MONITORING PRZESTRZEGANIA PRAW PACJENTÓW I DOSTĘPU DO STACJONARNEGO LECZENIA UZALEŻNIEŃ OD NARKOTYKÓW

HELSIŃSKA FUNDACJA PRAW CZŁOWIEKA
Warszawa 2010

Sponsor:

OPEN SOCIETY INSTITUTE

Opracowanie raportu:
Jacek Ciechanowski, Bogna Chmielewska, Elżbieta Czyż

Wydawnictwo:
HELSIŃSKA FUNDACJA
PRAW CZŁOWIEKA

ISBN: 978-83-62245-06-2
®copyright: Helsińska Fundacja Praw Człowieka

MONITORING PRZESTRZEGANIA PRAW PACJENTÓW I DOSTĘPU DO STACJONARNEGO LECZENIA UZALEŻNIEŃ OD NARKOTYKÓW

HELSIŃSKA FUNDACJA PRAW CZŁOWIEKA
Warszawa 2010

Dziękujemy wszystkim za pomoc w realizacji badań, w szczególności kierownikom ośrodków, terapeutom i pacjentom, którzy chcieli z nami współpracować. Dziękujemy też realizatorom i wszystkim życzliwym i zainteresowanym, z których wiedzy i doświadczenia chętnie korzystaliśmy.

Elżbieta Czyż
koordynator projektu

Spis treści:

Streszczenie 7
Summary 11
Резюме 15
CZĘŚĆ I 19
1. Wstęp 19
2. Analiza regulacji prawnych w zakresie dostępu do leczenia osób uzależnionych od narkotyków 21
2.1 Podstawowe akty prawne 21
2.2 Prawne ramy funkcjonowania ośrodków stacjonarnego leczenia osób uzależnionych 22
2.3 Rodzaje ośrodków 24
2.4 Szczegółowe wymagania dotyczące działalności 25
2.5 Leczenie osób uzależnionych 28
2.5.1 Przyjęcie do ośrodka 28
2.5.2 Odpłatność i czas trwania terapii 30
2.5.3 Wypis z ośrodka 31
2.5.4 Leczenie osób z tzw. podwójną diagnozą 31
2.5.5 Stosowanie przymusu bezpośredniego 32
2.5.6 Podsumowanie 34
3. Analiza regulaminów w kontekście praw i obowiązków pacjenta 35
3.1 Najczęściej występujące zobowiązania/zakazy to: 36
3.2 Najczęściej występujące prawa 37
3.2.1 Prawo do świadczeń medycznych 37
3.2.2 Prawo do informacji o stanie zdrowia 37
3.2.3 Prawo do poszanowania intymności i godności 38
3.2.4 Prawo do skargi 38
3.2.5 Prawo do kontaktu z bliskimi 38
3.2.6 Prawo do wypisania z zakładu na własne żądanie 39
3.3 Najczęściej występujące ograniczenia 39
3.3.1 Dociążenia / konsekwencje: 40
3.4 Podsumowanie 41
4. Metodologia i narzędzia badawcze 44
CZĘŚĆ II Wyniki badań 47
5. Dostęp do leczenia i oferta terapeutyczna 47
5.1 Dostęp do leczenia uzależnień w warunkach stacjonarnych 47
5.2 Dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej 53

5.3 Warunki przyjęcia do ośrodka ... 58
5.4 Zasady pobytu ... 64
5.5 Opuszczanie ośrodka ... 72
5.6 Warunki bytowe ... 81
5.7 Oferta terapeutyczna ... 89
5.7.1 Czas trwania leczenia ... 89
5.7.2 Metody terapii ... 91
5.7.3 Etapy leczenia ... 94
5.7.4 Opisy stosowanych metod terapii ... 100
5.7.5 Superwizje działań terapeutycznych ... 116
6. Przestrzeganie podstawowych praw ... 123
6.1 Prawo do informacji ... 123
6.2 Ochrona przed poniżającym traktowaniem ... 129
6.3 Prawo do prywatności ... 142
6.4 Prawo do kontaktów z rodziną i światem zewnętrznym ... 160
6.5 Prawo do skargi ... 169
6.6 Prawo do edukacji ... 173
7. Podsumowanie ... 177
CZĘŚĆ III. Komentarze profesjonalistów ... 184
Załączniki ... 206
Narzędzia badawcze ... 206

Streszczenie

W 2009 r. zespół współpracowników HFPC przeprowadził monitoring przestrzegania praw pacjentów i dostępu do stacjonarnego leczenia uzależnień od narkotyków. Badania przeprowadzono w 18 ośrodkach (ponad 20% ogółu) zlokalizowanych w 6 województwach: mazowieckim, małopolskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim i śląskim.

Ponadto przeprowadzono pogłębione wywiady z 7 byłymi pacjentami różnych ośrodków, obecnie pacjentami poradni ambulatoryjnych.
Spośród badanych ośrodków 7 było prowadzonych przez Stowarzyszenie MONAR (ok 39%); 5 przez inne organizacje pozarządowe (28%); organem prowadzącym 4 był samorząd lokalny (22%); 1 był prowadzony przez organizację kościelną (5,5%) i 1 prowadziła osoba prywatna (5,5%).

4 ośrodki przyjmowały małoletnich, w 3 przebywały matki z dziećmi. Większość ośrodków prowadziła terapię długoterminową - powyżej 12 miesięcy (ok. 70%), w tym w kilku była możliwość leczenia do 24 miesięcy. Krótkoterminową terapię (do 6 miesięcy) proponowały 3 ośrodki, w tym jeden przez okres 8-9 tygodni.

Informacje były zbierane na podstawie: obserwacji, analizy dokumentów oraz wywiadów kierowanych z kadrą ośrodków (kierownicy i terapeuci) oraz z pacjentami.

Z analizy zebranego materiału wynika, iż stan przestrzegania podstawowych praw człowieka (prawo do informacji, ochrona przed poniżającym traktowaniem, prawo do prywatności, prawo do kontaktów z bliskimi, prawo do skargi, prawo do edukacji) można by uznać za poprawny. Zastrzeżenia dotyczą w szczególności: stosowania - w niektórych ośrodkach - poniżających praktyk w trakcie rewizji osobistej, nie zawsze uzasadnionych ograniczeń w kontaktach z rodziną czy w sferze życia prywatnego, dociążeń i konsekwencji – w istocie kar nie zawsze jasno określonych, a ferowanych przez społeczność czy osoby funkcyjne. Niepokoi fasadowe traktowa-

nie praw człowieka/pacjenta – formalnie zapisanych katalogów czasem aż za wielu, ale ani kadra, ani pacjenci nie przywiązują do tego żadnej wagi.

Badania wykazały, że nie ma problemu z dostępem do leczenia stacjonarnego. Wręcz przeciwnie placówki raczej zabiegają o klienta. Z jednej strony dostępność leczenia to pozytywna zmiana, z drugiej - bywa nadużywana. Pacjenci nierzadko traktują pobyt w ośrodku jak formę poprawienia kondycji fizycznej, przetrwania zimy, przeczekania trudnego czasu, a nie jak rzeczywistą możliwość zerwania z nałogiem. Padały takie określenia jak: „turystyka ośrodkowa", czy potrzeba 'ogarnięcia się'. Dane dotyczące pacjentów, którzy nie kończą terapii (ok. 70-75%), potem wracają do kolejnych ośrodków (rekordziści 11-12 razy) są bardzo niepokojące zarówno w kontekście skuteczności leczenia, jak i kosztów ponoszonych przez NFZ, a w istocie przez podatników. 75% środków przeznaczanych na leczenie narkomanów „konsumują" ośrodki stacjonarne i to nie zmienia się od lat, choć formalnie rośnie liczba poradni dziennych i programów substytucyjnych. Większość środków pochodzi z NFZ, a nie z budżetu państwa, bo leczeni są „formalnie" ubezpieczeni (nieubezpieczonych rejestruje się jako bezrobotnych wyłącznie w celu uzyskania przez nich ubezpieczenia zdrowotnego).

Brakuje standardów i stałych mechanizmów badania efektywności leczenia uzależnień, ale także efektów działania konkretnych ośrodków.

Patrząc na ofertę jaką mają pacjenci decydujący się na leczenie stacjonarne to różni się ona w istocie głównie czasem pobytu w ośrodku. We wszystkich ośrodkach proponuje się leczenie metodą społeczności terapeutycznej z komponentem terapii indywidualnej i grupowej, która na ogół oznacza zajęcia psychoedukacyjne. W ośrodkach terapii krótkoterminowej więcej jest zajęć terapeutycznych *sensu stricte,* w terapii długoterminowej więcej różnego rodzaju pracy nazywanej często ergoterapią. Nie znaleźliśmy jednak potwierdzenia, że ci, którzy przebywają w ośrodkach dłużej (1,5 roku -2 lata i więcej) wykonując na rzecz społeczności różnego rodzaju prace, w celu nauczenia się odpowiedzialności są bardziej gotowi do samodzielnego, trzeźwego

życia. Rozumiemy, że prace porządkowe na rzecz ośrodka mogą mieć walor wychowawczy i są potrzebne, to trudno zgodzić się, że jest to terapia.

Ponadto z naszych badań wynika, że sądy stosunkowo rzadko korzystają z możliwości kierowania do ośrodków uzależnionych od narkotyków skazanych na podstawie Ustawy o przeciw działaniu narkomani i Ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich.

Kierownicy i terapeuci badanych ośrodków wskazywali na brak współpracy, a nierzadko konkurencję pomiędzy placówkami leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego. Nie ma współpracy i nie ma przepływu informacji o pacjentach pomiędzy ośrodkami ambulatoryjnymi i stacjonarnymi.

W naszym przekonaniu istnieje potrzeba dokonania oceny polskiego modelu/systemu leczenia uzależnień od narkotyków. Należałoby zweryfikować i zróżnicować ofertę w zakresie leczenia stacjonarnego. Być może ośrodki długoterminowego pobytu, w których wykonywanie prac porządkowych zajmuje mieszkańcom gros czasu mają rację bytu, ale jako placówki opiekuńcze podlegające resortowi pomocy społecznej, a nie resortowi zdrowia. Niewątpliwie oferta terapeutyczna powinna być bardziej zróżnicowana, nie tylko ze względu na czas pobytu. Ci, którzy chcą ‚podreperować' kondycję mogliby trafiać do placówek opiekuńczych, tańszych, w których musieliby wykonywać prace na rzecz ośrodka i swojego utrzymania.

Konieczna jest współpraca pomiędzy lecznictwem ambulatoryjnym i stacjonarnym. Może powinna być baza informacji (oczywiście odpowiednio chroniona) o pacjentach, ich problemach, przebiegu terapii, tak by kolejni terapeuci zajmujący się daną osobą mieli odpowiednie informacje.

Może nie ma potrzeby istnienia tak dużej liczby ośrodków stacjonarnych, a należałoby rozbudowywać system leczenia ambulatoryjnego, gdzie tak ważny element jak terapia rodzinna mógłby być realizowany.

Może do ośrodków stacjonarnych terapii sensu stricte powinni trafiać ci, którzy zaliczyli terapię w poradni i są bardziej zmotywowani do leczenia. Być może dostęp do leczenia stacjonarnego powinien być w jakiś sposób reglamentowany, tak by pacjenci nie traktowali pobytu w ośrodku, jak sposobu na chwilowe podreperowanie zdrowia, czy znalezienie miejsca czasowego pobytu.

Badana powinna być efektywność prowadzonej terapii, również w kontekście ponoszonych kosztów zwłaszcza, że są one bardzo zróżnicowane. Potrzebne są standardy leczenia uzależnień oparte na współczesnej wiedzy i analizach ekonomicznych.

Summary

In 2009, a team of HFHR associates performed monitoring of the observance of patients' rights and access to stationary drug addiction treatment. The research was conducted at 18 centers (over 20% of the total number) located in 6 Voivodships (provinces): Masovian, Lesser Poland, Kuyavian-Pomeranian, Lubusz, Łódź and Silesian.

In addition, in-depth interviews were held with seven former patients of different centers, currently in the care of outpatients' clinics.

Among the monitored centers, 7 were run by the MONAR Association (about 39%) and 5 by other non-governmental organizations (28%); for 4 of them the lead authority was the local government (22%); 1 was run by a Church organization (5.5%) and 1 by a private person (5.5%).

4 centers admitted minors and 3 housed mothers with children. Most centers conducted long-term therapy – over 12 months (ca. 70%), moreover at a few of them it was possible to carry out treatment for as long as 24 months. Short-term therapy (up to 6 months) was offered by three centers, including one for a period of 8-9 weeks.

Information was collected on the basis of: observation, document analysis and targeted interviews with center staff (managers and therapists) as well as patients.

The analysis of collected material shows that the state of observance of fundamental human rights (right to information, right to protection from degrading treatment, right to privacy, right to contact relatives and loved ones, right to lodge a complaint, right to education) can be regarded as faultless. Reservations and concerns relate to,

in particular: the use – at some centers – of degrading treatment during body searches, not always justified restrictions with regard to contacts with relatives or in the sphere of private life, extra burdens and consequences – in fact penalties not always clearly defined, but proposed by the community or functional staff. It is disturbing that the manner of treating human / patients' rights seems to be all for show – there are sometimes all too many formal recorded directories, but neither the staff nor the patients attach any importance to this.

Research has shown that there is no problem with access to stationary treatment. On the contrary, it's rather the facilities that seek out clients. On the one hand, accessibility of treatment is a positive development, on the other though – it is sometimes abused. Patients often treat their stay at the center as an opportunity to improve their physical condition, survive the winter, wait out a difficult time in their life, and not as a real opportunity to break the addiction. Such terms have been used as "resort tourism", or the need to "get a grip on oneself". Data regarding patients, who fail to complete the therapy (approximately 70-75%) and then end up back at other resorts (record holders do so 11-12 times), are very disturbing both in terms of the effectiveness of the treatment and the costs incurred by the Polish National Health Fund (NFZ), and *de facto* by taxpayers. 75% of the resources allocated to drug addiction treatment are "consumed" by stationary centers, and this hasn't changed for years, though formally there is a growing number of daytime clinics and substitutable programs. Most of the funds come from the National Health Fund and not from the state budget, because the patients are "formally" insured (those uninsured are registered as unemployed, only so they can obtain health insurance).

There are no standards and fixed mechanisms for verifying the effectiveness of drug addiction treatment, as well as the effects of actions carried out by specific centers.

Looking at the offer available to patients who decide to undergo stationary treatment, the primary difference is in fact the duration of the stay at the center. All the centers offer treatment using the therapeutic community method along with the component

of individual and group therapy, which usually means psycho-educational activities. At the short-term treatment centers there are more therapeutic activities in the strict sense, while the long-term therapy involves various types of work often referred to as ergotherapy. However, we could not find confirmation that those who stay at the institutions for longer (1.5 – 2 years and more), doing various types of community work to learn responsibility, are better prepared for independent and sober life. We understand that the clean-up work done on behalf of the center may have educational value and is necessary, but it is difficult to agree that this should be considered as therapy.

In addition, our research shows that courts rarely benefit from the opportunity to direct drug addicts sentenced under the Act on prevention of drug abuse and the Act on juvenile delinquency proceedings to these centers.

Directors and therapists from the monitored centers indicated the lack of cooperation, and often even competition, between stationary and outpatient treatment institutions. There is no cooperation and there is no flow of information about patients between outpatient and stationary centers.

In our view, there is a need to perform an assessment of the Polish model / system of drug addiction treatment. It would be good to verify and diversify the offer in the scope of stationary treatment. Perhaps the long-term residence facilities, at which clean-up work occupies the majority of the residents' time have a raison d'etre, but as guardianship institutions under the Ministry of Social Welfare and not the Ministry of Health. Undoubtedly, the range of therapeutic offers should be more diversified, not only based on the duration of the stay. Those who want to "mend" their physical condition could be sent to guardianship facilities, which are cheaper and at which they would have to perform work for the benefit of the center and to earn their keep.

It is necessary to ensure cooperation between outpatient and stationary treatment institutions. Perhaps there should be a database with information (appropriately pro-

tected of course) about patients, their problems, the course of their therapy, so that successive therapists dealing with a given person have the appropriate information.

Maybe there is no need for such a large number of stationary centers and emphasis should be put on developing the system of outpatient treatment, where such an important element consisting in family therapy could be carried out.

Perhaps the stationary treatment centers in the strict sense should admit those who have been subject to therapy at outpatients' clinics and are more motivated to undergo treatment. Maybe access to stationary treatment should be in some way regulated, so that patients do not treat their stay at the center as a way to temporarily "mend" their health or to find a place of temporary residence.

The effectiveness of the therapy should be assessed, also in the context of the costs incurred, especially since they vary considerably. There is a need to elaborate addiction treatment standards based on modern knowledge and economic analysis.

Резюме

В 2009 г. группа сотрудников ХФПЧ провела мониторинг соблюдения прав пациентов и доступа к стационарному лечению наркозависимости. Исследования проводились в 18 учреждениях (свыше 20% всех учреждений), находящихся в 6 воеводствах: Мазовецком, Малопольском, Куявско-Поморском, Любушском, Лодзинском и Силезском.

Кроме того, были проведены глубинные интервью с 7 бывшими пациентами разных учреждений, в настоящее время пациентами амбулаторных консультаций.

Среди исследуемых учреждений семь ведутся Объединением «MONAR» (ок. 39%); пять – другими неправительственными организациями (28%); четыре ведутся органами местного самоуправления (22%); одно – церковной организацией (5,5%) и одно – частным лицом (5,5%).
4 учреждения принимали малолетних, в 3 находились матери с детьми. Большинство учреждений проводило долгосрочное лечение – свыше 12 месяцев (ок. 70%), в том числе в нескольких была возможность лечения до 24 месяцев. Краткосрочное лечение (до 6 месяцев) предлагали 3 учреждения, в том числе одно – в течение 8-9 недель.

Информация была собрана на основании: наблюдения, анализа документов и интервью, проводимых с сотрудниками учреждений (руководителями и лечащими специалистами), а также с пациентами.

Из анализа собранного материала вытекает, что уровень соблюдения основных прав человека (право на информацию, защита от унижающего достоинство обращения, право на частную жизнь, право на контакты с близкими людьми, право на жалобу, право на образование) можно признать надлежащим. Замечания касаются, в частности: применения – в некоторых учреждениях –

унизительных процедур во время личного досмотра, не всегда обоснованных ограничений в контактах с семьей и в сфере частной жизни, так наз. «дополнительного бремени» и «последствий» – по сути, наказаний, не всегда четко определенных, устанавливаемых сообществом или лицом, отвечающим за соблюдение порядка. Вызывает обеспокоенность показное отношение к правам человека/пациента – формально написанных перечней таких прав иногда имеется очень много, но ни персонал, ни пациенты не обращают на них никакого внимания.

Исследования показали, что нет проблем с доступом к стационарному лечению. Скорее наоборот – учреждения борются за клиентов. С одной стороны, доступность лечения – это положительное изменение, с другой – им иногда злоупотребляют. Пациенты нередко относятся к пребыванию в таком учреждении как к форме улучшения физической формы, возможности «пережить зиму», переждать трудное время, а не как к реальной возможности порвать с зависимостью. Встречались такие фразы, как: «учрежденческий туризм», потребность «прийти в себя». Данные, касающиеся пациентов, которые не заканчивают лечения (ок. 70-75%), возвращаются в учреждения (рекордсмены - 11-12 раз), вызывают большую обеспокоенность как в контексте эффективности лечения, так и расходов, осуществляемых Национальным фондом здравоохранения (НФЗ), то есть, по сути, налогоплательщиками. 75% средств, предназначенных на лечение наркоманов, «потребляют» стационарные учреждения, и эта ситуация не меняется в последние годы, хотя формально растет число дневных консультаций и заместительных программ. Большинство средств идет из НФЗ, а не из государственного бюджета, поскольку пациенты «формально» застрахованы (незастрахованных регистрируют в качестве безработных исключительно с целью получения ими медицинской страховки).

Не хватает стандартов и постоянных механизмов исследования эффективности лечения зависимости, а также результатов деятельности конкретных учреждений.

Анализируя перечень, из которого пациенты могут выбрать учреждение стационарного лечения, можно сделать вывод, что такие учреждения отличаются друг от друга, по сути, преимущественно продолжительностью пребывания в учреждении. Во всех учреждениях предлагается лечение методом терапевтического сообщества с компонентом индивидуальной и групповой терапии, которая, как правило, означает психообразовательные занятия. В учреждениях краткосрочной терапии есть больше терапевтических (лечебных) занятий в узком смысле слова, в долгосрочной терапии – больше разного рода труда, называемого часто эрготерапией. Однако, мы не нашли подтверждения того, что те, кто пребывает в учреждениях дольше (1,5-2 года и больше), выполняя в пользу сообщества разного рода работу с целью научиться ответственности, лучше готовы к самостоятельной, трезвой жизни. Мы понимаем, что работа по наведению порядка, осуществляемая в пользу учреждения, может носить воспитательный характер, и она действительно нужна, но все-таки тяжело согласиться с тем, что это лечение.

Кроме того, из наших исследований вытекает, что суды сравнительно редко пользуются возможностью направления в учреждения наркозависимых-осужденных на основании Закона о противодействии наркомании и Закона о производстве по делам несовершеннолетних.

Руководители и лечащие специалисты анализируемых учреждений упоминали об отсутствии сотрудничества, а нередко и конкуренции между учреждениями стационарного и амбулаторного лечения. Отсутствует сотрудничество, и отсутствует обмен информацией о пацентах между амбулаторными и стационарными учреждениями.

Мы убеждены, что существует необходимость проведения оценки польской модели/системы лечения наркозависимости. Необходимо пересмотреть и разнообразить предложение (перечень услуг) в сфере стационарного лечения. Возможно, учреждения долгосрочного пребывания, в которых выполнение

работы по наведению порядка занимает проживающим там большинство времени, должны существовать, но в качестве воспитательных учреждений, подчиненных ведомству социальной помощи, а не ведомству здравоохранения. Несомненно, перечень лечебных услуг должен быть более дифференцированным и разнообразным, не только с точки зрения продолжительности пребывания в учреждении. Те, кто хочет «привести в порядок» свою физическую форму, могли бы обращаться в воспитательные учреждения, более дешевые, в которых они должны были бы выполнять определенную работу в пользу учреждения и своего содержания.

Крайне необходимо сотрудничество между амбулаторными и стационарными учреждениями. Возможно, должна существовать база данных (конечно же, с надлежащей системой защиты конфиденциальной информации) о пациентах, их проблемах, ходе лечения, для того, чтобы следующие лечащие специалисты, занимающиеся данным лицом, располагали соответствующей информацией. Возможно, нет необходимости в существовании такого большого количества стационарных учреждений, а следовало бы расширить систему амбулаторного лечения, в случае которого может осуществляться такой важный элемент, как семейная терапия.

Возможно, в стационарные учреждения терапии в узком смысле этого слова должны попадать те, кто уже прошел терапию в консультации, и обладают большей мотивацией к лечению. Возможно, доступ к стационарному лечению должен быть каким-то образом регламентирован, так, чтобы пациенты не относились к пребыванию в учреждении как к способу подлечиться или как к месту временного проживания.

Необходимо исследовать эффективность проводимого лечения, в том числе в контексте осуществляемых расходов, тем более, что они очень отличаются друг от друга. Необходимы стандарты лечения зависимости, базирующиеся на современных знаниях и экономическом анализе.

CZĘŚĆ I

1. Wstęp

W 2009 r. w Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka powstał pomysł zbadania stanu przestrzegania praw osób uzależnionych i dostępu do terapii w ośrodkach stacjonarnych. Zainteresowanie osobami uzależnionymi wpisuje się w naszą misję – obrony praw osób należących do grup marginalizowanych, które w naszym przekonaniu, mogą być bardziej narażone na łamanie ich praw. Wprawdzie leczenie uzależnień jest w Polsce dobrowolne i pacjenci przebywają w ośrodkach na własne życzenie, to jednak ich prawa podlegają różnym ograniczeniom przez wiele miesięcy. Są w znacznym stopniu odizolowani od środowiska, a na początku terapii również od kontaktu z osobami bliskimi. Pobyt w ośrodku ma charakter izolacyjny, co nawet jeżeli jest uzasadnione względami terapeutycznymi, może stwarzać zagrożenie naruszeń praw człowieka. Dlatego też uznaliśmy, iż należałoby spojrzeć na funkcjonowanie ośrodków terapeutycznych w kontekście przestrzegania standardów praw człowieka, zwłaszcza, że takich badań w ośrodkach nie prowadzono, poza wizytacjami RPO w kilku placówkach dla małoletnich w 2002 roku.

W Polsce jest 87 stacjonarnych ośrodków terapii uzależnień (najczęściej występująca nazwa to ośrodek rehabilitacyjno-readaptacyjny). Większość to ośrodki niepubliczne prowadzone przez różne podmioty, głównie stowarzyszenia, fundacje w tym również kościelne. Najwięcej ośrodków prowadzi Stowarzyszenie Monar (ponad 30%), aczkolwiek proporcje te w ostatnich latach znacznie się zmieniły. Wcześniej Monar był w tym zakresie niemal monopolistą. Większość ośrodków ma podpisane kontrakty z NFZ, co oznacza dostęp do bezpłatnych świadczeń ze środków publicznych.

Tabela 1. Liczba ośrodków w województwach (w tym ośrodków przyjmujących małoletnich) oraz liczba miejsc.

Województwo	Liczba ośrodków	W tym liczba ośrodków przyjmujących małoletnich	Liczba miejsc
Dolnośląskie	6	1	171
Kujawsko-Pomorskie	3	1	82
Lubelskie	2	1	57
Lubuskie	4	2	106
Łódzkie	5	2	176
Małopolskie	4	0	132
Mazowieckie	18	8	516
Opolskie	2	0	79
Podkarpackie	1	1	25
Podlaskie	3	2	55 (brak danych z 1 ośrodka)
Pomorskie	9	5	447
Śląskie	10	3	292
Świętokrzyskie	3	2	63
Warmińsko -Mazurskie	3	1	110
Wielkopolskie	6	2	204
Zachodniopomorskie	8	5	337
Razem	87	36	2852

Źródło: http://www.narkomania.gov.pl/portal

Jak widać istnieje znaczne zróżnicowanie w zakresie liczby ośrodków i miejsc w zależności od województwa. Ponieważ nie ma rejonizacji, to nie ma to wpływu na

dostęp do leczenia. Może mieć jednak wpływ na utrzymywanie kontaktów z rodziną, co w przypadku terapii małoletnich ma szczególne znaczenie.

2. Analiza regulacji prawnych w zakresie dostępu do leczenia osób uzależnionych od narkotyków

2.1 Podstawowe akty prawne

Na gruncie prawodawstwa krajowego dostęp do leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od nielegalnych środków odurzających i substancji psychotropowych regulowany jest przez:

- Konstytucję RP (art. 68);
- Ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991 Nr 91 poz. 408 ze zm.);
- Ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U.2005 Nr 179, poz. 1485 ze zm);
- Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417);
- Ustawę z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U z 1994, Nr 111 poz. 535 ze zm.);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. 2006 Nr 213 poz. 1568 ze zm.);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2006 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz. U. 2006 Nr 132 poz. 931);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. 2009 nr 140 poz. 1146);

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. z 1995 r. Nr 103 poz. 514);
- Zarządzenie nr 60/2009/DSOZ/ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawia określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień[1];
- Standard międzynarodowy w zakresie leczenia i praw osób uzależnionych od nielegalnych środków odurzających i substancji psychotropowych wyznaczają:
- Konwencja Rady Europy z 4 listopada 1950 r. o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności oraz orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka;
- Konwencja Rady Europy z 04 kwietnia 1997 r. o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny (tzw. Konwencja Bioetyczna);
- Wskazówki Światowej Organizacji Zdrowia z 2009 roku dla Wspieranej Psychospołecznie Farmakoterapii Uzależnienia od Opiatów (*Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence)*[2].

2.2 Prawne ramy funkcjonowania ośrodków stacjonarnego leczenia osób uzależnionych

Placówki przeznaczone do prowadzenia terapii stacjonarnej, tj. całodobowej, powinny funkcjonować – podobnie jak pozostałe zakłady prowadzące terapię uzależnień – jako zakłady opieki zdrowotnej, udzielając świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991 Nr 91 poz. 408 ze zm.; **dalej: UoZOZ**). Jak stanowi

1 Źródło: http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=3899
2 Źródło: http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf

natomiast artykuł 3 UoZOZ „Świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z:

(…)

2) leczeniem;

(…)

3) rehabilitacją leczniczą".

Co do zasady omawiane ośrodki realizują dwie formy postępowania z osobami uzależnionymi, określone ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2005 Nr 179, poz. 1485 ze zm.; **dalej: UoPN**), tj. **leczenie** oraz **rehabilitację**. Przepisy UoPN stanowią, iż leczeniem jest „leczenie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych" (art. 4 pkt 6). Natomiast rehabilitacja to „proces, w którym osoba z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi przez przyjmowanie środków odurzających lub substancji psychotropowych osiąga optymalny stan zdrowia, funkcjonowania psychicznego i społecznego" (art. 4 pkt 22). W praktyce trudno w większości przypadków odróżnić, w którym momencie kończy się leczenie, a zaczyna rehabilitacja. Dotyczy to – jak wynika z analizy prezentowanych przepisów UoPN – osób z zaburzeniami psychicznymi, skoro wobec osób z zaburzeniami zachowania prowadzi się jedynie leczenie. Należy jednak pamiętać, że długotrwałe przyjmowanie środków odurzających lub substancji psychotropowych powoduje powstanie zaburzeń psychicznych, a zatem powyższa konkluzja obejmuje znakomitą większość pacjentów (w praktyce można zaryzykować twierdzenie, że wszystkich). Nawet jeśli dana placówka prowadzi – zgodnie ze statutem i regulaminem porządkowym – jedynie rehabilitację, nie zwalnia jej to z rygorów UoZOZ, przewidzianych dla placówek, w których pacjenci przebywają całą dobę. Winna zatem funkcjonować jako zakład opieki zdrowotnej ze wszelkimi konsekwencjami tego faktu, skoro rehabilitacja stanowi również rodzaj świadczenia zdrowotnego.

Fakt stacjonarnego prowadzenia terapii i całodobowe przebywanie pacjentów w tych placówkach powoduje, iż mają one charakter w części izolacyjny, chociaż przyjęcie do placówki wymaga zgody[3] zainteresowanego.

2.3 Rodzaje ośrodków

Ze względu na organ założycielski (czyli też nadzorujący) placówki dzielimy na **publiczne** i **niepubliczne**. Zgodnie z art. 8 ust. 2 UoZOZ te pierwsze mogą być zakładane przez:

- ministra lub centralny organ administracji rządowej;
- wojewodę;
- jednostkę samorządu terytorialnego;
- publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych;
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego;

Natomiast zgodnie z art. 8 ust. 3 UoZOZ **niepublicznymi** zakładami opieki zdrowotnej są takie, które zostały założone przez:

- kościół lub związek wyznaniowy;
- pracodawcę;
- fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie;
- inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną, z tym że zakład opieki zdrowotnej nie może być założony przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej;
- spółkę niemającą osobowości prawnej;

W praktyce najczęstszą formą funkcjonowania stacjonarnych ośrodków leczenia uzależnień jest niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego fundatorem jest stowarzyszenie. W dalszej kolejności funkcjonują ośrodki zakładane przez kościoły i osoby fizyczne, a zatem również mające status niepublicznych.

3 Możliwe jest umieszczenie pacjenta w placówce na mocy orzeczenia sądu, co zostanie opisane w kolejnych punktach. Najczęściej jednak pacjent jest przyjmowany na podstawie skierowania lekarza (np. pierwszego kontaktu), co zakłada dobrowolne zgłoszenie się do placówki.

2.4 Szczegółowe wymagania dotyczące działalności

Stacjonarne ośrodki leczenia uzależnień funkcjonują na podstawie przepisów UoZOZ, UoPN oraz aktów niższego rzędu wydanych na ich podstawie. Wśród najważniejszych należy wskazać przede wszystkim **rozporządzenia**, regulujące w sposób szczegółowy wymagania dotyczące warunków technicznych, kadrowych i leczniczych, jakie muszą zostać spełnione w tych placówkach oraz **akty o charakterze wewnętrznym**, regulujące najbardziej podstawowe zasady funkcjonowania placówek i tym samym, wpływające w najbardziej bezpośredni sposób na prawa i obowiązki pacjentów. Do najważniejszych z punktu widzenia prowadzonego monitoringu aktów niższego rzędu niż ustawowy należą:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. 2006 Nr 213 poz. 1568 ze zm.) – rozporządzenie określa przede wszystkim szereg wymagań technicznych, którym powinny odpowiadać placówki medyczne ze szczegółowym podziałem na ich rodzaje (szpitale, przychodnie, oddziały dla noworodków itd.). W odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej realizujących wyłącznie zadania określone w UoPN rozporządzenie łagodzi rygory wprowadzone wobec innych zakładów opieki całodobowej (§ 3 pkt 5 Rozporządzenia). W zakładach tych nie obowiązują między innymi obostrzenia dotyczące powierzchni czy szerokości pokoi, dostępności do łóżek, czy odstępów między nimi, wymagania dotyczące mebli, posiadania pomieszczeń do dezynfekcji, środków transportu czy dodatkowego źródła zaopatrzenia w wodę. Wśród przepisów, które stosuje się do omawianych placówek znajdują się m.in. wskazania, aby pomieszczenia mieszkalne nie znajdowały się poniżej poziomu terenu (w piwnicach), zakład stanowił wyodrębniony budynek lub zespół budynków, czy też posiadał odrębne pomieszczenie do przygotowywania i wydawania posiłków;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2006 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień (Dz. U. 2006 Nr 132 poz. 931) – akt praw-

ny określający w sposób podstawowy **wymagania odnoszące się do kadry** placówki. Warto w tym miejscu wspomnieć o wymaganiach, które w tej materii określa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Stosownie do art. 26 ust. 1 UoPN „Leczenie osoby uzależnionej prowadzi zakład opieki zdrowotnej lub lekarz wykonujący praktykę lekarską, w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej". Natomiast osoby uprawnione do prowadzenia rehabilitacji osób uzależnionych zgodnie z UoPN, to lekarze psychiatrzy i specjaliści terapii uzależnień (art. 26 ust. 2). Udział w rehabilitacji mogą brać również instruktorzy terapii uzależnień. Zarówno specjaliści terapii uzależnień, jak też instruktorzy muszą uzyskać certyfikat (odpowiednio specjalisty i instruktora) sygnowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i to bez względu na podmiot prowadzący szkolenie w tym zakresie. Fakt, czy osoby odpowiedzialne w danej placówce za fundamentalne dla pacjentów kwestie mają odpowiedni certyfikat albo są psychiatrami jest istotny, bowiem zgodnie z art. 10 ust 1 i 3 UoZOZ w zakładach opieki zdrowotnej usługi mogą świadczyć osoby posiadające wykształcenie medyczne (co nie jest równoznaczne z posiadaniem stosownej wiedzy terapeutycznej), w tym również na podstawie umowy wolontariatu. W praktyce oznacza to, iż w placówkach prowadzących terapię metodą „społeczności" lub pokrewną, kiedy podejmowane są najistotniejsze decyzje, zawsze musi być obecny terapeuta z odpowiednim certyfikatem, a nie np. wolontariusz współpracujący z ośrodkiem, nieposiadający stosownych uprawnień;

– Regulamin porządkowy danej placówki – podobnie jak w przypadku innych jednostek o charakterze izolacyjnym, jest to akt najpełniej i najbardziej bezpośrednio wpływający na **prawa i obowiązki** pacjentów. Stosownie do treści art. 18a UoZOZ regulamin porządkowy, nadawany co do zasady przez kierownika placówki[4], powinien w szczególności określać;
  – przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem

4 Wyjątek w tej materii przewidziany jest w art. 46 pkt 4 UoZOZ, gdzie nadanie regulaminu porządkowego zastrzeżone jest dla rady społecznej, działającej w publicznym zakładzie opieki społecznej.

właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej;

- organizację i zadania poszczególnych jednostek organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej, w tym zakresy czynności pracowników oraz warunki współdziałania między tymi jednostkami dla zapewnienia sprawności funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym;
- warunki współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej wzakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania;
- prawa i obowiązki pacjenta;
- obowiązki zakładu opieki zdrowotnej w razie śmierci pacjenta;

Powoływana wyżej ustawa wskazuje jednocześnie, że postanowienia regulaminu nie mogą naruszać praw pacjenta przewidzianych w ustawie i w przepisach odrębnych[5].

Wśród innych dokumentów regulujących charakter i zasady funkcjonowania danego ośrodka, należy wymienić **statut**. Zgodnie z art. 11 ust. 2 UoZOZ dokument ten określa w szczególności:

1. nazwę zakładu odpowiadającą zakresowi udzielanych świadczeń;
2. cele i zadania zakładu;
3. siedzibę i obszar działania;
4. rodzaje i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
5. organy zakładu i strukturę organizacyjną;
6. formę gospodarki finansowej.

5 Chodzi tu przede wszystkim o ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr` 52 poz. 417).

2.5 Leczenie osób uzależnionych

2.5.1 Przyjęcie do ośrodka

Zasadą polskiego systemu leczenia osób uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych jest **dobrowolność**, wyrażona w art. 25 UoPN[6]. Oznacza to, że pacjent może być przyjęty do zakładu opieki zdrowotnej po wyrażeniu zgody. Wyjątki od tej reguły przewiduje UoPN, jak też przepisy odrębne[7]. Zgodnie z art. 30 ust. 1 UoPN „Na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub faktycznego opiekuna albo z urzędu sąd rodzinny może skierować niepełnoletnią osobę uzależnioną na przymusowe leczenie i rehabilitację". Czasu takiego leczenia i rehabilitacji nie określa się z góry. Łączny czas trwania nie może jednak przekroczyć 2 lat. W przypadku, gdy osoba ukończy 18 lat przed zakończeniem przymusowego leczenia, sąd rodzinny może je przedłużyć, aż do osiągnięcia celu. Jednak także w tym przypadku łączny czas stosowania tego środka nie może przekroczyć 2 lat.

Pozornie wyjątek od tej zasady przewiduje art. 71 UoPN. Dotyczy on sytuacji w której, **osoba uzależniona zostaje skazana za przestępstwo pozostające w związku z używaniem** środka odurzającego lub substancji psychotropowej **na karę pozbawienia wolności**. Jeżeli sąd zawiesza wykonanie kary, wówczas **obligatoryjnie** zobowiązuje skazanego do poddania się leczeniu lub rehabilitacji w zakładzie opieki zdrowotnej[8]. Gdy sąd stosuje karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia, **może orzec** umieszczenie skazanego w odpowiednim zakładzie opieki zdro-

6 „Podjęcie leczenia, rehabilitacji lub reintegracji osób uzależnionych jest dobrowolne, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej".

7 Jeden z podstawowych wyjątków statuowany w odrębnych przepisach to obowiązek ratowania życia, gdzie ingerencja medyczna jest dopuszczalna w przypadkach bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia. W praktyce w odniesieniu do osób uzależnionych ingerencja taka ograniczy się jednak do detoksykacji – kolejne fazy leczenia i rehabilitacji, będą wymagać zgody zainteresowanego.
Możliwość umieszczenia w ośrodku bez zgody przewiduje także art. 12 Ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich z 26 października 1982r. (Dz.U. z 2002, nr 11, poz. 109 ze zm.).

8 Warto pamiętać, że nie musi być to placówka opieki całodobowej – może być to przychodnia, poradnia, ambulatorium itp.

wotnej przed wykonaniem kary. Wówczas, po zakończeniu leczenia lub rehabilitacji, uwzględniając ich wyniki oraz postawę skazanego, sąd decyduje, czy orzeczoną karę należy wykonać. W tym przypadku, czasu pobytu w zakładzie nie określa się z góry, ale nie może on przekroczyć 2 lat. W omawianej sytuacji zobowiązanie przez sąd nie ma charakteru przymusu – sąd nakłada na skazanego obowiązek poddania się leczeniu, a zatem **zgłoszenia się** do odpowiedniej placówki. Jeżeli skazany nie podporządkuje się temu obowiązkowi, sąd zarządzi wykonanie orzeczonej kary pozbawienia wolności. I choć motywacja sprawcy jest w tym przypadku najczęściej zewnętrzna (lęk przed karą), to nie można tej instytucji określić mianem przymusowego leczenia.

Możliwe są również sytuacje, w których do ośrodka zostanie przyjęta osoba, wobec której postępowanie karne zostało zawieszone przez prokuratora albo sąd. Czas leczenia lub rehabilitacji, podobnie jak w powyższych przypadkach, nie może przekroczyć 2 lat. Również jednak w tych sytuacjach, osoba poddaje się leczeniu lub rehabilitacji **dobrowolnie** (w sensie prawnym – z punktu widzenia motywacji, może być to zgłoszenie „przymusowe", np. z uwagi na lęk przed grożącą sankcją).

Niedopuszczalne jest „prewencyjne" pozbawienie wolności, czy generalnie stosowane przymusowe leczenie osób uzależnionych od środków odurzających i psychoaktywnych. Identyczne stanowisko zajmuje również ETPC, w tym między innymi w sprawie *Enhorn przeciwko Szwecji*[9]. Orzeczenie wydane w tej sprawie odnosi się wprawdzie do osoby zakażonej HIV i nadużywającej alkoholu, statuuje jednak fundament interpretacyjny w odniesieniu do art. 5 ust. 1 lit. e EKPC. Prawo to zagwarantowane jest też w art. 41 Konstytucji RP.

9 Wyrok ETPC z dn. 25.01.2005 roku, skarga nr 56529/2000; źródło: http://www.echr.coe.int/echr/

2.5.2 Odpłatność i czas trwania terapii

Zgodnie z art. 26 ust. 5 UoPN za leczenie, rehabilitację i reintegrację prowadzone wobec osoby uzależnionej, bez względu na jej miejsce zamieszkania w kraju, **nie pobiera się opłat**. Leczenie i rehabilitacja finansowane są z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji Ministra Zdrowia.[10] W praktyce zakłady opieki zdrowotnej zawierają tzw. kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z treścią Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz Zarządzenia nr 60/2009/DSOZ/ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawia określenia warunków zwierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, **czas trwania terapii** jest zróżnicowany w zależności od oferty leczniczej:

- Leczenie zespołów abstynencyjnych /detoksykacja/ prowadzone przez oddział lub ośrodek leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych trwa od 14 dni do 8 tygodni w zależności od rozpoznania;
- Krótkoterminowe świadczenia terapii – w oddziale/ośrodku terapii trwają do 6 miesięcy;
- Świadczenia terapii dla osób z podwójną diagnozą – w oddziale/ ośrodku terapii prowadzone są do 10 tygodni;
- Świadczenia rehabilitacyjne – w oddziale/ ośrodku rehabilitacyjnym – z programem średnio lub długoterminowym, trwają odpowiednio: 6 – 12 i 12 – 18 miesięcy;
- Świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych z podwójną diagnozą – oddział/ośrodek rehabilitacji – 9 – 12 miesięcy;
- Świadczenia dla uzależnionych świadczone w hostelu – do 12 miesięcy.

10 Terapia uzależnień finansowana jest przez NFZ z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister zdrowia, co oznacza, że leczeni nie muszą być ubezpieczeni (art. 12 ust. 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych Dz. U. Nr 210, poz. 2135 oraz Rozporządzenie Rady Ministrów z 18 lipca 2008 w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej Dz.U. Nr, 137, poz.858).

2.5.3 Wypis z ośrodka

Wypisywanie pacjentów z zakładów opieki zdrowotnej podlega ogólnym zasadom określonym w przepisach UoZOZ. Z uwagi na odpowiednie stosowanie tych przepisów do ośrodków stacjonarnego leczenia uzależnień (art. 26 UoZOZ), wypisanie następuje w przypadkach[11]:

- gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia (rehabilitacji);
- na żądanie osoby przebywającej w szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego;
- gdy osoba przebywająca w szpitalu (ośrodku) w sposób rażący narusza regulamin porządkowy, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

2.5.4 Leczenie osób z tzw. podwójną diagnozą[12]

W ośrodkach objętych badaniem dość często przebywają osoby, które poza terapią uzależnień wymagają również leczenia psychiatrycznego. Wydawać by się mogło zatem, że do takich ośrodków należy również stosować (poza UoZOZ) także ustawę o ochronie zdrowia psychicznego i wydane na jej podstawie przepisy wykonawcze. Z prawnego punktu widzenia, nie jest to jednak oczywiste. Przepis art. 3 ust. 2 lit. d ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stanowi, iż „Ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o (…) szpitalu psychiatrycznym, odnosi się to również do (…) innego zakładu opieki zdrowotnej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową [podkr. autorów]", co sugerowałoby odpowiednie stosowanie przepisów tej ustawy do omawianych placówek. Trzeba jednak wskazać, że termin „opieka psychiatryczna lub odwykowa" występuje jedynie w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i nie jest znany UoZOZ ani UoPN. Istotny jest zwłaszcza fakt, że w

11 Przypadki wypisania pacjenta reguluje art. 22 UoZOZ.

12 Przez podwójną diagnozę rozumie się uzależnienie od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi.

ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii w części dotyczącej terapii uzależnień jest mowa o etapach leczenia, rehabilitacji i readaptacji, a nie o leczeniu odwykowym, czy tym bardziej opiece. Ta kwestia w oczywisty sposób wymaga ujednolicenia i doprecyzowania, gdyż nie sposób uznać, że przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie mają zastosowania wobec placówek leczenia uzależnień, choć ich działalność polega na świadczeniu leczenia i rehabilitacji uzależnień, a nie „opiece odwykowej".

2.5.5 Stosowanie przymusu bezpośredniego

Ważna w kontekście funkcjonowania ośrodków jest regulacja dotycząca stosowania środków przymusu bezpośredniego w placówkach, które podlegają przepisom ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (patrz pkt 2d). Zgodnie z art. 18 powołanego aktu:

„1. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

1) dopuszczają się zamachu przeciwko:

a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, lub

b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub

2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub

3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

2. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W szpitalach psychiatrycznych oraz w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia, o którym mowa w

ust. 4, o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, polega na przytrzymywaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji, a wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 3 – na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leku.

4. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.

5. W przypadkach określonych w ust. 1 pogotowie ratunkowe, policja oraz straż pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi pomocy na jego żądanie.

6. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:

1) przez lekarza zakładu opieki zdrowotnej – ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego zakładu, jeżeli jest lekarzem lub lekarz przez niego upoważniony,

2) przez pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub innego lekarza – ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.

7. Sposób stosowania przymusu bezpośredniego określa, w drodze rozporządzenia, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej."

Szczegółowy tryb stosowania przymusu bezpośredniego w jednostkach realizujących opiekę psychiatryczną określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. z 1995 r. Nr 103 poz. 514). Rozporządzenie definiuje między innymi poszczególne formy przymusu bezpośredniego, określa czas (okresy) stosowania unieruchomienia, a także wprowadza wzory karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji oraz zawiadomień o zastosowaniu przymusu bezpośredniego.

2.5.6 Podsumowanie

Reasumując, dostęp do stacjonarnego leczenia osób uzależnionych od nielegalnych środków psychoaktywnych w Polsce, jest zgodny z ogólnymi dyrektywami międzynarodowymi. Uregulowania w tym zakresie nie naruszają podstawowych dokumentów praw człowieka jak Europejska Konwencja Praw Człowieka czy Konwencja Bioetyczna. Dodatkowo realizują postulaty zawarte we wskazówkach Światowej Organizacji Zdrowia, w tym przede wszystkim dotyczące zakazu przymusowego leczenia.

Kwestia kompletności polskiego systemu leczenia uzależnień pozostaje poza sferą niniejszej analizy. Nie sposób na gruncie prawnym odnosić się do wad i zalet systemu lecznictwa stacjonarnego typu *drug free* (abstynencyjnego) i porównywać go z dość mocno ostatnio propagowanym w Polsce i na świecie systemem leczenia substytucyjnego[13].

Niewątpliwym mankamentem jest brak aktów prawnych regulujących stosunki i procedury wewnętrzne w badanych placówkach. Jako pomocnicze źródło ustalenia standardu, jaki powinien obowiązywać w placówkach zajmujących się leczeniem uzależnień (nie tylko stacjonarnych), jest dokument przygotowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii *Rekomendacje do opracowania regulaminu porządkowego w zakładzie opieki zdrowotnej prowadzącym terapię dla osób uzależnionych od narkotyków*[14].

13 Centrum interdyscyplinarnych badań uzależnień, Uniwersytet w Hamburgu, Report Quality of treatment services in Europe – drug treatment situation and exchange of good practice, Luty 2008;
źródło:http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treament_frep_en.pdf

14 Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii; www.narkomania.gov.pl

3. Analiza regulaminów w kontekście praw i obowiązków pacjenta

Zgodnie z Rekomendacjami KBPN regulamin porządkowy placówki winien określać:

- przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości świadczeń
- organizację i zadania poszczególnych jednostek zoz
- warunki współdziałania z innymi zoz
- prawa i obowiązki pacjenta
- obowiązki zoz w razie śmierci pacjenta.

Nas w szczególności interesuje dostęp do świadczeń medycznych oraz przestrzeganie praw pacjenta. W Rekomendacjach zawraca się uwagę, iż *„każde z postanowień regulaminu winno być analizowane z punktu widzenia zachowania praw pacjenta. Wskazane byłoby, aby karta praw pacjenta była załącznikiem do regulaminu porządkowego“*. Ponadto *„Niezależnie od praw wyraźnie przypisanych w obowiązujących regulacjach pacjentom przy regulaminie porządkowym należy pamiętać o prawach i wolnościach każdego człowieka zapisanych w Konstytucji RP, które nie mogą doznawać jakichkolwiek ograniczeń nieprzewidzianych w ustawach, w przypadku gdy ‚każdy‘ staje się pacjentem“*.

Rekomendacje zawierają „wzorcową“ Kartę Praw Pacjenta ZOZ opartą o wybrane przepisy z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Wszystkie ośrodki mają regulaminy porządkowe i często wiele innych dokumentów (karty praw pacjenta, umowy/kontrakty terapeutyczne, regulaminy społeczności, albo ustalenia społeczności, regulaminy różnych służb porządkowych lub funk-

cyjnych. W ośrodkach Monaru obowiązuje Karta Praw Członków Społeczności Terapeutycznych. Nierzadko, niektóre regulacje w tym dotyczące praw czy zobowiązań, powtarzane są w różnych dokumentach (regulaminie porządkowym, umowie terapeutycznej, karcie praw pacjenta i in.).

Wewnętrzne regulaminy porządkowe zawierają postanowienia dotyczące zasad przyjęcia i pobytu/leczenia pacjentów o różnym stopniu szczegółowości, w zależności od ośrodka (np. o obowiązku uczestniczenia w terapii i zakazie korzystania z prysznica dłużej niż 4 minuty).

Regulaminy zawierają różnego rodzaju zobowiązania, zakazy, prawa i ograniczenia.

3.1 Najczęściej występujące zobowiązania/zakazy to:

- zachowanie abstynencji narkotykowej, alkoholowej i seksualnej (w niektórych ośrodkach dopuszcza się relacje partnerskie na bardziej zaawansowanych etapach terapii lub poza ośrodkiem; w jednym pary mogą zamieszkiwać wspólnie) – złamanie takich zakazów może oznaczać wydalenie z ośrodka;
- uczestniczenie w terapii w tym w spotkaniach społeczności terapeutycznej (w niektórych regulaminach są zapisy o obowiązku uczestniczenia w zebraniach społeczności);
- udział w pracach porządkowych na terenie ośrodka;
- zakaz zachowań agresywnych wobec pacjentów czy personelu;
- zakaz kontaktów z osobami z zewnątrz bez zgody społeczności;
- zakaz kontaktów z rodziną w początkowym okresie terapii (w zależności od ośrodka przez okres od kilku tygodni do kilku miesięcy);

3.2 Najczęściej występujące prawa to:

3.2.1 Prawo do świadczeń medycznych

Przykładowe zapisy:

„Pacjenta obowiązują prawa pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej, o których stanowi ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku (wywieszona do wglądu pacjentów).";

Pacjenta obowiązują prawa pacjenta określone w ustawie o zawodzie lekarza z 1996 roku (wywieszone do wglądu pacjentów). Pacjenta obowiązują prawa pacjenta określone w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej z 1996 roku."; *„Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających aktualnej wiedzy.";*

„Prawo do zapewnienia mu środków farmaceutycznych i medycznych, pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia.";

„Opieki medycznej ze strony wykwalifikowanych lekarzy oraz prawa do rezygnacji z proponowanej opieki medycznej.".

3.2.2 Prawo do informacji o stanie zdrowia

Przykładowe zapisy:

„Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia i do udostępnienia mu dokumentacji medycznej lub wskazania osoby, której dokumentacja ta ma być udostępniona.";

„Pacjent ma prawo do zapewnienia ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji"; „Prawo do wglądu w dokumentację medyczną.";

„ Znajomości założeń i metod, na których oparty jest program terapeutyczny".

3.2.3 Prawo do poszanowania intymności i godności

Przykładowe zapisy:
„Prawo do życzliwego i kulturalnego traktowania oraz poszanowania jego intymności i godności osobistej"; „ Godności, szacunku, zdrowia i bezpieczeństwa".

3.2.4 Prawo do skargi

Przykładowe zapisy:
„Prawo do odwołania się od decyzji społeczności"; *„Każdy pacjent, wobec którego przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych naruszone zostały prawa, ma prawo złożyć pisemną lub ustną skargę do Kierownika Ośrodka i określić termin, w którym kierownik zobowiązany jest do odpowiedzi"* [to interesujący zapis, i mało realistyczny, na ogół określają to przepisy ogólne]. *Pacjent ma również prawo złożyć skargę do: Narodowego Funduszu Zdrowia Organu Założycielskiego (ZG MONAR), Ministra Zdrowia"; „Składania skarg i zażaleń do kierownika placówki oraz społeczności odnośnie stosowania zasad sankcji, kroków dyscyplinarnych oraz zmian w zakresie uprawnień".*

3.2.5 Prawo do kontaktu z bliskimi

Przykładowe zapisy:
„ Prawo do kontaktu z osobami z zewnątrz: za zgodą społeczności"; „Prawo do kontaktu z rodziną w ustalonym terminie w czasie weekendów."; „O pierwszą przepustkę do rodziny czy dawnego miejsca zamieszkania pacjent może prosić po 6 miesiącach pobytu w ośrodku. Na pierwszej przepustce zawsze towarzyszy pacjentowi opiekun. Telefoniczne kontakty z rodziną (jeśli nie jest ona toksyczna dla pacjenta) są możliwe już w pierwszych dniach pobytu, ale rozmowy telefoniczne, ze względu na dbałość o bezpieczeństwo przez pierwsze dwa miesiące są kontrolowane przez Służbę Ochrony Monaru (SOM). Rozmowy telefoniczne wskazane są w godzinach popołudniowych, w czasie wolnym."; „Odwiedziny gości mogą mieć miejsce tylko

za zgodą społeczności, w soboty i niedziele."; „W czasie pierwszego miesiąca pobytu w ośrodku pacjent nie utrzymuje kontaktu osobistego, telefonicznego, listownego z osobami spoza ośrodka. W tym czasie może poprosić o jednorazowy kontakt telefoniczny z najbliższymi za pośrednictwem swojego opiekuna."; „Pacjenci ze statusem nowicjusza nie rozmawiają przez telefon"; „Pacjent zobowiązuje się do przestrzegania zasady wstrzymania kontaktu z rodziną do czasu określonego w zasadach placówki".

3.2.6 Prawo do wypisania z zakładu na własne żądanie

Przykładowe zapisy*:*
„Prawo do rezygnacji z udziału w terapii w dowolnym momencie".

3.3 Najczęściej występujące ograniczenia to:

– Samodzielne wyjścia poza teren ośrodka

Przykładowe zapisy:
„Opuszczanie ośrodka jest możliwe tylko i wyłącznie po otrzymaniu pozwolenia. Szczegółowe informacje na temat możliwości wyjść poza teren są umieszczone na tablicy przy zeszycie wyjść".

– Picie kawy i herbaty (w większości ośrodków kontrolowane zwłaszcza na początku, w kilku niereglamentowane)

Przykładowe zapisy:
„Pacjenci nie mogą przechowywać kawy i herbaty w swoim pokoju. Kawa i herbata jest przechowywana w zamkniętej szafce. Kawę i herbatę zasypuje dyżurny SOT" [Służba Ochrony Trzeźwości].

- Palenie papierosów (na ogół papierosy można palić na zewnątrz, w niektórych ośrodkach nowicjusz musi prosić opiekuna, aby wyszedł z nim zapalić, w kilku ośrodkach nie było żadnych ograniczeń).

Przykładowe zapisy:
„Papierosy można palić wyłącznie w wyznaczonym miejscu i wyznaczonym czasie.”; „Obowiązuje zakaz palenia papierosów przed śniadaniem“; „Nowicjusze po ciszy nie palą.“.

- Słuchanie muzyki kojarzonej z narkotykami (w niektórych ośrodkach nie było takich ograniczeń, albo też niedawno je wycofano).
- Rozmawianie przez telefon

Przykładowe zapisy:
„Telefony komórkowe można pobrać z depozytu w sobotę po rannej społeczności i należy zwrócić do niedzieli do 19.30”;”nowicjusze nie korzystają z telefonów komórkowych”. „Z osobami bliskimi rozmawiamy w czasie wolnym, czas trwania rozmowy do 15 minut!”.

- Samodzielnego korzystania ze sprzętu RTV czy Internetu – (najczęściej takie ograniczenie było wobec nowo przybyłych, w jednym ośrodku nie można było samodzielnie uruchomić pralki, był od tego „pralkowy”).

Przykładowe zapisy:

> *„Domownicy przebywający w ośrodku powyżej 6 miesięcy mogą obsługiwać sprzęt RTV i AGD“.*

3.3.1 Dociążenia / konsekwencje:

Z wywiadów zarówno z kadrą, jak i pacjentami wiemy, że dociążenia zwane też konsekwencjami są stosowane i mają bardzo różne formy, ale nie we wszystkich regulaminach są precyzyjnie określone. Najczęściej jest zapis, z którego

wynika, że za złamanie regulaminu czy zasad grożą konsekwencje z możliwością rozwiązania kontraktu. Czasem są spisane ustalenia społeczności, gdzie jest np. zapis: *„w ośrodku nie przeklinamy – za przekleństwo 20 pompek“, „za zostawienie brudnych naczyń -‘5‘ .*

Bywa, że są spisane działania korygujące, jednak na dużym poziomie ogólności.

Przykładowe zapisy:

„Zadania krótkoterminowe wykonywane po godzinach pracy. Mają one na celu korekcję niepożądanych w świetle zasad i wartości proponowanych przez ośrodek zachowań”; „Dociążenia wykonujemy do wieczornej społeczności. Niewykonanie wiąże się z dalszymi konsekwencjami. ‚20‘ -20 pompek może być zamienione na 40 przysiadów, ‚5‘ -przebiegnięcie 10 długości od bramy do końca parkingu bez zatrzymywania, można zamienić na ½ godziny pracy. ‚15‘ można zamienić na 1,5 godziny pracy”.

Często stosowane są ‚konsekwencje‘ w postaci dodatkowej pracy: *„praca powinna być wykonana starannie. Jeżeli są jakieś zastrzeżenia gospodarza, praca trwa dotąd,* aż *zostanie wykonana zgodnie z oczekiwaniami gospodarza”. „ W szczególnie uzasadnionych przypadkach, [poza godzinami pracy, terapeuta może wyznaczyć pacjentom dodatkową pracę”.*

Ciekawe są też dokumenty zawierające kryteria przyznawania przywilejów. Na przykład przywilejem I etapu jest: *„poprawne funkcjonowanie techniczne w ośrodku, wykonywanie poleceń, znanie zasad, utrzymywanie higieny osobistej”,* a przywilejem II etapu np. *„rozumienie zasad panujących w ośrodku”.*

3.4 Podsumowanie

Regulaminy określające organizację i zadania ośrodka, przebieg leczenia, a także prawa i obowiązki pacjenta są we wszystkich ośrodkach. Często odwołują się w widoczny sposób do Rekomendacji Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Dotyczy to szczególnie opisów odnoszących się do praw pacjenta. Znajdują się tutaj najbardziej istotne zapisy o prawie do świadczeń medycznych, prawie do

informacji o stanie zdrowia, prawie do poszanowania intymności i godności, ochronie prywatności i tajemnicy medycznej, prawie do przerwania leczenia na własne życzenie. W niektórych regulaminach są zapisane gwarancje wyboru terapeuty, prawo do opieki religijnej (duszpasterskiej), prawo do kontaktu z bliskimi. Większość analizowanych regulaminów określa też procedurę skargi.

Niestety, trzeba stwierdzić krytycznie, że w wielu ośrodkach zapisy o prawach pacjenta (przepisane mechanicznie z kilku ustaw - przykład poniżej) powielane są następnie w różnych obowiązujących wewnętrznych dokumentach, np. w karcie praw pacjenta, ustaleniach społeczności i innych. Nie służy to podniesieniu poziomu znajomości i polepszeniu zakresu ich respektowania. Wręcz przeciwnie – świadczy o niezrozumieniu znaczenia i istoty praw człowieka i praw pacjenta.

Warto przyjrzeć się językowi tych dokumentów. Są tu sformułowania, w których trudno znaleźć choćby cień sensu pod warstwą jakiegoś pseudourzędowego stylu, np. *„składanie skarg i zażaleń/…/odnośnie stosowania zasad sankcji, kroków dyscyplinarnych oraz zmian w zakresie uprawnień."* W jednym z ośrodków funkcjonuje karta praw pacjenta, w której tym prawom nadaje się walor obowiązku, np. *„Pacjenta obowiązują prawa pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej, o których stanowi ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku (wywieszona do wglądu pacjentów). Pacjenta obowiązują prawa pacjenta określone w ustawie o zawodzie lekarza z 1996 roku (wywieszone do wglądu pacjentów). Pacjenta obowiązują prawa pacjenta określone w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej z 1996 roku. Pacjenta obowiązują prawa określone w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 roku. Pacjenta obowiązują zasady ujęte w regulaminie wewnętrznym Ośrodka Terapii Odwykowej Uzależnień.* Takie zapisy, a ponadto takie sformułowanie jak: „pacjenta obowiązują prawa..." [przestrzeganie praw obowiązuje władze, a pacjentowi prawa przysługują] dowodzą niezrozumienia idei praw i świadczą o czysto formalistycznym podejściu do przestrzegania praw człowieka.

Analiza językowa regulaminów oraz innych dokumentów zawierających katalogi praw pacjenta pokazuje ciekawe zależności. Uważny czytelnik stwierdzi z łatwością istotne zróżnicowanie stopnia oficjalności regulaminowych zapisów, od bardzo „urzędowych", np. *„opuszczanie ośrodka jest możliwe tylko i wyłącznie po otrzymaniu pozwolenia…",* po familiarne niemal użycie czasowników w 1 osobie liczby mnogiej, np. *„w ośrodku nie palimy".*

Ze sformułowaniami postulatywnymi np. *„rozmowy telefoniczne wskazane są w godzinach popołudniowych…"* kontrastują kategoryczne, np. *„pacjent nie utrzymuje kontaktu osobistego, telefonicznego, listowego z osobami spoza ośrodka."* Pojawiają się nazwy własne odnoszące się do rzeczywistości danego ośrodka, np. nazwy uczestników terapii na różnych etapach pobytu w ośrodku (nowicjusz, domownik, monarowiec), nazwy funkcji pełnionych przez pacjentów (rybkowy, pralkowy, somita), nazwy przedmiotów i dokumentów (zeszyt wyjść, księga dokonań), specyficzne, potoczne nazwy czynności (zasypuje kawę). W ten sposób oficjalne dokumenty regulujące funkcjonowanie ośrodka zostają nasycone jakimś rodzajem meta-języka, kodu zrozumiałego dla wtajemniczonych. Szczególnie widoczne jest to we wszelkich zapisach odnoszących się do zakazów i ograniczeń. Ponieważ w różnych ośrodkach te same nazwy wcale nie oznaczają tego samego desygnatu, jest tu przestrzeń do manipulacji i nadużyć. Przede wszystkim zaś taka dowolność językowo-stylistyczna utrudnia lub wręcz uniemożliwia ewentualne roszczenia pacjentów, bowiem trudniej jest odnieść się do nieprecyzyjnych i nieostrych sformułowań.

Inną, charakterystyczną dla wielu ośrodków, manipulacją językową opisaną w regulaminach jest możliwość korzystania z jakiegoś prawa/przywileju przysługującego pacjentowi na określonym etapie leczenia. Traktuje się to jako przywilej, a pacjent „może prosić" o dopuszczenie go do „udziału w prawach".

Wszystko to pozwala na zatarcie granic między niezbywalnymi prawami człowieka a uprawnieniami i przywilejami, którymi rzeczywiście mogą dysponować organizatorzy terapii. W znacznym stopniu utrudnia to również samym pacjentom poznanie i zrozumienie swoich praw.

Trzeba by uporządkować istniejące katalogi praw i obowiązków, tak aby powstał dokument, w którym część dotycząca praw człowieka będzie wydzielona od różnych uprawnień wynikających z przebywania w ośrodku. Tam zaś, gdzie stosuje się ich ograniczenia, muszą być zapisane i uzasadnione. Zapisy dotyczące praw i obowiązków muszą być tak sformułowane, żeby wynikało z nich konkretne roszczenie czy konkretne zobowiązanie. Mnogość dokumentów i powielanych w nich katalogów praw nie służy przejrzystości zasad.

4. Metodologia i narzędzia badawcze

Uznaliśmy, iż badania zostaną przeprowadzone w 20 ośrodkach. Przy wyborze ośrodków kierowaliśmy się następującymi kryteriami:

- organ prowadzący (chcieliśmy, aby były to ośrodki publiczne i niepubliczne prowadzone przez różne podmioty - organizacje świeckie, wyznaniowe);
- oferta terapeutyczna – różne podejścia do leczenia;
- czas trwania terapii – od długoterminowych do krótkoterminowych;
- klient – dla młodzieży, dorosłych, z podwójną diagnozą, kobiet z dziećmi;
- lokalizacja – różne regiony kraju.

Uwzględniając powyższe kryteria wybraliśmy w sposób celowo – losowy ośrodki, prosząc każdorazowo kierowników o wyrażenie zgody na przeprowadzenie monitoringu. W większości przypadków nie mieliśmy problemów z uzyskaniem zgody na badania. Najwięcej wątpliwości odnośnie badań miał zarząd Stowarzyszenia Monar. Niektórzy kierownicy ośrodków prowadzonych przez to Stowarzyszenie uważali, że nie mają osobowości prawnej, aby wyrazić zgodę na badania. W 4 przypadkach odmówiono zgody używając różnych argumentów. Poza kierownikami ośrodków MONAR zgody na badania nie wyrazili kierownicy ośrodka prowadzonego przez Stowarzyszenie „Karan” .

Ostatecznie badania przeprowadzono w 18 ośrodkach (ponad 20% ogółu) (w jednym prowadzono badania pilotażowe) zlokalizowanych w 6 województwach: mazowieckim, małopolskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim i śląskim.

Ponadto przeprowadzono pogłębione wywiady z 7 byłymi pacjentami różnych ośrodków, obecnie pacjentami poradni ambulatoryjnych.

Spośród badanych ośrodków 7 było prowadzonych przez Stowarzyszenie MONAR (ok 39%); 5 przez inne organizacje pozarządowe (28%); organem prowadzącym 4 był samorząd lokalny (22%); 1 był prowadzony przez organizację kościelną (5,5%) i 1 prowadziła osoba prywatna (5,5%). 4 ośrodki przyjmowały małoletnich, w 3 przebywały matki z dziećmi.

Większość ośrodków prowadziła terapię długoterminową - powyżej 12 miesięcy (ok. 70%), w tym w kilku była możliwość leczenia do 24 miesięcy. Krótkoterminową terapię (do 6 miesięcy) proponowały 3 ośrodki, w tym jeden przez okres 8-9 tygodni.

Przygotowując koncepcję badań zidentyfikowaliśmy następujące obszary badawcze:

- Dostęp do terapii;
- Oferta terapeutyczna;
- Warunki bytowe;
- Traktowanie /ochrona przed traktowaniem poniżającym i naruszającym godność/;
- Przestrzeganie prawa do prywatności;
- Przestrzeganie prawa do informacji;
- Prawo do kontaktów z rodziną;
- Prawo do nauki /w przypadku małoletnich/;
- Prawo do skargi;
- System pomocy, wsparcia po zakończeniu leczenia w ośrodku.

Uznaliśmy, iż podstawową metodą badawczą będzie wywiad kierowany z kierownikiem, terapeutą i pacjentami każdego z ośrodków oraz bezpośrednia obserwacja. Przygotowano dyspozycje do wywiadów z osobami wymienionymi powyżej (patrz: załącznik), które zostały zweryfikowane w toku badania pilotażowego.
Źródłem informacji były też dokumenty obowiązujące w poszczególnych placówkach (regulaminy, kontrakty, kroniki).
Badania prowadziło 8 osób. Wszyscy są absolwentami Szkoły Praw Człowieka HFPC i mają doświadczenie w prowadzeniu badań monitoringowych z zakresu przestrzegania praw człowieka.
Badania w jednym ośrodku trwały przeciętnie od około 10 do 20 godzin, w zależności od wielkości ośrodka i liczby pacjentów, którzy wyrazili zgodę na badania (zawsze co najmniej kilku).
Sporządzono 18 raportów cząstkowych z każdego ośrodka, które posłużyły do przygotowania raportu końcowego.

Uznaliśmy, iż nie będziemy identyfikować danych z poszczególnych ośrodków. Naszym celem nie jest bowiem pokazanie każdego z nich z osobna, a raczej pokazanie stanu przestrzegania praw pacjentów i działania systemu stacjonarnego leczenia uzależnień od narkotyków w Polsce.

Badania prowadzono od grudnia 2009 do marca 2010.

Wyniki badań podzieliliśmy na dwa obszary:

- dostęp do leczenia i oferta terapeutyczna,
- przestrzeganie podstawowych praw pacjentów w ośrodkach.

CZĘŚĆ II Wyniki badań

5. Dostęp do leczenia i oferta terapeutyczna

Prawo do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji), a zwłaszcza prawo do równego dostępu do opieki medycznej (w zakresie określonym ustawą) finansowanej ze środków publicznych ma ważne znaczenie dla osób uzależnionych od środków odurzających i substancji psychotropowych. Zgodnie z art. 26 ust. 5 UoPN za leczenie, rehabilitację i reintegrację prowadzone wobec osoby uzależnionej, bez względu na jej miejsce zamieszkania w kraju, i niezależnie czy jest ubezpieczona **nie pobiera się opłat.**

Zakres świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu określony jest w ustawie z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[15]. Wynika z niej, że inne, niż uregulowane przepisami UoPN świadczenia, powinny być dostępne na zasadach ogólnych, a zatem – co do zasady – bezpłatne (lub częściowo odpłatne) dla osób posiadających ubezpieczenie zdrowotne. W praktyce, inne niż terapia uzależnień świadczenia medyczne, są również regulowane kontraktem z NFZ i finansowane w określonym zakresie z dotacji udzielonej przez Fundusz.

5.1 Dostęp do leczenia uzależnień w warunkach stacjonarnych

Badane ośrodki (poza jednym) miały podpisane kontrakty z NFZ, które gwarantowały prowadzenie terapii przez specjalistów w zakresie terapii uzależnień.

15 Jak stanowi art. 12 pkt 3 ustawy 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, przepisy tego aktu nie naruszają uprawnień określonych w art. 26 ust. 5 Ustawy o Przeciwdziałaniu Narkomanii w zakresie bezpłatnych świadczeń.

Przeprowadzony monitoring pokazał, iż obecnie nie ma problemu w dostępie do leczenia uzależnienia od narkotyków w ośrodku stacjonarnym. Jeżeli pacjent chce być przyjęty czeka na ogół 2 – 3 tygodnie (ze względu na konieczność przeprowadzenia detoxu[16]). W wielu przypadkach pacjenci byli przyjmowani bez oczekiwania. Czasem wystarczyło uzgodnienie telefoniczne i następnego dnia pacjent mógł być przyjęty. Zdarzało się, że pacjenci przyjeżdżali bez zapowiedzi i też ich przyjmowano. Jedynie w ośrodku prowadzącym terapię krótkoterminową oczekiwanie na przyjęcie mogło trwać nawet 2 miesiące.

W większości badanych ośrodków nie było pełnego stanu pacjentów.
W niektórych wypowiedziach, zarówno pacjentów, jak i personelu pojawiały się uwagi, że ośrodków jest nawet za dużo i należy pomyśleć o ich przeprofilowaniu.

Terapia w ośrodku jest świadczeniem medycznym, finansowanym przez NFZ, na podstawie kontraktu zawartego z kierownikiem konkretnego ośrodka bądź jego organem prowadzącym, opłacanym przez budżet państwa, ze środków, którymi dysponuje minister zdrowia. Niektóre podmioty prowadzące ośrodki przewidują w swoim statucie możliwość leczenia odpłatnego. W monitoringu takiej sytuacji nie stwierdziliśmy, poza ośrodkiem, który nie miał kontraktu z NFZ.

16 *Detox* to na ogół 14 dniowy pobyt na oddziale szpitala psychiatrycznego, w celu oczyszczenia organizmu z substancji uzależniających.

W ośrodkach przebywają także osoby skierowane na leczenie przez sąd. Z informacji otrzymanej od kierowników wynika, że część z nich to osoby, którym sąd nakazał leczenie, zaś część to osoby pod nadzorem kuratora sądowego.

Tabela 2. Pacjenci skierowani przez sąd

	Ośr. I	Ośr. II	Ośr. III	Ośr. IV	Ośr. V	Ośr. VI	Ośr. VII	Ośr. VIII	Ośr. IX
Liczba pacjentów skierowanych przez sąd obecnie przebywających w ośrodku	1	10%	0	0	7	0	0	0	Brak danych
Liczba pacjentów skierowanych przez sąd w ostatnich 3 latach	1	10%	O	15	41 zazwyczaj ok. 10%	0	7	0	Brak danych
	Ośr. X	Ośr. XI	Ośr. XII	Ośr. XIII	Ośr. XIV	Ośr. XV	Ośr. XVI	Ośr. XVII	Ośr. XVIII
Liczba pacjentów skierowanych przez sąd obecnie przebywających w ośrodku	-	-	-	2	0	4	0	6	4
Liczba pacjentów skierowanych przez sąd w ostatnich 3 latach	8	2	0	Nie ma danych	0	16	3	13	9

Pacjenci skierowani przez sąd stanowią niewielki procent leczonych w badanych ośrodkach, co może oznaczać, że sądy nie korzystają zbyt często z tej możliwości.

Pacjenci, z którymi rozmawiano uzyskiwali informację o ośrodkach z różnych źródeł: (poradnie, ośrodki konsultacyjne, znajomi, własne wcześniejsze doświadczenia). Rzadko wskazywali na strony internetowe, choć informacja o ośrodkach jest na stronie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Przykładowe wypowiedzi pacjentów:

- *„Pacjent uzależniony ma bardziej komfortowy dostęp do leczenia niż ludzie z innymi schorzeniami.";*
- *„Znałem ten ośrodek z opowieści. Kiedyś była w nim moja dziewczyna i zarekomendowała mu go. Na przyjęcie nie musiałem czekać. Po uzgodnieniu telefonicznym zgłosiłem się po 2 dniach, bo musiałem jeszcze załatwić swoje sprawy.";*
- *Szukałam ośrodka, w których można być z dzieckiem i żeby był niedaleko od domu. Czekałam na przyjęcie 2 dni.".*

W zdecydowanej większości ośrodków nie ma ograniczeń w leczeniu osób, które leczyły się wcześniej i same z terapii rezygnowały lub zostały z ośrodka wydalone. Zdarza się, że mogą wrócić nie wcześniej niż po 6 miesiącach. Bywa też, że ośrodek nie przyjmuje pacjenta, który został z niego usunięty lub przyjmuje tylko dwa razy tę samą osobę.

Z informacji uzyskanych od kierowników wynika, że co najmniej połowa pacjentów to osoby, które leczyły się wcześniej w ośrodku stacjonarnym, podano nawet, że to 75%. W jednym z ośrodków podano, że bywa nawet 100%.[17]

17 Zdaniem B. Bukowskiej (wicedyrektora KBPN) taka tendencja występuje w wielu krajach UE i nie oznacza niskiej skuteczności leczenia. Ten stan rzeczy potwierdza konieczność zróżnicowanym oferty terapeutycznej w zakresie długości trwania programu i stosowanych metod.

Przykładowe wypowiedzi kierowników:

- *„Pacjent udaje, że się leczy, terapeuta udaje, że leczy, urzędnik jest zadowolony.* P*acjent wraca i ponownie zaczyna brać.“;*
- *„Gdybym nie miał pewnej etyki w sobie, to mógłbym w tych polskich warunkach leczyć kogo tylko zechcę, zdrowych nawet. Mógłbym, jak na dworcu autobusowym, ciągle zmieniać ludzi i nikt by na to nie zwrócił uwagi. NFZ nie wie, co z nami zrobić, najchętniej by się nas pozbył.“;*
- *„Ok. 50% wszystkich pacjentów to tzw. „turyści ośrodkowi”, którzy byli wcześniej w innych ośrodkach.”*

Przykładowe wypowiedzi pacjentów:

- *„W ośrodku jestem od prawie 3 miesięcy. Wcześniej byłem tu przez 6 miesięcy, potem trafiłem do zakładu karnego. Obecnie przebywam na przerwie w odbywaniu kary”;*
- *„Wcześniej byłem w kilku ośrodkach, w tym: 2000 r. w W. – „ciężka praca”; „nie chciałem pracować w lesie, Markot w T. – 4 miesiące, złamałem abstynencję, ośrodek chrześcijański M. w 2007 roku – tam był „wojskowy tryb” – cały dzień zorganizowany”;*
- *„Tu jestem od 4 miesięcy. Wcześniej byłam w trzech ośrodkach: monarowski w Ś. - były bardzo trudne warunki, ale to było w latach 80 – spędziłam tam rok; ośrodek w C. – ukończyłam dwuletnią terapię. W tym ośrodku jestem po raz drugi, (wcześniej byłam 6 miesięcy; wydawało mi się, że jestem mocna, wyszłam i złamałam abstynencję”;*
- *„Byłem w 6 ośrodkach, z tym, że w 3 spędziłem po jednym dniu. Ukończyłem terapię w monarowskim ośrodku – byłem tam przez 20-21 miesięcy”;*
- *„Byłem już w 11 ośrodkach, ukończyłem terapię w ośrodku ZOZ, byłem też w katolickim i ewangelickim. W kilku byłem kilka razy”;*
- *„To mój 10, lub 12 ośrodek. Ostatnio byłem w 2 Monarach ale bardzo krótko bo piłem, byłem też w Markocie”;*

- *„Są tu osoby, które były w 8 ośrodkach, a tutaj przyszły, żeby się ogarnąć. „Ogarnąć się" – to znaczy, żeby przestać brać na chwilę, podreperować się na zdrowiu, schować się przed policją";*
- *„Ośrodek to czasem sposób na życie – powrót na zimę, latem pełno jest miejsc".*

Podsumowanie

Pacjenci nie mają żadnej trudności z dostaniem się do wybranego ośrodka. W wielu, praktycznie, można rozpocząć leczenie od razu, bez czekania. Chętny nie musi wcale zabiegać o przyjęcie, ani spełnić jakichś wstępnych warunków.

Nie ma rejonizacji, pacjent może samodzielnie wybrać dowolny ośrodek. Wygląda na to, że większość dokonuje wyboru na podstawie rekomendacji innych uzależnionych, którzy w takim ośrodku byli. Rzadko kandydaci do leczenia szukają dokładniejszej czy bardziej wiarygodnej informacji choćby w Internecie.

Czasem o wyborze decyduje czas terapii albo odległość ośrodka od miejsca zamieszkania pacjenta. Ośrodki nie są równomiernie rozmieszczone na terenie kraju. Jest to szczególnie kłopotliwe dla leczących się najmłodszych pacjentów (patrz: tabela 1). W ich przypadku bliskość domu i możliwość kontaktu z rodziną ma zasadnicze znaczenie dla powodzenia terapii.

Istnieje coś w rodzaju „turystyki ośrodkowej". Wśród pacjentów przeważają osoby, które wcześniej podejmowały już leczenie w jakimś ośrodku. Często takich prób było wiele. Rekordziści przebywali w kilkunastu ośrodkach. Ci pacjenci na ogół sami przerywali leczenie, rzadziej byli z ośrodków usuwani za naruszenie obowiązujących zasad. Takie osoby bez trudu znajdują kolejny ośrodek, który przyjmuje ich na terapię. Czasem wracają też do ośrodka, w którym już kiedyś byli. Niektórzy pacjenci otwarcie mówią o ośrodku jako miejscu chwilowego schronienia, czasowego odpoczynku.

Z takiej perspektywy system jest bardzo kosztowny, a jednocześnie mało skuteczny. Być może dla pacjentów, którzy wcześniej opuścili ośrodek nie kończąc terapii, lub zostali wydaleni powinny być wprowadzone dodatkowe kryteria związane z motywacją do leczenia i określoną przerwą pomiędzy pobytami w ośrodkach.

Zastanawia niewielka liczba pacjentów skierowanych przez sąd[18]. Wydaje się, że ta możliwość resocjalizacji nie jest przez wymiar sprawiedliwości dostatecznie wykorzystywana[19].

5.2 Dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej

Generalnie w trakcie pobytu w ośrodku pacjenci mieli zabezpieczoną podstawową opiekę zdrowotną. W większości ośrodków lekarz podstawowej opieki zdrowotnej był na miejscu raz, a czasem nawet 3 razy w tygodniu. Zapewniona jest też na ogół opieka psychiatryczna.

Lekarz psychiatra – zazwyczaj jest zatrudniony na określoną liczbę godzin w ośrodku, najczęściej 1 raz w tygodniu, ale często przyjeżdża też w zależności od potrzeb.

Inne leczenie specjalistyczne wymaga opłacenia – koszty ponosi ośrodek ze swojego budżetu lub sam pacjent, jeżeli korzysta z pomocy lekarza, który nie ma kontraktu z NFZ.

W nagłej potrzebie wzywane jest pogotowie. W przypadku konieczności hospitalizacji pacjent jest wypisywany ze stanu ośrodka i ponownie umieszczany w nim po

18 W praktyce byli też pacjenci będący pod nadzorem kuratora, który miał wpływ na ich decyzję o podjęciu leczenia

19 Badania przeprowadzone w Instytucie Spraw Publicznych w 2009 r. pokazały, że obowiązek poddania się leczeniu nałożono zaledwie w wypadku 3,5% analizowanych spraw, patrz: Karanie za posiadanie. Artykuł 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii-koszty, czas, opinie, red: Ewelina Kuźmicz, Zofia Mielecka-Kubień, Dorota Wiszejko-Wierzbicka wyd. Fundacja ISP, Warszawa 2009

powrocie ze szpitala. Żeby jednak pacjent mógł być objęty świadczeniami musi być ubezpieczony. Ci, którzy przychodzą do ośrodka nieubezpieczeni są rejestrowani jako bezrobotni, aby mogli otrzymać ubezpieczenie.

Przykładowe wypowiedzi kadry:

- *„Ośrodek ma podpisaną umowę z ośrodkiem zdrowia oraz ze szpitalem. Za wszystkie wizyty płaci ośrodek po wystawieniu faktury chyba, że pacjent jedzie do lekarza prywatnie, to sam płaci. Raz w tygodniu jest w ośrodku lekarz rodzinny. Badania na HIV wykonujemy tym, którzy chcą. Wynik zna tylko lekarz i pacjent. Najczęściej jednak pacjenci zarażeni mówią o tym na społeczności, ale nie muszą. Leki pacjenci wykupują sami, ale jak nie mają pieniędzy to korzystają z kasy społeczności. W ośrodku raz w tygodniu jest lekarz psychiatra. Każdy pacjent na początku jest badany przez psychiatrę, a później w zależności od potrzeb. Wszystkie leki są przechowywane w gabinecie lekarskim. Wydaje je albo terapeuta, albo lekowy (to funkcja jednego z pacjentów)";*
- *„Powinien mieć ubezpieczenie, ale jak nie ma to się go melduje tymczasowo w ośrodku, zgłasza do gminy jako bezrobotnego i otrzymuje wtedy ubezpieczenie";*
- *„Ośrodek zatrudnia psychiatrę. Tutaj jest 1 raz w tygodniu. Wszyscy pacjenci mają badania moczu i krwi. Są wśród pacjentów seropozytywni. Mogą badać się w poradni w kierunku HIV. Jest możliwość korzystania z pogotowia dentystycznego w szpitalu, nie ma specjalnego gabinetu dla seropozytywnych, ale pacjenci informują lekarza, a wszystkich powinno się traktować jak potencjalnie zarażonych. Są osoby z podwójną diagnozą. Mają wtedy opiekę psychiatry i psychologa. Leki pielęgniarka rozpisuje w karcie indywidualnej, podają terapeuci, zapisują w karcie. Jest szafka oddzielna zabezpieczona";*
- *„W ośrodku nie ma na stałe żadnego personelu medycznego np. pielęgniarki. Jak jest potrzeba, to jedzie się z pacjentem do odpowiedniego specjalisty.*

Płaci za te wizyty ośrodek. Niejednokrotnie pacjenci korzystają ze specjalistów prywatnie (sami za to płacą np. stomatolog, jeśli jest to jednak nagły, ostry przypadek to jadą do dyżurującego gabinetu stomatologicznego i wówczas płaci za to ośrodek). Gdyby zaszła potrzeba hospitalizacji pacjenta, to musimy go zdjąć ze stanu ośrodka, a po wyleczeniu, ponownie go zarejestrować u nas. Pacjent nie może być jednocześnie w dwóch placówkach – takie są przepisy. W tej chwili mamy jednego pacjenta z HIV – bierze leki. Nikt poza personelem o tym nie wie";

- *„W placówce jest gabinet lekarski, a lekarz jest na telefon. Zastrzyki robią terapeuci, do stomatologa jeżdżą do ZOZ, który ich za to obciąża";*
- *„Dostajemy pieniądze na podstawowe leki np. na przeziębienia ze starostwa. Inne, pacjenci muszą kupić za własne pieniądze. Pacjenci z HIV są objęci opieką lekarską w klinikach. W ośrodku nie ma pielęgniarki. Leki wydaje kierowniczka" (*ośrodek bez kontraktu z NFZ).

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

- *„Raz w tygodniu jest lekarz rodzinny i jak jest potrzeba to kieruje do specjalisty. Wtedy jedzie się do ośrodka zdrowia. Za te wizyty nie płacimy. Przepisane leki wykupujemy za własne pieniądze. Jak ktoś nie ma, to społeczność może wyłożyć. Obowiązkowa wizyta u psychiatry tylko na początku. Potem jak ktoś chce. Psychiatra jest w ośrodku co tydzień".*
- *„Korzystałem z pomocy ortopedy i chirurga, nie płaciłem za wizyty";*
- *„Opieka lekarska jest bardzo dobra. Lekarka zawsze przyjeżdża, jak komuś z pacjentów trzeba pomóc";*
- *„Robiłem badania na HCV nie płaciłem, a u dentysty byłem prywatnie. W tym ośrodku wizyty u psychiatry są obowiązkowe raz w tygodniu";*
- *Była u stomatologa i dermatologa (prywatnie). Nie ma ograniczeń w dostępie do lekarzy, jak jest taka potrzeba.";*
- *„Leczenie – za własne pieniądze, np. musiałem zapłacić za rentgen.";*
- *„Miałem rękę, nogę złamaną – zawieźli mnie do szpitala. Do psychiatry*

chodzą ci co chcą.";

- *„Jest pielęgniarka środowiskowa, jest lekarz rodzinny, gdy trzeba, to przyjeżdża.";*
- *„Korzystałem z pomocy, dostałem skierowanie od rodzinnego do neurologa. Leki muszę sam wykupić. Gdybym nie miał pieniędzy, to nie wiem.";*
- *„Opieka medyczna jest, psycholog, psychiatra, lekarz pierwszego kontaktu, a jak coś się dzieje, to się jedzie na pogotowie; w pokoju nie można trzymać leków – leki wydaje lekowy razem z terapeutą, można odmówić pójścia do psychiatry, ale wszyscy chcą chodzić.";*
- *„Lekarz jest, specjaliści są w C., ja korzystałem i zostałem przyjęty nawet wtedy, kiedy nie miałem dowodu – bez problemu, do psychiatry, tu na miejscu chodzi ten kto chce.".*

Podsumowanie

W trakcie pobytu w ośrodku pacjenci podlegają opiece medycznej związanej z celem leczenia ich z uzależnienia. Zapewnieniu tego leczenia służy też kontrakt z NFZ.

Stricte medyczną procedurą, stosowaną wobec podejmujących leczenie uzależnień, jest – jak wynika z relacji kadry i pacjentów – wstępne, obowiązkowe badanie medyczne przy przyjęciu, w tym badanie psychiatryczne.

Z wywiadów wynika, że w ośrodkach nie ma większego problemu z dostępem do leczenia, tak w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, jak i leczenia specjalistycznego. W ośrodkach przynajmniej raz w tygodniu przyjmuje lekarz ogólny, większość ośrodków ma też zapewnioną specjalistyczną pomoc psychiatry. W razie potrzeby pacjenci są kierowani do specjalistów, ułatwia się im przeprowadzenie badań w kierunku HIV, nosicielstwa.

Wydaje się, że jakąś część kosztów tego leczenia pokrywa ośrodek ze środków zakontraktowanych z NFZ.

Rejestrowanie nieubezpieczonych pacjentów jako bezrobotnych jest omijaniem systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Realnie pacjenci nie spełniają podstawowych kryteriów określających status bezrobotnego: nie są zdolni i gotowi do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy i nie poszukują aktywnie zatrudnienia.[20] Nie chodzi nam o to, by osoby uzależnione nie były objęte świadczeniami podstawowej opieki zdrowotnej, ale żeby system nie tworzył fikcji. Należy zatem znaleźć inne, legalne rozwiązanie.

20 **Status bezrobotnego**

Za bezrobotnego uznaje się osobę spełniającą poniższe kryteria:
- niezatrudnioną i niewykonującą innej pracy zarobkowej, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującym w danym zawodzie lub służbie albo innej pracy zarobkowej (bądź, jeśli jest osobą niepełnosprawną, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy),
- nieuczącą się w szkole, z wyjątkiem szkół dla dorosłych lub szkół wyższych w systemie wieczorowym albo zaocznym,
- zarejestrowaną w powiatowym urzędzie pracy,
- poszukującą zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej.

W rozumieniu ustawy nie jest się osobą bezrobotną jeśli nie ukończy się 18 lat. Osobą bezrobotną nie jest również kobieta, która ukończyła 60 lat, lub mężczyzna, który ukończył 65 lat (nie są bezrobotnymi ponieważ osiągnęli wiek emerytalny). Bezrobotnym nie jest osoba uprawniona m.in. do renty lub emerytury, renty socjalnej, zasiłku stałego czy świadczenia pielęgnacyjnego. Ustawa wymienia jeszcze kilka przypadków, w których danej osobie nie można nadać statusu bezrobotnego, związanych np. z osiąganiem określonych dochodów, posiadaniem nieruchomości rolnej czy odbywaniem kary pozbawienia wolności.

Uzyskanie statusu osoby bezrobotnej wiąże się z rejestracją. Prowadzą ją powiatowe urzędy pracy. Rejestracja następuje na podstawie dokumentów niezbędnych do ustalenia statusu i uprawnień. Dokumenty przedstawiamy podczas osobistej wizyty w urzędzie.

http://gazetapraca.pl/gazetapraca/1,73343,2205780.html

5.3 Warunki przyjęcia do ośrodka

W trakcie przyjęcia do ośrodka wymaga się od pacjentów:

- Trzeźwości (najczęściej wcześniejszy detoks), choć zdarza się, że ośrodki od tego odstępują, pacjent jest przyjmowany warunkowo i trzeźwieje w ośrodku,
- Skierowania od lekarza – psychiatry, rodzinnego lub lekarza z poradni leczenia uzależnień,
- Ubezpieczenia (osoby nieubezpieczone rejestrowane są jako bezrobotne),
- Podpisania zgody na leczenie i wewnętrznych dokumentów ośrodka (kontraktu, regulaminu). Procedury przyjęcia i szczegółowe wymagania są różne w poszczególnych ośrodkach.

Przykładowe wypowiedzi kierowników

- „*Pacjent powinien być po detoksie jeśli tego potrzebuje. Musi być trzeźwy. Musi mieć skierowanie od lekarza obojętnie jakiego. Pacjent musi podpisać kontrakt i zgodę na pobyt oraz zobowiązanie do przestrzegania Regulaminu*";
- „*To zależy od testów, abstynencja minimum 3 dni; jeśli uzależnienie od opiatów – musi być po detoksie, jeśli uzależnienie krzyżowe – po odtruciu. Podpisuje zgodę na pobyt, zobowiązanie przestrzegania regulaminu, oświadczenia: kogo informować o wypadku, co zrobić z jego rzeczami, gdyby zwiał, o odpowiedzialności, jeśli nie odda rzeczy do depozytu";*
- „Przy przyjęciu pacjent podpisuje oświadczenie o wyrażeniu zgody na:
  - wstrzymanie kontaktu z rodziną minimum na 3 tygodnie;
  - przestrzeganie regulaminu i zasad obowiązujących w ośrodku;
  - badanie moczu na zawartość narkotyków oraz badanie alkomatem; zabranie wszystkich swoich rzeczy, gdy jest wypisywany;
  - udzielanie informacji o pobycie i stanie zdrowia wskazanej przez siebie osobie;

- umieszczenie informacji o nim w kronice ośrodka i nagrywanie (tu chodzi o to, że niektóre zajęcia są nagrywane kamerą).

– *Przyjmuje do wiadomości, że personel zobowiązany jest powiadomić organy ścigania, jeśli ujawni popełnione przez siebie przestępstwa";*[21]
– *„Musi się zapisać. Heroinista musi być po detoksie, po innych narkotykach – ma utrzymać abstynencję. Ma mieć dowód osobisty i skierowanie od lekarza, ale nie musi być ubezpieczony. Przed przyjęciem są proszeni o zrobienie zdjęcia RTG płuc i badanie na nosicielstwo (bo pracują w kuchni i mają „książeczki sanepidowskie"), ale jeśli nie zrobią, nie ma problemu, robi się badanie na miejscu. Podpisują zgodę na leczenie i zobowiązanie przestrzegania regulaminu";.*
– *„Musi być po detoksie. Nie jest natomiast wymagane skierowanie od lekarza. Podpisuje regulamin. Pytamy, czy pacjent wie i akceptuje, że jest to ośrodek katolicki".*

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

– *„Miałem skierowanie z punktu monarowskiego z Hożej. Podpisałem zgodę na pobyt, kontrakt i regulamin";*
– *„Powinienem być miesiąc w abstynencji, ale nie byłem i warunkowo zostałem przyjęty. Podpisałem zgodę na leczenie, kwestionariusz osobowy, regulamin. Jeżeli wszystko pójdzie z sukcesem, będę tutaj 8 tygodni, krótki czas terapii jest dla mnie optymalny, nie chcę marnować swego czasu";.*
– *„Wyszły czyste testy. Podpisałam, że ośrodek nie odpowiada za rzeczy osobiste, zgodę na regulamin, kontrakt, zgodę na „monitorowanie" przez kamery. Nie pamiętam, czy podpisywałam zgodę na leczenie";.*
– *„Zadzwoniłem, jak grzałem 2 miesiące. Kazali mi nie ćpać, to przez tydzień nie ćpałem. Nie musiałem przejść detoksu. Zależało mi, żeby trafić*

21 Art.50 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zobowiązuje terapeutę do zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych w trakcie terapii z uwzględnieniem przepisów kpk;
patrz też:http://www.podlaska.policja.gov.pl/programy/prawa_ofiar/doc/6.pdf

właśnie tutaj. Dla mnie czas terapii nie ma znaczenia. Ale po poprzednim pobycie w tym ośrodku nie ćpałem przez 7 miesięcy";.

- *„Miałem być czysty, to warunek przyjęcia. Wiem, jak długo tu będę, jaki jest plan terapii. Ale byłem zły, bo nie mogłem nawet zadzwonić, że jestem cały i zdrowy";.*
- *„Byłam trzeźwa, ale jeżeli bym nie była, to też pewnie by mnie przyjęli. Coś podpisywałam, różne dokumenty, ale nie wiem co, nie pamiętam. Była w złym stanie i nie chciało mi się czytać";*
- *„Czekałem około 2 tygodni. Znalazłem się tu, bo nie miałem lepszego pomysłu. Decyzja była mało świadoma. Określono mi czas abstynencji przed przyjęciem, ale nie dotrzymałem i skłamałem. Nie pamiętam, czy podpisywałem cokolwiek przy przyjęciu";*
- *„Bardzo krotko czekałam, bo było wolne miejsce. Jestem weteranką, przeszłam przez wiele ośrodków. Tutaj jestem 3 raz. Przed przyjęciem musiałam utrzymać abstynencję i pójść na miting, ale różnym osobom stawia się różne warunki, „pacjenci są rozpatrywani indywidualnie".* Widzę różnice w ofercie różnych ośrodków, różnice w programie, czas leczenia inny, „tutaj duży nacisk na to, co się straciło, a gdzie indziej większe nastawienie na plusy".
- *„W styczniu wyszedłem z więzienia, tydzień balowaliśmy z kumplami. Wymyśliliśmy, że gdzieś trzeba odpocząć z tydzień. W P. popytaliśmy ludzi, pojechaliśmy do R. we trzech, przyjęli. Byliśmy jeszcze pijani. Sprawdzali, kazali siedzieć na korytarzu, o 22 dali łóżko. Tam ludzie z uzależnieniem od alkoholu i narkotyków, mój problem – alkohol. Terapeuta zaproponował leczenie, zgodziłem się. Koledzy wyjechali po tygodniu".*

W większości ośrodków nowo przyjmowany przechodzi wstępne badania medyczne i kontrolę osobistą, w niektórych ośrodkach restrykcyjną. W niektórych do depozytu musi oddać rzeczy wartościowe, telefon oraz przedmioty kojarzone z uzależnieniem.

Przykładowe wypowiedzi kadry

- *„Każdy nowo przychodzący jest badany przez ochronę i terapeutę najpierw źrenice, a jeśli jest podejrzenie to badanie moczu lub alkomatem. Każdy jest przeszukiwany bardzo dokładnie z rozebraniem do naga i z przysiadami. Robi to ktoś z ochrony i terapeuta – oboje tej samej płci".*
- *„Przyjmowany jest drobiazgowo kontrolowany po kątem posiadania substancji zabronionych. Kosztowności, pieniądze, ozdoby przedmioty charakterystyczne dla określonej subkultury, papierosy oddaje do depozytu. Nowo przyjmowani pacjenci przechodzą także ogólne badanie lekarskie. Rodzice osób niepełnoletnich wypełniają także wniosek do poradni psychologiczno-pedagogicznej o wydanie orzeczenia o potrzebie nauczania indywidualnego".*
- *Przy przyjęciu do placówki odbywa się rewizja osobista. Człowiek jest o tym uprzedzany. Rewizja przeprowadzana jest przez osobę z kadry i „Somitę[22]" (oczywiście zgodnie z płcią pacjenta). Rewizja robiona jest w celu nie dopuszczenia do ośrodka środków odurzających. Pacjent rozbiera się w zamkniętym pomieszczeniu (łazienka lub pokój) do naga, robi 3 przysiady, sprawdzane są jego rzeczy. Nie jest to przyjemna procedura, zarówno dla nowych pacjentów, jak i dla osoby prowadzącej rewizję. Przytoczyła przykłady, że pacjenci mają narkotyki schowane w różnych miejscach, np. wszyte w miejsce, gdzie jest gumka w majtkach; w biustonoszu; w kremie). Jeśli ktoś nie chce się rozebrać personel tłumaczy, po co to trzeba zrobić, starają się przekonać. W praktyce nie zdarzyło się, żeby ktoś odmówił rozebrania się. „Wyskakują z odzieży, robią trzy przysiady i wskakują". Gdyby protestowali odpuściłabym i nie forsowała".*
- *„Dwie osoby, znajdujące się krótko w ośrodku, nie mogą kąpać się same, muszą z domownikiem."*

22 Rzeczy osobiste kontroluje „Służba Ochrony Monaru" - SOM

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

– *„Torba do „somowania”, można być, lub nie być przy przeglądaniu. Potem kontrola osobista „nago, majtki do kolan, trzy przysiady”. Przeszukiwanie było wyrywkowe (kieszenie, różne inne miejsca). Na ogół przeszukuje się nową osobę przy wejściu do ośrodka w zamkniętym pokoju lub łazience”.*

Podsumowanie

Jest pewna niejednolitość, jeśli chodzi o skierowania na leczenie. W niektórych ośrodkach wymaga się skierowania psychiatrycznego, co jest zgodne z ustawą. W części ośrodków pacjenci przyjmowani są na podstawie skierowania od lekarza rodzinnego lub na podstawie innego skierowania.

Z reguły bardzo precyzyjnie określone są warunki przyjęcia, przede wszystkim kwestia odtrucia i okres trzeźwości przed przybyciem do ośrodka. Jednakże – potwierdza to wielu pacjentów – te warunki nie są bezwzględnie dotrzymywane. Czasem „dostają szansę” zarówno ci, którzy nie dotrzymali okresu trzeźwości, jak i ci, którzy nie przeszli detoksu. Warto byłoby przyjrzeć się temu zjawisku uważniej. Czy jest to rzeczywiście „szansa” podyktowana ludzkim podejściem do osoby uzależnionej, czy też raczej walka o pacjenta, którego w razie odmowy przyjmie natychmiast inny, mniej ortodoksyjny ośrodek.

Przyjmowani pacjenci muszą poznać i podpisać na wstępie różne dokumenty. Często jednak ze względu na swój stan i emocje nie czytają dokładnie, a potem nie wiedzą, nie pamiętają, co podpisali. Ciekawe jest to, że z wypowiedzi kadry bardzo szczegółowo dowiadujemy się, co to za dokumenty: zgoda na pobyt, zgoda na leczenie, kontrakt, zobowiązanie przestrzegania regulaminu, oświadczenie, kogo informować o wypadku, oświadczenie, co zrobić z rzeczami pacjenta, oświadczenie o odpowiedzialności, jeśli nie odda rzeczy do depozytu, oświadczenie o wstrzymaniu kontaktów z rodziną, zgoda na badanie moczu, zgoda na badanie alkomatem,

zgoda na informowanie wskazanej osoby o przebiegu terapii i stanie zdrowia, zgoda na nagrywanie, zgoda na umieszczenie informacji o pacjencie w kronice ośrodka, akceptacja religijnego charakteru ośrodka. Oczywiście, w różnych ośrodkach są różne dokumenty i nie wszystkie razem. Wszędzie jednak powtarza się taka sama sytuacja w wypowiedziach pacjentów: dla nich nie ma znaczenia, co podpisują przy przyjęciu, coś kazano im podpisać, ale często nie pamiętają co.

Pacjenci podejmując terapię w ośrodku podlegają też kontroli, której charakter i zakres zdecydowanie wkracza w sferę intymności i prywatności człowieka. Nie ulega wątpliwości, że kontrola osób nowo przyjętych jest uzasadniona. Pacjenci są uzależnieni, więc naturalnie będą chcieli swoje potrzeby zaspokoić. Jeśli pobyt w ośrodku ma być abstynencki, trzeba uniemożliwić im przemycanie narkotyków. Problematyczna pozostaje granica, poza którą kontrola osobista jest poniżająca i narusza godność jednostki. W naszym przekonaniu wymuszanie wykonywania przysiadów nago jest poważnym naruszeniem praw człowieka, niezależnie od celu jakiemu ma to służyć.

Mamy zapewnienia terapeutów, którzy stwierdzili, że jeśli byłby sprzeciw pacjenta, jeśli to by go upokarzało, to zrezygnowaliby z takiej kontroli. Czy to oznacza, że te same cele – utrzymanie abstynencji w ośrodku – można uzyskać bez rozbierania człowieka do naga?

5.4 Zasady pobytu

W ośrodkach pacjenci są zobowiązani do przestrzegania regulaminów. Uprawnienia pacjentów i ograniczenia są uzależnione od etapu, poziomu terapii, na którym znajduje się pacjent.

W każdym z ośrodków obowiązują nakazy dotyczące abstynencji seksualnej, alkoholowej, narkotykowej, zakaz agresji, przemocy.

Inne ograniczenia są różnie regulowane w różnych ośrodkach, ale zawsze zależą od etapu terapii pacjenta.

Należą do nich między innymi:

- zakaz lub ograniczenia w piciu kawy, herbaty;
- zakaz lub ograniczenia przebywania w pokoju;
- zakaz lub ograniczenia w korzystaniu z radia, TV, sprzętu AGD;
- zakaz lub ograniczenia korzystania z telefonów, Internetu;
- zakaz wyjścia z ośrodka bez zgody;
- zakaz kontaktu z rodziną i bliskimi bez zgody;
- zakaz posiadania i wydawania własnych pieniędzy bez zgody.

Nie wszędzie występują te wszystkie zakazy.

Pacjenci odnoszą się do nich różnie. Czasem uważają za zasadne i służące leczeniu, czasem traktują je jako nieuzasadnioną szykanę i utrudnienie. Krytyczne uwagi częściej zgłaszali byli pacjenci, niż aktualnie przebywający w ośrodku.

Społeczność[23] posiada uprawnienia do dyscyplinowania pacjentów niepodporządkowujących się regułom – może nakładać tzw. dociążenia.

Zazwyczaj w ośrodkach są zorganizowane służby złożone z pacjentów na bardziej zaawansowanym etapie terapii (np. Służba Ochrony Monaru, Służba Ochrony Trzeźwości) . Mają one uprawnienia kontrolne, z kontrolą intymną włącznie.

23 Patrz: www.monar.org/czytelnia/czyt_koczurowska.pdf

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

– *„Możliwe są przeszukania zarówno osobiste jak i rzeczy. Tym zajmuje się SOM, którego zadaniem jest zapewnienie bezpieczeństwa i trzeźwości pacjentów. SOM to kierownik i kilku somitów. Mają oni prawo kontrolować każdego pacjenta o każdej porze na trzeźwość – badanie źrenic, języka, oddechu. SOM sprawdza też paczki, szafki, ubrania itp. Każdy powracający pacjent od lekarza lub z apteki jest przeszukiwany, również w sposób intymny przez SOM-itę tej samej płci. SOM prowadzi także magazynek perfum. Perfumy mogą być użyte tylko w obecności SOM-ity.”*

– *„Na początku nic nie można, nawet włączyć samodzielnie czajnika. Stała kontrola społeczności. Dla mnie to głupota (czajnik – jeden tydzień, TV – dwa miesiące, papieros – po jednym miesiącu można wypalić samodzielnie). Trzeba się orientować, z kim coś można, kto może. Ma obowiązek zająć się młodym. Pierwszy miesiąc ma się opiekuna, z nim można zapalić. Nie można pospać w dzień, książki samemu poczytać. Wychodzi się wszędzie z grupą, po trzech miesiącach z kimś do G., do W. na 5 godz. Znajomi mogli przyjechać w szóstym miesiącu, ale to ze dwa miesiące walki o zgodę. Według mnie to akurat ma sens. Ogólnie – zbyt dużo bzdurnych ograniczeń.”.*

Plan dnia

Pacjenci w ośrodku funkcjonują według określonego planu dnia. Poniżej przykładowe plany dnia z kilku ośrodków.

Plan dnia:

7.00 – pobudka latem 6.00,

7.15 – bieg zaprawa w terenie,

7.30 – odprawa z kierownikiem pracy przydział zadań przyjmuje zgłoszenia nowych potrzeb od mieszkańców, sprzątanie pokoi,

8.00 – śniadanie bywa, że przed 9.00,

8.45 – początek pracy,

10.30 – drugie śniadanie,

13.00 – obiad (45 min.),

16.00 – kończą domownicy,

18.00 – kończą nowicjusze (mają dodatkową przerwę),

Śpią 8 godzin

Porządek dnia w zakładzie:

6.10 – pobudka (w dni wolne od zajęć później),

6.40 – gimnastyka,

7.00 – śniadanie,

7.30 – odprawa poranna,

8.00 – 12.00 terapia zajęciowa, terapia pracą, zajęcia w klasie terapeutycznej gimnazjum,

12.00 – drugie śniadanie,

12.30 – 15.00 terapia zajęciowa, zajęcia szkolne,

15.00 obiad,

15.30 – 19.30 zajęcia terapeutyczne, kółka zainteresowań i inne według programu merytorycznego ośrodka,

19.00 kolacja,

19.30 – 21.00 społeczność terapeutyczna,

22.00 – 6.00 cisza nocna.

Porządek dnia

Jest ustalany z dnia na dzień przez zarząd, ale ogólnie wygląda tak (plan dnia z 18.02.2010 r.):

6.45 – pobudka

7.00 – gimnastyka (15 minut),

7.30 – śniadanie,

8.00 – pierwsza część pracy,

10.30 – drugie śniadanie,

11.00 – druga część pracy,

14.30 – koniec pracy,

14.45 – obiadek

15.30 – sprzątanie pokoi,

17.00 – zarząd/integracja M. Junga,

18.00 – odprawa,

19.30 – kolacja,

20.00 – czas wolny; plan dnia nie obowiązuje monarowców, oni mają swoje indywidualne plany terapii.

Ramowy rozkład zajęć

6.45 – 7.15 pobudka, toaleta poranna

7.15 – 7.40 śniadanie

7.40 – 8.00 spotkanie poranne społeczności

8.10 – 15.00 ergoterapia

15.00 – 15.30 obiad

15.30 – 17.00 wykonywanie dyżurów, sprzątanie pokoi

17.30 – 19.00 zajęcia w małych grupach terapeutycznych (treningi umiejętności społecznych i psychoedukacja)

19.00 – 19.30 kolacja

20.00 - 21.00 spotkanie wieczorne społeczności

21.00 - 22.30 terapia indywidualne / czas wolny

22.30 – 23.00 przygotowanie do snu, toaleta wieczorna

23.00 - 6.45 cisza nocna

We wtorki planowe spotkanie cotygodniowe społeczności i wszystkich terapeutów (8,00-15,00)

W święta państwowe i kościelne rozkład zajęć ulega zmianie. Odbywają się zajęcia sportowe, kulturalne i odwiedziny.

Tygodniowy plan zajęć

PONIEDZIAŁEK

6.15 – pobudka

6.22 – rozgrzewka

6.45 – porządkowanie pokoi, higiena osobista

7.15 – odprawa

7.30 – śniadanie

8.00 – praca

8.00 – spotkanie domowników

14.00 – koniec pracy

14.15 – obiad

15.0 – dzielenie

17.30 – medytacja w kaplicy

17.45 – czas wolny

19.00 – kolacja

23.00 – cisza nocna

WTOREK – dzień sportu

6.15 – pobudka

6.22 – rozgrzewka

6.45 – porządkowanie pokoi, higiena osobista

7.15 – odprawa

7.30 – śniadanie

8.00 – praca

8.00 – zajęcia z komunikacji interpersonalnej

14.00 – koniec pracy

14.15 – obiad

15.00 – czas organizatora

17.30 – medytacja w kaplicy

17.45 – czas wolny

18.15 – kolacja

19.00 – wieczorek biblijny

23.00 – cisza nocna

ŚRODA

6.15 – pobudka

6.22 – rozgrzewka

6.45 – porządkowanie pokoi, higiena osobista

7.15 – odprawa

7.30 – śniadanie

8.00 – praca (zajęcia plastyczne)

8.00 – grupa nowicjatu

12.30 – koniec pracy

13.00 – obiad

14.00 – społeczność główna

18.15 – kolacja

20.00 – wieczorek integracyjny

23.00 – cisza nocna

CZWARTEK

6.15 – pobudka

6.22 – rozgrzewka

6.45 – porządkowanie pokoi, higiena osobista

7.15 – odprawa

7.30 – śniadanie

8.00 – praca

8.00 – grupa edukacyjna

14.00 – koniec pracy

15.0 – dzielenie

17.30 – medytacja w kaplicy

17.45 – czas wolny

19.00 – kolacja

23.00 – cisza nocna

PIĄTEK

6.15 – pobudka

6.22 – rozgrzewka

6.45 – porządkowanie pokoi, higiena osobista

7.15 – odprawa

7.30 – śniadanie

8.00 – praca

8.00 – spotkanie z duchowości

14.00 – koniec pracy

15.00 – dzielenie

17.30 – medytacja w kaplicy

17.45 – czas wolny

19.00 – kolacja

23.00 – cisza nocna

SOBOTA

7.00 – pobudka

7.07 – rozgrzewka

7.30 – porządkowanie pokoi, higiena osobista

8.00 – odprawa

8.15 – śniadanie

8.30 – czas organizatora

13.30 – obiad

14.00 – czas organizatora

18.15 – kolacja

nie ma ciszy...

NIEDZIELA

8.00– pobudka

8.30 – śniadanie

9.00 – próba do mszy

9.30 – msza św.

10.30 – czas organizatora

14.15 – obiad

15.00 – dzielenie

19.00 – kolacja

23.00 – cisza nocna

Plan dnia

7.00 wstają, rozgrzewka

7.30 porządki w pokoju

8.00 śniadanie

8.30 społeczność krótka

10.00 – 13.30/14.00 terapia grupowa

Obiad

14.00 – 15.00 praca w ośrodku

15.30 – 17.00 zajęcia grupowe

17.00 – 20.15 czas wolny

Kolacja

20.15 społeczność wieczorna

23.00 cisza

Godziny posiłków są uzależnione od firmy cateringowej, która przywozi jedzenie.

Podsumowanie

Badane przez nas ośrodki terapii uzależnień to instytucje wszechogarniające życie pacjentów. Obejmują swoimi regułami nie tylko czas poświęcony stricte terapii, ale cały czas pobytu pacjenta. Taka permanentna terapia. Trudno oddzielić to, co jest, a co nie jest terapią. Uregulowane jest wszystko, poczynając od czynności

higienicznych, poprzez naukę, pracę, wypoczynek, aż po relacje towarzyskie i społeczne pacjentów.

Przedstawione plany dnia pokazują duże zróżnicowanie różnych ośrodków w zakresie czasu przeznaczanego na terapię grupową, indywidualną, zajęcia psychoedukacyjne i pracę. To zastanawiające w kontekście wymagań NFZ w zakresie kontraktowania usług, które zgodnie z obowiązującymi przepisami są takie same dla wszystkich ośrodków.[24]

W niektórych ośrodkach większość planu dnia zajmują różnorodne prace wykonywane przez pacjentów, zwykle na rzecz ośrodka, czasem zwane ergoterapią. Nie jest dla nas jasne, czy czas takiej pracy można zaliczyć do zajęć zorganizowanych, wymaganych przez NFZ? Czy w świetle współczesnej wiedzy dotyczącej leczenia uzależnień takie proporcje między czasem poświęconym pracy i czasem na inne zajęcia terapeutyczne są dopuszczalne i terapeutycznie uzasadnione?

Podobnie nie jest jasne, czy czas spotkań organizacyjnych społeczności (np. przydział prac porządkowych) należy zaliczyć do godzin terapii grupowej.

Praca może być też formą kary/dociążenia przyznawaną przez osobę funkcyjną. Wydaje się, iż nie zawsze jest to pod wystarczającą kontrolą terapeutów.

Z oczywistych względów zasady obowiązujące w ośrodkach znacząco ingerują w prywatność pacjentów. Ograniczenia te są różne w różnych ośrodkach, w niektórych przypadkach budzą wątpliwości, czy rzeczywiście są uzasadnione względami terapeutycznymi.

24 Zarządzenie Nr 60/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 listopada 2009 wraz z załącznikami.

5.5 Opuszczanie ośrodka

Odejście pacjentów z ośrodka można podzielić na 3 rodzaje:

- planowe - po zakończeniu terapii,
- decyzja pacjenta o opuszczeniu ośrodka w trakcie terapii,
- wydalenie za przewinienia, niepodporządkowywanie się regułom, przede wszystkim za złamanie abstynencji i agresję.

Zazwyczaj, niezależnie od powodu opuszczenia ośrodka pacjent otrzymuje informacje o możliwościach terapii w miejscu zamieszkania.

Do wyjścia po zakończeniu terapii pacjent jest przygotowywany, nie jest wypuszczany „donikąd", w razie konieczności może pozostać nieco dłużej, niektóre ośrodki posiadają hostele, mieszkania readaptacyjne.

Jeśli pacjent sam podejmuje decyzję o opuszczeniu ośrodka, to robi to na własny rachunek. Jednak zarówno terapeuci, jak i społeczność starają się go przekonać i zatrzymać.

Wyjścia planowe

Z zebranych informacji wynika, że terapię kończy od 5 do 60% pacjentów. Poniższa tabela prezentuje dane podane przez kierowników ośrodków.

Tabela 3. Pacjenci kończący pełny cykl terapii

	Ośr. I	Ośr. II	Ośr. III	Ośr. IV	Ośr. V	Ośr. VI	Ośr. VII	Ośr. VIII	Ośr. IX
Procent pacjentów kończących terapię / średnio w ostatnich 3 latach/	60%	10, 3%	60-70%	40%	11%	20-25%	12-15%	40%	Brak danych
	Ośr. X	Ośr. XI	Ośr. XII	Ośr. XIII	Ośr. XIV	Ośr. XV	Ośr. XVI	Ośr. XVII	Ośr. XVIII
Procent pacjentów kończących terapię / średnio w ostatnich 3 latach/	20%	11,7%	40%	15%	15%	20-25%	19%	21%	28%

W ocenach kierowników poszczególnych ośrodków są duże rozbieżności. Zdecydowana jednak większość pokazuje, że terapię kończy nie więcej niż ¼ pacjentów.

Przykładowe wypowiedzi kadry

– *„Decyzję o opuszczeniu podejmuje się wspólnie tzn. pacjent, terapeuta i społeczność. Pacjent mniej więcej na 2 tygodnie wcześniej wie, że opuści ośrodek. Dostaje informacje o tym, gdzie może szukać pomocy. Zawsze może wrócić do ośrodka. Niekiedy załatwiamy mu mieszkanie readaptacyjne. Niekiedy dajemy mu jakieś rzeczy np. meble. Najczęściej pacjent wychodzi*

po zakończeniu całej terapii tj. po 18 miesiącach, ale bywa, że może wyjść wcześniej albo później. Zależy to od indywidualnych ocen pacjenta czy wymaga jeszcze terapii, czy nie.";

- *„Pacjenci otrzymują informacje np. o punktach konsultacyjnych, grupach AA i AN w swoich miejscach zamieszkania. Przed wyjściem pacjent opracowuje plan, miesiąc przed końcem terapii. Ośrodek pomaga też w poszukiwaniu pracy - np. uczymy jak pisać CV czy list motywacyjny. Poza tym pacjenci, którzy opuścili ośrodek mogą zawsze przyjechać, zadzwonić, pomieszkać jakieś 2 tygodnie w trudnych dla siebie sytuacjach.";.*
- *„Terapia trwa pełne 2 miesiące, jeżeli pacjent zaliczał etapy. Ma on wpływ na decyzję o zakończeniu terapii, jeśli czuje, że ma jeszcze coś do zrobienia, to zgłasza terapeucie, czas może być przedłużony do miesiąca. Istnieje także możliwość skrócenia terapii, gdy pacjent się wywiązuje ze wszystkiego, a nie bardzo chce tu być.";.*
- *„Po wyjściu pacjent może przyjeżdżać na konsultacje indywidualne albo rodzinne. Jest jedno mieszkanie readaptacyjne, ale chętnych zawsze więcej niż miejsc, trudno się tam dostać.";*
- *„Każdy otrzymuje informacje o możliwości powrotu i uczestniczenia w grupach wsparcia dla absolwentów (dwa razy w miesiącu jest grupa w ośrodku.";.*
- *„W naszym ośrodku [terapia krótkoterminowa] grupa zaczyna, grupa kończy";*
- *„Przed opuszczeniem ośrodka pacjenci mają specjalne zajęcia z „nawrotów.".*

<u>Przykładowe wypowiedzi pacjentów</u>

- *„Pracy musimy sobie szukać sami, na co przeznaczony jest końcowy czas terapii. Tylko to nie łatwe i po wyjściu rzadko kto ma załatwioną pracę, Może dlatego tak często wraca się do ośrodka.";*
- *„W tym ośrodku większość przechodzi do hostelu. Dostajemy też informację o ośrodkach i poradniach, a nawet o terminach mitingów w naszych mi-*

astach.";

- *„Będę mogła zatrzymać się w ośrodku przez pewien czas, żeby znaleźć mieszkanie i pracę.".*

Przykładowa procedura opuszczenia ośrodka (po zakończeniu leczenia):

- W dniu zakończenia leczenia pacjent otrzymuje epikryzę.
- Pacjent ma obowiązek podsumowania przebiegu terapii podczas spotkania społeczności.
- Po zakończeniu terapii uzyskuje informacje o możliwości kontynuowania leczenia bądź postrehabilitacji.
- Na życzenie pacjenta informacje takie uzyskuje także rodzina.
- Pacjent jest informowany o możliwości podjęcia postrehabilitacji w punkcie konsultacyjnym.
- Pacjent ma prawo uzyskania pisemnej opinii dotyczącej przebiegu leczenia.
- Pacjent ma prawo otrzymania kserokopii dokumentacji medycznej oraz badań lekarskich.

Odejścia przed ukończeniem terapii

Z wypowiedzi kadry wynika, że większość pacjentów nie kończy leczenia. Średnio 1/3 odchodzi w początkowym etapie i 1/3 przed ukończeniem. Przyczyn jest wiele. Mówią o nich kierownicy i terapeuci poniżej:

- *„Ci, którzy sami podejmują decyzję o rezygnacji z terapii, najczęściej:*
  - *chcą jeszcze brać;*
  - *uznają, że to nie miejsce dla nich, wolą do ośrodka długoterminowego, bądź do ambulatorium;*
  - *mają jakieś sprawy do załatwienia np. rodzinne - żona, która grozi rozwodem,*

- *nawroty, poczucie wyleczenia";*

– *„Najczęściej pacjenci rezygnują w czasie etapu wstępnego trwającego 1 tydzień, przeznaczonego na zapoznanie się z ośrodkiem i podjęcie decyzji o pozostaniu.";*
– *„Najczęściej odejścia powodowane są zbyt słabą motywacją pacjenta do leczenia. Nie jesteśmy w stanie nikogo zatrzymać, kiedy decyduje o odejściu. Natomiast skreślenia to skutek naruszenia zasad, najczęściej złamanie abstynencji";*
– *„Ci, którzy przychodzą do ośrodka kierowani zewnętrzną motywacją: strachem przed środowiskiem, presją rodziny, obawą przed utratą domu, sądem... itp. nie wytrzymują obciążenia związanego z leczeniem. Najtrudniejszym dla nich jest okres domownika.";*
– *„Rotacja jest dosyć duża, dosyć duży współczynnik „powracających". Rzadko są skreślani, częściej sami rezygnują. To jest ok. 30%. Najwięcej wypada w pierwszym miesiącu, to dotyczy tych, którzy nie są klientami dobrowolnymi. Są tacy, co rezygnują nawet po 3 miesiącach, bo „są przekonani, że już załatwili swoje rzeczy" , albo to wybór rodziców, bo potrzeba kontynuować szkołę.";*
– *„Najczęściej rezygnują w pierwszych 3-4 miesiącach, im dłużej przebywają tym mniejsza liczba samodzielnych odejść.".*

Przykładowa procedury opuszczenia ośrodka na własne życzenie:

– Pacjent ma prawo do przerwania podjętego leczenia na własne życzenie w dowolnym okresie pobytu.
– Pacjent nie musi podać powodu rezygnacji z leczenia.
– Terapeuta dyżurujący ma prawo do motywowania pacjenta i zachęcania go do pozostania w ośrodku i kontynuowania podjętego leczenia.
– W momencie podjęcia ostatecznej decyzji o przedterminowym zakończeniu leczenia, pacjent ma obowiązek opuszczenia ośrodka w trybie natychmiastowym, nie dłużej jak w przeciągu godziny zegarowej od momentu

złożenia pisemnej deklaracji.

- Pacjent ma prawo do telefonicznego poinformowania opiekunów prawnych / wskazanych osób / rodziny/ o rezygnacji z leczenia i opuszczeniu ośrodka.
- W przypadku niechęci powiadamiania rodziny o zaistniałej sytuacji i jednocześnie pisemnie wyrażonej zgodzie na kontakt terapeutów z opiekunami prawnymi, czynność taką może wykonać terapeuta dyżurny.
- Od chwili decyzji o rezygnacji z leczenia, pacjent jest pod stałą opieką innego pacjenta starszego stażem, który towarzyszy mu w pakowaniu rzeczy osobistych, zdaniu powierzonego mienia, pokoju itp.
- Pacjent przerywający leczenie nie może swobodnie przebywać z innymi pacjentami. Do czasu uporządkowania spraw związanych z opuszczeniem ośrodka, pozostaje pod stałym dozorem i w odosobnieniu od reszty pacjentów.
- Wszystkie sprawy związane z regulacją rozliczeń finansowych (długi, pożyczki) oraz sprawy związane ze zdaniem powierzonego mienia, pacjent reguluje za pośrednictwem Gospodarza Domu.
- Pacjent powinien pobrać od Gospodarza Domu dokumenty tożsamości i wartościowe rzeczy osobiste złożone w depozycie.
- Posiadane w depozycie pieniądze zostają wydane pacjentowi.
- Przyjmowane podczas pobytu i leczenia leki, jeżeli są zalecane jako konieczne - mogą zostać pacjentowi wydane, ale tylko w ilości nie zagrażającej jego życiu, w ilości nie przekraczającej dwóch dawek (wieczornej i porannej).
- Obowiązkiem dyżurującego terapeuty jest dokonanie wypisu pacjenta z umieszczeniem odpowiedniej adnotacji w księdze ewidencji pacjentów przyjętych na leczenie do ośrodka.
- Przy wypisie, pacjent zobowiązany jest złożyć oświadczenie w którym zaznacza, że opuszcza ośrodek na własne żądanie i tym samym przerywa leczenie. Pod oświadczeniem ma widnieć czytelny podpis i data.
- Pacjentowi przysługuje prawo do odebrania dokumentacji medycznej, dotyczącej jego pobytu i leczenia.
- W przypadku prowadzonego postępowania sądowego ,odpowiednie organa

zostają powiadomione o przerwaniu leczenia i zmianie miejsca pobytu.

- Wszelkie rzeczy osobiste pozostawione przez pacjenta w ośrodku, zostają przechowane przez 14 dni.

Wydalenie

Wydalenia z ośrodka zdarzają się rzadko. Powodem może być nierealizowanie terapii, niewywiązywanie się z kontraktu, nieprzestrzeganie zasad regulaminu, agresja, łamanie abstynencji.

Przykładowe wypowiedzi kadry

- *„W 2009 roku 20 osób złamało abstynencję, co skutkowało wydaleniem z ośrodka. Pacjent, który złamie abstynencję na terenie ośrodka, nie ma prawa powrotu do niego (choć w przeszłości zdarzały się wyjątki). Złamanie abstynencji poza ośrodkiem skutkuje wydaleniem z niego z prawem powrotu do niego po upływie miesiąca (w tym czasie pacjent może przyjeżdżać i uczestniczyć, za zgodą pozostałych mieszkańców, w grupach czwartkowych; poza tym dostaje informacje o miejscach, gdzie w tym czasie może się udać – np. poradniach, noclegowniach).";*
- *„Bezwzględny powód usunięcia z ośrodka to: złamanie abstynencji, kradzież i paserstwo. W przypadkach pozostałych przewinień stosują system „trzech ostrzeżeń" – po trzecim ostrzeżeniu wydalenie z ośrodka. W przeciągu 10 lat stosowania tego systemu nie zdarzyło się żeby ktoś doszedł do trzeciego ostrzeżenia.";*
- *„Były przypadki skreślenia z ośrodka, za brak jakiejkolwiek aktywności w terapii po stronie pacjenta, ale tych jest niewielu.";*
- *„Zdarzają się sytuacje, że następuje „rozwiązanie kontraktu ze względów terapeutycznych". Zdarzyło się niedawno, że jeden z pacjentów „wyjął nóż na drugiego". Usunęliśmy też osobę, która odmawiała jakiejkolwiek pracy. Gdy wśród pacjentów „tworzy się para" jedna osoba zostaje, a druga dostaje informator i może znaleźć sobie inne miejsce."*

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

- *„Przez ostatnie 2 tygodnie wyleciały 4 osoby, które były dosyć silne i źle działały na społeczność.”;.*
- *„Przebywam w ośrodku od czterech miesięcy. W tym czasie skreślono kilku pacjentów, którzy przyjmowali heroinę, ale więcej było takich, co sami zrezygnowali.”.*

Podsumowanie

Opuszczają ośrodek ci, którzy ukończyli terapię. Jednak to tylko ok. 25% wszystkich pacjentów. Pozostali odchodzą przed ukończeniem terapii, albo na własne żądanie, albo (rzadziej) na skutek wydalenia z ośrodka.

Pacjenci, których planowa terapia dobiega końca, są specjalnie przygotowywani do wyjścia z ośrodka. Mają zajęcia m.in. „z nawrotów”. Przygotowują sobie pod kierunkiem terapeutów indywidualne plany wyjścia. Szukają pracy. Mogą po zakończeniu terapii w ośrodku korzystać z mieszkań readaptacyjnych, hosteli, jeśli ośrodek takie posiada.
Intrygujące wypowiedzi kadry i pacjentów jednoznacznie wskazują na to, że pacjenci, którzy z sukcesem dotrwali do końca terapii w ośrodku, już po jej zakończeniu „zawsze mogą wrócić do ośrodka”, „przyjechać, zadzwonić, pomieszkać jakieś 2 tygodnie w trudnych dla siebie sytuacjach”, „przyjeżdżać na konsultacje indywidualne albo rodzinne”, „zatrzymać się w ośrodku przez pewien czas, żeby znaleźć mieszkanie i pracę”. To ważne elementy wsparcia postrehabilitacyjnego, ale mamy wątpliwość czy takie działania, zapewne potrzebne, winny być finansowane z publicznych środków kontraktu z NFZ. Jeżeli są pacjenci, którzy dobrze rokują, ukończyli terapię i potrzebują instytucjonalnego wsparcia, to trzeba uwzględnić takie wsparcie w zakresie działań statutowych ośrodków lub innych instytucji, a także znaleźć dla tych działań legalne źródło finansowania.

Pacjent ma prawo do przerwania podjętego leczenia na własne życzenie w dowolnym momencie. Nie musi podawać powodu rezygnacji z leczenia, jednak w opinii kadry takie decyzje podejmują najczęściej pacjenci o słabej motywacji, tacy co chcą jeszcze brać, albo których do podjęcia terapii skłonił strach przed środowiskiem, presja rodziny, lęk przed konsekwencjami prawnymi popełnionych czynów. To zawsze jest sytuacja trudna dla obu stron. Pacjent, który zadeklarował, że odchodzi, musi opuścić ośrodek w ciągu godziny, bardzo szybko. Jest pod ciągłym dozorem, nie wolno mu przebywać z innymi. Jakby istniała obawa, że jego decyzja wpłynie demotywująco na innych.

Niezależnie od trybu i powodu opuszczenie ośrodka pacjenci otrzymują pisemną informację o tym, gdzie mogą szukać pomocy poza ośrodkiem. Wydaje się, że jest to procedura podyktowana wieloletnim doświadczeniem, prawdziwie ludzkim podejściem do pacjentów i zasługująca ze wszech miar na uznanie.

Najbardziej kontrowersyjne jest zerwanie kontraktu i wydalenie z ośrodka pacjenta z powodu braku aktywności w terapii. Takie przypadki potwierdzają zebrane wypowiedzi terapeutów.

5.6 Warunki bytowe

Ośrodki najczęściej położone są poza miastem lub na obrzeżach.
Generalnie to budynki odremontowane lub w trakcie remontów. Wiele posiada duży teren wokół z boiskiem, ogrodem. Bywa, że w ogrodzie uprawiane są warzywa dla własnych potrzeb. Czasem w ośrodkach hodowane są zwierzęta – kury, świnki. Często są psy i koty.
Wszędzie są świetlice, często siłownie, pokoje komputerowe. Ośrodki są wyposażone w podstawowy sprzęt AGD.
Wyżywienie oceniane jest różnie ale jednak pacjenci ogólnie nie narzekają. Przeciętna stawka żywieniowa to zazwyczaj od 7do 9 zł dziennie. W jednym z ośrodków podano kwotę ponad 16 zł. Nie ma ograniczeń w otrzymywaniu produktów z domu

oraz w indywidualnych zakupach.

Na pytanie o miesięczny koszt utrzymania pacjenta podawano różne stawki:

- dzienny koszt utrzymania pacjenta - od 115 do 132 zł
- miesięczny koszt utrzymania pacjenta - od 1911 do 3922zł

Nie ze wszystkich ośrodków otrzymaliśmy takie informacje. W jednym podano, że kontrakt jest tajny, w kilku nie posiadano takich danych.

Jeden ośrodek nie posiadał kontraktu z NFZ i miesięczny koszt utrzymania w nim pacjenta wynosił 450 zł.

Poniższa tabela ilustruje koszty pobytu podane przez kierowników ośrodków.

Tabela. 4. Koszt utrzymania pacjenta

	Ośr. I	Ośr. II	Ośr. III	Ośr. IV	Ośr. V	Ośr. VI	Ośr. VII	Ośr. VIII	Ośr. IX
Średni miesięczny koszt utrzymania pacjenta (w 2009)	450zł	Umowa tajna	Osobo dzień 132 zł	Nie posiadają danych	Nie posiadają danych	2910zł	2910 zł	1300 zł	Brak danych
	Ośr. X	Ośr. XI	Ośr. XII	Ośr. XIII	Ośr. XIV	Ośr. XV	Ośr. XVI	Ośr. XVII	Ośr. XVIII
Średni miesięczny koszt utrzymania pacjenta (w 2009)	2500zł	1211zł	1450zł	3922zł 115zł osobo dzień	2666zł	Nie posiadają danych	2310zł	3300zł	3200zł

Poniżej przykładowe opisy kilku ośrodków z komentarzami kadry i pacjentów

- Obiekt ośrodka, to była jednostka wojskowa. 3-kondygnacyjny budynek główny wykorzystywany dla terapii, administracji i pacjentów. Jest w dosyć kiepskim stanie, w trakcie remontu. Na parterze szatnia, magazyny, pralnia, pokoje (muzyczny z aparaturą dla dyskotek; bilardowy, do tenisa stołowego, pralnia z suszarnią, sala kinowa na ok. 35 osób z telewizorem, DVD, dekoderem satelitarnym, siłownia; pomieszczenie SOM-u). Na I piętrze (stołówka i kuchnia; pokoje administracji; pokój dla terapeutów; pokój komputerowy – 2 komputery z Internetem; kącik domownika – ława, 4 fotele, sprzęt Hi-Fi, podręczna biblioteczka, akwarium). Na II piętrze pokoje mieszkalne, sala do terapii społecznościowej. Widoczne trwające remonty, ściany wymagają malowania, szaro, nie najlepsze wrażenie. Oprócz budynku głównego, bliźniaczy budynek (wykorzystywany obecnie na magazyn, wymagający kapitalnego remontu do zamieszkania), przepompownia, garaże z wydzielonym pokojem komputerowym na 6 stanowisk, kotłownia, mały budyneczek (wcześniej chyba dyżurka, w którym jest pokój do spania dla terapeutów), była chlewnia – obecnie magazynek. Teren dość rozległy, w lesie, ogrodzenie siatka w wielu miejscach z drutami kolczastymi. Na terenie boisko do piłki nożnej, siatkowej i koszykówki. Stanowisko na ognisko, mały staw. Są ławki, miejsce wyznaczone do palenia, pergole. Pokoje 2 – 4 osobowe. Wyposażenie kombinowane, w kiepskim stanie. W oknach są firanki, na ścianach różne plakaty, zdjęcia. W pokojach porządek i czysto, choć ciasno. Są trzy pokoje dla matek z dziećmi. W jednym z nich samodzielna łazienka. Są wózki, łóżeczka dla dzieci, dużo zabawek. Dzieci w wieku 4 miesiące, 2,5 roku i 4 lata. W sumie jest 5 łazienek ogólnodostępnych. Ilość oczek i pryszniców wystarczająca. Ciepła woda jest – z własnej kotłowni. Jest świetlica wyposażona w podstawowe sprzęty wykorzystywana do spotkań społeczności. Kierownik nie narzeka, choć mówi, że meble mogły by być lepsze. Są w trakcie wymiany okien na plastikowe. W ośrodku jest ciepło, na cały rok otrzymują jako darowiznę węgiel od firmy Wattenhal. Poza tym

pozyskują tanio drewno. Wszystkie wydatki ośrodka, w tym remonty pokrywane są z pieniędzy zakontraktowanych z NFZ. Pacjenci generalnie nie narzekają. Uważają, że warunki są dobre. Mają wszystko czego im potrzeba, jest ciepło, jest ciepła woda. W ośrodku dużo się remontuje. Wyżywienie jest dobre i wystarczające. Stawka dzienna to ok. 8-9 zł. Dostają co miesiąc darowizny żywnościowe z Banku Żywności.

- To stary, parterowy budynek, ale stan wewnątrz bardzo dobry, wszystko lśni nowością, zrobione „na wysoki połysk", świeżo pomalowana świetlica, dobre gatunkowo meble, kolorowa wysokogatunkowa wykładzina na korytarzu. Wszędzie kamery – na korytarzu, przy bramie, w pokoju terapeutów. W pobliżu drugi budynek poradni, gdzie jest gabinet medyczny. Obrzeża parku miejskiego, ośrodek wśród starych, dobrze utrzymanych drzew. Duży teren. Jest też ogródek warzywny. Na zewnątrz, przed budynkiem palarnia. 7 pokoi 2 – 4 - 5 osobowych. Na kilku drzwiach wgniecenia i pęknięcia – ślady walenia pięściami i kopania. Łóżka piętrowe wyglądają bardzo dobrze, czyste, nowe szafki i półki, w oknach rolety. W pokojach telewizory, a w jednym nawet dość rozbudowany sprzęt audio. Sanitariaty: 1 damski, 2 męskie, bardzo dobry standard, czysto. zadbane. Jest ciepła woda z sieci miejskiej. Sala terapeutyczna z nowym, dużym telewizorem, bardzo ładna; płytki na podłodze, składane krzesła, nowy stół pingpongowy, biurko z komputerem. Stołówka jest też wykorzystywana jako świetlica. Duża sala, płytki na podłodze, jedna ściana kolorowa – niebieska z jakimś malunkiem artystyczno-podobnym. Kierownik jest zadowolony z wyposażenia ośrodka. Problemem jest zaciekający dach i jedzenie przywożone przez firmę cateringową. Pacjenci narzekają na zbyt małe porcje. Są warunki do samodzielnego przygotowywania posiłków.

- Ośrodek umiejscowiony jest w dwóch budynkach przyklasztornych wymagających bieżących remontów, wykonywanych w miarę możliwości Generalnie jednak stan ośrodka nie budzi zastrzeżeń. W jednym budynku

mieszczą się pokoje mieszkalne, pokój terapeutów, sala terapeutyczna, mała świetlica, wyremontowana kuchnia wraz z jadalnią; w drugim m.in. kawiarnia (wewnętrzna, zorganizowana przez kadrę i pacjentów, ale korzystają z niej też okoliczni mieszkańcy), siłownia, aktualnie remontowana świetlica, w której znajduje się stół bilardowy, stół do ping-ponga. W drugim budynku funkcjonuje też Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.Na terenie klasztoru jest boisko do siatkówki. Teren jest zadrzewiony, zadbany. Są ławki i mały parking (służący głównie „gościom", którzy przyjeżdżają uczestniczyć w mszach świętych, odbywających się w klasztorze. Pokoje 4-6 osobowe, w niektórych łóżka piętrowe. Panuje w nich względny porządek. Meble (szafy, szafki, łóżka, stoły i krzesła) dość wysłużone, ale nierozpadające się. Nie ma osobnych pokoi dla dzieci – jeżeli trafiają się matki z dzieckiem, mieszkają w pokojach ogólnych. Łazienka raczej stara (bez generalnego remontu) i w kiepskim stanie technicznym. Toaleta w osobnym, ciasnym pomieszczeniu, z niedomykającymi się drzwiami. Główna świetlica (ok. 70-80 m. kw.) mieści się w drugim budynku, jest aktualnie remontowana. W budynku, gdzie mieszczą się pokoje mieszkalne znajduje się małe pomieszczenie (ok. 20 – 25 m. kw.) z telewizorem, odtwarzaczem DVD i konsolą do gier. Ale jak mówią zarówno sami pacjenci, jak też kadra „nie ma czasu na telewizję". Kuchnia została niedawno wyremontowana. Pomieszczenia kuchenne zostały przygotowane zgodnie ze wskazówkami płynącymi z kontroli Sanepidu – stan techniczny i czystość pomieszczeń i urządzeń nie budzi najmniejszych zastrzeżeń. Pokój terapeutów składa się z dwóch części: w pierwszej mieści się sekretariat, w drugiej mały pokoik mogący służyć do rozmów indywidualnych. Jest sala terapeutyczna (sala społeczności), wyłożona materacami.Kierownicy są zadowoleni, że udało się wymienić okna. Po jednej z kontroli Sanepidu przeprowadzili również remont kuchni, za który do tej pory spłacają kredyt. Wśród problemów wymieniają przede wszystkim koszt ogrzewania, ok. 70 tys. złotych, co poważnie ogranicza możliwości remontowe. Pacjenci oceniają warunki bytowe jako dobre.

- **(Ośrodek bez kontraktu NFZ)** Budynek adaptowany na cele mieszkalne z zabudowań gospodarczych. Stan dość dobry, w części wymagający remontu. Teren jest ogrodzony, podwórze z parkingiem i zabudowaniami gospodarczymi dla zwierząt hodowlanych (kury, świnie, kaczki) ogród warzywny, miejsca do wypoczynku. Pokoje 2 osobowe dość przestrzenne i jasne, dobrze wyposażone, w tym w sprzęt RTV (osobisty mieszkańców). Stan dobry. Jest też pokój gościnny z łazienką. 4 łazienki w bardzo dobrym stanie, jest ciepła woda podgrzewana przez instalację kuchenną (generalnie jest zimno, brak opału, śniegi uniemożliwiły przywóz drewna z lasu. Na węgiel brak pieniędzy). Świetlica pełni jednocześnie rolę pokoju do terapii, na spotkania społeczności, wyposażenie dostosowane do potrzeb. Pokój z Internetem na dwa stanowiska. Stołówka przy kuchni, kuchnia z piecem węglowym, wyposażenie podstawowe, zróżnicowany stan techniczny. Całe żywienie opiera się na sponsoringu i własnych uprawach. Pacjenci mówią, że w porównaniu z rokiem 1994, to jest fajnie, to XXII wiek. Jedzenie jest wystarczające, głodny nikt nie jest. Do niedawna kuchnia była otwarta, ale ktoś komuś coś zabrał z lodówki, to jest zamknięta. Jak nie ma co ugotować, to się wymyśli.

- Budynek piętrowy, ściany czyste, pomalowane, na parterze znajdują się: pomieszczenia administracji, klasy szkolne, sala terapeutyczna społeczności, kuchnia, jadalnia, prysznice, toalety, na piętrze znajdują się pokoje oraz część hostelowa (z osobnym węzłem sanitarnym), wszystkie okna szczelne (nowe „plastiki”). Teren zagospodarowany, jest boisko do piłki nożnej, do koszykówki. Pokoje 3-osobowe, stan techniczny bardzo dobry i dobry. Pokoje wyglądają estetycznie. Są 2 łazienki z prysznicami (w jednym dwie kabiny – z tego pomieszczenia korzystają dziewczyny; w drugim trzy kabiny – z tego pomieszczenia korzystają chłopcy), osobne pomieszczenie z toaletami i umywalkami, ciepła woda stale – duży bojler, w części hostelowej jedna łazienka z prysznicem, toaletą, umywalką; stan sanitariatów bardzo dobry i dobry (kafelki, czysto, ściany pomalowane). Świetlica– ok. 35

m2 – dobrze wyposażona. Są komputery z dostępem do Internetu, książki, miejsce do tego żeby usiąść, pomieszczenie widne, czyste. Kuchnia dobrze wyposażona (lodówki, kuchenki, sprzęt kuchenny), z kuchni jest wejście do osobnego pomieszczenia z zapasami żywności (są tam duże zamrażarki, półki z produktami żywnościowymi), jest czysto. Stołówka znajduje się naprzeciwko kuchni, duże, widne pomieszczenie. Pokoje terapeutyczne – jeden duży pokój ok. 25 m2 to sala wykorzystywana do spotkań społeczności, w drugiej odbywają się zajęcia edukacyjne w mniejszych grupach. Są trzy pomieszczenia, które pełnią rolę klas. Jest tablica, duży stół na środku, półki z książkami i pomocami dydaktycznymi. Kierownik uważa, że warunki są bardzo dobre. Cały czas prowadzone są remonty, ze środków Stowarzyszenia, kontraktu z NFZ, oraz z Urzędu Miasta. Pacjenci chwalą warunki mieszkaniowe i wyżywienie.

W niektórych ośrodkach przebywają matki z dziećmi. NFZ nie pokrywa kosztów pobytu dzieci. Utrzymywane są przez matki lub z ogólnego budżetu ośrodka**.**

Przykładowe wypowiedzi kierowników

- *„Na dzieci nie dostajemy pieniędzy z NFZ. Potrzeby dziecka opłaca sama matka. Pomaga pomoc społeczna. Starsze dzieci, żywią się ze wspólnego kotła. Organizacyjnie jakoś sobie radzimy. Matki z dziećmi mają oddzielne pokoje, pozostali pacjenci pomagają w opiece nad dzieckiem tak, żeby matka mogła w pełni korzystać z zajęć terapeutycznych”.*
- *„Dzieci odwiedzające rodziców w weekendy czy ferie też utrzymujemy”*
- *„Po porodzie kobiety nie pracują, tylko się opiekują dzieckiem. Czasami, jak chcą coś zrobić, bądź wyjść to ktoś ze społeczności pomaga im w opiece nad dzieckiem. Ustalają to sami. Kobiety mieszkają same z dzieckiem, lub z chłopakiem, ale muszą mieć na to zgodę społeczności”.*

Przykładowe wypowiedzi pacjentek

- *„Dziecko je w zasadzie to samo co ja. Jak było mniejsze to kupowałam mleko, pieluchy i inne potrzebne rzeczy za własne pieniądze. Dostawałam zasiłek z pomocy społecznej i pieniądze od rodziców. Kiedyś jak nie miałam, to pożyczyłam od społeczności. Łóżeczko dla dziecka wykombinował skądś ośrodek, nawet nie wiem skąd.";*
- *„Dziećmi zajmuję się samodzielnie, pomagają mi też pacjenci, rzeczy dla dzieci kupuję ja (z alimentów), pomagają też mi ludzie, starsza dziewczynka (6,5 roku) chodzi do przedszkola, młodsza (2,5 roku) jest ze mną cały czas. Mieszkamy w pokoju razem z dziewczynami (pokój trzyosobowy), młodsza śpi w łóżeczku, a starsza śpi ze mną. Ja chciałam ten pokój z dziewczynami, bo nie chciałam być sama z dziećmi. Dziewczyny z pokoju pomagają mi na co dzień.";*
- *„Dzieci wszystko mają zapewnione w ośrodku, tak jak pacjenci.";*
- *„Matka sama wybiera opiekuna do dziecka kiedy musi np. coś załatwić. Na społeczności ktoś zawsze się zgodzi.";*
- *„Jak brałam narkotyki, to nie byłam matką roku.".*

Podsumowanie

Każdy z monitorowanych ośrodków funkcjonuje w odmiennych warunkach. Budynki, w których mieszczą się ośrodki, to często zaadaptowane stare obiekty szpitalne, wojskowe, klasztorne czy gospodarcze.

W jednych dokucza ciasnota, gdzie indziej nie brak przestrzeni i pomieszczeń.

Chyba we wszystkich ośrodkach zasadniczym tematem rozmowy o warunkach bytowych były permanentne remonty. Dla kierujących ośrodkami to nie tyle powód do narzekań na brak środków, co raczej możliwość pokazania sprawności organizacyjnej i umiejętności pozyskiwania dodatkowych pieniędzy.

Nie ulega wątpliwości, że pieniędzy na remonty i wyposażenie jest generalnie za mało w stosunku do potrzeb. A potrzeby – to nie tylko życzenia i oczekiwania pacjentów i kadry, lecz przede wszystkim realizacja zaleceń inspekcji sanitarnej. W wielu przypadkach konieczność podniesienia standardów technicznych w ośrodkach wynikała w ostatnich latach z kontroli Sanepidu.

Nigdzie nie usłyszeliśmy, by problemem był brak pieniędzy na bieżące utrzymanie pacjentów. Jednak informacje dotyczące kosztów utrzymania są tak zróżnicowane, że nie podejmujemy próby ich zinterpretowania, tym bardziej, że nie były przedmiotem naszego szczególnego zainteresowania.
W pokojach pacjentów, jak zresztą w całym ośrodku w ogóle, jest czysto i panuje porządek. Choć w większości badanych ośrodków wyposażenie pomieszczeń mieszkalnych było dość wysłużone, to pacjenci raczej chwalą standard. Jednym z najważniejszych warunków oczekiwanych przez pacjentów jest dostęp do prysznica i ciepłej wody.

Wszędzie podkreślano poprawę standardów w zakresie wyposażenia kuchni i przygotowywania posiłków. Do wyjątków należy kuchnia węglowa i żywienie oparte li tylko na własnych uprawach w myśl zasady, że *„jak nie ma co ugotować, to coś się wymyśli”*.

Należałoby uregulować kwestię utrzymywania dzieci przebywających z rodzicami/matkami. Być może powinno to być zadanie pomocy społecznej, w sytuacji, gdy rodzice dzieci nie mają odpowiednich dochodów.

5.7 Oferta terapeutyczna

5.7.1 Czas trwania leczenia

W badanych przez nas ośrodkach czas pobytu pacjenta był zróżnicowany: od 8 tygodni w terapii krótkoterminowej do nawet 24 miesięcy (z możliwością

przedłużenia). Większość ośrodków prowadziła terapię długoterminową, trwającą powyżej 12 miesięcy.

Czas terapii jest uzasadniany kontraktem z NFZ oraz indywidualnymi potrzebami pacjenta. Opinie kadry odnośnie długości efektywnego leczenia są różne. Jedni uważają, że nawet dwa lata to nie za długo, inni, że powinna trwać kilka miesięcy a potem kontynuacja w trybie ambulatoryjnym.

Przykładowe wypowiedzi kadry

- *„6 miesięcy to minimum dla takiej terapii tzn. przygotowania pacjenta do dalszego leczenia np. ambulatoryjnego, choć wolałaby, aby to było 9 miesięcy";*
- *„Czas terapii to w tej chwili 18 miesięcy, choć wcześniej trwała 24 miesiące. Skrócenie wymusił kontrakt z NFZ";*
- *„Średni czas pełnej terapii to ok. 9-10 miesięcy. Ograniczenia w tej materii stwarza kontrakt z NFZ (obecnie to 6 miesięcy – powyżej 6 miesięcy NFZ pokrywa 70% kosztów). Czas terapii zależy w dużej mierze od samego pacjenta i jego gotowości do realizowania programu terapeutycznego";*
- *„Czas terapii uzależniony jest od indywidualnych potrzeb pacjenta oraz jego zaangażowania w terapii. Wszystko zależy od tego w jakim stanie jest, również od tego, czy ma jakieś dodatkowe wsparcie (np. w rodzinie, bliskich). Ma na to wpływ szereg czynników. W przypadku każdego pacjenta planujemy kolejne etapy terapii, ale są to zawsze indywidualne, specyficzne sytuacje, a decyzje często weryfikowane w trakcie leczenia.";*
- *„Mamy płacone za tak zwany osobo – dzień, bez względu na to ilu jakich pacjentów jest w placówce, jakie mają potrzeby terapeutyczne i ogólnomedyczne.";.*
- *„NFZ nie kontroluje efektów leczenia, kontrakt na każdego pacjenta obejmuje minimum 12 miesięczny cykl leczenia." Nie ma z kim rozmawiać*

o możliwości skrócenia cyklu, przykładowo do 6/8 tygodniu, bądź wprowadzenia terapii motywacyjnej.";

- *„Człowiek przebywa w ośrodku wiele tygodni i się waha, a fundusz płaci, nikt tego nie sprawdza.";*
- *Czas terapii – 12 miesięcy i jest stały dla wszystkich pacjentów. Czas ten wynika z założonego planu terapii. Po terapii zasadniczej możliwa dalsza terapia w hostelu – do 6 miesięcy. Taki okres jest niezbędny dla terapii uzależnień od środków psychoaktywnych";*
- *„Czas terapii jest planowany przy przyjęciu, może trwać do 2 lat, ale bywa, że jest przedłużany. W zasadzie są to ludzie bezdomni, nie mają gdzie wracać.".*
- *„Czas terapii – 3 do 6 miesięcy; średnio 4-5miesiecy";*
- *„Czas terapii – 10-12 miesięcy – uzależniony jest od zajęć przewidywanych dla pacjenta, grupa zaczyna, grupa kończy";*
- *„W kontrakcie określony jest roczny limit pacjentów mogących jednocześnie przebywać w ośrodku oraz czas terapii 18 m-cy. Czas ten może być wydłużony do 24 m-cy dla pacjentów skierowanych do ośrodka przez sąd.";*
- *„Czas terapii jest ustalany przez zespół terapeutyczny, jeśli pacjent dobrze funkcjonuje może zakończyć terapię po 12 miesiącach. Po zakończeniu terapii może jeszcze mieszkać w hostelu. W mojej opinii czas leczenia mógłby zostać wydłużony nawet do 2-3 lat (kiedyś terapia trwała 2 lata) i przynosiło to dobre rezultaty.".*

5.7.2 Metody terapii

We wszystkich badanych ośrodkach podaje się, że zasadnicze elementy oferty terapeutycznej są podobne (terapia metodą społeczności terapeutycznej, terapia grupowa, terapia indywidualna, ergoterapia – terapia przez pracę, zajęcia psychoedukacyjne, zajęcia rekreacyjne, terapia rodzinna). W jednym z badanych ośrodków prowadzona była również terapia substytucyjna. W różnych ośrodkach różną wagę

przykłada się do różnych rodzajów terapii. Czasem większy nacisk kładzie się na rolę społeczności, w innym na ergoterapię.

Jeden z ośrodków prowadzony przez organizację kościelną do terapii włączał elementy religijne.

Przykładowe wypowiedzi kadry

- *„Podstawą jest społeczność terapeutyczna. Terapia indywidualna, planowa to ok. 1 godzina tygodniowo, ale oprócz tego pacjent może w każdej chwili przyjść albo do swojego albo do innego terapeuty. Ponadto terapia grupowa tj. grupy psychoedukacyjne (nawroty, radzenie sobie z głodem, radzenie sobie ze złością, konstruktywne zachowania, asertywność, więzi rodzinne). Terapia grupowa odbywa się w zależności od tematu grupy na różnych etapach pobytu. Inne formy terapii to: ergoterapia i zajęcia integracyjne (sportowe, kulturalne, spacery, gry i zabawy, kino, teatr).";*
- *„Nasz model terapeutyczny to luźna modyfikacja społeczności terapeutycznej. Koncentrujemy się na pracy z uzależnieniem z ukierunkowaniem na autodiagnozę i odpowiedź na pytanie, co jest faktycznym problemem klienta. Celem jest nauczenie klienta zapobiegania nawrotom. Terapia opiera się na dwóch filarach: terapii grupowej i terapii indywidualnej. Od czasu do czasu organizowane są wspólne wyjścia np. do teatru, zajęcia sportowe, a także wyjazdy wakacyjne. Ośrodek organizuje też treningi umiejętności.";*
- *„Nasza oferta to terapia długoterminowa, zajęcia integracyjne, terapia indywidualna i terapia rodzinna według potrzeb i możliwości. Przede wszystkim praca. Z terapii nie można zrezygnować, jest obowiązkowa.";*
- *„Poza terapią rozwojową są zajęcia integracyjne, towarzyskie, wyjazdy na bilard, ogniska. Terapii rodzinnej nie ma, a terapia grupowa ma charakter zajęć edukacyjnych.";*
- *„Prowadzimy terapię behawioralno – poznawczą. Program oparty jest na kilku fazach. Psychoterapia w małych grupach, terapia indywidualna*

opcjonalnie wg potrzeb, metoda zajęciowa, metoda społeczności. Ośrodek proponuje dodatkowo zajęcia sportowe: piłka nożna, ping-pong, siatkówka, artystyczne, filmowe, wyjazdy, pracę zarobkową.".

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

- *„Przeżyłem już wiele terapii. Tu raz w tygodniu jeździmy na AA. Terapia jest na miejscu, pracujemy, aby utrzymać dom. Jest sad i dwa ogrody, zwierzęta, kury, kura zielononóżka, kaczki.";*

- *„Oferta, to wspólne zebrania społeczności rano i wieczorem. Poza pracą i zebraniami, można sobie porozmawiać Chodzę w niedzielę do kościoła, jest tu taki XIII wieczny zabytkowy. Nabijają się ze mnie.";.*
- *„Jest praca, jest terapia indywidualna i społeczność. Ja poza tym jeżdżę do szkół i spotykam się z młodzieżą i rodzicami";*
- *„Terapia tutaj to „ciężko powiedzieć". Są zajęcia edukacyjne i społeczność. Dużo się dowiedziałem, dużo pamiętam.";*
- *Minnesota[25], społeczność terapeutyczna, indywidualna praca z terapeutą, praca w domu, w stolarni, w ogrodzie, w kuchni, wyjazdy na obozy w górach i nad jeziorem. Nie miałem wpływu na wybór terapeuty, ale wiem, że może być zmieniony.";*
- *„Pierwszy etap to adaptacja pod kierunkiem opiekuna. 7.00 rano spotkanie społeczności, podział pracy; 7.45 śniadanie, praca w ośrodku. Problem choroby marynarskiej – monotonia. O 19.00 spotkanie społeczności – codziennie, co się w ciągu dnia zadziało.".*

Od terapii prowadzonych w większości ośrodków wyraźnie inna jest koncepcja terapii krótkoterminowej (8-9 tygodni) metodą TSR (terapia skoncentrowana na rozwiązaniu). W tym modelu funkcjonuje też społeczność, prowadzona jest terapia

25 http://www.minnesota.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=39

indywidualna i grupowa jednak cele, metody, czas i intensywność terapii są inne[26].

5.7.3 Etapy leczenia

W większości ośrodków planowany czas pobytu pacjenta podzielony jest na etapy terapii. Sposób prowadzenia terapii danego pacjenta, tematyka zajęć terapeutycznych i edukacyjnych, zadania stawiane pacjentowi są uzależnione od etapu terapii, na którym znajduje się każdy z pacjentów. Ośrodki różnie nazywają etapy. Czas trwania danego etapu zależy od planowanego czasu całej terapii w danym ośrodku i indywidualnego funkcjonowania pacjenta. Najczęściej uprawnienia, przywileje pacjenta, zadania są uzależnione od etapu na jakim znajduje się dany pacjent.

Przykładowe etapy leczenia z kilku wybranych ośrodków

- Cały sześciomiesięczny pobyt można podzielić na kilka etapów:

Pierwszy tydzień pobytu – to czas na podjęcie decyzji o pozostaniu w ośrodku. Pacjent jest pod opieką opiekuna. Nie może ani chwili pozostawać sam. Musi przebywać albo z opiekunem albo z drugim pacjentem o takim samym statusie. Nie może się kontaktować ze światem zewnętrznym w żaden sposób. Może wykonać jedynie tzw. „telefon techniczny" (czegoś zapomniał, coś bardzo ważnego ma do załatwienia itp.). W tym czasie nie ponosi żadnych kar „dociążeń" Nie może pić kawy i używać sprzętu AGD. Po omówieniu 1 tygodnia na społeczności może pełnić podfunkcje (kwiatkowy, gazetowy, bibliotekowy, narzędziowy, sportowy itp.) Przez okres kolejnych 3 tygodni (w sumie pierwszy miesiąc) pacjent co najmniej raz w tygodniu spotyka się z terapeutą. Podpisuje kontrakt terapeutyczny, w którym są zarówno zobowiązania pacjenta, jak i cele do zrealizowania w trakcie leczenia i wspólnie z terapeutą opracowuje osobisty plan terapii (OPT) na I etap. Ma jak najczęściej dzielić

26 Ze strony internetowej ośrodka: *„Podejście nowatorskie, przełamujące dotychczasowe stereotypy nt. terapii uzależnień (długa izolacja, bolesny proces terapii, ogromna koncentracja na przeszłości, orientacja na problem, uznanie się bezsilnym, powolny powrót do życia w społeczeństwie, stygmatyzacja)."*
http://www.ctsr.pl/wp/?page_id=22

się własnym samopoczuciem na forum społeczności. Może pić kawę według. zasad domu tzn. pierwsza kawa po śniadaniu, ostatnia o godz. 20,00 i tylko z dwóch łyżeczek. Może używać sprzęt AGD. Ma napisać i oddać arkusz życiorysowy. Wybiera też swojego terapeutę. W czasie 1-1,5 miesiąca pacjent uczestnicy w pracach grupy młodszej – główny cel tej grupy, to nabycie umiejętności mówienia, otwarcia się, ma wejść w grupę. Na zakończenie musi wystąpić na społeczności o przywileje I etapu. I Etap pobytu – 2-3 miesiąc. Co najmniej raz w tygodniu terapia indywidualna. Jedno spotkanie terapii indywidualnej trwa ok. 1-1,5 godz. Poza tym uczestnictwo na społeczności i praca w grupach starszych. Zajęcia grup starszych to zajęcia warsztatowo-edukacyjne. W trakcie całego leczenia odbywają się 4 spotkania tematyczne – pacjenci mają dowiedzieć się na co chorują i jak to przebiega. II Etap – 4-5 miesiąc. Opracowuje OPT na ten etap. W tym etapie odbywają się zajęcia na społeczności, terapia indywidualna i odpowiednie zajęcia w grupach. Po zakończeniu piątego miesiąca pacjent ma obowiązek wystąpić na społeczności o przywileje III etapu. Jeśli ich nie otrzyma, po dwóch tygodniach ma ponowić prośbę. III Etap – 6 miesiąc. Opracowuje OPT na III etap.

- Cykl terapeutyczny wygląda następująco:

Okres próbny - 1 miesiąc

Cele leczenia: pobudzenie motywacji, wdrażanie do przestrzegania regulaminu, nawiązanie kontaktu z grupą (kształtowanie otwartej postawy w kontaktach interpersonalnych), wykonywanie powierzonej pracy, obowiązek wypowiadania się na spotkaniach społeczności.

Osoby przyjmujące substytuty utrzymują dawkę na stabilnym poziomie (przez 3 miesiące).

Metody: społeczność terapeutyczna, kontakt indywidualny z terapeutą

W tym okresie pacjent nie może kontaktować się ze światem zewnętrznym (zakaz telefonów, listów, odwiedzin, wyjść). Ma się skupić na sobie i oderwać od poprzedniego życia. Ma opiekuna.

Etap adaptacyjno- motywacyjny – 4 miesiące

Cele leczenia/ adaptacja: ustalenie i zatwierdzenie indywidualnego planu terapii, kształtowanie postawy otwartości, aktywności i zaangażowania, pełnienie funkcji społecznych, nabywanie praw i przywilejów.

Cele leczenia/ motywacja: wzmacnianie motywacji do porzucenia narkotyków, budowanie wglądu w przyczyny uzależnienia, poprawę komunikacji interpersonalnej, budowanie własnej tożsamości emocjonalnej, czerpanie satysfakcji z właściwego wykonywania podjętych zadań,

samodzielne przebywanie poza Ośrodkiem w ramach przywileju.

W 4 miesiącu pobytu, osoby przyjmujące substytuty rozpoczynają stopniową redukcję dobowej dawki substytutu.

Metody: społeczność terapeutyczna, terapia indywidualna, udział w tzw. „małych grupach" (grupa edukacyjna, grupa emocje, grupa komunikacja), praca własna pacjenta (narkorys, tożsamość emocjonalna, analiza relacji interpersonalnej – prace pisemne, analizowane z terapeutą prowadzącym i spotkaniach społeczności)

Etap terapii pogłębionej/ transformacji – 4 miesiące

Cele leczenia: koncentracja na wybranych problemach osobistych (IPT), przepracowanie relacji rodzinnych, wzmacnianie osobistej odpowiedzialności i rozwój kompetencji społecznych poprzez pełnienie coraz bardziej odpowiedzialnych funkcji, pełnienie opieki nad osobami młodszymi stażem, kształtowanie pozytywnego wizerunku własnej osoby.

Dalsza redukcja dobowej dawki, przez osoby przyjmujące substytucję

Metody: społeczność terapeutyczna, terapia indywidualna, udział w tzw. „małych grupach" terapeutycznych (trening asertywności, grupa „Polub siebie"), praca własna pacjenta: życiorys, postrzeganie siebie (jaki byłem, jaki jestem, jaki chciałbym być), bilans zysków i strat.

Etap wyjścia – 3 miesiące

Cele leczenia: przygotowanie do stopniowego opuszczenia ośrodka poprzez organizację miejsca nauki, pracy i zamieszkania, umacnianie kontaktów poza ośrodkiem z osobami spoza uzależnienia, przyjrzenie się mechanizmom nawrotowym, kontynuacja kontaktu z terapeutami w celu pomyślnej adaptacji w

środowisku zewnętrznym.

W 10 miesiącu wyzerowanie dawki substytutu i zakończenie leczenia farmakologicznego – substytucyjnego.

Metody: terapia indywidualna, udział w grupie nawrotowej, praca własna pacjenta (mój świat wartości, moje życie bez narkotyków i alkoholu), społeczność terapeutyczna

Każdy z etapów kończy się omówieniem i decyzją społeczności o przejściu na kolejny etap. Okres wstępny jest obowiązkowy dla każdego pacjenta i trwa miesiąc. Kolejne etapy mogą być nieco wydłużone, najwyżej do miesiąca. Zależy to indywidualnie od pacjenta".

- Pacjenci podczas swego pobytu otrzymują określony status. Są to:

- obserwator – pierwsze 2 tygodnie pobytu. Pacjent nie podlega w tym czasie działaniom korekcyjnym tzn. nie dostaje zadań, jest jedynie upominany, jeśli jego zachowanie tego wymaga. Jest to czas na zapoznanie się z ośrodkiem i zasadami pobytu. Przeprowadza się wywiad wstępny i stawia diagnozę według ICD-10 (od czego jest uzależniony). Po 2 tygodniach prosi społeczność o przyjęcie i uzyskuje status nowicjusza.
- nowicjusz – przez następne 1,5 miesiąca. Wchodzi już w terapię społecznościową, indywidualną i grupową. Może już otrzymywać zadania.
- domownik – od 3-go do 10-go miesiąca
- pretendent (przez dwa tygodnie przed monarowcem opracowuje plan (podobny jak monarowiec opisany niżej). Prosi najpierw kadrę o zgodę na status monarowca i jak dostanie to prosi społeczność o status monarowca.
- monarowiec – 10-15 miesiąc. Opracowuje plan monarowca. To jest wyznaczenie sobie pewnych zadań, co zrealizuje i w jakim czasie np. że spędzi ileś godzin z nowicjuszami, że przygotuje jakąś prelekcję, referat, pogadankę, pokaże film i go omówi, poprosi o informacje zwrotną nt. złości itp.
- rezydent – 15-18 miesiąc. Ten etap zawsze trwa 3 miesiące bez względu na to kiedy otrzymał status monarowca. Na tym etapie pacjent może, ale nie musi korzystać z terapii i pomocy terapeuty. Nie uczestniczy już w spotkaniach społeczności. Może

mieć terapię grupową np. grupa „nawroty”. Chodzi na mitingi AA i NA . Jest to czas na przygotowanie się do wyjścia. Np. poszukuje pracy, mieszkania readaptacyjnego, układa sobie przyszłe życie.

- Etapy leczenia:

Etap 0. Obserwator

Celem tego etapu jest zapoznanie się ze społecznością, wartościami ośrodka, symboliką, regulaminem domostwa i ustaleniami społeczności.

Czas trwania: ok. 1 tydzień. Obserwator stara się coś drobnego wykonać dla społeczności (drobne zadanie, które potrafi).

Obserwator nie głosuje na społecznościach, nie ponosi konsekwencji, nie ma funkcji, nie wychodzi sam z terenu ośrodka, nie pracuje sam, przekazuje pieniądze pod dozór społeczności, nie może bezpośrednio kontaktować się z rodziną i znajomymi (ze względu na ochronę związaną z jego terapią).

Po tygodniu, na społeczności głównej, następuje „przyjęciówka”. Obserwator podsumowuje swój pobyt (omawia zadanie, symbole domostwa, relacje z opiekunem). Jeśli społeczność wyrazi zgodę na przyjęcie nowy członek społeczności podpisuje kontrakt na etap Nowicjatu i staje się obywatelem domostwa.

I. Nowicjusz

Etap nowicjatu trwa około dwóch miesięcy. Celem nowicjatu jest zaangażowanie się w życie domostwa. Jest to etap, na którym członek społeczności uczy się odrzucać narkomański styl życia. W tym czasie powinien nauczyć się komunikować w sposób trzeźwy. W sposób szczególny troszczy się higienę osobistą, dba o zdrowie, utrzymuje porządek we własnym pokoju. Na tym etapie porządkuje sprawy administracyjne (zameldowanie, niejasności prawne itp.).

Na tym etapie nowicjusz:

- wychodzi na zewnątrz z osobą ze społeczności;
- ma prawo głosowania i podejmowania decyzji;
- pracę na zewnątrz podejmuje wyłącznie z innymi członkami społeczności;
- z osobami z zewnątrz utrzymuje życzliwy dystans;
- buduje relacje tylko z członkami społeczności.

O kontaktach z rodziną decyduje terapeuta prowadzący.

Zadania nowicjusza:

- czynnie uczestniczy w zebraniach społeczności;
- podejmuje zadania i odpowiedzialności;
- przygotowuje z terapeutą prowadzącym indywidualny plan leczenia na podstawie diagnozy;
- przygotowuje autoprezentację, którą przedstawia w czasie społeczności głównej;
- prowadzi księgę nowicjatu;
- uczestniczy w grupie etapowej;
- stara się pogłębiać wiedzę i wcielać w życie wartości, idee, symbole ośrodka.

Przejście na domownika następuje w czasie społeczności głównej. Temu wydarzeniu towarzyszy ceremonia Mszy św. sprawowanej w intencji nowego domownika, który podpisuje kontrakt na kolejny etap i otrzymuje koszulkę z logiem ośrodka.

II. Domownik

Domownik ma szczególny przywilej i zadanie być opiekunem obserwatora (jest jego przewodnikiem we wprowadzaniu w świat zwyczajów i wartości domostwa). Może wychodzić sam poza teren ośrodka. Domownik rozpoczyna pracę nad relacjami z rodziną/osobami ważnymi, wyjeżdża na przepustki, ma możliwość podjęcia nauki szkolnej. Etap ten trwa od 6 do 9 miesięcy. Celem etapu jest integracja ze społecznością domostwa.

Przed zakończeniem etapu domownika (ok. 2 miesiące) Domownik deklaruje chęć pozostania na II etap leczenia lub wyjazd do domu rodzinnego. W sytuacji zakończenia leczenia po I etapie terapii pacjent:

- intensywnie pracuje nad relacjami z rodziną;
- częściej wyjeżdża na przepustki,
- bierze udział w grupie „Nawrotów”;
- wypracowuje wraz z terapeutą roczny kontrakt „Na wyjście”.

Zakończenie terapii odbywa się na społeczności głównej; pacjent omawia swój plan Na Trzeźwe Życie. Domownik kończy podstawowy etap terapii. Temu wydarzeniu towarzyszy ceremonia Mszy Św. sprawowanej w intencji kończącego terapię, na

której otrzymuje znak Tau i czyta swój wpis do księgi dokonań.

Na tym etapie:

- uczy się odpowiedzialności; podejmuje decyzje i ponosi ich konsekwencje;
- egzekwuje u innych wykonywanie funkcji i zadań;
- dba o domostwo i członków społeczności;
- może korzystać z Internetu i posiadać telefon komórkowy;
- może samodzielnie wychodzić poza obręb Ośrodka;
- a świadomość jakości relacji z rodziną i osobami ważnymi.

Zadania Domownika:

- wywiązywanie się z zadań kontraktu i indywidualnego planu leczenia;
- podejmowanie odpowiedzialności bycia opiekunem;
- uczestnictwo w grupie etapowej;
- podejmowanie funkcji kierowniczych (jest członkiem zarządu); wyjeżdża na przepustkę.

Status Neofity może uzyskać osoba, która zakończyła terapię i po roku trzeźwego życia poprosiła społeczność o ten przywilej. Otrzymuje wpis do księgi dokonań. Pacjenci przebywający w ośrodku uczestniczą także, poza zajęciami z duchowości i Biblii, w mszach świętych" wg zasady nie musisz śpiewać, nie musisz odpowiadać, ale musisz być.

5.7.4 Opisy stosowanych metod terapii

TERAPIA METODĄ SPOŁECZNOŚCI TERAPEUTYCZNEJ

Metoda społeczności terapeutycznej odgrywa podstawową rolę we wszystkich ośrodkach. Społeczność stanowią wszyscy pacjenci i kadra ośrodka.

Społeczność poza działaniami terapeutycznymi ma różne uprawnienia organizacyjne, porządkowe, decyzyjne, kontrolne w odniesieniu do pacjentów.

Udział w spotkaniach społeczności jest obowiązkowy. Zazwyczaj nie ma silnego nacisku na aktywność w trakcie spotkań, choć pacjenci są w różny sposób do niej

zachęcani, a w niektórych przypadkach uporczywe uchylenie się od zaangażowania może skutkować nawet wydaleniem z ośrodka ze względu na niepoddawanie się terapii.

Zróżnicowana jest częstotliwość spotkań społeczności. Często są to spotkania dwa razy dziennie, zazwyczaj rano i wieczorem. Czasem dodatkowo społeczność zbiera się „na dzwonek", w razie zaistnienia doraźnej potrzeby. W niektórych ośrodkach spotkania są rzadsze, obowiązkowe np. raz w tygodniu.
Społeczność podejmuje decyzje dotyczące bieżących spraw ośrodka (przydział pracy, pełnione funkcje, ocena wykonanych zadań, zajęcia rekreacyjne) oraz dotyczące statusu poszczególnych pacjentów (przyjęcie do ośrodka, przechodzenie na kolejne etapy, wydalenie z ośrodka, dociążenia). Terapeutom przysługuje prawo weta na decyzje pacjentów.

Społeczność decyduje o ograniczeniach. Pacjenci nazywają to „dociążeniami", personel „zadaniami terapeutycznymi". Dociążenie można otrzymać za naruszenie regulaminu np. spóźnienie, głupie żarty, wulgaryzmy, złą pracę, zapomnienie czegoś itp.

Przykładowe wypowiedzi kadry

- *„Spotkania społeczności prowadzi osoba z kadry, która jest na dyżurze. Codziennie odbywają się społeczności planowe, oprócz tego jest odprawa (za wyjątkiem soboty). W czwartki odbywa się społeczność główna, która trwa od rana do późnego popołudnia. Na społeczności omawia się sprawy bieżące, przepustki, plany indywidualne, zadania indywidualne. terapeuta może postawić weto wobec decyzji społeczności (ale zdarza się to sporadycznie, wtedy kiedy decyzja naruszałaby prawa pacjenta). Kierownik ośrodka ma takie same uprawnienia w tym względzie jak każdy inny terapeuta prowadząc społeczność";*
- *„Spotkania obowiązkowe są w czwartki. Prowadzi je kierownik (który za-*

zwyczaj nie głosuje), czasem lider ośrodka, albo terapeuta. Nie o wszystkim decyduje społeczność – np. konflikty często rozstrzygane są na spotkaniu skłóconych stron z terapeutą. Nie ma społeczności „wzywanych" dzwonkiem.";

- *„Musimy terapię indywidualizować, ponieważ każdy z wychowanków ma inne potrzeby. Czasami jest też tak, że samą grupę trzeba naprowadzać, żeby np. czasami sobie pewne rzeczy odpuścili. Są dzieci, które mają opory przed mówieniem o sobie i zmuszanie ich przez grupę na otwarcie się może źle na nie wpłynąć. W takich przypadkach dzieci są przez terapeutów chronione, aż do momentu, gdy będą na to przygotowane.";*
- *„Monarowcy nie muszą być na planowych społecznościach, ale muszą być na głównej. Pozostali muszą być na wszystkich bo jest to procedura terapeutyczna. Jeśli ktoś jest bierny to np. przez kilka kolejnych spotkań musi się wypowiadać pierwszy lub musi zabierać głos w sprawie już bez względu na kolejność.";*
- *„Spotkania prowadzi prezes zarządu, stawiane tam sprawy są przegłosowywane, decyduje większość głosów. Terapeuta ma prawo głosu takie samo, jak pacjent, mamy też prawo veta, ale nie pamiętam, żebym kiedykolwiek skorzystał. Decyzje podejmowane są większością głosów. Omówienie działalności Zarządu odbywa się w obecności całej społeczności i ma na celu ocenę wywiązywania się ze swojej funkcji.";*
- *„Pacjenta na siłę nie zmusza się do aktywności. Raczej stara się przełamywać jego blokady, które są powodem braku aktywności (wstyd, zakłopotanie pytaniem, prosi się by powiedział o odczuciach itp.). To jest tak, że na początku pacjenci są mniej aktywni a w miarę czasu są coraz bardziej otwarci. To, że ktoś jest małomówny nie oznacza, że jest nieaktywny, to można bardzo łatwo odróżnić.";*
- *„W czasie spotkań społeczności zawsze jest obecny terapeuta, ale, spotkanie może prowadzić wyznaczony pacjent. W sytuacji, gdy decyzja społeczności krzywdziłaby pacjenta, terapeuta podejmuje interwencję i poprzez tłumaczenie, wyjaśnianie dlaczego taka decyzja może zaszkodzić,*

doprowadza do jej zmiany. Decyzja społeczności może być zmieniona przez kierownika, ale w praktyce jest to bardzo rzadkie.";

- *„Pacjent powinien aktywnie uczestniczyć w życiu społeczności. Jeżeli nie chce, lub nie może z różnych przyczyn, to kadra nad nim pracuje, aby go uaktywnić, czasami omawiają takie problemy na społeczności. pacjent nie jest karany za brak aktywności w życiu grupy.".*

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

- *„Społeczność decyduje o wszystkim. Ze strony terapeutów są jakieś drobne sugestie, nie narzucają swojego zdania, chociaż mają prawo weta, ale z niego nie korzystają";.*
- *„Społeczność wszystko może. Terapeuci mają prawo weta, ale nie chcą się wtrącać, bo wierzą w społeczność.";*
- *Społeczność wysłuchuje osoby, które ją wzywają. Następnie podejmuje decyzje, składa propozycje, podaje rozwiązania. Terapeuci też mogą składać takie propozycje, mogą też zgłosić weto do decyzji społeczności. Robią to bardzo rzadko, wtedy, kiedy nasza decyzja może złamać zasady ośrodka.";*
- *„Społeczność może wszystko. Mamy kasę społeczności i w zależności od naszych finansów podejmujemy decyzję, co będziemy robić. Są dwie kasy: na wydatki codzienne i na wyjścia przyjemnościowe. My decydujemy o wydatkowaniu pieniędzy z kasy.";*
- *„Wszystkie zasady ustala społeczność poza tym, co jest w regulaminie i kontrakcie. Terapeuci mogą podważać decyzje społeczności, ale robią to bardzo rzadko. Bardziej z nami rozmawiają.";*
- *„Dużo społeczności bo nie ma pracy. Od 12 do 23 są zajęcia społecznościowe, 23 osoby. Nie ma możliwości żeby nie być. Jeśli ktoś tego nie akceptuje, wyjeżdża. Jeśli sam do tego nie dojdzie to szybko go społeczność usunie. Jeśli nawet nie chce.";*
- *„Trzeba się we wszystkim podporządkować decyzjom społeczności. Społeczność naciska, jeśli nie zrobię – dociążenia, represje. Dociążenia nie*

godzą w godność. Z perspektywy pobytu w poprzednim ośrodku kilka lat temu to pestka.";

- *„Podstawa jest społeczność – codziennie, oprócz niedziel, uczy korzystania z pomocy innych, doświadczeń innych. Terapeuci nakierowują żeby uczyć się od innych, nauczyć się korzystać ze społeczności.";*
- *„Jeśli człowiek nie chce się otwierać na społeczności to może wyjść, ale jeśli trwale to wyjazd.";*
- *„Dwa lata temu była sytuacja kiedy chcieliśmy wyrzucić chłopaka, terapeuta się nie zgodził.";*
- *„Na spotkaniach czwartkowych omawia się tematy terapeutyczne, sprawy bieżące, konflikty („czerwony stołek", na którym siada osoba, do której ktoś ma jakieś zastrzeżenia).";*
- *„Im większa społeczność tym mniejsza skuteczność, można się prześlizgnąć, być grzecznym ale niezauważonym. Wtedy się nie wylatuje, odpuszczają lekkie naruszenia.";*
- *„Wychowawca może poprosić pacjenta o uzasadnienie swojego stanowiska podczas głosowania na społeczności. Np. pacjent może „mieć garb", czyli sam naruszył jakieś zasady i to chce zataić, albo u podłoża decyzji może być chęć dowalenia innemu itp. Jeśli atmosfera na społeczności jest bardzo napięta, jest dużo emocji, wychowawca może odłożyć moment podjęcia decyzji np. na wieczór, jak opadną emocje.".*

TERAPIA GRUPOWA

Ponadto w ośrodkach prowadzona jest terapia grupowa i indywidualna. Terapia grupowa[27] to zazwyczaj ok. 4-6 godz. w tygodniu, w grupach kilkuosobowych. Często ma charakter zajęć psychoedukacyjnych.

27 http://www.lps.pl/pl/?page_id=55
http://www.e-psychoterapia.info/psychoterapia-grupowa.php

Przykładowe wypowiedzi kadry:

- *„Typowej psychoterapii grupowej nie ma, raczej jest to psychoedukacja. Dzieciaki częściej potrzebują wychowania. Zajęcia grupowe prowadzi jedna lub dwie osoby, grupy są 8-10 osobowe.";*
- *„Terapia grupowa oparta jest na elementach psychoterapii. To na ogół „praca na procesie". Terapia ta jest obowiązkowa dla wszystkich. Może dotyczyć określonych problemów np. gwałtu.";*
- *„Psychoterapia grupowa odbywa się w grupach od 5 do 10 osób. Są to grupy organizowane wokół jakiegoś problemu np. nawroty, asertywność, komunikacja, psychoedukacja itp. Terapię prowadzi jeden lub dwóch terapeutów, niekiedy są to osoby z zewnątrz np. grupę „polub siebie" prowadzi osoba niezatrudniona w ośrodku na etacie, ale współpracująca z nami.";*
- *„Całość to grupowa psychoterapia, każdy terapeuta to robi.".*

TERAPIA INDYWIDUALNA

Terapia indywidualna[28] to zazwyczaj 1 godz. w tygodniu, choć jeśli jest potrzeba to można spotkać się z terapeutą częściej. Każdy pacjent ma swojego terapeutę, często sam może wybrać, lub zmienić. W niektórych ośrodkach terapia jest realizowana planowo, w niektórych rozmowa odbywa się w zależności od potrzeby pacjenta.

Przykładowe wypowiedzi kadry

- *„Minimum raz w tygodniu każdy ma indywidualną sesję terapeutyczną. Pacjent ma też wpływ na wybór terapeuty, Może go zmienić w trakcie leczenia.";*
- *„Nie ma możliwości zrezygnowania z terapii. Odmowa uczestniczenia, czy brak zaangażowania w terapię może stanowić podstawę do podjęcia decyzji o usunięciu z ośrodka.";*

28 http://www.lps.pl/pl/?page_id=51
http://www.e-psychoterapia.info/psychoterapia-indywidualna.php

- *„To nie jest ośrodek terapeutyczny, tylko rehabilitacyjno – readaptacyjny. Nie powinniśmy nadużywać pojęcia terapia. W rzeczywistości to indywidualna, często wychowawcza praca z klientem.";*
- *„Przydział pacjentów do jednego terapeuty zależy generalnie od wyboru pacjenta, ale też maksymalnie mamy po 4-5 pacjentów. Czyli, jeśli już ktoś ma komplet wtedy nowi pacjenci kierowani są do innych terapeutów. Grupy edukacyjne, czy psychoedukacyjne są prowadzone przez osoby, które opracowały konkretny program.";*
- *„Po dwóch miesiącach opracowywana jest diagnoza problemowa, pacjent omawia ją z terapeutą. Na każdym etapie terapeuta razem z pacjentem omawiają kierunek pracy – czyli to nad czym pacjent powinien więcej popracować.";*
- *„Terapia indywidualna jest obowiązkowa. To co działa, to relacja. Terapeuta spotyka się z każdym nowym pacjentem, robi diagnozę, prowadzi elementy terapii rodzinnej. Jest to bardzo potrzebne, ponieważ pacjent często ma tajemnice, których nie chce ujawnić na społeczności, a z którymi chce pracować.";*
- *„Pacjent nie wybiera terapeuty, ale może wnieść o zmianę. My też możemy po rozmowie z pacjentem wnioskować o zmianę, jeśli nie widzimy możliwości dalszej pracy z pacjentem.";*
- *„Terapeuci pracują w teamach, składających się z 2 specjalistów. Tak np. jedna z terapeutek prowadzi 5 osób (jest to terapia indywidualna), a jej koleżanka z teamu 3 osoby (pracuje na pół etatu). Współpraca polega na tym, że one się wspierają w działaniach terapeutycznych, kiedy jednej z nich nie ma, druga opiekuje się pacjentami prowadzonymi przez ten team. Ogólnie na każdy team przypada 7-8 osób. Jest to liczba maksymalna, a terapeuci bardzo się pilnują, żeby nie zwiększać tej ilości, ponieważ będzie to miało zły wpływ na terapię i na zdrowie psychiczne samych terapeutów. Na tym polega cała sztuka, żeby na tle terapii społecznościowej prowadzić terapię indywidualną.";*

- *„Jest terapeuta, który jest odpowiedzialny za prowadzenie dokumentacji danego pacjenta, ale to nie oznacza, że tylko on jest jego terapeutą w terapii indywidualnej. Tę terapię prowadzą wszyscy terapeuci wobec wszystkich pacjentów. Nie ma przypisywania pacjenta do terapeuty. Jeśli są jakieś problemy np. osobowości z określonym pacjentem, to zespół terapeutów podejmuje decyzję, że trzeba popracować nad jakąś cechą i wyznaczony terapeuta pracuje nad tym. W czasie dyżuru przyjmuję na rozmowy od 6 do 8 osób. Średnio rozmowa z jednym pacjentem trwa 40 – 60 minut. Inicjatywa spotkań najczęściej wychodzi od pacjentów.”.*
-

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

- *„Wybrałem sam terapeutę, mogę go zmienić. Jeśli chcę i jest taka potrzeba mogę prosić o sesje indywidualne z innymi terapeutami, z tymi, z którymi chcę, choć nie wiem, czy to jest dokumentowane. Ten rodzaj terapii, jaki jest w tym ośrodku bardzo mi odpowiada. Dużo zajęć, częste rozmowy, zawsze mają dla mnie czas. Zależy mi, żeby jak najwięcej zyskać w tym krótkim czasie.”;*
- *„Terapia indywidualna jest, jak jest wolny czas. To nie jest zaplanowana terapia indywidualna. Jeśli nie ma czasu, to nawet miesiąc albo więcej można nie spotkać się z terapeutą.”.*

TERAPIA PRZEZ PRACĘ

Praca nazywana często ergoterapią[29] to jeden z ważniejszych elementów terapii w ośrodkach. Uważa się, że ma szczególne znaczenie w leczeniu uzależnień. Wszystkie czynności związane z utrzymaniem i funkcjonowaniem ośrodka są wykonywane przez pacjentów (sprzątanie, prace remontowe, opieka nad zwierzętami, ogród itp.). Wynika to z założeń, że ośrodek ma funkcjonować jak dom, którym zajmują się

29 http://www.ergotherapiegraef.de/ergotherapie/poln/index.htm, www.ergoterapia.pl

jego mieszkańcy oraz, że osoby uzależnione należy nauczyć różnych umiejętności, odpowiedzialności i wdrożyć do systematycznej pracy.

Wywiązywanie się z zadań jest elementem oceny postępów rehabilitacji. Niewywiązywanie skutkuje konsekwencjami (dociążeniami) bądź wydłużeniem okresu terapii na danym etapie.
Generalnie pacjenci nie skarżą się na przeciążenie pracą, raczej na monotonię. Nie mówią również by praca była przydzielana w sposób niesprawiedliwy bądź dyskryminujący. Jeden z byłych pacjentów twierdził, że w społeczności był układ „silniejsi – słabsi" i praca była przydzielana w zależności od pozycji w grupie.
Wykonywana praca jest zmienna, przydzielane są różne zadania np. w systemie tygodniowym, miesięcznym. Pacjenci pełnią różne funkcje i wykonywane prace są związane z pełnieniem danej funkcji. Ośrodki same określają nazwy funkcji i zadania z nimi związane (np. pieskowy, pralkowy, kurkowy, łazienkowy). Praca jest rozdzielana i rozliczana przez odpowiednich funkcyjnych wybranych spośród członków społeczności. Różnice w przydzielanych funkcjach mogą zależeć od etapu terapii na jakiej znajduje się pacjent.

Zdarza się, że pacjenci wykonują prace na rzecz społeczności lokalnej, placówek czy instytucji za jakieś ulgi czy np. bilety na basen.
W niektórych ośrodkach jest możliwość wykonywania odpłatnej pracy na zewnątrz. Takie prace mogą wykonywać tylko pacjenci na zaawansowanym etapie terapii. Zazwyczaj jakąś część zarobiony pieniędzy przekazują na potrzeby ośrodka, do decyzji społeczności.

<u>Przykładowe wypowiedzi kadry</u>

- *„Nie pracują poza ośrodkiem, bo nie ma takiej pracy. Kilkanaście razy w roku zbierają suche drewno w lesie, za które ośrodek płaci o wiele mniej.";*
- *„W tym ośrodku nie ma pracy w rozumieniu „praca". Tutaj są funkcje, takie jak: gospodarz domu, funkcje w zarządzie. Prace wykonywane w domu*

przydziela kierownik pracy. Osoby chętne mają możliwość pomocy chorym na Alzheimera (ośrodek znajduje się blisko naszego), albo pomoc w gabinecie weterynaryjnym.";

- *„Praca traktowana jest jako ergoterapia i najczęściej są to prace porządkowe w ośrodku i na terenie wokół niego. Pracują od 8,00 do 15,00 w soboty do 14,00 z przerwami w tym przerwa na II śniadanie. Pracę rozdziela i rozlicza z wykonania kierownik pracy. Osoby, które mają przywilej wyjść 8 godzinnych mogą pracować na zewnątrz, ale to jest ich sprawa. Są osoby, które załatwiły sobie pracę w okolicy i normalnie pracują otrzymując za to wynagrodzenie, które jest ich własnością. W zasadzie nie ma zorganizowanej pracy poza ośrodkiem. Niekiedy wykonują jakąś pracę na rzecz gminy, czy lokalnych mieszkańców. Rodzaj, czas pracy nie zależy od etapu terapii. Wszyscy pracują bez względu na staż pobytu. Pracę rozdziela brygadzista. Są osoby, które ze względu na pełnioną funkcję, nie uczestniczą w pracach porządkowych np. intendent, szef kuchni, kierowca.";*
- *(Ośrodek bez kontraktu z NFZ). „Do pracy zarobkowej pacjent może pójść po okresie adaptacyjnym. Zarobek należy do pacjenta, jednak musi opłacić pobyt ok. 300 zł. na miesiąc. Gdy ma rentę płaci 50% otrzymywanej kwoty. Pracują jak w domu. Robią różne naprawy, gotują, sprzątają.";*
- *„Głównie to sprzątanie oddziału i wokół, a także praca w ogródku. W ciągu dnia 1 – 2 godziny pracy. Chyba, że sobie sami załatwią, np. załatwili sobie, że sprzątają stadion żużlowy, a w zamian wchodzą za darmo na mecz. Pracę przydziela Gospodarz. Nie zależy od etapu, młodsi nie dostają cięższej pracy. Ale też nie można odmówić.";*
- *„Pacjenci nie pracują poza ośrodkiem. W dużej mierze to osoby schorowane. O ośrodku mówi „dom wspólnotą dobrych sąsiadów", co oznacza, że każdy powinien dbać o wspólne domostwo. Na rodzaj przydzielanej pracy nie ma wpływu staż. W przypadku odmowy uczestniczenia w wykonywaniu prac, pacjent może otrzymać ostrzeżenie od społeczności, że żeruje na innych.".*
- *„Na zewnątrz pracują bardzo mało, nie ma pracy. Obecnie pomagają firmie „Unikat" (rozlewnia wody i oranżady) w tynkowaniu pomieszczeń.*

Otrzymują za to bezpłatnie oranżadę dla wszystkich mieszkańców. Rezydenci sami szukają pracy dla siebie, czasami „gdzieś na godzinach pracują", zbierają ziemniaki, sadzą coś, itp. Pieniądze mają dla siebie. Młodsi w nowicjacie nie mogą wykonywać niektórych prac, przykładowo używać narzędzi elektrycznych, farb, lakierów, rozpuszczalnika. Wykonują prostsze czynności, np. łazienki, obierają ziemniaki w kuchni. W nowicjacie pracują godzinę dłużej. Innych różnic nie ma.".

– *„Praca jest obowiązkowa, chyba, że ktoś jest chory, to jest zwolniony przez terapeutę, zarząd, bądź społeczność. Mają też zwolnienia lekarskie z przychodni. Obowiązkowe są prace przydzielone przez zarząd, terapeutów, kierownika pracy i stałych funkcyjnych.".*

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

– *„Pracujemy wszyscy jednakowo. Monarowcy mogą zgłosić dzień wcześniej, że np. ich nie będzie bo jadą gdzieś np. szukać pracy, to wtedy nie pracują. Praca jest od 8,00 do 15,00. Są trzy przerwy: jedna 30 minut na II śniadanie i dwie po 10 minut. Praca to przede wszystkim prace porządkowe w domu i na terenie ośrodka. Rzadko wychodzimy do pracy poza ośrodek.";*
– *„Kiedyś byliśmy zbierać suche gałęzie w lesie a innym razem w pobliskiej hodowli koni i tam malowaliśmy płoty – w zamian za to mieliśmy darmowy kulig z końmi, ogniskiem, kiełbaskami. Jeśli za pracę na zewnątrz są jakieś pieniądze, to idą na społeczność tzn. są to pieniądze społeczności i my sami decydujemy na co je wydać. Wydajemy na różne rzeczy np. opłacamy abonament za TV satelitarną bo wybraliśmy sobie określony abonament, albo jak ktoś nie ma w ogóle pieniędzy to możemy mu kupić papierosy, albo opłacić bilet do domu czy wykupić leki. Jest kilka osób, które nie dostają pieniędzy z domu. Każdy pacjent ze swoich wydatków przyjemnościowych daje 10% na społeczność. Matki z dziećmi jeśli chcą to mogą pracować. Z dziećmi wtedy zostaje ktoś wyznaczony do opieki.";*

- *„Pacjenci, którzy są na etapie monarowca mogą pracować zarobkowo na zewnątrz, jeśli taką pracę sobie załatwią. Ci którzy pracują najczęściej przekazują część swoich zarobków na rzecz wspólnej kasy społeczności.";*
- *„Dbamy o porządek, o przydziale prac decyduje gospodarz. Niektórzy mają zaświadczenie od lekarza, że jakichś prac nie wykonują. Kto się wykręca, dostaje w beret. „Kurcze, no nie powinno się.";*
- *„Sprzątamy w szkole i na basenie. Wtedy nie płacimy za salę gimnastyczną albo za basen.";*
- *„Pracujemy, ale nie zarobkowo. Głównie są to prace porządkowe w ośrodku. Wykonywania pracy nie można odmówić, to element terapii i tutejszego życia. Jest funkcyjny, który dba o to, żeby praca była rozdzielana sensownie i sprawiedliwie, nie wydaje mu się, żeby młodsi stażem byli jakoś przy tym wykorzystywani.";*
- *„Pracujemy wszyscy, mamy swoje obowiązki w ośrodku, które przydzielają kolejno kierownicy pracy. Mamy ogródek (ok. 3 ary) podarowany przez sąsiada. W zamian pomagamy mu czasami w jego ogródku. Na wiosnę będziemy tutaj siać warzywa, uprawiać pomidory. Sporadycznie sprząta ktoś u piekarza, otrzymujemy za to chleb.*
- *„Odmówić pracowania bez powodu nie można, można wystąpić o zmianę pracy do opiekuna, lub funkcyjnego. Zastrzeżenia zgłaszane są na społeczności.";*
- *„W kontrakcie jest napisane, że wykonujemy prace w ramach terapii, czyli chyba po podpisaniu kontraktu trzeba pracować. Staż pobytu w ośrodku nie ma wpływu na przyznawaną prace, jest rotacja, żeby ktoś nie robił kilka razy pod rząd tego samego.";*
- *„Muszę posprzątać, czasami zmywam. Mogę odmówić sprzątania, ale jestem za to rozliczany na społeczności. Jeśli chodzi o staż pobytu, to np. ludzie, którzy są w SOT (osoby ze starszego etapu), mają np. taką pracę, że sprawdzają, czy nie jesteśmy naćpani.";*
- *„Wykonywanie pracy w ramach funkcji jest obowiązkowe, bo jakby nie były obowiązkowe to byłoby bez sensu. Funkcje przydziela się tak, że patrzy się*

na to, co komu może pomóc, ci co na początku nie chcą, jak ją zaliczą to mówią, że pomogło.";

- *„Gospodarz wyznacza prace każdego dnia. To najczęściej prace porządkowe w domu i wokół domu, np. odśnieżanie, grabienie, zamiatanie. Monotonia. Nie można odmówić pracy. Chyba, że ktoś decyduje się na konsekwencje.";*
- *„Terapia ciągle to samo i praca. Nie rozwija, nie przygotowuje do życia. Odżywia fizycznie, ale nie wprowadza zmian. Potem pół roku wytrzymałem w abstynencji, może to na tym polega?".*

TERAPIA RODZINNA

Zazwyczaj w ofertach ośrodków jest terapia rodzinna[30]. Realnie nierealizowana ze względu na odległość zamieszkiwania rodzin od ośrodka. Jeśli rodzina przyjeżdża ma możliwość kontaktu z terapeutą, uczestnictwa w sesji rodzinnej, trudno to jednak określić jako systemowe podejście. Choć zdarza się, że terapeuci zwłaszcza z ośrodków dla dzieci i młodzieży starają się prowadzić regularne sesje rodzinne. Zachęcają rodziców do stałego kontaktu, jednak z oferty korzysta niewielki procent rodziców. Z kolei dorośli pacjenci często nie chcą, by ich rodziny uczestniczyły w terapii.

Przykładowe wypowiedzi kadry:

- *„Terapia rodzinna jest prowadzona. Rodzice jeśli chcą mogą przyjechać w każdym dniu i spotkać się z terapeutą. Niekiedy z ich strony są to wizyty podobne do wywiadówek, gdzie chcą dowiedzieć się o postępach ich dzieci. Zazwyczaj w trakcie spotkań z rodzinami jest też obecny pacjent. Celem jest polepszenie kontaktów pacjent-rodzina. Bywa, że prowadzimy terapie adaptacyjną do nowej sytuacji w rodzinie, jaką jest ujawnienie narkomana i podjęcie terapii. Mają one charakter po części wychowawczy. Spotkania z rodzinami pacjentów, którzy mieszkają blisko odbywają się średnio 2 razy*

30 http://www.e-psychoterapia.info/psychoterapia-rodzinna.php

w miesiącu.";

- *„U nas nie ma terapii rodzinnej , bo nie ma takich możliwości organizacyjnych.";*
- *„Nie ma terapii rodzinnej, generalnie brak zainteresowania. Jeśli któryś z pacjentów zgłosi taką potrzebę tylko kierowniczka pro bono, bo nie jest to w kontrakcie, pomaga w poprawie relacji.";*
- *„Teoretycznie terapia rodzinna jest, ale w praktyce mało kto z rodziców chce uczestniczyć. Raczej przychodzą tylko na konsultacje.";*
- *„Raz w miesiącu w ostatnią sobotę miesiąca odbywa się zjazd rodzinny. Mówią o terapii, rodzice mówią o swoich oczekiwaniach. Organizujemy też sesje - multi, wtedy wszyscy rodzice z danej grupy spotykają się, jest konfrontacja.";*
- *„Co miesiąc wysyłamy zaproszenie indywidualne dla rodziców. Przyjeżdżają na weekendy. W sobotę jest to dzień poświęcony na kontakt, zapraszamy rodziców na społeczność, wspólnie gotują, grają w piłkę, spotykają się z terapeutą. W niedzielę odbywa się cykl warsztatów dla rodziców na temat: współuzależnienia, praw pacjenta, relacji, profilaktyki HIV/AIDS, komunikacji, nawrotów – jak rozpoznawać. 80% zaproszonych rodziców przyjeżdża. Warunkiem przyjazdu jest to, że musi być trzeźwy. Zachęcamy ich również do podjęcia terapii w ich miastach. Rodzice przyjeżdżają do nas, nawet po skończeniu terapii przez dziecko.".*

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

- *„Są spotkania pacjent – rodzina - terapeuta dosyć często. To zależy od tego czy rodziny często nas odwiedzają, ale z tego co wiem to są bardzo częste. Sam uczestniczyłem wielokrotnie w takich spotkaniach. Omawialiśmy na nich różne problemy dotyczące terapii i tego jak wyjdę z ośrodka.";*
- *„Ja nie mam takiej terapii i nie będę mieć, bo mam matkę alkoholiczkę i ona na pewno tu nie przyjedzie, a poza tym nie chcę jej widzieć, to dla mnie bolesny temat i nie chcę o tym mówić.";*

- *„Ja miałem już kilka spotkań w obecności mamy i mojej dziewczyny. Myślę , że te spotkania poprawiły nasze stosunki rodzinne.";*
- *Spotkania z rodzinami są wtedy gdy rodziny nas odwiedzają. Wiem, że do spotkań dochodzi albo z inicjatywy rodzin, albo tak było w moim przypadku z inicjatywy terapeuty, bo miałem kiepskie układy z rodzicami, teraz są lepsze.";*
- *„W ośrodku nie prowadzi się terapii rodzinnej, tylko terapeuci rozmawiają z rodzicami. Uważam, że terapia rodzinna jest zbędna.";*
- *„Prowadzimy edukację dla rodziny z pieniędzy pozyskanych od Marszałka – co się dzieje w rodzinie w związku z uzależnieniem; najpierw z terapeutami, potem z pacjentami, którzy mówią o swojej terapii, potem terapeuta, pacjent i rodzina. Drugi cykl pod koniec terapii – rola rodziny w zdrowieniu.";*
- *„Jak ktoś z rodziny chce się spotkać z terapeutą w czasie odwiedzin, to może";*
- *„Są spotkania rodziców, są warsztaty z rodzicami, każdy wychowawca rozmawia z rodzicami – byłem na takiej rozmowie, to jest fajne. Można zobaczyć siebie w relacji z rodzicami. Te zajęcia dla rodziców uczą ich też jak mają postępować";*
- *„To jest dla mnie bardzo ważne, matka uczestniczy w spotkaniach raz w miesiącu. Chcę, żeby wiedziała, co się ze mną dzieje i jak pracuje, żeby się zmienić.".*

ZAJĘCIA DODATKOWE

We wszystkich ośrodkach w ramach oferty organizowane są różnego rodzaju zajęcia dodatkowe - sportowe, artystyczne, czasem kursy zawodowe. Organizowane są też wyjazdy poza ośrodki – rajdy turystyczne, obozy.

Przykłady wypowiedzi kadry i pacjentów:

- *„Jest drużyna piłkarska, pacjenci chodzą na konie (za zgodą rodziców), chodzimy na pielgrzymki, do filharmonii, na wystawy, rajdy po Jurze, wyjazdy (kiedyś były wyjazdy miesięczne, a teraz ze względu na brak finansowania z NFZ, wyjazdy są krótsze), na basen, wycieczki rowerowe, różne formy rozwoju kulturalnego. Pacjenci chętne też angażują się w wolontariat (np. pomagają dzieciom autystycznym). W ubiegłym roku mieliśmy też dzięki projektowi możliwość organizowania kursów zawodowych. W tym roku mamy nadzieję, że również tak będzie.";*
- *„Mamy wolontariuszy, którzy pomagają młodzieży w nadrabianiu zaległości szkolnych. Na bardziej zaawansowanym etapie terapii najmłodsi pacjenci łączeni są w pary z wolontariuszami na zasadzie przyrodniego rodzeństwa. Stanowi to dla nich dodatkowe źródło wsparcia.";*
- *„Od poniedziałku do piątku popołudniami są organizowane zajęcia rekreacyjno-rozwojowe. Każdy ma obowiązek i prawo wybrać sobie określone zajęcia i minimum 2 razy w tygodniu na nie uczęszczać. Oferta jest zróżnicowana i uaktualniana w zależności od naszych możliwości. Obecnie są zajęcia muzyczne, kix-boxing, aerobik, psychorysunek, plastyczne, dziennikarskie, koszykówka.";*
- *„Na miejscu mamy boisko do siatkówki. W każdą środę jest basen (mogą jeździć już po pierwszym tygodniu), ale za karę mogą zostać pozbawieni tej przyjemności. Są organizowane turnieje piłki nożnej. Raz w roku grają mecz z kadrą ośrodka.";*
- *„Bilard, siłownia, godziny sportu, turnieje, wyjścia przyjemnościowe, wyjazdy, zabawy integracyjne, zajęcia na zewnątrz, na boisku, w lesie, kulig. Pasuje mi ta oferta, nawet bardzo mi odpowiada, cieszę się, że tu jestem. Jestem mile zaskoczony jak tu jest. Ja chodzę na siłownię, na koszykówkę. Na nic więcej nie chodzę, bo nie mam czasu, jestem w SOM-ie, inni też korzystają i mogą wybrać zajęcia, formę zajęć. W czasie wolnym możemy korzystać z zajęć sportowych bez ograniczeń.";*

- *„Jest liga, studio muzyczne. Ja chodzę na siłownię, a zajęcia dodatkowe można wybrać.";*
- *Zajęcia sportowe, siatkówka, piłka nożna, jest się czym zająć. Jak jest ciepło to są treningi na dworze. Ja chodzę na piłkę nożną, na treningi, na zawody. Tutaj nikt nie jest do niczego zmuszany, nic nie jest na siłę. Można sobie wybrać zajęcia. Inni też korzystają z zajęć. Większość zajęć takich dodatkowych jest dla całej społeczności, np. wyjazd na narty, czy kajaki.";*
- *„Chodzę na kurs prawa jazdy, na angielski, na basen, na saunę. Tutaj chodzi o to, żeby kontaktować się z ludźmi na zewnątrz, żeby się konfrontować, na ile dam sobie radę.";*
- *„Grają w piłkę na boisku osiedlowym, jest bogata oferta kulturalna miasta – teatry (mają wejściówki), wystawy w muzeach, koncerty. Ponadto sami przygotowują spektakle, adaptacje bajek, próby odbywają się w stolarni lub kawiarence. Występowali niedawno ze swoimi przedstawieniami w szkole specjalnej i w hospicjum. Współpracują jako wolontariusze ze stowarzyszeniem, które prowadzi warsztaty dla niepełnosprawnych. Są także wolontariuszami w schronisku dla zwierząt.".*
- *„Wyjeżdżają na rekolekcje, obozy terapeutyczne na Mazury, częściej wyjeżdżają w Góry Świętokrzyskie. Obecnie ośrodek ma również zaproszenie na Słowację na spotkanie kilku społeczności terapeutycznych z Europy (organizowane na zasadzie wymiany).";*
- *„Korzystamy z różnych zajęć kulturalnych, sportowych, integracyjnych. Nudzić się tu nie można. Jak są jakieś zajęcia sportowe, czy kulturalne to zawsze z kadrą. Nie ma przymusu korzystania z dodatkowych zajęć typu klub filmowy, czy jakieś zajęcia sportowe, jak ktoś nie chce to nie idzie".*

5.7.5 Superwizje działań terapeutycznych

Zgodnie z założeniami terapeuci powinni mieć regularne superwizje, co wpływa na jakość prowadzonej przez nich terapii. Generalnie narzekano na ograniczone możliwości opłacania superwizji, aczkolwiek w większości ośrodków superwizje organi-

zowano, nie zawsze w wystarczającym zakresie. W niektórych ośrodkach środki na superwizje były przewidziane w kontrakcie z NFZ, inni twierdzili, że takich środków nie mają.

Przykładowe wypowiedzi kadry

- *„ Kiedyś były środki z Krajowego Biura. Teraz superwizje odbywają się w ramach szkoleń, z własnych środków pracowników. To niewłaściwe.";*
- *„Superwizje mamy raz na 1 – 1,5 miesiąca w ośrodku. Robi to certyfikowany superwizor zewnętrzny. Uważam, że to bardzo potrzebne. Oprócz tego mamy zebrania kliniczne kadry raz w miesiącu.";*
- *„Zespół ma superwizje raz na kwartał. W kontrakcie z NFZ są wpisane na to fundusze. Przyjeżdża ktoś z zewnątrz. Natomiast w sprawach bieżących w kadrze ośrodka jest dwóch superwizorów i oni też nas wspierają.";*
- *„Superwizje pomagają mi wyjaśnić wątpliwości, impasy w pracy z klientem, służą podnoszeniu standardów pracy w ośrodku, np. jak podnieść poziom ochrony pacjentów, nie kosztem ograniczenia ich praw.";*
- *„Są superwizje, bo to ryzyko dla terapii, jeśli nie ma. Przynajmniej 1 raz na pół roku. Środki mamy z WOTUW albo z Urzędu Marszałkowskiego.";*
- *„Mamy superwizje raz w miesiącu, a środki są z dotacji z urzędu miasta.";*
- *„Superwizje są, ale za własne pieniądze i raczej nie ze względu na pracę w tym ośrodku. Powinny być częściej, ale nie ma pieniędzy. Dożynamy siebie.".*

Podsumowanie

W różnych ośrodkach czas terapii jest różny. Nie rozumiemy dlaczego długość leczenia jest tak zróżnicowana, gdy stosowane metody są dość podobne. Wśród naszych rozmówców z kadry terapeutycznej byli zwolennicy zarówno długoterminowej, jak i krótkoterminowej terapii. Niektórzy byli skłonni skrócić czas pobytu pacjenta poniżej 2 miesięcy bez szkody dla skuteczności leczenia, inni uważali, że korzyść przyniosłoby wydłużenie pobytu nawet do 3 lat.

Uzasadnieniem długości pobytu pacjenta w ośrodku mają być – zdaniem niektórych terapeutów – jego indywidualne potrzeby i zaangażowanie w terapię. W jednym z ośrodków czas pobytu, nie krótszy niż 2 lata, jest planowany przy przyjęciu z założeniem, że pacjentom się nie spieszy, bo *„w zasadzie są to ludzie bezdomni, nie mają gdzie wracać”*.

Ciekawie byłoby odnieść czas pobytu pacjenta w ośrodku do kontraktu z NFZ. Z uzyskanych informacji wynika, że Fundusz de facto nie kontroluje ani przebiegu, ani efektów leczenia. Według jednego z naszych rozmówców: *„NFZ płaci bez względu na to ilu i jakich pacjentów jest w placówce, jakie mają potrzeby terapeutyczne i ogólnomedyczne”*. Nie wydaje się, że NFZ jest zainteresowany badaniem zasadności i czasem pobytu pacjenta w ośrodku, w kontekście ponoszonych kosztów leczenia przez budżet państwa.

Dominuje terapia metodą społeczności. Terapii indywidualnej i grupowej jest w leczeniu zamkniętym dużo mniej. W niektórych przypadkach, kiedy mówiono o terapii indywidualnej, była to raczej możliwość rozmowy z terapeutą, zazwyczaj godzinę raz w tygodniu lub w miarę potrzeb. Terapia grupowa natomiast najczęściej ma charakter zajęć psychoedukacyjnych. Wydaje się, że realnie wyboru rodzaju terapii w warunkach leczenia stacjonarnego w istocie nie ma. Pacjenci wybierają ośrodek nie ze względu na rodzaj prowadzonej tam terapii, a ze względu na lokalizację, warunki bytowe, czy sposób traktowania pacjentów.

Społeczność nie wszędzie funkcjonuje tak samo. Warto zwrócić uwagę na nieduże, ale znaczące różnice: w niektórych ośrodkach regułą jest, że spotkania społeczności prowadzi pacjent, gdzie indziej – terapeuta; wszędzie są spotkania planowe, gdzieniegdzie są także „wzywane” dzwonkiem; są ośrodki, gdzie wszystko „staje” na społeczności, są i takie, w których pewien zakres spraw podejmowany jest poza społecznością, jedynie w indywidualnym kontakcie terapeuty z pacjentem. Takich informacji nie znajdzie się w dostępnej ofercie ośrodka, a może być dla pacjentów ważna.

Społeczność w ośrodkach posiada duże uprawnienia. Z uzyskanych informacji wynika, że terapeuci zazwyczaj dbają, by decyzje społeczności nie naruszały praw pacjentów. Niepokoi powtarzane często sformułowanie, że „społeczność może wszystko". Mamy nadzieję, że to „wszystko" jest pod ścisłą kontrolą terapeutów. Z wywiadów z pacjentami, zwłaszcza tymi, którzy aktualnie są w ośrodkach, nie wynikało, aby czuli się zagrożeni „władzą" społeczności. Jedynie w kilku przypadkach mówiono o „układach" czy podziałach w społeczności, co przekładało się na gorsze traktowanie tych spoza układu.

Praca w ośrodku, nazywana chyba na wyrost ergoterapią, to jedna z głównych, poza społecznością, metod leczenia. W większości ośrodków praca zajmuje większą część dnia. Są to głównie prace porządkowe i na rzecz ośrodka. Z zasady im dłuższa oferta pobytu w ośrodku, tym więcej czasu w planie dnia zajmuje praca. Nawet jeśli ma walory terapeutyczne, edukacyjne (uczy odpowiedzialności, konkretnych umiejętności), to terapią w rozumieniu medycznym raczej nie jest. Pojawia się wątpliwość, czy nie efektywniejsze i tańsze byłyby pobyty krótsze, ale bardziej skoncentrowane na terapii.

W ośrodkach terapii krótkoterminowej jest więcej terapii sensu stricte, w długoterminowych więcej tzw. ergoterapii.

Chociaż zamieszczamy niektóre całkiem entuzjastyczne wypowiedzi kadry i pacjentów o terapii rodzinnej, to jednak przyznać trzeba, że realnie takiej terapii nie ma. Z uzyskanych wypowiedzi terapeutów wynika, że jest ona ważnym elementem w leczeniu uzależnień. Ze względów organizacyjnych może być dostępna jedynie w leczeniu ambulatoryjnym. W tej sytuacji, wydaje się, że gdyby było podejście systemowe – współpraca pomiędzy ośródkami i poradniami, rodziny mogłyby być objęte terapią w swoim miejscu zamieszkania. Natomiast terapia rodzinna byłaby realizowana po powrocie pacjenta do domu.

Niezależnie od planowanego czasu pobytu pacjenta w ośrodku, pobyt ten podzielony jest na etapy. Od tego, na jakim etapie znajduje się dany pacjent, zależy nie tylko sposób prowadzenia terapii, tematyka zajęć terapeutycznych i edukacyjnych, zadania stawiane pacjentowi. Najczęściej od kolejnego etapu zależą też uprawnienia i przywileje pacjenta. Ośrodki różnie nazywają etapy. Czas trwania danego etapu zależy od planowanego czasu całej terapii w danym ośrodku i indywidualnego funkcjonowania pacjenta.

W jednym z ośrodków pacjenci obowiązkowo uczestniczą w nabożeństwach. Ceremonia mszy świętej towarzyszy też zmianie statusu (przechodzenia na bardziej zaawansowany etap terapii). Wprawdzie nie wymaga się aktywnego uczestnictwa w obrzędach, ale zmuszanie do uczestnictwa też jest nadużyciem zwłaszcza, że terapia jest finansowana ze środków publicznych, a do ośrodka są przyjmowane również osoby niewierzące czy innego wyznania.

Komentarze ogólne kadry ośrodków dotyczące systemu leczenia

- *„Nie ma współpracy pomiędzy poradniami i ośrodkami., nawet na terenie tego samego miasta. Cierpią na tym tylko pacjenci. Jest rywalizacja finansowa. Z tego powodu z poradni nie przesyłają do leczenia stacjonarnego, a nie wszyscy nadają się do ambulatoryjnego. Konkurencja a nie współpraca";*
- *„Jest niepisany konflikt pomiędzy zwolennikami leczenia ambulatoryjnego i całodobowego. Problem pojawił się na przełomie lat 80 i 90, kiedy to Krajowe Biuro zaczęło „tworzyć nową ideologię" związaną z powoływaniem punktów konsultacyjnych, które zaczynają leczyć. Ambulatoria „nie mają interesu" w kierowaniu pacjentów do ośrodków, ponieważ są one finansowane z tych samych środków budżetowych. Oczywiście jest to tańsze, statystycznie dobrze wygląda, ale nikt w Polsce do tej pory nie pokusił się o zbadanie skuteczności leczenia osób uzależnionych w warunkach ambulatoryjnych i ośrodkach. Jest to niezdrowa rywalizacja o pieniądze. Punkty konsultacyjne powinny spełniać rolę wspomagającą i uzupełniającą w stosunku*

do leczenia w placówkach. Podstawowe ich zadanie, to rzetelna informacja i przygotowanie potencjalnego pacjenta i często jego rodziny do leczenia w placówkach całodobowych oraz kontynuacja leczenia i wspieranie pacjentów po zakończeniu leczenia w ośrodkach. Obecnie nie tylko nie ma współpracy w kierowaniu osób do ośrodków, ich przygotowaniu do leczenia, ale nawet brak przepływu informacji pomiędzy różnymi placówkami, ośrodkami i punktami konsultacyjnymi. Pacjenci decydujący się na stacjonarne leczenie dopiero w placówce dowiadują się na czym ono polega i na co się decydują, często początkowo nieświadomie. Nikt ich nie przygotowuje. Placówki nie uzupełniają się w realizowanych zadaniach, ale rywalizują o potencjalnego klienta".

- *W Polsce brakuje spójnego systemu leczenia dzieci i młodzieży, między innymi w zakresie rejonizacji. Można przyjąć dziecko z drugiego końca Polski do placówki pozbawiając je systematycznego kontaktu z rodziną, bądź go mocno ograniczając. Natomiast pacjenci, szczególnie na końcowym etapie terapii powinni mieć stały kontakt z rodziną";.*
- *„Za mała jest współpraca z poradniami. Poradnie niespecjalnie wiedzą kogo kierować do lecznictwa ambulatoryjnego, kogo do nas i w efekcie często ludzie przychodzą do nas za późno. Powinna być usprawniona opieka przed przyjęciem do ośrodka, ale też opieka, wsparcie dla osób opuszczających ośrodek. Pacjenci powinni być krócej w ośrodku, a dłużej objęci opieką po opuszczeniu ośrodka (większa pomoc w znalezieniu pracy, mieszkania). Według mnie jest za dużo ośrodków w Polsce".*
- *„NFZ nie kontroluje efektów leczenia, kontrakt na każdego pacjenta obejmuje minimum 12 miesięczny cykl leczenia. Nie ma z kim rozmawiać o możliwości skrócenia cyklu, przykładowo do 6/8 tygodni, bądź wprowadzenia terapii motywacyjnej";*
- *Przedmiotem sporu jest „instytucja substytucji". Polskie ogólne kryteria substytucji mówią, że aby dostać inny środek zastępczy musisz być dorosły i udokumentować dwie próby innego leczenia (dwa lekarskie zaświadczenia). Otrzymujesz inny środek w regularnych, stałych dawkach i ponownie się*

uzależniasz, tylko od niego. Wcześniej pacjent brał nieregularnie, w różnych dawkach, czasami nie brał, przy substytucji otrzymuje systematycznie.";

- *„Uważam, że ośrodków w Polsce jest bardzo dużo i terapia jest dostępna dla wszystkich chętnych. Co do skuteczności, to bardzo wiele zależy od woli uzależnionego. Metoda społeczności terapeutycznej w połączeniu z terapią grupową i indywidualną jest optymalnym sposobem leczenia uzależnień.";*
- *„Uważam, że powinno się skrócić czas pobytu w ośrodku na poczet wsparcia dla pacjenta po zakończeniu leczenia (poradnia, mieszkania readaptacyjne, praca itd.).";*
- *„Jestem zwolennikiem społeczności terapeutycznej i ten sposób pracy polecam. Przerażają mnie programy metadonowe. Młodzieży służą takie miejsca jak nasz ośrodek, bo to nawet nie chodzi o uzależnienie, ale o wychowanie, nabycie umiejętności społecznych.";*
- *„Ja wierzę w stacjonarną terapię, wierzę, że grupa ma działanie terapeutyczne. Oczywiście są też inne formy leczenia np. ambulatoryjna. Mam mnóstwo wątpliwości do leczenia metadonem i uważam, że jest to coraz mniej potrzebne. Uważam, że ośrodek dla 15-latka to ostateczność, bo on powinien być w domu, ale często to nie wystarcza. Tzw. „stary Monar" już nie ma prawa bytu.";*
- *„Ocena systemu to trudna kwestia ze względu na statystyki. Terapia nie powinna trwać 2 lata, powinna być zindywidualizowana, elastyczna.";*
- *„Brak swobody realizacji różnych zajęć z pacjentami. Zbyt dużo prawnych ograniczeń związanych z funkcjonowaniem ośrodka. Szkolenia dla terapeutów są „cholernie" drogie.";*
- *„Biurokracja zabiera zbyt dużo czasu, brakuje go na pracę z pacjentem, czasami trzeba zabierać papiery do domu.";*
- *„Mam stawkę 86 zł, tzw. osobodzień, nikt nie sprawdza, czy wydam z tego na żywienie 50, czy 8 złotych. To jest swoboda, ale i zagrożenie. Mogę mieć również minimalne zabezpieczenie kadrowe, aby większe środki przeznaczyć na wynagrodzenie, uderzając tym samym w jakość i efekty pracy terapeutów.";*

- *„Brak środków na media (ogrzewanie), utrzymanie placówki. Brak dostatecznej przejrzystości przy ocenie projektów. Trudno otrzymać pieniądze. Nie jest dobrze we współpracy urzędów z organizacjami." [wypowiedź kierownika ośrodka który nie ma kontraktu z NFZ];*
- *„Brak spójności systemu pomocy osobom uzależnionym z systemem pomocy społecznej. Głównie chodzi o pomoc osobom opuszczającym placówki po zakończeniu leczenia.".*

6. Przestrzeganie podstawowych praw

6.1 Prawo do informacji

Podstawy prawne

Prawo do informacji (art. 47, art. 51 i art. 54 Konstytucji) obejmuje zarówno informacje dotyczące stanu zdrowia (metody terapii, rokowania itd.), jak też dostęp do informacji w szerszym zakresie. W tym ogólnym ujęciu można wskazać z jednej strony informacje o prawach i obowiązkach w danym ośrodku, ale również możliwość uzyskania informacji ze świata zewnętrznego, co oznacza przede wszystkim dostęp do środków masowego przekazu.

Informacja o ośrodku, zasadach pobytu, terapii

Pacjenci są na początku informowani o zasadach pobytu, terapii. Często przez pierwszy okres pacjentowi towarzyszy pomocnik – opiekun wprowadzający go w życie ośrodka.

- Pacjenci podpisują na początku kontrakt, zgodę na leczenie, regulamin.
- W trakcie terapii przebieg leczenia, postępy, problemy są wyjaśniane przez terapeutę.
- Przy wyjściu otrzymuje wypis, wyniki badań.

Przykładowe wypowiedzi kadry

- *„Pacjent jest informowany o programie i czasie terapii, o zasadach obowiązujących w ośrodku; informuje go terapeuta i opiekun (starszy stażem pacjent), podpisuje zgodę na leczenie w ośrodku i kontrakt. Przy wyjściu pacjent otrzymuje wypis z historii choroby oraz wyniki badań.";*
- *„Przy wyjściu pacjenci dostają dyplom, a w ciągu 2 tygodni każdemu wysyłamy wypis i epikryzę. Nie dostają dokumentacji terapeutycznej, ale wiedzą, że mogą prosić o skserowanie całej teczki terapeutycznej.";*
- *„Pacjent jest informowany o warunkach pobytu. Podpisuje kontrakt i regulamin. Poza tym dostaje opiekuna, który przez tydzień przekazuje mu wszystkie informacje dotyczące pobytu i terapii.";*
- *„Pacjent dostaje informacje od terapeuty i społeczności o postępach w swojej terapii i o tym na co musi zwrócić uwagę, nad czym pracować.";*
- *„Dostają informację o swoich prawach i ograniczeniach. Cały czas mają do wglądu regulamin. Otrzymują dokładną informację, na czym będzie polegać terapia i jakie będą jej etapy.".*

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

- *„Na początku dowiedziałem się, jak długo będę przebywać w ośrodku. Powiedzieli o zasadach i planie terapii. Podpisywałem kontrakt i zobowiązanie do przestrzegania zasad i coś jeszcze, ale dobrze nie pamiętam.";*
- *„Wszystko mi wyjaśnił terapeuta i opiekun zaraz po przyjęciu, byłem już tu wcześniej, to właściwie wszystko wiedziałem. Podpisałem różne dokumenty, najważniejsza była zgoda na leczenie. Wiem, że muszą mieć moją zgodę, chociaż sam prosiłem o przyjęcie, wydaje mi się to trochę dziwne.";*
- *„Często o postępach i rokowaniach mówi mi terapeuta, cała terapia ciągle to mówienie o terapii i rokowaniach.";*
- *„Przy wyjściu zielony dyplom i karteczka z dobrymi słowami od terapeutów.":*

- *„Wiem, jak długo będę przebywać w ośrodku. Jest bardzo dużo informacji na tablicy np. jakie kryteria przyznawania przywilejów, jakie przywileje na poszczególnych etapach.";*
- *„Byłem o wszystkim informowany, coś tam podpisałem, ale szczerze mówiąc tutaj nie przywiązujemy do tego takiej wagi. Na początku niewiele się pamięta. Najwięcej dowiadujemy się sami od siebie, a na początku głównie od opiekuna i na społeczności.".*

Informacja o prawach

Zazwyczaj pacjenci są informowani o swoich prawach podczas zapoznawania z regulaminem. Karta Praw Pacjenta na ogół jest dostępna – powieszona na tablicy bądź do wglądu np. w pomieszczeniu terapeutów.

Przykładowe wypowiedzi kadry

- *„Każdy jest informowany o swoich prawach. Nie jest to rejestrowane";*
- *„Karta praw pacjenta nie jest wywieszona, nie jesteśmy ZOZ";*
- *„Karta jest dostępna, mówi się pacjentom o ich prawach";*
- *„Nie ma wywieszonej karty praw pacjenta". (Z obserwacji prowadzącego badanie wynika, że jest.);*
- *„Nie wiem czy jest karta praw.";*
- *„Jest czytana razem z regulaminem. Chyba wisi u nas w terapeutyku."*

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

- *„Widział karteczkę, że jest coś takiego.";*
- *„Wisi na korytarzu.";*
- *„Tak jest zawieszona. Ktoś kiedyś wyczytał, jakiś nowicjusz, że można mieć znaki religijne i na społeczności zmieniono zakaz.";*
- *„Widziałem w Ośrodku Zdrowia.";*

- *„Chyba nie ma.”;*
- *„Kiedyś była na boazerii. Straż kazała zdjąć boazerię, to chyba, ją razem wynieśli.”.*
- *„Jest „Teczka Prawa”. Ja nie czytałem.”;*
- *„Czytałem te prawa, ale nie pamiętam.”.*

(Obserwacja prowadzącego badania: Kartę Praw pacjenta odnalazłem w salce telewizyjnej na stoliku. Wyglądała na używaną, ale wypowiedzi pacjentów tego nie potwierdzają).

Informacja o świecie zewnętrznym

W ośrodkach jest TV, Internet – pacjenci mogą korzystać zgodnie z zasadami określonymi w regulaminie, bez większych ograniczeń. Na pierwszych etapach zazwyczaj dostęp do prasy i Internetu jest kontrolowany pod kątem treści związanych z uzależnieniem i narkotykami. W niektórych ośrodkach pacjenci na wstępnych etapach sami nie mogą włączyć tv czy radia.

Przykładowe wypowiedzi kadry

- *„TV mogą oglądać w czasie wolnym bez ograniczeń, chyba, że ktoś ma zadanie nieoglądania przez jakiś czas gazety są „somowane” tzn. „SOM-ici” sprawdzają je pod kątem wyzwalaczy, jeśli jest jakieś zdjęcie, artykuł to go wycinają lub zamazują flamastrem. Podobnie jest z programami TV – „SOM-ici” decydują czy treści nie mają wyzwalaczy, jeśli tak przełączają na inny kanał. Niekiedy jest obowiązkowe zbiorowe oglądanie np. wiadomości jako element terapii, albo oglądanie filmu w ramach klubu DKF. Dostęp swobodny do Internetu mają monarowcy, wcześniej można korzystać w obecności terapeuty.”;*
- *„Dostęp do Internetu, gdy mają swoje komputery. Wtedy nie ingerujemy, nie cenzurujemy. Czasami dostęp do mediów ograniczamy, gdy sytuacja w*

grupie jest kryzysowa, gdy jest dużo agresji. Robimy wtedy „wyciszenia”.;

- *„Mają dostęp do prasy, książek, mogą oglądać filmy. Jeśli chodzi o media elektroniczne TV, DVD to jest osoba odpowiedzialna, która w każdej chwili może przerwać oglądanie – chodzi o treści, które mogą kojarzyć się z nałogiem. Raz dziennie o 12.00 wszyscy obowiązkowo oglądają wiadomości. Zakaz oglądania TV może być formą konsekwencji za przewinienie przez określony czas. Nie wolno słuchać „hip-hopu”;*
- *„Pacjenci mogą kupować sobie prasę, mają swobodny dostęp do TV w swoich pokojach oraz sali terapeutycznej. Z Internetu mogą korzystać w kawiarence internetowej, obowiązuje odrębny regulamin. Ograniczenia samodzielnego korzystania z Internetu ma nowicjat.”;*
- *„Nie ma ograniczeń w oglądaniu TV. Pacjenci sami przełączają na inną stację, gdy są sceny związane z nałogiem. Dostęp do Internetu jest poprzez nasze biuro, jeśli jest potrzeba skorzystania, to nie ma z tym problemu. W hostelu dostęp do Internetu jest nieograniczony. Prasa, książki – bez ograniczeń mogą mieć. Jest mała biblioteczka stworzona przez samych pacjentów. Nie ma jako konsekwencji zakazu oglądania TV.”;*
- *„Mają dostęp do radia i telewizji, odbiorniki są w domu, nawet mają w pokojach. Kiedyś mieli zakaz słuchania „toksycznej muzyki”, ale już nie obowiązuje. Z Internetu mogą korzystać w budynku administracji pod kontrolą kadry.*
- *„Ważny jest cel korzystania z Internetu, nie chcemy aby wchodzili na toksyczne strony, bądź kontaktowali się z toksycznymi znajomymi.”.*

<u>Przykładowe wypowiedzi pacjentów</u>

- *„Jest dostęp, o ile nie ma takiego dociążenia, że nie ma dostępu. Zdarza się, że cała społeczność ma dociążenie i przez tydzień nie włączają telewizora. Środa jest dniem wyciszenia, bez telewizji.”;*
- *„Ograniczenia za naruszenie zasad obowiązujących mogą mieć na wszystko. Ciach na Internet, ciach na telewizor, ciach na różne przyjemności.”;*

- *Możemy kupować gazety, ale SOM-ici ją „somują” i wyrywają toksyczne informacje, ewentualnie je zamazują mazakiem.”;*
- *„TV oglądamy w czasie wolnym. Możemy też posiadać w pokojach radioodbiorniki. Jeśli chodzi o Internet, to możemy korzystać za zgodą terapeuty a w hostelu mamy już swobodny dostęp.”.*

Podsumowanie

Wszystkie nasze źródła potwierdziły rzeczywistą troskę o to, by pacjent wiedział jak najwięcej na temat swojego stanu zdrowia, terapii, rokowań, a także by nie opuszczał ośrodka (nawet, gdy przerywa terapię) bez niezbędnych informacji o możliwościach pomocy poza ośrodkiem. Z dużą dozą pewności można stwierdzić, że jest to standard przestrzegany we wszystkich badanych ośrodkach.

W pierwszym okresie pobytu pacjenta w ośrodku wiele mówi się m.in. o prawach, jakie mu przysługują. Wydaje się jednak, że są to raczej informacje w kontekście uprawnień, przywilejów i ograniczeń, a nie praw człowieka.

Formalnie obowiązek informowania pacjentów o ich prawach jest zazwyczaj spełniony, w większości ośrodków Karta Praw Pacjenta jest dostępna. Jednak wiele symptomów wskazuje, że w ośrodkach nie przywiązuje się zbyt dużej wagi do rzeczywistej znajomości praw przez pacjentów.

Pomimo przeważających deklaracji, że dostęp do informacji nie podlega ograniczeniom ‘za karę’ albo w ramach jakichś działań dyscyplinujących, to jednak wydaje się, że łatwo i z błahych powodów właśnie TV i Internet są blokowane, np. ‘wyciszenia’ dla grupy, albo indywidualne dociążenia ‘zakaz TV przez dobę’.

Na porządku dziennym jest w ośrodkach cenzurowanie treści gazet i czasopism, a także przełączanie kanałów w TV, gdy pojawiają się treści uznawane za szkod-

liwe (tzw. wyzwalacze). O tym, co ma podlegać cenzurze decydują pacjenci ze służby ochrony.

W większości ośrodków ogranicza się pacjentom na wczesnym etapie terapii dostęp do Internetu. Korzystanie z niego jest możliwe np. tylko pod kontrolą i z wyłączeniem jakiegoś określonego zakresu treści.

Trudno nam zrozumieć obowiązujące w niektórych ośrodkach ograniczenia związane z dostępem do informacji, np. zakaz samodzielnego włączania telewizora przez pacjentów na początkowych etapach terapii. Wydaje się to raczej rodzajem szykany czy ubezwłasnowolnienia, niż uzasadnionego działania.

6.2 Ochrona przed poniżającym traktowaniem

Podstawy prawne

Prawo gwarantowane w art. 40 Konstytucji, art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (**dalej EKPC**), jak też w innych aktach międzynarodowych i ustawach krajowych, **ma charakter absolutny**. Warto przy tym pamiętać, że zgodnie ze standardem wypracowanym przez Europejski Trybunał Praw Człowieka, poniżające traktowanie powoduje u ofiary poczucie strachu i upodlenia – rezultatem może (ale nie musi) być uszczerbek fizyczny albo psychiczny. Nie jest przy tym wymagana umyślność działania, a do uznania, że traktowanie jest poniżające wystarczy wewnętrzne przekonanie ofiary, że jest poniżana (nie musi być to obiektywnie poniżające)[31]. Należy zatem unikać arbitralnych, choć z pozoru obiektywnych ocen, koncentrując się w zamian na próbie ustalenia rzeczywistego stosunku domniemanej ofiary do danego zachowania albo kary. W przypadku badanych placówek ma to fundamentalne znaczenie także przy ocenie stosowanych „konsekwencji" czy „dociążeń".

31 Patrz m.in. Valasinas przeciwko Litwie; wyr. ETPC z 27.07.2001 r. oraz Iwańczuk przeciwko Polsce; wyr. ETPC z 15.11.2001 r.

Prawo to oznacza nie tylko zakaz złego traktowania jednostki przez władzę ale jednocześnie zobowiązuje władzę do ochrony jednostki przed złym traktowaniem ze strony innych.

We wszystkich ośrodkach obowiązuje bezwzględny zakaz agresji, tak słownej, jak fizycznej. I zakaz ten jest egzekwowany tak przez kadrę ośrodka, jak i społeczność pacjentów. Agresja fizyczna zdarza się rzadko, słowna częściej. Ośrodki przyjmują różne sposoby reagowania na agresję. Najczęstszą reakcją na przemoc fizyczną jest wydalenie z ośrodka. Konflikty, utarczki słowne są rozwiązywane na spotkaniach społeczności, pacjenci otrzymują ostrzeżenia, ponoszą konsekwencje. Jednak i w takim wypadku pacjent stosujący agresję słowną może zostać wydalony.
Jako zupełnie sporadyczne podawane były przykłady agresji w stosunku do personelu.

Tak zwana „fala" (zjawisko układów, nieformalnych podziałów, wykorzystywania słabszych, młodszych stażem) występuje bardzo rzadko, wspominane były sporadyczne przykłady, chociaż nie negowano, że takie sytuacje się zdarzają.

Przykładowe wypowiedzi kadry

– *„Rzadko są przejawy agresji fizycznej, za to można być wypisanym. W ośrodku obowiązuje zakaz agresji fizycznej, słownej i autoagresji. W czasie gdy tu pracuję (2 lata) nie było przypadku agresji fizycznej. Słowne potyczki się zdarzają. Wszelkie konflikty są załatwiane na społeczności. Polega to na omówieniu tego co się stało, dociekaniu przyczyn i wyznaczeniu zadania osobom, które spowodowały konflikt np. „herbatka we dwoje" czyli przymuszenie skonfliktowanych osób do tego, by siadły razem i porozmawiały niekoniecznie już o konflikcie. Według mnie konflikty nie stanowią w ośrodku większego problemu. Stosujemy „żółte kartki" czyli ostrzeżenie o wypisie i to skutecznie hamuje konflikty.";*

- *„Nie spotkałam się z przemocą fizyczną, agresja słowna – tak. Pacjent dostaje ostrzeżenie, przy drugim – wylatuje. Na 20 osób z tego powodu wylatuje 1-2 osoby w ciągu terapii.";*
- *„Niewątpliwie zdarzają się konflikty na różnym tle, ale najczęściej są szybko zażegnywane na społeczności. Każdy w każdej chwili może uderzyć w dzwon, co oznacza interwencyjne zebranie się społeczności. Poza tym codziennie wieczorem jest spotkanie społeczności i podsumowanie dnia, gdzie wszelkie tego typu sprawy mogą być pomawiane. Bardzo rzadko dochodzi do agresji fizycznej. Jest to bardzo poważnie traktowane (Żółta kartka", co oznacza ostrzeżenie o wydaleniu). Agresja słowna zdarza się częściej np. ktoś komuś coś wziął (kawę, jakieś inne produkty, albo się źle odezwał itp.) Raczej nie ma zjawiska fali, a nawet jeśli jest to my nic o tym nie wiemy.";*
- *„Nasi pacjenci to nie z kółka różańcowego, są wśród nich ludzie głęboko zdemoralizowani, tacy, którzy mają za sobą konflikty z prawem, więzienie. Są różne konflikty, zdarzają się przejawy agresji, choć jak dotąd nie były skierowane przeciwko personelowi. Raczej rzadko dochodzi do poważnych spięć. Zawsze są omawiane na społeczności. Karą może być odebranie przywilejów, napisanie pracy, a zdarza się, że i rozwiązanie kontraktu – ostatni taki przypadek miał miejsce za zastraszanie innych pacjentów. Jednego z pacjentów inni obwiniali o „zastraszanie wzrokiem". Bronił się, twierdząc, że nic nie robi złego i nie jest jego winą, że ma taką gębę, która wzbudza strach. To potem trenowaliśmy z nim łagodność oblicza.";*
- *„Agresja występuje raczej rzadko choć czasami tak, to najczęściej agresja słowna, sporadycznie w stosunku do personelu. Na społeczności szukamy potem przyczyn takiego zachowania.";*
- *„Podziemie, fala, mieliśmy w zeszłym roku. Było to czuć nosem, jak się wchodziło do ośrodka. Trzy dziewczyny katowały słabszą i ta uciekła z ośrodka. Czasami intuicja zawodzi. Zostały ukarane : jedna została usunięta; druga przeniesiona; trzecia pozostała w placówce.".*

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

- *„Zdarzają się konflikty, wyraźna agresja, ale nie często, czuję to, ale nie czuję zagrożenia. To jest więzienna gadka, wywyższanie się, postawa jakby chcieli pokazać, że oni tu rządzą. Kiedy pojawiają się takie sygnały, społeczność reaguje.";*
- *„Są konflikty, są sytuacje na granicy agresji słownej „ton przekazu wysoki, podniesiony, agresywny", fizycznej agresji nie ma, przynajmniej „w moją stronę". Takie osoby, które są agresywne lub wprowadzają więzienne zwyczaje, zostają wyrzucone.";*
- *„Ja przeszedłem 6 miesięczną terapię w tym ośrodku i teraz jestem 3 tygodnie jako nawrotowy. Nigdy nie było poważnych konfliktów pomiędzy starymi a młodymi, chociaż młodsi raczej słuchają się starszych. Wcześniej byłem w Ośrodku w P. i uważam, że tam „Fala" była bardziej widoczna.";*
- *„Fali nie ma, ale gdy przyszłam tu na początku, to grupa kilku osób, którzy brali i potem byli za to wydaleni, mieli wpływ na młodszych, tzn. czuło się, że oni są starsi i mają jak gdyby więcej praw.";*
- *„Konflikty to nie częste zjawisko, czasami terapeuta na kogoś krzyknie. W przypadku kłótni piją wspólnie herbatę i mają obowiązek się dogadać. Ostrych przejawów agresji nie ma. Personel w przypadku kłótni bierze osoby na rozmowę, czasami omawiają na społecznościach pojawiające się problemy. Doraźnie ktoś dostaje „Kropkę" i ma dodatkową godzinę pracy.";*
- *„Rozmawiamy na społeczności i dochodzimy do porozumienia, terapeuci reagują w ten sposób, że wzywają społeczność i na społeczności to omawiamy. Nie ma jakiś nieformalnych podziałów wśród pacjentów.";*
- *Rozwiązujemy to na terapii indywidualnej albo na społeczności. Robimy np. takie półgodzinne herbatki, gdzie ludzie, którzy są w konflikcie siedzą ze sobą i rozmawiają przy herbacie.";*
- *„Na społeczności jest rozmowa. Jestem tu od miesiąca i może ze trzy razy była jakaś agresja słowna między pacjentami.";*
- *„Dzwonimy na społeczność, rozmawiamy o tym, jak rozwiązać taką sytuację.*

Zdarzają się tutaj jakieś drobne sprzeczki, ale nie często.";

- *„Jak tylko społeczność namierzy „falę", to rozbija, np. przez pracę. Chodzi o przydzielenie do tych samych prac, albo wręcz obarczenie cięższą pracą tych, którzy „wyżywają się na innych". Właśnie wczoraj utraciłem na ok. dwa tygodnie status domownika bo „źle się odezwałem" do nowicjusza. Utraciłem tym samym wszystkie przywileje domownika, w tym telefon komórkowy, samodzielny dostęp do TV, komputera, nie mogę też pełnić żadnych funkcji, mam tylko wykonywać „zadaniówki". Ja nie czuję się lepszy, że jestem tu 6 miesięcy, a on dwa to jest gorszy.";*
- *„Wewnętrznych struktur, które by wymuszały coś wśród pacjentów nie ma, ale są różne układy pomiędzy pacjentami. Czasami zmawiają się na „łamanie regulaminu", np. obijają się w pracy, piją czaj, odbierają brudne łazienki.";*
- *„Nie wszyscy przestrzegają reguł, nie jesteśmy kryształowi, można wewnętrznie sobie odpuszczać ale to zmienia człowieka: zawiesza się, robi się „gapiowaty", ludzie pękają."*
- *„Nie ma takiej opcji (fala), jakby była, to byśmy zrobili z tym porządek na społeczności.";*
- *„Jest fala, bo pacjenci kierują się swoimi sympatiami w głosowaniach, a nowe osoby kierują się głosami starszych. Są konflikty między osobami o różnym stażu, Nowi dostają gorsze prace, np. czyszczą szczoteczkami do zębów fugi w łazienkach.".*

W większości ośrodków pacjenci naruszający zasady określone regulaminami spotykają się z reakcją społeczności, kadry ośrodka. Reakcje te nie są traktowane jako kary lecz jako oddziaływanie terapeutyczne. Nazywane bywają konsekwencjami, dociążeniami.

W większości ośrodków nie ma jednoznacznego formalnego katalogu konsekwencji. Jednak są pewne dociążenia tradycyjnie stosowane za różne przewinienia. Są też ośrodki, które posiadają katalog dociążeń.

Konsekwencje najczęściej określa i nakłada społeczność. Czasem robią to terapeuci bądź funkcyjni, czy członkowie zarządu społeczności.

Terapeuci mają prawo weta do zaproponowanego dociążenia, zwracają uwagę by dociążenia nie naruszały godności lub nie były zbyt drastyczne. Weto jest stosowane bardzo rzadko, częściej terapeuci negocjują ze społecznością proponując np. powtórne rozpatrzenie sprawy.
Pacjenci na ogół mają prawo odwoływać się od nałożonego dociążenia, przekonywać społeczność do swojej racji.

Pacjenci przebywając w ośrodku zazwyczaj uznają stosowanie konsekwencji za uzasadnione. Uważają, że one wspierają terapię, są jej ważnym elementem. Natomiast byli pacjenci mają do dociążeń większy dystans, niektóre uważają za bezsensowne.

Przykładowe wypowiedzi kadry

- *„Dociążenia są wzmocnieniami pozytywnymi i negatywnymi, „to taka behaviorka". Społeczność ustala „Księgę zasad i ustaleń", która co roku jest nowelizowana.(stanowczo odmówił skserowania tego, nie życzy sobie rozpowszechniania tych zapisów). Generalnie zasada jest taka, że jeśli ustalenia społeczności nie uwłaczają godności, nie godzą w prawa pacjenta, to akceptujemy takie dociążenia.";*
- *„Grupa ma swoje ustalenia. Są konsekwencje – dociążenia. Np. „5" – przebiegnięcie 5 długości od bramy do parkingu za spóźnienie, za bałagan. „10", „15", godzina pracy, zakaz wyjść przyjemnościowych. Czasem proponują rzeczy drastyczne, wtedy terapeuci nie zgadzają się. Ukarany może odwołać się do społeczności. A jeśli nie realizuje kary to dostaje „ostrzeżenie terapeutyczne", następne wiąże się z rozwiązaniem kontraktu. Dociążenia są rejestrowane w księdze raportów i w zeszycie dociążeń: „dostał za to, wykonał". „Egzekutor" przygotowuje raporty o dociążeniach.";*

- *„Dzielimy dociążenia, które nazywamy konsekwencjami na terapeutyczne (np. napisz esej o złości, czy agresji, prowadzenie dzienniczka uczuć, opowiadanie komuś cały dzień o swoich odczuciach) i inne (najczęściej dodatkowa praca przez 1 godz. w czasie wolnym, pompki, bieg, zakaz palenia przez dobę lub określoną ilość papierosów dziennie, zakaz korzystania z siłowni, lub nieoglądanie TV). O dociążeniach decyduje społeczność. Terapeuta, który zawsze jest obecny na społeczności ma prawo weta. Ja mogę zmienić każdą decyzję społeczności, ale w praktyce tego nie robię, nie było takich powodów. Uczuliłam terapeutów i uczulam na to także pacjentów by nie stosować konsekwencji stygmatyzujących, upodlających człowieka.";*
- *„Trudno mówić o karach i nagrodach. Raczej mówimy o przywilejach i konsekwencjach, ponieważ to ma znaczenie terapeutyczne. Zarówno przywileje jak i konsekwencje są odnotowywane w zeszycie społeczności. Pacjenci mogą się poskarżyć do mnie jeśli uważają jakąś konsekwencję za niesprawiedliwą. Ja mam prawo veta, ale bardzo rzadko je stosuję. Dbam bardzo aby nie było konsekwencji poniżających, stygmatyzujących. Terapeuci też są na to wyczuleni.";*
- *„Najczęściej pacjenci są karani za naruszenie zasad obowiązujących w ośrodku. Za najcięższe przewinienie uznaje się naruszenie abstynencji: alkoholowej, narkotykowej, seksualnej. Za złamanie abstynencji grozi „wywalenie z ośrodka". Czasami mogą pacjenta uratować okoliczności łagodzące, do których zaliczane są: okres nowicjatu (mniejsza odpowiedzialność), wcześniejsze nienaganne zachowanie, osobiste poważne problemy. Inne przykładowe kary to: drelich (związany z większą ilością pracy, gorszą pracą, siedzeniem na podłodze, ograniczeniem przyjemności), gorsza praca, dłuższy czas pracy, wspólne dyżury w kuchni, wspólne wykonanie jakiejś pracy, dozór SOM i Zarządu. Kary są uznaniowe, nie ma stałego katalogu kar, to jest płynne. Nie dowalamy, bo dowalamy, zwracamy uwagę na to, co to ma dać człowiekowi.";*
- *„Część dociążeń jest określona w takiej „Księdze zasad i ustaleń". Najczęściej to jest bieganie, pompki, brzuszki np. za przekleństwa, za pozostawiony*

kubek, za brudną bieliznę. Jeden z pacjentów pełni funkcję „Egzekutora", trzeba mu donieść na tego, kto łamie zasady. Codziennie rano „Higienista" sprawdza stan czystości w pokojach i w szafkach, za uchybienia też są konsekwencje. No i w trudnych przypadkach jest kara „drelichy". Pacjent ubiera wtedy taki drelichowy ubiór i musi w tym chodzić przez określony czas. Wtedy też są cofnięte przywileje, np. nie wychodzi na zewnątrz. W pierwszym tygodniu pobytu więcej wolno bez konsekwencji.";

- *„Kary – dociążenia są uznaniowe, najczęściej tradycyjne, społeczność może wymyślać nowe, „jak są ciekawe". Czasami społeczność hamuje zapędy okrutnych pomysłów. Nie ma stałego katalogu dociążeń. Dociążenia są zapisywane w zeszytach i nadzorowane przez egzekutora.";*
- *Przykładowe dociążenia: drelich; herbatka z kimś; karne dyżury; sprzątanie w niedzielę; kropki (dodatkowe godziny pracy), gorsza praca; zakaz wyjścia do sklepu; zakaz komórki ,;pierwsi do wszystkiego"(tzn. do każdej pracy).";*
- *„Stosowane są też kary zbiorowe, np. „zginęły pieniądze – ośrodek cały był w drelichu.";*
- *„Jeśli chodzi o konsekwencje, to przyznawane są one za naruszenie zasad pobytu w ośrodku. Mogą to być np.:*
    - *wypis karny (za poważne naruszenia agresja fizyczna, złamanie abstynencji, kradzież pieniędzy,);*
    - *dodatkowe prace porządkowe przez 1 godzinę;*
    - *zakaz wychodzenia poza ośrodek przez określony czas pomimo, że ma przywilej wychodzenia;*
    - *napisanie jakiegoś referatu np. o swoim zachowaniu i przedstawienie go na społeczności;*
    - *przygotowanie jakiegoś skeczu, teatrzyku, upieczenie ciasta itp.;*
    - *praca z osobą z którą się pokłócił;*
    - *żółta kartka (to ostrzeżenie, że ma zmienić swoje zachowanie), musi się bardzo starać by zatrzeć tą kartkę;*
    - *jakieś konsekwencje fizyczne, ale one są rzadkie np.: jeśli ktoś nie uczestniczy aktywnie w zajęciach sportowych, „olewa" je to może*

dostać jakieś pompki, bieg, przysiady;

- *zakaz kontaktów z określoną osobą – dotyczy to osób, które za bardzo zbliżyły się do siebie w kontaktach osobistych.";*

– *„Zarówno przywileje jak i konsekwencje odnotowywane są w dokumentacji indywidualnej pacjenta (raporty dyżurowe) a także w zeszycie społeczności, która podejmuje decyzje.";*

– *„O dociążeniach decyduje społeczność. Osoby funkcyjne mogą dać samodzielnie dociążenie za złe zachowanie - 1 godzinę pracy dodatkowej - a potem się to zgłasza na społeczności.";*

– *„Nie ma klasycznego systemu nagród i kar, czy też dociążeń albo konsekwencji. Funkcjonuje jedynie system „3 ostrzeżeń" – po trzecim ostrzeżeniu pacjent jest usuwany z ośrodka. kierowniczka nie przypomina sobie przypadku, żeby ktoś zebrał trzy ostrzeżenia.";*

– *„Zaczynaliśmy ośrodek bez dociążeń, ale to się nie sprawdziło, muszą być konsekwencje. Rejestr dociążeń prowadzi w zeszycie Egzekutor. Pacjenci bardzo rzadko protestują przeciw dociążeniom. Kadra ingeruje w decyzje o dociążeniach, gdy są poniżające, np. czasem chcą winowajcy zawiesić kartkę na szyi z jakimś obelżywym napisem.".*

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

– *„Są dociążenia za niewpisanie się do zeszytu, za brudne skarpetki, za suchą bieliznę zostawiona na kaloryferze. Zwykle to np. „10 koła" wokół ośrodka, „5 koła" i zamienniki – 1 koło to 15 pompek, 30 brzuszków, przysiadów. Czasami społeczność wymyśla sama, np. pościelić łóżko i przeczytać bajkę. Jest też kara – „drelichy" za palenie, za wchodzenie w układy, za agresję słowną. To jest 3, 7 albo 10 dni, cisza nocna wtedy jest już o 20.30. Potem się omawia, społeczność głosuje, czy wystarczy, czy przedłużyć.";*

– *„Są dociążenia, ale to jest normalne, bo jak jest jakiś regulamin, to trzeba go przestrzegać. Nie ma takich dociążeń, żeby nie można im było podołać. Dociążenia przyznaje społeczność i są zapisywane w zeszycie społeczności.*

Nie ma dociążeń polegających na zakazie udziału w jakiś zajęciach.";

- *„Są kary, najczęściej bieganie. Ale też że jeden drugiemu herbatę robi przez dwa dni. Albo fugi pod prysznicem wyczyścić szczoteczką. Nikt się temu nie sprzeciwia.";*
- *„Przywileje są odbierane automatycznie, dociążenia za pierdoły, za niezgaszone światło, za kubek, zostawione jedzenie, pompki za przekleństwo. Może być zakaz wyjść przyjemnościowych, zakaz wydania telefonu na weekend. Ja miałam „5" za to, że zmiotkę zostawiłam i „15" za to, że telefonowałam po ciszy nocnej.";*
- *„Część osób „się zaburza", ja nie. W „monarach" się kopało doły i jakoś się przeżyło, wiadomo, że można się pozłościć, ale to przez chwilę tylko, to ma znaczenie dla terapii, żeby nie powtarzać tych starych schematów. Dociążenia, które dostałem, były karą za manipulację, za niegaszenie światła, zostawianie szczotki, za błahostki.";*
- *„Dociążenia dostaje się za pozostawiony kubek, za niezgaszone światło, za spóźnienie. Można dostać ostrzeżenie terapeutyczne za agresję słowną. Ja sam miałem takie ostrzeżenie, bo „„robiłem wstrzyki komuś", tzn. ubliżyłem w białych rękawiczkach.";*
- *„Uważam, że dociążenia mają sens. Nie traktuję tego jako kary. Uważam, że jeśli są określone zasady to trzeba ich przestrzegać a jak nie to ponosi się za to konsekwencje. Nie bardzo wiem do kogo mogłabym się poskarżyć. Jeśli bym miała taką potrzebę, to wtedy bym szukała do kogo. Można ze wszystkim zgłosić się do terapeuty lub kierowniczki, ale z tego nie korzystałam. Nie lubię dociążeń o charakterze fizycznym, bo są niekiedy bardzo męczące np. 50 lub 100 pompek. Są dociążenia stałe np. za przekleństwo 50 pompek.";*
- *„Najgorsza jest „dycha z okinawą" (robi się przysiad, podskok i pompkę, potem 2 przysiady, 2 podskoki i 2 pompki i tak do dziesięciu a potem od 10 do 1). „Afirmacja" – 100 razy np. pisze się na kartce będę pamiętał o…; „Dzień mnicha" – przez cały dzień zakaz odzywania się, ma się milczeć. Polecenia są od funkcyjnego – on określa polecenia i trzeba je wykonać np. posprzątać dodatkowe łazienki, zrobić porządki w jakimś miejscu. Dociążenia*

daje zawsze społeczność. Niekiedy dociążenia są wymyślane pod pacjenta. Np. jeśli jest wstydliwy, to daje mu się obowiązek zaśpiewania piosenki na społeczności. Według mnie dociążenia są za słabe, powinny być takie, żeby pacjent je zapamiętał do końca życia.";

- *„W tym ośrodku nie ma trudnych dociążeń i nie jest ich zbyt wiele. W Monarze to wszystko jest oparte na dociążeniach, tam to uczą prania, sprzątania, fizycznych wygibasów i pracy a nie leczą.";*
- *„W czasie całego pobytu są przywileje i dociążenia. Dociążeń nie traktuję jako kar tylko jako sposobu na zmianę naszych postaw. Wiadomo, że jeśli są zasady, to trzeba ich przestrzegać a jeśli się ich nie przestrzega to się ponosi konsekwencje. Tak samo jest z narkotykami, trzeba się trzymać zasad, bo jak nie to się wróci do nałogu. Przywileje i dociążenia są na społeczności. Nad wykonaniem dociążeń czuwa „egzekutor" – to funkcja, ten człowiek sprawdza czy dociążenie zostało wykonane i czy dobrze.";*
- *„Straciłam przywileje II etapu i cofnęłam się do etapu wstępnego, bo zataiłam, iż wiem o kilku osobach, które biorą w ośrodku. Uważam, że to było ok. To moja wina, że o tym nie poinformowałam.";*
- *„Uważam, że dociążenia są za słabe. Powinny być bardziej rygorystyczne, by zapamiętać je na całe życie.";*
- *„Ciągle brak wolnego czasu, nie ma go na nic, to jak dociążenie. Dociążenia - wolna amerykanka, ktoś ze społeczności wymyśla i cała reszta decyduje. Wychowawca może postawić weto. Nawet jeśli pacjent się nie zgadza – musi wykonać. Nawet jeśli nie ma siły. Weto bardzo rzadko. Pomysły są schematyczne, rzadko nowe, bzdura. Pomagają wyjechać donikąd, na dno. Mnie nic nie dały, innym też. Np. mycie, bieganie niczego nie nauczy.";*
- *„Ocena dociążeń zależy od tego czy ono czemuś służy czy na złość. Na przykład drelich ma być wyprasowany w kant przed posiłkami, a na to nie ma czasu. To bez sensu. Tak kiedyś było, obecnie społeczność to zmieniła i takiego dociążenia już nie ma.";*
- *„Ja jestem pacjentem z dużym stażem W czasie swojego pobytu miałem sporo różnych dociążeń, ale nie mam za to pretensji, na wszystkie zasłużyłem.*

Po prostu jak jest jakiś regulamin to trzeba go przestrzegać inaczej byłby wielki bałagan. Najcięższe jakie miałem to żółta kartka za przepychanki z innym pacjentem. Wszyscy wiedzą za co można dostać dociążenie. Decyduje o tym społeczność.";

– *„To jest przedszkole w stosunku do Monar-u. Tutaj są tylko lekkie prace, jakieś sprzątania, porządki, drobne naprawy. W Monarze np. musiałam biec 10 km. przed pobudką, rąbać drewno 36 godzin, czy budować głupie igloo z ciężkiego śniegu przez kilkanaście godzin.";*
– *„Chodzi o to, że ponosi się w życiu konsekwencje. „5" to 100 pompek, albo ½ godziny pracy, albo obiegać jakiś teren, np. za zostawienie kubka. „10" to 200 pompek lub przysiady, godzina pracy „za zaniedbania na funkcji", „15" to 300 pompek albo 1 ½ godziny pracy np. za spóźnienie na gimnastykę „bądź złamanie ciszy nocnej". Mogą też być inne dociążenia, np. jak jeden zapomniał klucze, to musiał je nosić na szyi. Za poważne naruszenia są „drelichy", praca i trzeba się wykazać.".*

Podsumowanie

Dociążenia – konsekwencje to jakieś środki wychowawcze, ewentualnie kary. Na pewno nie postępowanie medyczne czy terapeutyczne.
Z rozmów z niektórymi pacjentami można odnieść wrażenie, że cała uwaga pacjenta skupiona jest nieustannie na ochronie przed 'dociążeniami', które grożą za najdrobniejsze naruszenie zasad. A więc ośrodek wymusza absolutne, całkowite podporządkowanie się, eliminuje jakiekolwiek ślady indywidualności. Po co? Szkodzą terapii? Odwracają uwagę pacjenta od terapii? Czy też raczej utrudniają zarządzanie grupą, utrzymanie względnego porządku wśród pacjentów.

Kodyfikacja dociążeń

Zazwyczaj każdy doskonale wie, czego się może spodziewać za jakieś wykroczenie poza obowiązujące reguły. Te wykroczenia wynikają z:

1. emocji – np. przekleństwa, agresja
2. braku uwagi, przeoczenia, zapomnienia – np. zostawienie światła, kubka
3. zaniedbania nałożonych obowiązków, niewłaściwego wywiązywania się z pełnionej funkcji – np. wymigiwanie się od pracy
4. świadomego naruszenia zakazów, np. rozmowa telefoniczna w czasie ciszy nocnej.

Nie umiemy znaleźć żadnych przykładów, które wiązałyby jakkolwiek kwestię dociążeń z celem pobytu w ośrodku, z uzależnieniem, z leczeniem, z postępowaniem terapeutycznym, z procedurą medyczną. Dociążenia są raczej środkiem wychowawczym nierzadko represyjnym niż terapeutycznym. Z drugiej strony rozumiemy, że pewne normy np. zakaz agresji i konsekwencje za naruszenie zakazu w tego typu placówkach są niezbędne.

System dociążeń istnieje – rzec można – w 'tradycji ustnej'. Chodzi zarówno o jakiś wykaz, listę przewinień, za które można dostać dociążenie, jak też o wykaz samych 'konsekwencji'. Nawet w tych ośrodkach, gdzie istnieje jakiś dokument pisany w tej kwestii, np. *„Księga zasad i ustaleń"*, 'dociążenia' określane są w nim jakimiś oksymoronami typu 'drelich', '5,10,15'. Przy czym te same nazwy oznaczają w różnych ośrodkach co innego. Trudno jest zdobyć takie dokumenty, bo nie udostępnia się ich obcym, jak gdyby to była jakaś tajemnica. Trudno wszakże uznać, że to tajemnica medyczna, czy tajemnica terapii. Raczej można sądzić, że informacje takie nie są nadmiernie eksponowane lub nawet bywają ukrywane z obawy, że postawią ośrodek w złym świetle, a więc z jakąś tam świadomością, że dociążenia to jednak kwestia wątpliwa i nie całkiem w porządku.

Ciekawe jest to, że pacjenci przyjmują ten system jako coś oczywistego, klarownego, porządkującego rzeczywistość i korzystnego dla ich terapii. Prawie nie ma głosów podważających sens dociążeń czy wskazujących na ich upokarzający i poniżający charakter. Inaczej widzą to pacjenci po wyjściu z ośrodka. Wskazują wtedy na absurdalny charakter dociążeń, brak związku z terapią, brak celowości i sensu w wykonywaniu kar.

Niektórzy pacjenci porównują dociążenia w różnych ośrodkach, albo w różnych „epokach" – to wielogodzinne kopanie rowów czy zakopywanie zapałki w dole metr na metr - kiedyś. Obecnie stosowane dociążenia uważają generalnie za znośne, są tacy co twierdzą, że nawet potrzebne.

6.3 Prawo do prywatności

Podstawy prawne

Prawo do prywatności (art. 47 Konstytucji; art. 8 EKPC) w jednostkach izolacyjnych doznaje z natury rzeczy szeregu ograniczeń. Ogólne sformułowania Konstytucji, Konwencji czy ustaw, w praktyce precyzowane są w regulaminach porządkowych placówek. W tych właśnie dokumentach określone są często procedury jakim podlegają np. spotkania z rodziną (bliskimi), kwestie dozwolonych rzeczy osobistych, jakie wolno posiadać, czy wreszcie procedury przeszukania osoby i pomieszczenia, w którym przebywa (zamieszkuje).

Z uwagi na specyfikę ośrodków (generalnie dobrowolny charakter pobytu pacjentów), nie sposób w tym miejscu wskazać standard płynący choćby z orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w odniesieniu np. do przeszukania czy zakresu kontroli. Nie ulega wątpliwości, że czynności takie nie mogą naruszać godności osoby, ani stanowić arbitralnego działania, nie podyktowanego konkretnym celem. Brak jednak jasnych reguł interpretacyjnych, dzięki którym można by pokusić się o stworzenie wskazówek np. w zakresie częstotliwości i intensywności tych kontroli. Należy mieć bowiem na względzie zarówno charakter uzależnienia, jak i samych substancji, które są stosunkowo łatwe do ukrycia.

Warto w końcu wskazać na jeszcze jeden aspekt prawa do prywatności, a zatem obowiązku ujawniania informacji dotyczących własnej osoby. Należy mieć tu na względzie przede wszystkim przepis art. 51 ust. 1 Konstytucji, jak również od-

powiednie postanowienia ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta[32]. Obowiązek taki może wynikać jedynie z ustawy (a nie np. regulaminu porządkowego, chyba że jest on spełnieniem dyspozycji przepisu ustawowego i mieści się w jej ramach).

Zasady obowiązujące w ośrodku nakładają na pacjentów wiele ograniczeń w korzystaniu z tego prawa. Rodzaje ograniczeń związane są z regułami danego ośrodka, etapem terapii, na którym znajduje się pacjent .Są ograniczenia stosowane w większości ośrodków ale też specyficzne dla danego ośrodka.
Do najczęstszych ograniczeń należą:
- zakaz kontaktów seksualnych a nawet bliskich, osobistych relacji z innymi pacjentami
- zakaz kontaktów ze światem zewnętrznym (szczególnie w pierwszych etapach leczenia)
- zakaz posiadania pewnych przedmiotów.
Ograniczeniem prywatności jest też niewątpliwie konieczność mówienia o sobie i swoich problemach na spotkaniach społeczności.

Za niepodporządkowywanie się ograniczeniom stosowane są dociążenia, konsekwencje.
Przychodząc do ośrodka pacjent zgadza się na te ograniczenia i kontrole ich przestrzegania, łącznie z rygorystyczną kontrolą osobistą (patrz rozdział o przyjęciu do ośrodka).

Posiadanie przedmiotów, wygląd zewnętrzny

Przykładowe wypowiedzi, kadry

– *„Pacjenci regulują sami zasady ubioru, jest dowolność. Czasami tylko kadra prosi kobiety, żeby swoim wyglądem, strojem nie prowokowały niepo-*

32 Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 z późn. zm.

żądanych zachowań facetów. Pacjenci nie mogą tutaj robić sobie kolczyków i tatuaży."

- *„Zakaz dotyczy posiadania alkoholu, leków, broni, noży, rzeczy niebezpiecznych, symboli związanych z uzależnieniem, np. lufki. SOS sprawdza listy i paczki. Nie kontrolujemy treści zdjęć."*
- *„Przywileje są ograniczone w okresie adaptacyjnym. Przez cały czas pobytu pacjenci nie mogą się tatuować – z uwagi na zakaz autoagresji, niebezpieczeństwa związane z tymi zabiegami, jak też „ochronę" finansów pacjentów. Z pozostałych ograniczeń istotne jest niemożność samodzielnego wychodzenia z ośrodka (bez swoistego „opiekuna" czyli kogoś z dłuższym stażem w ośrodku i posiadającego prawo głosu) w okresie adaptacyjnym. Nie mogą też podpisywać umów na abonament (zwłaszcza u operatorów telefonii komórkowej), co stanowi ochronę przed zadłużaniem się."*
- *„W zasadzie te ograniczenia są niewielkie. Zabraniam pacjentom golić głowy na łyso. (często wychodzimy poza teren ośrodka i nie chcę aby miejscowa ludność się nas bała). Dziewczyny mogą mieć ozdoby, makijaż, nie mogą jednak się malować czy ubierać wyzywająco. Pacjenci nie mogą mieć przy sobie wód toaletowych bez atomizera, gumy do żucia, napojów energetyzujących, oczywiście alkoholu, telefonów komórkowych (w 6 miesiącu mogą mieć tylko w dzień) Największe ograniczenia są w 1 miesiącu pobytu, głównie chodzi o ograniczenie kontaktu z bliskimi. Uzasadnieniem terapeutycznym jest oderwanie pacjenta od poprzedniego środowiska, włączenie go w funkcjonowanie grupy."*
- *Każdy ma swoją szafkę, gdzie przechowują swoje prywatne rzeczy. Jeśli chcą mogą coś oddać do depozytu, najczęściej oddają pieniądze, jakąś biżuterię.*
- *„Ubierają się swobodnie, nie ma żadnych ograniczeń poza tym, że nie wolno nosić żadnych symboli narkotyków i ogólnie używek i np. swastyk. Obowiązuje zasada schludności. W nowicjacie mają zakaz noszenia biżuterii (na stałe montowanych kolczyków nie zdejmują) i makijażu."*
- *„Podchodzimy do tego bardzo liberalnie. W zakresie ubioru, wyglądu zewnętrznego nie wprowadzamy żadnych ograniczeń. Jeśli ktoś wygląda*

bardzo wyzywająco to zwracamy mu uwagę i to wystarcza."

- *„Jedynie przedmioty wartościowe, głównie pieniądze trzymają w kasetce. Pozostałe mają przy sobie w szafkach. Telefony komórkowe mogą mieć od 4 miesiąca pobytu."*
- *„W ramach kary – drelich (nowicjusze NIE chodzą w drelichach), nie można się strzyc na łyso („bo jak idą na przykład do lekarza do C., to żeby nie wyglądali jak bandyci"), jeśli jakaś kobieta ubiera się skąpo – rozmowa indywidualna z terapeutą."*
- *„Wygląd zewnętrzny oceniamy w zakresie higieny osobistej, nie ma szczególnych ograniczeń co do makijażu, ozdób, odzieży. Nie ma zakazów. Mogą posiadać rzeczy osobiste w pokojach np. telewizory, komórki. Jest depozyt."*
- *„Na pierwszym etapie leczenia (nowicjusz) jest zakaz malowania, kolczyków w uszach i innych miejscach, wyzywających fryzur, tatuaży, itp. Kolczyki są zdejmowane, za wyjątkiem sytuacji, jeśli ktoś przychodzi z kolczykiem zamontowanym na stałe i nie można go usunąć bez ingerencji chirurgicznej. Odzież swobodna, tylko bez znaków nawiązujących swoją treścią do używek, przemocy itp. Na późniejszych etapach jest swoboda dotycząca wyglądu zewnętrznego, chyba że terapeuta stwierdzi, że w indywidualnym przypadku potrzebne są jakieś ograniczenia ze względów terapeutycznych, bądź higienicznych."*
- *„Nowicjusze nie mogą nosić ozdób. Ubiór może być dowolny ale nie wyzywający. Nie ma zakazu stosowania makijażu.";*
- *„Pacjenci mogą mieć rzeczy osobiste, zdjęcia, listy (listów nikt nie czyta, pacjent sam powinien wyjawić, jeśli w liście były tzw. wyzwalacze), jakieś pamiątki. Patrzymy jedynie czy nie mają tzw. wyzwalaczy np. zdjęcia z alkoholem, albo strzykawką itp. Takie rzeczy odbieramy.";*
- *„Pacjenci mogą mieć wszystko, poza przedmiotami ostrymi i lekami. Telefony komórkowe są w depozycie, pacjenci dostają je na weekend."*
- *„Praktycznie co dotyczy makijażu i ozdób, to nie ma ograniczeń. Odzież podobnie, z wyjątkiem tego, że nie powinna mieć emblematów alkoholu*

np.”Lech” albo „liści marychy.”;

- *„Czasami, gdy ktoś cały czas chodzi ubrany na czarno, to prosimy go o zmianę tych mrocznych barw, ale nic na siłę. Społeczność kiedyś nakazała taką zmianę.”*
- *Nie mogą też mieć swoich komputerów – te mogą mieć na etapie hostelu. Oczywiście alkoholu, narkotyków, leków. Od czasu do czasu robimy kontrole, przeszukania rzeczy osobistych.*
- *Rzeczy trzymają w pokoju, nie wolno im mieć leków, środków psychoaktywnych, przy przyjęciu są kontrolowane rzeczy pacjentów (robi to SOM z terapeutami).*
- *Zdać trzeba leki psychotropowe, plakaty, koszulki z napisami zachęcającymi do złamania abstynencji tzw. wyzwalacze. Nie są przeszukiwani na przyjęciu.*
- *Nie ma szczególnych ograniczeń co do stroju. Wszystko można mieć, co nie narusza abstynencji. Jeżeli ktoś chce zostawić pieniądze, to jest depozyt. Nie są rewidowani.*
- *Na ograniczenia związane z życiem prywatnym pacjenci i ich rodzice (opiekunowie) wyrażają zgodę na piśmie podczas przyjęcia do placówki, podpisując stosowne dokumenty.*

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

- *„Mam swoje książki, ubrania, zabawki dla dzieci.”;*
- *„Nie ma żadnych ograniczeń, to jest kwestia osobistej kultury. Można „wyjść ze sprawą”, jeśli ktoś śmierdzi, nie myje się. To jest załatwiane przez nas.”;*
- *„Nie ma żadnych ograniczeń, poza środkami psychoaktywnymi, nie wolno mieć też leków ani dopalaczy.”;*
- *„Nie można się obciąć krócej niż na 3 milimetry (bo kojarzy się z kryminałem), nie nosimy ozdób, chyba że są związane z religią, to możemy.”;*
- *„W nowicjacie nie można ozdób nosić i nie można się malować. Trzeba też się golić. Chodzi o to, żeby dbać o higienę.”*
- *„Nowicjusz nie może farbować włosów i się malować, nie można nosić*

biżuterii, nie można obciąć się na łyso.";

- *„Nie można nosić bluz z napisami z przeszłości, czy rysunkami, np. trawki. Nie można nosić narkomańskich rzeczy, jamajskich rysunków, nie można robić irokeza.";*
- *„W nowicjacie trzeba się golić codziennie albo co drugi dzień, kontrolowana jest czystość, nie można nosić biżuterii (chyba, że symbole religijne), a dziewczyny nie mogą się malować. Chodzi tu o pracę nad pokorą, o to aby umieć zrezygnować z czegoś na rzecz terapii.";*
- *„Nowicjusz ma być ogolony, nie może mieć brody, biżuterię i makijaż można mieć dopiero od domownika. Nie można nosić ubioru związanego z narkotykami (flaga Etiopii, Jamajki), nie można się golić na łyso.";*
- *„Paczki możemy dostawać raz na trzy tygodnie. Paczki są sprawdzane przez ochronę. I wszystkim, co nie jest zabronione możemy dysponować. Również w czasie odwiedzin rodziny możemy od nich otrzymywać różne rzeczy, produkty.";*
- *„Nie narzekam na ograniczenia, nawet ten pierwszy miesiąc nie jest taki zły. Jest to bardzo liberalny ośrodek, nie ma głupich ograniczeń np. zakazu picia kawy, czy palenia papierosów.";*
- *„Nie można mieć: tabletek, noży, telefonów komórkowych (mój został schowany w depozycie, zostanie wydany po zarządzie). Kontrole rzeczy osobistych robi SOM. Ja swoje rzeczy mam w mojej szafce w pokoju.";*
- *„Rzeczy mam w swojej szafce, w pokoju. Nie mogę mieć rzeczy na alkoholu, zdjęć z piwem, telefonu komórkowego. SOM sprawdza rzeczy, zawsze robią to w dwójkę, przy właścicielu. Przejrzeć mogą wszystko.";*
- *„Nie odczułem ograniczeń, nie ma zaleceń innych jak higiena osobista. Obecnie jest jedna para, ma swój pokój. Bywam prześmiewany z powodów religijnych. Jedyny chodzę do kościoła. Nie ma cenzury.";*
- *„Można nosić wszystko, ale od domownika. Na początku zdejmują kolczyki, chyba, że są mocowane „na stałe". Nie wolno nosić pewnych symboli, np. swastyki, lub liści „zioła". Jeżeli ktoś swoim wyglądem coś mocno manifestuje, to terapeuci z nim rozmawiają. Nie ma jednak przymusu noszenia, lub*

nienoszenia czegoś. Fryzury dowolne.";

- *„Nie można mieć włosów na żel i nosić biżuterii. Nie można też farbować włosów.";*
- *„Jest zakaz posiadania pornografii." (Komentarz prowadzącego badania: pacjent koniecznie jeszcze chce dodać, że poważnym ograniczeniem prywatności jest – jego zdaniem – możliwość tylko jednego prania dziennie w pralce automatycznej. Pełni funkcję „pralkowego", to on decyduje, co będzie prane danego dnia: „Będę sobie dzielił prania i takie różne głupoty". Wynikałoby z tego, że jest zadowolony z tego „ograniczenia prywatności".)*

Kontakty osobiste, relacje intymne

Przykładowe wypowiedzi kadry

- *„Obowiązuje abstynencja seksualna. Zgodę na wspólne mieszkanie z partnerem można uzyskać od społeczności, po dłuższym pobycie i obserwacji. Nawet przychodzące „pary" to przechodzą. Przyczyna, to zapobieżenie prostytucji („większość osób tutaj przychodzi z doświadczeniami"), zachowanie zasad i obawy przed chorobami.";*
- *„Jest zakaz kontaktów seksualnych. Czasem widzimy, że koncentracja pacjentów na sobie jest bardzo duża, rozmawiamy, sprawdzamy, co na to grupa. Dostają ostrzeżenie, proponujemy rozdzielenie, w ostateczności rozwiązujemy kontrakt.";*
- *„W ośrodku nie ma zakazu zawierania związków intymnych, aczkolwiek kadra zaleca dużą ostrożność w tej materii. Osoby, które chcą być parą, muszą określić się jako para na społeczności. Dodatkowo żadne z nich nie może pozostawać w stałym związku poza ośrodkiem. W każdym razie związek dwóch osób nie jest podstawą wyrzucenia z ośrodka. Para nie może liczyć na wspólny pokój. Muszą też dbać o poszanowanie prywatności i praw pozostałych pacjentów.";*

- *„Związki pomiędzy pacjentami nie są zakazane, ale odradzamy. Kiedy już do tego dojdzie, nie wyrzucamy z ośrodka. Ostrzegamy tylko o możliwych niebezpieczeństwach, zarówno zdrowotnych, psychospołecznych, ale przede wszystkim terapeutycznych. Dobrze, żeby zwłaszcza w pierwszych miesiącach nie wchodzić w relacje, ale jak się zdarzy to trudno. Muszą określić się na społeczności jako para, bo to jasny komunikat dla reszty. I nie mogą być w stałych związkach poza ośrodkiem.";*
- *„W ośrodku zakazane są kontakty seksualne między pacjentami, nie nakładamy żadnych ograniczeń na tę sferę poza ośrodkiem (na przepustkach).";*
- *„Jest zakaz kontaktów seksualnych pomiędzy pacjentami w ośrodku. To co robią na zewnątrz nas nie interesuje. Zakaz jest uzasadniony tym, że pacjenci mają się skupiać na terapii a takie bliskie związki nie służą temu. Co do pornografii, to mogą mieć tzw. miękką, ale nie mogą nią epatować, eksponować jej.";*
- *„Nie dopuszcza się partnerskich związków, głównie z tego powodu, że są to osoby małoletnie. Obowiązuje całkowita abstynencja seksualna. Rozmawiamy o tym z pacjentami. Prowadzimy zajęcia na temat antykoncepcji, itd.";*
- *„W zasadzie obowiązuje całkowita abstynencja seksualna pomiędzy pacjentami, wyjątek stanowią stali partnerzy, mogą po dwóch miesiącach otrzymać zgodę społeczności. Zasadniczo chodzi o to by nie budować przypadkowych związków opartych tylko na zaspokojeniu potrzeb seksualnych oraz nie prowokować zachowań podobnych prostytucji. Wiele osób ma za sobą bogatą przeszłość w tym zakresie. Dodatkowo ważnym elementem jest zdrowie pacjentów.";*
- *„Nie może być kontaktów seksualnych pomiędzy pacjentami, bo to nie służy terapii. Mają się skupić na terapii, a nie na sobie. Społeczność ocenia, czy relacje nie są zbyt bliskie, jeśli tak to konsekwencją może być zakaz kontaktów (rozmów) z daną osobą.";*
- *„Obowiązuje abstynencja seksualna, bo nie mamy przedszkola, bo mogą być ciąże z niestałych związków, nie służy to terapii, a mają się skupić na*

terapii. Na początku terapii, dopóki nie zrobią badań i nie przejdą grup edukacyjnych (HIV/AIDS). Bez względu na wyniki, potem podejmują sami decyzję, czy chcą współżyć, czy nie.";

- *„W ośrodku zakazane są kontakty seksualne między pacjentami (uzasadnienie: „brak dojrzałości emocjonalnej, nie są w tym momencie gotowi"), dla osób, które są już „po zarządzie" i są na grupie edukacyjnej HIV/AIDS, są też po badaniach na nosicielstwo jest zgoda na kontakty intymne z osobami spoza ośrodka.";*
- *Obowiązuje abstynencja seksualna pomiędzy pacjentami bo to są zachowania kompulsywne mające wpływ na terapię – można sobie radzić z emocjami za pomocą seksu a z tego wynikają konflikty. Pamiętam parę, która oświadczyła, że się kochają ale nie utrzymywali kontaktów intymnych – nie przeszkadzało to w terapii.".*

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

- *„Jest czarno na białym, że nie można żadnego seksu uprawiać z pacjentami. Na moje myślenie, żeby się nie zarazić i żeby dom publiczny nie powstał. Pamiętam, że jedna pacjentka „miała sprawę" na społeczności, że siedziała na łóżku z pacjentem.";*
- *„Dla mnie jest to problem. Trudno mi wytrzymać bez mężczyzny. Gdy powiedziałam o tym na społeczności, terapeuci i część pacjentów mnie wsparła, ale byli tacy, którzy próbowali to wykorzystać albo wyśmiać.";*
- *„Wiadomo, że w ośrodku zakaz, ale poza ośrodkiem kontakt wskazany z partnerką.";*
- *„Był zakaz ogólnie bycia blisko z kimś. Jeśli zbyt długo się z kimś mieszka – zamiana pokoi. Uzasadnienie – że razem coś wykombinują. Dla mnie głupota, choć zdarzało się, że się wzajemnie wciągali. Ale ja chciałem kogoś poznać. Były tam trzy dziewczyny, traktowałem je równo, ale tu wyszło. Oni się nie skapnęli, na jednej społeczności tylko powiedzieli, że za długo razem przebywamy. Dalej rozmawialiśmy, na drugiej społeczności dali nam*

ostrzeżenie za złamanie zasad. Nawet nie podejrzewali, że jesteśmy tak blisko, ona miała zdać na kaowca, wtedy każdy jej mówił, że źle się wykazała. I powiedziała, że złamała zakazy. Terapeuta pytał mnie czy to prawda, powiedziałem, że tak. Może gdybym poprosił to by mnie zostawili, bo to był pierwszy raz. Ale ona nie chciała prosić. Gdybyśmy zostali oddzielnie to nie myślałbym o leczeniu. Gdyby razem – byłoby pozytywnie. Długo szukaliśmy ośrodka, który by nas razem przyjął. Tu jesteśmy 3,5 miesiąca i jest dobrze. W pokojach oddzielnie, nie można się oficjalnie przytulić, ale wiedzą, że jesteśmy parą.";

- *„Obowiązuje abstynencja – nacisk na leczenie indywidualne wynika z założenia, że pary od tego odciągają. Ważne żeby był kontakt z wieloma. Nie jest łatwo być w takiej alternatywie, żeby wybrać. Mnie się wydaje, że dla mnie związek nie byłby negatywny, ale pomocny. Dawałby indywidualny kontekst. Są przypadki kiedy to jest uzasadnione, np. jest zachęcanie do wyjazdu, lub brania, łamania zasad. Należy traktować ludzi bardziej indywidualnie w zależności od tego czy ten związek ma sens.";*
- *„Wiem, że jest zakaz kontaktów seksualnych wśród pacjentów. Uważam, że to ma sens, bo to nie jest ośrodek wypoczynkowy tylko ma być terapia i skupienie się na sobie a nie na seksie. Sama miałam problem zbyt bliskiego kontaktu z chłopakiem (pacjentem) jak byłam w Monarze. To na pewno przeszkadza w terapii.";*
- *„Zakaz, abstynencja seksualna. Po sześciu miesiącach jest ściągana, po grupach, po badaniach.";*
- *„Abstynencja seksualna między pacjentami, bo się leczyć nie daje."*
- *„Jest abstynencja seksualna, a uzasadnienie jest medyczne, żeby chorób nie przenosić, żeby dziewczyny nie zachodziły w ciąże. Mamy tu się leczyć, a nie wiązać się w pary.";*
- *„Nie możemy wiązać się z pacjentami, nie służy to leczeniu, bylibyśmy zajęci czymś innym."*
- *„Obowiązuje pełna abstynencja seksualna, której złamanie jest bardzo poważnym naruszeniem zasad."* (Pacjentka jako przykład opowiedziała o

sytuacji, która wydarzyła się niedawno w ośrodku. Dwóch wychowanków złamało abstynencje seksualną. Została powiadomiona matka dziewczyny, ponieważ była ona nieletnia. Matka dziewczyny wyraziła zgodę na badanie ginekologiczne, zresztą sama dziewczyna na to nalegała. Została zawieziona do ginekologa. Dziewczyna nie została usunięta z ośrodka w trybie natychmiastowym. Udało się grupę do tego przekonać. Została usunięta później za wielokrotne łamanie innych zakazów abstynencji. Chłopak też nie został wyrzucony od razu. Bardzo długo nie przyznawał się do złamania zakazu. Ze względów terapeutycznych personel ośrodka dążył do tego, żeby się przyznał, zmierzył się z tym problemem, i w takim przypadku mógłby zostać dalej. Personel nie chciał go wyrzucić, ponieważ był już na bardzo zaawansowanym stadium leczenia. W końcu się przyznał, ale jednocześnie sam zdecydował się na opuszczenie placówki, ponieważ chyba nie mógł wytrzymać poczucia wstydu wobec społeczności z powodu złamania reguł.).

Ujawnianie spraw osobistych

Przykładowe wypowiedzi kadry

- *„Pacjenci mówią o wszystkich sprawach jakie są ważne ze względu na terapię. Jeśli ktoś nie uczestniczy aktywnie, szukamy powodu odmowy, taki pacjent np. pisze dzienniczek uczuć, dzieli się samopoczuciem z kimś wybranym z grona pacjentów. Chodzi o przełamanie głównie nieśmiałości.";*
- *„Pacjenci mówią o wszystkich sprawach związanych z terapią, to dotyczy również spraw osobistych, ale terapeuci dbają by pytania ze strony społeczności, które zbytnio ingerują w prywatność a nie mają znaczenia dla terapii nie padały. Co do aktywności to są różne osobowości, bardziej otwarte i bardziej skryte. To można szybko zdiagnozować i jeśli powodem jest nieśmiałość, wstyd, to można pacjentowi pomóc to przełamać. Jeśli ktoś nie chce uczestniczyć, bo nie, to taka terapia nie ma sensu i albo sam pacjent rezygnuje albo się go wypisuje.";*

- *„O tym co powie o sobie pacjent decyduje on sam. Ma prawo odmówić odpowiedzi na każde pytanie. Staramy się poznać przyczynę odmowy. Często jest to wstydliwość, zwłaszcza na początku, potem się otwierają. Co do aktywności, to trudno prowadzić terapię z kimś, kto jest całkowicie bierny. Bardzo szybko można ustalić, czy ta bierność ma przyczynę w postawie (buncie), czy też jest spowodowana np. wstydem, nieśmiałością. Jeśli pacjent nie chce współpracować, bo taki obrał sobie sposób postępowania, to terapia nie ma sensu i się go wypisuje. Inne przyczyny najczęściej można pokonać. Terapeuci dbają o to by pytania na społeczności nie stygmatyzowały osoby, nie stawiały jej w sytuacji bez wyjścia. Pacjenci, gdy są przyjmowani, podpisują oświadczenie, w którym godzą się na to, iż jeśli personel podejmie wiadomość o popełnieniu przez niego przestępstwa, zobowiązany jest powiadomić o tym organy ścigania.”.*

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

- *„O wszystkim muszę powiedzieć, np. że coś mnie denerwuje, że chce mi się ćpać.”;*
- *„O życiorysie, o sprawach związanych na bieżąco z chęciami, problemami, o tym co się dzieje w ośrodku. Jeśli nie chcę o tym mówić, to nie muszę, nie ma tu nacisków.”;*
- *„Nie ma tu czegoś takiego, że jest zmuszanie do mówienia, wychowawcy zachęcają, ale nie zmuszają.”;*
- *„Powinno się mówić o osobie, udzielać informacji zwrotnych, ale nie muszę tego robić.”;*
- *„Na społeczności mówimy o życiorysie, ale nie ma przymusu mówienia.”;*
- *„Ja nie chcę gadać i nie gadam, nie mam zaufania do społeczności. To jest mój pierwszy ośrodek i nie wiem co ja mam robić, dopiero się uczę.”;*
- *„O wszystkim muszę powiedzieć, bo to ma znaczenie terapeutyczne. Ważna jest uczciwość, nie mogę nie chodzić na społeczność, bo my jesteśmy społecznością terapeutyczną.”;*

- *„To ode mnie zależy, robimy to dla siebie, wymieniamy się doświadczeniami, to jest właśnie ta magia, tam się leczymy.";*
- *„Nie muszę mówić, ale chcę. Mówię o tym np., że chce mi się ćpać, że chcę jechać do domu.";*
- *„Jeśli ktoś chce się wyleczyć z narkomanii, to najlepiej żeby mówić. Jak ktoś nie mówi, to dostaje np. takie zalecenie terapeutyczne, że na każdej społeczności mówi o tym, jak mu minął dzień.";*
- *„Powinniśmy mówić o każdej sprawie, która dotyczy złamania zasad ośrodka. Jak nie mówię, to nie pomagam sobie i innym.";*
- *„Ciężko popłakiwałam po kątach, kiedy musiałam mówić o swoich sprawach.";*
- *„Nie muszę mówić o wszystkim. Ja jestem tu stosunkowo krótko i jeszcze nie mam takiego zaufania, więc nie mówię o wszystkich sprawach osobistych. Z doświadczenia wiem, że im dłużej tym pewnie bardziej będę się otwierać. Nikt mnie nie zmusza do odpowiedzi na wszystkie padające pytania. Nie ma przymusu, czasami zachęca się pacjentów do otwartości, „ale nic na siłę". Nie ma konsekwencji i nie wpływa to na terapię.";*
- *„Nie ma z tym problemu, nie mówi się publicznie o jakichś bardzo osobistych sprawach, to raczej z terapeutą. A też taka jest terapia, żeby pomyśleć o swoim postępowaniu i to jakoś wyrazić.".*

Podsumowanie

Nie ma jednolitego podejścia wobec wrażliwej kwestii prywatności. Często zależy to nie od ustaleń czy regulacji prawnych, a od przekonań kierownictwa i kadry.

Ograniczenia dotyczące wyglądu zewnętrznego wprowadzane są na ogół na wstępnym etapie terapii - zakazany jest makijaż, noszenie ozdób czy określonych fryzur. Wszędzie, choć z różną intensywnością ingeruje się też w stroje pacjentów. Ma to służyć eliminacji elementów ubioru kojarzących się z narkotykami, przemocą, subkulturą. Podobnie uzasadnia się ingerencje we fryzury.

Zakaz noszenia ozdób, zakładania kolczyków czy robienia sobie tatuaży jest uzasadniany względami higienicznymi, a także „ochroną pacjenta przed zadłużaniem się", co być może nie narusza praw człowieka, ale zdrowy rozsądek.

Jakąś ingerencją w prywatność jest też kontrolowanie czystości i nakaz codziennego golenia się (w najgorszym razie – co dwa dni) pacjentów. Trudno to przyjąć postronnemu obserwatorowi, ale być może takie traktowanie dorosłych ludzi jest po prostu praktyczną koniecznością.

Zgoda na pobyt w ośrodku oznacza też w niemal wszystkich przypadkach ograniczenia w posiadaniu i w dostępie do rozmaitych przedmiotów. Respektowanie tych ograniczeń przez pacjenta kontrolują służby ochrony dokonując rewizji i przeszukań. W większości ośrodków są ograniczenia w korzystaniu z własnych telefonów komórkowych, w niektórych – w korzystaniu z własnych komputerów. Obowiązuje zakaz posiadania 'twardej' pornografii, a nawet – w jednym z ośrodków – gumy do żucia.

Nasi rozmówcy podkreślali, że pacjentów nie obowiązuje jakiś generalny nakaz mówienia o swoich najintymniejszych sprawach. Nie ma takiego wymogu, aby pacjent mówił wszystko o sobie czy to na społeczności, czy w kontakcie z terapeutą. Uprzedzają też pacjentów o tym, że ewentualna informacja o popełnionym przez nich przestępstwie będzie zgłoszona prokuraturze.

Nie ma obowiązku, aby pacjenci deklarowali publicznie swoje zakażenie HIV, czy inne problemy zdrowotne.
Często ingerencja w prywatność dotyczy też zdjęć i listów. Fotografie są cenzurowane przez służbę ochrony. Nie można mieć zdjęć z alkoholem, ze strzykawką itp. Takie zdjęcia są odbierane. Zapewniano nas wszędzie, że nikt nie czyta prywatnych listów pacjentów, lecz oni sami mają ujawnić, jeśli w liście są niepożądane treści, tzw. 'wyzwalacze'.

Nie jest dla nas jasne podejście kadry ośrodków do par i związków przyjacielskich. Dlaczego w jednych ośrodkach bliskie relacje traktowane są jako zagrożenie dla terapii, a w innych są dopuszczalne? To, czy ludzie w bliskich relacjach się wspierają, czy sobie przeszkadzają powinno być traktowane indywidualnie. Różne podejście do abstynencji seksualnej może wynikać z trudności całkowitej kontroli relacji między pacjentami, z bezradności kadry w tym obszarze.

Jedna kwestia nie ulega wątpliwości: to społeczność decyduje, czy relacje między pacjentami nie są zbyt osobiste, tzn. czy nie naruszają zasady abstynencji seksualnej. W głosowaniu rozstrzygają, czy jakieś zachowanie jest seksualne, czy nie !!!

Można uznać argumenty za nakazem abstynencji seksualnej:
- ochrona przed prostytucją
- ochrona przed zarażeniem
- ochrona przed ciążą
- konieczność skupienia się na terapii, a nie na budowaniu związku
- przeciwdziałanie alienacji osób, które tworzą związek,

Ale:
czy w terapii uzależnień naruszenie abstynencji seksualnej ma/powinno mieć taką samą rangę jak naruszenie abstynencji narkotykowej czy alkoholowej?

Z zebranych wypowiedzi wynika, że i za jedno, i za drugie wylatuje się z ośrodka. Co więcej – zaćpanie czy chlanie jest „mierzalne", potwierdza je alko- lub narkotest. A zachowanie seksualne potwierdza albo „przyznanie się do winy", albo ocena społeczności.

Zdaje się, że prościej i łatwiej uzyskać „drugą szansę" albo jakiś rodzaj abolicji po złamaniu abstynencji alkoholowej lub narkotykowej, niż po naruszeniu abstynencji seksualnej. A przecież pacjenci nie przyszli do ośrodka leczyć się z uzależnienia od potrzeby bliskości, miłości czy seksu.

Ochrona danych osobowych, tajemnicy lekarskiej, informacji prywatnych

Generalnie w ośrodkach jest świadomość konieczności przestrzegania tajemnicy lekarskiej, terapii (w tym tajemnicy społeczności).
Pacjenci potwierdzają, że większych problemów z tym nie ma.

Przykładowe wypowiedzi kadry

- *„Jest tajemnica społeczności, nie ma specjalnego problemu.";*
- *„Obowiązuje tajemnica społeczności i tym bardziej tajemnica indywidualnych rozmów terapeutycznych.";*
- *„Nie ma problemu. Papiery dotyczące pacjentów i księga społeczności są zamknięte w biurze. Wiadomo, że nie wynosimy nic ze społeczności.";*
- *„Funkcjonuje zeszyt społeczności i zeszyt ustaleń, prowadzone przez wyznaczone osoby. Jest ogólny dostęp do tych informacji. Po zapisaniu są przekazywane do administracji. Nigdy nie było problemów z wydostaniem się informacji na zewnątrz. Dokumentacja prowadzona przez kadrę chroniona jest w dyżurce. Poza terapeutami mają do niej dostęp tylko pacjenci w zakresie ich indywidualnych spraw i leczenia. To samo dotyczy dokumentacji medycznej. Całość jest archiwizowana.";*
- *„Tajemnica społeczności teoretycznie jest, ale co się dzieje z informacjami nabytymi w czasie pobytu po wyjściu tego nikt nie wie. Nie miała przypadku, który by stanowił problem w tym zakresie. Wszystkie informacje jakie pacjent przekazuje, stanowią część dokumentacji chronionej zgodnie z zasadami tajemnicy lekarskiej.";*
- *„Obowiązuje tajemnica grupy. Nas obowiązuje etyka zawodowa, co jest związane z tym, że jeśli pacjent nie chce to również jego rodzicom nie są przekazywane informacje.";*
- *„Wszelka dokumentacja terapii stanowi dokumentacje medyczną i tak jest traktowana w sensie tajemnicy lekarskiej. Jest coś takiego jak tajemnica społeczności, tzn. to co się mówi na społeczności zostaje tylko w sali*

społecznościowej. Nie wolno rozmawiać na ten temat nie tylko z osobami z zewnątrz, ale także między sobą. Nie mamy jednak wpływu na to, co pacjenci robią z tą wiedza po wyjściu. Nie znam przypadku by z tego powodu był jakiś problem.";

- *„Pacjenci mają obowiązek pilnować, aby się nic nie wydostawało na zewnątrz. Czasem były problemy, gdy jakiś wyrzucony pacjent dopytywał się o społeczność.";*
- *„Informacje są wydawane jedynie na życzenie sądu. Wszyscy są zobowiązani do tajemnicy. Nie ma problemów.";*
- *„Pacjenci sami się pilnują np. informacja o kimś z HIV na zewnątrz nie wychodzi. Na wniosek sądu mogą być wydane informacje.";*
- *„Obowiązuje tajemnica grupy, jednak nie ma systemu kontroli nad nią. Dlatego część z tego co jest istotne dla pacjenta pozostaje na poziomie pracy w terapii indywidualnej.".*

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

- *„Jest tajemnica społeczności, nie ma z tym problemu.";*
- *„Nie pozwala się na to, by problemy wychodziły poza społeczność.";*
- *„Kiedyś miałem takie obawy, teraz wiem, że się nie będziemy wcale znać, jak wyjdziemy.";*
- *„Nie tak dawno była historia, gdzie kolega przyznał się, że rozmawiał ze swoją dziewczyną o czymś o czym dowiedział się na społeczności. Dostał zakaz dzwonienia na dwa tygodnie".;*
- *„Nie spotkałem się z tym, aby informacje o pacjentach gdzieś wyciekły.";*
- *„Jest zasada, że nie wynosimy tego co się dzieje na społeczności do pokoi, nie rozmawiamy o tym. Ostatnio była rozmowa na społeczności, że nie robi się tak, żeby rozmawiać o problemach innych w pokojach, była to informacja dla tych, którzy są tu krótko."*
- *„Co jest na terapii, to jest na terapii."*

– *„Ochrona informacji polega na tym, że to co się dzieje na społeczności tam pozostaje. Nie ma z tym żadnych problemów."*

Podsumowanie

Oceniamy, że w badanych ośrodkach dane medyczne i terapeutyczne są dobrze, skutecznie chronione, zgodnie ze standardami ochrony tajemnicy lekarskiej. Nasi rozmówcy spośród kadry byli należycie zorientowani w tej kwestii, znali procedury i zasady ochrony informacji i dokumentów.

Dokumentację leczenia i terapii przechowuje się w zamkniętych pomieszczeniach, do których osoby nieupoważnione nie mają raczej dostępu.

Istnieje także umowna tajemnica społeczności. Nie wolno rozmawiać o tym, o czym mówi się na spotkaniach społeczności, nie tylko z osobami z zewnątrz, ale i między sobą.
Pacjenci także rozumieją, że respektowanie tej zasady jest w ich interesie. Są jednak tacy, którzy opuszczają ośrodek przed zakończeniem terapii lub są wyrzucani za łamanie zasad. Czemu mieliby przestrzegać tajemnicy? Jest to kwestia etyczna i wydaje się niemożliwe wprowadzenie sensownej regulacji.
Choć sporadycznie zdarzają się przypadki złamania tajemnicy społeczności, to nikt z naszych rozmówców nie pamiętał sytuacji, by komuś to zaszkodziło.

6.4 Prawo do kontaktów z rodziną i światem zewnętrznym

Prawo do ochrony życia rodzinnego i kontaktów z bliskimi (art.47 Konstytucji RP, art.8 EKPC) oznacza, że niezależnie od sytuacji w jakiej człowiek się znalazł, nie może być ich pozbawiony. Mogą być oczywiście nałożone pewne ograniczenia bądź regulacje, ale zawsze muszą być one uzasadnione i konieczne.

Kontakty z bliskimi

Kontakty z bliskimi zazwyczaj są limitowane w początkowych etapach terapii i pobytu w ośrodku. Bywa, że pacjent przez cały okres tzw. nowicjatu nie ma żadnego kontaktu. W późniejszych etapach ograniczeń jest coraz mniej. Pacjenci mogą kontaktować się z rodziną osobiście (przepustki, wizyty w ośrodku) oraz przez telefon, Internet. Na określonych zasadach korzystają z telefonu w placówce, na późniejszych etapach mogą posiadać własne telefony komórkowe. Wizyty generalnie powinny być w weekendy, ale zazwyczaj, jeśli ktoś pojawi się w innym dniu, to wizyta też się odbędzie. W większości ośrodków rodziny przyjeżdżające z daleka mogą się zatrzymać, przenocować. Wiele ośrodków organizuje specjalne dni spotkań z rodzinami.

Pacjenci mogą odmówić spotkania z rodzinami. Terapeuci starają się dowiedzieć dlaczego, czasem sprawa jest rozpatrywana przez społeczność.
Bardziej limitowany jest kontakt z osobami bliskimi, niespokrewnionymi (kolega, dziewczyna). Na to zgodę musi wyrazić zazwyczaj społeczność. Uzasadnieniem ograniczeń jest możliwość zagrożeń dla terapii ze strony takich osób.

<u>Przykładowe wypowiedzi kadry</u>

- *„Odwiedziny rodzin trzeba uzgodnić ze społecznością. Rodziny mogą przyjeżdżać głównie w weekendy, ale nie jest wykluczony przyjazd także w ty-*

godniu. Spotkanie może trwać nawet cały dzień. Nieraz bywa, że rodziny nocują w ośrodku.";

- *„Poza okresem wstępnym, mogą telefonować, pisać listy albo przyjmować odwiedziny a później sami odwiedzać rodziny.";*
- *„Mogą do nich przyjeżdżać bliscy, nie wolno im się tylko kontaktować z osobami pod wpływem środków psychoaktywnych.";*
- *„Osoby z rodziny mogą przyjechać w każdej chwili. Jeśli chodzi o limit przyjazdów, to nie ma takiego. Zakaz kontaktu nie może być stosowany jako kara. Wszystkie formy są dozwolone, przy czym listy tradycyjne nie sprawdzają się w przypadku osób młodych.";*
- *„Odwiedziny raz w miesiącu. Spotkania jednogodzinne w uzasadnionych wypadkach do półtorej godziny. Np. jeśli ktoś przyjeżdża z bardzo daleka i rzadko. Spotkania z rodziną wyłącznie na terenie ośrodka ale bez dozoru. Dzieci pacjentów mogą odwiedzać, ale od 8 roku życia. Wskazuje tu na duży problem odwiedzin dzieci, bo spotkanie trwa godzinę, a co potem (chodzi o dziecko)? Telefony tylko do najbliższej rodziny 1 raz w tygodniu przez 10 minut.";*
- *„Kontakt z rodziną i bliskimi osobami jest limitowany do jednej wizyty w miesiącu. Określa to regulamin domu. Okazyjnie rodzice mogą coś podrzucić, bądź wpaść na kawę. W święta wszyscy bez ograniczeń mogą odwiedzać pacjentów.";*
- *„Kontakt z rodziną najczęściej zależy od potrzeb samej rodziny i pacjenta. Nie limituje się częstotliwości, ani czasu, nie ma takiej potrzeby, wizyty najczęściej nie są zbyt częste.";*
- *„Odwiedziny rodzin co do zasady są w soboty, niedziele i święta, ale jak ktoś przyjedzie w zwykły dzień, to też może się spotkać z pacjentem, ale nie na czas nieograniczony. W dni wolne jest to czas nieograniczony. pacjentów nie mogą odwiedzać osoby uzależnione, ale w praktyce trudno to sprawdzić. Spotkania tych co nie mają prawa wyjścia odbywają się bez dozoru ale na terenie ośrodka. Pozostali mogą wychodzić z rodzinami poza teren.";*
- *„Raczej zależy nam na dobrej współpracy z bliskimi pacjentów. Nie sto-*

sujemy ograniczenia kontaktów jako kary. Ale czasem są takie ograniczenia do „kontaktów przychodzących", tzn. że pacjent nie dzwoni, ale do niego mogą dzwonić. Na co dzień karty do telefonu są w depozycie.";
„Kontakt z rodziną i bliskimi jest uzależniony od terapii. Nie jest limitowany, ale ustalany indywidualnie przez terapeutę i omawiany na małej grupie, chodzi o to żeby nie zaburzyć terapii. Odmowa niektórych kontaktów nie jest stosowana jako kara.";

- *„W przypadku znajomych sprawdzane są osoby, aby nie było możliwości kontaktu z osobami biorącymi narkotyki, bądź inne środki odurzające. Należy uzyskać zgodę społeczności. Zakazu kontaktu nie stosuje się jako karę. Ale można jako konsekwencję, za zaniedbanie swoich obowiązków, otrzymać zakaz wyjścia z placówki. W takiej sytuacji można tylko przyjmować gości na jej terenie.";*
- *„Raz w miesiącu jest dwudniowy zjazd, często w ośrodku mieszka ponad 100 osób. Rodzice uczestniczą w życiu ośrodka, nocują, przygotowują posiłki. Indywidualnie również mogą odwiedzać swoje dzieci i kontaktować się z nimi bez nadzoru. Funkcjonuje dodatkowo grupa wsparcia i edukacji dla rodziców.";*
- *„Pierwsze odwiedziny są po 3 miesiącach pobytu z wyjątkiem świąt Bożego Narodzenia i Wielkiej Nocy. Znajomi też mogą odwiedzać pacjentów – warunek muszą być trzeźwi. Również dzieci mogą odwiedzać pacjentów bez ograniczeń wiekowych, nawet zachęcamy do tego by rodzice mieli kontakt z własnymi dziećmi. Bywa, że dzieci przyjeżdżają na całe ferie do ośrodka. Jako zadanie może być czasowy zakaz kontaktu z rodziną lub znajomymi. Pacjenci głównie kontaktują się telefonicznie.";*
- *„To pacjent zaprasza rodzinę. Jeśli nie chce się z nimi widzieć, to ich nie zaprasza. Spotkania odbywają się bez kontroli.";*
- *„Kontakt z rodziną nie jest w żaden sposób limitowany. Jeśli przyjeżdża rodzina to pacjent jest zwolniony z wykonywania planu dnia.";*
- *„Raz w miesiącu może przyjechać rodzina, lub ktoś bliski. Taka jest ogólna zasad w ośrodku. Za karę mogą być pozbawieni planowanej wizyty.";*

- *„Zakaz kontaktu ze znajomymi może być stosowany jako kara tylko w stosunku do osób mieszkających w ośrodku za „nieformalne układy.";„Nie ma limitowanych kontaktów z rodziną, dobrze jak rodzina chce utrzymywać kontakty z pacjentem i placówką. To pomaga w terapii. Problemem są „matki kastrujące", mamusia przyjeżdża co tydzień, pacjent nie może się „odpępowić", wtedy rozważamy sprawę i stawiamy na społeczności". Społeczność może ograniczyć kontakty, ale nie jako karę, lecz wsparcie leczenia, chodzi o wyeliminowanie toksycznego kontaktu z rodziną";*
- *„Odwiedziny są często dobrą okazją do spotkań terapeuty z rodzinami i pacjentem w ramach terapii rodzinnej. Te spotkania wynikają albo z inicjatywy rodzin albo z inicjatywy terapeuty, jeśli ten uzna za wskazane spotkanie z rodziną. Nie ma zakazu spotkań z rodziną jako kara. Najczęściej to są kontakty telefoniczne i odwiedziny. Większość pacjentów pochodzi z W., więc z odwiedzinami nie ma problemu.";*
- *„Oczywiście są odwiedziny w ośrodku, można nawet nocować. Takie odwiedziny najczęściej w weekendy, ale mogą też być w tygodniu, są pod tym względem elastyczni. Nikt nie nadzoruje takich spotkań z rodzicami czy bliskimi, odbywają się sam na sam. Zdarzają się sytuacje, że pacjent nie chce się spotkać z rodzicami, bo jakiś bunt młodzieńczy czy coś. Dopuszczamy takie sytuacje. Najczęściej rodzice przyjeżdżają na zaproszenie pacjentów, więc nie ma z tym problemu.";*
- *„Od etapu domownika jest swobodny dostęp do korespondencji. pacjenci przed etapem domownika wiedzą, że terapeuta ma prawo do tej korespondencji zajrzeć. Na przykład, że jeden z nowicjuszy dostał list od siostry w języku niemieckim. Ponieważ byłam jedyną osobą z personelu, która rozumie ten język, czytaliśmy list razem."*
- *Nie mogą się kontaktować z osobami tzw. „toksycznymi", żeby ich nie wciągnęły ponownie w nałóg, bądź nie wyprowadziły z placówki."*

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

- *Kontakt telefoniczny jest nienajlepszy. Jeszcze się nic nie dowiedziałam, a już mi 6 impulsów przeleciało.";*
- *'Z rodziną możemy się kontaktować kiedy chcemy.";*
- *„Możemy zaprosić rodziców. Tutaj nie ma takich rzeczy, żeby ktoś został ukarany zakazem kontaktu z rodziną.";*
- *„Ktoś z rodziny może przyjechać do nas bez zapowiedzi. Nie ma znaczenia na jakim się jest etapie.";*
- *„Na spotkania z rodzicami przeznaczony jest jeden weekend w miesiącu (w niedzielę od rana są warsztaty dla rodziców). Można zaprosić tyle osób ile się chce. Od drugiego etapu można zapraszać kiedy się chce, można wyjść na miasto.";*
- *„Od drugiego etapu można zapraszać, trzeba to tylko zgłosić na społeczności, bliscy mogą przyjechać kiedy się chce. Są też takie spotkania w ośrodku dla rodziców i dla nas raz w miesiącu.";*
- *„Ja jestem tutaj krótko, ale mam kontakt telefoniczny i listowny, mogę nawet kontaktować się codziennie.";*
- *„Kontakty z rodziną są określone w regulaminie – raz na miesiąc. Telefonować możemy co tydzień przez 10 minut. To jest tak, że terapeuta dzwoni do domu i prosi o telefon. Wtedy ktoś z rodziny oddzwania. Nie ma takiego rodzaju dociążeń, żeby był zakaz odwiedzin, czy zakaz telefonowania (tylko przez pierwszy miesiąc tak jest).";*
- *„Nie ma problemów z odwiedzinami. Jedynie w pierwszym miesiącu nie ma odwiedzin. Jak ktoś sobie nie życzy odwiedzin rodziny, to nikt go do tego nie zmusza.";*
- *„Można wyjść na 5 godzin z rodziną; rodzice mogą nocować na miejscu, jest pokój gościnny w poradni.";*
- *„Na początku grupa decyduje, czy ma mieć kontakt. Komórka na 3 kategorii, telefon na swój koszt. Na szóstej kategorii nie ma ograniczeń.";*
- *„Kontakty nie są limitowane, rodziny mogą po uzgodnieniu nocować w*

placówce z wychowankami (zjazdy rodzin raz w miesiącu, na święta). Nie ma różnicowania pacjentów w tym zakresie. Problem – nie wszyscy rodzice utrzymują stałe kontakty. Zakazu kontaktów nie stosuje się.";

- *„Z rodziną może spędzić noc w oddzielnym pokoju, bądź w pokoju w którym mieszka. Spotkania nigdy nie są przymusowe. Pacjent może odmówić spotkania z rodziną, jeżeli nie jest gotowy i społeczność oraz kadra to uznają.";*
- *„Przez 2 pierwsze miesiące jest się bez kontaktu z zewnątrz, więc to zaliczenie etapu jest bardzo ważne. Nie ma indywidualnego podejścia.";*
- *„Kontakt przez telefon, Internet, osobiście w placówce i poza nią, korespondencja (od domownika bez kontroli).";*
- *„Najbardziej bolał mnie brak kontaktu ze światem zewnętrznym. Ingerencja w kontakt z rodzicami to bzdura. Z kolegami – ok.".*

Kontakty ze światem zewnętrznym

Możliwości kontaktów, wychodzenia na zewnątrz regulowane są różnie w różnych ośrodkach. Generalnie możliwości wzrastają wraz z czasem pobytu w ośrodku, z etapem na którym znajduje się pacjent. W początkowym etapie pacjent może wyjść z opiekunem, później sam.
W początkowym etapie wyjścia są kilkugodzinne, na zaawansowanym kilkudniowe, umożliwiające wyjazd do domu. Pierwsze przepustki zazwyczaj też są w towarzystwie opiekuna.

Ośrodki organizują też grupowe wyjścia np. na imprezy turystyczne, kulturalne.
Przykładowe wypowiedzi kadry

- *„Na odpowiednim etapie pacjent może wyjść poza ośrodek, wtedy kiedy ma prawo wyjścia.";*
- *„Kwestia wyjść staje na społeczności. Od drugiego etapu można już wychodzić z kimś z wyższego etapu, ale czasem osoby na pierwszym etapie już dostają zgody na wyjście.;*

- *„W zasadzie do 5 miesiąca nie ma przepustek, a potem przepustki jednodniowe, wyjątkowo 72 godzinne. Odwiedziny rodziny 1 raz na miesiąc. Wszelkie wyjścia poza ośrodek to wyjścia grupowe z terapeutą, lub wyjścia jednej dwóch osób także z terapeutą np. do sklepu.";*
- *„Mają możliwość wychodzenia poza teren placówki po nowicjacie. Pierwsze samodzielne wyjście do kina może nastąpić po 0,5 roku terapii. Należy dzień wcześniej uzgodnić z kadrą lub zarządem. Wyjścia do sklepu i najbliższej okolicy pacjenci tylko zgłaszają.";*
- *„Pacjenci mają po nowicjacie swobodny kontakt ze światem zewnętrznym, wcześniej pod kontrolą opiekuna. Mogą wychodzić poza ośrodek w uzgodnionym czasie, robić zakupy spotykać się z rodziną, itd. Etap terapii zależy od postępu w leczeniu.";*
- *„Po miesiącu od przyjęcia mają swobodę wyjścia, mogą też być odwiedziny w ośrodku. Niektóre wyjścia tylko grupowe np. na grzyby (duże lasy).";*
- *„Mają kontakt indywidualnie zróżnicowany wynikający z czasu i postępów w terapii, co jest odzwierciedlone w kategorii. Mogą wychodzić do wsi i na dalsze spacery, są przepustki, wyjazdy do lekarza, wycieczki zbiorowe.";*
- *„Przez pierwsze 2 tygodnie wyjścia z 2 osobami o dłuższym stażu. Czasem pacjenci jako karę traktują „wyciszenie", gdy w czasie wolnym nie mogą wychodzić z ośrodka.";*
- *„Na spotkania ze znajomymi ze szkoły musi być zgoda społeczności, poza tym jest dużo wyjść wspólnych.";*
- *„Pacjenci mogą wychodzić na spotkania poza ośrodek po nowicjacie, spotykać się ze znajomymi. Mogą wyjść z kimś na spacer, zaprosić na obiad, do sklepu, czy do kina. Mogą kogoś zaprosić do ośrodka i spotkać się w swoim pokoju.";*
- *„Czasami kadra sama prowokuje pacjentów, aby wyszli na zewnątrz, ponieważ mają to w planie terapii, ale się boją. Kiedy usłyszałam od pacjentki, „kiedy byłam w restauracji, to czułam się jak w filmie", to ją zaprosiłam do pijalni czekolady.".*

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

- *„Można wychodzić, są wyjścia do sklepu, są wyjścia przyjemnościowe. Mogą też inni przychodzić w odwiedziny.”;*
- *„Można wychodzić, ale trzeba prosić o zgodę społeczność.”;*
- *„Są wyjścia „społecznościowe” (wtedy wychodzą wszyscy bez względu na etap), na drugim etapie można wychodzić z obstawą, na trzecim można wychodzić samodzielnie. Na trzecim etapie można przyjmować gości w ośrodku.”;*
- *„Starsze etapy wychodzą kiedy chcą. Dla wszystkich bez względu na etap są wyjścia przyjemnościowe (np. wyjazd do C. na mecz).”;*
- *„Można wychodzić po nowicjacie do sklepu, kina, do miasta, po uzgodnieniu z kadrą, bądź zarządem. Za zgodą społeczności można nocować gości w placówce. Wtedy gospodarz szuka pomieszczenia.”;*
- *„Poza pierwszym miesiącem nie ma z tym żadnego problemu, jeśli ktoś ma przywilej wyjścia to wychodzi. Rodziny też mogą nas odwiedzać. Nie mogą nas odwiedzać osoby, które biorą. Możemy dzwonić bez ograniczeń, pisać listy.”;*
- *„Wieś nie ma nawet sklepu. Po miesiącu bierze się psy i idzie do lasu. Można chodzić do kościoła (taki XIII wieczny zabytek). Ksiądz też przychodzi do ośrodka np. na kolędę.”*
- *Mogą wychodzić osoby uprawnione, są wyjścia grupowe, jak kto ma kategorię 5, to samodzielnie. Zależy od postępu w terapii.”.*

Podsumowanie

Trudno odnieść się do sprawy ograniczeń kontaktów z rodziną i światem zewnętrznym. Ograniczenia te nabierają znaczenia wcale nie ze względu na swoją „obiektywną” dolegliwość, ale ze względu na indywidualne potrzeby pacjentów. Niektórzy sami unikają kontaktów, wręcz chronią się w ośrodku przed ludźmi. Dla innych ograniczenia kontaktów to najtrudniejszy element terapii.

We wszystkich badanych ośrodkach jakieś ograniczenia istniały. Mogły dotyczyć bądź osobistych spotkań z bliskimi, bądź możliwości kontaktu telefonicznego i mailowego, bądź limitowania wyjść z ośrodka.

Wydaje się, że formalnie zadekretowane w niektórych ośrodkach ograniczenia kontaktu z bliskimi w początkowej fazie pobytu, nie uwzględniają zupełnie indywidualnej sytuacji pacjenta. Trudno także zrozumieć, dlaczego w jednym miejscu rodziny mogą przyjechać w dogodnym dla siebie terminie i spędzić z pacjentem więcej czasu, a gdzie indziej – na spotkanie z bliskimi zarezerwowano tylko półtorej godziny raz w miesiącu.

Podobnie dużą rozmaitość widać w zasadach kontaktów telefonicznych. Określa się dni i pory dnia, w których pacjentom wolno telefonować, w skrajnych przypadkach do 10 minut rozmowy raz w tygodniu. Tę samą sprawę w innych ośrodkach reguluje zdrowy rozsądek, tzn. telefonuje się w swoim wolnym czasie, tak żeby nie blokować dostępu do telefonu innym pacjentom.

Bez wątpienia jedną z przyczyn tak zróżnicowanego podejścia do kontaktów z bliskimi w różnych ośrodkach jest łatwość i dokuczliwość wszelkich ograniczeń w tym zakresie. Mamy informacje o tym, że często sięga się po to w ramach kary czy dociążenia. Funkcjonują m.in.: czasowy zakaz kontaktu z rodziną, odwołanie planowej wizyty rodziny, ograniczenie rozmów telefonicznych do „kontaktów przychodzących".

Czasem ograniczenie kontaktów z rodziną przedstawiane jest nie jako kara dla pacjenta lecz jakiś rodzaj wsparcia terapii, gdy rodzina jest „toksyczna" i kontakt z nią utrudnia pacjentowi zerwanie z nałogiem.

Trudno nam ocenić w jakim stopniu wyjścia poza teren ośrodka zaspokajają potrzebę kontaktów ze światem zewnętrznym. Są rozmaite wyjścia, indywidualne i

zbiorowe, samodzielne i pod opieką, do pracy i „przyjemnościowe”. Szczególnie te ostatnie mogą podlegać ograniczeniom w ramach systemu „dociążeń”.

6.5 Prawo do skargi

Podstawy prawne

Prawo do skargi, gwarantowane w art. 63 Konstytucji, ma fundamentalne znaczenie zwłaszcza dla osób przebywających w jednostkach o charakterze izolacyjnym. Należy zwrócić uwagę, że każdy pacjent ma prawo złożenia skargi m.in. do kierownika ośrodka, Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznika Praw Obywatelskich, organizacji pozarządowych itd. Informacja o możliwości złożenia skargi powinna być ogólnodostępna dla pacjentów (np. widnieć w regulaminie). Trzeba też pamiętać, że pacjenci mają prawo składania swoich skarg bezpośrednio do wskazanych organów, bez ingerencji czy pośrednictwa administracji placówki.

Wszyscy twierdzą, że pacjenci są informowani o możliwościach składania skargi. pacjenci jednak nie przywiązują do tego wagi, nie interesują się tym, choć potwierdzają, że wiedzą o możliwościach.
Rejestry skarg są prowadzone w nielicznych ośrodkach, najczęściej pojawiają się skargi ustne składane do kierowników bądź społeczności. Nie ma ograniczeń w wysyłaniu skarg do instytucji zewnętrznych.
Ogólnie skarg jest niewiele tak wewnątrz ośrodków jak i na zewnątrz.

<u>Przykładowe wypowiedzi kadry</u>

- *„Pacjenci są informowani o możliwości skarg. W pokoju terapeutów jest do wglądu Karta Praw pacjenta. Najczęściej, jak pacjenci chcą się skarżyć, to przychodzą do kierownika.”;*

- *„Nie prowadzę rejestru skarg. Nie ma ich zbyt wiele. Przyjmuję je ustnie i w zależności od tematu podejmuję odpowiednią reakcję. Kiedyś skarga dotyczyła mojego pracownika technicznego, był pijany. Został zwolniony z pracy.";*
- *„Jest zeszyt skarg i wniosków. Na innego terapeutę, na zespół mogą się skarżyć do kierownika. Ustne skargi zdarzają się „na grupie.";*
- *„Skargi są raczej rzadkie. Jeśli zgłaszane są do mnie przekazuję je na społeczność i tak jak każda inna sprawa są omawiane. Nie ma specjalnego rejestru skarg, dokumentuje się to w zeszycie społeczności."*
- *„Pacjent jest informowany ustnie o zasadach, prawa pacjenta nie obowiązują, bo nie mamy kontraktu z NFZ. Skargi mogą kierować do Zarządu organizacji prowadzącej placówkę. Nie ma skarg."*
- *„Skargi można składać do kierownika. Nie ma skarg – nie ma dokumentacji. Skarżą się rodzice (na warunki, na jedzenie, na nieporządek, że ich dzieci muszą się gimnastykować 5 minut dziennie, itp.)";*
- *„Pacjenci mogą swobodnie korespondować z różnymi instytucjami, brak jednak informacji na temat takich przypadków.";*
- *„Już na kwalifikacji pacjent otrzymuje regulamin i prawa. Jest możliwość składania skarg wg regulaminu od 8.00 do 15.00 codziennie w administracji Ośrodka lub np. do zielonej skrzynki. Skargi rozpatruje dyrektor (w ciągu 14 dni) i rozmawia z odpowiednimi osobami. W zasadzie skarg nie ma. Skargi są rejestrowane w książce skarg.";*
- *„Nie ma żadnej kontroli wysyłanych listów, pism, nie ma limitów. Nie ma problemu ze skargami.";*
- *„Jeśli pacjenci nie zgadzają się z decyzją terapeuty lub społeczności – skarga do kierownika albo do dyrektora głównego. Zdarzają się skargi do organu założycielskiego. Nie są częste, są rejestrowane jak inne pisma.";*
- *„Skarg raczej nie ma. Nie ma żadnych ograniczeń w wysyłaniu pism do instytucji. Było kilku pacjentów, którzy twierdzili, że chcą się skarżyć do sądu, do inspekcji pracy.";*
- *„Pacjenci są o tym informowani, wiszą też takie informacje na tablicach*

informacyjnych. Najczęściej, jak pacjenci chcą się skarżyć, przychodzą do mnie. Jest rejestr skarg. Niezbyt często pacjenci się skarżą.";

- *„Nie ma żadnych ograniczeń wysyłaniu pism do instytucji. Ale też nie wie nic o tym, żeby ktoś z moich pacjentów się skarżył na ośrodek.";*
- *„Można skarżyć się do prezesa Stowarzyszenia. Pacjenci wiedzą, gdzie można się poskarżyć. Nie słyszałem, żeby się coś takiego zdarzyło.";*
- *„Pacjent ma informacje o swoich prawach, może składać skargi do zielonej skrzynki.";*
- *„Jeżeli pacjentom coś się nie podoba, to najczęściej składają skargi ustne kierownikowi, terapeutom, bądź na społeczności. Są rozpatrywane zależnie od ich rodzaju, albo przez pracowników, albo społeczność. Nie znam skarg składanych w formie pisemnej, nie ma takich potrzeb, wszystko załatwiamy sami.";*
- *„Jest zeszyt skarg i wniosków, ale nie ma tam nic,; pacjenci wypełniają okresowo takie „ankiety satysfakcji", które są analizowane.";*

Przykładowe wypowiedzi pacjentów

- *„Jak bym się miała poskarżyć to nie wiem, może do waszej Fundacji, a gdybym musiała to bym znalazła gdzieś informacje.";*
- *„Do terapeuty na dyżurze można się poskarżyć".*
- *„Nie ma powodów do skarżenia się".*
- *„Nie wiem, czy jest rejestr skarg".*
- *„Można wnieść skargę do terapeuty albo na społeczności. Można też się skarżyć do kierownika. Jest informacja na tablicy ogłoszeń ale nie dokładnie wiem co tam jest."*
- *„Prawa były mi przedstawione. Na skargę poszłabym do terapeutyka."* (Komentarz monitorującego: po sprawdzeniu okazało się, że niektóre dane są nieaktualne. Biuro Praw pacjenta od stycznia 2010 zmieniło adres. Rzecznikiem Praw pacjenta jest obecnie Krystyna Barbara Kozłowska)
- *„Jak bym musiała się gdzieś poskarżyć, to wtedy bym szukała gdzie."*

- *„Jak bym musiał to poskarżyłbym się do kierownika, albo do Rzecznika Praw Obywatelskich, albo do waszej Fundacji."*
- *„Nie ma informacji o prawach. Nie ma skarg. Nie byłoby to w porządku, bo wiem, że szefowa się stara."*
- *„Prawa można znaleźć w Internecie. Skarg nie ma."*
- *„Jest to zapisane w regulaminie i kontrakcie, dwa razy w tygodniu można złożyć skargę u kierownika."*
- *„Tak; mogę poskarżyć się do różnych organizacji, do obrońców praw człowieka, do zarządu MONAR-u w Warszawie, na policję."*
- *„Tak, ale tak prawdę mówiąc nie wiem do kogo mogę się poskarżyć, bo tego nie czytałem, nie interesowało mnie to."*
- *„Pisma można wysyłać, nie ma ograniczeń, nikt nas nie informuje o procedurach. Wiem, że zawsze mogę się zwrócić do terapeuty ze swoimi sprawami, lub zgłosić na społeczności. Nie słyszałem o skargach pisemnie składanych. Nie czuję takiej potrzeby."*
- *„Jest skrzynka bez kontroli, prawa wiszą na tablicy, przed przyjęciem dają ulotkę, można pisać, gdzie się chce. Ludzie nie skarżą się."*
- *„Można przyjść do kierownika, jest też taka „stop-klatka" dla terapeuty, kiedy mu się mówi wszystkie złe rzeczy."*
- *„Po przyjściu do placówki pacjenci są informowani, jest zawieszona karta pacjenta. Pisać można swobodnie. W praktyce nie słyszałem, aby ktoś gdzieś pisał. Można zgłosić terapeucie, lub społeczności. Jak terapeuta może to załatwić, to nie trafia na społeczność. O skargach do instytucji zewnętrznych nawet nie myślałem."*

Podsumowanie

Brak rejestru skarg w niektórych ośrodkach wskazuje – naszym zdaniem - na złudne przekonanie, że wszelkie problemy można rozwiązać w sposób nieformalny, a co za tym idzie na lekceważenie prawa do skargi.

Powszechne jest myślenie, że raczej należy rozstrzygać wszystkie problemy we własnym gronie. W wypowiedziach pacjentów znajdziemy nawet coś w rodzaju negatywnej oceny skargi, jakby była złamaniem lojalności wobec kadry ośrodka. Z drugiej strony nie istnieją żadne przeszkody, by pacjenci nie mogli kierować skarg, czy to do dyrekcji ośrodka, czy do instytucji zewnętrznych.

Wypowiedź, że prawa pacjenta nie obowiązują, bo nie ma kontraktu z NFZ świadczy o zupełnym niezrozumieniu istoty praw człowieka – pacjenta. Jednak nawet w tym ośrodku jest procedura skargi kierowanej do zarządu organizacji prowadzącej placówkę.

6.6 Prawo do edukacji

Prawo do edukacji (art.70 Konstytucji RP, art.2 Protokołu Dodatkowego EKPC) oznacza, że władze publiczne są zobowiązane do zagwarantowania realizacji tego prawa niezależnie od miejsca przebywania osoby uprawnionej. W Polsce zgodnie z Ustawą o systemie oświaty[33] obowiązek nauki do trwa do 18 roku życia, obowiązek szkolny do ukończenia gimnazjum. W związku z tym małoletni pacjenci ośrodków powinni być objęci odpowiednią dla nich edukacją. Kierownik ośrodka, w którym przebywają małoletni zobowiązany jest do zapewnienia im możliwości realizacji obowiązku szkolnego lub obowiązku nauki.

33 Ustawa o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 (Dz.U.nr poz ..)
Art. 15.
1. Nauka jest obowiązkowa do ukończenia 18 roku życia.
2. Obowiązek szkolny dziecka rozpoczyna się z początkiem roku szkolnego w tym roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 7 lat oraz trwa do ukończenia gimnazjum, nie dłużej jednak niż do ukończenia 18 roku życia.
Art. 16.
5. Obowiązek szkolny spełnia się przez uczęszczanie do szkoły podstawowej i gimnazjum, publicznych albo niepublicznych.
5a. Po ukończeniu gimnazjum obowiązek nauki spełnia się:
1 przez uczęszczanie do publicznej lub niepublicznej szkoły ponadgimnazjalnej;
2) przez uczęszczanie na zajęcia realizowane w formach pozaszkolnych w placówkach publicznych i niepublicznych posiadających akredytację, o której mowa w art. 68b;
3) przez uczęszczanie na zajęcia realizowane w ramach działalności oświatowej prowadzonej przez osoby prawne lub fizyczne na podstawie art. 83a ust. 2, dla której osoby te uzyskały akredytację, o której mowa wart. 68b;
4) przez realizowanie, zgodnie z odrębnymi przepisami, przygotowania zawodowego u pracodawcy.

W ośrodkach, które przyjmują pacjentów małoletnich organizuje się naukę. Tryb zależy od placówki i etapu terapii pacjenta. Czasem nauka jest organizowana w trybie indywidualnym, czasem uczęszczają do miejscowych szkół. Wyjątkiem jest funkcjonowanie klas na terenie ośrodka.

Pacjenci mają zazwyczaj również możliwość kształcenia ponadgimnazjalnego oraz kończenia różnych kursów doskonalących.

Przykładowe wypowiedzi kadry

- *„Pacjenci uczą się na miejscu w szkole podstawowej i gimnazjum. Na etapie nowicjatu, czasami również później, mają możliwość indywidualnych zaliczeń zajęć z nauczycielami poszczególnych przedmiotów. Zasady uzgodnione są pomiędzy szkołą i placówką. Szkołę ponadgimnazjalną mają w Z. Zajęcia kursowe są prowadzone w ramach realizowanych programów unijnych na terenie placówki.";*
- *„Szkoła podstawowa i gimnazjum jest na miejscu, szkoły ponadgimnazjalne w W. i S. Pacjenci chodzą na zorganizowane kursy: obsługa wózków, palacz co., obsługa kasy, itp.";*
- *„Na miejscu w ośrodku odbywa się nauczanie dla osób uczęszczających do gimnazjum (klasa terapeutyczna), przychodzą nauczyciele z gimnazjum w C., raz w tygodniu uczniowie chodzą do szkoły (do budynku gimnazjum), mają tam zajęcia z WF-u, informatyki. Po mniej więcej 7 miesiącach pobytu pacjenci mogą prosić na społeczności o możliwość chodzenia do szkoły poza ośrodkiem. Dla osób od 17 roku życia są prowadzone kursy (kurs prawa jazdy od 18 r. ż.).";*
- *„Ośrodek zapewnia naukę na poziomie gimnazjalnym. Młodszych pacjentów w ośrodku nie ma. Nauka prowadzona jest przez nauczycieli z najbliższej szkoły w gminie w trybie indywidualnym. Nauczyciele opłacani są przez szkołę, w której są zatrudnieni, a więc koszty nauki pokrywa resort edukacji.*

Czas nauki jest taki sam jak w innych szkołach tzn. 5 dni w tygodniu według takiego samego programu jak normalne gimnazja. Obecnie są dwie klasy gimnazjum - druga i trzecia. W podstawowe pomoce do nauki wyposaża uczniów Ośrodek i rodziny. Są potrzebne do nauki podręczniki. Na poziomie ponadgimnazjalnym nauka się nie odbywa. Kiedyś Ośrodek dowoził uczniów do szkoły ponadgimnazjalnej, w tej chwili względy logistyczne i bezpieczeństwa na to nie pozwalają np. transport. Niekiedy Ośrodek pomaga w zdobyciu zawodu np. kucharza. pacjenci, którzy mają prawo wyjść mogą uczęszczać na kursach doskonalenia zawodowego i zdobywać zawód.";

- *„W ośrodku nie ma szkoły. Kilka osób realizuje nauczanie indywidualne – to szkoła macierzysta zawiera porozumienie ze szkołą sąsiadującą z ośrodkiem, pacjent musi mieć wcześniej orzeczenie poradni o potrzebie nauczania indywidualnego. Są tacy, którzy mają indywidualny tok nauki, więc po pobycie w ośrodku wracają do swoich szkół, gdzie zdają egzaminy klasyfikacyjne; tutaj pomagają im w nauce wolontariusze. A kilka osób chodzi na zajęcia do Centrum Kształcenia Ustawicznego.";*
- *„Co prawda w ośrodku nie ma małoletnich, ale jest 5 osób które uczęszczają do szkoły średniej w systemie wieczorowym i dwóch studentów UW w systemie zaocznym. Są to osoby, które mają prawo wyjścia co najmniej 8 godzinnego, czyli od 5 miesiąca pobytu.";*
- *„W ośrodku nie ma w małoletnich, ale jak ktoś się chce uczyć, to nie ma z tym problemu. Może uczęszczać do szkoły na każdym etapie terapii. Jak jest nowicjuszem to wychodzi na zajęcia z opiekunem. W tej chwili nie ma osób uczących się, ale jeszcze niedawno były dwie takie osoby, które jeździły do O. do liceum zaocznego.".*

<u>Przykładowe wypowiedzi pacjentów</u>

- *„Jest tutaj na miejscu nauka. Trzy klasy gimnazjum – zajęcia codziennie. Raz w tygodniu chodzimy do gimnazjum na zajęcia z WF-u i informatyki do szkoły na zewnątrz.";*

- *„Na terenie ośrodka jest gimnazjum. Od trzeciego etapu (od ok. 6 miesiąca pobytu) można wychodzić do szkoły na zewnątrz (gimnazjum, zawodówka). Są też kursy doszkalające.";*
- *„Ja obecnie chodzę na kurs prawa jazdy.";*
- *„Uczę się w II klasie gimnazjum, straciłem wcześniej rok, teraz mam nauczanie indywidualne, chodzę do pobliskiej szkoły 4 razy w tygodniu, mam 10 godzin zajęć, w tym matematykę, chemię, fizykę i język polski. Innych przedmiotów nie ma. Nie uczestniczę w żadnych zajęciach z innymi uczniami, tylko mam oddzielne lekcje z nauczycielami.".*

Podsumowanie

Część pacjentów ośrodków stanowią ludzie bardzo młodzi, którzy nie uporali się jeszcze ze swoją edukacją, często w wieku ustawowo zobowiązanym do bycia uczniem. Nigdzie nie spotkaliśmy się z lekceważeniem tej sprawy. Tam, gdzie są pacjenci w „wieku szkolnym", stosuje się zazwyczaj nauczanie indywidualne lub indywidualny tok nauki.

Podjęcie każdego z tych dwóch rozwiązań wymaga wcześniejszej decyzji uprawnionej poradni psychologiczno-pedagogicznej. W niektórych ośrodkach rodzice przyjmowanego małoletniego podpisują wniosek do poradni o wydanie orzeczenia w sprawie nauczania indywidualnego.

Badanie i wydanie orzeczenia wymaga czasu, tak jak i zorganizowanie później zajęć, na które pacjenci chodzą do najbliższej szkoły, lub na które nauczyciele z takiej szkoły przychodzą do ośrodka. W ofercie jednego z badanych ośrodków czytamy, że pacjent ma możliwość podjęcia nauki szkolnej na etapie domownika, tj. najwcześniej po ponad 2 miesiącach pobytu w ośrodku. W świetle obowiązującego prawa to nierealizowanie obowiązku szkolnego i trudno znaleźć rozsądne uzasadnienie, iż małoletni pacjent nie może uczestniczyć w zajęciach przez kilka godzin tygodniowo.

Organizacja nauczania indywidualnego siłą rzeczy nie obejmuje wszystkich przedmiotów przewidzianych programem szkoły. To, zazwyczaj mniej niż 40% czasu, jaki uczeń spędziłby w szkole realizując naukę w normalnym trybie. Zatem sądzimy, iż jeżeli tylko jest możliwość realizacja obowiązku szkolnego winna odbywać się szkole, zwłaszcza na późniejszych etapach leczenia. To ważne w kontekście powrotu pacjenta do macierzystej szkoły.

7. Podsumowanie

Komentarze monitorujących, rekomendacje/wnioski

Bez wątpienia terapia, pobyt w ośrodku jest sytuacją opresyjną, niezależnie od tego, że obwarowany deklaracją dobrowolnego udziału. Jest więc ograniczenie wolności osobistej, prywatności, zagrożenie dokuczliwością, upokorzeniem, oderwaniem od bliskich i długim zazwyczaj okresem zakazu kontaktowania się; tak czy inaczej – ingerencja w ubiór, wygląd, konieczność podporządkowania zachowania obowiązującym w ośrodku regułom nie zawsze oczywistym i uzasadnionym.

Kadra i pacjenci mówiąc o przestrzeganiu praw człowieka bagatelizują pewne kwestie lub je przemilczają. To przede wszystkim sprawa dociążeń i takiej pseudodemokratycznej wszechwładzy społeczności. To także intuicyjnie wyczuwalna niejasność co do zakresu i sposobu działania służb porządkowych (SOM,SOT,SOS), które kontrolują, rewidują, nadzorują, mają różne uprawnienia, zarówno wobec indywidualnych osób, jak i wobec całej grupy. Nie negując dobrych intencji, a nawet – być może – nienagannej postawy etycznej poszczególnych członków tej służby, należy stwierdzić, że taka służba wygląda ni mniej ni więcej tylko jak czyjeś „zbrojne ramię"; guru?, szefa ośrodka?, szefa społeczności?

Nie wynika to wprost z zebranych wypowiedzi. Ale nasi respondenci chętnie, z zaangażowaniem, a czasem i z humorem mówili o różnych funkcjach – poczynając od rybkowego czy pieskowego, na gospodarzu, kierowniku pracy czy prezesie spo-

łeczności kończąc. Natomiast niechętnie, z oporami mówili o pełnieniu funkcji „porządkowego"; mało o tym, czym się zajmują pełniąc tę funkcję, skąd wiedzą, jak postępować, czy i jakie reguły obowiązują tych porządkowych. Więcej dowiadujemy się o tym, że to jedyny rodzaj funkcji, z której pełnienia można się wykręcić pod pewnymi warunkami, jakby to było coś moralnie trudnego, krępującego.

1. Badania pokazały, iż generalnie stan przestrzegania podstawowych praw w stacjonarnych ośrodkach leczenia uzależnień nie budzi większych zastrzeżeń – nie stwierdziliśmy w badanych obszarach poważnych (poza kontrolą osobistą) naruszeń, bez względu na organ prowadzący ośrodek. Zarówno kadra, jak i pacjenci, w tym byli pacjenci są zgodni, że w ostatnich latach sytuacja znacznie się poprawiła. Wcześniej naruszanie godności pacjenta, poniżające traktowanie, absurdalny system dociążeń były stosowane niemal powszechnie, obecnie zdarzają się incydentalnie.

2. W obszarze przestrzegania praw pacjenta wątpliwości budzą stosowane w niektórych ośrodkach ograniczenia dotyczące:

a) Ochrony przed poniżającym traktowaniem i karaniem.

Stosowana w niektórych ośrodkach rewizja osobista – konieczność wykonania przysiadów bez bielizny, aby sprawdzić czy nie są przemycane narkotyki – w naszym przekonaniu jest niedopuszczalna i jest poważnym naruszeniem praw człowieka. Sądzimy, iż jest to bardzo poniżająca praktyka. Praktyka taka jest też nieskuteczna, gdyż jest wiele innych sposobów, aby narkotyki przemycić do ośrodka. Kolejną kwestią jest stosowanie dociążeń i konsekwencji, które nie zawsze są jasno sformułowane, często *ad hoc* ferowane przez społeczność. To obszar potencjalnych naruszeń. Powinny zatem istnieć jasne katalogi konsekwencji czy kar (nie używa się tego pojęcia, ale to raczej hipokryzja) stosowanych za określone przewinienia. Kary te winny mieć raczej związek z konkretnym przewinieniem.

b) Kontaktu z osobami bliskimi (różnie reglamentowane)

Wydaje się, że w tym zakresie podejście winno być indywidualizowane i zależne od konkretnej sytuacji pacjenta. Kontakty z rodziną są szczególnym prawem człowieka i trudno sobie wyobrazić, że względy terapeutyczne są takie same w odmiennych sytuacjach.

c) Prawa do prywatności

Zrozumiałe jest, że pobyt w ośrodku i poddanie się leczeniu uzależnienia musi oznaczać różnego rodzaju ograniczenia w sferze życia prywatnego. Trudno jednak nie odnieść wrażenia, że część ograniczeń ma charakter dyscyplinujący, represyjny. Trudno też znaleźć argumenty ‚terapeutyczne', zwłaszcza, że w niektórych ośrodkach takich ograniczeń nie ma, albo nie są tak restrykcyjne (sposób picia kawy, herbaty, palenia papierosów, utrzymywanie stosunków przyjacielskich czy partnerskich, noszenie określonych strojów, słuchanie muzyki korzystanie ze sprzętu RTV, AGD itp.). Zrozumiałe jest, że może być potrzebna jakaś reglamentacja, powinna być jednak uzasadniona i wyjaśniona, tak żeby pacjent rozumiał dokładnie czemu to służy. Ponadto wprowadzane ograniczenia powinny wynikać ze współczesnej wiedzy psychologicznej, psychiatrycznej dotyczącej terapii uzależnień.

d) Prawa do informacji.

Mimo wielości katalogów praw pacjenta, często powtarzanych w różnych dokumentach nie przywiązuje się wagi do rzeczywistej znajomości praw. Dokumenty są, bo wymaga tego NFZ, krajowe biuro czy organ prowadzący, ale pacjenci niewiele wiedzą o swoich prawach. Trzeba by uporządkować istniejące katalogi praw i obowiązków, tak aby powstał dokument, w którym część dotycząca praw człowieka będzie wydzielona od różnych uprawnień wynikających z przebywania w ośrodku. Jeżeli stosowane są ograniczenia to powinny być zapisane i uzasadnione. Nie mogą wynikać z ustaleń SOM, bo te mogą się zbyt często zmieniać, a zmieniać mogą się przywileje czy dodatkowe uprawnienia, ale nie prawa człowieka. Zapisy dotyczące praw i obowiązków muszą być tak sformułowane, żeby wynikało z nich konkretne roszczenie czy konkretne zobowiązanie. Mnogość dokumentów nie służy przejrzystości zasad.

Jeżeli istniałby jeden jasny, niekoniecznie obszerny, dokument łatwiej byłoby pacjentom poznać i rozumieć prawa. Pacjenci powinni być informowani o ich prawach w trakcie pobytu a nie tylko przy przyjęciu do ośrodka, bo jak wynika z wywiadów niewiele pamiętają z tego momentu.

3. Badania wykazały, że nie ma problemu z dostępem do leczenia stacjonarnego. Wręcz przeciwnie placówki raczej zabiegają o klienta. Na ogół nie ma listy oczekujących, a nierzadko pacjent może być przyjęty niemal natychmiast, nawet ten, który niedawno dobrowolnie inny lub ten sam ośrodek opuścił lub został z niego wydalony. Z jednej strony dostępność leczenia to pozytywna zmiana, z drugiej budzi wątpliwości. Pacjenci nierzadko traktują pobyt w ośrodku jak formę poprawienia kondycji fizycznej, przetrwania zimy, przeczekania trudnego czasu, a nie jak rzeczywistą możliwość zerwania z nałogiem. Padały takie określenia jak: „turystyka ośrodkowa", czy potrzeba ‚ogarnięcia się". Dane dotyczące pacjentów, którzy nie kończą terapii (ok. 70 -75%), potem wracają do kolejnych ośrodków (rekordziści 11-12 razy) są bardzo niepokojące zarówno w kontekście skuteczności leczenia, jak i kosztów ponoszonych przez NFZ, a w istocie przez podatników.[34] Jak rozumiemy nie ma stałych mechanizmów badania efektywności takich strategii leczenia uzależnień, ale także efektów działania konkretnych ośrodków. Teoretycznie jest możliwe, że w ośrodku nie ma żadnych efektów leczenia, a i tak jest finansowany z NFZ. Potwierdzają to też niektóre cytowane wypowiedzi kierowników ośrodków.

4. Patrząc na ofertę jaką mają pacjenci decydujący się na leczenie stacjonarne to różni się ona w istocie głównie czasem pobytu w ośrodku. We wszystkich ośrodkach proponuje się leczenie metodą społeczności terapeutycznej z komponentem terapii indywidualnej i grupowej, która na ogół oznacza zajęcia psychoedukacyjne. W ośrodkach

34 Leczenie stacjonarne kosztowało w 2009 r. 83470648, 1 zł (w 2005 r – 47 063421, 3) i stanowiło ponad 75% wszystkich środków przeznaczonych na leczenie uzależnienia od narkotyków. Widoczny jest wyraźny wzrost nakładów, ale proporcje w podziale środków na leczenie stacjonarne, ambulatoryjne i substytucyjne pozostały niezmienione. Jednocześnie z informacji uzyskanej z NFZ wiemy, iż udział środków z budżetu państwa jest niewielki, bo mało jest pacjentów nieubezpieczonych

terapii krótkoterminowej więcej jest zajęć terapeutycznych *sensu stricte,* w terapii długoterminowej więcej różnego rodzaju pracy nazywanej często ergoterapią. Nie znaleźliśmy jednak potwierdzenia, że ci, którzy przebywają w ośrodkach dłużej (1,5 roku -2 lata i więcej) wykonując na rzecz społeczności różnego rodzaju prace, w celu nauczenia się odpowiedzialności są bardziej gotowi do samodzielnego, trzeźwego życia. Rozumiemy, że prace porządkowe na rzecz ośrodka mogą mieć walor wychowawczy i są potrzebne, to trudno zgodzić się, że jest to terapia.

5. Ponadto z naszych badań wynika, że sądy stosunkowo rzadko korzystają z możliwości kierowania do ośrodków uzależnionych od narkotyków skazanych na podstawie UoPN i Ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich.

6. W praktyce powszechnie wykorzystywana jest możliwość rejestrowania pacjentów jako bezrobotnych w celu uzyskania przez nich ubezpieczenia zdrowotnego.

7. Kierownicy ośrodków podawali bardzo różne koszty utrzymania pacjenta w ośrodkach posiadających kontrakty z NFZ.

8. Kierownicy i terapeuci badanych ośrodków wskazywali na brak współpracy, a nierzadko konkurencję pomiędzy placówkami leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego. Nie ma współpracy i nie ma przepływu informacji o pacjentach pomiędzy ośrodkami ambulatoryjnymi i stacjonarnymi.

9. Niektórzy kierownicy uważali też, że NFZ niedostatecznie interesuje się realizacją kontraktów. Niedostateczna też jest ewaluacja polskiego systemu pod kątem jego efektywności.

10. Trudno jest więc mówić o istnieniu całościowego, zintegrowanego systemu leczenia uzależnień. Raczej mamy do czynienia z oddzielnymi placówkami i programami.

W naszym przekonaniu istnieje potrzeba dokonania oceny polskiego modelu/systemu leczenia uzależnień od narkotyków.

Należałoby zweryfikować i zróżnicować ofertę w zakresie leczenia stacjonarnego. Być może ośrodki długoterminowego pobytu, w których wykonywanie prac porządkowych zajmuje mieszkańcom gros czasu mają rację bytu, ale jako placówki opiekuńcze podlegające resortowi pomocy społecznej, a nie resortowi zdrowia. Niewątpliwie oferta terapeutyczna powinna być bardziej zróżnicowana, nie tylko ze względu na czas pobytu.

Konieczna jest współpraca pomiędzy lecznictwem ambulatoryjnym i stacjonarnym. Może powinna być baza informacji (oczywiście odpowiednio chroniona) o pacjentach, ich problemach, przebiegu terapii, tak by kolejni terapeuci zajmujący się daną osobą mieli odpowiednie informacje.
Może nie ma potrzeby istnienia tak dużej liczby ośrodków stacjonarnych, a należałoby rozbudowywać system leczenia ambulatoryjnego, gdzie tak ważny element jak terapia rodzinna mógłby być realizowany.

Może do ośrodków stacjonarnych terapii sensu stricte powinni trafiać ci, którzy zaliczyli terapię w poradni i są bardziej zmotywowani do leczenia. Natomiast ci, którzy chcą ‚podreperować' kondycję mogliby trafiać do placówek opiekuńczych, tańszych, w których musieliby wykonywać prace na rzecz ośrodka i swojego utrzymania.

Być może dostęp do leczenia stacjonarnego powinien być w jakiś sposób reglamentowany, tak by pacjenci nie traktowali pobytu w ośrodku jak sposobu na chwilowe podreperowanie zdrowia czy znalezienie miejsca czasowego pobytu.

Badana powinna być efektywność prowadzonej terapii, również w kontekście ponoszonych kosztów zwłaszcza, że są one bardzo zróżnicowane. Potrzebne są standardy leczenia uzależnień oparte na współczesnej wiedzy i analizach ekonomicznych.

Chcemy, żeby raport stał się przyczynkiem do dyskusji wokół polskiego systemu jego skuteczności i racjonalności.

CZĘŚĆ III. Komentarze profesjonalistów

1. Poseł Marek Balicki - lekarz psychiatra, poseł na Sejm RP:

Polski system terapii osób uzależnionych wymaga zmian. Zmiany te powinny być poprzedzone pogłębioną analizą i oceną obecnej sytuacji, pokazaniem jej plusów i minusów, oraz sformułowaniem wniosków i rekomendacji.

Sytuacja z lat 80-tych czy 90-tych, kiedy często dochodziło do naruszania prawa człowieka, zmieniła się na lepsze, jednakże nadal pozostaje wiele problemów, które mogą budzić niepokój.

Wiele wskazuje na to, że publiczne środki, z których pokrywane są koszty leczenia osób uzależnionych są wydawane w sposób niewłaściwy. Nie są mierzone efekty leczenia w stacjonarnych ośrodkach leczenia uzależnień. Urzędnicy NFZ nie są zainteresowani oceną skuteczności finansowanej terapii. Brakuje standardów terapii prowadzonej w ośrodkach. Raport Fundacji Helsińskiej uwidacznia także brak współpracy i koordynacji między poszczególnymi placówkami.

Z badań prowadzonych w różnych krajach wynika, że terapia substytucyjna jest nie tylko tańsza od programów abstynencyjnych, ale daje także lepsze wyniki leczenia. Tymczasem w Polsce dostęp do programów terapii substytucyjnej ma zaledwie 6-7% uzależnionych od opiatów. Większość potrzebujących musi czekać w kolejce na miejsce. Natomiast mało który kraj na świecie może równać się z Polską pod względem liczby ośrodków stacjonarnych. Mamy ich ponad. 80. Dlatego nie ma kolejek, ani innych ograniczeń w dostępie do terapii abstynencyjnej. Dochodzi wręcz do sytuacji, że ośrodki te po prostu szukają pacjentów. Jaskrawym przykładem jest województwo pomorskie, gdzie liczba miejsc w ośrodkach na 100 tys. mieszkańców jest prawie trzykrotnie większa niż średnio w kraju, a nie ma praktycznie dostępu do terapii substytucyjnej. Zastanawiające jest jak NFZ nieracjonalnie zarządza środka-

mi publicznymi ograniczając finansowanie metod, które są tańsze i przynoszą istotnie lepsze wyniki, jednocześnie preferując model droższy i mniej skuteczny.

Takie postępowanie nie tylko kłóci się ze zdrowym rozsądkiem, narusza zasadę efektywności, ale przede wszystkim ogranicza prawa uzależnionych w dostępie do zróżnicowanych metod leczenia opartych na różnych podejściach psychospołecznych i farmakologicznych. Sytuacja w zakresie terapii uzależnień dalece odbiega od wytycznych planu działania UE w zakresie narkotyków.

Z Raportu Fundacji Helsińskiej wynika, że system leczenia uzależnień mniej jest zorientowany na potrzeby uzależnionych w zakresie leczenia niż potrzeby własne i utrzymywanie jego funkcjonowania w dotychczasowym kształcie jest nieracjonalne. Ośrodki stacjonarne - konsumując środki przeznaczone przez NFZ na finansowanie terapii - często pełnią inne funkcje niż terapeutyczne. Służą jako schroniska, ośrodki wsparcia, domy pomocy bezdomnym. Niekontrolowana możliwość powrotu na terapię i rotacja pacjentów powoduje, że osoby uzależnione często do ośrodka leczenia zgłaszają się po to, by przez jakiś czas pomieszkać czy przetrwać zimę. Powstaje tzw. „turystyka ośrodkowa". Te ważne potrzeby powinny być zaspokajane, ale w ramach innych źródeł finansowania i w innego rodzaju placówkach.

Potrzeba więc zmian. Uzależnieni mają prawo do zróżnicowanej oferty modeli leczenia opartego na dowodach, a system musi dążyć do zwiększania skuteczności i efektywności finansowanych przez podatnika terapii. Analiza obecnej sytuacji i wskazanie dróg wyjścia powinno być przygotowane przez interdyscyplinarny zespół i poddane debacie nie tylko w środowiskach związanych z leczeniem uzależnień, ale także otwartej debacie publicznej. Mocnym argumentem na rzecz zmian jest Raport Fundacji Helsińskiej.

2. Małgorzata Maresz socjolog, w latach 2001-2007 główny specjalista ds.rehabilitacji w Krajowym Biurze ds Przeciwdziałania Narkomanii

Wstęp

W potocznym pojęciu narkomani, to osoby uzależnione od nielegalnych substancji psychoaktywnych, zdegradowane społecznie, mające kontakt ze światem przestępczym oraz same często podejmujące przestępcze działania dla zdobycia narkotyków.

Nic więc dziwnego, że są oni postrzegani przez działaczy Fundacji jako osoby należące do grup marginalizowanych, których ludzkie prawa mogą być narażone na łamanie. Jednym z miejsc, gdzie mogą się dokonywać wobec nich nadużycia są wg przypuszczeń Fundacji stacjonarne ośrodki terapii uzależnień, które stanowią trzon systemu leczenia narkomanów w Polsce.
Żeby przyjrzeć się wykonanej przez Fundację pracy i ocenić jej efekty warto zastanowić się nad samym pojęciem marginalizacji narkomanów, ponieważ w jej charakterze leży źródło wielu ujawnionych w czasie badania Fundacji problemów.

Społeczna marginalizacja to w skrócie społeczne odepchnięcie, pewnej grupy osób ze względu na jej odmienność trudną do zaakceptowania przez większość populacji. W odniesieniu do narkomanów ma ona swe przyczyny w dwóch cechach: tej, że są oni ludźmi chorymi,(ale takich osób jest w społeczeństwie mnóstwo i rzadko są spychane poza nawias) oraz tej, że wszyscy bez wyjątku, jako użytkownicy środków nielegalnych są przestępcami. W dodatku specyfika choroby popycha ich często do działań kryminalnych bądź patologicznych niezwiązanych bezpośrednio z obrotem nielegalnym towarem, jak kradzież, rozbój, prostytucja czy bezdomność. Narkomani (używam tu tego pojęcia jako powszechnie przyjętego uproszczenia, nie wnikając w niuanse głębokości problemów różnych grup użytkowników) postrzegani są więc jako zagrożenie nie tylko dla publicznego zdrowia ale także i kto wie czy nie bard-

ziej – dla publicznego bezpieczeństwa. Narkomani budzą wciąż lęk, który jest głównym źródłem ich marginalizacji i rzutuje bezpośrednio na od lat mało zmienioną formę leczenia jaką się im proponuje.
Narkomani w naszym systemie lecznictwa traktowani są jako pacjenci wyjątkowi i jako tacy są obdarzeni istotnym przywilejem jakim jest bezpłatność leczenia ich przypadłości, niezależnie od tego czy płacą co miesiąc składkę ubezpieczenia zdrowotnego, czy nie. Należy przypuszczać, że większość jej nie płaci a pomimo to podjęcie leczenia nie wymaga od nich wysiłku finansowego jak również, jak wynika z raportu, specjalnych starań i oczekiwań w kolejce.

Tu trzeba dla porządku wyjaśnić, że leczenie to odbywa się z pieniędzy publicznych, co tylko w odniesieniu do nieubezpieczonych oznacza budżet państwa w części będącej w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia, pozostała część nakładów pochodzi z Narodowego Funduszu Zdrowia, którego środki w skład budżetu państwa nie wchodzą. Sięgniecie po pieniądze z budżetu, o których mowa wyżej wymaga spełnienia administracyjnej procedury przez zainteresowanego pacjenta lub w jego imieniu przez świadczeniodawcę. Stąd ta widać łatwiejsza do spełnienia a wytknięta słusznie przez Raport nieprawidłowość jaką jest fikcyjne praktycznie nagminne rejestrowanie pacjentów ośrodków stacjonarnych jako bezrobotnych. W tym momencie bezceremonialnie sięga się do kieszeni uczciwych płatników składek zdrowotnych. Kłopot powstaje tylko wtedy, gdy pacjent okazuje się bezdomny. Dopiero wtedy ośrodki decydują się wystąpić do budżetu państwa, choć procedura nie jest skomplikowana. Tak więc udział nakładów budżetowych w leczeniu narkomanii może okazać się niewielki.

Wracając jednak do meritum sprawy jakim jest marginalizacja narkomanów i jej konsekwencje w systemie leczenia. Fakt, że każdy pacjent „narkotykowy" jest przestępcą wyróżnia go od innych pacjentów leczących uzależnienie i posiadających ten sam omówiony wyżej przywilej, takich jak np. alkoholicy.
Sytuacja ta wnosi dużo zamętu nawet, jak wynika z raportu, w głowach kadry ośrodków stacjonarnych. Nazwa tych placówek, na co zwrócili uwagę prowadzący bada-

nie, nie zawiera (lub zawiera rzadko) słowa „terapia", są to w większości ośrodki „readaptacyjno – rehabilitacyjne", co wskazuje (przynajmniej w momencie ich powstawania w końcu lat 70 i latach 80) na ich bliższe pokrewieństwo z placówkami o charakterze penitencjarnym niż leczniczym. Wynika to z tradycji ruchu monarowskiego, gdy ośrodki (zawsze otwarte i dobrowolne) były tworzone dla osób głęboko uzależnionych od opiatów, gdzie metodami radykalnymi, kontrowersyjnymi i dziś kontestowanymi (drelichy, golenie głowy itd.) usiłowano ich (nie można zaprzeczyć, że w wielu wypadkach z dobrym skutkiem) przywrócić społeczeństwu.

Również pojęcie „pacjent" w odniesieniu do osób przebywających w ośrodkach nie miało zastosowania, mówiło się o nich prędzej „klienci", „mieszkańcy" a kadra między sobą, co w wypowiedziach terapeutów widać w Raporcie, używała określenia „dzieciaki", mimo, że w większości chodziło o osoby pełnoletnie.

Słowo „pacjent" zostało nie bez oporów wprowadzone w roku 1999 wraz z radykalną zmianą podejścia do finansowania ośrodków, jaką wprowadziła reforma ubezpieczeń zdrowotnych. Z dnia na dzień, aby uzyskać środki na prowadzenie placówki, trzeba było przekształcić ją w Zakład Opieki Zdrowotnej, co niosło ze sobą konieczność spełnienia określonych wymagań stawianych przez kasy chorych, jak chociażby zapewnienie stałej opieki lekarskiej, urządzenie gabinetów, prowadzenie obowiązującej w zoz-ach dokumentacji.

Oddziaływania jakie stosowano wobec mieszkańców ośrodków nagle uzyskały nazwę „świadczeń zdrowotnych", a raczej stały się towarem, który należało sprzedać kasom chorych w opakowaniu, w którym one gotowe były je kupić. Oczywiście nie wszystkie – rodem z idei resocjalizacyjnych – dały się w nich zmieścić, np. resocjalizacja przez pracę, która dominowała w „monarach" świetnie się sprawdzając, uzyskała miano „ergonomicznych zajęć grupowych" i dotąd budzi niepewność urzędników kontraktujących świadczenia. Kasy chorych nie chcąc wylewać dziecka razem z kąpielą określiły okres przejściowy, w którym lecznictwo uzależnień od nielegalnych substancji psychoaktywnych dostosuje się do warunków jakie powinien

spełniać proces terapii, by można go było nazwać profesjonalnym, a więc opartym o określone teorie i procedury zapewniające efektywność oraz bezpieczeństwo pacjentowi. Podstawą stawianych warunków było utworzenie kadry profesjonalistów legitymujących się dyplomem uprawniającym do leczenia tego rodzaju uzależnień. Pewnym punktem odniesienia był tu istniejący już od połowy lat dziewięćdziesiątych system szkolenia terapeutów uzależnia od alkoholu.

Staraniem Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii system szkolenia profesjonalistów leczących narkomanów ruszył jesienią 2002 roku, a Marek Kotański otrzymał pośmiertnie symboliczny dyplom nr 1.
Następnie odpowiednie zapisy odnoszące się do kwalifikacji kadr terapeutycznych zostały wprowadzone do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 r.

W wyniku intensywnego wysiłku w kilku ośrodkach szkoleniowych wyłonionych drogą konkursu zapewniających dostępność i odpowiedni poziom nauczania, przygotowano profesjonalną kadrę terapeutów. Na dzień dzisiejszy można ocenić, że potrzeby w zakresie odpowiedniego nasycenia lecznictwa uzależnień od środków psychoaktywnych przez osoby z kierunkowym wykształceniem wyższym (psycholog, socjolog, pedagog, lekarz) oraz dyplomem specjalisty terapii uzależnień są zaspokojone w stopniu na tyle zadowalającym, że Narodowy Fundusz Zdrowia - spadkobierca kas chorych, mimo że wspomniany wyżej okres karencji minął, nie stawia przeszkód w kontraktowaniu świadczeń.

Programy szkoleń obejmują zarówno teorię, jak i praktykę w postaci obowiązkowych staży w wyłanianych drogą konkursu i monitorowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii placówkach stażowych, stosujących tzw. dobrą praktykę opartą na opracowanych przez specjalistów standardach leczenia.

W taki oto z grubsza pejzaż wkroczył przeprowadzony na przełomie 2009 i 2010 r monitoring Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, który zgodnie z misją Fundacji miał na celu zbadanie dostępu do terapii stacjonarnej i stanu przestrzegania praw

leczących się tam osób uzależnionych. Zainteresowanie Fundacji ośrodki wzbudziły z dwóch powodów:

- *pacjenci ośrodków należą do grup marginalizowanych, które mogą być bardziej narażone na łamanie ich praw;*
- *pobyt w ośrodkach ma charakter izolacyjny, co nawet uzasadnione względami terapeutycznymi stwarza zagrożenie naruszeń praw człowieka;*

Dodać należy, że trzecim, niewymienionym przez Fundację czynnikiem ryzyka naruszana praw człowieka w ośrodkach stacjonarnych może być fakt, że w przeważającej liczbie prowadzone są one przez organizacje pozarządowe, gdzie występowanie patologii w warunkach izolacji może być skuteczniej ukrywane niż w zakładach publicznych.

W badanej próbie znalazło się 18 ośrodków co stanowi ok. ¼ tego rodzaju placówek funkcjonujących w Polsce. Bardzo cenna jest różnorodność próby pod względem długości przewidzianego pobytu a co za tym idzie podejścia terapeutycznego, rodzaju pacjentów, podmiotu prowadzącego i w końcu rozmieszczenia geograficznego. W charakterystyce monitorowanych ośrodków warto podkreślić, że pacjentami tych 4, które „przyjmowały małoletnich „ są wyłącznie niepełnoletni (z wyjątkiem tych, którzy ukończyli 18 lat w trakcie terapii), co ma swoje konsekwencje odnośnie takich praw jak prawo do nauki i prawo do kontaktu z rodziną.

Również trzeba wyjaśnić, że 3 ośrodki, w których „przebywały matki z dziećmi", nie są specjalnie dla takich pacjentek przeznaczone i stanowią one zdecydowaną mniejszość populacji placówki, jak w ogóle kobiety i dziewczęta we wszystkich ośrodkach stacjonarnych, co ma swoje konsekwencje w przestrzeganiu praw kobiet jak i dostosowaniu terapii do potrzeb pacjentek.
Jeden ośrodek działa poza systemem ubezpieczeń zdrowotnych i jest b. ciekawą zastoiną podejścia terapeutycznego i sposobu myślenia kadry sprzed zmian rozpoczętych w 1999 r.

Dostęp do leczenia i oferta terapeutyczna

Według danych z opublikowanego w b.r. Raportu Krajowego 2009 „Sytuacja narkotykowa w Polsce" (sporządzanego corocznie dla Europejskiego Centrum Monitorowania Problemów Narkotykowych), odsetek przyjętych po raz pierwszy do leczenia stacjonarnego w Polsce wynosi ok. 45 % wszystkich pacjentów (dane z 2007 r.) i ma tendencję malejącą (między rokiem 2006-2007 o 7%), co potwierdza informację uzyskaną w badaniu. Maleje też ogólna liczba pacjentów przyjętych do ośrodków. Zaobserwowano za to kolejny wzrost odsetka pacjentów powyżej 45 roku życia, stanowili oni 17,3 % przyjętych do placówek stacjonarnych. W każdym roku odsetek ten rośnie ok. 2%, tak, że w roku bieżącym liczba ta może wynosić nawet ok. 3 tys. przyjęć. Można prawie w 100 % stwierdzić, że są to „turyści ośrodkowi" cytując jednego z kierowników.

Nie blokują oni wprawdzie nikomu miejsc, bo jest ich jak się okazuje dostatek, ale nasuwa się wniosek, że dla „ogarnięcia się" i dłuższego utrzymania abstynencji powinni trafić do zupełnie innych, tańszych placówek lub specjalistycznych programów, także substytucyjnych.

Brak rejonizacji, bezpłatność i dowolność w wyborze ośrodka, miały zachęcać do podejmowania leczenia, lecz gdy nie idzie z tym w parze zróżnicowanie oferty leczniczej i opiekuńczej i dostosowanie jej do potrzeb osób na różnych etapach uzależnienia, przywilej ten kosztuje społeczeństwo wyrzucone pieniądze i obraca się przeciw uprzywilejowanym.

Mamy tu bowiem do czynienia z brakiem dostępu do właściwej oferty, co skazuje tych chorych chronicznie ludzi na wieczną tułaczkę, której towarzyszy ucieczka przed wymiarem sprawiedliwości – jednym słowem dreptanie w zaklętym kole bez perspektyw zmiany, choćby spróbowania innego wyjścia.

Sytuację tę utrwala fakt, że sądy zbyt rzadko korzystają z możliwości probacji w postaci zawieszenia i możliwości złagodzenia kary po ukończeniu terapii uzależnienia, gdy tymczasem praktyka wskazuje, że procedura ta przynosi pożądane efekty.

Dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej

Ze względu na specyfikę choroby jaką jest uzależnienie w standardzie kontraktu z NFZ na leczenie stacjonarne, które jest rodzajem hospitalizacji, zawarte są świadczenia lekarza psychiatry oraz lekarza rodzinnego. Dlatego dziwi, że opieka psychiatryczna zapewniona jest „na ogół" być może chodzi tu o ośrodek bez kontraktu z NFZ. Osoby ubezpieczone mają zapewnione wszystkie świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej i leki. Dlatego czym prędzej rejestruje się nieubezpieczonych w Urzędzie Pracy, gorzej gdy są bezdomni, wtedy tylko pozostaje MZ. Tacy pacjenci są niechętnie widziani i są ośrodki, które ich nie przyjmują – ale teraz mocno obniżyła się poprzeczka.

Tak jak w szpitalu ośrodek powinien zapewniać pacjentowi leki – to jest uwzględnione w kontrakcie, jest tam również przewidziane zatrudnienie pielęgniarki. To bardzo ważne, gdyż ona tylko ma uprawnienia (oprócz lekarza oczywiście) do podawania zapisanych przez lekarza leków. Podawanie leków przez terapeutów jest niezgodne z prawem, a przez pacjenta „lekowego" wręcz niedopuszczalne (ustawa o zoz-ach). Taka praktyka, niestety dość powszechna ze względu na niepełne zatrudnienie pielęgniarek, naraża pacjentów na niebezpieczeństwo pomyłek, przedawkowań itd. Jest naruszeniem prawa dostępu do kompetentnej opieki zdrowotnej. W tym kontekście widać, że w przypadku braku kontraktu z NFZ i – należy przypuszczać braku statusu ZOZ (brak pielęgniarki, leki wydaje kierowniczka) skutkuje zagrożeniem dla pacjentów, których zresztą jak dalej widać, nie do końca jak pacjentów się traktuje. To jako kogo, można zapytać - no pewno jako ludzi trochę poza obowiązującym prawem, czyli ćpunów – nawet, jeżeli kadra nie jest w pełni tego świadoma.

Pobyt w ośrodku –proces leczenia uzależnień

Przyjęcie do placówki

Pozostałości podejścia skierowanego bardziej na resocjalizację, przesycenia nomenklaturą penitencjarną, widać w wielu procedurach przyjęcia do ośrodków, gdzie pacjent nie podpisuje zgody na leczenie, a „na pobyt", co brzmi prawie jak „na osadzenie" i nie sugeruje, że będzie miała zastosowanie jakakolwiek opieka zdrowotna. Kuriozalnym zapisem jest w jednym miejscu przyjęcie na wstępie do wiadomości, że „personel zobowiązany jest powiadomić organy ścigania, jeśli (pacjent) ujawni popełnione przez siebie przestępstwa" – taki zapis rujnuje natychmiast możliwość jakiejkolwiek szczerości i zaufania między pacjentem a terapeutą, bez których nie ma leczenia.

Ośrodek oparty na takich zasadach traci rację bytu, gdyż każdy narkoman jest przestępcą, ale tu przyszedł się leczyć, a nie odpowiadać za swoje czyny. Inną zupełnie kwestią jest współpraca placówki leczniczej z organami ścigania i wymiarem sprawiedliwości w przypadku, gdy pacjent ma tam sprawy w toku w chwili zgłoszenia się na terapię.

Podpisanie zgody na leczenie, jedno z podstawowych warunków wolności i podmiotowości pacjenta, aby było ważne, musi być świadome. Tymczasem dowiadujemy się od pacjentów, że w momencie podpisywania: „byłem w złym stanie i nie chciało mi się czytać", „nie pamiętam czy cokolwiek podpisywałem, bo nie dotrzymałem abstynencji i skłamałem". W tych wypadkach prawo o dobrowolności leczenia jest naruszone. Sprawa ta ma wagę również terapeutyczną, świadczy o tym fakt, że w standardach tzw. dobrej praktyki zalecane jest, by pacjent podpisywał tego rodzaju zgodę, nawet jeśli jest skierowany na leczenie sądownie i jego pobyt w ośrodku nie jest zupełnie dobrowolny.

Sprawa przeszukań przez tzw. SOM (Służba Ochrony Monaru, w innych placówkach różne odmiany tej nazwy) jest również bliska procedurom więziennym, a nawet jest bardziej upokarzająca i zapewnienia terapeutów o odstąpieniu od niej w razie protestu osoby przyjmowanej, brzmią nieprofesjonalnie w ustach psychologów i pedagogów, którymi w większości są. Przypominają zapewnienia kierowników izb wytrzeźwień, że skoro klienci się nie skarżą, to znaczy, że nie czują się w izbie źle. Stan psychiczny narkomana skłania go niestety do przyjmowania wszelkich upokorzeń bez sprzeciwu. Aby oszczędzić pacjentowi dodatkowych przykrości, prawdopodobnie wystarczyłaby w tym momencie zwykła kontrola trzeźwości.

Pobyt w placówce

Prawie wszystkie monitorowane placówki prowadzą terapię na zasadach społeczności terapeutycznej, która, pod kierunkiem terapeutów ma z założenia stanowić główną „siłę lecząca", gdzie wszyscy wzajemnie sobie pomagają uwolnić się od uzależnienia. Społeczność ma ogromną władzę, dlatego powinna być bardzo czujnie kontrolowana przez prowadzących terapię specjalistów. Społeczność wybiera spośród siebie członków SOM, rozdziela stałe role (kucharz, ochmistrz, pieskowy itp.) a potem ocenia sposób wywiązania się z nich. Ma to na celu uczenie się odpowiedzialności, zasad współżycia, rytmu dnia itd. To wszystko przywraca uzależnionemu równowagę, cel w życiu. Wyznaczone etapy terapii cel ten dzielą na cele mniejsze.

Społeczność ustala wspólnie regulamin, w którym dominują zakazy, społeczność ustala też tzw. dociążenia.
Określenie to jest przeniesione żywcem z systemu penitencjarnego i jest stałym narzędziem, którym posługuje się większość ośrodków stacjonarnych, traktując je jako oddziaływania terapeutyczne. Skoro taki jest ich cel, powinna być ustalona ich lista i udokumentowana efektywność ich stosowania, gdyż dowolne ich ferowanie przez społeczność niesie ze sobą zagrożenie nadużyć, o czym mówią pacjenci, mimo, że ogólnie akceptują ten środek dyscyplinowania, a nawet się go

dopominają. Wypowiedzi takie jak: „to wolna amerykanka, nawet jak się pacjent nie zgadza- musi wykonać, nawet jak nie ma siły" czy opis „dychy z okinawą", dają do myślenia. Może przecież być tak, że potrzeba karania siebie i innych wynika ze stanu uzależnionego umysłu leczonych osób.

Wydaje się, że wiara jaką pokładają terapeuci w mądrość społeczności terapeutycznej powinna być poddawana racjonalnej ocenie, gdyż w przeciwnym przypadku prowadzi np. do zgody na to, by to spotkania społeczności prowadził pacjent – uzależniony w trakcie leczenia, co jest postępowaniem nieprofesjonalnym, niezgodnym z kontraktem z NFZ (jeżeli taki miał w tym wypadku miejsce) oraz jawnym nadużyciem wobec pozostałych pacjentów. Kadra niektórych ośrodków tego wyraźnie nie rozumie, co więcej, wypowiedzi kierowników, że „generalnie zasada jest taka, że gdy ustalenia społeczności nie uwłaczają godności, nie godzą w prawa pacjenta, to akceptujemy takie dociążenia" nie gwarantują że tak się rzeczywiście dzieje.
Nie ma bowiem pewności, że prawa te są przez kadrę powszechnie znane.
Wątpliwości nasuwają się w związku z sytuacją, gdy jeden z pacjentów po zapoznaniu się ze swoimi prawami upomniał się o odebrane mu symbole religijne (najprawdopodobniej medalik), co dla kadry było wyraźnym zaskoczeniem. Kilkakrotnie też natykamy się na wypowiedź rozgoryczonego pacjenta, który wprawdzie ma możliwość uczęszczania do pobliskiego (zabytkowego) kościoła, ale z tego powodu jest stałym obiektem drwin ze strony kolegów, na co wyraźnie kadra nie reaguje. Tolerancja religijna nie wchodzi widać w skład zasad współżycia społecznego, których wpajaniem zajmuje się ta placówka rehabilitacyjno- adaptacyjna. Natomiast kara w postaci pozbawienia planowanej wizyty rodziny wzięta jest żywcem z praktyki więziennej.

Dostęp do terapii adekwatnej do potrzeb pacjenta

Trudno ocenić prawidłowość prowadzonej terapii nie będąc specjalistą, ale można przypuszczać, że dostęp do niej jest niewystarczający gdy wg oceny pacjenta: „Te-

rapia indywidualna jest, jak jest wolny czas, (...) nie jest zaplanowana. Jeśli nie ma czasu, to nawet miesiąc albo więcej można nie spotkać się z terapeutą.” A nie ma czasu bo np: „od 12 do 23 zajęcia społecznościowe. Nie ma możliwości żeby nie być. Kto tego nie akceptuje, wyjeżdża”. Jak można wnioskować z wypowiedzi pacjentów, bardzo dużo czasu i uwagi zajmuje im też wywiązywanie się z dociążeń. Trudno uznać, że kwestie porządkowe i dyscyplinarne - siłą rzeczy nużące, zwłaszcza, gdy przeciągnie się spotkanie społeczności - są ważniejsze od planowej, regularnej terapii indywidualnej, która zresztą stanowi podstawowy element kontraktu z NFZ.

Z drugiej strony jednak wielu pacjentów ma przeszłość kryminalną, pojawia się grypsera, fala, by nie stracić kontroli nad tak trudną zbiorowością pacjent musi być cały czas „na widelcu”, a jednocześnie trzeba mu pomóc wyciszyć się, zerwać mentalnie z dotychczasowym życiem, „narodzić na nowo”, nauczyć choćby nawyków higienicznych. Nie łatwo jest to wszystko wyważyć, mimo to wielu placówkom stacjonarnym udaje się to, o czym świadczą wypowiedzi zarówno kadry, jak i pacjentów.

Wielu pacjentów mówi o braku zaufania do społeczności, nic dziwnego, gdy dzieją się tam rzeczy tak łatwo urażające jak roztrząsanie spraw intymnych, które mogą przeszkadzać w terapii. Tym ważniejsza jest profesjonalna terapia indywidualna.

Trzeba w tym momencie zwrócić uwagę na wspomnianą we wstępie proporcję płci w ośrodkach. „Ciężko popłakiwałam po kątach, kiedy musiałam mówić o swoich sprawach” zwierza się jedna z dziewcząt. Nie powinna płakać po kątach, tylko mieć możliwość wypłakania się przed terapeutą. W ani jednej wypowiedzi nie wspomina się, by zadbano o osobną możliwość terapii grupowej dla kobiet, by te kilka dziewcząt (średnio 5-7 na 20 -30 chłopa) mogło porozmawiać intymnie z terapeutką o swoich sprawach, zwłaszcza, że często mają za sobą ciężkie traumy związane z nadużyciami seksualnymi, o których trudno mówić w mieszanym gronie. Natomiast informacja o „obowiązkowej terapii dla wszystkich nt. gwałtu” brzmi mocno niepokojąco.

Ryzyko nadużyć

Warto zauważyć, że ośrodki ze względu na swoją izolację (często podkreśloną umieszczeniem „na końcu świata") oraz zasadę tajemnicy społeczności, są podobne do grup rodzinnych, gdzie obowiązuje solidarność, łatwo mogącą się przekształcić w zmowę milczenia o sprawach, które nie powinny ujrzeć światła dziennego. Dodatkową poduszką ochronną tajemnicy może być zarząd stowarzyszenia prowadzącego np. kilka placówek. W tej sytuacji profesjonalizm i poziom etyczny kadry terapeutycznej ma znaczenie podstawowe. Cechy te są gwarantem, że terapia jest efektywna i przebiega bezpiecznie dla pacjenta. Przy ogromnej władzy społeczności powstaje wiele ryzykownych sytuacji np. błędy w postępowaniu SOM mogą doprowadzić do dramatycznych zwrotów w życiu pacjentów.

Charakterystyczne jest niewielkie zainteresowanie możliwością złożenia skargi – nie ma takiej potrzeby, wszystko załatwiane jest we własnym gronie, mówią pacjenci. Oni wiedzą o możliwościach poskarżenia się, ale z nich nie korzystają – twierdzi kadra. Tylko w jednym przypadku wspomina się o prowadzonej regularnie ankiecie satysfakcji pacjentów, która jest analizowana – jest to jeden ze standardów komunikacji z pacjentami w placówkach świadczących usługi zdrowotne.

Podstawowym prawem pacjenta jest to, by nie leczyli go dyletanci. Niestety, w przeprowadzonym monitoringu brak jest pytania o kwalifikacje kadry terapeutów. Warto było się o to spytać, mimo, że kontrakt z NFZ jak wspomniano wyżej odpowiednie kwalifikacje wymusza. Jest jednak pytanie o dostęp do superwizji, z czym jak się okazuje nie jest najlepiej. Superwizor, który jest wysoko kwalifikowanym specjalistą spoza zespołu, podczas regularnych spotkań odbywanych nie rzadziej niż raz na miesiąc, daje możliwość skorygowania ewentualnych błędów i przedyskutowania wątpliwości co do metod prowadzonej terapii.

Terapeuta, podobnie jak lekarz, wciąż powinien doskonalić swoje umiejętności. Jak

lekarza właściwie nie pytamy go jakie stosuje metody leczenia, bo jego dyplom jest rękojmią tego, że robi to fachowo. Pytamy go natomiast, podobnie jak lekarza, czy dokłada wszelkich starań, gdy chodzi o tzw. „dobrą praktykę", czy nie narusza praw pacjenta, czy dba o jego bezpieczeństwo i nie naraża go na zbędne ryzyko (np. nie stawia go w takiej sytuacji psychicznej, że mimo zaawansowanej terapii opuszcza ośrodek z powodów osobistych). Na koniec, pytamy go, czy i w jakim stopniu jego postępowanie przynosi pożądane efekty.

W przypadku lekarza, pacjent może poskarżyć się na jego błąd w sztuce do Izby Lekarskiej, w przypadku specjalisty ds. uzależnień, czy terapeuty, nie ma odpowiedniej, kompetentnej instytucji, gdyż mimo wielokrotnych przymiarek Sejm RP nie uchwalił jak dotąd ustawy regulującej prawa i obowiązki tego zawodu. W konsekwencji tego zaniedbania, terapeuta uzależnień, któremu by nawet postawiono poważne zarzuty nadużyć wobec pacjentów, może swobodnie dalej mieć do nich dostęp, gdyż nie ma instytucji, która na czas postępowania sądowego mogłaby choćby zawiesić go w jego czynnościach.

Sprzyja takiej niemocy prawnej widoczny wyraźnie w badaniu fakt, że „ludzie nie skarżą się" – bo narkoman nie należy do ludzi przesadnie wierzących, by ktoś uznał jego krzywdę.

Można tu wprawdzie wysunąć zastrzeżenie, że jak w innych zawodach solidarność korporacyjna może osłabić siłę kontroli, jednak brak odpowiednich regulacji nie zmusza do wzmożenia odpowiedzialności i refleksji.

Prawo do edukacji

Generalnie są tu trzy uwagi:

1. Indywidualny tok nauki, który wynika w głównej mierze z narkofobii społeczeństwa a nie ze względów terapeutycznych, pogłębia izolację młodych pacjentów i wyobcowanie z normalnego środowiska;

2. Oddalenie placówki od cywilizacji utrudnia kontynuowanie nauki „ze względów

logistycznych i bezpieczeństwa";

3. Każdy ośrodek powinien nie tylko umożliwiać kontynuowanie nauki w zakresie ponadgimnazjalnym, ale wręcz ze wszystkich sił do niej zachęcać, gdyż stanowi to bardzo ważny czynnik zdrowienia i utrzymywania abstynencji.

Kilka uwag o opuszczaniu ośrodka

Kwestii tej i procedurom jakie ją regulują poświęcono w badaniu sporo miejsca, gdyż każdego obserwatora niepokoi fakt, że średnio terapię kończy zaledwie ¼ pacjentów, oraz, zobrazowana powyżej mająca tendencję wzrostową „turystyka ośrodkowa".

Szczególnie interesujące są procedury opuszczenia ośrodka na własne życzenie, gdyż one odzwierciedlają stosunek kadry do takich przypadków oraz wysiłki lub ich brak, aby im zapobiegać. Istnieje tu raczej jednoznaczna postawa:

- „Pacjent nie musi podawać powodu rezygnacji z leczenia"
- „Pacjent ma obowiązek opuszczenia ośrodka (...) w ciągu godziny od złożenia pisemnej deklaracji"
- „Pacjent do czasu uporządkowania spraw związanych z opuszczeniem ośrodka pozostaje pod stałym nadzorem i w odosobnieniu od innych pacjentów"

Tylko jeden ostrożny zapis, że „Terapeuta dyżurujący ma prawo do motywowania pacjenta i zachęcania go do pozostania w ośrodku i kontynuowania podjętego leczenia" mówi, że bywają podejmowane takie rozmowy.

W wypowiedziach kierowników/terapeutów przewija się wprawdzie bezradność: „Nie jesteśmy w stanie nikogo zatrzymać, gdy zdecyduje o odejściu" ale też dużo obserwacji świadczących o tym, że pacjenci najtrudniej znoszą pierwszą fazę leczenia, że kryzys następuje od razu w pierwszych dniach, albo w fazie domownika, gdy pacjent zaczyna mieć poczucie wyleczenia. Poza tym :"Nim dłużej przebywają, tym mniejsza liczba samodzielnych odejść". Wydaleń dyscyplinarnych jest stosunkowo mało, dobre skutki w przypadkach łamania regulaminu przynoszą ostrzeżenia. Na-

suwa to pomysł, że może wypuszcza się ich zbyt łatwo, zbyt mało z nimi rozmawia. Przy okazji: trzeba pamiętać, że w ośrodku pacjent jest częścią społeczności i jego brak aktywności może faktycznie doprowadzić do rozbicia pracy całej grupy.

Jest jednak też dużo powrotów. Świadczyć to może o tym, jak pacjentom trudno terapię podjąć i się w niej utrzymać, że są w ciągłym poszukiwaniu, pogubieniu, różnych fazach zdrowienia i że na tej drodze warto im przedkładać różne możliwości. Ośrodki stacjonarne powinny być tylko jedną z nich a także ich profil powinien być zróżnicowany co do metod i czasu trwania terapii.

To, że pacjenci zwykle, niezależnie od trybu opuszczania ośrodka, uzyskują informację o innych możliwościach terapii i rehabilitacji w innych miejscach, nie jest podyktowane tylko humanitarną troską, ale profesjonalnym podejściem, którego celem jest niezaprzepaszczenie uzyskanych już przez pacjenta osiągnięć. Ideałem byłaby opieka ambulatoryjna wsparta w razie potrzeby możliwością czasowego zamieszkania w hostelu czy mieszkaniu readaptacyjnym.

Pacjent kończący terapię planowo oprócz epikryzy otrzymuje dyplom, co poświadcza jego indywidualny wysiłek włożony w ukończenie leczenia, bez którego nie byłoby sukcesu – jak to w rehabilitacji. Trzeba jednocześni pamiętać, ze uzależnienie jest chorobą chroniczną i żaden dyplom i pieczątka od niej nie uwalnia.

Podsumowanie

Bardzo ciekawe są komentarze ogólne kadry ośrodków dotyczące systemu leczenia. Właściwie pod większością z nich można się podpisać bez zastrzeżeń. Sprzeciw budzi jedynie lekceważący stosunek do lecznictwa ambulatoryjnego zwanego „punktami konsultacyjnymi", które powinny według respondenta służyć jedynie jako „stacja przekaźnikowa" w przygotowaniu pacjentów do ośrodków stacjonarnych, w których odbywa się leczenie właściwe. Kilku respondentów patrząc z podobnego punktu widzenia postrzega poradnie jako konkurencję do pieniędzy NFZ.

Wszyscy jednak twierdzą chórem, ze brak jest systemowej współpracy pomiędzy ambulatoriami a placówkami stacjonarnymi, a jest ona niezbędna by można było mówić o kompleksowej opiece zdrowotnej dla osób z problemem narkotykowym. Jeden z respondentów zwraca uwagę ponadto, że małoletni powinni być leczeni niedaleko od domu, by można było prowadzić terapię rodzinną, która (jak zresztą potwierdza monitoring) w ośrodkach kuleje, lub w ogóle jej brak z przyczyn logistycznych.
Jest głos domagający się współpracy z pomocą społeczną zapewniającą wsparcie dla osób opuszczających placówki (hostele, mieszkania adaptacyjne, pomoc w znalezieniu pracy). Są głosy przeciwne terapii substytucyjnej, ale głównie w odniesieniu do młodzieży. Tymczasem z danych ze wspomnianego we wstępie Raportu Krajowego 2009 wynika, że ponad 40% leczących się w ośrodkach stacjonarnych ma ponad 30 lat. Średni wiek mężczyzny wynosi 29 lat a kobiety 37 i ma tendencję zwyżkową. Więc gdzie tu mowa o „dzieciakach".

Przyjrzenie się, w którym momencie pacjenci przerywają leczenie, nasuwa przypuszczenie, że być może odpowiednie przygotowanie wraz z rodziną, zmotywowanie w poradni, wielu, tym zwłaszcza wczesnym rezygnacjom by zapobiegło, z kolei podtrzymanie po powrocie, nawet w sytuacji przedwcześnie przerwanej terapii ze względu na subiektywne poczucie siły, zapobiegłoby powrotom.

Terapeuci poddają również w wątpliwość czas przebywania w ośrodkach, uważają, że powinno się go traktować bardziej elastycznie, w zależności od indywidualnych potrzeb pacjentów. Tymczasem kontrakty z NFZ są bardzo sztywne.

Generalnie rzecz ujmując system leczenia narkomanów (czy też osób z problemami narkotykowymi) zastygł w dużej mierze w kształcie w jakim go stworzył potężny ruch społeczny z końca lat 70 i 80 –tych, dostosowując go do występujących wówczas głównie uzależnień od opiatów.
System ten pozostawił nam sieć placówek głównie „daleko od szosy", gdzie problem miał być rozwiązywany długo i gruntownie, nie rzucając się w oczy.

Obecnie wg Raportu Krajowego 2009, uzależnienie od opiatów diagnozuje się u zaledwie 16,3% przyjętych do placówek stacjonarnych, dominuje zaś uzależnienie „mieszane i nieokreślone", które zgłasza 63,2 % przyjętych. Trzecią z kolei grupą środków psychoaktywnych, z którymi problemy zgłaszają pacjenci są leki uspokajające i nasenne, przy czym jest to domena kobiet.

Jeżeli planuje się ewentualne kierunki zmian w standardach terapii, to powinny być one podyktowane faktem, że problemy z używaniem wielu substancji ma 80% przyjętych po raz pierwszy mężczyzn i 50% przyjętych po raz pierwszy kobiet. To ich potrzeby powinny być brane pod uwagę, gdy chce się mówić o dostępie do adekwatnej oferty pomocy.

Zmieniły się substancje, zmieniły wzory brania, wiek pacjentów, niewiele zmienił się system leczenia, oparty wciąż na demonizowaniu problemu narkotyków. Tkwi w nim źródło potencjalnych nadużyć wobec obu stron: uzależnionych pacjentów i społeczeństwa.

Narodowy Fundusz Zdrowia nie sprawdza, czy terapia, na którą łoży z kieszeni podatników jest dostosowana do potrzeb pacjentów i czy daje spodziewane efekty. Przywilej bezpłatnego leczenia bez ograniczeń generuje ośrodkową turystykę. Krążą, bo nie znajdują dla siebie miejsca – w kręgu, które wyznaczyło im przestraszone nimi społeczeństwo.

Wyjściem z tego zaklętego koła jest zróżnicowanie programów, i dostosowanie ich dla potrzeb różnych kategorii chorych, nie tylko dla małoletnich, ale dla kobiet uzależnionych od leków, miejsc stałego (co nie znaczy biernego) pobytu, dla osób, które potrafią utrzymać abstynencję tylko w społeczności itd. Ośrodki stacjonarne powinny być zastępowane dużo tańszymi dziennymi, oraz gęstszą siecią poradni.
W Niemczech i wielu innych krajach to płatnik wskazuje choremu w jakiej, adekwatnej do jego potrzeb placówce ma się leczyć, ponieważ za to płaci. Gdy ten przerwie terapię, otrzymuje inną ofertę, gdzie wymagania są inne. Można oczywiście mieć

wobec takiego systemu zastrzeżenia, że płatnik (u nas głównie NFZ) wybierze ofertę najtańszą, nie wnikając za bardzo w jej efektywność. Takiej sytuacji przeciwdziała system akredytacji placówek leczniczych. Podstawą akredytacji są opracowane standardy leczenia, których spełnieniem musi wykazać się placówka chcąc otrzymać certyfikat odpowiedniego poziomu jakości swojej pracy. Akredytacja jest procesem, w który placówka lecznicza włącza się dobrowolnie, chcąc doskonalić swoją pracę. Certyfikat trzeba odnawiać co trzy lata. Rzecz w tym, by płatnik w trosce o ubezpieczonego u niego pacjenta sięgał do zasobów akredytowanych placówek.

To jednak nie zapewnia kompleksowości opieki medycznej/terapeutycznej, która powinna polegać na uzupełnianiu się poszczególnych ofert tworzących zintegrowany system.

Kluczem do integracji jest tzw. „case management", komputerowa dokumentacja krążąca za pacjentem. Terapeuta, do którego po rocznej przerwie w leczeniu zgłosi się uzależniony pacjent na drugim końcu kraju, otrzymuje historię jego terapii w postaci skrótu dokumentacji medycznej. Wie, jakim zabiegom pacjent był poddawany, gdzie się leczył, dlaczego np. leczenie przerwał. System ten współpracuje z pomocą społeczną i wymiarem sprawiedliwości. Oczywiście jest z tym dużo pisaniny, ale się opłaci.

Osobnym problemem dot. przestrzegania praw pacjenta jest traktowanie osób używających środków psychoaktywnych (np. narkomanek przez ginekologa) przez jednostki podstawowej opieki zdrowotnej. Sprawa ta nie była przedmiotem monitoringu Fundacji Helsińskiej. Nie jest z tym dobrze nie tylko w Polsce, lęki i stereotypy robią swoje, dlatego we Francji osoba biorąca narkotyki, która trafia do szpitala np. na operację, otrzymuje opiekę zespołu, w którego skład wchodzi anestezjolog, specjalista terapii uzależnień i pracownik socjalny. To jest przykład z kraju, który nie wyrzuca pieniędzy w błoto.

3. Bogusława Bukowska – wice Dyrektory, Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Przedłożony raport z realizacji projektu badawczego pt. MONITORING PRZESTRZEGANIA PRAW PACJENTÓW I DOSTĘPU DO STACJONARNEGO LECZENIA UZELEŻNIEŃ OD NARKOTYKÓW stanowi istotny wkład w rozpoznanie aktualnego stanu przestrzegania praw pacjenta w stacjonarnych placówkach leczenia uzależnień i jak dotychczas jest to jedyny tego typu projekt zrealizowany w Polsce. Kwestia przestrzegania praw pacjenta w ośrodkach leczenia osób uzależnionych stanowi bardzo ważny element szerszego zagadnienia jakim jest przestrzeganie praw człowieka w ogóle. Placówki leczenia uzależnień mogą być rozpatrywane w kategoriach sytuacji i warunków, stwarzających szczególne okoliczności sprzyjające pogwałcaniu tych praw. Przedstawiony raport, zgodnie z sugestiami autorów, powinien być wykorzystany w szerszej debacie, w której w szczególności uczestniczyć powinno środowisko terapeutów uzależnień. Autorzy badania biorąc pod uwagę zebrany materiał zwracają także uwagę na zagadnienie organizacji i struktury leczenia uzależnień w Polsce. Wskazują na kwestie, które z kolei powinny stanowić przedmiot zainteresowania podmiotów odpowiedzialnych za kreowanie polityki przeciwdziałania narkomanii oraz płatników opieki i świadczeń zdrowotnych.

Niektóre informacje zawarte w raporcie dają także asumpt do rozważań na temat osadzenia programów leczenia osób uzależnionych od narkotyków we współczesnej wiedzy o skutecznych metodach terapii. Wątek ten wymagałby zapewne przeprowadzenia odrębnego badania – jednak informacje zawarte w raporcie sugerują, że terapeuci często podejmują decyzje bardziej w oparciu o swoje przekonania i przyzwyczajenia niż w oparciu o wiedzę wynikającą z badań naukowych.

Zaletą raportu jest umieszczenie bardzo szerokiego materiału źródłowego, co umożliwia czytelnikowi sformułowanie samodzielnych wniosków i czyni cały raport interesującą lekturą. Ważnym jest także pokazanie tych samych zagadnień z perspektywy pacjentów jak i kadry.

W mojej opinii niektóre końcowe wnioski winny być sformułowane w sposób bardziej wyrazisty w kontekście nieprzestrzegania praw pacjenta. Utrudnianie, uniemożliwianie kontaktu z najbliższą rodziną, nieprzestrzeganie prawa do prywatności – tego typu praktyki powinny być jednoznacznie ocenione jako niezgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

Załączniki

Narzędzia badawcze

Metryczka

Data wywiadu

Ośrodek

Wiek

Płeć

Czas pobytu w tym ośrodku, – od kiedy tu jest?

Etap

Dyspozycje do wywiadu z pacjentem
/oprócz informacji ogólnych pytać o jego lub innych doświadczenia/

I Informacje ogólne/zasady pobytu/terapia

- W jaki sposób Pan /i znalazł się w ośrodku – samodzielnie, skierowany przez jakąś instytucję /sąd, poradnia/? Czy długo Pan oczekiwał na miejsce?

- Czy to Pana pierwszy ośrodek, czy był w innym? Jeśli tak, to czy zakończył terapię, czy odszedł wcześniej, jeśli tak - dlaczego?

- Jakie warunki musiał Pan spełnić by był przyjęty /np. po detoksie, czas abstynencji, podpisanie zgody na pobyt, zobowiązania/?

- Jakie są różnice i podobieństwa między tymi ośrodkami, jak je ocenia, który lepszy /terapia, warunki pobytu, relacje międzyludzkie/?

- Czy wie Pan jak długo będzie przebywał? Czy wie to, jaki jest plan terapii?

- Jaką ofertę ma ośrodek:, jakiego rodzaju terapia i inne propozycje? /np. zajęcia sportowe, kulturalne, integracyjne, w tym kadry razem z pacjentami/. Czy ta terapia mu pasuje, odpowiada? Czy to jest zgodne z jego oczekiwaniami i wyobrażeniami? Czy miał wybór rodzaju terapii w ośrodku lub mógł wybrać rodzaj ośrodka? Czy ktoś go informował np. w poradni? Jaką informację o ośrodku miał wcześniej? Czy mógł wybrać terapeutę?

- Z jakich zajęć dodatkowych korzysta? Czy inni też korzystają? Czy można wybrać?

- Etapy pobytu i terapii w ośrodku organizacja leczenia/ - jak to wygląda krok po kroku? Na którym jest etapie, jak było po kolei? Jak to ocenia? Jak przebiegał jego pobyt? Jakie były problemy? Czy inni mieli problemy, jakiego typu?

- Jakie funkcje są na poszczególnych etapach? Czy to obowiązkowe, czy można odmówić?

- Jakie są relacje pomiędzy mieszkańcami z różnych etapów? Czy są konflikty, jakiego typu? Może są konflikty z innych powodów, z jakich? /FALA/

- Jaki prawa przysługują pacjentowi na każdym etapie terapii, jakie są ograniczenia, /czego mu nie wolno? Skąd to wie i czy jest to przestrzegane? Jeśli nie, co zrobić? Do kogo skarga, kto rozpatruje?/

- Jak funkcjonuje społeczność ośrodka, jakie są uprawnienia społeczności? Czy terapeuta ma wpływ na decyzję społeczności? Jaki czy może ją zmienić? Czy dyrektor ma w tym zakresie jakieś uprawnienia?

- Czy prowadzona jest w ośrodku terapia rodzinna? Co myśli o tym? Czy ma sens? Czy uczestniczy, jak ocenia? Efekty?

- Jak ocenia pracę terapeutów, relacje terapeutów z pacjentami?

II Warunki bytowe

- Jak ocenia warunki bytowe w ośrodku – stan domu, pomieszczeń, ogrzewania, umeblowania, łazienek, wyposażenie?

- Jak ocenia wyżywienie? Czy to jest wystarczające?

- Czy można otrzymywać produkty i rzeczy z domu, z zewnątrz? Jak często, i jakie?

- Czy w ośrodku jest opieka medyczna, czy korzystał, czy jest dostępna? Czy ma jakieś problemy z tym związane? Jak ją ocenia, czy jest wystarczająca, czego brakuje? Czy jest dostęp do psychiatry, czy jeśli by chciał to jest dostęp, np. żeby dostać leki? Czy może odmówić pójścia do psychiatry i czy musi poinformować (wytłumaczyć się) społeczność, (jeśli nie dotyczy jego, to może słyszał o takich przypadkach wśród innych mieszkańców)?

- Czy Pan pracuje w ośrodku, jaki to rodzaj pracy? Kto przydziela pracę? Czy rodzaj pracy zależy od etapu? Czy jeśli pracuje na zewnątrz to otrzymuje zapłatę? Co się dzieje z pieniędzmi? Jakiego typu prace są wykonywane na zewnątrz?

- Czy można odmówić pracy, czy to obowiązek pacjentów? Jakie prace są obowiązkowe?

– Czy młodsi stażem mają częściej przyznawane określonego typu prace?

III Ochrona przez przemocą i poniżającym traktowaniem

– Jak rozwiązywane są konflikty i możliwe przejawy agresji przemocy pomiędzy pacjentami oraz pacjentami i personelem? Czy to częste zjawisko?

– Czy Panu się zdarzyło osobiście lub był świadkiem, co się wydarzyło, jakie były reakcje personelu?

– Czy i jakie są podziały wśród pacjentów formalne i nieformalne, czym to się przejawia? Jak personel odnosi się o podziałów nieformalnych? Czy są jakieś niepisane zasady np. młodsi stażem ustępują miejsca przy stole starszym, wykonują pracę na ich rzecz? /FALA/

– Jaki jest system kar i nagród? Za co można być ukaranym/nagrodzonym? Jakie są rodzaje, kto podejmuje decyzję? Czy jest to spisane i gdzie, czy i kiedy pacjenci są o tym informowani? Czy kary/ nagrody są gdzieś rejestrowane?

– Czy za karę można zakazać udziału w zajęciach dodatkowych?

– Czy Pan był nagradzany lub karany, w jaki sposób? Jak to ocenia?

– Czy są, jakie i za co „dociążenia"? Czy sam miał „dociążenia", jakie, za co, jak ocenia?

IV Prywatność

– Jakie są ograniczenia życia prywatnego pacjentów? Jakie jest uzasadnienie terapeutyczne? Jak i czy wyjaśniane jest to pacjentom?

– wygląd zewnętrzny /Odzież, ozdoby, makijaż, itp./

– życie intymne /Jak określone są relacje między kobietami i mężczyznami? Jakie są zakazy i ograniczenia? Jakie jest uzasadnienie?/

– kontakty ze światem zewnętrznym /rodzina, partnerzy, znajomi/

– rzeczy osobiste / Gdzie mogą je przechowywać? Czego nie wolno mieć? Czy ktoś kontroluje rzeczy pacjentów, jak to wygląda? Np. czy może mieć komórkę? /

– Jakie sprawy jest pacjent zobowiązany wyjawiać na spotkaniach społeczności? Jakie są konsekwencje odmowy? Czy wtedy proponuje się inny rodzaj terapii?

– Jak chroniona jest informacja o pacjentach i problemy pojawiające się na spotkaniach społeczności? Czy są z tym problemy? Co się z tym robi?

V Prawo do informacji

- Jakie informacje otrzymuje pacjent po przyjęciu do ośrodka, w jakiej formie? /Kto jest zobowiązany do poinformowania, ustnie, pisemnie, podpisuje?/

- Czy pacjenci mają dostęp do prasy, TV, Internetu? Jak jest to realizowane? Jakie są ograniczenia? Czy zakaz dostępu może być zastosowany jako kara?

- Jak wygląda informowanie pacjenta o jego terapii – metodach, przebiegu, rokowaniach, itd.? Czy i kto informuje?

- Czy pacjenci mają kontakt ze światem zewnętrznym /ktoś może przychodzić, mogą wychodzić na spotkania, do sklepu, do kina/? Czy zależy to od etapu, czy od postępów w terapii?

VI Kontakty z rodziną i bliskimi

– Czy i jak jest określany kontakt z rodziną i bliskimi, czy jest limitowany /czas, osoby, rodzaj kontaktu/? Czy są zasady ogólne czy indywidualizowane w zależności od pacjenta? Czy zakaz kontaktów może być stosowany jako kara?

– W jaki sposób pacjenci mogą się kontaktować z bliskimi /Tel. Internet, spotkania/

– Czy możliwe są odwiedziny w ośrodku, w jakich warunkach /sam na sam, pod obserwacją/? Czy pacjent może odmówić spotkania?

– Czy może wyjść poza ośrodek z bliskim /z matką na obiad?/

VII Nauka /małoletni/

– Jak zorganizowana jest edukacja? Jak to jest w sytuacji tych, co do gimnazjum, gdzie chodzą? A co z resztą – możliwość nauki ponadgimnazjalnej? Czy dorośli mają możliwość dokształcania, kursów, itd.?

VIII System pomocy, wsparcia po zakończeniu leczenia

– Jaka jest procedura opuszczenie ośrodka przez pacjenta, – kto podejmuje decyzję, od czego ona zależy, czy pacjent współuczestniczy w podjęciu decyzji?

– Jaką dokumentację otrzymuje pacjent przy wyjściu?

– Jaką informację i pomoc otrzymuje pacjent /namiary na ośrodek pomocy, terapeutę ewentualnie pomoc w znalezieniu pracy, zatrudnienia lub inna oferta ośrodka?

– Jak to wygląda z jego lub znajomych doświadczenia?

IX Prawo do skargi

- Czy pacjent otrzymuje informacje o swoich prawach, możliwościach skargi – jak jest to realizowane? Czy może wysyłać pisma do instytucji bez limitu?
- Czy jest wywieszona Karta Praw Pacjenta, czy wiedzą, do kogo mogą się poskarżyć?
- Czy często się zdarza, że mieszkańcy się skarżą? Co się wtedy dzieje?
- Czy można złożyć skargę na karę i do kogo? Co się z nią dzieje? Czy słyszał Pan żeby któryś z mieszkańców składał tego rodzaju skargę i jakie były jej losy?

Matka (dotyczy matek z dziećmi)

- Jak wygląda funkcjonowanie matek i dzieci w ośrodku? Jak sobie radzi z terapią, kto opiekuje się dzieckiem? Jak z zaopatrzeniem dziecka w potrzebne rzeczy /pieluchy, mleko, ubrania/? Warunki mieszkalne i in.

<u>Dyspozycje do wywiadu z terapeutą</u>

Ośrodek

Data wywiadu

I Informacje ogólne

- Jaki jest system pracy personelu /np. godziny, podział na grupy, przydział pacjentów/ - od czego to zależy?

II Zasady pobytu

- Zasady pobytu w ośrodku - etapy adaptacji i terapii /organizacja leczenia/ - jak to wygląda krok po kroku?
- Jakie prawa przysługują pacjentowi na każdym etapie terapii, jakie są ograniczenia, /czego mu nie wolno?

III Terapia

- Jaką ofertę ma ośrodek: jakiego rodzaju terapia i inne propozycje? /np. zajęcia sportowe, kulturalne, integracyjne, w tym kadry razem z pacjentami/ Czy prowadzona jest terapia rodzinna? Co myśli o tej ofercie?

- Jeśli terapia prowadzona jest metodą społeczności to, kto prowadzi spotkania społeczności? Jakie są uprawnienia społeczności i prowadzącego? Czy terapeuta ma wpływ na decyzję społeczności? Jaki czy może ją zmienić? Czy dyrektor ma w tym zakresie jakieś uprawnienia?

- Czy jest psychoterapia grupowa i ile osób ją prowadzi /1 grupę/ i kto to jest?

- Czy prowadzona jest terapia indywidualna? Jeśli tak, to czy dla każdego pacjenta? Obligatoryjnie, opcjonalnie?

- Ilu pacjentów w terapii indywidualnej prowadzi jeden terapeuta?

- Czy pacjent ma prawo wyboru terapeuty?

- Czy prowadzona jest terapia rodzinna? Jak to wygląda?

IV Ochrona przez przemocą i poniżającym traktowaniem

- Jak rozwiązywane są konflikty i możliwe przejawy agresji przemocy pomiędzy pacjentami oraz pacjentami i personelem? Czy to częste zjawisko?

- Jak reaguje się na kradzieże?

- Jaki jest system kar i nagród? Za co można być ukaranym/nagrodzonym? Jakie są rodzaje, kto podejmuje decyzję? Czy jest to spisane i gdzie, czy i kiedy pacjenci są o tym informowani? Czy kary/ nagrody są gdzieś rejestrowane? Czy są tzw. dociążenia i jakiego typu, za co?

V Prywatność

- Jakie są ograniczenia życia prywatnego pacjentów? Jakie jest uzasadnienie terapeutyczne? Jak i czy wyjaśniane jest to pacjentom?

    - wygląd zewnętrzny /Odzież, ozdoby, makijaż, itp./

    - życie intymne /Jak określone są relacje między kobietami i mężczyznami? Jakie są zakazy i ograniczenia? Jakie jest uzasadnienie?/

    - kontakty ze światem zewnętrznym /rodzina, partnerzy, znajomi/

- rzeczy osobiste / Gdzie mogą je przechowywać? Czego nie wolno mieć? Czy ktoś kontroluje rzeczy pacjentów, jak to wygląda? Np. czy może mieć komórkę? /

– Jakie sprawy jest pacjent zobowiązany wyjawiać na spotkaniach społeczności? Jakie są konsekwencje odmowy? Czy wtedy proponuje się inny rodzaj terapii niż społeczność?

– Jak chroniona jest informacja o pacjentach i problemy pojawiające się na spotkaniach społeczności? Czy są z tym problemy? Co się z tym robi?

VI Prawo do informacji

– Jakie informacje otrzymuje pacjent po przyjęciu do ośrodka, w jakiej formie? /kto jest zobowiązany do poinformowania, ustnie, pisemnie, czy coś podpisuje?/

– Czy pacjenci mają dostęp do prasy, TV, Internetu? Jak jest to realizowane? Jakie są ograniczenia? Czy zakaz dostępu może być zastosowany jako kara?

– Jak wygląda informowanie pacjenta o jego terapii – metodach, przebiegu, rokowaniach, itd.?

– Czy pacjenci mają kontakt ze światem zewnętrznym /ktoś może przychodzić, mogą wychodzić na spotkania, do sklepu, do kina/?

VII Kontakty z rodziną i bliskimi

– Czy i jak jest określany kontakt z rodziną i bliskimi, czy jest limitowany /czas, osoby, rodzaj kontaktu/? Czy są zasady ogólne czy indywidualizowane w zależności od pacjenta? Czy zakaz kontaktów może być stosowany jako kara?

– W jaki sposób pacjenci mogą się kontaktować z bliskimi /Tel. Internet, spotkania/

– Czy możliwe są odwiedziny w ośrodku, w jakich warunkach /sam na sam, pod obserwacją/? Czy pacjent może odmówić spotkania?

– Czy może wyjść poza ośrodek z bliskim /z matką na obiad/

VIII System pomocy, wsparcia po zakończeniu leczenia

– Jaka jest procedura opuszczenie ośrodka przez pacjenta, – kto podejmuje decyzję, od czego ona zależy, czy pacjent współuczestniczy w podjęciu decyzji?

– Jaką dokumentację otrzymuje pacjent przy wyjściu?

– Jaką informację i pomoc otrzymuje pacjent /namiary na ośrodek pomocy, terapeutę, ewentualnie pomoc w znalezieniu pracy, zatrudnienia lub inna oferta ośrodka/

IX Prawo do skargi

– Czy pacjent otrzymuje informacje o swoich prawach, możliwościach skargi – jak jest to realizowane? Czy może wysyłać pisma do instytucji bez limitu?

– Czy jest wywieszona Karta Praw Pacjenta, czy wiedzą do kogo mogą się poskarżyć?

Uwagi

– Jak ocenia system pomocy uzależnionym w Polsce, metody leczenia, co jest skuteczne, co do zmiany?

– Jakie zmiany wprowadził by w tym ośrodku?

– Kto superwizuje, jak często? Jak to ocenia? Na ile jest pomocna?

– Jak wyglądają szkolenia podnoszące kwalifikacje, kto prowadzi, jak często, jak ocenia, kto płaci?

Metryczka:

Nazwa Ośrodka: _____

_____

Miejscowość_____

Organ prowadzący_____

<u>Informacje ogólne</u>

Liczba miejsc w ośrodku _____

Liczba osób obecnie _____

Płeć: K _____ M _____

Wiek pacjentów

- najmłodszy _____
- najstarszy _____
- średni wiek pacjentów _____

Liczba małoletnich /jeśli dotyczy/ _____

Liczba osób oczekujących _____

Średni czas oczekiwania /za 2009/_____

Średni czas pełnej terapii_____

Liczba pacjentów w ośrodku w ciągu roku /za 2009/_____

Liczba pacjentów skierowanych przez sąd obecnie przebywających w ośrodku _____

Liczba pacjentów skierowanych przez sąd w ostatnich 3 latach _____

Procent pacjentów kończących terapię /średnio w ostatnich 3 latach/ _____

Liczba pacjentów wcześniej leczonych w tym ośrodku? /za 2009/ _____

Liczba pacjentów wcześniej leczonych w innych ośrodkach? /za 2009/ _____

Liczba pacjentów skreślonych z listy /za 2009/ _____

Ilu odeszło samodzielnie? /za 2009/_____

Koszt utrzymania pacjenta - średni /w skali miesiąca - 2009/ _____

Personel

Personel merytoryczny