

**Parlamentarny
Zespół ds.
Rozwiązywania
Problemów
Uzależnień**



VIII kadencja

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **PARLAMENTARNEGO ZESPOŁU
DS. ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ
z dnia 18 października 2016 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Parlamentarnego Zespołu

ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień

18 października 2016 r.

Parlamentarny Zespół ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień pod przewodnictwem poseł **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Zespołu, zrealizował następujący porządek posiedzenia:

Pomoc społeczna oraz readaptacja społeczna osób uzależnionych

W posiedzeniu udział wzięli członkowie zespołu: poseł **Małgorzata Zwiercan (WiS)** - przewodnicząca zespołu, poseł **Stefan Romecki (Kukiz'15)**, także zaproszeni goście: **Krystyna Wyrwicka** – dyrektor Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, **Marta Gramała** – specjalista w Wydziale ds. Narodowego Programu Zdrowia w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, **Dagmara Lebiecka** – specjalista w Wydziale ds. Narodowego Programu Zdrowia w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, **Tomasz Białas** - dyrektor Departamentu Nadzoru nad Środkami Zastępczymi Głównego Inspektoratu Sanitarnego, **Katarzyna Żylińska** – główny specjalista Działu Lecznictwa i Certyfikacji Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, **Jacek Kasprzak** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Czarnym Borze, **Paweł Kołakowski** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży, **Jacek Charmast** – prezes stowarzyszenia Jump 93, **Marek Grondas** – pełnomocnik Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR ds. Leczenia, Terapii i Rehabilitacji, **Agnieszka Litwa – Janowska** – przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień, **Janusz Zimak** – Warszawskie Towarzystwo Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U”, Fundacja na rzecz Zapobiegania Narkomanii MARATON, **Czesław Przystawa** – asystent posła Janusza Sanockiego, **Wojciech Trybicki** – asystent posła Kornelii Wróblewskiej, **Piotr Szypiorowski** – asystent przewodniczącej Zespołu.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dzień dobry państwu, witam wszystkich bardzo serdecznie. Otwieram jedenaste posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień. Witam panią Krystynę Wyrwicką, dyrektora Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, panią Dagmarę Lebiecką, specjalistę w Wydziale ds. Narodowego Programu Zdrowia w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, panią Martę Gramałę, specjalistę w Wydziale ds. Narodowego Programu Zdrowia w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, pana Tomasza Białasa, dyrektora Departamentu Nadzoru nad Środkami Zastępczymi GIS, panią Katarzynę Żylińską, głównego specjalistę Działu Lecznictwa i Certyfikacji Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, dyrektorów WOTUT-ów, pana Pawła Kołakowskiego z Łomży, pana dyrektora Jacka Kasprzaka z Czarnego Boru, przewodniczącego Stowarzyszenia JUMP '93 Jacka Charmasta, pełnomocnika Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR pana Marka Grondasa, pana Janusza Zimaka z Warszawskiego Towarzystwa „Powrót z U” oraz Fundacji na rzecz Zapobiegania Narkomanii MARATON, panią Agnieszkę Litwę-Janowską, przewodniczącą Rady Superwizorów

Psychoterapii Uzależnień, pana posła Stefana Romeckiego, asystenta pani poseł Kornelii Wróblewskiej, pana Wojciecha Trybowskiego, mojego asystenta Piotra Szypiorowskiego oraz pozostałych gości. Tematem dzisiejszego posiedzenia będzie pomoc społeczna oraz readaptacja społeczna osób uzależnionych. Na ważność przedmiotu dzisiejszego posiedzenia wskazywali w swoich wypowiedziach przede wszystkim zaproszeni goście. Dla wielu osób uzależnionych, które decydują się podjąć leczenie, abstynencja oznacza również zmierzenie się z podstawowymi problemami bytowymi. Celem posiedzenia jest określenie kluczowych trudności w przedmiocie posiedzenia, a także próba wskazania niezbędnych do przeprowadzenia zmian systemowych. Dziękuję bardzo i poproszę Piotra o poprowadzenie posiedzenia.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

O przygotowanie stanowiska i informacji o przedmiocie dzisiejszego posiedzenia Zespół zwrócił się do Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, a także do Rzecznika Praw Osób Uzależnionych. Dzisiaj niestety wyjątkowo nie ma wśród nas przedstawiciela Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, natomiast chciałbym odczytać stanowisko PARP-y w sprawie readaptacji społecznej osób uzależnionych od alkoholu.

„Leczenie osób uzależnionych od alkoholu w Polsce realizowane jest wg modelu medycznego, skoncentrowanego na celu, jakim jest rezygnacja z alkoholu i nauka życia w abstynencji. Zakłada się, że realizacja tego celu przyczyni się do poprawy zdrowia i funkcjonowania społecznego pacjentów. Programy podstawowe leczenia uzależnień w placówkach leczniczych pomagają budować motywację pacjentów do zaprzestania picia, planowania zmiany i uczą umiejętności konstruktywnego zapobiegania nawrotom poprzez zmianę przekonań i postaw, lepsze radzenie sobie z trudnymi emocjami i relacjami społecznymi. Programy podstawowe w lecznictwie całodobowym i dziennym trwają od 6 do 8 tygodni, zaś w lecznictwie ambulatoryjnym ok. 6 miesięcy. Celem ponadpodstawowych programów leczenia jest utrwalenie abstynencji i dalsza nauka życia w trzeźwości. W placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu nie prowadzi się programów readaptacyjnych z racji krótkiego czasu ich trwania i ograniczonej liczby świadczeń, a także z powodu specyfiki związanej z zasadniczą metodą leczenia, jaką jest psychoterapia. Specjaliści psychoterapii uzależnień skoncentrowani są na zmianie myślenia, przeżywania i zachowań pacjentów, służących życiu w abstynencji i ich lepszemu samopoczuciu. Nie mają możliwości i nie czują się kompetentni wspierać pacjentów w zakresie aktywizacji społecznej, w tym zawodowej. Oczekują w tej sprawie działań ze strony pracowników pomocy społecznej i doradców zawodowych. Poza tym Narodowy Fundusz Zdrowia nie refinansuje świadczeń innych, niż te, które są wpisane w koszyk świadczeń gwarantowanych. Zdarza się, że już w trakcie podstawowego leczenia uzależnienia pacjent wymaga wsparcia wykraczającego poza zadania lecznicze: gdy nie ma dokumentów, czy nie ma gdzie wrócić po zakończeniu leczenia. Poszukiwanie miejsca w hostelu, mieszkaniu przejściowym jest zadaniem bardzo trudnym. Miejsc jest mało i nie ma centralnej bazy adresowej gromadzącej takie informacje. Większość hosteli prowadzi organizacje pozarządowe, tylko 5 kontraktuje NFZ, choć zdaniem Agencji hostele dla osób uzależnionych od alkoholu powinny być organizowane i finansowane poza systemem opieki medycznej, w ramach pomocy społecznej lub działań organizacji pozarządowych finansowanych ze środków publicznych lub ze środków na realizację gminnych lub wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Pacjenci przebywający w hostelu mogą otrzymać wsparcie i kontynuować leczenie uzależnienia w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu w środowisku lokalnym. Większość osób uzależnionych od alkoholu nie wymaga po leczeniu uzależnienia intensywne działań readaptacyjnych. Mają miejsce zamieszkania, wyuczone zawody i doświadczenie w ich wykonywaniu oraz wsparcie swoich rodzin. To czego im czasami brakuje to motywacja do poszukiwania i podjęcia pracy zarobkowej (co może, a nawet powinno być tematem pracy terapeutycznej) oraz trudności w funkcjonowaniu na otwartym rynku pracy (co wymaga

konsultacji z doradcą zawodowym). Propozycją wychodzącą naprzeciw potrzeby aktywizacji zawodowej osób uzależnionych miały być Centra i Kluby Integracji Społecznej. W 2015 r. Centra Integracji Społecznej funkcjonowały w 132 gminach. W większości (90) były to placówki utworzone przez organizacje pożytku publicznego. W 2015 roku w zajęciach prowadzonych przez Centra Integracji Społecznej uczestniczyło 7.901 osób, w tym tylko 798 (10%) uzależnionych od alkoholu po zakończeniu leczenia odwykowego. Indywidualny program zatrudnienia socjalnego ukończyło 3.705 uczestników, w tym 436 osób po zakończeniu leczenia odwykowego. Samorządy gminne przeznaczyły na funkcjonowanie tych placówek 10.522.679zł. W 2015 r. Kluby Integracji Społecznej funkcjonowały w 181 gminach. W zajęciach uczestniczyło 15.203 osoby, wśród nich 4.222 uzależnione od alkoholu (28%). Samorządy gmin przeznaczyły na ich funkcjonowanie 2.406.309zł. W 2015 r. samorządy sześciu województw (lubelskiego, lubuskiego, opolskiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego i wielkopolskiego) dofinansowały działalność CIS-ów na łączną kwotę ponad 1 mln zł. W woj. warmińsko-mazurskim objęto wsparciem Klub Integracji Społecznej w kwocie 50.000zł. Idea tworzenia CISów i KISów jest odpowiedzią na potrzeby osób uzależnionych, zwłaszcza, że klientami tych instytucji miały być osoby długotrwale bezrobotne, zagrożone wykluczeniem. Jednak odsetek osób uzależnionych po zakończonym leczeniu uzależnienia, korzystających z tych świadczeń jest znikomy. Liczba CISów, KISów i osób uzależnionych korzystających z ich oferty jest w skali kraju zbyt mała, aby uznać to rozwiązanie za efektywne. Nie ma też żadnych informacji na temat odsetka klientów KISów i CISów, którzy podjęli po programie zatrudnienie. W obszarze readaptacji społecznej osób uzależnionych od alkoholu brakuje miejsc czasowego, częściowo chronionego zamieszkania osób po zakończonym leczeniu uzależnienia od alkoholu (hostele, mieszkania readaptacyjne) oraz działań wspomagających ich aktywność zawodową”.

Główny specjalista ds. Lecznictwa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Katarzyna Żylińska:

Dzień dobry państwu. Tytułem wstępu powiem, że osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych mają troszeczkę inną sytuację niż osoby uzależnione od alkoholu. Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych oprócz samego uzależnienia rozumianego jako zaburzenie psychiczne wymagające oddziaływań psychoterapeutycznych i farmakologicznych, ujawniają także problemy w innych sferach funkcjonowania, szczególnie w sferze społecznej. Wielu ma zerwane więzi z rodziną i bliskimi, nie ma pracy, wykształcenia, odpowiednich umiejętności życiowych, nie ma gdzie mieszkać lub mieszka w miejscu podtrzymującym używanie substancji psychoaktywnych. Dodatkowo są to często osoby obciążone długami i różnymi problemami natury prawnej. Nawet po ukończonym długoterminowym leczeniu ich sytuacja społeczna nie poprawia się z dnia na dzień. Pacjenci opuszczają ośrodek jako tzw. neofici, mają uporządkowaną sytuację osobistą i teoretycznie świadomość trudności życia na zewnątrz. Jednak to życie różni się od życia w zamkniętej społeczności. Po wyjściu z ośrodka pacjenci muszą skonfrontować wyniesione z niego wartości, zasady i umiejętności z rzeczywistością społeczną. Czeka ich ostatni i tym samym najtrudniejszy z etapów zdrowienia, ponieważ zmusza do ponownej nauki życia w społeczeństwie, które wiele osób pamięta jedynie z czasów uzależnienia i ma ubogą sieć kontaktów społecznych poza tymi, które sprzyjały używaniu substancji. Istotnym czynnikiem, który podtrzymuje ten stan rzeczy jest zjawisko stygmatyzacji, marginalizacji i wykluczenia społecznego osób problemowo używających substancji psychoaktywnych lub uzależnionych od nich. Dlatego nie można tych osób pozostawić samych sobie. Rozwijanie i wspieranie interwencji ukierunkowanych na ich społeczną reintegrację jest koniecznością, jeśli dążymy do włączenia tej grupy osób w nurt życia społecznego i niedopuszczenia do zaprzepaszczenia efektów oddziaływań leczniczych i rehabilitacyjnych. Niestety badania i praktyka wskazują, że w Polsce, jak i w większości krajów UE oferta pomocy sprzyjającej reintegracji społecznej jest ograniczona. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii definiuje społeczną reintegrację jako działania

ukierunkowane na integrowanie byłych lub aktualnych użytkowników substancji psychoaktywnych ze społeczeństwem, wyróżnia się Trzy główne interwencje służące reintegracji społecznej to: (1) mieszkanie/hostel, (2) edukacja, (3) zatrudnienie oraz podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Dodatkowe elementy sprzyjające reintegracji społecznej to doradztwo oraz uczenie zarządzania czasem, zajęcia związane z szeroko pojętym rozwojem osobistym. Z przytoczonej definicji wynika, że działania ukierunkowane na reintegrację społeczną mogą być adresowane zarówno do osób, które zaprzestały używania substancji psychoaktywnych jak i tych, które są aktualnymi użytkownikami. Podejście, w którym zakłada się, że aktualni użytkownicy substancji psychoaktywnych mogliby korzystać z całego katalogu interwencji ukierunkowanych na społeczną reintegrację budzi wątpliwości. Znajduje to odzwierciedlenie w praktykach gdzie na pomoc odpowiednich służb w znalezieniu miejsca pracy, zamieszkania czy podniesienia kwalifikacji zawodowych, mogą liczyć wyłącznie byli użytkownicy, którzy ukończyli leczenie i zachowują abstynencję. Coraz częściej słychać jednak głosy, że reintegrować należy także czynnych użytkowników substancji psychoaktywnych, ponieważ każda poprawa funkcjonowania, nawet, jeśli nie jest związana z abstynencją, stanowi ważny cel i wartość. W toczącej się dyskusji coraz częściej wybrzmiewają także argumenty, że dla niektórych użytkowników narkotyków uzyskanie miejsca zamieszkania czy poprawy sytuacji bytowej może stanowić silny czynnik motywujący do podjęcia dalszych korzystnych zmian w swoim życiu, włącznie z podjęciem terapii. Z badań przeprowadzonych w 2012 r. przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wśród klientów programów niskoprogowych takich jak wymiana igieł i strzykawek wynika, że około 25% osób korzystających z tego typu serwisu nie miało stałego miejsca zamieszkania i utrzymywało się z dochodów z tzw. szarej strefy a kolejne 8% nie miało żadnych dochodów, żyjąc m.in. z żebractwa. Oczywistym jest, że pozostawienie tych osób na marginesie życia społecznego, na ulicy, bez dachu nad głową i bez szans na zatrudnienie, szybko może zniweczyć efekty motywowania do zmiany i leczenia oraz pogłębić istniejące trudności. Miejsca hostelowe w ośrodkach, samodzielne hostele i mieszkania readaptacyjne to najczęściej spotykane formy tymczasowego schronienia dla absolwentów programów leczenia uzależnień i, znacznie rzadziej, pacjentów programów substytucyjnych. W Polsce wiele ośrodków wyodrębnia u siebie 1-2 pokoje z przeznaczeniem dla absolwentów, którzy ukończyli leczenie. Pobyt w nich zwykle uwarunkowany jest koniecznością spełnienia kilku kryteriów. Mieszkaniec zobowiązany jest do częściowej odpłatności za pobyt i wyżywienie oraz aktywnego poszukiwania pracy. Osoby znajdujące się w trudnej sytuacji mieszkaniowej korzystają z możliwości pozostania w ośrodku na nowych zasadach – jako mieszkańca a nie pacjenta, do momentu znalezienia innego miejsca pobytu. Krytycy tego rozwiązania podkreślają, że przedłużanie pobytu w placówkach stacjonarnych ulokowanych najczęściej z dala od ośrodków miejskich utrudnia proces reintegracji społecznej a nie ułatwia. Związane jest to z trudnościami w znalezieniu miejsca pracy w małej miejscowości a także przedłużającym się okresem podtrzymywania emocjonalnej zależności pacjentów od personelu placówki oraz zasad organizujących życie społeczności ośrodka. Wydaje się, że korzystniejsze warunki dla reintegracji społecznej oferują hostele oraz mieszkania readaptacyjne. Pobyt w hostelu to oferta pomocy, z której mogą skorzystać osoby uzależnione od narkotyków, zwykle po ukończonym leczeniu. W Polsce hostele prowadzone są najczęściej przez te same organizacje pozarządowe, które są organem założycielskim dla placówek leczenia uzależnień. Hostele ulokowane są na ogół w odrębnych budynkach, niejednokrotnie w innych miejscowościach niż ośrodek leczenia uzależnień, zwykle w większych miejscowościach. Koszty funkcjonowania hostelu może ponosić Narodowy Fundusz Zdrowia (takich hosteli dla osób uzależnionych od narkotyków jest niewiele), samorząd lub Krajowe Biuro. Częściowo w utrzymaniu partycypuje także sam mieszkaniec. Opłaty ponoszone przez mieszkańca są na tyle niskie, że umożliwiają realizowanie innych, poza mieszkaniowymi, potrzeb. Z hosteli korzystają nie tylko dorośli po zakończonym leczeniu, ale także młodzież, która w trakcie terapii podjęła naukę w lokalnych szkołach, a pobyt w hostelu umożliwia kontynuowanie nauki. W niektórych miejscowościach np. w Zielonej Górze, klientami hostelu są pacjenci programów leczenia substytucyjnego. Liczba miejsc w hostelach, z których mogliby

korzystać absolwenci placówek leczenia uzależnień lub aktualni pacjenci programów leczenia substytucyjnego jest zdecydowanie za mała. Mieszkania readaptacyjne to kolejna opcja dla pewnej grupy pacjentów. Koncept mieszkań readaptacyjnych jest realizowany przez organizacje pozarządowe, które pozyskują środki finansowe z Krajowego Biura lub, rzadziej, z samorządu. Organizacje te wynajmują na rynku komercyjnym mieszkania, ulokowane zwykle w miastach, które udostępniają osobom uzależnionym, po ukończonym leczeniu. Z jednego mieszkania może korzystać kilka osób równocześnie (2-3 osoby) zwykle przez okres od pół do 1 roku. Oczekuje się, że osoba korzystająca z mieszkania podejmie pracę, będzie uiszczać wszelkie niezbędne opłaty (gaz, woda itp.) oraz realizować inne ustalenia indywidualnego programu ujęte w zawartym pomiędzy mieszkańcem a organizacją pozarządową kontrakcie. Złamanie warunków może skutkować koniecznością opuszczenia mieszkania readaptacyjnego. Pobyt w mieszkaniu readaptacyjnym jest systematycznie monitorowany przez pracownika organizacji wynajmującej mieszkanie. Zwykle jest to pracownik socjalny lub terapeuta uzależnień, którzy w sytuacji wystąpienia kryzysu potrafią podjąć właściwe działania wobec klienta. W mieszkaniach readaptacyjnych zamieszkują często matki po ukończonym leczeniu wraz z dziećmi lub pary, które ukończyły terapię. Ocenia się, że liczba mieszkań readaptacyjnych, podobnie jak liczba hosteli, jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb. Ograniczenia w dostępie występują nie tylko w Polsce ale także w wielu innych krajach UE. Pomoc w znalezieniu zatrudnienia dla osób uzależnionych od narkotyków po ukończonym leczeniu lub będących w trakcie leczenia, w tym leczenia substytucyjnego to kolejny ważny instrument reintegracji społecznej. Niestety dostępna w Polsce oferta w tym obszarze jest więcej niż skromna. Można stwierdzić, że żadne zinstytucjonalizowane formy pomocy w znalezieniu zatrudnienia dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, po odbytym leczeniu, nie funkcjonują. Dramatycznie niska jest dostępność form aktywizacji zawodowej w tym rehabilitacji zawodowej, zatrudnienia chronionego i wspomaganego oraz przedsiębiorczości społecznej. Np. dane z CIS pokazują, że wśród ich podopiecznych zaledwie 1% stanowią uzależnieni od narkotyków, osoby chore psychicznie i migranci (dane GUS, raport z 01. 12. 2015r.). Indywidualne Programy Zatrudnienia Socjalnego realizowane w Centrach Integracji Społecznej mogłyby być odpowiedzią na zapotrzebowanie dla tej grupy osób. Pomimo istniejących zapisów w ustawie z dn. 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2003 r. Nr 122 poz. 1143, z późn. zm.) o możliwości kierowania osób uzależnionych do Centrów Integracji Społecznej, placówki leczenia uzależnień posiadają niewielką wiedzę na temat realizowanych przez nie programów z zakresu integracji społecznej i zawodowej i rzadko kierują tam osoby po leczeniu. Z drugiej strony poważną barierą dostępu do tej formy aktywizacji zawodowej jest rejonizacja oferty i wymóg zameldowania na danym terenie (pacjenci po ukończonym leczeniu często nie wracają do miejsca zameldowania, lub nie posiadają takiego w ogóle). W Polsce wspieranie zatrudnienia osób uzależnionych opiera się przede wszystkim na oddolnym zaangażowaniu niektórych organizacji pozarządowych. Istnieje zatem pilna potrzeba stworzenia kompleksowych, skutecznych rozwiązań systemowych, w tym zespołów interdyscyplinarnych, jakiś koalicji, które stabilizowałyby współpracę i integrowały działania różnych podmiotów na rzecz dla osób wychodzących z nałogu. W kontekście rozważań na temat reintegracji społecznej warto poświęcić nieco uwagi podejściu case management. Metoda zyskała opinię jednej z ważniejszych innowacji na polu ochrony zdrowia psychicznego i opieki środowiskowej XX wieku. Początków case management należy doszukiwać się w latach 20., kiedy to wprowadzono określenie praca społeczna z przypadkiem dla zdefiniowania działań mających na celu przystosowanie jednostki do życia w społeczeństwie. Od lat 80. poprzedniego wieku case management znalazł także zastosowanie w pracy z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych. Case manager to osoba, która jest odpowiedzialna za ocenę potrzeb klienta, planowanie odpowiednich interwencji, kontaktowanie klienta z właściwymi służbami, monitorowanie przebiegu wszystkich podejmowanych działań oraz podejmowanie interwencji kryzysowych. Case manager pomaga w zdobyciu dachu nad głową, zatrudnienia, podniesienia kwalifikacji zawodowych czy uregulowania sytuacji prawnej. W Polsce podejście to jest stosowane w bardzo ograniczonym zakresie, wydaje się, że funkcję

case managerów powinni pełnić pracownicy społeczni. Jednakże z wielu powodów nie realizują oni swojej służby w ten sposób. Reasumując, wydaje się, że reintegracja społeczna to najslabsze ogniwo w całym systemie pomocy i opieki nad osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych w Polsce. Szczególnie przykry jest brak zinstytucjonalizowanych mechanizmów sprzyjających zatrudnianiu osób po odbytych leczeniu lub w trakcie leczenia. Pomimo, że w obszarze wspierania osób nie mających „dachu nad głową” sytuacja wygląda nieco lepiej to i tu wymaga podjęcia pilnych działań. W Polsce brak jest m.in. rozwiązań, które wychodziłyby na przeciw potrzebom starzejącej się populacji osób uzależnionych od narkotyków obciążonej wieloma chorobami somatycznymi, w tym zakażeniem HIV i chorymi na AIDS. Zły stan zdrowia uniemożliwia tym osobom pobyt w hostelu czy mieszkaniu readaptacyjnym. Wymagają one opieki pielęgniarskiej i lekarskiej choć nie kwalifikują się do pobytu w szpitalu. Jedną z nielicznych tego typu placówek, jeśli nie jedyną, prowadzoną jest przez Stowarzyszenie Solidarni Plus. Słabość działań sprzyjających reintegracji społecznej ma związek z ogólną słabością systemu opieki społecznej w Polsce. Od wielu lat Krajowe Biuro postuluje większe zaangażowanie tego sektora w pomoc i wsparcie dla osób uzależnionych od narkotyków i ich rodzinom - jak do tej pory z miernym rezultatem. Wydaje się, że jest to obszar, w którego rozwój powinien w większym zakresie włączyć się także samorząd lokalny. Mieszkania readaptacyjne, hostele, noclegownie mogą być dofinansowywane przez samorząd w ramach projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe lub inne podmioty. Warto pamiętać, że brak troski o zwiększenie dostępu do interwencji sprzyjających reintegracji społecznej to często zaprzepaszczenie wysokich nakładów na leczenie i spychanie osób uzależnionych na margines życia społecznego. Niezbędne kierunki zmian to zwiększanie oferty i poszerzanie dostępu zasobów oparcia społecznego, w tym niezbędnej pomocy bytowej i materialnej, usług opiekuńczych, ośrodków wsparcia i samopomocy, chronionych i wspomaganych form wsparcia mieszkaniowego; zwiększanie oferty i poszerzanie dostępu do różnych form aktywizacji zawodowej w tym rehabilitacji zawodowej, zatrudnienia chronionego i wspomagane oraz przedsiębiorczości społecznej. Konieczne jest przełamywanie barier między resortowych w zakresie polityki zdrowotnej i społecznej i zintegrowanie oferty finansowanej ze środków pomocy społecznej i świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych oraz instytucjonalne zapewnienia koordynacji tych świadczeń. Również stworzenie możliwości świadczenia usług społecznych w placówkach zdrowia a zdrowotnych w placówkach pomocy społecznej.

Prezes Stowarzyszenia Jump'93 Jacek Charmast:

Dzień dobry państwu. Reprezentuję Stowarzyszenie Jump '93, ale chcę powiedzieć, że jeden z naszych programów, program Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych jest chyba bardziej znaną nazwą niż Jump '93. Biuro Rzecznika powołaliśmy w 2009 roku z różnymi instytucjami działającymi w obszarze przeciwdziałania narkomanii. Dołączyli do nas różni specjaliści, a celem było kreowanie lepszej rzeczywistości w zakresie prawa narkotykowego i pomocy. Mamy wiele sukcesów w tym zakresie, udało nam się wiele rzeczy zrobić. Wydaliśmy trzy raporty dotyczące właśnie tych dwóch obszarów prawa i pomocy. We wszystkich trzech odnosimy się do problemu readaptacji. Też, podobnie jak już tutaj Kasia powiedziała, traktujemy readaptację społeczną jako najslabsze ogniwo systemu. W ostatnim raporcie poświęciliśmy tematowi o wiele więcej miejsca niż w poprzednich. Chciałbym trochę o nim powiedzieć i dalej przejść do naszych spostrzeżeń. Raport mogą państwo znaleźć na naszej stronie internetowej. Jego główne tezy w zasadzie bazują na obserwacji. Jest mało badań i danych, poza danymi toksykologicznymi. Popyt na nowe substancje psychoaktywne, takie jak dopalacze, substancje przetwarzane jako leki apteczne, których używanie jest skorelowane z wystąpieniem zaburzeń psychicznych i schorzeń neurologicznych. To powoduje, że pojawił się klient nowego typu. Młody klient, który wymaga szczególnej uwagi i klient, z którym nasz tradycyjny model pomocy sobie nie radzi. Dlaczego sobie nie radzi? Bo taka osoba wymaga opieki psychiatrycznej i pogłębionej diagnozy. Standardowa placówka ambulatoryjna często nie radzi sobie z takim klientem. Zatrudniony w

niej psychiatra z reguły bywa na miejscu raz w tygodniu i z reguły nie jest w stanie poświęcić dużo czasu klientowi, który jest trudny, nie dociera na umówione spotkania i bardzo często jest pod wpływem substancji. Całe leczenie, zdemedykalizowane, w dużej mierze pozbawione psychiatrów, oparte na procedurach bezlekowych, ma z takim klientem problem. Placówek leczenia podwójnej diagnozy, czyli placówek leczenia współwystępujących zaburzeń psychicznych zawsze było niewiele. Ich lista jest tak krótka, że zna je każda osoba pracująca z osobami uzależnionymi. W ciągu ostatnich kilku lat trochę tych placówek przybyło między innymi z tego powodu, że MONAR podjął się dość dużej reformy i powołał kilka takich placówek. Mimo tego, że ich przybyło, to w ciągu dwóch lat czas oczekiwania wzrósł z czterech do ośmiu miesięcy, a myślę, że obecnie to już jest rok. W placówkach takich jak Gliwice czy Nowy Dworek mniej więcej tyle czeka się na miejsce. Osoby z podwójnym rozpoznaniem i ze schorzeniami neurologicznymi są problemem dla swoich rodzin, często lądują na ulicy, stają się bezdomnymi i wymagają pomocy. Wymagają przyjęcia do placówek opiekuńczych i tu napotykać problem, bo placówki opiekuńcze, takie jak schroniska, noclegownie, ogrzewalnie i inne placówki wychodzenia z bezdomności takich klientów sobie u siebie nie życzą. Nie mówię tylko o stosunku do narkomanów, bo z osobami uzależnionymi od alkoholu jest podobnie. W Polsce readaptacja społeczna jest tożsama postrehabilitacji i jest to jedyna forma, która świadczona jest osobom zażywającym narkotyki. Są to działania wobec pacjentów, którzy kończyli terapię w ośrodku stacjonarnym. W Polsce jest około dwóch tysięcy miejsc w ośrodkach rehabilitacji. Rocznie kończy tam terapię około dwadzieścia pięć procent, część tych osób trafia do hosteli, natomiast ci, którzy podejmują terapię, którzy używają narkotyków, aktualnie nie mogą liczyć na pomoc placówek opiekuńczych czy innych programów readaptacyjnych. To, co postulujemy, to zmiana organizacji leczenia poprzez organizowanie form pośrednich, czyli form umiejscowionych między placówką ambulatoryjną, a ośrodkiem rehabilitacji. To wszystko, co pozwalałoby objąć troszkę szerszą opieką i uzyskać odrobinę więcej kontroli nad pacjentem niż w placówce ambulatoryjnej, ale nieco mniej niż w ośrodku. Mówimy też o tym, by zwrócić uwagę na deficyt psychiatrów, bo to jest katastrofa. Tak jak mówiłem, w ambulatoriach psychiatra z reguły jest zatrudniony na ćwierć etatu. Minimum powinno być pół etatu. Jest to problem ogólnopolski, a nie tylko dotyczący leczenia uzależnień. Należy tworzyć Centra Pomocy, ale w dużych miastach, bo narkomania jest jednak głównie problemem wielkomiejskim, więc tam należy tworzyć system alternatywny dla obecnego modelu. W kontekście używania nowych narkotyków i zatruc powodowanych przez te substancje jest też istotne poszerzenie dostępu do programów Candis. Są to specjalistyczne programy dla użytkowników konopi. Użytkownicy konopi w Polsce coraz częściej sięgają po syntetyczne kannabinoidy, a te z kolei odpowiadają za wielką część zatruc odnotowywanych przez placówki toksykologiczne. Drugi kierunek to zmiana modelu readaptacji społecznej poprzez tworzenie trzech poziomów dla osób, które aktualnie używają narkotyków: w trakcie terapii, po terapii, ale też przed terapią. Wydaje nam się, że znacznie mogłaby tu pomóc zmiana modelu terapii substytucyjnej. Mimo że jest ona kierowana wyłącznie do osób, które używają opiatów, ta zmiana spowodowałaby pewnie większe zaangażowanie psychiatrów w system. Bo ten model, który jest proponowany przez Krajowe Biuro i który został złożony w formie projektu w ministerstwie zdrowia, jest modelem, który daje duże możliwości. Polegałoby to na tym, że w zasadzie każdy psychiatra placówki ambulatoryjnej mógłby prowadzić takie leczenie. Mamy w Polsce sto specjalistycznych placówek ambulatoryjnych (mam tu na myśli wyłącznie te narkotykowe), jest to potężna sieć. Ten nowy model jest też modelem prostym, nie jest kosztowny, nie wymaga wielkich przygotowań i inwestycji. Po prostu gabinet psychiatry posługuje się nowymi lekami substytucyjnymi, których specyfika farmakologiczna pozwala wypisywać je na receptę. Jest to projekt Krajowego Biura obecnie procedowany w Departamencie Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia. Istotne byłoby też wprowadzenie różnych poziomów referencyjnych placówek ambulatoryjnych, ale też podwyższenie minimalnego standardu usług i zabezpieczeń leczniczych. Należałoby uwzględnić wspomnianą substytucję lekową, program Candis, dostępny gabinet psychiatryczny oraz współpracę z placówkami opiekuńczo-readaptacyjnymi, dziennymi i całodobowymi. Dlatego readaptacja

społeczna tak słabo działa? Wielu terapeutów twierdzi, że powinna ona ograniczyć się do zakresu działań postrehabilitacji, ponieważ pomoc osobom czynnie zażywającym narkotyki oddala je od abstynencji, przeciąga w czasie decyzję, by podać leczenie. Wielu urzędników twierdzi, że bez sensu jest tworzenie schronisk specjalistycznych skoro są placówki dla bezdomnych i one w zasadzie powinny formalnie przyjmować takie osoby. Nie zdają sobie sprawy z tego, że narkomani w praktyce nie mają do nich dostępu. Spośród naszych klientów w Warszawie korzysta z nich naprawdę niewielka grupa osób. Terapeuci nie sygnalizują im takiej potrzeby. Jestem członkiem warszawskiej Komisji Dialogu Społecznego ds. Narkomanii, a od pewnego czasu też Rady Opiekuńczej, która zajmuje się bezdomnością. Mimo, że jest to najstarsza rada, ma już kilka lat, nigdy jeszcze nie pojawił się tam temat narkomanii. Ci, którzy zajmują się bezdomnością w ogóle nie są zainteresowani naszym klientem, spychają ten problem na kogoś innego. Uzależniony od narkotyków, trzeźwy czy nietrzeźwy, doświadcza nierównego traktowania przez personel opiekuńczy, ale też przed podopiecznych. Ci podopieczni to jest główny problem, z powodu którego nasi klienci nie chcą korzystać z tych placówek. Są tam poddawani szykanom, przemocy, w tym także czynnej przemocy. Ukrywają np. swój status serologiczny, HIV, czasem nawet HCV. Czasem terapeuta, kierując osobę do placówki opiekuńczej, nieopatrznie przez telefon przekazuje informację o statusie serologicznym i robi się problem. HCV dyskwalifikuje. Według danych Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, bezdomni w stolicy mają około półtora tysiąca miejsc noclegowych. Na Mazowszu jest ich trzy i pół tysiąca. W samym mieście najwyżej jeden procent miejsc w placówkach opiekuńczych jest dedykowany osobom używającym narkotyki. Jeszcze niedawno były dwie placówki, ale one pomału się wycofują. W tej chwili nie wiem czy jest to dziesięć, czy piętnaście miejsc, jeszcze niedawno było ich sześćdziesiąt. Placówki readaptacyjne działają na ogół przy stacjonarnych ośrodkach rehabilitacji w większości położonych poza dużymi miastami. Z placówkami rehabilitacyjnymi, tak jak na przykład w Stowarzyszeniu MONAR, często są zintegrowane placówki, które noszą nazwę placówek rehabilitacyjno-readaptacyjnych. Jakie są słabe strony postrehabilitacji? Już była o tym mowa: izolacyjne warunki pobytu, położenie daleko od szosy, wysokie koszty pobytu. Alternatywą dla readaptacji przy ośrodkach są hostele oraz mieszkania readaptacyjne. Hostele są obciążone wadami, ponieważ często położone są poza rynkiem pracy, w małych miejscowościach. Istotną wadą jest także rekrutacja pacjentów. Często przyjmowane są tam wyłącznie osoby z zaprzyjaźnionego ośrodka, z którym współpracują albo jednej organizacji, przez co często są po prostu puste. Trudno, żeby placówka w małej miejscowości położona blisko jakiegoś ośrodka współpracowała z jakimś innym. Jak jest finansowana postrehabilitacja przez NFZ? Cztery wojewódzkie ośrodki NFZ finansują hostele w czterech województwach. Jakie mamy wnioski i rekomendacje dla postrehabilitacji? Hostele należy organizować wyłącznie w miastach, najlepiej największych miastach regionu, tam, gdzie jest rynek pracy, kultura, nauka, dostępne są kursy zawodowe, szkolenia, gdzie można zmienić środowisko, nawiązać nowe kontakty i rozwijać się pod każdym względem. Hostele prowadzone przez ośrodki stacjonarne nie powinny ograniczać dostępu do nich pacjentom innych ośrodków czy organizacji. Powinny być one również udostępnione innym grupom, niż tylko osoby opuszczające ośrodki. Koszt utrzymania jednego łóżka w hostelu czy mieszkaniu readaptacyjnym jest znacznie niższy od kosztów postrehabilitacyjnego pobytu w ośrodku. Ważne jest też to, aby hostele były finansowane z innych źródeł niż NFZ, bo to pozwala pacjentom leczyć się też w innych miejscach, na przykład w programach substytucyjnych. Chciałem zwrócić uwagę na dwie dobre praktyki jeżeli chodzi o rehabilitację: na Łódź i na Kraków. Powołano tam dwa dość duże hostele, które obsługują cały region. Te dwie placówki doprowadziły do tego, że znacznie skrócono w tych województwach czas programów rehabilitacyjnych. Jeszcze kilka lat temu znajdowały się tam długoterminowe ośrodki. Leczenie w nich trwało półtora roku albo nawet dwa lata. Obecnie nie ma ani jednego takiego programu – jeden jest roczny, a pozostałe poniżej roku. Jest to dobra praktyka, na którą trzeba zwrócić uwagę. Aby poprawić sytuację w readaptacji należy wyjść poza postrehabilitację. Potrzebne jest połączenie opieki hostelowej z placówkami i poradniami, a także upowszechnienie działań opiekuńczych. Przeszkodą dla rozwoju specjalistycznych

programów readaptacyjnych jest ich resortowość. Ważne jest tutaj, by Ministerstwo Pracy zwróciło na to uwagę, by organizowały konkursy na pomoc hostelową dla osób uzależnionych od narkotyków. Nasza organizacja, podobnie jak inne organizacje zaprzyjaźnione, składa takie wnioski, ale są one z reguły odrzucane dlatego, że dotyczą klientów narkotykowych. Należy zwrócić uwagę na zjawisko politkoksykomanii, bo to ważny problem przy osiąganiu abstynencji przez klientów. Bardzo często klienci są w stanie odejść od opiatów, natomiast coś sobie zostawiają. Często są to leki, marihuana albo alkohol. Należy mieć pewien program, który uwzględni stopniowe odchodzenie od substancji najgroźniejszych po te mniej groźne. Niektórzy lekarze twierdzą, że długoletnie używanie niektórych leków, np. klonazepamu, którego używają klienci heroinowi, powoduje, że nie da się z tego leku zrezygnować, gdy zażywało się go przez dwadzieścia czy trzydzieści lat. Proponujemy, by organizować placówki z liczbą miejsc ograniczoną do dziesięciu łóżek, ponieważ taki ośrodek wkomponowuje się w miasto, nie tworzy żadnych problemów sąsiedzkich, jest bezpieczny, łatwy do prowadzenia. Mimo, że jest to klient problematyczny, ta liczba pozwala funkcjonować bez problemów w samym centrum miasta. Clue tych wszystkich problemów z readaptacją jest łamanie abstynencji. Naszym zdaniem nie powinno ono skutkować wycofaniem pomocy tylko jej modyfikacją. Należałoby stworzyć kilka poziomów pomocy kierowanej do osób z różnym stosunkiem do abstynencji i te narzędzia należałoby wykorzystywać. Kontrolę nad placówką opiekuńczą i jej organizatorem powinna sprawować placówka ambulatoryjna położona najbliżej tej placówki. Placówka powinna być finansowana przez samorząd, ponieważ wtedy pacjent może korzystać dodatkowo z programów NFZ-u. Żeby tych placówek było wiele i żeby mogły służyć, powinny być niezbyt kosztowne, żeby samorząd mógł je finansować. Samorządy z reguły nie są szczodre w obszarze narkomanii, więc jest istotne, by sobie radzić. Na przykład w kwestii wyżywienia jest Bank Żywności, więc klienci mogą sobie radzić i częściowo się sami wyżywić, mając zasiłki socjalne. W lutym 2016 roku odbyła się konferencja międzynarodowa przedstawicieli miast, gdzie opracowano Deklarację Warszawską. Jest w niej zapis, który wskazuje na potrzebę tworzenia kompleksowego podejścia, kompleksowych rozwiązań, zintegrowanych form pomocy, uwzględniających cały wachlarz potrzeb klienta. Chodzi o to, żeby znalazł on pomoc w jednym miejscu, ponieważ klient z zaburzeniami psychicznymi, ze schorzeniami neurologicznymi, niepełnosprawny, taki, który przez wiele lat był wykluczony społecznie, nie potrafi poruszać się między instytucjami. Idzie o to, żeby tę pomoc znalazł w jednym miejscu. Taki program powinien zawierać i komponent leczenia biologicznego, i psychoterapię, i pomoc socjalną i readaptację społeczną, pomoc prawną i różne inne ważne dla niego formy pomocy. Dziękuję bardzo.

Pełnomocnik zarządu głównego Stowarzyszenia MONAR Marek Grondas:

Dzień dobry państwu. Zacznę może od odniesienia się do kilku stwierdzeń, które tutaj padły. Po pierwsze, wydaje mi się, że należy zachować sporą ostrożność wobec stereotypowego rozumienia i opisywania sytuacji osób uzależnionych od alkoholu i od narkotyków, że osoby uzależnione od alkoholu, jak to słyszeliśmy w tym tekście PARPY, nie wymagają długiej, pogłębionej postrehabilitacji, natomiast osoby uzależnione od narkotyków wymagają. Bywa w tej chwili różnie, klient nam się strasznie różnicował. Co prawda z jednej strony nowe substancje psychoaktywne powodują bardzo poważne zaburzenia psychiczne, ale też w efekcie tego, że te zaburzenia są dość spektakularne, to i otoczenie społeczne, i sam klient, który często bardziej jest się w stanie przestraszyć szaleństwa niż jakichkolwiek innych konsekwencji tego, że używa narkotyków, dużo szybciej zgłasza się do leczenia. W konsekwencji ma dużo mniej zdruzgotaną biografię i można mu zdecydowanie łatwiej pomóc, więc nie zawsze jest tak, że osoby uzależnione od narkotyków, które zgłaszają się do leczenia, nawet jeżeli potrzebują leczenia stacjonarnego, to potrzebują później długiej postrehabilitacji, bo często są to ludzie, którzy nie utracili swoich ról społecznych i można zadbać o nich inaczej. Często też wystarcza im terapia ambulatoryjna, mimo że te nowe substancje psychoaktywne tak spektakularnie nam walą po głowach i wszyscy się ich tak strasznie boimy. Natomiast w przypadku osób uzależnionych od alkoholu często bywa odwrotnie. Często są to ludzie, którzy mają bardzo zniszczone biografie i

potrzebują wieloaspektowego wsparcia po skończeniu leczenia. To jest jeden stereotyp. Drugi wiąże się z tym, co powiedziałeś, Jacku, na temat tego, że w tej chwili, w konsekwencji pojawienia się dopalaczy, bardzo potrzebna jest medykalizacja i powrót do niej. Z tym też bywa różnie. Chciałbym powiedzieć, że w ogóle zastanawiając się nad problematyką niesienia pomocy osobom uzależnionym zawsze będziemy w sytuacji pewnego rozziwu czy kontrowersji pomiędzy dwoma podejściami, a mianowicie podejściem medycznym i podejściem psychoterapeutycznym. Oczywiście nie chciałbym lekceważyć roli lekarzy psychiatrów, ale już mówiliśmy o tym, że jednak leczenie uzależnień należy raczej oddzielić od leczenia psychiatrycznego w opiece zdrowotnej – to po pierwsze. A po drugie, warto jednak pamiętać, proszę państwa, o jednej rzeczy. Mianowicie: psychiatra, który jest w stanie zastosować wobec pacjenta trafnie dobraną farmakoterapię człowieka nie wyleczy. On może mu tylko zminimalizować objawy, które się pojawiają i które mu przeszkadzają. Natomiast mamy szansę pomagać ludziom uzależnionym w ten sposób, że po prostu ich wyleczymy z uzależnienia. To jest możliwe, choć polscy psychiatrzy raczej nie chcą o tym pamiętać. W związku z tym, warto też pamiętać o tym, że ten nacisk na porządną psychoterapię będzie się opłacał. Chciałbym zwrócić uwagę na jedną podstawową rzecz, o której tutaj niewiele mówiono, a która wydaje mi się absolutnie kluczowa, mianowicie problemy osoby uzależnionej to nie są tylko problemy psychiczne, interpersonalne i ewentualnie potrzeba do doprowadzenia takich zmian jej funkcjonowania, żeby mogła sobie poradzić bez używania czy to alkoholu, czy to narkotyków. To jest też problem jej otoczenia społecznego, jej rodziny, dzieci, rodziców, ludzi, z którymi na co dzień stykała się w swoim naturalnym środowisku i którzy na niego wpływali. W Polsce niestety mamy nadal taki model myślenia o pomaganiu ludziom uzależnionym, że trzeba człowieka wziąć i doprowadzić go do abstynencji, natomiast to się często kompletnie nie udaje w sytuacji kiedy ignorujemy poważne problemy życiowe, intrapsychiczne, inne, w wyniku których on doszedł do uzależnienia, czyli nie radząc sobie inaczej z życiem, wyprodukował destruktyny mechanizm dostosowawczy, czyli picie alkoholu lub używanie narkotyków. Jeżeli mamy taką sytuację w przypadku leczenia osób uzależnionych od alkoholu, że człowiek odpowiednio, skutecznie zmotywowany jedzie na terapię, która trwa pięćdziesiąt sześć dni i ma go nauczyć, jak nam to dzisiaj przypominano, życia w abstynencji. Natomiast kompletnie ignoruje się kwestię problemów, które doprowadziły do tego stanu, nie pracuje się z rodziną, nie pracuje się z innymi aspektami jego naturalnego środowiska, to efekt będzie taki, że ten człowiek – nawet jeżeli rzeczywiście uda się doprowadzić do takich zmian w jego funkcjonowaniu osobistym – po powrocie jest niezwykle narażony na nawrót. Nie mamy współpracy z pracą socjalną, z asystenturą rodzinną, która by zapewniała jednoczesną, efektywną pracę z osobą uzależnioną oraz jej rodziną w naturalnym środowisku. To jest kluczowa sprawa. Przy okazji tworzenia nowych zasad pracy socjalnej, mianowicie ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w Polsce pojawiła się formuła asystenta rodzinnego. Została ona opracowana i przekazana do realizacji przez organizację pozarządową Towarzystwo Psychoprofilaktyczne i z założenia miała to być rola terapeuty środowiskowego o bardzo wysokich kompetencjach, który byłby w stanie zająć się całą źle funkcjonującą rodziną, czyli nie tylko – tak jak to bywa w praktycznych realizacjach – doprowadzić do tego, żeby osoba uzależniona pojechała na terapię. Praca z rodziną dysfunkcyjną miała być wieloaspektowa, długotrwała i miała doprowadzić nie tylko do wyleczenia osoby uzależnionej, ale też do poprawy funkcjonowania całej rodziny, a w konsekwencji także do usprawnienia wychowawczego rodziców, na czym się w końcu w praktycznych realizacjach skończyło. Chcę powiedzieć, że jest to dla nas podstawowa sprawa. Mamy asystenta rodzinnego, ale to są aktualnie ludzie bardzo słabo przygotowani. Ci asystenci rodzinni, których przygotowywało Towarzystwo Psychoprofilaktyczne, zanim zaczęli się dotykać do rodzin, uczyli się swojej profesji dwa lata. I ten model powstał w oparciu o przekonanie, że taki poziom kompetencji jest konieczny, żeby w ogóle doprowadzać do efektywnych zmian w rodzinach dysfunkcyjnych. Natomiast realnie w tej chwili jest tak, że ci asystenci rodzinni są zatrudniani nieomal z łapanki, często są bardzo kiepsko przygotowani, bo nie ma nawet na to czasu. Często asystenci rodzinni są zatrudnieni w trybie projektowym, czyli zatrudnia się ich na pół roku, a potem kończy się projekt i oni wycofują

się z rodzin, z którymi już udało im się stworzyć relacje, zdobyć ich zaufanie i osiągnąć pierwsze efekty. Biorąc pod uwagę i cele postrehabilitacji, i rozumne myślenie o efektach pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi, nie możemy ignorować pracy z ich środowiskiem. Jest nam potrzebna naprawdę bardzo rozwinięta i efektywna współpraca międzyinstytucjonalna i asystent rodzinny mógłby być taką rolą, przy pomocy której można by było integrować oddziaływania terapeutyczne i medyczne, pracy środowiskowej (w tym pracy socjalnej). Gdyby jeszcze udało się doprowadzić do współpracy międzyinstytucjonalnej z probacją, organami ścigania, medycyną i tak dalej, to mielibyśmy mniej więcej taki system, jaki od dwudziestu czy trzydziestu lat funkcjonuje w wielu krajach Europy Zachodniej. Na razie nie mamy integracji rozmaitych usług społecznych w zależności od potrzeby indywidualnego klienta i myślę, że należałoby w tym kierunku iść. Zadbaj o dobre przygotowanie profesjonalne pracowników socjalnych, a przede wszystkim asystentów rodzinnych, zadbaj o to, żeby mieli oni superwizje. Zdaje się, że powinni je mieć w myśl przepisów ustawy, ale ich nie mają. A jeżeli je mają, to wrywkowo. My, terapeuci, nie możemy współpracować z tymi asystentami rodzinnymi, ponieważ oni często kompetencyjnie nie stanowią dla nas partnerów. Wyobraźcie sobie państwo, że przychodzi klient. Ja mam go motywować do tego, żeby zdecydował się na terapię stacjonarną, bo widzę, że poziom jego uzależnienia i poziom braku wsparcia czy innych deficytów w środowisku naturalnym jest taki, że trzeba mu zaproponować terapię stacjonarną. Ale muszę jednocześnie mieć dobrą współpracę i ze szkołą, jeżeli to jest mały, i z pracownikiem socjalnym, i z asystentem rodzinnym, i być może z lekarzem, i z kuratorem, i nawet z prokuraturą czy sędziami. My tej współpracy kompletnie nie mamy, a chcemy pomagać ludziom. W związku z tym każdy pomaga na swojej działce, a efekt jest taki, że jesteśmy bardzo nieskuteczni. Jeżeli myślimy o nowych uregulowaniach prawnych, to one muszą brać pod uwagę te wszystkie elementy. Jeżeli udałoby się nam stworzyć formułę zespołów interdyscyplinarnych, przy pomocy których można by było zdiagnozować i człowieka, i jego sytuację, zaproponować mu odpowiednią formę leczenia, ale zaproponować też odpowiednią formę wsparcia dla wszystkich osób, które mogą być zaangażowane w to leczenie, a do tego dodatkowo pracować z nim systemowo. Pierwsza diagnoza może być nietrafna, możemy mu zaproponować jakąś formę terapii i okaże się, że ta forma jemu akurat z różnych powodów nie odpowiada, więc jest bardzo ważne, żeby można było go wtedy wesprzeć tak, żeby on nie uciekał nam z terapii, tylko żeby od razu zaproponować mu inną formę. Stowarzyszenie MONAR opracowało taki system, gdzie ambulatorium jest centrum i z tego centrum po diagnozie wysyła się człowieka do różnych form terapii. Jeżeli mu nie idzie, on wraca i proponujemy mu coś innego aż do momentu postrehabilitacji. Systemowe leczenie i system usług społecznych to są kluczowe kwestie. Dziękuję.

Prezes Stowarzyszenia Jump'93 Jacek Charmast:

Co do demedykalizacji, jest to naprawdę kluczowy problem. Bo co obecnie może zrobić psychiatra, który jest zatrudniony w poradni na jeden dzień w tygodniu? Dlaczego psychiatra nie może zajmować się na przykład przypadkami podwójnej diagnozy? Lżejsze przypadki podwójnej diagnozy mogą być prowadzone ambulatoryjnie i wielu lekarzy to potwierdzi. Każda placówka może prowadzić terapię substytucyjną, to też nie ulega wątpliwości. Na spotkaniach Zespołu Doradczego przy Krajowym Biurze ds. Narkomanii wszyscy są zgodni, że diagnostyka w wielu miejscach jest po prostu pod psem i bardzo potrzebne jest tutaj większe zaangażowanie psychiatrów w to leczenie. Są pacjenci z encefalopatią pomanganową, są pacjenci z różnymi innymi schorzeniami, które wymagają zaangażowania nie tylko psychiatrów, ale w ogóle lekarzy. Natomiast jak spojrzeć się na konkursy, na zadania miasta, zadania gmin, to mamy cały czas wsparcie psychologiczne, wsparcie terapeutyczne i tak dalej, i tak dalej. Ogromna masa pieniędzy, tysiące terapeutów, natomiast lekarzy tyłu, co kot napłakał.

Dyrektor Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Krystyna Wyrwicka:

Trochę pan mnie wywołał do tablicy. Pomoc społeczna zajmuje się osobami wykluczonymi z różnych powodów, dlatego jest mi trudniej skupiać się na jednej kategorii. Stąd też nieco inne spojrzenie i na miejsce, w jakim jesteśmy i na to, jakie kategorie obejmujemy właściwym wsparciem, a jakich nie. Kiedy jest dużo potrzebujących, ta skuteczność zawsze będzie niższa, ale staramy się budować taki system, który byłby pewną siecią oparcia. Próbowaliśmy budować zespoły interdyscyplinarne, które zajmowałyby się problemem, jakim jest przemoc. Dotyka to również tego, o czym dzisiaj rozmawiamy, ponieważ ponad sześćdziesiąt procent osób stosujących przemoc to osoby uzależnione od alkoholu. Pomoc społeczna jest oparta o samorzady, ale kiedy słucham takich postulatów, że właściwie za wszystko powinien zapłacić samorząd, to za chwilę samorząd powie, że nie zapłaci za nic, bo już na nic nie ma pieniędzy. W związku z tym uważam, że to, co nazywamy kooperacją, powinno się też przekładać na pewne montaż finansowe. Mamy taką sytuację w różnych instytucjach. Mam na myśli na przykład na domy pomocy społecznej, gdzie nie ma świadczeń zdrowotnych, które są należne tym osobom. Kiedy popatrzymy na przykład na instytucje zdrowia, gdzie nie ma świadczeń socjalnych, to wydaje się, że ten podział powinien być trochę inny i, patrząc zadaniowo, gdyby każdy ze swojej bajki wrzucał do tego wspólnego woreczka, byłoby i więcej pieniędzy, i ta pomoc byłaby bardziej efektywna. Gdyby te działania były bardziej skoordynowane, byłibyśmy pewnie bardziej zaawansowani. Niewątpliwą lukę w systemie, bo z jednej strony jest samorząd ze swoimi zadaniami, są ośrodki pomocy społecznej i pracownicy socjalni, którym ja na przykład nie odbieram kompetencji, bo mamy specjalistów drugiego stopnia z pracy z rodzinami dysfunkcyjnymi, tylko że w różnych okresach i przy różnych zadaniach oni często siedzą za biurkiem i wypłacają różne świadczenia, bo taka jest potrzeba chwili. W związku z tym pojawia się element niepokoju, czy warto inwestować w edukację ludzi, jeśli oni potem nie zajmują się profesjonalnie tym, czym powinni. Mówił pan też o superwizji. Oczywiście, mamy nadzieję, że ona za moment ruszy w systemie pomocy społecznej. Ale z jednej strony to są specjaliści, a z drugiej strony jest właściwe wykorzystywanie tych specjalistów. Jeśli chodzi o osoby uzależnione, nie mogą zgodzić się z tym, że w systemie pomocy społecznej są one niewidoczne. Osiemdziesiąt pięć tysięcy osób w systemie pomocy społecznej korzysta z różnych form świadczeń pieniężnych, ale jest to tylko niecałe osiem procent wszystkich korzystających z różnych form świadczeń pieniężnych z systemu pomocy społecznej. Osób uzależnionych od narkotyków jest cztery i pół tysiąca i to zaledwie cztery dziesiąte procenta spośród wszystkich korzystających z różnych form świadczeń. Pozostaje pytanie, czy są to osoby, które rzeczywiście pozostają bez wsparcia, czy są w innej sytuacji. Przypomnę, że system pomocy ma pewne ograniczenia, w tym również przez kryteria dochodowe. W związku z tym, kiedy mówimy o pomocy pieniężnej, te warunki są tutaj dość twarde. Następna kwestia, która się pojawiła to był dach nad głową. Do tej pory prawo w żadnym miejscu nie ograniczało i nie wprowadzało żadnych reguł dotyczących schronisk czy noclegowni. A ponieważ w polskim systemie większość schronisk i noclegowni prowadzą organizacje samorządowe, one poprzez własne regulaminy wprowadzały pewne ograniczenia. To nie prawo narzucało, a pewien sposób i metoda pracy ograniczała dostępność. Nigdzie też nie jest powiedziane, że nosiciele nie mogą trafiać do placówek. Nie ma takich ograniczeń prawnych. To znowu pewna praktyka i działania, którym możemy zapobiegać tylko poprzez zmianę świadomości. Być może trzeba zapisać zakaz w prawie, ale to chyba nie o to chodzi. Mówili też państwo tutaj o CISach i KISach. I znowu, jak się mówi o liczbach, to może nie ma się czym chwalić. Czy osoby uzależnione od narkotyków uczestniczą w tych działaniach i czy to jest wystarczające? Jest to dobrowolne, nie ma przymusu skorzystania z reintegracji społeczno-zawodowej oferowanej przez Centrum Integracji Społecznej czy przez Klub Integracji Społecznej. Ale nie ma oczywiście wątpliwości, że placówek jest za mało. Ustawa o zatrudnieniu socjalnym w momencie kiedy powstawała, nie wskazywała źródła finansowania. Myśmy znowu sięgnęli do samorządów i to znowu było korkowe. Pojawił się potem dobry moment i z tego i organizacje, i samorzady skorzystały w ramach europejskich funduszy społecznych, była możliwość

finansowania powstawania centrów i klubów i nastąpił ich rozwój. Jest więcej klubów, ponieważ jest to tańsza forma, a na bazie klubów można realizować podobne działania integracyjne. Pozostaje pytanie o skuteczność. My ciągle mówimy, że ona jest duża. Spotykamy się z zarzutami, że niekoniecznie, bo jeśli zajęcia rozpoczyna na przykład trzysta dziewięćdziesiąt siedem osób uzależnionych od alkoholu, a kończy je dwieście czterdzieści osiem osób. Kiedyś podczas kontroli Najwyższa Izba Kontroli zarzucała nam bardzo małą efektywność. My uważamy, że to jest dość wysoka efektywność przy złożonych problemach tych osób. Wsluchujemy się też w państwa głosy. Takim przykładem jest ustawa o zatrudnieniu socjalnym. Przy ostatnich zmianach prawnych wycofaliśmy się z tego, że muszą być to osoby po odbytej terapii, ponieważ w tych instytucjach też jest terapia i w związku z tym sygnały od kadry, która tam pracowała, że ten zakaz jest bez sensu zostały uwzględnione. Słuchamy i mamy nadzieję, że to jakoś pomoże. Centra Integracji Społecznej i Kluby Integracji Społecznej mają jednak silny związek ze stopą bezrobocia. Zainteresowanie nimi jest większe kiedy bezrobocie rośnie. Natomiast kiedy bezrobocie spada, samorząd przestaje widzieć potrzebę rozwoju tej formy, chociaż ja uważam, że ona będzie potrzebna zawsze, bo zawsze będzie istniała ta kategoria osób, które zanim trafi na rynek pracy, będzie musiała przejść przez taką aktywizację społeczno-zawodową, żeby wyrównać różne deficyty, które się pojawiły z różnych powodów. Czy to z powodu uzależnień, czy na przykład długotrwałego, wieloletniego bezrobocia. Chcę powiedzieć, że przy programie bezdomności ministerstwo wspiera je projektowo. Pan był łaskaw tu powiedzieć o projektach, na które nie ma środków. Ja uważam, że takim programem w ministerstwie jest program FIO, który tylko obszaruje mówiąc o tym, w jakich obszarach organizacja może się poruszać i ja nie widzę tam formy dyskryminacji dla tego typu projektów. Oczywiście są pewne ograniczenia w projektach bardziej branżowych. W Departamencie mamy program przeciwdziałania bezdomności czy wychodzenia z bezdomności. Jest on wyraźnie nakierowany na tę grupę osób i takie projekty wspieramy, ale z poziomu centralnego mówimy tylko o takiej formie wsparcia, ponieważ na różne działania znacznie większe są nakłady samorządów. To, co nam bardzo przeszkadza i co widzimy też w kooperacji z organizacjami pozarządowymi, to na przykład to, że placówki pobytowe przez długi czas skupiały się na pobytku, to znaczy na zapelnieniu miejsc, a nie na aktywizacji tych osób w celu ich wyjścia z placówki. Krótko mówiąc: „Jak ci nasi bezdomni gdzieś zamieszkają, to co my będziemy robić?”. Trochę trywializuję, ale tak to było. Chcę też powiedzieć, że to, co nowe przed nami, bo Regionalne Programy Operacyjne też idą w kierunku deinstytucjonalizacji. Odchodzimy od molochów na rzecz małych placówek. One są oczywiście bardziej kosztowne, ale i bardziej efektywne. Na to też będą potężne źródła finansowe w regionach w ramach funduszy europejskich. Mam nadzieję, że pojawią się tam takie projekty, po które będzie można sięgnąć. To jest trochę taki okres testowania, bo z dobrych rzeczy się nie rezygnuje. Mieliliśmy kiedyś taki program „Świetlica, praca i staż – socjoterapia w środowisku gminnym”. Dawaliśmy naprawdę niewielkie pieniądze, ale jednak samorzady po nie sięgały. Świetlice powstawały, absolwenci znajdowali pracę i po zakończeniu projektu, który nie trwał dłużej niż dwa lata, te wszystkie świetlice dzisiaj żyją, bo okazały się bardzo potrzebne i żaden samorząd nie miał odwagi z tego zrezygnować, bo były to instytucje, które się po prostu sprawdziły. Myślę, że to jest właśnie kierunek zmian. Pamiętając, że ta kooperacja jest najbardziej potrzebna na poziomie lokalnym, musimy oczywiście zakopywać te luki, ale też próbować robić montaż finansowy. Jeśli mówimy o różnych instytucjach pomocowych na poziomie gminy, to bardzo często nie ma takich potrzeb, żeby ograniczać się do jednej kategorii osób. Być może można w jednej instytucji pracować z różnymi kategoriami osób, realizując różne programy nakierowane na te osoby, zamiast czekać i szukać aż zbierze się grupa, bo często w gminach są to pojedyncze przypadki. Działaliśmy w ten sposób bardzo długo jeśli chodzi o osoby z zaburzeniami psychicznymi. Powstawały Środowiskowe Domy Samopomocy i na początku mieliśmy pewien miszmasz, bo był wspólny typ dla osób chorujących psychicznie i upośledzonych umysłowo. Dopiero kiedy była pełna diagnoza i kiedy te osoby troszkę się ujawniły, można było myśleć o podziale i ta infrastruktura jakoś się rozrastała. Myślę, że to też jest dobry model. Jeśli jakaś struktura powstaje w gminie, powinna służyć dobru

wspólnemu, natomiast powinniśmy precyzyjnie kierować różnego rodzaju programy do różnych osób. Kiedy z kolei mówimy o asystentach rodzinnych, pojawia się pewien problem. Rzeczywiście sam fakt, że asystenci pojawili się w ustawie o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej ukierunkował pracę asystentów na dzieci. A jego rola była troszkę inaczej pomyślana. Miał być trochę kimś takim, kto prowadziłby rodzinę za rękę i wspierał ją. W praktyce się tak nie stało, ponieważ ustawowo zapisane mu zadania są nieadekwatne chociażby do poziomu umiejętności. Jakie kompetencje, taki zakres działania, więc ci asystenci pracują tylko i wyłącznie z dzieckiem i problemami opiekuńczymi. Co nie oznacza, że nie należałoby robić tej nadbudowy. Są asystenci osób niepełnosprawnych, więc powinien pojawić się asystent rodzin dysfunkcyjnych, ale musimy też mieć świadomość, że jest to praca długofalowa, w związku z tym nie należy się spodziewać efektów od zaraz. Z przyjemnością państwa słucham, bo jesteśmy też mądrzejsi państwa wiedzą i staramy się uczyć różnych rzeczy, żeby potem wprowadzać je do różnych programów czy proponować zmiany prawne, które nie przeszkadzałyby, a trochę porządkowały rzeczywistość. Chcę też powiedzieć, że w ramach tej nowej perspektywy jest cały blok mieszkalnictwa wspomagane. Chodzi o to, żeby ta forma się rozwijała, bez względu na to, jak ją nazwiemy. Tylko, że z mojego punktu widzenia to są mieszkania dla usamodzielnionych wychowanków z placówek, którzy często wychodzą donikąd, dla osób uzależnionych, bezdomnych, chorujących psychicznie. Znowu powraca kwestia tego, jakie to będą formy, na jak długo. Te najbliższe działania to też będzie model testowy. Po to, żeby w przyszłości wpisać te formy do prawa. Najpierw staramy się przepracować pewne rzeczy, a potem wprowadzić pewien standard, który nie będzie za wysoki. Bo jak przesadzimy ze standaryzacją usług, to wiemy, co się stanie. Jeśli coś nie będzie miało możliwości realizacji, wylądzuje w szufladzie. To jest czas na rozwój adekwatnych, zindywidualizowanych, dostosowanych do potrzeb usług.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Chciałam jeszcze dopytać. Jakie trzeba posiadać kwalifikacje, żeby zostać asystentem rodzinnym? Żebyśmy znowu nie poszli w złym kierunku. Mamy głos, że asystent rodzinny ma wspierać osobę uzależnioną i również pomagać całej rodzinie. Na poprzednim posiedzeniu mówiliśmy o punktach konsultacyjnych, w których wszystko zaczęło przybierać odrobinę złą formę, bo osoba uzależniona powinna być leczona przez psychoterapeutę lub terapeutę. Jeżeli będzie to robiła osoba, która nie ma żadnego doświadczenia i w zasadzie nawet nie jest podmiotem leczniczym, bo nawet jednostka osobowa powinna być zarejestrowana jako podmiot leczniczy i dopiero wtedy możemy mówić o właściwej pomocy. Jakie więc kwalifikacje powinien spełniać asystent rodzinny i czy taka osoba w ogóle nadaje się, żeby nie tylko wspierać, ale też, jak to tutaj już padło, motywować do leczenia? Jak to wygląda?

Dyrektor Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Krystyna Wyrwicka:

Asystent rodzinny, który jest wpisany w ustawę o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej musi posiadać wykształcenie co najmniej średnie plus mieć odpowiednie szkolenia. Natomiast jego zadania i kompetencje są rozpisane bardzo szeroko. Uspokajam, bo nie pełni on żadnych ról leczniczych. Asystent jest bardziej osobą wspomagającą, wspierającą, prowadzącą po systemie. Nie ma nic wspólnego z terapeutą. Pytanie o to, jak powinno być w przyszłości jest kwestią tego, kto będzie to robił, w jaki sposób zostaną określone kwalifikacje i dla jakich asystentów. W przypadku asystentów osób niepełnosprawnych mamy na przykład wypracowane dwa modele tej asysty. Jest to asysta zatrudnieniowa, czyli coaching oraz asystent osobisty, czyli osoba, która pomaga osobie niepełnosprawnej funkcjonować w codziennym życiu. I tu będziemy wymagali innych kwalifikacji niż od asystenta zawodowego. Wszystko jest kwestią tego, w jaki sposób określimy zadanie i jakie kwalifikacje zostaną przypisane do asystentury.

Pełnomocnik zarządu głównego Stowarzyszenia MONAR Marek Grondas:

Problem polega na tym, że był pewien wzór asystentury rodzinnej wypracowany przez

Towarzystwo Psychoprofilaktyczne. Ludzie, tak jak mówiłem, dwa lata się przygotowywali i realne kompetencje tych asystentów rodzinnych były bardzo szerokie. I one powinny być bardzo szerokie. Taki asystent rodzinny powinien potrafić bardzo efektywnie pracować w kontakcie z rodziną, zdobyć sobie jej zaufanie, powinien praktycznie znać elementy terapii rodzinnej, czyli rozumieć system rodzinny i pomóc zrozumieć rodzinie, którą się zajmuje zrozumieć siebie, żeby w końcu zaczęli się też zajmować efektywnie swoimi dziećmi. A po drodze znaleźć pracę, podnieść wykształcenie i tak dalej. To są kompetencje równe terapeutom środowiskowemu. Pytanie pani poseł dotyczy formalnych spraw, prawda? Jakie to wykształcenie powinno być? Wydaje mi się, że w usługach społecznych jest taka rola, że trudno tutaj odwoływać się do jakichś formalnych stopni wykształcenia. To powinny być bardzo dobre, certyfikowane szkolenia, w wyniku których te kompetencje będą realnie bardzo wysokie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Nie chodziło mi o to, że to musi być wykształcenie wyższe, tylko o specyfikę. Mogę się mylić, ale według mnie osoba, która ma pracować z rodziną, gdzie jest osoba uzależniona, powinna być po studium terapii uzależnień. To samo jeżeli chodzi o psychiatrów. Z całym szacunkiem dla wszystkich lekarzy po specjalizacjach, osoby, które nie mają kontaktu z osobami uzależnionymi, nie robią dodatkowo studium terapii uzależnień – oczywiście nie ma takiego wymogu, żeby robiły – które nie znają specyfiki leczenia uzależnień, żyją po prostu w innym świecie. Kiedy byłam w studium terapii uzależnień, psychiatra powiedział mi, że uzależnienie to nie jest choroba. Z chorobą mamy do czynienia, jeśli ktoś jest chory psychicznie. Pije, bo chce. Bierze, bo chce. Dlatego muszą być to osoby, które faktycznie wiedzą, z jakim pacjentem mają do czynienia. Lekarz psychiatra, z całym szacunkiem, nie jest w stanie leczyć pacjenta uzależnionego.

Przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień Agnieszka Litwa-Janowska:

Rozumiem, że w ramach tego Zespołu dopracowaliśmy się takiego stanowiska, że nie jest to metoda wiodąca, jeśli chodzi o leczenie osób uzależnionych. Nie wyobrażam sobie tego, żeby pomagać, leczyć, czy prowadzić psychoterapię osób uzależnionych bez diagnozy psychiatrycznej i bez konsultacji psychiatrycznych. Jestem przekonana o tym, że czasem farmakoterapia jest metodą wspomagającą, ale jednak nie są to te proporcje. Też czuję się zaniepokojona pana raportem i wnioskami, które moim zdaniem idą w odwrotną stronę w stosunku do tego, czego się dopracowaliśmy. Tak jak mówiłam dwa spotkania, temu, Rada Superwizorów stoi na stanowisku, które przedstawialiśmy Ministrowi Zdrowia. Pierwszym pomysłem miałyby być centra psychiatryczne, gdzie będą włączone uzależnienia. To absolutnie nie jest dobry pomysł. Rozumiem, że idziemy w stronę tego, że psychiatra jest członkiem zespołu interdyscyplinarnego, który pomaga osobie uzależnionej, ale nie jest to główny aspekt jeśli chodzi o pracę z tymi osobami i pomoc w ich wychodzeniu z nałogu. Chcę powiedzieć dobitnie, że w ośrodku, który prowadzę, pacjent nigdy nie podejmuje leczenia bez konsultacji lekarskiej i współpracujemy z psychiatrami. Moim zdaniem pół etatu jest absolutnie nadmiarowe. Mogą być jednostki chorobowe współwystępujące, i z tym się zgadzam, w których psychiatra będzie bardziej potrzebny, ale obawiam się zapisów ustawowych czy zapisów w rozporządzeniach, w których ta proporcja byłaby na rzecz psychiatrii, ponieważ nie jest to wiodąca dyscyplina. To rzeczywiście wymaga pewnej interdyscyplinarności i zgadzam się, że działania pomocy społecznej i asystentury trochę się uczymy od krajów zachodnich. Na przykład przy okazji szkoleń dotyczących pracy z hazardzistami i z osobami uzależnionymi od Internetu mieliśmy możliwość, żeby obserwować jak wygląda leczenie w Niemczech czy w Austrii. I rzeczywiście w Polsce pięknie rozwinęliśmy część dotyczącą pracy w podmiotach leczniczych i jest to dobrze przygotowane, natomiast trochę brakuje tej drugiej części systemu. Nie wszystko wezmą na siebie terapeuci uzależnień. Warto pamiętać o tym, żeby takie możliwości konsultacji były także w ramach ośrodków, które są prowadzone. Przy tej okazji mogę powiedzieć, że w moim ośrodku sprawdza się możliwość skonsultowania spraw u pracownika socjalnego czy osoby, która zajmuje się pomocą socjalną, czy zatrudniamy doradcę zawodowego, czy są porady prawne także dzięki

temu trzeciemu obszarowi, czyli funduszowi hazardowemu, z którego korzystamy. Pozostaje pytanie, jak to skoordynować i myślę, że dzisiaj właściwie o tym rozmawiamy. Czy rzeczywiście mają być skrajne stanowiska, tak jak dzisiaj to usłyszeliśmy w przypadku PARPY i Krajowego Biura. Zgadzam się z tym, że osoby uzależnione od alkoholu nierzadko potrzebują czasem obszerniejszej pomocy socjalnej i readaptacji czy przeciwdziałania wykluczeniu. Trudno wyłącznie w takim kontekście o tym myśleć, natomiast rozumiem, że dzisiaj rozmawiamy o tym, jak współpracować, jak rozkładać akcenty. Wczoraj miałam okazję być na spotkaniu Małopolskiej Rady Przeciwdziałaniu Uzależnieniom, której jestem członkiem i wysłuchałam raportu dotyczącego badań ESPAD i kwestii związanych z dopalaczami. Była mowa o kwocie, która się pojawia w wyniku kar nakładanych na producentów czy dystrybutorów dopalaczy. W budżecie małopolskim całoroczna kwota, która jest przeznaczona na przeciwdziałanie uzależnieniom to około dwóch milionów złotych i jest ona równoważna z kwotą nakładanych kar. Zapytałam, na co te kary dalej idą, ale właściwie nikt nie wiedział. Być może jest możliwe, żeby wpłacać na organizacje pozarządowe z jakimś pomysłem na cel leczenia czy pomocy dla osób uzależnionych jeśli taka kara jest nakładana. Podobno są problemy ze ściągalnością, ale nawet jeśli ma to być dwadzieścia procent, tak jak usłyszałam, nadal jest to trochę pieniędzy.

Prezes Stowarzyszenia Jump'93 Jacek Charmast:

Proszę państwa, w latach siedemdziesiątych MONAR doprowadził do tego, że wyszliśmy z modelu pomocy, który można nazwać teraz modelem medycznym czy psychiatrycznym. Cała Europa Wschodnia zajmowała się uzależnionymi w ten właśnie sposób poprzez szpitale psychiatryczne. Novum MONAR-u polegało na tym, że ci pacjenci zostali z tego szpitala wyprowadzeni, ale w tym momencie weszliśmy w nowy model. Model monokultury terapeutycznej, że można udzielić pomocy bez lekarza i lekarz w zasadzie jest zbędny. W zasadzie wszystkie organizacje, które zajmują się pomocą osobom uzależnionym, łącznie z MONAR-em, mówią o tym, że jednak trzeba odejść od monokultury terapeutycznej w kierunku modelu zrównoważonego podejścia. Proponujemy, by psychiatra funkcjonował w ramach zintegrowanych zespołów, gdzie są terapeuci, psychoterapeuci, pracownicy socjalni i może też inni pomagacze. Wydaje mi się, że mówienie, że należy zmierzać w kierunku remedykalizacji to złe rozumienie tego, co powiedziałem. Jak psychiatra może zajmować się terapią substytucyjną w leczeniu podwójnej diagnozy, gdy jest zatrudniony na jedną czwartą etatu? Jak może tych pacjentów widzieć, skoro jest to często konieczne kilka razy w tygodniu? Osoba leczona substytucyjnie musi pojawiać się często, a w pierwszych miesiącach leczenia codziennie w placówce. I to jest w zasadzie odpowiedź na to pytanie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Może zatem nie generalizować? Pierwszą pana wypowiedź zrozumiałam tak, że należy poszerzyć rolę psychiatry we wszystkich ośrodkach. Być może to dopowiedzenie troszeczkę wyjaśniło.

Prezes Stowarzyszenia Jump'93 Jacek Charmast:

Pani przewodnicząca, powiedziała pani też o tym, że psychiatrzy często nie widzą w uzależnieniu chorobowości. Natomiast zdziwiłaby się pani, ilu terapeutów twierdzi na przykład, że uzależnienie nie jest chorobą, tylko formą separowania się od problemów. Wielu terapeutów tak uważa. Na przykład szkoła Marka Licińskiego od wielu lat stawia taką tezę.

Pełnomocnik zarządu głównego Stowarzyszenia MONAR Marek Grondas:

Chcę wyjaśnić nieporozumienie, bo próbowałem powiedzieć, że będziemy stali wobec pewnego problemu uzgodnienia roli psychiatrii i terapii w różnych formułach pracy z ludźmi. To będzie zawsze temat kontrowersyjny i nie chodzi chyba o to, żebyśmy – czy tutaj, czy w innych formach debaty publicznej – spierali się i próbowali dowieść, kto ma rację, tylko żebyśmy rozumieli pewien rodzaj współpracy, do którego musimy tutaj dochodzić. Na razie nam to nie wychodzi, bo na przykład w różnych propozycjach aktów prawnych, pokazujących jak ma w przyszłości

wyglądać zatrudnienie terapeutów i psychiatrów w ośrodkach stacjonarnych jest zdecydowane naruszenie proporcji i zatrudnienie psychiatry jest w bardzo dużym wymiarze i jest zdecydowanie bardziej punktowane. Powiedziałbym, że to jest niebezpieczne, bo wyobrażanie sobie, że psychiatra będzie odbywał wiodącą rolę w terapii, w społeczności terapeutycznej, gdzie on, co jest oczywiste, pełni rolę pomocniczą, choć ważną, to jest efekt tego, że my jako terapeuci uzależnień nie mamy reprezentacji. W różnych gremiach reprezentują nas psychiatry. Również w gremiach, które zajmują się projektami aktów prawnych i to na pewno warto by było zmienić. Ale ten dysonans zawsze będzie i myślę, że warto się z tym obchodzić bardzo delikatnie, żeby nie doprowadzić do jakiegoś konfliktu środowiskowego, żebyśmy sobie nawzajem nie udowadniali, nie walczyli ze sobą, bo trzeba się nauczyć współpracy.

Dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Czarnym Borze Jacek Kasprzak:

W zasadzie pojawiło się parę wątków, które skłoniły mnie do zabrania głosu. Reprezentuję placówkę, w której już od mniej więcej szesnastu lat robię program wieloaspektowy. Są tam placówki stacjonarne, pięć poradni, hostel, oddział dzienny, poradnię zdrowia psychicznego, więc jest to dosyć rozbudowany kompleks i przez to zakres usług jest dosyć duży. Mój hostel jest jednym z tych pięciu w Polsce finansowanych przez NFZ i uważam, że to jest bardzo dobry sposób, ponieważ uzależnieni od alkoholu, a tak naprawdę jeszcze od różnych innych substancji mają czas na to, żeby spokojnie wrócić do środowiska. Zanim powstał hostel, prowadziliśmy program dla bezdomnych. Okazało się, że tych bezdomnych nie ma, że to jest fikcja, że to są osoby, które mają realne miejsce zamieszkania, mają możliwość powrotu i w związku z tym zrezygnowaliśmy z tej formy prowadzenia programu. Później był pomysł na to, żeby powstał hostel, który pomaga w znalezieniu pracy i znalezieniu sobie mieszkania osobom, które mają z reguły większe kłopoty w funkcjonowaniu społecznym, poznamy i to dosyć dobrze wychodzi. Mam też oddział, który określaną jest mianem oddziału podwójnej diagnozy, chociaż teraz właśnie wracam ze spotkania zespołu ekspertów w PARP-ie i ta podwójna diagnoza jest różnie rozumiana. Pan profesor, który tam się wypowiada, twierdzi, że to, co finansuje NFZ nie jest podwójną diagnozą tylko tak zwana współzachorowalność, czyli oprócz uzależnienia od alkoholu i uzależnienia od narkotyków występuje tak naprawdę wiele zaburzeń – i osobowości, i zaburzeń nerwicowych. Jest tego całe spektrum. To, co jest w koszyku świadczeń w zasadzie nie spełnia kryterium podwójnego rozpoznania, bo tak naprawdę to powinno być tylko rozpoznanie związane ze schizofrenią, depresją, zaburzeniami schizoafektywnymi czy też niektórymi przypadkami zaburzeń osobowości, głównie borderline. Takich oddziałów jest w Polsce osiem. Dziwi mnie ten czas oczekiwania, który był tutaj podany, osiem miesięcy. U mnie czeka się maksymalnie trzy-cztery tygodnie, bo – wbrew pozorom – tych pacjentów nie ma aż tak wielu. Być może trafiają oni do systemu leczenia psychiatrycznego, a nie odwykowego i być może tam uzyskują pomoc. Natomiast u nas jest sporo pacjentów głównie z rozpoznaniami zaburzeń organicznych. Typowych schizofreników i tych z depresją jest stosunkowo mało. Jeżeli chodzi o rolę psychiatry, kilka spotkań temu postulowaliśmy, żeby w ogóle wyłączyć leczenie uzależnień z psychiatrii, dlatego że w związku z reprezentowaniem nas przez psychiatrów, o którym mówił kolega Marek, jest dużo nieporozumień. Nie każdy psychiatra wykazuje tyle chęci, żeby to dobrze zrozumieć i dobrze się tym zająć. Niestety znam wielu psychiatrów, którzy zupełnie nie mają serca i absolutnie nie chcą się zajmować osobami uzależnionymi. Dla nich prawdziwa praca lekarza psychiatry to leczenie depresji, schizofrenii. Można ich zrozumieć. Ale też od jakiegoś czasu postulujemy, do NFZ-u i nie tylko, żeby do takiej codziennej pracy dopuścić też lekarzy o innych specjalnościach: internistów, neurologów, którzy by w znacznym stopniu mogli odciążać innych. Wtedy powstają bardzo dobrze funkcjonujące zespoły interdyscyplinarne. Lekarz psychiatra jest konsultantem medycznym, który konsultuje i diagnozuje najważniejsze problemy, natomiast dla wielu pacjentów, którzy są schorowani chociażby w związku z długoletnim zażywaniem, dobry internista czy neurolog jest wystarczającym specjalistą.

Chciałem powiedzieć, że ten system działa, jeśli chodzi o leczenie odwykowe, które moim zdaniem jest dosyć dobrze skonstruowane. Niestety, przynajmniej moje, doświadczenia z kontaktami z doradcami społecznymi są fatalne. Z reguły były to osoby źle wykształcone, które raczej rujnowały pracę terapeutyczną i czasami ich wejścia w rodzinę były niefortunne. Ale z drugiej strony teraz jest kilka osób, które zapisały się do naszej szkoły psychoterapii, a które są właśnie pracownikami socjalnymi i pełnią też funkcję asystenta rodziny, więc jest nadzieja, że połączenie tego rodzaju wykształcenia da perspektywę na przyszłość. Myślę, że ta droga byłaby dobrą drogą. Tworzenie porozumień na bazie centrów, które niekoniecznie muszą być centrami zdrowia psychicznego, ale odwrotnie – centra leczenia uzależnień, które by integrowały to, co wy robicie z narkomanami, to co my robimy z alkoholikami. Można powiedzieć, że często jest to jedna rodzina, bo tatuś pije, dziecko zażywa i tak naprawdę są dwa różne systemy. Myślę, że na takim poziomie uda się to integrować. Wychodzi to wtedy, kiedy udaje się znaleźć pieniądze. Nie byłbym takim pesymistą.

**Główny specjalista ds. Lecznictwa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii
Katarzyna Żylińska:**

Po pierwsze, nie chciałam polaryzować stanowiska Biura i PARPY. Chciałam tylko powiedzieć, że statystycznie człowiek uzależniony od substancji psychoaktywnych jest jednak bardziej zdewastowany i wymaga większych interwencji w zakresie readaptacji. Nawet osoby, o których wspominał pan Marek, mające specjalne efekty po dopalaczach to często nie są jeszcze osoby uzależnione i one nie wymagają readaptacji. Mówiłam o osobach już uzależnionych. One naprawdę wymagają intensywnych działań. PARPA ma swoje stanowisko, uważa że większości pacjentów być może nie są potrzebne aż tak intensywne działania jak u nas. Chciałam jeszcze wrócić do wątku, który pani podjęła. Zastanawiałam się, jaki jest problem z małą dostępnością CISów i w ogóle opieki społecznej dla osób uzależnionych od narkotyków. Powiedziała pani, że pomoc społeczna jest w samorządach i zaczęłam się zastanawiać. Pierwsza sprawa to rejonizacja. Te osoby często nie mają adresu i żeby zgłosić się po pomoc muszą podać jakikolwiek adres. To nie jest też tak, że one są bezdomne. Mieszkają gdzieś, ale osoba, u której mieszkają nie chce, żeby podawać ten adres. W tym momencie są już wycięte z systemu. Druga rzecz: do konkretnego CISu może się zgłosić osoba, która jest zameldowana na danym terenie. Osoby, które opuszczają ośrodki leczenia uzależnień często nie trafiają tam, gdzie są zameldowane. Być może tu jest jakiś klucz. Być może zanim powstanie ten zintegrowany system, będzie można tę kwestię uregulować wcześniej, żeby zwiększyć tę dostępność.

Pełnomocnik zarządu głównego Stowarzyszenia MONAR Marek Grondas:

Chcę powiedzieć o dwóch obszarach ruszania przepisów prawnych, które wynikają z tego, że to prawo jest niedostosowane do rzeczywistości. Po pierwsze, często jest tak, że rzeczywiście ktoś, kto używa narkotyków, nie spełnia medycznych kryteriów uzależnienia. Ale jednocześnie jego sytuacja społeczna, na przykład bardzo destrukcyjnie oddziałująca rodzina czy silny związek ze źle wpływającą na niego grupą rówieśniczą, powodują, że jedynym efektywnym sposobem pomocy jest zaproponowanie mu ośrodka. Ośrodki nie przyjmują osób, które mają rozpoznanie używania szkodliwego. W związku z tym, żeby posłać takiego człowieka do ośrodka, muszę mu dać rozpoznanie uzależnienia. Robię tak ja i robi tak bardzo wiele osób z całego środowiska, ratując ludzi i mając też świadomość, że troszeczkę zostaje nagięte prawo. Mamy też do czynienia ze sporą ilością ludzi uzależnionych od alkoholu, którym terapia behawioralno-poznawcza nie wystarcza. Te pięćdziesiąt sześć dni rozmyślenia i pisanie sprawozdań na temat swojego uzależnienia nie wystarcza człowiekowi, któremu potrzebne są naprawdę głębokie zmiany w funkcjonowaniu intrapsychoicznym. W związku z tym, często zdarza się, że człowiek po kilku nieudanych terapiach odwykowych od alkoholu, jeżeli naprawdę bardzo chce, jest to wskazanie dla mnie do tego, żeby go zmotywować, przygotować i wysłać do ośrodka leczenia uzależnienia od substancji innych niż alkohol. I tutaj też będziemy mieli do czynienia z przypadkiem naruszenia prawa, bo ja mu muszę dać inne rozpoznanie. Mam wiele dowodów na

to, że taka terapia w ośrodku dla osób uzależnionych od narkotyków jest dla niektórych alkoholików jedynym sposobem. Ważne by było, żeby połączyć na najniższym poziomie leczenie osób uzależnionych od alkoholu i leczenie osób uzależnionych od narkotyków, bo różne formy terapii okazują się użyteczne dla różnych ludzi, bez względu na to, od jakiej substancji się oni uzależnili.

Przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień Agnieszka Litwa-Janowska:

Usłyszałam dwa stereotypy rodem z bajki sprzed piętnastu, a może dwudziestu lat. Pierwszy taki, że terapia uzależnień poszła w stronę unikania wyłącznie terapii, a rezygnacji z leczenia i brania pod uwagę diagnozy nozologicznej i pomocy psychiatrycznej. Moim zdaniem nie mamy kłopotu z miejscem leczenia, farmakoterapią i udziale psychiatrów w zespole, który leczy i pomaga osobie uzależnionej. To jest jakaś stara historia. Wydaje mi się, że stereotypem jest również myślenie o tym, że leczymy wyłącznie behawioralno-poznawczo i że to jest inna psychoterapia. Mam wrażenie, że to na poziomie leczenia pacjentów i ośrodków jest już zupełnie inna historia. Integrujemy podejścia, w różnych ośrodkach jest różnie, ale mamy dobrą orientację dotyczącą tego, jak jest w różnych miejscach i myślimy o tym, że paradygmat też czasem jest istotny, jeśli chodzi o to jaki jest pacjent i jaka metoda będzie dla niego dobra. Jestem znacznie lepszego zdania o systemie lecznictwa uzależnień. Staram się nie myśleć podziałami.

Prezes Stowarzyszenia Jump'93 Jacek Charmast:

To są dwa obszary, które różnie pomagają. Tak to widzę i pewnie wiele osób tak to widzi. Natomiast na pewno jest wiele osób z depresją opuszczających tak zwane ośrodki „drug free”, gdzie tą depresją nikt się nie zajmował przez całe leczenie. Mam do czynienia z takimi osobami. Mamy jeden z najniższych wskaźników w Europie leczenia substytucyjnego, leczenia podwójnej diagnozy. Jeżeli chodzi o terapię substytucyjną, jesteśmy dosłownie na ostatnim miejscu w Europie. Tak to wygląda. Zupełnie inaczej wygląda to z perspektywy Warszawy. W Warszawie mamy tysiąc miejsc leczenia, połowę tego, co w Polsce, ale był taki czas w 2004 roku kiedy było tylko dwieście miejsc i dosłownie tysiące bezdomnych narkomanów oblegały dworce i okolice. Dopiero działania miasta, wspólne działania NFZ-u i Krajowego Biura doprowadziły do potrojenia tych miejsc w ciągu kilku lat. Ten problem zniknął, a nawet zniknął popyt na heroinę w tym czasie. To lekarze zrobili ten przewrót i doprowadzili do tej wielkiej zmiany. W tej chwili stoimy przed kolejnym dużym wyzwaniem. Cały czas mówimy o podwójnej diagnozie, nowych substancjach, które ją powodują i rosnącym popycie na te substancje.

Główny specjalista ds. Lecznictwa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Katarzyna Żylińska:

Chciałam powiedzieć jeszcze parę zdań nie w temacie naszego dzisiejszego spotkania, natomiast wydaje mi się, że ważny jest poruszony tutaj temat centrów leczenia uzależnień. Ostatnio do Biura, do PARPY i pewnie do innych instytucji również trafiły projekty zmian różnych ustaw. W tej chwili jest procedowany Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, gdzie w ogóle nie ma mowy o leczeniu uzależnień. To wynika z naszej inicjatywy, natomiast całkowity brak odniesienia, nawet brak takiego zdania, że leczenie uzależnień będzie organizowane i finansowane na innych zasadach nas bardzo niepokoi. Jako Biuro postulujemy, aby taki zapis był. Chcielibyśmy, żeby leczenie uzależnień nie zostało wchłonięte przez psychiatrię. To jest jeden z naszych głównych postulatów. Jest też procedowana zmiana w ustawie o świadczeniach gwarantowanych i kiedy analizuje się tam na przykład systemy lecznictwa szpitalnego, ani na oddziałach ogólnych, ani psychiatrycznych też nie ma leczenia uzależnień. Zaczęliśmy się zastanawiać, jaki akt prawny powinien regulować leczenie uzależnień, bo w tym momencie tak naprawdę nie ma nas nigdzie i bardzo nas to niepokoi. Oczywiście są to świadczenia gwarantowane w koszyku świadczeń gwarantowanych, natomiast warto byłoby się zastanowić, być może w ramach tego Zespołu, i przedsięwziąć jakieś inicjatywy. Żeby tę lukę wypełnić nie

tylko czekaniem, gdzie nas włożą, ale też może zaproponować coś konstruktywnego, co zintegruje różne działania związane z leczeniem uzależnień.

**Dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Czarnym Borze
Jacek Kasprzak:**

Rozmawialiśmy w PARPIE między innymi o tym, że jest ustawa o sieci szpitali i mają być podzielone na pięć poziomów: powiatowe, wojewódzkie, specjalistyczne i ogólnopolskie, w tym dziecięce. Nie ma tam nigdzie miejsca na leczenie uzależnień, więc jest to dla nas bardzo niebezpieczny moment.

**Główny specjalista ds. Lecznictwa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii
Katarzyna Żylińska:**

Jest jeszcze jedna obawa, ponieważ ustawa o ochronie zdrowia psychicznego mówi, że obejmuje osoby z zaburzeniami psychicznymi, a nie ma definicji zaburzeń psychicznych. Pozostaje pytanie, czy osoby z zaburzeniami w związku z używaniem substancji zaliczają się do tej grupy. Bo można też interpretować ten problem jako problem dotyczący naszej grupy, ale to nie jest nigdzie określone.

**Dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Czarnym Borze
Jacek Kasprzak:**

Jest jeszcze kwestia pracy z osobami współuzależnionymi. Albo szerzej, unikając używania tego pojęcia, z osobami z rodziny osoby uzależnionej. Aktualnie obowiązujące przepisy ustawy o świadczeniu opieki zdrowotnej wymieniają osoby, które nie muszą mieć skierowania, żeby skorzystać z opieki ambulatoryjnej i wśród tych osób nie ma rodzin osób uzależnionych. Są osoby uzależnione, a nie ma rodzin. W związku z tym niektóre oddziały NFZ nakładają na poradnie czy na inne placówki kary, jeżeli te pracują z osobami współuzależnionymi, a nie potrafią przedstawić skierowań. Nie muszę państwu mówić, że taki wymóg skierowania stanowi bardzo poważną barierę, która utrudnia niesienie pomocy osobom współuzależnionym.

Przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień Agnieszka Litwa-Janowska:

Na przedostatnim spotkaniu złożyłam pismo do Ministra Zdrowia w sprawie skierowań w imieniu środowiska Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień. Taka sytuacja drastycznie ograniczy dostęp do leczenia członkom rodzin, a to jest tak naprawdę cały czas kwestia zintegrowania systemu. Cały czas o tym mówimy. Te osoby już w ogóle zostaną wykluczone z leczenia, bo tabu i wstyd związane z problemem uzależnienia, wszystko jedno czy od substancji psychoaktywnych, czy uzależnienia niechemicznego, spowoduje, że nie będziemy mieć kogo leczyć, będziemy ich leczyć gdzie indziej w dużo mniej dopasowany sposób lub zostaną sami.

**Główny specjalista ds. Lecznictwa Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii
Katarzyna Żylińska:**

Krajowe Biuro ma bardzo podobne stanowisko i już nawet ustnie ustalaliśmy z pracownikami Ministerstwa Zdrowia, jak ten zapis ma wyglądać. Ich propozycja była taka, żeby nie było potrzeba skierowań w zakresie lecznictwa uzależnień. Tłumaczyli, że to oznacza, że wszyscy są nim objęci, łącznie z rodzinami. My jednak postulowaliśmy, żeby było to wyodrębnione, bo nie każdy to tak przeczyta. Mimo że są to świadczenia gwarantowane, żeby było wspomniane, że to jest w zakresie leczenia uzależnień, w tym osób bliskich i rodzin pacjentów i także w placówkach pomocy psychiatrycznej, bo tam też trafiają takie osoby.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Chciałam się jeszcze odnieść do pana wystąpienia. Mówił pan o osobach uzależnionych, które po terapii bardzo często mają depresję. Wydaje mi się, że tutaj nie możemy mówić o depresji tylko o obniżonym nastroju. Jest to naprawdę bardzo duża różnica. Depresję mają osoby, które w

zasadzie nie wstają, nie wychodzą z domu, a wiadomo, że osoby uzależnione przychodząc na terapię mają obniżony nastrój, tak samo zresztą jak po terapii. Chciałam też powiedzieć, że jeżeli mówimy o osobach uzależnionych, wszyscy terapeuci pracujący w ośrodkach leczenia uzależnień od alkoholu mówią, że te pięćdziesiąt sześć dni to jest początek drogi. Nie mówimy, że jest to koniec terapii tylko początek drogi. Nie mówmy, że terapia kończy się po tych pięćdziesięciu sześciu dniach. Wszyscy dobrze wiemy, że terapia jest procesem, który, w połączeniu z abstynencją, prowadzi do zmiany sposobu zachowania, funkcjonowania, myślenia. O trzeźwieniu osoby mówimy dopiero wtedy, gdy te dwie drogi idą równolegle. Merytorycznie zeszliśmy całkowicie od tematu. Teraz Piotr podsumuje.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Mam wrażenie, że to zejście od tematu też pokazało kluczowe kwestie, które pozostają jak najbardziej aktualne w takiej dziedzinie jak readaptacja społeczna. Na początku miałem wrażenie, że readaptacja społeczna osób uzależnionych właściwie odbywa się w Polsce tylko teoretycznie, bo wszystkie wypowiedzi wskazywały, że jest to coś, co nie istnieje. Dopiero w toku dalszych wypowiedzi bliżej nam do takiego stwierdzenia, że chyba readaptacja jest możliwa przy wykorzystywaniu i rozwijaniu, często nawet już istniejących, form i inicjatyw przy zachowaniu dwóch warunków: międzyresortowej współpracy i skutecznej koordynacji. Chyba kluczową kwestią na dziś jest to przez kogo te działania miałyby być koordynowane, bo to jest pytanie, na które najtrudniej znaleźć odpowiedź. Jeśli chodzi o współpracę, to kiedy znajdą się dobre, warte poparcia inicjatywy, jestem przekonany o tym, że i współpraca się otworzy. Bardzo dziękuję. Mam takie poczucie, że to był naprawdę jeden z trudniejszych tematów, ale też ciekawszych. Dziękuję bardzo.

Asystent poseł Kornelii Wróblewskiej (N) Wojciech Trybocki:

Chciałem powiedzieć, że wszystko, o czym przed chwilą słyszałem to sens istnienia i pracy naszego Zespołu. Ta praca na pewno zaowocuje tym, że koordynacja to będzie dopiero początek. Zespół powstał też po to, żeby to przepracować i pójść w tym kierunku. Świadomość społeczna w kwestii uzależnień nadal jest niska. Nawiązując do słów pani poseł chciałem jeszcze powiedzieć, że droga trzeźwienia jest dożywotnia.

Pełnomocnik zarządu głównego Stowarzyszenia MONAR Marek Grondas:

Nieprawda. Od 2008 roku definicja Światowej Organizacji Zdrowia mówi o tym, że uzależnienie jest chorobą chroniczną, lecz uleczalną. Proszę mi wierzyć, można to sprawdzić.

Asystent poseł Kornelii Wróblewskiej (N) Wojciech Trybocki:

Uważam, że choroba alkoholowa jest chorobą nieuleczalną. Można zatrzymać jej rozwój, ale się jej nie wyleczy. Chciałem tylko to powiedzieć. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję wszystkim państwu za wystąpienia, dziękuję za różne głosy. Wspólnie wypracujemy jakieś kierunki i mam nadzieję, że głos naszego Zespołu weźmie pod uwagę ministerstwo przy opracowywaniu systemu lecznictwa uzależnień, jak i kolejnych ustaw. Dziękuję ślicznie.