

Optymalny model pomocy dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol – na podstawie polskich doświadczeń.

Małgorzata Maresz

W rozdziale prześlędzona jest w krótkim zarysie polska droga wiodąca do obecnie funkcjonującego modelu przeciwdziałania narkomanii w zakresie leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych, bądź nadużywających środków odurzających innych niż alkohol. Następnie przedstawione są mocne strony i mankamenty tego modelu oraz podejmowane starania w kierunku pożądanego rozwoju pomocy osobom z problemem narkotykowym wraz z przeszkodami, na jakie starania te napotykają.

Narkomania, jako problem społeczny pojawiła się w powojennej Polsce pod koniec lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku i postrzegana była początkowo, jako krótkotrwała moda ograniczona do środowisk młodzieżowych stylizujących się na hippisów zza oceanu. Na niepokojące sygnały państwo zareagowało zaostrzeniem kontroli dostępności substancji odurzających m.in. wprowadzając środki zabezpieczające fałszowanie recept. Jednym z rezultatów tych restrykcji było odkrycie przez osoby zainteresowane odurzających właściwości powszechnie uprawianego w Polsce maku. Metodą prób i błędów opracowano łatwą i taną technologię przetwarzania wywaru ze słomy makowej („makiwary”) na tzw. „polską heroinę” zwaną powszechnie „kompotem”. Skutki tego „odkrycia” nie dały na siebie długo czekać. Z roku na rok rosła liczba uzależnionej młodzieży przyjmującej opiaty drogą dożylną. Tymczasem służba zdrowia gdzie coraz częściej trafiali świeżo upieczeni narkomani oferowała im mało skuteczną, zniechęcającą terapię odwykową prowadzoną w warunkach szpitalnych przez coraz bardziej bezradnych lekarzy psychiatrów.

Stosowane tam rozwiązania rodem z tradycji (również wówczas pozostawiającej wiele do życzenia) leczenia dorosłych alkoholików, całkowicie rozmijały się z potrzebami młodych pacjentów.

Czas Kotańskiego

Wtedy na scenę wkroczył młody psycholog Marek Kotański, który wraz ze współpracownikami postanowił zdjąć biały fartuch i w dawnym sanatorium dla dzieci i młodzieży w Głoscowie pod Warszawą założyć Młodzieżowy Ośrodek dla Narkomanów „Monar”. Zaproponowano tam grupie ok. 30 pacjentów leczenie metodą społeczności terapeutycznej wspartą pracą w otaczającym placówkę gospodarstwie rolnym.

Podstawowe zasady tej społeczności były wypadkową doświadczeń amerykańskich i europejskich z uwzględnieniem polskiej specyfiki. Wśród reguł obowiązywało m.in.:

- ◆ charyzmatyczne przywództwo
- ◆ równość wśród członków społeczności
- ◆ pełna abstynencja
- ◆ ograniczenie dopływu wzorców z zewnątrz
- ◆ budowanie własnych norm.

Panująca w ośrodku atmosfera tworzenia czegoś zupełnie nowego, warunki bytowe skromne, ale diametralnie odbiegające od szpitalnych standardów oraz, a może przede wszystkim charyzmatyczna osobowość Kotańskiego

sprawiły, że wielu jego mieszkańców po kilkumiesięcznym pobycie nie tylko zostało uratowanych, ale stało się odpowiedzialnymi pionierami gotowymi szerzyć dalej ideę Głoskowa.

Sukces ten nie uszedł uwadze władz państwowych, które z ulgą przyjęły, że stosunkowo niewielkim kosztem kompromitujący dla socjalistycznego państwa problem zostanie opanowany, a przynajmniej usunięty z oczu zdrowej części społeczeństwa, gdyż rwący się do pełnienia swej misji neofici gotowi byli remontować różne stojące na uboczu cywilizacji niezbywalne rudery i zakładać nowe ośrodki. O Kotańskim i jego cudzie powstawały filmy i reportaże.

I oto stała się rzecz na owe czasy niebywała: w trzy lata po powstaniu Głoskowa, w 1981 roku zarejestrowano pierwszą w Polsce powojennej organizację pozarządową zajmującą się przeciwdziałaniem narkomanii – Młodzieżowe Stowarzyszenie MONAR, którego twórcą i przywódcą duchowym był oczywiście Marek Kotański. Już w latach 1981-1983 MONAR otworzył 11 ośrodków dla osób uzależnionych w tym pierwszy w Polsce dom dla dzieci i młodzieży poniżej 16 roku życia w Gdańsku Matarni.

Niestety, problemów narkotykowych nie ubywało, państwowa służba zdrowia dalej poza nielicznymi wyjątkami (zaczęły powstawać szpitalne oddziały detoksykacyjne – o charakterze czysto medycznym) nie umiała sobie z nimi radzić, dla szkół i innych placówki oświatowych i wychowawczych były to kwestie egzotyczne i przerażające. W tej sytuacji sprawy w swoje ręce postanowili wziąć zrozpaczeni rodzice uzależniających się dzieci. Idąc przetartym szlakiem MONAR-u założyli Towarzystwo Przyjaciół Dzieci i Młodzieży Uzależnionej „Powrót z U”, które w ramach samopomocy uruchomiło sieć punktów konsultacyjnych w całej Polsce oraz Ogólnopolski Telefon Zaufania „Pogotowie Makowe”. Zajęło się też profilaktyką w szkołach.

Pracownicy milicyjnej prewencji stworzyli Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, problemem narkomanii zainteresowały się Kościoły. W ten sposób pomoc uzależnionym od nielegalnych środków psychoaktywnych i ich rodzinom, jako wyspa w całym lecznictwie, znalazła się prawie w całości w rękach organizacji pozarządowych. Dawało to tej działalności wyjątkową jak na państwo realnego socjalizmu autonomię, a na jej utrzymanie wyodrębniono osobne fundusze z budżetu centralnego.

Fakt ten miał konkretne skutki dla dalszego rozwoju skutecznej pomocy osobom uzależnionym od środków psychoaktywnych innych niż alkohol, pozytywne i negatywne:

- ◆ Metoda społeczności terapeutycznej stała się obowiązującą doktryną, której szerzeniem i praktykowaniem zajmowali się głównie współpracownicy Marka Kotańskiego. Coraz więcej było wśród nich neofitów, przy czym ich jedyną legitymacją wykonywania zawodu terapeuty było ukończenie terapii w MONARze i utrzymywanie abstynencji.
- ◆ Ośrodek stacjonarny, w którym pacjent (wówczas nazywany raczej mieszkańcem poddawany rehabilitacji, co było wyrazem odcięcia się od nieskutecznej praktyki szpitalnej) był oderwany od społeczeństwa przez wiele miesięcy i żył w sztucznym środowisku placówki stał się dominującą formą leczenia i rehabilitacji narkomanów. Jego program był w dużej mierze zależny od miejscowego lidera (charyzmatyczne przywództwo) a dokumentacja minimalna. Dawało to pole do nadużyć.
- ◆ Placówki ambulatoryjne zakładane przeważnie w większych miastach i nazywane nieobowiązująco punktami konsultacyjnymi dysponowały skromnymi warunkami lokalowymi. Prowadzone przez MONAR stanowiły stację przekaźnikową do ośrodków stacjonarnych, a prowadzone przez np. „Powrót z U” – bazę do spotkań samopomocowych rodziców uzależnionych dzieci. Ich rozmieszczenie było nierównomierne i zależało od inicjatywy miejscowej społeczności.

- ◆ Pozostawienie wolnej ręki, co do metod pracy z osobami uzależnionymi od nielegalnych środków (w latach osiemdziesiątych w 80 % od „polskiej heroiny”) w porównaniu do podlegającej kontroli ustawowej państwowej służby zdrowia, dawało pole do nowych, niekonwencjonalnych pomysłów, ale i nadużyć.
- ◆ Swoboda poszukiwań pozwalała na szybkie, elastyczne reagowanie na nowe wyzwania. Tak było w połowie lat osiemdziesiątych, gdy pojawiły się w Polsce pierwsze zachorowania na HIV i AIDS i okazało się, że choroba ta dotyka głównie czynnych narkomanów iniekcyjnych. Z inicjatywy MONAR-u powstały wówczas osady dla chorych na AIDS i ich rodzin oraz pierwsze programy rozdawnictwa igieł i strzykawek na dworcach, w noclegowniach i na tzw. „bajzlach”. Osobisty autorytet Marka Kotańskiego sprawił, że nowe rozwiązania zostały zaakceptowane mimo dramatycznego zwrotu w percepcji społecznej narkomanii.
- ◆ Atmosfera twórczego i odważnego podejścia do problemu narkomanii wraz z towarzyszącymi jej chorobami i patologiami oraz przychylność władz państwowych przyciągała i kreowała wybitnych działaczy społecznych jak np. ks. Arkadiusz Nowak – założyciel ośrodków dla osób żyjących z HIV/AIDS pod patronatem Ministerstwa Zdrowia. Jednocześnie Dyrekcja Centralnego Zarządu Zakładów Karnych utworzyła specjalne oddziały dla osadzonych uzależnionych od substancji innych niż alkohol z dostępem do terapii. Polska, jako lider wśród krajów Europy Środkowej i Wschodniej wprowadziła do swojej praktyki klinicznej terapię substytucyjną. Pierwszy taki program na bazie metadonu został uruchomiony w 1992 r. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i obejmował 120 osób.
- ◆ Po transformacji ustrojowej w 1989 r. powstała konieczność uporządkowania chaotycznego dotychczas finansowania organizacji i instytucji zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii. W tym celu w 1993 r. powołano przy Ministerstwie Zdrowia Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii, które miało opracować zasady dotowania organizacji pozarządowych ze Stowarzyszeniem MONAR na czele a praktycznie stało się początkiem profesjonalnej polityki narkotykowej w Polsce. Przyczynił się do tego coraz ściślejszy kontakt w tej dziedzinie z krajami Unii Europejskiej.
- ◆ Ugruntowało się przekonanie, że narkomania jest problemem, który może zostać rozwiązany tylko centralnie, ponieważ, w odróżnieniu od swojskich problemów alkoholowych, władze lokalne się na nim nie znają. Nie zmieniła tego stereotypu reforma ustrojowa w 1989 r. i niestety w tym duchu, bez wskazania wyraźnych obowiązków dla coraz przecież silniejszego samorządu, sporządzana została w 1997 roku Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii.

Krajowe Biuro ds. Narkomanii, z początku swego istnienia w dużej mierze kontynuowało politykę władz PRL-u, czyli nie wtrącało się zasadniczo w metody pracy i dobór kadr finansowanych przez siebie placówek leczenia narkomanów. Dzięki jednak zatrudnieniu w swoich szeregach psychologów, specjalistów resocjalizacji i terapeutów potrafiło nawiązać z organizacjami takimi jak MONAR, PTZN czy „Powrót z U” - w miarę partnerską współpracę, szanując poczucie wyjątkowości ich trudu i związanej z nią misji.

Merytoryczny dialog Biura i przedstawicieli organizacji ujawnił pilną potrzebę określenia standardów postępowania rehabilitacyjnego, uporządkowania zasad szkolenia terapeutów uzależnień. We współpracy z Instytutem Psychiatrii i Neurologii zbudowano pierwsze zręby ogólnopolskiej strategii przeciwdziałania wzrostowi popytu na narkotyki wśród młodzieży. Zasadniczym czynnikiem dynamizującym koncepcję polityki Biura było otwarcie się na doświadczenia krajów Unii Europejskiej, z którymi Biuro nawiązało intensywną współpracę.

Tendencje te nie znalazły jednak pełnego odzwierciedlenia w uchwalonej przez Sejm w kwietniu 1997 r Ustawie o Przeciwdziałaniu Narkomanii, która jak wspomniano wyżej, mimo alarmujących danych epidemiologicznych, nie nakładała na gminy obowiązku uchwalania gminnego programu przeciwdziałania narkomanii i przeznaczania

środków na jego realizację, ograniczając się jedynie do zaleceń. Ustawa nie zawierała też wyraźnej delegacji dot. utworzenia systemu certyfikacji terapeutów uzależnień od środków psychoaktywnych.

Tymczasem pomoc narkomanom i ich rodzinom przebiegała wieloma nurtami. Do mozaiki przyczyniała się wielość prowadzących tę działalność podmiotów a także dobry słuch Biura wyrażający się w zadaniach umieszczanych w corocznie ogłaszanym konkursie na dotacje z przeznaczonego na ten cel budżetu.

Mówiąc w dużym uproszczeniu w poradniach i punktach konsultacyjnych motywowano do leczenia i pracowano z rodzinami, w ośrodkach stacjonarnych dążono do ugruntowania wśród pacjentów abstynencji metodą społeczności terapeutycznej, ale też dostrzegano w związku z rozszerzeniem gamy środków psychoaktywnych problem podwójnych diagnoz i starano się je leczyć.

W nielicznych publicznych placówkach rehabilitacji narkomanów wspomagano się dodatkowo strukturalną koncepcją mechanizmów uzależnienia (program „Minnesota”) stosowaną rutynowo przez terapeutów uzależnień alkoholowych.

Równolegle coraz więcej zwolenników zyskiwał nurt redukcji szkód a w nim gromadziło doświadczenia leczenie substytucyjne, które jednak ograniczało się do kilku raptem miast i nie zaspakajało rosnących potrzeb.

Obiecująco rozwijała się koncepcja pomocy postrehabilitacyjnej mająca na celu bezpieczny powrót neofitów do społeczeństwa i zapobieganie nawrotom. Koncepcja ta owocowała otwieraniem hosteli i mieszkań readaptacyjnych oraz grupami wsparcia. Można powiedzieć, że panował duch poszukiwań wieńczonych sukcesami i porażkami.

Reforma ubezpieczeń zdrowotnych

W taki w głównych zarysach krajobraz wkroczyła wprowadzona w 1999 r reforma ubezpieczeń zdrowotnych, w wyniku, której można było mieć poczucie, że spod nóg organizacji zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii zaczęto powoli usuwać czerwony dywan.

Stopniowo, lecz konsekwentnie centralny fundusz przeznaczony na leczenie i rehabilitację narkomanów, którego dysponentem było Biuro ds. Narkomanii, został likwidowany - egzystencja prowadzonych społecznie placówek terapeutycznych, stała się prawie w całości uzależniona od kontraktu z Kasami Chorych a potem Narodowym Funduszem Zdrowia, co oznaczało konieczność sprostania stawianym przez te instytucje wymogom formalnym i merytorycznym.

Nastąpiło masowe wstępowanie stworzonych z inicjatywy społecznej ośrodków rehabilitacji narkomanów w szeregi zakładów opieki zdrowotnej. Te romantyczne, zagubione wśród jezior i lasów placówki, mieszczące się w wyremontowanych rękami pacjentów dworach, wbrew pozorom nieźle poradziły sobie z nową sytuacją. O potrzebie ich istnienia nie trzeba było specjalnie przekonywać urzędników Kas Chorych, gdyż działał nadal stereotyp, że narkomana najlepiej leczyć z dala od większych ludzkich skupisk. Natomiast zdecydowane problemy z egzystencją zaczęły mieć placówki ambulatoryjne działające w miastach, utrzymywane do czasu reformy głównie z funduszy Biura ds. Narkomanii, niebędące w ogóle, lub w sposób prawie symboliczny uwzględniane w budżetach samorządowych.

Urzędnicy Kas zarządzający potężnymi pieniędzmi pochodzącymi z tzw. składek zdrowotnych prawie wszystkich dorosłych Polaków, mieli w tym wypadku przed oczami klarowny wzór jak powinna wyglądać taka placówka, w postaci dobrze zorganizowanej i gęstej sieci publicznych poradni leczenia uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu. Działał tu spójny model stworzony przez powołana równolegle do KBPN agendę Ministerstwa Zdrowia – Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych pod kierunkiem prof. Jerzego Mellibrudy. Model

ten oparty był o system szkolenia i certyfikacji dający adeptom do ręki sprawdzone narzędzia pracy, możliwość wymiany doświadczeń i superwizji, określający standardy postępowania, co sprawiało, że chętnie i nie bez podstaw nazwano go nawet „polską szkołą leczenia uzależnień”. Władze samorządowe prowadzące placówki odwykowe, czuły się, więc na pewnym gruncie. Monarowskie i inne punkty konsultacyjne dla narkomanów finansowane „gdzieś z góry”, przyjmowały z zadowoleniem, ale traktowały, jako społecznikostwo trące dyletanctwem.

Również Kasy Chorych przekształcone później w Narodowy Fundusz zaczęły szukać gwarancji jakości oferowanych na rynku usług. W ten sposób doszło do konfrontacji obu niezależnych w Polsce stylów leczenia osób uzależnionych. Dla zatrudnionych w urzędach Kas czy Funduszu lekarzy psychiatrów leczenie uzależnień odbiegało bardzo od ich praktyki i zawierało wiele niejasności. Jednak bardziej konkretne i zrozumiałe były dla nich wystandaryzowane procedury leczenia alkoholików **niż** praktyki stosowane w „Monarze” i podobnych miejscach.

Wyjątkowość i odizolowanie leczenia narkomanii od publicznej służby zdrowia kiedyś tak nowatorskie i owocne, teraz, przy powrocie na łono służby zdrowia skutkowało kłopotami. Organizacje pozarządowe, w których rękach pozostawało nadal ok. 80 % lecznictwa dla narkomanów, stały się prawie z dnia na dzień z wolnych strzelców obdarzonych misją - po prostu oferentami usług na rynku świadczeń zdrowotnych, gdzie spotkały się z konkurencją.

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii przyspieszyło energiczne działania w celu uporządkowania sytuacji prawnej lecznictwa uzależnień od środków psychoaktywnych innych niż alkohol i uznania rzetelności jego warsztatu pracy.

Parę lat trwało zrównanie w statusie prawnym publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej – prowadzonych przez organizacje pozarządowe, podobnie jak uruchomienie systemu certyfikatów dla specjalistów terapii uzależnień od środków psychoaktywnych, które nastąpiło w listopadzie 2002 roku.

Unia Europejska

Równoległe do tych działań miała miejsce wymiana doświadczeń pomiędzy Polską a krajami Unii Europejskiej – pomyślnie rozwijająca się w okresie przedakcesyjnym – wyraźnie zintensyfikowana po wejściu Polski do Unii Europejskiej 1 maja 2004 roku. Krajowe Biuro włączyło się więc do budowania wspólnej strategii ograniczania popytu i redukcji szkód i pracy w unijnych ciałach koordynujących. Szczególne osiągnięcia odnotowano na polu budowania systemu informacji o narkotykach i narkomanii koordynowanego przez Europejskie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (European Monitoring Center of Drug and Drug Addiction – MCDDA).

Włączenie się w nurt unijnej współpracy m.in. poprzez kolejno realizowane w latach 2002- 2006 umowy bliźniacze z Francją i z Niemcami pozwoliło na wprowadzenie sprawdzonych standardów działania w polityce narkotykowej zarówno na szczeblu centralnym jak i lokalnym, takich jak uchwalony w cyklu czteroletnim Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii oraz analogiczne programy samorządowe, czy utworzenie na szczeblu centralnym Krajowej Rady Przeciwdziałania Narkomanii.

Przed wszystkim jednak współpraca ta poprzez organizowane spotkania dawała okazję do poznania doświadczeń naszych partnerów szerszym rzeszom pracowników profilaktyki i lecznictwa. A doświadczenia te

okazały się nieco odmienne od polskich, oraz odmienne podejmowane są tam środki zaradcze. Po pierwsze kraje te z problemem narkomanii miały do czynienia wcześniej niż Polska, po drugie ważną cezurą w ich polityce narkotykowej była fala epidemii HIV/AIDS z lat osiemdziesiątych ub. wieku, która w krajach Europy Zachodniej była nieporównywalnie wyższa niż w Polsce, a jej najczęstsze ofiary - narkomani iniekcyjni, postrzegani byli, jako środowisko generujące zagrożenie.

Ta sytuacja spowodowała, że społeczeństwa w obronie zdrowia publicznego postawiły na programy redukcji szkód. A więc street workerskie programy wymiany igieł i strzykawek, rozdawania prezerwatyw, niskoprogowe programy substytucyjne, a z czasem programy udzielania pod kontrolą terapeutów heroiny czy tzw. pokoje iniekcyjne.

Polityka nie usuwania trudnych spraw z oczu sprawiła, że każdy człowiek z problemem narkotykowym np. we Francji może porozmawiać o tym swobodnie z lekarzem pierwszego kontaktu i otrzymać od niego receptę na bupremorfinę. Ponadto takie rozwiązania jak świetlice dla czynnych użytkowników narkotyków (Drop in) znajdują społeczne zrozumienie, a w opiekę nad tego rodzaju chorymi włączona jest pomoc społeczna.

Opieka nad klientami przebiega wg zasad tzw. case management, czyli wspierania ich w rozwijaniu i wykorzystywaniu własnego potencjału, by w przyszłości sami potrafili rozwiązywać swoje problemy nie łamiąc norm społecznych, czyli jak to ujmują Niemcy bez ogródek – zacząć płacić podatki.

Natomiast stacjonarne leczenie odwykowe dla osób pragnących dążyć do abstynencji istnieje, lecz ośrodków tego rodzaju jest dużo mniej niż w Polsce, bo jest to terapia kosztowna, więc pobyt w nich przeważnie ogranicza się do paru-kilku miesięcy. Po powrocie pacjent może ambulatoryjnie korzystać z terapii podtrzymującej abstynencję lub włączyć się do programu integracyjnego na bazie np. hostelu, w którym nie mieszkają tylko neofici, ale też inne osoby potrzebujące takiej pomocy, by nie tworzyć gett.

Takie liberalne a jednocześnie wymagające podejście do osób uzależnionych wynika z szacunku dla drugiego człowieka i jego potrzeb, ale też stawiające konkretne cele dostosowane do jego możliwości i kontekstu społecznego, wspierające w dążeniach. System ten mogły stworzyć państwa o ustabilizowanej demokracji i ogólnie mówiąc długoletniej równowadze gospodarczej osiągniętej m.in. dzięki ekonomicznemu myśleniu.

W konfrontacji z tego rodzaju rzeczywistością polski dorobek nie wygląda źle, ale delikatnie mówiąc pozbawiony jest symetrii a mówiąc dosadnie – kuleje. Cięży na nim siłą bezwładu i pochłania gros przeznaczonych na ten cel pieniędzy wciąż żywa idea koniecznego osiągnięcia trwałej abstynencji w chorobie przewlekłej i nawrotowej. Idea trudno poddaje się modyfikacjom (jej odważnym zwiastunem jest dopuszczenie do terapii stacjonarnej w jednym z ośrodków osób korzystających z metadonu). Wystarczy stwierdzić, że od czasu reformy ubezpieczeń zdrowotnych, która miała zachwiać podstawami egzystencji ośrodków liczba miejsc w tych placówkach zwiększyła się o 1/3 i wynosi według stanu na koniec 2011 r - 2500 w 80 ośrodkach. Duża dostępność tego rodzaju terapii staje się dla wielu pacjentów sposobem na życie za pieniądze podatników. Korzenie tego zjawiska można doszukać się w ideologii realnego socjalizmu, gdzie ponad potrzeby konkretnego człowieka przedkładane było przemienienie go zgodnie z narzuconą ideą. Mnogość stacjonarnych ośrodków, brak lub mała dostępność alternatywy wymagającej świeżego spojrzenia i sprostania nowym wyzwaniom, jakie niesie zmieniająca się scena narkotykowa – petryfikują taki stan rzeczy.

O wiele racjonalniejsze i ekonomiczniejsze są poradnie (ok.220 placówek), których celem jest wprowadzić też dążenie do abstynencji, ale obejmują swoją opieką także rodziny pacjentów oraz działania profilaktyczne. W związku z wyraźnie zarysowującym się w ostatniej dekadzie zjawiskiem politoksykomanii, gdy użytkownicy sięgają po najróżniejsze środki odurzające używając ich zamiennie lub łącząc je z alkoholem, poradnie

alkoholowe starają się objąć swoją pomocą takie osoby, dbając o poszerzenie swoich kwalifikacji w tym zakresie. W wielu miejscach w Polsce przenikanie się obu tradycji terapeutycznych następuje w sposób naturalny z korzyścią dla pacjenta.

Szczególnie nowe na polskim gruncie jest propagowanie poglądu, że celem opieki zdrowotnej może być nie tylko przywrócenie zdrowia lub wstrzymanie postępu choroby, ale ograniczenie związanych z nią szkód.

Ogromne wysiłki Krajowego Biura inspirowane standardami unijnymi doprowadziły w ostatnich latach do podwojenia miejsc w programach substytucyjnych (2200), które obecnie działają w 14 miastach. Łatwo zgadnąć, że jest ich wciąż za mało do potrzeb a oczekiwanie w niektórych rejonach kraju trwa do 2 lat, co pochłania wiele ofiar w sensie dramatycznego pogorszenia zdrowia a nawet śmierci. Trudno jest jednak o tym przekonać władze samorządowe. Pocieszeniem może być fakt dostępności terapii zastępczej w zakładach karnych, dzięki dobrej współpracy z ich zarządem.

Osobną, bardzo potrzebną formą pomocy są programy postrehabilitacyjne, które w istotny sposób przyczyniają się do utrzymania pozytywnego wyniku leczenia. Niewystarczająca ich ilość, brak współpracy z lokalnymi jednostkami pomocy społecznej, odpowiednich lokali zapewniających na okres przejściowy mieszkanie a przede wszystkim brak świadomości władz samorządowych, że jest to inwestycja bardzo opłacalna, gdyż sprawia, że neofici przy pierwszych trudnościach w znalezieniu po powrocie z ośrodka pracy, kontynuowaniu nauki, kłopotach sercowych – nie wracają do nałogu a co za tym idzie aspołecznych zachowań.

Szczególnie potrzebne są hostele dla matek z dziećmi.

Wszystkim tym działaniom sprzyja nowa Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r., która oprócz wielu koniecznych regulacji ugruntowała pozycję Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, jako instytucji centralnej odpowiedzialnej za podstawowe kierunki polityki narkotykowej w Polsce. Trudno jest oczywiście zawrzeć wszystko w ustawie. Podniesieniu jakości opieki zdrowotnej nad pacjentem uzależnionym służą opracowane ostatnio we współpracy z Centrum Jakości w Ochronie Zdrowia i Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych standardy postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i programów ograniczania szkód zdrowotnych. Zatwierdzenie ich przez Ministerstwo Zdrowia pozwoli na uruchomienie systemu akredytacji lecznictwa uzależnień, z czym łączone są duże nadzieje.

Standardy określają podstawowe kroki, warunki organizacyjne, zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta itd. Podstawowym jednak warunkiem pomyślnego rezultatu terapii, opieki i rehabilitacji jest dostosowanie działań do indywidualnych potrzeb klienta i elastycznego z nim postępowania. Jak podsumował w pewnym momencie jeden z doświadczonych terapeutów: przecież w gruncie rzeczy wszystkim nam chodzi o to, by - zwłaszcza w pracy ambulatoryjnej, klient przyszedł do nas również następnego dnia.

Małgorzata Maresz, socjolog, od 1993 roku pracuje w nurcie leczenia uzależnień i rozwiązywania problemów towarzyszących im patologii. W latach 2000 -2007 główny specjalista ds rehabilitacji w KBPN, obecnie kierowniczką Ogólnopolskiego Telefonu Zaufania "Narkotyki, Narkomania".