# RAPORT

## Rzecznika Praw Osób Uzależnionych

## 2010/2011

# Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2010/2011

Autorzy: *Agnieszka Sieniawska, Jacek Charmast*
Redakcja: *Filip Nawaro*

Opracowanie graficzne: *Andrzej Fuksiewicz*

ISSN 2084-0039

Kontakt:
Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych
ul. Chmielna 26 lok. 19, 00-020 Warszawa
Tel/Fax: 022 826 03 50

www.politykanarkotykowa.pl
e-mail: rzecznik@politykanarkotykowa.com

Sponsorzy:

Fundacja im. Stefana Batorego

Open Society Foundations

Wydawany przez:

Stowarzyszenie JUMP'93

Polska Sieć ds. Polityki Narkotykowej

# Wprowadzenie

Osoby mające problemy z narkotykami lub uzależnione od innych substancji znajdują się często w sytuacji, która naraża je na naruszenia praw przysługujących wszystkim ludziom. Osoby te mogą nie wiedzieć jakie to prawa oraz w jaki sposób reagować na nadużycia.

Dlatego w czerwcu 2009 r. Stowarzyszenie JUMP '93 oraz Polska Sieć ds. Polityki Narkotykowej powołały instytucję Rzecznika Praw Osób Uzależnionych. Biuro Rzecznika jest prowadzone kolegialnie przez autorów raportu: Agnieszkę Sieniawską, prawniczkę, oraz Jacka Charmasta, pomysłodawcę programu.

Na początku Rzecznik zajął się codziennym, zwykłym poradnictwem prawnym, które nie jest przypisane do tradycyjnie rozumianej roli ombudsmana, jednak było konieczne, ponieważ udzielanie bezpłatnej pomocy prawnej dla osób używających narkotyków w naszym kraju nadal jest działalnością zbyt mało popularną, pomimo wyników badań wskazujących na duże potrzeby w tym zakresie.

Uważaliśmy też, że codzienna, praktyczna działalność zbuduje solidną podstawę empiryczną dla funkcji rzecznikowskich. Zebrany materiał stał się m.in. ważnym elementem debaty, którą zainicjowała Polska Sieć Polityki Narkotykowej. Stanowi również źródło informacji w monitorowaniu naruszeń i wskazywaniu ich podłoża, z czym wiąże się fakt, że Raport w dużej mierze wykracza ponad dane uzyskane w procesie badawczym.

Wnioski w nim zawarte opieramy także na doświadczeniach współpracowników i niezależnych ekspertów i monitoringu prasy, zarówno fachowej jak opiniotwórczej.

Reakcje Rzecznika na naruszenia z czasem rozwinęły się w szerszą działalność obejmującą, obok poradnictwa, publikacje, konferencje prasowe, alarmowanie instytucji i społeczeństwa obywatelskiego oraz inicjatywy legislacyjne.

W ten sposób Program Rzecznika podjął się zadań wynikających z podstawowych funkcji tego rodzaju instytucji:

**Funkcja zapobiegawczo-interwencyjna**

Była ona realizowana poprzez bezpłatne usługi prawne świadczone osobom używającym narkotyków i ich rodzinom, oraz nagłośnienie niektórych spraw i naruszeń przez wskazywanie ich mediom. Ponadto, poprzez składanie skarg na działalność osób i instytucji wpływano na praktykę organów ścigania, wymiaru sprawiedliwości czy działania instytucji przeciwdziałania narkomanii.

**Funkcja diagnostyczno–opisowa**

Składają się na nią zbieranie danych dotyczących naruszeń oraz rozpoznanie ich podłoża. Prowadzono analizę spraw zebranych przez Biuro Prawne, analizę materiałów prasowych i innych dostępnych danych. Celem było przedstawienie w miarę pełnego obrazu sytuacji społecznej i prawnej osób używających narkotyków.

**Funkcja kreująca**

Polega na wprowadzaniu do życia społecznego praw i zasad zabezpieczających przed naruszeniami. Od początku działania Biura Rzecznika, jego aktywności wynikające z funkcji kreującej zostały twardo ukierunkowane na modernizację prawa narkotykowego oraz systemu pomocy i leczenia. W ich obrębie znalazły się inicjatywy wspierające zmiany legislacji w celu szerszego stosowania alter-

natyw dla kar pozbawienia wolności, depenalizacji posiadania narkotyków, nie stosowania kar za przestępstwa mniejszej wagi, a z drugiej strony – czynny udział w działaniach mających na celu humanizację, zrównoważenie oraz rozwój systemu leczenia i pomocy socjalnej, udostępnienie terapii w zakładach karnych, wprowadzenie praktyki włączania osób uzależnionych do zespołów tworzących strategie narkotykowe.

Przy tak ujętych zadaniach, w działalności Rzecznika wyodrębniły się dwa główne cele:

- udostępnienie pomocy prawnej osobom uzależnionym od narkotyków i używającym ich
- poprawa sytuacji leczenia uzależnień od narkotyków w Polsce

Raport prezentuje efekty naszych działań, ale ma też za zadanie przedstawienie konsekwencji, ponoszonych zarówno przez osoby uzależnione, jak i całe społeczeństwo, a które wynikają z obecnego kształtu prawa, złej sytuacji lecznictwa uzależnień oraz błędnego rozumienia i przedstawiania problematyki narkotykowej w obiegu publicznym.

Na koniec sprawa niezmiernie istotna. Intencją autorów raportu jest, by dotarł on do osób używających narkotyków.

Namawiamy osoby używające narkotyków do upominania się o swoje prawa, do zrzeszania się i tworzenia instytucjonalnych form ich ochrony. Namawiamy do oddawania przypadków naruszeń prokuraturze i instytucjom strażniczym. Chcemy też zaproponować wykorzystywanie narzędzia bojkotu konsumenckiego tych podmiotów przeciwdziałania narkomanii, które nie chcą uznać podstawowych praw jako elementu konstytuującego ich działania.

# Część I
# Interwencje i działania prawnicze

# Kontekst prawny

Kara pozbawienia wolności do lat 3 obowiązuje w polskim ustawodawstwie od 2000 r. Pierwsza ustawa o zapobieganiu narkomanii z 1985 r.[1)] nie kryminalizowała posiadania nieznacznych ilości narkotyków, zaś penalizacji podlegały wszelkie formy obrotu i dystrybucji tych środków.

Ustawa ta hołdowała podejściu profilaktyczno - leczniczemu do problemu narkomanii. Posiadanie środków odurzających, choć nielegalne, nie było zagrożone karą, a tylko skutkowało konfiskatą[2)].

Po upadku systemu komunistycznego i otworzeniu się naszego kraju na rynki zagraniczne, do Polski dotarły nowe modele zażywania narkotyków. Popularny do tej pory kompot zaczęły zastępować inne substancje psychoaktywne, a Polska stała się jednym z czołowych producentów syntetyków w Europie.

Stąd pojawiły się głosy za zaostrzeniem kierunku polityki narkotykowej w celu skuteczniejszego zapobiegania zjawisku narkomanii i walki z rozrastającą się zorganizowaną przestępczością. Efektem takiego podejścia była nowa ustawa narkotykowa z 1997 r.[3)], w której ustawodawca wprowadził karanie za posiadanie narkotyków, jednak granice penalizacji nie przekraczały nieznacznych ilości narkotyków przeznaczonych na własny użytek, co zapisano w ustępie 4 art. 48, wyłączającym karalność w takich przypadkach. Nastąpiła więc kryminalizacja, czyli wprowadzenie zakazu posiadania, z jednoczesną depenalizacją, czyli możliwością niekarania.

Takie rozwiązanie prawne miało stanowić kompromis pomiędzy podejściem restrykcyjnym oraz profilaktyczno - leczniczym dla osób mających zdrowotny problem w związku z zażywaniem substancji psychoaktywnych. Za podejściem restrykcyjnym polegającym na całkowitej kryminalizacji w dużej mierze opowiadały się środowiska służby zdrowia oraz przedstawiciele Stowarzyszenia Monar, zaś znaczna część środowisk prawniczych nie popierała idei dokonania jakichkolwiek zaostrzeń regulacji prawnych[4)].

Ustawa stanowiła dobre i nowoczesne rozwiązanie problemu karania za posiadanie narkotyków, utrzymane w zgodzie z wprowadzanymi w Europie standardami. Jednak podczas gdy najlepiej rozwinięte kraje europejskie skierowały swoje polityki na podejście zgodne z redukcją szkód, która stanowi do dziś najskuteczniejszą metodę ograniczania negatywnych skutków zjawiska narkomanii, Polska postanowiła zaostrzyć represje karne.

Artykuł 48 ustawy z 1997 r. wprowadzał cztery kwalifikacje czynu zabronionego polegającego na posiadaniu narkotyków:

1. *Kto, wbrew przepisom ustawy, posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.*
2. *W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega karze pozbawienia wolności do roku, ograniczenia wolności albo grzywny.*
3. *Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w ust. 1, jest znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych, sprawca podlega karze pozbawienia wolności do lat 5 i grzywny.*
4. *Nie podlega karze sprawca występku określonego w ust. 1, który posiada na własny użytek środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej.*

Stosowanie art. 48 ust. 4 nastręczało problemów związanych przede wszystkim z trudnościami interpretacyjnymi, dotyczącymi zakwalifikowania czynu zabronionego jako przypadku mniejszej wagi lub niepodlegającego karze (kolizja art. 48 ust. 2 oraz ust.4). Trudności te można było wyeliminować poprzez ustalenie tzw. wartości granicznych.

1) Ustawa o zapobieganiu narkomanii z 31 stycznia 1985 r. (Dziennik Ustaw 1985 nr 4, poz.15, art.1).
2) K. Krajewski, Polskie prawo narkotykowe wysyła sprzeczne sygnały, „Biuletyn Informacyjny – Problemy Narkomanii" 4/2007
3) Dziennik Ustaw 1997 nr 75, poz. 468.
4) K. Krajewski, dz. cyt.

Obecnie obowiązująca ustawa narkotykowa dostarcza definicji i reguluje kwestie związane z poważną przestępczością, do której zalicza się uprawę roślin narkotycznych, wytwarzanie znacznej ilości substancji psychoaktywnych, udzielanie, sprzedaż, produkcja i przemyt. Przestępstwa te są bardzo surowo karane, nawet do 15 lat pozbawienia wolności.
Wydaje się, że skoro głównym założeniem ustawy jest redukcja poważnej przestępczości narkotykowej, nie ma potrzeby regulowania przypadków posiadania narkotyków w kategoriach prawno-karnych, a raczej profilaktyczno zdrowotnych.

W 2000 r. nastąpiła nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, która usytuowała polską politykę narkotykową na jednym z ostatnich miejsc w Europie biorąc pod uwagę kryterium humanitarności i racjonalności prawa narkotykowego.

Art. 48 ust.4 został wykreślony, a w nowej ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r. regulacje dotyczące posiadania narkotyków zostały zapisane w art. 62., który wprowadził całkowitą penalizację posiadania każdej ilości narkotyków, za co grozi kara pozbawienia wolności do 3 lat.

Tym samym wyłączono wyjątki od zasady legalizmu ścigania, co oznacza, obowiązek ścigania przestępstw polegających na posiadaniu jakiejkolwiek ilość narkotyków.

W 2006 r.[5] dokonano kolejnej nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, której podstawowa zmiana polegała na podniesieniu górnej granicy karalności za posiadanie znacznej ilości narkotyków do lat ośmiu. Jednocześnie nie zdefiniowano czym jest znaczna ilość środka odurzającego, co nie tylko nastręcza wielu problemów interpretacyjnych, ale również zmienia przeznaczenie i zamysł całej konstrukcji prawnej usytuowanej w art. 62 UPN.

Zbyt szeroka dowolność interpretacyjna prowadzi do problemu nierówności wobec prawa, co znajduje potwierdzenie w praktyce Rzecznika Praw Osób Uzależnionych, gdzie różne osoby posiadające zbliżoną ilości narkotyków podlegają innej kwalifikacji prawnej – jeden z art. 62.1, inny z art. 62.3.

Obecnie w Polsce obowiązuje jedna z najsurowszych na skalę europejską regulacji prawnych związanych z polityką przeciwdziałania narkomanii – bardziej surowe prawo narkotykowe w Europie obowiązuje tylko na Białorusi, w Chorwacji i Szwecji.

Ukształtowanie tak restrykcyjnego prawa narkotykowego doprowadziło w efekcie do konfliktu z obywatelskimi prawami gwarantowanymi Konstytucją RP.

## Naruszenia praw przy egzekwowaniu art. 62 i nadużycia organów państwowych przy ich stosowaniu

### Zasada proporcjonalności

W doktrynie pojawiają się twierdzenia, że UPN jest sprzeczna z konstytucyjną zasadą proporcjonalności[6], która zakłada możliwość wprowadzenia penalizacji danego czynu o ile zakaz, jak i kara, są do niego proporcjonalnie dostosowane.

Zgodnie z zasadą proporcjonalności, ograniczenie wolności gwarantowanych przez Konstytucję musi spełniać 3 podstawowe warunki:

- musi być niezbędne ze względu na założony cel,
- musi spełniać warunek przydatności,
- jego efekty powinny być proporcjonalne do ciężarów nakładanych na obywatela.

W przypadku art. 62 UPN żaden z tych warunków nie został spełniony. Ponadto jego realizacja nie prowadzi do spadku podaży i popytu na narkotyki, więc nie realizuje celu ustawy. Skutkuje jedynie ograni-

5) Dziennik Ustaw 1995 nr 15, poz.69.
6) M. Klinowski, Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii a konstytucyjna zasada proporcjonalności, „Prokuratura i Prawo" 2/2009.

czaniem wolności i praw obywatelskich, przez co stoi w sprzeczności z zasadą proporcjonalności[7]. Otwiera to możliwość zaskarżenia przepisu do Trybunału Konstytucyjnego.

**Zasada określoności**

Kolejny problem związany z konstytucyjnością art. 62 UPN pojawia się przy kwestii ustalenia definicji znacznej i nieznacznej ilości środka odurzającego. Stosowaną praktyką jest opracowanie tabeli ilości granicznych narkotyków, umożliwiających odpowiednią kwalifikację czynu.

Jest to niezmiernie ważne z punktu widzenia stosowania tego przepisu, zważywszy, że to właśnie ilość oraz rodzaj posiadanej substancji decyduje o wymiarze kary, która obecnie jest zależna od arbitralnej decyzji prokuratora. Prokuratorzy co do zasady nie muszą być specjalistami od spraw narkotykowych i nałożenie na nich odpowiedzialności ustalenia, jaka ilość narkotyków świadczy o ich przeznaczeniu, nie jest dobrym rozwiązaniem.

Ponadto dowolna interpretacja kwalifikacyjna stanowi przekroczenie granic prawnych Konstytucji RP, które wyrażone są w zasadzie określoności prawa.

Konstytucyjna i kodeksowa zasada określoności nullum crimen sine lege certa wyraża obowiązek wprowadzania ścisłości i precyzyjności sankcji karnej. Regulacje te stanowić mają gwarancję ochrony przed nadużyciami ze strony organów egzekwujących prawo[8].

W stosowaniu przepisu art. 62 UPN widoczne jest nieposzanowanie tej zasady, wynikające z braku takich ścisłych kryteriów. Skutkiem tego są nadużycia ze strony policji i prokuratorów, polegające na niezróżnicowanym stosowaniu przepisów, niezależnie od wagi czynu.

W efekcie doprowadziły one do wykreowania nowej kategorii przestępców, jaką są osoby używające nielegalnych substancji psychoaktywnych lub od nich uzależnione.

Konstytucja RP zakłada prawną ochronę wolności człowieka, zaś ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.

Porównując dobra chronione konstytucją do dóbr, które w założeniu miała chronić ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, można stwierdzić, że dochodzi do specyficznej kolizji:

Zgodnie z uzasadnieniem nowelizacji z 2000 r. ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii miała redukować popyt i podaż na narkotyki, czyli chronić zdrowie publiczne oraz bezpieczeństwo i porządek publiczny; art. 2 stanowi że celem jest „ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych". Jednak ciężko dopatrzyć się ochrony ww. dóbr w przypadku kryminalizacji posiadania nieznacznych ilości narkotyków przeznaczonych na własny użytek osoby która je posiada i nie zamierza ich udzielać ani dystrybuować.

Jeśli osoba ta wywołuje jakiekolwiek szkody, to można je rozpatrywać w granicach dobra osobistego.

## Niezamierzone konsekwencje

Tak skonstruowane przepisy skutkują nadużyciami ze strony władz, a wyroki wydane na ich podstawie są często krzywdzące.

**Łamanie przysługujących praw obywatelskich**

Jak wynika z praktyki Rzecznika Praw Osób Uzależnionych, niedookreśloność prawa wytworzyła sytuację, w której prokuratorzy i sędziowie są zmuszeni do interpretacji przepisów bez wyraźnych wytycznych. Poprzez stosowanie nieadekwatnych represji karnych kierowanych w użytkowników narkotyków i osoby uzależnione często dochodzi do ich pokrzywdzenia.

7) Tamże.

8) T. Kozioł, Znaczna ilość środka odurzającego, Prokuratura i Prawo 11/2010

Policjanci wykazują nadmierną, niepotrzebną aktywność w zakresie wykrywania drobnych przestępstw narkotykowych, zamiast skupiać się na realizowaniu celów UPN, czyli likwidacji narkotykowych grup przestępczych. Energia, koszty oraz wysiłki przeznaczone na przypadki małej wagi są nieadekwatnie większe i, co gorsza, nie przynoszą wymiernych efektów. Fakt ten znajduje również potwierdzenie w badaniach Instytutu Spraw Publicznych z 2009 r. na temat kosztów UPN.

**Pogłębienie zjawiska narkomanii**

Innym efektem nadużycia, będącego pochodną egzekwowania nieskutecznej ustawy narkotykowej jest pogłębienie zjawiska narkomanii oraz rozprzestrzenienie wirusa HIV i innych chorób zakaźnych przenoszonych przez krew.

## *Corocznie z powodu przedawkowania umiera ponad 200 osób; wg GUS, w 2009r. było to 260 osób*

Choć w większości krajów europejskich uzależnionych, którzy weszli w konflikt z prawem kieruje się na terapie, w polskim prawie nad podejściem profilaktyczno-leczniczym dominuje model represji karnych. Nie jest on skuteczny, nie pomaga wyjść z nałogu, przez co nie wpływa na zmniejszenie ich liczby ani też liczby przestępstw narkotykowych.

W ten sposób model represyjny prowadzi do pogłębienia zjawiska narkomanii, wraz z nim rozprzestrzenienia wirusów HIV i HCV, do czego przyczynia się także brak dostępu do czystych igieł i strzykawek w środowisku osób dożylnie zażywających narkotyki m.in. w więzieniach.

Jak przyznaje Kajetan Dubiel, były szef Służby Więziennej[9]:

*Więziennictwo od początku, od 1997r., kiedy po raz pierwszy próbowano wprowadzić penalizację posiadania narkotyków było temu przeciwne. Dlaczego? Odwoływaliśmy się do doświadczeń amerykańskich. Co się stało w latach 70 w więzieniach, gdy wprowadzono restrykcyjne prawo narkotykowe? Podkultura więzienna przestała istnieć, została zastąpiona podkulturą narkotykową. Narkotyki weszły do więzień. I u nas stało się to samo. (…) 10-15 lat temu główny problem to był przemyt alkoholu na teren więzień. Teraz tego nie ma. Zniknęło. Są tylko narkotyki, podkultura narkotykowa. Wszyscy więźniowie nauczyli się, że narkotyki są o wiele lepsze, w cudzysłowie lepsze, bo łatwiej je przemycić, większe pieniądze za to są, strażnikom jest trudniej je wykryć. I my nie jesteśmy w stanie nad tym zapanować, niestety. Wykrywamy rocznie koło 1000 – 1500 przypadków narkotyków na terenie więzień. Międzynarodowa Organizacja Policjantów INTERPOL szacuje, że to jest 1-2 procent, czyli jeżeli wykrywamy 1500 to nie wykrywamy 150000. I powinniśmy mieć tą świadomość.*

*Są już grupy przestępcze specjalizujące się w przerzucie narkotyków na teren więzień.*

**Nieadekwatna dolegliwość kary**

Skazania prawomocnym wyrokiem sądu z art. 62 UPN niosą za sobą wiele dolegliwych konsekwencji prawnych.

Dolegliwość kary pozbawienia wolności zawieszonej na okres próby wiąże się z zagrożeniem jej odwieszenia, a wówczas koniecznością odbycia kary pozbawienia wolności w zakładzie karnym. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że osoba uzależniona od narkotyków będzie je posiadała kolejny raz, co wynika ze specyfiki choroby jaką jest uzależnienie. Wówczas zostanie zatrzymana przez policję, dojdzie do wykrycia posiadanych substancji psychoaktywnych, co będzie jednoznaczne z obligatoryjnym odwieszeniem kary pozbawienia wolności na mocy art. 75.1 kk.

9) Wywiad z Kajetanem Dubielem dla Hungarian Civil Liberties Union, 2011 r., dostępny na youtube

Należy podkreślić, że w świetle polskiego prawa uzależnieni uznani są za osoby chore, a uzależnienie od substancji psychoaktywnych – tak jak w przypadku alkoholu – jest jednostką chorobową. Jest to kolejny powód, dla którego można stwierdzić, że prawo narkotykowe jest niehumanitarne, ponieważ nakłada rygorystyczne kary pośrednio z powodu choroby.

Niezależnie od rodzaju wymierzonej kary dane skazanego zostają ujawnione w rejestrze skazanych i pozostają tam do momentu zatarcia skazania, który kształtuje się w różny sposób w zależności od rodzaju kary. Np. kara pozbawienia wolności zawieszona na okres próby ulega zatarciu z upływem okresu próby powiększonym o 6 miesięcy. Niestety, figurowanie w rejestrze skazanych pociąga za sobą konsekwencje związane z drogą zawodową skazanego, a nawet można stwierdzić, że w pewnym sensie tą drogę zamyka, ponieważ zajmowanie wielu stanowisk związane jest z barkiem wpisu do rejestru skazanych. Poza tym w dzisiejszych czasach coraz większa liczba pracodawców wymaga zaświadczenia o niekaralności. Wpisanie do rejestru zamyka również możliwość podróżowania do krajów, w których wymagany jest obowiązek wizowy, czyli np. do USA czy Australii[10].

Wiele sprzeczności występuje również w orzecznictwie Sądu Najwyższego, co uniemożliwia zastosowanie jasno wyznaczonych kryteriów. Wyrokiem z dnia 1 marca 2006 r. Sąd Najwyższy uznał, że „miarą znaczności (…) może być także stosunek ilości określonych środków do potrzeb jednego człowieka uzależnionego od tych środków. Jeżeli zatem przedmiotem czynu jest taka ilość tych środków, która mogłaby zaspokoić tego rodzaju potrzeby co najmniej kilkudziesięciu uzależnionych, to należy przyjąć, że jest tych środków znaczna ilość." Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 4 listopada 2008 r. uznał, że „tylko wówczas dochodzi do wypełnienia przedmiotowego znamienia przytaczanego przestępstwa (art. 62 UPN), gdy posiadanie środka odurzającego lub substancji psychotropowej następuje w ilości pozwalającej na choćby jednorazowe użycie danej substancji, w dawce dla niej charakterystycznej, zdolnej wywołać u człowieka inny niż medyczny skutek" (IV KK 127/08). Następnie 21 stycznia 2009 r. Sąd Najwyższy (II KK197/08) uznał, iż „dysponowanie środkiem odurzającym (lub substancją psychoaktywną) związane z zażywaniem go lub chęcią niezwłocznego zażycia przez osobę dysponującą nim, nie jest posiadaniem tego środka (lub substancji) w rozumieniu art. 62 UPN". Orzeczenia Sądu Najwyższego mają za zadanie stanowić swoiste wytyczne dla sędziów i prokuratorów przy kwalifikowaniu czynów do odpowiednich przepisów. Poprzez analizę wymienionej materii orzeczniczej można zauważyć, że mamy do czynienia z szeregiem sprzeczności i niekonsekwencją interpretacyjną tego trudnego zagadnienia, jakim jest rozgraniczenie znaczenia posiadania konsumenckiego oraz komercyjnego. Zarysowane rozbieżności w orzecznictwie Sądu Najwyższego powodują pogłębiający się konflikt interpretacyjny i nieokreśloność pojęcia znacznej i nieznacznej ilości narkotyków. Fakt ten stanowi nie tylko utrudnienie w pracy organów stosujący prawo, ale świadczy o konieczności dokonania reformy na szczeblu ustawodawczym.

## Statystyki i ocena efektywności art. 62

Prawo narkotykowe oparte na modelu restrykcyjno-represyjnym nie przyniosło zakładanych rezultatów.

Jedną z głównych przesłanek zaostrzenia polityki w tym kierunku była konieczność dostarczenia organom ścigania narzędzi do skuteczniejszej walki ze zorganizowaną przestępczością i handlarzami narkotyków. Dziś, po 10 latach obowiązywania ustawy, można stwierdzić, że nie odnotowano realnego wpływu na zmniejszenie zjawiska narkomanii ani na sytuację rynku narkotykowego. Policji nie udało się poprawić wykrywalności poważnych przestępstw, związanych z produkcją, handlem i przemytem narkotyków.

Statystyki policyjne potwierdzają zasadność tego twierdzenia. W porównaniu lat 2000 i 2001 zanotowano wzrost przestępstw narkotykowych o 140 %, w latach 2001 – 2002 o kolejne 80 %,

10) M. Klinowski, P. Barut, Wydział Prawa i Administracji UJ 2010 r.

a od roku 2000 do 2008 aż 1500%[11]! Niestety liczby te dotyczą głównie przestępstw posiadania nieznacznych ilości narkotyków, których sprawcami są osoby uzależnione lub osoby eksperymentujące z narkotykami.

Według danych Komendy Głównej Policji, w 1998 r. odnotowano 1 380 przestępstw narkotykowych, z czego 8,35 % dotyczyło posiadania małych ilości nielegalnych substancji psychoaktywnych. Natomiast w 2008 r. podejrzanych o posiadanie niedozwolonych środków było aż 17 tys. obywateli.

Z badań prof. Krzysztofa Krajewskiego z Uniwersytetu Jagiellońskiego[12] wynika, że połowa z nich (ok. 53%) są to osoby posiadające minimalne ilości nielegalnych substancji psychoaktywnych. Najczęściej ujawniane jest posiadanie marihuany i haszyszu (ok. 50 % spraw) oraz amfetaminy (ok. 35 procent spraw). 79 % przypadków posiadania marihuany i 74 % przypadków posiadania amfetaminy dotyczyło ilości do 3 gram, a mniej więcej 53 % osób skazanych z art. 62 UPN to osoby do 24 roku życia[13].

W 2008 r. 18 546 osób było podejrzanych o popełnienie czynu z art. 62 UPN, co stanowi 71 procent wszystkich podejrzanych z UPN. Spośród osób skazanych z art. 62 UPN w 2007r. na karę pozbawienia wolności, których było 9 256 (60 procent wszystkich skazanych z UPN) większość to osoby, wobec których orzeczono karę pozbawienia wolności w zawieszeniu na okres próby. Zdecydowana mniejszość (6 %) skazanych otrzymała bezwzględną karę pozbawienia wolności[14].

Oznacza to, że większość rozpatrywanych spraw jest małej wagi. Mimo to, stanowią one poważny koszt dla Skarbu Państwa. Według badań Instytutu Spraw Publicznych z 2009 r., blisko 80 mln zł rocznie jest wydawane na egzekwowanie Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii, przede wszystkim art. 62.1, zgodnie z którym do więzienia można trafić za posiadanie każdej ilości narkotyku. W 2008 r. przestępstwa z art. 62 dotyczyły marihuany (65 procent), amfetaminy (22 procent) i heroiny (3 procent).

## Stosunek społeczeństwa do problemu

Warto wskazać jak podejście wyrażone w ustawie znajduje odzwierciedlenie w nastawieniu społeczeństwa do problematyki karania za posiadanie, produkcję i handel narkotykami. Według badania opinii publicznej Hungarian Civil Liberties Union,z 2008 r, prawie 41% Polaków opowiada się za więzieniem osób wytwarzających lub posiadających marihuanę na swój użytek. 57% badanych wskazało na totalną wojnę z cannabis, czyli aresztowanie i więzienie osób, zażywających oraz handlujących marihuaną jako skuteczne narzędzie do ograniczenia zjawiska zażywania marihuany. Warto wskazać, że najmniej osób wybierających tą odpowiedź było wśród lepiej wykształconych (44,6%).

Na pytanie, jaki powinien być w Polsce poziom kar za produkowanie i posiadanie narkotyków, aż 45,5% badanych odpowiedziało, że polityka narkotykowa powinna być „bardziej restrykcyjna, surowsza i zaostrzona". Ponadto Polacy uznali aresztowania i więzienie dealerów narkotykowych za najważniejsze działania państwa w ograniczaniu zjawiska zażywania substancji psychoaktywnych. Na drugim miejscu znalazły się działania opieki socjalnej oraz serwisów redukcji szkód dla osób zażywających narkotyki.

Za jedną z głównych przyczyn zażywania narkotyków Polacy uważają szeroką ich dostępność, dlatego opowiadają się za karaniem handlarzy. Na trzecim miejscu respondenci opowiedzieli się za karaniem i aresztowaniem osób zażywających narkotyki, na czwartym miejscu wybrali działania prewencyjne i edukacyjne, natomiast na piątym miejscu leczenie i serwis rehabilitacyjny dla użytkowników.

Poddając analizie wyniki tego badania można zaproponować kilka kierunków postępowania w celu zmiany postaw społecznych. Przede wszystkim, wskazane byłoby doinformowanie społeczeństwa o tym, czym są programy oraz założenia redukcji szkód oraz przekonania społeczeństwa o przewadze ich skuteczności nad podejściem restrykcyjno – represyjnym reprezentowanym przez obecnie obowiązującą ustawę narkotykową.

Warto też rzetelnie, w sposób nieemocjonalny informować społeczeństwo o działaniu substancji psychoaktywnych oraz o innych niż penalizujące, środkach zapobiegania szkodliwości tego zjawiska. Koniecznym elementem do przeprowadzenia reformy polityki narkotykowej w Polsce jest zmiana podejścia społeczeństwa, gdyż nieznajomość zagadnień z nią związanych i ignorancja sprzyjają niezrozumieniu, narastaniu mitów i podejrzeń, co działa na niekorzyść działań i zmiany polityki narkotykowej w Polsce.

11) Malczewski A. i Struzik M., Nielegalny rynek oraz przestępczość związana z narkotykami w świetle najnowszych danych, Centrum Informacji o Narkotykach KBPN, Biuletyn 1/2009, s. 12.
12) K. Krajewski, Sprawy o posiadanie narkotyków w praktyce sądów krakowskich. Raport z badań, Kraków 2008 r.
13) Raport Instytutu Spraw Publicznych pt. Polityka narkotykowa w Polsce – czas na reformę, 2009 r.
14) Dane wg National Report to the EMCDDA na lata 2008 i 2009.

Kajetan Dubiel w przytaczanym powyżej wywiadzie stwierdził:

*Przestępstwo narkotykowe w Polsce jest to przestępstwo fantastyczne. Dlaczego? Dlatego, że w momencie stwierdzenia przestępstwa mamy wykrytego sprawcę. Polska policja jest przytłoczona statystykami, jest rozliczana bez przerwy ze statystyk i to przestępstwo, jak również prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu, to 30% wykrytych przestępstw w Polsce.*

*Dlatego, prawdopodobnie, jeżeli policja w Polsce chce sobie poprawić statystyki to wystarczy że pojedzie w miejsce, w którym zbierają się narkomani, zgarnie ich i już statystyka idzie do góry.*

Przestępstwa narkotykowe są przestępstwami o wysokiej wykrywalności sprawców. Np. przy stwierdzeniu przestępstwa posiadania nielegalnych substancji zazwyczaj wykrywany jest sprawca, ponieważ przy nim znajduje się narkotyki. Jednak sami funkcjonariusze policji przyznli, że art. 62 UPN nie pomaga w wykrywaniu poważnej przestępczości narkotykowej, zaś 60 procent prokuratorów i 45 procent sędziów uważa, że artykuł ten nie jest skutecznym narzędziem w ograniczeniu handlu narkotykami[15)].

**Restrykcje w opinii organów egzekwujących prawo nie przynoszą więc celów dla jakich powstał art. 62:** nie ograniczają zjawiska zorganizowanej przestępczości narkotykowej.

Nie sprawdziło się również założenie możliwości wykorzystania przesłuchania zatrzymanej osoby do uzyskania informacji o handlarzach. Okazało się, że zatrzymani niechętnie udzielają informacji o dilerach, ponieważ się ich obawiają. Ponadto często pozyskują narkotyk od znajomych, co wykracza poza ramy typowej relacji użytkownik – diler.

## Problematyka związana ze stosowaniem art. 72 Ustawy

Mechanizm prawny art. 72 UPN z 2005 r. przewiduje możliwość zawieszenia postępowania karnego toczonego przeciwko osobom uzależnionym od narkotyków lub używającym substancji psychoaktywnych szkodliwie, o ile podejmą leczenie lub wezmą udział w programie profilaktycznym. Jeśli aktywność ta przyniesie spodziewane efekty (dobre wyniki leczenia, ukończony program), postępowanie karne wobec oskarżonego może zostać warunkowo umorzone.

### Nieskuteczność przepisu

Taka instytucja prawna charakteryzuje rozwiązanie ukierunkowane na profilaktykę i leczenie, gdyż pozwala skierować użytkownika narkotyków do odpowiedniego programu pomocy, bez konieczności wcześniejszego skazania.

Rozwiązania profilaktyczne są skuteczniejsze niż karanie w przypadku użytkowników narkotyków, jednak z powodu częściowej wadliwości art. 72, przepis ten jest praktycznie martwy.

Tak jak w przypadku zgłaszających się do Rzecznika osób oskarżonych o posiadanie narko-

W nowej ustawie dokonano stosownej modyfikacji art. 72. (ust. 1, 2 i 4 otrzymały brzmienie):

1. *Jeżeli osoba uzależniona lub używająca substancje psychoaktywne szkodliwie, której zarzucono popełnienie przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu lub rehabilitacji lub udziałowi w programie edukacyjno - profilaktycznym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia, prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie.*
2. *Po podjęciu postępowania prokurator, uwzględniając wyniki leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie edukacyjno – profilaktycznym postanawia o dalszym prowadzeniu postępowania albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania.*
4. *W przypadku wskazanym w ust. 2 warunkowe umorzenie postępowania można także zastosować wobec sprawcy przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności. Zastosowaniu warunkowego umorzenia postępowania nie stoi na przeszkodzie uprzednia karalność sprawcy.*

Modyfikacja ta umożliwia stosowanie środków o charakterze probacyjnym wobec uzależnionych lub problemowych użytkowników pomimo wcześniejszej karalności. Dzięki temu art. 72 UPN zacznie spełniać swoją funkcję, dostarczając w szerokim zakresie pomocy osobom uzależnionym czy też szkodliwie zażywającym substancji psychoaktywnych.

15) Karanie za posiadanie. Artykuł 62 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – koszty, czas, opinie. Raport z badań, red. E. Kuźmicz, Z. Mielecka-Kubień, D. Wiszejko-Wierzbicka, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2009 r.

tyków w prawie wszystkich przypadkach dochodziło do umorzenia postępowania karnego, tak w stosunku do uzależnionych ani razu nie doszło do skorzystania z instytucji o charakterze probacyjnym z art. 72 i 73 UPN.

Doświadczenia Biura Rzecznika pokrywają się z wynikami badań zleconych pod koniec 2008 r. przez KBPN: w Krakowie, Warszawie i Katowicach art. 72 UPN zastosowano tylko wobec 9 spośród 250 sprawców, którzy zostali skazani przez sąd.

Najczęstszym powodem niezastosowania przepisu był brak spełnionego wymogu uprzedniej niekaralności.

Ta formalna przeszkoda została zniesiona w nowelizacji ustawy z kwietnia 2011r., która odchodzi od wymogu uprzedniej niekaralności oraz wprowadza obowiązek zbierania informacji o sprawcy przestępstwa pod kątem zastosowania przepisu. Ustawa przewiduje także szeroką dostępność biegłych specjalistów ds. uzależnień, których opinie będą respektowane w postępowaniu karnym.

Inne przyczyny niestosowania przepisu podaje komentarz Łukasza Serednickiego dotyczący efektywności stosowania art. 72. UPN[16]. Serednicki wskazuje, że choć według opinii prokuratorów zasadne jest istnienie w polskim ustawodawstwie tego artykułu, tylko jeden stwierdził, iż zastosował jego mechanizm.

Jako przeszkody w praktycznym stosowaniu przepisu Serednicki przytacza brak wiedzy o jego istnieniu lub dotyczącej sposobów jego zastosowania oraz brak obowiązkowego informowania sprawców o przysługującym im prawie do skorzystania z tego artykułu. Z kolei pilotażowy program TOPIC II jako podstawowe bariery zastosowania przepisu wskazał nieprzyznawanie się oskarżonych do szkodliwego używania narkotyków oraz uprzednią karalność większości sprawców.

## Na czym polega nowelizacja UPN z 1 kwietnia 2010 r?

Zazwyczaj osoby uzależnione popełniają przestępstwa związane z potrzebą pozyskania narkotyków. Zastosowanie wobec nich środków represyjno-karnych nie jest skuteczne, gdyż nie pomaga w walce z nałogiem, za to może prowadzić z powrotem na drogę przestępczą. W takich wypadkach kolejne zatrzymania, skutkujące kolejnymi skazaniami, wytwarzają błędne koło, z którego wyjściem byłoby skierowanie na leczenie, niemożliwe wobec warunku niekaralności.

Zniesienie warunku niekaralności może z kolei doprowadzić do wyodrębnienia grupy przestępców, których chroni art. 72 UPN. Skazany podejmie leczenie, a po pozytywnym jego zakończeniu nastąpi warunkowe umorzenie postępowania. Jednak uzależnienie, jako choroba nawrotowa, może spowodować powrót na drogę przestępczą związaną z używaniem narkotyków.

W ten sposób sytuacja proceduralnie może się powtórzyć, co w efekcie doprowadzi do mechanizmu zamkniętego koła. Niemniej jednak gwarancją, że do takiej sytuacji nie dojdzie jest zależność zastosowania środków probacyjnych od decyzji sądu lub prokuratora.

Realizowany w latach 2008-2009 w Warszawie program pilotażowy TOPIC II testował możliwości stosowania środków probacyjnych dostępnych w ramach art. 72. W ramach programu przetestowano procedury zastosowania art. 72 i 73 UPN na 3 etapach: zatrzymania przez Policję, rozpatrzenie sprawy przez prokuratora oraz na etapie sądowym.

Wyniki programu dostarczyły informacji na temat brakujących elementów, które mogłyby usprawnić funkcjonowanie art. 72 UPN. Wg autorów, istotnym elementem mogącym poprawić częstotliwość zastosowania tego artykułu jest dostępność biegłych z zakresu terapii uzależnień i szybkie wykonanie diagnozy sprawcy. Kolejny element to zbieranie informacji o oskarżonym na podstawie wywiadu środowiskowego przeprowadzanego przez kuratora sądowego.

Podstawowymi barierami w zastosowaniu art. 72 UPN okazała się uprzednia karalność sprawcy oraz nieprzyznawanie się do używania substancji nielegalnych. Rekomendacja zniesienia tego ograniczenia została przedstawiona w parlamencie i znalazła się w nowelizacji UPN, podpisanej w kwietniu 2011r. przez prezydenta RP Bronisława Komorowskiego.

Autorzy programu Topic II zwrócili uwagę na potrzebę dotarcia do środowiska osób uzależnionych, dokonujących przestępstw związanych z używaniem środków odurzających, również dzięki efektywnej współpracy z policją chociażby poprzez umieszczanie plakatów informacyjnych w jednostkach Policji, głównie w izbach zatrzymań oraz rozpowszechniania ulotek na etapie zatrzymania.

*za: Projekt pilotażowy TOPIC II 2008 - 2009, raport z realizacji działań na rzecz profilaktyki przestępczości z udziałem osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, Warszawa 2010*

16) Łukasz Serednicki. Artykuł 72 Ustawy przeciwdziałaniu narkomanii jako alternatywa wobec kary pozbawienia wolności, 2008

W 2011 r. przegłosowano nowelizację Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, która jest nieśmiałym krokiem w stronę liberalizacji, a raczej humanizacji polskiego prawa narkotykowego.

Reprezentująca program Rzecznika Praw Osób Uzależnionych Agnieszka Sieniawska brała czynny udział w pracach nad nowelizacją ustawy jako sejmowy ekspert ds. problematyki przeciwdziałania narkomanii. Działania prowadzone w ramach programu Rzecznika i wnioski z nich płynące znalazły odzwierciedlenie w nowelizacji ustawy.

**Zmieniona ustawa zawiera dwie zasadnicze zmiany:**

- Pierwsza to dodanie do obecnego art. 62 przepisu 62a, umożliwiającego prokuratorowi odstąpienie od

***Znaczna ilość umorzeń dowodzi faktu, że najczęściej zbyteczne jest uruchamianie machiny stosowania art. 62 UPN, ponieważ w ocenie sądów rozpatrujących te sprawy jest to działanie niecelowe.***

wymierzenia kary i umorzenie postępowania karnego, jeśli osoba posiadała narkotyki w nieznacznej ilości, przeznaczone na własny użytek.

*art. 62a. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62 ust. 1 lub 3 są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek oskarżonego, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeśli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości.*

Artykuł ten wyznacza prokuratorowi kierunek w jakim powinien podążać prowadząc postępowanie karne. Nie jest to jedyna zmiana, ale bardzo istotna z punktu widzenia działań programu Rzecznika.

- Druga znacząca zmiana dotyczy art. 72 UPN.

W nowym projekcie ustawy dokonano stosownej modyfikacji art. 72. (ust. 1, 2 i 4 otrzymały brzmienie):

*1. Jeżeli osoba uzależniona lub używająca substancje psychoaktywne szkodliwie, której zarzucono popełnienie przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu lub rehabilitacji lub udziałowi w programie edukacyjno - profilaktycznym albo profilaktyczno - leczniczym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia, prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie.*

*2. Po podjęciu postępowania prokurator, uwzględniając wyniki leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie edukacyjno – profilaktycznym albo profilaktyczno – leczniczym, postanawia o dalszym prowadzeniu postępowania albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania.*

*4. W przypadku wskazanym w ust. 2 warunkowe umorzenie postępowania można także zastosować wobec sprawcy przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności. Zastosowaniu warunkowego umorzenia postępowania nie stoi na przeszkodzie uprzednia karalność sprawcy.*

Modyfikacja ta umożliwia stosowanie środków o charakterze probacyjnym wobec uzależnionych lub problemowych użytkowników pomimo wcześniejszej karalności. Dzięki temu art. 72 UPN zacznie spełniać swoją funkcję, dostarczając w szerokim zakresie pomocy osobom uzależnionym czy też szkodliwie zażywającym substancji psychoaktywnych.

# Analiza rozpatrzonych spraw

W ciągu pierwszego roku działalności Rzecznika zostało rozpoznanych 98 spraw, a od stycznia do lipca 2011 roku ponad 70. W niniejszym opracowaniu zajmiemy się sprawami z pierwszego roku działalności.

Większość z nich dotyczyło pacjentów programów substytucyjnych. Osoby te najczęściej mają problemy z prawem lokalowym, cywilnym oraz karnym.

**38 przypadków (40 %) to sprawy związane z art. 62 Ustawy** tj. z posiadaniem nielegalnych substancji odurzających.

Co ciekawe, we wszystkich przypadkach posiadania narkotyków doszło do skorzystania przez klientów z instytucji dobrowolnego poddania się karze. Standardową propozycją ugodową prokuratora była kara pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania. W zależności od ilości posiadanego narkotyku, kary pozbawienia wolności obejmowały okres od 3 do 6 miesięcy, w zawieszeniu do 3 lat.

Wniosek o dobrowolne poddanie się karze można wycofać przed pierwszym posiedzeniem sądu, dlatego osoby, których sprawami zajmowali się prawnicy z Biura Rzecznika w prawie wszystkich przypadkach (z wyjątkiem dwóch) wnioski takie wycofywały. Następnie sporządzaliśmy dla klientów wnioski o całkowite lub warunkowe umorzenie postępowania, które najczęściej były pozytywnie rozpatrywane.

W prawie wszystkich przypadkach posiadania niewielkich ilości narkotyków doszło do całkowitego lub warunkowego umorzenia postępowania karnego, co uznajemy za duży sukces programu.

Cztery przypadki, w których nie doszło do umorzenia związane były z niezłożeniem do sądu wniosku, bądź nieskorzystanie przez klienta z rady by zrezygnować z instytucji dobrowolnego poddania się karze.

We wnioskach o umorzenie postępowania, najczęściej powoływaliśmy się na znikomą szkodliwość czynu, lub brak znamion czynu zabronionego. Jest to linia obrony oparta na orzeczeniu Sądu Najwyższego z dnia 21 stycznia 2009 r.

W orzeczeniu tym, wskazując na deklarowany cel penalizacji posiadania, SN orzekł, że nie każdy przypadek używania, czyli konsumpcji narkotyku, będzie tożsamy z jego „posiadaniem" w rozumieniu UPN. W wyroku tym sędziowie doszli do wniosku, że

*dysponowanie środkiem odurzającym lub substancją psychotropową związane z ich zażywaniem, albo z zamiarem niezwłocznego zażycia przez osobę dysponującą nimi, nie jest ich posiadaniem w rozumieniu art. 62 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii*[17].

Zgodnie z tym sformułowaniem karze nie może więc podlegać nie tylko przypadek dysponowania zakazaną substancją w momencie jej konsumpcji, ale również w momentach poprzedzających jej zażycie.

Ponadto można wnioskować o umorzenie postępowania karnego ze względu na znikomą szkodliwość czynu na podstawie art. 17 kodeksu postępowania karnego, czy też o zastosowanie innej niż pozbawienie wolności kary, czyli kary ograniczenia wolności lub grzywny.

Znikoma szkodliwość społeczna czynu (art. 1 § 2 k.k.) powoduje, że czyn nie stanowi przestępstwa. Zastosowanie takiego rozwiązania prawnego wymaga oceny, dla której istotne znaczenie mają elementy podmiotowe (m.in. właściwości sprawcy), jak też przedmiotowe (m.in. sposób działania, wartość szkody, szerzenie się podobnych czynów).

Ponadto, w każdej sprawie składane było pismo z ramienia instytucji Rzecznika Praw Osób Uzależnionych popierające wniosek o umorzenie postępowania karnego.

17) Wyrok z dnia 21 stycznia 2009 r., II kk.197/08

## Przykłady interwencji oraz zastosowana linia obrony

W ramach 17-miesięcznej działalności programu Rzecznika zostało dokonanych także kilkanaście interwencji apelujących o zaprzestanie naruszeń w programach substytucyjnych oraz innych w obronie praw osób używających narkotyków, m.in. w więzieniach. Oprócz tego, prowadziliśmy działania popierające zmianę restrykcyjnego i nieefektywnego prawa narkotykowego, które funkcjonuje w Polsce, m.in. biorąc udział w pracach komisji sejmowych jako eksperci, zabierając głos na posiedzeniach, wysyłając do parlamentu rekomendacje oraz wyniki badań, rozmawiając z politykami i przekonując o słuszności rozwiązań zaproponowanych w projekcie ustawy.

Za przytoczonymi rozwiązaniami stoją autentyczne historie i ludzie, którzy je przeżyli.

W projekcie Rzecznika na co dzień spotykamy się osobami mającymi problemy prawne związane z egzekwowaniem surowego ustawodawstwa narkotykowego. Poniżej przytoczymy kilka wzorcowych spraw i przykłady reagowania na nie.

**Brak znamion czynu zabronionego**

W lipcu 2010 r. po poradę prawną zgłosił się student III roku Uniwersytetu Warszawskiego, Mateusz K.. W 2007 r. został złapany przez policję za posiadanie 3,3 grama marihuany. Dobrowolnie poddał się karze i otrzymał bardzo wysoki – w stosunku do społecznej szkodliwości czynu – wyrok w wysokości 6 miesięcy pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania na okres 3 lat.

Niestety, tuż przez upływem trzeciego roku próby został zatrzymany i przeszukany przez funkcjonariuszy policji. Znaleziono przy nim szklaną fifkę i foliowe zawiniątko z zawartością suszu roślinnego o wadze 1,3 grama netto, a badania fizykochemiczne wykazały, że jest to marihuana. Dla Mateusza oznaczało to 6 miesięcy pobytu w więzieniu.

Z inicjatywy programu rzecznika do sądu został złożony wniosek o umorzenie postępowania karnego, w którym powołaliśmy się na orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 21 stycznia 2009 r.

Dzięki interwencji Biura Rzecznika sprawa Mateusza K. została umorzona.

**Celowość wykonania kary**

Klientka Anna W. popełniła przestępstwo w związku z posiadaniem środków psychoaktywnych. W dniu 11 kwietnia 2007 r. w Warszawie, na terenie centrum handlowego policja znalazła przy niej 0,32 grama amfetaminy. Za jej posiadanie została skazana na karę 6 miesięcy pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem na 2 lata.

W okresie próby popełniła kolejne przestępstwo, za które również została skazana na karę pozbawienia wolności - posiadała 5 tabletek leku Clonazepamum i 1 ml heroiny.

Sąd Rejonowy zarządził odwieszenie kary uzasadniając swoje stanowisko tym, że klientka ponownie została skazana na karę pozbawienia wolności za czyn podobny umyślny.

Zgodnie z art. 75 § 1 k.k. sąd zarządza wykonanie kary, jeżeli skazany w okresie próby popełni podobne przestępstwo umyślne, za które orzeczono prawomocnie karę pozbawienia wolności.

LINIA OBRONY

Wyrok sądu w tym przypadku stoi w rażącej sprzeczności z celowością wykonania kary oraz z zasadami współżycia społecznego, a ponadto zachodzą szczególne okoliczności sprawy, które w znaczący sposób powinny wpłynąć pozytywnie na inne potraktowanie sprawcy.

Klientka jest osobą uzależnioną od substancji psychoaktywnych, leczącą się w programie metadonowym, a popełnienie przez nią czynu zabronionego było spowodowane chorobą jaką w świetle prawa jest uzależnienie. Decyzja o umieszczeniu jej w zakładzie karnym byłaby krzywdząca, ponieważ ze

względu na stan zdrowia najodpowiedniejszym rozwiązaniem jest leczenie w programie metadonowym w warunkach wolnościowych. Co więcej, pozbawienie jej wolności uniemożliwiłoby dalszą terapię.

Wniosek Rzecznika o umorzenie postępowania został pozytywnie rozpatrzony.

**Łączenie wyroków**

Do Rzecznika często zgłaszają się osoby czynnie używające narkotyków, które mają wiele zaległych spraw karnych.

Przykładem takiego klienta jest Pani Magda M., która popełniła w tzw. ciągu przestępstw 7 przestępstw różnego rodzaju związanych z zażywaniem środków psychoaktywnych. Cztery wyroki sądu miały charakter kar pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem wykonania kary. Dwa z nich zostały odwieszone z powodu ponownego popełnienia czynu zabronionego w czasie trwania dwuletniego okresu próby.

Matka osadzonej w więzieniu Magdy skierowała do nas listowną prośbę o interwencję.

LINIA OBRONY

Problem prawny zawiązany z tą sprawą dotyczył zasady łączenia wyroków. Na mocy art. 570 kpk. możliwe było wniesienie wniosku o wydanie wyroku łącznego, obejmującego dwa wyroki, charakteryzujące się jednorodnością orzeczonej kary. Nie można bowiem łączyć wyroku kary pozbawienia wolności z karą grzywny. Połączenie wyroków jest korzystnym rozwiązaniem, ponieważ skraca całościowy wymiar kary.

Działania podjęte przez Rzecznika polegały na sporządzeniu wniosku o wydanie wyroku łącznego, który został pozytywnie rozpatrzony przez sąd. Istnieje możliwość dochodzenia warunkowego przedterminowego zwolnienia z odbycia reszty kary, jednak po odbyciu co najmniej połowy kary i nie wcześniej niż po 6 miesiącach.

**Prawo lokalowe**

Częstymi sprawami klientów stawiających się na dyżury Biura Rzecznika są problemy z prawem lokalowym i cywilnym. Wzorcowym przykładem jest sprawa Pani Anny K.

Anna od lutego 2009 r. mieszka w lokalu w Warszawie. Jak twierdzi, wprowadziła się tam przede wszystkim za sprawą właścicielki mieszkania Wiesławy W., która poprosiła o opiekę i pomoc w bieżących sprawach życia codziennego.

Z przerwami na hospitalizacje oraz odbycie kary pozbawienia wolności, Anna K. zamieszkuje w tym lokalu do dnia dzisiejszego. Jednak nie posiada i nigdy nie posiadała żadnego tytułu prawnego do lokalu.

Dnia 9.01.2010r. wpłynął pozew przeciwko Annie K. i Wiesławie W. o zapłatę zaległego czynszu w wysokości ponad 13 tys. zł. Jak wynika z pozwu, umowa najmu została uprzednio wypowiedziana z powodu nie uiszczania czynszu. W ostatecznym wezwaniu do zapłaty tylko Wiesława W. jest wymieniona jako osoba zobowiązana do zapłaty zaległości.

Sąd w postępowaniu upominawczym nakazał obu pozwanym solidarnie zapłatę dochodzonej kwoty. W stosunku do Anny K. toczy się równocześnie postępowanie eksmisyjne z wymienionego lokalu. Ma ona stwierdzony stopień niepełnosprawności w rozumieniu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych[18)].

LINIA OBRONY

Problem prawny dotyczy możliwości uniknięcia zapłaty zaległego czynszu albo obniżenia tej kwoty oraz przyznania lokalu socjalnego po eksmisji.

Poddając przedstawiony stan faktyczny analizie prawnej można stwierdzić, iż zgodnie z postanowieniami art. 673 Kodeksu Cywilnego[19)] wynajmujący może wypowiedzieć umowę najmu bez zachowania

18) Dz. U. z 2008r nr14, poz.92-j.t.

19) Dz.U. z dnia 18 maja 1964r., nr 16, poz.93 ze zm., dalej jako KC

terminów wypowiedzenia, jeżeli najemca zalega z opłatami za dwa pełne okresy płatności, a ponadto wynajmujący wcześniej uprzedził najemcę na piśmie i wyznaczył mu dodatkowy miesięczny termin na zapłatę[20].

W omawianej sprawie zaległości wynoszą 13 568,95 zł za okres 12 miesięcy od 31.12.2008 r. do 31.12.2009 r. Jedyną osobą wskazaną w wykazie zaległości oraz ostatecznym wezwaniu do zapłaty jako dłużnik jest Wiesława W.

Podstawą do wysuwania roszczeń w stosunku do Anny K. może ewentualnie być art. 688 1 KC, który stanowi, że solidarnie z najemcą odpowiada osoba pełnoletnia, która stale z nią zamieszkuje. Odpowiedzialność tej osoby ogranicza się do wysokości czynszu i innych opłat należnych za okres stałego zamieszkania (art.688 1 paragraf 2). Osobą stale zamieszkującą jest osoba, dla której mieszkanie stanowi centrum spraw życiowych[21].

W przypadku Anny K. zasadne jednak było wniesienie sprzeciwu, gdyż na dowód istnienia roszczenia powód przywołuje wezwanie do zapłaty (a tam widnieje jedynie właścicielka), więc roszczenie wobec pozwanej nie jest wystarczająco udowodnione – pozew wobec Anny K. jest bezzasadny.

Gdyby sąd nie przychylił się do tej linii obrony istnieje możliwość obniżenia dochodzonej wobec klientki kwoty, wskazując okresy kiedy nie zamieszkiwała w lokalu z powodu choroby (wówczas przebywała w szpitalu), bądź z powodu osadzeniu w zakładzie karnym. Dodatkowym argumentem może być brak meldunku w lokalu, który świadczyłby o zamiarze stałego zamieszkania.

W związku z powyższym, dla Pani Anny K. został sporządzony sprzeciw od nakazu zapłaty wydanego w postępowaniu upominawczym oraz wniosek o odroczenie wykonania kary w sprawie o eksmisję.

Dzięki pomocy Rzecznika klientka otrzymała mieszkanie socjalne.

Wielu z naszych klientów ma podobne problemy. Często osoby, które mają za sobą przeszłość związaną z intensywnym używaniem opiatów były bezdomne. Gdy trafiają na programy leczenia uzależnienia przez terapię substytucyjną starają się diametralnie zmienić swoją sytuację życiową i potrzebują miejsca, gdzie mogłyby rozpocząć tzw. normalne życie.
Wówczas istotna jest możliwość uzyskania pomocy ze strony programu Rzecznika w znalezieniu mieszkania socjalnego z zasobów gminnych. Dzięki pomocy prawnej udaje się pozyskać dla klientów mieszkania.

**Dostęp do terapii w więzieniu**

Andrzej J. został skazany na karę pozbawienia wolności w wymiarze 1 roku i 6 miesięcy. Komisja Penitencjarna zadecydowała o umieszczeniu skazanego w zakładzie karnym zamkniętym w systemie zwykłym.

Klient jest jednak uzależniony od środków psychoaktywnych, co potwierdza szereg dokumentów dołączonych do dokumentacji, w związku z czym osadzenie go w zakładzie karnym w systemie zwykłym naraża go na brak dostępu do odpowiednich środków i metod leczenia.

LINIA OBRONY

Problem prawny dotyczył możliwość umieszczenia osadzonego w zakładzie karnym typu zamkniętego w systemie terapeutycznym.

Na podstawie art. 81 Kodeksu Karnego Wykonawczego z dnia 6 czerwca 1997 r. karę pozbawienia wolności wykonuje się w systemie zwykłym lub terapeutycznym. System terapeutyczny jest stworzony dla skazanych, których stan zdrowia wymaga odpowiedniej terapii.

Stan zdrowia Andrzeja J. kwalifikował go do umieszczenia w systemie terapeutycznym, w zawiązku z czym Rzecznik sporządził odwołanie od decyzji Komisji Penitencjarnej o wykonaniu kary w zakładzie karnym typu zamkniętego w systemie zwykłym i przeniesienie do systemu terapeutycznego.

Pismo zostało pozytywnie rozpatrzone.

20) Art. 687 KC oraz art. 11 ust. 2 pkt. 2 ustawy o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego (Dz. U. z 2005r nr 31 poz. 266-j.t.)

21) Wyrok SN z 15 stycznia 1980r., sygn. III CRN 314/80, również wyrok SN z 6 maja 1980r., sygn. III CRN 61/80

Średni okres oczekiwania na zakwalifikowanie do odbywania kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wynosi 1 rok. Opisany przypadek pokazuje jak istotne i pomocne jest zaangażowanie programu Rzecznika w tego typu sprawy.

# Listy od klientów

Wielu klientów przesyła prośby o pomoc prawną przez pocztę e-mail. Udzielanie pomocy przez tę formę komunikowania jest przydatnym narzędziem w sprawach wobec klientów zamieszkałych poza Warszawą, a zarazem przyspieszającym procedury udzielania pomocy.

Większość nadsyłanych opisów spraw dotyczy egzekwowania art. 62 UPN w przypadkach małych ilości na własny użytek. Okoliczności zatrzymania i sposób potraktowania sprawców kształtowały się dość schematycznie i sprawiają wrażenie rutynowych – nie mają charakteru incydentalnego, lecz są normą postępowania przyjętą przez policjantów.

Jest to dowód na ukształtowania złej praktyki stosowanej przez funkcjonariuszy policji, która polega na nadużywaniu uprawnień. Trudno bowiem dopatrywać się zasadności przeszukania mieszkania w przypadku wykrycia małej ilości marihuany w kieszeni licealisty.

Tak duża liczba zgłoszeń do programu Rzecznika, wskazująca tak częste represje w postaci zatrzymań, kontroli osobistych, przeszukań mieszkania, czy w końcu kar więzienia, zazwyczaj związana jest z łamaniem przez funkcjonariuszy policji procedur.

Poniżej znajduje się kilka opisów stanów faktycznych związanych z posiadaniem zakazanych substancji psychoaktywnych nadesłanych przez naszych klientów, co pomoże zilustrować problem nadużywania praw przez funkcjonariuszy policji oraz ukazać charakter represji wymierzanych zazwyczaj w nieodpowiednim kierunku.

Represje takie mogą przynieść negatywne rezultaty w postawach społecznych młodych ludzi.

Zatrzymanie i noc spędzona w areszcie, niekiedy w jednej celi z rzeczywistymi przestępcami, dla młodego człowieka jest przeżyciem traumatycznym, zarazem skutkującym utrwalaniem postaw antyspołecznych i związanych z brakiem zaufania do organów władzy.

Podobnie nieadekwatna kara może wywołać negatywne postawy, niewiarę w dbałość o interes społeczny organów państwowych, które realizują własne interesy.

*„Witam,*

*Dowiedziałem się o państwa organizacji i chciałbym prosić o pomoc prawną, a raczej radę. Zostałem zabrany na komendę miesiąc temu na podstawie zeznań chłopaka – nieletniego – o udzielenie 20 gramów marihuany właśnie jemu. Sytuacja ta rzekomo miała miejsce w lipcu 2009r. Ja miałem wtedy 18 lat, on 17. Nie przyznałem się do tych pomówień, więc spisano moje zeznania i przyprowadzono tego chłopaczka. Zrobiono konfrontację. Ja nadal zostałem przy swojej wersji. Zwolniono mnie od razu po tej rozmowie. Teraz nie wiem co mam robić, jak dowiedzieć się o szczegóły tej sprawy?? Czy rozmawiać z adwokatem ?? Jaka odpowiedzialność karna mi grozi?? Podkreślam, że nie jestem uzależniony od narkotyków ani nie miałem/mam z tym kontaktu. Proszę o pomoc i pozdrawiam.*

*Dominik"*

✶✶✶

*„20 grudnia ok. godziny 19:50 odprowadzałem kolegę z klasy na przystanek, autobus przyjechał po czym kolega do niego wsiadł, zobaczyłem, że z autobusu wychodzi mój znajomy który mieszka niedaleko mojego domu, przywitałem się z nim, przeszliśmy dosłownie 5 metrów po czym zatrzymało nas dwóch mężczyzn, jak się okazało byli to policjanci „ciche".*

*Dziwna sprawa wynikła trochę gdyż szła za nami osoba, którą znam z widzenia i gdy zobaczyła jak mnie i kolegę zatrzymują policjanci - uciekła.*

*Od razu po tym zostaliśmy „rzuceni" na ziemie i zakuci w kajdanki.*

*Najpierw przeszukali kieszenie mojego kolegi - nic nie znaleźli. Następnie przyszła kolej na mnie. Niestety znaleźli moją marihuanę, która była już wymieszana z tytoniem.*

*Razem z kolegą przewieziono nas na komendę, gdzie go przesłuchano i zwolniono do domu.*

*Ja już miałem gorzej, policjanci ubliżali mi, zostałem też mocno uderzony w tył głowy po tym jak nie chciałem powiedzieć od kogo kupiłem - bałem się że zaraz zrobią mi krzywdę.*

*Zażądałem kontaktu z lekarzem ponieważ jestem chory na astmę i w sytuacjach w których się stresuję trudno jest mi oddychać a nie miałem przy sobie lekarstw które muszę przyjmować. Policjanci wyśmiali mnie i stwierdzili że „dam sobie radę" bo oni powinni już być w domu a przeze mnie mają jeszcze pełno roboty. Około godziny 12 w nocy dostałem do popisania jakieś papiery ( nie było tam moich zeznań ), więc podpisywałem nie czytając. Po chwili zostałem przewieziony na „dołek". Następnego dnia przyjechali po mnie policjanci ( tym razem już inni, z mojej miejscowości ), przewieźli mnie na posterunek gdzie złożyłem zeznania, przyznałem się do winy po czym zostałem zwolniony do domu. Uważam że 3 lata zawiasów to zdecydowanie za dużo... jestem osobą uzależnioną i muszę palić... boję się, że znowu mnie złapią i pójdę do więzienia...*

*Jak mam się bronić żeby dostać mniejszy wyrok?*

*Z góry dziękuję za wszelkie informacje*

*Daniel"*

✶✶✶

*„Witam*

*Przesyłam swoją historię. Wszystko jest dokładnie opisane, ponieważ tekst pisałem od razu po wyjściu z komisariatu. Przepraszam za błędy stylistyczne, ale myślę że nie przeszkodzą one w czytaniu i rozumieniu sytuacji.*

*Chciałbym opisać swój przypadek w jaki sposób nasza polska policja traktuje obywateli.*

*Mogę dodać, że nigdy nie byłem karany, trawkę od czasu do czasu zapalę w czechach (mam kilka km do granicy) i ogólnie mam dobrą opinię.*

*Był kwiecień.*

*Było już dość późno ok. 24. Wracałem do domu z uczelni, sobota, studiuję zaocznie na 2 roku. W mojej miejscowości drogówka odbywała służbę na drodze, która prowadziła do mojego domu. Tak się stało że akurat jechałem i nawinąłem się na lizak jednego z policjantów.*

*Miałem przy sobie woreczek strunowy, potocznie zwany samarką, w którym znajdowała się herbata yerbamate. Piję ją regularnie, dotychczas zamawiałem ten specjał na internecie, ale ostatnio zablokowali mi konto allegro (15,44 nie płacone kilka miesięcy) i musiałem gdzieś indziej się zaopatrzyć. Zakupiłem yerbę od kolegi, dał mi to w woreczku strunowym, nieoznakowanym, taka tradycyjna „dilerska" samarka. Ok, wróćmy do zatrzymania. W momencie gdy policjant wystawił świecący lizak, schyliłem się aby wrzucić woreczek do schowka w drzwiach - nie chciałem aby znaleźli to u mnie w kieszeni, po prostu się przestraszyłem faktu, że jeśli policjant znajdzie przy mnie woreczek z nieznanym suszem roślinnym od razu pomyśli - MARYŚKA!*

*Tak też było... Pokazałem dokumenty, zachowywałem się spokojnie, grzecznie odpowiadałem na pytania. Po krótkim czasie policjant poprosił o wyjście z auta i wyjaśnienie, dlaczego schylałem się podczas jazdy. Wyjaśniłem że był to impuls nerwowy i jakoś tak odruchowo rzuciłem woreczek z herbatą do schowka, nie chciałem go mieć przy sobie. Następnie pokazałem ów woreczek policjantowi, wyjaśniłem, co to jest i skąd to mam. Opowiedziałem krótko czym jest yerbamate, jak się ją pije, jak działa. Ogólnie mam kłopoty z sercem, a jako student czasem muszę zerwać nockę na naukę do sesji, a yerba jest do tego idealna, nie koliduje z sercem, nie przyspiesza akcji i nie ma negatywnych skutków jak np. kawa. Po tym wyjaśnieniu zostałem od razu potraktowany jak handlarz narkotyków. Dodam, że w woreczku było jak to ważyli panowie policjanci 1.9g ale o tym później. Mała ilość, ponieważ kolega miał tylko tyle, a każda ilość była dla mnie dobra, bo musiałem się pouczyć na Rachunkowość.*

*Zostałem zabrany na komisariat policji w mieście powiatowym (w mojej rodzinnej miejscowości nie posiadają laboratorium wagi itp.). Poprosiłem o nieużywanie kajdanek, ponieważ nie ma takiej potrzeby. Policjanci zgodzili się. Droga na komisariat była ok. 10 km, w międzyczasie gawędziłem z policjantami na temat szkoły, do której uczęszczam, ogólnie było OK. Na komisariacie również na początku nie miałem żadnych zastrzeżeń. Siedziałem na korytarzu, została mi pokazana toaleta, co prawda w opłakanym stanie no ale zawsze coś. Po jakimś czasie przyszło na komisariat dwóch zaspanych funkcjonariuszy.*

*Jeden mnie mijał, powiedziałem mu dobry wieczór, jednak w pierwszej sylabie tego słowa zaciąłem się (mam wrodzoną wadę wymowy – jąkanie - która podczas sytuacji stresowych nasila się, wszystko udokumentowane itp.) na co dostałem odpowiedź: naucz się mówić.*

*Zostałem zabrany do gabinetu w którym miał się odbyć test na obecność THC. Dwaj zaspani (niech już tak zostanie) funkcjonariusze zaczęli przeprowadzać badanie i tutaj zaczął się koszmar. Zostałem posadzony na stołku z dala od wagi, testerów i mojego woreczka. Jeden z zaspanych panów nagle mówi: „nigdy nie robiłem tego testu, ale spróbuję bo Janek będzie za godzinę dopiero a musimy tego chuja udupić" następnie zrobił test, nasypując palcami do testera mój susz. Nie widziałem dokładnie jak to robił, ponieważ kazali mi siedzieć na krześle i się nie ruszać. Widziałem tylko jak otwiera pudełko od testera i jak pokazuje mi kolor zabarwienia. Nie widziałem wkładania suszu, w ogóle nie jestem przekonany, że to co było w testerze jest akurat moje. Po tych wszystkich testowaniach, zaspani zaczęli pytać skąd to mam.*

*Odpowiedziałem że dał mi to kolega, nie chcę podawać jego danych osobowych ponieważ nie ma takiej potrzeby. Wytłumaczyłem jeszcze raz co to jest, do czego służy i że w razie potrzeby mogę dostarczyć im oryginalne pudełko od tego. W międzyczasie słyszałem oskarżenia: ćpun, handlarz, my wiemy co ty naprawdę robisz, nas nie oszukasz skurwysynu, ale mnie już wkurwiasz, jesteś popierdolony, naucz się mówić.*

*Cały czas starałem się być spokojny i mówić wolniej, ponieważ wtedy moja wada wymowy nie jest tak widoczna i można mnie dobrze zrozumieć. Stres był okropny, byłem cały zalany potem. Była już późna godzina, ok. 2 prosiłem o telefon do mamy, ponieważ moja komórka się rozładowała i od rana mama nie wie co się ze mną dzieje, a miałem wrócić do domu ok. 22-23 bo na następnego dnia miałem mieć egzamin o 8 rano. Jeden z zaspanych powiedział że go to nie obchodzi. Poprosiłem jeszcze raz, wyjaśniając że moja mama jest chora na serce i pewnie teraz dzwoni do mnie bezskutecznie co przyprawia ją o nerwy. Wystarczy tylko jeden telefon „mamo jest ok, będę później". Również otrzymałem odpowiedź: musisz to się wysrać. Kolejno dołączył pan od laboratorium, który zajmował się ważeniem itp. Poprosiłem o wykonanie jeszcze raz testu na obecność THC, ponieważ poprzedniego nie widziałem i był wykonany nieprofesjonalnie. Dostałem odpowiedź, w której zrozumiałem że mam się pierdolić i siedzieć cicho. Starałem się mówić grzecznie, nie podnosić głosu bo wiedziałem że to może pogorszyć tylko moją sytuację.*

*W końcu pan od laboratorium zważył susz, netto i brutto, pokazał mi wagę, jednak drugiego testu nie wykonał, tylko zatwierdził ten co robił zaspany. Nie miałem już wpływu na sytuację, ponieważ policjanci którzy byli w pokoju (2 zaspani, pan od laboratorium, 2 z drogówki, która mnie kontrolowała ) ignorowali każdą moją uwagę i prośbę o telefon do mamy. W końcu odpuściłem, bo wiedziałem że to i tak nie ma sensu. Pan z laboratorium wsadził wszystko do „safebag" czyli zamykanej torby, która jest wysyłana do dokładnej analizy (co to jest i czy to coś jest legalne). Pokazał mi jak wsadza do torby susz. Podpisałem się na torbie że widziałem jak pakował. Czas w laboratorium dobiegł końca. Byłem tak zmęczony psychicznie, że po prostu nie miałem ochoty już na nic. Siedziałem na korytarzu i czekałem na przebieg dalszej akcji.*

*O godz. 3 policjant z drogówki zadzwonił do mamy w celu poinformowania jej o moim zatrzymaniu. Po 15 min rodzice byli na komendzie, ponieważ ktoś musiał zabrać moje auto spod komisariatu do domu. Z rodzicami widziałem się minutę przez okno. Powiedziałem im tylko „wszystko OK, nie martwcie się, będzie dobrze". Mama wyglądała strasznie, blada i zdenerwowana. Nie mogłem na to patrzeć... następnie zostałem zaprowadzony do celi, ponieważ nie ma już czasu na zapisanie dokładnych zeznań a do domu mnie nie puszczą bo mogę jak to określił zaspany „wywalić z domu maryśkę którą mam".*

*Udałem się z dwoma policjantami do budynku z celami. Oddałem rzeczy które miałem przy sobie, policjant odprowadził mnie do celi. Byłem w niej sam. Miałem dwa szare koce i poduszkę. Było strasznie zimno, musiałem poprosić o dodatkowy koc ponieważ byłem tak spocony, że pot mnie mroził.*

*Przespałem się chwilę. Rano o 9 obudził mnie śledczy. Zadał kilka wstępnych pytań, odpowiedziałem, usłyszałem jak się spodziewałem „nie wierzę w Twoje pieprzone bajki". Zostałem zabrany w kajdankach na komisariat w mojej rodzinnej miej-*

*scowości. Zostały spisane dokładniejsze zeznania. Nagle do mnie i do śledczego dołączył pan policjant, nazwijmy go przekonywacz. Zaczął mnie pytać jeszcze raz o wszystko. Również wyjaśniałem co to jest yerba i do czego służy.*

*Słyszałem tylko szydzące odpowiedzi. Nagle pan przekonywacz wyskoczył z propozycją: „słuchaj, powiedz skąd to masz, od kogo, dla kogo to wiozłeś i komu to chciałeś sprzedać. Jak się przyznasz dla kogo dilujesz to cię puścimy do domu i nie będziesz miał kłopotów" .*

*Powiedziałem: dobrze powiem i znowu po raz setny wytłumaczyłem skąd to mam, że dla swojego użytku i do czego to służy. Jak zwykle usłyszałem w odpowiedzi chamski żart i określenie ćpunie. Po paru wymianach zdań usłyszałem, że jestem wolny i mogę iść do domu.*

*Dodam, że policja przeszukała mój pokój i nic nie znalazła.Teraz czekam na końcowa analizę suszu roślinnego.*

*Pozdrawiam i czekam na porady co robić dalej.*

*KT*

✶ ✶ ✶

*Witam, adres znalazłem w sieci nawet nie wiem czy aktywny.*

*Piszę, bo w ostatnią sobotę zostałem aresztowany, miałem przy sobie 0,5 grama marihuany. Aresztowanie było dziwne, podeszli policjanci po cywilnemu i od razu zaczęli przeszukiwać kieszenie. Policja przeszukała później mój dom i znalazła jeszcze jakieś resztki - łącznie 0,1 grama.*

*Przyznałem się do winy i dobrowolnie poddałem się karze. Nie mówiłem, że jestem uzależniony. Upierałem się, że palę okazjonalnie i kupuję z różnych źródeł zawsze przypadkowych.*

*Nie wiem za bardzo jak w tej sytuacji wygląda moja sprawa. Co mam zrobić, żeby wyszło jak najlepiej dla mnie. Najbardziej zależy mi na umorzeniu sprawy ze względu na niską szkodliwość społeczną.*

*Pzdr*

✶ ✶ ✶

*„Witam, serdecznie chciałem się poradzić w następującej sprawie:*

*Dnia 07.08.2010r. funkcjonariusze KPP Wodzisław Śl. dokonali zatrzymania mnie w trakcie przeszukania ujawniono susz roślinny koloru zielonego o masie około 0,40 -0,50 grama ( nie pamiętam dokładnie) co stanowi przestępstwo z artykułu 62 ust. 3 Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii... W związku z tym poddałem się dobrowolnie karze i przystąpieniu na propozycje prokuratora na wyrok 1 rok na 3 lata w zawieszeniu z myślą, że wyrok zostanie anulowany z uwagi, iż wcześniej nie byłem karany, a ilość marihuany była nieznaczna tylko na mój użytek.*

*Jednak niedawno zostałem poinformowany, iż sprawa została skierowana do sądu i zdałem sobie sprawę, że bez własnego wkładu pewnie walną mi wyrok za tak błahy występek. W związku z powyższym mam pytanie, czy jest jakaś możliwość żeby odkręcić sprawę. Prośbę swą motywuję tym, iż jestem studentem i po okresie studiowania chciałem wyjechać do pracy w Australii jednak po otrzymaniu wyroku niestety, ale nie będzie mi to dane.*

*Z moich poczynań wysłałem wniosek o umorzenie postępowania umotywowany tym, iż suszu była nieznaczna ilość oraz o niekaralności (…) co skierowałem do prokuratury oraz sądu. W dniu dzisiejszym dostałem odpowiedź od prokuratury, którą zamieszczam w załączniku nr.1. Także chciałbym wycofać dobrowolne poddanie się karze z nadzieją jej umorzenia... jest taka szansa? Załączam wszystkie dokumenty dotyczące sprawy w opisanych załącznikach.*

*Pozdrawiam serdecznie Daniel*

✶ ✶ ✶

*„Witam*

*Dnia 20 grudnia 2010 roku zostałem zatrzymany za posiadanie 1,09g marihuany.*

*Poddałem się dobrowolnie karze, gdyż pan policjant mi podpowiedział, że tak będzie lepiej i na pewno będzie to jakiś malutki wyrok.*

*Dostałem propozycję 3 miesięcy pozbawienia wolności w zawieszeniu na 3 lata i 300zł grzywny na rzecz ośrodka leczenia uzależnień.*

*Dnia 13 kwietnia 2011 dostałem akt oskarżenia i zawiadomienie, że 18 maja 2011 odbędzie się posiedzenie w sprawie o sygn. (…) w przedmiocie rozpoznania wniosku, gdzie moje stawiennictwo nie jest obowiązkowe.*

*W akcie oskarżenia ktoś podał moje złe dane personalne! Urodziłem się (…) roku a w akcie pisze że (…), do tego pisze że mam wykształcenie podstawowe a mam gimnazjalne i kończę liceum.*

*Na chwilę obecną jestem uczniem 2 klasy liceum w systemie zaocznym. Czy do wniosku również będzie trzeba dołączyć zaświadczenie ze szkoły?*

*Jestem na utrzymaniu rodziców, nie pracuję, nie mam żadnych źródeł dochodu. Nigdy wcześniej nie byłem karany.*

✶✶✶

*„Witam*

*Zostałem zatrzymany 09.10.2010 r. o godzinie 01:15, przez nieumundurowanych policjantów w nie oznakowanym samochodzie. Panowie bez wylegitymowania się, ani przedstawienia jakiegokolwiek zarzutu zaczęli przeszukanie.*

*Znaleziono u mnie 3 gr haszyszu. Niestety zgodziłem się na dobrowolne poddanie karze (3 miesiące w zawieszeniu na 2 lata). Nie rozmawiałem z prokuratorem tylko z Panią aspirant (chyba). Mimo wielu próśb nie umożliwiono mi kontaktu z kimkolwiek. Rozumiem że wyrok ten nie jest jeszcze prawomocny. Czy w tym przypadku istnieje możliwość stawienia się na rozprawie? Czy uda mi się umorzyć postępowanie?*

*Pozdrawiam Wojciech"*

✶✶✶

*„Witam*

*nazywam się Przemysław, mam 20 jestem z powiatu brodnickiego w woj. Kuj-Pom. i podlegam KPP Brodnica. W pn 07.03.2011r. Przyjechało do mnie dwóch policjantów mówiąc, że otrzymują zgłoszenia, że posiadam marihuanę. Wchodzą do mojego pokoju w celu przeszukania, znaleźli metalowe pudełko z suszem o wadze brutto 19g, suszu było natomiast ok 2.5 g. Wzięli mnie na dołek spędziłem tam noc, po czym rano zaczęło się przesłuchanie i zeznania. Moje zeznania są trochę banalne, no ale to była moja pierwsza wpadka i się denerwowałem.*

*Zeznania wyglądają następująco :*

*W sobotę pojechałem samemu do Torunia na zakupy, idąc z deptaka poszedłem na Bulwar Toruński, wtedy podszedł do mnie młody mężczyzna ubrany w bluzę z kapturem oraz bojówki i zapytał mnie czy nie chcę kupić trawki. Ja odpowiedziałem, że chcę, ponieważ kiedyś spróbowałem dopalaczy po których czułem się bardzo źle i chciałem spróbować jak to jest po normalnej trawce. Po powrocie do domu całość przesypałem do pudełka. Spaliłem 2 szklane cygaretki po czym poczułem się zmęczony i położyłem się spać. Wszystko co kupiłem było tylko i wyłącznie na własny użytek. Nie jestem uzależniony, nigdy nie byłem karany nawet mandatem.*

*Niestety po długiej gadce policjantów, że tak będzie lepiej i szybciej dla mnie podpisałem dokument o dobrowolnym poddaniu się karze. Znając naszego prokuratora to karą będzie 3 lata w zawieszeniu oraz dozór kuratora. Moja prośba jest następująca: co należy zrobić aby kara była jak najmniejsza. Proszę o pomoc. Za odpowiedź z góry dziękuję.*

*Pozdrawiam"*

# Część II
# System pomocy i leczenia uzależnionych od narkotyków w Polsce

# Pierwsze kroki

Za datę narodzin systemu pomocy osobomużywającym narkotyków przyjęło się uznawać rok 1978, gdy Marek Kotański i jego zespół powołali w Głoskowie koło Garwolina pierwszy w naszym kraju ośrodek – dom dla osób uzależnionych od narkotyków. Była to zarazem pierwsza w Polsce, udana próba adaptacji stosowanej od niedawna w Europie metody społeczności terapeutycznej w leczeniu uzależnień. W 1981 roku, z tego ośrodka narodził się MONAR, pierwsza organizacja antynarkotykowa we wschodniej Europie.

Działanie głoskowskiego ośrodka przyniosło rozgłos zarówno Kotańskiemu jaki i stosowanej metodzie, jednak mówiąc o początkach leczenia uzależnień, nie należy zapominać też o osobach dr Ewy Andrzejewskiej i zmarłego przedwcześnie dra Zbigniewa Thielle, twórcy pierwszego w naszym kraju oddziału detoksykacyjnego i pierwszego stricte narkotykowego ambulatorium.

Tak o ich zasługach w rozwoju lecznictwa pisali Jerzy Marcinkowski i Piotr Jabłoński

*Uzależnieni, o ile w ogóle trafiali do placówek medycznych, leczeni byli w ramach istniejącego systemu opieki zdrowotnej. Lecznictwo odwykowe dla narkomanów dysponowało zaledwie 90 łóżkami na terenie całego kraju. W tym okresie leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych leżały prawie całkowicie w zakresie kompetencji lekarzy psychiatrów. Jedną z pierwszych i wiodących w tym czasie placówek dla uzależnionych stał się działający w latach 1971–1976 Oddział Leczenia Toksykomanów przy Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu pod Wrocławiem. Ordynatorem Oddziału został dr Zbigniew Thielle, współautor pionierskiej w Polsce pracy dotyczącej uzależnienia od substancji psychoaktywnych Toksykomanie, zagadnienia społeczne i kliniczne.*

*W środowiskach służby zdrowia leczenie narkomanii uznawane było za bardzo trudne, a dotychczasowe wyniki różnego rodzaju kuracji odwykowych i resocjalizacyjnych uzyskiwane w Polsce i na świecie uważano za mało zachęcające i nie budzące optymizmu (Andrzejewska, 1974). Stąd też istotnym dla rozwoju terapii uzależnień od substancji nielegalnych stały się – pozytywne w stosunku do osób uzależnionych i nowatorskie na gruncie państwowej służby zdrowia – doświadczenia wyniesione z funkcjonowania garwolińskiego Sanatorium dla Dzieci i Młodzieży, działającego wówczas pod kierownictwem dr Ewy Andrzejewskiej, gdzie już od około 1972 roku rozpoczęto przyjmowanie do leczenia pełnoletnich uzależnionych pacjentów. W placówce tej rozpoczęło swoją drogę zawodową wielu badaczy i praktyków terapii uzależnień, na czele z Markiem Kotańskim.*

Obecność narkomanów na terenie szpitala i Sanatorium prowadziła do zatargów i niepokojów wśród personelu. Z drugiej strony, nie było sprawdzonych metod pracy z narkomanami, co wymagało podejmowania poszukiwań.

*Formy terapii w zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej, oferowane wówczas osobom uzależnionym, okazywały się nieproduktywne. Również łączenie leczenia uzależnionych od alkoholu i narkomanów w jednym oddziale kończyło się w przeważającej większości przypadków kompletnym rozkładem pracy tych placówek i zniechęcało do terapii zarówno świadczeniodawców, jak i świadczeniobiorców (…). Świadomość nieadekwatności proponowanych rozwiązań stawała się powszechna w środowisku medycznym i zniechęcała do podejmowania wysiłków terapeutycznych na rzecz osób uzależnionych od substancji innych niż alkohol. I tak np. w szpitalu w Tworkach, w oddziale przekształconym w 1972 roku w placówkę przyjmującą obie grupy pacjentów, leczenie narkomanów w oddziałach odwykowych, przystosowanych do leczenia alkoholików, uznano za niecelowe i nieskuteczne (…).*

W końcu, 15 października 1978 roku do dworku w Głoskowie koło Garwolina przeniósł się oddział dr Andrzejewskiej. Głosków nadal podlegał administracyjnie szpitalowi, jednak metoda pracy nowej placówki odbiegała już znacznie od dotychczasowych praktyk szpitali psychiatrycznych.

*Rewolucyjną zmianę w podejściu do terapii narkomanii zapoczątkował w październiku 1978 roku Marek Kotański. Źródłem zmiany była nie tylko chęć niesienia pomocy osobom uzależnionym, ale i rozczarowanie zarówno dotychczasowymi metodami pracy terapeutycznej, jak i jej wynikami, w rezultacie których „wszyscy żyliśmy iluzją: oni, że wychodzą z nałogu, my, że pomagamy im w tym" (Kotański, 1984). Wraz z częścią pacjentów i kadry z sanatorium w Garwolinie w miejscowości Głosków (początkowo w strukturach i przy akceptacji dyrekcji sanatorium, a wkrótce w pełni samodzielnie) założył on pierwszy ośrodek rehabilitacyjny – dla około trzydziestu osób – oparty na zasadach społeczności terapeutycznej*[1].

Dzięki energicznie prowadzonej przez Monar działalności, wprowadzenie stanu wojennego nie tylko nie spowodowało jakiegoś znaczącego regresu w dziedzinie terapii, ale, paradoksalnie, otworzyło zupełnie nowe możliwości. Marek Kotański, człowiek wtedy bardzo popularny, był, jak wiele innych młodzieżowych autorytetów, potrzebny komunistycznej władzy do odzyskania społecznego zaufania.

Pierwszy polski ośrodek i zarazem pierwsza społeczność terapeutyczna dla uzależnionych powstały w 1978 roku, w Głoskowie pod Garwolinem.
Przez ostatnie trzydzieści lat, powstało w Polsce, ponad 100 społeczności terapeutycznych. Według Raportu Krajowego 2009, w 85 z nich leczenie jest bezpłatne.
Organizacje te zasadniczo się od siebie nie różniły, gdyż najczęściej nowe placówki terapeutyczne powstawały w oparciu o absolwentów innych placówek.

Dał się do tego celu wykorzystać, i choć z pewnym uszczerbkiem dla swego wizerunku, to jednak z nieocenioną korzyścią dla uzależnionych i wielu innych przedsięwzięć społecznych, którymi się później zajmował. Jego działania uruchomiły społeczny potencjał. Jedne po drugich powstawały społeczności terapeutyczne, poradnie narkotykowe, oddziały detoksykacji. Tworzono organizacje stawiające sobie za cel pomoc narkomanom i ich rodzinom.

Proces zapoczątkowany w Głoskowie, był procesem demedykalizacji pomocy uzależnionym – nowe ośrodki stacjonarne pracowały bez wyjątku metodą społeczności terapeutycznej, gdzie przy wymogu całkowitej abstynencji stosowanie leków było niedopuszczalne. Rola farmakoterapii, była w tamtych czasach ograniczona jedynie do etapu detoksykacji. I tak w dużej mierze pozostało do dzisiaj.

1) Jerzy Marcinkowski, Piotr Jabłoński, „Zarys historii terapii uzależnień w Polsce a współczesny system pomocy osobom uzależnionym", Serwis Informacyjny – Narkomania, nr 5/2008.

# Rozwój lecznictwa uzależnień

Pod koniec lat osiemdziesiątych Polska posiadała już mocno rozwiniętą strukturę narkotykowych placówek pomocowych, co wyróżniało ją na tle innych państw regionu, ale przyniosło też negatywne konsekwencje: struktura ta na wiele lat ustaliła sposób podejścia do leczenia uzależnionych, który trudno było modernizować.

Kiedy w latach dziewięćdziesiątych Węgrzy i Czesi budowali swój system od podstaw, czerpiąc z nowych doświadczeń państw europejskich, w Polsce, która była regionalnym liderem w leczeniu uzależnień, nie zwracano uwagi na potrzeby zmian i podpatrywania modeli, które w tym czasie rozwijały się na Zachodzie.

Robert Sobiech, koordynator badania reakcji instytucjonalnych na problem narkomanii w Polsce, Czechach, Słowenii i na Węgrzech, omówił specyfikę polskiego systemu leczenia uzależnień na tle innych państw regionu:

*Modele przeciwdziałania narkomanii wydają się w znacznej mierze konsekwencją przemian społecznych i politycznych zachodzących w badanych krajach w ciągu ostatniego ćwierćwiecza.(…) „Odkrycie" problemu narkomanii i stworzenie systemu przeciwdziałania temu zjawisku nastąpiło w Polsce znacznie wcześniej niż w pozostałych krajach. Ujawnienie i zdefiniowanie problemu na początku lat 80., to jest w okresie powstawania społeczeństwa obywatelskiego, wywarło znaczący wpływ na obecny kształt polskiego modelu redukcji popytu*[2].

Jednym z ważniejszych czynników kształtujących ten model jest fakt, że w naszym kraju dysponentem większości placówek służących pomocą osobom używającym narkotyków jest sektor pozarządowy:

*W Polsce organizacje pozarządowe stanowiły ponad dwie trzecie (68% w 1999 roku i 67% w 2003 roku) wszystkich instytucji działających na szczeblu ogólnokrajowym, które zajmowały się redukcją popytu na narkotyki.*

Dla porównania, na Węgrzech była to połowa, a w Czechach proporcja jednostek państwowych i pozarządowych jest odwrotna. Trzeba tu zaznaczyć, że rynek jest zdominowany przez największe i najstarsze organizacje:

*Ponad połowa polskich instytucji rozpoczęła działalność przed 1989 rokiem, na Węgrzech było to 25%, a w Czechach tylko 7%.*

Grupę największych i najstarszych organizacji tworzą Stowarzyszenie Monar, dysponujące 32 placówkami stacjonarnymi i drugi co do wielkości dysponent tej formy pomocy, Katolickie Stowarzyszenie Antynarkotykowe KARAN, prowadzące 6 ośrodków. Obydwie organizacje otrzymują z Narodowego Funduszu Zdrowia blisko połowę pieniędzy, jakie w naszym kraju przeznacza się na leczenie narkotykowe.

Stowarzyszenia te osiągnęły na tyle duży zakres wpływów, a zarazem stanowią na tyle wyodrębnione siły, że wpływają na całość systemu leczenia w Polsce, a w niektórych województwach same decydują o kształcie oferty leczniczej, jak w pomorskim czy opolskim.

Według danych Raportu Krajowego KBPN 2009, w naszym kraju działa 85 ośrodków stacjonarnych, średnio i długoterminowych, oraz 102 poradnie (dane za 2007r.).
Najstarsze organizacje pozarządowe Karan i MONAR posiadają prawie połowę jednostek stacjonarnych w Polsce.
To, że polskie prawo - nawet po ostatniej liberalizacji - jest jednym z najbardziej restrykcyjnych w Europie, wynika między innymi z postawy liderów „starych" organizacji, aprobujących obostrzenia prawa.

2) Wszystkie cytaty na tej stronie z: Robert Sobiech, „Ciągłość i zmiana. Polski system redukcji popytu na narkotyki", Serwis Informacyjny Narkomania, nr 4/2008.

W dyskusjach na ten temat pojawia się coraz więcej głosów na temat problemów zbytniej dominacji, jeśli nie wręcz monopolizacji leczenia uzależnień przez te organizacje i stosowaną przez nie metodę terapeutyczną. (Patrz też rozdział nt. finansowania).

Na problemy te zwraca uwagę znaczna liczba publikacji fachowych i badań, które ukazały się w ostatnich latach.

Do największych z nich należą m.in. Europejskie badania dostępności leczenia IATPAD (*Improvement of Access to Treatment for People with Alcohol-and Drug-related Problems*) z lat 2006 i 2008, *Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce*, przeprowadzona na zlecenie KBPN przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, czy *Oszacowanie popytu na leczenie substytucyjne buprenorfiną w Warszawie*, również przeprowadzone przez IPiN[3)].

Wszystkie te publikacje wskazują na deficyty w systemie leczenia uzależnień. Najważniejsze tezy dotyczą zbyt małej różnorodności form terapii, niskiej skuteczności tych, które są rozpowszechnione, oraz barier w dostępie do leczenia.

W podsumowaniu artykułu Jacka Moskalewicza i Łukasza Wieczorka, zestawiającego wnioski z trzech wymienionych powyżej badań, czytamy:

*Należy podkreślić, że pomimo długiej listy placówek zajmujących się leczeniem osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, wybór leczenia jest ograniczony. (…)*

*Mimo wzrostu liczby placówek w tym [specjalistycznym] sektorze opieki zdrowotnej, dostępność leczenia nie jest odpowiednia. (…)*

*Dostępność leczenia substytucyjnego jest dalece niewystarczająca, świadczy o tym wskaźnik leczonych substytucyjnie na 10 tys. mieszkańców, plasujący Polskę na przedostatnim miejscu wśród krajów europejskich[4)].*

3) Opisy tych badań, opublikowane przez ich autorów i współautorów, znajdziemy m.in. w czasopismach Serwis Informacyjny Narkomania (Nr 1/2010) Alkoholizm i Narkomania (tom 19 nr 4, tom 21 nr 4)

4) Jacek Moskalewicz, Łukasz Wieczorek, „Dostępność pomocy w lecznictwie uzależnień w Polsce dla pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych", Serwis Informacyjny Narkomania 1/2010

# Zapotrzebowanie a dostępność – obecny kształt sektora

Obecnie obowiązujące standardy leczenia, uznawane za podstawę skutecznych działań, zawierają dwie podstawowe przesłanki – pierwsza to dostosowanie oferty do potrzeb pacjenta, druga, ściśle z nią związana, to uznanie podmiotowości osoby podejmującej leczenie, tzw. skoncentrowanie na osobie (person-oriented approach).

Za pierwszą przesłanką stoi potrzeba dostępu do różnych form pomocy. Każda osoba ma swoje specyficzne potrzeby wynikające z cech osobowości i charakteru problemów, z którymi musi sobie radzić. Aby pomoc była bardziej dla nich adekwatna, powinno być możliwe ustalenie indywidualnego toku terapii – a do tego potrzeba odpowiednich narzędzi, jakimi są różne formy leczenia.

Składają się na nie działania z zakresu redukcji szkód, leczenie ambulatoryjne, w tym programy farmakologiczne, lub oparte na formule abstynencyjnej, a także leczenie w stacjonarnych ośrodkach, w oparciu o metodę społeczności terapeutycznej i przy udziale rodzin uzależnionych, oraz działania postrehabilitacyjne.

Do pierwszej grupy należą takie interwencje jak wymiana igieł i strzykawek, czy udostępnienie pokojów iniekcyjnych, zapobiegające rozprzestrzenianiu chorób zakaźnych i służące ogólnej poprawie stanu zdrowia pacjenta. To również szanse na pierwszy kontaktz uzależnionymi.

**Poradnie** dają najwięcej możliwości pomocy. To często również miejsca pierwszego kontaktu uzależnionego z systemem leczenia, funkcjonujące w okolicach zamieszkania osób, zgłaszających się z problemem, co stanowi o przystępności ich oferty dla szerokiego grona osób, zwłaszcza znajdujących się w początkowej fazie uzależnienia, lub niezdecydowanych na leczenie.

**Leczenie substytucyjne** dostarcza uzależnionym możliwości rezygnacji z kontaktu z nielegalnymi substancjami, w miejsce których otrzymują substytuty zaspokajające głód narkotykowy, jednak nie wy-

Redukcja Szkód (RSz) jest podejściem, filozofią i praktyką rozwiązywania problemów społecznych, identyfikowana bywa zwłaszcza z tymi najgroźniejszymi.

RSz wskazuje na szereg zjawisk, wobec których często jesteśmy bezradni, lub z którymi radzimy sobie w sposób niezadowalający, ponosząc przy tym znaczne koszty. Proponuje ona odejście od polityki podążania za celami absolutnymi, którymi są np. społeczeństwo bez narkotyków, prostytucji, aborcji, czy AIDS. W odniesieniu do tych samych zjawisk proponuje skupienie naszej reakcji na celach bliższych i bardziej realistycznych, na wywoływaniu choćby najmniejszej pozytywnej zmiany w postawie i zachowaniu klienta. Według założeń RSz zorientowanie działań na to co konkretne i wymierne, pozwala użyć lepszych narzędzi uzyskania takiej zmiany. Przykładowo, szeroki zestaw odpowiednich narzędzi wskazywany jest dla rozwiązywania problemów narkotykowych. **W praktyce** podstawowymi narzędziami RSz są edukacja, praca socjalna i aktywne działanie w środowisku klienta. Jako warunek niezbędny dla uzyskania pożądanej korekty zachowań u osoby, wskazywane jest zapewnienie jej bezpieczeństwa (safety first) i zaspokojenie podstawowych potrzeb bytowych (housing first). Innym niezbędnym warunkiem jest partnerska współpraca z klientem.

**Strategie** RSz wskazują na potrzebę ciągłego doskonalenia metod interwencji i aktywnego poszerzania obszaru oddziaływań, a także na konieczność respektowania autonomii osoby oraz praw człowieka.

Społeczeństwu często stawiany jest postulat wycofania się z represji wobec tych jego członków, którzy wyrządzają szkody jednie sobie samym. W zamian proponowane jest tworzenie zintegrowanego, dostępnego i dostosowanego do potrzeb klienta modelu pomocy. Tradycyjny model pomocy z perspektywy RSz często jest identyfikowany jako mało elastyczny i zbudowany w odniesieniu do oderwanych od życia wyobrażeń społecznych.

**RSz**, działając na rzecz minimalizacji zła, czyni to metodami nieinwazyjnymi, rezygnuje z przymusu i oceny moralnej – samo wyrażenie „zło" jako zawierające w konotacji ocenę moralną, jest dla języka RSz mało przydatne.

wołujące takich efektów jak narkotyk. Dzięki temu pacjent może względnie szybko zacząć normalnie funkcjonować, uwalniając się od konieczności zdobywania narkotyków, której uzależnienie podporządkowuje nawet najbardziej codzienne czynności.

Leczenie substytucyjne pozwala na relatywnie szybkie „zdjęcie uzależnionego z ulicy" i poddanie go oddziaływaniom terapeutycznym, nastawionym najpierw na poprawę zdrowia i jakości życia, a dopiero później na całkowitą abstynencję, do której zalicza się odstawienie leku.

Błędem jest zatem traktowanie substytucji lekowej jako leczenie „ostatniej szansy" i ograniczanie jego stosowania tylko do osób które próbowały terapii abstynencyjnych.

**Do ośrodków stacjonarnych,** jak ma to miejsce np. w krajach zachodnich, trafiają najczęściej osoby głębiej uzależnione, którym nie pomogły ambulatoryjne formy leczenia, potrzebujące izolacji i stałej opieki.

W ośrodkach tych wymagana jest całkowita abstynencja, której utrzymanie po ukończeniu terapii, uznawane za całkowite wyleczenie, jest celem głównym.

W piśmie Monar na Bajzlu (jesień 2009) znajdujemy następujący opis terapii substytucyjnej:
Terapia substytucyjna jest obecnie na całym niemal świecie standardem w leczeniu uzależnienia od heroiny. Może być stosowana długoterminowo, tak jak stosowana jest insulina u diabetyków. W Europie leczenie to prowadzi się w oparciu o jeden z dwóch leków, metadon (najczęściej wykorzystywany) lub buprenorfinę. Obydwa środki, przepisywane przez lekarzy, bądź wydawane w programach substytucyjnych, zażywane są drogą pokarmową w obecności pielęgniarki.
Metadon i buprenorfina oddziałują na te same receptory w organizmie człowieka co heroina, jednak nie powodują odurzenia, są relatywnie bezpieczne i niemal pozbawione skutków ubocznych.
Leczenie substytucyjne nie ogranicza się tylko do farmakoterapii – obejmuje także interwencje psychologiczne i socjalne wspomagające zmianę zachowań. Terapia substytucyjna zmniejsza użycie nielegalnej heroiny, redukuje tym samym ryzyko związane z używaniem narkotyków w iniekcjach, ogranicza śmiertelność oraz aktywność kryminalną związaną z narkotykami.

**Postrehabilitacja** jest najbardziej zaniedbanym segmentem systemu leczenia uzależnień, za to niezmiernie ważnym, bo odpowiedzialnym za utrzymanie przez pacjenta osiągniętych celów terapii i przystosowanie go do życia w społeczeństwie. Programy „buforowe" dostarczają tymczasowych miejsc zamieszkania, w ich ramach prowadzone są kursy zawodowe oraz poradnictwo dla osób kończących leczenie. Mają za cel ułatwienie wejścia w role społeczne i zapobieganie powrotom do „destrukcyjnego środowiska", a zarazem uniezależnienie się pacjentów od opieki terapeutów, czyli uzyskanie samodzielności.

**Wszystkie te działania mają odzwierciedlenie w kontekście korzyści społecznych.** Skuteczność każdej z wymienionych form pomocy znajduje odbicie w szerszej skali, co dotyczy zarówno bezpieczeństwa i zdrowia publicznego, jak i kosztów.

Redukcja szkód, poprawa stanu zdrowia użytkowników i ograniczenie rozprzestrzeniania zakażeń HIV, HCV, HBV i innych chorób zakaźnych, z jednej strony samo w sobie jest pożądanym celem, z drugiej – redukuje wydatki państwa związane z leczeniem tych chorób.

Podobnie ma się rzecz z programami substytucyjnymi. Dzięki dostarczeniu zastępników farmaceutycznych osiągane są cele redukcji szkód, do których zalicza się także ograniczenie ilości przestępstw związanych z narkotykami, np. z pozyskiwaniem na nie środków, związanym często z kradzieżami lub innymi ryzykownymi i szkodliwymi zachowaniami. Z drugiej strony, osoba lecząca się tą metodą, może dość szybko wrócić do funkcjonowania społecznego, np. podjąć pracę, co także jest korzyścią dla ogółu społeczeństwa. Aby wszystkie te formy interwencji dawały pożądane efekty, powinny być otwarte dla potencjalnego klienta, tak aby mógł znaleźć odpowiednią dla siebie formułę pomocy. Każdy jego kontakt z terapeutą będzie korzystny.

## Dysproporcje oferty

Pierwsze co rzuca się w oczy w obszarze pomocy osobom używającym narkotyków w Polsce, to bardzo nierówny dostęp do poszczególnych metod leczenia. Jedyny w pełni dostępny w Polsce model terapii to leczenie stacjonarne, które w niektórych regionach kraju pozostaje na poziomie dwu- trzykrotnie przewyższającym zalecaną średnią (patrz: tabela na następnej stronie).

Nadmiar usług w jednym segmencie okupowany jest potężnym deficytem w innych. Objawia się to z jednej strony niedofinansowaniem ambulatoriów, z drugiej swoistym marnotrawstwem funduszy w placówkach, w których zbyt niewielu pacjentów kończy leczenie, żeby koszty utrzymania infrastruktury i personelu można uznać za efektywne.

Profesor Czesław Czabała, członek Rady Naukowej IPiN oraz współzałożyciel Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami, dokonał zestawienia sytuacji ośrodków stacjonarnych i ambulatoriów:

*W 2005 roku w Polsce było 89 poradni profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Leczyło się w nich 38 tys. ludzi. Zdecydowana większość była w wieku 19–29 lat i poniżej 18. roku życia. Większość osób leczących się w poradniach potrzebuje pomocy na etapie zagrożenia uzależnieniem i uzależnienia (82%). Na 440 pracowników poradni tylko 120 było zatrudnionych na pełnym etacie (w tym 82 specjalistów i instruktorów terapii uzależnień).*

*W 53 ośrodkach dla osób uzależnionych od narkotyków zatrudnionych jest 774 specjalistów i instruktorów terapii uzależnień (688 na pełnym etacie). Leczonych w ośrodkach było prawie 20 tys. pacjentów – około dwukrotnie mniej niż w poradniach, przy prawie ośmiokrotnie większej liczbie specjalistów niż w poradniach. Na podstawie tych paru liczb można sobie wyobrazić, jak mała jest ilościowo oferta terapeutyczna dla osób zgłaszających się do poradni z problemami wynikającymi z używania narkotyków*[5]*.*

Z kolei w *Ocenie systemu leczenia* IPiN dokonano dokładniejszej analizy struktury zatrudnienia względem efektywności placówek; problem ten omawiamy w sekcji nt. finansowania, tutaj przytoczmy tylko uwagi podsumowujące ewaluację:

1. ***Struktura sieci placówek nie jest optymalna*** *z perspektywy dostępności oferowanych świadczeń i absorpcji środków finansowych. Świadczy o tym zarówno długi czas oczekiwania, zwłaszcza na programy leczenia substytucyjnego, ogromne zróżnicowanie wykorzystania potencjału personelu, jak i duże zróżnicowanie kosztów przypadających na jednego pacjenta, a w szczególności na pacjenta kończącego program.*
2. ***Poradnie leczenia uzależnień, na które przypada około 10% wszystkich wydatków na leczenie i rehabilitację, obejmują opieką ponad połowę pacjentów całego systemu****. Zakres oferowanych świadczeń nie jest jednak wystarczający.*

*Zważywszy na ich potencjalnie kluczową rolę w systemie, należy dążyć do poszerzenia zakresu usług świadczonych przez poradnie – bezpośrednio bądź przez zapewnienie stosownych świadczeń we współpracy z innymi instytucjami.*

*Odnosi się to zwłaszcza do takich świadczeń jak:*

- *pełna diagnoza dotycząca zdrowia psychicznego,*
- *leczenie zaburzeń psychicznych,*
- *testy na HIV, HCV, HBV,*
- *opieka nad zdrowiem somatycznym,*
- *pomoc w problemach socjalno-bytowych,*
- *opieka post-terapeutyczna, nie tylko nad własnymi pacjentami, ale także nad pacjentami po detoksykacji i rehabilitacji poza miejscem zamieszkania.*

3. ***Ośrodki rehabilitacyjne pochłaniają około 60% środków na leczenie i rehabilitację, obejmując swymi świadczeniami zaledwie kilkanaście procent pacjentów (15%).***

*Czas oczekiwania na miejsce w większości z nich jest dłuższy niż trzy tygodnie, wskaźniki utrzymywania się w leczeniu – niskie, a koszty – wysokie.*

5) Czesław Czabała, Typologia pacjentów korzystających z instytucjonalnej pomocy w związku z używaniem narkotyków Serwis Informacyjny Narkomania, nr 4/2008

*Zwiększenie dostępności i efektywności świadczeń rehabilitacyjnych wymaga:*

- *skrócenia czasu rehabilitacji do okresu 3-9 miesięcy,*
- *przyjęcia standardów procedur i zatrudnienia z placówek o wysokich parametrach efektywności*[6].

Tego rodzaju zalecenia, często w tonie wręcz ponaglającym, pojawiają się w ostatnich latach coraz częściej.

Wypowiedzi takie są wywoływane przez niekorzystne zjawiska, do jakich dochodzi w związku z nadmierną podażą jednego rodzaju usług. Zamiast dopełniać ofertę w obrębie systemu, poszczególne placówki toczą walkę konkurencyjną z innymi. Nawet kadra niektórych ośrodków wskazuje na to zjawisko jako problem:

*Kierownicy i terapeuci badanych ośrodków wskazywali na brak współpracy, a nierzadko konkurencję pomiędzy placówkami leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego. Nie ma współpracy i nie ma przepływu informacji o pacjentach pomiędzy ośrodkami ambulatoryjnymi i stacjonarnymi*[7].

*Skutkiem są tym poważniejsze deficyty. Obok problemów ambulatoriów, należy do nich znikoma w stosunku do potrzeb ilość programów substytucyjnych.*

W przytaczanym już artykule Jacka Moskalewicza i Łukasza Wieczorka (SIN 1/2010), czytamy m.in.

*Struktura sieci placówek nie jest optymalna zarówno z perspektywy dostępności oferowanych świadczeń, jak i absorpcji środków finansowych. Należy pilnie zwiększyć dostępność:*

- *opieki poradnianej,*
- *świadczeń detoksykacyjnych, w tym detoksykacji ambulatoryjnej,*
- *leczenia substytucyjnego,*
- *miejsc hotelowych. (...)*

*Szczególnie dramatycznie wygląda kwestia dostępności leczenia substytucyjnego. Polska w 2007 roku znajdowała się na 18 miejscu wśród 28 europejskich krajów, które udostępniły dane na temat leczenia substytucyjnego. (…)*

*Jeszcze gorzej wypadamy, jeśli przyjrzymy się takiemu wskaźnikowi jak liczba pacjentów leczonych substytucyjnie na 10 tys. mieszkańców kraju. Polska znalazła się na przedostatnim miejscu wśród krajów europejskich ze wskaźnikiem 0,4; gorzej jest tylko w Rumunii.*

Problemowi substytucji poświęcamy osobny rozdział Raportu.

| województwo | liczba ludności | liczba miejsc w ośrodkach | liczba miejsc na 100 tys. mieszkańców |
|---|---|---|---|
| Dolnośląskie | 2876627 | 171 | 6 |
| Kujawsko-pomorskie | 2069083 | 82 | 4 |
| Lubelskie | 2157202 | 57 | 2,5 |
| Lubuskie | 1010047 | 106 | **10** |
| Łódzkie | 2541832 | 176 | 7 |
| Małopolskie | 3298270 | 132 | 4 |
| Mazowieckie | 5222167 | 516 | **10** |
| Opolskie | 1031097 | 79 | 8 |
| Podkarpackie | 2101732 | 25 | 1 |
| Podlaskie | 1189731 | 55 | 5 |
| Pomorskie | 2230099 | **447** | **20** |
| Śląskie | 4640725 | 292 | 6 |
| Świętokrzyskie | 1270120 | 63 | 5 |
| Warmińsko-mazurskie | 1427118 | 110 | 8 |
| Wielkopolskie | 3408281 | 204 | 6 |
| Zachodniopomorskie | 1693198 | 337 | **21** |
| **RAZEM** | **38167329** | **2852** | **7,4** |

Tabela pokazuje rozkład miejsc w lecznictwie stacjonarnym (ośrodki rehabilitacji) dla każdego regionu.
Dane te warto zestawić z proponowanymi przez Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego wskazaniami dla reorganizacji lecznictwa narkotykowego. Program ten proponuje wskaźnik 7 miejsc na 100 tys. mieszkańców.Podkreślone są wskaźniki równe lub przekraczające zalecany poziom (zachodniopomorski i pomorski biją rekordy).

6) za: „Alkoholizm i Narkomania", tom 19 nr 4.
7) Monitoring przestrzegania praw pacjentów i dostępu do stacjonarnego leczenia uzależnień od narkotyków", Helsińska Fundacja Praw Człowieka, 2010

# Trudności z adaptacją lecznictwa substytucyjnego

Leczenie substytucyjne, zwane także terapią podtrzymującą, to najskuteczniejsza obecnie metoda pomocy uzależnionym od opiatów. Odbywa się w ramach tzw. programów, w których wydawany jest lek – zamiennik narkotyku oddziałujący na receptory opioidowe, jednak o innych niż sam narkotyk właściwościach. Do najpopularniejszych zamienników należą metadon i buprenorfina.

Substytut zaspokaja głód narkotyku, jednak nie odurza. Dzięki temu pacjenci, bez potrzeby drastycznej zmiany trybu życia, opuszczania domu, rezygnacji z pracy, są w stanie zaprzestać przyjmowania narkotyku i uczestniczyć w terapiach.

W miarę postępu leczenia pacjenci mogą zmniejszać dawki substytutu, wielu z nich dąży do tzw. „wyzerowania", czyli całkowitej abstynencji od jakichkolwiek środków.

Inni, przyjmując substytut, prowadzą normalne życie. Oczywiście proces terapii jest rozciągnięty w czasie, jednak już w pierwszym miesiącu leczenia znacznie poprawia się stan zdrowia i jakość życia pacjenta.

Państwa, w których przyjęto tę metodę odnotowują spadki rozprzestrzeniania chorób zakaźnych oraz przestępstw związanych z narkotykami, a skuteczność programów potwierdzona w badaniach naukowych, wpływa na popularność tej metody we współczesnych praktykach na świecie i zalecanie jej przez największe instytucje międzynarodowe, jak NZ, WHO, EMCDDA.

## Deficyty terapii podtrzymującej

Polska była pierwszym spośród krajów byłego bloku komunistycznego, który wprowadził leczenie substytucyjne w 1992 r. na zasadzie programu eksperymentalnego (Instytut Psychiatrii i Neurologii).

Obecnie w Polsce leczonych jest substytucyjnie niewiele ponad 2000 osób, co stanowi ok. 8% wszystkich potencjalnych pacjentów tej terapii. Jest to jeden z najniższych wskaźników w krajach Unii Europejskiej. Tylko Warszawa zapewnia na dzisiaj leczenie dla ponad 1000 osób, co stanowi ok. 30% zapotrzebowania[8)].

Należy zaznaczyć, że w państwach Unii średni poziom dostępu do substytucji to ok. 40% zapotrzebowania, a pacjentów w programach substytucyjnych najlepiej rozwiniętych państw jest nawet 100 RAZY więcej niż w Polsce! Zwracają na to uwagę Jacek Moskalewicz i Łukasz Wieczorek:

*Czołową trójkę tworzą Wielka Brytania (Anglia i Walia, Szkocja oraz Irlandia Północna), gdzie leczy się ponad 150 tys. osób, Francja mająca w programach substytucyjnych 120 tys. pacjentów i Włochy, w których z tej formy leczenia korzysta ponad 110 tys. osób. Jak widać w krajach tych leczy się około 100 razy więcej osób niż w Polsce.*

Tymczasem w kilku regionach naszego kraju nadal nie ma ani jednego programu; sytuację przedstawia Kamila Gryn z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii:

8) Za: Janusz Sierosławski, „Oszacowanie popytu na leczenie substytucyjne buprenorfiną", Serwis Informacyjny Narkomania, nr 1/2010.

*W chwili obecnej na terenie kraju działają 23 programy leczenia substytucyjnego (17 realizowanych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej i 6 realizowanych w jednostkach penitencjarnych), w ramach których udzielane są świadczenia ok. 1500 pacjentom każdego dnia. W 2009 roku z terapii substytucyjnej korzystały 1944 osoby.*

*(…) Szczególnie niekorzystnie sytuacja ta wygląda w pięciu województwach: opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim i warmińsko-mazurskim, w których dostępność substytucji lekowej nie istnieje w ogóle oraz w województwie śląskim, gdzie dostęp jest poważnie utrudniony (oczekiwanie na przyjęcie do programu wynosi do 3 lat). (…)*

*W woj. pomorskim w związku z zapotrzebowaniem na terapię substytucyjną Centralny Zarząd Służby Więziennej uruchomił w ubiegłym roku program leczenia w Zakładzie Karnym w Gdańsku, pomimo braku takiego programu na wolności. Dzięki temu pacjenci programów substytucyjnych osadzeni w tamtejszych jednostkach penitencjarnych mają możliwość kontynuowania leczenia.*

Jak podsumowuje autorka:

*Leczenie substytucyjne dla osób uzależnionych od opiatów w Polsce jest obecnie bez wątpienia dobrem rzadkim, do którego dostęp jest bardzo utrudniony. Należy dokładać zatem wszelkich starań, by osoby uzależnione, które chcą poprzez to leczenie poprawić jakość swojego zdrowia i życia, miały taką szansę*[9].

Potrzebę zmian odnotowują również najważniejsze programy krajowe i dokumenty rządowe związane z systemem leczenia:

1. NARODOWY PROGRAM ZDROWIA 2007-2015.

Cel operacyjny 5.17.:

*Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.*

***Zadania:*** *Tworzenie nowych placówek leczniczych i rehabilitacyjnych o zróżnicowanych programach terapeutycznych ze szczególnym uwzględnieniem placówek ambulatoryjnych. Tworzenie nowych programów leczenia substytucyjnego oraz rozszerzenie repertuaru leków substytucyjnych.*

2. ROZPORZĄDZENIE Z DNIA 28.XII.2010 W SPRAWIE NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO.

Wydaje się ono przełomowym narzędziem dla zmiany struktury lecznictwa narkotykowego. W Załączniku 2. przedstawia zalecenia organizacyjne dla systemu leczenia, w tym zalecenie utworzenia programu leczenia substytucyjnego w każdym mieście, w którym jest co najmniej 30 użytkowników opiatów, kwalifikujących się do leczenia substytucyjnego.

Przy okazji przytoczmy inne zapisy tego dokumentu:

*Przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych – co najmniej 3 przychodnie w województwie, w tym w miastach:*

- *50-70 tys. mieszkańców – 1 przychodnia;*
- *70-100 tys. mieszkańców – 2 przychodnie;*
- *powyżej 100 tys. mieszkańców – 3 przychodnie;*

*Oddziały dzienne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych – co najmniej 1 oddział (20 miejsc)/ województwo*

*Oddziały/łóżka detoksykacyjne – 0,1 łóżka/10 tys. mieszkańców*

*Oddziały/ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych– 0,7 łóżka/10 tys. mieszkańców*

*Hostele dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych – 0,2 miejsca/10 tys. mieszkańców*

3. KRAJOWY PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII 2011 -2016

Działanie 2.4.:

*Zapewnienie dostępu do leczenia substytucyjnego we wszystkich województwach dla co najmniej 25% osób uzależnionych od opiatów poprzez zwiększenie liczby programów i zapewnienie odpowiednich nakładów finansowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.*

9) Kamila Gryn, Dostępność programów leczenia substytucyjnego, Serwis Informacyjny Narkomania, nr 1/2010.

Do problemu deficytu leczenia substytucyjnego odnosił się już *Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010*, zakładający „zwiększenie liczby programów leczenia substytucyjnego oraz liczby świadczonych usług w sposób zapewniający dostępność do nich co najmniej 20 % uzależnionych od opiatów". Niestety, w tym zamierzeniu poniósł porażkę.

Jak widać, mimo jasno sformułowanych celów zawartych już kilka lat temu w podstawowych dla systemu leczenia uzależnień strategiach, obecne tempo rozwoju lecznictwa substytucyjnego nie daje nadziei na osiągnięcie planowanego wskaźnika w najbliższych latach. By KPPN osiągnął we wskazanym czasie zakładany cel, musiałby do 2016 roku zwiększyć ilość miejsc z obecnych 2 tys. do ok. 5 - 5,8 tys., czyli o 250 - 300%.

Technicznie jest to wykonalne, gdyż stworzenie programu dla kilkudziesięciu osób nie wymaga specjalnej infrastruktury ani nieosiągalnych nakładów. Problem w tym, że brakuje odpowiedzi na konkursy ofert, co jest związane z rozpowszechnieniem podejścia drug-free wśród terapeutów.

## Opór środowiska terapeutów wobec leczenia substytucyjnego

### Standardy i transparentność

Przyjęta przez polski parlament w 2011 roku, nowelizacja Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii wprowadza wiele ważnych i pożytecznych regulacji.
Jedna z nich dotyczy artykułu 24. Zapis ten nakłada na placówki leczenia uzależnień narkotykowych obowiązek przesyłania Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN informacji o prowadzonej działalności. Wprowadzenie tego wymogu wynika ze zobowiązań współpracy w ramach europejskiego systemu monitorowania problemów narkotykowych.
Jest nadzieja, że zmiana w art. 24, pomoże polski system leczenia uczynić nareszcie przejrzystym, elastycznie reagującym na społeczne potrzeby.
Kolejnym bardzo ważnym narzędziem modernizacji systemu będzie, zdaniem specjalistów, opracowany przez Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii program standaryzacji i akredytacji dla placówek leczenia uzależnień. Jeszcze w tym roku planowane jest jego wdrożenie.

Pozostawiający wiele do życzenia w ocenie specjalistów, bardzo restrykcyjny model leczenia substytucyjnego w Polsce został ukształtowany przez kompromis, powstały na linii leczenie medyczne a psychokorekcyjne.

Przewaga opcji drug-free wśród osób kształtujących system leczenia nie pozwala na istotniejsze korekty dla poprawy efektywności tej terapii. Przeciwnie, postulowane zmiany wskazują na intencję dalszej marginalizacji substytucji lekowej, co objawia się choćby w głosach o konieczności wprowadzenia jeszcze większych obostrzeń, w tym dotyczących kryteriów kwalifikacji pacjentów i częstszego stawiennictwa w programie.

Problem porusza m.in. raport *Optymalny Model Terapii*[10]. W rozdziale Miejsce leczenia substytucyjnego w leczeniu uzależnienia od opiatów, dr Bogusław Habrat pisze:

*(…) w Polsce pierwsze programy leczenia narkomanów, oparte głównie na zasadach społeczności terapeutycznej, powstały poza strukturą publicznej służby zdrowia i prowadzone są najczęściej przez pracowników nie posiadających wykształcenia medycznego. Pomijając bezsporne zasługi tego sektora leczenia uzależnień w nagłaśnianiu problematyki narkomanii i w rozwoju sieci placówek lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego opartych na celu osiągania całkowitej i długotrwałej abstynencji,* ***trzeba stwierdzić, że przedstawiciele opcji drug-free, mając silną pozycję opiniotwórczą, utrudniali rozwój programów substytucyjnych.***

10) Optymalny Model Terapii, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005r.

**Stosunek specjalistów „abstynencyjnych" do terapii zastępczej** najlepiej oddaje stanowisko Stowarzyszenia Monar do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia, w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym; stanowisko zostało opublikowane w Wewnętrznym Serwisie Informacyjnym MONARU:

*1. Nie zgadzamy się z propozycją rozszerzania kryteriów umożliwiających zakwalifikowanie osoby uzależnionej od narkotyków do programu substytucyjnego ponieważ uważamy, że w programach substytucyjnych stosowane powinny być kryteria wysoko-progowe, czyli do programów metadonowych powinny być kierowane osoby, które mają za sobą długoletni staż przyjmowania opiatów, wiele niepowodzeń w podejmowanym dotychczas leczeniu a przede wszystkim stan zdrowia wymagający podjęcia opieki medycznej.*

*Przyjęcie kryteriów nisko-progowych jest naszym zdaniem niczym nieuzasadnionym przyzwoleniem na „uzależnianie się pod kontrolą" osób, które powinny skorzystać z innych form pomocy specjalistycznej. Takie rozporządzenia naruszają naszym zdaniem zasady moralne i etyczne i mają zdecydowanie charakter komercyjny. Nie ma żadnych powodów do dalszej liberalizacji przepisów w tym zakresie. Już ustanowienie obowiązującej dotychczas granicy wieku jest naszym zdaniem nieuzasadnione. Uważamy, że takie zapisy rozporządzenia przyniosą więcej szkody niż pożytku.*

*Argumenty mówiące o oszczędnościach NFZ i zwiększonej dostępności również nie są dobrym uzasadnieniem. Powszechnie bowiem wiadomo, że czas uczestnictwa w programie metadonowym nie jest zazwyczaj określony, a jak pokazują istniejące programy, pacjent pobiera metadon wiele lat, czasem do końca życia.*

*Oznacza to, że koszt programu metadonowego na jednego pacjenta jest znacznie wyższy niż podawany dla porównania koszt programu drug–free. Np. metadon pobierany przez jednego pacjenta przez 5 lat (chociaż często jest to znacznie dłużej) wynosi 1825 osobodni x ok. 25 PLN =45 625, 00 PLN, a koszt leczenia drug free w stacjonarnym 12 miesięcznym programie, przy przeciętnej stawce 83,00 PLN / osobodzień wynosi 30 295 zł. Pomijając już fakt, że jest to opieka kompleksowa i dotyczy wielu sfer życia osoby uzależnionej, efekty takich programów są zadawalające. Natomiast osoby pozostające w programie substytucyjnym wymagają często dodatkowych świadczeń zdrowotnych i socjalnych przez wiele lat, co podwyższa ogólne koszty tych programów.*

Komentarz ten pokazuje, jak środowisko terapeutów leczących abstynencyjnie traktuje możliwość podjęcia innego rodzaju oddziaływań terapeutycznych. Nie chcą oni uznać skuteczności metadonu, nie zauważają, że nieetyczne jest pozostawienie nieprzygotowanego do terapii abstynencyjnej chorego na ulicy, tak samo jak nieetyczne jest pozostawienie samej sobie jego rodziny.

Wspomnijmy też, że rzadko kiedy pacjenci terapii stacjonarnych kończą leczenie na jednym pobycie w ośrodku (75% pacjentów ośrodków, które monitorowała Helsińska Fundacja Praw Czlowieka podejmowało wcześniej próby leczenia w tym systemie). Należy zwrócić uwagę, że porównanie 5 lat programu substytucyjnego do roku pobytu w ośrodku wydaje się nieuzasadnione, zwłaszcza wobec różnych celów tych form leczenia.

*2. Stoimy na stanowisku aby w rozporządzeniu dodać zapis o możliwości (czy może konieczności) korzystania przez osoby uczestniczące w programach metadonowych z oferty istniejących placówek leczenia, rehabilitacji i terapii uzależnień, gdyż pobieranie metadonu przez długi okres czasu nie jest jednoznaczne z uzyskaniem poprawy funkcjonowania psychicznego i społecznego. Bez wsparcia konkretną terapią utrudniony może być także powrót na rynek pracy, a pacjent dożywotnio będzie na „garnuszku substytucji" czyli państwa. Pozwalamy sobie też zwrócić uwagę na fakt, że osoby uzależnione, które mogą otrzymywać legalnie środek uzależniający (chociaż substytut) nie mają często motywacji do zmiany tej sytuacji i stanowią grupę, która wymaga dodatkowej interwencji chociażby poprzez rzeczywistą pomoc w motywowaniu usamodzielnianiu się. Mamy poważne obawy czy dwie godziny terapii tygodniowo są w stanie takie zadanie zrealizować.*

Ten postulat jest hipokryzją, w świetle powszechnej praktyki nie przyjmowania pacjentów programów substytucyjnych np. do programów wychodzenia z bezdomności (w tym prowadzonych przez Stowarzyszenie Monar), czy powszechnej niechęci placówek drug-free do zajmowania się pacjentami substytucyjnymi.

*3. Stowarzyszenie MONAR ma długoletnie doświadczenie w niesieniu pomocy osobom uzależnionym, dlatego stoi na stanowisku aby wszelkie formy pomocy były dostępne. Popieramy zapis o rozszerzeniu katalogu środków stosowanych w programach leczenia substytucyjnego oraz zapisy o możliwości kontynuowania programu w warunkach aresztu czy zakładu karnego. Jesteśmy jednak za rozwagą, która pozwoli prawdziwie działać na rzecz osób uzależnionych. Poszerzanie oferty pomocowej powinno znaleźć swój wyraz w stacjonarnych programach rehabilitacyjnych dla osób z programów substytucyjnych oraz wyraźnym lansowaniem konieczności korzystania z istniejących form profesjonalnej pomocy.*

*Samo podawanie metadonu naszym zdaniem jest głównie w interesie firm farmaceutycznych, które takie środki rozprowadzają a nie w interesie osób uzależnionych. Nie ma też żadnych konkretnych dowodów, że takie rozwiązania rzeczywiście przynoszą dobre efekty.*

*4. Uzyskaliśmy zgodę, aby napisać, że powyższe stanowisko popiera również Polska Federacja Społeczności Terapeutycznych, która zrzesza kilkanaście największych organizacji zajmujących się profesjonalną pomocą osobom uzależnionym.*

Ostatni punkt wskazuje, że stanowisko prezentujące wyraźną niechęć do lecznictwa substytucyjnego dotyczy nie tylko Stowarzyszenia Monar, ale organizacji reprezentującej blisko 90% polskich ośrodków.

Nakłady NFZ na leczenie substytucyjne

| OW NFZ | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|---|---|---|---|
| Dolnośląski | 703 456,0 | 965 056,0 | 1 537 440,0 | 1 955 962,9 |
| Kujawsko-Pomorski | 62 356,0 | 139 328,0 | 249 152,0 | 571 724,8 |
| Lubelski | bd | bd | 988 500,0 | 1 058 700,0 |
| Lubuski | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 181 872,0 |
| Łódzki | 391 620,0 | 456 540,0 | 534 840,0 | 624 568,0 |
| Małopolski | 639 432,0 | 628 800,0 | 659 937,6 | 698 016,3 |
| Mazowiecki | 0,0 | 3 787 530,0 | 6 262 200,0 | 9 076 284,0 |
| Opolski OW | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Podkarpacki | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Podlaski | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Pomorski | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Śląski | 811 238,8 | 821 353,2 | 975 166,4 | 1 682 928,0 |
| Świętokrzyski | 20 352,0 | 22 320,0 | 40 056,0 | 76 768,0 |
| Warmińsko-Mazurski | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Wielkopolski | 0,0 | 224 250,4 | 76 840,0 | 245 747,9 |
| Zachodniopomorski | 452 760,0 | 413 520,0 | 316 234,0 | 535 610,0 |
| | **3 081 214,8** | **7 458 697,6** | **11 640 366,0** | **16 708 181,9** |

## Bariery w funkcjonujących programach substytucyjnych

Do 2006r. programy substytucyjne były tzw. programami wysokoprogowymi, do których przystąpić można było spełniając bardzo restrykcyjne warunki, jak odpowiednio długie i udokumentowane uzależnienie, wcześniejsze, co najmniej trzykrotne, próby leczenia w ośrodkach i in.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 06 października 2010 roku, wprowadziło szereg bardzo potrzebnych zmian, wychodzących naprzeciw potrzebom pacjentów programów substytucyjnych.

Znacząco zmniejszono liczbę kryteriów kwalifikacji do programu – obecnie jedynymi wskazaniami dla otrzymania tego leczenia jest uzależnienie od opioidów, pisemne wyrażenie zgody na udział w programie, a także pełnoletniość, choć nawet co do tego ostatniego wymogu jest furtka – „ważne względy zdrowotne" pozwalają kierownikowi programu przyjmować osoby młodsze.

Zrezygnowano z wymogu podejmowanych wcześniej prób leczenia abstynencyjnego, który między innymi generował koszty spowodowane „zaliczaniem" takich prób, wpisując zarazem polski model pomocy w anachroniczną i powodującą szkody politykę presji w wyborze terapii.

**„Smycz metadonowa"**

Złagodzono również wymogi dotyczące częstotliwości zgłaszania się pacjenta po lek. Nadal jednak widoczne jest zjawisko tzw. „smyczy metadonowej", związanej z koniecznością odbierania leku w placówce. Stosowany w sposób bezrefleksyjny wymóg codziennego stawiennictwa uniemożliwia podjęcie innych ważnych dla pacjentów obowiązków, przede wszystkim pracy czy nauki.

Codzienne lub regularne wizyty w miejscu wydawania leku, to jednak nie tylko strata czasu i koszty ale też czynniki sprzyjające podtrzymaniu uzależnienia środowiskowego, zatem przeciwskuteczne wobec celu, jakim jest powrót pacjenta do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. W okolicach 5 stołecznych punktów odbioru leków substytucyjnych, można dostrzec liczne grupy pacjentów, którzy spędzają tam dużą część dnia, z przyczyn częściej towarzyskich niż związanych z leczeniem.

Zmienione przepisy wyraźnie promują pacjentów usamodzielniających się, wydłużają „smycz metadonową" i zabezpieczają osoby pracujące. Pacjenci, w zależności od sytuacji, mogą dostawać „zaliczki do domu" na krótszy lub dłuższy czas, najdłużej nawet na dwa tygodnie. Daje to możliwość uzyskania leczenia osobom mieszkającym w dużych odległościach od lokalizacji programów substytucyjnych, co w sytuacji braku programów w wielu regionach ma ogromne znaczenie.

Marek Beniowski, „Leczenie metadonowe w Polsce", Serwis Informacyjny Narkomania 5/2008:
Prawdopodobnie najpoważniejszym mankamentem polskich programów substytucyjnych jest brak ich rozgraniczenia na nisko- i wysokoprogowe. Nie wszyscy poddający się leczeniu zastępczemu są gotowi zaprzestać używania nielegalnych narkotyków (nawet jeśli przed przystąpieniem do leczenia sami tak myślą). Mieszanie grup pacjentów o zupełnie innych możliwościach, nastawieniach do terapii i siebie samych jest niekorzystne zarówno dla tych, którzy metadon traktują tylko jako pomoc w unikaniu objawów odstawienia, jak i tych, dla których terapia jest sposobem na rzeczywistą stabilizację życia. Nic w tym dziwnego, że taki stan rzeczy frustruje także personel realizujący program, ponieważ coraz trudniej uchwycić cele leczenia substytucyjnego.

Ponadto rozporządzenie zabezpiecza osoby starsze i schorowane, które mogą teraz upoważnić do odbioru leku członka rodziny lub kogoś zaufanego.

**Jednak formuła finansowania terapii zastępczej, w której każda wizyta pacjenta po lek przynosi placówce korzyści finansowe powoduje, że uzyskanie przywileju rzadszego stawiennictwa po lek jest bardzo trudne, natomiast pozbawia się go pod byle pretekstem.**

Alternatywą, nie stanowiącą istotnego wyłomu w obecnym, bardzo restrykcyjnym modelu terapii zastępczej, jest zaangażowanie do dystrybucji leków aptek, czy włączenie licencjonowanych gabinetów lekarskich do grupy podmiotów uprawnionych do prowadzenia leczenia substytucyjnego.

Niestety, i tutaj widoczna jest bariera. Nie tylko programy leczenia substytucyjnego, ale całe lecznictwo uzależnień nie cieszy się prestiżem w środowisku medycznym. Dzisiaj w całej Polsce leczeniem substytucyjnym zajmuje się 20-30 lekarzy. Znajduje to odbicie również w stosunku lekarzy do uzależnionych. W komunikacie z badań IATPAD czytamy:

*Ze wstępnych analiz wynika ranking pacjentów w percepcji lekarzy. Zdecydowanie „najgorzej" oceniani są pacjenci uzależnieni od narkotyków, następnie pacjenci uzależnieni od alkoholu, potem pacjenci leczący się z powodu depresji, a stosunkowo najlepiej – diabetycy.*

*Ta tendencja utrzymuje się również w placówkach terapii uzależnień, które pomimo to mogą uchodzić za najbardziej „liberalne" w podejściu do pacjentów. Najbardziej „konserwatywne" wobec osób uzależnionych okazały się być placówki ochrony zdrowia psychicznego*[11].

**Restrykcyjne zasady**

Oprócz zasad przyjęcia, które znacznie złagodzono, problemem bywają zasady uczestnictwa w programach. Z jednej strony są to przepisy, nakazujące całkowitą abstynencję, niekiedy trudną do utrzymania przez pacjentów, z drugiej to wewnętrzne zasady ustalane w obrębie poszczególnych poradni. Cały czas odczuwalna jest tendencja raczej do utrudniania korzystania z leczenia niż zachęcania do niego jak największej ilości osób. Skutkuje to – omijaniem utrudnień.

Pracownicy warszawskich serwisów pomocowych już dostrzegają zjawisko wędrówek pacjentów: pacjent usunięty z jednego programu trafia do następnego, z którego i tak z powodu nagminnego łamania abstynencji zostanie za kilka miesięcy wyrzucony.

**Innym skutkiem restrykcyjnego podejścia są naruszenia praw pacjentów.**

Jeden z warszawskich programów substytucyjnych, wprowadził w październiku 2010 do swojego regulaminu zapis zezwalający na nie podanie leku substytucyjnego pacjentowi, na podstawie stwierdzenia przez pielęgniarkę jedynie oznak zewnętrznych przyjęcia innej substancji, bez przeprowadzenia jak dotychczas badania moczu.

Jako niewłaściwą należy identyfikować na ogół represyjną reakcję znacznej części programów metadonowych na zjawisko „dobierania" innych substancji. Zjawisko to jest na ogół symptomem nieadekwatnego leczenia, a odpowiedzią na nie powinna być najczęściej skuteczniejsza farmakoterapia. Może pomocna byłaby większa dawka metadonu albo włączenie innego leku, np. antydepresanta. Rezultat badania moczu powinien stać się podstawą korekty w stosowanej procedurze leczniczej, a nie kary.

W innym programie warszawskim, pacjenci są zmuszani do przeprowadzenia badań przesiewowych w kierunku HIV.

Podobnie jest z tzw. programami „około-metadonowymi". Stowarzyszenie MONAR podjęło w 2007 roku decyzję, zakazującą przechowywania leków substytucyjnych w swoim Schronisku dla Osób Bezdomnych Leczonych Substytucyjnie w Warszawie, mimo posiadania odpowiedniego ku temu zaplecza: ambulatorium z zabezpieczonym pomieszczeniem (dla przechowywania kontrolowanych substancji) i pielęgniarki. Tym samym zmuszono pacjentów do codziennego stawiennictwa po lek, na co muszą poświęcić 3-4 godziny dziennie. Leki podlegające kontroli stosowane u innych grup pacjentów, np. osób

### Programy w oczach pacjentów

Zróżnicowanie wymagań i dopasowanie do potrzeb pacjentów przyciągnęłoby także tych uzależnionych, którzy czują się zdezorientowani lub zniechęceni. Oto jakie bariery i zalecenia wskazywali uczestnicy programów:

- zaliczki, by nie przesiadywać w poradni; wydawanie metadonu na siedem dni osobom pracującym;
- rozszerzenie godzin wydawania metadonu (po południu);
- zmienić system nagradzania i karania za złamanie abstynencji;
- opiekę lekarską; lekarze znający się na problemie osób uzależnionych;
- podejście personelu bardziej profesjonalne; poświęcenie większej uwagi nowo przyjętym do programu;
- w toaletach krępują mnie kamery;
- pomoc w życiu na zewnątrz;

*za: Marek Zygadło, „Oczekiwania klientów wobec programów substytucyjnych" Serwis Informacyjny Narkomania, nr 5/2008*

11) Michał Bujalski. „Bariery w dostępie do leczenia osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków Komunikat z polskich badań IATPAD". Alkoholizm i Narkomania t.21 nr 4.

chorych onkologicznie nie podlegają takim restrykcjom. Za tą decyzją, nie poszło żadne sensowne uzasadnienie, które by podważało opinię pacjentów schroniska, że jest to krok nieprzyjazny wobec leczenia substytucyjnego i korzystających z niego osób.

**Ograniczony wybór leków**

W samej stosowanej metodzie również można wskazać słabe strony. Przywykliśmy już do twierdzenia, że leczenie substytucyjne metadonem jest atrakcyjne i skuteczne dla uzależnionych.

Okazuje się jednak, że dla wielu z nich to nie metadon jest pomocnym środkiem. Są tacy, którzy próbowali leczenia metadonem i porzucili je, uznając że lek ten nie spełnia ich oczekiwań, co oznacza, że również dobór substytutu ma wpływ na skuteczność leczenia.

Decydując się na większą różnorodność substytutów, można by objąć leczeniem więcej osób i spowodować, że będzie ono skuteczniejsze. Morfina o przedłużonym działaniu, kodeina czy niekiedy nawet heroina, to środki coraz szerzej wykorzystywane w Europie do leczenia substytucyjnego. W polskich programach zaczyna być stosowana buprenorfina w postaci relatywnie efektywniejszych preparatów złożonych – to duży krok naprzód.

Podkreślmy za autorami *Oceny systemu leczenia* dwa stwierdzenia dotyczące poradni leczenia uzależnień:

- po pierwsze, posiadają one potencjalnie kluczową rolę w systemie,
- po drugie – obejmują opieką ponad połowę pacjentów całego systemu. Wobec tego, fakt że przypada na nie 10% wszystkich wydatków na leczenie wydaje się najlepiej puentować zagadnienie dysproporcji. Raport powstał w 2005 roku, jednak tendencja nie zmieniła się do dziś.

# Konsekwencje deficytów – skuteczność, nieskuteczność

Postaramy się przedstawić w sposób możliwie zwięzły konsekwencje takiego kształtu oferty.

## Spóźnione interwencje we wczesnych stadiach występowania problemu/uzależnienia

Deficyt oferty ambulatoryjnej i jej niedofinansowanie rzutują na skuteczność interwencji w początkowym etapie uzależnienia czy używania narkotyków.

Im wcześniej zareaguje się na problem, tym krótszy i mniej drastyczny może być sposób jego rozwiązania. Dotyczy to zwłaszcza osób młodych, często kontaktujących się z lecznictwem po raz pierwszy, poszukujących pomocy w związku z dopiero zasygnalizowanymi kłopotami narkotykowymi.

Jak wskazuje Mirosława Straburzyńska:

*Do placówek ambulatoryjnych trafiają coraz częściej ludzie nie tyle potrzebujący długoterminowej terapii antyuzależnieniowej, co osoby zagubione, nie radzące sobie z wyzwaniami współczesności i nie nadążające za tempem życia*[12].

Dla nich podstawową ofertę stanowią placówki znajdujące się w okolicach zamieszkania i świadczące pomoc na stosunkowo niezobowiązujących warunkach. Daje to łatwość skorzystania z ich usług, a co za tym idzie, częstsze i wcześniejsze zgłoszenia.

Natomiast w przypadku braku takiej możliwości, lub niedopuszczenia osoby do terapeuty, z czym wiąże się konieczność oczekiwania na miejsce, problem nie zaawansowanych użytkowników będzie się pogłębiał.

Potrzebę rozwoju poradni potwierdzają dane z przytaczanego wcześniej artykułu prof. Czabały:

- *wzrasta liczba osób leczących się w poradniach: 9479 w 1998 roku i 38445 w 2005 roku;*
- *zwiększa się proporcjonalnie liczba pacjentów zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy (w 1998 roku była to jedna trzecia wszystkich leczonych pacjentów, a w 2005 roku – prawie połowa); może to oznaczać, że leczenie ambulatoryjne trwa krócej*[13];

## Spóźnione reakcje na nowe modele używania

System leczenia oparty na ośrodkach stacjonarnych nastawiony jest przede wszystkim na pacjentów ze środowisk z tzw. syndromem „wyuczonej bezradności" i proponują swoim podopiecznym w związku z tym naukę życia społecznego od podstaw. Ośrodki te nie nie mają oferty dla użytkownika narkotyków dobrze osadzonego społecznie i stosunkowo nieźle funkcjonującego w środowisku (przynajmniej fasadowo).

W tym zakresie potrzebna jest bardziej elastyczna oferta, możliwość zindywidualizowania przebiegu terapii i dostosowania jej warunków do nowych grup klientów, różniących się w kwestiach kulturowych

12) Mirosława Straburzyńska, „Terapia ambulatoryjna w systemie pomocy dla osób uzależnionych". Serwis Informacyjny Narkomania, nr 1/2009.

13) Prof. Czesław Czabała, Typologia pacjentów korzystających z instytucjonalnej pomocy w związku z używaniem narkotyków, Serwis Informacyjny NARKOMANIA, nr 4(43)/2008

(skrajnie różne podejście osób używających narkotyków klubowych, kokainy, czy heroiny), czy bytowych (np. osoby pracujące, z rodzinami, a opuszczone, z kłopotami bytowymi).

Bez takiego trybu, dla wielu użytkowników problemowych po prostu nie ma oferty:

*Środowisko narkomańskie nie jest już jednorodnym tworem subkultury, lecz konglomeratem wielu subkultur funkcjonujących w różnorodnych środowiskach. Trudno wyobrazić sobie nawet próbę znalezienia wspólnego punktu odniesienia dla osoby przyjmującej narkotyki*[14]*…*

## Niedostosowanie do potrzeb – odejścia, zniechęcenie, rezygnacja

Innego rodzaju konsekwencje są takie, że pacjenci, trafiający do ośrodków, po pierwszych nieudanych próbach terapii godzą się z przegraną i rezygnują z dalszych prób leczenia. Wielu z nich jest skazywanych, trafia do więzień, wielu przechodzi wielokrotnie przez oddziały detoksykacyjne, by powrócić do używania narkotyków. Wszystko to zmniejsza możliwości powrotu do normalnego życia.

Z kolei ci, którzy nie rezygnują, bywają w ośrodkach stacjonarnych leczeni wielokrotnie, na ogół bez wymiernego skutku, co określa się mianem „turystyki ośrodkowej".

W wyniku wad strukturalnych, na które składają się wymienione deficyty, a z nimi niedostatek odpowiednio wczesnych interwencji, system pomocowy zorientowany na abstynencję ogranicza szanse na skuteczne leczenie (czyli też osiągnięcie abstynencji). Szanse te bowiem z biegiem czasu maleją.

Należy też zaznaczyć, że niedostępność lub brak miejsc w programach substytucyjnych, to nie tylko luka w ofercie leczniczej, ale niedostarczenie pomocy osobom, dla których jest to niekiedy szansa na przeżycie. Rok oczekiwania w przypadku osoby używającej heroiny to okres, w którym może zdarzyć się wszystko. Zdarzają się przypadki śmierci wśród osób, które nie dostały się na odpowiednie leczenie.

## Dojrzewanie pacjenta do terapii i pogłębienie uzależnienia

Stosowany model leczenia abstynencyjnego, zwłaszcza w izolacji, jest wyjściem na które decydują się osoby w sytuacji już bardzo trudnej. Zakłada on „dorośnięcie" pacjenta do decyzji o leczeniu w ośrodku, co oznacza oczekiwanie na jego kryzys, więc i dłuższy czas przyjmowania narkotyków. W tym czasie, zamiast biernego oczekiwania, może być prowadzona praca motywująca do zmian.

Paradoks polega na tym, że pacjent „dojrzały", dla którego ośrodek może być właściwym zaleceniem, jest wtedy osobą głęboko uzależnioną, zatem z gorszymi rokowaniami. Natomiast pacjent „niedojrzały" trafia często do ośrodka, bo jest to jedyna dostępna forma pomocy, a nie właściwa dla niego ścieżka interwencji.

## Turystyka ośrodkowa

W latach 1997-2003, gdy funkcjonował system Regionalnych Kas Chorych mieliśmy do czynienia z ekspansją heroiny brown sugar i dużą liczbą osób szukających pomocy. Rodzice umieszczali swoje dzieci w ośrodkach, a one szybko je opuszczały, by niedługo po powrocie do domu ponownie trafić do kolejnej tego typu placówki. W ten sposób jedna osoba zaliczała nierzadko kilka podejść do leczenia rocznie.

Poradnie w tamtym czasie funkcjonowały głównie jako placówki pierwszego kontaktu, dostarczając ośrodkom pacjentów i „promes" pokrycia kosztów leczenia z Kas Chorych.

14) Mirosława Straburzyńska, dz.cyt.

W latach 80. i 90. pacjent, który podejmował kolejną próbę leczenia w ośrodku Monar, bywał karany za „recydywę leczniczą" już podczas przyjęcia. Musiał np. wykopać wielki dół lub nosić upokarzającą fryzurę.

Obecnie liczba chętnych do terapii długoterminowej systematycznie spada. Biuro Rzecznika otrzymuje sygnały, że ośrodki, aby wykonać kontrakt, przyjmują pacjentów bez żadnej selekcji, a dodatkowo, w sposób nieuzasadniony wydłużają leczenie. W wyniku takiej nieetycznej działalności, wprowadzającej w błąd klientów i ich rodziców, do ośrodków trafiają osoby, które nie powinny tam trafić, np. rekreacyjni użytkownicy psychostymulantów, czy palacze konopi, którzy w przeważającej mierze powinni być leczeni ambulatoryjnie. Podobną politykę ułatwia brak reglamentacji w dostępie do leczenia ośrodkowego.

Na spotkaniu w dniu 30 lipca 2011r. w Krajowym Biurze Przeciwdziałania Narkomanii, szef znanego podwarszawskiego ośrodka w Anielinie ujawnił tajemnicę poliszynela. Stwierdził, że ośrodki przyjmują pacjentów „jak leci", bez skierowań i diagnozy. Spostrzeżenie to wywołało niezadowolenie niemal wszystkich obecnych na spotkaniu ośrodkowych terapeutów. Było jednak trafne. Przyjmowanie pacjentów bez weryfikacji nakłada się na zjawisko „turystyki ośrodkowej":

*Z informacji uzyskanych od kierowników wynika, że co najmniej połowa pacjentów to osoby, które leczyły się wcześniej w ośrodku stacjonarnym, podano nawet, że to 75%. W jednym z ośrodków podano, że bywa nawet 100%. (s. 50)*

*Istnieje coś w rodzaju „turystyki ośrodkowej". Wśród pacjentów przeważają osoby, które wcześniej podejmowały już leczenie w jakimś ośrodku. Często takich prób było wiele. Rekordziści przebywali w kilkunastu ośrodkach. (…)*

*Niektórzy pacjenci otwarcie mówią o ośrodku jako miejscu chwilowego schronienia, czasowego odpoczynku.*

*Z takiej perspektywy system jest bardzo kosztowny, a jednocześnie mało skuteczny. Być może dla pacjentów, którzy wcześniej opuścili ośrodek nie kończąc terapii, lub zostali wydaleni powinny być wprowadzone dodatkowe kryteria związane z motywacją do leczenia i określoną przerwą pomiędzy pobytami w ośrodkach. (s. 52-53)*[15]

## Wędrówki za leczeniem

Odrębnym zagadnieniem, obok samych deficytów oferty, jest nierównomierne rozłożenie programów. W części województw nie ma ani jednego programu substytucyjnego.

Osoby chcące się leczyć muszą w związku z tym szukać miejsc w placówkach oddalonych od ich miejsca zamieszkania, co wiąże się z koniecznością dojazdów, nawet po kilkaset kilometrów (bywają przypadki podróży z Gdańska do Krakowa, czy z Gorzowa do Koszalina).

Przykłady takich „wędrówek" opisuje Grzegorz Wodowski:

*W Polsce istnieje bardzo duże zróżnicowanie terytorialne, jeśli chodzi o liczbę uzależnionych od opiatów, w tym także w ujęciu jakościowym. Są obszary, gdzie użytkowników opiatów jest niewielu, i miasta, gdzie trend używania heroiny jest bardzo dynamiczny (Warszawa, Wrocław). W związku z niewielką liczbą ośrodków proponujących leczenie substytucyjne (…16 programów), wiele z nich siłą rzeczy obejmuje zasięgiem dość duże obszary kraju. Dla pacjentów oznacza to nieustanne podróże.*

*Ekstremalnym przypadkiem jest program substytucyjny prowadzony w Świeciu nad Wisłą – żaden z pacjentów programu nie mieszka w Świeciu, przeważają osoby z Torunia i Bydgoszczy (ok. 40 km), a także z... Trójmiasta (150 km). W programie lubelskim mieszkańcy Lublina stanowią tylko ok. 15% leczonych, reszta przyjeżdża w większości z Puław, a nawet z Sanoka i Baligrodu. Na 60 osób leczonych w Zgorzelcu, tylko 15 zamieszkuje w tym mieście, pozostali dojeżdżają po kilkadziesiąt kilometrów (z Jeleniej Góry, Szklarskiej Poręby, a nawet spoza województwa dolnośląskiego). Mimo że w Warszawie i w Krakowie gros pacjentów stanowią osoby zamieszkałe w tych miastach, to w dużej mierze dzieje się to za sprawą „migracji za metadonem". W Krakowie zamiejscowi pacjenci programu substytucyjnego w Szpitalu Rydygiera korzystają z noclegowni i hosteli, by mieć dostęp do leczenia metadonem.*

15) Helsińska Fundacja Praw CZłowieka, „Monitoring przestrzegania praw pacjentów i dostępu do stacjonarnego leczenia uzależnień od narkotyków". Warszawa 2010r.

*W efekcie nierównomiernego dostępu do leczenia substytucyjnego, wielu uzależnionych spełniających kryteria wymagane przez rozporządzenie Ministra Zdrowia nie ma szans na leczenie blisko miejsca zamieszkania. Ci, którym starcza determinacji, aby podróżować po kilkadziesiąt kilometrów codziennie lub co kilka dni, muszą swoje życie bezwzględnie podporządkować leczeniu*[16].

## Brak szans na pomoc

Jakie problemy stwarza brak odpowiednich interwencji dla pacjenta? Tutaj przykładem niech będzie sytuacja osób, które nie otrzymały właściwej pomocy we właściwym czasie:

*Do punktu pobytu dziennego MONAR przy Hożej w Warszawie, trafiła w końcu listopada zeszłego roku rodzina po eksmisji. Dwoje uzależnionych rodziców, w wieku około czterdziestki z dwójką dzieci (trzecie, noworodek w szpitalu). Rodzice zakażeni HIV, na rentach inwalidzkich, nawrotowcy, po wielu ukończonych leczeniach, schorowani. Bez cienia nadziei, by następny wyjazd do ośrodka dał jakikolwiek pozytywny efekt. Obydwoje bliżsi samobójstwa, niż kolejnej próby leczenia.*

*Dzieci, chłopcy jeden sześć, drugi cztery lata. Sytuacja delikatnie mówiąc trudna. Nie mamy im nic do zaproponowania, a oni wiedzą o tym i o nic nie walczą. Tu należy dodać, że dzieci, biorąc pod uwagę okoliczności, są traktowane przez rodziców bardzo poprawnie. Raczej zadbane, rodzice nie odstępują ich na krok, mimo naszych pracowników służących pomocą. Podjęliśmy desperacką próbę znalezienia dwóch miejsc w programie metadonowym. Po prośbach, naciskach i różnych fortelach, o których wolałbym nie pamiętać, udało się takie miejsce w ościennym województwie znaleźć. Postawiono nam warunek: zakwaterowanie „naszej" rodziny w pobliżu punktu dystrybucji metadonu. I ten warunek udało się przejść. Zamieszkali jako rodzina po eksmisji w domu dla bezdomnych. Po wielu dniach starań, w tym dzięki pomocy Programu Stacja (w ich siedzibie dzieci spały) udało się. Jaką mieliśmy inną perspektywę? Dworzec Centralny i odebranie dzieci przez sąd*[17].

Miron, palacz marihuany przyjęty przez ośrodek, pomimo braku odpowiedniej diagnozy, jest przykładem, jak niewłaściwa interwencja na początkowym etapie leczenia może zaważyć na dalszym życiu pacjenta.

*W ośrodku trafiłem do grupy w której każdy był starszy ode mnie przynajmniej o trzy-cztery lata – kompociarze. Tylko ja między nimi małolat i jedyny palacz zioła. Nie paliłem przed ośrodkiem dużo, bywało że parę razy na tydzień i bywało, że nic przez miesiące… Wtedy wszystkich do ośrodków wysyłali… Gdybym raz w życiu zapalił, może i wtedy by wysłali… Ukończyłem leczenie, choć niczego oprócz pracy tam nie było. Terapeuta (jeden z dwojga pracujących w tamtym ośrodku) na zebraniach społeczności ziewał…*

***Jak do tego doszło, że ty, który nie czułeś potrzeby leczenia, kończyłeś je parokrotnie?***

*Bo taki jestem, wmówili mi… Gdy rodzice chcieli bym się leczył, to jechałem... Tylko czasem coś wykręciłem, ale rzadko, po paru piwach… Byle ministrant gorsze rzeczy wyczyniał. No, ale potem siedziałem. Rok za handel alkoholem. Musiałem jakoś zarabiać. Wpadłem raz, wykupiłem się. Potem jeszcze parę razy wpadałem, zawsze na trasie. Przypalałem, owszem, ale tylko gdy ktoś poczęstował. Prosto z więzienia na kolejne leczenie i następny rok w plecy. Ale tym razem leczenia nie skończyłem, choć było bardzo blisko… Nie wróciłem z przepustki. Po raz pierwszy pomyślałem, że po co to wszystko… no i załapałem się na amfetaminę. Dwa lata, ale bez dłuższych ciągów. Dwa dni, potem dwa tygodnie stop… Dostali mnie, choć już gorzałką nie handlowałem, ale udostępniłem garaż. Dwa lata i znowu do ośrodka, do tego samego co poprzednio. Skończyłem leczenie…*

*Licz: wychodzi mi do tego momentu, że zaliczyłem 2,5 roku zabaw ziołem i proszkiem, 3 lata więzienia i 4 lata leczenia.*

Miron po trzecim leczeniu wrócił do amfetaminy, ale na krótko. Po kolejnym pobycie w więzieniu, również bardzo krótkim (nie zapłacone grzywny), wyjechał za granicę. Dzisiaj mieszka w Grecji, raz na dwa lata odwiedza rodziców w Warszawie. Słabość do marihuany mu została. Sporadycznie, gdy poczęstują. Uważa, że gdyby nie trafił do ośrodka na pewno ukończyłby szkołę. Gdyby ją ukończył, raczej by pracował lub dalej się uczył. Nie handlowałby spirytusem, nie siedział w więzieniu.
Czy Miron ma prawo tak myśleć? Tak, skoro niewłaściwa, a niekiedy wręcz szkodliwa interwencja terapeutyczna, skutkująca pogłębieniem problemu a nie jego redukcją, zdarzała i zdarza się w naszym kraju.

16) Grzegorz Wodowski, „Mapa programów metadonowych". Serwis Informacyjny Narkomania 5/2008.
17) Jacek Charmast, „Wołanie o metadon". Monar na Bajzlu, 2004r.

# Przyczyny obecnej sytuacji

## „Wypalenie" instytucjonalne

Jak wspomnieliśmy, w Polsce system leczenia uzależnień kształtują największe i zarazem najstarsze organizacje pozarządowe, powstałe przed 1989 r. Organizacji tych dotyczą te same problemy, które dotykają całego sektora pozarządowego.

Badania tego sektora, prowadzone przez Stowarzyszenie KLON/JAWOR pt. „Podstawowe fakty o organizacjach pozarządowych w 2008r.", obok danych wskazujących na pomijanie przez zarządy ngo's kwestii rozwoju instytucjonalnego i inwestycji w kadry, przytaczają znaczący problem, jakim jest *odczuwane znużenie liderów, wypalenie osób zaangażowanych w działania organizacji*, wskazane przez respondentów prawie co trzeciej organizacji – w 27% wszystkich ngo's – przy czym w szczególności problem dotyczy organizacji starszych.

W przypadku instytucji leczenia uzależnień, za tego rodzaju wypalenie liderów można uznać niechęć do zmiany utrwalonego status quo, z czym wiąże się zamknięcie na dyskusję oraz słaba adaptacja nowych modeli terapeutycznych.

Wiodące w obszarze pomocy uzależnionym organizacje są kierowane przez osoby, które zajmowały się leczeniem jeszcze w latach osiemdziesiątych. Osoby te przyjęły określony model terapeutyczny, będący w tamtym czasie jedynym powszechnie stosowanym i uznawanym za skuteczny.

Niemniej jednak, przez trzy dekady zmieniły się uwarunkowania środowiskowe, a wiedza naukowa o uzależnieniach odmieniła postrzeganie problemu narkotyków, zarazem dostarczając nowych narzędzi i metod oddziaływania. Nacisk ekspertów na różnorodność oferty i badania potwierdzające skuteczność poszczególnych rodzajów interwencji wpłynęły na nowy kształt systemów leczenia w krajach zachodnich, do którego włącza się również stopniowanie celów terapii.

W Polsce wiodące organizacje pozostały przy izolacyjnym modelu leczenia z nastawieniem na cel całkowitej abstynencji. Wobec ich dominacji i za sprawą postaw liderów, zmiana tej sytuacji jest utrudniona.

Liderzy „starych" organizacji nie wykazują inicjatywy modernizacyjnej w kierunku rozwoju oferty, nie zwracają uwagi na niską skuteczność i eliminacyjne oddziaływanie modelu terapii, którego się trzymają. Nie dostrzegają, jak w obecnym systemie osłabiona jest rola leczenia ambulatoryjnego, a traktowanie innych metod na płaszczyźnie ideologii wyklucza – co wydaje się podstawowym problemem – pogłębioną debatę dotyczącą narkomanii. Brak takiej debaty wokół kwestii narkotykowych i nieprzychylność wobec istotnych zmian stały się w końcu poważną wadą systemu i przeszkodą w jego modernizacji.

Robert Sobiech w cytowanym artykule zwraca uwagę na ujemne strony stabilności systemu leczenia:

*Stabilność systemu i doświadczenie organizacji paradoksalnie mogą się okazać jego słabością w sytuacji gwałtownych zmian w ramach zjawiska narkomanii bądź zmian otoczenia instytucjonalnego. Przedstawiona w artykule diagnoza wskazuje na niebezpieczeństwo formalizacji i zamykania się organizacji wewnątrz sprawdzonych uprzednio wzorów i procedur. Zagrożenie to sygnalizują m.in. zjawiska zdominowania organizacji przez psychologów i pedagogów, a także znikomej obecności innych typów działań niż programy profilaktyczne czy terapeutyczne tradycyjnie realizowane przez większość organizacji pozarządowych*[18].

18) Robert Sobiech, dz.cyt.

## Wady procesu szkoleń

Dodatkowym czynnikiem wpływającym na tak rozumianą stabilność, jest powielanie utrwalonych wzorców w szkoleniach nowych kadr.

Polski system szkoleń specjalistów i instruktorów terapii uzależnień działa od 9 lat (pierwsze egzaminy certyfikacyjne przeprowadzono w listopadzie 2002 roku). Do dzisiaj certyfikat Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii po paroletnim szkoleniu zdobyło 776 osób. Jednak oprócz nich, certyfikaty przyznano terapeutom o ponad dwunastoletnim stażu pracy – bez egzaminu, po kilkudniowym szkoleniu. W większości byli to szefowie palcówek terapeutycznych, kierujący tymi placówkami do dzisiaj.

Problem który się na skutek tej decyzji pojawił, znów dotyczy głównie ośrodków rehabilitacji stacjonarnej: kierownicy tych placówek często uniemożliwiają nowym specjalistom pracę zgodnie z umiejętnościami, narzucając im swoje metody oddziaływań.

**Podobny problem** związany jest z odbywaniem staży w placówkach rehabilitacji stacjonarnej, kierowanych przez zespoły szkoleniowe o profilu zorientowanym na leczenie niefarmakologiczne, wyraźnie promujące podejście *drug-free*.

Krajowe Biuro od kilku lat zwraca uwagę na słabe przygotowanie terapeutów do egzaminu certyfikacyjnego, którego co roku nie zdaje ok. 1/3 osób. Na podstawowe problemy zdających oraz ich źródła zwróciła uwagę dyrektor KBPN, Bogusława Bukowska:

*Przygotowanie studium przypadku do części ustnej egzaminu także stwarza problemy. Wielu zdających opisuje w sposób bardzo szczegółowy część diagnostyczną i równocześnie bardzo powierzchownie,a nawet lakonicznie referuje podjęte postępowanie terapeutyczne. Co więcej, słuchacze często nie potrafią powiązać wyników postępowania diagnostycznego z planem postępowania terapeutycznego. Z kolei instruktorzy terapii uzależnień opisując całość postępowania terapeutycznego, zapominają wyjaśnić, na czym polegała ich rola w procesie terapii, jaki mieli zakres zadań i kompetencji, zwykle ograniczają się do ogólnego opisu przebiegu leczenia.*

*Niektóre trudności, których doświadczają słuchacze w trakcie egzaminu, wydają się mieć związek z organizacją procesu terapii, w placówce, w której na co dzień pracują zdający.*

*Zdarza się, że w placówce nie prowadzi się systematycznych i zaplanowanych oddziaływań indywidualnych, opierając koncepcje terapii wyłącznie na oddziaływaniach grupowych obejmujących społeczność terapeutyczną i inne specyficzne grupy. W takim przypadku zdający nie potrafią wyjaśnić, na czym polega ich rola jako terapeuty i kiepsko radzą sobie z opisem relacji terapeutycznej*[19].

## Podejście terapeutów

Kolejnym elementem obecnego stanu rzeczy, związanym z utrwalaniem dawnych modeli, jest negatywna postawa terapeutów wobec narkomanii, na którą zwraca uwagę w cytowanym już artykule Robert Sobiech:

*Innym wskaźnikiem powielania dotychczasowych formuł wydaje się znikoma obecność permisywnych postaw wobec zjawiska narkomanii, wyróżniająca polskie organizacje wśród innych krajów. Jedną z konsekwencji tej sytuacji może być zamknięcie się na nowe sposoby zarządzania organizacjami, blokujące zarówno dalszy rozwój instytucjonalny, współpracę z organizacjami w innych krajach, jak i skuteczne aplikowanie o środki unijne czy udział w programach międzynarodowych.*

Problem postawy wiąże się z drugą przesłanką przywołanych wcześniej standardów terapii. Zakłada ona podmiotowość pacjenta oraz empatyczny do niego stosunek, czyli „zorientowanie na osobę", co oznacza, w największym uproszczeniu, zrozumienie i uznanie pierwszeństwa poglądów i potrzeb pacjenta.

19) Bogusława Bukowska, „Szkolenie w dziedzinie uzależnienia od narkotyków",Terapia uzależnień i współuzależnień, 3/2011

Dopiero na takiej bazie rozpoczyna się diagnozę i motywowanie do zmian. Podejście to uwzględnia wybór rozwiązania problemu przez samego pacjenta, do czego dostarcza mu się odpowiednich narzędzi i wsparcia.

W artykule nt. systemu pomocy uzależnionym Mirosława Straburzyńska wskazuje na potrzebę racjonalnych, popartych badaniami wytycznych w kształtowaniu oferty oraz zaznacza:

*Przede wszystkim zaś należy brać pod uwagę głos samych zainteresowanych. Warto, wzorem najlepszych szkół psychoterapii, nazywać ich i traktować jak klientów, coraz bardziej świadomych swoich potrzeb i praw w zakresie udzielania im pomocy, szanować ich integralność. A za największą wartość w kontakcie terapeutycznym uznawać szacunek dla podmiotowości pacjenta, która wyraża się w jego prawie do decydowania o sobie i wyborze form terapii, w tym również w prawie do odmowy leczenia i poprzestania na korzystaniu z niektórych form pomocy z zakresu redukcji szkód (np. programu wymiany igieł i strzykawek)*[20].

Postawa permisywna w tym kontekście oznacza akceptację pacjenta oraz sytuacji, w jakiej się znalazł.

Biegun przeciwny dla przytaczanych zaleceń stanowią postawy konfrontacyjne w kontaktach z pacjentem, stosowane w starszych modelach terapii, oraz próby wyparcia problemu narkotyków, które miałyby zniknąć z otoczenia leczącego się. Z tych postaw wynika ciągłe stosowanie kar (tzw. dociążeń), założenie potrzeby „łamania pacjenta", czy operowanie lękiem, zarówno w terapii jak i w dyskursie publicznym.

Zjawisko lęku przejawianego wobec zagadnień związanych z narkotykami niesie za sobą szereg konsekwencji, które można zaobserwować w wielu dziedzinach, zarówno profesjonalnych jak i społecznych. Zyskało ono potoczne miano „narkofobii", wprowadzone przez Marka Zygadłę, który tak je objaśnia:

*W 2002 r. realizowaliśmy jako Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym grant pt. „Polish Prison Project"(…) Wtedy, w agendzie szkolenia Służby Więziennej w Bartkowej po raz pierwszy zostało użyte słowo „narkofobia".*

*Prowadziłem zajęcia warsztatowe, które polegały na szacowaniu szkód rożnych środków psychoaktywnych w oparciu o zestaw kryteriów (np. rodzaj uzależnienia, dostępność, szkody w rodzinach i inne). Wtedy też publicznie zdefiniowałem narkofobię, jako przesadny lęk przed narkotykami i osobami przyjmującymi narkotyki, któremu towarzyszą:*

- *poczucie zagrożenia*
- *poczucie bezradności*
- *nieprzyjemny niepokój*
- *sprzeczne pragnienia i impulsy niezgodne z poczuciem własnej wartości*
- *nieadekwatne reakcje (postawy i zachowania) wzbudzane czynnikiem lękotwórczym*

Narkofobia wyklucza, skutkuje zepchnięciem osób używających narkotyków na margines społeczeństwa, doprowadza do zaniku zainteresowania problematyką narkotykową.

Społeczeństwo oddaje lecznictwo narkotykowe odpowiednim agendom ale traci zainteresowanie kontrolą tych agend, co prowadzi do nadużyć, np. do przemocy terapeutycznej czy uzyskiwanie publicznych pieniędzy na działalność bez ujawniania efektów pracy. (…)

## Postawy społeczne a „narkofobia"

Obecnie z *przesadnym lękiem* można utożsamić zbiór tendencji społecznych i medialnych, dotykających również środowisk terapeutycznych, które skutkują błędnym postrzeganiem problemu, więc i niewłaściwymi reakcjami.

*Przesada* przekłada się na dyskurs publiczny, a cechuje ją tabuizacja zagadnienia. O narkotykach nie mówi się w kategoriach problemu i rozwiązań, a raczej jako o złu, z którym się walczy. Skutkuje to sytu-

20) Mirosława Straburzyńska, dz.cyt.

acją, w której samo przywołanie tematu narkotyków budzi sprzeciw – bądź lęk – czyli w której złem jest także mówienie o jakichś sprawach.

Obawa przed stycznością z „narkotykami" nawet na poziomie dyskusji stanowi potężną barierę dla prowadzenia skutecznej polityki i skutecznych działań, ale też ich kontroli – zamiast tego problem się izoluje, zasłania.

*Taki klimat społeczny wpływa też na działania profilaktyczne, mające ograniczyć popyt i zainteresowanie narkotykami. Oddziaływanie poprzez strach jest tylko jedną z możliwości uświadomienia niebezpieczeństw, obok lub w miejscu których należy edukować, informować o sposobach unikania ryzyka. Takie działania wymagają jednak uznania faktu istnienia narkotyków, zaznaczmy: faktu, z czym wiąże się też rozróżnienie rodzajów narkotyków oraz zachowań i możliwych konsekwencji z nimi związanych. W przypadku fobii narkotyk jest jeden i jest to narkomania.*

**Zjawisko „lęku" ogranicza dyskusję,** więc też rozumienie problemu, co dotyczy wielu różnych grup społecznych i skutkuje ograniczeniem możliwości skutecznego działania i racjonalnej reakcji.

W nieco węższej perspektywie, narkofobia, jako uprzedzenie, stwarza nacechowany negatywnie stereotyp „narkomana", funkcjonujący także w środowisku lekarskim i wśród specjalistów uzależnień. Ma to wpływ na podejmowanie prób leczenia, co pokazują badania barier dostępu IATPAD[21]:

*W analizie postaw przeprowadzonej pod kątem grupy zawodowej utrzymuje się ogólny trend niskich ocen pacjentów z problemem narkotykowym, natomiast nieco wyższy pacjentów z problemem alkoholowym. Profesją o najbardziej liberalnym podejściu wobec osób uzależnionych byli psychologowie, natomiast najbardziej „konserwatywni" – lekarze pierwszego kontaktu.(s. 464)*

*Wąskie postrzeganie konsumpcji alkoholu i narkotyków oraz problemów z tym związanych w kategoriach, bądź to moralnych bądź behawioralnych, może prowadzić do braku zaufania i obawy przed podjęciem leczenia. Brak wrażliwości personelu medycznego na problemy związane z alkoholem bądź narkotykami, traktowanie w ostatniej kolejności pacjentów z tą diagnozą, w ekstremalnych przypadkach również odraza, niewątpliwie przyczyniają się do powstawania luki w systemie ochrony zdrowia. (s. 461)*

*Taka konstrukcja normatywna determinuje warunki interakcji lekarz-pacjent, ten pierwszy, czując się nie komfortowo, nie będzie pytał o picie tego drugiego, by go nie urazić, nie oczernić, wreszcie – nie stracić swojego pacjenta. Drugim wątkiem było przekonanie, że jednostka staje się osobą uzależnioną, dewiantem w momencie podjęcia leczenia. Okazuje się, że leczenie stygmatyzuje, powoduje upokorzenie. Perspektywa bycia naznaczonym odwleka w czasie zgłaszanie się do leczenia, skutkując ciężkimi stanami uzależnienia u osób potencjalnie mogących tego uniknąć.*

*Patrząc na lokalizację placówek terapii uzależnień w miejscach odosobnionych, ukrytych, wydzielonych z miejskiej przestrzeni publicznej bądź znajdujących się na jej obrzeżach, nietrudno odnieść wrażenie, że jest to problem wstydliwy, niejako „formalnie" skazany na ukrywanie. (s. 462)*

Przeważająca liczba polskich terapeutów zatrudniona jest w ośrodkach rehabilitacji stacjonarnej, położonych w oddaleniu od większych miast. Ta odległość i izolacja od nowych zjawisk, obok braku widocznej zmiany pokoleniowej wśród liderów dominujących ngo's, rodzą wszystkie podstawowe wady polskiego modelu leczenia.
Niespotykane nigdzie w świecie uprzywilejowanie społeczności terapeutycznych, jest wynikiem do dzisiaj popularnej opinii polskich terapeutów, że jedyne co pozwala uzyskać efekt abstynencji, to izolacja od dawnego środowiska w systemie leczenia stacjonarnego. Z niej wynikają inercyjność, bardzo groźne zjawisko kontestowania przez terapeutów światowego dorobku naukowego w zakresie terapii uzależnień, ignorowanie zmian kulturowych. Groźne zjawisko wskazywania pacjentom izolacji od społeczeństwa, nie tylko jako instrumentu w procesie zdrowienia ale też wartości samej w sobie.
Dla wielu z tych pacjentów, którzy zostawali po leczeniu terapeutami, ich praca stawała się stylem życia, przedłużeniem własnej terapii, jedynym ratunkiem nie tylko przed narkotykami, ale też przed innymi zagrożeniami, w tym kolejnym uzależnieniem. Rytm życia wyznaczały dyżury w ośrodku, gdzie obowiązywała bezwzględna trzeźwość, parasol chroniący przed pokusami świata na zewnątrz.
Dzisiaj neofici stanowią blisko połowę kadry ośrodków, połowę bardzo wpływową, bo towarzysko zintegrowaną. Ich lęki w dużym stopniu wpłynęły na politykę organizacji, zamykających się na zmiany, słabo adaptujących się do nowych modeli terapeutycznych, co skutkuje m.in. tak niskim poziomem lecznictwa substytucyjnego w naszym kraju.

21) Michał Bujalski, dz.cyt.

W tabeli poniżej zestawiono liczby skierowań do ośrodków stacjonarnych z Poradni Monar w Krakowie – pojawienie się alternatywnych serwisów pomocowych, wyraźnie zmienia popyt na leczenie stacjonarne.

| ROK | Ilość zarejestrowanych skierowań do ośrodków stacjonarnych | Fakty, które mogły mieć wpływ na ilość skierowań | |
|---|---|---|---|
| | | Rozpoczęcie pracy ulicznego programu wymiany strzykawek [wzrost ilości skierowań do ośrodków] | Otwarcie programu metadonowego w Krakowie [spadek ilości skierowań] |
| **1993** | **95** | | |
| **1994** | **57** | | |
| **1995** | **90** | | |
| **1996** | **150** | | |
| **1997** | **162** | | |
| **1998** | **128** | | |
| **1999** | **46** | | |
| **2000** | **20** | | |
| **2001** | **11** | | |
| **2002** | **31** | | |
| **2003** | **37** | | |
| **2004** | **36** | | |
| **2005** | **17** | | |
| **2006** | **43** | | |
| **2007** | **33** | | |

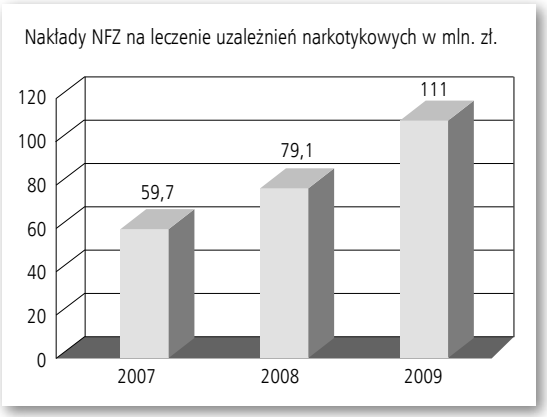
Zarazem zestawienie to pokazuje, jak dotarcie z pomocą poprzez programy typu outreach – w tym wypadku program wymiany igieł i strzykawek – skutkuje wzrostem zgłoszeń do leczenia. Należy zaznaczyć tu niewielki koszt takich programów dla gminy.

# Dystrybucja finansów

W dyskusjach na temat systemu leczenia często pojawia się argument, że fundusze na leczenie uzależnień są wystarczające, jednak problemem jest ich dystrybucja.

Podstawowym źródłem finansowania placówek terapeutycznych jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Oprócz tego, część jednostek – najczęściej tych młodszych – czerpie fundusze z programów unijnych. Trzecim źródłem są fundusze lokalne.

Dobór źródeł finansowania i proporcje dotacji przyznawanych poszczególnym segmentom odzwierciedlają relacje wewnątrz sektora leczenia uzależnień – niestety wraz z jego usterkami. We wstępie do Oceny systemu leczenia i rehabilitacji




***Udział procentowy nakładów NFZ na lecznictwo stacjonarne w ostatnich latach to: 2007 – 78,5 % 2008 – 75,2 % 2009 – 75,8 %***

czytamy, że ponad 60% wszystkich wydatków przypada na ośrodki rehabilitacyjne obejmujące swoją opieką 15% pacjentów[22)].

Odsetek wydatków samego NFZ przypadający na ośrodki jest jeszcze wyższy.

Jest to jednak średnia krajowa, skrajne przypadki ukazują sytuacje monopolizacji w regionach, np.:

**lubuski oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem – 6,86
w tym leczenie stacjonarne – 6,73 (98%)

leczenie w 2008 ogółem – 8,43
w tym leczenie stacjonarne – 8,24 (97%)

leczenie w 2009 ogółem – 12,18
w tym leczenie stacjonarne – 11,7 (96%)

**opolski oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem – 1,75
w tym leczenie stacjonarne – 1,70 (97%)

leczenie w 2008 ogółem – 2,11
w tym leczenie stacjonarne – 2,03 (96%)

leczenie w 2009 ogółem – 2,40
w tym leczenie stacjonarne – 2,32 (96%)

**warmińsko-mazurski oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem – 1,50
w tym leczenie stacjonarne – 1,39 (92%)

leczenie w 2008 ogółem – 2,09
w tym leczenie stacjonarne – 1,86 (88%)

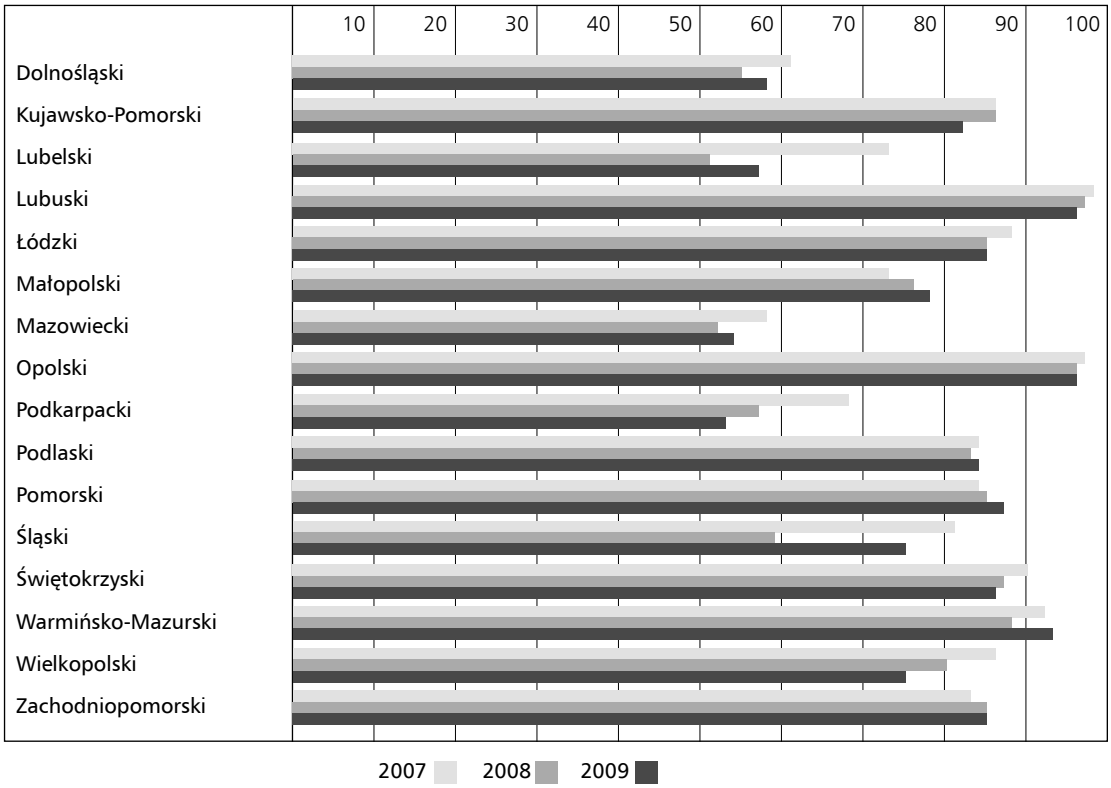
leczenie w 2009 ogółem – 3,45
w tym leczenie stacjonarne – 3,21 (93%)

*(wykaz dla wszystkich województw znajduje się na końcu rozdziału)*

22) Alkoholizm i Narkomania, t.19 nr 4, s. 328

Taki podział funduszy wydaje się oczywisty zważywszy na koszty utrzymania placówek stacjonarnych i pobytu – kilku- lub kilkunastomiesięcznego – pacjentów. Okazuje się jednak nieuzasadniony wobec niskiej skuteczności terapii i efektywności wydatków, co w tym wypadku oznacza niewielką liczbę osób, do których dociera pomoc. Zwłaszcza, kiedy zestawimy je z alternatywnymi formami oddziaływań.

**Procentowy udział nakładów na leczenie stacjonarne w całości nakładów na lecznictwo uzależnień**




## Wskaźniki efektywności leczenia i rehabilitacji

Pogłębiona – i zarazem krytyczna – analiza efektywności prowadzonych działań względem kosztów znajduje się w opisie badania IPiN: Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce. Autorzy opisują strukturę zatrudnienia i stosunek ilości pracowników i pacjentów, następnie przedstawiają stosunki kosztów oraz ich przełożenie na efekty leczenia, co w tym przypadku oznacza liczbę osób kończących programy.

Przytoczymy tu najważniejsze wyniki[23)].

### Struktura zatrudnienia

Związana jest z przewagą liczebną ośrodków stacjonarnych. Zatrudniają one najwięcej osób ze wszystkich segmentów, pomimo że średnia liczba pracowników na placówkę nie jest w nich najwyższa:

Sposób rozdysponowania środków potwierdza zatem tezy o dominacji modelu leczenia jakim jest społeczność terapeutyczna, wskazuje również pozycję najstarszych organizacji na rynku:
Spośród wszystkich organizacji pozarządowych, dysponujących budżetami powyżej 100 tys. euro, 78% stanowiły organizacje, które rozpoczęły działania w sferze redukcji popytu przed 1989 rokiem.
Udział środków publicznych w budżetach organizacji, które rozpoczęły działalność przed 1989 rokiem wynosił 78% w 1998 roku i 66% w 2003 roku.
*Robert Sobiech, dz.cyt.*

23) Wszystkie przytaczane fragmenty pochodzą z: Alkoholizm i Narkomania, tom 19: nr 4, ss. 351-354.

*Spośród wszystkich zatrudnionych w systemie leczenia i rehabilitacji uzależnień od substancji psychoaktywnych, najwięcej, bo 40% osób, pracuje w placówkach rehabilitacyjnych. W poradniach zatrudnionych jest 21%, na oddziałach detoksykacyjnych 18%, a w innych placówkach – 14% wszystkich zatrudnionych. Najmniejszy udział w strukturze zatrudnienia mają programy substytucyjne – 4%.*

*Przeciętne zatrudnienie na placówkę waha się od 3,7 osób w opiece ambulatoryjnej do 16,6 w oddziałach detoksykacyjnych (8,8 w ośrodkach rehabilitacyjnych, 11 w programach substytucyjnych).*

**Wykorzystanie potencjału personelu a efektywność leczenia**

Najwięcej zatrudniają pojedyncze oddziały detoksykacyjne i programy substytucyjne. Jednak biorąc pod uwagę ilość obsługiwanych pacjentów przez jednego pracownika, czyli wykorzystanie potencjału personelu, najlepiej wypadają poradnie, a najsłabiej ośrodki:

*Wskaźnik wykorzystania potencjału personelu jest prostym ilorazem liczby pacjentów i liczby zatrudnionych, i mówi o tym, ilu pacjentów przypada na jednego zatrudnionego. Wyższa wartość wskaźnika oznacza lepsze wykorzystanie potencjału personelu.*

*(…) najmniej, bo średnio dziesięciu, pacjentów przypada na jednego zatrudnionego w placówkach rehabilitacyjnych, blisko 20 – w programach substytucyjnych, 30 – na oddziałach detoksykacyjnych i prawie 50 w poradniach. Oprócz uzasadnionych charakterem świadczeń różnic między typami placówek, zaskakująco znaczne są różnice w ramach poszczególnych typów placówek (od kilku do kilkudziesięciu razy).*

Następne zestawienie wskazuje, jak liczba zatrudnionych ma się do efektów leczenia; tu relacja jest podobna:

*Powstaje pytanie, w jaki sposób wskaźnik wykorzystania personelu wpływa na utrzymywanie się pacjentów w programie. Innymi słowy, jak ma się liczba pacjentów kończących program do liczby zatrudnionych. Iloraz tych dwóch charakterystyk daje wskaźnik efektywności wykorzystania potencjału personelu.*

*Tak jak w poprzednim zestawieniu, najbardziej efektywne okazują się poradnie, w których na jednego zatrudnionego przypada średnio prawie 23 pacjentów kończących program, po nich plasują się oddziały detoksykacyjne – 13 pacjentów, najmniej pod tym względem efektywne są ośrodki rehabilitacyjne, gdzie odpowiedni wskaźnik jest prawie cztery razy mniejszy niż w oddziałach detoksykacyjnych i sześć razy mniejszy w porównaniu z poradniami(...)*

Podobnie jak w poprzednim zestawieniu, różnice w ramach jednego typu placówek są znacznie większe niż między poszczególnymi typami. Abstrahując od intensywności oddziaływań, które mogą wyjaśniać część tej zmienności, można podejrzewać, że jej źródłem jest ogromne zróżnicowanie w gospodarowaniu zasobami ludzkimi.

**Koszty a efektywność leczenia**

Wszystkie powyższe zestawienia korelują z ponoszonymi kosztami:

*Nie dysponując żadnymi danymi o wynikach leczenia przyjęliśmy, że wskaźnikiem efektywności kosztowej placówek będą wydatki na jednego pacjenta kończącego program.*

*Wskaźnik efektywności kosztowej wskazuje na bardzo znaczne zróżnicowanie placówek. Średni koszt przypadający na jednego pacjenta kończącego program w lecznictwie ambulatoryjnym zbliża się do 1.500 złotych, na oddziałach detoksykacyjnych – do 4.000, a w ośrodkach rehabilitacyjnych przekracza 30.000 złotych. Nawet po odrzuceniu najdroższego ośrodka rehabilitacyjnego, średni koszt w rehabilitacji jest sześć razy wyższy niż w detoksykacji i 16 razy wyższy w porównaniu z opieką ambulatoryjną.*

Jak wskazują autorzy ewaluacji, żadna z polskich społeczności terapeutycznych nie przedstawia efektów swojej pracy w postaci twardych danych. Udało nam się dotrzeć do danych z 2006 roku, ale dotyczących zaledwie 27 ośrodków stacjonarnych. Niestety dane takie są ściśle przez ośrodki chronione stąd nie udało się dotrzeć do danych starszych ani tym bardziej do nowych.

W placówkach tych w 2006 roku ukończyło terapię 579 osób – średnio 21 na placówkę. Z tego ponad jedna trzecia placówek (10 placówek z najgorszymi wynikami) wykazała ogółem 67 osób które ukończyły w nich terapię. Kadra merytoryczna tych 10 ośrodków liczyła 77 osób. Stąd na jednego członka kadry merytorycznej przypadło 0,8 pacjenta kończącego terapię.

Budżet tych 10 placówek wynosił 5,03 mln złotych czyli 9% wszystkich nakładów NFZ na lecznictwo narkotykowe w 2006 r. (57 mln zł), co stanowiło mniej więcej równowartość całej dotacji dla ambulatoriów, obsługujących kilkanaście tysięcy pacjentów.

Należy zwrócić uwagę, że sytuacja ta ma miejsce wobec ogromnego deficytu programów substytucyjnych i ogromnej luki w finansowaniu ambulatoriów, uznawanych za kluczowy element systemu. Pomimo zaleceń rozwoju tych placówek, płynących z ośrodków badawczych, instytucji państwowych i organizacji międzynarodowych, oba te segmenty cały czas napotykają opór środowisk terapeutycznych związanych z największymi siłami w sektorze i nie mogą się rozwijać, podczas gdy miliony złotych przepływają przez ośrodki terapeutyczne, pomagające niewielkiej liczbie pacjentów.

Trudno byłoby wyjaśnić jednoznacznie i nie posuwając się do oskarżeń, jak doszło do takiego stanu rzeczy. Zamiast tego, spróbujemy zobrazować sytuację na przykładzie historii walki (sic!) o program metadonowy w Gdańsku.

Brak choćby minimalnej reglamentacji leczenia ośrodkowego, połączony z brakiem kontroli jego efektów i przy znaczącym deficycie alternatywnych świadczeń tworzą sytuację patogenną. Wyraża się ona w tym, że z perspektywy finansowej, osoby w „obrotowych drzwiach" systemu leczenia, mogą stanowić źródło dochodów. Placówki terapeutyczne nie muszą dbać o wyniki leczenia, gdyż nie są zobowiązane wykazywać jego skuteczności. Stwarza to sytuację, kiedy każda osoba, niezależnie od diagnozy, rodzaju skierowania i szans, jest dla ośrodka po prostu opłacalna.

Znaczący jest też fakt, że w większości placówek *drug-free* nie ma informacji dających wyobrażenie o ich efektywności.

Art. 24. zmienionej Ustawy o PN nakłada na wszystkie placówki lecznicze obowiązek przesyłania danych na temat pacjentów, ruchu chorych i podejmowanych interwencji do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

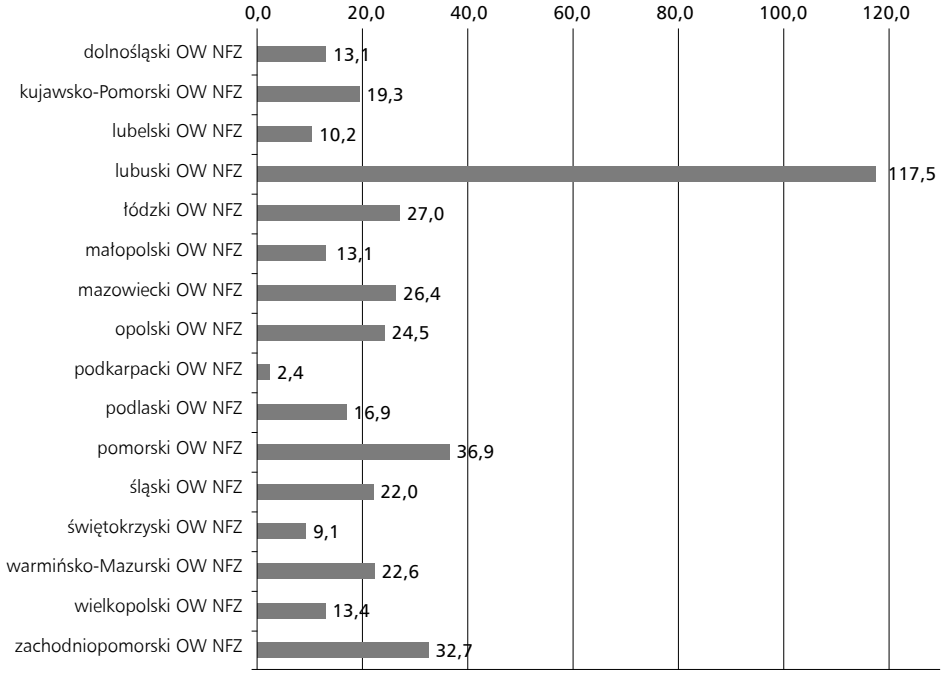
W opublikowanych na stronie internetowej *Uwagach Stowarzyszenia MONAR do projektu ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii grudzień 2009*, autorzy wskazują na „niepokojące" możliwe skutki, wynikające ze zmiany art. 24:

*Art.24b - niepokój budzi zakres informacji, które mają być gromadzone i przekazywane do Krajowego Biura, głównie ze względu na ich szczegółowość i zakres. Sugerujemy, aby w zapisie ustawy znalazła się informacja o trybie przekazywania tych informacji, ze względu na wrażliwość danych gromadzonych. Pojawiają się też pytania odnośnie konsekwencji wynikających z realizacji tego zapisu ustawy (np. podwójne dane gdyż jedne są wysyłane do Instytutu Psychiatrii i Neurologii, biurokratyzacja kontaktu z pacjentem, brak informacji o sposobach wykorzystywania tych danych i otrzymywanych przez placówki raportach sporządzanych na podstawie przekazywanych danych, itd.). Takie same dane powinny być gromadzone także o osobach korzystających z leczenia substytucyjnego.*

Zwrócono tutaj uwagę na problem tzw. wrażliwych danych, przy czym twórcy systemu zbierania informacji od początku zaznaczają, że będą one kodowane – sam zapis Ustawy mówi o zabezpieczeniach.

Zastanawia też postulat zbierania informacji o pacjentach substytucyjnych – skoro art.24b nie wyłącza żadnej kategorii pacjentów, to dlaczego wskazuje się akurat na tą grupę? Warto tu zaznaczyć, że jak dotąd najwięcej danych zbiera się właśnie o pacjentach programów substytucyjnych.

Wysokość nakładów na leczenie stacjonarne w tysiącach zł na 10 tys. mieszkańców




Nakłady NFZ na leczenie ambulatoryjne w 2009 r.

| OW NFZ | Nakłady w zł | Udział OW NFZ w nakładach w % | Wysokość nakładów zł / 10 tys. ubezpieczonych |
|---|---|---|---|
| Dolnośląski | 2 484 834,6 | 9,6 | 8 826,0 |
| Kujawsko-Pomorski | 818 488,8 | 3,2 | 3 978,1 |
| Lubelski | 1 656 795,9 | 6,4 | 7 700,0 |
| Lubuski | 480 042,0 | 1,9 | 4 820,7 |
| Łódzki | 1 199 549,5 | 4,6 | 4 795,2 |
| Małopolski | 1 114 316,5 | 4,3 | 3 492,1 |
| Mazowiecki | 10 597 986,0 | 41,0 | 20 787,6 |
| Opolski | 80 080,7 | 0,3 | 846,1 |
| Podkarpacki | 436 716,0 | 1,7 | 2 112,8 |
| Podlaski | 314 050,4 | 1,2 | 2 699,1 |
| Pomorski | 1 133 544,0 | 4,4 | 5 161,9 |
| Śląski | 2 805 501,4 | 10,9 | 6 243,8 |
| Świętokrzyski | 128 996,5 | 0,5 | 1 020,8 |
| Warmińsko-Mazurski | 240 494,4 | 0,9 | 1 695,9 |
| Wielkopolski | 1 445 005,7 | 5,6 | 4 280,6 |
| Zachodniopomorski | 897 050,0 | 3,5 | 5 371,1 |
| | **25 833 452,2** | **100** | **6 906,4** |

Nakłady na leczenie uzależnień narkotykowych i leczenie stacjonarne w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ (w mln zł)

**dolnośląski oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem - 3,86
w tym leczenie stacjonarne – 2,37 (61%)

leczenie w 2008 ogółem - 4,79
w tym leczenie stacjonarne – 2,66 (55%)

leczenie w 2009 ogółem - 6,43
w tym leczenie stacjonarne – 3,73 (58%)

**kujawsko-pomorski oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem - 2,76
w tym leczenie stacjonarne – 2,40 (86%)

leczenie w 2008 ogółem - 3,30
w tym leczenie stacjonarne – 2,87 (86%)

leczenie w 2009 ogółem - 4,79
w tym leczenie stacjonarne – 3,97 (82%)

**lubelski oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem - 1,36
w tym leczenie stacjonarne – 0,96 (73%)

leczenie w 2008 ogółem - 3,12
w tym leczenie stacjonarne – 1,62 (51%)

leczenie w 2009 ogółem - 3,89
w tym leczenie stacjonarne – 2,23 (57%)

**lubuski oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem - 6,86
w tym leczenie stacjonarne – 6,73 (98%)

leczenie w 2008 ogółem - 8,43
w tym leczenie stacjonarne – 8,24 (97%)

leczenie w 2009 ogółem - 12,18
w tym leczenie stacjonarne – 11,7 (96%)

**łódzki oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem - 5,68
w tym leczenie stacjonarne – 5,02 (88%)

leczenie w 2008 ogółem - 6,12
w tym leczenie stacjonarne – 5,24 (85%)

leczenie w 2009 ogółem - 8,13
w tym leczenie stacjonarne – 6,94 (85%)

**małopolski oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem – 3,13
w tym leczenie stacjonarne – 2,31 (73%)

leczenie w 2008 ogółem - 4,37
w tym leczenie stacjonarne – 3,35 (76%)

leczenie w 2009 ogółem - 5,36
w tym leczenie stacjonarne – 4,19 (78%)

**mazowiecki oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem - 13,01
w tym leczenie stacjonarne – 7,61 (58%)

leczenie w 2008 ogółem – 16,62
w tym leczenie stacjonarne – 8,66 (52%)

leczenie w 2009 ogółem - 24,87
w tym leczenie stacjonarne – 13,48 (54%)

**opolski oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem - 1,75
w tym leczenie stacjonarne – 1,70 (97%)

leczenie w 2008 ogółem - 2,11
w tym leczenie stacjonarne – 2,03 (96%)

leczenie w 2009 ogółem - 2,40
w tym leczenie stacjonarne – 2,32 (96%)

**podkarpacki oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem - 0,58
w tym leczenie stacjonarne – 0,40 (68%)

leczenie w 2008 ogółem - 0,66
w tym leczenie stacjonarne – 0,38 (57%)

leczenie w 2009 ogółem - 0,94
w tym leczenie stacjonarne – 0,50 (53%)

**podlaski oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem – 1,33
w tym leczenie stacjonarne – 1,12 (84%)

leczenie w 2008 ogółem – 1,42
w tym leczenie stacjonarne – 1,18 (83%)

leczenie w 2009 ogółem - 2,33
w tym leczenie stacjonarne – 1,97 (84%)

**pomorski oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem – 3,76
w tym leczenie stacjonarne – 3,16 (84%)

leczenie w 2008 ogółem - 7,45
w tym leczenie stacjonarne – 6,39 (85%)

leczenie w 2009 ogółem - 9,30
w tym leczenie stacjonarne – 8,10 (87%)

**śląski oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem – 8,03
w tym leczenie stacjonarne – 6,52 (81%)

leczenie w 2008 ogółem -13,1
w tym leczenie stacjonarne – 7,74 (59%)

leczenie w 2009 ogółem -13,13
w tym leczenie stacjonarne – 9,90 (75%)

**świętokrzyski oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem - 0,40
w tym leczenie stacjonarne – 0,36 (90%)

leczenie w 2008 ogółem – 1,02
w tym leczenie stacjonarne – 0,89 (87%)

leczenie w 2009 ogółem 1,33
w tym leczenie stacjonarne – 1,15 (86%)

**warmińsko-mazurski oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem – 1,50
w tym leczenie stacjonarne – 1,39 (92%)

leczenie w 2008 ogółem – 2,09
w tym leczenie stacjonarne – 1,86 (88%)

leczenie w 2009 ogółem - 3,45
w tym leczenie stacjonarne – 3,21 (93%)

**wielkopolski oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem – 2,42
w tym leczenie stacjonarne – 2,09 (86%)

leczenie w 2008 ogółem – 4,24
w tym leczenie stacjonarne – 3,37 (80%)

leczenie w 2009 ogółem - 5,99
w tym leczenie stacjonarne – 4,54 (75%)

**zachodniopomorski oddział NFZ**

leczenie w 2007 ogółem – 3.28
w tym leczenie stacjonarne – 2,73 (83%)

leczenie w 2008 ogółem – 3,46
w tym leczenie stacjonarne – 2,97 (85%)

leczenie w 2009 ogółem - 6,36
w tym leczenie stacjonarne – 5,46 (85%)

# Metadon dla Gdańska

Na omówienie działań w Gdańsku przeznaczyliśmy znaczną część tego raportu z dwóch powodów. Pierwszy, to sytuacja w Trójmieście, gdzie podejście do rozwiązywania problemów narkotykowych jest przykładem typowym dla całego kraju.
Po drugie, Biuro Rzecznika poświęciło Trójmiastu najwięcej swojego czasu, najwięcej wydatków, konferencji, wyjazdów, spotkań, rozmów bezpośrednich i telefonicznych, napisanych dokumentów, podjętych interwencji. Tak jest do dzisiaj.

Gdańsk, Trójmiasto i Pomorze to na mapie programów pomocowych leczenia uzależnień region szczególny, ewenement w skali europejskiej, na który składa się całkowity brak programów substytucyjnych a zarazem rekordowe nakłady na lecznictwo stacjonarne, którego dostępność trzykrotnie przekracza zalecaną średnią 7 miejsc na 100 tys. mieszkańców.

PIERWSZE PRÓBY włączenia terapii substytucyjnej do oferty pomocowej Gdańska miały miejsce jeszcze w latach dziewięćdziesiątych, gdy starania o uruchomienie programu metadonowego podjął dr Kazimierz Kotowicz.

Jednak oprócz niego oraz uzależnionych i ich rodzin nie było wielu osób zainteresowanych powołaniem takiego programu. Trójmiasto i województwo pomorskie były już obszarem całkowicie zdominowanym przez społeczności terapeutyczne i lecznictwo „drug free", obszarem, gdzie metadon był traktowany więcej niż nieprzychylnie, o czym może poświadczyć choćby tytuł jednej z publikacji z 1994 r. dwojga pomorskich terapeutów i liderów tamtejszych społeczności – „Przeciw metadonowi"[24]. Autorzy podjęli tam problem od strony ideologicznej.

Przy tak prezentowanej postawie przedstawicieli lokalnego środowiska terapeutów, inicjatywa dra Kotowicza nie mogła liczyć na sukces.

DRUGI ETAP to początek obecnego stulecia, kiedy grupa lekarzy z gdańskiej Akademii Medycznej postanowiła utworzyć program metadonowy przy Klinice Toksykologii.

26 października 2004 r., lokalna *Gazeta Wyborcza* pisała o tym zdarzeniu w optymistycznym tonie:

*W Trójmieście ruszy program metadonowy dla narkomanów. Stu trójmiejskich narkomanów ma szansę na normalne życie. W grudniu rozpocznie się w Gdańsku specjalny program leczenia metadonem – syntetyczną heroiną. (…)*

*Dr Jacek Anand, adiunkt I Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademickiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, wyjaśnia mechanizm leczenia. – Narkoman na początku odczuwa przyjemność po wstrzyknięciu heroiny, ale szybko zamienia się ona w głód narkotykowy, który daje objawy grypy: drżenie, potliwość, niepokój, kołatanie serca. I cały swój czas narkoman poświęca temu, aby zdobyć narkotyk i ugasić ciągły nieustępujący głód. Metadon go likwiduje. Nie daje euforii i wizji. Działa do 36 godzin – można po jego użyciu normalnie pracować, żyć. Do tego dochodzi terapia uzależnionego z udziałem psychologa.*

*Według dr. Ananda w leczeniu narkomanów metadon jest skuteczniejszy niż programy monarowskie, w których drastycznie odstawia się narkotyki.*

*Z programu metadonowego cieszą się gdańscy policjanci. Wierzą, że pomoże im w walce z produkcją narkotyków, które są dystrybuowane na gdańskim „bajzlu" przy dworcu PKS.*

24) Tekst ukazał się w zbiorze materiałów z konferencji narkotykowej w Jadwisinie k. Warszawy.

*– Rezultaty takiej terapii są bardzo dobre. Dzięki niej uda się uratować wielu młodych ludzi od narkotyków – mówi nadkom. Danuta Wołk-Karaczewska z gdańskiej policji.*

*Krystyna Kmiecik-Baran, która zajmuje się zagrożeniami społecznymi w Pomorskim Centrum Zdrowia Publicznego w Urzędzie Wojewódzkim, koordynuje działanie programu.*

*– Na start akcji czeka już niecierpliwie około stu narkomanów z Trójmiasta – mówi. – Program będzie finansowany przez pomorski Narodowy Fundusz Zdrowia. Dodatkowe pieniądze spłyną z Unii na wsparcie rzeczowe, edukację grup wsparcia itp.*

*Pomorski program zatwierdziło Ministerstwo Zdrowia. Prawdopodobnie będzie realizowany w Zakładzie Toksykologii w Akademickim Centrum Klinicznym w Gdańsku. W Unii Europejskiej aż 300 tys. osób objętych jest leczeniem metadonem. W Polsce tylko 700….. Ludzie, którzy zdecydują się leczyć, kończą studia, normalnie pracują".*

Nie tylko Narodowy Fundusz Zdrowia, ale i samorządy nie rozumiały wówczas idei leczenia substytucyjnego. Pozostawały one pod przemożnym wpływem lokalnych ekspertów, których stanowisko wtedy i dzisiaj, pozostaje w praktyce nieprzejednane.

Mrowisko, wpływowa w Gdańsku lokalna organizacja pozarządowa, kierowana wtedy przez Jolantę Łazugę Koczurowską, będącą zarazem szefową Stowarzyszenia MONAR, poproszone przez magistrat o wypowiedzenie się odnośnie wprowadzenia leczenia metadonem odpisało:

*Istnieje uzasadniona obawa, że młodzi, uzależnieni ludzie – zamiast podejmować leczenie – utrwalać będą zarówno swój nałóg, jak i swoją bezradność: za publiczne pieniądze.*

Mrowisko wskazało ponadto grupy, którym ewentualnie można byłoby leczenie substytucyjne zaproponować: osoby nieuleczalnie i ciężko chore oraz kobiety w ciąży. Stanowisko to redukowało w praktyce leczenie substytucyjne do funkcji paliatywnej, co ciekawe bardzo ograniczało zakres jego stosowania nawet wobec obowiązującego, restrykcyjnego prawa.

Tak przedstawiona idea powołania kosztownego programu nie mogła pozyskać przychylności urzędników. Program bez silnego wsparcia zewnętrznego nie miał szans, by się w Trójmieście pojawić. Wskazany przez Mrowisko i Monar zakres stosowania leczenia substytucyjnego, występował później jako jedyny dopuszczalny przez lokalnych urzędników. Mamy tu do czynienia z ciekawym zjawiskiem – niemal bezkrytyczne przyjmowanie opinii miejscowych ekspertów z ngo's, przy całkowitym ignorowaniu opinii o wiele lepiej przygotowanych merytorycznie branżowych instytucji publicznych, w tym Ministerstwa Zdrowia.

Na stronie internetowej ówczesnego radnego Gdańska, Janusza Kasprowicza, znalazły się informacje o przebiegu rozmów Akademii Medycznej z Narodowym Funduszem Zdrowia, argumenty zostały przytoczone szerzej:

*Zdaniem TPŚ „Mrowisko" potencjalnymi zagrożeniami związanymi z wprowadzeniem programu metadonowego w Gdańsku jest to, że „w myśl obowiązującego prawa program metadonowy jest programem 'niskoprogowym', co oznacza, że uczestniczyć w nim może każdy kto:*

*– jest uzależniony;*

*– ma skończone 18 lat;*

*– ma za sobą trzy nieudane próby leczenia.*

*W praktyce oznacza to otwarcie programu na młodzież i możliwość uczestniczenia w nim „małolatów" z półrocznym lub rocznym stażem brania narkotyków. Warto się także przyjrzeć temu, jakie potencjalne zagrożenia mogą wyniknąć z szerokiego wprowadzenia tego programu:*

*– utrata przez część osób uzależnionych motywacji do podjęcia terapii „po co się wysilać, przecież można wejść w program substytucyjny";*

*– zmiana wzorca konsumpcji narkotyków na korzyść opiatów. Popularność opiatów wśród osób uzależnionych (pośrednio wynikająca z wprowadzenia metadonu) spowodować może zwiększony popyt na „kompot" i stać się kołem zamachowym całego procesu;*

*– realne niebezpieczeństwo, że „oprócz nielegalnego rynku narkotyków powstanie legalny rynek narkotyków.*

DR. JACEK ANAND, w korespondencji z radnym Kasprowiczem, pisze:

*– chcieliśmy zakontraktować usługę dla co najmniej 50 chorych (tak, jak w innych dużych aglomeracjach miejskich);*

*– pierwsza odpowiedź NFZ brzmiała: „zgoda na leczenie 2 osób/rok (!);*

*– po naszym odwołaniu NFZ zwiększył kontrakt (o całe 350%) do 7 osób na rok (!);*

*– jest to tym dziwniejsze, że programy metadonowe są zalecaną przez organizacje międzynarodowe, uznaną, skuteczną i najbardziej opłacalną metodą leczenia chorych uzależnionych od opiatów;*

*– żeby było „śmieszne", to leczenie substytucyjne powinno być główną ofertą terapeutyczną dla osób uzależnionych od heroiny (stanowisko m.in. WHO, UNAID, Unii Europejskiej, Narodowy Program Zdrowia dla Polski, Narodowy Plan Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2001-2005 i projekt NPPN na lata 2006-2012, Wojewódzki Plan Zdrowotny dla woj. pomorskiego), a zwlekanie z jego wprowadzeniem przyczynia się do zwiększonej śmiertelności w tej grupie chorych oraz w znaczący sposób zwiększa rozprzestrzenianie się zakażeń HIV/AIDS, wirusowych zapaleń wątroby typu B, C i D oraz gruźlicy;*

*– badania wykazują, iż roczny koszt utrzymania nie leczonego narkomana opiatowego wynosi ok. 50 000 euro, koszt terapii w programach „drug free" zamyka się w kwocie ok. 20 000 euro, zaś pacjent w terapii metadonowej kosztuje państwo ok. 3500 euro (podobne ceny są także w Polsce). Dzieje się tak m.in. wskutek redukcji zgłoszeń narkomanów do szpitalnych izb przyjęć (o 65%), zmniejszenia ilości hospitalizacji (o 59%), w tym także hospitalizacji psychiatrycznych (o 55%) oraz zmniejszenia o ponad 50% korzystania z głównych form ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;*

*– nasze zdziwienie budzą także znaczne rozbieżności w ilości zakontraktowanych świadczeń dla chorych uzależnionych od opiatów pomiędzy pomorskim, a innymi regionalnymi oddziałami NFZ, gdzie leczonych w ten sposób jest minimum 50 osób.*

Pomorski NFZ odmówił w 2005 roku finansowania programu substytucyjnego w Gdańsku, tłumacząc się brakiem środków finansowych. Zastanawia jednak wspomniana wcześniej, nieuzasadniona choćby przybliżonymi problemami regionu, przychylność NFZ dla terapii rezydentalnych i abstynencyjnych.

Fundusz wydał wtedy na lecznictwo narkotykowe ogółem 3,6 mln zł, z czego na ośrodki stacjonarne przeznaczono 3,1 mln zł.

Już wtedy można było dostrzec przyczyny porażki idei substytucyjnej w Gdańsku: zmonopolizowanie lecznictwa narkotykowego przez niechętne substytucji środowisko terapeutyczne i prowadzone przez urzędy ciągłe konsultacje społeczne, które jednak odbywały się głównie w jego kręgu.

Paweł Walewski, *Narkotyk narkotykiem*, „Tygodnik Polityka", 6/2006:

*– Aby pieniądze były wydawane efektywnie, grupa powinna liczyć minimum 50 osób – mówi dr Anand. Pomorski NFZ znalazł jednak fundusze początkowo dla dwóch osób, a po wysłuchaniu argumentów, że nawet tak prozaiczna czynność jak codzienne wydawanie w ambulatorium kieliszka z syropem wymaga zatrudnienia pielęgniarki, lekarza i psychoterapeutów – pilotażowy program zdecydował się rozszerzyć na... siedmiu pacjentów. To aż o 350 proc. więcej w stosunku do pierwotnych planów, jednak władze kliniki wycofały swoją ofertę z powodu nieopłacalności takiego kontraktu oraz poczucia, że NFZ nie rozumie idei leczenia substytucyjnego. Wszyscy znaleźli się w punkcie wyjścia.*

TRZECI ETAP starań rozpoczął „Władek". Ponad 40-letni uzależniony, aktywny pracownik stoczni, po kilku nieudanych próbach leczenia wreszcie wstąpił do programu leczenia buprenorfiną. Nie mogąc podjąć leczenia na miejscu, po lek musiał jeździć do Krakowa.

Władek napisał list z prośbą o pomoc do kilku krakowskich i warszawskich terapeutów. W ramach interwencji, rozesłano listy do Prezydenta Gdańska, do Marszałka Pomorskiego, do członków sejmowej komisji zdrowia. Niedługo po tym, pojawiły się informacje o akcji w miejscowej prasie.

Dorota Abramowicz, „Dziennik Bałtycki", 06 lutego 2008:

*Czy uzależnieni od heroiny narkomani z Pomorza zasługują na substytucyjne leczenie metadonem? Czy w Gdańsku obowiązuje „ideologiczno-ekonomiczna" niechęć do innej niż pobyt w abstynencyjnych ośrodkach Monaru terapii?*

DO DZIAŁAŃ włączyły się Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Global Drug Policy Program fundacji Sorosa, Społeczny Komitet ds. AIDS. Na adres prezydenta miasta Pawła Adamowicza nadchodziły listy z zagranicy, z Nowego Jorku, Londynu, Amsterdamu. Na początku 2008 roku została powo-

łana również inicjatywa obywatelska „Metadon dla Gdańska", której reprezentanci uczestniczyli w rozmowach z NFZ oraz z Komisją Zdrowia sejmiku pomorskiego.

Niestety, nie udało się uzgodnić spotkania z Marszałkiem Janem Kozłowskim, lub jego zastępcami. We wszystkich rozmowach z lokalnymi instytucjami dano odczuć uczestnikom akcji nieprzychylny stosunek wobec pomysłu substytucji.

Dorota Abramowicz, *Świat wspomaga gdańszczanina – bitwa o metadon*, „Dziennik Bałtycki", 22 marca 2008:

*Organizacje pozarządowe z całego świata, zajmujące się walką z narkomanią postanowiły wesprzeć pana Władysława – byłego narkomana – w jego staraniach o wprowadzenie w Gdańsku terapii metadonowej. Imię – bez nazwiska, bo Władysław chce pozostać anonimowy – 45-letniego pracownika stoczni, wymieniane jest w listach sygnowanych przez Międzynarodowe Konsorcjum Polityki Narkotykowej, International Harm Reduction Development z USA i wiele innych organizacji walczących z AIDS na świecie i w Polsce.*

Akcja od początku wzbudziła też niechęć lokalnego środowiska terapeutycznego. Mimo to, w jej rezultacie powołano lokalną radę złożoną z miejscowych specjalistów – zespół ekspertów przy Marszałku Pomorskim. Zespół miał wydać opinię, czy akceptuje powołanie programu substytucyjnego oraz w jakim zakresie leczenie takie miałoby być stosowane.

Na zespół ten jednak złożyły się osoby niechętne substytucji, stąd jego działania nie dawały wiele nadziei. Do udziału w jego spotkaniach nie zaproszono np. specjalistów z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, którzy usilnie o to zabiegali.

Ponieważ wszelkie ustalenia, zostały przez członków zespołu utajnione, tylko z ich nieoficjalnych wypowiedzi można było się dowiedzieć, że obliczono potrzeby substytucyjne na Pomorzu na ok. 30 miejsc. Metodologia tych wyliczeń, nie została nigdy ujawniona.

Magdalena Grzebałtowska, *Cud metadonowy,* „Gazeta Wyborcza, Duży Format", 07 kwietnia 2011:

*W wyniku nacisków powołano w mieście radę do spraw narkotykowych złożoną z miejscowych specjalistów i zespół ekspertów przy marszałku pomorskim. Konsultacje goniły konsultacje. Wypito morze kawy, zjedzono stosy słonych paluszków, aż w kwietniu 2010 roku rada ekspertów uznała, że otwarcie programu metadonowego w województwie pomorskim jest niezbędne.*

W połowie 2008 roku, Helsińska Fundacja Praw Człowieka przeprowadziła szkolenie dla organizacji pozarządowych przybliżające problematykę substytucyjną, z instruktażem praktycznym, „jak założyć program metadonowy".

Na spotkanie zaproszono kilkanaście osób zajmujących się problematyką narkomanii na Pomorzu, w tym wielu urzędników i ekspertów z komisji marszałkowskiej. Niestety, zaproszenie przyjęła tylko jedna, gdyńska placówka, którą reprezentowały trzy osoby. Spotkanie, zignorowane przez trójmiejskich terapeutów, nie pozostało jednak bez oddźwięku.

Dopiero na początku 2011, Rada ujawniła swoje stanowisko, w którym czytamy:

Pomorska Rada Ekspertów (…) stoi na stanowisku, iż w tworzeniu programu metadonowego w woj. pomorskim należy przyjmować zasadę, według której priorytet dobra pacjenta nakreśla główne kierunki zmian metody leczniczej, natomiast szczegółowe rozwiązania będą wypracowywane w oparciu o standardy postępowania w tym zakresie. Rada uważa, iż metadon nie powinien być stosowany u osób poniżej 18 roku życia, w sytuacjach, kiedy istnieje możliwość rozpoczęcia innego leczenia, rokującego całkowite zaprzestanie przyjmowania opioidów, w sytuacjach, kiedy pacjent jest uzależniony od substancji innych niż opiaty, oraz kiedy nie podejmował prób leczenia w celu całkowitego zaprzestania przyjmowania heroiny w przeszłości.

Tak więc, zgodnie z obawami wielu osób i pomorską tradycją, do na pozór przychylnego stanowiska wprowadzono istotne zastrzeżenie: „kiedy istnieje możliwość rozpoczęcia innego leczenia, rokującego całkowite zaprzestanie przyjmowania opioidów", leczenia substytucyjnego nie należy stosować. Mamy więc w tym jednym zdaniu, usankcjonowanie presji na pacjentów przy wyborze leczenia, zarazem bardzo ostrych kryteriów ich naboru, a w praktyce, nadal skazywanie pacjenta na leczenia abstynencyjne.

W tej koncepcji pomocy – przeciwnej, zaznaczmy, badaniom jak i zaleceniom światowych organizacji – terapia abstynencyjna jako jedyna prowadzi do wyzdrowienia, gdy metadon pozawala tylko godniej odejść w zaświaty.

Inicjatywa „Metadon dla Gdańska" przerodziła się w Polską Sieć Polityki Narkotykowej, ruch na rzecz zmiany polskiej polityki narkotykowej oraz przyczyniła się do powołania Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych. Walka trwa.

W MAJU 2009 ROKU, o uzależnionych z Gdańska i Pomorza, upomniał się przebywający wówczas w Polsce, specjalny sprawozdawca ONZ ds. równego dostępu do leczenia, Anand Grover. Na spotkaniu w Gdańsku otrzymał od samorządowców obietnicę otwarcia programu metadonowego do końca roku. Obietnica nie została dotrzymana.

W dniu 3 maja 2010 r., informacja o braku leczenia substytucyjnego na Pomorzu, zostaje przekazana Komisji ds. Praw Człowieka przy ONZ w zaprezentowanym przez specjalnego sprawozdawcę raporcie z wizyty w Polsce. Ponieważ naciski trwają, Miasto Gdańsk podejmuje decyzję o remoncie kompleksu lokali użytkowych w dzielnicy Wrzeszcz, w celu przeznaczenia ich na potrzeby lecznictwa uzależnień narkotykowych, w tym na potrzeby programu substytucyjnego. Decyzja ta wydaje dla wielu obserwatorów zbyt ambitna i kosztowna, odsuwająca mocno w czasie udostępnienie metadonu potrzebującym.

Polska Sieć Polityki Narkotykowej z Biurem Rzecznika Praw Osób Uzależnionych, pisze 05 maja 2010, do Marszałka Pomorskiego:

*W związku z licznymi interwencjami i listami w rzeczonej sprawie, które zostały przesłane z kraju i zagranicy (np. interwencja specjalnego wysłannika ONZ, p. Ananda Grovera) na ręce Prezydenta Gdańska Pawła Adamowicza, Miasto podjęło działania na rzecz uruchomienia programu substytucyjnego. Została wskazana jego lokalizacja i zabezpieczono częściowo środki na adaptację budynku. Środki finansowe są niestety niewystarczające, a Miasto Gdańsk wydaje się osamotnione w staraniach o program, który przecież będzie służył Trójmiastu i całemu regionowi. Widoczny jest brak czynnej współpracy Urzędu Marszałkowskiego, który naszym zadaniem powinien nie tylko uruchomić dodatkowe środki, ale też zachęcić do współpracy inne pomorskie gminy.*

Odpowiedź z Urzędu Marszałkowskiego, z dnia 17 sierpnia 2010:

*Jak wynika z przesłanych przez Urząd Miasta informacji, uruchomienie terapii metadonowej przez UMG, nastąpi nie wcześniej niż w 2011 r. z uwagi na brak środków finansowych. Wobec zaistniałej sytuacji Departament Zdrowia UMWP jest na etapie przygotowywania innej koncepcji dot. realizacji terapii metadonowej w woj. pomorskim. Punkt prowadzony byłby przez NZOZ poprzez dzierżawę pomieszczeń na terenie jednego z zakładów opieki zdrowotnej podległego Samorządowi Województwa Pomorskiego, a świadczenia zdrowotne byłyby finansowane ze środków NFZ.*

Dorota Abramowicz, *Narkomani z Pomorza dostaną metadon*, „Dziennik Bałtycki" 21 października 2010:

*Pełna desperacji walka osób uzależnionych od narkotyków o leczenie substytucyjne przyniosła efekty. Z Urzędu Marszałkowskiego dotarła do nas wczoraj informacja, że samorząd województwa pomorskiego zamierza uruchomić od 1 stycznia 2011 r. nową Poradnię Leczenia Uzależnień z programem leczenia substytucyjnego.*

*Poradnia powstanie przy Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnia od Alkoholu w Gdańsku.*

Zgodnie z tą obietnicą, po koniec 2010 roku, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnień w Gdańsku, składa do NFZ ofertę prowadzenia programu substytucyjnego. Nowym dyrektorem tej placówki, jest Jacek Sękiewicz.

Jowita Kiwnik, Alicja Katarzyńska, „Gazeta Wyborcza Trójmiasto", 06 stycznia 2011:

*Program leczenia pomorskich narkomanów metadonem – lekiem zastępującym narkotyk – miał się rozpocząć w styczniu.*

*Kolejną przeszkodą okazał się brak lokalu. To tylko dwa, trzy tygodnie opóźnienia – zapewnia Jacek Sękiewicz, konsultant ds. uzależnień w woj. pomorskim, kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu w Gdańsku, który miał poprowadzić terapię substytucyjną dla narkomanów z Pomorza.*

*Ma powody do usprawiedliwiania, bo narkomani z Pomorza na leczenie metadonem czekają dekadę. Przez ten czas władze samorządowe i miejskie obiecywały im leczenie, twierdziły, że są już zarezerwowane pieniądze w NFZ. Osoby uzależnione cierpliwie czekały na terapię w swoim mieście, jeżdżąc po lek z Gdańska do Krakowa, Warszawy czy Świecia. Dziś w Świeciu leczy się ponad 20 osób z Trójmiasta i Pomorza, drugie tyle w ramach innych polskich programów.*

*Gdańsk to jedyne duże miasto w Polsce, w którym nie ma programu metadonowego.*

*Kiedy kolejnych obietnic nikt nie spełniał, uzależnieni zaczęli sami walczyć o metadon, m.in. zawiadamiając trzy miesiące temu prokuraturę o utrudnianiu im dostępu do leczenia. Przełomem w walce o terapię substytucyjną w Gdańsku miał być ten rok. Poprowadzenie programu od 2 stycznia br. zapowiedział Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu przy ul. Zakopiańskiej.*

Niestety mimo złożenia oferty okazuje się, że program nie może być prowadzony w siedzibie WOTUiW, z powodu zbiorowego protestu personelu placówki. NFZ zrywa kontrakt.

Jolanta Gromadzka-Anzelewicz, *NFZ nie zapłaci za kurację metadonem,* „Dziennik Bałtycki", 03 lutego 2011:

*Mimo usilnych starań samorządu województwa pomorskiego nie udało się do tej pory uruchomić na Wybrzeżu tzw. programu metadonowego. W środę pomorski NFZ zerwał umowę z Wojewódzkim Ośrodkiem Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Gdańsku, który miał się zająć dystrybucją tego preparatu. Metadonowa poradnia miała wystartować od 1 stycznia, do tej pory jednak nie udało się jej uruchomić.*

*Tymczasem mnożą się słowa krytyki na temat samego programu, jak i tego, że ma być on finansowany przez NFZ w sytuacji, gdy dramatycznie brakuje mu pieniędzy na leczenie chorych w szpitalach na Pomorzu.*

*Rozwiązaliśmy umowę na ten program na wniosek świadczeniodawcy – tłumaczy Barbara Kawińska, p.o. dyrektora pomorskiego NFZ. W środę na jej biurko trafiło pismo od Jacka Sękiewicza, dyrektora wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnień, z którego jasno wynika, że poradnia, do której heroiniści mieli się zgłaszać po metadon, nadal nie została uruchomiona. (…)*

*Pomorski NFZ ogłosił konkurs na program metadonowy po raz pierwszy. Jego realizacja w tym roku kosztować miała ponad 320 tys. zł, nie licząc dodatkowych środków, które NFZ miał na ten cel dodawać w ramach tzw. aneksów.*

*Nie rozumiem, dlaczego terapia metadonem ma być opłacana z naszych składek zdrowotnych – oburza się Ryszard Dubiela, wiceprzewodniczący Rady Pomorskiego Oddziału NFZ. – Tym bardziej w sytuacji, gdy na Pomorzu brakuje pieniędzy na kardiologię, leki dla chorych na raka czy żywienie dzieci z chorobami nerek.*

Polska Sieć Polityki Narkotykowej i Biuro Rzecznika organizują w lutym 2011 kolejne spotkanie z NFZ, samorządowcami i miejscowymi organizacjami. Zaproszeni samorządowcy w większości ignorują spotkanie, ale dopisują media. W efekcie Urząd Miasta Gdańska sam proponuje kolejną konferencję.

Jowita Kiwnik, *Metadon w Gdańsku od czerwca? Narkomani: To ściema,* „Gazeta Wyborcza Trójmiasto", 09 lutego 2011:

*Jest lokal, będą pieniądze na remont, program powinien ruszyć w czerwcu – obiecali samorządowcy na spotkaniu w sprawie terapii substytucyjnej. – To ściema – odpowiadają gdańscy narkomani.*

*W styczniu w Gdańsku miał ruszyć długo wyczekiwany program terapii substytucyjnej dla osób wychodzących z narkomanii. Na metadon – substytut heroiny – zwany lekiem ostatniej szansy dla narkomanów, uzależnieni z Pomorza czekają siódmy rok. (…)*

*Dlatego w środę władze miasta i województwa spotkały się z przedstawicielami organizacji pozarządowych, żeby porozmawiać o dalszych losach metadonu w Gdańsku.*

*– To nie było nasze pierwsze spotkanie w sprawie braku terapii w mieście – opowiada Jacek Charmast z Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej. – Ale po raz pierwszy nie dyskutowaliśmy o tym, czy metadon jest dobry, czy zły, tylko o tym, co zrobić, żeby program ruszył.*

*Poradnia metadonowa w Gdańsku koło Srebrzyska*, „Dziennik Bałtycki":, 09 lutego 2011:

*Za pół roku ma ruszyć poradnia metadonowa dla uzależnionych od heroiny. Nową siedzibą ośrodka będzie wyremontowana stacja Samodzielnej Kolumny Transportu Sanitarnego przy ul. Srebrniki.*

*Władze Gdańska, Urzędu Marszałkowskiego, Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnień oraz pomorskiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia dogadały się w sprawie otwarcia poradni metadonowej w Gdańsku. Powstanie ona w dawnej stacji Samodzielnej Kolumny Transportu Sanitarnego przy ul. Srebrniki.*

*Remont obiektu przekazanego przez samorząd wojewódzki sfinansują władze miasta. Ma się zakończyć na jesieni. Szacunkowy koszt wymiany podłóg i okien oraz odnowienie ścian to 150 tys. złotych.*

*Na marcowej sesji o przekazaniu na ten cel funduszy miejskich zdecydują radni.*

4 lipca 2011 r. przedstawiciel Biura Rzecznika wizytował powstającą placówkę. W obiekcie przeznaczonym na program nie było śladu prowadzenia planowanych prac adaptacyjnych. Według uzyskanych informacji, organizator programu przechodził kolejne etapy formalne pozyskiwania środków finansowych na remont.

# Prawa podstawowe w ośrodkach

W 2010 r. Helsińska Fundacja Praw Człowieka przeprowadziła monitoring ośrodków stacjonarnych pod kątem m.in. przestrzegania praw pacjentów. Audytorzy przeprowadzili wywiady z pacjentami i kadrami ośrodków oraz osobami po leczeniu. Oprócz tego przyglądali się regulaminom i przebiegowi terapii oraz stosowanym codziennym praktykom.

Ośrodki stacjonarne są placówkami o izolacyjnym charakterze, w związku z czym przestrzeganie praw jest w nich kwestią szczególnie wrażliwą.

Raport „Monitoring przestrzegania praw pacjentów i dostępu do stacjonarnego leczenia uzależnień od narkotyków" stwierdza, że szczególnie rażących naruszeń praw pacjentów nie zauważono, jednak wskazuje pewne „niedopuszczalne" praktyki, naruszające m.in. prawo do ochrony przed poniżaniem i prawo do prywatności. Autorzy raportu jako najważniejsze naruszenia wskazują rewizje osobiste przy przyjmowaniu do ośrodka, w których zdarzają się przypadki rozbierania do naga i wykonywania przysiadów itp.

Drugą praktyką, stosowaną od lat i powszechną w większości jednostek stacjonarnych, jest karanie, czyli tzw. dociążenia lub konsekwencje.

## „Dociążenia" i przemoc w ośrodkach

Przez lata pacjenci ośrodków (społeczności terapeutycznych), głównie tych prowadzonych przez organizacje pozarządowe, poddawani byli bardzo drastycznym praktykom. Praca i kary, zwane eufemistycznie „dociążeniami" lub „oddziaływaniami terapeutycznymi", do początku lat dziewięćdziesiątych były dominującym narzędziem korekcyjnym. Dzisiaj są nadal powszechnie stosowane, ale już w znacznie złagodzonej formie.

Najczęściej o sposobie „dociążenia" decyduje społeczność lub wychowawca, niekiedy spotkać można kodeksy kar, przypisujące określonym zachowaniom konsekwencje.

Te najbardziej drastyczne odeszły w przeszłość, np. wykopywanie i zasypywanie głębokich dołów, przenoszenie kamieni, czy poniżające nakazy noszenia ośmieszającego stroju (sukienek przez mężczyzn, peruk), fryzur, zawieszanie na szyi różnych przedmiotów, tabliczek z uwłaczającymi, wulgarnymi napisami, desek klozetowych lub chomąta, gwizdków, które na dany znak należało włożyć do ust, czy kneblowania.

Zdarzały się też praktyki niemal więzienne, gdy niesubordynowanych pacjentów pozbawiano snu lub kontaktów z rodziną. Pacjenci bywają karani dodatkowymi godzinami pracy, wielokilometrowymi marszami i biegami.

Kilka lat temu, szef wielkopolskiej placówki Monaru wynajmował pacjentów do darmowej pracy polegającej na skórowaniu zwierząt futerkowych. Po interwencji rodziców i Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, został przeniesiony do innej placówki, gdzie nadal sprawuje funkcję lidera. W większości ośrodków gdzie stosowano najbardziej drastyczne metody, szefowie ośrodków nie zmienili się. Stosowany od 2002 roku wymóg uzyskania certyfikatu terapeuty uzależnień, w niewielkim stopniu wpłynął na selekcję nowych liderów. Osoby, które przepracowały w zawodzie ponad 12 lat, otrzymywały certyfikat jedynie po parodniowym szkoleniu.

Nadal pojawiają się przypadki tzw. „samobójów", czyli przymusowych wyjść z ośrodka, podczas których pacjent wraca na ulicę, by zobaczyć jeszcze raz, jak wygląda narkomania.

Zdarzały się ponadto przypadki wynajmowania pacjentów jako darmowej siły roboczejzewnętrznym firmom czy prywatnym osobom. Bywali też wykorzystywani przez samych wychowawców, w pracach na ich rzecz, najczęściej budowlanych czy remontowych.

Trzeba też zaznaczyć, że nie wszystkie ośrodki poddały się kontroli Fundacji.

W Raporcie czytamy:

*W większości przypadków nie mieliśmy problemów z uzyskaniem zgody na badania. Najwięcej wątpliwości odnośnie badań miał zarząd Stowarzyszenia Monar. Niektórzy kierownicy ośrodków prowadzonych przez to stowarzyszenie uważali, że nie mają osobowości prawnej, aby wyrazić zgodę na badania. W 4 przypadkach odmówiono zgody używając różnych argumentów. Poza kierownikami ośrodków Monar zgody na badania nie wyrazili kierownicy ośrodka prowadzonego przez Stowarzyszenie Karan.*

Okazuje się więc, że współpracy w badaniu odmówiły dwie największe organizacje i nie wiemy, jak działają te placówki, do których nie wpuszczono kontrolerów.

Aby pokazać, jak może wyglądać sytuacja w ośrodku bez kontroli, przytoczymy kilka przykładów z relacji pacjentów.

Opowieść pacjentki o pobycie w latach1995/96 w ośrodku Monaru, poszukującym nowych standardów, m.in. poprzez wprowadzenie skróconej terapii, rezygnację z etapowości w leczeniu i presji na przyjmowanie kar:

*To, co zobaczyłam i przeżyłam w Wyszkowie to był koszmar, przy którym grzanie na bajzlu wydawało się fajnym życiem. Słyszałam o „glajfach", „dociążeniach", drelichach i nowicjacie i byłam na to gotowa. Lecz tu moje pierwsze zaskoczenie – nie ma nic z tych rzeczy, ośrodek jest błyskawiczny i nie ma czasu na nowicjat. OK pomyślałam.*

*Przyjechałam do ośrodka i tam okazuje się, że nikt nie powie mi co mam robić. By było ciekawiej, lider polecił każdemu by sam znalazł sobie pracę. Ośrodek ten mieści się w małej willi, dla 30-40 pacjentów sprzątanie domu to kpina! Była zima więc nie było pracy w polu, zapanowało ogólne rozprężenie, rozdmuchane jeszcze przez idiotyczne psychodramy lidera – rzut pełna 20cm strzykawka z towarem na społeczności, wielkie napisy „nie ma zakazu ćpania". Na 3 dni przed moim przyjazdem R. odkrył, że jego podopieczni są ciągle na spidzie dostarczanym z Warszawy. Zrobił marszobieg do Serocka i z powrotem, jeśli ktoś chciał zostać, zostawał. Mniejszość wymiękła, zostali bo nie mieli gdzie pójść a nie bo uważali, że takie metody ich wyleczą.*

*Wiec przyjechałam, na społeczności: pytanie czemu tu jestem, odpowiadam – by się leczyć, zong, zła odpowiedź. Nie rozumiałam ani w jotę o co w tym całym chaosie chodzi, nie widziałam w jaki sposób ma mi to pomóc.*

*Teraz opiszę najgorsze rzeczy, jakich tam doświadczyłam:*

*Pod koniec dnia każdy określał się, na którą grupę żywieniową zasłużył: 1 – śniadanie, obiad, kolacja i jedzenie między posiłkami, 2 – śniadanie, zupa, kolacja i nie wolno jeść między posiłkami , 3 – rano piętka chleba i gorzka herbata i wieczorem to samo. …..Określanie się, trzeba było uzasadnić czymś w stylu „dziś zrobiłem wszystko perfekt i czuję, że się leczę" {chacha}, czuję się na 1 grupę". Wtedy ,bardzo często wstawał ktoś inny i mówił „Ja myślę, że nie zasługujesz na 1 bo np. nie zgasiłeś światła w kiblu i się nie przyznałeś". Lepiej było nie wdawać się w dyskusje, bo te bardzo często kończyły się 3 grupą. Po paru tygodniach takich grup, lider przestraszył się, że ktoś mu umrze w ośrodku i będzie draka (80% było HIV+), wiec kiedy ktoś przez 3 dni miał 3 grupę, miał wyjazd z ośrodka.*

*Z tego co słyszałam, w innych ośrodkach raczej starają się zatrzymać ludzi przed wyjazdem, tu było inaczej. Na każdym kroku proponowano mi wyjazd, lider nawet dawał pieniądze na działkę. Total paranoja. Więc ponieważ pracy było za mało, by wszyscy mogli coś robić W. wymyślił, że będziemy prowadzić pseudo-hotel. Przywiózł nam ubrania: pokojówki, kelnerki, boye hotelowi, ochrona, recepcja. Mieliśmy się zachowywać jak w prawdziwym hotelu. Kilka dni później na społeczności lider zwrócił uwagę, że do mnie nie ma „informacji zwrotnych", uznał, że kokietuję cały ośrodek i nie pozwalam innym się leczyć. Było to o tyle idiotyczne, że na 30 osób były tylko 2 dziewczyny więc to raczej faceci nie dawali się nam leczyć. Stanęło na tym, że muszę pojechać na przepustkę tzw. „samobója" by przekonać się czemu chcę się leczyć. Miałam nakaz złamania wszystkich abstynencji. Pojechałam, przyćpałam i wróciłam! Przyjęciówka była okropna, ale zostałam. Zbliżały się Święta i miałam huk roboty jako pomocnik szefa kuchni. W Wigilię było bardzo miło, ale do czasu. W pewnym momencie około 20, karetka przywiozła użytkownika z nogą w gipsie do pachwiny. Sanitariusze powiedzieli, że nie mogą go już dłużej trzymać w szpitalu*

*i proszą byśmy go przyjęli. Odjechali a gość usiadł z nami do wigilijnej kolacji. Po kolacji jednak, lider i społeczność zadecydowali, że nie może zostać i wyrzucili tego biedaczynę na śnieg i mróz, nie pozwolili mu nawet przeczekać nocy w oborze.*

*Piszę oni, bo ja miałam odmienne zdanie, lecz byłam tak zakręcona, że nawet nie protestowałam głośno, czego teraz się wstydzę. Wyrzucili chłopaka z gipsem na całej nodze na śnieg i mróz i to w Wigilię!!!*

*Teraz dalej o mnie- po powrocie z samobója na kilka dni przed świętami, byłam tak zapracowana, gotowaniem, pieczeniem itp., że nie miałam czasu pomyśleć. Zbliżał się Sylwester i znów trzeba było piec, gotować i podawać do stołu. Podawanie do stołu było moim obowiązkiem jako pomocnika szefa kuchni. Znosiłam to OK., do czasu aż lider-idiota, który najpierw wmawiał mi w bardzo ordynarny sposób kokietowanie, kazał mi nosić strój kelnerki z hotelu – mini i dekolt. To było już za wiele. Jak jeszcze pomyślałam, że 4 stycznia mam urodziny i znów muszę piec ciasto i podawać je w mini – zgroza. Jedni pewnie pomyślą, że to nic strasznego, pewnie są gorsze rzeczy, ale ta dla mnie była okropna. Poza tym od czasu powrotu z przepustki (5 dni w Krakowie) zobaczyłam całą „terapię" w innym świetle. Wyjechałam bez dzwonienia na społeczność, zostawiając połowę rzeczy, byle tylko uciec stamtąd jak najszybciej.*

Michał Olszewski, *Z twarzą w gnoju*, „Tygodnik Powszechny", 19/2008.

*Życie w ośrodku rehabilitacyjnym Monaru w Zbicku pod Opolem toczy się tym samym rytmem od 1982 r. Dzień rozpoczyna się o 6.30. Niezależnie od pogody dwukilometrowy bieg – jeśli mocno pada, biegają wokół boiska. Śniadanie, później praca. Zajęć jest dużo, żeby wypełniły dzień po brzegi: na 16 hektarach żyznej ziemi sieją owies, hodują konie, świnie, pod folią warzywa, w sadzie niedawno posadzone drzewka. Za budynkiem biurowym olbrzymia dziura w ziemi, umocniona drewnem – napełnią ją wodą i zapuszczą karpia. Dwa razy w tygodniu wieczorami społeczność. Przychodzą w skarpetkach do dużej sali, kłócą się, dyskutują o planach ośrodka, decydują o karach dla kolegów. Niedawno nałożyli czerwony drelich nowicjuszowi, który próbuje grypsować. Na plecach ma wielki napis „Mafia", na piersi „Zakład Karny". Wśród 40 mieszkańców wygląda jak naznaczony. To jeden ze sposobów na złamanie nowych członków wspólnoty, którzy nie chcą się dostosować. (…)*

*Przykładowo: jest społeczność. Mówi do jednej z młodych dziewczyn: „Jesteś gruba, brzydka, masz cellulit, śmieją się z ciebie za plecami". Dziewczyna ma łzy w oczach: „Dlaczego pan tak do mnie mówi?". „Bo taka jest prawda. Zrób coś ze sobą".*

*Humski uważa, że ma do tego prawo. Jest jednym z najbardziej doświadczonych liderów w Monarze. 1500 udokumentowanych przypadków abstynencji. (…)*

*Kontaktowy, do bólu szczery, jest typem człowieka, który po kilku minutach rozmowy zachowuje się, jakby znał cię całe życie. Fan szybkich motocykli, jeepów, koni i dobrej zabawy. Były zapaśnik. Nie ukrywa, że lubi alkohol. Po jednej z imprez stracił prawo jazdy. Humski: – Do każdego trzeba podejść inaczej, bo jeśli przekroczysz granicę, łatwo skrzywdzić. Ale czasem gram mocno, żeby do człowieka dotarło. W Monarze stosujemy ciągle tzw. dociążenia, bo bez nich nie dalibyśmy rady. Tutaj przychodzą ludzie, którzy nie potrafią zasłać po sobie łóżka albo uprać gaci. Jak mam ustawić ich do pionu?*

*W Zbicku jest tak: jeśli nie wstaniesz o 6.30, jeśli grzecznie poproszą cię raz i drugi o pobudkę, a ty odmówisz, obleją cię zimną wodą. Będziesz musiał też budzić się o godzinę wcześniej. Nie posprzątałeś w chlewie? Śpisz ze świniami, w niesprzątanym kojcu. Świnie cię nie zjedzą. Zapomniałeś nakarmić świnie? Zjesz obiad w chlewie. Mimo próśb nie oszczędzasz prądu? Poprosimy na specjalną wartę. Twoi koledzy oglądają „Wiadomości", ty stoisz naprzeciwko i trzymasz żarówkę w wyciągniętych dłoniach. Za poważne przewinienia wobec społeczności tzw. samobójka – wyprowadzasz się na tydzień z ośrodka. Albo przeżyjesz, albo wrócisz do ćpania. (…)*

*Humski pamięta sprzed kilku lat takie zdarzenie. Podczas tzw. przyjęciówki przed społecznością stanęła kandydatka na nowicjuszkę. Pytanie z grupy: „Naprawdę zależy ci, żeby z nami być?". Odpowiedź: „Naprawdę, chcę tu być". Głos z grupy: „To wysmaruj sobie twarz gnojem świńskim". Robert Humski: – Wysmarowałem się pierwszy, żeby ją zachęcić. Paliło jak diabli. Inni za mną. Tak rozumiem działanie społeczności terapeutycznej – pokazujemy, że jesteśmy razem, i dajemy dowód naszej determinacji. Ta dziewczyna też się wysmarowała.*

*Marek Zygadło: – Powiem mocno – w pierwszym etapie działania Monaru psychopata, zdarzało się, wychowywał psychopatę. Taki mieliśmy czas, że ludzie byli w ośrodkach niszczeni i składani od nowa, wychodzili z nałogu, niektórzy zostawali terapeutami i stosowali te same metody. Inni uciekali, wędrowali z ośrodka do ośrodka, najczęściej, żeby przezimować, błędne koło aż do śmierci. Tak się ciągnie do dziś.*

Z listu pacjentki:

*Fachowej pomocy lekarskiej jest brak, na etatach są lekarze, bo taki jest wymóg, ale przeważnie nic nie robią i są tylko fikcyjnie zatrudniani. Najlepiej aby tylko wypisali to co potrzebne w kartach i nie wypowiadali się na temat terapii – od tego są terapeuci!*

*Osoby po długich amfetaminowych ciągach nie mają dostępu do terapii farmakologicznej. Jakikolwiek lek przepisany przez psychiatrę traktowany jest jako zły, a zażywanie jego równa się złamaniu abstynencji.*

*Słynne monarowskie dociążenia: ubieranie facetów w sukienki, trzymanie szmaty w buzi za rozmawianie na społeczności, noszenie tablic metr na metr z napisami obraźliwymi, noszenie chusteki na czole „jestem ch...." i tym podobne napisy, chodzenie z kozią brodą czy oślimi uszami, bieganie z plecakiem pełnym kamieni ponad 20 km, lokaj lub, jak kto woli, kamerdyner, spełniający najbardziej chore pomysły poszczególnych członków grupy, praca ponad 12 godzin to już norma, oczywiście bez wynagrodzenia, sprzątanie w domach liderów, robienie remontów kadrze, też za darmo, materiałami pochodzącymi z darowizn, podział darów – co lepsze bierze kadra, kupowanie na faktury jedzenia dla lidera, niby jedzenie dla pacjentów, wyrzucanie ludzi z ośrodków za brak postępów w leczeniu (chyba kadra jest tutaj bardziej do wymiany), prowadzenie pacjentów na pola makowe lub na bajzel, przykłady można by mnożyć dalej. Np. superwizje – pic na wodę fotomontaż – ma być superwizja to jest, ale co z niej wynika oprócz tego, że się wzajemnie poklepią po plecach? Pozostałoby opisać ileś tam historii ludzi, którzy traktowani byli tylko jako siła robocza, przepracowali w rożnych ośrodkach po 16 lat, za darmo, nie nabyli żadnych świadczeń do rent etc... i co teraz z nimi jak stali się starzy? Te historie nie są stare, wciąż w ośrodkach dzieją się rzeczy o których lepiej nie mówić.*

Oprócz takich „popularnych" sytuacji, niestety miały miejsce również drastyczne historie, które trafiły do sądu. O jednej z nich pisała prasa.

Lidia Ostałowska, *Tylko spróbuj. O zwalczaniu przemocy w Stowarzyszeniu Karan*, Gazeta Wyborcza 2005 r.

*Patrycja W., psycholog: – Jak ksiądz przyjeżdżał, to panika. Wymyśliłyśmy szyfr. Słowo „piętnaście" znaczyło „już jest". To hasło było nam potrzebne, bo pani kierownik Elżbieta Ł. ostrzegała, że tu jest podsłuch. Jakaś obsesja. Ale człowiek temu ulegał. Agata P., znajoma księdza ze studiów: – Zauważyłam, że wszystkie wyglądamy jak kocmołuchy. Spodnie, swetry, zero dekoltów, na czarno. Jak najbrzydziej. Powiedziałam mężowi, że zrezygnuję z Karanu. Rozbeczałam się, wiecznie chodziłam roztrzęsiona. A Marcin, wtedy bezrobotny: „I co my zrobimy?". Anna B.: – Zamieniałam się na dyżury albo zamykałam drzwi na piętro. Bo w nocy dzwonił ksiądz: „Śpisz? Nie zgrywaj takiej mądrej, otwieraj!". Kiedyś poprosiłam: „Proszę stąd wyjść i mnie zostawić". Siedziałam na krześle. Złapał mnie za kark, ścisnął, przygiął głowę do kolan. Anna B. znów zwróciła się do kierowniczki: – Jak mi pani nie pomoże, pójdę do sądu. Oskarżę księdza R. o molestowanie, przemoc, mobbing. Wtedy ona: „Przecież wiesz, że nie jesteś jedna. Mnie też tak kiedyś robił i jakoś wytrzymałam. Można wytrzymać". Ale ja już tak nie chciałam. Wpadłam w depresję, wymiotowałam przed pracą, rozwalało mi się życie osobiste, kontakty seksualne to był dla mnie problem.*

Wobec przewodniczącego tego katolickiego stowarzyszenia od sześciu lat toczy się proces o przemoc i molestowanie seksualne pacjentów i współpracowników. Pomimo bardzo poważnych zarzutów prokuratorskich, przewodniczący Karanu nadal sprawuje swoje funkcje. Apele (między innymi Biura Rzecznika) do Karanu o zawieszenie go w obowiązkach na czas procesu są ostro odpierane lub ignorowane.

# Jak naprawić system – wnioski i rekomendacje

## KPPN 2006-2010 – przyczyny niepowodzeń

Opracowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii Raport 2009, zwraca uwagę na wady obowiązującego wówczas Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.

Analizy dostępnych materiałów i danych pochodzących z badań oraz wiedza na temat sposobu przygotowania Programu, pozwoliły autorom raportu wskazać kilka jego deficytów, m.in.:

- Brak bezpośredniego odniesienia do wyników badań przy formułowaniu celu głównego Programu.
- Brak pogłębionej charakterystyki użytkowników narkotyków w oparciu o badania lub koncept teoretyczny oraz brak dopasowania rodzaju działań do charakterystyki grup lub grup potencjalnie najbardziej narażonych na używanie narkotyków.
- Cele szczegółowe zostały sformułowane z perspektywy działań instytucjonalnych, w oderwaniu od celu głównego. Powoduje to brak możliwości wykazania związku przyczynowo-skutkowego oraz zależności pomiędzy realizacją działań i celów szczegółowych, a osiągnięciem celu głównego.

Autorzy zalecają definiowanie podstawowych problemów i celów z punktu widzenia jednostki i skupiając się na psychospołecznych uwarunkowaniach narkomanii, zamiast z perspektywy działań instytucjonalnych lub z perspektywy polityki narkotykowej.

Pada też propozycja stworzenia modelowego drzewa problemów oraz drzewa celów. Wnioski te zostały wykorzystane przy tworzeniu strategii i planu działania na lata 2011–2016.

## Dobry przykład Warszawy

Polityka lecznicza Warszawy stanowi chlubny wyjątek na tle pozostałych polskich miast. Przynajmniej od 7 lat Miasto Stołeczne nie ma sobie równych, jeżeli chodzi o wprowadzanie nowych rozwiązań i szybkość reagowania na potrzeby uzależnionych.

Oferta pomocowa stolicy obejmuje leczeniem substytucyjnym ponad 30 % uzależnionych od opiatów mieszkańców powiatu warszawskiego i w sumie ponad 20 % mieszkańców Mazowsza. Region ten posiada połowę wszystkich krajowych miejsc substytucyjnych. Biorąc pod uwagę wysoką dostępność innych świadczeń, są to bardzo dobre wyniki.

Zarazem miasto umiejętnie współpracuje z Mazowieckim Odziałem Wojewódzkim NFZ, któremu należą się tu

Wsparcie finansowe udzielone przez M.St. Warszawa działającym programom substytucyjnym:

| LATA | KWOTA |
|---|---|
| 2007 | 187.590,00 zł |
| 2008 | 306.120,00 zł |
| 2009 | 259.360,00 zł |
| 2010 | 159.990,00 zł |

*Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia*

| Pacjenci w programach substytucyjnych | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2003 | | 2005 | | 2007 | | 2010 | |
| | Polska | Warszawa | Polska | Warszawa | Polska | Warszawa | Polska | Warszawa |
| Liczba pacjentów | 865 | bd. | 969 | 289 | 1522 | ok. 600 | ok. 2100 | ok. 1000 |

Źródła: EMCDDA, http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Poland
Leczenie metadonowe w Polsce, Serwis Informacyjny Narkomania, nr 5/2008
Dostępność programów substytucyjnych w Warszawie, IPiN, Warszawa 2006

| Nakłady mazowieckiego NFZ na leczenie substytucyjne | | | |
|---|---|---|---|
| | 2007 | 2008 | 2009 |
| Polska | 7 458 tys. zł | 11 640 tys. zł | 16 708 tys. zł |
| w tym Mazowsze | 3 787 tys. zł | 6 262 tys. zł | 9 076 tys. zł |

Źródło: Biuro Polityki Społecznej Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy

Kraków przez wiele lat był przodującym miastem naszego kraju jeżeli chodzi o nowatorskie rozwiązania i przełamywanie stereotypów w zakresie pomocy uzależnionym. Miasto to zawdzięczało swoją pozycję istniejącemu od 1993 roku, Centrum Terapii Narkomanów – Monar. Centrum zostało jednak rozwiązane na przełomie 2010 i 2011r. decyzją władz Stowarzyszenia Monar. W ten sposób jedyny w Polsce eksperyment polegający na integracji wielu podejść terapeutycznych i równego ich traktowania, przestał istnieć.
Z inicjatywy Biura Rzecznika, blisko 300 osób podpisało się pod listem do prezydenta Miasta Krakowa w sprawie rozwiązania CTN, m in. Piotr Jabłoński, dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz ks. Arkadiusz Nowak. Miasto Kraków nie zareagowało, a Monar pozostał niewzruszony, dając wyraźny komunikat, że jest przeciwnikiem zintegrowanego modelu leczenia i będzie chronił monopolistycznej pozycji społeczności terapeutycznych.

osobne słowa uznania za odważne kreowanie polityki leczniczej i szybkie reagowanie na wskazywane mu potrzeby społeczne.

Warta wnikliwej uwagi polskich gmin jest niespotykana w Polsce formuła konsultacji społecznych i współpracy samorządu Warszawy z organizacjami pozarządowymi (28 stołecznych Komisji Dialogu Społecznego). Biuro Rzecznika współpracuje blisko z Komisją Dialogu Społecznego ds. Uzależnienień i HIV/AIDS.

Warszawa finansuje nieznane w innych miastach świadczenia i programy, takie jak np. punkt dziennego pobytu dla osób uzależnionych (tzw. *drop-in*), czy schronisko dla osób leczonych substytucyjnie. Również programy wymiany igieł i strzykawek zyskują tu nieporównywalnie szersze wsparcie niż gdzie indziej.

Chcemy jednak zaznaczyć, że to nie wysokość nakładów NFZ na leczenie decyduje dzisiaj o sukcesie polityki narkotykowej polskich miast i regionów. W województwach Mazowieckim i Pomorskim nakłady na leczenie w 2009 r. były zbliżone i mieściły się w przedziale 4-5 tys. zł na 10 tys. mieszkańców. W Małopolsce, która dzięki CTN Monar Kraków wyjątkowo racjonalnie budowała system opieki, NFZ wydał w w tym samym roku jedynie 16 tys. zł na 10 tys. mieszkańców.

O sukcesie jednych i porażkach drugich, decyduje obecność lub brak aktywnej polityki narkotykowej samorządów. W przypadku Warszawy zadecydowało racjonalne dysponowanie zasobami i przeznaczanie dobrze skrojonych kwot na dokładnie rozpoznane potrzeby. O porażce Gdańska zadecydowało w szczególności podporządkowanie miejskiej polityki narkotykowej stowarzyszeniom *drug-free*, co znalazło odbicie w działaniach NFZ, nadzwyczaj szczodrego wobec tamtejszych społeczności terapeutycznych.

W Warszawie jeszcze w 2005 roku uzależnieni byli widoczni na każdym kroku: na śródmiejskich dworcach, w parkach pod Pałacem Kultury, na głównych ulicach. Od 2006 roku są objęci szeroką i różnorodną pomocą, a narkomania uliczna jest niemal nieobecna.

Należy tu nadmienić, że drugi etap adaptacji lecznictwa substytucyjnego w stolicy (pierwszy miał miejsce w latach 90.), to zasługa zmarłego w katastrofie pod Smoleńskiem Pawła Wypycha, odpowiadającego za czasów warszawskiej prezydentury Lecha Kaczyńskiego za sprawy społeczne. Decydujące było również zdobyte w Krakowie doświadczenie Teresy Szopińskiej, odpowiadającej w stołecznym Biurze Polityki Społecznej za pomoc uzależnionym.

Obydwoje odnieśli się ze zrozumieniem do wystosowanego w 2004 roku apelu specjalistów z Centrum Redukcji Szkód Monar i wsparli ich starania o szersze udostępnienie lecznictwa substytucyjnego.

Kolejna warszawska administracja dotychczasową politykę jeszcze bardziej wzmocniła, angażując się między innymi w zinstytucjonalizowanie konsultacji społecznych.

**Przeciwdziałanie Narkomanii w Warszawie**

*Agnieszka Dobija-Nowak, Biuro Polityki Społecznej UM St. Warszawy*

Z punktu widzenia Miasta, dobra współpraca z organizacjami pozarządowymi - bezpośrednimi realizatorami zadań publicznych z obszaru przeciwdziałania narkomanii – jest rzeczą kluczową. Obok współpracy finansowej równie ważna jest ta pozafinansowa.

Dlatego Biuro Polityki Społecznej ściśle współpracuje z Komisjami Dialogu Społecznego, m.in. z Komisją Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/AIDS. Komisje mają charakter inicjatywno-doradczy.

W Komisji zasiadają przedstawiciele organizacji trzeciego sektora i przedstawiciel urzędu. Jest to ciało inicjatywno-doradcze, to tutaj konsultowane i współtworzone są dokumenty i akty prawne wydawane przez władze Miasta dotyczące dziedziny, która jest w zakresie działalności Komisji. Przedstawiciele Komisji są delegowani na posiedzenia Komisji Konkursowych opiniujących oferty składane w otwartych konkursach ofert.

W ten sposób organizacje czynnie współuczestniczą w kreowaniu polityki Miasta w określonych dziedzinach.

Ta współpraca nie jest całkowicie bezkonfliktowa, demokracja oprócz współpracy wymaga konfrontowania różnych, czasami sprzecznych stanowisk, opinii lub ocen. Często spieramy się o jakość, zakres, formy zadań czy środków finansowych przeznaczanych na realizację zadań publicznych. W tym kontekście Biuro Polityki Społecznej nie chce odgrywać jedynie roli sponsora ale również partnera organizacji pozarządowych.(...)

W ostatnim czasie przedstawiciele Miasta uczestniczyli w kilku debatach dotyczących leczenia substytucyjnego, jego form, oczekiwań personelu medycznego, oczekiwań pacjentów. Oczekiwania środowiska pacjenckiego dążą w kierunku „liberalizacji" w leczeniu substytucyjnym. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 września 1999 r. w sprawie leczenia substytucyjnego dokładnie określa, jakie warunki zakład opieki zdrowotnej musi spełnić, aby móc prowadzić tego typu terapię. Określa też, że pacjenci będący w leczeniu ambulatoryjnym powinni być równocześnie poddani oddziaływaniom terapeutycznym i rehabilitacyjnym, w wymiarze co najmniej dwóch godzin tygodniowo. Placówka powinna też zapewnić współpracę z rodziną pacjenta. Zachodzi pytanie, czy przy liczbie ponad 100 pacjentów możliwe są efektywne oddziaływania terapeutyczne i praca z rodziną pacjenta? Czy możliwa jest np. aktywizacja zawodowa i społeczna?

W opinii fachowców i samych pacjentów, placówki największy nacisk kładą na kontrolowanie abstynencji i dyscyplinę przyjmowania leku, poniekąd po macoszemu traktując program readaptacji społecznej pacjentów.

***Według informacji którą Biuro Rzecznika otrzymało od Narodowego Funduszu Zdrowia, w dniu 01 września 2011 r. Centrala NFZ przesłała do swoich oddziałów wojewódzkich wytyczne dotyczące kontraktowania świadczeń zdrowotnych na rok 2012. Jednym z zalecanych priorytetów jest „wyrównanie i zwiększenie dostępności do świadczeń dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych, w tym w zakresie leczenia substytucyjnego". Jako uzasadnienie wskazuje się zalecenia Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz wysokie koszty i niską efektywność opieki stacjonarnej.***

## Terapie w więzieniach

Artykuł 117 kkw mówi: „Skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub psychotropowych oraz skazanego za przestępstwo określone w art. 197–203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, obejmuje się za jego zgodą odpowiednim leczeniem i rehabilitacją; w razie jej braku – o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny".

Aktualna baza terapeutyczna dla osób uzależnionych obejmuje 39 oddziałów, z czego 15 to oddziały dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych, które łącznie dysponują liczbą 549 miejsc. Terapia trwa w nich 6 miesięcy. 24 to oddziały dla skazanych uzależnionych od alkoholu o łącznej pojemności 814 miejsc. W tych oddziałach terapia trwa 3 miesiące. Okres oczekiwania na przyjęcie do oddziału wynosi ponad rok. Jest to jeden z powodów, dla których stale rośnie liczba oddziałów terapeutycznych. Ale sytuacja ta ukazuje również to, jak wiele osób pozbawionych wolności jest uzależnionych od środków chemicznych zmieniających nastrój[25)].

2 grudnia 2010 roku Dyrektor Generalny Służby Więziennej płk Kajetan Dubiel, podpisał rekomendacje dotyczące szerszego udostępnienia terapii substytucyjnej w polskich zakładach karnych:

1. *Każdej osobie uzależnionej od substancji opioidowych, osadzonej w zakładzie penitencjarnym zapewnia się wybór leczenia abstynencyjnego lub substytucyjnego;*
2. *Każdej osobie uzależnionej od substancji opioidowych leczonej substytucyjnie, w chwili osadzenia zapewnia się kontynuację tego leczenia, bez względu na długość wyroku;*
3. *Każdy Okręgowy Inspektorat Służby więziennej tworzy przynajmniej jeden program substytucji lekowej, do którego mają dostęp osadzeni w różnych typach zakładów penitencjarnych (np. aresztach, zakładach karnych dla kobiet).*

Rekomendacje zostały opracowane przez ekspertów koalicji organizacji pozarządowych i więziennictwa, współpracujących w ramach Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej. Inicjatorem i koordynatorem działań był Społeczny Komitet ds. AIDS ze swoją przewodniczącą Grażyną Konieczny. Podpisanie rekomendacji poprzedziła konferencja, organizacji pozarządowych i przedstawicieli więziennictwa, w dniu 28 maja 2010.

Obecnie Biuro Rzecznika współpracuje z Biurem Służby Zdrowia Centralnego Zarządu Służby Więziennej, komunikując się w każdym przypadku naruszenia przyjętych przez więziennictwo zasad. Programy substytucyjne działają w 7 jednostkach penitencjarnych i do nich, za zgodą prokuratury, są przewożeni potrzebujący tego leczenia osadzeni.

Biuro Rzecznika ocenia dotychczasową współpracę jako bardzo dobrą – większość naszych interwencji w CZSW, była załatwiona pomyślnie.

25) za: Tomasz Głowik, Problematyka narkomanii w izolacji więziennej, Serwis Informacyjny Narkomania, nr 3/2008

## Rekomendacje Biura Rzecznika dotyczące naprawy systemu leczenia uzależnień w Polsce

W dniu 10 października 2009 r., na spotkaniu Okrągłego Stołu organizacji pozarządowych, zorganizowanym przez Polską Sieć Polityki Narkotykowej, Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych i Stowarzyszenie JUMP '92, przedstawiciele ngo's uzgodnili wspólne stanowisko, zawierające zalecenia dotyczące poprawy sytuacji systemu leczenia uzależnień w Polsce:

1. *Konieczne jest podjęcie przez Ministerstwo Zdrowia i jego agendy, bardziej zdecydowanych działań, w celu reformy systemu leczenia i dostosowania go do rzeczywistych potrzeb społecznych. Wskazanie Narodowemu Funduszowi Zdrowia obszarów wymagających większego zaangażowania środków finansowych a zarazem wskazania obszarów możliwych oszczędności. Podjęcie podobnych działań wobec samorządów. Konieczne jest znalezienie skutecznych, prawnych i instytucjonalnych narzędzi wpływu, celem wyegzekwowania pełniejszego zaangażowania gmin w realizację Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.*

*Proponujemy:*

   *a/ Przeprowadzenie badań epidemiologicznych w celu lepszego opisu populacji osób problemowo używających narkotyków, w tym dokładnego opisu grupy użytkowników substancji mieszanych. Celem tego ostatniego badania będzie między innymi właściwe oszacowanie potrzeb leczniczych.*

   *b/ Przeprowadzenie badań regionalnych, analizę potrzeb i istniejącego zaplecza leczniczego i pomocowego. Celem jest opracowanie rekomendacji dla NFZ odnośnie deficytów i potrzeb każdego regionu. Analiza bazy leczniczej powinna zawierać też badanie skuteczności stosowanych w leczeniu metod i technologii medycznych.*

   *c/ Opracowanie i wdrożenie systemu monitoringu i oceny działań gmin, odnośnie realizacji zadań Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.*

   *d/ Restrukturyzację wydatków w kierunku zwiększenia nakładów finansowych na deficytowe działania pomocowe, wskazane w wyniku badań regionalnych.*

2. *Konieczne jest wspieranie instytucji rzecznictwa osób uzależnionych i uzależnionych zakażonych HIV, w tym działań adwokacyjnych prowadzonych przez stowarzyszenia wspierające pacjentów.*
3. *Należy uzupełnić system kształcenia i certyfikacji terapeutów uzależnień o nowe elementy i dodatkowe godziny zajęć dotyczące redukcji szkód i terapii podtrzymującej. Potrzebne jest wpisanie problematyki uzależnień i metod leczenia, w tym leczenia substytucyjnego, do toku kształcenia w zawodach medycznych oraz managerów w służbie zdrowia, tak na poziomie dostępu do zawodu, jak i ustawicznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Proponujemy rozważenie możliwości wprowadzenia elementu spotkań przyszłych terapeutów z osobami leczonymi substytucyjnie, pracującymi w organizacjach rzeczniczych, obligatoryjne staże w programach substytucyjnych. Opracowanie odpowiedniego podręcznika redukcji szkód, jako lektury obowiązującej dla egzaminu certyfikacyjnego.*
4. *Domagamy się dostępu do leczenia ARV bez względu na to, czy chory powstrzymuje się od przyjmowania środków psychoaktywnych, o ile niema ku temu przeciwwskazań medycznych.*
5. *W polityce medialnej skoncentrowanie na realistycznym przedstawianiu najpoważniejszych problemów związanych z niedostosowaniem społecznym adolescentów, bezradnością wychowawczą wielu rodzin, problemami ludzi uzależnionych i skutecznymi formami pomocy. Doprowadzenie do zmian w świadomości społecznej, pokazanie, że koncentracja na pomaganiu/wychowywaniu i odejście od represji karnych nie oznacza popierania narkomanii.*
6. *Wspieranie pełnoofertowych systemów profilaktyczno-leczniczych składających się między innymi z ośrodków terapii stacjonarnej z możliwością daleko idącej indywidualizacji programów terapeutycznych, ośrodków terapii krótkoterminowej (3-6 mies.), ośrodków pobytu dziennego, ambulatoriów, programów leczenia substytucyjnego.*

   *Proponowany system profilaktyczny opierałby się na jednorodnym programie i na wymianie kadry między poszczególnymi elementami systemu.*
7. *Konieczne jest stworzenie mechanizmów motywacyjnych, dla tych poradni leczenia uzależnień, które podejmą się prowadzenia leczenia substytucyjnego. Proponujemy, by takie ambulatoria miały możliwość uzyskiwania lepszych warunków finansowych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia.*

*8. Postulujemy, respektowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia już istniejących standardów opracowanych dla placówek leczenia uzależnień. Standardy te zostały przedstawione NFZ, przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.*

Do punktu czwartego tych rekomendacji, należy dodać uwagę, że wadą systemu edukacji terapeutów jest brak wymogu podnoszenia kwalifikacji do końca pracy zawodowej (tak jak w praktyce lekarskiej). Błędem obecnego modelu szkolenia jest to, że terapeutów obowiązuje tylko jeden egzamin certyfikacyjny zamiast kilku z różnych zakresów wiedzy terapeutycznej, od redukcji szkód po psychoterapie rożnych zaburzeń osobowości.

Tworzenie ścisłych specjalizacji powoduje nieumiejętność kompleksowego spojrzenia na uzależnioną osobę („jak wyleczysz się z uzależnienia to idź do in. placówki, która zajmuje się zaburzeniami osobowości"). Z takim spojrzeniem na wiedzę i umiejętności terapeutyczne nie trzeba tworzyć nowej specjalizacji np. „specjalisty redukcji szkód". Oczywiście odpowiedzią mogłyby być placówki z kompleksową ofertą ale w „warunkach wojny ideologicznej" różnych podejść są mało realną perspektywą.

Do punktu piątego należy dodać, że postulowana dostępność powinna dotyczyć też małych miejscowości, gdzie taką pomoc należałoby świadczyć przez lekarzy rodzinnych.

Na spotkaniu zorganizowanym przez Polską Sieć Polityki Narkotykowej i Biuro Rzecznika w dniu 20 kwietnia 2011, uczestniczący w nim eksperci wskazali następujące problemy dotykające systemu leczenia:

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

**Eksperci przestawili też rekomendacje:**

1. *Uważamy że oszczędności, które powstaną w wyniku wprowadzenia art. 62a znowelizowanej Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii, należy przeznaczyć na rozwój lecznictwa substytucyjnego i ambulatoryjnego, w tym na zabezpieczenie działania zasady „leczyć zamiast karać". Konieczne jest uruchomienie dodatkowego finansowania postrehabilitacji.*
2. *W warunkach znowelizowanej ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w tym nowych zapisów uruchamiających zasadę „leczyć zamiast karać" (znowelizowane art. 72 i 73), konieczne jest ustalenie zasad współpracy pomiędzy organami wymiaru sprawiedliwości, ścigania i podmiotami, oferującymi usługi z zakresu leczenia i profilaktyki uzależnień, samorządami. Potrzebne jest wprowadzenie odpowiednich procedur i mechanizmów na których ta współpraca będzie oparta.*
3. *Konieczne jest dokonanie zmian w szkoleniu lekarzy oraz podjęcie przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii rozmów z Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym, kołami akademickimi, specjalistą krajowym ds. psychiatrii w celu znalezienia sposobu rozwiązania problemu deficytu lekarzy zainteresowanych prowadzeniem leczenia substytucyjnego.*
4. *Konieczne jest zwrócenie uwagi samorządów, które opiekują się programami wychodzenia z bezdomności, na potrzebę podjęcia kroków mających na celu przeciwdziałanie dyskryminacji osób uzależnionych i zakażonych HIV w placówkach dla bezdomnych przez personel tych placówek. Pobyt uzależnionego i bezdomnego pacjenta w schronisku pozwala na podjęcie terapii w systemie ambulatoryjnym, w tym terapii podtrzymującej, terapii ARV, leczenia w ośrodku dziennym.*
5. *Uważamy, że należy niezwłocznie uruchomić zabezpieczenia prawne, chroniące interes klienta przed praktykami monopolistycznymi oraz przed presją w wyborze leczenia.*
6. *Uważamy, ze względu na szczupłość środków finansowych przeznaczonych na leczenia uzależnień od narkotyków w Polsce, należy bardziej racjonalne nimi gospodarować. Proponujemy wprowadzenie procedury case managment, obligatoryjnej dla osób, które bezskutecznie i wielokrotnie korzystały z kosztownych świadczeń leczniczych.*
7. *Uważamy, że konieczne jest reaktywowanie CTN Monar – Kraków, oraz tworzenie podobnych struktur w pozostałych regionach naszego kraju, struktur gdzie żadna procedura lecznicza i pomocowa o potwierdzonej naukowo skuteczności nie będzie wykluczona czy dyskryminowana.*

# Spis treści

Wprowadzenie . . . . . str. 5

**Część I** - Interwencje i działania prawnicze

Kontekst prawny . . . . . str. 9
Naruszenia praw przy egzekwowaniu art. 62.
i nadużycia organów państwowych przy ich stosowaniu . . . . . str. 10
Niezamierzone konsekwencje . . . . . str. 11
Łamanie przysługujących praw obywatelskich . . . . . str. 11
Pogłębienie zjawiska narkomanii . . . . . str. 12
Nieadekwatna dolegliwość kary . . . . . str. 12
Statystyki i ocena efektywności art. 62 . . . . . str. 13
Problematyka związana ze stosowaniem art. 72 Ustawy . . . . . str. 15
Na czym polega nowelizacja Ustawy o Przeciwdziałaniau Narkomanii
z 1 kwietnia 2010 r . . . . . str. 17
Analiza rozpatrzonych spraw . . . . . str. 18
Przykłady interwencji oraz zastosowana linia obrony . . . . . str. 19
Listy od klientów . . . . . str. 22

**Część II** - System pomocy i leczenia uzależnionych od narkotyków w Polsce

Pierwsze kroki . . . . . str. 29
Rozwój lecznictwa uzależnień . . . . . str. 31
Zapotrzebowanie a dostępność – obecny kształt sektora . . . . . str. 33
Trudności z adaptacją lecznictwa substytucyjnego. . . . . str. 37
Deficyty terapii podtrzymującej . . . . . str. 37
Opór środowiska terapeutów wobec leczenia substytucyjnego . . . . . str. 39
Bariery w funkcjonujących programach substytucyjnych. . . . . str. 42
Konsekwencje deficytów – skuteczność, nieskuteczność . . . . . str. 45
Spóźnione reakcje na nowe modele używania . . . . . str. 45
Niedostosowanie do potrzeb – odejścia, zniechęcenie, rezygnacja . . . . . str. 46
Dojrzewanie pacjenta do terapii i pogłębienie uzależnienia. . . . . str. 46
Turystyka ośrodkowa . . . . . str. 46
Wędrówki za leczeniem . . . . . str. 47
Brak szans na pomoc . . . . . str. 48

Przyczyny obecnej sytuacji ... str. 49
„Wypalenie" instytucjonalne ... str. 49
Wady procesu szkoleń ... str. 50
Podejście terapeutów ... str. 50
Postawy społeczne a „narkofobia" ... str. 51
Dystrybucja finansów ... str. 54
Wskaźniki efektywności leczenia i rehabilitacji ... str. 55
Struktura zatrudnienia ... str. 55
Wykorzystanie potencjału personelu a efektywność leczenia ... str. 56
Koszty a efektywność leczenia ... str. 56
Metadon dla Gdańska ... str. 60
Prawa podstawowe w ośrodkach ... str. 67
Jak naprawić system – wnioski i rekomendacje ... str. 71
KPPN 2006-2010 – przyczyny niepowodzeń ... str. 71
Dobry przykład Warszawy ... str. 71
Terapie w więzieniach ... str. 74
Rekomendacje Biura Rzecznika dotyczące naprawy systemu leczenia uzależnień w Polsce ... str. 75