

Raport

Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych

2022 r.

Jak przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu osób uzależnionych od opioidów

autor: **Jacek Charmast**

redakcja, opracowanie graficzne: Filip Nawaro

wydawca: Stowarzyszenie Jump'93, www.jump93.pl

Projekt finansowany przez Islandię, Liechtenstein
i Norwegię z Funduszy EOG i Funduszy Norweskich
w ramach **Programu Aktywni Obywatele**

Spis treści

Wstęp	4
Koszty społeczne narkomanii.....	4
Zadania RPOU.....	4
Nakłady NFZ na świadczenia narkotykowe	7
Korekty w strukturze kosztów.....	7
Tradycyjne deficyty?.....	8
Reintegracja społeczna osób wykluczonych społecznie i uzależnionych od narkotyków	10
Readaptacja – powrót do społeczeństwa.....	11
Postrehabilitacja z perspektywy finansowej.....	11
Programy opiekuńcze dla czynnych użytkowników.....	14
Leczenie substytucyjne	16
Trudności z rozwojem oferty.....	16
Substytucja w kontraktach NFZ.....	17
Pacjenci.....	18
Farmakologia.....	19
Leczenie substytucyjne to nie tylko leki.....	20
Warszawa i substytucja	22
Skutki koncentracji dużej liczby pacjentów.....	22
Sposoby ograniczenia wpływu placówek na otoczenie.....	23
Bezdomność a problem uzależnienia.....	24
Ograniczenia systemowe i formuła programów substytucyjnych	26
Dysfunkcje modelu programu substytucyjnego.....	26
Dlaczego projekt nowelizacji ustawy utknął?.....	27
Podsumowanie. Dobre rozwiązania, które są osiągalne	29
Przykład zintegrowanych działań.....	29
Trzy najpilniejsze zmiany.....	30
Indeks tabel	32
Bibliografia	32

Wstęp

Wśród różnorodnych kosztów, które ponosi nasze państwo w związku z przeciwdziałaniem negatywnym zjawiskom towarzyszącym używaniu substancji psychoaktywnych, te dotyczące pomocy i leczenia nie są najwyższe. Znacznie przewyższają je koszty redukcji podaży, karania, ścigania, osądzania. Jako społeczeństwo szybko zmierzające w kierunku nowoczesności, dla którego powinno być ważne zachowanie racjonalnych proporcji pomiędzy karaniem a leczeniem, powinniśmy być świadomi w jaki sposób te wydatki się rozkładają.

Należy pamiętać też, że **leczenie i pomoc** użytkownikom narkotyków w stosunku do różnych kategorii wydatków związanych z ochroną zdrowia nie kosztuje wiele i bywa, że jeden duży szpital posiada budżet większy, niż wszystkie "narkotykowe" poradnie i stacjonarne ośrodki rehabilitacji razem wzięte.

Jeszcze niższe wydatki ponosimy na **pomoc społeczną**. Jeśli ubytek rzędu dziesięciu milionów złotych w jakimś punkcie budżetu lecznictwa narkotykowego może być istotnym problemem systemowym, to ubytek tylko jednego miliona złotych z pomocy społecznej byłby katastrofą dla całej kategorii.

Koszty społeczne narkomanii

W 2015 r. prof. Zofia Mielecka-Kubieñ dokonała oszacowania kosztów, jakie pośrednio i bezpośrednio ponosi państwo w związku z problemem używania narkotyków¹. Zestawienie to jest wciąż aktualne, jeśli brać pod uwagę proporcje, które pozostają nadal bez istotnych zmian:

- Wydatki Wymiaru Sprawiedliwości: 318,39 mln zł (54,6%)
 - Wydatki na ochronę zdrowia: 190,57 mln zł (32%)
 - Wydatki na realizację KPPN: 70 mln zł (12%)
 - Wydatki opieki społecznej: 3,88 mln zł (0,67%)
- Razem: 582,84 mln zł

Jak widać, kategoria **pomoc społeczna** widnieje na samym końcu listy. Jest to może **największa ułomność** polskiego systemu pomocy, biorąc pod uwagę, że populacja uzależnionych użytkowników narkotyków szybko się starzeje, a zarazem grupa ta szybciej traci sprawność, potrzebną do zachowania pełnej samodzielności.

Drugą ułomnością strukturalną jest terytorialna **nierównowaga** w dostępie do świadczeń. Widać ją w wydatkach oddziałów wojewódzkich NFZ, ale deficyty zobaczymy również, gdy przyjrzymy się, w jakie serwisy wyposażone są największe polskie miasta. Wiedzy tej dostarczają solidnie aktualizowane informatory "Gdzie szukać pomocy", publikowane co parę lat przez Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii (obecnie Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, KCPU).

Zadania RPOU

Od ponad 10 lat program Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych zwraca uwagę na sposób rozdzielania środków finansowych przeznaczonych na leczenie i wsparcie, wskazując zarazem miejsca wymagające większego zaangażowania tych środków.

¹ Za: Zofia Mielecka-Kubieñ, *Oszacowanie kosztów społecznych używania narkotyków w Polsce w 2015 r.*, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, 2017.

Skromny budżet wymusza wnikliwe planowanie wydatków przy dogłębnej znajomości potrzeb. To ważne zadanie wymaga współpracy, a co najmniej **porozumienia** wszystkich płatników i donatorów, wymaga też lokalnych strategii narkotykowych.

W Warszawie, samorząd bardzo efektywnie współpracuje z organizacjami pozarządowymi i KCPU. Posiada strategię, ciała doradcze złożone z ekspertów, decydentów potrafiących słuchać. Nadal jednak pozostaje tu bardzo wiele do zrobienia – potrzebne jest zaproszenie do rozmów jeszcze jednego partnera, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Przede wszystkim po to, by Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ zwrócił należyłą uwagę na problemy wynikające z **widocznej od 2017 r. tendencji** w rozłożeniu programów leczenia substytucyjnego: po lewej stronie Wisły spada ilość miejsc leczenia, podczas gdy bardzo szybko rośnie po stronie prawej.

Choćby powierzchowny wgląd w strukturę kosztów, tj. finansowanie wyodrębnionych elementów kontraktowania przez poszczególne oddziały NFZ, pokazuje **problem nierównowagi** w dostępie do świadczeń². Oczywiście są świadczenia, które dla mieszkańca Małopolski mogą być udzielane na Pomorzu, jak np. rehabilitacja w ośrodku stacjonarnym, ale już wszelkie usługi ambulatoryjne, dzienne, powinny być dostępne blisko domu pacjenta.

Pojawia się pytanie, czy każdy oddział wojewódzki NFZ identyfikuje zmieniające się potrzeby, czy dostrzega deficyty systemu, czy na nie odpowiednio reaguje?

Dobrym przykładem jest rok 2010, czyli początek fali problemów związanych z gwałtownym wzrostem popytu na nowe substancje psychoaktywne (NSP) i pojawieniem się ponad tysiąca sklepów z “dopalaczami”. Szczyt kryzysu nastąpił w 2015 r., gdy najwyższe poszybowały wskaźniki zatruc, urosły kolejki do placówek leczenia podwójnej diagnozy, a w niektórych największych aglomeracjach zaczęto znowu postrzegać jako istotny problem narkotyków ulicznych.

NFZ uruchomił wówczas znaczne dodatkowe środki na leczenie podwójnej diagnozy i czas oczekiwania na leczenie został istotnie skrócony. Jednak kolejne badania popytu na NSP wskazywały zmianę, która nie doczekała się odpowiedniej odpowiedzi ze strony innych podmiotów, w tym od samorządów: choć popyt na nowe substancje wśród młodzieży zaczął wyhamowywać, to nadal cieszyły się one dużą popularnością wśród osób wykluczonych społecznie.

Nowe, poważne problemy socjalne klientów programów redukcji szkód nie doczekały się adekwatnej odpowiedzi systemowej, poza istotnym wzmocnieniem samej redukcji szkód. **Nie pojawiły się nowe miejsca opieki całodobowej, ani nie wzrosły znacząco wydatki pomocy społecznej.**

Tymczasem rok 2020 przyniósł epidemię COVID-19, która mocno uderzyła w wykluczonych. W ostatnich dwóch latach zaczęto też dostrzegać wzrost popularności **benzodiazepin** i jest to dzisiaj dobrze nagłośniony medialnie temat. *Lockdown* ograniczył wielu uzależnionym możliwości nielegalnego zarobkowania, w tym obrotu narkotykami, żebractwa, kradzieży sklepowych, prostytucji.

W Warszawie czy Wrocławiu, gdzie klienci programów redukcji szkód sygnalizują od dłuższego czasu spadek jakości brązowej heroiny, wzrosło znacząco zapotrzebowanie na leczenie substytucyjne. Zapotrzebowanie to jest na bieżąco zaspakajane.

² Por. tabele w dalszej części tego opracowania; wiele na ten temat pisaliśmy w poprzednich Raportach Rzecznika.

Tocząca się od kilku miesięcy wojna w Ukrainie to także dla nas wyzwanie. System opieki schroniskowej dla osób w kryzysie bezdomności uległ przeciążeniu, wyhamowały remonty mieszkań socjalnych i pomoc żywnościowa, a priorytetem opieki socjalnej jest gaszenie pożaru spowodowanego kryzysem uchodźczym. Dodajmy przy tym, że pojawienie się wśród uchodźców niewielkiej grupy uzależnionych nie jest jak dotąd istotnym obciążeniem dla systemu opieki zdrowotnej – choć na poziomie lokalnym bywa różnie.

Uzależnieni z Ukrainy nie łądzą na końcu kolejki po wsparcie i leczenie, nadszedł jednak czas formułowania wniosków i należy to robić na bieżąco. Nie powinniśmy czekać, aż wywołana epidemią, a później wojną **mobili-zacja społeczna** zacznie zanikać. Istnieje bowiem obawa, że powrócimy na dawne tory samozadowolenia i braku głębszej refleksji nad stanem polskiego modelu pomocy.

Dzisiaj mamy wszystkie jego niedostatki przed oczami. Naszej uwagi żąda pomoc społeczna, jak i system opieki nad osobami w kryzysie bezdomności. Z pomocy schroniskowej uzależnieni od narkotyków zostali w praktyce wyłączeni.

Namysłu i szybkiej reakcji wymaga **lecznictwo substytucyjne**, by uzależnieni od opioidów mogli z niego korzystać blisko miejsca zamieszkania, by wędrując za leczeniem po całym kraju nie generowali bezdomności. Ważny jest równomierny i adekwatny do potrzeb rozkład miejsc tego leczenia, zarówno w poszczególnych województwach, jak i w największych miastach. Tu jednak znaczącą poprawę może przynieść tylko daleko idąca zmiana polskiego modelu tej terapii, o czym w dalszej części Raportu.

W tym opracowaniu skupimy się na kosztach readaptacji społecznej i leczenia substytucyjnego, ponieważ w tych działaniach pacjent wykluczony społecznie znajduje najbardziej potrzebną mu pomoc. Spróbujemy odpowiedzieć na pytanie, czy wydatki te można racjonalizować i jak wzmocnić efektywność działań leczniczych.

Nakłady NFZ na świadczenia narkotykowe

- Struktura wydatków NFZ na leczenie uzależnień zmienia się nieznacznie, lecz w dobrym kierunku
- Nadal istnieje nadreprezentacja pewnych form pomocy kosztem innych, deficytowych

Najważniejsze co wydarzyło się w ciągu ostatnich lat z nakładami NFZ na świadczenia “narkotykowe”, to poważne zasilenie leczenia substytucyjnego w Warszawie i Wrocławiu, oraz leczenia tzw. **podwójnej diagnozy**. Rehabilitacja współwystępujących z uzależnieniem zaburzeń psychicznych jest świadczona w placówkach stacjonarnych, a terapia w placówkach ambulatoryjnych, ale w naszym zestawieniu obydwie świadczenia są połączone. Chodzi tu o wyraźne pokazanie skali reakcji płatnika na problem zaburzeń psychicznych i kolejek do leczenia specjalistycznego.

W tabelach dotyczących kwot nakładów NFZ nie widać istotnego wzrostu na substytucję lekową. Wzrost ten nastąpił dopiero po roku 2019, a dane otrzymane przez nas z NFZ dotyczą lat wcześniejszych. Widać natomiast wzrost dostępności tego świadczenia w zestawieniu dotyczącym **liczby miejsc** (Tabela 7), gdzie przedstawiamy dane aktualne.

Korekty w strukturze kosztów

Tabela 1. pokazuje, że nakłady na rehabilitację **stacjonarną** spadły znacząco w stosunku do całości nakładów – z 47% do 41% – jednak to spadek pozorny. Część ośrodków rehabilitacji wyspecjalizowała się bowiem dodatkowo w leczeniu zaburzeń psychicznych i część ich kontraktów została ujęta w nakładach dotyczących leczenia **podwójnej diagnozy** – w których z kolei mamy spektakularny wzrost.

Śledząc dalej wzrosty nakładów, widzimy że **świadczenia ambulatoryjne** (poz. 1. tabeli) zyskują niewiele w ogólnej puli – wzrost z 8,8% do 9%.

Nieznacznie traci leczenie substytucyjne – spadek udziału z 17,3% do 16% – ale brakuje tu danych z lat 2020–2022, które pokazałyby wyraźny skok nakładów, w związku ze zwiększeniem liczby miejsc leczenia w Łodzi, Warszawie i Wrocławiu (patrz: Tabela 7).

Spada znacznie udział detoksykacji z 11% do 7%. Nieznacznie straciła terapia krótkoterminowa, wzrósł za to udział oddziałów dziennych z 0,5% do 3,4%. Należy tu zwrócić uwagę, że odbicie następuje ze stanu faktycznego niebytu – **oddziałyienne**, to jednak nadal deficytowe świadczenie w wielu miastach. Niewielki wzrost zaliczają też **hostele readaptacyjne**, z 2,4 do 2,6%.

Najwięcej dodatkowych środków NFZ ulokował w leczeniu **podwójnej diagnozy** (PD), gdzie mamy wzrost udziału z 3,9% do 8%. Leczenie PD w **stacjonarnych ośrodkach** rehabilitacji, to widoczny priorytet dla płatnika, właściwa odpowiedź na wzrost liczby przypadków zaburzeń psychicznych wśród użytkowników narkotyków, będący głównie skutkiem wzrostu popytu na nowe substancje psychoaktywne.

Z przedstawionych danych wynika, że NFZ zauważa deficyt **form pośrednich**, czyli świadczeń udzielanych w placówkach poświęcających świadczeniobiorcom więcej czasu niż poradnie, ale nie obejmując ich opieką całodobową, tak jak ośrodki stacjonarne. NFZ zauważa też niedobory opieki postrehabilitacyjnej, dla której przynajmniej nie zmniejszono udziału w ogólnych nakładach. Jest to ważne ze względu na słuszny trend skracania programów rehabilitacji.

Tabela 1. Nakłady NFZ na leczenie uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol – wg rodzaju świadczeń (w tys. zł)

Nazwa świadczenia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Świadczenia ambulatoryjne terapii uzależnienia	8 850	9 402	9 842	10 571	11 607	12 591	11 837	12 612	13 227	13 428
Krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnień	14 087	12 861	13 922	14 267	14 877	15 428	15 382	15 338	16 344	17 308
Świadczenia rehabilitacyjne	54 198	54 583	58 238	59 431	60 781	61 624	58 409	58 627	60 486	60 871
Programy leczenia substytucyjnego	1732 0	17 218	18 579	19 143	19 541	20 583	20 537	22 304	23 297	2142 0
Leczenie zespołów abstynencyjnych (detoksykacja)	10 951	9 695	9 766	10 209	11 254	1129 0	11 008	11 056	11 006	11 402
Świadczenia dzienne terapii uzależnienia	521	2 223	249 0	2 384	2 531	278 0	2 704	3 456	3 461	3 677
Świadczenia udzielane w hostelu	247 0	2 613	2 833	2 961	2 873	338 0	3 243	3 626	3 875	4 017
Świadczenia terapii/rehabilitacji uzależnionych z tzw. podwójną diagnozą	4 412	5 104	6 471	7 533	8 078	8 453	10 827	11 332	12 651	12 454
Razem	112 811	1137 00	122 144	1265 00	131 545	136 131	133 948	138 354	14435 0	144 579

W 2018 r. Fundusz dodatkowo zmienił warunki konkursów na kontraktowanie świadczeń, między innymi kładąc nacisk na **leczenie psychiatryczne** i diagnostykę w **poradniach** narkotykowych: zwiększono istotnie liczbę godzin pracy psychiatrów oraz podwyższono wymogi wobec kwalifikacji terapeutów.

Należy zakładać, że poradnie już teraz intensywniej zajmują się lżejszymi przypadkami zaburzeń psychicznych, lepiej rozpoznają te zaburzenia i częściej kierują osoby z takim rozpoznaniem do specjalistycznych ośrodków.

*W ramach konkursów dla organizacji społecznych m.st. Warszawa finansuje działania z zakresu redukcji popytu, **pomijane przez NFZ**: wsparcie psychologiczne, redukcję szkód, zajęcia grupowe, poradnictwo prawne. Pieniądze trafiają do organizacji społecznych realizujących miejskie i krajowe strategie przeciwdziałania narkomanii. W 2020 r. został ogłoszony konkurs na lata 2021–2023, na kwotę ponad 4 mln zł. W 2021 r. warszawskie wydatki na przeciwdziałanie narkomanii wynosiły 1,6 mln zł.*

Nadal jednak lwią część finansowania pomocy uzależnionym w Warszawie pochodzi z NFZ – są to już wielomilionowe kwoty.

Tradycyjne deficyty?

Tabela 2. jest interesująca z jednego istotnego powodu. Chodzi o spadek nakładów na leczenie uzależnień narkotykowych w województwach **podkarpackim i podlaskim**, gdzie, jak wiemy, brakuje niektórych świadczeń, w tym leczenia substytucyjnego. Świadczy to o słabości tamtejszego sektora organizacji pozarządowych, ale też świadczy o konserwatywności lokalnej polityki narkotykowej, nie wychodzącej śmiało poza abstynencyjny paradygmat pomocy.

Tabela 2. Nakłady NFZ na leczenie uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol - wydatki z podziałem na województwa

Oddział NFZ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Wartość umów (w tys. zł)										
Dolnośląski	6 387	6 725	7 743	8 868	9 285	9 585	9 112	10 095	10 917	9 698
Kujawsko-Pomorski	4 807	5 069	5 614	5 160	5 538	5 727	6 021	6 709	6 925	6 784
Lubelski	3 918	3 842	4 370	4 360	4 588	4 999	4 821	5 589	5 551	6 020
Lubuski	13 531	13 385	13 710	13 984	14 951	15 252	14 851	14 821	15 363	14 150
Łódzki	8 368	8 442	8 696	8 723	8 763	9 250	9 758	10 383	10 907	11 226
Małopolski	4 505	4 430	5 027	5 360	5 378	5 380	8 099	8 294	8 930	9 459
Mazowiecki	26 160	24 528	25 633	26 750	28 167	29 417	27 095	26 971	27 765	28 579
Opolski	2 401	2 469	2 555	2 875	2 884	2 953	2 910	2 958	3 287	3 313
Podkarpacki	886	955	1 083	939	1 167	1 134	908	758	783	741
Podlaski	2 677	2 486	2 526	2 659	2 579	2 683	2 472	2 498	2 671	2 553
Pomorski	9 390	8 641	9 146	9 958	10 159	10 464	9 758	10 068	10 746	11 758
Śląski	13 429	13 258	13 767	14 216	14 321	14 953	14 511	15 067	15 544	14 770
Świętokrzyski	1 444	1 768	2 233	2 434	2 973	3 155	2 925	3 001	2 978	3 466
Warmińsko-Mazurski	3 468	3 486	3 618	3 786	3 874	4 030	4 051	3 925	3 907	4 107
Wielkopolski	6 004	7 216	7 528	7 272	7 291	7 671	7 689	7 939	8 423	8 640
Zachodniopomorski	6 585	6 969	8 821	9 073	9 524	9 376	8 852	9 143	9 534	9 068
Suma końcowa	113 959	113 667	122 068	126 416	131 443	136 030	133 835	138 220	144 232	144 331

Reintegracja społeczna osób wykluczonych społecznie i uzależnionych od narkotyków

- Jednokierunkowy rozwój programów reintegracji społecznej
- Wady i zalety hosteli post-rehabilitacyjnych
- Nakłady NFZ na opiekę w hostelu
- Dlaczego reintegracja to “najślabsze ogniwo” systemu pomocy?

Według Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii³, programy reintegracji (readaptacji) społecznej dla osób używających narkotyków służą integrowaniu ich beneficjentów ze społeczeństwem. EMCDDA stoi na stanowisku, że należy je udostępniać nie tylko byłym użytkownikom narkotyków, co w naszym kraju obecnie jest standardem (nie odstającym daleko od średniej europejskiej), ale też **aktualnym użytkownikom**, o czym na ogół się zapomina.

Czego potrzebują osoby wykluczone społecznie, uzależnione i zarazem bezdomne, borykające się z różnymi chorobami współwystępującymi czy niepełnosprawnościami? Jakie serwisy w zakresie reintegracji społecznej powinniśmy im zapewnić, by sprostać potrzebom?

*W przypadku **reintegracji** osób starszych, niepełnosprawnych, niesamodzielných, pozbawionych wsparcia bliskich, celem pomocy jest zapewnienie opieki całodobowej lub domowej. Serwis **opiekuńczy** powinien z kolei celować w nabycie przez podopiecznych **umiejętności**, które umożliwią im stabilne korzystanie z pomocy i przebywanie w środowisku wspierającym. To zadanie trudne w przypadku beneficjentów długotrwale wykluczonych społecznie. Pomoc tu nie może być wycofywana w momencie, gdy podopieczny złamie reguły współpracy, ale co najwyżej modyfikowana.*

Kluczem do sukcesu wszystkich działań jest zaakceptowanie zasady, że abstynencja nie jest absolutnym celem ani też punktem wyjścia do udzielania pomocy. Zakres pomocy powinien uwzględniać różnorodne potrzeby klienta – od pracy środowiskowej i opieki domowej, po domy opieki społecznej i zakłady opiekuńczo–lecnicze.

*Co do grup **długotrwale marginalizowanych** społecznie, np. osób z zaburzeniami psychicznymi, mających duże trudności z podjęciem jakiegokolwiek współpracy opartej na kontrakcie, programy reintegracji powinny zapewnić podstawową opiekę w zakresie noclegu i dziennego pobytu, wyżywienia i higieny. Powinny też zapewnić klientowi przestrzeń do rozwoju i poprawy sytuacji, do poprawy funkcjonowania społecznego, stabilizowania sytuacji zdrowotnej, prawnej i socjalnej.*

***Istotnym działaniem** jest pomoc klientowi w efektywnym korzystaniu z leczenia uzależnienia i innych chorób, pomoc w kontaktach z ośrodkiem pomocy społecznej, i poradnictwem prawnym.*

³ Sumnall H., Brotherhood A., *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*, European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction, 2012.

Readaptacja – powrót do społeczeństwa

Od samego początku, gdy w **latach 80-tych** w naszym kraju powstawały pierwsze domy Monaru i społeczności terapeutyczne dla uzależnionych od narkotyków, pojawił się też problem, **jak pomagać dalej** tym, którzy kończą program rehabilitacji, osobom bez wsparcia rodzin, bezdomnym, pacjentom z niskim potencjałem własnym.

Ośrodki stacjonarne wychodziły naprzeciw tym potrzebom, organizując opiekę tak, by końcowy etap pobytu zawierał elementy wsparcia służące **usamodzielnieniu** się pacjenta. Ośrodki jednak na ogół dość elastycznie podchodziły do indywidualnych potrzeb, skracaly bądź wydłużaly czas pobytu, pomagały niekiedy zdobyć kwalifikacje zawodowe i pierwszą pracę, uzupełnić edukację.

W latach 90-tych organizowano pierwsze **hostele**, udostępniano też pierwsze mieszkania readaptacyjne.

Obecnie **hostele readaptacyjne** (postrehabilitacyjne) udostępniają w naszym kraju ponad **400 miejsc**. Nie jest to mało, biorąc pod uwagę, że ośrodki rehabilitacji stacjonarnej dysponują ok. dwoma tysiącami miejsc, a zdecydowana większość ich pacjentów to osoby młode, mogące liczyć na wsparcie rodzin.

Istotnym problemem polskich hosteli jest często nietrafiona **lokalizacja**. Umieszczenie na wsi lub w małych miastach, z dala od rynku pracy, czyni je mało efektywnymi i nie przydatnymi dla celów usamodzielnienia, podczas gdy hostele położone w większych aglomeracjach pokazują **wysoką skuteczność**. Organizacja hosteli w Krakowie i Łodzi przyczyniła się do radykalnego skrócenia programów leczenia w niemal wszystkich stacjonarnych ośrodkach na terenie województw łódzkiego i małopolskiego, i prawdopodobnie przyczyniły się pośrednio do znaczącej poprawy efektywności tych ośrodków.

Doświadczenia Łodzi i Krakowa to dowód, że program readaptacji powinien być organizowany w tym środowisku, w którym przyjdzie pacjentowi przebywać przez kolejne lata.

Duże miasto, to najlepsze miejsce dla osoby rozpoczynającej nowe życie, ponieważ posiada istotne z punktu widzenia celów reintegracji zasoby. Wiele z tych zasobów miasta udostępniają za darmo, w tym te z zakresu kultury, rekreacji, sportu, uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej. Miasta udostępniają centra integracji społecznej, mieszkania socjalne i komunalne, rozbudowaną opiekę zdrowotną, tworzą nowe miejsca pracy, w miastach działają kluby abstynenckie, grupy wsparcia i organizacje społeczne.

W ostatnich latach pojawiły się przy placówkach ambulatoryjnych **niewielkie programy** oferujące osobom wychodzącym z nałogu pomoc w nabyciu różnych umiejętności życiowych. W wielu poradniach odbywają się mityngi AN, działają grupy wsparcia i grupy samopomocowe, zrzeszające setki uczestników. Dla nieco mniejszej grupy klientów prowadzone są warsztaty zapobiegania nawrotom, zarządzania czasem, znacznie rzadziej pomoc zorientowana na znalezienie pracy, naukę zawodu czy podniesienie kwalifikacji zawodowych.

Należy jeszcze dodać, **mieszkania readaptacyjne** (treningowe) udostępniane w niektórych miastach, to jednak ekskluzywna forma wsparcia, na ogół znacznie słabiej dostępna niż hostele.

Postrehabilitacja z perspektywy finansowej

Świadczenia udzielane w hostelu, to jedyna forma działań z zakresu reintegracji społecznej kontraktowana przez NFZ. Przy tym dotyczy wyłącznie hosteli **postrehabilitacyjnych**. NFZ kontraktuje 1/3 z ok. trzydziestu działających w naszym kraju hosteli.

Dodajmy tu jednak pewne zastrzeżenie: **niemała część z pozostałych hosteli może być finansowana z kontraktu NFZ, tyle że nie bezpośrednio.**

Bywa tak, gdy placówka działa w strukturze mającego umowę z płatnikiem ośrodka rehabilitacji. Pozostałe hostele funkcjonują w oparciu o dotacje samorządu, KBPN (KCPU) lub opłat ponoszonych przez lokatorów.

Tabele 3. i 4. pokazują, że **mniej niż połowa** województw posiada hostele ze świadczeniami zakontraktowanymi przez NFZ. Zestawienie danych wskazuje dodatkowo, że choć województwo mazowieckie udostępnia najwięcej miejsc hostelowych, to MOW NFZ nie kontraktuje żadnej działalności w tych placówkach. Podobna sytuacja ma miejsce w województwie śląskim, gdzie NFZ kontraktuje tylko jeden spośród sześciu hosteli. Należy przy tym pamiętać, że w obu tych województwach może zachodzić pośrednie kontraktowanie świadczeń – tzn. poprzez umowy z ośrodkami rehabilitacyjnymi. Zaznaczmy jeszcze, że choć część naszych danych pochodzi sprzed 5 lat, to sytuacja do dzisiaj nie zmieniła się znacząco.

Tabela 3. Nakłady NFZ na hostele readaptacyjne (świadczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, w hostelu).

Oddział NFZ	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Wartość umów (zł)										
Dolnośląski	348 928	325 576	358 320	408 968	413 440	450 936	427 336	447 104	498 848	428 944
Kujawsko-Pomorski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lubelski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lubuski	1 047 425	1 007 404	1 021 644	995 220	925 189	1 003 392	1 048 055	929 377	991 341	1 117 046
Łódzki	986 272	936 028	939 304	1 009 797	1 009 797	1 289 156	1 125 868	1 335 425	1 324 193	1 325 718
Małopolski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mazowiecki	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Opolski	87 546	83 038	77 896	94 569	94 829	98 970	100 380	145 792	182 002	98 610
Podkarpacki	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Podlaski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pomorski	-	-	-	-	-	-	49 028	308 178	298 340	448 104
Śląski	-	-	-	-	-	-	-	12 114	157 226	124 459
Świętokrzyski		261 128	436 168	452 208	430 152	537 792	492 080	448 084	423 377	474 392
Warmińsko-Mazurski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wielkopolski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zachodniopomorski	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suma końcowa	2 470 170	2 613 173	2 833 332	2 960 762	2 873 407	3 380 246	3 242 748	3 626 076	3 875 327	4 017 277

KBPN w swoim sprawozdaniu z 2015 r. tak komentuje problem niedostatecznego kontraktowania przez NFZ świadczeń hostelowych: „świadczenie dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelach znajduje się w katalogu świadczeń gwarantowanych, a obowiązek ogłaszania konkursu na te świadczenia wynika z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności z art. 6 określającego zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz art. 65 wskazującego, że ubezpieczenie zdrowotne oparte jest na zasadzie zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.”

Brak kontraktowania wielu hosteli przez NFZ, to tylko jeden z problemów. Gdy zajrzemy do najnowszego Informatora „Gdzie szukać pomocy” (KBPN) zobaczymy, że ok. 1/3 hosteli readaptacyjnych, położona jest w miejscowościach niewielkich, oddalonych od rynku pracy. Pamiętajmy, że stacjonarne ośrodki rehabilitacji opuszczają najczęściej osoby młode, przed trzydziestym rokiem życia, które powinny szybko **podjąć pracę lub naukę**.

Położenie hostelu w oddaleniu od umożliwiających to zasobów, stanowi **poważną przeszkodę dla efektywnego działania mającego na celu usamodzielnienie się klienta**.

Lokalizacja jest natomiast mniej ważna w przypadku działań domów opieki społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, schronisk z opieką medyczną i innych działań dedykowanych osobom starszym, czy niepełnosprawnym.

Problemem w dużej części już wyeliminowanym, wydaje się trwająca wiele lat ekskluzywność opieki hostelowej – niektóre organizacje bądź ośrodki stacjonarne organizowały hostele wyłącznie dla własnych pacjentów. Taka placówka obsługiwała wtedy tylko jeden do dwóch ośrodków, nie wykorzystując w pełni swoich zasobów, przez co ponosiła wysokie koszty w przeliczeniu na mieszkańca.

Jest to jednak praktyka nieunikniona w przypadku, gdy hostel działa w strukturze ośrodka rehabilitacji, będąc tylko dodatkowym **adresem** wykonywania zakontraktowanych przez ten ośrodek usług, przy finansowaniu wyłącznie ze środków NFZ.

Tabela 4. Liczba hosteli readaptacyjnych i miejsc w tych hostelach.

Hostele readaptacyjne (postrehabilitacyjne) w Polsce	liczba hosteli 2015	liczba miejsc w hostelach 2015	liczba hosteli 2017	liczba miejsc w hostelach 2017
woj. dolnośląskie	4	36	4	36
woj. kujawsko-pomorskie	1	8	1	7
woj. lubelskie	0	0	0	0
woj. lubuskie	3	52	4	52
woj. łódzkie	1	36	1	60
woj. małopolskie	1	30	1	30
woj. mazowieckie	4	115	7	114
woj. opolskie	0	0	0	0
woj. podkarpackie	1	8	0	0
woj. podlaskie	0	0	0	0
woj. pomorskie	2	30	2	33
woj. śląskie	6	62	6	77
woj. świętokrzyskie	3	33	2	23
woj. warmińsko-mazurskie	1	3	1	3
woj. wielkopolskie	2	20	2	12
woj. zachodniopomorskie	0	0	0	0
RAZEM	29	403	31	447

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Informatora KBPN „Gdzie szukać pomocy”

Programy opiekuńcze dla czynnych użytkowników

Przez blisko cztery dziesięciolecia instytucje organizujące pomoc użytkownikom narkotyków skupiały uwagę na problemach osób utrzymujących całkowitą abstynencję, tj. tych, które ukończyły program w zamkniętym ośrodku rehabilitacyjnym. W efekcie **sektor readaptacji** społecznej osób uzależnionych jest dość zasobny ilościowo w placówki hostelowe – o różnym poziomie jakości – przy znacznie mniejszym poziomie zagospodarowania potrzeb na ambulatoryjne programy wsparcia i mieszkania readaptacyjne.

Programy opiekuńcze prowadzone w grupie czynnie używającej narkotyków, zaliczane są z reguły do **redukcji szkód**. W trzech miastach – w Krakowie, Warszawie i Wrocławiu – oferowane są punkty dziennego pobytu, dostarczające możliwości bezpiecznego spędzenia czasu, wykonania zabiegów higienicznych, uprania odzieży, skorzystania z komputera, skromnego posiłku. W niewielkim zakresie oferowany jest nocleg.

W przypadku osób leczonych substytucyjnie, mamy do czynienia już ze **znacznym deficytem** dedykowanych im działań **reintegracyjnych**. Ten niedobór systemu wpływa na efektywność leczenia substytucyjnego, z którego korzystają głównie osoby w wieku powyżej 35 lat, długotrwale wykluczone, często pozbawione wsparcia rodzin i w kryzysie bezdomności. Pomoc dla tej grupy, aby być skuteczną, powinna opierać się na współpracy wielu serwisów - również w ramach placówek opiekuńczych - oraz oferować dostęp do opieki medycznej, pomoc dla osób z niepełnosprawnościami, przestrzeń działań pracowników środowiskowych.

W naszym kraju istnieje wiele miejsc w placówkach opiekuńczych dla osób w **kryzysie bezdomności**, jednak rzadko placówki te są zainteresowane pomocą klientowi uzależnionemu od narkotyków. Oczywiście zdarza się, że taki klient z nich korzysta, ale są to pojedyncze osoby, ukrywające nierzadko fakt leczenia HIV czy leczenia metadonem.

Niektóre programy substytucyjne oferują wsparcie pracownika socjalnego, jednak jego działania mają niewielką skuteczność, gdy pacjent mieszka na ulicy, bez realnych szans na schronisko.

Możliwość pomocy jest ograniczona, gdy brakuje dedykowanych programów opiekuńczych czy mieszkań socjalnych. Działaniom readaptacyjnym nie sprzyja też duże obciążenie niektórych programów substytucyjnych, gdzie towarzyszące uzależnieniu problemy zdrowotne i dotyczące sytuacji socjalnej są spychane na dalszy plan przez pochłaniającą czas i siły personelu kontrolę abstynencji.

Bogusława Bukowska, wicedyrektor KBPN: „*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 rodzin – 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.*”

Źródło: Społeczna reintegracja uzależnionych od narkotyków – najsłabsze ogniwo, „Świat Problemów”, 1/2015.

Wśród osób w kryzysie bezdomności leczonych substytucyjnie w Warszawie, ci nieliczni, którzy korzystają ze schronisk, realizują też indywidualne programy wychodzenia z bezdomności. Osoby te, pozostając pod opieką pracownika socjalnego z ośrodka pomocy społecznej, uzyskują dość szybko **prawo do mieszkań** socjalnych.

Czas oczekiwania na przydział takiego lokalu, to jednak wiele lat, choć nowa polityka mieszkaniowa miasta znacznie poprawiła sytuację. Tu pojawia się problem kolejnego deficytu – tym razem dotyczy ilości mieszkań treningowych, które pozwalałyby przygotować osoby opuszczające schroniska do samodzielnego mieszkania.

Doświadczenia projektów **housing first**, ale też doświadczenia osób, które po opuszczeniu schronisk przeniósł się do mieszkań socjalnych pokazują, że **programy mieszkań readaptacyjnych dla wykluczonych mają ogromny potencjał, jednak pod warunkiem dalszego wspierania beneficjentów**. Wszelkie podobne projekty, które wstrzymują wsparcie po przekazaniu lokalu, ponoszą więcej porażek.

Leczenie substytucyjne

- Przepisy utrudniają rozwój terapii substytucyjnej w Polsce
- Nieznaczny wzrost nakładów NFZ na leczenie substytucyjne
- Słabe strony substytucji przy braku innych form wsparcia

Substytucja opioidowa, po 30 latach obecności w Polsce, po ogromnych korzyściach jakie przyniosła, powinna posiadać już mocną, szeroko dostępną bazę leczniczą i optymalne możliwości rozwoju. Tak się jednak z wielu powodów nie dzieje. Jej rozwój nie przebiegał ani przez chwilę tak przebojowo, jak w przypadku ośrodków rehabilitacji, ponieważ leczenie substytucyjne zawsze wzbudzało kontrowersje, wynikające z braku zrozumienia jego celów.

Substytucja lekowa celuje w reintegrację społeczną pacjenta, jego powrót do rodziny, zaprzestanie działań przestępczych, poprawę jakości życia i stanu zdrowia, w końcu – ratuje życie. Do dzisiaj jednak pozostaje dyskredytowana na rzecz “absolutu”, jakim jest bezwzględna abstynencja, co szczególnie mocno zaznacza się w konserwatywnych środowiskach specjalistów związanych z profilaktyką uzależnień.

Według Światowej Organizacji Zdrowia, cele pomocy i leczenia nie powinny ograniczać się tylko do abstynencji. Traktowanie abstynencji jako najważniejszego celu może utrudniać osiągnięcie innych, takich jak poprawa jakości życia czy stanu zdrowia, redukcja szkód.

“Stanowisko WHO/UNODC/UNAIDS: Leczenie substytucyjne w leczeniu uzależnienia od opioidów i profilaktyka HIV / AIDS”, 2004

Trudności z rozwojem oferty

System pomocy oparty na dominacji abstynencyjnych programów leczniczych, zdaje się nie doceniać społecznych korzyści wynikających z faktu zmniejszenia się skali narkomanii ulicznej, popytu na opioidy, wykluczenia społecznego i bezdomności. Efekty te mogą być w mniejszych miejscowościach trudniej dostrzegalne, ale w dużych aglomeracjach, takich jak Wrocław czy Warszawa, gdzie rozwój substytucji po 2006 r. zredukował do minimum popyt na heroinę i narkotykową bezdomność, są wręcz spektakularne.

W wielu miejscach naszego kraju leczenie metadonem było blokowane nie tyle ograniczeniem środków przyznawanych przez NFZ, co wpływami lokalnych specjalistów i opiniotwórczych organizacji pozarządowych. Substytucja lekowa nadal jest nieobecna w województwach podkarpackim i podlaskim, choć tamtejsze oddziały NFZ deklarują, że **już chcą** ją kontraktować. W obydwu województwach brakuje jednak zainteresowanych świadczeniodawców.

Obecnie widać, że to nie brak środków finansowych jest największą przeszkodą w rozwoju lecznictwa substytucyjnego w kraju, lecz trudność w **zreformowaniu modelu leczenia, który obecnie uniemożliwia implementację programów w mniejszych miejscowościach**. Celem koniecznej zmiany przepisów powinny być zatem **daleko idące ułatwienia w udostępnieniu leczenia substytucyjnego tam, gdzie użytkowników opioidów mieszka niewiele**.

Dodatkowo, zmiany przepisów mogłyby znacząco **obniżyć koszty**. Obecny model leczenia substytucyjnego w Polsce, to **formuła programu** – przesadnie rozbudowana, kosztowna, scentralizowana i przeważnie niedofinansowana, co redukuje możliwości opieki.

Projekt nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (UPN) przedstawiony Ministerstwu Zdrowia przez KBPN w 2014 r. zakładał umożliwienie prowadzenia terapii substytucyjnej przez wybrane gabinety lekarskie, w oparciu o inne niż metadon, **bezpieczniejsze leki**. Koszty prowadzenia leczenia w takim wypadku, ograniczają się do opłacenia pracy lekarza i zakupu leków. Gotowy projekt zmiany UPN jest w Ministerstwie Zdrowia wstrzymywany od 2014 r. niekończącymi się konsultacjami i działaniami bez skutków. Szerzej tę sprawę omawiamy w oddzielnym rozdziale↓.

Substytucja w kontraktach NFZ

Priorytet, jakim w kolejnych *Krajowych Programach Przeciwdziałania Narkomanii* było **zwiększenie dostępu** do leczenia substytucyjnego, tylko gdzieś znalazł odzwierciedlenie w dystrybucji środków NFZ.

Tabela 5. Nakłady na leczenie substytucyjne w Polsce.

Oddział NFZ	2015	2016	2017	2018	2019
Wartość umów (w tys. zł)					
Dolnośląski	2 739	2 532	2 990	3 288	2 391
Kujawsko-Pomorski	778	975	1 295	1 347	1 210
Lubelski	977	1 041	1 252	1 245	1 232
Lubuski	1 466	1 686	1 746	1 647	695
Łódzki	670	699	906	1 244	887
Małopolski	611	662	690	703	721
Mazowiecki	9 420	8 932	9 237	9 431	9 892
Opolski	354	329	335	352	226
Podkarpacki	0	0	0	0	0
Podlaski	0	0	0	0	0
Pomorski	415	405	495	642	682
Śląski	1 514	1 571	1 633	1 690	1 648
Świętokrzyski	330	351	339	353	366
Warmińsko-Mazurski	296	312	298	260	315
Wielkopolski	389	415	418	434	480
Zachodniopomorski	625	628	671	663	674
Suma końcowa	20 583	20 537	22 304	23 297	21 420

Opracowanie RPOU na podstawie danych NFZ.

Na poziomie oddziałów wojewódzkich Funduszu istnieją różne polityki wobec leczenia. Wiele oddziałów przez wiele lat broniło się przed udostępnieniem substytucji **nie ogłaszając konkursów**. Obecnie w Białymstoku, czy w Rzeszowie trudno byłoby zrekrutować odpowiednią liczbę pacjentów aby uruchomić program, czyli taką, by zdołał się on utrzymać biorąc pod uwagę koszty własne. Programy substytucyjne mogły tam powstać jeszcze 15 lat temu, ale teraz ich potencjalni klienci zmarli lub wyjechali, szukając leczenia w innych miejscach. W tym momencie, na Podlasiu i Podkarpaciu można zaproponować jedynie programy oparte na **pomocy schroniskowej**, bo na terenie kraju znajduje się wiele osób bezdomnych poszukujących leczenia metadonem i opieki całonocnej – również z tych dwóch województw – zdolnych do migracji w celu uzyskania pomocy.

Pacjenci

Tabele 6. i 7. przedstawiają liczbę pacjentów substytucyjnych w Polsce. W tabeli 7 widoczne są spadki liczby pacjentów w wielu programach, zarazem spektakularny skok w Warszawie oraz znaczące wzrosty w Łodzi i Wrocławiu.

Wzrost liczby osób leczonych w Warszawie o ponad 400 identyfikujemy jako efekt uderzenia COVID-19 w nielegalne zarobki użytkowników opioidów oraz spadku jakości heroiny brown sugar.

Tabela 6. Liczba pacjentów leczonych substytucyjnie w Polsce

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Liczba pacjentów	750	1221	1230	1525	1951	2129	2181	2213	2455	2586	2564	2601	2685

Źródło: Raport o stanie narkomanii w Polsce 2018, KBPN, Warszawa 2018.

Tabela 7. Liczba pacjentów w programach leczenia substytucyjnego

Program leczenia substytucyjnego	Liczba pacjentów	
	2019 (grudzień)	2022 (maj)
Ośrodek Rehabilitacji w Kazuniu-Bielanach	0	6
Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, Warszawa	106	100
NZOZ Ośrodek Leczenia Uzależnień „Eleuteria”, ul. Dzielna 7, Warszawa	205	226
Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, ul. Nowowiejska 27, Warszawa	210	180
NZOZ Poradnia Profilaktyczno-Rehabilitacyjna „Mały Rycerz”, ul. Brzeska 13/Ratuszowa 7/9, Warszawa	195	201
Centrum Profilaktyki i Terapii Uzależnień VOLTA-MED Sp. z o.o. ul. Kijowska 7/3, Warszawa	271	344
Poradnia Leczenia Uzależnień PUNKT, ul. Jagiellońska 34, Warszawa	44	371
Centrum Medyczno-Diagnostyczne, Siedlce	21	14
Ośrodek Leczenia Uzależnień, Lublin	120	135
Centrum Profilaktyki Uzależnień, Poznań	50	51
SP ZOZ Szpital Psychiatryczny im. Babińskiego, Łódź	115	163
SPS ZOZ „Zdroje”, Szczecin	62	58
Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień, Gdańsk	79	92
Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej, Starachowice	41	41
Poradnia Terapii Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych, Wrocław	280	340
Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia od Substancji Psychoaktywnych, Chorzów	131	84
NZOZ Poradnia ds. Uzależnień, Częstochowa	34	54
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera, Kraków	78	80
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych, Świecie	76	13
NZOZ Medseven/NZOZ Marimed – Poradnia Leczenia Uzależnień	36	35
Lubuski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień NZOZ „LOPiT”, Zielona Góra	118	71
SP ZOZ Poradnia Terapii Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych "Nowy Dworek", Kostrzyń	71	71
WS SP ZOZ Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych, Zgorzelec	67	76
NZOZ Poradnia ds. Uzależnień, Opole	36	44
NZOZ Poradnia Terapii Uzależnienia, Olsztyn	25	28
Łącznie	2471	2878

Opracowanie własne wg danych KBPN/KCPU

W porównaniu danych z obu tabel, liczba pacjentów w 2019 roku (tabela 7) przedstawia się jako znacznie mniejsza niż w latach 2014–2017 (tabela 6). Jednak nie nastąpił tu rzeczywisty spadek, ani też pomyłka. Zmiana wynika z modyfikacji sposobu liczenia pacjentów. Dane za lata 2005–2017 dotyczą pacjentów, którzy

zostali zarejestrowani w systemie ewidencji KBPN w ciągu całego roku, choć niekiedy w tym czasie leczenie przerywali bądź zaczynali od nowa. Natomiast dane z grudnia 2019 r. i maja 2022 r. mówią o osobach, które leczyły się **w momencie sprawozdawania** liczby leczonych w systemie KBPN/KCPN.

Nakłady NFZ na substytucję, poza Warszawą, Wrocławiem i Łodzią, rosną bardzo wolno. Niektóre programy wręcz zmniejszyły w ostatnich latach liczbę pacjentów.

W czasie epidemii COVID-19 liczba pacjentów substytucyjnych w kraju prawie się nie zmieniła, natomiast w wymienionych wyżej miastach wzrosła o ponad 500 osób – z czego 400 przybyło w Warszawie, która dostarczyła tylu nowych miejsc.

Nakłady mazowieckiego NFZ stanowią dzisiaj ok. 50% wszystkich krajowych kontraktów w zakresie leczenia substytucyjnego, przy czym sama Warszawa leczy połowę z ponad 2800 polskich pacjentów.

Farmakologia

W krajach Unii Europejskiej na ok. 1,5 mln osób leczonych z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych blisko 50% korzysta z substytucji lekowej. Jest ona uważana przez WHO za najskuteczniejszą metodę leczenia uzależnienia od opioidów.

Najszerzej stosowanymi lekami w tej terapii są metadon i buprenorfina. W naszym kraju **metadon** przyjmuje ponad 90% leczonych substytucyjnie osób, gdy w krajach UE średnio ok. 60%. Pozostałe 40% europejskich pacjentów otrzymuje buprenorfinę lub inne opioidy, wśród nich preparat złożony z **buprenorfiny i naloksonu** – lek o wysokim profilu bezpieczeństwa, który można udostępniać przy mniejszym poziomie obostrzeń.

Buprenorfina z naloksonem, zalecana jest w szczególności pacjentom młodszym, krócej uzależnionym i lepiej funkcjonującym społecznie.

Buprenorfina jest lekiem o znacznie dłuższym działaniu od metadonu, zarazem bezpieczniejszym i nie wywołującym dolegliwej senności. Z uwagi na te właściwości zalecana jest pacjentom młodszym, bez problemu z utrzymaniem abstynencji i dobrze funkcjonującym społecznie.

Bardzo istotne w leczeniu substytucyjnym jest długie działanie leku, przekraczające 24 godziny, czyli wielokrotnie dłuższe od działania heroiny. W przypadku opioidów takich jak heroina, konieczne jest przyjmowanie przez osobę uzależnioną kilku dawek dziennie, przy wzrastającej tolerancji.

*Systematyczne, zgodne z zaleceniami podawanie leku **uwalnia pacjenta od objawów abstynencyjnych** na wiele godzin, bez efektu odurzenia. Pacjent nadal pozostaje uzależniony od opioidów, ale używa czystego, farmakologicznego produktu, pozostając pod kontrolą lekarską.*

***Znika przymus zdobywania pieniędzy** na zakup opioidów ulicznych, często drogą przestępczą, uzależnienie nie niszczy zdrowia, nie pochłania wszystkich sił i zasobów, pozwalając normalnie żyć, podjąć pracę czy naukę, leczyć choroby towarzyszące narkomanii.*

Leczenie substytucyjne ratuje skutecznie życie i znacznie je wydłuża. W programach substytucyjnych leczy się wiele osób w wieku 50+, a za kilka lat pojawią się pierwsi 70-latkowie.

W momencie, gdy osoba uzależniona podejmuje leczenie, bardzo istotna zmiana zachodzi w jej najbliższej rodzinie. Najbliżsi odzyskują własne życie.

Leczenie substytucyjne to nie tylko leki

Leczenie substytucyjne ma też słabe strony, które ujawniają się zazwyczaj wtedy, gdy nie jest wspierane przez odpowiednie programy readaptacji społecznej, działania opiekuńcze, leczenie HIV i HCV. Substytucja nie znosi do końca potrzeby sięgania po inne niż opioidy substancje, nie znosi w pełni dyskomfortu, gdy pacjent jest uzależniony od wielu substancji, czy np. choruje na depresję.

Politoksykomania, używanie stymulantów, benzodiazepin, to problem większości użytkowników opioidów. Dla wielu dotkliwym problemem są nie leczone lub źle leczone zaburzenia psychiczne. Pewna część pacjentów sięga z tego powodu po inne substancje, jak alkohol, stymulanty, benzodiazepiny czy kannabinoidy. Sięganie po uliczne narkotyki w przypadku gorszego samopoczucia – zamiast zgłoszenia problemu lekarzowi – jest mocno utrwalonym schematem postępowania osoby uzależnionej. **Niemniej, zapotrzebowanie na nielegalne opiaty u osób leczonych to problem marginalny.** Przy współpracy z innymi usługodawcami, programy substytucyjne mogą być pomocne także w przypadkach używania wielu substancji.

Lek substytucyjny, gdy dawka jest odpowiednio dobrana, nie wywołuje odurzenia, ale u niektórych osób powoduje dość dotkliwie odczuwane skutki uboczne: ospałość, potliwość, obniżenie libido i inne.

Należy pamiętać, że leczenie substytucyjne umożliwia efektywne korzystanie z terapii HIV i HCV, gruźlicy, chorób wenerycznych, umożliwia wyleczenie infekcji skórnych, ropni, chorób uzębienia, grzybic. Pozwala na skuteczne leczenie psychiatryczne. **Poprawa stanu zdrowia** u pacjentów zaangażowanych w programy substytucyjne następuje zazwyczaj szybko i jest procesem efektywnym, ale musi być on wspierany przez personel programów i pomoc społeczną – np. w przypadkach braku refundacji leków (jak tych na ADHD).

Proces reintegracji, w przypadku osób wykluczonych społecznie i bezdomnych, powinien być wspierany przez odpowiednie programy terapeutyczne, warsztaty rozwoju osobistego, programy zorientowane na uzawodowienie, serwisy opiekuńcze, działania przeciwdziałające wykluczeniu cyfrowemu i in. Coraz częściej potrzebne są programy senioralne. W środowisku zintegrowanej, komplementarnej oferty pomocowej **efektywność leczenia substytucyjnego będzie znacząco rosła.**

Z naszych warszawskich obserwacji wynika, że możliwy jest podział pacjentów na trzy, mniej więcej równe liczebnie grupy: **pierwsza**, to pacjenci dobrze funkcjonujący, podejmujący pracę lub naukę; **druga grupa**, to osoby mające epizody słabszego funkcjonowania; **trzecia** składa się głównie z osób długotrwale wykluczonych społecznie, stale naruszających kontrakt terapeutyczny. Naruszenia te polegają na używaniu nielegalnych narkotyków, na nie kontrolowanym używaniu benzodiazepin, na iniekcjach i łamaniu prawa.

Nawet w tej trzeciej grupie działania przeciwko własnemu zdrowiu i łamaniu prawa są znacznie rzadsze w porównaniu z okresem sprzed leczenia. Nawet z takimi osobami można i należy pracować, starać się eliminować wszelkie dotkliwe dyskomforty, można skutecznie leczyć ich zaburzenia psychiczne.

Duże, scentralizowane, obłożone programy substytucyjne, bez współpracy modułu reintegracyjnego, mogą podnosić swoją efektywność tylko poprzez selekcję pacjentów i kontrolę abstynencji. Nacisk na kontrolę,

w **przypadku deficytu** miejsc w programach substytucji lekowej, jest wyborem logicznym, bo leczenie wyselekcjonowanej grupy może być skuteczniejsze. Jednak zadanie to pochłania personelowi ogromną ilość czasu, którego potem brakuje np. na rzetelną diagnostykę i jej aktualizację. W przypadku, gdy leczenie jest **łatwo dostępne** i wybór placówki należy do klienta, kontrola bywa zazwyczaj zredukowana, a próg dostępu obniżony.

Programy niskoprogowe są podstawowym elementem redukcji popytu na opioidy. **Warunkiem sukcesu są również dostępne i ustrukturyzowane programy reintegracji społecznej.**

Warszawa i substytucja

- Nadmierna koncentracja pacjentów a problemy lokalne
- Pandemia i wojna zwiększają obciążenie systemu pomocy
- Bezdomność jako wynik migracji w poszukiwaniu leczenia
- Ważna rola OPS-ów, skuteczna pomoc mieszkaniowa

Główne problemy warszawskich programów substytucyjnych wynikają z ich obciążenia, co z kolei jest skutkiem przyjętego w Polsce modelu tego leczenia oraz słabo rozwiniętego sektora reintegracji społecznej.

W latach 2004–2006, władze Warszawy we współpracy z KBPN i NFZ podjęły działania, w efekcie których w latach następnych z wielokrotnością liczbę miejsc terapii substytucyjnej. Drastycznie spadł wtedy popyt na heroinę i uliczne opioidy. Zniknął z ulicy „kompot”, zredukowano znacząco bezdomność narkotykową. Centrum miasta, gdzie w okolicach dworców kolejowych i Pałacu Kultury prosperował handel narkotykami, przestało odstraszać przechodniów i mieszkańców okolicznych domów.

Na dziś dzień, **stołeczne programy substytucyjne obejmują opieką ok. 50 % wszystkich osób** leczonych metadonem i buprenorfiną w Polsce.

Tabela 8. Liczba pacjentów warszawskich programów substytucyjnych.

Nazwa programu substytucyjnego	2019		2022	
	Lewobrzeżna Warszawa	Dzielnica Praga Północ	Lewobrzeżna Warszawa	Dzielnica Praga Północ
IPiN, ul. Sobieskiego 9	106	–	100	–
NZOZ „Eleuteria”, ul. Dzielna 7	205	–	226	–
Szpital Nowowiejski, ul. Nowowiejska 27	210	–	180	–
NZOZ „Mały Rycerz”, ul. Brzeska 13/Ratuszowa 7/9	0	195	–	201
Centrum VOLTA-MED Sp. z o.o. ul. Kijowska 7/3	0	271	–	344
Poradnia PUNKT, ul. Jagiellońska 34	0	44	–	371
RAZEM	521	510	506	916

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KBPN.

Skutki koncentracji dużej liczby pacjentów

Do 2016 r. stosunkowo liczne warszawskie programy działały w kilku dzielnicach miasta: dwa w Śródmieściu, po jednym na Woli, Mokotowie i Pradze Północ. Wiele zmieniło się w 2016 r., kiedy zniknął ważny punkt pomocowy w dzielnicy Wola. Od tego czasu zaczęła postępować koncentracja miejsc leczenia po prawej stronie Wisły – na Pradze Północ – z czego wynikł szereg problemów dla okolicznych mieszkańców, a sytuację dodatkowo utrudniał fakt, że kilka lat wcześniej reaktywował się tam rynek narkotykowy.

Od 2016 r. Biuro Rzecznika zwraca uwagę nie tylko na problem koncentracji leczenia substytucyjnego na Pradze, ale koncentracji tam wszelkiej pomocy skierowanej do osób wykluczonych, w tym schronisk, noclegowni, jadłodajni.

Pacjenci programów substytucyjnych w Polsce, to przede wszystkim osoby starsze, ze stosunkowo długą historią uzależnienia i często wykluczone społecznie. Średni wiek osób leczonych substytucyjnie jest znacznie wyższy od pacjentów ośrodków rehabilitacyjnych, w których przeważają osoby przed trzydziestką. Pacjent

z **długą historią** wykluczenia to trudny partner dla personelu, gdyż na ogół ma problemy z respektowaniem zasad leczenia. Nie wymaga zatem dłuższego uzasadnienia postulat, by placówkom zajmującym się osobami z długą historią wykluczenia zapewnić **komfort bezpiecznej** i efektywnej pracy. Takie bezpieczeństwo jest niezbędne lekarzom, pielęgniarkom i terapeutom, ale też **pacjentom i otoczeniu** programów substytucyjnych.

Konflikty z otoczeniem i sąsiedztwem pojawiają się wtedy, gdy z programu korzysta codziennie duża liczba osób, które nierzadko pozostają widoczne w okolicy przez dłuższy czas. Działanie programów jest odbierane wtedy jako **zagrożenie**, przyciągające niebezpieczne osoby. Nawet niewielka grupa pacjentów, która **systematycznie** narusza porządek może stanowić duży problem dla sąsiedztwa. Potęgują go sytuacje, gdy służby porządkowe, policja lub straż miejska nie działają skutecznie, a placówka nie zabiega o ochronę.

Tabela 9. Liczba interwencji Pogotowia do przedawkowań i zatruc substancjami psychoaktywnymi

Rok	Liczba interwencji Pogotowia w Warszawie	Liczb interwencji Pogotowia Oddziału Warszawa - Praga Północ
2017	1242	265
2018	983	167
2019	790	118
2020	677	93
2021	784	108

dane: Meditrans

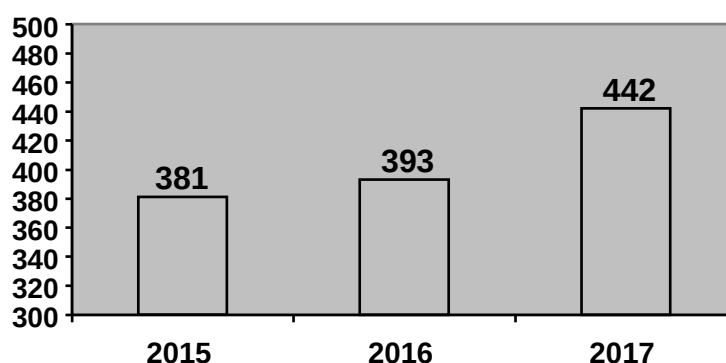
Z powodu spiętrzenia podobnych problemów, w latach 2015-16 przestały istnieć dwa niezwykle ważne dla miasta programy pomocowe i lecznicze na Woli.

Sposoby ograniczenia wpływu placówek na otoczenie

Jakie zarzuty padają wobec placówek zajmujących się pomocą osobom wykluczonym społecznie? Najczęściej wskazywany jest brak poczucia bezpieczeństwa w najbliższym otoczeniu – padają zarzuty picia alkoholu na ulicy, hałasu, bijatyk, handlu narkotykami, kradzieży w sklepach, porzucania sprzętu do iniekcji, pozostawiania śmieci.

Podobne problemy dotyczą programów substytucyjnych, noclegowni, jadłodajni – wszystkich serwisów, które obsługują **znaczne ilości** osób wykluczonych, jednak bez opieki całodobowej, która zakłada zazwyczaj kontrolę abstynencji i czasu spędzonego poza placówką.

Wykres 1. Liczba interwencji Policji w związku z przestępstwami narkotykowymi w dzielnicy Warszawa - Praga Północ, w latach 2015-2017.



Program substytucyjny nastawiony na większą liczbę pacjentów, powinien zatem od początku **zorganizować pracę** tak, by **uniknąć kolejek** po lek. Im większa liczba pacjentów odbierających substytut w krótkim przedziale czasu, tym liczniejsza rośnie grupa osób nieprzestrzegających kontraktu terapeutycznego. Należy zakładać, że osoby, które spotkały się w placówce spędzą kolejne godziny gdzieś obok na ulicy lub na pobliskim skwerze.

W 2015 r. brak ochrony przez policję doprowadził do wycofania się programu redukcji szkód z warszawskiej dzielnicy Wola. W 2016 r. – również na Woli – zamknął działalność program substytucyjny przy Szpitalu Zakaźnym. W 2019 r. wieloletni protest mieszkańców wymusił przeniesienie do innej lokalizacji programu substytucyjnego na Pradze Północ.

Przyczyną zawsze były skargi mieszkańców na zakłócenia porządku i incydenty z domniemanym udziałem pacjentów wymienionych placówek, ale też skargi na handel narkotykami.

Właściwa organizacja pracy placówki oraz stała współpraca z policją w zakresie dodatkowej ochrony najbliższego otoczenia programu – tego bardzo często brakuje w programach.

Poza Warszawą, tylko trzy programy obsługują **więcej niż 100** pacjentów. Niekiedy wzrost liczby miejsc hamuje NFZ, nie zwiększając kontraktu. Czasami prowadzący program nie są zainteresowani jego zwiększaniem, a bywa, że bilans pomiędzy odejściami i zgłoszeniami do leczenia jest bliski zeru, lub ujemny.

Bezdomność a problem uzależnienia

Bezdomność w Warszawie dotyka ponad 2,5 tys. osób. Wśród nich ok. 20% to kobiety, a blisko połowa to osoby zamiejscowe. Migracja do Warszawy, to często wyjazd w poszukiwaniu pracy, ale w przypadku osób używających narkotyków celem może być uzyskanie leczenia i zarazem miejsca w programach opiekuńczych.

Ostatnie badania bezdomności z 2019 r. wymagają aktualizacji. Niemniej, już wtedy **14% warszawskich bezdomnych wskazało uzależnienie jako przyczynę swojej trudnej sytuacji.**

Dane ankietowe wskazują ponadto, że najliczniejszą grupę bezdomnych stanowią osoby w wieku 40+, które stanowią 73% tej populacji. Połowa z nich nie posiada dochodu, a niewiele ponad 20% korzysta z zasiłków ośrodków pomocy społecznej. Większość korzysta z różnego rodzaju schronisk i noclegowni, pozostali żyją na ulicy, nocują w pustostanach, na kłatkach schodowych i w innych **niemieszkalnych miejscach.**

Ostatnie dwa lata to czas gwałtownego wzrostu potrzeb, w wyniku najpierw epidemii COVID-19, a w 2022 r. kryzysu uchodźczego związany z wojną w Ukrainie. Cały czas rośnie popyt na leczenie substytucyjne, ogromnie obciążające są koszty opieki nad uchodźcami, od których Miasto się nie uchyla.

Celem działań Miasta skierowanych do osób w kryzysie bezdomności jest zaspokojenie podstawowych potrzeb, a w dalszej kolejności indywidualne ustabilizowanie sytuacji i wyjście z kryzysu. Pomoc opiera się na dotacjach dla organizacji pozarządowych, które, podobnie jak w przypadku osób uzależnionych od narkotyków, prowadzą ok. **90% serwisów** świadczących wsparcie.

Organizacje pozarządowe prowadzą 23 schroniska, ponadto obsługują sześć jadłodajni, dwie noclegownie, dwa punkty dziennego pobytu dla osób czynnie używających narkotyków, trzy łaźnie, pralnię, trzy punkty konsultacyjne, działania typu *outreach*.

Miasto współpracuje z organizacjami pozarządowymi także poprzez ciała doradcze – Branżowe Komisje Dialogu Społecznego. Komisje działają w obszarach bezdomności, uzależnienia od alkoholu czy uzależnień narkotykowych.

Miasto prowadzi coraz aktywniejszą **politykę mieszkaniową** skierowaną do osób w kryzysie bezdomności czy w kryzysie wynikającym z trudnej sytuacji finansowej. Lokale udostępniane w trybie najmu socjalnego stanowią ponad 10% zasobów mieszkaniowych stolicy. Ponadto udostępniane jest 30 lokali typu *housing first*, oraz 26 mieszkań treningowych/readaptacyjnych.

Jednym z **kluczowych elementów** systemu opieki są ośrodki pomocy społecznej (OPS), które udzielają stałej lub czasowej pomocy finansowej, pomocy rzeczowej, w tym żywnościowej oraz skierowują do placówek opiekuńczych. Według danych, które Stowarzyszenie Jump 93 uzyskało w OPS Warszawa–Wola (punkt skierowań dla osób bezdomnych), w latach 2020–2021 do schronisk skierowano **87 osób uzależnionych** do narkotyków, ale liczba osób, które dotarły do schronisk i się w nich utrzymały jest wielokrotnie mniejsza.

Stowarzyszenie Jump 93 przeprowadziło w kwietniu i maju 2022 r. krótkie badania ankietowe, które mamy nadzieję będzie tylko wstępem do badań szerszych. Ankietowani, to 155 pacjentów jednego z warszawskich programów substytucyjnych, który robił szeroki nabór w czasie pandemii. Okazało się, że w grupie tej, aż 122 osoby podjęły leczenie substytucyjne po raz pierwszy.

72% ankietowanych stanowią osoby, które przekroczyły trzydziesty piąty rok życia. 108 osób określiło swoją sytuację mieszkaniową jako stabilną, a 47 jako niestabilną. W tej drugiej grupie, 23 ankietowanych to osoby pozostające w kryzysie bezdomności, z których 10 osób, korzystało aktualnie z noclegów w miejscach niemieszkalnych typu pustostany i ogródki działkowe.

W całej grupie ankietowanych tylko jedna osoba była mieszkańcem schroniska, a 13 osób korzystało z mieszkań socjalnych.

Zapytaliśmy też o odległości jakie pokonują ankietowani pomiędzy miejscem zamieszkania a programem substytucyjnym i o koszty podróży. 22 osoby pokonywało odległość od 50 do 100 km wydając średnio 44 zł w obie strony; 6 osób pokonywało odległość od 101 do 200 km, wydając średnio 88 zł; 4 osoby podróżowały w jedną stronę ponad 200 km wydając 117 zł. Pozostałe 123 osoby rezydowały w Warszawie i okolicach.

Ankietowana grupa stanowiła 11% wszystkich warszawskich pacjentów substytucyjnych.

Ograniczenia systemowe i formuła programów substytucyjnych

- Brak możliwości dotarcia z substytucją do mniejszych miast i miejscowości
- Niereformowalność obecnego modelu leczenia
- Sposób rozliczeń skłania do działań wbrew dobru pacjenta
- „Substytucja bliżej domu” – projekt nowelizacji ustawy czeka od 2014 r.

Osoby z problemem opioidowym w mniejszych miejscowościach na ogół pozbawione są dostępu do substytucji na miejscu, muszą więc podróżować za leczeniem do większych miast. Na początku codziennie, niekiedy pokonując setki kilometrów. To najistotniejsza bolączka polskiej substytucji, lecz nie jedyna.

W 2015 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) zaproponowała w taryfie dla świadczenia gwarantowanego „program leczenia substytucyjnego”, **wyższe punktowanie** metadonu niż buprenorfiny. Propozycja ta minęła się z oczekiwaniami specjalistów, ponieważ w praktyce **wykluczała** ze stosowania buprenorfinę/buprenorfinę z naloksonem, podczas gdy poziom ich stosowania w Polsce należy do najniższych na tle Europy, a są to leki o wyższym od metadonu profilu bezpieczeństwa.

W Polsce metadon jest stosowany w ok. 90% przypadków, w UE na poziomie 60%, a w części krajów skandynawskich czy we Francji buprenorfina dominuje.

Zaproponowana przez Agencję taryfa została odebrana jako próba uderzenia w odnoszący się do substytucji projekt zmiany ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2014 r., zakładający umożliwienie przepisywania na receptę bezpiecznych leków w zwykłych **gabinetach lekarskich** wybranych specjalizacji. Projekt celował tym samym w poszerzenie spektrum stosowanych leków oraz poszerzenie dostępu do leczenia.

Dysfunkcje modelu programu substytucyjnego

W opinii KBPN i specjalistów, zawartej w uzasadnieniu do projektu nowelizacji, formuła programu substytucyjnego – funkcjonująca do dziś – wyczerpała swoje możliwości rozwoju, a zarazem ten model terapii okazał się **niereformowalny**. Rzeczywiście, wszystkie wcześniejsze nowelizacje ustawy i przepisów wykonawczych nie przynosiły spodziewanych rezultatów.

Zaproponowana w 2014 r. zmiana **uprościłyby zasady** prowadzenia świadczeń – miałyby szansę pojawić się w gabinetach psychiatrów, zakaźników czy toksykologów, ale także w **poradniach** leczenia uzależnień.

Wciąż nieliczne polskie placówki leczenia substytucyjnego zlokalizowane są dzisiaj głównie w dużych miastach, a spośród nich tylko w Warszawie funkcjonuje więcej niż jedna.

W sześciu stołecznych programach leczy się ponad 1400 osób – w dwóch z nich znacznie **powyżej trzystu**. Warszawa jest dzisiaj najbardziej gorącym miejscem, jeżeli chodzi o kwestie bezpieczeństwa wokół programów i potrzebę realizacji postulatu decentralizacji substytucji.

Obecny model leczenia, oparty na formule programu substytucyjnego, jest kosztowny i nie daje się zaimplementować w mniejszych miejscowościach, gdyż wymaga prowadzenia dużej liczby pacjentów. Formuła programu, ze względu na wysokie koszty własne, przynosi dodatni bilans finansowy dopiero, gdy leczonych jest

trzydzieści–czterdzieści osób. To błąd systemowy, kluczowy dla dalszego rozwoju substytucji. Przez niego wielu pacjentów zmuszonych jest albo podróżować po lek, albo też, z braku środków na podróże, przenieść się do miejscowości otrzymywania leczenia, co z kolei często **czyni ich** bezdomnymi.

Problem ten wyhamowała nieco zmiana przepisów wykonawczych do UPN, umożliwiającą pacjentom uzyskiwania **przywileju odbierania leku** nawet co 14 dni. Na drodze tej zmiany staje jednak wynik finansowy programu substytucyjnego, zarabiającego na każdej wizycie pacjenta.

Pacjent problematyczny, dla którego przywilej jest trudny do uzyskania, stawał się, paradoksalnie, **bardziej dochodowy dla placówki**. W efekcie pojawiły się **nadużycia** w postaci minimalnego przyznawania przywilejów.

Praktyka uciążliwego i czasochłonnego stawiennictwa w placówkach odciąga osoby leczone od innych aktywności – ważnych z punktu widzenia celów terapii – i powoduje zakłócenia porządku **wokoło placówki** leczniczej.

Częste pojawianie się dużej grupy pacjentów po odbiór leku i pozostawanie wielu z nich na ulicy, przynosi negatywne skutki dla reintegracji, wzmacniając **uzależnienie środowiskowe**. Równocześnie, obciążenie programów powoduje wypalenie zawodowe lekarzy i personelu, zmniejszając jego zaangażowanie w pracę.

Dlaczego projekt nowelizacji ustawy utknął?

Projekt nowelizacji ustawy z roku 2014, miał wielkie szanse pomóc rozwinąć substytucję lekową i szeroko ją udostępnić. Alternatywna wobec dużych programów, **zdecentralizowana** formuła leczenia dostarczyłaby szans na leczenie w poradniach uzależnień, wzmacniając rolę lekarza i moduł diagnostyczny w farmakoterapii.

Działając w porozumieniu z warszawską *Branżową Komisją Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Uzależnieniom i HIV/AIDS* (BKDS), stowarzyszenie *Jump 93* (program RPOU) niejednokrotnie zwracało się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o spotkanie w sprawie **przyspieszenia prac** nad nowelizacją ustawy.

W 2015 roku MZ odpisało nam: „*W związku z prowadzonymi intensywnymi pracami dotyczącymi realizacji priorytetowych zadań z zakresu ochrony zdrowia, spotkanie w przedmiotowej sprawie w najbliższym okresie nie będzie możliwe. Mając jednak na uwadze konieczność zmian w zakresie zwiększenia dostępności leczenia substytucyjnego, uprzejmie informuję, że sugestie zawarte w projekcie zmian zaproponowanym przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zostaną poddane analizie podczas prac legislacyjnych w przedmiotowym zakresie.*”

W 2016 roku, po wielu latach walki o wprowadzenie na polski rynek leku łączącego nalokson z buprenorfiną, producent wycofał się z naszego kraju. BKDS i *Jump 93* odbyły od 2016 r. szereg spotkań i rozmów telefonicznych z przedstawicielami ministerstwa, m.in. z wiceministrami Krzysztofem Łandą i Zbigniewem Królem. Wydawało się, że pojawił się przełom, gdy projekt nowelizacji ustawy został w 2018 r. wreszcie **opublikowany**, ale potem sprawy znowu stanęły w miejscu, na dodatek w złym miejscu.

Projektodawca ustąpił bowiem Ministerstwu Zdrowia w kluczowym dla powodzenia reformy założeniu, że **pacjent nie ponosi kosztów** zakupu leku substytucyjnego lub ponosi je częściowo. Wycięcie tego elementu, niedopuszczenie do choćby częściowej refundacji uczyniło zmianę ustawy już tylko eksperymentem, a nie istotną odpowiedzią na problem deficytu leczenia substytucyjnego.

Całkowita odpłatność za lek, to **bariera nie do przekroczenia dla większości potencjalnych pacjentów**.

Na zakończenie kwestii wzmocnienia leczenia substytucyjnego w Polsce trzeba podkreślić, że podobne poszukiwania rozwiązań mają miejsce w wielu innych rozwiniętych częściach świata. Uznani eksperci pracują nad wytycznymi, których zastosowanie pozwoli w pełni wykorzystać możliwości terapii substytucyjnej w zakresie leczenia, redukcji szkód i poprawy jakości życia osób leczonych. Oddajmy głos jednemu z nich.

Prof. Edward Jacek Gorzelańczyk: *“Eksperci Grupy Pompidou podjęli próbę opracowania całościowych i spójnych zaleceń oraz wypracowania powiązań między poszczególnymi działaniami istotnymi w leczeniu osób uzależnionych od opioidów. Zgodnie z tymi zaleceniami należy uzyskać **poprawę równowagi** między kontrolowaniem ryzyka związanego ze specyfiką substancji opioidowych a dostępem do opieki osób uzależnionych od opioidów. Nowe podejście powinno umożliwić wprowadzenie osób uzależnionych od opioidów do podstawowego systemu opieki zdrowotnej i usunięcie ich z marginesu społecznego.*

Eksperci Grupy Pompidou sformułowali cztery kluczowe zalecenia: usunięcie systemów uprzedniej zgody, zniesienie barier finansowych w dostępie do opieki, ustanowienie doraźnego organu monitorującego i koordynującego oraz zwrócenie szczególnej uwagi na terminologię dotyczącą uzależnień od opioidów. **Zalecono całkowitą likwidację modelu leczenia osób uzależnionych od opioidów poprzez systemy wymagające uprzedniej zgody – takie, jakimi są w Polsce programy leczenia substytucyjnego.** Zgodnie z przedstawianymi zasadami, leczenie polegające na przepisywaniu agonistów opioidów (takich jak metadon czy buprenorfina) powinno podlegać zwykłym przepisom dotyczącym przepisywania i wydawania kontrolowanych leków i nie wymagać specjalnego zezwolenia, czy dotyczy to osoby poddawanej leczeniu, czy też zaangażowanych specjalistów lub infrastruktury. Kwalifikacja i podział zadań i obowiązków pomiędzy różne podmioty systemu powinny być takie same, jak dla wszystkich innych form dozwolonego leczenia obejmującego leki kontrolowane. Zgodnie z przytaczanymi w zaleceniach argumentami wyeliminowanie programów uprzedniej zgody powinno skutkować poprawą dostępności, przystępności i akceptowalności leczenia.

Wprowadzenie leczenia substytucyjnego bez specjalnych ograniczeń prawnych, jakie występują w programach substytucyjnych, umożliwi osobom leczonym łatwiejszy i szybszy dostęp do leczenia agonistami opioidów – **prowadzenie leczenia zwłaszcza przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzy ogólnych**, których liczba jest wystarczająca, a samo rozwiązanie korzystne dla osób leczonych.

Eksperci grupy Pompidou twierdzą, że system leczenia agonistami opioidów osób uzależnionych wymagający uzyskanie wcześniejszej zgody, jest **odstraszający dla lekarzy**, którzy albo nie są upoważnieni do przepisywania lub wydawania leków (koncepcja dostępności), albo zniechęcają się do tego z powodu ograniczeń administracyjnych, do których muszą się stosować, aby uzyskać i zachować autoryzację. **Z perspektywy osoby uzależnionej od opioidów taki system (jaki mamy w Polsce) ma również efekt odstraszający**, gdyż leczenie podlega ograniczeniom, zwłaszcza harmonogramem lub innymi ustaleniami organizacyjnymi, które albo są dla pacjenta niemożliwe do spełnienia (ograniczenie dostępności), albo są zbyt skomplikowane, by leczenie rozpocząć (koncepcja dopuszczalności). Niechęć osób uzależnionych do leczenia w programie substytucyjnym pogłębianą jest przez konieczność rejestracji w systemie danych osobowych pacjenta i wywołuje obawę wykorzystania informacji na szkodę osoby leczonej.

Ponadto występowanie systemu leczenia wymagającego zgody urzędników powoduje, że nadzór nad specjalistami (którzy leczą osoby uzależnione od opioidów) staje się obowiązkiem organów, które wydały zezwolenia, a nie zwykłych organów odpowiedzialnych za nadzór nad lekami lub specjalistami – takich jak organy nadzoru zawodowego. Ustalenia dotyczące leczenia są określone przez organy administracyjne odpowiedzialne za wydanie niezbędnego zezwolenia. Władze te zazwyczaj nakładają dodatkowe wymagania dotyczące przypisywania lub wydawania leków, których nie wymieniono w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Zalecenia sformułowane przez zespół ekspertów Grupy Pompidou skłaniają do zrewidowania dotychczas funkcjonującego systemu leczenia uzależnień w Polsce”.

Podsumowanie. Dobre rozwiązania, które są osiągalne

Przykład zintegrowanych działań

Raport nasz dość obszernie omawia problemy dzielnicy Warszawa Praga Północ, ponieważ w niej ogniskują się wszystkie problemy osób wykluczonych społecznie i uzależnionych od narkotyków. Głównie problemy socjalne, ponieważ dostępność leczenia substytucyjnego w stolicy jest na tle kraju dobra.

W Warszawie, w części budynku wyłączonej ze struktury Szpitala Praskiego, trwają od kilku lat prace adaptacyjne, których koniec zaplanowany jest na rok 2023. Celem jest tu stworzenie **Centrum Re-Start, struktury pomocowej złożonej ze specjalistycznych usług leczniczych, rehabilitacyjnych, socjalnych i reintegracyjnych**. Projektowane usługi dedykowane są trzem grupom: osobom w kryzysie bezdomności, osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych i seniorom. Projekt zakłada wysoki standard techniczny serwisów, wysoki stopień ich **różnorodności i zintegrowania**.

Ma on jednak wielu oponentów wśród okolicznych mieszkańców i istnieje realne zagrożenie, że w efekcie końcowym funkcje obiektu zostaną ograniczone, być może nawet ulegną zmianie wskazane grupy beneficjentów. Przeciwnicy Re-Startu obawiają się kumulacji w swoim sąsiedztwie działań obciążających otoczenie tej jednej z najmniejszych warszawskich dzielnic.

Czy idea Centrum zostanie zrealizowana zgodnie z założeniami czy nie, warto przyjrzeć się jej ze względu na sam koncept i leżące u jego podstaw nowatorskie podejście do rozwiązywania problemów wykluczonych społecznie.

Działania **Centrum Re-Start** w zamierzeniu mają się opierać na **"paletowym" modelu pomocy, czyli takim, który równocześnie dostarcza najbardziej istotne dla klienta usługi**.

W module **redukcji szkód**, klient otrzymuje bezpieczne miejsce spędzenia wolnego czasu, świetlicę, posiłek, dostęp do łaźni, pralni, dostęp do komputera z internetem. Następne przewidziane funkcje to **punkt testowania HIV, HCV, oddział detoksykacyjny** oraz całodobowy program opiekuńczy dla osób opuszczających szpital, w tym dla osób wymagających przedłużonej detoksykacji czy rehabilitacji ze względu na problemy z poruszaniem się.

W opinii ekspertów BKDS, dodatkowe miejsca detoksykacji i jej przedłużenia miałyby istotny wkład w poprawianie bezpieczeństwa i stabilizacji wskaźników epidemiologicznych miasta.

Kolejne moduły to działania **programu substytucyjnego** i poradni uzależnień, gdzie oprócz standardowej konsultacji psychiatry i terapeuty pacjent będzie mógł uzyskać **poradę prawnika** i pomoc pracownika socjalnego. Wszystkie wymienione "narkotykowe" usługi zostaną rozlokowane na powierzchni ok. 850 m².

Warszawa, dzięki Centrum Re-Start, ma szansę na rekonstrukcję szeregu **zintegrowanych usług**, których zabrakło w związku z likwidacją w 2016 r. programu leczenia substytucyjnego i programu redukcji szkód w Szpitalu Zakaźnym na Woli. Tamto wydarzenie przyniosło niekorzystne konsekwencje, w tym doprowadziło do przerwania przez wiele osób leczenia ARV i kontroli medycznej.

Dzisiejsza trudna sytuacja Pragi Północ, to dużej mierze konsekwencja tamtej bezdusznej decyzji urzędników.

Dodajmy, że Rzecznik, przewidując następstwa, próbował przeciwdziałać zamknięciu programu substytucyjnego na Woli. Ponieśliśmy porażkę głównie z powodu bierności innych instytucji, przede wszystkim sprawującego nadzór nad Szpitalem Zakaźnym Marszałka Województwa Mazowieckiego.

W Polsce od wielu już lat szuka się sposobu zastąpienia bądź uzupełnienia formuły programu substytucyjnego przez formy bardziej przyjazne pacjentowi, dające się implementować wszędzie tam, gdzie uzależnieni od opioidów szukają pomocy. Wydawało się, że jest rozwiązanie, ale z jakiegoś powodu zostało ono osłabione, a potem zablokowane.

Jako Stowarzyszenie Jump 93 i Biuro Rzecznika od wielu lat wskazujemy istotne wady polskiego modelu pomocy: selekcja pacjentów, niedobór specjalistycznej opieki socjalnej dla osób wykluczonych społecznie, z zaburzeniami psychicznymi, seniorów, niepełnosprawnych.

Sytuacja zmienia się na lepsze, np. w zakresie leczenia podwójnej diagnozy, czy w udostępnieniu lokalnych programów redukcji szkód, ale zmiana jest powolna. Nadal programy leczenia dla młodszych i lepiej rokujących pacjentów zorientowane na całkowitą abstynencję, zdecydowanie dominują nad innymi formami pomocy.

Jako społeczeństwo, ponosimy wiele kosztów, kiedy uzależnieni tracą dostęp do leczenia, ale też gdy tworzy się niepotrzebne bariery, dotyczące osób wykluczonych. Dzieje się tak np. gdy bezdomni tracą cyklicznie leki substytucyjne, czy służące terapii HIV, HCV i leczeniu psychiatrycznemu. Przykłady tego rodzaju zna każdy, kto pracuje z osobami uzależnionymi.

Wartość proponowanej przez projekt Re-Start zintegrowanej pomocy polega na tym, że pozwala uzyskać **efekt synergii**. Taka równoczesna i wieloaspektowa pomoc daje jej odbiorcom poczucie bezpieczeństwa i **sensu** podejmowanego wysiłku. **Odwrotnością** proponowanego przez Centrum paletowego modelu pomocy jest model drabinkowy, który dominuje w naszym kraju. Wymusza on pewien hierarchiczny porządek spraw, arbitralnie uznanych za ważne lub mniej ważne.

Na szczycie tego porządku jest terapia uzależnienia i stabilne utrzymanie abstynencji, a dopiero dalej kwestie problemów socjalnych, prawnych, zdrowia psychicznego i fizycznego. Ten model jest mniej efektywny i droższy, ponieważ opiera się na tworzeniu odrębnych, często słabo ze sobą skomunikowanych usług.

Model drabinkowy jest nieodpowiedni przede wszystkim dla grup wykluczonych – osób mających problemy z poruszaniem się pomiędzy instytucjami pomocowymi – więc z tego powodu nie sprawdza się też dobrze w rozwiązaniu problemów dzielnicy Pragi Północ. Działa znacznie lepiej, gdy pomoc jest dedykowana osobom młodym, wspieranym przez rodzinę, gdy rodzice we współpracy z terapeutą mogą opracować plan działań i nadzorować jego realizację.

Trzy najpilniejsze zmiany

W Raporcie RPOU jest wiele wniosków, które mogłyby pomóc zoptymalizować pomoc osobom wykluczonym i uzależnionym od narkotyków – jako podsumowanie, przytoczmy trzy najpilniejsze:

*1. Konieczna jest **jak najszybsza nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii** w zakresie dotyczącym projektu KBPN zwanego roboczo „**substytucja bliżej domu**” czy „**substytucja na receptę**”. Zarazem potrzebny jest powrót do pierwotnej wersji projektu z 2014 r., w jego części zakładającej częściową bądź całkowitą refundację leków substytucyjnych. Taka zmiana ustawy w sposób istotny poprawi sytuację osób uzależnionych od opioidów, zredukuje ich migrację leczniczą i bezdomność, poprawi dostępność do leczenia, zredukuje w sposób istotny popyt na heroinę.*

2. Dalszy **rozwój sektora działań pomocowych** w zakresie reintegracji społecznej powinien uwzględniać potrzeby osób wykluczonych społecznie użytkowników narkotyków, głównie osób w kryzysie bezdomności. Jest tu potrzebne większe zaangażowanie placówek pomocy społecznej oraz otwarcie się programów wychodzenia z bezdomności na problemy użytkowników narkotyków. Istnieje też pilna potrzeba odpowiedzi na problem deficytu specjalistycznych placówek opiekuńczych: schronisk, hosteli reintegracyjnych, mieszkań treningowych, domów opieki społecznej. Specjalistyczne formy pomocy, to skuteczna forma reakcji na zjawisko dyskryminacji uzależnionych od narkotyków, skuteczniejsza od działań zorientowanych na stopniowe jej eliminowanie w tradycyjnym systemie opieki.

3. Mazowiecki NFZ, kontraktując programy leczenia substytucyjnego w Warszawie, powinien **zwrócić uwagę na potrzebę bardziej zrównoważonego rozwoju tych programów i równomiernego zwiększania kontraktów**. Branżowa Komisja Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/AIDS w Warszawie, dostrzegając problem nierównowagi w udostępnianiu nowych miejsc leczenia w sześciu stołecznych programach substytucyjnych skierowała do NFZ następującą rekomendację: „Komisja Dialogu Społecznego ds. Przeciwdziałania Narkomanii i HIV/AIDS przy Biurze Pomocy i Projektów Społecznych Urzędu m.st. Warszawy, rekomenduje Mazowieckiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ podjęcie działań w celu uruchomienie programu substytucyjnego dla osób uzależnionych od opioidów, na terenie lewobrzeżnych dzielnic Warszawy. Komisja stoi na stanowisku, że optymalizacja leczenia substytucyjnego wymaga równomiernego rozmieszczania na terenie m.st. Warszawy, tego niezbędnego w stabilizacji problemu uzależnień, świadczenia.”

Indeks tabel

Tabela 1. Nakłady NFZ na leczenie uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol – wg rodzaju świadczeń (w tys. zł)....	8
Tabela 2. Nakłady NFZ na leczenie uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol – wydatki z podziałem na województwa.....	9
Tabela 3. Nakłady NFZ na hostele readaptacyjne (świadczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, w hostelu).....	12
Tabela 4. Liczba hosteli readaptacyjnych i miejsc w tych hostelach.....	13
Tabela 5. Nakłady na leczenie substytucyjne w Polsce.....	17
Tabela 6. Liczba pacjentów leczonych substytucyjnie w Polsce.....	18
Tabela 7. Liczba pacjentów w programach leczenia substytucyjnego.....	18
Tabela 8. Liczba pacjentów warszawskich programów substytucyjnych.....	22
Tabela 9. Liczba interwencji Pogotowia do przedawkowań i zatruc substancjami psychoaktywnymi.....	23

Bibliografia

- Bukowska B., *Spółeczna reintegracja uzależnionych od narkotyków – najstarsze ogniwo*, "Świat Problemów", 1/2015
- Charmast J., *Reintegracja społeczna osób używających narkotyków*, w: *Budowanie lokalnej strategii przeciwdziałania narkomanii*. Praca zbiorowa, Fundacja Praesterno, Warszawa 2018
- Charmast J., *Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2012–2013*, www.jump93.pl
- Charmast J., *Raport Rzecznika Praw Osób Uzależnionych 2014–2015*, www.jump93.pl
- Jabłoński P., Malczewski A., *Dopalacze. Skala zjawiska i przeciwdziałanie*, KBPN, Warszawa 2014
- Malczewski A., *Odbiorcy programów igieł i strzykawek w 2012 roku*, "Serwis Informacyjny Narkomania" nr 2/2013
- Mielecka-Kubień Z., *Oszacowanie kosztów społecznych używania narkotyków w Polsce w 2015 r.*, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, 2017
- Rachowska E., *Spółeczna reintegracja osób uzależnionych od narkotyków*, w: *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. KBPN, 2012
- Sierostawski J., *Zapobieganie zakażeniom HCV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków*. Serwis Informacyjny Uzależnienia, KBPN (3) 2017
- Sumnall H., Brotherhood A., *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*, European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction, Lisbon 2012
- Zygadło M., *Osoby starsze uzależnione od narkotyków i struktura opieki*, www.narkomania.org.pl/czytelnia
- "Materiały pokonferencyjne Fundacji Res Humanae", II Ogólnopolska Konferencja Narkotyki-Narkomania – Konstancin 2014
- "Stanowisko WHO/UNODC/UNAIDS: Leczenie substytucyjne w leczeniu uzależnienia od opioidów i profilaktyka HIV / AIDS", 2004: <https://www.who.int/publications/i/item/who-unodc-unaid-positions-paper-substitution-maintenance-therapy-in-the-management-of-opioid-dependence-and-hiv-aids-prevention>, dostęp: maj 2022 r.
- "Bezdomność w Warszawie" – raport z badania z 2019 r. koordynowanego przez MRPiPS
- <https://wsparcie.um.warszawa.pl> – dane dotyczące wspierania przez m.st. Warszawę programów pomocowych dla osób uzależnionych i w kryzysie bezdomności