

## WYBRANE ETYCZNE ASPEKTY LECZENIA NARKOMANÓW W POLSCE

**Katarzyna Przymuszewska**

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami  
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### **SOME ETHICAL ASPECTS OF DRUG ABUSE TREATMENT IN POLAND.**

**ABSTRACT** – Ethical aspects of drug abuse treatment have been discussed for a long time in Poland. Under the Adequacy of Drug Abuse Treatment and Care in Europe program (ADAT) a number of issues involving many ethical problems have been identified, including involuntary treatment, infringement of patient's rights, harm reduction (substitution programs, needle exchange, provision of condoms), attitudes toward HIV+, as well as funding of drug treatment.

Two official documents regulate the issues related to the treatment of drug addicts in Poland: the Mental Health Act of 1994 and the Law on Counteracting Drug Addiction of 1997. Both these acts promote the principle of voluntary treatment, describing in detail possible exceptions to the rule, and provide for treatment free of charge.

Moreover, facilities whose leaders are affiliated with the International Federation of Therapeutic Communities have their own regulations based on the documents of the International Federation of Therapeutic Communities (i.e. the Chart of Members of Therapeutic Communities, Norms and Aims of Therapeutic Communities, Ethical Principles of Staff of Therapeutic Community). The documents in question include a detailed list of recommendations and suggestions concerning ethical priorities in the work with drug addicts.

According to the law, each treatment and rehabilitation unit is obligated to have its own regulations. A majority of these tend to infringe on the patient's rights, limiting his/her capability of making decisions in many important matters. Full recovery and drug-free life are assumed in the regulations as the main goals of drug treatment.

**Key words:** ethical aspects, ethical codes, human rights, harm reduction

### **WSTĘP**

Od 1999 roku Instytut Psychiatrii i Neurologii współpracuje z dziesięcioma krajami europejskimi w programie ADAT (Adequacy of Drug Abuse Treatment and Care in Europe), któremu patronują Światowa Organizacja Zdrowia i Komisja Europejska. Koordynatorem projektu jest Addiction Research Institute w Zurichu. Przedmiotem badań programu jest dostosowanie systemu leczenia i opieki do potrzeb uzależnionych od narkotyków. Zakres badań obejmuje etyczne aspekty leczenia, potrze-

by klientów (również potencjalnych), profesjonalne standardy pracujących z uzależnionymi, efektywność i koszty leczenia.

Program skupia się na zagadnieniach, które budzą wiele dylematów etycznych: leczenie przymusowe, ograniczanie praw pacjenta, ograniczanie szkód (programy substytucyjne, wymiana igieł i strzykawek, rozdawanie prezerwatyw), finansowanie leczenia. Poddano analizie oficjalne dokumenty, zarówno te o zasięgu ogólnokrajowym – ustawy i kodeksy profesjonalne, jak i regulaminy, które obowiązują w poszczególnych placówkach oraz artykuły popularnonaukowe i prasowe – zwracając szczególną uwagę na zawarte w nich aspekty etyczne.

W artykule zostaną omówione następujące zagadnienia: wyniki badań dotyczące etycznych aspektów leczenia narkomanii; treść kodeksów profesjonalnych; obecność zidentyfikowanych w ramach programu kwestii etycznych w polskim ustawodawstwie; zawartość regulaminów obowiązujących w placówkach leczniczych; implikacje moralne programów ograniczania szkód: programów metadonowych, wymiany igieł i strzykawek i dystrybucji prezerwatyw; finansowanie leczenia narkomanów.

### 1. Badania dotyczące etycznych aspektów leczenia narkomanów

W Polsce brakuje badań na temat zagadnień etycznych powiązanych z leczeniem narkomanów. Jedynym opracowaniem na ten temat jest badanie dotyczące przekonań etycznych i światopoglądu terapeutów (22). Jego zakres nie obejmuje jednak zagadnień, które zostały zidentyfikowane w ramach projektu.

Badanie to zostało przeprowadzone na próbie 87 terapeutów pracujących w ośrodkach rehabilitacyjnych dla uzależnionych od narkotyków. Zgodnie z jego wynikami 61,1% terapeutów uważa, że w Polsce nie ma równości wobec prawa, a najwięcej osób dostrzega dyskryminację ze względu na udział we władzy (60%). Jeżeli idzie o źródła legitymizacji systemu kontroli zachowań, to najczęściej (43,5%) terapeuci upatrują źródeł owej legitymizacji w umowie społecznej. Terapeuci w zdecydowanej większości uznają priorytet strategii profilaktycznej w stosunku do reformującej: 90,6% uważa, że „lepiej jest przeciwdziałać złu niż walczyć z nim”. Również większość opowiada się za liberalną koncepcją relacji człowieka ze społeczeństwem: „człowiek może robić, co chce, byle to nie szkodziło innym ludziom” – 80%, „każdy sam odpowiada za swój los” – 87%. Wszyscy respondenci odnieśli się negatywnie do zasady „cel uświęca środki”, a 95,5% badanych odniosło się negatywnie do poglądu, że jeżeli coś pomaga nam osiągnąć cel, to nie ma znaczenia, czy jest to dobre czy złe. Oznacza to, że terapeuci opowiadają się za etyką powinności, obowiązków – deontologizmem w przeciwieństwie do etyki celów i skutków – teleologizmu, czy etyki użyteczności sytuacyjnej – konsekwencjonizmu.

Jest rzeczą wartą podkreślenia, że nie stwierdzono żadnego różnicującego wpływu poprzednich doświadczeń z narkotykami na światopogląd i postawy terapeutów, chociaż w 60% ludzie ci brali kiedyś narkotyki.

Wiele wskazuje na to, że światopogląd i etos terapeutów to w znacznym stopniu światopogląd i etos ludzi lepiej wykształconych. Okazuje się, że zachodzą liczne

podobieństwa poglądów i preferencji dominujących wśród terapeutów z tymi, które są dominujące wśród członków społeczeństwa o relatywnie wyższym wykształceniu.

Wyniki badań sugerują, że badanych charakteryzuje liberalny stosunek do problematyki leczenia. Ciekawe wydaje się sprawdzenie, na ile ten liberalizm znajduje odbicie w formalnych regulacjach problematyki leczniczej. W dalszej części artykułu podjęta zostanie próba przyjrzenia się kodeksom etycznym i regulaminom placówek właśnie pod tym kątem.

## 2. Profesjonalne kodeksy etyczne

W trakcie badań zidentyfikowano zaledwie kilka dokumentów regulujących kwestie etyczne związane z leczeniem narkomanów. Należą do nich m.in. dokumenty Polskiej Federacji Wspólnot Terapeutycznych (Karta Praw Członków Społeczności Terapeutycznych, Normy i Cele Społeczności Terapeutycznych, Zasady Etyczne Personelu Społeczności Terapeutycznej), które są wzorowane na regulacjach obowiązujących w Światowej Federacji Wspólnot Terapeutycznych. Dokumenty te zawierają szczegółową listę rekomendacji i sugestii dotyczących etycznych priorytetów, regulują one prawa każdego z uczestników społeczności terapeutycznej, dotyczą najważniejszych aspektów funkcjonowania w społeczności. Obowiązują one w placówkach, których liderzy należą do Federacji. Należy podkreślić, że placówki wykorzystujące formułę społeczności terapeutycznej istnieją w Polsce od dawna. Przez długi okres nie miały one jednak dokumentów, które dotyczyłyby najważniejszych zagadnień etycznych powiązanych z praktyką terapeutyczną. Inicjatywa powstania tego rodzaju regulacji zaistniała w wyniku współpracy polskich placówek ze Światową Federacją Wspólnot Terapeutycznych.

Karta Praw Członków Społeczności Terapeutycznej mówi o tym, czego mogą domagać się klienci placówek pracujących metodą społeczności terapeutycznej. Stanowi ona, że wszyscy uczestnicy programów leczenia w społecznościach terapeutycznych mają prawo do: leczenia bez względu na płeć, rasę, wiek, pochodzenie, preferencje seksualne, poglądy polityczne, uprzednią karalność, ewentualne korzystanie z pomocy opieki społecznej; poszanowania godności osobistej, szacunku, zdrowia i bezpieczeństwa przez cały okres leczenia; wiedzy o zasadach i metodach leczenia; informacji o najważniejszych regułach obowiązujących w programie leczenia; ustalania wysokości składek i wydatków, zasad wynagradzania pracy członków społeczności, jak również decydowania o dostępie poszczególnych członków społeczności terapeutycznej do własnych środków utrzymania; poufności informacji o leczeniu; rezygnacji z leczenia; wyżywienia i opieki medycznej; kontaktu z krewnymi i przyjaciółmi (respektującymi zasady leczenia) oraz dziećmi; pełnego korzystania ze środków uzyskanych dzięki pracy w czasie pobytu w społeczności terapeutycznej.

Normy i Cele Społeczności Terapeutycznej wyznaczają najważniejsze kierunki działalności społeczności i wskazują na normy, które powinny być brane pod uwagę w codziennej praktyce placówek. Dokument ten mówi, że pierwszoplanowym celem programu terapeutycznego, jakim jest społeczność terapeutyczna, jest umożliwienie

powrotu do normalnego życia osobom uzależnionym od środków odurzających. Ponadto dokument ten zobowiązuje członków Światowej Federacji Wspólnot Terapeutycznych do: respektowania i przestrzegania praw człowieka, deklarowania jasno celów i założeń programowych społeczności terapeutycznej, stworzenia możliwości do optymalnego rozwoju fizycznego, duchowego, emocjonalnego i estetycznego, szkolenia się i zapewnienia właściwego nadzoru kadrom.

Zasady etyczne Personelu Społeczności Terapeutycznej mówią o tym, jakie obowiązki mają członkowie personelu wobec klientów. Członkowie personelu powinni: być dla innych wzorem dojrzałości i odpowiedzialności; utrzymywać profesjonalny kontakt z pacjentami nie powiązany z chęcią uzależnienia ich od siebie, czy karania; pracować dla pacjentów bez względu na ich wiek, rasę, pochodzenie, orientację seksualną, ewentualne inwalidztwo, poglądy polityczne, uprzednią karalność lub korzystanie z opieki społecznej.

Poza dokumentami federacji istnieje także Kodeks Etyczny Pracownika Stowarzyszenia Monar. Składa się on z następujących części:

- postępowanie pracownika Monaru i sposób bycia pracownika Monaru;
- odpowiedzialność etyczna pracownika Monaru;
- odpowiedzialność etyczna pracownika Monaru wobec kolegów po fachu;
- odpowiedzialność etyczna pracownika Monaru wobec swojego zawodu;
- odpowiedzialność etyczna pracownika Monaru wobec społeczeństwa.

Kodeks ten ma służyć jako zbiór wytycznych dla postępowania pracownika Monaru i jako podstawa rozsądzania sporów etycznych, gdy istnieje podejrzenie, że postępowanie pracownika Monaru nie spełnia standardów wyrażonych w kodeksie, bądź zeń wynikających. W odróżnieniu od dokumentów Polskiej Federacji Wspólnot Terapeutycznych, które głównie skupiają się na prawach pacjenta, kodeks ten zawiera wytyczne pracy terapeutów, zakreśla obszar ich odpowiedzialności, określa standardy ich pracy.

Kodeks reguluje postępowanie pracowników Monaru i ich sposób bycia poprzez następujące zalecenia: pracownik Monaru powinien przestrzegać wysokich standardów osobistego postępowania pełniąc obowiązki służbowe (bycie uczciwym, szczerym, niezaniechanie obowiązków służbowych), obowiązkiem pracownika jest osiągnięcie i podtrzymywanie biegłości w praktyce zawodowej oraz służenie innym.

Kodeks wspomina o odpowiedzialności etycznej pracownika Monaru. I tak pracownik Monaru jest odpowiedzialny przede wszystkim wobec swoich klientów. Jest on zobowiązany do służenia im w sposób oddany, lojalny, zaangażowany, wykorzystując maksymalnie swoje umiejętności i kompetencje zawodowe. Pracownik Monaru ponadto zobowiązany jest uczynić wszystko, by popierać maksymalne samostanowienie klientów.

Kodeks porusza również kwestię odpowiedzialności etycznej pracowników Monaru wobec kolegów po fachu. Mówi on o tym, że pracownik Monaru powinien odnosić się do współpracowników z szacunkiem, uprzejmie, bezstronnie i w dobrej wierze, a także zobowiązany jest kontaktować się z klientami kolegów z troską zgodną z wymogami swojego zawodu.

Kolejny punkt kodeksu dotyczy odpowiedzialności etycznej pracownika Monaru wobec pracodawców i instytucji zatrudniających i mówi o obowiązku przestrzegania zobowiązań podjętych wobec instytucji zatrudniającej (praca na rzecz poprawy polityki i struktur, korzystanie ze środków finansowych w sposób skrupulatny).

Inną kwestią opisaną w kodeksie jest odpowiedzialność pracownika Monaru wobec swojego zawodu. I tak pracownik Monaru zobowiązany jest podtrzymywać i rozwijać wartości, etykę, wiedzę i powołanie swojego zawodu, powinien dopomóc w tym, by usługi Monaru dostępne były ogółowi społeczeństwa.

Ostatnie zagadnienie dotyczy odpowiedzialności etycznej pracownika Monaru wobec społeczeństwa. Pracownik Monaru powinien działać na rzecz ogólnego dobra społecznego (działalność na rzecz eliminowania dyskryminacji, zapewnienie dostępu do potrzebnych ludziom usług, środków i szans, zapewnienie usług zawodowych w nagłych sytuacjach dotyczących społeczeństwa, domaganie się zmian politycznych i legislacyjnych na rzecz poprawy warunków życia społeczeństwa i propagowanie sprawiedliwości społecznej).

Treść omówionych powyżej kodeksów etycznych zdaje się w dużej mierze zgodna z poglądami terapeutów wyrażonymi w badaniu J. Kwaśniewskiego i J. Zameckiej. Kładą one duży nacisk na prawo jednostki do samostanowienia, zapewniają pacjentom poszanowanie ich godności osobistej, dążą do zapewnienia podstawowych praw.

### **3. Kwestia leczenia przymusowego w polskim ustawodawstwie**

Dwie ustawy regulują zasady leczenia osób uzależnionych od środków odurzających i substancji psychotropowych: Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 24 kwietnia 1997 roku i Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 roku. Obydwie promują zasadę dobrowolności leczenia, szczegółowo opisując odstępstwa od tej zasady. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego stanowi, że w toku wykonywania czynności przewidzianych przez ustawę przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi można stosować wtedy, gdy osoby te dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, życiu lub zdrowiu innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu, bądź w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu (art.18).

Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą (art. 22). Wyjątek od tej zasady opisany jest w art. 23, który mówi, że osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art.22, jeżeli jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.

Z kolei art.21 reguluje kwestię badania psychiatrycznego bez zgody pacjenta. Stanowi on, że osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu, albo życiu lub zdrowiu innych osób bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba mało-

letnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii stanowi, że poddanie się leczeniu, rehabilitacji lub readaptacji jest dobrowolne (art.13). Istnieją dwa wyjątki od tej zasady. Pierwszy dotyczy osób uzależnionych, które nie ukończyły 18 lat (art.17). Na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub faktycznego opiekuna albo z urzędu, sąd rodzinny może skierować osobę uzależnioną, która nie ukończyła 18 lat, na przymusowe leczenie i rehabilitację. Czasu przymusowego leczenia i rehabilitacji nie określa się z góry, nie może być on jednak dłuższy niż dwa lata. Jeżeli osoba uzależniona ukończy 18 lat przed zakończeniem leczenia lub rehabilitacji, sąd rodzinny może je przedłużyć na czas niezbędny do osiągnięcia celu leczenia i rehabilitacji.

Drugi wyjątek dotyczy osób uzależnionych skazanych za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub psychotropowych (art.56). W razie skazania osoby uzależnionej za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub psychotropowych na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, sąd może zobowiązać skazanego do poddania się leczeniu, rehabilitacji lub readaptacji w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej lub w zakładzie prowadzonym przez stowarzyszenia, fundacje, kościoły i inne związki wyznaniowe, medyczne samorządy zawodowe, rodziny osób uzależnionych oraz grupy samopomocy osób uzależnionych i ich rodzin i oddaje go pod dozór wyznaczonej osoby, instytucji lub stowarzyszenia. W razie skazania osoby uzależnionej na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, sąd może orzec umieszczenie sprawcy przed wykonaniem kary w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej. Czasu pobytu w zakładzie leczniczym nie określa się z góry, nie może on jednak być dłuższy niż 2 lata; o zwolnieniu z zakładu rozstrzyga sąd na podstawie wyników leczenia i rehabilitacji. Jeżeli skazany nie poddaje się leczeniu i rehabilitacji albo dopuszcza się rażącego naruszenia regulaminu zakładu opieki zdrowotnej, zwolnienie może nastąpić także na wniosek zakładu prowadzącego leczenie. Sąd rozstrzyga po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, czy orzeczoną karę pozbawienia wolności należy wykonać.

#### 4. Kwestie ograniczania praw pacjentów

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii reguluje niewiele zagadnień związanych z prawami pacjenta. Określa ona jedynie zasadę dobrowolności leczenia i podaje, w jakich przypadkach zasada ta może zostać naruszona. Więcej kwestii reguluje Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 roku, która stanowi, że osoba z zaburzeniami psychicznymi ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami, a korespondencja takiej osoby nie podlega kontroli (art. 13).

Postanowienia zawarte w ustawach powinny się przekładać na praktykę placówek terapeutycznych i rehabilitacyjnych. Każda z nich posiada własny regulamin, który dotyczy przepisów w niej obowiązujących. Przegląd tych regulaminów, do których

udało się dotrzeć w ramach projektu, pozwala wyłonić następujące wspólne dla nich elementy: abstynencja seksualna, alkoholowa, narkotykowa, ograniczenia w dostępie do telefonu, ograniczenia wizyt; palenie w wyznaczonych miejscach, ograniczenia związane z opuszczaniem placówki. Poza tym poszczególne regulaminy wprowadzają zakazy i ograniczenia charakterystyczne dla poszczególnych placówek.

Przykładami takich zakazów i ograniczeń są: całkowity zakaz słuchania walkmanów i przebywania w pokojach w godzinach pracy, osoby powracające do ośrodka nie mogą spożywać środków o intensywnym zapachu, zakaz korespondowania, zakaz kąpieli po 22, kontrola rozmów telefonicznych, kontrola bagażu, wynagrodzenie za pracę pozostaje w dyspozycji pacjenta po odtrąceniu określonej kwoty pokrywającej częściowo jego utrzymanie, a o wysokości tej kwoty decyduje personel, zakaz dokonywania samouszkodzeń, używania zwrotów i wyrazów obelżywych oraz gwały przestępczej, zachowywania się w sposób agresywny, wychowankowie muszą brać udział w praktykach religijnych, a jeśli uważają się za niewierzących muszą brać udział na zasadzie biernych uczestników, zakaz wchodzenia i przebywania w pokojach płci odmiernej, zamykania na klucz drzwi i mebli, posiadania czasopism, literatury i kaset o treści pornograficznej, wulgarnej i brutalnej.

Zakazy owe uderzają w prawo człowieka do prywatności, do samostanowienia, do zachowania godności osobistej.

Część owych ustaleń pozostaje w kolizji z wytycznymi zawartymi w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii i Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Przykładem takich niezgodności są ograniczenia wizyt, które mają miejsce w wielu placówkach, podczas gdy Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego mówi, że osoba z zaburzeniami psychicznymi ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami. Innym przykładem jest zapis w jednym z regulaminów, który mówi, że wynagrodzenie za pracę pozostaje w dyspozycji pacjenta po odtrąceniu kwoty częściowo pokrywającej jego utrzymanie, chociaż Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii mówi, że leczenie w zakładach opieki zdrowotnej jest nieodpłatne.

Poza tym regulaminy mówią tylko o obowiązkach pacjenta, a nie wspominają nic o powinnościach leczących względem pacjentów. Nie ma w nich również mowy o wartościach, w imię których owe zakazy i ograniczenia zostały ustanowione. Można jedynie wnioskować, że do tych wartości należy zaliczyć: zdrowie pacjenta i wolność od uzależnienia.

## 5. Redukcja szkód

W większości krajów poważnym problemem jest wzrastająca liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Zazywanie narkotyków wiąże się z różnymi szkodami zdrowotnymi, takimi jak zakażenia HIV, HBS. Szczególnie jest to poważny problem w Polsce, gdzie wiele osób jest uzależnionych od opiatów, które są przyjmowane na drodze iniekcji. Właśnie do tych osób skierowane są działania mające na celu redukcję szkód, która obejmuje programy metadonowe, wymianę igieł i strzykawek, dystrybucję prezerwatyw i pomoc socjalną.

Zaprzestanie przyjmowania substancji psychoaktywnych jest najlepszym sposobem uniknięcia szkód wynikających z ich zażywania. Jednocześnie jednak wiadomo, jak niewielu narkomanów rezygnuje ze swojego stylu życia. Część z nich pomimo wielokrotnych prób podejmowania leczenia pozostaje w uzależnieniu.

W ciągu ostatnich lat podstawowym zagrożeniem stało się AIDS. Epidemia zakażeń HIV wśród narkomanów zdecydowała o rosnącym poparciu dla strategii ograniczania szkód, która stała się jednym ze sposobów walki z tą chorobą.

Redukcja szkód prowadzi do poprawy ogólnego stanu zdrowia osoby uzależnionej, a jednocześnie chroni społeczeństwo przed szerzeniem się chorób zakaźnych. Nie bez znaczenia pozostaje też fakt, że pieniądze wydane na programy redukcji szkód mogą obniżyć bardzo wysokie koszty leczenia przewlekłych schorzeń.

Choć programy ograniczania szkód od wielu lat funkcjonują w Polsce, to jedynie leczenie substytucyjne znalazło regulację prawną. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku daje osobom uzależnionym możliwość leczenia substytucyjnego. Mówi ona, że osoba uzależniona może być leczona zgodnie z programem przewidującym stosowanie leczenia substytucyjnego. Leczenie substytucyjne może prowadzić wyłącznie publiczny zakład opieki zdrowotnej po uzyskaniu zezwolenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Do momentu wprowadzenia w życie ustawy istniały w Polsce cztery programy eksperymentalne, pozostałe powstały po 1997 roku.

### 5.1 Programy metadonowe i ich implikacje moralno-etyczne

Metadon został wprowadzony w połowie lat 60. w Stanach Zjednoczonych przez prof. Vincenta Dole'a i dr Mary Neswander do leczenia przewlekłych heroinistów. Kraje Europy Zachodniej zaczęły stosować metadon później, a głównym powodem wprowadzenia tej formy leczenia heroinistów był wzrost zachorowań na żółtaczkę i kiłę.

W Polsce pierwszy program metadonowy powstał w 1992 r. w warszawskim Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Wprowadzenie go poprzedzone było dyskusjami w środowiskach profesjonalistów. Wśród części z nich idea programów substytucyjnych spotkała się z dużymi oporami. Podkreślano, że zadaniem lekarzy nie jest podtrzymywanie pacjentów w uzależnieniu ani zamiana jednego uzależnienia w drugie. Nie bez znaczenia pozostawały również obawy, że drogie programy metadonowe uszczuplą w znacznym stopniu budżet przeznaczony na programy zorientowane na abstynencję (7). Z drugiej strony pojawiły się opinie, że metadon przedłuża życie chorym, pozwala narkomanom na normalne funkcjonowanie. Innym argumentem przemawiającym za metadonem była jego ekonomiczność; podkreślano, że leczenie metadonem jest 2,5-krotnie tańsze niż pobyt na oddziale detoksykacji (2). Podstawowym jednak argumentem przemawiającym za wprowadzeniem programów metadonowych była ich znacząca rola w ograniczaniu liczby zakażeń wirusem HIV. W Polsce w owym czasie uzależnieni od opiatów stanowili około 70% wszystkich narkomanów. Od końca lat osiemdziesiątych notowany był szybki wzrost zakażeń HIV wśród tej grupy osób. Konieczne było podjęcie jakichś działań, które miałyby na celu zapobieżenie wzrastającej liczbie infekcji (5).



Według pierwotnych założeń program metadonowy na oddziale detoksykacyjnym w IPN-ie miał być programem eksperymentalnym, a celem jego było między innymi sprawdzenie, czy metadon może stanowić alternatywę dla osób uzależnionych od „kompotu”. Projekt miał rozstrzygnąć następujące kwestie:

- na ile w polskich warunkach podawanie metadonu ograniczy rozpowszechnienie dożylnego stosowania opiatów i w konsekwencji przyczyni się do ograniczenia rozpowszechnienia zakażenia HIV?;
- w jakim stopniu będzie możliwa kontrola laboratoryjna abstynencji od „kompotu” – mieszaniny alkaloidów pochodnych opium, wśród leczonych metadonem?;
- czy stosowanie metadonu poprawia funkcjonowanie społeczne osób uzależnionych w takich wymiarach, jak praca, życie rodzinne, stopień akceptacji społecznej?;
- jakie elementy stylu życia narkomanów wpływają na ryzyko zakażeń HIV?;
- jaki jest zasięg oddziaływania realizowanych obecnie programów prewencji HIV wśród narkomanów? (5).

Podstawowe kryteria przyjęcia do programu obejmowały wiek narkomana, rodzaj uzależnienia, okres uzależnienia, udokumentowane dane dotyczące nieefektywności dotychczasowego leczenia i rehabilitacji. Do programów metadonowych kwalifikowane były osoby dorosłe, mające co najmniej 20 lat, ze stwierdzonym uzależnieniem od opioidów (5lat), które podejmowały wielokrotnie leczenie (detoksykacja i rehabilitacja), ale nie utrzymały abstynencji i wracały do nałogu.

Zgodnie z założeniami każdy z pacjentów miał być leczony przez 6 miesięcy. Siódmy miesiąc miał być przeznaczony na ukończenie leczenia, tzn. na detoksykację z metadonu w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych. Założenie to uległo zmianie ze względu na naciski pacjentów, części środowiska medycznego i pozamedycznego. W ostatnim dniu programu 30.11.1993 roku pozostało do dalszego leczenia 39% pacjentów z grupy przyjętych do leczenia. Wśród nich około 50% pozostawało w leczeniu ambulatoryjnym dłużej niż sześć miesięcy. Przyjmowanie metadonu stało się dla pacjentów źródłem nowych doświadczeń. Musieli oni na nowo zorganizować sobie życie, które wcześniej koncentrowało się na wytwarzaniu bądź zdobywaniu narkotyków. Pacjenci nie wiedzieli, co zrobić z nadmiarem wolnego czasu, mieli trudności z nawiązywaniem kontaktów z osobami nieuzależnionymi. Podstawowym problemem dla części z nich stał się brak pracy i pomocy socjalnej (1).

W wyniku leczenia metadonem zaobserwowano: znaczną poprawę stanu fizycznego, wynikającą zarówno z zaprzestania dożylnego przyjmowania zanieczyszczonych narkotyków, ale również z podejmowania i kontynuowania leczenia towarzyszących uzależnieniu innych schorzeń, np. gruźlicy, niedokrwistości, przewlekłych stanów zapalnych; poprawę nastroju; przywrócenie zdolności do podjęcia pracy lub nauki; poprawę relacji pomiędzy pacjentami a członkami ich rodzin; poprawę jakości życia. Oprócz korzyści indywidualnych program przyniósł także zmiany korzystne z punktu widzenia społecznego: poprawę sytuacji epidemiologicznej w zakresie HIV, poprawę funkcjonowania w różnych rolach społecznych (3).

W Polsce jest osiem programów metadonowych. Wśród nich jest program Ambulatorium Metadonowego przy Szpitalu Nowowiejskim. Program ten, podobnie jak

opisany powyżej, przede wszystkim miał wymiar eksperymentalny i miał odpowiedzieć jego twórcom na wiele pytań, m.in. czy metadon może pomóc w wyzwoleniu się z uzależnienia, jakie są możliwości zmobilizowania pacjentów do utrzymania abstynencji, jak postąpić w przypadku przerwania przez pacjenta abstynencji (21).

Trochę inny charakter miało Ambulatorium metadonowe utworzone przy Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS. Podstawowym zadaniem tego programu miało być umożliwienie chorym kontynuacji leczenia poza szpitalem. Metadon był w tym programie sposobem na utrzymanie stałego kontaktu z pacjentem, dzięki któremu można nakłaniać go do dalszego leczenia somatycznego (10).

## 5.2 Program wymiany igieł i strzykawek

Idea dostarczania narkomanom sterylnego sprzętu do iniekcji jest powszechnie akceptowana w takich krajach, jak: Holandia, Niemcy, Wielka Brytania, Szwajcaria i Hiszpania. W państwach tych, obok programów polegających na wymianie zużytych igieł na nowe, na ulicach pojawiły się automaty ze strzykawkami umożliwiające ich zakup także w godzinach nocnych. Sterylny sprzęt dostępny jest również w specjalnych autobusach oraz klinikach otwartych przez całą noc (13).

W Polsce programy wymiany igieł i strzykawek były dyskutowane w latach 1986-87. Wtedy to odrzucono pomysł bezpłatnej dystrybucji sprzętu do iniekcji, ponieważ jednorazowych igieł i strzykawek brakowało nawet na oddziałach położniczych i chirurgicznych. Powrócono jednak do niego po wybuchu epidemii zakażeń HIV wśród narkomanów w 2 połowie 1988 r.

Znaczna część społeczeństwa nie akceptowała jednak finansowania tego rodzaju programów, podkreślając nierówność traktowania narkomanów i osób z przewlekłymi chorobami, które muszą płacić za igły i strzykawki (7). Poza tym rozdawanie igieł i strzykawek może sugerować akceptację zażywania narkotyków. Część osób obawiała się, że akcja ta może prowadzić do zwiększenia się liczby uzależnionych z tego względu, że osłabia obawę przed zakażeniem wirusem HIV.

Monar już w 1988 roku w Warszawie, a w latach następnych w innych aglomeracjach miejskich wprowadził nieodpłatną wymianę igieł i strzykawek wśród narkomanów. W 1989 roku Minister Zdrowia i Opieki Społecznej zobowiązał lekarzy wojewódzkich do wyznaczenia na swoim terenie specjalistycznych placówek prowadzących nieodpłatną wymianę igieł i strzykawek wśród narkomanów (11).

W 1996 roku J. Moskałewicz i Z. Kułka zrealizowali badania, których celem było podsumowanie polskich doświadczeń w dziedzinie dystrybucji i wymiany igieł i strzykawek wśród narkomanów. Podjęto również próbę oceny wpływu tych programów na dynamikę epidemii HIV w Polsce. Podstawowym źródłem informacji były kwestionariusze rozesłane do wszystkich pełnomocników wojewodów ds. narkomanii i konsultantów wojewódzkich ds. psychiatrii oraz 156 ambulatoryjnych placówek służby zdrowia i punktów konsultacyjnych „Monaru”.

Dwie trzecie respondentów program dystrybucji igieł i strzykawek oceniło bardzo pozytywnie lub pozytywnie; blisko jedna trzecia nie miała wyrobionej opinii lub

uchylała się od odpowiedzi, jedynie około 5% oceniło wprowadzenie takiego programu negatywnie. W opinii większości ankietowanych programy wymiany igieł i strzykawek miały istotny wpływ na ograniczenie zakażeń HIV, HBS i innych schorzeń towarzyszących. Nieliczne negatywne opinie pochodziły od osób, które źle oceniały również inne rodzaje ograniczania szkód, jak rozdawanie prezerwatyw i substytucyjne podawanie metadonu. Główny zarzut polegał na tym, że wymiana igieł i strzykawek zachęca do stosowania narkotyków i zniechęca do podejmowania leczenia, które powinno mieć na celu całkowitą abstynencję.

Badanie pokazało również istotny wpływ wymiany igieł i strzykawek na ograniczenie nowych zakażeń HIV wśród narkomanów opiatowych. Rozprowadzenie kilkudziesięciu strzykawek na narkomana pozwala na zapobieżenie jednemu zakażeniu w skali roku (11).

### 5.3 Dystrybucja prezerwatyw wśród narkomanów

Podstawową drogą rozpowszechniania się HIV są stosunki płciowe zarówno homoseksualne i heteroseksualne. Masowe kampanie na rzecz bezpiecznego seksu przyczyniły się do ograniczenia tempa wzrostu zakażeń tym wirusem, zwłaszcza w Europie Północno-Zachodniej, gdzie rozpoczęto je najwcześniej i gdzie edukacja seksualna prowadzona była na długo przed wybuchem epidemii HIV.

W wielu krajach uznano, że najskuteczniejszym sposobem ograniczania tej epidemii jest – obok edukacji seksualnej – upowszechnianie prezerwatyw. Aby prewencja HIV była skuteczna, prezerwatywy muszą być tanie, dostępne nie tylko w aptekach, ale także w innych miejscach. W wielu krajach automaty do dystrybucji prezerwatyw umieszczane są w toaletach publicznych, zwłaszcza w zakładach gastronomicznych, hotelach i dyskotekach (13).

Przeciwko propagowaniu używania i rozdawaniu prezerwatyw protestują głównie środowiska związane z Kościołem Katolickim, które podkreślają, że jest to propagowanie braku odpowiedzialności za zdrowie, życie, psychikę i godność drugiej osoby (7). Poza tym wielu ludzi może utożsamiać rozdawanie prezerwatyw z zachętą do szukania doznań seksualnych w wielu związkach zamiast do wierności i współżycia z jednym partnerem.

Pomimo to prezerwatywy są dystrybuowane w ośrodkach dla narkomanów od końca lat 80 w celu redukcji ryzyka zakażenia HIV i innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową. Biuro ds. Narkomanii nieodpłatnie udostępnia prezerwatywy ośrodkom lecznictwa i rehabilitacji uzależnień.

## 6. Finansowanie leczenia narkomanów

Kolejną kwestią etyczną zidentyfikowaną w ramach programu jest finansowanie leczenia. Zarówno Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, jak i Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego mówią o tym, że leczenie jest bezpłatne. Z jednej strony świadczy to o postrzeganiu problemu narkomanii w kategoriach poważnej i zagrażającej

życiu choroby. Z drugiej o zrozumieniu sytuacji narkomanów, którzy często nie posiadają ubezpieczenia ani środków pozwalających podjąć leczenie.

Ze względu jednak na reformę służby zdrowia sprawa jest niezwykle skomplikowana. Fundusze Biura ds. Narkomanii na rok 1999 zostały zmniejszone o 25%, co spowodowało zmniejszenie liczby łóżek w finansowanych przez biuro ośrodkach rehabilitacyjnych. Z kolei kasy chorych bardzo różnie traktują problem narkomanii, brak im rozeznania w potrzebach placówek. Dla przykładu jedna z poradni w Warszawie udzielała przed reformą 12 tys. porad rocznie, a obecnie kasa chorych finansuje tylko 7 tys. porad rocznie.

Jeszcze poważniejszym problemem jest finansowanie leczenia narkomanów, którzy nie posiadają ubezpieczenia. Reguluje tę kwestię Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 października 1999 r. w sprawie zasad i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń zdrowotnych udzielanych bezpłatnie przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które mówi, że leczenie finansowane jest przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. W praktyce jednak w budżecie brakuje pieniędzy, co ogranicza narkomanom dostęp do leczenia.

Z informacji posiadanych przez Biuro ds. Narkomanii wynika, że we wszystkich ośrodkach – i dla dorosłych, i dla młodzieży – są w tej chwili kilkumiesięczne kolejki. Dostępność detoksykacji jest też bardzo mała. Na przykład na terenie Mazowieckiej Kasy Chorych, która jest największa w Polsce pod względem obszaru i liczby ludności, istnieją w zasadzie tylko dwa oddziały detoksykacyjne dla dorosłych, w sumie niespełna 20 łóżek, a dla dzieci – tylko 6 łóżek w Garwolinie (8).

## 7. Podsumowanie

Wiele kwestii etycznych zostało już uregulowanych przez polskie ustawodawstwo oraz kodeksy profesjonalne. Ustawodawstwo reguluje kwestię leczenia przymusowego, wprowadza bezpłatne leczenie oraz daje możliwość leczenia substytucyjnego. Kodeksy wprowadzają nadrzędne wartości leczenia, które w razie zaistnienia konfliktów etycznych dają możliwość rozstrzygnięcia ich, a także nakładają rozmaite zobowiązania na terapeutów.

O ile jednak kodeksy etyczne korespondują z poglądami terapeutów, zawartymi w badaniu Kwaśniewskiego i Zameckiej, o tyle regulaminy – nie. Trudno o nich powiedzieć, żeby były liberalne, w dosyć znacznym zakresie ograniczają prawa jednostek, pozbawiają człowieka możliwości decydowania o wielu sprawach, zawężają zakres jego odpowiedzialności. Przegląd poszczególnych regulaminów pozwala sądzić, że wyzdrowienie i abstynencja są wartościami nadrzędnymi, w imię których można ograniczyć wolność jednostki i jej prawo do samostanowienia o sobie. Uderzające w owych regulaminach jest to, że mówią one tylko o tym, czego nie wolno pacjentowi, a nie formułują żadnych obowiązków i zakazów dla leczących. Pacjenci nie wiedzą, czego mogą wymagać od personelu, jakie mają uprawnienia, na co mogą się nie zgodzić. Wydaje się, że nie jest to cecha charakterystyczna regulaminów placówek leczniczych dla narkomanów, a w ogóle regulaminów szpitalnych.

Być może ta niezgodność pomiędzy deklaracjami terapeutów, a regulaminami placówek leczniczych wynika z oczekiwań społecznych co do charakteru i funkcji, jakie mają spełniać tego rodzaju instytucje. Poza tym utrzymanie porządku i dyscypliny może się okazać niezbędnym warunkiem efektywnej terapii narkomanów.

Więcej rozterek etycznych i kontrowersji budzą zagadnienia związane z programami ograniczania szkód. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii mówi tylko o leczeniu substytucyjnym, pozostawiając bez rozstrzygnięcia pozostałe kwestie. Tymczasem część ludzi postrzega programy ograniczania szkód jako nagrodę dla narkomanów, na którą sobie nie zasłużyli. Nie patrzą oni na programy ograniczania szkód z perspektywy korzyści, które oni sami mogą osiągnąć. Niezaprzeczalną zaletą tych programów jest ograniczanie zakażeń wirusem HIV oraz poprawa sytuacji epidemiologicznej w zakresie wirusowego zapalenia wątroby i gruźlicy; zmniejszenie przestępczości związanej z uzależnieniem od narkotyków, a także stworzenie możliwości narkomanom do wchodzenia w rozmaite role społeczne, np. znalezienie pracy, co odciąża społeczeństwo od łożenia na jego utrzymanie. Poza tym programy ograniczania szkód kosztują społeczeństwo mniej niż terapia i rehabilitacja narkomanów.

Na pewno programy ograniczania szkód nie są panaceum na narkomanię. Nie mogą być także sprowadzane do kwestii czysto technicznych, gdyż bez wątpienia nie są pozbawione aspektu moralno-etycznego. Istotny wydaje się w tym kontekście fakt, że programom ograniczania szkód towarzyszy idea wyboru mniejszego zła, a także humanitarne podejście do problemu uzależnienia.

## STRESZCZENIE

W ramach programu ADAT (Adequacy of Drug Abuse Treatment and Care in Europe) zidentyfikowano zagadnienia, które budzą wiele dylematów etycznych: leczenie przymusowe, ograniczanie praw pacjenta, ograniczanie szkód (programy substytucyjne, wymiana igieł i strzykawek, rozdawanie prezerwatyw), finansowanie leczenia.

Dwie ustawy regulują kwestie związane z leczeniem uzależnionych od narkotyków: Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii (1997) i Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (1994). Obydwie promują zasadę dobrowolności leczenia, szczegółowo opisując wyjątki od tej zasady oraz wprowadzają bezpłatność leczenia.

Poza tym placówki, których liderzy należą do Federacji Wspólnot Terapeutycznych, mają własne dokumenty, które wzorowane są na dokumentach Światowej Federacji Wspólnot Terapeutycznych (Karta Praw Członków Wspólnot Terapeutycznych, Normy i Cele Społeczności Terapeutycznych, Zasady Etyczne Personelu Społeczności Terapeutycznej). Dokumenty te zawierają szczegółową listę rekomendacji i sugestii dotyczących etycznych priorytetów pracy z uzależnionymi.

Zgodnie z prawem wszystkie placówki zobowiązane są do posiadania własnych regulaminów. Większość z nich dąży do ograniczenia praw pacjenta, pozbawia pacjenta możliwości decydowania o wielu istotnych sprawach, a za nadrzędne wartości przyjmuje wyzdrowienie i abstynencję.

**Słowa kluczowe:** aspekty etyczne, kodeksy etyczne, prawa człowieka, ograniczanie szkód.

## PIŚMIENNICTWO

1. Baran-Furga H., Steinbarth-Chmielewska K. (1994): *Terapia metadonem*. Alkoholizm i Narkomania, nr 1, 45-65.
2. Bęben A. (1996): *Narkotyk pod kontrolą*. Sztandar, nr 171. W: Kwartalny wybór wycinków prasowych na temat narkomanii. T. II, zeszyt 3, październik 1996, 40.
3. Chmielewska K. (1995): *Rehabilitacyjny program substytucyjnego podawania metadonu dla osób uzależnionych od opiatów. Doświadczenia Zespołu Profilaktyki i Leczenia Uzależnień Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie*. Serwis Informacyjny Narkomania, nr 3, 48-49.
4. Dąbrowski S. (1995): *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego; podstawowe informacje dla lekarzy*. Warszawa, IPN.
5. Godwod-Sikorska C. (1994): *Ocena wdrażania terapii metadonem*. Alkoholizm i Narkomania, nr 1, 19-25.
6. Grycner-Ziegman E. (1995): *Ambulatorium Metadonowe przy Szpitalu Nowowiejskim – pierwsze doświadczenia*. Serwis Informacyjny Narkomania, nr 3, 45-47.
7. Habrat B. (1999): *Aspekty etyczne*. Nieopublikowany maszynopis.
8. Jabłoński P. (1999): *O sytuacji lecznictwa i rehabilitacji dla narkomanów*. Świat Problemów, nr 7-8, 38-40.
9. *Karta Praw Członków Społeczności Terapeutycznej obowiązująca w Światowej Federacji Społeczności Terapeutycznych*. Dokument nieopublikowany.
10. Kopicz-Kamińska E. (1995): *Metadon i AIDS*. Serwis Informacyjny Narkomania nr 3, 53-54.
11. Kulka Z., Moskalewicz J. (1998): *Wpływ wymiany igieł i strzykawek na zakażenia HIV wśród narkomanów opiatowych w Polsce*. Alkoholizm i Narkomania, nr 1, 29-41.
12. *Kodeks Etyczny Pracownika Stowarzyszenia Monar*. Dokument nieopublikowany.
13. Moskalewicz J. (1995): *Programy ograniczania szkód – światowe tendencje*. Serwis Informacyjny Narkomania, nr 3, 20-22.
14. *Nasze Zasady – Regulamin Ośrodka w Bielsko-Białej*. Dokument nieopublikowany.
15. *Normy i Cele Społeczności Terapeutycznej obowiązujące w Światowej Federacji Społeczności Terapeutycznych*. Dokument nieopublikowany.
16. *Regulamin Młodzieżowego Ośrodka Rehabilitacyjnego Kazuń-Bielany*. Dokument nieopublikowany.
17. *Regulamin Oddziału Detoksykacyjnego dla Osób Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych*, IPN Warszawa. Dokument nieopublikowany.
18. *Ustalenia Społeczności Monar –Wyszków*. Dokument nieopublikowany.
19. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r.* Dziennik Ustaw z 1994 r, nr 111, poz.535.
20. *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 24 kwietnia 1997 r.* Dziennik Ustaw z 1997 r, nr 75, poz.468.
21. Wereżyńska-Bolińska T. (1995): *Metadon w leczeniu uzależnień opioidowych*. Serwis Informacyjny Narkomania, nr 3, 38-44.

22. Zamecka J., Kwaśniewski J. (1998): *Światopogląd i etos osób zawodowo niosących pomoc uzależnionym od narkotyków*. W: Kaczyńska W. (red): *O etyce służb społecznych*. Warszawa, UW IPSiR.
23. *Zasady Etyczne Personelu Społeczności Terapeutycznej obowiązujące w Światowej Federacji Społeczności Terapeutycznych*. Dokument nieopublikowany.
24. *Zasady Ogólne oraz Regulamin Ośrodka Rehabilitacyjno – Postresocjalizacyjnego w Darżewie*. Dokument nieopublikowany.