

jacek charmast

RAPORT

RZECZNIKA PRAW
OSÓB UZALEŻNIONYCH
2012/2013
część lecznicza

*Jeśli jedynym narzędziem, jakim się posługujemy,
jest młotek, wszystkie problemy dookoła będziemy
postrzegać jako gwoździe.*

Abraham Maslow

Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych
2012/2013
Część lecznicza

Autor:

Jacek Charmast

Redakcja:

Filip Nawaro

Opracowanie graficzne i skład:

Grzegorz Wodowski

Druk:

Usługi Poligraficzne Jerzy Badziak
badziakoffset@poczta.onet.pl

Kontakt:

Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych
ul. Marszałkowska 85, 00-683 Warszawa
tel. 22 400 50 43

Sponsor:



Raport wydany przez:

**POLSKA SIĘĆ
POLITYKI
NARKOTYKOWEJ**



Warszawa 2013

ISSN 2084-0039

Spis treści

Wstęp	7
I. Najważniejsze wnioski dotyczące polskiego modelu pomocy	11
A) Monopolizacja świadczeń	11
B) Czynniki kształtujące dostęp do świadczeń	12
C) Skutki ograniczenia oferty leczniczej	16
II. Lecznictwo narkotykowe	21
A) Oficjalne zalecenia dot. struktury świadczeń	21
KRAJOWY PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII 2011-2016	22
NARODOWY PROGRAM OCHRONY ZDROWIA 2007-2015	22
NARODOWY PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO	22
B) Nakłady na poszczególne sektory lecznictwa uzależnień	24
LECZNICTWO STACJONARNE	25
LECZNICTWO AMBULATORYJNE	30
LECZNICTWO SUBSTYTUCYJNE	32
POSTREHABILITACJA – HOSTELE	38
DETOKSYKACJA	42
III. Redukcja szkód	44
ZALECENIA DLA POLSKI	44
IV. Profilaktyka	49
V. Pomoc osobom uzależnionym od opioidów - badanie potrzeb	52
VI. Terytorialna dystrybucja świadczeń	58
VII. Naruszenia praw osób z problemem narkotykowym	68
A) Najczęstsze przypadki naruszeń	68
B) Współpraca Biura Rzecznika z Komisją Etyki Terapeuty Uzależnień	69
C) Inne przykłady naruszeń	73
VIII. Rekomendacje	75
O autorze	77

Wstęp

Przed Państwem drugi raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych.¹ To niełatwa, ze względu na materię lektura, choć przystępnie napisana. Tym razem uwaga Autorki i Autora zostały skupione na prawnych skutkach nowelizacji Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i podkreśleniu czynników, które determinują odpowiedzialność karną oraz na analizie polskiego modelu pomocy uzależnionym i wskazaniu wniosków jakie płyną z tej analizy.

Instytucja Rzecznika Praw Osób Uzależnionych została powołana do życia w 2009 roku z inicjatywy Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej i Stowarzyszenie Pacjentów Substytucyjnych JUMP 93¹. Impulsem powołania do życia Rzecznika Praw Osób Uzależnionych była pilna potrzeba zagwarantowania osobom uzależnionym od narkotyków i używającym godziwej pomocy prawnej i zadbania o informację w sprawach życiowo dla nich ważnych. Była nią również potrzeba poprawy sytuacji leczenia uzależnień od narkotyków w Polsce.

Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych prowadzone jest kolegalnie przez autorów raportu: Agnieszkę Sieniawską, prawniczkę, oraz Jacka Charmasta, pomysłodawcę programu. Poprzedni raport, obejmujący lata 2010/2011 był również przygotowany przez Agnieszkę Sieniawską i Jacka Charmasta. Obecny, podobnie jak poprzedni składa się z dwóch części: prawnej i traktującej o systemie pomocy i leczenia osób uzależnionych w Polsce.

Konkretne sprawy karne omawiane w pierwszym raporcie wyraźnie demonstrowały rozdziew między założeniami Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a praktyką stosowania Ustawy. Analiza przypadków zawarta w tym raporcie pokazuje, że pomimo zapowiedzi zmian, organa ścigania nadal zamiast efektywnie eliminować dealerów narkotykowych, zajmują się raczej produkcją przestępców ścigając uzależnionych lub rekreacyjnych użytkowników rynku narkotykowego. Trudno bowiem oprzeć się pokusie nadużywania przepisów kryminalizujących posiadanie nieznacznych ilości narkotyków. Pozwalają łatwo, prosto, niemal bezwysiłkowo uzyskiwać świetne statystycznie wyniki. Dotyczy to policji i prokuratury. Nie inaczej jest z sądami. Sądom też poprawiają wyniki odhaczonych spraw. To, że w efekcie organy powołane raczej do przeciwdziałania, produkują z młodych ludzi przestępców i wypełniają nimi cele więzienne wciąż umyka refleksji. Pokusa sukcesu i niewraż-

¹ Niniejsza publikacja dotyczy części „lecniczej” raportu Rzecznika autorstwa Jacka Charmasta. Zapraszamy do zapoznania się z częścią prawną raportu autorstwa Agnieszki Sieniawskiej. Raport dostępny online na stronie www.politykanarkotykowa.pl

liwa obojętność na negatywne skutki podejmowanych działań sprawia, że w prowadzonych statystykach brak jest rubryki zliczającej połamane życia. Raport wyraźnie pokazuje, że pomimo zapowiedzi zmian nadal toczą się sprawy o niewielkie ilości posiadanej marihuany. Przyklepane są etykiety przestępcy, zakładane są kartoteki karne przeludniane więzienia. Autorzy Raportu jasno mówią jak można to zmienić. Udowadniają, że argumenty przytaczane za kryminalizacją tego, co obecnie skryminalizowane, nie utrzymują się w świetle prezentowanych danych. Na nic jest powoływanie się tu na przepisy Konwencji Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i psychotropowymi, (tzw. konwencja Wiedeńska, z dnia 20 grudnia 1988 r.). Tyle, że podjęte działania mają służyć ujęciu i skazaniu dealera narkotykowego nawet przy posiadaniu nieznaczonej ilości narkotyku. Praktyka od 2000 roku wykazuje, że taka regulacja przynosi dokładnie odwrotny skutek. Nielegalny narkotyk jest dużo łatwiej dostępny na rynku, a dealerzy – grube ryby dużo bardziej nieuchwytni, bo nieścigani, gdy bogaty połów przynoszą płotki.

Raport ujawnia też problem przez nas wcześniej niedostrzegany i niekoniecznie uświadamiany. Dobrze rozpoznane jest polityczne znaczenie narkotyków jako „dogodnego wroga”. „Dogodny wróg” daje się przedstawić jako groźny, nieludzki. „Dogodny wróg” pozwala władzy narzucić swą wolę sprzeciwiając się woli większości i rozsądkowi. Dogodnym wrogiem można straszyć i siać oburzenie. Narkotynom można wypowiedzieć wojnę prezentując je jako moralnie odrażające i groźne. To świetny pretekst dla rozszerzania prerogatyw władzy kosztem wolności obywatelskich. Pozwala też na sięganie po publiczne pieniądze bez konieczności precyzyjnego rozliczania wydatków. Walka z narkotykami wymaga i ofiar i poświęceń. Ewentualnych oponentów przyjmowanych rozwiązań można zaatakować oburzeniem uznając, iż są zdrajcami i stoją po stronie przestępców. W obliczu zagrożenia przez dogodnego wroga władza domaga się i nadaje sobie władzę nadzwyczajną i prawo do operowania nadzwyczajnymi środkami. Dogodny wróg daje się niszczyć lecz nie ginie. W dodatku jest na tyle niejasny, mglisty i niesprecyzowany, iż zapewnia usprawiedliwienie działań, środków, wydatków, które w innym przypadku rodziłyby sprzeciw. Ustawodawca mając władzę może zakazać wiele. Problemem społecznym staje się to, co problemem społecznym zostaje nazwane. W historii znane są przykłady kiedy palenie tytoniu karane było obcinaniem nosów i zagrożone karą śmierci, a za picie kawy karano chłostą.

Współcześnie wiadomo, że alkohol i tytoń szkodzą bardziej niż marihuana, ale to za marihuanę traci się reputację i trafia się do więzienia. Wiadomo również, że alkohol jest trzecim głównym czynnikiem ryzyka zagrażającym zdrowiu w krajach rozwiniętych – do których zalicza się również Polskę – za... nikotyną i nadciśnieniem tętniczym, a marihuana znajduje coraz szersze zastosowanie w medycynie leczniczej, ale to posiadanie niewielkiej ilości marihuany gwarantuje etykietę dewianta i przestępcy.

Statystyki są bezwzględne; zgony spowodowane zażyciem marihuany są bliskie zeru, od opiatów umiera ok. 300 osób rocznie, od przedawkowania leków przeciwwzapalnych dostępnych bez recepty – ok. 3 000 osób rocznie, od alkoholu 30 000, ale to marihuana spełnia wszystkie cechy dogodnego wroga racjonalizując szereg posunięć władzy, które bez tego czynnika uznane byłyby prawdopodobnie za szkodliwe.

To wszystko jest już dobrze znane. Nieznane jednak było to, co przynosi Raport. Raport wykazuje uzależnienie również systemu pomocy medycznej od partykularnych interesów instytucji, które zamiast kierować się interesem pacjentów, mają przede wszystkim na uwadze swój własny.

Być może to problem szerszy, być może obecny i w innych obszarach świadczeń medycznych; być może, jednak Raport wyraźnie ujawnia ten problem w obszarze świadczeń na rzecz osób uzależnionych. Już pierwszy raport docenił twórców systemu opieki nad osobami uzależnionymi z Markiem Kotańskim na czele i podkreślił znaczenie, jakie w 1978 roku miał ośrodek w Głoskowie koło Garwolina. Czas zmienia potrzeby i warunki leczenia. I dziś nie ulega wątpliwości, iż to co obecnie jest najbardziej potrzebne to poradnie i leczenie substytucyjne. Autorzy Raportu podkreślają, iż najczęściej występującym naruszeniem praw pacjenta jest, w opinii Biura Rzecznika, niestosowanie adekwatnego leczenia, wynikające z deficytu dostępności niektórych podstawowych świadczeń oraz prowadzenia działań monopolistycznych przez ośrodki stacjonarne.

Raport uświadamia więc, że środki, które były postępowe i zasadne z czasem w zmienionych warunkach mogą szkodzić. Dzieje się tak, gdy interes instytucji stawiany jest ponad interes pacjentów. Może w efekcie dojść do tego, że potrzebujący stają się zakładnikami systemu. Autorzy nie tylko analizują i prezentują istniejącą sytuację prawną i medyczną. Rekomendują też, co ich zdaniem, należy zrobić, aby sytuacja ta uległa poprawie. Ważne, by te rekomendacje potraktować poważnie. Tu nie chodzi o wydanie kolejnej książki, którą można użyć w przypisie i wpisać sobie do cv. Tu chodzi o ludzkie życie...

Kiedy skończyłam pisać ten wstęp, życie dodało do niego swój dramatyczny akapit.

13 lipca 2013 roku zmarł z przedawkowania Cory Monteith, grający rolę Finna Hudsona w niezwykle popularnym, znanym także w Polsce, serialu „Glee”. Serial od lat bije rekordy powodzenia. Finn Hudson przystojny, młody, uwielbiany przez fanów i fanki był symbolem koleżeństwa i miłego męstwa. Sprawiał wrażenie naturalnego przywódcy, niewolnego od typowych dla nastolatków zwątpień, ale wolnego od złowieszczych uzależnień. Serial „Glee” odważnie stawiał czoło trudnym problemom i zmieniał oblicze Ameryki. To dzięki „Glee” skutecznie udaje się ze szkół wykurzać homofobię, i zmniejsza się ilość samobójstw wśród nastolatków. To dzięki „Glee”, demaskującemu krzywdzące,

prymitywne stereotypy odcień skóry, wysoka waga, niski wzrost czy przykucie do wózka przestaje być przeszkodą akceptacji i sukcesu. Napisano już o tym prace naukowe, zrobiono dokumenty filmowe. Narkotyki i alkohol niestety nie wybrzmiały, przynajmniej nie w tych pierwszych sezonach, które oglądałam.

Cory Monteith 31 latek u szczytu powodzenia i sławy zmarł wskutek przedawkowania alkoholu i heroiny. Stało się to w kilka dni po „z sukcesem” zakończonym odwyku w zamkniętej klinice.

Miał 13 lat, gdy zaczął pić, 19 gdy przeszedł pierwszy odwyk, 27 gdy trafił do „Glee”. Serial przyniósł mu spełnienie marzeń, sławę, pieniądze, miłość, grono oddanych przyjaciół, nadał sens jego życiu. Nie ma powodu wątpić w szczerść jego słów jak ważne było dla niego to, że swoją rolę pomaga wielu wyrwać się ze szponów kompleksów, uwierzyć w siebie. Cory Monteith nadużywał alkoholu i heroiny. Alkohol i heroina i uzależnienie od nich pomimo kuracji w zamkniętym ośrodku doprowadziły do jego śmierci.

Trzeba sobie jasno powiedzieć; alkohol i inne narkotyki, gdy nadużywane przynoszą fatalne, także śmiertelne skutki. Uporczywe udawanie, że alkohol to nie narkotyk i różnicowanie podejścia do użytkowników narkotyków ma złowrogie skutki. Lepiej zapobiegać niż działać dopiero, gdy mamy do czynienia z uzależnieniem. Zapobieganie, które polega na straszeniu daje kiepskie efekty. Zapobieganie, które skupia się wyłącznie na substancji, a nie bierze pod uwagę przyczyn i środowiska kulturowego jest protekcjonalnie nadęte i przynosi efekt zatrzaśniętych uszu i zamkniętych oczu; nie słyszy się i nie widzi. Niedosłyszenie i niedowidzenie dotyka nie tylko tych do których sygnał jest wysyłany; nie inaczej dzieje się z tymi, którzy go posyłają. Nie ma co udawać, leczenie niekoniecznie może przynieść oczekiwane skutki. Ludzie są różni, różne metody w zależności od potrzeb i możliwości mogą pewnie okazać się pomocne. Ortodoksja, przekonanie o własnej słuszności skutkująca zawężeniem oferty do określonej formy terapii i leczenia służy i przynosi profit oferentowi, ale niekoniecznie potrzebującym.

Raport to jasno uświadamia i dlatego powinni go przeczytać nie tylko użytkownicy w poszukiwaniu odpowiedzi na nurtujące ich pytania prawne i medyczne, ale co najmniej także wszyscy ci, którzy odpowiedzialni są za politykę zdrowotną, karną i społeczną.

Monika Płatek

Monika Płatek, polska prawniczka i wykładowczyni akademicka, feministka. Doktor habilitowana nauk prawnych, zatrudniona na stanowisku profesora nadzwyczajnego Uniwersytetu Warszawskiego, członkini Polskiego Stowarzyszenia Edukacji Prawnej.

I. Najważniejsze wnioski dotyczące polskiego modelu pomocy.

A) Monopolizacja świadczeń

W pierwszym Raporcie Rzecznika zamieściliśmy obszerny opis polskiego modelu pomocy i nieprawidłowości w jego działaniu – zarówno tych znanych od lat, jak i tych, które są na ogół pomijane w eksperckich dyskusjach.

Lecznictwo narkotykowe, zdaniem autorów Raportu, zastygło w przyjętych 30 lat temu formach. Np. w wielu ośrodkach stacjonarnych prace fizyczne, gospodarcze itp. – pod nazwą ergoterapii – dominują nadal nad innymi formami oddziaływań. Kadry merytoryczne nie wykazują zainteresowania modernizacją metod terapeutycznych, skróceniem czasu terapii czy dyskusją o problematyce leczenia. Ten stan trwa nadal.

Środowisko terapeutyczne, przez 10 lat funkcjonowania znowelizowanej w 2000 roku Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii niemal nie zwróciło uwagi na fakt, że prawo zaczęło nagminnie upominać się o tych uzależnionych, którzy są w leczeniu lub je ukończyli. Chodzi tu o osoby, które przed podjęciem terapii popełniły przestępstwa typu nie zagrożonego wysokimi karami, najczęściej tzw. prohibicyjne, czy determinowane narkomania.

Zgłaszane do Biura Rzecznika przypadki pokazują, że wiele osób, które przeszły program terapeutyczny w ośrodku (w tym wielomiesięczny etap readaptacji) wchodzi w trzeźwe już życie z nie załatwionymi sprawami prawnymi, dotyczącymi okresu sprzed leczenia. Jest to jeden z przykładów potwierdzających przedstawioną w dalszej części Raportu opinię o dysfunkcyjności programów

readaptacji społecznej przy ośrodkach. Są one w znacznej mierze nieefektywne, ponieważ pacjent w końcowym etapie pobytu w placówce, nadal zajmuje się sprawami związanymi z życiem ośrodka, a nie swoim przyszłym życiem.

Większość przedstawicieli środowiska terapeutycznego ignoruje lub nie dopuszcza do świadomości faktu, że nadpodaż usług w jednym sektorze świadczeń leczniczych i pomocowych jest okupiona ciężkimi deficytami w innych.

W wyniku tych nierówności polski system pomocy daleko odbiega od optymalnego, pomimo stosunkowo dobrze rozwiniętego zaplecza materialnego i coraz lepiej wyszkolonych terapeutów. Jak się bowiem okazuje, podstawowym problemem nie jest niedostatek finansowania, a niewłaściwa dystrybucja nakładów na pomoc i leczenie, wynikająca ze zjawiska monopolizacji świadczeń.

Poziom dostępu do leczenia substytucyjnego nadal sytuuje Polskę na jednym z ostatnich miejsc w Europie, gdy dostępność terapii rezydentalnych daje nam jedno z pierwszych miejsc w świecie.

Na zjawisko monopolizacji usług w lecznictwie narkotykowym składają się:

- Uprzywilejowana pozycja stacjonarnych ośrodków rehabilitacji - przejmują one większą część nakładów przeznaczonych na leczenie „narkotykowe” w kraju. W sześciu województwach odsetek nakładów na ośrodki stacjonarne przekraczał 80%, w kolejnych trzech przekraczał 90% (woj. lubuskie, opolskie, warmińsko-mazurskie).
- Dominacja lecznictwa niefarmakologicznego (*drug-free treatment*).
- Dominująca pozycja dwóch największych organizacji pozarządowych, przejmujących ok. 50 % nakładów na całe lecznictwo narkotykowe, zrazem wspierających dwie z wymienionych wyżej monopolizacji.

Niebagatelny wpływ na sytuację ma, zdaniem wielu ekspertów, również nierozwojowy model lecznictwa substytucyjnego.

Leczenie to można szerzej udostępnić przez umożliwienie prowadzenia go licencjonowanym gabinetom lekarskim czy też poprzez zobligowanie poradni „narkotykowych” do jego prowadzenia.

B) Czynniki kształtujące dostęp do świadczeń.

Wadliwa struktura polskiego lecznictwa wynika głównie z niewłaściwego rozumienia potrzeb społecznych przez płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia) i samorządy, kreujące w regionach i większych miastach politykę leczniczą, ale też z ignorowania priorytetów krajowych strategii leczniczych, odnoszących się do redukcji popytu na narkotyki. Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z 19 sierpnia 1994 o ochronie zdrowia psychicznego, to samorząd

województwa posiada kompetencje dla zaspokojenia potrzeb wynikających z liczby ludności i struktury społecznej województwa. Negatywną rolę, odgrywają duże organizacje pozarządowe, podtrzymujące wadliwą strukturę i wspierające monopolistyczną pozycję lecznictwa stacjonarnego i nefarmakologicznego. Ponadto:

- Niekorzystny wpływ na strukturę świadczeń mają nadal punkty konsultacyjne, często obsługiwane przez personel o niskich kwalifikacjach, pracujący według „tradycyjnych” schematów udzielania pomocy.
- Niekorzystną rolę odgrywają niekiedy te placówki ambulatoryjne, które zatrudniające personel ośrodków stacjonarnych, przyzwyczajony do dzielenia pacjentów na przygotowanych lub nieprzygotowanych do terapii ośrodkowej (zmotywowanych lub niezmotywowanych). Pacjenci którzy nie są gotowi na izolację są pozostawiani bez pomocy, ponieważ zakłada się, że pomocy nie chcą.

Leczenia w ośrodku dla swoich dzieci domagają często rodzice, w niewłaściwy sposób ukierunkowani przez konsultantów lub otoczenie. Rodzice bywają tak ciężko wystraszeni eksperymentowaniem z narkotykami swojego dziecka, że perspektywa wytnięcia dzięki wysłaniu go na rok czy dwa pod opiekę pół zamkniętej placówki, jest dla nich wyjściem niezwykle kuszącym. Terapeuci często te lęki podsycają. Obraz narkomana ze strzykawką jest plastycznie sugerowany w ich przekazie, nawet jeśli dziecko, poza np. rekreacyjnym paleniem marihuany czy używaniem ecstazy, funkcjonuje poprawnie.

Praktyka „wyrzucenia narkomana z domu”, zalecana przez wielu terapeutów nie uznających nowych modeli postępowania, została uznana przez Komisję Etyki Terapeuty Uzależnień za nieetyczną.

W powiązaniu z deficytem programów redukcji szkód, w tym serwisów substytucyjnych, czy brakiem schronisk dla bezdomnych czynnie używających narkotyków, postępowanie takie prowadzi do szybkiej i wielowymiarowej degradacji wyrzuconych, wspiera groźną dla zdrowia i bezpieczeństwa publicznego narkomanię uliczną oraz podnosi wskaźniki wykluczenia społecznego.

Niestety, mając do dyspozycji tylko jedno narzędzie, jakim jest ośrodek stacjonarny, terapeuci skazani są w większości na ponoszenie porażek przez nieskuteczne interwencje.

To źle prognozuje realizacji założeń nowelizacji Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii, w której represyjne reakcje prawa mają być zastąpione skuteczną i wszechstronną pomocą i leczeniem. Jak wynika z naszej praktyki, uzależnieni odrzucają propozycje terapii zamiast wyroku, m.in. ze względu na niechęć do proponowanych form leczenia.

Wykorzystywanie społecznej narkofobii do podtrzymywania nieefektywnego modelu pomocy opartego na długotrwałej izolacji pacjentów, to problem etyczny (nieadekwatna terapia) i ekonomiczny (wysokie koszty długoterminowych terapii), ale przede wszystkim – zjawisko to ma ofiary.

Naszym zdaniem, praktyki stosowania nieadekwatnego leczenia i eliminowania metod alternatywnych, powinny stać się wreszcie przedmiotem zainteresowania instytucji wymiaru sprawiedliwości, jako naruszające konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia.

Skąd przekonanie, że najlepszym narzędziem pomocy osobom używającym narkotyków jest długoterminowa terapia abstynencyjna w ośrodku?

Po pierwsze, bardzo długi okres funkcjonowania systemu, gdy poza ośrodkami nie było innych możliwości leczenia. Jeszcze piętnaście lat temu osobami szukającymi pomocy byli przede wszystkim uzależnieni od opiatów, dla których nie istniała alternatywa w postaci terapii podtrzymującej. Osoby te wymagały mocnego narzędzia interwencji, jakim był pobyt w izolacyjnej placówce.

Kolejna przyczyna to niski poziom wiedzy kadr odpowiedzialnych za struktury, w których funkcjonują społeczności terapeutyczne, co dotyczy m.in. wiedzy o biologicznych przyczynach uzależnień, alternatywnych metod pomocy, w tym o możliwościach jakie daje farmakoterapia czy leczenie otwarte, oraz wiedzy o specyficznych potrzebach różnych grup klientów.

Osoby kierujące placówkami otrzymywały na ogół uprawnienia do wykonywania pracy terapeutycznej w zupełnie innym trybie niż ich, często znacznie młodszy, podwładni. W 2002 r., kiedy uruchomiono zunifikowany system certyfikacji, pojawił się krótkotrwały, ale w pełni wykorzystany przez zainteresowanych, przywilej dla „zasłużonych” terapeutów z odpowiednio długim stażem (minimum dwunastoletnim). Certyfikat przyznawano po parodniowym szkoleniu i bez egzaminu.

Osoby nie mogące wylegitymować się dwunastoletnim stażem otrzymywały certyfikat po:

- paroletnim szkoleniu,
- 14-dniowym stażu,
- poddaniu się superwizji klinicznej
- po egzaminie, którego nie zaliczało niekiedy nawet 50% kandydatów.

To jednak nie przekonania i wiedza osób certyfikowanych w pełnym trybie, kształtują dzisiaj polski system pomocy, lecz przekonania ich przełożonych, „sformatowanych na terapeutów” jeszcze w poprzedniej epoce, w innej kulturze pomocy i innej kulturze organizacyjnej. Wiedza młodego pokolenia terapeutów nie jest i jeszcze długo nie będzie w takich warunkach dobrze wykorzystana, zwłaszcza jeśli za chwilę kierowanie placówkami pomocowymi przejmą terapeuci, którzy zdobyli dobre kwalifikacje, ale w wyniku wieloletniej pracy w narzuconych odgórnie warunkach, przejmą metody swoich odchodzących na emeryturę mentorów.

W efekcie z jednej strony mamy nie poddający się głębszym zmianom, z powodu przedstawionych wyżej przyczyn, model pomocy, z drugiej – dynamicznie rozwijającą się scenę narkotykową i z roku na rok rosnące potrzeby społeczne, coraz bardziej oddalone od możliwości ich zaspokojenia.

Gruntownej zmianie uległ profil pacjenta, nie tylko ze względu na stosowane substancje, ale też w wyniku zmian kulturowych środowisk użytkowników oraz pojawienia się nowych wzorów używania. Obecnie ok. 70% przypadków stanowią osoby z diagnozą F19² - grupa słabo jak dotąd rozpoznana pod kątem modeli używania substancji.

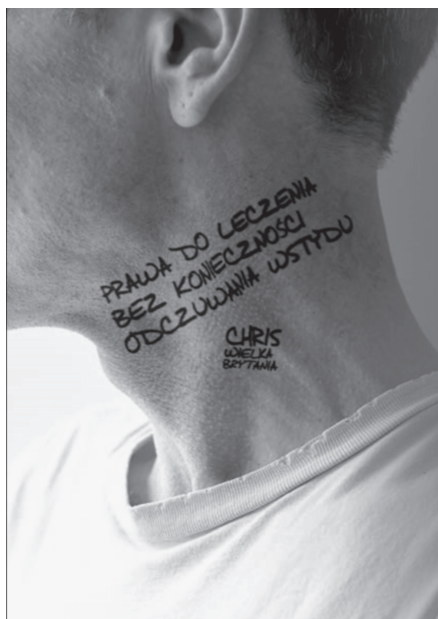
Upodobnianie się polskiej sceny narkotykowej do profilu europejskiego oznacza coraz większy udział procentowy użytkowników wielu substancji w populacji ogólnej, wskazuje na konieczność przemyślenia na nowo przydatności stosowanych dotychczas strategii pomocowych, skrojenia ich na potrzeby osób używających np. alkoholu i konopi, alkoholu i leków, alkoholu i stymulantów, opioidów i leków, nowych narkotyków używanych z tradycyjnymi substancjami oraz na potrzeby setek różnych innych, aktualnych i przyszłych wzorów używania.

Piotr Jabłoński pisze w *Podręczniku dla terapeutów* (KBPN 2012): *W świetle analizy rezultatów różnych programów pomocowych uzasadnione jest stwierdzenie, że abstynencja to zbyt trudny cel leczenia dla większości politoksykomanów. Programy terapeutyczne dla tej populacji powinny składać się z sekwencji oddziaływań rozpoczynających się od progresywnego ustalania listy celów leczniczych – poczynając od tych najtrudniejszych i dostarczania szczególnie mocnych zachęt do osiągnięcia tych elementów programu, jak też uzupełnienia terapii o farmakoterapię, krótkoterminowe hospitalizacje oraz intensywne doradztwo.*

W przytoczonym opracowaniu podkreślono parokrotnie, że używanie wielu substancji związane jest z częstszym niż gdzie indziej współwystępowaniem zaburzeń psychicznych. Dowiadujemy się też, że przyczyną 85% nieplanowanych wypisów pacjentów z programów substytucyjnych jest używanie nie zaleconych przez lekarza substancji.

Niestety, w świetle tych zmian na scenie narkotykowej, polski model pomocy oparty na abstynencyjnym leczeniu ośrodkowym okazuje się tak naprawdę opcją tylko dla nielicznych. Chodzi nie tylko o problem trudnego do przyjęcia dla wielu pacjentów modelu terapii bez leków, ale też o niewskazany dla coraz większej liczby przypadków izolacyjny charakter tego modelu, a zwłaszcza dłuższych, nawet kilkunastomiesięcznych pobytów w stacjonarnym programie terapeutycznym. Programy te, nie stanowią oferty dla osób które pracują, uczą się, czy dobrze funkcjonują w swoim środowisku. Należy też dodać, że długoterminowe programy wypełnione są zajęciami, które niewiele mają wspólnego z terapią, a więcej z bezmyślnym wypełnianiem czasu pacjenta. Znany jest Biuru Rzecznika ośrodek w woj. mazowieckim, który dobiera pacjentów pod kątem ich przydatności do pracy przy ścinie drzew, przyjmujący oso-

² F19 to, według międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD -10, uzależnienie od dwóch lub więcej substancji, o mniej więcej równym potencjale wpływu na zaburzenia



by młodsze i zdrowsze, odrzucający schorowanych, słabszych i starszych.

Problemem tzw. ergoterapii i marnotrawienia czasu klienta zajęła się na wniosek Biura Rzecznika, Komisja Etyki Terapeuty Uzależnień przy Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii, a jej stanowisko w tej sprawie przedstawiamy w części Raportu, dotyczącej naszej współpracy z Komisją.

Eksperti międzynarodowego projektu Your Treatment, Your Choice zalecenie pobytu w ośrodku uzależniają do subiektywnej potrzeby pacjenta: *Jeśli chcesz się wyrwać ze środowiska, poczuć bezpieczniej, jeśli uważasz, że podasz abstynencji, twardym zasadom, wtedy wybierz społeczność terapeutyczną (ośrodek).*

C) Skutki ograniczania oferty leczniczej

Istnieją różne obszary wpływu monopolizacji:

1. Wewnątrz systemu, monopolizacja świadczeń powoduje, że staje się on nieefektywny i zamknięty na głębsze zmiany. Najbardziej zmonopolizowane regiony kraju (woj. pomorskie, opolskie) charakteryzują się bardzo wąską ofertą, ograniczoną do kilku świadczeń, podczas gdy oferta samej Warszawy, czy Wrocławia to kilkanaście różnych serwisów.
2. Dla pacjentów, brak adekwatnej oferty oznacza minimalną szansę na skuteczne poradzenie sobie z uzależnieniem, stratę czasu (niekiedy wielu lat podejmowania ciągle takich samych terapii), utratę nadziei i uznanie w końcu, że skuteczne leczenie po prostu nie istnieje.
3. Dla społeczeństwa, oznacza ciągłe ponoszenie wysokich wydatków na nieskuteczne leczenie i kształcenie terapeutów, którzy później nie mogą w pełni stosować uzyskanej wiedzy. Oznacza to, że będzie się powtarzał schemat powracania do narkotyków osób po nieskutecznym leczeniu i, w konsekwencji, kontynuacji stylu życia związanego z narkotykami, m.in. z przestępczością.
4. Niekorzystne efekty uprzywilejowanej pozycji lecznictwa stacjonarnego. Pacjent korzystający z oferty ośrodków rehabilitacji, może z takiego leczenia korzystać bez żadnych ograniczeń czasowych (zmieniając placówki), ponieważ jest to świadczenie nieregulamentowane. Mamy tu do czynienia z kosztownym dla podatnika zjawiskiem „turystyki

ośrodkowej” (według danych Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka z 2010 r., 75% pacjentów ośrodków korzysta z nich kolejny raz).

Z leczenia stacjonarnego skorzystało w naszym kraju w 2011 r. 14 150 osób, wśród których użytkownicy opioidów stanowili 7,8 %, a 71% użytkownicy substancji mieszanych. Dla porównania, w całej Europie w 2010 r. zarejestrowano 50 tys. osób leczonych w placówkach stacjonarnych, z czego blisko połowa (48%) to użytkownicy opioidów, a 43% to użytkownicy opioidów pierwszorazowi (pierwszy raz podejmujący leczenie).

Odsetek pacjentów „pierwszorazowych” jest podobnie wysoki dla niemal wszystkich grup użytkowników narkotyków innych niż opiaty. Z leczenia ambulatoryjnego w 2010 r. na poziomie europejskim korzystało ok. 400 000 osób, z czego 48% stanowili użytkownicy opioidów, a nowi pacjenci z uzależnieniem opioidowym stanowili 29% ogółu leczonych (dane europejskie za: Raport EMCDDA 2012; dane polskie: Epidemiologia narkomanii w Polsce, KBPN 2013).

5. Wyniki ukończonych terapii nie mają najmniejszego wpływu na wysokość kontraktu z NFZ. Teoretycznie możliwa jest sytuacja kontraktowania ośrodka rehabilitacji stacjonarnej nie wykazującego żadnych pozytywnych wyników. Ponadto, ośrodki stacjonarne nie poddają się tu jakiegokolwiek ewaluacji zewnętrznej.
6. Według przedstawionych w poprzednim Raporcie szacunków, w 1/3 ośrodków (społeczności terapeutycznych) liczba ukończonych terapii w roku jest mniejsza niż liczba terapeutów. W 2006 r. (jedyne względnie wyczerpujące dane nt. placówek stacjonarnych, do jakich udało się dotrzeć autorom Raportu), w ośrodkach tych na jednego członka personelu merytorycznego przypadało średnio 0,8 ukończonych terapii. Liczby te mają dodatkową wymowę w świetle informacji o średnich kosztach działania jednego ośrodka: jest to obecnie ok. 1 mln. zł rocznie. Według dość starych wyliczeń Instytutu Psychiatrii i Neurologii z 2006 r. roczny koszt leczenia pacjenta kończącego program w ośrodku, to ponad 30 000 zł, natomiast roczny koszt leczenia pacjenta kończącego program w poradni, to ok. 1400 zł.

Stacjonarne placówki terapeutyczne, działając w znacznej izolacji, na ogół nie bywają reprezentowane w jakichkolwiek debatach o lecznictwie. Ich przedstawiciele omijają konferencje, gdzie mogliby skonfrontować swoją wiedzę i przekonania z inną perspektywą.

Normą bywa zupełne ignorowanie zmian na scenie narkotykowej, kontestowanie standardów mogących podnieść jakość usług. Bardzo kosztową dla społeczeństwa normą jest stosowanie programów terapeutycznych dłuższych niż 12 – miesięczne, mimo że od lat krytykowane są przez ekspertów (m.in. KBPN) jako nieefektywne.

Negatywne oddziaływanie praktyk monopolistycznych dotyczy całego społeczeństwa, choć skutki mogą nie być widoczne jako bezpośrednio związane z tym stanem rzeczy. Społeczeństwo odczuwa konsekwencje nieskutecznych terapii, wynikiłe np. z przestępczo-

ści narkotykowej, a niska świadomość społeczna, lęk oraz zanik dyskusji, wpływają na jakość profilaktyki narkotykowej wśród młodzieży, czy profilaktyki chorób zakaźnych.

Najistotniejsze w tym ujęciu zjawiska i ich skutki, to:

1. Zanik dyskusji wokół istotnych kwestii narkotykowych, w tym dotyczących samego leczenia, spowodowany niechęcią monopolistów do jakiegokolwiek analizy czy zmian aktualnego porządku (szersza, dyskusja ma miejsce dopiero od paru lat i odbywa się bez udziału monopolistów);

Tabuizacja tematu narkotyków, operowanie lękiem przed nimi i moralnym napiętnowaniem użytkowników, ogranicza możliwości rozpowszechniania rzetelnej wiedzy nt. narkotyków i realnego ryzyka związanego z ich używaniem. Dotyczy to zwłaszcza osób, które eksperymentowały już z substancjami psychoaktywnymi, ale też użytkowników problemowych, którzy np. obawiają się wizyty u lekarza, czy w poradni, ze względu na zagrożenie napiętnowaniem.

2. Niewłaściwe interwencje, wynikające z niedoborów oferty i niedofinansowania leczenia ambulatoryjnego skutkują pogłębieniem problemów użytkowników.

Nieadekwatne reakcje instytucji pomocowych dotyczą często osób w początkowym etapie uzależnienia / szkodliwego używania narkotyków, użytkowników słabiej uzależniających substancji (marihuana, narkotyki klubowe), czy osób które posiadają względnie poprawną sytuację rodzinną i środowiskową. Osoby takie powinny być leczone w poradniach w miejscu zamieszkania, jednak trafiają do ośrodków stacjonarnych, do długoterminowych programów o półizolacyjnym charakterze. Zdarza się, że stanowią tam znaczny odsetek pacjentów.

Zdaniem specjalistów Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej, znaczna część pacjentów placówek stacjonarnych powinna być leczona gdzie indziej, przede wszystkim w systemie ambulatoryjnym.

Do ośrodków trafiają np. osoby używające narkotyków rekreacyjnie, przy tym uczące się (np. zmuszone do leczenia przez przerażonych rodziców) lub pracujące oraz mające poprawną sytuację rodzinną. Trafiają tam osoby uzależnione od leków, w tym benzodiazepin, wymagające często paromiesięcznego, stopniowego odstawiania leku pod kontrolą lekarza – według danych KBPN (*Epidemiologia narkomanii w Polsce*, 2013), stanowią ok. 13% zgłoszeń. Trafiają politoksykomani wymagający wysoko-specjalistycznej, zindywidualizowanej pomocy – 70% zgłoszeń.

W efekcie stosowania w tak wielu przypadkach nieadekwatnego, bardzo mocnego narzędzia w postaci zamkniętej, wielomiesięcznej terapii abstynencyjnej, otrzymujemy przeciwne do zamierzonych skutki. Pacjenci nieodpowiednio leczeni szybko rezygnują z terapii, na dodatek nabierają awersji do wszelkiej instytucjonalnej pomocy, tracąc wiarę w jej sens. Znane jest też inne zjawisko: osoby latami korzystające z terapii ośrodkowej, które po kilku- lub kilkunastomiesięcznych pobytach w ośrodkach szybko powracają do przyjmowania narkotyków, by później podjąć ponownie długoterminowe terapie.

3. Niewłaściwe interwencje nie pozostają bez wpływu na opinie młodych ludzi o możliwościach leczenia. Uzasadniona obawa, że trafi się na wiele miesięcy do nieodpowiedniego miejsca i w ręce nieodpowiednich specjalistów odwodzi od szukania pomocy, bądź przesuwają taką decyzję w czasie, co prowadzi do pogłębienia problemu.
4. Deficyt świadczeń dla osób starszych i głęboko uzależnionych, w tym przede wszystkim deficyt leczenia substytucyjnego, które pomagają w znacznym stopniu zredukować wykluczenie społeczne i wydłużają życie.

Możliwość przyjmowania substytutów w miejsce ulicznych opioidów przyczynia się do redukcji przestępczości, wpływa na zmniejszenie liczby osób uzależnionych odbywających karę więzienia, w tym tych, którzy podczas odbywania wyroku powinni być objęci leczeniem. Wszystkie te zjawiska są korzystne w szerszej perspektywie zarówno ze względów ekonomicznych (koszty pobytu w zakładach karnych, wydatki policji) jak i społecznych – osoby leczone mogą pracować i prowadzić życie rodzinne, co przekłada się na korzyść ogółu.

5. Ciężar niewłaściwych interwencji spada oczywiście nie tylko na osoby z problemem narkotykowym, ale też na ich otoczenie. Poszkodowane są rodziny, skazane na wieloletnie ponoszenie destrukcyjnych konsekwencji mieszkania pod jednym dachem z uzależnionym (konflikty między rodzicami, rozwody, demoralizacja rodzeństwa, utraty praw rodzicielskich, itp.).

Niestety, mimo że ambulatoria i programy substytucyjne, mogłyby zająć się większością przypadków znacznie taniej i efektywniej, mimo że zwiększenie dostępu do pomocy ambulatoryjnej, terapii substytucyjnej i postrehabilitacji to priorytety Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz innych strategii ochrony zdrowia (terapia stacjonarna takim priorytetem nie jest), wygląda na to, że przeważająca część oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia kieruje się jakąś inną, sobie tylko znaną logiką. Bynajmniej, nie jest to logika oszczędnego gospodarowania pieniędzmi (ekonomiczne podejście mogłoby strukturę świadczeń z korzyścią dla pacjenta wyregulować), ani też logika dostarczania lepszej pomocy.

POZYTYWNE PRZYKŁADY:

Raport 2011 wskazuje Mazowsze jako wyróżniający się region w Polsce, gdzie struktura świadczeń jest najbardziej adekwatna do potrzeb i zrównoważona. Na Mazowszu w 2009 roku, rozkład finansowania lecznictwa stacjonarnego w stosunku do nakładów na lecznictwo ambulatoryjne i substytucyjne wynosił w przybliżeniu 50/50 (średnia dla Polski to ponad 60 % nakładów trafiających do lecznictwa stacjonarnego).

Znaczne środki na rozwiązywanie problemów narkotykowych na Mazowszu przeznaczają stosunkowo zamożna Warszawa, którą można wskazać jako przykład kreatywności, racjonalnej polityki leczniczej, a także dobrej współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia (Mazowiecki Oddział

Wojewódzki NFZ jest jednym z bardzo nielicznych, gdzie pilnuje się równowagi w dostępie do świadczeń leczniczych). Zrównoważona polityka pomocy ostatnich dwu stołecznych administracji zredukowała narkomanię uliczną do znacznie mniej widocznego poziomu.

W roku 2011 – między innymi dzięki współpracy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej i Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych – nastąpiły znaczące pozytywne zmiany w strukturze świadczeń w regionach opolskim, pomorskim i warmińsko-mazurskim. Pojawiły się tam nowe placówki ambulatoryjne udostępniające leczenie substytucyjne. Należy tu dodać, że aktualnie tylko dwa regiony pozostały białymi plamami na mapie leczenia substytucyjnego: województwa podlaskie i podkarpackie.

II. Lecznictwo narkotykowe

Wskazania współczesnego stanu wiedzy w leczeniu uzależnień:

- lecznictwo ambulatoryjne oraz terapie zastępcze powinny być podstawowymi formami pomocy,
- nacisk na jak największą dostępność programów substytucyjnych (niski próg dostępu),
- nacisk na zróżnicowanie stosowanych leków: buprenorfina, preparaty złożone, a nawet heroina medyczna (Szwajcaria, Niemcy),
- terapie ośrodkowe prowadzone w trybach krótko- i średnioterminowym (3 – 6 mies.),
- nacisk na rozwój oferty postrehabilitacyjnej oraz dostęp do wsparcia w miejscu zamieszkania po zakończeniu leczenia.

A) Oficjalne zalecenia dotyczące struktury świadczeń.

Warunkiem niezbędnym dla optymalizacji polskiego modelu pomocy jest respektowanie przez samorządy i NFZ priorytetowych zadań krajowych strategii ochrony zdrowia. Tylko wtedy uda się zmienić politykę świadczeniodawców, głównie organizacji pozarządowych, których działalność lecznicza niemal w całości finansowana jest ze środków publicznych.

Adekwatna do potrzeb społecznych struktura lecznictwa warunkuje osiągnięcie celów zakładanych przez znowelizowaną, działającą od 9 grudnia 2011 roku, Ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii, w szczególności jej zapisów odnoszących się do wzmocnienia zasady „leczyć zamiast karać”.

Do problemu dostępności różnych form pomocy odnoszą się następujące dokumenty:

KRAJOWY PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII 2011-2016

Podstawowym dokumentem wskazującym szczegółowo bieżące problemy leczenia „narkotykowego” i zarazem instytucje odpowiedzialne za ich rozwiązanie, jest, mający rangę rozporządzenia, Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii 2011-2016:

Działanie 1.4.: *Zwiększenie nakładów finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia , przeznaczonych na świadczenia zdrowotne udzielane w ambulatoryjnych placówkach leczenia uzależnienia.*

Działanie 2.2.: *Wspieranie programów ograniczania szkód zdrowotnych.*

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.*

Działanie 3.1.: *Zwiększenie nakładów finansowych na programy postrehabilitacyjne dla osób używających narkotyków szkodliwie oraz osób uzależnionych realizowanych w hostelach.*

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. Cel ten nie został osiągnięty w czasie działania programu, ani do dzisiaj.

NARODOWY PROGRAM OCHRONY 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.*

NARODOWY PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Rozporządzenie z dnia 28. 12. 2010 r. w Sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego wydaje się ono przełomowym narzędziem optymalizacji struktury finansowania leczenia narkotykowego.

W Załączniku 2. przedstawiono 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 (kryteria kwalifikacji określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego).

Przy okazji przytoczmy inne zalecenia tego dokumentu:

1. 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.
2. Oddziały dzienne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych – co najmniej 1 oddział (20 miejsc) na województwo;
3. Oddziały/łóżka detoksykacyjne – 0,1 łóżka/10 tys. mieszkańców;
4. Oddziały/ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych – 0,7 łóżka/10 tys. mieszkańców;
5. Hotele dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych – 0,2 miejsca/10 tys. mieszkańców.

W przedstawionych dokumentach wyraźnie wskazana jest potrzeba wsparcia i rozwoju świadczeń alternatywnych dla lecznictwa stacjonarnego. Szczególny nacisk kładzie się na rozwój programów substytucyjnych oraz dofinansowanie poradni. Zaznaczono także potrzebę rozwoju świadczeń postrehabilitacyjnych. Jedyne sektory, które nie znalazły się w priorytetach KPPN 2011-2016, to lecznictwo stacjonarne. W Polsce, w sektorze tym występuje nadpodaż usług, podczas gdy w Europie, to terapie rezydentalne są alternatywą dla programów leczenia farmakologicznego i poradnictwa.

Wytyczne przywołanych tu strategii zostały uwzględnione w zaleceniach centrali NFZ z 04 sierpnia 2011 r., dotyczących kontraktowania świadczeń przez oddziały wojewódzkie. W zapisach widnieje m.in. zobowiązanie obejmujące: *wyrównanie i zwiększenie dostępności do świadczeń dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych, w tym w zakresie leczenia substytucyjnego.*

Jako uzasadnienie wprowadzenia priorytetu, Centrala NFZ wskazuje Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii i „zmniejszenie nakładów na kosztowne i mało efektywne lecznictwo ośrodkowo-stacjonarne”. Jak wytyczne były realizowane w 2012 roku? Na kolejnych stronach Raportu przedstawimy zestawienia wydatków NFZ – głównego płatnika – oraz dane liczbowe nt. lecznictwa narkotykowego w Polsce.

Europejski Raport Narkotykowy 2013, EMCDDA:

Szacuje się, że w Europie w 2011 r. co najmniej 1,2 mln osób poddano leczeniu uzależnienia od narkotyków. Najliczniejszą grupę objętą leczeniem stanowią osoby używające opioidów.

Do podstawowych sposobów leczenia uzależnienia od narkotyków w Europie zalicza się interwencje psychospołeczne, leczenie substytucyjne opiatami i detoksykację. W większości leczenie odbywa się w warunkach ambulatoryjnych, w takich placówkach jak ośrodki specjalistyczne, gabinety lekarzy pierwszego kontaktu i programy niskoprogowe. Leczenie uzależnienia od narkotyków w znacznej części, chociaż coraz rzadziej, realizuje się też w placówkach zamkniętych.

Najbardziej powszechnym rodzajem leczenia uzależnienia od opioidów w Europie jest leczenie substytucyjne, na ogół zintegrowane z opieką psychospołeczną i prowadzone w specjalistycznych ośrodkach ambulatoryjnych lub przez lekarzy ogólnych.

Szacuje się, że w Europie w 2011 r. łączna liczba osób używających opioidów objętych leczeniem substytucyjnym wynosiła 730 000, czyli wzrosła od roku 2008, w którym odnotowano 650 000 osób. Liczba ta obejmuje prawdopodobnie około 50% wszystkich osób problemowo używających opioidów w Europie.

Brak jest niezbitych dowodów, które potwierdzałyby skuteczność leczenia drug-free w ramach społeczności terapeutycznych.

B) Nakłady na poszczególne sektory leczenia uzależnień.

W roku 2012 wydatki NFZ, głównego płatnika, na lecznictwo narkotykowe wyniosły ponad 120 mln zł (dokładne dane w tabeli poniżej). To o prawie 9,5 mln więcej niż w 2011 r. i prawie 8,5 mln więcej niż w 2010 r. (w 2011 r. nakłady były niższe niż rok wcześniej).

TABELA NR 1: NAKŁADY NFZ NA LECZNICTWO „NARKOTYKOWE”.

rodzaj usług	2010	2011	2012	wzrost nakładów 2011-2012
lecznictwo ambulatoryjne i dzienne	14 390 618	15 026 694	16 258 711	1 232 016
lecznictwo substytucyjne	17 468 933	17 279 825	18 939 406	1 659 580
lecznictwo stacjonarne	56 183 505	56 308 136	62 475 900	6 167 764
lecznictwo stacjonarne krótkoterminowe	12 417 871	11 327 222	11 820 941	493 719
postrehabilitacja (hostele)	2 121 242	2 147 436	2 315 416	167 979
detoksykacja	9 628 822	9 080 124	8 809 097	-271 026
razem	112 210 992	111 169 440	120 619 473	9 450 033
w tym lecznictwo stacjonarne	68 601 376	67 635 358	74 296 842	6 661 483
udział procentowy nakładów na lecznictwo stacjonarne w całości nakładów na lecznictwo „narkotykowe”	61%	60%	61%	

Pomimo wyodrębnienia priorytetowych usług w lecznictwie i choć środków na finansowanie leczenia uzależnień przybywa, struktura wydatków niewiele się zmienia.

TABELA NR 2: NAKŁADY W POSZCZEGÓLNYCH SEKTORACH LECZNICTWA „NARKOTYKOWEGO”:

rodzaj oddziaływań	ambulatoria		substytucja		ośrodki	
	udział w nakładach 2012	wzrost nakładów 2011-2012	udział w nakładach 2012	wzrost nakładów 2011-2012	udział w nakładach 2012	wzrost nakładów 2011-2012
dolnośląskie	19,60%	233 89	34,71%	234 315	40,72%	131 426
kujawsko-pomorskie	5,37%	-43 523,90	12,61%	-60 750	62,48%	264 779
lubelskie	18,52%	78 008	22,93%	39 990	40,81%	283 892
lubuskie	3,88%	178 755	4,26%	195 633	77,90%	824 652
łódzkie	12,84%	607 864	9,51%	98 434	51,80%	319 859
małopolskie	18,03%	356 715	14,21%	41 075	53,54%	124 958
mazowieckie	12,17%	-688 579	35,18%	273 260	44,77%	1 032 578
opolskie	2,34%	6 366	6,11%	102 870	88,28%	162 161
podkarpackie	47,91%	65 100	0,00%	0	52,09%	57 047
podlaskie	17,96%	52 479	0,00%	0	72,01%	-60 545
pomorskie	10,37%	49 097	4,89%	468 998	83,78%	399 609
śląskie	29,48%	180 485	14,04%	783	53,80%	258 636
świętokrzyskie	10,25%	182 014	16,79%	141 622	59,78%	117 472
warmińsko-mazurskie	8,21%	21 342	2,33%	83 636	81,17%	129 826
wielkopolskie	20,60%	-3 883	6,44%	33 892	63,80%	772 574
zachodniopomorskie	3,14%	-44 122	7,20%	5 823	89,66%	1 842 555
średni udział/kwota	13,48%	1 232 016,68	15,70%	1 659 580	61,60%	6 661 483

Nadal wiele ponad połowę wszystkich środków otrzymuje lecznictwo stacjonarne, co więcej, procent ten nie zmienia się od lat. Nadal są regiony, w których na ambulatoria przeznaczają się mniej niż 5% funduszy i takie, w których nie ma substytucji, lub jest ona tak samo marginalizowana. Innymi słowy, potrzeby społeczne i wytyczne organów wykonawczych pozostają w kilku regionach ignorowane.

Poniżej przedstawiamy dokładniejsze omówienie sytuacji w poszczególnych sektorach.

LECZNICTWO STACJONARNE

1. Największa część funduszy w skali kraju – ponad 61% – trafia do placówek terapii stacjonarnych³.
2. W 2010 r. przez leczenie stacjonarne przewinęło się 14,5 tys. pacjentów korzystając z 2858 miejsc w programach krótko, średnio i długoterminowych.
3. W 2012 r. 63,4 mln zł (ponad 80% nakładów na ten sektor) przeznaczono na terapie długo- i średnioterminowe;
4. Wydatki na ten „niepriorytetowy” sektor od 2011 r. wzrosły o prawie 10% – więcej niż w priorytetach;

³ W poprzednim raporcie wskazywaliśmy na odsetek w wysokości 75%, ale wtedy jako część lecznictwa stacjonarnego potraktowaliśmy świadczenia detoksykacyjne. Obecnie dane dotyczące detoksykacji przedstawiamy. Biorąc powyższe pod uwagę, udział lecznictwa stacjonarnego w wydatkach NFZ nie zmniejszył się, a w porównaniu do roku 2011 wzrósł.

5. W kwotach bezwzględnych to ponad 6 661 tys. zł: 4 razy więcej niż na substytucję, 5 razy więcej niż na ambulatoria, 2 razy więcej niż na wszystkie priorytety leczenia (ambulatoria, substytucja, hostele) razem wzięte;

Zwiększenie dostępu do leczenia rehabilitacyjnego nie jest priorytetem Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii 2011-2016.

Jest to informacja, która z trudem przebija się do świadomości NFZ – powinna być jasno wyrażona każdego roku w wytycznych ws. kontraktowania świadczeń, kierowanych przez centralę Funduszu do oddziałów wojewódzkich.

Dostęp do leczenia stacjonarnego jest w Polsce więcej niż łatwy i pod tym względem żaden kraj europejski nie może z Polską konkurować. Do ośrodków nie ma żadnych kolejek, przeciwnie, zdarzają się deficyty pacjentów, co skutkuje problemami z uczciwą realizacją kontraktów NFZ. Znane są relacje pacjentów, dotyczące placówek stacjonarnych przyjmujących każdego, komu można przypisać jakikolwiek epizod narkotykowy lub w sposób nieuzasadniony wydłużających terapię.

Co trzecia leczona w placówce stacjonarnej osoba w Europie, jest obywatelem polskim leczonym w polskim ośrodku.

Co więcej, NFZ tak hojnie finansując ośrodki, wciąż kontraktuje programy dłuższe niż 12-miesięczne, choć Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii od kilku lat informuje, że terapia stacjonarna po przekroczeniu dwunastu miesięcy, nie powoduje już na tyle istotnych postępów w leczeniu, które uzasadniałyby jej wysokie koszty. NFZ obecnie płaci pełne stawki za terapie 18 miesięczne, a po przekroczeniu tego czasu, stawka zostaje obniżona do 70% stawki pierwotnej. Walczące o wykonanie kontraktu ośrodki, skwapliwie korzystają z tej możliwości, nonszalancko dysponując czasem klienta.

Co do stacjonarnych terapii dłuższych niż krótkoterminowe, nakłady na nie wzrosły o 9%. Na terapie krótkoterminowe wzrost wyniósł jedynie 4% (stanowią one ok. 19% wydatków na rehabilitację).

Wg danych z 2011, na 77 działających w naszym kraju ośrodków, 41 stosowało programy dłuższe niż rok, a 21 ośrodków programy dwuletnie. Według opinii ekspertów Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej, zbyt długie programy stacjonarne mogą wręcz niweczyć efekty osiągnięte na wcześniejszych etapach terapii. Z kolei z opinii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, wynika, że po 12 miesiącach, postęp w leczeniu jest bardzo nieznaczny w stosunku do bardzo wysokich kosztów.

TABELA NR 3: ILOŚĆ PROGRAMÓW DŁUGOTERMINOWYCH

województwo	liczba programów długoterminowych 2009*	liczba programów długoterminowych 2011**	w tym programów 24-mies. (2011)
dolnośląskie	2	2	1
kujawsko-pomorskie	0	0	0
lubelskie	2	2	2
lubuskie	3	3	2
łódzkie	3	1	1
małopolskie	2	0	0
mazowieckie	8	8	4
opolskie	2	2	0
podkarpackie	1	1	0
podlaskie	2	2	2
pomorskie	6	7	4
śląskie	4	3	0
świętokrzyskie	0	0	0
warmińsko-mazurskie	3	3	2
wielkopolskie	3	3	1
zachodniopomorskie	3	4	2
razem	44	41	21

* dane z informatora KBPN 2009 ** dane z informatora KBPN 2011

TABELA NR 4: NAKŁADY NFZ NA LECZENIE STACJONARNE

województwo	2010	2010	2011	2011	2012	2012
	rehabilitacja średnio lub długoterminowa	rehabilitacja krótkoterminowa	rehabilitacja średnio lub długoterminowa	rehabilitacja krótkoterminowa	rehabilitacja średnio lub długoterminowa	rehabilitacja krótkoterminowa
dolnośląskie	2 579 158	0	2 522 602	0	2 654 028	0
kujawsko-pomorskie	0	3 203 651	0	3 218 041	0	3 482 821
lubelskie	1 357 308	0	1 357 308	0	1 641 200	0
lubuskie	8 402 754	2 278 074	8 463 133	2 085 253	9 286 994	2 086 044
łódzkie	4 249 205	0	4 150 637	0	4 470 496	0
małopolskie	0	2 405 675	0	2 365 305	0	2 490 264
mazowieckie	7 278 315	4 530 470	6 543 552	3 658 622	7 472 940	3 761 812
opolskie	2 254 270	0	2 216 205	0	2 378 367	0
podkarpackie	465 579	0	468 869	0	525 917	0
podlaskie	1 951 593	0	1 870 497	0	1 809 952	0
pomorskie	7 732 700	0	7 627 923	0	8 027 532	0
śląskie	7 171 878	0	7 065 363	0	7 324 000	0
świętokrzyskie	1 185 400	0	1 223 760	0	1 341 232	0
warmińsko-mazurskie	2 698 387	0	2 786 013	0	2 915 839	0
wielkopolskie	3 383 913	0	4 090 797	0	4 863 372	0
zachodniopomorskie	5 473 042	0	5 921 475	0	7 764 030	0
razem	56 183 505	12 417 871	56 308 136	11 327 222	62 475 900	11 820 941

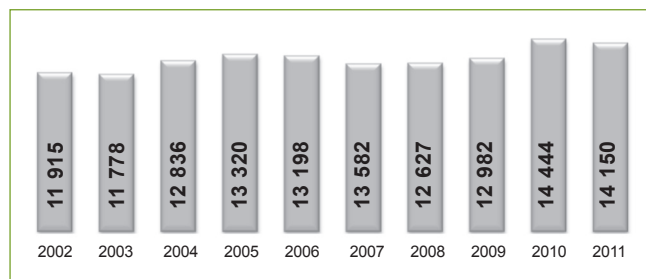
W sumie w 2012 r. na leczenie stacjonarne NFZ wydał prawie 74,3 mln zł. W 2011 r. było to ponad 67,6 mln zł. Nie wiemy jaka była zakontraktowana liczba miejsc, dane z Informatora KBPN 2011 mówią o **2 585** miejscach, co stanowiło średnio 6,7 miejsca na 100 tys. mieszkańców. Jednak i tutaj występują dysproporcje. Są regiony ze średnią ilością 2 - 3 miejsc / 100 tys. mieszkańców (woj. lubelskie, małopolskie) i takie, w których jest 19 miejsc / 100 tys. mieszkańców, co stanowi ogromną nadpodaż usług i rodziłoby problemy z realizacją kontraktów, gdyby nie ogromne deficyty w innych sektorach lecznictwa i szkodliwe przekonanie, że ośrodek jest dla każdego narkotykowego przypadku.

Mimo to, w województwach z nawet 3-krotnym przekroczeniem zalecanej liczby miejsc w ośrodkach i w których udział rehabilitacji stacjonarnej w całości finansowania przekracza 80% środków, nakłady na ten sektor wzrosły.

TABELA NR 5: ILOŚĆ MIEJSC W OŚRODKACH STACJONARNYCH

województwo	liczba ludności*	liczba miejsc w ośrodkach stacjonarnych		liczba ośrodków stacjonarnych		liczba miejsc w ośrodkach stacjonarnych na 100 tys.	
		2009 **	2011***	2009**	2011***	2009	2011
dolnośląskie	2876627	171	151	6	5	6	5
kujawsko-pomorskie	2069083	82	82	3	3	4	4
lubelskie	2157202	57	57	2	2	2,5	3
lubuskie	1010047	106	113	4	3	10	11
łódzkie	2541832	176	125	5	4	7	5
małopolskie	3298270	132	65	4	2	4	2
mazowieckie	5222167	516	455	17	16	10	9
opolskie	1031097	79	79	2	2	8	8
podkarpackie	2101732	25	25	1	1	1	1
podlaskie	1189731	55	55	3	2	5	5
pomorskie	2230099	447	429	9	9	20	19
śląskie	4640725	292	294	10	10	6	6
świętokrzyskie	1270120	63	63	3	3	5	5
warmińsko-mazurskie	1427118	110	108	3	3	8	8
wielkopolskie	3408281	204	167	6	5	6	5
zachodniopomorskie	1693198	337	317	8	7	21	19
razem	38167329	2 852	2585	86	77	7,4	6,7

* <http://demografia.stat.gov.pl>; ** dane z informatora KBPN 2009; *** dane z informatora KBPN 2011.



LICZBA PACJENTÓW PRZYJĘTA DO LECZNICTWA STACJONARNEGO W LATACH 2002-2011 źródło: IPiN (2011)

W niektórych województwach zmniejszono liczbę ośrodków (małopolskie), co doprowadziło do zbilansowania oferty leczniczej, przy zachowaniu niewielkich nakładów. W innych, choć liczba ośrodków spadła, przybyło miejsc oraz kosztów (lubuskie). Największy wzrost nakładów na lecznictwo stacjonarne odnotowały województwa zachodniopomorskie (24%) i wielkopolskie (13%) - zaskakujący jest tutaj fakt, że w tych samych województwach obniżono wydatki na „priorytetowe” lecznictwo ambulatoryjne. Można wskazać więcej regionów, w których wydatki na ośrodki wzrosły, pomimo zdecydowanej nadwyżki tej oferty w stosunku do innych.

TABELA NR 6: WZROST NAKŁADÓW NFZ NA LECZNICTWO STACJONARNE

województwo	udział w nakładach 2012	wzrost nakładów 2011-2012
kujawsko-pomorskie	62,48%	264 779
lubuskie	77,90%	824 652
opolskie	88,28%	162 161
pomorskie	83,78%	399 609
warmińsko-mazurskie	81,17%	129 826
zachodniopomorskie	89,66%	1 842 555

Szczególnie rażąca dysproporcja ma miejsce w lubuskim, zachodniopomorskim i opolskim, gdzie same wzrosty nakładów na ośrodki są większe niż całość środków przeznaczonych na leczenie ambulatoryjne (w woj. zachodniopomorskim kilkakrotnie większe). Widzimy tu, że nie tylko priorytety KPPN 2011-2016 zostały zignorowane, ale też wytyczne płatnika - Centrali NFZ – ws. kontraktowania świadczeń na rok 2012.

Tylko dwa województwa, pomorskie i zachodniopomorskie dysponowały w 2011 roku, ok. 750 miejscami w ośrodkach stacjonarnych, czyli 28 % wszystkich podobnych miejsc w naszym kraju. W Raporcie zestawiliśmy dane pokazujące, że szukający pomocy ośrodkach Polacy stanowią jedną trzecią obywateli krajów Unii leczonych w placówkach stacjonarnych. W świetle tego zjawiska, województwa nadbałtyckie stanowią osobliwość, nawet jak na polskie, niespotykane nigdzie w Europie standardy. Na palcach jednej ręki można policzyć kraje europejskie, które posiadają bazę leczenia stacjonarnego większą, niż dwa województwa nadbałtyckie. Z całą pewnością można powiedzieć, że są to Włochy, Niemcy, Hiszpania i Chorwacja, ale wszystkie one w odróżnieniu od Polski, a zwłaszcza w odróżnieniu od województw pomorskich mają zrównoważony dostęp do alternatywnych świadczeń i serwisów pomocowych.

Jak wyglądamy na tle innych krajów europejskich, jeśli chodzi o leczenie uzależnień? Przedstawiamy tu zestawienie danych z różnych źródeł, które unaoczniają problem rozbieżności polskich i europejskich wyobrażeń odnośnie organizacji leczenia narkotykowego i adekwatnej do potrzeb struktury świadczeń. Jeżeli chodzi o leczenie ambulatoryjne, to ostatnie krajowe dane jakimi dysponujemy, pochodzą z 2007 roku i mówią o ok. 36 tys. osób, które miały z nim choćby jednorazowy kontakt. Należy pamiętać, że osoba wybierająca leczenie w ośrodku stacjonarnym powinna być do niego kierowana przez placówkę ambulatoryjną (w praktyce bywa różnie), między innymi więc dlatego znaczna część kontaktów poradni może być tylko jednorazowymi wizytami, niekiedy zupełnie powierzchownymi, co za tym idzie liczba osób faktycznie leczonych ambulatoryjnie może być znacznie mniejsza od liczby wskazanej powyżej - prawdopodobnie bliższa liczbie osób w ośrodkach.

Raport EMCDDA z 2012 r., zawierający dane z 2010 r. mówi o 400 tys. Europejczyków, którzy podjęli leczenie ambulatoryjne w 2011 r., zatem mając na uwadze wspomniane wyżej poważne zastrzeżenie możemy powiedzieć, że co 12 Europejczyk podejmujący leczenie ambulatoryjne jest Polakiem (12:1).

Z leczenia substytucyjnego korzystało w Polsce w 2012 r. 2200 osób (1690 miejsc, w pierwszym kwartale 2013), gdy w Europie korzysta z niego ok. 730 tys. osób (50% uzależnionych od opioidów Europejczyków), więc już tylko jeden na trzystu pięćdziesięciu (350: 1) pacjentów substytucyjnych w Europie jest Polakiem, zarazem Polakiem jest co setny uzależniony od opiatów mieszkańców Unii.

Rekordy bijemy jednak gdzie indziej. Według EMCDDA w 2010 r. leczenie stacjonarne podjęło w Europie ok. 50 000 osób, w tym samym roku ośrodków i oddziałów stacjonarnych w Polsce skorzystało 14,5 tys. osób, co oznacza, że co 3 Europejczyk korzystający z lecznictwa stacjonarnego jest Polakiem (3:1).

LECZNICTWO AMBULATORYJNE

1. W 2012 r. na całe lecznictwo ambulatoryjne, łącznie z opieką dzienną wydano tylko 16,25 mln zł. Suma ta obejmuje kontrakty ponad 340 placówek, jednak ponad 60% pacjentów narkotykowych obsługiwanych jest przez mniej niż 1/3 placówek. Ostatnie dostępne dane (z 2007 r.) mówią o 36 tys. pacjentów kontaktujących się z lecznictwem ambulatoryjnym, z których 24 954 osób obsłużyły 102 poradnie „narkotykowe”.
2. Całościowy udział środków przeznaczonych na ambulatoria w nakładach na leczenie uzależnień to ok. 13,5%. Widać z tego, jak stosunkowo niewielkie kwoty mogą służyć obsłudze wielu osób. Nic dziwnego, że jest to – powinien być – główny filar systemu pomocy.

Zwiększenie dostępu do leczenia ambulatoryjnego jest priorytetem Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii 2011-2016.

Według danych przesłanych przez NFZ do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, dotyczących realizacji KPPN 2011-2016 w zakresie Działania 1.4. dotyczącego *Zwiększenia nakładów finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia, przeznaczonych na świadczenia zdrowotne udzielane w ambulatoryjnych placówkach leczenia uzależnienia*, nakłady na lecznictwo ambulatoryjne w 2012 wzrosły w stosunku do roku 2011 o 20%, z 44 883 970 zł do 54 157 729 zł.

Według informacji, które NFZ przesłał do Biura Rzecznika w 2011 roku, nakłady na lecznictwo ambulatoryjne i dzienne w 2009 r. nie przekroczyły 10 mln: na lecznictwo ambulatoryjne i substytucyjne w 2009 r. przeznaczono 25 833 452 zł, z czego nakłady na lecz-

nictwo substytucyjne wynosiły 17 708 181 zł. Na programy dzienne wydano dodatkowo 1 646 036 zł. W tej sytuacji widniejąca w sprawozdaniu dla KBPN kwota nakładów na 2011 r. – 44 mln. złotych – oznaczałaby wzrost w stosunku do 2009 r. o ponad 400%!

Skąd aż takie rozbieżności w wyliczeniach nakładów na lecnicstwo ambulatoryjne? Prawdopodobnie sumy dotyczące okresu po 2009 r. zostały zawyżone poprzez użycie zbyt szerokich kryteriów dla wyodrębnienia świadczeń ambulatoryjnych, włączając w nie np. świadczenia udzielane w poradniach alkoholowych i kierowane do osób uzależnionych od alkoholu.

Dane te mogą w istotny sposób zniekształcać obraz finansowania świadczeń „narkotykowych” (głównie uzależnień związanych z narkotykami „ulicznymi”), pokazując znaczący wzrost nakładów na ambulatoryjne lecnicstwo narkotykowe, a przecież ten priorytet (zgodnie z intencją autorów KPPN 2011-2016) powinien być rozumiany, jako odnoszący się do substancji przede wszystkim nielegalnych.

Biorąc pod uwagę świadczenia czysto „narkotykowe”, tj. świadczenie terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (kod 04.1746.007.02) oraz świadczenie dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (kod 04.4750.021.02), nakłady NFZ na lecnicstwo ambulatoryjne w 2011 r. wyniosły 15 026 694,78 zł, a w 2012 roku 16 258 711,46 zł.

Wzrost wydatków wyniósł więc 1 232 016,68 zł, czyli 8% (pięciokrotnie mniej, niż wzrost nakładów na rehabilitację stacjonarną).

TABELA NR 7: Nakłady NFZ na lecnicstwo ambulatoryjne i dzienne

województwo	2010	2011	2012	udział w nakładach 2012	wzrost nakładów 2011-2012
dolnośląskie	847 276	1 043 918	1 277 816	19,60%	233 898
kujawsko-pomorskie	220 489	342 911	299 387	5,37%	-43 523
lubelskie	618 421	666 986	744 994	18,52%	78 008
lubuskie	335 062	387 214	565 969	3,88%	178 755
łódzkie	544 618	499 951	1 107 815	12,84%	607 864
małopolskie	456 376	481 758	838 474	18,03%	356 715
mazowieckie	3 736 603	3 741 976	3 053 397	12,17%	-688 579
opolskie	59 293	56 700	63 066	2,34%	6 366
podkarpackie	420 826	418 597	483 697	47,91%	65 100
podlaskie	363 993	399 041	451 521	17,96%	52 479
pomorskie	896 078	944 486	993 583	10,37%	49 097
śląskie	3 996 334	3 832 104	4 012 590	29,48%	180 485
świętokrzyskie	48 056	47 986	230 000	10,25%	182 014
warmińsko-mazurskie	236 736	273 592	294 934	8,21%	21 342
wielkopolskie	1 253 367	1 573 875	1 569 992	20,60%	-3 883
zachodniopomorskie	357 085	315 595	271 473	3,14%	-44 122
razem	14 390 618	15 026 694	16 258 711	13%	1 232 016

Jak widać, największych wydatków na lecnicstwo ambulatoryjne dokonały województwa śląskie, łódzkie, mazowieckie (nakłady w mazowieckim jednak spadły) i wiel-

kopolskie. Największy skok odnotowało w 2012 r. województwo świętokrzyskie, gdzie nakłady wzrosły niemal pięciokrotnie w stosunku do 2011 r., jednak nadal pozostały tam na poziomie najniższym w kraju.

Ponad dwukrotnie wzrosły nakłady w woj. łódzkim, a o ok. 40 % w woj. małopolskim. W 5 województwach, udział wydatków na ambulatoria nie przekracza 10%, w kolejnych 4 nie przekracza 15% środków przeznaczonych na lecznictwo narkotykowe.

Kilka województw odnotowało spadek nakładów na lecznictwo ambulatoryjne, w tym województwo zachodniopomorskie, w którym wydatki na ośrodki stacjonarne wzrosły o ponad 1,84 mln zł (prawie siedmiokrotność wydatków na ambulatoria). Spadek odnotowały też województwa mazowieckie, kujawsko-pomorskie i wielkopolskie.

Brak jest nowych danych odnośnie liczby osób przyjętych do leczenia ambulatoryjnego – ostatnie, do których dotarliśmy dotyczą 2007 r. W roku tym w lecznictwie ambulatoryjnym odnotowano 36 298 zgłoszeń, z czego 24 954 do poradni wyłącznie „narkotykowych”, pozostałe zgłoszenia miały miejsce w poradniach zdrowia psychicznego (ok. 5500), poradniach alkoholowych (ok. 4500 os.) i innych.

LECZNICTWO SUBSTYTUCYJNE

Zwiększenie dostępu do leczenia substytucyjnego jest priorytetem Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii 2011-2016.

1. Leczenie farmakologiczne substytutami heroiny jest obecnie uznawane za najbardziej skuteczną formę pomocy użytkownikom opiatów. Według najnowszych danych EMCDDA (2013), w krajach Unii w programach substytucyjnych leczy się ok. 730 tys. osób, czyli ok. 50% uzależnionych od opioidów Europejczyków.
2. Leczenie substytucyjne ze wsparciem psychospołecznym jest metodą rekomendowaną przez wszystkie duże organizacje międzynarodowe zajmujące się sprawami zdrowia lub narkotyków; m.in. WHO, UNODC, EMCDDA.
3. Programy substytucyjne są nadal największym deficytem polskiego lecznictwa narkotykowego, w wielu miejscach kraju są niedostępne. Obecnie leczy się w Polsce ok. 1700 osób (1690 osób według danych KBPN z kwietnia 2013).

Zgodnie ze sprawozdaniem NFZ z wykonania Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2012 r., Fundusz zwiększył nakłady na lecznictwo substytucyjne o ok. 9% w stosunku do 2011 r., co dało sumę niecałych 19 mln zł, tj. 15,70% wszystkich nakładów na leczenie. Wcześniej, między latami 2010 – 2011, nakłady na substytucję spadły o 2%.

Takie tempo zwiększania nakładów nie pozwoli osiągnąć wskazanego przez KPPN poziomu dostępności w zakładanym terminie. Zaznaczmy, że wskaźnik ten określa minimum potrzeb. Obecnie, dla Europy wskaźnik dostępności do substytucji wynosi ok. 50%.

TABELA NR 8: NAKŁADY NFZ NA LECZNICTWO SUBSTYTUCYJNE

województwo	2010	2011	2012	udział w nakładach 2012	Wzrost nakładów 2011-2012	Liczba osób leczonych substytucyjnie w 2012.
dolnośląskie	2 076 697	2 028 280	2 262 595	34,71%	234 315	223
kujawsko-pomorskie	584 181	763 509,90	702 759	12,61%	-60 750	180
lubelskie	958 650	882 405	922 395	22,93%	39 990	139
lubuskie	362 231	426 339	621 972	4,26%	195 633	101
łódzkie	680 542	722 174	820 608,48	9,51%	98 434	92
małopolskie	679 920	620 055	661 130	14,21%	41 075	87
mazowieckie	9 238 230	8 554 734	8 827 994	35,18%	273 260	1077
opolskie	0	61 722	164 592	6,11%	102 870	29
podkarpackie	0	0	0	0,00%	0	0
podlaskie	0	0	0	0,00%	0	0
pomorskie	0	0	468 998	4,89%	468 998	38
śląskie	1 826 622	1 910 943	1 911 726	14,04%	783	239
świętokrzyskie	210 320	235 200	376 822	16,79%	141 622	26
warmińsko-mazurskie	0	0	83 635	2,33%	83 636	17
wielkopolskie	220 873	456 751	490 643	6,44%	33 892	55
zachodniopomorskie	630 666	617 712	623 534	7,20%	5 823	71
razem	17 468 933	17 279 825	18 939 406	15,70%	1 659 580	2374

Według danych NFZ, z leczenia substytucyjnego skorzystały w naszym kraju w 2011 r. 2272 osoby, a w 2012 r. 2444 osoby. Do priorytetu KPPN 2011-2016 być może trafniej odnosi się jednak liczba miejsc w leczeniu substytucyjnym, skoro pacjenci pozostają w nim w większości przez wiele lat. W dniu 2 marca 2013, w bazie KBPN było zarejestrowanych 1690 osób leczonych substytucyjnie. Z tej liczby miejsc około połowa znajduje się w Warszawie. Liczba 1690 leczonych stanowi 11% z szacowanych 15 tys. osób używających opiatów.

W 2012 r. NFZ zawarł umowy z 25 podmiotami, czyli z trzema więcej niż w 2011 r. Program był realizowany w 14 województwach. W 2011 r. było to 13 woj., a w 2010 r. – 11.

Na mapie województw z leczeniem substytucyjnym widnieją jeszcze dwie białe plamy. Są to województwa podkarpackie i podlaskie. Biuro Rzecznika przez cały rok 2012 aktywnie poszukiwało podmiotów z tego terenu, które podjęłyby się prowadzenia nowego świadczenia. Nie udało się znaleźć takiej placówki, niewielka jest też szansa na pojawienie się podmiotu nowego. Stosunkowo niewielka liczba osób uzależnionych od opiatów zamieszkująca te dwa województwa i dość znaczne ich rozproszenie, nie rokuje dobrze rentowności nowego przedsięwzięcia (program substytucyjny bilansuje się dodatkowo po przekroczeniu liczby 30 – 40 klientów). Obecnie udało się uzyskać jedynie zapewnienie obydwu oddziałów NFZ, o zabezpieczeniu środków finansowych na nowe świadczenie.

Informacja z Podkarpackiego OW NFZ: *Na terenie woj. podkarpackiego brak zainteresowania potencjalnych świadczeniodawców realizacją programu leczenia substytucyjnego. Na ogłaszane konkursy ofert nie wpłynęła żadna oferta.*

Informacja z Podlaskiego OW NFZ: *W województwie podlaskim odnotowano znikomą liczbę pacjentów, dla których adresowany mógłby być program leczenia substytucyjnego (analiza jednostek ICD-10 dla populacji objętej opieką POW NFZ). Ponadto nie odnotowano deklaracji dotyczącej realizacji powyższego programu przez świadczeniodawców (obecnych/ potencjalnych).*

W 2011 r. pierwsze programy pojawiły się w województwach opolskim i pomorskim. W 2012 r. pierwszy program leczenia substytucyjnego powstał w woj. warmińsko-mazurskim. Biuro Rzecznika od samego początku było zaangażowane w powstawanie nowych programów substytucyjnych w Opolu, Olsztynie i Gdańsku. W każdym z tych miast organizowaliśmy konferencje i spotkania z udziałem przedstawicieli NFZ i samorządów, które miały utorować drogę lecnictwu substytucyjnemu. Niestety, pierwszy na Pomorzu program substytucyjny nadal nie może, z trudnych do zidentyfikowania powodów, uzyskać kontraktu z pomorskim NFZ. Powstał za to drugi program, który nie miał problemu z uzyskaniem kontraktu. Kulisy tej sprawy przedstawiliśmy w poprzednim raporcie.

Jak wygląda zapotrzebowanie na leczenie substytucyjne? Istotne jest, aby kwestia właściwej realizacji priorytetu KPPN 2011-2016 dot. leczenia substytucyjnego (objęcie leczeniem min. 25% osób uzależnionych od opioidów), została w centrali NFZ i każdym jego oddziale dobrze rozumiana. Przeprowadziliśmy więc prosty zabieg arytmetyczny, by otrzymać liczby bezwzględne i wyraźną informację (nie tylko dla oddziałów wojewódzkich NFZ, ale i dla świadczeniodawców), o minimalnej liczbie miejsc leczenia substytucyjnego potrzebnych dla realizacji KPPN, w każdym z województw osobno.

TABELA NR 9: OSZACOWANIE LICZBY PROBLEMOWYCH UŻYTKOWNIKÓW OPIATÓW

województwo	oszacowanie wg danych lecznictwa stacjonarnego	oszacowanie wg danych lecznictwa ambulatoryjnego	najbardziej prawdopodobne oszacowanie		minimalna liczba miejsc leczenia substytucyjnego zgodnie z KBPN 2011- 2016
			liczba	na 100 tys. mieszk.	
dolnośląskie	1054	2721	1888	65,6	472
kujawsko-pomorskie	281	989	635	30,7	158
lubelskie	254	818	536	24,8	134
lubuskie	672	596	634	62,8	158
łódzkie	736	872	804	31,6	201
małopolskie	256	1080	668	20,3	167
mazowieckie	3344	6175	4760	91,1	1190
opolskie	132	204	168	16,3	42
podkarpackie	118	389	254	12,1	63
podlaskie	363	330	347	29,2	86
pomorskie	441	1252	847	38	211
śląskie	615	1746	1181	25,4	295
świętokrzyskie	115	254	185	14,6	46
warmińsko-mazurskie	380	491	436	30,6	109
wielkopolskie	693	785	739	21,7	184
zachodniopomorskie	427	1092	760	44,9	190
razem			14 842		3706

(2009 r.) J. Sierosiński, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Wyniki podajemy w tabeli powyżej. Ostatnia kolumna, przedstawia liczby osób, które przeszły przez polskie programy substytucyjne w 2012 roku: ogółem 2374 osoby. Liczby te nie odpowiadają jednak liczbie miejsc w programach, więc obliczanie na ich podstawie wykonania KPPN jest błędem. Najbardziej aktualna liczba miejsc to 1690 (dane KBPN z kwietnia 2013).

Dane, które wykazuje lecnicstwo ambulatoryjne i stacjonarne znacznie się różnią, ponieważ osoby uzależnione od opiatów coraz rzadziej szukają pomocy w ośrodkach.

- Najwięcej użytkowników opiatów przebywa w województwach dolnośląskim, mazowieckim i śląskim, stosunkowo wysokie liczby też w łódzkim, pomorskim i zachodniopomorskim.
- Obok liczby uzależnionych, o sytuacji w regionie świadczy zagęszczenie przypadków na 100 tys. mieszkańców – tutaj znów w czołówce znajdują się województwa mazowieckie i dolnośląskie, oprócz tego duży odsetek uzależnionych znajduje się w woj. zachodniopomorskim i lubuskim.

Najtrudniejsza sytuacja jest w województwie dolnośląskim. Według szacunkowych danych zamieszkuje tam ponad 1800 osób uzależnionych do opiatów. Odsetek na 100 tys. mieszkańców wynosi zatem ok. 0,65 os. i jest to drugi najwyższy (po woj. mazowieckim) wynik w Polsce. Średnia dla całego kraju wynosi ok. 0,30 os./100 tys. mieszkańców.

Zgodnie z założeniami KPPN 2011-2016, leczeniem substytucyjnym w tym regionie powinno być objętych co najmniej 450 osób. Według posiadanych przez nas danych, w woj. dolnośląskim leczenie substytucyjne otrzymuje ok. 200 osób, w ramach dwóch programów zlokalizowanych we Wrocławiu i Zgorzelsu (wiosną 2013 rozpoczął działanie i przyjmowanie pierwszych pacjentów trzeci program, w Głogowie). Jeszcze niedawno otrzymanie leczenia substytucyjnego we Wrocławiu wiązało się z dość długim czasem oczekiwania na miejsce. Biuro Rzecznika we współpracy z dolnośląskim OW NFZ zorganizowało w tym mieście, w dniu 29 listopada 2012 r. konferencję z udziałem świadczeniodawców. W jej wyniku, współpraca dolnośląskiego NFZ ze świadczeniodawcami substytucyjnymi znacznie się poprawiła, a kolejka we Wrocławiu znikła. Program głogowski również nie miał większych kłopotów z uzyskaniem kontraktu.

Zmiana określonej przez prawo formuły programu substytucyjnego, poprzez uczynienie jej bardziej przyjazną dla pacjenta, przyciągnęłoby do leczenia znacznie większą liczbę osób i wpłynęła pozytywnie na liczbę świadczeń. Trudna sytuacja epidemiologiczna jest również na Śląsku, gdzie działa tylko jeden na całe województwo program substytucyjny w Chorzowie. Gotowy do działania od 2012 r. jest program substytucyjny w Częstochowie, ale jak dotąd nie otrzymał kontraktu. Pacjenci częstochowscy są leczeni obecnie w Opolu, w ramach umowy z tamtejszym NFZ.

Przedstawiciel Biura Rzecznika spotkał się z przedstawicielami ŚOW NFZ w Katowicach w dniu 27 marca 2013 r. i uzyskał zapewnienie, że kontraktowanie nowego świadczenia w Częstochowie będzie możliwe w ramach konkursu ofert na rok 2014. Otrzymaliśmy też wcześniej deklarację w opolskim NFZ dot. zwiększenia kontraktu świadczeniodawcy substytucyjnego, która właśnie została zrealizowana.

Są regiony, które pokazują, jak wiele można zrobić za stosunkowo niewielkie pieniądze (małopolski, lubelski), ale też takie, które pokazują jak niewiele można zrobić mając w dyspozycji bardzo duże środki. Najbardziej znamienity jest przykład regionu pomorskiego, gdzie nakłady na lecznictwo narkotykowe należą do najwyższych w kraju. W 2009 roku było to 42,3 tys. zł / 10 tys. mieszkańców – to dużo, biorąc pod uwagę, że średnie finansowanie świadczeń narkotykowych dla całego kraju to 29,6 tys. zł / 10 tys. mieszkańców. Więcej od pomorskiego NFZ i zarazem najwięcej w kraju przeznaczają się w woj. lubuskim: 122,3 tys. zł / 10 tys. mieszkańców. W obu tych regionach największa część środków przeznaczana jest na lecznictwo stacjonarne.

W lubuskim na ambulatoria przeznaczono w 2009 roku tylko 5% funduszy, a na Pomorzu 13%. Na Pomorzu leczenie substytucyjne udostępniono dopiero w listopadzie 2011 r. (jednak ten program nadal nie został zakontraktowany przez NFZ).

Co z tą substytucją? Identyfikacja przyczyn zbyt wolnego rozwoju lecznictwa substytucyjnego w Polsce wskazuje na potrzebę zmiany przepisów prawa określających zasady jego organizacji i działania. Konieczna jest zatem zmiana art. 28 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, z 29 lipca 2005 r., a następnie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 01 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego.

W dniu 02 kwietnia 2013r. w bazie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii było zarejestrowanych 1690 pacjentów. Stosując najnowsze oszacowania IPIIn (2009 r.) możemy stwierdzić, że obecnie w Polsce, objętych leczeniem substytucyjnym jest 11% osób uzależnionych od opiatów.

Obecnie możemy wskazać następujące problemy lecznictwa substytucyjnego:

1. Wciąż niewystarczająca liczba programów leczenia substytucyjnego (PLS) i miejsc w tych programach; wskaźniki jego udostępnienia sytuują Polskę na jednym z ostatnich miejsc w Europie.

Zbyt mało programów to problem nie tylko kolejek i osób nie mogących się skutecznie leczyć, ale też utrudnienie funkcjonowania niektórych już istniejących placówek, które są po prostu przepełnione. W Warszawie i w Chorzowie działają programy, w których liczba pacjentów przekracza 200 osób. Pojawienie się w jednym miejscu (punkcie wydawaniu metadonu), znacznej liczby klientów i pozostawanie ich przez wiele godzin w placówce lub w jej pobliżu, dezorganizuje pracę PLS, jest uciążliwe dla otoczenia, powoduje zakłócenia porządku publicznego i sprowadza w okolice placówek handlarzy narkotykami.

Zbyt duże obłożenie placówek rozmią się z założeniami polskiego modelu leczenia substytucyjnego. Programy wysokoprogradowe powinny być w stanie poświęcić czas klientowi, jednak kiedy skoncentrowanie pacjentów jest zbyt duże (ponad połowa pacjentów leczona jest w programach obsługujących więcej niż 150 osób), opieka sprowadza się przede wszystkim do nadzoru.

2. Obowiązująca formuła programu substytucyjnego, stawia zbyt wiele warunków podmiotom leczniczym. Jest to przede wszystkim formuła niekorzystna dla mniejszych programów – zdaniem realizatorów, PLS zaczynają się bilansować dopiero przy 30-40 leczonych i gdy dodatkowo pacjenci są zmuszeni do częstego stawiennictwa po lek. W wielu miejscowościach brakuje wystarczającej liczby potencjalnych klientów PLS, by zaryzykować inwestycję, która nie przyniesie strat finansowych.

Koszty inwestycji, przygotowania placówki, skomplikowana procedura administracyjna powoływania programu, trudności w kontraktowaniu świadczeń, wysokie koszty prowadzenia programu, w tym koszty personelu, trudności w realizacji samego świadczenia stanowią przeszkody, które przekreślają szanse udostępnienia leczenia substytucyjnego w wielu miejscach kraju. Powołanie programu wiąże się przecież z ogromną odpowiedzialnością za osoby, które rozpoczną leczenie, za osoby ze znikomymi szansami na zmianę świadczeniodawcy w przypadku bankructwa projektu

3. Codzienne lub częste stawiennictwo po lek, uzasadniane zazwyczaj potrzebą ścisłej kontroli pacjenta i leku (by nie przeciekał do nielegalnego obrotu), bywa nierzadko narzucone przez PLS z powodów czysto ekonomicznych. Przyczyną jest tu wada systemu kontraktowania świadczenia, powodująca „opłacalność” częstego stawiennictwa. Praktyka ta podnosi koszty leczenia i bywa działaniem przeciw celowym, przeszkadzając np. w usamodzielnianiu się pacjenta, czy podtrzymując jego uzależnienie środowiskowe.

4. PLS zbyt rzadko stosują inne niż metadon leki z powodu ich wyższej ceny. Leki te są często bezpieczniejsze, a dla wielu pacjentów również bardziej efektywne. Obecnie ponad 95% pacjentów PLS przyjmuje metadon. Wprowadzenie innych, stosowanych w substytucji leków (preparaty złożone), pozwoliłoby na częściowe odstąpienie od nabyt doskwierającej pacjentom kontroli, dałoby też oszczędności.

5. W całej Polsce tylko 25-30 lekarzy ma doświadczenie w prowadzeniu leczenia substytucyjnego, choć samych poradni „narkotykowych” jest ok. 100, a każda z nich zatrudnia lekarza. W znacznie mniejszej Słowacji, z mniejszym problemem narkotykowym działa ich parokrotnie więcej.

6. Trudne warunki działania programów, przeciążenie lekarzy mało prestiżową i nie najlepiej płatną pracą, sprzyjają naruszeniom praw pacjenta, zniechęcają do prowadzenia tego leczenia.

7. Samorządy (Urzędy Marszałkowskie) często nie wykazują zrozumienia dla zasadności stosowania leczenia substytucyjnego, a bywa, że wręcz utrudniają organizację i funkcjonowanie programów. W opinii Biura Rzecznika fatalny bywa wpływ ekspertów regionalnych, których często podstawowym miejscem zatrudnienia jest placówka stosująca metody abstynencyjne, zarazem placówka identyfikująca się z tzw. filozofią terapii bez leków. Pracownicy takich placówek często postrzegają terapię podtrzymującą jako konkurencję. Podobny brak zrozumienia napotyka PLS u Płatnika, który wbrew wskazaniom krajowych strategii ochrony zdrowia najszczodrzej finansuje świadczenia tradycyjne, w tym te o najmniej sprawdzonej efektywności leczenia.

Więcej na temat potrzeb leczniczych osób używających opioidów w rozdziale V.

POSTREHABILITACJA – HOSTELE

Programy postrehabilitacyjne bywają nazywane niekiedy buforowymi, ponieważ służą miękkiemu przejściu z terapii, często wielomiesięcznej i półizolacyjnej, do samodzielnego życia. W raporcie odniesiemy się do najbardziej popularnej w Polsce formy postrehabilitacji, jaką są hostele. Właściwa organizacja usług hostelowych rzutuje na jakość pozostałych świadczeń służących reintegracji społecznej osób uzależnionych oraz na efektywność programów leczniczych.

Trudności jakie napotyka pacjenci po leczeniu, wiążą się najczęściej z brakiem mieszkania i pracy oraz niskimi kwalifikacjami zawodowymi. Do tego dochodzą nierzadko problemy prawne, zdrowotne, czy rodzinne.

Według Informatora *Gdzie szukać pomocy* (KBPN 2011 r.), w Polsce działa 31 programów oferujących pomoc hostelową lub mieszkania readaptacyjne. Elżbieta Rachowska⁴, pisze o działających w Polsce 12 hostelach z 231 miejscami, finansowanych głównie przez samorządy i KBPN. Ponadto, działa w Polsce wiele schronisk dla bezdomnych, oferujących pomoc nie tylko osobom po odbytej terapii ale też takim, które programu terapeutycznego nie ukończyły lecz zachowują abstynencję.

Według informacji NFZ z realizacji KPPN 2011-2016, przesłanej do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w 2012 r., Fundusz zwiększył nakłady finansowe przeznaczone na hostelowe programy postrehabilitacyjne o 8,1%. W 2011 roku nakłady wynosiły 2 613 172 zł, w 2012 roku 2 826 273 zł. W 2011 r. zawarto umowy z 10 świadczeniodawcami, a w 2012 r. z 11. Według danych Biura Rzecznika nakłady były nieco mniejsze, ale przyrost procentowy bardzo podobny.

TABELA NR 10: NAKŁADY NFZ NA POSTREHABILITACJĘ (HOSTELE)

województwo	2010	2011	2012
dolnośląskie	0	0	0
kujawsko-pomorskie	0	0	0
lubelskie	0	0	0
lubuskie	1 047 424	1 007 402	992 433
łódzkie	986 272	936 027	939 304
małopolskie	0	0	0
mazowieckie	0	0	0
opolskie	87 545	83 037	88 055
podkarpackie	0	0	0
podlaskie	0	0	0
pomorskie	0	0	0
śląskie	0	0	0
świętokrzyskie	0	120 968	295 624
warmińsko-mazurskie	0	0	0
wielkopolskie	0	0	0
zachodniopomorskie	0	0	0
razem	2 121 242	2 147 436	2 315 416

Brak kontraktowanych przez NFZ hosteli w danym województwie, nie zawsze oznacza, że ich tam zupełnie brakuje, ponieważ pewna ich część finansowana jest przez samorządy i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Jakie są optymalne warunki dla postrehabilitacji i readaptacji społecznej? Problem z programami readaptacji nie jest, jak wielu sądzi, jedynie kwestią niewielkiej liczby hosteli i niskich nakładów finansowych – miejsc nie jest tak mało, jak może się wydawać, a znaczna część infrastruktury nie jest wykorzystywana – dotyczy on przede wszystkim jakości i lokalizacji usług.

Programy hostelowe miałyby się o wiele lepiej, gdyby były prowadzone przez personel placówek ambulatoryjnych, przez co stałyby się rzeczywistym, a nie urojonym buforem między ośrodkiem a życiem na zewnątrz.

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

⁴ Reintegracja społeczna osób uzależnionych od narkotyków, w: *Uzależnienie od narkotyków – podręcznik dla terapeutów*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 2012.

Tymczasem w Polsce hostel postrehabilitacyjny, to zazwyczaj niewielki program przy wiejskim ośrodku, ewentualnie od niego oddalony, lecz obsługiwany przez tych samych terapeutów, z którymi pacjent spotykał się przez całą terapię. Program hostelu bywa wpisany w proces rehabilitacji jako jej ostatni etap, poświęcony readaptacji społecznej, choć powinien operować w środowisku najbardziej zbliżonym do tego, w którym pacjentowi przyjdzie żyć po pełnym usamodzielnieniu.

Nadal wiele dużych miast, np. Warszawa, nie posiada żadnej większej placówki typowo hostelowej i zarazem postrehabilitacyjnej (na całym Mazowszu hosteli jest kilka, z kilkudziesięcioma miejscami). Informator KBPN wykazuje brak choćby jednego hostelu w Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Lublinie, Olsztynie, Opolu, Poznaniu, Szczecinie. Żadnej bazy hostelowej nie ma w woj. lubelskim (w którym obydwie działające ośrodki prowadzą programy 24-miesięczne).

Niestety, ani samorządy, ani większe struktury organizacyjne, ani też NFZ nie wykazują widocznej aktywności w kierunku ucywilizowania obszaru postrehabilitacji. Wobec niewielkiego zainteresowania opieką hostelową podmiotów nie związanych z rehabilitacją stacjonarną, programy te pozostają domeną działań ośrodków. To odbija się zazwyczaj na jakości tych działań. Ośrodki zdecydowanie wolą wydłużać czas pobytu w ośrodku, niż organizować hostele, bo to i łatwiej i bywa bardziej opłacalne.

Dobrze zorganizowana baza hostelowa pozwoliłaby skrócić czas terapii w ośrodkach – o ponad połowę w przypadku terapii długoterminowych – i zdecydowanie zmniejszyć koszt leczenia jednego pacjenta. Przede wszystkim zredukowała by znacznie skalę nawrotów.

Prawdopodobnie, gdyby te same miejsca, które są rozproszone w mniejszych miejscowościach, skupiono w większych miastach, okazałoby się, że nie jest to zbyt mała liczba w stosunku do potrzeb. W naszym kraju mamy zbyt optymistyczne wyobrażenie o liczbach osób kończących terapię w ośrodkach (przede wszystkim o liczbie tych, którzy po terapii wychodzą na prostą), dlatego trudno obliczyć potrzeby postrehabilitacji. W placówkach stacjonarnych Stowarzyszenia Monar, które posiada 40% miejsc rehabilitacyjnych, terapię kończy rocznie ok. 400 osób (www.monar.org). Jest to kilkanaście procent z grupy, która podejmuje w danym roku terapię w ośrodkach Monaru (w roku 2009 ukończyło program 15%, w 2010 – 13% pacjentów).

Można na podstawie tego wnioskować, że w ośrodkach średnio i długoterminowych w całej Polsce, terapię kończy każdego roku do 1000 osób, spośród których – między innymi z powodu fatalnego modelu postrehabilitacji – prawdopodobnie połowa szybko powraca do przyjmowania narkotyków.

W praktyce rozwiniętych systemów leczenia programy stacjonarne (najczęściej krótkoterminowe) bywają tylko wstępem do terapii ambulatoryjnej. W Polsce nie ma wykształconej praktyki, by pacjent po ośrodku utrzymywał regularny kontakt z najbliższym ambulatorium (np. z grupą AN czy grupą wsparcia). Sprawę narkomanii placówka stacjonarna załatwia od strony instytucjonalnej, a jeżeli następuje nawrót uważa się, że leczenie należy powtórzyć.

Postrehabilitacja powinna być momentem kontrolowanego przejścia pacjenta z systemu zamkniętego do otwartego i pozostawania w nim przez odpowiednio długi czas. Pamiętajmy że narkomania jest chorobą przewlekłą i wymaga długiego leczenia, co nie oznacza jednak, że ma się ono odbywać w długoterminowych, zamkniętych i najdroższych programach.

Dobrze zorganizowana postrehabilitacja, powinna odnieść się do danych dotyczących liczby i potrzeb osób opuszczających ośrodki, a zabezpieczając odpowiednią liczbę miejsc, mogłaby znacznie zredukować odsetek niepowodzeń, a zwłaszcza tych nawrotów, które pojawiają się stosunkowo krótko po zakończeniu terapii.

Taki model postrehabilitacji byłby tym efektywniejszy, im bardziej oferta byłaby zintegrowana z odpowiednim zapleczem ambulatoryjnym (grupy wsparcia, porady prawne, socjalne, doradztwo zawodowe, i in.). Ideą wartą co najmniej rozważenia, jest polityka udostępniania miejsc hostelowych w funkcjach innych niż postrehabilitacyjne, np. osobom leczącym się ambulatoryjnie, substytucyjnie, a także tym, które opuściły ośrodek przed zakończeniem programu.

W Epidemiologii narkomanii w Polsce (KBPN 2013) czytamy: Wśród osób zgłaszających się do leczenia w 2010 r. ponad połowa pacjentów (55,4%) posiadała uporządkowaną sytuację mieszkaniową i pewność, że nie zmieni się to w ciągu najbliższych dni. Brak uregulowanej sytuacji mieszkaniowej oraz czasowe pomieszkiwanie u innych osób lub w schronisku dla bezdomnych zadeklarowało 6,5% osób. Kolejne 2,6% pacjentów przed przyjęciem do leczenia przebywało w różnego rodzaju instytucjach jak: szpital, więzienie, wojsko lub schronisko dla bezdomnych. Znaczną część odpowiedzi w 2010 r. stanowiła kategoria „nie ustalono” (35,5%).

Poniżej przytaczamy komentarze Oddziałów Wojewódzkich NFZ do sprawozdań z realizacji KPPN 2011-2016 za rok 2012, które stanowią zarazem wymowny komentarz dla całokształtu postrehabilitacji w Polsce. Jakie więc są, przyczyny niekontraktowania świadczenia?

- Dolnośląski OW NFZ: *Ograniczona ilość podmiotów realizujących świadczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w hostelu.*
- Kujawsko-Pomorski OW NFZ: *Brak podmiotów realizujących świadczenia w tym zakresie.*
- Lubelski OW NFZ: *LOW NFZ nie kontraktuje świadczeń w hostelach dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych z powodu braku zainteresowanego oferenta.*
- Małopolski OW NFZ: *Brak świadczeniodawców w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizujących świadczenia w hostelach. MOW NFZ w Krakowie nie*

otrzymał również informacji pisemnych (anonsów) od potencjalnych świadczeniodawców zainteresowanych świadczeniem usług realizowanych w hostelach.

- Mazowiecki OW NFZ: *Na terenie Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ nie zakontraktowano świadczeń postrehabilitacyjnych dla osób używających narkotyków szkodliwie oraz osób uzależnionych realizowane w hostelach.*
- Podkarpacki OW NFZ: *Na terenie woj. podkarpackiego nie ma hosteli dla osób uzależnionych.*
- Pomorski OW NFZ: *W 2012 r. POW NFZ nie zakontraktował świadczeń w zakresie: świadczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w hostelach [2726] ze względu na brak świadczeniodawców zainteresowanych realizacją powyższego zakresu.*
- Śląski OW NFZ: *ŚOW NFZ nie kontraktował dotychczas świadczeń w hostelach.*
- Warmińsko–Mazurski OW NFZ: *Z uwagi na ograniczone możliwości finansowe na naszym terenie nie kontraktujemy hosteli.*
- Wielkopolski OW NFZ: *Przedmiotowe świadczenia nie były dotąd kontraktowane przez WOW NFZ ze względu na brak podmiotów oferujących ich realizację.*
- Zachodniopomorski OW NFZ: *Brak zakontraktowanych hosteli. Brak oferentów do realizacji świadczeń w tym zakresie.*

Zmniejszenie nakładów lub mniejsza liczba świadczeń za wyższą cenę:

- Łódzki OW NFZ: *Nakłady finansowe w roku 2012 zgodne z wartością zamówień w przeprowadzonych postępowaniach konkursowych, poparte analizą wykonaną w latach ubiegłych. Faktyczna ilość świadczeń uległa zmniejszeniu ponieważ świadczeniodawcy podnieśli cenę za punkt w swoich ofertach.*
- Podlaski OW NFZ: *Brak podstaw do zwiększenia nakładów względem roku 2011- poziom nakładów na program postrehabilitacyjny dla osób używających narkotyków zaplanowany został na podstawie realizacji umowy w roku 2011.*

Województwa, gdzie nakłady wzrosły:
lubuskie, opolskie, świętokrzyskie i lubuskie.

DETOKSYKACJA

Nakłady na świadczenia detoksykacyjne spadają i są to spadki znaczące. Wynika to między innymi z coraz mniejszego popytu na opiaty. Ale zabezpieczenie miejsc detoksykacyjnych nie powinno być jedynie sprawą regulowaną przez rynek i zdaną całkowicie na świadczeniodawców – nie zawsze znikanie oddziałów oznacza spadek zapotrzebowania na detoksykację. Od pewnego czasu programy leczenia substytucyjnego sygnalizują brak miejsc, gdzie można bez długiej kolejki zdetoksykować pacjenta i „ustawić” mu dawkę leku.

Należy też zwrócić uwagę na brak skutecznej pomocy w zakresie detoksykacji osób uzależnionych od leków uspokajających i nasennych. Leczenie zespołu abstynencyjnego spowodowanego tym uzależnieniem wymaga wielomiesięcznego, stopniowego odstawiania leku, następnie stabilizacji przez kilka tygodni na jego małej dawce, by na etapie całkowitego odstawienia wprowadzić na pewien czas środek wspomagający. Ten długi proces zmierza do całkowitej abstynencji i powinien być w końcowym etapie dodatkowo wsparty oddziaływaniami terapeutycznymi.

TABELA NR 11: Nakłady NFZ na detoksykację

województwo	2010	2011	2012
dolnośląskie	438 192	398 979	323 415
kujawsko-pomorskie	983 258	935 738	1 088 906
lubelskie	663 780	637 195	713 263
lubuskie	1 077 241	1 018 457	1 046 595
łódzkie	1 207 699	1 198 368	1 291 704
małopolskie	962 920	962 920	661 130
mazowieckie	2 081 597	1 529 706	1 979 610
opolskie	0	0	0
podkarpackie	0	0	0
podlaskie	360 756	2 727 52	251 883
pomorskie	128 766	88 464	91 855
śląskie	351 040	372 636	364 284
świętokrzyskie	0	0	0
warmińsko-mazurskie	533 366	425 992	297 958
wielkopolskie	715 942	1 095 041	698 492
zachodniopomorskie	124 263	143 874	0
razem	9 628 822	9 080 124	8 809 097

Niestety, dominujący w Polsce model *drug free*, wymagający odstawienia leków jako warunku przyjęcia do terapii, nie jest odpowiedni dla tego typu przypadków, których przecież jest coraz więcej. Najnowsze dane mówią o co dziesiątym pacjencie, który trafia do ośrodków stacjonarnych z powodu leków, głównie benzodiazepin. Pacjent w Polsce nie ma możliwości stopniowego odstawiania leku w warunkach ośrodka i jest to jedna z ważniejszych wad systemu pomocy.

III. Redukcja szkód

26 czerwca 2012 roku w Warszawie, odbyła się ważna konferencja poświęcona ocenie podejmowanych w Polsce działań z zakresu redukcji szkód. W szczególności konferencja miała na celu określenie stanu redukcji szkód w odniesieniu do wytycznych Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA).

Konferencja zorganizowana została przez EMCDDA, UNAIDS, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), Polski Zakład Higieny i program Global Drug Policy w Open Society Foundations, we współpracy z Krajowym Biurem ds. AIDS, Społecznym Komitetem ds. AIDS, Fundacją Redukcji Szkód, Polską Siecią Polityki Narkotykowej i Stowarzyszeniem JUMP'93. W wyniku konferencji rekomendacje EMCDDA zostały przełożone na wskazówki dla Polski.

ZALECENIA DLA POLSKI

(skrót opracowania ze strony internetowej Społecznego Komitetu ds. AIDS)

Obecnie użytkownicy narkotyków stanowią 38% z 15 444 osób, u których wykryto zakażenie HIV. Wśród 946 nowych zakażeń w 2011 r. u 65% przypadków droga zakażenia była nieznana, w związku z czym ECDC (Europejskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób), opisując trendy w Europie, nie uwzględnia polskich danych, uznając je za mało rzetelne. Jednocześnie polska odpowiedź na problem chorób zakaźnych wśród użytkowników substancji psychoaktywnych wydaje się uboga. Liczba programów metadonowych, chociaż wzrasta, zaspokaja jedynie 9% potrzeb według ostatnich dostępnych danych EMCDDA, natomiast według danych KBPN – 15% potrzeb.

Dane wskazują, co prawda, że liczba osób używających opiatów maleje, ale nie znamy dokładnych statystyk dotyczących osób używających innych substancji drogą iniekcyjną, w tym samym czasie liczba punktów wymiany igieł i strzykawkę spada.

Również liczba wykonywanych testów na obecność HIV jest, pomimo prowadzonych kampanii społecznych, wciąż niewielka – według ECDC Polska ma jeden z najniższych wskaźników testowania HIV w Europie.

1. SPRZĘT DO INIEKCJI.

Wytyczna EMCDDA: **Dystrybucja i legalny dostęp do czystego sprzętu do iniekcji, w tym do wystarczającej liczby bezpłatnych i sterylnych igieł i strzykawkę, powinny stanowić jeden z elementów skojarzonych i wielokierunkowych działań programów redukcji szkód, poradnictwa i terapii.**

Zalecenia dla Polski:

- Zaleca się dokładne zbadanie potrzeb klienta i dostosowanie oferty redukcji szkód do wyników tych badań. Dane na ten temat powinny być gromadzone przez wszystkie serwisy narkotykowe.
- Dostęp do darmowego sprzętu iniekcyjnego w aptekach: igieł, strzykawkę różnej pojemności, gazików odkażających, filtrów, wody utlenionej.
- Automaty ze sprzętem do iniekcji wraz z pojemnikami na zużyte igły rozmieszczone w różnych punktach miast oraz w ośrodkach zamkniętych (np. w więzieniach).
- Umożliwienie dostępu do naloxonu w ramach zapobiegania przedawkowaniom, w tym zmiana polskiego prawa umożliwiającą jak najbardziej efektywne stosowanie naloxonu.
- Długoterminowe akcje edukacyjne dotyczące konieczności i zasadności wprowadzania niskoprogowych i szeroko dostępnych programów redukcji szkód; głównym zadaniem akcji edukacyjnych jest odstygmatyzowanie problematyki w społeczeństwie.
- Współpraca i edukacja policji w celu wdrażania wytycznej (z uwagi na wspólne cele działania, dużą częstotliwość kontaktów z klientami, szeroki zasięg działania policji i możliwość skutecznego przekierowania klienta pod opiekę programów redukcji szkód);
- Współpraca i edukacja aptekarzy w celu wdrażania wytycznej.

2. SZCZEPIENIA

Wytyczna EMCDDA: **HAV, HBV, tężec, grypa i, zwłaszcza w przypadku osób żyjących z HIV, przeciw pneumokokom.**

Dodatkowo, biorąc pod uwagę sytuację w Polsce:

- Należy podkreślić, że w celu zapewnienia dostępności szczepień zgodnie z wytyczną,

osoby używające narkotyków iniekcyjnie (szczególnie do 18. roku życia) jako należące do grupy osób podejmujących zachowania ryzykowne, powinny być szczepione przeciwko HBV i pneumokokom nieodpłatnie.

- Należy również zapewnić dostęp do szczepień pracownikom i wolontariuszom, którzy w swojej pracy na co dzień stykają się z osobami zakażonymi.

3. TERAPIA UZALEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW

Wytyczna EMCDDA: **Programy substytucji opioidowej i inne skuteczne metody leczenia uzależnienia od narkotyków.**

Dodatkowo, biorąc pod uwagę sytuację w Polsce:

Wdrożenie kompleksowego systemu leczenia składającego się z terapii uzależnień, redukcji szkód, pomocy psychologicznej i medycznej oraz uzupełnionego o wieloaspektowe wsparcie społeczne, w szczególności o terapię rodzinną, elementy aktywizacji zawodowej i pomocy prawnej. System ten powinien uwzględniać potrzeby i charakterystykę pacjenta. Należy przy tym podkreślić, że dominująca w Polsce abstynencyjna forma terapii nie jest metodą jedyną i najbardziej odpowiednią dla każdego klienta.

Przy wprowadzaniu wytycznej zaleca się szczególnie:

- zapewnienie możliwości przepisywania substytutu na receptę,
- zapewnienie możliwości realizacji recepty na substytut w każdej aptece,
- poszerzenie oferty stosowanych leków substytucyjnych,
- zapewnienie dostępu do legalnych pokoi iniekcyjnych.

4. DIAGNOSTYKA

Wytyczna EMCDDA: **Rutynowy dostęp do dobrowolnej, poufnej i w pełni świadomej diagnostyki zakażeń HIV, HCV (HBV w przypadku osób nie poddanych szczepieniu), prątkiem gruźlicy i innymi patogenami, a także zapewnienie kontaktu z poradniami specjalistycznymi.**

Dodatkowo, biorąc pod uwagę sytuację w Polsce:

Należy za pomocą badań rozpoznać i opisać przyczyny niskiego odsetka wykonywanych testów diagnozujących choroby zakaźne w Polsce. Wyniki tych badań powinny stać się podstawą strategii działań (szerzenia dostępności, wiedzy oraz destygmatyzacji), które spowodują konieczne zwiększenie liczby wykonywanych testów diagnostycznych w Polsce.

Szczególną uwagę należy zwrócić na kwestie:

- anonimowości i darmowego dostępu do testów na HCV, HBV, kiłę;
- rzetelnego badania dróg zakażenia, w tym uzupełnienie formularza, na podstawie którego zbiera się dane od osób testowanych na HIV, o pytania dotyczące potencjalnej

drogi zakażenia;

- potrzeby wykonywania testów na inne choroby zakaźne przy okazji wykonywania testów na HIV (wykonywanie testów zintegrowanych);
- edukacji i profilaktyki w zakresie chorób zakaźnych (w tym popularyzację testowania na choroby zakaźne wśród wszystkich grup społecznych – nie tylko osób podejmujących zachowania ryzykowne – oraz zachęcanie do wykonywania testów w ramach sprawowanej podstawowej opieki zdrowotnej);
- dostępności kompleksowej terapii dla osób używających substancji psychoaktywnych i jednocześnie zakażonych.

5. LECZENIE ZAKAŻEŃ.

Wytyczna EMCDDA: Leczenie zakażeń HIV, HBV lub HCV zgodnie z wytycznymi. Terapia tuberkuloostatyczna w przypadku rozpoznania czynnej gruźlicy, natomiast w przypadku podejrzenia gruźlicy utajonej należy rozważyć wdrożenie profilaktyki. Inne zakażenia – zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.

Dodatkowo, biorąc pod uwagę sytuację w Polsce:

- Przy wprowadzaniu wytycznej w życie należy uwzględnić wszystkich zakażonych, w tym osoby nie posiadające ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z postulatami powyżej należy dołożyć starań, by leczenie chorób zakaźnych było kompleksowe.
- Poradnictwo i terapia powinna dotyczyć zarówno żyjących z HIV, jak i z innymi chorobami zakaźnymi, w szczególności HCV.
- Osoby żyjące z chorobami zakaźnymi powinny mieć możliwość korzystania z leczenia, terapii i poradnictwa w tej samej placówce.

6. PROMOCJA ZDROWIA

Wytyczna EMCDDA: Promocja bezpieczniejszych zachowań związanych z iniekcjami, zdrowia seksualnego (w tym stosowania prezerwatywy), profilaktyki, diagnostyki i dostępu do terapii.

Dodatkowo, biorąc pod uwagę sytuację w Polsce:

- Większe zainteresowanie tematyką zdrowia seksualnego – prowadzenie działań i edukacji np. programów w szkołach, kampanii, opartych o wiedzę medyczną, które rzetelnie i wyczerpująco traktują tematykę przenoszenia chorób zakaźnych (szczególnie podkreślić należy konieczność działań edukacyjnych wśród osób używających substancji psychoaktywnych drogą iniekcyjną);
- Programy edukacyjne na temat substancji psychoaktywnych w szkołach oparte o rzetelną wiedzę naukową;

- W edukacji nt. substancji psychoaktywnych należy oprócz alkoholu, nikotyny i narkotyków uwzględnić leki, przede wszystkim przeciwbólowe – zarówno te, które można zakupić bez recepty, jak i te na receptę.

7. DZIAŁANIA CELOWE.

Wytyczna EMCDDA: *Poszczególne programy powinny funkcjonować w sposób skojarzony i być zorganizowane i prowadzone zgodnie z potrzebami odbiorców i lokalnymi warunkami. Zarówno programy stacjonarne i ruchome powinny uwzględniać dostęp do terapii uzależnień, redukcji szkód, poradnictwa i diagnostyki, a także poradni podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej.*

Dodatkowo, biorąc pod uwagę sytuację w Polsce:

- Współpraca i wymiana doświadczeń pomiędzy ośrodkami badań, uniwersytetami, organizacjami pozarządowymi i rządem w celu przystosowania rozwiązań prawnych do wdrażania wytycznych;
- Wymiana doświadczeń z innymi krajami – należy dokładać wszelkich starań, by umożliwiać wizyty studyjne pracownikom instytucji zajmującymi się pomocą osobom używającym substancji psychoaktywnych;
- Zapewnienie ciągłej możliwości rozwoju zawodowego dla terapeutów uzależnień i innych pracowników w tej dziedzinie poprzez przeznaczanie funduszy publicznych na treningi, konferencje, staże i szkolenia;
- Prowadzenie działań edukacyjnych w celu zmiany świadomości i odbioru społecznego;
- Prowadzenie działań edukacyjnych dla pracowników policji i straży miejskiej, lekarzy, ratowników medycznych pielęgniarzy i pielęgniarek;
- Współpraca z władzami lokalnymi i gminnymi w celu optymalizacji i monitorowania wydatkowania przez nie środków finansowych zgodnie z programem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i wytycznymi ECDC/EMCDDA;
- Zmiana prawa narkotykowego - dekryminalizacja posiadania substancji psychoaktywnych;
- Poszerzenie działań skierowanych do osób używających substancji psychoaktywnych;
- Dostępna darmowa pomoc prawna dla osób uzależnionych;
- Prowadzenie działań zapobiegających przedawkowaniom;
- Poszerzenie oferty redukcji szkód finansowanej ze środków publicznych.

Zaleca się powołanie zespołu do spraw wdrażania i promocji wytycznych. Zespół ten powinien składać się z przedstawicieli organizacji i instytucji oraz specjalistów czynnych w tej tematyce i powinien występować w roli formalnego ciała doradczego dla władz lokalnych i krajowych w tematyce wprowadzania w życie zmian i wdrażania wytycznych w naszym kraju.

IV. Profilaktyka

Zagadnienia profilaktyki, zwłaszcza w kontekście realizacji priorytetów KPPN 2006-2010 i KPPN 2011-2016 w poprzednim naszym Raporcie zostały pominięte. Niesłusznie. Bo- wiem, to może właśnie profilaktyka jest obok rehabilitacji stacjonarnej obszarem największego marnotrawstwa pieniędzy publicznych przeznaczonych na redukcję popytu na narkotyki. Stosunkowo, bo nakłady na nią są nadal bardzo skromne, choć stale rosną.

Według danych KBPN, w 2011 r. samorządy województw wydały na profilaktykę 3 725 139 zł, czyli o 480 491 zł więcej niż w 2010 r. Wzrost wydatków o 12% jest znaczący, jednak mając na uwadze wpływy z podatku akcyzowego (tzw. korkowego) wynoszące w 2011 r. ponad 35,5 mln zł, to przeznaczona na profilaktykę uzależnień narkomanii kwota (10 % tych wpływów) wydaje się niewielka. Dochodzi do tego jeszcze jeden mankament: większość środków przeznacza się na wątpliwe w opiniach specjalistów formy działań o niesprawdzonej efektywności. Problem dotyczy najczęściej działań profilaktyki uniwersalnej (adresowanej do ogółu społeczeństwa) realizowanych przez różnego rodzaju pogadanki w szkołach, kampanie medialne, czy też jako element festynów organizowanych przez samorządy (np. w okresie kampanii wyborczej). W odróżnieniu od tego typu działań, programy z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej (skierowane do wybranych grup docelowych), zwłaszcza te o potwierdzonej skuteczności, otrzymują środki minimalne.

Bardzo małe kwoty przeznaczają się też na działania ukierunkowane na wzmocnienie systemu profilaktyki, w tym podnoszenie kwalifikacji zawodowych profilaktyków. Należy przy tym pamiętać, że gminy przeznaczają środki na profilaktykę narkomanii także z własnych budżetów, co oznacza, że wpływy z korkowego nie są jedynymi.

Z informacji o realizacji działań wynikających z KPPN w 2011 roku wynika m.in.: *Tylko cztery województwa wspierały działalność świetlic socjoterapeutycznych i ognisk wychowawczych. Na terenie części województw wdrażane są programy rekomendowane przez KBPN: program wczesnej interwencji „Fred goes net”, program profilaktyki uniwersalnej „Unplugged”, a także „Szkolna Interwencja Profilaktyczna”. Część samorządów realizowało zadania ukierunkowane na przeciwdziałanie narkomanii w ramach Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.*

Przyjrzyjmy się teraz implementacji programów profilaktycznych rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Program Unplugged jest programem profilaktyki uniwersalnej adresowanym do gimnazjalistów (także rodziców) a realizowanym przez nauczycieli. Gimnazjaliści są, jak wiemy grupą, do której przekaz profilaktyczny powinien być kierowany najmocniej, ponieważ to w wieku gimnazjalnym młodzież podejmuje najczęściej inicjacje narkotykowe. Problem z programem Unplugged polega na tym, że wymaga on wyraźnego wsparcia MEN, m.in. przez rekomendację w kuratoriach oświaty, a z tym nie było najlepiej w ostatnich latach. Obecnie (2013 r.) MEN deklaruje większą ochotę do współpracy z KBPN w tym zakresie.

W KBPN uzyskaliśmy następujące dane: w 2011 roku, przeszkolono 16 trenerów z Unplugged, którzy z kolei przeszkolili ponad 630 realizatorów, w tym 80 nauczycieli. Biorąc pod uwagę potrzeby i rozmiary szkolnictwa, jest to jednak liczba nadal bardzo nie zadowalająca, choć w ostatnim okresie wskaźniki zainteresowania poszły wyraźnie w górę.

Fred Goes Net, to krótkoterminowy program profilaktyki selektywnej i wskazującej, realizowany w formule wczesnej interwencji. Program jest kierowany do osób używających narkotyków ale niezależnionych. Program jest finansowany wyłącznie ze środków KBPN, dlatego jego implementacja przebiega znacznie sprawniej, a terapeuci dość powszechnie dają temu programowi wysokie oceny.

Obecnie program jest realizowany w 61 placówkach przez ponad 100 terapeutów. Przez program przeszło do końca 2012 r. 2140 odbiorców.

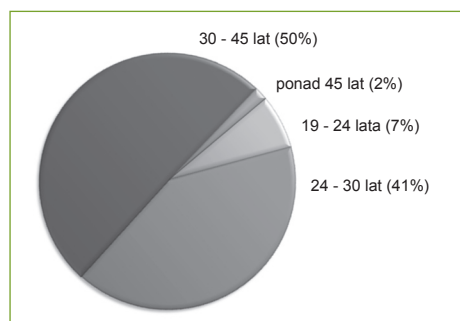
Dobra implementacja Fred Goes Net, jest jednym z najważniejszych czynników przełamujących tradycyjne schematy postępowania. Placówka udostępniająca ten program, nie pozostawia pacjenta na „doćpanie”, nie czeka, aż pojawi się u niego motywacja do leczenia (jako efekt „upadku na dno”). Zadaniem Fred Goes Net jest odcięcie pacjenta od uzależnienia, przy założeniu, że pomoc na etapie eksperymentowania z narkotykami jest nie tylko możliwa, ale skuteczniejsza od oddziaływań wobec osoby już uzależnionej.

Nie jest to oczywiste w modelu interwencji ośrodkowej, który uznaje osoby eksperymentujące za nie posiadające gotowości do podjęcia terapii. Pacjentem placówki leczniczej w takim tradycyjnym modelu zostawała najczęściej osoba w już zaawansowanym stadium uzależnienia, z niewielkimi szansami na trwałe porzucenie narkotyków. Osoby takie mają nierzadko wystarczającą motywację, by korzystać z pomocy ośrodków wielokrotnie i przez wiele lat. Jest to model bardzo korzystny finansowo dla świadczeniodawców, jednak nieludzki, wręcz zabójczy dla klientów i bardzo kosztowny dla społeczeństwa. Jego trzydziestoletnie zastosowanie, trwające aż do dziś, jest największą aberracją polskiego leczenia uzależnień.

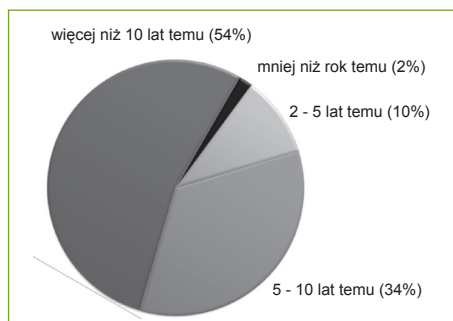
W podobnej sytuacji do osób eksperymentujących z narkotykami pozostawały przez lata osoby uzależnione od konopi, których polski model nie rozumiał i włączał siłą w obowiązujący schemat interwencji. Osoby te, z powodu braku adekwatnej w ich przekonaniu terapii, nie szukały na ogół pomocy, aż do momentu gdy utraciły w znacznej mierze kontrolę na swoim życiem. Specjalistyczny program pomocy ambulatoryjnej Candis, z założenia nie konfrontacyjny, uwzględnia fakt, że osoby używające konopi są o wiele lepiej zsocjalizowane od innych grup użytkowników, uwzględnia przekonania młodych ludzi, w tym dotyczące samej substancji i jej dość wyjątkowego statusu.

V. Pomoc osobom uzależnionym od opioidów. Badanie potrzeb.

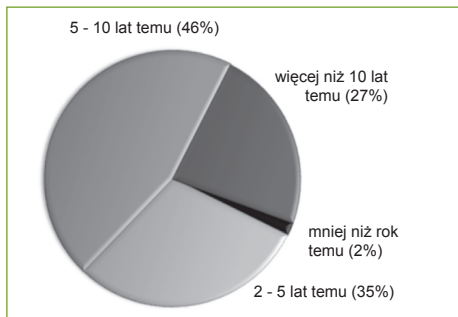
Głównym celem przeprowadzonych w 2012 r. przez Biuro Rzecznika badań ankietowych, było poznanie powodów dla których w Polsce tak niewielka liczba osób uzależnionych od opiatów korzysta z leczenia substytucyjnego. Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w Warszawie, objęto nim 117 osób (64 mężczyźni i 53 kobiety – odpowiednio 55% i 45%), do których skierowano 17 pytań zamieszczonych w kwestionariuszu ankiety. Badanie było prowadzone w miejscach odwiedzanych przez osoby używające narkotyków. Poniżej przedstawiamy wyniki.



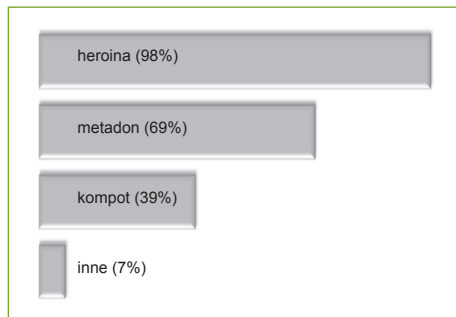
WIEK RESPONDENTÓW
n=117



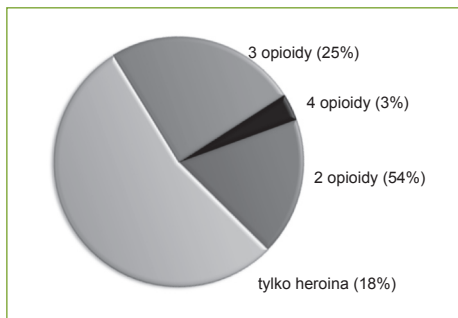
PIERWSZE UŻYCIENIE NARKOTYKÓW
n=117



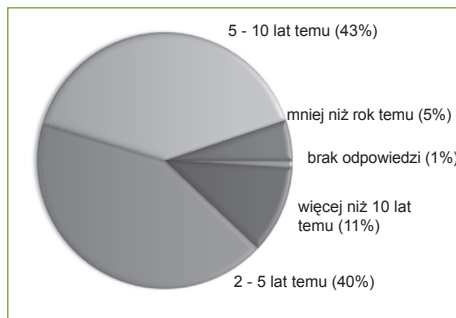
PIERWSZE UŻYCIĘ OPIOIDÓW
n=117



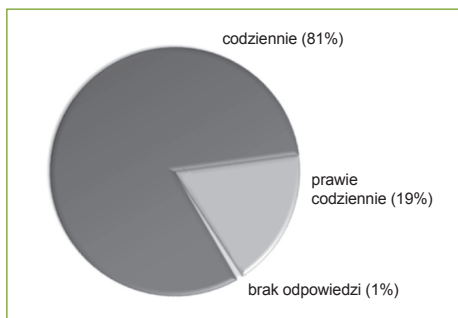
RODZAJ UŻYWANYCH OPIOIDÓW
n=117



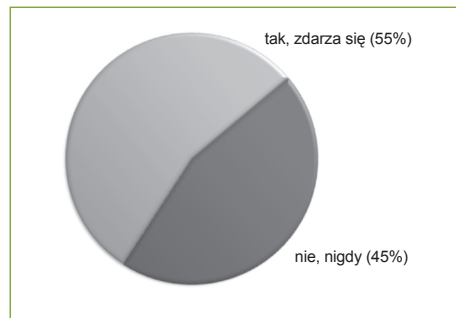
LICZBA UŻYWANYCH OPIOIDÓW
n=117



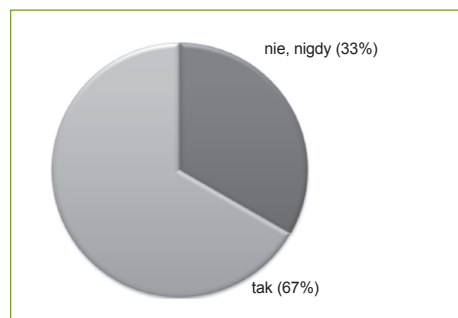
PIERWSZE INIEKCYJNE UŻYCIĘ NARKOTYKU
n=117



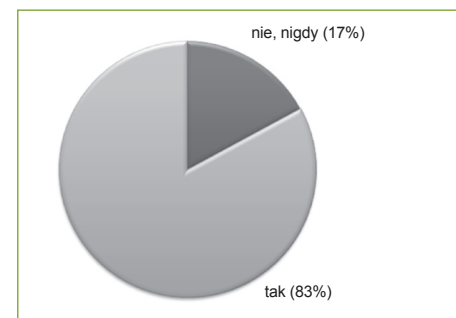
CZĘSTOTLIWOŚĆ INIEKCJI
n=117



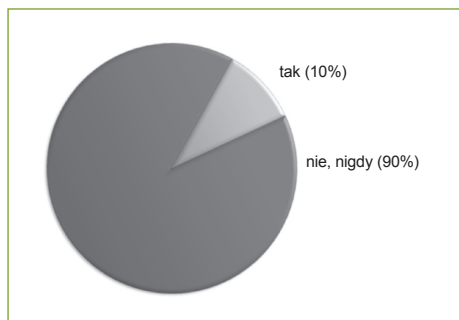
DZIELENIE SIĘ SPRZĘTEM DO INIEKCJI
n=117



KIEDYKOLWIEK TEST W KIERUNKU HIV LUB HCV⁵
n=117

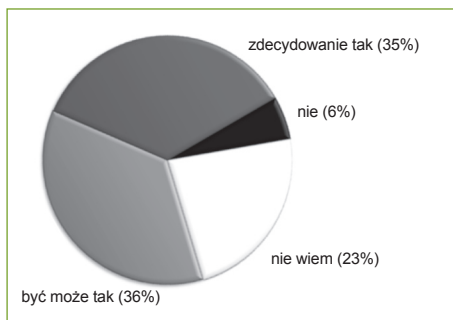


KIEDYKOLWIEK LECZENIE UZALEŻNIENIA
n=117



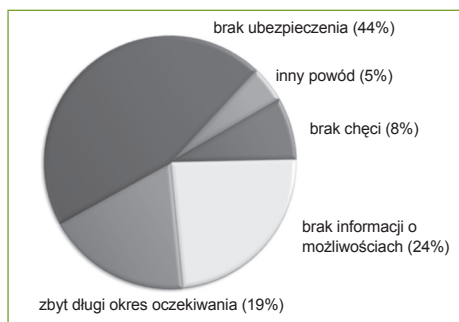
JAKAKOLWIEK PRÓBA PODJĘCIA LECZENIA

n=20



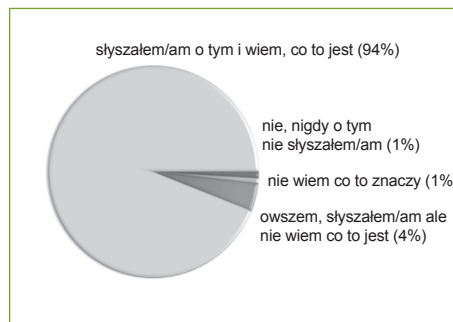
CHĘĆ ROZPOCZĘCIA LECZENIA

n=109



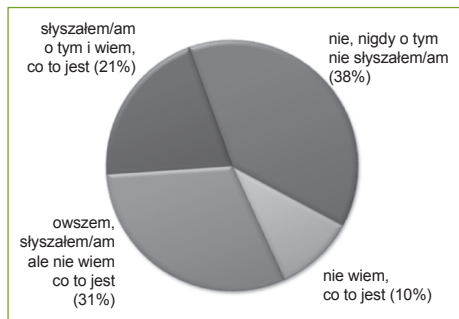
POWÓD NIEPODEJMOWANIA LECZENIA

n=109



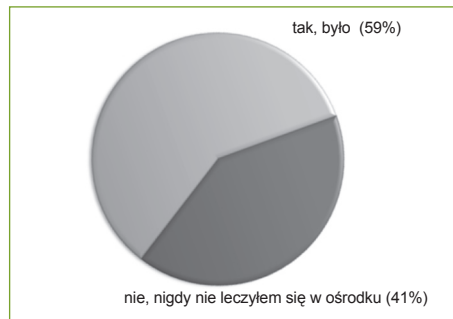
WIEDZA O LECZENIU SUBSTYTUCYJNYM

n=117



WIEDZA O LECZENIU BUPRENORFINĄ

n=117



LECZENIE WE WSPÓLNOCIE TERAPEUTYCZNEJ

n=117

⁵ Spośród 64 użytkowników, którzy dzielą się sprzętem do wstrzyknięć tylko 7 nie wykonało żadnych testów (11%).

Wyniki i wnioski z badania:

- badana populacja – 45% kobiety, 55% mężczyźni,
- 91% ankietowanych było w wieku 24-45 lat (50% całej populacji jest w wieku 30-45 lat),
- 54% ankietowanych rozpoczęło używać jakiegokolwiek narkotyki więcej niż 10 lat temu,
- 23% ankietowanych rozpoczęło używać opioidy więcej niż 10 lat temu, 68% więcej niż 5 lat temu,
- 81% ankietowanych codziennie wstrzykuje sobie narkotyki,
- 18% ankietowanych używa tylko heroiny, ale 54% używa 2 opioidów i 25% używa 3 opioidów,
- 66% badanej populacji stosuje kombinację heroina i metadon,
- 55% ankietowanych wymienia się sprzętem do iniekcji,
- 33% badanych użytkowników narkotyków nie zrobiło nigdy testu na HIV lub HCV, ale tylko 11% spośród tych, którzy wymieniają się sprzętem do wstrzyknięć nie zrobiło takich testów,
- 83% badanych korzystało z różnych form leczenia,
- spośród tych, którzy nigdy nie korzystali z leczenia medycznie nadzorowanego (20 pacjentów) 90% nigdy nie aplikowało o takie leczenie,
- obecnie tylko 8% badanych korzysta z leczenia medycznie nadzorowanego,
- 59% ankietowanych korzystało z leczenia w społecznościach terapeutycznych (ośrodkach stacjonarnych),
- spośród osób, które nie są leczone (108 osób) 35% zdecydowanie chciałoby rozpocząć leczenie, zaś 29% nie chce rozpocząć leczenia (lub nie wie czy chce),
- powody wymieniane przez ankietowanych, dla których nie są leczeni: 44% nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego, 24% nie ma informacji na temat możliwości leczenia, 19% czeka na miejsce w programie leczenia,
- 94% badanych słyszało o leczeniu substytucyjnym i wie co to jest,
- tylko 21% osób słyszało o buprenorfynie i wie co to jest, 38% nigdy nie słyszało o buprenorfynie, pozostali natomiast powinni otrzymać więcej informacji o tym leku.

W rozmowach poza ankietą, osoby badane wskazywały na różne problemy związane z udzielaniem świadczeń przez programy substytucyjne. Najczęściej wskazywana była tzw. „smycz metadonowa”, czyli problem narzucania przez programy obowiązku codziennego/częstego stawiennictwa po lek, co utrudnia wielu osobom usamodzielnienie się i podtrzymuje uzależnienie środowiskowe.

Wskazywano na praktyki naruszające godność pacjenta, stosowane podczas pobierania próbek moczu czy przeglądu powłok skórnych, brak poszanowania intymności w gabinecie lekarskim.

Wskazywano też problem braku możliwości zmiany programu lub terapeuty/lekarza, co sprzyja naruszeniom – prawo do skargi w opinii osób badanych jest fikcją, gdy jest się skazanym na jeden program. Ten ostatni problem dotyczy głównie programów substytucyjnych działających poza Warszawą, w której istnieje możliwość zmiany programu.

Rekomendacje z badań:

1. Podmioty prowadzące działania adwokacyjne powinny położyć większy nacisk na informowanie pacjentów o ich prawie do leczenia, bez względu na posiadane ubezpieczenie zdrowotne, jak i o prawie do dochodzenia swoich praw.
2. Istnieje potrzeba tworzenia programów substytucyjnych sprofilowanych na kobiety i rozwiązywanie ich specyficznych problemów. Tu należy zaznaczyć, że problem kobiet dotyczy całego lecznictwa narkotykowego. Kobiety napotykać na liczne bariery wynikające z uwarunkowań kulturowych (silniejszy stygmat) i społeczno-ekonomicznych (są gorzej opłacane). Przeszkodami są też zmaskulinizowany model lecznictwa i organizacja systemu opieki, „garnizonowe” i nierzadko przemocowe placówki terapeutyczne. Personel tych placówek często nie bierze pod uwagę, że kobiety uzależnione od narkotyków, to często ofiary przemocy.
3. Należy wyjść poza formułę obecnego modelu programu substytucyjnego, np. udostępnić leczenie poprzez licencjonowane gabinety lekarskie i ogólnodostępne apteki. Bardzo wskazane byłoby zobligowanie poradni „narkotykowych”, do prowadzenia niewielkich programów w oparciu o inne niż metadon leki (wymagające mniejszej niż metadon kontroli). Nowa formuła wymaga zmiany ustawy (o przeciwdziałaniu narkomanii) i rozporządzenia Ministra Zdrowia (o leczeniu substytucyjnym).
4. Leczenie substytucyjne powinno być standardową usługą każdej poradni leczenia uzależnień narkotykowych (działa ich ok. 100 na terenie kraju).
5. Należy szerzej udostępnić pacjentom dostęp do innych niż metadon leków (buprenorfina, preparaty złożone), które dla wielu osób są efektywniejszą opcją. Leczenie substytucyjne z tego względu i z wielu innych, potrzebuje pilnie szczegółowych standardów i przewodników dla lekarzy.

Proponowana zmiana przepisów prawa, miałaby na celu umożliwienie podmiotom leczniczym skorzystania z prostszej drogi udostępnienia i stosowania leczenia substytucyjnego.

Przesłanki dla złagodzenia przepisów prawa:

1. Istnieją preparaty leków substytucyjnych alternatywne do zawierających metadon i wymagające mniejszego nadzoru przy ich stosowaniu. Są to np. preparaty z buprenorfiną. Fakt istnienia takich leków, których charakterystyka farmakologiczna pozwala na mniej restrykcyjne zastosowanie, wskazuje na potrzebę zmiany prawa, ponieważ obecne przepisy zostały wprowadzone ze względu na właściwości farmakologiczne metadonu.

2. Należy założyć, że niemal każda poradnia leczenia uzależnień w Polsce, wymagałby jedynie krótkiego przeszkolenia swojej kadry, by być gotową do prowadzenia leczenia substytucyjnego w mniej restrykcyjnej formule.
3. Proponujemy, by mniej restrykcyjna formuła oznaczała rezygnację z kilku określonych w art. 28.4 UPN warunków, takich jak posiadanie odpowiednio zabezpieczonego pomieszczenia do wydawania, przechowywania i przygotowywania leku, czy zatrudnienie pielęgniarki.

Spodziewane efekty zmiany przepisów prawa:

1. Leczenie substytucyjne może być w prosty sposób udostępnione w każdej poradni leczenia uzależnień w Polsce, czyli: łatwiej dostępne, prowadzone efektywniej, przez większą liczbę lekarzy i w ramach mniej przeludnionych programów.
2. Zintegrowanie lecznictwa substytucyjnego z innymi serwisami pomocowymi i leczniczymi, dostępnymi w ramach poradni – pacjenci uzyskują dostęp do szerokiego wachlarza świadczeń w jednym miejscu (nie muszą być kierowani do innych placówek).
3. Pacjent poprzez większy wybór placówek i specjalistów ma większą możliwość realizacji swoich praw.
4. Leczenie substytucyjne pojawia się w miejscowościach, gdzie liczba zainteresowanych leczeniem jest zbyt mała, by utworzyć dla nich odrębny PLS.
5. Redukcja liczby PLS działających przeciw celowo i łamiących prawa pacjenta.
6. Płatnik otrzymuje dodatkową i prawdopodobnie tańszą formułę realizacji świadczenia.

VI. Terytorialna dystrybucja świadczeń.

WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE

nakłady NFZ	2010	2011	2012
leczenie ambulatoryjne i leczenie dzienne	847 276	1 043 918	1 277 816
rehabilitacja stacjonarna	2 579 158	2 522 602	2654 028
rehabilitacja stacjonarna krótkoterminowa	0	0	0
hostele	0	0	0
leczenie substytucyjne	2 076 697	2 028 280	2 262 595
detoksykacja	438 192	398 979	323 415
całość nakładów	5941 323	5 993 779	6 517 854
procentowy udział nakładów na lecznictwo stacjonarne (w tym krótkoterminowe) w nakładach na lecznictwo narkotykowe ogółem.	43%	42%	40%

Pilne potrzeby województwa:

- Lecznictwo substytucyjne: Obecnie na terenie woj. dolnośląskiego działają od co najmniej kilku lat dwa programy substytucyjne (Wrocław i Zgorzelec), w których leczenie otrzymuje ok. 200 osób, pojawił się też w 2013 roku, program trzeci (Głogów). Zgodnie priorytetem KPPN 2011-2016, leczeniem substytucyjnym powinno być objęte minimum 472 osoby, czyli 25% z 1888 osób uzależnionych od opiatów, wg szacunkowych danych IPiN z 2009 r..
- Rehabilitacja stacjonarna: Zamrożenie nakładów. Konieczne jest, skrócenie do 12 miesięcy czasu programów terapeutycznych, w działających obecnie na terenie woj. dolnośląskiego ośrodkach, z programami dłuższymi niż roczne. Dotyczy to zalecenie 2 ośrodków, w tym jednego z programem 24 miesięcznym. W przypadku udostępnienia

serwisów hostelowych we Wrocławiu, wskazane dalsze skrócenie większości programów stacjonarnych (program 3-6 miesięcy).

- Postrehabilitacja: Zalecamy utworzenie 2 hosteli we Wrocławiu, obsługujących pacjentów z całej Polski. Hostele nie powinny ograniczać się do funkcji postrehabilitacyjnej.

WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE

nakłady NFZ	2010	2011	2012
leczenie ambulatoryjne i leczenie dzienne	220 489	342 911	299 387
rehabilitacja stacjonarna	0	0	0
rehabilitacja stacjonarna krótkoterminowa	3 203 651	3 218 041	3 482 821
hostele	0	0	0
leczenie substytucyjne	584 181	763 509	702 759
detoksykacja	663 780	637 195	713 263
całość nakładów	4 672 102	4961 658	5 198 232
procentowy udział nakładów na lecznictwo stacjonarne (w tym krótkoterminowe) w nakładach na lecznictwo narkotykowe ogółem.	68%	64%	67%

Pilne potrzeby województwa:

- Lecznictwo ambulatoryjne: Jest to najważniejszy z priorytetów województwa.
- Lecznictwo substytucyjne: Konieczne jest dalsze wspieranie pacjentów z Trójmiasta i Pomorza, dopóki sytuacja z leczeniem substytucyjnym na terenie woj. pomorskiego nie przestanie być problematyczna.
- Postrehabilitacja: Utworzenie hostelu postrehabilitacyjnego/wielofunkcyjnego w Bydgoszczy i Toruniu, dla pacjentów z całej Polski.
- Rehabilitacja stacjonarna: Zamrożenie nakładów.

WOJEWÓDZTWO LUBELSKIE

nakłady NFZ	2010	2011	2012
leczenie ambulatoryjne i leczenie dzienne	618 421	666 986	744 994
rehabilitacja stacjonarna	1 357 308	1 357 308	1 641 200
rehabilitacja stacjonarna krótkoterminowa	0	0	0
hostele	0	0	0
leczenie substytucyjne	958 650	882 405	922 395
detoksykacja	983 258	935 738	1 088 906
całość nakładów	3 917 637	3 842 437	4 397 496
Procentowy udział nakładów na lecznictwo stacjonarne (w tym krótkoterminowe) w nakładach na lecznictwo narkotykowe ogółem.	34%	35%	37%

Pilne potrzeby województwa:

- Lecznictwo substytucyjne: Zalecane dalsze poszerzanie dostępu do tego leczenia.
- Rehabilitacja stacjonarna: Zamrożenie nakładów. Skrócenie do 12 miesięcy programów w 2 działających na terenie województwa ośrodkach prowadzących programy 24 miesięczne. W przypadku utworzenia hostelu w Lublinie, wskazane dalsze skrócenia

programów (od 3 do 6 miesięcy).

- Postrehabilitacja: Zalecane utworzenie hostelu postrehabilitacyjnego/wielofunkcyjnego w Lublinie, dla pacjentów z całej Polski.

WOJEWÓDZTWO LUBUSKIE

nakłady NFZ	2010	2011	2012
leczenie ambulatoryjne i leczenie dzienne	335 062	387 214	565 969
rehabilitacja stacjonarna	8 402 754	8 463 133	9 286 994
rehabilitacja stacjonarna krótkoterminowa	2 278 074	2 085 253	2 086 044
hostele	1 047 424	1 007 402	992 433
leczenie substytucyjne	362 231	426 339	621 972
detoksykacja	1 077 241	1 018 457	1 046 595
całość nakładów	13 502 787	13 387 800	14 600 008
procentowy udział nakładów na lecznictwo stacjonarne (w tym krótkoterminowe) w nakładach na lecznictwo narkotykowe ogółem.	77%	77%	77%

Pilne potrzeby województwa:

- Lecznictwo ambulatoryjne: Pierwszy z priorytetów regionu.
- Lecznictwo substytucyjne: Zgodnie z priorytetem KPPN 2011-2016, leczeniem substytucyjnym powinno być objętych minimum 156 osób, - 25% z 634 osób uzależnionych od opiatów, wg danych IPiN z 2009 r.
- Rehabilitacja stacjonarna: Zdecydowane zamrożenie nakładów. Skrócenie do 12 miesięcy programów w 3 działających na terenie województwa ośrodkach (dwa z nich prowadzą programy 24 miesięczne). Docelowo dalsze skrócenie programów (od 3 do 6 miesięcy).

WOJEWÓDZTWO ŁÓDZKIE

nakłady NFZ	2010	2011	2012
leczenie ambulatoryjne i leczenie dzienne	544 618	499 951	1 107 815
rehabilitacja stacjonarna	4 249 205	4 150 637	4 470 496
rehabilitacja stacjonarna krótkoterminowa	0	0	0
hostele	986 272	936 027	939 304
leczenie substytucyjne	680 542	722 174	820 608
detoksykacja	1 207 699	1 198 368	1 291 704
całość nakładów	7 668 336	7 507 159	8 629 929
procentowy udział nakładów na lecznictwo stacjonarne (w tym krótkoterminowe) w nakładach na lecznictwo narkotykowe ogółem.	55%	55%	51%

Pilne potrzeby województwa:

- Lecznictwo substytucyjne: Pierwszy z priorytetów. Zgodnie z priorytetem KPPN 2011-2016, leczeniem substytucyjnym powinno być objętych 201 osób, czyli 25% z szacowanej przez IPiN liczby 804 osób, uzależnionych od opiatów. Obecnie jest nim objętych nie więcej niż 5% wskazanej populacji.
- Rehabilitacja stacjonarna: Zdecydowane zamrożenie nakładów. Skrócenie do 12 miesięcy

cy programu jednego z ośrodków, prowadzącego program 24 miesięczny. Stosunkowo dobrze rozwinięta baza hostelowa w Łodzi pozwala, by większość działających na terenie województwa ośrodków prowadziła programy krótkoterminowe (3-6 miesięcy).

- Lecznictwo ambulatoryjne: Konieczne szersze wsparcie dla poradnictwa.

WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE

nakłady NFZ	2010	2011	2012
leczenie ambulatoryjne i leczenie dzienne	456 376	481 758	838 474
rehabilitacja stacjonarna	0	0	0
rehabilitacja stacjonarna krótkoterminowa	2 405 675	2 365 305	2 490 264
hostele	0	0	0
leczenie substytucyjne	679 920	620 055	661 130
detoksykacja	962 920	962 920	1 239 560
całość nakładów	4 504 892	4430 039	5 229 428
procentowy udział nakładów na lecznictwo stacjonarne (w tym krótkoterminowe) w nakładach na lecznictwo narkotykowe ogółem.	53%	53%	47%

Pilne potrzeby województwa:

- Lecznictwo substytucyjne: Zgodnie z celami KPPN 2011-2016, leczeniem substytucyjnym powinno być objętych 167 osób, czyli 25% z 668 osób uzależnionych od opiatów, wg danych szacunkowych IPiN z 2009 r.
- Rehabilitacja stacjonarna: Zamrożenie nakładów.
- Lecznictwo ambulatoryjne: Konieczne jest większe wsparcie działających na terenie Krakowa i małopolskich gmin poradni.

WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE

nakłady NFZ	2010	2011	2012
leczenie ambulatoryjne i leczenie dzienne	3 736 603	3 741 976	3 053 397
rehabilitacja stacjonarna	7 278 315	6 543 552	7 472 940
rehabilitacja stacjonarna krótkoterminowa	4 530 470	3 658 622	3 761 812
hostele	0	0	0
leczenie substytucyjne	9 238 230	8 554 734	8 827 994
detoksykacja	2 081 597	1 529 706	1 979 610
całość nakładów	26 865 216	24 028 590	25 095 753
procentowy udział nakładów na lecznictwo stacjonarne (w tym krótkoterminowe) w nakładach na lecznictwo narkotykowe ogółem.	43%	41%	44%

Pilne potrzeby województwa

- Postrehabilitacja: Pierwszy z priorytetów regionu. Minimum dwa hostele postrehabilitacyjne w Warszawie, dodatkowo jeden dla obsługi placówek ambulatoryjnych i innych.
- Lecznictwo substytucyjne: Zgodnie z priorytetem KPPN 2011-2016, leczeniem substytucyjnym powinno być objętych minimum 1190 osób, czyli 25% z 4760 osób uzależnionych od opiatów, wg szacunkowych danych IPiN z 2009 r.

- Rehabilitacja stacjonarna: Zdecydowane zamrożenie nakładów. Skrócenie programów w 8 (!) ośrodkach leczących dłużej niż 12 miesięcy, z których 4 prowadzą programy 24 miesięczne. Prawdopodobnie zorganizowana postrehabilitacja, głównie hostelowa daje możliwości ośrodkom na prowadzenie programów krótkoterminowych.
- Lecznictwo ambulatoryjne: Deficyt placówek z kompleksową ofertą.

WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE

nakłady NFZ	2010	2011	2012
leczenie ambulatoryjne i leczenie dzienne	59 293	56 700	63 066
rehabilitacja stacjonarna	2 254 270	2 216 205	2 378 367
rehabilitacja krótkoterminowa	0	0	0
hostele	87 545	83 037	88 055
leczenie substytucyjne	0	61 722	164 592
detoksykacja	0	0	0
całość nakładów	2 401 110	2 417 665	2 694 081
procentowy udział nakładów na lecznictwo stacjonarne (w tym krótkoterminowe) w nakładach na lecznictwo narkotykowe ogółem.	93%	91%	88%

Pilne potrzeby województwa:

- Lecznictwo ambulatoryjne: Pierwszy z priorytetów regionu. Konieczne jest powołanie poradni leczenia uzależnień w Opolu, z kompleksową usługą, zarazem realizującą rzetelnie swoje zadania.
- Lecznictwo substytucyjne: Zgodnie z celami KPPN 2011-2016, leczeniem substytucyjnym powinno być objętych 42 osoby, czyli 25% ze 168 osób uzależnionych od opiatów, według szacunkowych danych IPiN z 2009 r.
- Rehabilitacja stacjonarna: Zdecydowane zamrożenie nakładów. Skrócenie do 12 miesięcy programów 2 ośrodków. W przypadku lepiej niż dotąd funkcjonującej postrehabilitacji hostelowej (obsługującej tylko pacjentów lokalnego monopolisty), docelowo programy krótkoterminowe (3-6 miesięcy).
- Postrehabilitacja: Hostel postrehabilitacyjny/wielofunkcyjny w Opolu, dla pacjentów z całej Polski.

WOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE

nakłady NFZ	2010	2011	2012
leczenie ambulatoryjne i leczenie dzienne	420 826	418 597	483 697
rehabilitacja stacjonarna	465 579	468 869	525 917
rehabilitacja stacjonarna krótkoterminowa	0	0	0
hostele	0	0	0
leczenie substytucyjne	0	0	0
detoksykacja	0	0	0
całość nakładów	886 405	887 466	1 009 614
procentowy udział nakładów na lecznictwo stacjonarne (w tym krótkoterminowe) w nakładach na lecznictwo narkotykowe ogółem.	52%	52%	52%

Pilne potrzeby województwa:

- Lecznictwo substytucyjne: Pierwszy z priorytetów regionu. Obecnie brak programu i świadczeniodawcy, gotowego taki program poprowadzić. Zgodnie z celami KPPN 2011-2016, leczeniem substytucyjnym powinno być objętych 63 osoby, czyli 25% z 254 osób uzależnionych od opiatów, wg danych szacunkowych IPiN z 2009 r.
- Rehabilitacja stacjonarna: Zamrożenie nakładów. Skrócenie do 12 miesięcy programu jednego spośród działających na terenie województwa ośrodków. W przypadku utworzenia hostelu w Rzeszowie, wskazane wprowadzenie w ośrodkach programów krótkoterminowych (3-6 miesięcy).
- Lecznictwo ambulatoryjne: Utworzenie w Rzeszowie, poradni leczenia uzależnień z kompleksową ofertą.
- Postrehabilitacja: Hostel postrehabilitacyjny/wielofunkcyjny w Rzeszowie, dla pacjentów z całej Polski.

WOJEWÓDZTWO PODLASKIE

nakłady NFZ	2010	2011	2012
leczenie ambulatoryjne i leczenie dzienne	363 993	399 041	451 521
rehabilitacja stacjonarna	1 951 593	1 870 497	1 809 952
rehabilitacja stacjonarna krótkoterminowa	0	0	0
hostele	0	0	0
leczenie substytucyjne	0	0	0
detoksykacja	360 756	272 752	251 883
całość nakładów	2 676 343	2 542 291	2 513 356
procentowy udział nakładów na lecznictwo stacjonarne (w tym krótkoterminowe) w nakładach na lecznictwo narkotykowe ogółem.	72%	73%	72%

Pilne potrzeby województwa:

- Lecznictwo substytucyjne: Pierwszy z priorytetów regionu. Brak programu i świadczeniodawcy gotowego go poprowadzić. Zgodnie z priorytetem KPPN 2011-2016, leczeniem substytucyjnym powinno być objętych 86 osób, czyli 25% z 347 osób uzależnionych od opiatów, wg danych szacunkowych IPiN z 2009 r. Należy rozważyć inną niż Białystok lokalizację dla programu, ze względu na skromne zapotrzebowania na terapię substytucyjną w tym mieście.
- Rehabilitacja stacjonarna: Zamrożenie nakładów. Skrócenie do 12 miesięcy, programów 2 ośrodków, prowadzących terapię 24 miesięczne. W przypadku utworzenia hostelu w Białymstoku, należy rozważyć wprowadzenie programów krótkoterminowych (3-6 miesięcy).
- Lecznictwo ambulatoryjne: Utworzenie w Białymstoku poradni leczenia uzależnień z kompleksową ofertą.
- Postrehabilitacja: Hostel postrehabilitacyjny/wielofunkcyjny w Białymstoku, dla pacjentów z całej Polski.

WOJEWÓDZTWO POMORSKIE

nakłady NFZ	2010	2011	2012
leczenie ambulatoryjne i leczenie dzienne	896 078	944 486	993 583
rehabilitacja stacjonarna	7 732 700	7 627 923	8 027 532
rehabilitacja stacjonarna krótkoterminowa	0	0	0
hostele	0	0	0
leczenie substytucyjne	0	0	468 998
detoksykacja	128 766	88 464	91 855
całość nakładów	8 757 545	8660 873	9 581 969
procentowy udział nakładów na lecznictwo stacjonarne (w tym krótkoterminowe) w nakładach na lecznictwo narkotykowe ogółem.	88%	88%	83%

Pilne potrzeby województwa:

- Pomorze posiada od lat jedną z najbardziej niedorzecznych struktur lecznictwa, wśród podobnych do niego regionów europejskich. Liczba miejsc w ośrodkach stacjonarnych w tym województwie, przewyższa analogiczne liczby miejsc w większości krajów UE, zarazem wynik ten jest okupiony znacznym niedoborem innych świadczeń, w tym brakiem postrehabilitacji i detoksykacji, obłożonym leczeniem ambulatoryjnym i jeszcze do nie dawno zupełnie nie istniejącym, leczeniem ambulatoryjnym.
- Rehabilitacja stacjonarna: Zdecydowane zamrożenie nakładów. Skrócenie programów w 7 działających na terenie województwa ośrodkach, w tym w 4 z programami 24 miesięcznymi. Już obecnie przewagę powinny uzyskać programy krótkoterminowe. Docelowo, w przypadku pojawienia się dostępnej oferty hostelowej w Trójmieście, terapia do 6 miesięcy powinna być prowadzona we wszystkich stacjonarnych placówkach Pomorza .
- Lecznictwo substytucyjne: Zgodnie z celami KPPN 2011-2016, leczeniem substytucyjnym powinno być objętych 211 osób, czyli 25% z 847 osób uzależnionych od opiatów, wg danych IPiN z 2009 r. POW NFZ powinien jak najszybciej zakontraktować drugi z działających na terenie miasta programów substytucyjnych (w wymiarze odpowiadającym, co najmniej już udzielanej przez ten program pomocy).
- Lecznictwo ambulatoryjne: Na terenie Trójmiasta powinny powstać co najmniej jedna placówka ambulatoryjna z kompleksową ofertą.
- Postrehabilitacja: Minimum dwa hostele postrehabilitacyjne/wielofunkcyjne w Trójmieście, dla pacjentów z całej Polski.

WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE

Pilne potrzeby województwa:

- Lecznictwo substytucyjne: Zgodnie z celami KPPN 2011-2016, leczeniem substytucyjnym powinno być objętych 295 osób, czyli 25% z 1181 osób uzależnionych od opiatów,

wg danych IPIN z 2009 r. Pilnie potrzebne nowe programy substytucyjne, poza aglomeracją katowicką (Częstochowa).

nakłady NFZ	2010	2011	2012
leczenie ambulatoryjne i leczenie dzienne	3 996 334	3 832 104	4 0125 901
rehabilitacja stacjonarna	7 171 878	7 065 363	7 324 000
rehabilitacja stacjonarna krótkoterminowa	0	0	0
hostele	0	0	0
leczenie substytucyjne	1 826 622	1 910 943	1 911 726
detoksykacja	351 040	372 636	364 284
całość nakładów	13 345 874	13 181 048	13 612 600
procentowy udział nakładów na lecznictwo stacjonarne (w tym krótkoterminowe) w nakładach na lecznictwo narkotykowe ogółem.	53%	53%	53%

- Lecznictwo ambulatoryjne: Brak w Katowicach poradni leczenia uzależnień z kompleksową ofertą.
- Rehabilitacja stacjonarna: Zdecydowane zamrożenie nakładów. Skrócenie do 12 miesięcy programów, w 3 działających na terenie województwa ośrodkach. W przypadku utworzenia serwisów hostelowych, zalecamy dalsze skrócenie programów (3 do 6 miesięcy).
- Postrehabilitacja: Utworzenie 2 hosteli postrehabilitacyjnych/wielofunkcyjnych w Katowicach i Częstochowie, dla pacjentów z całej Polski.

WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE

nakłady NFZ	2010	2011	2012
leczenie ambulatoryjne i leczenie dzienne	48 056	47 986	230 000
rehabilitacja stacjonarna	1 185 400	1 223 760	1 341 232
rehabilitacja stacjonarna krótkoterminowa	0	0	0
hostele	0	120 968	295 624
leczenie substytucyjne	210 320	235 200	376 822
detoksykacja	0	0	0
całość nakładów	1 443 776	1 627 914	2243 678
procentowy udział nakładów na lecznictwo stacjonarne (w tym krótkoterminowe) w nakładach na lecznictwo narkotykowe ogółem.	78%	75%	59%

Pilne potrzeby województwa:

- Lecznictwo ambulatoryjne: Pierwszy priorytet regionu. Brak w Kielcach poradni leczenia uzależnień z kompleksową ofertą.
- Lecznictwo ambulatoryjne: Zgodnie z celami KPPN 2011-2016, leczeniem substytucyjnym powinno być objętych 46 osób, czyli 25% z 185 osób uzależnionych od opiatów, wg danych IPiN z 2009 r..
- Postrehabilitacja: Hostel w Kielcach dla pacjentów z całej Polski, (jedyne obecnie hostel w Kielcach posiada tylko 6 miejsc).
- Rehabilitacja stacjonarna: Zamrożenie nakładów.

WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE

nakłady NFZ	2010	2011	2012
leczenie ambulatoryjne i leczenie dzienne	236 736	273 592	294 934
rehabilitacja stacjonarna	2 698 387	2 786 013	2 915 839
rehabilitacja stacjonarna krótkoterminowa	0	0	0
hostele	0	0	0
leczenie substytucyjne	0	0	83 635
detoksykacja	533 366	425 992	297 958
całość nakładów	3 468 489	3 485 597	3 592 367
procentowy udział nakładów na lecznictwo stacjonarne (w tym krótkoterminowe) w nakładach na lecznictwo narkotykowe ogółem.	77%	79%	81%

Pilne potrzeby województwa:

- Lecznictwo ambulatoryjne: Pierwszy priorytet regionu.
- Lecznictwo substytucyjne: Zgodnie z celami KPPN 2011-2016, leczeniem substytucyjnym powinno być objętych 109 osób, czyli 25% z 436 osób uzależnionych od opiatów, wg danych IPiN z 2009.
- Rehabilitacja stacjonarna: Zamrożenie nakładów. Skrócenie do 12 miesięcy programów w 3 działających na terenie województwa ośrodkach (2 prowadzą programy 24-miesięczne). W przypadku uruchomienia bazy hostelowej w Olsztynie, wprowadzenie programów krótkoterminowych (3-6 miesięcy).
- Postrehabilitacja: Hostel postrehabilitacyjnych/wielofunkcyjny w Olsztynie dla pacjentów z całej Polski.

WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE

nakłady NFZ	2010	2011	2012
leczenie ambulatoryjne i leczenie dzienne	1 253 367	1 573 875	1 569 992
rehabilitacja stacjonarna	3 383 913	4 090 797	4 863 372
rehabilitacja stacjonarna krótkoterminowa	0	0	0
hostele	0	0	0
leczenie substytucyjne	220 873	456 751	490 643
detoksykacja	715 942	1 095 041	698 492
całość nakładów	5 574 097	7 216 465	7 622 499
procentowy udział nakładów na lecznictwo stacjonarne (w tym krótkoterminowe) w nakładach na lecznictwo narkotykowe ogółem.	60%	56%	63%

Pilne potrzeby województwa

- Lecznictwo ambulatoryjne: Pierwszy priorytet regionu.
- Lecznictwo substytucyjne: Zgodnie z celami KPPN 2011-2016, leczeniem substytucyjnym powinno być objętych 184 osoby, czyli 25% z 739 osób uzależnionych od opiatów, wg szacunkowych danych IPiN z 2009 r.
- Rehabilitacja stacjonarna: Zamrożenie nakładów. Skrócenie do 12 miesięcy programów w 3 działających na terenie województwa ośrodkach (w tym jeden z programem 24-

-miesięcznym). W przypadku uruchomienia bazy hostelowej w Poznaniu, wprowadzenie programów krótkoterminowych (3-6 miesięcy).

- Postrehabilitacja: 2 hostele postrehabilitacyjne/wielofunkcyjne w Poznaniu dla pacjentów z całej Polski.

WOJEWÓDZTWO ZACHODNIOPOMORSKIE

nakłady NFZ	2010	2011	2012
leczenie ambulatoryjne i leczenie dzienne	357 085	315 595	271 473
rehabilitacja stacjonarna	5 473 042	5 921 475	7 764 030
rehabilitacja stacjonarna krótkoterminowa	0	0	0
hostele	0	0	0
leczenie substytucyjne	630 666	617 712	623 534
detoksykacja	124 263	143 874	0
całość nakładów	6 585 056	6 998 656	8 659 037
procentowy udział nakładów na lecznictwo stacjonarne (w tym na krótkoterminowe) w nakładach na lecznictwo narkotykowe ogółem.	83%	84%	89%

Pilne potrzeby województwa:

- Kolejne województwo po woj. pomorskim, z drogą i nieadekwatną do potrzeb społecznych strukturą świadczeń.
- Lecznictwo ambulatoryjne: Pierwszy priorytet regionu.
- Rehabilitacja stacjonarna: Zdecydowane zamrożenie nakładów. Skrócenie do 12 miesięcy programów w 4 działających na terenie województwa ośrodkach (2 z programami 24-miesięcznymi). W przypadku uruchomienia dostępnej bazy hostelowej, programy krótkoterminowe (3-6 miesięcy).
- Rehabilitacja stacjonarna: Zgodnie z celami KPPN 2011-2016, leczeniem substytucyjnym powinno być objętych 190 osób, czyli 25% z 760 osób uzależnionych od opiatów, wg szacunkowych danych IPiN z 2009 r.
- Postrehabilitacja: 2 hostele postrehabilitacyjne/wielofunkcyjne w Szczecinie (Koszalinie), dla pacjentów z całej Polski.

VII. Naruszenia praw osób z problemem narkotykowym.

A) Najczęstsze przypadki naruszeń.

Najczęściej występującym naruszeniem praw pacjenta jest, w opinii Biura Rzecznika, nie stosowanie adekwatnego leczenia, wynikające z deficytu dostępności niektórych podstawowych świadczeń oraz prowadzenia działań monopolistycznych przez ośrodki stacjonarne.

Kolejnym jest zbyt długa, trwająca ponad rok terapia w ponad połowie polskich ośrodków, w których czas pacjenta jest w znacznej mierze marnotrawiony. W wielu miejscach głównym oddziaływaniem jest tzw. ergoterapia. Pod tą nazwą różne wymyślone przez samych podopiecznych ośrodków prace gospodarcze, niekiedy bezsensowne, nie mające żadnego uzasadnienia poza wypełnieniem pacjentom dnia. Znane są środowisku terapeutycznemu przypadki ośrodków poszukujących wśród pacjentów fachowców w związku z prowadzonymi przez nie pracami remontowymi. Pacjent fachowiec może całe swoje leczenie spędzić „nie niepokojony” terapią, przy pędzlu czy kielni. Do jednego z mazowieckich ośrodków, pacjenci są dobierani pod kątem dobrego zdrowia i przydatności do prac w lesie.

Ośrodki potrzebują pilnie wprowadzenia standardów, ale nie tylko one. Standardów potrzebuje każdy segment lecznictwa, przede wszystkim dokumentów typu *guideline*. Standardy dla lecznictwa stacjonarnego, są już od dawna opracowane i czekają na zatwierdzenie przez Minister-

stwo Zdrowia. Dokument typu guideline dla lecznictwa substytucyjnego, opracowuje samo dla siebie środowisko lekarskie, grupa osób kierujących programami substytucyjnymi.

Kolejny po ośrodkach stacjonarnych wiodący obszar naruszeń, to programy substytucyjne.

Biuro Rzecznika uczestniczyło i nadal uczestniczy w wielu inicjatywach mających na celu poprawę dostępu do terapii podtrzymującej, zmiany jej modelu na bardziej przyjazny pacjentowi i respektujący jego prawa oraz poprawienie standardów tego leczenia (np. zwiększenie spektrum stosowanych leków).

W ubiegłym roku byliśmy częścią inicjatywy, która wprowadziła do Sejmu projekt zmiany ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, proponujący między innymi opracowany przez nas zapis, zezwalający na prowadzenie leczenia substytucyjnego gabinetom lekarskim. Projekt ten, niestety już ponad rok czeka w parlamentarnej „zamrażarce”.

W 2012 roku, podjęliśmy się interwencji w jednym z programów substytucyjnych. Pacjenci skierowali do nas skargę, dotyczącą naruszenia ich godności i prawa do intymności. W toaletach dla pacjentów zainstalowano kamery, a obraz z nich pojawiał się na monitorach, do których niemal nieograniczony dostęp miał cały personel programu. Intencją zastosowania monitoringu, było zapobieżenie przyjmowaniu narkotyków w toaletach oraz fałszowaniu próbek moczu (pobieranych celem badania na obecność zabronionych substancji). Skarga na postępowanie personelu placówki, skierowana została przez nas dodatkowo do Rzecznika Praw Pacjenta. W efekcie wspólnej, skoordynowanej interwencji kamery zostały zdemontowane.

B) Współpraca z Komisją Etyki Terapeuty Uzależnień.

Biuro Rzecznika, w styczniu 2013, nawiązało współpracę z Komisją Etyki Terapeuty Uzależnień, przy Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Współpraca polegała na tym, że wskazywaliśmy Komisji różne warte wyeliminowania praktyki, powtarzające się i naruszające zasady etyki zawodowej zachowania terapeutów, które nie zostały jednoznacznie przez prawo czy kodeks etyczny unormowane.

ZGŁOSZONE SPRAWY

Jedna z pierwszych spraw, to wniosek o zajęcia przez Komisję stanowiska wobec postawy Stowarzyszenia Karan, w toczącym się postępowaniu karnym dotyczącym jego przewodniczącego. Karan, mimo poważnych zarzutów kierowanych przez prokuraturę w trwającym od 2005 r. procesie, zdecydował nie zawieszać swego szefa w obowiązkach do czasu rozstrzygnięcia postępowania.

Stanowisko Komisji z 12 kwietnia 2012:

Komisja ds. Etyki z ulgą przyjęła wiadomość o zakończeniu w pierwszej instancji rozprawy sądowej przeciwko Księdzu Bronisławie Pawle Rosiku. Komisja wielokrotnie wyrażała rosnące zaniepokojenie ciągłym przedłużaniem się przewodu sądowego, wynikające z przekonania, że terapeuta, na którym ciążyą jakiegokolwiek zarzuty – a tym bardziej tak poważne, jak na Przewodniczącym Zarządu Głównego Stowarzyszenia „Karan” – powinien mieć możliwość i dążyć do jak najszybszego oczyszczenia się z nich. Komisja jest przekonana, że takie są oczekiwania środowiska terapeutów uzależnień. Komisja postanowiła ponownie – tym razem publicznie – zwrócić się do Księdza Bronisława Pawła Rosika z apelem, by do czasu uzyskania prawomocnego wyroku sądu honorowo wycofał się z zajmowania kierowniczych stanowisk w Stowarzyszeniu „Karan”.

Komisja uznała przy tym za stosowne złożyć Paniom, będącym stroną w postępowaniu, wyrazy współczucia i szacunku oraz jednocześnie wyrazić podziękowanie za wykazanie odwagi w niezwykle trudnej dla nich sytuacji.

Stanowisko Komisji Etyki z 25 lutego 2013, w sprawie dotyczącej praktyki „wyrzucania z domu”:

Oświadczenie Komisji ds. Etyki przy Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii z dnia 25 lutego 2013 r. w sprawie prośby Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych o przedstawienie opinii dotyczącej stosowania „przez niektórych terapeutów, lekarzy, pracowników placówek pomocowych praktyki, polegającej na zalecaniu rodzicom wyrzucenie z domu, nie podejmującego leczenia dziecka z problemem narkotykowym”

Komisja ds. Etyki stoi na stanowisku, że proponowanie przez terapeutów uzależnień poszukującym pomocy rodzicom zaleceń w postaci „wyrzucenia dziecka z domu” narusza zasadę poszanowania godności, podmiotowości i autonomii pacjenta, a także szereg innych szczegółowych zasad Kodeksu Etyki Terapeuty Uzależnień. Proponowanie tego typu zaleceń:

- jest sprzeczne z obowiązującymi standardami terapii uzależnień – i stawia pytanie o zakres kompetencji zawodowych terapeutów, a także o ich poziom i jakość,*
- nie znajduje potwierdzenia w badaniach naukowych,*
- narusza zasadę kierowania się dobrem pacjenta,*
- prowadzi w wielu wypadkach do naruszenia przepisów obowiązującego prawa, zwłaszcza w przypadku pacjentów małoletnich.*

Rodzice mają prawo do zadbania o bezpieczeństwo swoje i innych członków rodziny. Mają też możliwość skorzystania z psychoterapii, by pomóc sobie i dziecku. Terapeuta uzależnień nie może jednak zwalniać rodziców z odpowiedzialności za podejmowane decyzje i zalecać stosowania tak ryzykownych rozwiązań, jakim jest „wyrzucenie dziec-

ka z domu”. Zgodnie z obowiązującymi standardami terapii uzależnień terapeuta nie udziela pacjentowi jednoznacznych rad i wskazówek, a jedynie wspomaga go w procesie podejmowania własnych, autonomicznych decyzji. Terapeuta powinien kierować się w swojej pracy bezstronnością, neutralnością i obiektywizmem.

Stanowisko Komisji ds. Etyki z dnia 14 lutego 2012 w sprawie prowadzenia superwizji klinicznej:

Komisja ds. Etyki przy Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii informuje środowisko terapeutów uzależnień, że:

- 1. Superwizję może prowadzić osoba, która uzyskała rekomendację Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego lub Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.*
- 2. Superwizor jest zobowiązany do przestrzegania zasad Kodeksu Etyki Terapeuty Uzależnień.*
- 3. Superwizor nie podejmuje się zadań przekraczających jego możliwości, a wykonywana przez niego praca powinna być zgodna z obowiązującymi standardami.*
- 4. Superwizor powstrzymuje się od wykonywania czynności zawodowych, jeżeli okoliczności (prawne, pokrewieństwo, powiązania emocjonalne) mogą istotnie obniżyć poziom wykonywanej pracy lub zakłócić bezstronność osądu zawodowego.*
- 5. Superwizor nie prowadzi superwizji w warunkach zależności służbowej.*

Komisja ds. Etyki wystąpiła do Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii o powołanie zespołu do opracowania zasad prowadzenia superwizji klinicznej.

W marcu 2013, poprosiliśmy Komisję o zajęcie stanowiska w sprawie nadużywania w ośrodkach oddziaływań z zakresu ergoterapii. Zwróciliśmy w naszym piśmie uwagę, że „organizacja pacjentom prac gospodarczych staje się dominującą aktywnością placówki, kosztem innych, równie istotnych oddziaływań.

Na problem nadużywania zajęć ergoterapeutycznych, zwraca uwagę Raport Fundacji Helsińskiej Praw Człowieka z 2010 r. pt. „Monitoring przestrzegania praw pacjentów i dostępu do stacjonarnego leczenia” (m.in. str.107, 119, 188). W opinii Biura Rzecznika, pacjenci placówek stacjonarnych powinni wykonywać prace związane z przebywaniem w domach, w których się leczą (codzienne prace porządkowe, kuchenne, gospodarcze, te które zazwyczaj każdy wykonuje), ale tylko w takim zakresie, jaki ma miejsce w realnym życiu (ważne jest uzasadnienie dla takich prac). Natomiast z relacji wielu pacjentów wynika, że trudno im było dostrzec w niektórych przydzielanych zadaniach jakiegokolwiek sensowne cele, co daje podstawy do wniosku, że tzw. ergoterapia jest kamuflażem dla braku pomysłu na rzetelne oddziaływanie, prostym sposobem wypełnienia pacjentowi czasu.

W wielu przypadkach można zaobserwować dość swobodne podchodzenie kadry terapeutycznej do obowiązków wynikających z kontraktu na wykonywanie świadczeń leczniczych oraz zbyt swobodne dysponowanie czasem pacjenta. Znane są środowisku terapeutycznemu bardziej drastyczne przykłady (z nie tak dalekiej przeszłości), jak np. „wynajmowanie” pacjentów firmom zewnętrznym, czy wykorzystywanie do prac w gospodarstwach domowych należących do personelu placówki.

Oświadczenie Komisji ds. Etyki przy Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie prośby Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych o przedstawienie opinii o zasadach prowadzenia w ośrodkach stacjonarnych zajęć rehabilitacyjnych w formie pracy:

Zajęcia rehabilitacyjne w formie pracy realizowane w ośrodkach stacjonarnych i innych programach terapeutycznych powinny spełniać następujące warunki:

- Praca jest zorientowana na uzyskiwanie umiejętności samoobsługowych, zawodowych i społecznych niezbędnych w procesie zdrowienia i usamodzielniania.*
- Praca jest dostosowana do potrzeb i możliwości pacjenta, a jej rodzaj i zakres są z nim uzgadniane.*
- Praca jest jedynie elementem programu terapii, a nie jego dominującą częścią.*
- Praca nie ogranicza dostępu do innych form terapii, szczególnie do psychoterapii grupowej i indywidualnej.*
- Praca nie ogranicza dostępu do czasu wolnego i możliwości kształtowania umiejętności konstruktywnego jego wykorzystywania.*
- Praca nie ogranicza dostępu do edukacji i rozwoju osobistego.*
- Praca nie jest stosowana jako kara lub nagroda.*
- Praca nie stanowi formy finansowania placówki.*
- Praca nie jest wykorzystywana do zaspokajania prywatnych potrzeb personelu placówki.*
- Praca jest istotnym, niezbędnym składnikiem metody społeczności terapeutycznej. Jej stosowanie w ośrodkach stacjonarnych powinno być podporządkowane celom terapeutycznym. Decyzja, czy jakieś konkretne zajęcia ergoterapeutyczne są podporządkowane celom terapeutycznym, czy też celom gospodarczym ma jednak w wielu wypadkach charakter uznaniowy. Może to prowadzić do nieporozumień lub nadużyć. Nieadekwatne stosowanie pracy jako elementu terapii może demotywować pacjentów, obniżać jakość terapii i jej skuteczność oraz przyczyniać się do nieuzasadnionego wydłużania programów terapii.*

Komisja ds. Etyki zwraca się do środowiska terapeutów uzależnień z rekomendacją bardzo rozważnego stosowania ergoterapii i zachowania zrównoważonych proporcji pomiędzy poszczególnymi elementami realizowanej oferty terapeutycznej.

C) Inne przykłady naruszeń

Problemu naruszeń w placówkach pomocowych, nie da się sprowadzić tylko do przekraczania już gdzieś spisanych norm. Różne przemocowe praktyki są możliwe przede wszystkim dlatego, że zasad tych brakuje (wyrzucanie z domu), a jeżeli istnieją, to nie posiadają precyzyjnej wykładni (ergoterapia).

Niestety, nadal jeszcze wielu terapeutów uważa, że Prawa Pacjenta nie powinny mieć literalnego zastosowania w lecznictwie „narkotykowym”, że powinno ono posiadać pewną autonomię względem tych praw. Dość szerokie zrozumienie w społeczeństwie i niestety, wśród wielu terapeutów ma pogląd, że narkoman wymaga bardziej rygorystycznego traktowania, „wybijania narkomanii młotkiem”. „Miękkie” naruszenia, są tolerowane przez środowisko terapeutyczne, ale zdarza się też, że przemocowe czy nieetyczne zasady zostają wpisane w regulaminy placówek, w materiały informacyjne, pisemne stanowiska organizacji.

Poniżej przedstawiamy przykład zapisu z regulaminu jednego z ośrodków w województwie pomorskim, finansowanego przez NFZ:

Wiem, że zasadnicza pomoc, jaką mogę tutaj otrzymać polega na tym, że będę poznawał Biblię i stosował się do rad, które ona zawiera. Chcę skorzystać z tego rodzaju terapii i dlatego będę uczestniczył bez protestu we wszystkich proponowanych mi spotkaniach, takich jak: studia biblijne, ewangelizacje itp. Zobowiązuję się zgłaszać na rozmowę osobistą z pracownikiem ilekroć będzie takie życzenie i postaram się być całkowicie szczerzy i otwarty w tych rozmowach. Jestem poinformowany, że pracownicy ośrodka powiadamiąją się wzajemnie o wszystkim, co o mnie wiedzieć muszą, aby można było udzielić mi w pełni skutecznej pomocy. Jest sprawą oczywistą, że obowiązuje ich zachowanie tajemnicy duszpasterskiej. Każdy pacjent przyjęty na pierwszy etap terapii (po dwutygodniowym okresie próbnym) ma podzielonego wychowawcę i jemu bezpośrednio przedstawia swoje prośby i problemy.

Ośrodek, jak widzimy, ma charakter wyznaniowy, a regulamin podporządkowany jest misji ewangelizacyjnej. Personel merytoryczny występuje w podwójnej roli, duszpasterskiej i terapeutycznej. „Zasadnicza pomoc” oparta jest na wykonywaniu przez personel misji religijnej.

Oto co pisze o sobie inna organizacja, i co zostawimy bez komentarza:

To fenomen, jeśli mówić o skuteczności jej metody - przynajmą terapeutów. To jest zaskakujące, że ok. 80% młodzieży, która skorzysta z tego wszystkiego co oferuje [nazwa placówki] - wychodzi z czynnego uzależnienia i startuje w normalne, dojrzałe życie już w nowym stylu.

I dalej:

Interwencja jest akcją przygotowaną przez osoby najbliższe uzależnionemu (członkowie rodziny, przyjaciele), a jej ukoronowaniem jest wspólna sesja z uzależnionym, na

której są przedstawione fakty przemawiające za koniecznością poddania się terapii. Sesję tę należy przygotować w tajemnicy przed uzależnionym, tak by nie „odkrywać kart” przed spotkaniem. Uzależniony powinien zostać zaskoczony takim spotkaniem, gdyż w przeciwnym wypadku przygotowuje się i będzie racjonalizował, nie zechce słuchać, obróci wszystko w żart, będzie się irtował, obrażał, kontratakował i w końcu obiecywał poprawę. W czasie interwencji staramy się nie pozwalać mu na to, a przynajmniej nie bierzemy pod uwagę tego, co ma do powiedzenia w swym chorym myśleniu. Interwencja jest konfrontacją, która ma charakter rzeczowy, konkretny i życzliwy wobec osoby uzależnionej.(..)To nie on (uzależniony) wybiera rodzaj i sposób wychodzenia z czynnego uzależnienia. - Jeśli nie zgadza się na pomoc i leczenie (..) wówczas musi opuścić dom i nie ma wstępu do czasu zmiany postawy.

VIII. Rekomendacje

Szczegółowe rekomendacje dla poszczególnych sektorów pomocy oraz dla województw, pojawiły się w poprzednich częściach tej publikacji. Przedstawimy teraz, w krótkim podsumowaniu, ogólne zalecenia Biura Rzecznika dotyczące organizacji pomocy ambulatoryjnej, leczenia substytucyjnego, profilaktyki, readaptacji społecznej, redukcji szkód oraz rehabilitacji stacjonarnej.

Zalecamy zwielokrotnienie wsparcia finansowego kierowanego przez NFZ i gminy do poradni leczenia uzależnień, jako do najbardziej użytecznego narzędzia oddziaływań mających na celu redukcję popytu na narkotyki.

W szczególności, zalecamy wspieranie placówek ambulatoryjnych:

- podejmujących się kompleksowej opieki nad pacjentem, włączających do swej oferty nie tylko poradnictwo zorientowane na abstynencję pacjenta, ale też działania niewymagające abstynencji jako warunku wejścia do terapii,
- prowadzących terapię substytucyjną,
- oferujących programy skierowane do osób używających wielu substancji (ok. 70% osób zgłaszających się do leczenia),
- stosujących sprawdzoną w Europie metodę dialogu motywującego, metody łączące empatyczną psychoterapię i nowoczesną farmakoterapię,
- prowadzących programy wczesnej interwencji, programy dla osób eksperymentujących z narkotykami (np. Fred goes Net), programy dla osób uzależnionych od konopi (Candis), programy dla osób starszych,
- prowadzących poradnictwo prawne i wielozadaniowe programy redukcji szkód.

Poradnia powinna być dobrym ośrodkiem diagnostycznym oraz doradczym, ośrodkiem profesjonalnego wsparcia dla każdego niemal przypadku wymagającego pomocy, respektującym prawa pacjenta i przestrzegającym kodeksu etyki terapeuty uzależnień, ośrodkiem racjonalnego podejście do publicznych pieniędzy (wprowadzenie elementów *case management*). Placówka taka z odpowiednią bazą techniczną i kadrową, jest w stanie podjąć się terapii nawet 90% osób, które są obecnie leczone w ramach drogich i mało efektywnych ośrodków.

Co do leczenia stacjonarnego, wymaga ono wielu oddziaływań, które uczynią je bardziej czułym na potrzeby społeczne, lepiej implementującym innowacje i otwartym na wiedzę. Aby tak się stało, konieczne jest:

- zdecydowane zamrożenie nakładów na leczenie stacjonarne,
- skrócenie czasu terapii w ośrodkach, docelowo do pół roku,
- weryfikacja wiedzy i umiejętności kadr odpowiedzialnych za ośrodki stacjonarne,
- badanie pacjentów ośrodków pod kątem wskazania do leczenia w systemie zamkniętym,
- badanie wykorzystania czasu w ośrodkach pod kątem zgodności ze wskazaniami, celami terapii, racjonalnego gospodarowania czasem pacjenta.

W zakresie postrehabilitacji i readaptacji postulujemy oparcie ich, na szerokiej bazie hostelowej prowadzonej przez placówki ambulatoryjne w największych polskich miastach. Placówki hostelowe powinny być dostępne obligatoryjnie dla pacjentów z całego kraju. Postulujemy wycofanie wsparcia hostelom obsługującym tylko pacjentów danego ośrodka czy pacjentów tej samej organizacji, oraz placówkom wiejskim, w których pacjent ma niewielkie szanse na skuteczną readaptację.

Postulowane zmiany spowodują:

- znaczną poprawę z zakresie redukcji popytu na narkotyki,
- optymalizację świadczeń i adekwatną reakcję systemu na potrzeby społeczne,
- zwiększenie liczby miejsc pracy dla terapeutów, przy podobnych a niekiedy mniejszych nakładach finansowych.

O autorze

Jacek Charmast jest koordynatorem programu Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych, prowadzi działania adwokacyjne, monitoruje funkcjonowanie systemu pomocy i leczenia uzależnień narkotykowych, koordynuje pracę całego Biura, którego jest założycielem i pomysłodawcą. W latach 1996–2009 zajmował się działaniami z zakresu redukcji szkód. Jest autorem licznych publikacji o tematyce narkotykowej.

Kontakt z autorem: jcharmast@politykanarkotykowa.com

Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych w „części leczniczej” stanowi kontynuację wydanego przez program Rzecznika Raportu z 2011 roku. Publikacja jest próbą wyjaśnienia, dlaczego polski model pomocy osobom z problemami narkotykowymi, mimo zaangażowania znacznych zasobów, tak słabo i nieadekwatnie reaguje na potrzeby społeczne i tak znacznie odbiega od europejskiego wzorca. W Raporcie wykazujemy, że Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii 2011-2016, w zakresie dotyczącym leczenia, nie jest realizowany przez NFZ i największe organizacje pomocowe, co najprawdopodobniej już teraz skazuje go na porażkę.

Pytamy, dlaczego dwa razy większe nakłady przeznaczają się na jedno świadczenie, do którego mamy największą dostępność w Europie, niż na pozostałe, wskazane w Krajowym Programie jako bardziej deficytowe. Pytamy też, dlaczego tylko dwa województwa dysponują większą ilością miejsc leczenia stacjonarnego niż połowa krajów Unii Europejskiej.

Oprócz tego Raport zawiera szereg wskazówek, w jaki sposób bez zwiększania nakładów zoptymalizować rynek świadczeń, a tym samym uratować Krajowy Program.

Zapraszamy do zapoznania się z częścią prawną Raportu Rzecznika na www.politykanarkotykowa.pl