

MONITORING REDUKCJI SZKÓD W EUROPIE PRZEZ ORGANIZACJE SPOŁECZEŃSTWA OBYWATELSKIEGO 2022

STRESZCZENIE

SPIS TREŚCI

Punkty kontaktowe C-EHRN	03
Wstęp	04
Podstawowe usługi w zakresie redukcji szkód	05
WZW C	07
Nowe trendy w medycynie	08

PUNKTY KONTAKTOWE C-EHRN

Kraj	Miasto	Organizacja	Osoba kontaktowa	Funkcja
Albania	Tirana	Aksion Plus	Besnik Hoxha	Project Coordinator
Austria	Wiedeń	Suchthilfe Wien GmbH	Birgit Braun	Management Streetwork/Change
Belgia	Antwerpia	GIG - ngo Free Clinic	Tessa Windelinckx	Coordinator GIG - Health Promotion in Injecting Drug Use
Cypr	Nikozja	Cyprus National Addictions Authority	Evi Kyprianou	Officer
Czechy	Praga	SANANIM z.ú.	David Pešek	Harm Reduction Facility Manager
Dania	Kopenhaga	HealthTeam for the Homeless	Henrik Thiesen	Senior Physician & Manager
Estonia	Tallinn	OÜ ReCuro Estonia	Greete Org	Chief Executive Officer
Finlandia	Helsinki	A-Clinic Foundation (ACF)	Juho Sarvanko	Project Planning
Francja	Paryż	Fédération Addiction	Marine Gaubert	Head of Unit
Niemcy	Berlin	Fixpunkt e. V.	Astrid Leicht	Heads of Division Drugs & Prison
Grecja	Ateny	Positive Voice (Greek Association of PLWHIV)	Marios Atzemis	Harm Reduction Officer
Węgry	Budapeszt	Rights Reporter Foundation	Peter Sarosi	Director
Irlandia	Dublin	Ana Liffey Drug Project	Tony Duffin	Chief Executive Officer
Włochy	Milan	Fondazione LILA Milano	Maria Luisa (Lella) Cosmaro	Senior Prevention and Project Manager
Łotwa	Ryga	DIA+LOGS	Ruta Kaupe	Board Chairperson
Litwa	Wilno	Coalition "I Can Live"	Jurgita Poskeviciute	Director
Luksemburg	Luksemburg	Jugend-an Drogenhëllef	Martina Kap	Team Leader
Malta	Malta	Harm Reduction Malta	Karen Mamo	Founder and Administrator
Macedonia Północna	Skopje	Healthy Option Project Skopje, HOPS	Silvana Naumova	Coordinator of Harm Reduction Programme
Polska	Kraków	MONAR Association	Grzegorz Wodowski	Coordinator
Polska	Warsaw	Prekursor Foundation for Social Policy	Magdalena Bartnik	Executive Director
Portugalia	Porto i Vila Nova de Gaia	APDES	Joana Vilares	Harm Reduction Team Coordinator

Rosja	Sankt Petersburg	Charitable Fund "Humanitarian Action"	Aleksey Lakhov	Technical Advisor
Słowenia	Lublana	Association Stigma	Katja Krajnc	Social Worker
Słowacja	Bratysława	Odyseus	Dominika Jasekova	Director
Hiszpania	Barcelona	Red Cross Catalonia Department of Health, Drug Addiction Area	Patricia Colomera	Director of the Attention and Monitoring Centre and Harm Reduction area
Szwecja	Sztokholm	Stockholm Drug Users Union	Niklas Eklund	President
Szwajcaria	Bern	Infodrog/Radix	Marc Marthaler	Scientific Collaborator
Holandia	Amsterdam	Mainline Foundation	Machteld Busz	Director
Zjednoczone Królestwo	Glasgow	Scottish Drugs Forum	David Liddell	Chief Executive Officer
Zjednoczone Królestwo	Londyn	Release	Laura Garius	Policy Lead

WSTĘP

Prowadzone przez organizacje społeczeństwa obywatelskiego monitorowanie i ewaluacja polityki społecznej to podstawowe narzędzia, które pozwalają na kontrolę rządzących. Taka niezależna ocena realizacji zadań przyczynia się także do polepszenia istniejących serwisów i programów tak, aby lepiej odpowiadały potrzebom osób używających narkotyków. Wreszcie, poprzez ukazanie doświadczeń i wiedzy lokalnych serwisów redukcji szkód, monitoring C-EHRN ma również na celu dopełnienie już istniejących danych oraz poszerzenie wiedzy, aby wspierać rzecznictwo oraz wnieść swój wkład w tworzenie polityk narkotykowych.

Raporty z monitoringu C-EHRN są publikowane corocznie od 2019 roku. Proces zbierania danych opiera się na sieci punktów kontaktowych C-EHRN (PK), tak więc, informacje są pozyskiwane od

organizacji (i pośrednio od ich klientów), które prowadzą serwisy redukcji szkód. Od 2020 roku gromadzenie danych koncentruje się na poziomie lokalnym (miejskim). Jak widać na Mapie, w 2022 roku w monitoringu uczestniczyło 31 PK z 30 krajów. Poza informacjami ze zwyczajowego kwestionariusza online, raport z monitoringu na 2022 r. po raz pierwszy zawiera bardziej dogłębne dane zebrane za pomocą wywiadów i dyskusji w grupach fokusowych z PK i ekspertami.

Mapa przedstawia miasta biorące udział w monitoringu C-EHRN w latach 2020-2022.

“Większość (70%) punktów kontaktowych C-EHRN ma - jako główny priorytet swojej organizacji - świadczenie usług, co czyni je wysoce odpowiednimi do opisywania sposobu realizacji działań z zakresu redukcji szkód w praktyce.”

polityki publiczne) to dominujące bariery wpływające na możliwość dotarcia do określonych populacji. W latach 2020-2022 zdolność do dostarczania serwisów znacząco spadła dla osób świadczących usługi seksualne, osób doświadczających bezdomności oraz kobiet używających narkotyków.

Jeśli chodzi o rozpowszechnienie konkretnych usług, w 2022 r. świadczeniami najbardziej dostępnymi dla osób używających narkotyków były, w kolejności malejącej, leczenie HIV, wymiana igieł i strzykawek, profilaktyka HIV, terapia substytucyjna, testowanie w kierunku HIV i outreach. Natomiast wyjątkowo niską dostępność odnotowano w przypadku (w kolejności rosnącej) pasków testowych na fentanyl, wymiany igieł i strzykawek w więzieniach, pokoiów do bezpiecznej konsumpcji narkotyków, naloksonu w więzieniach oraz testowania narkotyków dla użytkowników. W latach 2020 i 2022 można zaobserwować wyraźnie malejącą dostępność wsparcia peer oraz rosnącą dostępność zestawów do bezpieczniejszego palenia i używania substancji psychoaktywnych donosowo.

Organizacje zajmujące się redukcją szkód we wszystkich badanych miastach współpracują z innymi serwisami i instytucjami w celu dotarcia do przynajmniej niektórych grup docelowych. W 2022 r. współpraca z innymi organizacjami była dobra w przypadku docierania do osób wstrzykujących opioidy, doświadczających bezdomności, wstrzykujących stymulanty oraz palących opioidy. Współpraca była najtrudniejsza (lub jej w ogóle nie było) w przypadku nieudokumentowanych migrantów, osób młodych, osób praktykujących chemsex, osób ze społeczności LGBTQI+ oraz osób przebywających w zakładach karnych. Zmiany w latach 2020-2022 obejmują pogorszenie współpracy w przypadku docierania do osób wstrzykujących stymulanty lub NPS, osób praktykujących chemsex, a także kobiet, osób LGBTQI+ oraz młodzieży używającej narkotyków.

Nie wydaje się, żeby redukcja szkód była priorytetem dla rządzących, a wsparcie polityczne i finansowanie dla jej wdrażania są niewielkie. Niestabilna sytuacja finansowa jest jednym z istotnych problemów w tym obszarze, mającym poważne konsekwencje dla funkcjonowania serwisów, takie jak niedobór personelu i doświadczanie przez specjalistów ds. redukcji szkód niepewności, braku bezpieczeństwa zatrudnienia, trudnych warunków pracy, przepracowania i wypalenia zawodowego.

Dostępność usług jest większa w krajach Europy Zachodniej niż w Europie Środkowo-Wschodniej, zarówno pod względem rodzajów usług, jak i liczby istniejących serwisów. Charakterystyczne dla większości krajów jest jednak to, że serwisy redukcji szkód funkcjonują przede wszystkim w dużych miastach (najczęściej stolicach). W 2022 r. tylko jeden PK zgłosił, że zasięg usług redukcji szkód w ich mieście jest niższy niż w pozostałych częściach kraju, a tylko dwa PK zgłosiły podobny zasięg.

Jak wynika z danych, nawet w bardziej rozwiniętych krajach zachodnich złoty wiek redukcji szkód wydaje się już przeszłością, często ze względu na malejące rozpowszechnienie iniekcyjnego używania narkotyków oraz używania opioidów. Dane pokazują, że choć dostępność zestawów do bezpieczniejszego palenia i używania donosowego wydaje się nieznacznie zwiększać, zmiana mentalności decydentów nie nadąża w wystarczającym stopniu za zmianami na rynku narkotyków i wzorami ich używania. Usługi z zakresu redukcji szkód są nadal silnie skoncentrowane na używaniu iniekcyjnym oraz używaniu opioidów, natomiast usługi dla osób używających stymulantów, używających substancji drogą wziewną i donosową, są nieliczne. Brakuje innowacji.

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C

Większość krajów biorących udział w monitoringu w 2022 r. stosuje jakiegoś rodzaju wytyczne dotyczące reagowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie, przy czym 11 krajów korzysta z wytycznych krajowych, 10 krajów z wytycznych EASL, a sześć krajów z innych rekomendacji. Pięć krajów zgłosiło brak wytycznych dotyczących WZW C wśród osób przyjmujących narkotyki iniekcyjnie. Nawet tam jednak, gdzie istnieją odpowiednie ramy, można dostrzec szereg barier, takich jak przestarzałe wytyczne, skomplikowane systemy testowania i leczenia, brak usług, wpływ COVID-19 na testowanie i leczenie oraz inne rozbieżności między formalnymi wytycznymi a rzeczywistością.

Pomimo tych wyzwań specjaliści z punktów kontaktowych (PK) ocenili efekt wytycznych jako ogólnie pozytywny, przy czym wszyscy wymienili lepszy dostęp do badań i leczenia WZW C, a odpowiednio 16 i 13 PK wymieniło lepszą dostępność informacji i usług. Z drugiej strony dziewięć PK zauważyło jednak negatywny wpływ wytycznych, a mianowicie sytuację, w której leczenie WZW C jest przepisywane tylko przez specjalistów lub w wyspecjalizowanych jednostkach opieki zdrowotnej. Jeśli chodzi o przepisywanie leków DAA, to najczęściej są to specjaliści chorób zakaźnych, a w dalszej kolejności gastroenterolodzy i lekarze ogólni.

W 2022 roku nowe leki na WZW C (Direct Acting Antivirals, DAAs) były dostępne we wszystkich badanych miastach, włączając 19 miast, gdzie były dostępne bez ograniczeń. W dziewięciu miastach odnotowano, że leczenie DAA było dostępne w praktyce tylko dla osób prezentujących zwłóknienie

lub marskość wątroby.

W przypadku gdy wytyczne dopuszczają stosowanie DAA u osób używających substancji psychoaktywnych iniekcyjnie, dotyczy to osób przyjmujących leczenie substytucyjne (24 miasta), osób dawniej wstrzykujących narkotyki i niebędących w leczeniu substytucyjnym (23 miasta), osób, które kiedykolwiek używały (21 miast) oraz osób, które obecnie używają narkotyków iniekcyjnie (19 miast).

W 2022 r. 18 PK zgłosiło ogólną dostępność bezpłatnego testowania na WZW C, a dziewięć krajów tylko w określonych punktach testowania, takich jak serwisy redukcji szkód, poradnie leczenia uzależnień od narkotyków lub serwisy środowiskowe opartych na społeczności. W Macedonii Północnej bezpłatne testy są niedostępne, a ich zakup wymaga recepty. Potwierdzające badania krwi na obecność WZW C RNA oraz leczenie WZW C dla osób przyjmujących narkotyki iniekcyjnie były dostępne przede wszystkim w klinikach chorób zakaźnych (73%, w porównaniu z 94% w 2021 r.) i klinikach gastroenterologicznych (67%). Zintegrowanie testowania i leczenia w tych samych placówkach nadal rzadko ma miejsce. We wszystkich badanych latach, osoby używające narkotyków iniekcyjnie najczęściej były leczone z powodu WZW C w poradniach chorób zakaźnych i gastroenterologicznych. W 2022 roku znacznie zmniejszyły się możliwości leczenia prowadzonego w placówkach zajmujących się redukcją szkód lub w ramach działań środowiskowych wśród użytkowników narkotyków.

Zdecydowana większość respondentów podała, że w ich krajach leki DAA są stosowane zgodnie z oficjalnymi przepisami, a dwa PK zauważyło rozbieżności między oficjalnymi wytycznymi a praktyką. W 2022 r. zgłoszono, że leczenie HCV za pomocą DAA jest refundowane przez ubezpieczenie zdrowotne lub publiczną służbę zdrowia w większości krajów, w tym bez ograniczeń w 16 miastach/krajach i z ograniczeniami w dziewięciu miastach/krajach. Ponadto, leczenie WZW C było również

refundowane dla osób używających narkotyków iniekcyjnie i nieposiadających ważnego ubezpieczenia w dziewięciu miastach/krajach i z pewnymi ograniczeniami refundacji w sześciu. W 10 miastach/krajach leczenie WZW C nie było refundowane dla osób bez ważnego ubezpieczenia. Stygmatyzację i dyskryminację monitorowano i zajmowano się nimi tylko w sześciu miastach biorących udział w badaniu. Około jedna trzecia respondentów nie wiedziała, czy takie działania istnieją w ich miastach.

Uzgodnione protokoły regulowały powiązania instytucji opieki w około 37% miast, przy czym w 61% miast skierować na leczenie mogli lekarze rodzinni, a w 36% specjaliści redukcji szkód. W 2022 roku 16 PK zgłosiło ograniczenia napotymane przez serwisy redukcji szkód w zajmowaniu się HCV w swoich miastach, włączając brak finansowania, brak integracji systemu opieki, brak wsparcia politycznego i niedobór personelu. Systemy podiagnostycznego monitorowania oraz monitorowania osób iniekcyjnie używających narkotyków i cierpiących na WZW C istniały w 47% miast; jednak taki sam odsetek respondentów nie wiedział, czy takie mechanizmy istnieją.

NOWE TRENDY NA RYNKU NARKOTYKÓW

Ogólny wniosek z tegorocznego monitoringu jest taki, że większość PK nie zanotowała w ciągu ostatnich 12 miesięcy żadnych zmian w zakresie używania substancji, grup użytkowników lub świadczonych usług, czy też zapotrzebowania na usługi w kontekście niezaspokojonych potrzeb osób używających narkotyków. Informacje te są zgodne z wynikami z poprzednich lat, jednak liczba odpowiedzi wskazujących na zmiany wydaje się obecnie niższa niż wcześniej.

Podobnie do poprzednich lat, tegoroczny monitoring pokazał również, że ograniczenia w zbieraniu danych z roku na rok stają się mniej znaczące. Przeciwnie, otrzymane informacje mogą być pełniejsze, zwłaszcza że większość uzyskanych danych jest mniej więcej zgodna z wynikami monitoringu z lat poprzednich oraz z trendami zgłaszanymi przez inne źródła (takimi jak wzrost rozpowszechnienia używania cracku w niektórych krajach czy wzrost liczby osób angażujących się w chemsex).

Tylko pięć PK zgłosiło, że w ubiegłym roku na rynek weszła nowa lub nieznana substancja, która była używana przez znaną grupę docelową. Może to wskazywać, że zmiany na lokalnych rynkach narkotykowych nie następują z dnia na dzień i że ramy czasowe monitorowania powinny raczej obejmować dwu- lub trzyletnie okresy, a nie tylko jeden rok.

Tegoroczna edycja zbierania danych obejmowała dwie dyskusje w grupach fokusowych, które stanowią atrakcyjną oraz efektywną czasowo i kosztowo alternatywę dla kwestionariusza online zarówno dla PK, jak i pracowników C-EHRN. Dyskusje w grupach fokusowych mogą również podnieść jakość uzyskanych informacji, jako że ta forma zbierania danych pozwala na zadawanie dodatkowych, doprecyzowujących pytań, a tym samym lepszego zrozumienia lokalnych rynków.

Powtarzającym się problemem, który poważnie ogranicza gromadzenie bieżących danych przez organizacje pozarządowe, jest fakt, że w większości miast przekonanie o pojawieniu się nowej substancji na rynku lokalnym opiera się raczej na przypuszczeniach niż na badaniach laboratoryjnych. Dlatego też zdecydowanie zaleca się, aby w całej UE wprowadzono usługi pozwalające na testowanie narkotyków (dla użytkowników) na poziomie miast.

Zalecane cytowanie raportu

Rigoni, R; Jeziorska, I.; Tammi, T.; van der Gouwe, D. (2023). Civil Society Monitoring of Harm Reduction in Europe, 2022. Data Report. Amsterdam, Correlation – European Harm Reduction Network.

Niniejsza publikacja Correlation - European Harm Reduction Network (C-EHRN) jest chroniona prawem autorskim. Powielanie jest dozwolone pod warunkiem podania źródła. Przygotowanie tego raportu było współfinansowane przez program EU4Health Unii Europejskiej. Wyrażone poglądy i opinie są poglądami autora/autorów i nie muszą odzwierciedlać poglądów Unii Europejskiej lub DG Sante. Ani Unia Europejska, ani organ przyznający wsparcie nie ponoszą za nie odpowiedzialności.

Correlation - European Harm Reduction Network

c/o De Regenboog Group

Stadhouderskade 159 | 1074BC Amsterdam | Holandia

correlation-net.org



Co-funded by
the European Union



A-CLINIC FOUNDATION

