

## **Rekomendacje ze spotkania, 20 kwietnia 2011, Warszawa**

My terapeuci placówek ambulatoryjnych, zebrani na spotkaniu „Długo, drogo, nieskutecznie – leczenie uzależnień narkotykowych w Polsce”, zorganizowanym w Warszawie, w dniu 20 kwietnia 2011 roku zwracając się do wszystkich instytucji zaangażowanych w działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii pragniemy skierować ich uwagę, na szereg zjawisk, które identyfikujemy jako mające niekorzystny wpływ na rozwój polskiego systemu pomocy i leczenia osób uzależnionych od narkotyków oraz realizację Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.

1. Wybór metody leczenia jest w Polsce obciążony presją. System opieki zdrowotnej wymusza podejmowanie terapii drug free kosztem leczenia farmakologicznego, do którego dostęp jest bardzo ograniczony.
2. Profesjonalna interwencja na początkowym etapie leczenia, jest nadal raczej wyjątkiem niż regułą. Niedofinansowana pomoc ambulatoryjna częściej kieruje do leczenia zamiast leczyć, stąd mamy ciągle do czynienia z zjawiskiem „zastępowania stomatologów, protetykami”. Jest to podstawowa wada strukturalna, która nie pozwala zrównoważyć wzrostu wskaźników epidemiologicznych skutecznymi interwencjami. Poradnie leczenia uzależnień obejmują swoją opieką ponad połowę wszystkich pacjentów systemu, jednak na ich funkcjonowanie przeznaczane jest tylko 10% wszystkich nakładów na leczenie osób uzależnionych.
3. Lecznictwo stacjonarne (społeczności terapeutyczne), do którego dostępność jest prawdopodobnie najwyższa w Europie, obejmuje opieką do kilku procent osób problemowo używających narkotyków. Przejmuje ono natomiast ok. 75 % całego finansowania Narodowego Funduszu Zdrowia, przeznaczonego na całe lecznictwo narkotykowe. Terapia w ośrodku stacjonarnym, jest jedną z najdroższych procedur medycznych w ogóle, ponieważ nie podlega żadnej reglamentacji. Zjawisko tzw. „turystyki ośrodkowej” ma bardzo szeroki zakres, ponad 75% pacjentów ośrodków już wcześniej się w nich leczyło. Roczny pobyt pacjenta w ośrodku rehabilitacyjnym to koszt 30 do 40 tys. złotych. Od 2007 roku, liczba chętnych na leczenie stacjonarne spada, na dodatek prawdopodobnie trafia do niego wiele osób, które mogłyby z większym powodzeniem leczyć się ambulatoryjnie.
4. W wielu regionach naszego kraju (np. w opolskim, łódzkim, pomorskim, podlaskim, podkarpackim) istnieje problem monopolizacji leczenia narkotykowego przez duże organizacje, które odrzucają prowadzenie niektórych zupełnie podstawowych usług (leczenie substytucyjne, redukcja szkód), a inne traktują jako drugorzędne (leczenia ambulatoryjne). W efekcie, całe regiony pozbawione są wielu podstawowych zabezpieczeń pomocowych. Zwracamy uwagę, że monopolizujące rynek świadczeń dwie największe organizacje narkotykowe otrzymują blisko połowę całego krajowego finansowania leczenia, a lokalnie czasem 100 % (opolskie).
5. Działania postrehabilitacyjne, nie powinny być prowadzone w oddalonych od dużych miast placówkach stacjonarnych - zjawisko dość rozpowszechnione - ponieważ na ogół służą zakamuflowanemu i nieuzasadnionemu wydłużaniu rehabilitacji. Pacjent mieszkając w ośrodku nie usamodzielnia się, ma bardzo utrudniony dostęp do rynku pracy czy do nauki.
6. Ogromnym problemem dla podmiotów powołujących nowe programy substytucyjne, jest deficyt lekarzy zainteresowanych taką działalnością. W całej Polsce działa tylko ok. 25 takich lekarzy.
7. W Krakowie miało miejsce rozwiązanie przez zarząd Stowarzyszenia Monar Centrum Terapii Narkomanów, jedynej w Polsce struktury regionalnej i miejskiej, która z powodzeniem realizowała przez blisko dwie dekady politykę zabezpieczenia minimalnych potrzeb pomocowych i leczniczych.

### **Nasze rekomendacje:**

1. Uważamy że oszczędności, które powstaną w wyniku wprowadzenia art. 62a znowelizowanej Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii, należy przeznaczyć na rozwój lecznictwa substytucyjnego i ambulatoryjnego, w tym na zabezpieczenie działania zasady „leczyć zamiast karać”. Konieczne jest uruchomienie dodatkowego finansowania postrehabilitacji.
2. W warunkach znowelizowanej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w tym nowych zapisów uruchamiających zasadę „leczyć zamiast karać” (znowelizowane art. 72 i 73), konieczne jest ustalenie zasad współpracy pomiędzy organami wymiaru sprawiedliwości, ścigania i podmiotami, oferującymi usługi z zakresu leczenia i profilaktyki uzależnień, samorządami. Potrzebne jest wprowadzenie odpowiednich procedur i mechanizmów na których ta współpraca będzie oparta.

3. Konieczne jest dokonanie zmian w szkoleniu lekarzy oraz podjęcie przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii rozmów z Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym, kołami akademickimi, specjalistą krajowym ds. psychiatrii w celu znalezienia sposobu rozwiązania problemu deficytu lekarzy zainteresowanych prowadzeniem leczenia substytucyjnego.

4. Konieczne jest zwrócenie uwagi samorządów, które opiekują się programami wychodzenia z bezdomności, na potrzebę podjęcia kroków mających na celu przeciwdziałanie dyskryminacji osób uzależnionych i zakażonych HIV w placówkach dla bezdomnych, przez personel tych placówek. Pobyt uzależnionego i bezdomnego pacjenta w schronisku, pozwala na podjęcie terapii w systemie ambulatoryjnym, w tym terapii podtrzymującej, terapii ARV, leczenia w ośrodku dziennym.

5. Uważamy, że należy niezwłocznie uruchomić zabezpieczenia prawne, chroniące interes klienta przed praktykami monopolistycznymi oraz przed presją w wyborze leczenia.

6. Uważamy, że względu na szczupłość środków finansowych przeznaczonych na leczenie uzależnień od narkotyków w Polsce, należy bardziej racjonalnie nimi gospodarować. Proponujemy wprowadzenie procedury case management, obowiązkowej dla osób, które bezskutecznie i wielokrotnie korzystały z kosztownych świadczeń leczniczych.

7. Uważamy, że konieczne jest reaktywowanie CTN Monar – Kraków, oraz tworzenie podobnych struktur w pozostałych regionach naszego kraju, struktur gdzie żadna procedura lecznicza i pomocowa o potwierdzonej naukowo skuteczności nie będzie wykluczona czy dyskryminowana.