

**Parlamentarny
Zespół ds.
Rozwiązywania
Problemów
Uzależnień**



VIII kadencja

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **PARLAMENTARNEGO ZESPOŁU
DS. ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ
z dnia 15 listopada 2016 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Parlamentarnego Zespołu

ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień

15 listopada 2016 r.

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

- 1. System przeciwdziałania uzależnieniom wobec pacjentów uzależnionych o szczególnych potrzebach (m.in. dzieci i młodzież, przewlekle chorzy, samotni rodzice opiekujący się małymi dziećmi, osoby z niepełnosprawnością).**
- 2. Dostępność pomocy terapeutycznej dla członków rodzin osób uzależnionych.**

W posiedzeniu udział wzięli członkowie zespołu: poseł **Małgorzata Zwiercan (WiS)** - przewodnicząca zespołu, poseł **Stefan Romecki (Kukiz'15)**, także zaproszeni goście: **Dariusz Poznański** – zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, **Marek Woch** – pełnomocnik prezesa NFZ ds. kontaktów z organizacjami pozarządowymi, **Krzysztof Brzózka** – dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, **Bogusława Bukowska** - zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, **Jadwiga Fudała** – kierownik Działu Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, **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, **Henryk Kędzierski** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stanominie, **Ewa Gawin** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Opolu, **Jolanta Celebucka** – kierownik poradni Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia, **Bożena Bereda** – Fundacja KARAN, **Marek Grondas** – pełnomocnik Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR ds. Leczenia, Terapii i Rehabilitacji, **Władysław Keler** – sekretarz Krajowej Rady Związków i Stowarzyszeń Abstynenckich, **Marek Kulesza** – Fundacja KARAN, **Andrzej Rosiński** – Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików, **Wojciech Trybocki** – asystent posła Kornelii Wróblewskiej, **Piotr Szypiorowski** – asystent przewodniczącej Zespołu.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dzień dobry Państwu. Otwieram XII posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień. Witam przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, pana Dariusza Poznańskiego, dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego, pana Marka Wocha, pełnomocnika Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. Kontaktów z Organizacjami Pozarządowymi, pana dyrektora PARP-y, pana Krzysztofa Brzózkę, witam panią Jadwigę Fudałę, kierownik działu leczenia odwykowego PARPA, witam panią Bogusławę Bukowską, zastępcę dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, witam panią Katarzynę Żylińską, głównego specjalistę działu leczenia Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, witam dyrektorów WOTUW-ów: panią Ewę Gawin, panią Jolantę Celebucką, pana Jacka Kasprzaka, witam również pełnomocnika Stowarzyszenia MONAR, pana Marka Grondasa, przedstawiciela Fundacji Karan, panią Bożenę Beredę i sekretarza Krajowej Rady Związków i Stowarzyszeń Abstynenckich, pana Władysława Kelera. Witam wszystkich pozostałych gości, witam również posłów. W porządku posiedzenia znalazły się dzisiaj dwa tematy: System przeciwdziałania uzależnieniom wobec pacjentów uzależnionych o szczególnych potrzebach (m.in. dzieci, młodzież, przewlekle chorzy, samotni rodzice opiekujący się małymi dziećmi, osoby z niepełnosprawnością. Drugim punktem naszego posiedzenia będzie dostępność pomocy terapeutycznej dla członków rodzin osób uzależnionych oraz dostępność pomocy dzieciom wychowującym się w rodzinach z problemem uzależnienia. Jeszcze raz wszystkich witam i oddaję głos mojemu asystentowi, Piotrowi.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dzisiejsze posiedzenie jest szczególnie ważne ze względu na tematykę dlatego, że to od państwa, od członków Zespołu, a także od specjalistów i praktyków zajmujących się uzależnieniami, zdobyliśmy wiedzę o pewnych trudnościach, które występują w systemie leczenia odwykowego i są związane z pacjentami o niestandardowych potrzebach. Naszym założeniem jest poznanie głównych wyzwań, które stoją przed systemem w tym aspekcie. Drugim tematem jest kwestia dostępności pomocy terapeutycznej dla członków rodzin osób uzależnionych w kontekście wymogu skierowań przed Narodowy Fundusz Zdrowia i obecnie obowiązujących zapisów prawnych w tym obszarze. W tym samym temacie będzie interesował nas również wymóg skierowań dla osób uzależnionych niechemicznie. Zaczniemy od pierwszego punktu posiedzenia: System przeciwdziałania uzależnieniom wobec pacjentów o szczególnych potrzebach. O przedstawienie stanowiska poprosiliśmy Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Po ich przedstawieniu będą mieli państwo możliwość zadawania dodatkowych pytań oraz włączenia się do dyskusji, a następnie przejdziemy do punktu drugiego. Proszę o przedstawienie stanowiska Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Krzysztof Brzózka:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, chciałbym poprosić o zreferowanie danych, które przygotowaliśmy panią Jadwigę Fudałę.

Kierownik Działu Lecznictwa Odwykowego Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Jadwiga Fudała:

Witam wszystkich. Dysponujemy danymi dotyczącymi wieku pacjentów leczących się w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu i tych pacjentów w naszych placówkach jest bardzo niewielu. Stanowią oni dwie dziesiąte procenta wszystkich zarejestrowanych i jest to liczba trzystu czterdziestu sześciu osób. Są to osoby, które mają mniej niż dziewiętnaście lat. Część osób nieletnich mających problemy z alkoholem leczy się w opiece psychiatrycznej, część leczy się we wspólnych placówkach dla dzieci i młodzieży zorganizowanych zarówno dla osób

uzależnionych od alkoholu, jak i innych substancji psychoaktywnych. Już dawno porozumieliśmy się w tej sprawie z Krajowym Biurem – tworzenie odrębnych placówek dla młodzieży mającej problemy alkoholowe niespecjalnie ma sens, ponieważ często nie są to problemy rangi uzależnienia. Rozwinięcie uzależnienia od alkoholu wymaga trochę dłuższego czasu, natomiast na pewno jest to szkodliwe używanie alkoholu czy eksperymentowanie z różnymi substancjami. Jeżeli chodzi o osoby nieletnie, to tak naprawdę w systemie mamy zarejestrowanych kilka placówek leczenia uzależnienia od alkoholu dla osób nieletnich. To jest bardzo niewiele. Dzieci i młodzież, jeżeli trafiają do placówek leczenia uzależnienia od alkoholu, do poradni, mają prawo również tam uzyskać świadczenia zdrowotne, albowiem nie są to placówki adresowane wyłącznie do dorosłych. Nieco inaczej jest w psychiatrii. W psychiatrii jest podział na placówki zdrowia psychicznego dla dzieci i dla osób dorosłych. U nas są ogólne placówki oraz placówki szczególne dla dzieci, w związku z czym dzieci i młodzież mogą trafiać również do tych placówek ogólnych. Najczęściej nie uzyskują tam mocno wyspecyfikowanej oferty, ponieważ jest ich stosunkowo niewiele. Jeżeli chodzi o osoby, które powinny się leczyć, a mają pod opieką dzieci, w systemie rozwiązywania problemów alkoholowych nie mamy specjalnych placówek dla rodziców, którzy się leczą i jednocześnie mogą mieć szansę zaopiekowania swoich dzieci. Wygląda na to, że nie jest to bardzo duża potrzeba, zwłaszcza że nasze leczenie jest leczeniem krótkoterminowym i mamy bardzo dobrze rozwiniętą sieć placówek dziennych, czyli oddziałów dziennych. Umożliwia to jednoczesne opiekowanie się dzieckiem i dość intensywne leczenie w warunkach niestacjonarnych. Jeżeli chodzi o osoby chore przewlekłe i niepełnosprawne, to od pewnego czasu próbujemy badać placówki leczenia uzależnienia od alkoholu pod kątem przyjmowania lub ograniczania dostępności dla osób z różnego rodzaju niepełnosprawnościami, ale również różnego rodzaju dysfunkcjami społecznymi czy nieumiejętnościami. Tutaj rzeczywiście obserwujemy ogromny i niemający się zmniejszać problem z ograniczeniem dostępu dla osób niesłyszących. Bo o ile dla osób niedosłyszących ten deklarowany dostęp jest nieco większy, o tyle osoby niesłyszące mają sporadycznie możliwość leczenia się w placówkach ambulatoryjnych wtedy, kiedy jest tam terapeuta posługujący się językiem migowym. Nie wiadomo z jakiego powodu, i w naszej opinii jest to nieuzasadnione, zaledwie czterdzieści procent placówek leczenia uzależnienia od alkoholu deklaruje przyjmowanie osób niewidomych. Osoba niewidoma, która dość sprawnie porusza się w środowisku, czyli potrafi dojść do placówki leczenia uzależnień albo być w placówce leczenia uzależnień, dość szybko potrafi się zaadaptować z pomocą personelu i innych pacjentów. Takie osoby nie powinny być nieprzyjmowane na leczenie stacjonarne, a jednak tak się dzieje. W regulaminach wielu placówek jest zapisane, że osoby, które nie widzą, nie mogą realizować programów terapeutycznych. Z naszego punktu widzenia jest to niewłaściwe. Część placówek, chociaż dzięki przeprowadzonym inwestycjom jest ich coraz mniej, deklaruje ograniczenie dostępności dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Jest to dwadzieścia cztery procent, czyli wciąż co czwarta placówka. Obiekty, którymi dysponują, ciągle jeszcze nie są przystosowane. Nie dysponują windami i specyficznymi udogodnieniami, które pozwolą tym osobom partycypować w leczeniu. Jest także spore ograniczenie dla osób, które cierpią na upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym, jak również organiczne zaburzenia psychiczne w stopniu umiarkowanym. Takie osoby mogą w czterdziestu procentach liczyć na pomoc placówek leczenia uzależnienia od alkoholu. W większym stopniu, jeśli te ograniczenia mają charakter lekki. Osiemdziesiąt jeden procent naszych placówek deklaruje przyjmowanie osób, które są nosicielami chorób zakaźnych, co współcześnie również nie znajduje żadnego uzasadnienia. Natomiast zupełnie budzące niepokój i nieuzasadnione jest odmawianie przyjęcia osobom, które nie piszą lub nie czytają. Jak wiemy, programy terapeutycznie można realizować niekoniecznie za pomocą tego typu metod, a jednak blisko jedna piąta placówek oczekuje od pacjentów biegłości w pisaniu i czytaniu. Nie jest to w końcu uniwersytet. Te ograniczenia dostępności są i w niektórych przypadkach wydają się uzasadnione barierami nie do przeskoczenia przez pracowników lecznictwa odwykowego. Na przykład próba stworzenia systemu pomocy dla osób niesłyszących podjęta przez Agencję wiele lat temu, która wymagała

wiele wysiłku i sporych kwot finansowych włożonych zarówno w uczenie języka migowego terapeutów, jak i uczenie osób niesłyszących umiejętności pracy terapeutycznej, praktycznie spełzła na niczym. Jedynie w Warszawie udało się stworzyć pilotażowy program, dzięki któremu osoby niesłyszące mogą liczyć na wsparcie psychologiczne, ale ma to dość ograniczony zasięg. Jest to kształcenie z zakresu elementarnej pomocy psychologicznej, wsparcia, motywowania do zmiany zachowań, natomiast nie jest to kształcenie *sensu stricto*, albowiem te osoby nie są w stanie uzyskać kwalifikacji specjalistów psychoterapii uzależnień z racji swojej niepełnosprawności. A jeśli nie mają tych certyfikatów, nie mogą pracować w placówkach leczenia uzależnień, zatem tych pacjentów możemy przyjmować tylko w punktach konsultacyjnych i taki system został zorganizowany w Warszawie. Pomoc dla osób niesłyszących odbywa się wyłącznie w punktach konsultacyjnych. Nie ma to zasięgu ponadlokalnego. Kolejna sprawa, która ogranicza tę dostępność to fakt, że placówki leczenia uzależnień są bardzo słabo obsadzone kadrą medyczną. Przyjmowanie osób z ciężkimi schorzeniami, wymagającymi troski, zabiegów, badań diagnostycznych jest po prostu niemożliwe. Nie można zapewnić im tego typu opieki, a poza tym te świadczenia są bardzo nisko wyceniane. A pomoc zarówno w problemach somatycznych, jak i trwalej niepełnosprawności, która wymaga na przykład dodatkowych sprzętów czy materiałów, jest kosztowna. Z tego powodu na leczenie nie mogą liczyć osoby, które są ciężko i przewlekle chore również somatycznie. W wielu przypadkach oceniamy, że ograniczenie dostępności wymaga zmiany formuły myślenia naszych pracowników o terapii, o innych metodach pracy niż te, które zostały do tej pory poznane i są rutynowo stosowane i większej indywidualizacji. Tym bardziej, że osób niepełnosprawnych nie jest dużo, w związku z tym można zapewnić im pomoc w aktualnym systemie jeżeli zindywidualizuje się sposób jej udzielania.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Czy ktoś z państwa chciałby zadać jakieś pytanie dotyczące stanowiska PARP-y?

Asystent poseł Kornelii Wróblewskiej (N) Wojciech Trybocki:

Czy Agencja posiada informacje i dane o tym, ile osób niepełnosprawnych korzystało z leczenia w całej Polsce w ostatnich latach? I ile jest tego typu placówek? Bo mówiła pani, że w Warszawie jest tylko jedna wyspecjalizowana w leczeniu osób niepełnosprawnych. I chciałem też zapytać o to, ilu jest w Polsce specjalistów mogących brać udział w terapii osób niesłyszących i czy są w Polsce jakiegokolwiek wydawnictwa Braillem, które mogłyby rozpowszechniać materiały dla osób niewidzących, z których mogłyby one korzystać podczas terapii?

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

O odpowiedź poprosimy po przedstawieniu stanowiska Krajowego Biura. Jeszcze pytanie ze strony Zespołu dotyczące trudności, które pojawiły się przy realizacji programu kształcenia terapeutów w przypadku języka migowego. Mówiła pani o dużych nakładach i dużym zaangażowaniu i rzeczywiście na stronie PARP-y dostępna jest lista placówek, które realizują taką formułę pomocy. Pytanie dotyczy przede wszystkim tych trudności, które się pojawiły. Co nie pozwoliło na rozwinięcie tej formy? Dziękuję. Zapraszam Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii do przedstawienia stanowiska.

Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, myślę, że wiele naszych obserwacji i informacji będzie zbieżnych z tym, co usłyszeli państwo ze strony PARP-y. My również dysponujemy zapewne niepełną informacją na temat sytuacji osób z niepełnosprawnością w systemie leczenia uzależnień. Po pierwsze, warto zacząć od tego, że w naszym systemie nie ma specjalistycznych placówek przeznaczonych tylko i wyłącznie dla osób z niepełnosprawnością – te osoby leczą się w normalnie funkcjonujących placówkach leczenia uzależnień. Rozumiem, że głównym obszarem

naszego zainteresowania są dzieci i młodzież, dlatego też pozwoliłam sobie wynotować, że w Polsce dysponujemy trzema oddziałami detoksykacyjnymi przyjmującymi osoby poniżej osiemnastego roku życia. Jeśli chodzi o rehabilitację stacjonarną dla dzieci i młodzieży, jest ona prowadzona w dwudziestu pięciu wyspecjalizowanych placówkach leczenia uzależnień. Wydaje się, że są to dosyć duże liczby, ale jest to związane z pewnymi uwarunkowaniami historycznymi. Mianowicie, od samego początku narkomania w Polsce dotyczyła głównie dzieci i młodzież i dlatego naszych placówek przeznaczonych dla tych grup wiekowych jest stosunkowo wiele, choć w ostatnich latach obserwujemy inny trend – starzenie się populacji osób uzależnionych od narkotyków. Niemniej jednak możemy stwierdzić, że w chwili obecnej mamy dwadzieścia pięć placówek stacjonarnych dla dzieci i młodzieży. Natomiast jeśli chodzi o specjalistyczne placówki ambulatoryjne, to mamy ich w Polsce około dwustu i większość z nich przyjmuje dzieci i młodzież. Podobnie jak w przypadku leczenia uzależnienia od alkoholu niebagatelną rolę w leczeniu zaburzeń związanych z używaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych pełnią także poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży i tam na pewno zgłasza się znaczna część osób z problemem narkotykowym. Jeśli chodzi o ofertę dla osób z niepełnosprawnością, to zrobiliśmy ankietę i okazuje się, że sześćdziesiąt dwa procent naszych ośrodków stacjonarnych przyjmuje osoby z niepełnosprawnością ruchową. Jest to w sumie pięćdziesiąt jeden placówek. Dwadzieścia osiem placówek, co stanowi trzydzieści cztery procent z ogółu naszych placówek, przyjmuje osoby z niepełnosprawnością słuchową i trzydzieści pięć procent, czyli dwadzieścia dziewięć placówek, z niepełnosprawnością wzrokową. Nie oznacza to jednak, że terapia tych osób nie napotyka na wiele barier. Rozmawialiśmy z terapeutami i oni zwracają uwagę na różnego rodzaju problemy związane z komunikacją z tego typu osobami, z zastosowaniem materiałów edukacyjnych. Często nie ma środków finansowych na to, by przygotować dla nich specjalne materiały, więc jest to dosyć poważne ograniczenie. Nasi terapeuci zwracali również uwagę, że największa liczba osób niepełnosprawnych to osoby z obniżoną sprawnością intelektualną. Wśród wszystkich osób z niepełnosprawnością przyjętych do naszych placówek stanowili oni pięćdziesiąt sześć procent. Z naszych rozmów wynika też, że leczenie osób z niepełnosprawnością używających narkotyków jest leczeniem bardziej kosztownym w porównaniu z pacjentami uzależnionymi od substancji, ale niewykazującymi niepełnosprawności. Powoduje to konieczność zróżnicowania kosztów leczenia ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ te różnice są istotne. Oczywiście na ten moment nie ma to wpływu na ograniczenia w przyjęciach, ale jednak przy okazji tej dyskusji warto odnotować fakt, że koszty leczenia takich osób są większe. To jest na przykład, w przypadku ośrodków stacjonarnych, konieczność zakupu leków. Pacjent nie przychodzi ze swoimi lekami, a są to leki, które nie są podawane sporadycznie, a systematycznie. Należy brać to pod uwagę. W grupie wiekowej 15-19 lat jest to odsetek czternastu procent osób uzależnionych. W grupie 19-25 lat jest to około piętnastu procent. I w grupie 25-30 lat to jest jedenaście procent. Odsetki osób z niższych grup wiekowych ostatnio maleją. Jest jeszcze jeden bardzo istotny problem. Mówimy o nim wielokrotnie i zwracaliśmy na to uwagę również podczas prac tego Zespołu. W Polsce mamy problem z osobami niepełnosprawnymi chorymi przewlekle starszymi. To jest problem starzejącej się populacji. Te osoby nie kwalifikują się do tego, by pozostały w szpitalu, poza tym ich stan zdrowia nie wymaga wysokospecjalistycznych oddziaływań, a równocześnie nie są to osoby, które mogą samodzielnie funkcjonować w domu i często jest to sytuacja przejściowa. One wymagałyby jakiejś formy pomocy, opieki pielęgniarskiej, gdzie stopniowo dochodziłyby do stanu zdrowia, umożliwiającego im samodzielne funkcjonowanie. Na ten moment mamy w Polsce jeden taki ośrodek finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia w województwie pomorskim. To jest zdecydowanie za mało. Spośród postulatów zgłaszanych wielokrotnie przez terapeutów uzależnień zajmujących się terapią osób uzależnionych od narkotyków są to dwa postulaty adresowane do Narodowego Funduszu Zdrowia. Mianowicie, oddzielenie świadczeń rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych skierowanych do dzieci i młodzieży od tych skierowanych do dorosłych. Obecne przepisy nie wprowadzają tego rozróżnienia i uważamy, że jest to dużą szkodą. W lecznictwie psychiatrycznym jest podział na

leczenie młodzieży i osób dorosłych. Nie rozumiemy dlaczego od wielu lat nie udaje się wprowadzić tego postulatu. Wydaje nam się, że sprzyjało to jednak większej profesjonalizacji działań adresowanych do dzieci i młodzieży. Kolejna kwestia również związana z problematyką dzieci i młodzieży, niewątpliwie dotycząca też osób z niepełnosprawnością, to kwestia młodzieży, która używa szkodliwie, a która nie jest jeszcze uzależniona. Te osoby trafiają do systemu opieki leczenia, nie kwalifikują się do działań profilaktycznych i okazuje się także, że w placówkach stacjonarnych nie ma możliwości przyjęcia osoby z rozpoznaniem używania szkodliwego. Żeby można go było przyjąć, trzeba naginać diagnozy z niekorzyścią dla tego pacjenta, pisać, że jest uzależniony. I ten człowiek funkcjonuje z taką etykietką, chociaż nie jest uzależniony. Dziękuję bardzo.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Pytanie ze strony Zespołu dotyczy przede wszystkim przygotowania terapeutów do pracy z dziećmi i młodzieżą. Czy są to osoby przygotowane do udzielania tego typu świadczeń, czy wręcz przeciwnie, wymagają dodatkowego wykształcenia w tym kierunku? I jeszcze pytanie odnośnie tego, co zasygnalizowała pani dyrektor – odnośnie osób starszych przewlekle chorych i uzależnionych. Jeśli byłaby taka możliwość, prosimy o sprecyzowanie o jakie trudności i świadczenia dla tych osób chodzi. Gdzie jest ta luka? Mówiła pani o przejściowości, a nam chodziłoby o konkretne sprecyzowanie, jakiego rodzaju świadczeń potrzebują te osoby i dlaczego nie otrzymują ich w innych miejscach. To po uzupełnieniu wypowiedzi przez Krajową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Bardzo proszę.

Kierownik Działu Lecznictwa Odwykowego Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Jadwiga Fudała:

Nie ma niestety danych dotyczących tego, ile osób z różnego rodzaju niepełnosprawnościami korzysta ze świadczeń leczenia uzależnień. Ani my nie mamy takich danych, ani NFZ nie ma takich danych, ani PFRON nie ma takich danych. Próbowaliśmy szacować potrzeby w tym zakresie z różnego rodzaju stowarzyszeniami, które dbają o interes określonych grup osób niepełnosprawnych i one też nie mają takich informacji. W związku z tym tego nie wiemy. Mamy taki plan, żeby – być może w przyszłym roku – w ramach realizacji zadań Narodowego Programu Zdrowia wykonać badanie, które pozwoli nam przybliżyć przynajmniej szacunek potrzeb. Wszystkie środowiska osób niepełnosprawnych przychodziły do nas z potrzebą związaną ze zwiększeniem dostępności pomocy terapeutycznej dla osób z różnego rodzaju niesprawnościami. Nie potrafimy w tej chwili powiedzieć, jaka jest skala wielkości potrzeb. Oni uważają, że osoby niepełnosprawne używają alkoholu częściej niż inne. Nie jest nigdzie potwierdzone, że tak jest, ale też nie można założyć, że nie używają przynajmniej na tym samym poziomie, co wszyscy obywatele tego kraju, a to i tak byłaby spora liczba osób wymagająca porady specjalistycznej, która nie zostanie im udzielona z powodu różnego rodzaju ograniczeń. Jeżeli zrobimy te badania, przynajmniej będziemy wiedzieli, w którą stronę budować specjalistyczną ofertę, bo na ten moment – i tu odpowiadam na drugie pytanie – nie ma wyspecjalizowanych ośrodków, ponieważ te osoby pojawiają się w systemie sporadycznie. I wtedy albo są, albo nie są zaopiekowane, w zależności od tego, jakie możliwości udzielenia opieki i kompetencje posiada ośrodek. Pytał pan o materiały w języku Braille'a. Agencja kiedyś wydała zestaw takich materiałów, ale nie bardzo się to sprawdziło, dlatego że te materiały bardzo szybko się zdezaktualizowały. Wiedza o leczeniu uzależnień, metody leczenia uzależnień, psychoterapia – to wszystko się zmienia. W gruncie rzeczy, w wyniku próby zastosowania tych materiałów, okazało się, że żywy kontakt i relacja z pacjentem niewidzącym przynosi zdecydowanie lepsze efekty niż materiały edukacyjne, które mają ograniczoną zdolność do zmiany jego postaw. Wiedzę być może nabędzie, ale do zmiany postawy potrzebnych jest troszeczkę więcej oddziaływań. Te materiały nie były później popularyzowane. Mamy je ciągle dostępne, ale nie ma specjalnego zainteresowania nimi. Natomiast jeżeli chodzi o problemy z wdrażaniem języka migowego, problem polegał na tym, że Agencja dziewięć lat temu przystąpiła

do szkolenia dużej grupy terapeutów w języku migowym, a właściwie – jak się okazało – języku migowym. Osoby niesłyszące posługują się dwoma rodzajami języków. Jest język naturalny, którym mówią wszyscy i język wyuczony, sztuczny, którego uczą się w szkole jako języka obcego. Tak samo jak polski jest dla nich językiem obcym. Myśmy ich uczyli w języku sztucznym, czyli takim, w jakim szkolą się urzędnicy, tłumacze, to jest ten język oficjalny. Okazało się, że – po pierwsze – ci wyszkoleni przez nas terapeuci, kiedy rozjechali się do swoich placówek, bardzo rzadko mieli kontakt z osobą prawdziwie niesłyszącą. Nie mieli gdzie ani z kim trenować swoich umiejętności. Na dodatek zdarzało się, że jeśli już trafiała do nich osoba niesłysząca, często nie operowała tym językiem oficjalnym. Chciała mówić w języku naturalnym, a terapeuci tego nie umieli. Co więcej, po latach zaznajamiania się z niuansami tego problemu, odkryliśmy ze zgrozą, że tego języka naturalnego bardzo trudno jest się nauczyć na poziomie dobrej komunikacji, jakiej wymaga terapia. W związku z tym wybraliśmy ze środowiska osób niesłyszących osoby chętne do uczenia się umiejętności terapeutycznych i, za pomocą tłumaczy języka naturalnego, uczyliśmy ich pracy terapeutycznej. To się w pewnym sensie udało. Trzydzieści osób skończyło ten kurs w Warszawie i podjęło pracę w punkcie konsultacyjnym, przyjmując pacjentów. Powstała strona internetowa, która funkcjonuje do tej pory. Można na niej znaleźć podstawowe informacje na temat choroby w języku migowym. Problem polega na tym, że to są osoby niesłyszące i mogą przyjmować tylko osoby niesłyszące. Placówki leczenia uzależnień mające mało klientów niesłyszących nie mogą pozwolić sobie na zatrudnienie osób, które nie będą przyjmowały tych, którzy słyszą i mówią. Nie wiadomo, kto miałby im zapłacić za pracę w gotowości oczekiwania na pacjenta. W związku z tym doszliśmy do wniosku, że może rozwiązaniem byłoby stworzenie przynajmniej jednego w kraju oddziału całodobowego. Takiego, który wyspecjalizowałby się w pracy z tymi pacjentami. Ponieważ jest ich niewiele, mogliby przyjeżdżać. Nadzieja powstała w Giżycku, gdzie pracownicy Wojewódzkiego Ośrodka Terapii zaczęli uczyć się języka naturalnego. Ale, jak się okazało, kłopot polegał tam na tym, że próba komunikacji z pacjentem za pomocą języka migowego wymaga przynajmniej trzykrotnie tyle czasu, ile praca z pacjentem, z którym możemy posługiwać się językiem polskim. To by znaczyło, że te świadczenia muszą być inaczej wyceniane. Nie można oczekiwać, że za te same pieniądze będą przyjmowani pacjenci, którym trzeba poświęcić trzy razy tyle czasu. Okazało się to niemożliwe, a nikt nie chciał dodać tych pieniędzy w systemie. Kolejnym problemem okazało się to, że języka chcieli się uczyć terapeuci, natomiast nie znali go ani lekarze, ani pielęgniarki. W efekcie diagnoza wymagała tłumacza. Kontakt z pielęgniarką, która zostawała na dyżurze okazywał się niemożliwy. Po dziesięciu latach prób i ogromnych starań ze wszystkich stron, nie udało się w żaden sposób systemowo rozwiązać tego problemu. Chciałam dodać jeszcze jedną rzecz. Pani Bukowska mówiła o różnych kłopotach z leczeniem dzieci i młodzieży. Myślę, że jednym z tych kłopotów jest także słaba wycena świadczeń. Wymagają one większej wyceny niż to, co zaproponowano nam w ostatniej taryfikacji, gdzie podniesiono wycenę świadczeń poradni i placówek młodzieżowych, ale nie jest to wzrost, który zagwarantowałby tę ofertę, zwłaszcza że powinno się do niej włączyć również pracę z rodziną pacjenta. Nasze placówki, które próbowały otwierać wyspecjalizowane placówki dla dzieci i młodzieży mówiły, że skoro miały podpisane kontrakty na określoną ilość świadczeń, cały czas niepokoiły się, czy wyrobią te świadczenia, natomiast ponieważ były one wyceniane tak samo, jak świadczenia dorosłe, zrezygnowano z rejestracji osobnych poradni. Przyjmowano ich w ramach tej samej poradni leczenia uzależnień po to, żeby w miarę swobodnie i bardziej elastycznie poruszać się w limitach świadczeń. To też jest powód, dlaczego jest u nas, przynajmniej oficjalnie, tak mało placówek leczenia uzależnienia od alkoholu. Dziękuję.

Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Krzysztof Brzózka:

Z naszego punktu widzenia, jedynym środowiskiem niedostępnym, które wymaga zupełnie innego podejścia jest środowisko osób niesłyszących. Inne niepełnosprawności można, w połączeniu ze służbą medyczną, w jakiś sposób rozwiązać. Natomiast, jeśli chodzi o osoby głuche, tym, co z całą pewnością bardzo nam utrudnia pracę, jest fakt, że wielokrotne próby nawiązania

współpracy z PFRON-em, który dysponuje funduszami chociażby na to, żeby przynajmniej przygotować osoby, które byłyby w stanie wybrać ze środowiska. W środowisku osób głuchych są wykształceni psychologowie. Być może, żeby świadczyć usługi na takim oddziale, powinni przejść cały kurs psychoterapii. Warto pamiętać, że te osoby nie przejdą naszych szkół bez tłumacza, więc pozostaje ogromny koszt, który musiałby być włożony. Powiem szczerze, kompletny brak współpracy ze wszystkimi – nazwijmy to pokoleniami – Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jest niemożliwy, dlatego że w momencie kiedy usłyszymy „uzależnienie”, nawet jeśli mówimy nie o uzależnieniu o alkoholu, a o picciu szkodliwym, to jest problem służby zdrowia, my na to nie mamy pieniędzy i możemy mówić wyłącznie – tak podobno wynika z zapisów ustawowych dotyczących PFRON-u – o rehabilitacji, a nie o leczeniu. Natomiast część, która zakończyła się, w moim przekonaniu, sukcesem, jeśli wziąć pod uwagę skalę możliwości prawnych, to wyciągnięcie ze strony środowiska osób niedosłyszących bądź niesłyszących psychologów, o których mówiłem. Tutaj też mamy dwa środowiska – Polski Związek Głuchych i znajdujący się niedaleko stąd Instytut Głuchych. To środowisko jest mocno skonfliktowane, również wewnątrz, jeśli chodzi o oddziały z poszczególnych regionów. Tych przeszkód, wbrew pozorom, jest bardzo wiele. Była kiedyś taka, wychodząca od osób ze środowiska organizacji pozarządowych, chęć niesienia pomocy środowisku niepełnosprawnych, ze szczególnym uwzględnieniem głuchoniemych. Spotkało się to ze skutecznym odporem wszystkich – zarówno PFRON-u, jak i Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz – co ważne – samego środowiska osób niepełnosprawnych, które widzą bardzo krótkowzrocznie i tylko to, co dzieje się w ich zasięgu. Stąd te problemy. Jest jeszcze jeden, dużo głębszy problem, o którym – w moim przekonaniu – trochę mało tu mówiliśmy i w ogóle mało się o nim mówi. Środowisko osób niepełnosprawnych funkcjonuje inaczej, niż zdajemy sobie z tego sprawę. Emocje, szczególnie wśród osób głuchoniemych i niesłyszących, są na takim poziomie, że to, co w tamtym środowisku postrzegane jest jako ukształtowana norma życia, u nas budzi wątpliwości. Do nich mało kto trafiał z informacją, że jeżeli pije się codziennie, to nie jest to normalna sytuacja. W tamtym środowisku to jest normalna sytuacja. Jeżeli tam krzyczy się, nawet w sposób niemy, dochodzi do przemocy bezpośredniej, nie ma świadomości tego, że to jest przemoc. Mówiąc wprost: oprócz tego, o czym mówimy, potrzebna jest ogromna praca u podstaw, wejście w to środowisko pokazanie różnic, które są. I będzie to dużo trudniejsze zorganizowanie specjalistycznej placówki za duże pieniądze, która w naszym przekonaniu jest niezbędna. To chyba tyle tytułem uzupełnienia.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Jeszcze jedno pytanie do Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Pani kierownik przedstawiła procentowy udział problemów w ograniczaniu dostępności leczenia uzależnień dla osób niepełnosprawnych. Zrozumiałem, że jeśli nie mówimy o niedostępności technologicznej dla osób niepełnosprawnych ruchowo związanej z architekturą i jeśli nie mówimy o niepełnosprawności związanej z głębokimi zaburzeniami neurologicznymi, podstawowym problemem są postawy terapeutów i to one są ograniczające, ze względu na brak zindywidualizowania oferty terapeutycznej. Czy jest jakaś możliwość wpływu na te postawy? Właściwie ograniczyliśmy się w tej odpowiedzi wyłącznie do wskazania terapeutów jako osób, które są na tyle nieelastyczne, bądź nie mają możliwości zindywidualizowania oferty. Czy są jakieś możliwości zmiany tego stanu rzeczy? Poproszę w międzyczasie o uzupełnienie wypowiedzi Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:

Jeśli chodzi o osoby, które już nie kwalifikują się do placówek leczenia uzależnień, a równocześnie nie mogą samodzielnie funkcjonować i o lukę z tym związaną, to na pewno nie jestem w stanie podać państwu rozwiązania według ICD-10, więc odpowiem opisowo. To są na przykład osoby, które używały dopalaczy albo metaamfetaminy i które często przez długi okres

wykazują dysfunkcje poznawcze, intelektualne, mają zaburzenia neurologiczne, trudności w poruszaniu się. Są to osoby, które często nie mogą trafić do domu, bo nie są w stanie samodzielnie funkcjonować. Nie kwalifikują się już do leczenia, bo zakończyły ten proces i na tyle, na ile można było im pomóc w placówce leczenia uzależnień, tej pomocy im udzielono. Tutaj właśnie dotykamy kwestii elastyczności terapeutów. To wymaga bardzo dużej elastyczności ze strony terapeutów, żeby chcieć i umieć pracować z takim pacjentem i takimi różnego rodzaju zaburzeniami poznawczymi, a do tego charakteryzować się podejściem adekwatnym do aktualnych możliwości pacjenta. Tutaj dotykamy kolejnego problemu. Mianowicie, jest rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Z tego rozporządzenia wynika, że nawet osoby, które uzyskują minimum czterdzieści punktów w skali Bart-hel albo poniżej czterdziestu, nawet jeśli jest to osoba uzależniona, nie będzie tam przyjęta. To samo dotyczy osób z chorobami psychicznymi – one również nie będą przyjęte do takiej placówki. Między innymi stąd mamy tę lukę. Rozwiązanie dla tej sytuacji jest takie, że ta osoba ma zagwarantowane świadczenia w zakresie leczenia uzależnień, ale ona już nie kwalifikuje się do tej placówki leczenia uzależnień, czyli mamy błędne koło. Osoby, które także nie są w stanie samodzielnie funkcjonować, są także chorzy na AIDS. Nieraz ich stan zdrowia mocno się pogarsza, a nieraz się poprawia. One też czasowo nie są w stanie samodzielnie funkcjonować. Jeśli chodzi natomiast o przygotowanie personelu, to myślę, że podnoszenie kwalifikacji zawsze jest pożądane i rekomendowane. Ale wydaje mi się, że znaczna część naszych terapeutów potrafi pracować z takimi osobami, ponieważ wśród terapeutów uzależnień mamy bardzo wiele osób po pedagogice specjalnej. Myślę, że one mają bazowe przygotowanie do pracy z osobami, które wykazują się pewną niepełnosprawnością. Ale, tak jak powiedziałam, nie uważam, że to jest taki stan, o którym można powiedzieć, że jest zadowolający. Na pewno szkolenia byłyby przydatne, choć w samej podstawie programowej w systemie szkolenia temat grup ze specyficznymi potrzebami również się pojawia, ale prawdopodobnie nie jest on tak maksymalnie rozwinięty, jak należałoby tego oczekiwać, gdyby było to jakieś duże szkolenie specjalnie dedykowane temu problemowi. Dziękuję.

Kierownik Działu Lecznictwa Odwykowego Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Jadwiga Fudała:

Moim zdaniem poza przeszkodami systemowymi, o których mówiliśmy i których bym nie lekceważyła, musimy spojrzeć też zdroworozsądkowo. Żeby przyjąć osobę ciężko chorą, należy mieć ku temu warunki. Jeżeli się takich warunków nie ma, to zdrowy rozsądek raczej nakazuje nieprzyjmowanie. Nasze placówki nie mają tego typu zabezpieczenia. Część z nich znajduje się w takim usytuowaniu, które nie daje gwarancji uzyskania szybkiej pomocy medycznej. To są konkretne ograniczenia, z którymi trzeba się liczyć. Druga sprawa zależy od samego kierownictwa placówki i od terapeutów. Indywidualizacja zawsze jest bardzo pożądana. Jest pożądana również, jeżeli ludzie nie mają niepełnosprawności, ale ona kosztuje. Działania indywidualne są o wiele droższe niż działania rutynowe, grupowe, programowe. Działania niestandardowe w psychoterapii wymagają częstego indywidualnego kontaktu. Ten kontakt angażuje pracowników, czyli po prostu kosztuje. I kosztuje o wiele więcej niż działania grupowe. To jest pierwsza rzecz, która będzie utrudniała różnicowanie i indywidualizację potrzeb. Druga rzecz jest taka, że te potrzeby muszą się zmienić w wyniku kształcenia i edukacji. Obserwuję to od lat i jest to zmiana pozytywna. Bardzo wspomaga tę zmianę istnienie szeregu instytucji, które przypominają o prawach pacjenta, chociażby Rzecznik Praw Pacjenta. Pacjenci coraz częściej składają tam różnego rodzaju skargi, na przykład w momencie odmowy udzielania świadczeń. My często uczestniczymy w procesie wyjaśniania tych skarg i to bardzo dobrze, że takie instytucje istnieją, ponieważ część z tych skarg jest jak najbardziej zasadna. My też w wielu przypadkach nie znajdujemy powodu dla odmowy udzielania świadczeń, a czasami widzimy taki powód. W związku z tym edukowanie – to jest raz. Po drugie, rozszerzanie umiejętności i metod pracy terapeutycznej. Wiem, że to może nie jest gremium, które się tym

zajmuje, ale to jest bardzo ważne. Kiedyś uczyliśmy się rutynowo jednej metody pracy. Większość terapeutów się tego nauczyła i długo nie robiła niczego innego. Odejście od tych metod jest możliwe tylko wtedy, kiedy ludzie poszerzą swoją wiedzę, umiejętności, doświadczenie. Wtedy wiedzą, że można pracować inaczej i to sprzyja. W ostatnich latach widać to wyraźnie, ale ciągle gdzieś jeszcze jest pokłosie starego myślenia o leczeniu wspierane niedofinansowaniem systemu. On sprzyja rutynie i szablonowemu traktowaniu pacjenta. Z tego punktu widzenia najlepszy pacjent to pacjent stosunkowo zdrowy, taki, który umie czytać, pisać, przejdzie bez większego problemu program terapeutyczny i jeszcze przyniesie mu to korzyść, żeby było ciekawiej. Bo jeżeli on spełnia te parametry, ma dużą szansę, że na końcu tego procesu rzeczywiście podejmie decyzję o zmianie i wdroży ją w życie. Ale ci, którzy nie pasują do tego rutynowego schematu, to właśnie ci, o których dzisiaj mówimy i oni wymagają większej uwagi, ale także większych środków.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Odniosę się jeszcze do wcześniejszej wypowiedzi pani dyrektor. Zauważyła pani, że dyrektorzy, ustalając regulaminy, wykluczają osoby niepełnosprawne o różnym stopniu niepełnosprawności, również osoby starsze. Było powiedziane, że jest jeden ośrodek dla osób starszych w województwie pomorskim. Kim jest ta osoba starsza? Czy to jest osoba powyżej sześćdziesiątego, siedemdziesiątego roku życia? O jakich osobach w zasadzie mówimy? Dla mnie jest to wykluczenie i dyskryminacja przez dyrektorów ośrodków. Jest dla mnie niedopuszczalne. Piotr mówił wcześniej, że terapeuci nie chcą podjąć pracy. Ale taka osoba nawet do nich nie dociera. Osoby, które się zgłaszają i mówią o tym, jakie mają ograniczenia, są wykluczane już w pierwszej rozmowie. Oczywiście mam na myśli część tych ośrodków.

Kierownik Działu Lecznictwa Odwykowego Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Jadwiga Fudała:

W standardach akredytacyjnych Ministra Zdrowia dla placówek całodobowych leczenia uzależnień, które właśnie są wdrażane w życie, są dwa standardy dotyczące odmowy przyjęcia. Każdy zakład opieki zdrowotnej ma prawo sformułować pewne kryteria przyjęcia i nieprzyjęcia pacjentów. Tylko, że one muszą być bardzo dobrze sprecyzowane i uzasadnione. W zasadzie dyskutujemy o tym, jakie jest uzasadnienie dla kryterium nieprzyjęcia w konkretnym ośrodku. Oczywiście jest, że nie wszyscy przyjmą wszystkich, biorąc pod uwagę chociażby to, jakimi dysponują warunkami. Oczywiście jest tak, że w regulaminach mogą się znaleźć mniej lub bardziej fortunate zapisy i na przykład zapis nieprzyjmowania pacjentów powyżej sześćdziesiątego roku życia pojawił się jako pierwszy w zapisie warunków kas chorych w dawnych latach. Został oprotestowany, kasa chorych się z niego wycofała, ale niektóre nasze placówki się nie wycofały. Chcę powiedzieć, że nie są to lawinowe przypadki. Takie cuda ciągle się zdarzają i im więcej będziemy o tym mówić, tym mniej będzie to obecne w naszym życiu. Nikt mi nie powie, że sześćdziesiąt lat to jest jakieś kryterium, bo kryterium nieprzyjęcia może być na przykład stan pacjenta. Może się on oczywiście wiązać z wiekiem, ale wcale nie musi.

Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:

Chciałabym być dobrze zrozumiana i przepraszam za nieporozumienie. Jeśli chodzi o rehabilitację stacjonarną dla osób uzależnionych od narkotyków, mamy w Polsce około osiemdziesięciu oddziałów stacjonarnych, z czego dwadzieścia pięć przyjmuje dzieci i młodzież. Cała reszta przyjmuje osoby starsze i nie ma tutaj żadnego kryterium wieku. Czyli w większości pozostałych ośrodków są przyjmowane osoby bez ograniczeń wiekowych. Natomiast województwo pomorskie pojawiło się w takim kontekście, że osoby, które przejdą leczenie w placówce stacjonarnej i, jeśli chodzi o zakres świadczeń dotyczących terapii uzależnień, wyczerpano wszelkie możliwości. Fundusz płaci sto procent tylko za roczny pobyt, a potem siedemdziesiąt pięć procent za kolejne pół roku i pozostaje kwestia tego, że pacjent powinien

gdzieś wrócić. Jest moment rozstania z ośrodkiem i stwierdza się, że pacjent nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować ze względu na stan zdrowia. Wtedy pojawia się problem, bo nie ma gdzie tych pacjentów odesłać, ponieważ ośrodki, które gwarantują świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze nie przyjmują, bo jest taka bariera strukturalna na poziomie rozporządzenia, i nie ma innych miejsc, które chciałyby się zająć tymi pacjentami. Jest tylko jeden ośrodek w województwie pomorskim, którzy przyjmuje takie osoby.

Pełnomocnik zarządu głównego Stowarzyszenia MONAR Marek Grondas:

Po części czuję się autorem pomysłu, żeby o tym porozmawiać i chcę powiedzieć, że sam pomysł wynika z tego, że mniej więcej od dziesięciu lat, a być może trwa to nawet dłużej, bardzo różnicują się potrzeby pacjentów, natomiast system instytucjonalnie w żaden sposób na to zróżnicowanie się i pojawienie nowych potrzeb nie odpowiada. My jako stowarzyszenie kierujemy się podstawową ideą, że jeżeli człowiek przychodzi do nas po pomoc, nie możemy mu odmówić. W związku z tym historia naszego stowarzyszenia w ciągu ostatnich piętnastu lat to jest historia prób – często bohaterskich, a jeszcze częściej rozpaczliwych – dostosowania naszych możliwości do tych potrzeb, które się przez cały czas pojawiają. Można powiedzieć, że jest to także historia prób z ograniczoną skutecznością radzenia sobie z barierami i ograniczeniami prawnymi i instytucjonalnymi związanymi właśnie z tym, że na te szczególne potrzeby nie ma instytucjonalnej i prawnej odpowiedzi. Chyba najbardziej dotyczy to matek z dziećmi. Jeżeli matka uzależniona ma sytuację, w której ma jedno lub dwojkę dzieci, to często nie jest w stanie zgodzić się na taką sytuację, że na długo pojedzie do ośrodka stacjonarnego i oderwie się od tych dzieci. Jej lęk o to, że straci z nimi kontakt i wiele innych niepokojów związanych z jej sytuacją życiową są chyba całkowicie zrozumiałe. Dodatkowo jeszcze jest tak, że jeżeli ta matka mim wszystko decyduje się na leczenie, ma bardzo ograniczony wpływ na to, co będzie się z tymi dziećmi działo, ponieważ nie ma współpracy, o której wielokrotnie tutaj próbowałem mówić – współpracy pomiędzy różnymi placówkami terapeutycznymi a innymi dziedzinami usług społecznych, które są w takiej sytuacji potrzebne. Niekiedy mamy wręcz takie sytuacje, że matka idzie na leczenie, a sąd odbiera jej prawa rodzicielskie, bo nie ma kontaktu z dzieckiem. Nie ma kontaktu z dzieckiem, ponieważ jest na leczeniu, a jednocześnie nie może się z tym dzieckiem spotkać, bo nie ma żadnej służby i żadnego tego rodzaju świadczenia, które by jej pomogło w kontaktach z tym dzieckiem. Mamy jeden ośrodek, który się wyspecjalizował w pracy z matkami z dziećmi, gdzie matki mogą przyjeżdżać razem z dziećmi na leczenie i widzimy wyraźnie, jakie są potrzeby z tym związane. Po pierwsze, dzieci muszą mieć opiekę i specjalne zajęcia. Matki muszą mieć specjalny program związany z tym, że bardzo istotne jest przepracowanie wszystkich problemów wynikających z tego, że one często dotychczas nie radziły sobie w roli matki. Pojawia się kwestia tego, co z nimi dalej kiedy skończą leczenie. Muszą mieć specyficznego rodzaju wsparcie po to, żeby wrócić do swoich naturalnych środowisk i sobie z nimi poradzić. Jest tutaj wymagany szczególny nacisk na współpracę wielu rozmaitych usług społecznych. Podobną sytuację mamy w przypadku osób z przewlekłymi schorzeniami organicznymi. Też mamy ośrodek, który próbuje sobie z tym radzić. Też nie ma specjalnego kontraktu z NFZ. Po prostu wynika to z tego, że tacy ludzie przychodzą i nie można ich zostawić. To jest kwestia często bardzo złożonych usług medycznych, które są w ich przypadku niezbędne i kwestia tego, jak otoczyć ich opieką wtedy, kiedy skończą leczenie. Często ich pobyt w ośrodkach trwa bardzo długo, ponieważ nie jesteśmy w stanie znaleźć im żadnego miejsca. Mamy co prawda Markoty, czyli ośrodki dla osób bezdomnych i po części próbujemy przy ich pomocy znaleźć miejsce dla osób uzależnionych, które nie mają gdzie się podziać. To jest wszystko efekt tego, że mamy wyraźne luki w systemie. Chcę jeszcze powiedzieć parę kluczowych rzeczy jeśli chodzi o młodzież. Po pierwsze, jest nieporozumieniem wymaganie od dzieciaków do osiemnastego roku życia, które potrzebują leczenie stacjonarnego, diagnozy zespołu uzależnienia. Te dzieciaki, mimo że nie spełniają medycznych kryteriów uzależnienia, mają już bardzo często zniszczoną biografię. I tutaj nie możemy się odwoływać tylko do rozpoznania medycznego. To jest kwestia tego, w jaki sposób, poprzez destrukcyjny styl życia, który niekoniecznie trwa długo,

została zablokowana ich droga naturalnego rozwoju. One niestety bardzo często nie mogą skorzystać z leczenia ambulatoryjnego z powodów środowiskowych. Nie mają wsparcia w rodzinie, są często też – w wyniku złego funkcjonowania tych rodzin – bardzo silnie związane z destrukcyjnymi środowiskami rówieśniczymi. W takiej sytuacji pomoc polegająca na tym, że taki dzieciak będzie raz lub dwa razy w tygodniu przychodził na kilka godzin do ambulatorium, nic mu nie da. On musi zostać wywieziony i dopiero tam cała praca wychowawcza powinna się zaczynać od nowa. Inaczej będziemy mieli stracone pokolenie. Już mamy to stracone pokolenie. Mnóstwo dzieciaków, które w tej chwili wchodzi w okres tzw. młodych dorosłych, kompletnie sobie nie radzi w życiu. Według badań z 2013 roku jest to pięćset siedemdziesiąt tysięcy. Chcę jeszcze powiedzieć, że warto pomyśleć o poszerzeniu myślenia o pracy z tego rodzaju młodzieżą. Ja superwizowałem i wspieram nadal różne młodzieżowe ośrodki socjoterapii i młodzieżowe ośrodki wychowawcze. Gdyby porównać klientów tych ośrodków i ośrodków leczenia uzależnień, oni się niczym nie różnią. Tak naprawdę większość osób, która z powodu orzeczeń sądowych z ustawy o postępowaniu w sprawach z nieletnimi albo na prośbę rodziców oddaje się do tego typu placówek, spełnia kryteria używania szkodliwego. Problem polega na tym, że nam się z nimi zupełnie inaczej pracuje. O ile w ośrodkach terapeutycznych dla młodzieży rzeczywiście oni mają szansę odbudować się w odpowiednim środowisku wychowawczym i przepracować wszystkie swoje problemy i rozpocząć naturalny rozwój, o tyle w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii najczęściej takich szans w ogóle nie mają. Młodzieżowe ośrodki wychowawcze to jest skansen. Mamy tutaj do czynienia z taką sytuacją, że jeżeli jakiś dzieciak, który żyje destrukcyjnie nie ma wsparcia w rodzinie, jest silnie związany ze środowiskiem rówieśniczym, które źle na niego wpływa i trafi do ośrodka terapeutycznego, ma szansę, jeżeli mu rozpoznają uzależnienie. Jeżeli mu nie rozpoznają uzależnienia, trafi do MOZ-u albo do MOW-u i tam wyjdzie na bandytę. Trzeba naprawdę bardzo poważnie pomyśleć o reformie tego. To na razie tyle.

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

Pracuję w lecznictwie odwykowym od ponad trzydziestu lat i mam wrażenie, że powolutku historia zatacza koło i wraca w to samo miejsce. Wydaje mi się, że hasło: „Komuno, wróć!” w wielu miejscach będzie zasadne. Kiedy zaczynałem pracę z osobami uzależnionymi, osoby te były leczone praktycznie ze wszystkiego i to był główny zarzut pod adresem całego systemu. Leczone głównie w dużych dużych szpitalach psychiatrycznych. Był tam pacjent, który przez dłuższy czas pił, była leczona jego wątroba, regulowano nadciśnienie, leczona była cukrzyca, wszawica i inne. I jeszcze do tego wychodził zaopatrzony w okulary czy aparat słuchowy. Można powiedzieć gotowy do życia. Kiepsko to wychodziło, ponieważ ta osoba niedługo wracała z powrotem. Problem polegał na tym, że wtedy nie było psychoterapii. Dzisiaj również słychać głosy, że placówka psychoterapii uzależnień również powinna świadczyć to wszystko pacjentowi. Czyli powinniśmy przyjmować chorych, starych, nieudolnych, osoby, które są mocno zdegradowane psychicznie i fizycznie. Na jednym oddziale, drodzy państwo, nie da się tego zrobić. Jeżeli dociera do państwa, że są takie osoby, wydaje mi się, że najważniejsze jest zreformowanie tego systemu. NFZ powtarzał, że płaci za konkretny numer. Czyli płaci za F10.2 – psychoterapię uzależnień. Zostało to zdefiniowane, ponazywane i za nic więcej Narodowy Fundusz nie płaci. Pacjenci, którzy przebywają w mojej placówce są bardzo mocno zniszczeni i w zasadzie wszystkie choroby przewlekłe związane z wątrobą, nadciśnieniem i tak dalej pochłaniają bardzo dużo pieniędzy z tych środków, które dostają wyłącznie na psychoterapię, więc coś chyba jest nie tak. Albo płacimy za numer, albo niech NFZ płaci za leczenie pacjenta. I wtedy oprócz F10.2 będzie ileś dodatkowych numerów, które powinny być leczone według odpowiedniej procedury. Osoby, które trafiają do ośrodków rzeczywiście są ciężko chore, natomiast miejsca, gdzie można by je umieścić można policzyć na palcach. Duże szpitale psychiatryczne mają tak zwane oddziały psychosomatyczne, na przykład dla chorych psychicznie z chorobami płuc i innymi zaburzeniami, a takiego – jak to mówi NFZ – produktu jak leczenie osób przewlekłe chorych po prostu nie ma.

Warto o tym pomyśleć. Uważam, że powinny się pojawić placówki, które są położone w pobliżu zespołów mających zaplecze medyczne. Kiedy dana osoba będzie leczona według potrzeb, wiele problemów będzie rozwiązanych. Teraz na przykład dosyć ryzykowne i kłopotliwe dla dyrektora takiej placówki jest trzymanie pacjenta powyżej sześciu czy ośmiu tygodni, bo drastycznie spada cena za świadczenia. PARPA przedstawiała tutaj perturbacje związane z osobami niesłyszącymi. Myślę, że w tym wypadku rozwiązaniem jest stworzenie specjalnego oddziału, osobno finansowanego przez NFZ lub innego płatnika, ewentualnie tworzenie tak zwanych turnusów. Sam doświadczyłem tego, że osoby niesłyszące nie chcą się leczyć. Miałem zakontraktowaną osobę, która biegle posługuje się językiem migowym i migany. Kiedy oni zorientowali się, że ta osoba naprawdę dobrze ich rozumie, zaczęli robić sobie żarty, a w momencie kiedy się dowiedzieli, że ta osoba będzie tłumaczyła na bieżąco to, co mówią, po prostu opuścili ośrodek. Chciałem się jeszcze odnieść do sześćdziesiątego roku życia, o którym tutaj rozmawialiśmy. To nie jest tylko wymysł dyrektorów. Kiedy były tworzone zasady prowadzenia psychoterapii, wielcy mędracy odnośnie jej prowadzenia wypowiedzieli się jasno i wyraźnie, że psychoterapia powinna być prowadzona do sześćdziesiątego roku życia. Teraz dominuje podejście poznawczo-behawioralne, ale w klasycznym rozumieniu psychoterapii nie przyjmuje się osób powyżej sześćdziesiątego roku życia. Osobiście mam w ośrodku pacjentów i po siedemdziesiątym, i po osiemdziesiątym roku życia. Wszystko zależy od ich formy i dyspozycji i rzeczywiście czasami siedemdziesięcioletek jest bardziej sprawny niż czterdziestolatek. Jest to do indywidualnego rozeznania przez osoby, które prowadzą psychoterapię, zwłaszcza że podejście większości placówek opiera się na metodach poznawczo-behawioralnych. Wtedy jest to trochę inne oddziaływanie. Dziękuję.

Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce Andrzej Rosiński:

Chciałem przekazać informacje, które docierają do nas od uczestników wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Przede wszystkim chodzi o bariery architektoniczne związane z dostępem do poradni ambulatoryjnych. Dla osoby jeżdżącej na wózku inwalidzkim pokonanie trzech stopni, za którymi jest płaski korytarz, jest nie do przejścia. My publikujemy listę naszych spotkań, gdzie istnieje możliwość wjazdu wózkiem inwalidzkim. Ewentualnie jeśli osoba jeździ na wózku z napędem ręcznym, to ją wnosimy. Wózek z napędem elektrycznym waży zbyt dużo, żeby go wnieść. Mamy także powszechną informację o braku dostępności oraz informacji o możliwości leczenia ambulatoryjnego dla osób zdecydowanie poniżej osiemnastego roku życia i powyżej sześćdziesiątego roku życia. W naszym przypadku najmłodszy uczestnik wspólnoty Anonimowych Alkoholików miał lat dwanaście, a najstarszy, który rozpoczął przygodę z nami miał lat siedemdziesiąt osiem. Tak naprawdę w fundacji nie mamy informacji dotyczących możliwości leczenia dla osób niewidomych i niedosłyszących. Natomiast odnośnie tematu, który był przed chwilą poruszany, próbujemy otwierać drzwi domów poprawczych i organizujemy tam spotkania informacyjne. Wynika to z wielu lat naszego wieloletniego, skutecznego doświadczenia związanego z otwieraniem dla nas bram więzień. Drzwi domów poprawczych otwierają się powoli, natomiast my jesteśmy bandą beznadziejnych amatorów i często unikamy tematów, które wymagają wiedzy specjalistycznej. Ja akurat jestem z zawodu kucharzem, ale akurat dla mieszkańców poprawczaka techniki luzowania kaczki mogą być mało interesujące. Ale uczestniczymy w tych spotkaniach. Opowiadamy o programie, o wspólnocie, informujemy, że jest jakieś rozwiązanie. Niektórzy je przyjmują, a niektórzy nie. W szczególności jeżeli dzieciak z tego domu poprawczego wraca tam, skąd przyszedł. Bez wyrwania tych dzieciaków ze środowiska, w którym żyją, może być trudno. Dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

W drugim punkcie posiedzenia Zespołu zajmiemy się dostępnością pomocy terapeutycznej dla członków rodzin osoby uzależnionej oraz dostępnością pomocy dzieciom wychowujących się w rodzinach z problemem uzależnienia. Poproszę o zabranie głosu przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia, a następnie przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia. Następnie poproszę

PARPE i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Proszę bardzo.

**Pełnomocnik Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. Kontaktów z Organizacjami
Pozarządowymi Marek Woch:**

Szanowni państwo, szanowna pani przewodnicząca. Jestem pełnomocnikiem prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Andrzeja Jacyny ds. kontaktu między instytucjami społecznymi a organami władzy publicznej. Mówię to po to, żeby określić, do czego jestem kompetencyjnie upoważniony. Przygotowuję habilitację na temat systemu ochrony zdrowia, doktorat zrobiłem na wydziale prawa. Padło tutaj wiele sformułowań. Są to zagadnienia złożone, które są dyskutowane na poziomie politycznym od wielu, wielu lat. I to, także dzięki państwa Zespołowi, w którym mam przyjemność uczestniczyć, wychodzi jak na dłoni. Są to zagadnienia opieki społecznej i opieki zdrowotnej. Dzisiaj NFZ jest realizatorem przepisów prawa, które są tylko jedną z dziedzin. Wskazuje na to sama nazwa ustawy z dn. 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zadania w tej ustawie są uregulowane między innymi dla gmin, powiatów i województw. Ja nie unikam odpowiedzi, bo znam wiele odpowiedzi, ale myślę, że czas i tematyka dzisiejszego posiedzenia Zespołu na to nie pozwoli. Natomiast chciałbym też powiedzieć, że nie jest tak, że NFZ tych przepisów nie widzi. Chciałbym to, że mam przyjemność spotykać się z przedstawicielami organizacji pozarządowych, mam bardzo dużą wiedzę. Także dzięki państwu. Chylę czoła przed przedstawicielami tych organizacji, bo sam jestem szefem jednego stowarzyszenia. Nie jest tak, że nie wiem, co się dzieje w tak zwanym trzecim sektorze. Dyskusje trwają i wskazują na jedno: nie jest tak, że rozpoznania niepełnosprawności nie ma wśród osób uzależnionych. Tego rozpoznania w ogóle nie ma. Brakuje też, co słusznie państwo tutaj podnosili, rozróżnienia na dzieci i młodzież i osoby starsze. Natomiast, wracając do naszej tematyki, naświetlę państwu, dlaczego zabieram głos. 9 listopada wpłynęło do NFZ-u pismo od pani poseł o tym, że jednym z bieżących problemów zgłaszanych przez środowisko, który wskazują specjaliści leczenia uzależnień jest kwestionowanie przez wojewódzkie oddziały NFZ należności za niektóre świadczenia opieki zdrowotnej udzielane członkom rodzin osób uzależnionych. Dzięki pomocy komórek merytorycznych, bo inaczej nie mógłbym funkcjonować, wiem, że wpłynęła do państwa odpowiedź, która została przygotowana przez pracowników merytorycznych sekcji opieki psychiatrycznej rehabilitacji leczniczej. Według mojej wiedzy i litery prawa, kwestia tych skierowań nie dotyczy osób rozpoznanych. Chciałbym doprecyzować, czego dotyczy ten zarzut.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Przedstawiając sprawę z bardzo praktycznego punktu widzenia, podstawowym problemem jest to, że pacjent, który przychodzi do placówki, zgodnie z prawami pacjenta i etyką, powinien ujawniać istotę swoich problemów dopiero w gabinecie terapeuty. Tymczasem, jeśli tak się dzieje, trafiając do terapeuty, właściwie trafia do specjalistycznej placówki ambulatoryjnej, do której powinien mieć skierowanie. Wobec tego pracownik rejestracji, zgodnie z literą prawa, powinien wypytywać pacjenta, z jakim problemem pojawił się w placówce leczenia uzależnień, bo jeśli jest członkiem rodziny, powinien mieć skierowanie. Jeśli jest uzależniony od hazardu, powinien mieć skierowanie. Jeśli jest uzależniony od alkoholu i narkotyków, nie musi mieć skierowania. Tego dotyczyła istota. Proponuję, żeby przedstawił Pan odpowiedź na to pismo, żeby środowisko też mogło się z nią zapoznać.

**Pełnomocnik Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. Kontaktów z Organizacjami
Pozarządowymi Marek Woch:**

Moim zdaniem padło dość precyzyjnie, że jest to kwestia uregulowania prawnego, bo jeżeli skierowanie do psychiatry nie jest wymagane, to gdyby pojawił się taki zapis i zmiana ustawowa, że nie jest ono wymagane od osób współuzależnionych, wtedy byłaby to kwestia oczywista. Odczytam państwu stanowisko Narodowego Funduszu Zdrowia. „Weryfikacja w systemie informatycznym dotycząca wymogu skierowania dla porad wizyt diagnostycznych w zakresie

leczenia uzależnień udzielanych przez personel inny niż psychiatra, została uruchomiona w listopadzie 2015 roku. Przez pierwsze dwa miesiące świadczeniodawcy w trakcie sprawozdawania porady wizyty diagnostycznej udzielany przez personel inny niż psychiatra, otrzymywali komunikat w postaci ostrzeżenia, że świadczenie zostało udzielane przez nieuprawniony personel, natomiast były rozliczane. W 2016 roku początkowo uniemożliwiano rozliczanie takich świadczeń, w maju 2016 roku weryfikację wyłączono, uwzględniając zgłoszenia z oddziałów wojewódzkich NFZ i od świadczeniodawców, reguła sprawdzania została zmodyfikowana między innymi poprzez umożliwienie sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych bez skierowania osobom z rozpoznanymi kodami ICD-10 związanych z uzależnieniami. Nową wersję sprawdzania włączono w lipcu 2016 roku”. Te świadczenia są rozliczane, natomiast istotna kwestia poruszona i w piśmie, i teraz, że te osoby – jeśli dobrze rozumiem – nie powinny mieć skierowania, tak? Tak to odczytuję, pani poseł. Oficjalne stanowisko jest takie, że dopóki nie będzie to wprost, literalnie zawarte w ustawie o świadczeniach, nie może być tutaj innego stanowiska.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Rozumiem. W odczytanej przez pana informacji przekazanej Zespołowi pojawiło się zdanie o tym, że w maju 2016 roku weryfikację wyłączono, uwzględniając zgłoszenia. Reguła została zmodyfikowana poprzez umożliwienie sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych bez skierowania osobom z rozpoznaniem ICD-10 związanych z uzależnieniami.

Pełnomocnik Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. Kontaktów z Organizacjami Pozarządowymi Marek Woch:

Istota sprawy rozbija się o to skierowanie. Jeżeli mam skierowanie chociażby od lekarza POZ i nie muszę u niego opowiadać, dlaczego się zgłaszam, dostaję skierowanie i te świadczenia są rozliczane. W mojej ocenie pozostaje tylko kwestia tego, co w sytuacji kiedy ja jako członek rodziny zgłaszam się z osobą uzależnioną. Wtedy ewentualnie chcę skorzystać z pomocy. Rozumiem to, tylko że muszę się trzymać litery tego przepisu. Nie jest to kwestia zamknięta, ale ta litera musi zostać zmieniona wprost. Gdyby taka poprawka była przegłosowana przez Sejm, jest to wtedy kwestia oczywista. Natomiast na poziomie wykonawczym nie jest tak, że te osoby pozostają bez pomocy, bo jeżeli mają skierowanie, trafiają do specjalistów.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Wymaga to zmiany legislacyjnej i jest to oczywiste, natomiast odnoszę się do tego, że umożliwiono udzielanie świadczeń zdrowotnych bez skierowania osób związanych z uzależnieniami. Czy to oznacza, że na chwilę obecną, na dzisiaj, NFZ dopuszcza możliwość udzielania tych świadczeń na przykład osobom współuzależnionym bez skierowania? Chodzi o interpretację tego pisma.

Pełnomocnik Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. Kontaktów z Organizacjami Pozarządowymi Marek Woch:

Jeżeli jest rozpoznanie, ale nie będę wchodził w szczegóły, bo jest to taka specyfika, że należałoby każdy przypadek rozpatrywać indywidualnie. Moim zdaniem istotną kwestią jest to, w którym momencie stwierdzamy, że mamy do czynienia z uzależnieniem. Nie chcę wchodzić tutaj w kwestie medyczne.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Tutaj chodzi o osoby współuzależnione. Taka osoba przychodzi do poradni po pomoc. Przychodzi bez skierowania i trafia do terapeuty. Terapeuta ją przyjmuje i ta porada nie jest w ogóle uwzględniana i nie może być rozliczona.

Pełnomocnik Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. Kontaktów z Organizacjami Pozarządowymi Marek Woch:

Rozumiem, że jeżeli ta osoba jest zdiagnozowana...

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Ale jak może być zdiagnozowana? Nie każda osoba będąca w związku z osobą uzależnioną jest osobą współuzależnioną. Powiedzmy, że mój mąż ma problem, a ja chcę uzyskać jakąkolwiek poradę i idę do poradni. Przyjmuje mnie pani w rejestracji, nie godzę się na to, żeby mnie wypytywała. Może zapytać mnie o dane personalne, ale nie decydować, czy jestem osobą uzależnioną, czy współuzależnioną. To nawet nie ma znaczenia. Taka osoba trafia do terapeuty albo do psychologa i w tym momencie ta porada nie może być uwzględniona i rozliczona bez diagnozy.

Pełnomocnik zarządu głównego Stowarzyszenia MONAR Marek Grondas:

Proszę państwa, sprawa jest bardzo prosta. Niezwykle często jest tak, że powodzenie w terapii osoby uzależnionej zależy od współpracy z rodziną. Od pracy z systemem rodzinnym – z dziećmi, partnerami, rodzicami. Jeżeli ci ludzie będą mieli dostęp do poradnictwa, leczenia ambulatoryjnego czy ewentualnie do towarzyszenia osobom leczącym się stacjonarnie tylko w ten sposób, że zanim dotrą do specjalisty, muszą najpierw dostać skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu, w większości przypadków do tego specjalisty nie dotrą. W konsekwencji będziemy mieli bardzo ograniczone możliwości pomagania osobom uzależnionym zarówno w motywowaniu do podjęcia terapii, w trakcie procesu terapii i później w rekonwalescencji i postrehabilitacji. Takie są efekty tego rozporządzenia. Jeżeli rządzący tym krajem chcą, żeby tak wyglądało leczenie uzależnień, to niech ten przepis pozostanie.

Pełnomocnik Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. Kontaktów z Organizacjami Pozarządowymi Marek Woch:

Potencjalni chorzy bez rozpoznania nie są pozbawieni opieki. Jeżeli trafię do POZ, rozpoznanie będzie albo go nie będzie i na tej podstawie dostanę skierowanie do dalszego etapu.

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

À propos tych skierowań od lekarzy POZ, posiadam ładne skierowanie od lekarza POZ, gdzie jest napisane „zona alkoholika”. Chętnie prześlę.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dariusz Poznański:

Chcąc usunąć te bariery prawne w dostępie do terapii, które nie są uzasadnione merytorycznie, przygotowaliśmy projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach wraz z uzasadnieniem i oceną skutków regulacji. Chcemy rozwiązać dwa problemy. Po pierwsze, konieczność uzyskiwania skierowań na leczenie osób zgłaszających się z powodu współuzależnienia. Mamy wstępną, roboczą definicję, jakie są to osoby. Chcemy podejść do tego jak najbardziej szeroko, czyli są to osoby spokrewnione lub niespokrewnione z osobą uzależnioną, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące albo osoby, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawania w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną. Uzasadnieniem dla tej zmiany jest jak najszerze umożliwienie dostępu do tych świadczeń. Druga rzecz to, nie będę już może wchodził w szczegóły, rozwiązanie problemu dotyczącego obecnego przepisu ustawy, w którym znajduje się sformułowanie w zakresie lecznictwa odwykowego. Chcemy, żeby to wyłączenie obejmowało wszystkie świadczenia związane z leczeniem uzależnień, czyli – mówiąc w skrócie – uzależnienia behawioralne. Ten projekt nowelizacji uzyskał już akceptację pana ministra Pinkasa. Po jego akceptacji i wprowadzeniu do projektu nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i akceptacji przez kierownictwo Ministerstwa Zdrowia, projekt będzie procedowany, w regularny

sposób skierowany do uzgodnień, a następnie do Sejmu. Mamy nadzieję, że będzie to rozwiązanie w możliwie najkrótszym czasie. Dziękuję bardzo.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Niestety nie udało nam się zrealizować w całości punktu drugiego. Zostanie to naprawione podczas kolejnego posiedzenia. Chciałbym bardzo podziękować państwu za udział w dzisiejszym posiedzeniu, za bardzo merytoryczną i dynamiczną dyskusję. Dziękuję również przedstawicielowi Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia. Oddaję głos przewodniczącej.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Również dziękuję wszystkim państwu za aktywny udział, za dyskusję. Kończymy XII posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Przeciwdziałania Problemom Uzależnień. Bardzo cieszy mnie nowelizacja, która ma wejść w życie. Jest to dla nas, dla osób prowadzących placówki, bezcenne. Dziękujemy i mam nadzieję, że projekt bardzo szybko trafi pod obrady Sejmu. Jeszcze raz wszystkim państwu dziękuję.