać dostęp do opieki zdrowotnej na normalnych zasadach, bez dyskryminacji i „spychologii". Ich zdaniem na programie substytucyjnym – poza psychiatrą – powinien być obecny także „zwykły" lekarz. Niektóre ośrodki warszawskie mają własne zaplecze medyczne, ale są to wyjątki od reguły. Konieczne jest znalezienie przychodni i szpitali, które współpracowałyby z placówkami oferującymi terapię substytucyjną. Również testy w kierunku HIV i HCV powinny być prowadzone na miejscu. W Poznaniu trzeba w tym celu jeździć do przychodni w innej części miasta, gdzie panuje silny lęk przed HIV i osoby uzależnione spotykają się z wielką niechęcią. Dobrym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie punktów testowania przeznaczonych wyłącznie dla IDU.

We wszystkich miastach istnieje problem z dostępem do leczenia w przypadku zakażeń HIV i HCV. Jest on szczególnie nasilony w Gdańsku. Działa tu Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy, ale na konsultację lekarską trzeba czekać 9, a nawet 12 miesięcy. Osoby uzależnione i zakażone drogą iniekcji odsyłane są na koniec kolejki i mogą czekać jeszcze dłużej. Bardzo trudno jest też dostać się na leczenie antyretrowirusowe czy interferonowe. O ile osoby pozostające na terapii substytucyjnej mają szansę – często po długich staraniach – otrzymać leki, o tyle czynne używanie substancji z reguły dyskwalifikuje potencjalnych pacjentów. Zdaniem badanych wynika to stąd, że lekarze nie ufają narkomanom i boją się, że któregoś dnia mogą po prostu nie stawić się na leczeniu, co wiązałoby się z koniecznością zwrotu środków uzyskanych od Narodowego Funduszu Zdrowia. W efekcie dochodzi do sytuacji, w których osoby dwudziestokilkuletnie zakażone HIV nie otrzymują żadnego leczenia, ponieważ czynnie biorą lub dobierają inne substancje w trakcie terapii zastępczej. Zdarzały się przypadki, kiedy osoby przyłapane na używaniu były wyrzucane z programów antyretrowirusowych.

Osobną kwestią jest opieka medyczna dla kobiet w ciąży. Badani zauważali, że kobiety czynnie używające nie wiedzą, jakie zachowania są bezpieczne – „w ogóle nie ma czegoś takiego, że się edukuje, kobiety nie mają wiedzy, jedna przez drugą się dowiaduje, nie wiadomo, co jest bezpieczne w ciąży" (kobieta, 38 lat, Gdańsk). Brakuje edukacji w tym zakresie i niekiedy nawet personel szpitala nie jest pewien, jak należy traktować ciężarne użytkowniczki substancji psychoaktywnych.

6.4. Poradnictwo prawne i pomoc w załatwianiu spraw urzędowych

Kolejną potrzebą zgłaszaną przez respondentów jest uregulowanie sytuacji prawnej. Bardzo duża grupa badanych była karana za posiadanie substancji psychoaktywnych, handel narkotykami czy kradzieże. Ponad połowa trafiła do aresztu w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Respondenci zauważali, że policja bardzo często urządza „łapanki" w miejscach, w których gromadzą się użytkownicy iniekcyjni, np. w pobliżu placówek prowadzonych przez MONAR. Ich zdaniem niemal każda osoba czynnie używająca „ma na pieńku z prawem" (mężczyzna, 46 lat, Poznań). Większość ma także nierozwiązane sprawy z komornikami. Ta sytuacja uniemożliwia im podjęcie legalnej pracy i powoduje, że „ganiają wokół własnego ogona" (mężczyzna, 38 lat, Gdańsk). Osoby uzależnione często nie znają swoich praw. Nie stać ich na skorzystanie z porady prawnika i nie wiedzą, gdzie mogą otrzymać darmową pomoc prawną. Respondenci zauważali też, że nie każdy prawnik jest skłonny do współpracy z osobami uzależnionymi.

Badani narzekali na nadmierną biurokrację, która sprawia, że brakuje im motywacji do samodzielnego załatwienia spraw urzędowych. Duża grupa osób uzależnionych nie ma żadnego doświadczenia w tego typu kwestiach. Wielu użytkowników szybko się zniechęca. Jeśli zdarzy im się zaspać czy zostać skierowanym do innego „okienka", często rezygnują i przez to tracą ubezpieczenie zdrowotne czy nie otrzymują zasiłku. Perspektywa czekania w długich kolejkach działa na nich demobilizująco. Potrzebują osoby, która by ich pokierowała, pomogła w wypełnieniu dokumentów czy towarzyszyła im w urzędach i szpitalach („My nie mamy prawników, pieniędzy na prawników, nikogo kto by nas pokierował. Niektórzy to zaczynają od dokumentów, jak człowiek np. nie miał kilkanaście lat dowodu osobistego. Chodzi o załatwianie podstawowych rzeczy. Nam się ciężko do czegokolwiek zebrać. Ja straciłam ubezpieczenie zdrowotne, bo nie pojechałam. Mogłam zegarek nastawić, ale olałam po prostu", kobieta, 36 lat, Gdańsk). Potrzebują asystowania im w podejmowaniu różnych działań – podwyższa to ich poczucie bezpieczeństwa i motywację

7. POTRZEBY WYŻSZEGO RZĘDU

7.1. Rozwijanie zainteresowań

Badani często mieli problem ze wskazaniem potrzeb wyższego rzędu. Nie wiedzieli, co mogliby zrobić z „nowym" życiem, w którym nie musieliby się przejmować zaspokojeniem głodu narkotykowego czy znalezieniem miejsca do spania. Wiele osób przyznawało, że po latach przyjmowania substancji psychoaktywnych „uczucia się powypalały" (mężczyzna, 37 lat, Warszawa), a dawne zainteresowania i aspiracje przestały być istotne. Ich zdaniem narkotyki „zabierają bardzo dużo" (mężczyzna, 49 lat, Kraków). Osoby, które zaczęły przyjmować substancje psychoaktywne w bardzo młodym wieku, czasem nie wiedzą, czym się interesują, jakie mają hobby, kim są. Z kolei osoby czterdziesto- i pięćdziesięcioletnie uważają, że jest już za późno na powrót do „normalnego" życia. Czują się zupełnie innymi ludźmi. Wśród badanych znalazła się jednak duża grupa osób, które deklarowały posiadanie określonych zainteresowań i – po zaspokojeniu potrzeb niższego rzędu – chciałyby do nich wrócić. Nie wiedziały jednak, jak i gdzie mogłyby je rozwijać.

7.2. Psychoterapia

Wielu badanych robiło w swoim życiu rzeczy, których się wstydzą i które mają wpływ na ich aktualny stan psychiczny. W związku z tym zgłaszali potrzebę dostępu do psychoterapii, która pozwoliłaby im uporać się z negatywnymi doświadczeniami. Ich zdaniem większość psychiatrów na programach substytucyjnych koncentruje się wyłącznie na przepisaniu odpowiedniej dawki leku i nie angażuje się w problemy pacjentów – „wszystko polega na tym, żeby tylko mieć określoną liczbę pacjentów, wyrobić normę i zarobić kasę" (mężczyzna, 29 lat, Poznań). Pacjenci substytucyjni

często nie chcą rozmawiać z psychiatrą lub terapeutą uzależnień na tematy osobiste w obawie, że przez swoje zwierzenia stracą „przywileje". Potrzebny jest im „bezstronny" terapeuta, niezwiązany z programem, z którym można „porozmawiać tak po prostu, o sobie, o życiu, o innych problemach" (kobieta, 23 lata, Gdańsk).

Badani zdecydowanie preferowali terapię indywidualną. Twierdzili, że w trakcie spotkań grupowych omawia się stale te same tematy, a osobiste zwierzenia spotykają się z obojętnością. Częstym problemem jest także nieprzestrzeganie zasady poufności. Doprowadza to sytuacji, w których w trakcie terapii nikt nie chce opowiadać o swoich sprawach, a o tym, co dzieje się w ich życiu, mówią dopiero po spotkaniach, w wąskim kręgu towarzyskim. Największe zapotrzebowanie na pomoc psychoterapeutyczną zgłaszali badani z Poznania, Krakowa i Warszawy. W Gdańsku na programie prowadzonym w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnień jest psycholog i psychiatra, funkcjonują też grupy wsparcia. Na programie prowadzonym w poradni **„Medseven" dostęp do terapii jest bardzo ograniczony.**

Interesującym rozwiązaniem byłaby pomoc ze strony osób, którym udało się wyjść z uzależnienia. Badani wspominali, że najlepiej rozmawiało im się z terapeutami, którzy sami mieli doświadczenie związane z iniekcyjnym przyjmowaniem narkotyków. Terapeuci bez takich doświadczeń wiedzą, na czym polega uzależnienie, ale nie są w stanie w pełni zrozumieć swoich pacjentów. Zdaniem respondentów ich podejście jest często zbyt „akademickie" i stwarza niepotrzebne bariery.

7.3. Samoakceptacja i reintegracja

W opinii badanych kluczem do „trzeźwego" życia jest zmiana środowiska oraz akceptacja samego siebie. Źródłem uzależnienia jest często niskie poczucie własnej wartości. Narkotyki dowartościowują, ale po pewnym czasie samoocena się obniża. Bardzo dużym problemem jest stygmatyzacja. Badani uważają, że przez osoby „spoza problemu" postrzegani są jako „trędowaci" (kobieta, 31 lat, Warszawa) i niemal na każdym kroku spotykają się z niechęcią i niezrozumieniem. Ich zdaniem w społeczeństwie polskim wiedza, że uzależnienie od narkotyków to choroba, jest bardzo ograniczona i narkomanów nadal traktuje się jako kogoś gorszego. Osoby uzależnione „cały czas słyszą, że są beznadziejne" (kobieta, 33 lata, Kraków), przez co tracą pewność siebie i często wręcz „nie mogą na siebie patrzeć" (kobieta, 35 lat, Warszawa). Ich samoocena jest bardzo niska. Czynni użytkownicy są przekonani, że nawet po całkowitym odstawieniu substancji będą się czuć gorsi od innych.

Z brakiem akceptacji spotykają się także pacjenci substytucyjni. W ich opinii ludzie nie wiedzą, czym jest metadon i nie rozumieją idei substytucji –„w polskich warunkach, jeśli bierzesz metadon, traktują cię jak ćpuna" (kobieta, 33 lata, Warszawa). Dotyczy to rodzin osób uzależnionych, ale też lekarzy i pracowników socjalnych. Zdaniem badanych niechęć do pacjentów substytucyjnych wynika z faktu, że narkotyki są nielegalne i kojarzą się z brudnymi strzykawkami czy zakażeniami HIV, a substytucja jest postrzegana jako kontynuacja używania. Istotne jest więc uświadamianie społeczeństwa, na czym polega terapia zastępcza i w jaki sposób można zakazić się HIV i HCV.

Opisane wyżej doświadczenia sprawiają, że osoby używające nie potrafią nikomu zaufać i mają poczucie oddalenia od społeczeństwa. Z jednej strony chciałyby poznać ludzi spoza środowiska i nawiązać nowe znajomości, z drugiej – boją się odrzucenia. Badani zauważali, że chociaż „człowiek niby wie, że nie ma napisane na czole, że grzeje, jednak to jest dziwne uczucie i nie wiadomo, co robić" (kobieta, 40 lat, Gdańsk). Ich zdaniem istnieje ogromny mur między osobami uzależnionymi a osobami „trzeźwymi". W towarzystwie osób, które nie miały doświadczeń z używaniem narkotyków, czują się często obco i niekomfortowo („Za głęboko jestem w tym bagnie, żeby z tego wyjść, nie umiem normalnie żyć w społeczeństwie, tyle lat jestem w ćpuńskim towarzystwie, że tylko z narkomanami mam wspólny język. Nie mogę się dogadać z normalnymi ludźmi, nie interesują mnie ich sprawy", mężczyzna, 43 lata, Kraków). Nie potrafią nawiązać z nimi głębszych relacji. Nie wiedzą też, czy i kiedy opowiedzieć im o swojej przeszłości. Z jednej strony mają poczucie, że przyznanie się do uzależnienia może doprowadzić do zerwania kontaktów ze znajomymi czy partnerami, z drugiej – nie chcą opierać nowych relacji na kłamstwie.

Badani byli zgodni co do tego, że terapia skoncentrowana na uzależnieniu to za mało. Wielu zgłaszało potrzebę szerzej rozumianej opieki psychiatrycznej związanej z innymi zaburzeniami psychicznymi, np. depresją, bezsennością czy lękiem. Do wprowadzenia trwałych, pozytywnych zmian w swoim życiu konieczne jest zdaniem respondentów głębsze wsparcie psychologiczne, rodzaju coachingu – treningu mającego na celu odzyskanie wiary w siebie, poznanie swoich mocnych stron i zaplanowanie kolejnych kroków w kierunku „normalnego" funkcjonowania. Brakuje im „dobrego, ciepłego słowa" (kobieta, 23 lata, Gdańsk), tego, żeby ktoś docenił ich postępy i zmotywował do działania. Potrzebują też stałego kontaktu z terapeutą, który pomógłby im uporać się z brakiem asertywności czy agresją („Jeszcze jakby było takie coś jak uczenie asertywności. Kurde, ilu ludziom to jest potrzebne, bo nie wiedzą jak odmówić, w jakiej formie powiedzieć nie, żeby nie brać na przykład", kobieta, 59 lat, Gdańsk), pokazał, jak odbudować relacje rodzinne i „uczył, jak odnaleźć się w «normalnym» świecie" (mężczyzna, 29 lat, Poznań). Pozytywnym przykładem jest psycholog z Poznania, który zabierał swoich pacjentów na basen. Badani zauważali, że dobrym pomysłem byłoby stopniowe włączanie ich w nowe grupy. Potrzebują miejsc, w których można spędzić wolny czas i nawiązać znajomości z osobami spoza programów substytucyjnych czy w ogóle spoza środowiska użytkowników – rodzaju świetlic integracyjnych.

8. OGRANICZENIE RYZYKOWNYCH ZACHOWAŃ I WALKA Z UZALEŻNIENIEM

8.1. Zaspokojenie potrzeb a bezpieczeństwo używania substancji

Narkotyki zapewniają przyjemność wyłącznie na początku, później traktowane są często jako forma kompensacji – przyjmuje się je, żeby „przetrwać dzień" (kobieta, 38 lat, Gdańsk). Badani sugerowali, że zaspokojenie potrzeb bytowych mogłoby w sposób bezpośredni przełożyć się na zmniejszenie zapotrzebowania na substancje – twierdzili, że „gdyby te potrzeby były zaspokojone, nie trzeba byłoby używać środków, żeby je zaspokoić" (kobieta, 33 lata, Warszawa). Częściej jednak realizacja potrzeb wpłynęłaby nie tyle na ilość przyjmowanych substancji, ile na sposób ich używania.

Najistotniejszym czynnikiem prowadzącym do ograniczenia ryzykownych zachowań związanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków jest dostęp do czystego sprzętu. Zdaniem badanych IDU z reguły dbają o korzystanie z czystych igieł i strzykawek. Ryzyko zakażenia HIV i HCV skutecznie odstrasza ich od dzielenia się sprzętem. Z czasem ten strach ulega zmniejszeniu, ale nadal ma znaczenie. Mimo to, niemal wszystkim badanym na jakimś etapie uzależnienia zdarzyło się skorzystać z używanego sprzętu do iniekcji lub dzielić sprzętem z innymi użytkownikami. Zdarzały się

osoby, które zawsze dbały o korzystanie z czystego sprzętu i „potrafiły przejść na skręcie przez pół miasta po igły i strzykawki" (kobieta, 34 lata, Poznań), ale było to pojedyncze przypadki. Część badanych przyznawała, że chociaż nigdy nie dzieliła się sprzętem z innymi użytkownikami, nie utylizowała zużytych igieł i strzykawek i – w razie trudności ze zdobyciem nowego sprzętu – używała ich kilkakrotnie, przepłukując jedynie pod bieżącą wodą. Duża grupa twierdziła, że dzieliła się sprzętem, ale „tylko" ze znajomymi. Zdaniem respondentów osoby będące w „ciągu" i odczuwające bardzo silną potrzebę zażycia substancji zazwyczaj nie zwracają uwagi na czystość igieł i strzykawek – „jak jesteś naćpany, masz czas na wszystko, jak jesteś na skręcie, to nie masz czasu, nie dbasz o nic" (kobieta, 41 lat, Lublin). Brak bezpośredniego dostępu do nowego sprzętu powoduje, że użytkownicy na „głodzie" są zmuszeni korzystać z używanych igieł i strzykawek, które „narkoman zawsze skądś weźmie" (kobieta, 43 lata, Gdańsk). Wielu badanych było świadkami sytuacji, w których osoby w „ciągu" przyjmowały substancje za pomocą igieł znalezionych na ziemi czy na śmietniku.

Badani twierdzili, że gdyby dostęp do czystego sprzętu był łatwiejszy, użytkownicy iniekcyjni korzystaliby z nowych igieł i strzykawek „niezależnie od stopnia skrętu i chęci przygrzania" – kiedy sprzęt byłby pod ręką, „tylko idiota by nie wziął czystego" (kobieta, 33 lata, Poznań). Osoby, którym zdarzało się używać wielokrotnie tych samych igieł i strzykawek, deklarowały, że wolałyby wymieniać sprzęt przed każdą iniekcją. Korzystanie z nowego sprzętu zapewnia komfort psychiczny i fizyczny, zaś kilkukrotne używanie tej samej igły uchodzi w środowisku za praktykę „obrzydliwą i niehigieniczną" (kobieta, 48 lat, Gdańsk).

Kluczowe znaczenie w ograniczeniu ryzykownych zachowań ma także rozpoczęcie leczenia zastępczego. Pacjenci substytucyjni, którzy dobierają iniekcyjnie inne substancje, zazwyczaj bardzo dbają o czystość sprzętu. Jest to zupełnie inny typ „brania" – rodzaj celebracji. Ponieważ nie doświadcza się już bólu fizycznego związanego z głodem narkotykowym, substancje przyjmowane są bez pośpiechu i w sposób możliwie bezpieczny („Jeśli jestem tutaj na programie i dobieram iniekcyjnie, to się to robi dużo bezpieczniej, już się nie jest na głodzie, na skręcie, nie ma już tego ciśnienia i pośpiechu, głowa jest wolniejsza, więc człowiek się troszczy bardziej o warunki", mężczyzna, 26 lat, Gdańsk).

Również posiadanie pracy i stałego miejsca zamieszkania powinno zdaniem badanych ograniczyć skłonność IDU do podejmowania ryzykownych zachowań. Osoby, których potrzeby zostały zaspokojone, mają więcej do stracenia, więc z reguły bardziej dbają o swoje zdrowie i wykazują większą ostrożność. Użytkownikom bezdomnym o długim stażu iniekcyjnego przyjmowania narkotyków jest często wszystko jedno i nie zastanawiają się, czy ich zachowania są bezpieczne – brak stabilizacji życiowej po pewnym czasie zobojętnia na tego rodzaju kwestie. Także dla użytkowników w „ciągu" problem zakażenia HIV i HCV ma drugorzędne znaczenie – nie przejmują się stanem swojego zdrowia. Respondenci zauważali, że są osoby, które będą używać w sposób ryzykowny niezależnie od stopnia zaspokojenia poszczególnych potrzeb. Zdaniem badanych grupa ta jest jednak stosunkowo niewielka.

8.2. Motywacja do podjęcia leczenia

Zaspokojenie omawianych wyżej potrzeb nie tylko wpłynęłoby na poprawę bezpieczeństwa używania substancji, ale mogłoby też stanowić dla IDU bodziec do pójścia o krok dalej i rozpoczęcia leczenia. Szczególnie istotne znaczenie w tym zakresie ma perspektywa zatrudnienia. Ponieważ jednak aktualna oferta pomocowa jest bardzo ograniczona, czynni użytkownicy decydują się na walkę z uzależnieniem z innych powodów.

Dla badanych motywacją było najczęściej zmęczenie psychiczne i niechęć do dalszego „kombinowania". Ważnym czynnikiem był stan zdrowia, który uniemożliwiał wykonywanie kolejnych zastrzyków. Respondenci decydowali się na rozpoczęcie terapii substytucyjnej bądź detoksykację także pod wpływem nacisków rodziny albo ze względu na sytuację prawną (alternatywa: więzienie albo terapia zastępcza). Bardzo istotnym motywem było założenie rodziny, w szczególności ciąża lub narodziny dziecka. Niektórzy deklarowali, że gdyby nie mieli dziecka, prawdopodobnie nie podjęliby próby leczenia. Kolejnym czynnikiem był brak środków na dalsze używanie. Pewna, choć relatywnie nieduża grupa respondentów trafiła na terapię substytucyjną nie dlatego, że chciała wyjść z uzależnienia, ale dlatego, że uważała leczenie za opłacalne finansowo – metadon traktowała jako darmowy narkotyk, a nieraz także jako źródło zarobku, gdy część dawki można odsprzedać.

Badani zauważali, że czynny użytkownik iniekcyjny powinien mieć pewność, że w zamian za odstawienie narkotyków może liczyć na jakieś korzyści, np. dostęp do lekarza, dach nad głową czy możliwość podjęcia pracy. Jeśli osoba uzależniona wiedziałaby, że po rozpoczęciu terapii otworzą się przed nią nowe perspektywy, jej motywacja do rozpoczęcia leczenia znacząco by wzrosła.

Część osób twierdziła, że do podjęcia walki z uzależnieniem konieczne jest osiągnięcie „dna" – „każdy ma jakiś pułap swojego dna i dopóki ktoś swojego dna nie dotknie, to się nie odbije" (mężczyzna, 37 lat, Gdańsk). Dla jednych tym „dnem" był wyrok sądowy, dla innych bardzo zły stan zdrowia, dla jeszcze innych możliwość utraty dziecka i odepchnięcie przez rodzinę. Pojawiały się jednak głosy, że przekonanie o konieczności sięgnięcia dna jest błędne, a motywacja do podjęcia leczenia jest sprawą bardzo indywidualną.

Zdaniem badanych do rozpoczęcia procesu wychodzenia z uzależnienia zazwyczaj konieczny jest wgląd w chorobę i jakiś rodzaj namysłu nad swoim życiem. W pewnym momencie, zazwyczaj po kilku latach przyjmowania substancji psychoaktywnych, wielu IDU odkrywa, że „zabawa się skończyła" (kobieta, 33 lata, Kraków) – narkotyki nie działają tak jak wcześniej, w związku z czym ich dalsze używanie nie ma już sensu. Pojawia się potrzeba, żeby „coś z tym zrobić, bo to tak dalej nie może być, po prostu nie da rady" (mężczyzna, 27 lat, Gdańsk). Niekiedy istotną rolę odgrywa sfera duchowa. Dzięki wierze i modlitwie jedna z badanych kobiet, uzależniona od opiatów i amfetaminy, „wyzwoliła się" z przymusu używania. Swoją przemianę opisywała w kategoriach cudu. Obecnie prowadzi względnie „normalne" życie i nie sięga po narkotyki lub robi to sporadycznie.

Dla osób o najdłuższym stażu przyjmowania środków psychoaktywnych, ale też osób, które uzależniły się w bardzo młodym wieku i nie pamiętają już, jak wyglądało ich życie bez narkotyków, jedynym motywem działania jest zdobycie substancji („Psychiczne szczęście dają mi substancje. Mam przez 30 lat tak strzaskany łeb, że jedynym motywem jest substancja", mężczyzna, 46 lat, Poznań). Zaczynali zazwyczaj od niewielkich dawek, np. ćwiartki dziennie, a skończyli na 10 czy 12 ćwiartkach, które zapewniały wyłącznie dobre samopoczucie i komfort psychiczny. Badani zauważali, że po latach bezdomności, samotności i codziennej walki o przetrwanie zmęczenie jest tak duże, że zaczyna brakować sił do dalszego używania, a nieraz nawet i życia. Przyjmowanie narkotyków „konserwuje" tylko do pewnego czasu. W pewnym momencie nawet metadon zaczyna męczyć. Osoby, które przeszły tego rodzaju drogę, boją się życia w trzeźwości i raczej nie zdecydują się na walkę z uzależnieniem.

8.3. Profilaktyka HIV i HCV

Niemal wszyscy badani przynajmniej raz w życiu przetestowali się w kierunku HIV i HCV. Testowanie uważali za standardową procedurę, deklarując, że „gorsza jest niewiedza od wiedzy" (mężczyzna, 35 lat, Warszawa). Ich zdaniem wiele osób bada się bardziej z ciekawości niż z troski o zdrowie. Ważnym impulsem do zgłoszenia się na test jest też strach związany z uczestniczeniem w ryzykownej sytuacji. W przypadku osób w „ciągu" narkotykowym motywacją do przetestowania się jest zazwyczaj przymus zewnętrzny, np. pobyt w więzieniu. Zdaniem niektórych narkoman w „ciągu" sam z siebie raczej nie zgłosi się na badanie. Inni znali przypadki osób dbających o swoje zdrowie niezależnie od sytuacji życiowej i stopnia zapotrzebowania na substancję. Do wykonania testu skłonić mogą również: znalezienie partnera spoza środowiska, któremu nie chce się wyrządzić krzywdy, narodziny dziecka i założenie rodziny. Kiedy pojawia się decyzja o zmianie dotychczasowego życia, z reguły pojawia się też potrzeba sprawdzenia stanu zdrowia.

W środowisku IDU świadomość zagrożeń związanych z iniekcyjnych przyjmowaniem substancji psychoaktywnych jest bardzo duża. Wiedza na temat HIV i HCV jest jednak niewielka. Zakażenia traktowane są jako swoiste „ryzyko zawodowe", wpisane w iniekcyjne używanie. Co istotne, pozytywny wynik testu często niewiele zmienia w życiu czynnych użytkowników. Osoby z HIV lub HCV z reguły dbają o to, żeby nie zakazić osób zdrowych, ale w kontaktach z osobami ze „środowiska" są mniej uważne. Chociaż duża grupa badanych deklarowała, że przed pożyczeniem sprzętu innym użytkownikom z reguły informowała o ich swoim statusie serologicznym, wielu zdarzały się ryzykowne kontakty seksualne. Respondenci spotkali się także z sytuacjami, kiedy osoby z HIV lub HCV celowo zakażały innych użytkowników.

Respondenci podkreślali, że niezbędne jest podnoszenie świadomości społecznej w kwestii zakażeń, w szczególności sposobu transmisji wirusów, i walka z dyskryminacją osób żyjących z HIV i HCV. Przydatne byłyby także szkolenia dla pracowników systemu ochrony zdrowia, którzy niejednokrotnie nie wiedzą, jak zachować się w stosunku do osoby zakażonej i np. odmawiają wykonywania niektórych zabiegów. Dobrym rozwiązaniem byłoby także wprowadzenie osobnych punktów testowania dla użytkowników iniekcyjnych.

9. OCENA PROGRAMÓW SUBSTYTUCYJNYCH

Niemal każdy z badanych podejmował próby wyjścia z uzależnienia. Wielokrotnie korzystali z oddziałów detoksykacyjnych i uczestniczyli w różnego rodzaju terapiach. Metody te albo nie przynosiły oczekiwanych rezultatów, albo ich efekty były bardzo krótkotrwałe. Dopiero programy substytucyjne umożliwiały respondentom normalne funkcjonowanie. Niektórzy twierdzili wręcz, że „metadon uratował im życie" (mężczyzna, 42 lata, Lublin). Chociaż badani zgadzali się co do tego, że leczenie substytucyjne jako idea jest dobre, ich doświadczenia z konkretnymi programami były często bardzo negatywne.

Osoby, które zgłosiły się na program substytucyjny, miały początkowo bardzo duże oczekiwania. Liczyły, że dzięki leczeniu będą mogły pracować i prowadzić „normalne" życie. Badani twierdzili, że terapia substytucyjna daje poczucie stabilizacji. Pozwala też na myślenie o zaspokojeniu potrzeb wyższego rzędu. Czynni użytkownicy często cały dzień spędzają na „pogoni za towarem" (mężczyzna, 37 lat, Gdańsk). Po przejściu na terapię substytucyjną nagle okazuje się, że czasu jest tak dużo, że nie wiadomo, co z nim zrobić. Powstaje przestrzeń, którą należałoby wypełnić. Niestety, programy substytucyjne w ich obecnym kształcie nie tylko w tym nie pomagają, ale często to wręcz uniemożliwiają („Oni nie leczą ludzi, oni po prostu zakładają obrożę", mężczyzna, 40 lat, Kraków). W efekcie zamiast chęci wprowadzenia dalszych zmian w życiu, u pacjentów substytucyjnych pojawia się rezygnacja i zniechęcenie. Wiele osób wraca do czynnego używania.

Programy substytucyjne zapewniają swoim pacjentom wyłącznie dostęp do leku i nie motywują do walki z uzależnieniem („Ja tu już jestem kilka lat, ale jeszcze nigdy nie słyszałam, żeby jakiś lekarz powiedział «brawo, robisz postępy, dobra robota». A to naprawdę dużo daje, bo człowiek się zmotywowany. A tutaj jak wszystko robisz dobrze to nic, są tylko kary jak się coś zrobi źle", kobieta, 23 lata, Gdańsk). Zdaniem badanych na początku terapię prowadziły osoby z misją, teraz zastąpili ich „zwykli wyrobnicy" (mężczyzna, 42 lata, Warszawa). Oferta pomocowa jest ograniczana, a kolejne udogodnienia likwidowane. W Krakowie działała kiedyś świetlica, lekarz pierwszego kontaktu był dostępny codziennie, a asystentki pomagały w załatwianiu spraw urzędowych. Obecnie żaden z tych elementów nie funkcjonuje. W ośrodkach prowadzących leczenie zastępcze nikt nie pomaga pacjentom w zdobyciu pracy czy mieszkania – nie ma „żadnej pomocy z żadnej strony, żeby ktoś się tutaj mógł rozwinąć, jak jest na metadonie" (mężczyzna, 38 lat, Gdańsk). Brakuje też warsztatów, dostępu do terapii grupowej i indywidualnej. Najwięcej zastrzeżeń mieli pacjenci programów prowadzonych w Krakowie, Gdańsku (terapia w Poradni Leczenia Uzależnień „Medseven") i w Poznaniu.

Dla badanych pozostających na leczeniu substytucyjnym bardzo dużym utrudnieniem jest konieczność regularnego zgłaszania się po odbiór leku. Spora grupa pacjentów musi dojeżdżać do ośrodków prowadzących terapię z miejsc oddalonych o kilkadziesiąt kilometrów. Dojazdy są nie tylko bardzo czasochłonne, ale też kosztowne, szczególnie w przypadku konieczności zgłaszania się po substytut codziennie. Wielu pacjentów nie ma „przywilejów", w związku z czym nie może dostać tzw. zaliczki. Zdaniem respondentów lekarze zakładają z góry, że wszyscy narkomani kłamią i oszukują. W efekcie osoby, które faktycznie chcą wyjść z uzależnienia i nie dobierają dodatkowych substancji, nie mogą otrzymywać zaliczek. Badani zauważali, że poczucie bezpieczeństwa, jakie daje uczestnictwo w programie, jest bardzo kruche („Teraz np. dostałam metadon na 2 tygodnie. I jadę pociągiem i powiedzmy ktoś mi ukradnie ten plecak. Ja nie wiem, co ja bym zrobiła. Musiałabym od razu iść do szpitala, bo tu mi nie uwierzą, nie wydadzą. Mogłabym umrzeć. Jak ja nie wypiję metadonu, to jest tragedia", kobieta, 30 lat, Gdańsk). Ich zdaniem otrzymywanie metadonu w ośrodku prowadzącym terapię substytucyjną jest czasem trudniejsze niż zdobycie heroiny – paradoksalnie bardziej opłaca się kupowanie substytutów na czarnym rynku niż codzienny dojazd do ośrodka.

Regularne wizyty w placówkach prowadzących terapię substytucyjną mogą mieć także negatywny wpływ na proces wychodzenia z uzależnienia i utrudniać powrót do „normalnego" życia. Dla niektórych pacjentów metadon stał się sposobem na życie. Odbiór substytutu jest okazją do spotkań towarzyskich, które często wiążą się z przyjmowaniem innych substancji, przede wszystkim alkoholu – „przyjeżdża się wypić metadon, wypija się przy okazji jedno, drugie, trzecie piwo ze znajomymi, można wpaść w alkoholizm" (kobieta, 41 lat, Kraków). Warto w tym miejscu zauważyć, że jednym z czynników, które sprawiły, że badani sięgnęli po narkotyki, był wpływ środowiska i kontakt z czynnymi użytkownikami. Dotyczy to nie tylko osób, które nie miały wcześniej styczności ze środkami psychoaktywnymi, ale też osób, które przestały przyjmować narkotyki i przez pewien czas pozostawały „czyste".

Badani podkreślali, że pacjenci programów substytucyjnych są grupą bardzo zróżnicowaną. Znajdują się wśród nich zarówno osoby faktycznie próbujące zerwać z uzależnieniem i traktujące terapię jako pierwszy krok w tym kierunku, jak i osoby, które dobierają inne substancje w dużych dawkach i nie chcą bądź nie mają motywacji do podjęcia prób wyjścia z uzależnienia, zarówno osoby młode, dwudziesto- i trzydziestoletnie, które dopiero rozpoczęły leczenie i mają duże szansę na „wyzerowanie", jak i osoby korzystające z programu od wielu lat, fizycznie wyniszczone, schorowane i pogodzone z faktem, że będą musiały przyjmować metadon do końca życia. Rozpoczęcie terapii substytucyjnej oznacza wejście w określone towarzystwo, często bardzo niekorzystne z punktu widzenia walki z uzależnieniem. Codzienny bądź cotygodniowy kontakt z pacjentami zdemotywowanymi może zadziałać na pacjentów zmotywowanych demobilizująco i zniechęcić ich do zmiany swojego życia oraz przełożyć się na powrót do wcześniejszych dysfunkcyjnych wzorów zachowania.

Osoby korzystające z terapii substytucyjnej czują się całkowicie uzależnione od lekarzy („Wkurza mnie ta ich władza, to że cię trzymają za mordę", kobieta, 33 lata, Poznań). Zdaniem badanych na programach zastępczych psychiatrzy decydują o całym życiu pacjentów. Uniemożliwiają im dłuższe wyjazdy („Doktor ma dobry humor, to wypisze mi metadon na miesiąc, żebym mogła pojechać z córką na wakacje, jak nie ma humoru, to na wakacje nie jadę", kobieta, 34 lata, Poznań). Często też nie chcą pomóc osobom, które zamierzają podjąć pracę („Lekarz i program nie idzie na rękę, jeśli się chce podjąć pracę. Zasłaniają się jakimś regulaminem ze strony NFZ, co jest kompletną bzdurą, bo NFZ z kolei właśnie popycha programy w tę stronę, żeby ludziom dawać ten metadon zaliczkowo i żeby ludzie mogli normalnie funkcjonować i podejmować role społeczne", mężczyzna, 38 lat, Gdańsk). W **Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnień w Gdańsku oraz na programie prowadzonym** w Lublinie lekarze są bardziej wyrozumiali – osoby pracujące dostają metadon na dłuższy okres czasu. W pozostałych miastach jest to często nieosiągalne. Badani zauważali, że jako czynni użytkownicy czuli się mniej „zniewoleni" niż jako pacjenci programów substytucyjnych.

Należy zaznaczyć, że tak duża władza ze strony lekarzy może prowadzić do nadużyć i stosowania wobec pacjentów przemocy psychicznej. Z wypowiedzi respondentów wynika, że do tego rodzaju sytuacji dochodziło na programie prowadzonym w Poradni Leczenia Uzależnień „Medseven" w Gdańsku („Tamten doktor bardzo utrudniał, ja się dlatego przeniosłam. Tam w końcu się pielęgniarki zbuntowały, bo mówiły że tak każdy wychodzi z tego gabinetu zapłakany, że w końcu zrobiły tam kontrolę. Bo tam dochodziło nawet do tego, że jak się ma L4, to i tak trzeba osobiście przyjść po metadon. Lekarz mówił «albo metadon albo praca», to jest nie w porządku. Poniżał też, pytał dziewczyn, czy mają sztuczne piersi czy prawdziwe", kobieta, 43 lata, Gdańsk).

10. WNIOSKI

W badaniu udało się potwierdzić, że stopień zaspokojenia potrzeb iniekcyjnych użytkowników środków psychoaktywnych ma realny wpływ na zwiększenie bezpieczeństwa używania substancji i tym samym zmniejszenie ryzyka związanego z transmisją zakażeń HIV i HCV. Ustalono, że deprywacja materialna przekłada się na skłonność do podejmowania ryzykownych zachowań. Osoby, które jej doświadczają, zazwyczaj nie przykładają dużej wagi do bezpiecznego używania substancji psychoaktywnych. Z drugiej strony u osób, których podstawowe potrzeby zostały zaspokojone, pojawia się skłonność do większej troski o własne zdrowie i tym samym większej ostrożności.

Podstawową potrzebą doświadczaną przez iniekcyjnych użytkowników, która stanowi warunek myślenia o pozostałych potrzebach, jest zaspokojenie głodu substancji. Chociaż uczestnictwo w terapii zastępczej nie zaspokaja w pełni głodu narkotykowego i nie eliminuje problemu iniekcyjnego używania, programy substytucyjne zapewniają osobom uzależnionym poczucie stabilizacji i bezpieczeństwa. Przekłada się to na zmianę wzoru zachowań IDU, a zwłaszcza dbałość o czystość sprzętu do iniekcji. Dlatego z punktu widzenia redukcji szkód niezbędne jest zwiększenie dostępności terapii substytucyjnej poprzez organizację nowych programów oraz obniżenie progów uczestnictwa w leczeniu. Dla wielu iniekcyjnych użytkowników zdecydowanie lepszym rozwiązaniem byłoby jednak wprowadzenie sprzedaży leków substytucyjnych w aptekach. Istnieje także zapotrzebowanie na rozszerzenie dostępu do substytutów w formie tabletek (Suboxone).

Kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa zachowań IDU ma także dostępność czystego sprzętu do iniekcji. W niektórych ośrodkach, szczególnie w Warszawie i Gdańsku, jest ona ograniczona. Rozwiązaniem optymalnym byłoby wprowadzenie automatów ze sprzętem iniekcyjnym (w różnych lokalizacjach w mieście), organizacja nowych programów wymiany igieł i strzykawek oraz dystrybuowanie sprzętów przez streetworkerów. Potrzebne jest także edukowanie pracowników aptek i nakłanianie ich do sprzedawania igieł i strzykawek niezależnie od pory dnia czy wyglądu klienta. Z dużym entuzjazmem badanych spotkał się pomysł wprowadzenia pokojów iniekcyjnych oraz organizacji warsztatów, na których uczono by prawidłowego sposobu wkłucia.

Potrzebą niemal równie istotną, co dostęp do substancji i dostęp do czystego sprzętu, jest zapewnienie bezpiecznego miejsca do spania i odpoczynku. Aktualna oferta pomocowa z zakresu bezdomności jest dramatycznie niewystarczająca. Nie ma noclegowni i hosteli dla IDU, a zasady obowiązujące w placówkach dla pacjentów substytucyjnych są zdaniem badanych zbyt rygorystyczne. We wszystkich miastach objętych oceną istnieje duże zapotrzebowanie na ośrodki, w których czynni użytkownicy oraz pacjenci substytucyjni mogliby spędzić noc, umyć się czy przygotować ciepły posiłek bez konieczności spełniania dodatkowych warunków. Potrzebne są także niskoprogowe placówki, w których przedstawiciele tych dwóch grup mogliby spędzić czas i odpocząć w trakcie dnia.

Po zaspokojeniu potrzeb podstawowych u IDU bardzo szybko pojawia się potrzeba posiadania stałego źródła utrzymania. O ile czynne używanie substancji psychoaktywnych z reguły wyklucza możliwość podjęcia legalnej pracy, o tyle osoby pozostające na leczeniu zastępczym mają motywację do znalezienia stałego zatrudnienia. Ze względu na problemy zdrowotne, brak odpowiednich kwalifikacji, wyroki sądowe i małą elastyczność lekarzy prowadzących programy substytucyjne ich możliwości w tym zakresie są jednak ograniczone. Podjęcie stałej pracy ma zasadniczy wpływ nie tylko na bezpieczeństwo używania substancji psychoaktywnych, ale też na proces wychodzenia z uzależnienia. Stąd potrzebne jest uzupełnienie oferty skierowanej do iniekcyjnych użytkowników o kursy z zakresu aktywizacji zawodowej oraz pomoc w znalezieniu zatrudnienia.

Z podjęciem pracy wiążą się bezpośrednio kolejne potrzeby: posiadanie stałego miejsca zamieszkania, opieka medyczna oraz poradnictwo prawne i pomoc w załatwianiu spraw urzędowych. Użytkownicy iniekcyjni mają trudności z dostępem do lekarzy i bardzo często spotykają się z dyskryminacją ze strony pracowników systemu ochrony zdrowia. Problem ten jest szczególnie nasilony w Krakowie i Poznaniu.

W Gdańsku istnieje natomiast duży problem z dostępnością do leczenia antyretrowirusowego. Zdaniem badanych dobrym rozwiązaniem byłoby nawiązanie współpracy między placówkami oferującymi terapię zastępczą a przychodniami i szpitalami oraz umożliwienie konsultacji u lekarzy pierwszego kontaktu w ramach programów substytucyjnych.

Bardzo potrzebne jest także zapewnienie IDU wsparcia psychologicznego, które nie ograniczałoby się wyłącznie do terapii uzależnień. Poza zwiększeniem dostępności do klasycznych form psychoterapii, oferta kierowana do iniekcyjnych użytkowników powinna zostać uzupełniona o rodzaj treningu motywacyjnego, który pozwalałoby na odbudowanie poczucia własnej wartości i zaplanowanie kolejnych kroków w kierunku „normalnego" funkcjonowania.

Istotną przeszkodą w procesie walki z uzależnieniem jest stygmatyzacja, z jaką spotykają się użytkownicy substancji psychoaktywnych. IDU, ale także pacjenci terapii substytucyjnej czują się odcięci od społeczeństwa. Ich zdaniem istnieje przepaść między osobami uzależnionymi a osobami „trzeźwymi". W zasypywaniu tej przepaści – poza psychoterapią – pomocne byłoby stopniowe włączanie IDU w nowe grupy i organizowanie miejsc, w których mogliby nawiązać znajomości z osobami spoza „środowiska". Niezbędna jest także walka ze stereotypami i uświadamianie społeczeństwa, na czym polega leczenie substytucyjne, w jaki sposób można zakazić się HIV i HCV, a także, na czym polega uzależnienie i że jest chorobą.

Badani byli zgodni co do tego, że największe szanse na powrót iniekcyjnych użytkowników do „normalnego" życia daje terapia substytucyjna. Samo wydawanie leków jednak nie wystarczy. Jeśli pacjenci substytucyjni nie będą mieli zapewnionej perspektywy rozwoju i odpowiedniego wsparcia psychologicznego, nie podejmą dalszych kroków w kierunku walki z uzależnieniem. Zdaniem badanych programy substytucyjne nie tylko nie mają oferty w tym zakresie, ale likwidują kolejne udogodnienia i wprowadzają dodatkowe ograniczenia. W efekcie często zamiast redukować szkody przyczyniają się do generowania jeszcze głębszych.

ZAŁĄCZNIK 1.

Kwestionariusz IDU

Instrukcja: odpowiedzi zaznacz znakiem „x" lub wpisz w wykropkowane miejsca.

Kod grupy: ☐☐☐☐☐☐

Imię ……

1. Ile masz lat? ……

2. Ile miałeś/-łaś lat, kiedy po raz pierwszy użyłeś/-łaś substancji psychoaktywnej w formie iniekcji? ……

3. Jakie masz wykształcenie?
☐ podstawowe
☐ średnie
☐ zawodowe
☐ wyższe
☐ inne (jakie?) ……

4. Czy jesteś osobą pracującą?
☐ tak
☐ nie, jeszcze się uczę
☐ jestem bezrobotny/-a i aktywnie poszukuję pracy
☐ jestem bezrobotny/-a i nie poszukuję pracy
☐ jestem na emeryturze/rencie
☐ inna sytuacja (jaka?) ……

5. Z czego się utrzymujesz? ……

6. Czy korzystasz z ofert pomocowych z obszaru:

bezdomności	☐ Tak	☐ Nie
opieki społecznej	☐ Tak	☐ Nie
terapii leczenia uzależnień	☐ Tak	☐ Nie

7. Czy kiedykolwiek korzystałeś/-łaś z programów aktywizacji zawodowej?
☐ Tak ☐ Nie
Jeśli tak, to jakich? ……

8. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy korzystałeś/-łaś z pomocy/oferty:

stacjonarnych ośrodków leczenia uzależnień	☐ Tak	☐ Nie
poradni leczenia uzależnień	☐ Tak	☐ Nie
punków dziennego pobytu (świetlic)	☐ Tak	☐ Nie
programów substytucyjnych	☐ Tak	☐ Nie
ośrodków detoksykacyjnych	☐ Tak	☐ Nie
noclegowni	☐ Tak	☐ Nie
organizacji pozarządowych (stowarzyszeń, fundacji)	☐ Tak	☐ Nie

9. Czy kiedykolwiek testowałeś/-łaś się w kierunku HIV?
☐ Tak ☐ Nie

10. Czy kiedykolwiek testowałeś/-łaś się w kierunku HCV?
☐ Tak ☐ Nie

11. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyły Ci się następujące sytuacje:

korzystanie z używanych igieł i strzykawek	☐ Tak	☐ Nie
dzielenie z kimś sprzętu do iniekcji	☐ Tak	☐ Nie
kontakty seksualne bez zabezpieczenia	☐ Tak	☐ Nie
przedawkowanie	☐ Tak	☐ Nie
pobyt w areszcie lub zakładzie karnym	☐ Tak	☐ Nie

12. Jakie substancje psychoaktywne zdarzyło Ci się przyjąć w ciągu ostatnich 12 miesięcy? (wymień substancję podstawową oraz substancje dobierane)
……
……
……
……
……
……

ZAŁĄCZNIK 2.

Scenariusz zogniskowanego wywiadu grupowego

1. Wprowadzenie – przedstawienie się moderatorów, opis projektu oraz celów badania | czas: 5 minut

Moderatorzy
Dzień dobry, nazywam się … i jestem…
Dzień dobry, nazywam się … i jestem…

Zaprosiliśmy Was dzisiaj do dyskusji na temat potrzeb i problemów osób przyjmujących substancje psychoaktywne drogą dożylną. Spotkanie jest częścią projektu „Iniekcyjni użytkownicy substancji psychoaktywnych – identyfikacja problemów i potrzeb na przykładzie trzech polskich miast: Warszawa, Kraków i Wrocław", który finansowany jest ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Spotkanie potrwa ok. 90 minut. Bardzo dziękujemy, że zgodziliście się przyjąć nasze zaproszenie.

Projekt i cele badania

Projekt „Iniekcyjni użytkownicy substancji psychoaktywnych – identyfikacja problemów i potrzeb na przykładzie trzech polskich miast: Warszawa, Kraków i Wrocław" realizowany jest przez Fundację Redukcji Szkód. Jego głównym celem będzie poznanie potrzeb iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych oraz wskazanie czynników mogących mieć wpływ na zmniejszenie ryzyka związanego z dożylnym przyjmowaniem narkotyków. Celem dodatkowym będzie zidentyfikowanie problemów, które blokują zaspokajanie potrzeb istotnych w procesie walki z uzależnieniem. Zakładamy, że podejmowanie ryzykownych zachowań (tj. niewymienianie igieł i strzykawek, dzielenie się sprzętem do iniekcji i kontakty seksualne bez zabezpieczenia) jest ściśle związane z tym, jak osoba używająca funkcjonuje, jakimi zasobami dysponuje oraz które jej potrzeby są zaspokojone. Projekt ma bardzo duże znaczenie dla jakości i skuteczności pracy w obszarze redukcji szkód. Pozwoli wskazać luki w systemie pomocowym, dzięki czemu działania prowadzone przez Programy Redukcji Szkód staną się bardziej efektywne i dopasowane do rzeczywistych potrzeb odbiorców.

2. Przybliżenie techniki zogniskowanego wywiadu grupowego oraz informacja o rejestracji spotkania | czas: 4 minuty

W trakcie naszej dyskusji padnie wiele pytań i odpowiedzi. Wszystkie one są niezwykle cenne. Nie obowiązuje nas jednomyślność. Każdy z Was może pozostać przy własnych poglądach, przy swoim zdaniu. Prosimy, abyście nie czuli się w żaden sposób skrępowani czy ograniczeni naszą obecnością albo opiniami innych uczestników badania. To Wy jesteście dzisiaj ekspertami, a spostrzeżenia, którymi się z nami podzielicie, posłużą do sformułowania stanowisk na tematy poruszane w badaniu.

Naszą rolą będzie poprowadzenie dyskusji w taki sposób, aby każdy z Was miał równą szansę wyrażania własnych opinii na omawiane tematy.

Przebieg naszego spotkania będziemy rejestrować za pomocą dyktafonu. Rejestrowanie rozmowy jest konieczne, ponieważ nie jesteśmy w stanie notować każdej wypowiedzi, a nie chcemy, aby coś nam umknęło. Zarejestrowany materiał będzie wykorzystany jedynie do przygotowania końcowego raportu, nie zostanie on użyty w żadnym innym celu, nie będzie rozpowszechniany, ani publikowany. Zapewniamy, że możecie wypowiadać się w sposób całkowicie swobodny i szczery.

3. Przedstawienie uczestników spotkania | czas: 10 minut

Na początek prosimy, aby każdy z Was podał swoje imię i powiedział kilka słów o sobie. By zebrać więcej informacji, które pozostaną poufne, prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety.

Moderatorzy rozdają kwestionariusze i – kiedy są już wypełnione – zbierają je.

Te informacje będą dla nas ważne przy analizie danych uzyskanych w trakcie naszego spotkania.

4. Potrzeby podstawowe | czas: 15 minut

Wprowadzenie

Naszą rozmowę chcielibyśmy rozpocząć od omówienia potrzeb, jakie odczuwacie na co dzień. Przyjmujemy, że istnieje pewna hierarchia potrzeb, od potrzeb najbardziej podstawowych, związanych z przetrwaniem, aż po potrzeby psychiczne, związane z uczestniczeniem w życiu społecznym. W tym ujęciu zaspokojenie potrzeb podstawowych jest warunkiem pojawiania się potrzeb wyższego rzędu.

W trakcie spotkania będziemy kolejno omawiać poszczególne grupy potrzeb. Zakładamy, że część potrzeb jesteście w stanie realizować we własnym zakresie, zaspokojenie części może być jednak dla Was problematyczne. Chcemy, żebyście w swoich rozważaniach skupili się tylko na tych potrzebach, których realizacja sprawia Wam

trudności. Odpowiadając na nasze pytania, możecie odwoływać się nie tylko do własnych doświadczeń, ale też doświadczeń Waszych znajomych i innych osób znajdujących się w podobnej sytuacji, co Wy.

Pierwszą grupą potrzeb, którą chcemy przedyskutować, są potrzeby podstawowe, związane z sytuacją bytową i funkcjonowaniem z dnia na dzień. Są to potrzeby, których zaspokojenie jest konieczne dla utrzymania się człowieka przy życiu, m.in. jedzenie, picie, ogrzewanie, odzież, schronienie i odpoczynek. Kiedy potrzeby podstawowe nie są zaspokajane, pozostałe potrzeby schodzą na dalszy plan.

Lista i hierarchia potrzeb

– Jakie konkretne potrzeby należące do tego obszaru odczuwacie Wy i osoby znajdujące się w podobnej sytuacji?
Moderatorzy na bieżąco zapisują poszczególne potrzeby.
– Wymieniliście szereg potrzeb podstawowych. Prosimy teraz, żebyście spróbowali je uszeregować od najważniejszych i najpilniejszych do najmniej istotnych.

Moderatorzy przypisują poszczególnym potrzebom numery porządkowe.

Problemy i luki w systemie pomocowym

Zastanowimy się teraz nad czynnikami, które stanowią barierę w realizacji poszczególnych potrzeb podstawowych.
– Jak myślicie, jakie problemy uniemożliwiają albo utrudniają zaspokajanie wskazanych przez Was potrzeb podstawowych?
Moderatorzy na bieżąco zapisują poszczególne problemy.
– Jak w świetle tego, o czym przed chwilą rozmawialiśmy, oceniacie aktualną ofertę pomocową skierowaną do osób w Waszej sytuacji? W jakim stopniu zaspokaja ona Wasze podstawowe potrzeby?

5. Potrzeby związane z bezpieczeństwem | czas: 13 minut

Kolejną grupą potrzeb, o której chcielibyśmy porozmawiać, są potrzeby związane z szeroko rozumianym bezpieczeństwem. Należą tu takie potrzeby, jak posiadanie stałego miejsca zamieszkania, zabezpieczenie przed chorobą (dostęp do opieki medycznej) i bezrobociem (gwarancja zatrudnienia). Ich zaspokojenie zapewnia stabilizację życiową i pozwala na planowanie najbliższej przyszłości.

Lista i hierarchia potrzeb

– Jakie konkretne potrzeby należące do omawianego obszaru odczuwacie Wy i osoby znajdujące się w podobnej sytuacji?
Moderatorzy na bieżąco zapisują poszczególne potrzeby.
– Spróbujcie, proszę, uszeregować potrzeby związane z bezpieczeństwem od najważniejszych i najpilniejszych do najmniej istotnych.

Moderatorzy przypisują poszczególnym potrzebom numery porządkowe.

Problemy i luki w systemie pomocowym

Zastanowimy się teraz nad czynnikami, które stanowią barierę w realizacji poszczególnych potrzeb związanych z bezpieczeństwem.

– Jak myślicie, jakie problemy uniemożliwiają albo utrudniają zaspokajanie wskazanych przez Was potrzeb związanych z bezpieczeństwem?
Moderatorzy na bieżąco zapisują poszczególne problemy.
– Jak w świetle tego, o czym przed chwilą rozmawialiśmy, oceniacie aktualną ofertę pomocową skierowaną do osób w Waszej sytuacji? W jakim stopniu zaspokaja ona Wasze potrzeby związane z bezpieczeństwem?

6. Potrzeby wyższego rzędu | czas: 13 minut

Do tej pory mówiliśmy o potrzebach podstawowych i potrzebach związanych z bezpieczeństwem. Teraz chcielibyśmy skupić się teraz na tzw. potrzebach wyższego rzędu, czyli potrzebach psychicznych i społecznych. Mają one charakter emocjonalny i wynikają z psychiki człowieka oraz z jego stosunku do otoczenia społecznego. Są przy tym jak gdyby nadbudowane na potrzebach, o których dyskutowaliśmy wcześniej.

Lista i hierarchia potrzeb

– Jakie konkretne potrzeby należące do tego obszaru odczuwacie Wy i osoby znajdujące się w podobnej sytuacji?
Moderatorzy na bieżąco zapisują poszczególne potrzeby.
– Prosimy teraz, abyście spróbowali uszeregować potrzeby psychiczne i społeczne od najważniejszych i najpilniejszych do najmniej istotnych.

Moderatorzy przypisują poszczególnym potrzebom numery porządkowe.

Problemy i luki w systemie pomocowym

Zastanowimy się teraz nad czynnikami, które stanowią barierę w realizacji poszczególnych potrzeb wyższego rzędu.
– Jak myślicie, jakie problemy uniemożliwiają albo utrudniają zaspokajanie wskazanych przez Was potrzeb psychicznych i społecznych?
Moderatorzy na bieżąco zapisują poszczególne problemy.
– Jak w świetle tego, o czym przed chwilą rozmawialiśmy, oceniacie aktualną ofertę pomocową skierowaną do osób w Waszej sytuacji? W jakim stopniu zaspokaja ona Wasze potrzeby psychiczne i społeczne?

7. Ćwiczenie | czas: 10 minut

Przejdziemy teraz do omówienia możliwych rozwiązań wskazanych przez Was problemów.
– Jakie działania należałoby Waszym zdaniem podjąć, aby poprawić stopnień zaspokojenia poszczególnych potrzeb? Udzielając odpowiedzi, uwzględnijcie wprowadzoną przez nas hierarchię potrzeb. W pierwszej kolejności pomyślcie o potrzebach podstawowych, następnie o potrzebach związanych z bezpieczeństwem, a na końcu o potrzebach psychicznych i społecznych.

Moderatorzy na bieżąco zapisują poszczególne propozycje.

8. Zaspokajanie potrzeb a proces walki z uzależnieniem | czas: 15 minut

Omówiliśmy już Wasze potrzeby i wskazaliśmy sposoby rozwiązania problemów z ich realizacją. Teraz chcielibyśmy prosić, żebyście spróbowali sobie wyobrazić, jak zaspokojenie poszczególnych potrzeb wpłynęłoby na Wasze zachowania związane z używaniem środków psychoaktywnych. Udzielając odpowiedzi na kolejne pytania z tego obszaru, uwzględnijcie wprowadzoną przez nas hierarchię potrzeb. W pierwszej kolejności pomyślcie o potrzebach podstawowych, następnie o potrzebach związanych z bezpieczeństwem, a na końcu o potrzebach psychicznych i społecznych.
– Jak myślicie, co zaspokojenie poszczególnych typów potrzeb zmieniłoby w Waszym życiu?
– Czy Waszym zdaniem zaspokojenie poszczególnych typów potrzeb sprawiłoby, że osoby znajdujące się w podobnej sytuacji, co Wy:

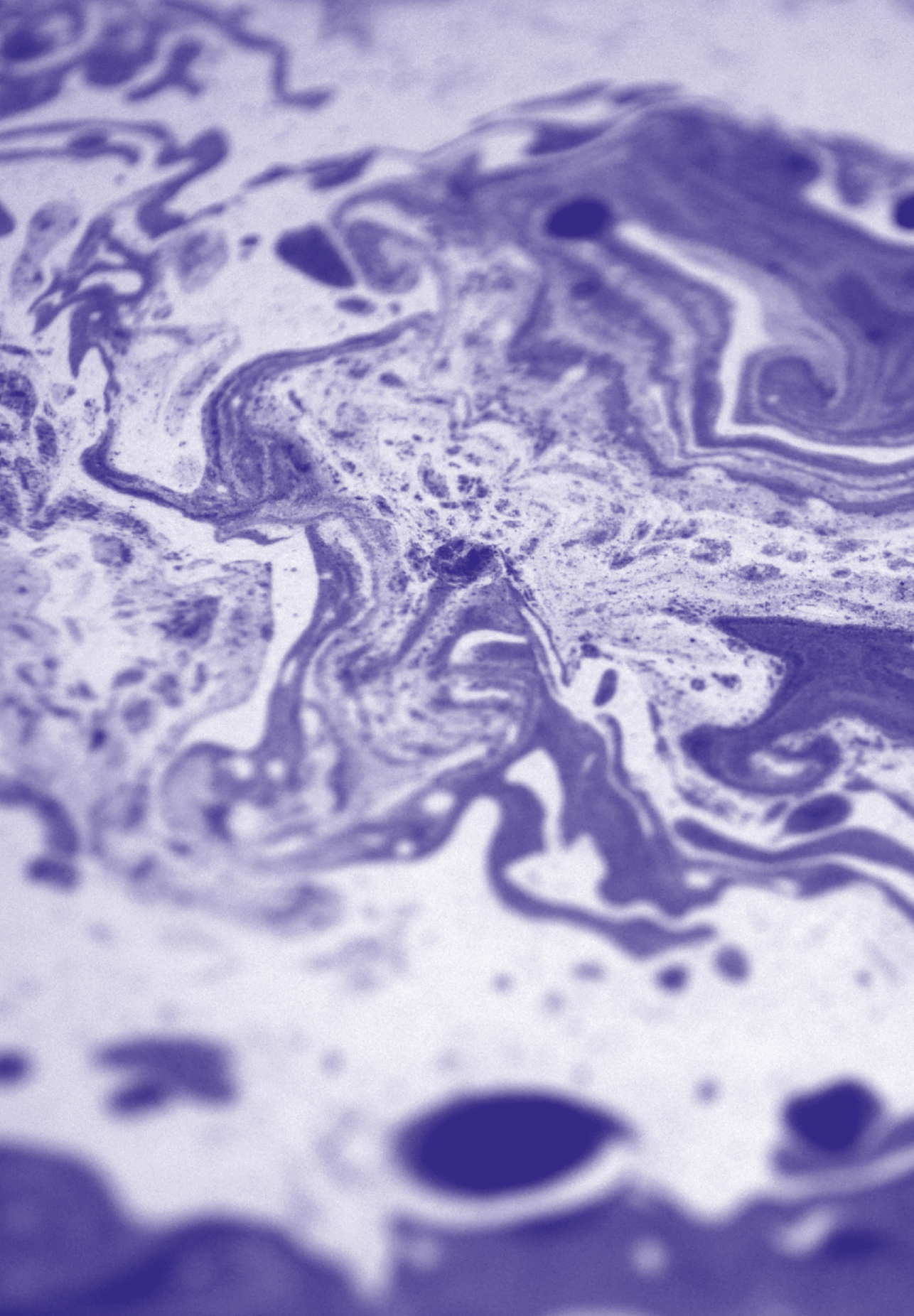
a. Zaczęłyby używać substancji psychoaktywnych w bezpieczniejszy sposób? Przez „bezpieczniejsze używanie" będziemy rozumieć korzystanie za każdym razem ze sterylnego sprzętu do iniekcji.
b. Zrezygnowałyby z kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia?
c. Podjęłyby decyzję o rozpoczęciu leczenia?

Chcielibyśmy porozmawiać przez chwilę o zakażeniach HIV.

– Jaki macie stosunek do HIV? Jak zakażenia HIV są postrzegane w Waszym środowisku?
– Wyobraźcie sobie, że u osoby, którą znacie, zdiagnozowano by HIV. Czy ta informacja zmieniłaby coś w Waszym stosunku do tej osoby?
– Jak myślicie, co mogłoby zmotywować osoby w Waszej sytuacji do przetestowania się na HIV? Na którym etapie zaspokojenia potrzeb pojawiłaby się motywacja do wykonania testu?

9. Podsumowanie | czas: 5 minut

– Biorąc pod uwagę wszystko to, o czym rozmawialiśmy na dzisiejszym spotkaniu, czy możecie powiedzieć, co należałoby zrobić w pierwszej kolejności, aby poprawić sytuację osób w Waszej sytuacji i zmotywować je do bezpieczniejszego używania substancji, zrezygnowania z ryzykownych kontaktów seksualnych oraz podjęcia leczenia uzależnienia?
– Jak myślicie, które z omawianych potrzeb i problemów mają największy wpływ na proces walki z uzależnieniem?

10. Zakończenie i podziękowanie za spotkanie

Fotografia na okładce: Josje Godschalk