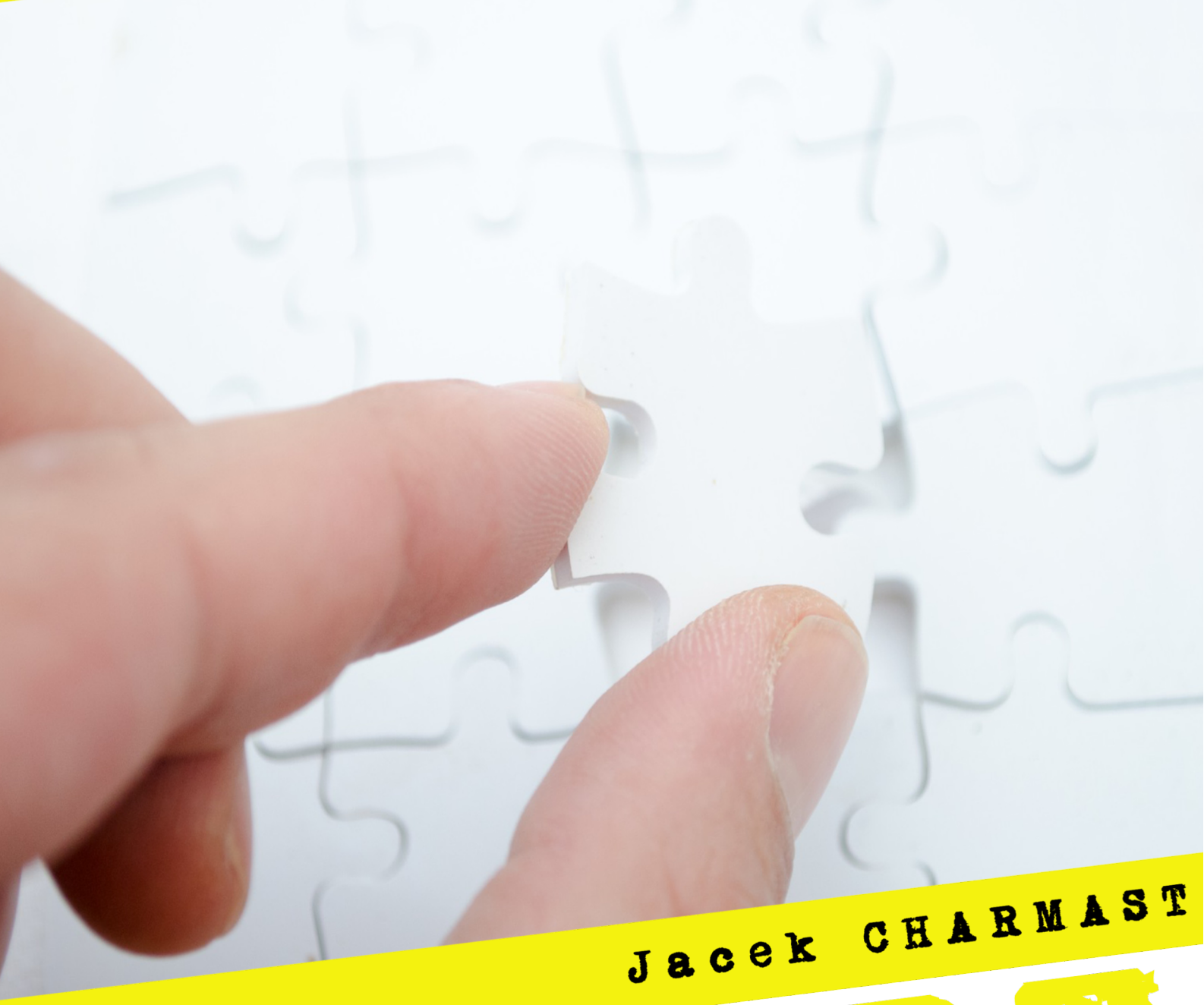

Jacek CHARMAST

RAPORT

RZECZNIKA PRAW OSÓB UZALEŻNIONYCH 2014/2015

część lecznicza

Jacek Charmast

RAPORT RZECZNIKA PRAW OSÓB UZALEŻNIONYCH

2014-2015

MIEJSKA POLITYKA POMOCOWA

Raport opracowany przez Stowarzyszenie Jump 93, w ramach programu Obywatele dla Demokracji, finansowanego z Funduszy EOG

Spis treści

1. Wprowadzenie – str. 1
2. Monokultura lecznicza – str. 5
3. Nowe narkotyki, nowe problemy – str. 15
4. Nowa formuła placówki ambulatoryjnej – str. 22
5. Programy readaptacji społecznej i działania opiekuńcze – str. 24
6. Candis - specjalistyczny program dla użytkowników marihuany – str. 30
7. Nowa formuła terapii substytucyjnej – str. 32
8. Pytania do placówek ambulatoryjnych – str. 37
9. Rekomendacje dla Warszawy – str. 39
10. Tabele – str. 42

1. **Wprowadzenie**

Oddajemy w ręce czytelników kolejny, trzeci już „leczniczy" Raport Rzecznika. Powołany w 2009 roku program Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych prowadzi szereg aktywności związanych z wykonywaniem funkcji ombudsmana uzależnionych, w tym tą dotyczącą kreowania rzeczywistości wolnej od naruszeń, wolnej od wykluczenia społecznego, nierównego traktowania, czy dyskryminacji. Grupą, której jesteśmy adwokatami, są nie tylko uzależnieni od substancji psychoaktywnych w rozumieniu diagnostycznym, ale wszyscy ci, którzy doświadczają nierównego traktowania tylko z tego powodu, że używają narkotyków. Zajmujemy się więc naruszeniami w obszarze stanowienia i działania prawa narkotykowego ale też naruszeniami w obszarze działania systemu pomocy i leczenia. Niniejszy Raport, poświęcony problematyce leczenia i pomocy, skupia się przede wszystkim na naruszeniach prawa uzależnionych pacjentów do uzyskania adekwatnej do ich potrzeb pomocy. Program Biura Rzecznika wspiera w tym zakresie wszelkie inicjatywy mające na celu wyrównanie deficytów w dostępie do świadczeń, a także znoszenie wszelkich barier, w tym prawnych, administracyjnych i mentalnych, stojących na drodze tym świadczeniom. W pierwszym Raporcie opisaliśmy polski model pomocy, wskazując jego najbardziej słabe strony.

Pisaliśmy o wadliwej strukturze świadczeń, przedstawiając swoją opinię o przyczynach takiego stanu rzeczy oraz wskazując te elementy systemu, które wymagają szczególnego wzmocnienia ze strony instytucji przeciwdziałania narkomanii. Jako praprzyczynę problemów wskazaliśmy przyjęty w latach 80-tych paradygmat pomocy, stawiający w uprzywilejowanej pozycji stacjonarne ośrodki rehabilitacji i wykluczający wszystkie inne cele leczenia poza abstynencją. Lecznictwo stacjonarne reprezentowane przez duże struktury organizacyjne, skutecznie ograniczało dostęp do pozostałych usług pomocowych i umocniło swoją monopolistyczną pozycję na długie lata. W Raporcie drugim, przedstawiliśmy dowody na podtrzymywanie tej nieefektywnej struktury pomocowej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zaprezentowaliśmy strukturę nakładów finansowych na leczenie uzależnień narkotykowych, które zostały ujęte w podziale terytorialnym oraz w podziale na poszczególne świadczenia.

Wykazaliśmy, że zarówno centrala Funduszu, jak i większość jego oddziałów, często ignorują priorytetowe zadania krajowych strategii ochrony zdrowia, podtrzymując wadliwą strukturę świadczeń. Wbrew zaleceniom tych strategii, corocznie i w większości województw, procentowy wzrost finansowania lecznictwa stacjonarnego jest wyższy od wzrostu

finansowania każdego z pozostałych świadczeń. Fundusz kontestuje priorytety kolejnych krajowych programów przeciwdziałania narkomanii (KPPN 2006-2010, KPPN 2011-2015) zarazem podobne zalecenia Narodowego Programu Zdrowia oraz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Ten ostatni Program, co prawda nie otrzymał nigdy finansowania na realizację, ale zawarte w nim zalecenia organizacyjne dla lecznictwa uzależnień, mogłyby stać się dla NFZ, przynajmniej braną pod uwagę wskazówką w polityce finansowania świadczeń.

W obydwu Raportach wskazywaliśmy, między innymi na przykładzie Gdańska, na problem niepowodzeń debat eksperckich o problemach lecznictwa narkotykowego. Fiasko takich inicjatyw miało źródło, nie tylko w niedostatkach wspólnego języka różnych grup specjalistów czy niedostatkach kompetencyjnych terapeutów starej szkoły, ale też w braku tradycji dyskusji osadzonej w wieloaspektowości zjawiska narkomanii. Debat w formule multidyscyplinarnej dotąd po prostu nie prowadzono, a jeżeli tak, to incydentalnie i w gronie osób o zbliżonych poglądach. Rozpoczęty w latach 80-tych projekt społeczny, zakładający koncentrację na oddziaływaniach resocjalizacyjnych prowadzonych w ośrodkach stacjonarnych, proponował model przeciwdziałania narkomanii podporządkowujący perspektywie resocjalizacyjnej wszystkie inne punkty widzenia problematyki narkotykowej, w tym perspektywę medyczną czy socjologiczną. W wielu miejscach i na wiele lat nie pozostawiono nawet przestrzeni dla zakwestionowania takiego porządku – znamienny jest tu przytaczany w Raportach wielokrotnie przykład Gdańska. Zadaniem lekarza czy terapeuty w poradni było uzyskanie decyzji o podjęciu terapii stacjonarnej, przygotowanie do niej poprzez detoksykację i działania motywacyjne, zadanie wywierania ostrej presji dostawał policjant, prokurator, pracownik służby więziennej i rodzic. Pracownik socjalny bywał włączony do pomocy już po zakończeniu resocjalizacji. Projekt „walki z narkomanią" choć angażował oprócz wychowawców i terapeutów różne grupy zawodowe - wśród nich, wydawałoby się kluczowe dla systemu profesje związane z pomocą medyczną czy socjalną - to grupy te bardzo rzadko mogły wprowadzać korekty do systemu, zwłaszcza te uwzględniające ich perspektywę i dostrzeżone potrzeby społeczne. Liczni i zrzeszeni w dużych strukturach organizacyjnych terapeuci ośrodków stacjonarnych skutecznie pilnowali, by wszelkie inicjatywy w tym zakresie kończyły się fiaskiem.

W rezultacie, zmonopolizowany przez ośrodki stacjonarne rynek świadczeń zdrowotnych, stworzył liczne mechanizmy i praktyki hamujące rozwój pozostałych form pomocy, wśród nich lecznictwa ambulatoryjnego, substytucyjnego, specjalistycznej pomocy medycznej,

readaptacji społecznej czy redukcji szkód. Model ten, nazywany dzisiaj trafnie monokulturą leczniczą, wymaga dalszych pogłębionych analiz, ponieważ toksyczność jego oddziaływania nadal niszczy w wielu regionach kraju wiele potrzebnych inicjatyw. Można tu pokusić się o wskazanie pewnej prawidłowości: im monokultura na danym terenie silniejsza, tym mniej konsultacji społecznych, tym zakres świadczeń pomocowych węższy, tym mniej serwisów specjalistycznych, mniej świadomych materii dziennikarzy. Za to więcej bezradnych, zdezorientowanych rodziców i widocznej na ulicach narkomanii. Można zatem odpowiedzialnie stwierdzić, że model monokulturowy wspierał się na rozbudowanym systemie strukturalnej przemocy – ukrytej, zorganizowanej i instytucjonalnej, pozbawiającej ludzi możliwości wyboru, często zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami. Dodatkowo, model ten posługiwał się przez wiele lat przemocą, jako narzędziem interwencji. O monokulturze terapeutycznej piszemy więcej, na dalszych stronach niniejszego opracowania.

Historia pomocy uzależnionym w Polsce, to historia najprzeróżniejszych eksperymentów, wyszukanych form wywierania presji, a z dzisiejszej perspektywy, to też historia przemocy[1]

Podsumowując 6 lat działania Biura Rzecznika, a zarazem pracę zaangażowanych w usprawnienie modelu pomocy osób, głównie specjalistów i pacjentów skupionych wokoło Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej oraz Stowarzyszenia Jump 93, dostrzegamy, iż wiele postulatów zawartych w Raportach, zostało zauważonych przez instytucje kreujące politykę narkotykową i pewnej mierze są one realizowane. Niewątpliwym sukcesem środowiska modernizacyjnego jest zainteresowanie problematyką uzależnień mediów, które włączyły się w debatę, w nie spotykanej wcześniej skali. Pojawiło się wielu dziennikarzy doskonale zorientowanych w tej skomplikowanej materii. To dzięki mediom postulaty modernizacyjne przebiły się do świadomości społecznej i nie mogły już być dłużej ignorowane przez adwokatów monokulturyzacji modelu pomocy. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, agenda rządowa kreująca politykę narkotykową, życzliwie ale też z dostrzegalną czasami rezerwą podchodziło początkowo do inicjatyw na rzecz organizacji debat o problemach systemu. Rzeczywiście, debaty eksperckie z lat 2009-2011 tylko mocniej polaryzowały środowisko terapeutyczne, wykazały, że największe i najbardziej rozpoznawalne organizacje zajmujące się pomocą, nie były zainteresowane istotnymi

[1] - Krzysztof Czekaj, terapeuta, członek Komisji Etyki Terapeuty Uzależnień przy KBPN, wystąpienie konferencyjne Konstancin - Jeziorna, 2012).

zmianami. Demontaż monokultury leczniczej i jej negatywnych następstw, był i jest niewątpliwie na pierwszym miejscu listy życzeń Krajowego Biura, ale rozsądek nakazuje mierzyć siły na zamiary. Polityka Biura musiała być ostrożna, nie tylko ze względu na słyszalne pomruki niezadowolenia największych i wpływowych, a zarazem mocno zachowawczych organizacji pozarządowych. Dało się też zauważyć, że Krajowe Biuro nie ma jednoznacznego poparcia w Ministerstwie Zdrowia, gdzie wiele jego wrażliwych politycznie inicjatyw jest zatrzymywanych, np. bardzo ważny projekt zmiany modelu terapii substytucyjnej czy sensowne rozwiązania dot. dopalaczy. Debaty o narkomanii z lat 2009-2012, mimo że początkowo nie zawsze udane, wykazały że środowisko „pomagaczy" nie potrafi jeszcze spokojnie rozmawiać o trudnych kwestiach, ale też, że debaty należy organizować w bardziej neutralnych i bezpiecznych dla uczestników formułach.

Coraz sensowniej brzmiał postulat środowisk modernizacyjnych, wyrażający pilną potrzebę cyklicznego organizowania oficjalnych i multidyscyplinarnych konferencji, umożliwiających konfrontowanie rożnych stanowisk eksperckich. KBPN wyszło naprzeciw tym oczekiwaniom i w 2012 r. odbyła się w Konstancinie, pierwsza z takich konferencji. Została zorganizowana przez Fundację Res Humanae, organizację nie identyfikowaną wówczas z żadną ze stron sporu o kształt polskiego modelu pomocy. Sukces tego wydarzenia spowodował, że KBPN podjęło decyzję finansowania kolejnych konferencji w podobnej formule. Konferencje „konstancińskie" znacznie podniosły poziom merytoryczny debaty, ucywilizowały ją, wciągnęły do dyskusji kolejne środowiska, wśród nich ekspertów z kręgu Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami czy lekarzy-psychiatrów ze Stowarzyszenia MAR. Eksperci z wymienionych organizacji znacznie podnieśli poziom dyskusji i wzmocnili w niej obecność perspektywy medycznej i leczenia biologicznego.

Niewątpliwym rezultatem debat 2009-2014, a bezpośrednim następstwem konferencji konstancińskich, było powołanie w 2014 przez dyrektora KBPN zespołu doradczego ds. leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej. Efektem pracy tej dziesięcioosobowej grupy ekspertów jest wskazanie najistotniejszych mankamentów i deficytów polskiego systemu pomocy. Wskazane problemy zostały poddane procedurze badawczej przeprowadzonej na zlecenie KBPN przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, a jej wyniki powinny być dostępne wkrótce po publikacji tego Raportu. Mamy nadzieję, że nasz Raport okaże się ważnym komentarzem do wyników pracy IPiN.

2. Monokultura lecznicza

Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych, to grupa o szczególnym statusie wśród innych stygmatyzowanych grup, ponieważ używanie narkotyków jest zjawiskiem szczególnie silnie napiętnowanym przez społeczeństwo. Osoby te, budzą nie wiele mniejszą niechęć niż trzydzieści lat temu, a stereotypowy obraz narkomana zmienia się raczej nieznacznie. Jako społeczeństwo, dość uporczywie chronimy wyznaczone bariery i to wszystko, co wzmacnia wykluczenie uzależnionych. Przede wszystkim nie pozwalamy sobie na głębszą refleksję nad sytuacją tej grupy. Podejrzliwie podchodzimy do tych wypowiedzi specjalistów, które używają mniej ostrego języka do opisu zjawiska narkomanii, które chociażby kategoryzują grupy użytkowników narkotyków, dzieląc ich na uzależnionych, używających problemowo czy rekreacyjnie. A przecież uzależnieni wśród ogółu osób używających narkotyków - może poza uzależnionymi od opiatów - nie stanowią większego odsetka niż alkoholicy wśród osób używających alkoholu. Bywało, że terapeuci i lekarze, przez lata nie rozumieli celowości tworzenia i rozbudowywania języka potrzebnego do precyzyjnego opisu zjawiska narkomanii tak, by oddawał jego wielowymiarowość. Nawet dzisiaj, nie rozumieją potrzeby tworzenia odrębnych programów terapeutycznych dla użytkowników tej samej substancji, np. specjalistycznego leczenia dla użytkowników konopi. Istota starej szkoły pomagania, to proste narzędzia interwencji nałożone na prosty obraz narkomanii, to zasada, że wszystkie narkotyki są takie same i wymagają jednakowej terapii. Polski model pomocy i leczenia tworzono z myślą o użytkownikach opiatów, czyli o grupie, w której profil użytkownika w znacznej mierze odpowiadał stereotypowi narkomana: w konotacji bezdomnego, zakażonego, przestępcy. Konsumenci opiatów, rzeczywiście stanowili w latach 80-tych i 90-tych przytłaczającą większość pacjentów placówek terapeutycznych. Zakażeni HCV stanowili nawet do 70% grupy, zakażeni HIV do 30%, a przestępstwa narkotykowe (udzielanie, produkcja, handel) można było przypisać każdemu pacjentowi. Skonstruowany pod tę grupę model pomocy, odznaczał się niezwykłą prostotą, tak jak korespondujący z nim przekaz profilaktyczny. Centrum tego modelu, stanowił pół izolacyjny ośrodek stacjonarnej i długoterminowej resocjalizacji, ciężkie narzędzie dla ciężkich, poddanych wiele lat społecznemu wykluczeniu, przypadków. Obok ośrodków stacjonarnych działały jeszcze szpitalne oddziały detoksykacyjne i punkty konsultacyjne, których najważniejszym zadaniem była rekrutacja pacjentów do placówek resocjalizacyjnych. Tak więc triada, złożona z ośrodka stacjonarnego oraz podporządkowanego mu ambulatorium i detoksu tworzyła w latach 80-

tych całą strukturę modelu pomocy, strukturę pozbawioną wielu istotnych funkcji, wśród nich oddziaływań opiekuńczych, readaptacyjnych, farmakoterapii, redukcji szkód.

Fakt, że każdy pacjent „narkotykowy" jest przestępcą już z tytułu używania nielegalnych środków - wyróżnia go spośród innych pacjentów leczących uzależnienie…. Sytuacja ta wnosi dużo zamętu nawet w głowach kadry ośrodków stacjonarnych leczących narkomanów. Nazwy tych placówek zawierają rzadko słowo „terapia", są to w większości ośrodki „readaptacyjno – rehabilitacyjne", co wskazuje (przynajmniej w momencie ich powstawania w końcu lat 70 i latach 80) na ich bliższe pokrewieństwo z placówkami o charakterze penitencjarnym niż leczniczym. Wynika to z tradycji ruchu monarowskiego, gdy ośrodki były tworzone dla osób głęboko uzależnionych od opiatów, gdzie metodami radykalnymi, kontrowersyjnymi i dziś kontestowanymi (drelichy, golenie głowy itd.) usiłowano ich (nie można zaprzeczyć, że w wielu wypadkach z dobrym skutkiem) przywrócić społeczeństwu. Również pojęcie „pacjent" w odniesieniu do osób przebywających w ośrodkach przez lata nie miało zastosowania, mówiło się o nich prędzej „mieszkańcy", a kadra do dziś chętne używa określenia „dzieciaki", mimo, że w większości chodzi o osoby pełnoletnie.

Słowo „pacjent" zostało nie bez oporów wprowadzone dopiero w roku 1999 wraz z radykalną zmianą podejścia do finansowania ośrodków, jaką wniosła reforma ubezpieczeń zdrowotnych. Z dnia na dzień, aby uzyskać środki na prowadzenie placówki trzeba było przekształcić ją w Zakład Opieki Zdrowotnej, co niosło ze sobą konieczność spełnienia określonych wymagań, jak chociażby zapewnienie stałej opieki lekarskiej, urządzenie gabinetów, prowadzenie obowiązującej w zoz-ach dokumentacji. Oddziaływania jakie stosowano wobec mieszkańców ośrodków nagle uzyskały nazwę „świadczeń zdrowotnych". Oczywiście nie wszystkie – rodem z idei resocjalizacyjnych – dały się w nich zmieścić: np. resocjalizacja przez pracę, która dominowała w „monarach" (tak je wciąż nazywano, choć połowa z nich była prowadzona przez inne podmioty pozarządowe lub publiczne), uzyskała miano „ergonomicznych zajęć grupowych" i dotąd budzi niepewność urzędników kontraktujących świadczenia.

Mimo tych perturbacji lecznictwo uzależnień od nielegalnych substancji psychoaktywnych dostosowało powoli swą działalność do warunków jakie powinien spełniać proces terapii, by można go było nazwać profesjonalnym, a więc opartym o określone teorie i procedury

zapewniające efektywność oraz bezpieczeństwo pacjentowi. W dalszym ciągu jednak stopień tego dostosowania wśród 80 istniejących placówek nie jest jednakowy.[2]

W Polsce tradycja społeczności terapeutycznych sięga końca lat 80. Zasługi organizacji pozarządowych, które realizowały i nadal prowadzą ten model leczenia, są ogromne. Jednak dominacja jednego podejścia w systemie prowadzi do „monokultury" leczniczej, przyczyniając się do ograniczenia dostępu do innych form leczenia o udokumentowanej skuteczności.....Dominacja leczenia stacjonarnego hamowała także rozwój placówek ambulatoryjnych, które traktowano jako ogniwo podrzędne , a co najwyżej pomocnicze w całościowym systemie terapii uzależnionych od narkotyków. Tymczasem w nowoczesnych modelach leczenia to właśnie one pełnią funkcję najważniejszą. .... Największą troskę budzi ograniczony dostęp do leczenia substytucyjnego, które w krajach o dużej kulturze medycznej jest aktualnie dominującym sposobem leczenia osób uzależnionych od opiatów.[3]

W wielu miejscach kraju ten prosty model funkcjonuje do dziś i należy włożyć ogromny wysiłek, by cokolwiek w jego zwartej strukturze naruszyć. W paru województwach monokultura trwa w stanie niemal nie naruszonym, niemniej wszędzie w kraju poddano ją gruntowanemu liftingowi. Zmiana ta, dotyczyła mniejszej lub większej modernizacji każdego z elementów triady, ale przede wszystkim punkty konsultacyjne przekształcono w poradnie leczenia uzależnień. Wiele takich placówek, zwłaszcza w dużych miastach wyemancypowało się, zostając samodzielnymi podmiotami leczniczymi, zapewniającymi profesjonalną opiekę większości zgłaszających się do nich osób. Przy niektórych ośrodkach stacjonarnych - nazywanych od końca lat 90-tych ośrodkami rehabilitacyjno-readaptacyjnymi - pojawiły się wyodrębnione od nich fizycznie programy readaptacyjne. W modelu monokulturowym pełnią one funkcję wyłącznie postrehabilitacyjną, więc są zamknięte dla innych grup, niż pacjenci ośrodków stacjonarnych. Lecznictwo stacjonarne wchodzi w etap specjalizacji, kierując ofertę do wybranych grup, np. nieletnich czy osób z zaburzeniami psychicznymi. Co do detoksykacji, to poszerzyła ona wachlarz stosowanych leków o preparaty opioidowe, bywa

[2] - Małgorzata Maresz, Przemoc w terapii - 2012, WWW.jump93.pl

[3] - Bogusława Bukowska, Leczenie osób uzależnionych od narkotyków w Polsce, w: Terapia uzależnień, Metody oparte na dowodach naukowych, Red. Peter M. Miller, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego – 2013, str. 478.

też prowadzona w warunkach ambulatoryjnych i domowych w ramach praktyk podmiotów niepublicznych.

Jako pierwszy przypadek świadomego odrzucenia monokultury leczniczej, można wskazać powołanie Centrum Terapii Narkomanów Monar–Kraków. To właśnie w Krakowie, już w latach 90-tych działało szereg nie znanych nigdzie w kraju programów, wśród nich programów z zakresu redukcji szkód, readaptacji społecznej i opieki nad bezdomnymi. Decyzja władz Monaru z 2009 roku, o rozwiązaniu krakowskiego CTN-u, oznaczała destrukcję tej modelowej struktury i niektórych jej elementów (noclegownia dla osób czynnie używających narkotyków czy działalność szkoleniowa). W zakresie leczenia substytucyjnego przoduje Warszawa, ale nawet ona prawdopodobnie nie przekracza pułapu 25% zabezpieczenia potrzeb, niskiej przecież normy przewidzianej w krajowych strategiach ochrony zdrowia. Pod względem różnorodności ofert pomocowych wyróżnia się też Wrocław, który staje się liderem w zakresie działań redukcji szkód.

Na jakiej podbudowie teoretycznej działa model monokulturowy albo czy istnieje dla niego jakieś merytoryczne uzasadnienie? Takiego punktu odniesienia niemal brak w fachowej literaturze, rzadko też pojawia się w dyskusjach i zazwyczaj nie wprost. Najwidoczniej ów model, dawno temu zdemaskowany przez naukę jako przestarzały, może być trwale podtrzymywany i wspierany publicznymi pieniędzmi, nie siląc się na żadne uzasadnienie swojej monopolistycznej pozycji. Nie należy też tu mylić dowodów na skuteczność metody społeczności terapeutycznej (ST) z uzasadnieniem dla modelu, który podporządkowuje celom ST wszystkie inne metody (metoda ST jest najważniejszym narzędziem stosowanym w polskich ośrodkach stacjonarnych).

Źródła mocy lecznictwa stacjonarnego, należy szukać w historycznym sukcesie, jaki odniosła ponad trzydzieści lat temu metoda Monaru. Jest to metoda społeczności terapeutycznej w wersji PL. Powoływane w latach 80-tych ośrodki stacjonarne, od razu dostały znaczące wsparcie państwa, a potem zorganizowane w duże struktury, nigdy nie pozwoliły się zepchnąć z zajmowanej, wiodącej pozycji. Nigdy nie pozwoliły na jej podważanie, w tym zbadanie skuteczności metody ST: gasiły zawczasu wszelką dyskusję na ten temat. Byłoby chyba nadużyciem, by ową silną pozycję tłumaczyć jedynie historycznymi zasługami i nie zawsze uczciwymi monopolistycznymi praktykami, czy w końcu naiwnością i bezrefleksyjnością naszych rodaków.

Znaczna część polskich terapeutów starszego pokolenia, głównie osób pracujących w ośrodkach stacjonarnych, wyszło z bardzo popularnej od końca lat 80-tych szkoły terapii Marka Licińskiego, członka Towarzystwa Psychoprofilaktycznego. Poglądy Licińskiego, w znacznej mierze uzupełniły metodę i podejście Monaru, znacznie też zredukowały trudną dziś do pojęcia skalę praktyk przemocowych. Narkomania w ujęciu tej szkoły, to zły wybór, który można zmienić. Do dzisiaj, Marek Liciński nie uznaje uzależnienia za chorobę, ale za „sposób doraźnego separowania się od swoich problemów" (Marek Liciński, O przemocy, str. 7, Warszawa - 2014). Pogląd ten podziela wielu terapeutów, choć nie przyznaje tego wprost. Po przeciwnej stronie takiego rozumienia uzależnienia jest nowoczesna nauka, która twierdzi, że uzależnienie jest chorobą, a ściślej chorobą mózgu. Nauka wskazuje na biologiczne, często genetyczne przyczyny tej choroby, stanowiące silną podbudowę dla czynników środowiskowych. Używanie narkotyków bywa rozumiane tutaj, jako samoleczenie dyskomfortu spowodowanego wrodzonymi dysfunkcjami organizmu, niewłaściwą pracą mózgu, deficytem wydzielania naturalnych substancji odpowiedzialnych za nasze dobre samopoczucie. Powołując się wyłącznie na najbardziej znaną w Polsce literaturę tematyczną i podręczniki dla terapeutów, znajdujemy niemal w każdym z nich, takie właśnie rozumienia uzależnienia.

Uzależnienie to choroba mózgu, której rozwój uwarunkowany jest predyspozycją genetyczną oraz wpływem czynników środowiskowych, kulturowych i psychospołecznych. [4]
Obecne techniki skanowania mózgu stanowią olbrzymi postęp w stosunku do wcześniejszych metod…Gdy okazuje się, że określony obszar mózgu „rozświetla się" na obrazie mózgu pacjenta uzależnionego chemicznie (w porównaniu z osobą jedynie nadużywającą narkotyku), może to skłonić do uznania za słuszne twierdzenie, że uzależnienie jest chorobą mózgu, wszystkich tych, którzy wciąż wierzą, że uzależnienie jest defektem siły woli lub zachowania [5]

[4] –Marcin Wojnar, Kirk J. Brower, Neurobiologiczne mechanizmy uzależnienia w: Uzależnienie od narkotyków, podręcznik dla terapeutów, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa – 2012, str. 120.
[5] – Carlton K. Erickson, Nauka o uzależnieniach, Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa – 2010, str. 224.

Z takiego rozumienia uzależnienia, wynikają już konkretne zalecenia dla doboru odpowiednich narzędzi pomocy i oczywista, uniwersalna reguła jaką jest łączenie leczenia biologicznego i psychospołecznego.

Większość badaczy ... zgadza się, że pojęcie uzależnienia obejmuje również aspekty kulturowe, psychologiczne, społeczne i duchowe, które są niezwykle istotne zarówno dla zrozumienia przyczyn rozwoju choroby, jak i skutecznego jej leczenia. Z drugiej strony mózg człowieka jest nadzwyczaj złożony pod względem struktury i funkcji, i wchodzi w kompleksowe interakcje ze wszystkimi wspomnianymi składowymi uzależnień. ....Poprawa efektywności leczenia powinna w przyszłości oznaczać coraz większą integrację farmakoterapii i psychoterapii.[6]
Specjaliści od terapii uzależnień powinni przynajmniej przyjąć, że „nałóg" nie jest ścisłym terminem naukowym, ale szerszym deskryptorem wielu sytuacji, i że ma on ograniczoną przydatność do diagnozowania i prób leczenia pacjentów. Prawidłowe użycie terminów „nadużywanie substancji" i „uzależnienie chemiczne" nie tylko zwiększy dokładność diagnozy i leczenia, ale zarazem podniesie dziedzinę terapii uzależnień na wyższy poziom, wiążąc ją ściślej z psychiatrią i medycyną. Sprzyjać będzie także rozumieniu, że uzależnienie chemiczne jest chroniczną medyczną chorobą mózgu. To klucz do szerszej akceptacji i lepszego zrozumienia problematyki narkotykowej przez opinie publiczną i polityków, którzy ewidentnie nie rozumieją w pełni tej choroby. [7]

Dzisiejsi terapeuci, nawet ci ze starej szkoły, dość skwapliwie powtarzają slogan, że uzależnienie należy traktować jako chorobę, ale często nie widać związku między ich działaniami z podejściem „chorobowym" a raczej ciągle bliski związek z podejściem resocjalizacyjnym. Farmakoterapia, mająca na celu wyrównanie pracy mózgu i leczenie zaburzeń psychicznych, jest w Polsce traktowana podejrzliwie, często jako zalecenie szkodliwe, mimo że: „zgromadzono liczne dane świadczące o tym, że dodanie wspomagającej

[6] – Marcin Wojnar, Kirk J. Brower, Neurologiczne mechanizmy uzależnień, w: Uzależnienie od narkotyków, podręcznik dla terapeutów, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa – 2012, str.106 .

[7] – Carlton K. Ericsson, Nauka o uzależnieniach, Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa – 2010, str. 224,.

farmakoterapii do tradycyjnej terapii psychospołecznej może znacząco zwiększyć szanse powodzenia terapii”- Terapia uzależnień, Metody oparte na dowodach naukowych, Red. Peter M. Miller, str. 304, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 2013. Nie tylko farmakoterapia, ale też psychoterapia nie miały w podejściu resocjalizacyjnym i monokulturze leczniczej łatwego życia. Podejście resocjalizacyjne mocno opóźniło rozwój lecznictwa substytucyjnego (wpłynęło na przyjęcie bardzo nieefektywnego jego modelu), ale też hamowało rozwój lecznictwa ambulatoryjnego. W pomocy rozumianej w duchu resocjalizacyjnym, psychoterapia przebijała się z ogromnym trudem, ponieważ metoda społeczności terapeutycznej i proces grupowy, zorientowane na pacjenta opiatowego, nie zostawiały dla niej miejsca. W przypadku osób uzależnionych od opiatów, to grupa ma odpowiednią zdolność do szybkiej reakcji, a w razie potrzeby do wystarczająco długiej presji, by przełamać opór pacjenta i odwieść go od złych decyzji. W przypadku uzależnienia od opiatów, po kilku godzinach od ostatniego przyjęcia narkotyków, pojawia się ogromny i wielomiesięczny dyskomfort, z powodu którego pacjent wymaga niemal nieustannej uwagi otoczenia. Kilkudniowa, wsparta lekami detoksykacja łagodzi tylko najbardziej ostre objawy odstawienia, a po jej zakończeniu pojawia się stan „żałoby po heroinie”, który według starej szkoły należy przejść bez wsparcia farmakologicznego. Pacjent z silną depresją, ale pozostający w warunkach społeczności terapeutycznej, musiał swój stan znosić, w czym wspomagała go grupa i odcinające od niesprzyjających bodźców, pół izolacyjne warunki pobytu. Pomoc ambulatoryjna, z uwagi na swój podobnie bezlekowy charakter, była jeszcze mniej skuteczna niż ośrodkowa, gdzie utrzymywał się w terapii najwyżej co 6 pacjent opiatowy. W latach dominacji narkomanii opiatowej rola placówki ambulatoryjnej ograniczała się zatem, do funkcji „pasa transmisyjnego” dostarczającego pacjenta do ośrodków stacjonarnych. Dopiero w ostatnich kilkunastu latach, wraz z odwrotem narkomanii opiatowej i nadejściem mody na inne narkotyki, pojawia się szerzej popyt na psychoterapię.

Metoda społeczności terapeutycznej jest już wzbogacona o nowe umiejętności terapeutów nabyte w szkole Marka Licińskiego, a od 2003 r. rusza za sprawą KBPN zunifikowany program szkoleń dla terapeutów uzależnień. Wówczas, nurt bezlekowy reprezentuje ok. 80 stacjonarnych ośrodków rehabilitacyjno-readaptacyjnych oraz nieco większa liczba specjalistycznych placówek ambulatoryjnych. Alternatywę dla lecznictwa „drug free” stanowi wówczas, zaledwie kilkanaście programów substytucyjnych (w 2006 r. jest ich 14) i parę stacjonarnych ośrodków leczenia osób z tzw. podwójnym rozpoznaniem. Założony przez psychiatrę dr Andrzeja Maja-Majewskiego w 1995 roku ośrodek Stowarzyszenia Familia w

Gliwicach, był pierwszą polską stacjonarną placówką wyspecjalizowaną w leczeniu osób ze współwystępującymi z uzależnieniem zaburzeniami psychicznymi i przez kilka lat jedyną. Współczesny polski model pomocy, jest zatem nadal w przeważającej mierze odbiciem przekonań wyrosłych z postrzegania i rozumienia uzależnienia z perspektywy niemedycznej. Dzisiejsi terapeuci, poniekąd akceptują dorobek neurobiologii, ale w praktyce są mocno przywiązani do metod bezlekowych i selektywnego, bezkompromisowego charakteru pomocy zorientowanej na pełną abstynencję. W efekcie takiego podejścia, większość potencjalnych pacjentów woli pozostawać poza systemem opieki, co przynosi ogromne koszty społeczne. Te postawy skutkują bardzo niskim poziomem udziału lekarzy w procesie leczenia, sprzężonym z niewielkim ich zainteresowaniem problematyką uzależnień, co z kolei skutkuje jednym z najniższych w UE poziomem zabezpieczenia miejsc terapii substytucyjnej czy wysoce niedostateczną liczbą miejsc leczenia podwójnej diagnozy.

Dopiero ostatnie lata, które przyniosły ekspansję nowych narkotyków i dopalaczy, wzrost liczby zgłoszeń do leczenia osób ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi, niewidziane do lat kolejki w ośrodkach stacjonarnych, ale też liberalizację prawa, debaty i organizowane cyklicznie od 2012 roku ogólnopolskie konferencje narkotykowe, to wszystko wywołało potrzebę refleksji w środowisku terapeutycznym. Dobrym przykładem jest tu Monar. Leczenie substytucyjne zostało wykluczone formalnie z działalności organizacji w 2004 roku, poprzez wprowadzenie odpowiedniej zmiany w statucie. Była to odpowiedź na zapowiadaną wówczas inicjatywę Ministerstwa Zdrowia, w wyniku której w 2005 r. nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii umożliwiła organizacjom pozarządowym prowadzenie terapii substytucyjnej. Pod wpływem krytyki społecznej, w roku 2009 r. antysubstytucyjny zapis w statucie Monaru usunięto, ale w praktyce pomocowej tej organizacji jeszcze długo nic się nie zmieniło. Dopiero w 2014 roku, w kilku wystąpieniach i wywiadach prasowych, przedstawiciele Monaru ogłosili zmianę polityki wobec farmakoterapii. Stowarzyszenie przeprowadziło odpowiednie szkolenie kadr, w tym szkolenie dla realizatorów programów substytucyjnych, przygotowano jeden z ośrodków do prowadzenia leczenia pacjentów z podwójnym rozpoznaniem, opublikowano stanowiska zawierające założenia nowej polityki pomocowej. Jedno z ogłoszonych wówczas stanowisk, odnosiło się do problemów lecznictwa substytucyjnego i zawierało postulat daleko idącej zmiany jego modelu. Postulat ten okazał się zbieżny z rekomendacjami środowisk modernizacyjnych i kierunkiem inicjatyw legislacyjnych Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Wreszcie, pojawiła się placówka, która miała poprowadzić

pierwszy w Stowarzyszeniu program substytucyjny. Centrum Pomocy Bliźniemu Monar-Markot w Warszawie, uzyskało konieczne do prowadzenia przedmiotowej terapii zgody, ale jak dotąd nie uzyskało kontraktu z NFZ.

Jakie warunki powinien spełnić gminny model pomocy, by zerwać z monokulturą leczniczą? W zasadzie musi odnieść się do priorytetów wyznaczonych przez Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii 2011-2016, którego autorom przyświecała idea dopisania do triady pomocowej, kolejnych równie istotnych elementów, takich jak hostele readaptacyjne, programy redukcji szkód i programy terapii substytucyjnej. Redukcja szkód jest w Polsce w opłakanym stanie i na dodatek w defensywie. Co do leczenia substytucyjnego, to świadczone jest na poziomie najniższym w krajach UE, a w liczbach bezwzględnych, na poziomie niższym niż na Ukrainie czy Białorusi. Sam model terapii substytucyjnej jest od lat poddany krytyce specjalistów, a próby jego poprawiania nie przynoszą spodziewanych efektów. KPPN 2011-2016 odnosi się też do innego wzmacniającego monokulturę leczniczą problemu, mianowicie, do słabości lecznictwa otwartego, do często źle finansowanych poradni leczenia uzależnień oraz deficytu oddziałów dziennych. W dobie wzmagającego się popytu na nowe substancje psychoaktywne i dopalacze, oraz spowodowanej tym zjawiskiem rosnącej liczby osób szukających pomocy, konieczne jest gruntowne wzmocnienie tego elementu systemu, dodatkowo zabezpieczonego opieką hostelową dla osób zamiejscowych. Należy pamiętać też o młodzieży bezdomnej i defaworyzowanej, osobach którym jeszcze nie można przypisać uzależnienia, ale które w dłuższych lub krótszych okresach czasu mieszkają na ulicy np. z powodu przemocy domowej, nieakceptowanej w środowisku orientacji seksualnej czy z tysiąca innych powodów. W zakresie udostępnienia terapii substytucyjnej, największego wyłomu w monokulturze leczniczej dokonała Warszawa, która oferuje obecnie ok. 1000 miejsc tego leczenia, czyli blisko połowę wszystkich miejsc udostępnionych w naszym kraju (ok. 2100). Tylko Mazowsze i woj. lubelskie przybliżyły się do zawartego w KPPN 2011-2016, dwudziestopięcioprocentowego wskaźnika zabezpieczenia miejsc terapii substytucyjnej. Wskaźnik ten oznacza stosunek liczby miejsc leczenia do liczby osób uzależnionych od opiatów z danego województwa: w praktyce dla Mazowsza zabezpiecza je Warszawa, a dla Lubelszczyzny Lublin. Co oznacza centralizacja terapii substytucyjnej w dużych miastach? Rozpoczynający leczenie pacjent stołecznego programu substytucyjnego mieszkający w oddalonym o 100 km Radomiu, jest zmuszony zgodnie z kontraktem codziennie zgłaszać się po lek. Jego zasiłek socjalny wynosi niewiele ponad 500 zł, więc nie stać go na podróżowanie z zakupionym biletem, a wymagane codzienne stawiennictwo

wyklucza podjęcie pracy. Tak więc, sztywno egzekwowane zasady leczenia stają niekiedy na przeszkodzie osiąganiu celów leczenia, w tym celów readaptacyjnych. W 2006 r. w Warszawie, odniesiono się do tego palącego wówczas problemu, poprzez utworzenie przez Monar schroniska dla bezdomnych i zamiejscowych pacjentów programów metadonowych. W przypadku większości działających w naszym kraju programów substytucyjnych, pacjenci zamiejscowi wpadają w pułapkę „anty readaptacyjnej" jej formuły. Ma ona jeszcze wiele innych słabych stron, ale odniesiemy się do nich w poświęconym problematyce substytucyjnej rozdziale.

3. Nowe narkotyki, nowe problemy

Od kliku lat obserwujemy szybkie zmiany w sytuacji epidemiologicznej naszego kraju. Po krótkim okresie stabilizacji, ponownie wzrasta popyt na nowe substancje psychoaktywne, które skutecznie wypierają z rynku substancje tradycyjne, a od paru lat rośnie dramatycznie liczba zatruć. W 2011 r. Ośrodek Kontroli Zatruć w Warszawie o 2011 roku odnotował niewiele ponad 100 interwencji, w roku 2013 ponad 1000, a w 2014 r. około 2500. Dane dotyczące dopalaczy pokazują, jak bardzo potrzebna jest szybka aktualizacja danych epidemiologicznych. Informacje z placówek terapeutycznych, zwłaszcza z ośrodków leczenia przypadków tzw. podwójnej diagnozy, wskazują na konieczność szybkiej korekty i usprawnień systemowych.

Do najbardziej popularnych nowych substancji należą substancje legalne, tzw. dopalacze, następnie substancje nowe ale zdelegalizowane (wśród nich popularny mefedron), w końcu substancje wytwarzane na bazie ogólnodostępnych leków aptecznych. Terapeuci i lekarze coraz donośniej domagają się badań, które zweryfikują czy model opieki sprawdza się w odniesieniu do nowych grup klientów, czy nie powinien zostać w jakimś zakresie zrestrukturyzowany. Pojawia się postulat wzmocnienia oddziaływań readaptacyjnych i opiekuńczych, a także postulat wzmocnienia opieki ambulatoryjnej o dodatkowe usługi świadczone w ramach standardu minimalnego zabezpieczenia. Co prawda ośrodki rehabilitacje od dawna nie były tak oblężone przez pacjentów, ale być może jest też tak, że wiele osób szuka tam pomocy z powodu deficytu bardziej adekwatnej dla danego wskazania opieki. Doskwiera zwłaszcza niedostatek form pośrednich pomiędzy poradnią a ośrodkiem, oddziałów dziennych ze wsparciem hostelowym, brakuje działań opiekuńczych i readaptacyjnych, specjalistycznych programów dla użytkowników konopi. Stawiane jest pytanie, czy należy tak jak bywało dotąd, zwiększać nakłady na leczenie stacjonarne, czy tworzyć formy alternatywne, specjalistyczne programy uwzględniające specyficzne potrzeby różnych grup użytkowników narkotyków. Np. według danych KBPN ponad 50% osób zgłaszających się do leczenia ambulatoryjnego stanowią osoby problemowo używające konopi, dla których lepszą opcją niż tradycyjne terapie jest dedykowany tej grupie program Candis. Wśród pacjentów ośrodków stacjonarnych, od lat niemałą część stanowią osoby, dla których znacznie odpowiedniejszym miejscem byłoby schronisko dla bezdomnych finansowane przez samorząd niż droga usługa lecznicza.

Wśród osób zgłaszających się do leczenia w 2010 r. ponad połowa pacjentów (55,4%) posiadała uporządkowaną sytuację mieszkaniową i pewność, że nie zmieni się to w ciągu najbliższych dni. Brak uregulowanej sytuacji mieszkaniowej oraz czasowe pomieszkiwanie u innych osób lub schronisku dla bezdomnych zadeklarowało 6,5% osób. Kolejne 2,6% pacjentów przed przyjęciem do leczenia przebywało w różnego rodzaju instytucjach jak: szpital, więzienie, wojsko lub schronisko dla bezdomnych. Znaczną część odpowiedzi w 2010 r. stanowiła kategoria „nie ustalono" (35,5%). [8]

W przypadku ośrodków stacjonarnych od lat mówi się o zjawisku „turystyki ośrodkowej", spowodowanej brakiem jakiejkolwiek reglamentacji w udostępnianiu tego świadczenia. Bywa, że „turyści ośrodkowi" poprzez zmiany placówek spędzają w terapii stacjonarnej wiele lat. Według danych Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, aż 75% pacjentów ośrodków rehabilitacji już wcześniej korzystało z tej formy pomocy. [9]

Niezwykle ważny i podnoszony przez specjalistów postulat pojawiający się w kontekście omawiania problemu długich kolejek do lecznictwa stacjonarnego, dotyczy szerszego udostępnienia form pośrednich, wchodzących pomiędzy poradnię leczenia uzależnień a ośrodek rehabilitacji. Formy pośrednie, utożsamia się najczęściej z oddziałami dziennymi, ale za takie powinny być też uważane, rozbudowane serwisy ambulatoryjne, wykorzystujące działania inne niż lecznicze, punkty dziennego pobytu, kluby integracji społecznej i opiekę hostelową. W przypadku, gdy forma pośrednia jest częścią kompleksowych usług, obejmujących też opiekę hostelową, staje się wtedy jednym z instrumentów całodobowej opieki, który można stosować do najtrudniejszych przypadków.

Na problem braku form pośrednich zwracają uwagę eksperci powołanego przy Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii zespołu doradczego ds. leczenia, rehabilitacji, redukcji szkód i reintegracji społecznej. W protokole z jednego ze spotkań w 2015 roku znajdujemy:

W czasie dyskusji zwrócono także uwagę na konieczność stworzenia form pośrednich pomiędzy ambulatorium a ośrodkiem stacjonarnym, np. oddziałów dziennych, które stanowiłyby ofertę dla pacjentów, którzy potrzebują bardziej intensywnej pracy, ale nie

[8] - KBPN, 2013.
[9] Źródło: Monitoring przestrzegania praw pacjenta i dostępu do stacjonarnego leczenia, HFPC, Warszawa – 2010).

wymagają terapii stacjonarnej. Takie rozwiązanie zmniejszyłoby kolejki do ośrodków stacjonarnych i byłoby bardziej uzasadnione z ekonomicznego punktu widzenia. Wnioskowano, aby rozwijanie tej formy oferty leczniczej znalazło swoje miejsce w priorytetach w nowym Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii.

Budżety gminne i wojewódzkie przeznaczone na przeciwdziałanie narkomanii rosną bardzo powoli i na ogół, nie wyodrębnia się w nich środków na specjalistyczne działania opiekuńcze skierowane na uzależnionych od narkotyków. Jedynie Warszawa przeznacza na ten cel jakieś drobne środki i jeszcze do niedawna robił to samorząd wojewódzki dla Krakowa. W bardzo małym zakresie, wspierane są działania z zakresu readaptacji społecznej czy redukcji szkód.

Niepokojące jest, iż w 2012 r. Urzędy Marszałkowskie w bardzo niewielkim stopniu zaangażowane były w rozwijanie dostępności do programów ograniczania szkód zdrowotnych i działań postrehabilitacyjnych. Jedynie Małopolski Urząd Marszałkowski sprawozdał, że w roku sprawozdawczym wspierał programy wymiany igieł i strzykawek oraz program noclegowni i hostelu dla osób uzależnionych w Krakowie. Dlatego rekomenduje się samorządom, tam gdzie jest to uzasadnione, uwzględnienie działań z obszaru ograniczania szkód zdrowotnych i postrehabilitacji (w szczególności wspieranie noclegowni, stacjonarnych oraz ulicznych programów wymiany igieł i strzykawek) w większym niż dotychczas zakresie. Także w większym stopniu niż obecnie Urzędy Marszałkowskie powinny angażować się w zwiększenie dostępności do programów leczenia substytucyjnego. [10]

W odniesieniu do całego kraju można zauważyć, że wiele samorządów wydaje swoje skromne środki na budzące wątpliwości działania. Konkursy ofert na działania pomocowe, niekiedy nie wpisują się w rekomendacje oparte na badaniach epidemiologicznych, grupy beneficjentów są wskazywane uznaniowo zarazem są wykluczane całe kategorie osób szukających pomocy. Mamy wtedy do czynienia z dwoma sitami wykluczenia – najpierw to społeczeństwo odrzuca pewne kategorie osób, a następnie ostatecznej selekcji dokonują instytucje pomocowe. Tak jest między innymi z osobami z rozpoznaniem współwystępujących zaburzeń psychicznych czy z młodymi bezdomnymi, ofiarami przemocy, którym nie można przypisać jeszcze uzależnienia. Osoba bezdomna używająca narkotyków, najczęściej nie znajduje dla siebie żadnego specjalistycznego programu

[10] - Raport Krajowy, KBPN- 2013

opiekuńczego. Działa tu ciągle aktualny pogląd specjalistów starej szkoły, że działania opiekuńcze czy readaptacyjne nie powinny wykraczać poza postrehabilitację. Problemom uzależnionych i bezdomnych poświęcony będzie osobny rozdział tego opracowania.

Co do wspomnianego wyżej problemu uznaniowości w przyznawaniu środków finansowych, to od wielu już lat różne gremia eksperckie wskazują zgodnie profilaktykę jako obszar, gdzie występuje najwięcej nadużyć.

W protokole ze spotkania zespołu doradczego ds. leczenia, rehabilitacji, redukcji szkód i reintegracji społecznej przy KBPN w dniu 15.06.2015r. znajdujemy: „brakuje hierarchizacji / priorytetyzacji celów, co powoduje, że różne podmioty, a szczególnie jednostki samorządu terytorialnego, realizują „to co chcą", bez względu na istniejące potrzeby i aktualną sytuację epidemiologiczną. Istnieje np. powszechna praktyka, że w ramach działań profilaktycznych organizowane są zajęcia sportowe w ramach klubów sportowych, które nie mają z profilaktyką nic wspólnego (w Łodzi przeznacza się na nie 50% budżetu na profilaktykę). Również większość świetlic środowiskowych nie spełnia swojej roli profilaktycznej, stąd często grupy młodzieży najbardziej zagrożonej są pozostawione same sobie."

Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2013:
„Samorządy gmin najwięcej środków finansowych przeznaczają na realizację działań z zakresu profilaktyki uniwersalnej. Nadal jednak w niewielkiej liczbie gmin realizowane są rekomendowane programy profilaktyczne".

Klienci systemu pomocy, jak już zostało wspomniane, od dawna nie stanowią jednorodnej grupy, funkcjonują w wielu różnorodnych sytuacjach społecznych, a ich potrzeby i możliwości są zróżnicowane. Charakterystyka farmakologiczna nowych narkotyków, skutki zdrowotne jakie niesie ich używanie, wskazują na konieczność daleko idącego zwiększenia roli pomocy medycznej i farmakoterapii. Obecnie nauka o uzależnieniach podkreśla, co zostaje przywołane tu kolejny raz, że uzależnienie od narkotyków jest przewlekłą, nawracającą chorobą mózgu, powstałą na wskutek długotrwałego działania narkotyków. W rozwoju choroby uzależnieniowej niezwykle istotna jest rola genów i środowiska, jednak czynnik genetyczny uważany jest za decydujący.
Dla doboru środków interwencji istotne jest pytanie o choroby współwystępujące, które determinują ten dobór w sytuacji, gdy konieczne jest osiągnięcie szybkiej poprawy stanu

zdrowia i gdy wykluczone jest zbyt długie oczekiwanie na wolne miejsce w placówce leczniczej. Okazuje się wtedy ważne, by oddziaływania były prowadzone nawet wtedy, gdy klient nie rezygnuje z przyjmowania narkotyków. Chodzi tu na przykład o leczenie farmakologiczne (choćby podawanie leków substytucyjnych i antybiotyków) wsparte działaniami opiekuńczymi. Jak już zostało wspomniane, z uwagi na rolę komponentu biologicznego w rozwoju choroby, pomoc uzależnionym ma w naszym kraju postać nieproporcjonalnie zdemedykalizowaną. Lekarze, głównie psychiatrzy, w wielu placówkach leczniczych stanowią mało istotne tło dla terapeutów uzależnień. Tymczasem ośrodki toksykologiczne alarmują o błyskawicznie rosnącej fali zatruć nowymi narkotykami, neurolodzy o wzroście schorzeń neurologicznych, badania prowadzone w programach redukcji szkód pokazują, że przytłaczająca większość użytkowników mefedronu przeszła na iniekcyjny sposób używania tej substancji.
Jak wynika z doniesień placówek leczniczych, problemem wymagającym natychmiastowej reakcji, jest rosnąca w bardzo szybkim tempie liczba osób zgłaszających się po pomoc z powodu uzależnienia i współwystępujących zaburzeń psychicznych. Zdaniem wielu ekspertów można uznać ten problem za alarmujący, choć póki co, brakuje potwierdzenia w postaci twardych danych.

W roku 2007, według danych IPiN do leczenia stacjonarnego zgłosiło się 915 osoby z podwójną diagnozą, a 2012 roku 1189 osób, dane te zatem pokazują tylko nieznaczny wzrost liczby pacjentów. Należy jednak mieć na uwadze, że właśnie w ostatnich kilku latach coraz mocniej rośnie popyt na substancje, których nadużywanie jest uważane za silnie skorelowane ze wzrostem liczby przedmiotowych rozpoznań. Głównie chodzi tu o przetwory konopi oraz tzw. syntetyczną marihuanę, która dodatkowo odpowiada za znaczną część rosnącej fali zatruć dopalaczami.

W Raporcie Krajowym 2014, czytamy:
„Do 2005 roku odsetek pacjentów z podwójną diagnozą wśród wszystkich przyjętych do lecznictwa stacjonarnego z powodu problemu narkotyków wzrastał, osiągając w samym 2005 roku wartość 7,6%. Od 2006 roku odnotowuje się zahamowanie tendencji wzrostowej, a udział pacjentów z podwójną diagnozą wśród wszystkich przyjętych do leczenia utrzymuje się na zbliżonym poziomie, oscylując w przedziale 7,4-8,2%. W stacjonarnych ośrodkach psychiatrycznych w Polsce w 2012 roku (najnowsze dane) największą grupę stanowili pacjenci z rozpoznaniem mieszczącym się w kategorii „inne zaburzenia psychiczne" (63%),

która obejmuje m.in. zaburzenia psychotyczne, schizofrenię i zaburzenia zachowania. Znaczna liczba pacjentów ujawniała symptomy zaburzeń osobowości (22%). Ponadto pacjenci wykazywali zaburzenia lękowe (8%), objawy depresji (6%) i innych zaburzeń afektywnych (1%).”

By odpowiedzieć sobie na pytanie, jak w tym przypadku zgłoszenia do leczenia mają się do rzeczywistych potrzeb, należałoby przyjrzeć się polskiej diagnostyce psychiatrycznej i jej niedostatkom. Ale najprawdopodobniej najbardziej istotną przyczyną rozbieżności pomiędzy potrzebami a liczbą zgłoszeń do leczenia, jest bardzo niska przepustowość specjalistycznej bazy leczniczej. Najbardziej zatem trafne pytanie, na które odpowiedź jest niezbędna do właściwego opisania problemu powinno brzmieć, ile osób zapisuje się w kolejkę i ilu zapisanych, po zbyt długim oczekiwaniu, z kolejki wypada.
Według Informatora Narkomania, Gdzie szukać pomocy z 2015 roku, w Polsce działa 9 wyspecjalizowanych w leczeniu podwójnego rozpoznania ośrodków, a według tego samego informatora z 2011 roku, było ich 6. Zatem dane z 2013 i 2014 powinny pokazać istotny przyrost liczby osób przyjętych do terapii.

Źródła naukowe naprowadzają nas na właściwy trop i mówią, że pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi mogą stanowić nawet 60% populacji osób szukających pomocy z powodu używania narkotyków. Np. zaburzenia depresyjne występują u 12% czynnych heroinistów, u 17% leczonych substytucyjnie, u 30% osób uzależnionych od opiatów utrzymujących abstynencję, 30-73% pacjentów miewa myśli samobójcze, a osoby uzależnione 10 razy częściej dokonują samobójstw niż osoby nieuzależnione. Odsetek użytkowników opioidów z rozpoznaniem osobowości dyssocjalnej/borderline dotyczy 30-70% tej populacji. [11]

Pacjent z podwójną diagnozą jest ogromnym kłopotem dla społeczności terapeutycznych, które założyły sobie kiedyś pomagać bez leków, natomiast szpitalne oddziały psychiatryczne nie chcą zajmować się uzależnionymi. Pacjent z zaburzeniami psychicznymi, to dla placówki kierującej daremny trud, bo z reguły nie potrafi wytrwać w oczekiwaniu na miejsce w ośrodku, systematycznie i osobiście potwierdzać gotowość podjęcia terapii. W warunkach deficytu miejsc specjalistycznego leczenia, telefoniczne potwierdzanie gotowości leczenia jest prostym sposobem selekcji trudniejszych przypadków. W porównaniu do innych grup osób uzależnionych, w przedmiotowej grupie liczba tych, którzy zrobili choć pierwszy krok kontaktowy z placówką leczniczą, jest prawdopodobnie niewspółmiernie wyższa od liczby tych, którzy z takiej pomocy skorzystali.

[11] Źródło: Helena Baran-Furga, Karina Steinbarth-Chmielewska, Konsekwencje zdrowotne używania substancji psychoaktywnych, w: Uzależnienie od narkotyków, Podręcznik dla terapeutów, KBPN, Warszawa- 2012.

Ponad 30 lat temu rozeszły się drogi leczenia uzależnionych…. Dzisiaj okazuje się, że te dwie drogi trzeba łączyć w jedną, aby leczenie uzależnionych było skuteczniejsze…. Na ciągłej drodze zdrowienia powinny znajdować się programy z systemu lecznictwa psychiatrycznego i programy z systemu leczenia uzależnień, między którymi pacjent może się swobodnie przemieszczać. Warunkiem jednak skuteczności tego modelu jest prowadzenie obu programów przez ten sam zespół terapeutów ..... Podstawową bazą leczniczą dla pacjentów z „podwójną diagnozą" są oddziały psychiatryczne i społeczności terapeutyczne……
Problemem jednak jest to, że na tzw. klasycznym oddziale psychiatrycznym pacjent z uzależnieniem narkotycznym jest niechętnie widziany, a z drugiej strony pacjent z zaburzeniami psychiatrycznymi często nie jest w stanie sprostać wymaganiom społeczności terapeutycznej dla narkomanów. [12]

Protokół ze spotkania zespołu doradczego ds. leczenia, rehabilitacji, redukcji szkód i reintegracji społecznej przy KBPN w dniu 15.07.2015 r.:

Kolejną kwestią poddaną dyskusji była potrzeba bardziej adekwatnego poziomu zatrudnienia lekarzy psychiatrów w placówkach leczenia uzależnień, w związku ze znacznie zwiększającą się liczbą osób mających zaburzenia psychiatryczne. Ustalono, że ta kwestia również powinna być zaznaczona w nowym KPPN. Przy okazji podjęto temat zbyt małej wiedzy psychiatrów z zakresu uzależnienia (nie tylko w lecznictwie odwykowym, ale i w ośrodkach psychiatrycznych), a także niskiego poziomu wiedzy terapeutów uzależnień w zakresie psychopatologii (stąd trudna współpraca ze specjalistami, braki we wstępnym rozpoznaniu i niekierowanie na konsultacje). Sytuacja ta wymaga podjęcia działań mających na celu poprawę sytuacji, np. organizacji dodatkowych cyklów szkoleń. Przy okazji podniesiono kwestię konieczności doszkalania specjalistów terapii uzależnień w zakresie diagnozowania uzależnienia.

[12] Źródło: Andrzej Maj-Majewski, www.psychiatria.pl

4. Nowa formuła placówki ambulatoryjnej

Pomoc ambulatoryjna w krajach o wysokiej kulturze medycznej, najczęściej bywa wiodącą formą interwencji wobec osób zgłaszających się do leczenia z powodu uzależnienia od narkotyków. Polski model pomocy tkwiący jeszcze jedną nogą w monokulturze leczniczej, jak dotychczas nie pozwala na pełną emancypację lecznictwa ambulatoryjnego i na wyposażenie go w takie narzędzia, by mógł w pełni wykorzystać własny potencjał. Mówiąc o potencjale specjalistycznych poradni, należy wskazać przede wszystkim na dobrze przygotowaną do wykonywania swojego zawodu kadrę terapeutyczną. Jednakże, obok silnych poradni, posiadających świadomych swoich umiejętności, cyklicznie superwizowanych terapeutów, działają poradnie bardzo słabe. Funkcjonują one często w mocno ograniczających okolicznościach modelu monokulturowego, gdzie miejscowy oddział NFZ ignoruje zalecenia krajowych strategii ochrony zdrowia i gdzie pomoc nadal jest rozumiana, jako oderwanie pacjenta na długi czas od jego środowiska. A przecież model monokulturowy jest ułomny przede wszystkim z tego powodu, że oderwanie takie często nie jest możliwe, gdy pacjent posiada pracę, rodzinę i zobowiązania finansowe.

Co należy poprawić, jakie narzędzia powinny zostać szerzej wykorzystywane, by wszędzie w kraju poradnie stały się równorzędnym partnerem dla ośrodków rehabilitacji? Z punktu widzenia aktualnie identyfikowanych potrzeb i możliwości systemowej odpowiedzi na te potrzeby, wręcz konieczne jest wprowadzenie standardu minimalnego zabezpieczenia pomocowego, odnoszącego się do realnie możliwych do udostępnienia przez poradnie narzędzi interwencji. Konieczna przede wszystkim jest:

- Organizacja zaplecza dla działań poradni w postaci form pośrednich, programów i hosteli readaptacyjnych, placówek opiekuńczych i postrehabilitacyjnych.
- Implementacja w każdej poradni programu krótkiej interwencji profilaktycznej FRED. Ponieważ program ten polega na pracy grupowej, należy rozważyć opracowanie jego nowej wersji w formule spotkań indywidualnych.
- Udostępnienie w każdej placówce ambulatoryjnej specjalistycznego programu Candis, dedykowanego osobom problemowo używającym marihuany. Użytkownicy przetworów marihuany stanowią ok. 50% pacjentów lecznictwa ambulatoryjnego.

- Przyjęcie nowego modelu terapii substytucyjnej, opartego na zasadzie „lek substytucyjny na receptę”. Tak uproszczona formuła mogłaby zostać szybko wprowadzona do każdej specjalistycznej placówki ambulatoryjnej. W nowej procedurze, wykorzystywano by preparaty o bezpieczniejszej od metadonu charakterystyce farmakologicznej.
- Zwiększenie udziału lekarza psychiatry w działaniach poradni. Prawdopodobnie ten postulat w przypadku wielu placówek ambulatoryjnych, zostałby zrealizowany samorzutnie, po poszerzeniu oferty o terapię substytucyjną. Jej deficyt jest niewątpliwe ogromnym i dalekosiężnym problemem powodującym dysfunkcję tysięcy rodzin. Jednak niemniejszym problemem, jest stale rosnąca liczba przypadków współwystępujących z uzależnieniem zaburzeń psychicznych, nałożonych na problemy z fachową diagnostyką i zapchany system specjalistycznego leczenia.

Powtórzmy raz jeszcze. Dostępna, nowoczesna diagnostyka i leczenie podwójnej diagnozy, rozwój form pośrednich, działań opiekuńczych i readaptacyjnych, poszerzenie dostępu do specjalistycznej terapii dla użytkowników marihuany, poszerzenie dostępu do terapii substytucyjnej przez zmianę i uproszczenie jej modelu, poszerzenie dostępu do rekomendowanych programów profilaktyki selektywnej, to w opinii wielu specjalistów podstawowe zadania dla polskiego systemu opieki na najbliższe lata. To sposób na wzmocnienie pomocy ambulatoryjnej, ale też ważna odpowiedź na ekspansję nowych narkotyków i dopalaczy.

5. Programy readaptacji społecznej i działania opiekuńcze

Co do specjalistycznych programów opiekuńczych, dziennych i całodobowych, to ich deficyt - w zasadzie, w większości regionów kraju całkowity brak - wynika z kilku ważnych przesłanek. Po pierwsze, istnieje wyrosłe na gruncie monokultury leczniczej przekonanie, że readaptacja społeczna powinna ograniczyć się do działań z zakresu postrehabilitacji, czyli ograniczyć się do pomocy pacjentom ośrodków stacjonarnych. Po drugie, mamy do czynienia z dość powszechnym przekonaniem urzędników o znaczącym potencjale oddziaływań z zakresu przeciwdziałania bezdomności, zatem nie widzą oni potrzeby tworzenia odrębnych schronisk dla bezdomnych narkomanów, ale też nikt im takiej potrzeby nie sygnalizuje. Dzieje się tak, prawdopodobnie dlatego, że wśród osób pracujących z uzależnionymi od narkotyków panuje nadal dość mocne, monokulturowe przekonanie o osłabiających, oddalających decyzję o zerwaniu z narkotykami skutkach takiej opieki. Zatem, to z tego powodu rzadko dochodzą do urzędników sygnały o problemach bezdomnych narkomanów, a nie dochodziły one zupełnie jeszcze parę lat temu, gdy ośrodki stacjonarne miały wiele wolnych miejsc i nierzadko trudności z wykonaniem kontraktu. W rezultacie, niemal wszędzie w kraju, jeżeli uzależniony od narkotyków dociera do jakichś form opieki, to jest to najwyżej ogrzewalnia lub miska zupy. Instytucje publiczne czy niepubliczne zachowują się tu bardzo podobnie. Dla wielu urzędników ten aspekt bezdomności to tabu. Nawet organizacje powszechnie społeczeństwu znane jako świadczące pomoc uzależnionym, niejednokrotnie odwracały się plecami od potrzeb bezdomnych narkomanów i tych osób, które z powodu wysokiego stopnia wykluczenia nie potrafiły skorzystać z dostępnych, tradycyjnych ofert. Uzależniony od narkotyków, trzeźwy czy nietrzeźwy doświadcza nierównego traktowania przez personel programów opiekuńczych, ale też przez podopiecznych tych programów. Jest to klient zdecydowanie źle widziany, ukrywający jeżeli to możliwe fakt uzależnienia, ukrywający swój status serologiczny nie tylko dotyczący HIV, ale też HCV. Przytoczmy przykład Warszawy. Według danych Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, bezdomni w stolicy mają do dyspozycji ok. 1500 miejsc noclegowych, a na całym Mazowszu blisko 3500. Są to miejsca oferujące tylko nocleg, jak i dłuższy pobyt razem z wyżywieniem i różnorodną opieką, medyczną, terapeutyczną. W samym mieście najwyżej 3-5 % miejsc opiekuńczych jest dedykowana osobom używającym narkotyki, co zdecydowanie nie wystarcza. Należy tu mocno podkreślić, że Warszawa jest jedynym miejscem w Polsce

posiadającym wydzielone miejsca, gdzie ich klienci nie doświadczają dyskryminacji ze względu na sam fakt używania narkotyków.

Stan polskiego modelu readaptacji społecznej osób uzależnionych od narkotyków w modelu monokulturowym wymaga szerszego omówienia. Programy readaptacyjne działają na ogół przy stacjonarnych ośrodkach rehabilitacji, placówkach położonych w większości z dala od miast, są zatem lokalizacyjnie i ze względu na personel, zintegrowane z programem rehabilitacyjnym, przez co ośrodek stacjonarny nosi często nazwę rehabilitacyjno-readaptacyjnego.

Długość etapu postrehabilitacyjnego (readaptacyjnego) pobytu pacjenta w ośrodku zależy od tego, czy placówka prowadzi program długoterminowy czy krótszy. Dobrodziejstwo postrehabilitacji w pół-izolacyjnych warunkach ośrodków położonych „daleko od szosy" i od rynku pracy, sprowadza się w zasadzie do wydłużenia okresu abstynencji. Osiąganie innych celów, takich jak usamodzielnienie się pacjenta i podjęcie pracy jest w takich przypadkach znacznie utrudnione, a jeszcze bardziej wątpliwe, gdy weźmie się pod uwagę wysokie koszty pobytu. Alternatywą dla takiego modelu readaptacji są hostele oraz mieszkania readaptacyjne położone z dala od ośrodków stacjonarnych. Jednak jest to dobro rzadkie i też obciążone licznymi wadami. Problem z hostelami, podobnie jak w przypadku ośrodków stacjonarnych dotyczy ich poza miejskiego położenia, ale też i zasad rekrutacji klientów. Miejsca w takim hostelu są udostępniane wyłącznie osobom, które ukończyły terapię stacjonarną, dodatkowo są przypisane do obsługi jednej placówki stacjonarnej czy jednej organizacji.

Najważniejszy postulat: hostele należy organizować wyłącznie w miastach, najlepiej w największych miastach regionu. *Nie powinno budzić wątpliwości, że proces readaptacji w dużym mieście przebiega efektywniej i szybciej. Taka lokalizacja lepiej służy nie tylko znalezieniu pracy, ale sprzyja każdej aktywności. Sprzyja podjęciu nauki czy podniesieniu kwalifikacji zawodowych przez różnego rodzaju szkolenia i warsztaty (często darmowe), daje dostęp do bibliotek, ośrodków kultury, do bezpłatnego poradnictwa prawnego, do grup wsparcia (m.in. AN, programy przeciw dyskryminacji na rynku pracy) oraz do wielu innych, potrzebnych readaptacji społecznej urządzeń i instytucji.*

Tymczasem w Polsce hostel postrehabilitacyjny, to zazwyczaj niewielki program przy wiejskim ośrodku, ewentualnie od niego oddalony, lecz obsługiwany przez tych samych terapeutów, z którymi pacjent spotykał się przez całą terapię. Program hostelu bywa wpisany w proces rehabilitacji jako jej ostatni, poświęcony readaptacji społecznej etap, choć

powinien operować w środowisku najbardziej zbliżonym do tego, w którym pacjentowi przyjdzie żyć po pełnym usamodzielnieniu… Niestety, ani samorządy, ani większe struktury organizacyjne, ani też NFZ nie wykazują widocznej aktywności w kierunku ucywilizowania obszaru postrehabilitacji. Wobec niewielkiego zainteresowania opieką hostelową podmiotów nie związanych z rehabilitacją stacjonarną, programy te pozostają domeną działań ośrodków. To odbija się zazwyczaj na jakości tych działań. Ośrodki zdecydowanie wolą wydłużać czas pobytu w ośrodku, niż organizować hostele, bo to i łatwiej i bywa bardziej opłacalne. Dobrze zorganizowana baza hostelowa pozwoliłaby skrócić czas terapii w ośrodkach – o ponad połowę w przypadku terapii długoterminowych – i zdecydowanie zmniejszyć koszt leczenia jednego pacjenta. Przede wszystkim zredukowała by znacznie skalę nawrotów [13]

Koszt utrzymania jednego łóżka w mieszkaniu readaptacyjnym jest znacznie mniejszy od kosztów „postrehabilitacyjnego" pobytu w ośrodku. Znacznie tańsza jest również działalność hosteli finansowanych z innych źródeł niż NFZ. Hostele kontraktowane przez NFZ kosztują porównywalnie wysoko jak ośrodki stacjonarne, ale w tych nielicznych województwach gdzie funkcjonują, wpływają znacząco na skrócenie programów rehabilitacyjnych (Łódź).

Najważniejszym postulatem dotyczącym poprawy sytuacji w obszarze readaptacji społecznej, jest jej wyjście poza postrehabilitację: połączenie opieki hostelowej z lecznictwem otwartym, a także upowszechnienie działań opiekuńczych skierowanych do wielu różnych grup klientów.

Szersze udostępnienie działań opiekuńczych wymaga współpracy międzyinstytucjonalnej i multidyscyplinarnej. Dla rozwijania bazy opieki dziennej i noclegowej istotny jest dostęp jej organizatorów do gminnych zasobów lokalowych. Znaczące zasoby lokalowe posiadają PKP, które powinny lepiej współpracować z organizacjami pozarządowymi i dostrzegać związek pomiędzy efektywną polityką przeciwdziałania bezdomności i uzależnieniom, a wzrostem poziomu bezpieczeństwa na dworcach kolejowych. Przykładem wartym tu przytoczenia, było zaangażowanie się Miasta Stołecznego Warszawy, KBPN i mazowieckiego NFZ w poszerzenie dostępu do leczenia substytucyjnego i punktów pobytu dziennego. Zwiększenie liczby miejsc substytucyjnych w latach 2005-2014 z blisko 200 do prawie 1000, zredukowało

[13] - Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2012-2013.

do prawie niewidocznego poziomu warszawską narkomanię dworcową i znacznie zmniejszyło popyt na heroinę. Dworzec Centralny już w 2006 roku, przestał pełnić funkcję największego bazaru narkotykowego w kraju (przerósł go pod tym względem choćby dworzec katowicki). Poza warszawskim, nie istnieje drugie specjalistyczne schronisko dla bezdomnych pacjentów programów substytucyjnych. Tu mały wtręt. Placówka od chwili jej powołania tkwi w monokulturowych zasadach funkcjonowania, co przejawia się tym, że jej podopieczni nie mogą przechowywać na terenie placówki leków substytucyjnych. Jest to decyzja całkowicie nieuzasadniona merytorycznie, mająca wszelkie cechy szykany. Pacjenci, którzy w wyniku dobrego funkcjonowania i osiągania celów terapii, uzyskali od lekarza przywilej rzadszego stawiennictwa po lek, są zmuszeni by z tego przywileju rezygnować, bądź ukrywać lek poza placówką. Codzienne stawiennictwo po lek, uniemożliwia pacjentom schroniska podjęcie innych ważnych dla procesu readaptacji aktywności, uniemożliwia często udział w zajęciach placówki i pogłębia uzależnienie środowiskowe.

Odrębną przeszkodą dla rozwoju specjalistycznych programów readaptacyjnych i opiekuńczych jest wymóg całkowitej abstynencji, nałożony dodatkowo na problem politoksykomanii. W zasadzie większość uzależnionych używa więcej niż jednej substancji. System zatem powinien z większym zrozumieniem odnosić się do tego zjawiska, mając na uwadze dobrze znany wszystkim precedens w traktowaniu nikotynizmu w placówkach odwykowych. W większości ośrodków stacjonarnych, które bez wyjątku, bardzo poważnie podchodzą do poszanowania zasady całkowitej abstynencji, robi się wyjątek dla tytoniu. Palenie jest dozwolone przez cały pobyt, a pacjent w tej sprawie często nie jest nawet niepokojony. W bardzo nielicznych placówkach pacjenci są motywowani do odstawienia papierosów. Na blisko sto placówek stacjonarnych, tylko w kilku z nich palenie jest całkowicie zabronione i są to na ogół placówki młodzieżowe. „Gdyby zakaz palenia był wszędzie egzekwowany, połowa miejsc w ośrodkach byłaby pusta” – to popularna opinia, z czasów, gdy podaż miejsc leczenia przeważała nad popytem, niewykluczone jednak, że jest aktualna i dzisiaj. W specjalistycznych placówkach opiekuńczych i w pewnej mierze w placówkach readaptacyjnych, należałoby rozważyć mniej rygorystyczne i bardziej zindywidualizowane podejście do zasady abstynencji stosowanej szczególnie wobec politoksykomanów. W niektórych przypadkach, odstawienie na raz wszystkich używanych przez klienta substancji obarczone jest niemal stuprocentowym ryzykiem niepowodzenia, np. odstawienie benzodiazepin przy wieloletnim, codziennym ich stosowaniu. Tutaj, powinna mieć zastosowanie metoda psychoterapii redukcji szkód (często również wsparcie lekowe),

gdzie oddziaływania i czas potrzebny dla osiągnięcia celu jakim jest abstynencja, różnicuje się w zależności od substancji i siły jej związku z danym przypadkiem. Wydaje się istotne, by personel terapeutyczny specjalistycznych programów opiekuńczych oraz readaptacyjnych, jeżeli ma zamiar rekrutować osoby spoza grupy postrehabilitacyjnej, poważnie przemyślał swój stosunek do celu jakim jest abstynencja i do metod jej osiągania. Tylko w takim przypadku polski model readaptacji społecznej wyjdzie poza schemat monokulturowy.

Przedstawione warszawskiej Komisji Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/AIDS przez Stowarzyszenie Jump 93 wnioski i rekomendacje w zakresie organizacji całodobowych programów opiekuńczych, zawierają kilka prostych wskazówek dla przyszłych organizatorów takiej pomocy:

- Organizująca się miejska placówka opiekuńcza, powinna z góry zakładać dość ograniczoną liczbę miejsc noclegowych (do najwyżej kilkunastu łóżek). Należy wziąć pod uwagę, że zwykle z tych miejsc będzie korzystać klient trudny, należący do grupy pozostającej przez dłuższy czas w sytuacji wykluczenia, osoba usuwana karnie z innych programów, wymagająca więcej wsparcia niż przeciętny pacjent systemu. Praca z niewielką grupą będzie znacznie efektywniejsza i dla wszystkich bardziej komfortowa.
- Niewielka liczba łóżek ma dodatkowy walor, ponieważ mocno redukuje niebezpieczeństwo powstawania konfliktów z otoczeniem placówki. Takie małe hostele mogą prawdopodobnie funkcjonować w obrębie gęsto zaludnionych dzielnic mieszkaniowych nie zakłócając porządku ani niczyjego bezpieczeństwa.
- Najdalej idące sankcje za wykroczenia przeciw regulaminowi i kontraktowi, głównie te dotyczące uporczywego łamania zasady abstynencji nie powinny wykraczać poza czasowe skreślenie z listy podopiecznych. Warunkiem ponownego przyjęcia powinno być przejście przez klienta detoksykacji czy ukończenie krótkoterminowego programu korekcyjnego. Takich programów brakuje, ale być może jest to kolejna duża przestrzeń do zagospodarowania przez bardziej elastyczne ośrodki rehabilitacji czy programy wychodzenia z bezdomności. W tym zakresie pozamiejskie położenie placówki jest okolicznością sprzyjającą.
- Kontrolę nad placówką opiekuńczą powinien sprawować personel blisko położonej placówki leczniczej, najlepiej ambulatoryjnej. Poradnia zabezpieczyłaby też zaplecze terapeutyczne, pomoc lekarza i pracownika socjalnego.

- Istotne jest, by placówka była finansowana przez samorząd, ponieważ wtedy pacjent może korzystać dodatkowo z programów leczniczych zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, np. z programu leczenia substytucyjnego czy oddziału dziennego.
- Istotną kwestią jest problem wyżywienia, który należy pozostawić do rozwiązania samym podopiecznym. Konieczne, zabezpieczone przez placówkę minimum, to udostępnienie zaplecza do przechowywania produktów żywnościowych (chłodziarka i zamrażarka) i do podgrzewania gotowych posiłków (kuchenka mikrofalowa). Podopieczni niepracujący, korzystając z zasiłków socjalnych i kupujący żywność we własnym zakresie, mogą dodatkowo korzystać z jadłodajni, pomocy żywnościowej Ośrodków Pomocy Społecznej, kościołów, organizacji pozarządowych. Możliwa jest współpraca placówki z Bankiem Żywności, współpraca z piekarniami i sklepami spożywczymi. Ta ostatnia polega zazwyczaj na systematycznym odbiorze produktów z bardzo krótkim terminem przydatności do spożycia. Ważne jest tu posiadanie odpowiedniego środka transportu oraz rygorystyczny nadzór nad przechowywaniem i spożywaniem żywności (nie przekraczanie terminu przydatności produktu do spożycia).

6. CANDIS – specjalistyczny program dla użytkowników marihuany

Szerokie udostępnienie specjalistycznej terapii Candis, dedykowanej osobom używającym przetworów marihuany, jest niezwykle ważne dla optymalizacji systemu pomocy z uwagi na bardzo szybko rosnącą popularność tej substancji. Dane uzyskane przez KBPN z placówek ambulatoryjnych pokazują, że 15% osób szukających w nich pomocy to uzależnieni od konopi, a ponad połowa używa ich problemowo. W ośrodkach stacjonarnych grupa uzależnionych od marihuany to 3% ogółu leczonych.
„Marihuana będzie stanowić największe wyzwanie dla systemu pomocy. Mimo sprzeciwu wobec używania tego narkotyku (78% za zakazem używania), wzrasta jego popularność, co może wiązać się ze wzrostem zapotrzebowania na leczenie. Według danych CINN z 2013 roku co druga osoba, która po raz pierwszy w życiu zgłosiła się do leczenia, zrobiła to z powodu problemów związanych z używaniem marihuany. Wiąże się to z faktem, że marihuana ma o wiele większe stężenie THC niż kilka lat temu (średnia zawartość THC według CLKP w 2013 roku wynosiła 10%), co oznacza, iż obecnie palący przyjmują jednorazowo większe dawki substancji narkotycznej niż kiedyś.” - Raport krajowy 2014

Terapeuta Candis wykorzystuje w pracy z pacjentem metodę dialogu motywującego, jedną z najpopularniejszych w świecie metod terapeutycznych, o gruntownie potwierdzonej przez naukę skuteczności. Efektywność Candis została dodatkowo potwierdzona badaniami Uniwersytetu w Dreźnie. Terapię prowadzi się w ramach 10 indywidualnych sesji, z których każda trwa ok. 90 minut. Na uwagę zasługuje zawartość edukacyjna programu, która została przygotowana we współpracy z użytkownikami marihuany. W wyniku tej współpracy, zaadaptowana na cele programu wiedza o substancji została zweryfikowana, pozbawiona elementów wątpliwych z punktu widzenia nauki o uzależnieniach czy elementów ewidentnie należących do tradycji czarnej propagandy profilaktycznej. Brak kontrowersyjnych treści z punktu widzenia klienta, pozbawiona dyrektywności, przyjazna metoda, ustrukturyzowany, krótkoterminowy program stanowią o szybko rosnącej popularności Candis wśród użytkowników konopi. Bywa jednak, że przywołane tu walory programu hamują jego upowszechnienie. Przyzwyczajeni do dyrektywnego prowadzenia terapii specjaliści starej szkoły nie dostrzegają na tyle ważnych powodów, by rezygnować z czarnego PR wobec konopi, czy też prowadzić odrębną terapię dla użytkowników jednego rodzaju narkotyków. Niewątpliwie, ustrukturyzowane formy pracy terapeutycznej, też mają wielu przeciwników.

Nie odpowiada im wyliczony czas przeznaczony na ściśle określone zadania (stara szkoła szczodrze szafuje czasem klienta i pozostawia wiele miejsca dla kreatywności terapeuty). Nie odpowiadają im zbyt kapitulanckie cele: w przedmiotowej terapii ważnym celem obok abstynencji jest też ograniczenie konsumpcji.

Należy jeszcze dodać, że program Candis posiada odpowiednie walory, by stać się najszerzej wykorzystywanym narzędziem stosowania zasady prymatu leczenia nad karaniem. Użytkownicy konopi, to przecież najczęściej zatrzymywana przez policję grupa konsumentów narkotyków i najczęściej karana przez sądy.

7. Nowa formuła terapii substytucyjnej

30 września 2015 r. pojawiło się obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie taryfy świadczeń gwarantowanych dotyczącej opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień. Według proponowanej taryfy, dla wyceny świadczenia „program leczenia substytucyjnego", stosowanie metadonu miało być wyżej punktowane, niż stosowanie „innych leków". Ta decyzja spotkała się z szybką kontrą środowiska medycznego, świadomego faktu, że zakres zastosowania w Polsce „innych leków", należy do najniższych w krajach Unii.

Metadon, wg. Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii jest stosowany w naszym kraju aż w 98 % przypadków leczonych substytucyjnie osób, co od lat, jest wskazywane jako znaczący mankament systemu. W krajach Unii leki inne niż metadon (głównie buprenorfina) są stosowane średnio w 40% przypadków. Metadon, zatem bywa stosowany w Polsce bardzo często w takich przypadkach, gdy klinicznie wskazane byłoby zastosowanie innego preparatu. Szczególnie istotne, jest tu mocno ograniczone zastosowanie preparatu buprenorfina+ nalokson, który jest traktowany przez specjalistów, jako lek przyszłości: posiada znacznie wyższy od innych preparatów profil bezpieczeństwa i więcej walorów farmakologicznych, przydatnych dla osiągania celów leczniczych (innych niż redukcja szkód). Lek spisuje się lepiej od innych w przypadku stosowaniu u osób młodszych, mniej uzależnionych i lepiej funkcjonujących społecznie. Niestety, jest to lek nieco droższy od metadonu, co jest najistotniejszą przyczyną jego wąskiego stosowania.

Zaproponowana przez AOTMiT taryfa, wskazywała zatem na przyjęcie nowej polityki względem innych niż metadon leków, polityki nielogicznej, przekreślającej założenia taryfikacji NFZ, punktujące wyżej leczenie innymi niż metadon lekami. Wyceny dotyczące leczenia substytucyjnego zostały skrytykowane przez instytucje pomocowe (w tym program Biura Rzecznika) i w rezultacie AOTMiT zadeklarował weryfikację taryfy w przedmiotowej jej części.

Wadliwa taryfikacja, godząc w leki inne niż metadon, uderzyła w projekt zmiany modelu terapii substytucyjnej opracowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i przedstawiony Ministerstwu Zdrowia wiosną 2014 r. Projekt ten, zakłada umożliwienie lekarzom wybranych specjalizacji przepisywania na receptę wybranych leków substytucyjnych (o wyższym od metadonu profilu bezpieczeństwa) oraz ich refundację.

Jest on pozytywną odpowiedzią na krytykę obowiązującej formuły leczenia substytucyjnego oraz na związane z nią postulaty ekspertów i organizacji pomocowych, wśród nich Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej, warszawskiej Komisji Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/AIDS, Krajowego Konsultanta ds. Psychiatrii, a także Stowarzyszenia Monar.

KBPN proponuje nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia ws. leczenia substytucyjnego, które znacznie uproszczają zasady udostępnienia i prowadzenia przedmiotowej terapii. Zmiana ta, ma umożliwić wprowadzenia przedmiotowego świadczenia do gabinetów lekarskich, ale też usuwa liczne bariery stawiane mu na drodze do specjalistycznych placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych.

Krytycy obecnie obowiązującej formuły terapii substytucyjnej wskazują, że nie sprzyja ona szerszemu udostępnieniu tej metody leczenia, przez co w naszym kraju jest ona stosowane na poziomie jednym z najniższych w Europie. Generujące znaczne koszty programy substytucyjne, przede wszystkim koszty utrzymania personelu, nie bilansują się przy stanie poniżej 30 pacjentów, dlatego wiele miejsc w kraju - gdzie użytkownicy opiatów są rozproszeni - jest tego świadczenia pozbawionych. Bywa, że osoba uzależniona zamieszkująca w mniejszej miejscowości, staje się mieszkańcem schroniska dla bezdomnych w mieście, w którym takie leczenie może otrzymać. Z uwagi między innymi na przytoczony problem, zasady prowadzenia leczenia substytucyjnego były w przeszłości wielokrotnie zmieniane: wprowadzono zapisy umożliwiające pacjentom rzadsze stawiennictwa po lek. Przywilej ten pacjent miał uzyskiwać stopniowo, proporcjonalne do postępów w leczeniu i w procesie readaptacji społecznej, jednak na drodze jego uzyskiwania stanęły zasady finansowania programów substytucyjnych. Zasady te, powodują bowiem „opłacalność" wymuszania częstego stawiennictwa. Praktyka ta, bardzo podnosi koszty leczenia i bywa nierzadko działaniem przeciw celom terapii, ponieważ pacjent „niekontraktowy", uzależniony środowiskowo i nie korzystający przez to z przywilejów, staje się dla programu pacjentem przynoszącym większy dochód.

Wymóg ten - nałożony na bardzo dotkliwy dla całego lecznictwa uzależnień deficyt psychiatrów - prowadzi do sytuacji, gdy niektóre placówki obsługują codziennie zbyt liczną grupę osób. Np. w Warszawie działają programy substytucyjne, w których liczba pacjentów przekracza 150 osób. Pojawienie się w jednym miejscu (punkcie wydawaniu metadonu), znacznej liczby problemowych klientów i pozostawanie ich przez wiele godzin w placówce

lub w jej pobliżu, dezorganizuje pracę personelu, jest uciążliwe dla otoczenia, powoduje zakłócenia porządku publicznego i tworzenie się w okolicy miejsc handlu narkotykami. Trudne warunki działania programu, przeciążenie lekarzy mało prestiżową i nie najlepiej płatną pracą, sprzyja naruszeniom praw pacjenta, zniechęca innych lekarzy do prowadzenia tego leczenia.

Proponowany projekt ma wszelkie dane, by znacząco zmienić jakość życia wielu uzależnionych i pomóc dotrzeć substytucji lekowej tam, gdzie dotąd nie miała szans dotrzeć. Zasadne jest też oczekiwanie, że dzięki poszerzeniu liczby podmiotów prowadzących leczenie substytucyjne, zostanie znacznie wzmocniona rola lekarza-psychiatry w placówce ambulatoryjnej. Byłaby to bardzo pożądana zmiana biorąc pod uwagę, że polski model pomocy jest w praktyce daleko zdemedykalizowany, przez co nieprzygotowany na szybko rosnącą liczbę przypadków podwójnego rozpoznania. Co do problemu nowych narkotyków i dopalaczy w kontekście zmiany prawa substytucyjnego, należy mieć też na uwadze, że pozostające poza systemem opieki osoby uzależnione do opiatów, bardzo często sięgają po mefedron i modyfikowane leki apteczne. Mefedron, to najgroźniejsza z nowych substancji, według danych KBPN z 2014 r. przyjmowana w 90% przypadków drogą iniekcyjną. Zarówno przewidywane dla nowej procedury preparaty substytucyjne jak i sam model leczenia, należą do procedur sprawdzonych. Między innymi w krajach skandynawskich, znanych z ostrożnej i mało liberalnej polityki narkotykowej, ale też z bardzo wysokiej kultury medycznej. Nowy model leczenia substytucyjnego posiada znaczny potencjał, by zintegrować ofertę leczniczą, by związać farmakoterapię z psychoterapią i innymi formami pomocy, w tym ze świadczeniami poradni terapii uzależnień, ośrodka stacjonarnego czy programami readaptacji społecznej. Zintegrowane formy pomocy są uważane za znacznie efektywniejsze, zwłaszcza dla osób długotrwale wykluczonych społecznie, mających problemy z poruszaniem się między instytucjami pomocowymi.

Biuro Rzecznika niejednokrotnie zwracało się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o spotkanie w sprawie zmian w zasadach prowadzenia leczenia substytucyjnego, dodatkowo też, nakłanialiśmy inne gremia i instytucje do poparcia projektu KBPN.

W piśmie z 17 maja 2015 r. wiceminister Beata Małecka-Libera odpisała nam: „Uprzejmie informuję, iż w związku z prowadzonymi intensywnymi pracami dotyczącymi realizacji priorytetowych zadań z zakresu ochrony zdrowia, spotkanie w przedmiotowej sprawie w najbliższym okresie nie będzie możliwe. Mając jednak na uwadze konieczność zmian w zakresie zwiększenia dostępności do leczenia substytucyjnego, uprzejmie informuję, że sugestie zawarte w projekcie zmian zaproponowanym przez Krajowe Biuro ds.

Przeciwdziałania Narkomanii zostaną poddane analizie podczas prac legislacyjnych w przedmiotowym zakresie."

Podobną odpowiedź - datowaną dnia 09 września 2015 r. - przesłała pani wiceminister na skierowany do niej wspólny list kilkunastu znanych polskich specjalistów.

W styczniu 2016 r. firma farmaceutyczna wprowadzająca do Polski preparat łączący nalokson z buprenorfiną – lek, na którym miał być zbudowany nowy model terapii substytucyjnej- wycofała się z naszego kraju i całego, uznanego przez nią za nieperspektywiczny regionu Europy Środkowej. W ocenie programu Biura Rzecznika powodem tej decyzji, były napotykane bariery administracyjne i indolencja zajmujących się projektem KBPN urzędników Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia.

Wcześniej, zarówno preparat, jak i przewidywana dla niego procedura lecznicza, zostały pozytywnie ocenione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Pozytywne oceny dały najważniejsze organizacje pomocowe i wielu ekspertów. Oto fragment oceny przedstawionej na prośbę AOTMiT przez Stowarzyszenie Jump 93:

Proponowany preparat (buprenorphinum i naloxonum) jest lekiem o bezpieczniejszej dla pacjentów charakterystyce farmakologicznej w porównaniu z pozostałymi, stosowanymi w terapii substytucyjnej lekami, takimi jak metadon czy buprenorfina (bez naloksonu). Jest zabezpieczony przeciw iniekcyjnemu przyjmowaniu (nalokson). W porównaniu z metadonem ryzyko jego przedawkowania jest niewielkie, czas działania dłuższy, lek jest łatwiejszy do odstawienia i w mniejszym stopniu zakłóca funkcje kognitywne (właściwości buprenorfiny). Preparat jest bardziej odpowiednim lekiem do osiągania dalej idących celów niż minimalizacja szkód.

Wprowadzenie przedmiotowego leku w uproszczonej formule „na receptę", otwiera drogę dla znaczącej **poprawy dostępności terapii substytucyjnej** i dla zwiększenia liczby prowadzących ją podmiotów. Istotne jest zaadoptowanie tej technologii w „narkotykowych" poradniach leczenia uzależnień (ok. 100 w całej Polsce), w których pacjent uzyska dostęp do wielu innych ważnych dla niego serwisów. Poradnie uzyskują możliwość szybkiej i prostej implementacji tego świadczenia, bez kosztownych inwestycji oraz zagwarantowania sobie odpowiedniej liczby pacjentów. Obecnie, poradnie metadonowe generują straty finansowe, gdy obsługują mniej niż 30-40 pacjentów.

Nowa łatwiejsza w obsłudze formuła terapii substytucyjnej, **otwiera drogę dla zintegrowania różnych form i metod terapii**. Może znacząco przyczynić się do przełamania godzącego w dobro pacjenta i zakorzenionego mocno w naszym kraju podziału na leczenie

farmakologiczne i leczenie bezlekowe. Najbardziej spektakularnym i doniosłym przykładem, jest tu inicjatywa Stowarzyszenia Monar w celu uruchomienia pierwszego, mającego działać w strukturze tej organizacji programu substytucyjnego. Program Monaru, który w założeniu ma opierać leczenie na przedmiotowym preparacie, uzyskał już przewidziane prawem zezwolenia, w tym pozytywną opinię dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN).

Proponowane rozwiązanie zakładające szeroką implementację leczenia substytucyjnego w poradniach „narkotykowych", **pozwala pełniej realizować prawa pacjenta**, w tym prawo do wyboru lepszej opcji leczniczej czy do zmiany lekarza.

Formuła „na receptę" **pozwala przeciwdziałać stygmatyzacji pacjentów oraz tzw. uzależnieniu środowiskowemu**. Pozwoli rozproszyć duże grupy pacjentów korzystające tylko z jednego programu, zakłócających ich funkcjonowanie i porządek publiczny.

Formuła „na receptę" jest tańsza, w porównaniu z obecnie stosowaną formułą programu substytucyjnego, ponieważ wiele istotnych kosztów np. kosztów zatrudnienia pomocniczego personelu medycznego, nie będzie ponoszonych. Znaczącym kosztem obowiązującego dotychczas modelu jest często nieuzasadnione wymuszanie na pacjentach codziennego lub częstego stawiennictwa po lek (wyższe punkty rozliczeniowe NFZ za podawanie leku w placówce, niż poza nią). Pacjent wpada w pułapkę: nie może podjąć pracy z powodu leczenia, ani zredukować liczby wizyt w programie, ponieważ nie podejmuje pracy.

AOTMiT, w swoim werdykcie z dnia 04 lipca 2015, wskazywała na konieczność zmian prawnych, bez których wdrożenie nowej procedury będzie niemożliwe. Przedmiotowe zmiany przewidywał projekt KBPN, a zadaniem Ministerstwa Zdrowia było przeprowadzenie projektu przez procedurę legislacyjną. Tak się jednak nie stało. Sprawy znalazły się w punkcie, w którym już tylko samodzielna inicjatywa MZ może odwrócić niekorzystną sytuację.

8. Pytania do placówek ambulatoryjnych

Personel każdej „narkotykowej" placówki ambulatoryjnej, powinien na najbliższym zebraniu zespołu postawić kwestię: na ile jesteśmy przygotowani na nowe wyzwania, co możemy poprawić, jakie nowe świadczenia wprowadzić, zakres których rozszerzyć.
Poniżej przedstawiamy propozycję bardziej szczegółowych pytań, które mogą być pomocne i skłonić do refleksji.

Ekspansja nowych narkotyków niesie za sobą falę zatruć, schorzeń neurologicznych, a przede wszystkim powiększającą się stale liczbę zgłoszeń do placówek leczniczych, ze wskazaniem tzw. podwójnej diagnozy. Specjaliści alarmują o potrzebie zwiększenia roli lekarzy w procesie leczenia. **Czy dostrzegają Państwo potrzebę zwiększenia zakresu zatrudnienia lekarza – psychiatry w placówce?**

W Ministerstwie Zdrowia został złożony przez KBPN projekt zmiany prawa mający na celu uproszczenie zasad prowadzenia terapii substytucyjnej. W wyniku takiej zmiany umożliwionoby uprawnionym lekarzom psychiatrom wypisywanie recept na wybrane preparaty substytucyjne (leki o wyższym niż metadon profilu bezpieczeństwa). W rezultacie, każdy zatrudniony w placówce terapeutycznej lekarz psychiatra mógłby po krótkim szkoleniu uzyskać uprawnienia do prowadzenia terapii substytucyjnej, a każda placówka mogłaby szybko włączyć to świadczenie do swojej oferty. Prowadzenie leczenia substytucyjnego jest wymienione wśród warunków dodatkowych, mogących mieć wpływ na wybór przez NFZ oferty w konkursie ofert na świadczenia ambulatoryjne. **Jeżeli nie prowadzą Państwo jeszcze terapii substytucyjnej, to czy bylibyście zainteresowani jej prowadzeniem w nowej formule?**

Skuteczna profilaktyka jest wskazywana jako podstawowe narzędzie redukcji popytu na nowe substancje psychoaktywne. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii od lat rekomenduje sprawdzone pod względem efektywności programy profilaktyczne. Lista 13 takich rekomendowanych programów jest dostępna na stronie internetowej KBPN. Wśród nich jest popularny już w Polsce program Fred Goes Net.

Czy realizujecie Państwo rekomendowany program profilaktyki selektywnej Fred goes Net? Jeżeli nie, to czy dostrzegają Państwo potrzebę poszerzenia wachlarza usług swojej placówki o ten program?

Dane z badań wskazują, że połowa osób zgłaszających się do leczenia ambulatoryjnego zgłasza się tam z powodu problemów wynikających z używania konopi. KBPN od kilku lat wskazuje na potrzebę rozwijania i upowszechniania oferty leczniczej adekwatnej do potrzeb tej grupy użytkowników. Rekomendowany jest tu Program Candis, specjalistyczny i ustrukturyzowany program terapeutyczny dla problemowych użytkowników przetworów konopi (WWW.candis.pl). Prowadzenie terapii Candis jest wymienione wśród warunków dodatkowych, mogących mieć wpływ na wybór przez NFZ oferty w konkursie ofert na „narkotykowe" świadczenia ambulatoryjne. **Czy Państwa placówka prowadzi terapię Candis? Jeżeli nie prowadzą Państwo terapii Candis, to czy bylibyście zainteresowani jej wprowadzeniem do swojej oferty?**

Specjaliści od lat zwracają uwagę na deficyt programów readaptacji społecznej, programów redukcji szkód i działań opiekuńczych. Programy readaptacyjne, wśród nich hostele dla uzależnionych od narkotyków, w większości położone są poza większymi miastami, w miejscach, gdzie nie istnieje w zasadzie rynek pracy, a miejsca w tych programach są na ogół udostępniane pacjentom z jednej placówki czy z jednej organizacji, już po ukończonym leczeniu. Osoby uzależnione są dyskryminowane w schroniskach dla bezdomnych, istnieje poważny deficyt ofert opiekuńczych dla osób starszych, schorowanych, dla bezdomnej ale jeszcze nie uzależnionej młodzieży. **Czy dostrzegają Państwo potrzebę poszerzenia wachlarza usług swojej placówki, o działania z zakresu readaptacji społecznej lub o działania opiekuńcze?**

9. Rekomendacje dla Warszawy

27 lipca 2015 r. w Centrum Komunikacji Społecznej w Warszawie, odbyła się narada stołecznych oraz mazowieckich instytucji przeciwdziałania narkomanii i bezdomności z udziałem władz Miasta, debata poświęcona problemom lecznictwa uzależnień i działań opiekuńczych w kontekście coraz większej popularności nowych narkotyków i dopalaczy. Inicjatorem tego wydarzenia była Komisja Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/AIDS, złożona z przedstawicieli organizacji pozarządowych. Organizatorzy przedstawili uczestnikom spotkania opracowane przez siebie wnioski i rekomendacje, które znalazły swoje odbicie, w przyjętym przez Warszawę we wrześniu 2015, wieloletnim programie przeciwdziałania narkomanii i HIV/AIDS. Przedstawiono, też listę mniej i bardziej pilnych zadań, które powinny usprawnić stołeczny i mazowiecki system pomocy. Oto obszerne fragmenty tego dokumentu:

Zadania „na dzisiaj”:

- Powołanie interdyscyplinarnego zespołu roboczego ds. opracowywania i wdrażania rekomendacji.
- Zarekomendowanie MZ zmiany modelu terapii substytucyjnej w celu szerszego jej udostępnienia, decentralizacji i poszerzenia spektrum stosowanych leków.
- Wpisanie do umów z realizatorami zadań z zakresu przeciwdziałania bezdomności zapisów antydyskryminacyjnych, dotyczących osób uzależnionych i zakażonych HIV.
- Wprowadzenie interwencyjnej polityki lokalowej dot. najmu lokali na działania opiekuńcze.
- Zarekomendowanie Mazowieckiemu Centrum Polityki Społecznej wspierania działań opiekuńczych nad osobami z problemem narkotykowym i zakażonych HIV.
- Zarekomendowanie NFZ finansowania świadczeń z zakresu readaptacji społecznej (hosteli) oraz form pośrednich (oddziałów dziennych).

Zadania „na jutro”:

- Opracowanie standardów minimalnego zabezpieczenia dla placówki opieki dziennej i noclegowej.
- Wsparcie przez Miasto działań opiekuńczych, dziennych i noclegowych dedykowanych osobom uzależnionym.

- Wyłączenie z finansowania gminy (dzielnic) działań profilaktycznych o niepotwierdzonej skuteczności, wśród nich festynów, konkursów, zajęć sportowych, alternatywnych form spędzania czasu, jednorazowych wydarzeń typu pogadanki, konkursy profilaktyczne.
- Wsparcie rekomendowanych przez MZ programów profilaktycznych, w tym programu FRED goes net.
- Wsparcie zintegrowanych programów pomocowych, posiadających w ofercie pomoc medyczną, psychoterapię, działania środowiskowe, działania opiekuńcze, programy readaptacji społecznej.
- Wsparcie bezpłatnej pomocy prawnej dla osób używających narkotyków. Cel: wzmocnienie zasady „leczyć zamiast karać", ale też pomoc prawna rodzinom takich osób.
- Wsparcie działań środowiskowych (streetworkerskich) zorientowanych na różnorodne grupy odbiorców.
- Wsparcie specjalistycznych programów terapeutycznych dla użytkowników konopi (stanowiących ok. 50% osób zgłaszających się do leczenia ambulatoryjnego).
- Zlecenie opracowania elektronicznego systemu zbierania danych dot. klientów programów opiekuńczych, dla celów diagnozy społecznej i usprawnienia systemu opieki.
- Opracowanie standardu minimalnego zabezpieczenia świadczeń dla placówek leczniczych, dofinansowanych ze środków M. st. Warszawy (np. lekarz-psychiatra na ½ etatu, prowadzenie rekomendowanych programów profilaktycznych i leczniczych, w tym Fred i Candis, pomoc prawna).

Z doświadczeń lat 2014-2015 wynika kilka istotnych nauk mających znaczenie szersze niż przedstawione wyżej rekomendacje dla Warszawy czy dla lecznictwa ambulatoryjnego:

- Konieczna jest kontynuacja debaty o stanie polskiego modelu pomocy, w tym spotkań w sprawdzonej już formule konferencji „konstancińskich".
- Niezbędne jest powołanie we wszystkich wojewódzkich miastach naszego kraju multidyscyplinarnych rad, złożonych z przedstawicieli instytucji przeciwdziałania narkomanii, instytucji zajmujących się redukcją popytu, redukcją podaży, redukcją szkód i polityką społeczną.
- Potrzebne jest wyznaczenie dla każdego z województw, osoby odpowiedzialnej za realizację krajowego programu przeciwdziałania narkomanii lub innej strategii, która może w przyszłości krajowy program zastąpić.

10. Tabele

1. **Liczba osób przyjętych do leczenia z rozpoznaniem współwystępujących zaburzeń psychotycznych** – dotyczy rozdziału 3

Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Liczba osób	915	936	1001	1073	1113	1189	?	?

2. **Liczba ośrodków stacjonarnych i specjalistycznych oddziałów szpitalnych przyjmujących osoby z podwójnym rozpoznaniem** – dotyczy rozdziału 3

Lp.	**Nazwa województwa**	**Liczba placówek 2011**	**Liczba placówek 2015**
	Dolnośląskie	0	0
	Kujawsko-pomorskie	0	0
	Lubelskie	0	0
	Lubuskie	1	1
	Łódzkie	1	1
	Małopolskie	0	0
	Mazowieckie	1	3
	Opolskie	0	0
	Podkarpackie	0	0
	Podlaskie	1	1
	Pomorskie	0	0
	Śląskie	1	2
	Świętokrzyskie	0	0
	Warmińsko-Mazurskie	1	1
	Wielkopolskie	0	0
	Zachodniopomorskie	0	0
Razem		6	9

Oddajemy w ręce czytelników kolejny, trzeci już „leczniczy" Raport Rzecznika. Powołany w 2009 roku program Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych prowadzi szereg aktywności związanych z wykonywaniem funkcji ombudsmana uzależnionych, w tym tą dotyczącą kreowania rzeczywistości wolnej od naruszeń, wolnej od wykluczenia społecznego, nierównego traktowania, czy dyskryminacji.

Grupą, której jesteśmy adwokatami, są nie tylko uzależnieni od substancji psychoaktywnych w rozumieniu diagnostycznym, ale wszyscy ci, którzy doświadczają nierównego traktowania tylko z tego powodu, że używają narkotyków.

Zajmujemy się więc naruszeniami w obszarze stanowienia i działania prawa narkotykowego ale też naruszeniami w obszarze działania systemu pomocy i leczenia. Niniejszy Raport, poświęcony problematyce leczenia i pomocy, skupia się przede wszystkim na naruszeniach prawa uzależnionych pacjentów do uzyskania adekwatnej do ich potrzeb pomocy.

Program Biura Rzecznika wspiera w tym zakresie wszelkie inicjatywy mające na celu wyrównanie deficytów w dostępie do świadczeń, a także znoszenie wszelkich barier, w tym prawnych, administracyjnych i mentalnych, stojących na drodze tym świadczeniom.

Raport Rzecznika jest dostępny w wersji elektronicznej pod adresem:

www.jump93.pl
oraz
www.politykanarkotykowa.pl

Raport został sfinansowany z środków: