**Załącznik nr 1**

**do uchwały Nr XXV/635/2016**

**Rady m.st. Warszawy**

**z dnia 17 marca 2016 r.**

**„Program obejmujący ponadpodstawową opieką terapeutyczną osoby uzależnione i współuzależnione, dorosłe dzieci alkoholików, osoby doświadczające i stosujące przemoc, osoby o specjalnych potrzebach oraz uzależnionych od używania opioidowych środków odurzających, będących w programie leczenia substytucyjnego”**

**WPROWADZENIE**

„Program obejmujący ponadpodstawową opieką terapeutyczną osoby uzależnione
 i współuzależnione, dorosłe dzieci alkoholików, osoby doświadczające i stosujące przemoc, osoby o specjalnych potrzebach oraz uzależnionych od używania opioidowych środków odurzających, będących w programie leczenia substytucyjnego” jest ponadpodstawowym programem terapeutycznym, realizowanym przez podmioty lecznicze w m.st. Warszawie, zgodnie z art. 114 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.), uzupełniającym ofertę finansowaną ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnia finansowanie podstawowych świadczeń dla osób uzależnionych i ich rodzin, które w wielu przypadkach są niewystarczające i wymagają poszerzenia o dodatkowe zajęcia terapeutyczne.

Uzależnienia to choroby chroniczne, postępujące i potencjalnie śmiertelne. Nadmierne spożywanie środków psychoaktywnych i psychotropowych, a także uzależnienia behawioralne stanowią jeden z najbardziej szkodliwych czynników mających wpływ na zdrowie i życie osób uzależnionych oraz ich rodzin i mogą być przyczyną wielu schorzeń somatycznych
 i psychicznych.

Większość przyczyn choroby alkoholowej związanych jest z sytuacją rodzinną, społeczną, ekonomiczną itp., a skutki dotykają nie tylko osoby uzależnione, ale również ich najbliższych i wywierają niebagatelny wpływ na dalsze pokolenia, zataczając coraz szersze kręgi. Najbliżsi osób uzależnionych żyjąc w poczuciu zagrożenia i wstydu, zaniedbania materialnego
i emocjonalnego, często doświadczając przemocy fizycznej lub psychicznej mają problemy
w wypełnianiu ról społecznych.

Stąd konieczność zwiększenia dostępności do leczenia osób uzależnionych i ich rodzin, zgodnie z art. 2 ust.1 pkt 5 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości
i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2015 r. poz. 1286, późn. zm.), art. 2 ust.1 pkt 4 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124, późn. zm.).

W 2014 roku z terapii w placówkach lecznictwa odwykowego, w ramach „Programu zdrowotnego obejmującego ponadpodstawową opieką terapeutyczną osoby uzależnione
i współuzależnione, dorosłe dzieci alkoholików, osoby doświadczające i stosujące przemoc, w tym programów skierowanych do osób o specjalnych potrzebach oraz osób uzależnionych od używania opioidowych środków odurzających, będących w programie leczenia substytucyjnego”, skorzystało łącznie 4 083 osoby, w tym:

* uzależnionych 2 283 osób,
* współuzależnionych 735 osób,
* dorosłych dzieci alkoholików 813 pacjentów, w tym 10 uzależnionych od alkoholu,
* specyficznych pacjentów lecznictwa odwykowego 151 osób,
* ofiar przemocy 82 pacjentów,
* sprawców przemocy 19 osób.

 Spośród 4083 pacjentów, którzy podjęli terapię:

* program ukończyło 1256 osób,
* będzie kontynuować leczenie 1862 osoby,
* z programu wypadło 965 osób.

1256

1862

965

0

500

1000

1500

2000

Liczba osób, które ukończyły

program

Liczba osób, które będą

kontynuować leczenie

Liczba osób, które nie

ukończyły programu

Serie1

1256

1862

965

Liczba osób,

które ukończyły

Liczba osób,

które będą

kontynuować

Liczba osób,

które nie

ukończyły programu

Wśród 1246 pacjentów, którzy w 2014 r. ukończyli program było:

* 694 osoby uzależnionych
* 234 osoby wspołuzależnione,
* 235 DDA,
* 61 specyficznych pacjentów lecznictwa odwykowego,
* 15 ofiar przemocy,
* 7 sprawców przemocy.

Wśród 1862 pacjentów, którzy kontynuowali terapię w 2015 r. było:

* 935 osób uzależnionych,
* 390 osób wspołuzależnionych,
* 476 DDA,
* 42 specyficznych pacjentów lecznictwa odwykowego,
* 18 ofiar przemocy,
* 1 sprawca przemocy.

Na podstawie zastosowanych wskaźników i z przeprowadzonej analizy efektywności realizowanego w 2014 r. programu zdrowotnego finansowanego ze środków miasta stołecznego Warszawy wynika, że na leczenie zgłaszają się przede wszystkim osoby wykształcone na poziomie wyższym - 40,24% i średnim – 36%. Ogólnie najwięcej było absolwentów wyższych uczelni, natomiast w podziale na programy najwięcej osób po studiach było w programie dla współuzależnionych (57,27%), DDA (60,4%), ofiar
i sprawców przemocy (57,32%). W programie dla osób uzależnionych największa liczba pacjentów miała średnie wykształcenie – 37,1%, a na drugim miejscu uplasowały się osoby
z wyższym wykształceniem – 29%.

Podejmujący leczenie – we wszystkich programach – w znakomitej większości są osobami pracującymi. Należy nadmienić, że wskaźnik ten uwzględnia tylko podstawowe źródło dochodu tzn. zatrudnienie na umowę o pracę/dzieło/zlecenie (65,22%), pracę dorywczą (7,6%), rentę (4,5%) i emeryturę (4,3%). Jednak w praktyce osób pracujących jest więcej, ponieważ wśród pacjentów pobierających rentę czy emeryturę są również osoby pracujące na umowę zlecenie.

Wśród pacjentów uzależnionych większość to osoby z problemem alkoholowym - 38,5%, na drugim miejscu plasują się pacjenci z uzależnieniem mieszanym tzn. od alkoholu
i innych środków chemicznych bądź z uzależnieniem behawioralnym – 8,7%. Mniej liczną grupę stanowią osoby uzależnione krzyżowo tzn. przyjmujące, pod kontrolą lekarzy psychiatrów środki farmaceutyczne (7,6%) – w tym betablokery i antydepresanty - a także pacjenci uzależnieni od opioidowych środków odurzających, pozostający w terapii substytucyjnej (5,36%). Wszystkie osoby uzależnione, wchodzące do programu finansowanego ze środków m.st. Warszawy utrzymują abstynencję minimum przez 6 miesięcy. Część z nich jednak zgłasza się w tzw. nawrocie – i tych jest większość – tzn. po tzw. zapiciu czyli incydentalnym złamaniu abstynencji (8,3%). Tego typu przypadki nie są wskazaniem do powtórzenia całego cyklu terapeutycznego. Mniejszą liczbę osób stanowią pacjenci zgłaszający się w tzw. kryzysie (4,2%), tzn. w czasie, kiedy mimo długotrwałej abstynencji głód alkoholowy znacznie się nasilił, ale jeszcze nie doszło do zapicia. Niestety problemy te co jakiś czas nękają pacjentów lecznictwa odwykowego. W takich sytuacjach szybka interwencja przynosi pożądany skutek.

W programach dla osób współuzależnionych, DDA, ofiar i sprawców przemocy również zdarzają się osoby z problemem uzależnienia, oczywiście są to jednostkowe przypadki. Najwięcej występuje w gronie DDA (8,1%) i sprawców przemocy (17,5%).

Wśród wszystkich odbiorców programu zdrowotnego są osoby, które rozpoczęły leczenie w 2012 r. i nadal je kontynuują. Wynika to z indywidualnych potrzeb pacjentów. Często zdarzają się przypadki, że uzależniony pacjent nie czuje się w 100% pewny swoich możliwości i od czasu do czasu powraca do poradni, szukając pozytywnego wzmocnienia w sytuacji, kiedy obniża mu się motywacja lub spotkało go coś przykrego, z czym sobie nie radzi. Natomiast w przypadku dorosłych dzieci alkoholików terapia to długotrwały proces, trwający – w ramach standardowych programów terapeutycznych – średnio trwa on 2,5 roku. Tylko założenia programu autorstwa Miltona Ericksona, pozwalają na skrócenie procesu leczenia do kilku miesięcy, jednak jest on rzadziej stosowany przez terapeutów leczenia Uzależnień ze względu na intensywność pracy i bardzo głęboki wgląd w siebie, co dla wielu pacjentów stanowi zbyt duże wyzwanie. Z analizy ww. wskaźnika wynika, że osób, które rozpoczęły terapię w 2012 r. jest znakomita mniejszość (4%). Natomiast najwięcej pacjentów weszło do programu w 2014 r. – 55%. Wśród pacjentów, którzy kontynuują leczenie od 2012 r. najwięcej jest osób uzależnionych (54,4%), następne pod względem liczebności są programy dla osób współuzależnionych (23%) i DDA (21%). W 2013 i 2014 r. sytuacja jest podobna, wynika to jednak z liczby osób, które zgłosiły się na leczenie w poszczególnych programach.

Ostatnim wskaźnikiem jest liczba osób, które w 2014 r. kontynuowały leczenie, a więc były zainteresowane dalszą poprawą funkcjonowania – i tych jest najwięcej – 45%. Liczba osób które ukończyły proces leczenia stanowi drugą, co do liczebności grupę – 30,5%. Najmniejszą część pacjentów stanowią osoby, które z różnych powodów zrezygnowały
z leczenia – 23,6%. Najwięcej osób odpadło w programie dla uzależnionych (28%), kolejne grupy to współuzależnieni (15%), DDA (12,5%), specyficzni pacjenci lecznictwa odwykowego (32%), ofiary (58,5%) i sprawcy przemocy (58%). Procentowo najwięcej wypadło z dwóch ostatnich grup pacjentów. W przypadku sprawców w większości są to osoby przymuszone do terapii przez sądy. Tych pacjentów najtrudniej zmotywować do przeprowadzenia korekty zachowań, oni nie rozumieją, że to, co robią w rodzinie to są zachowania przemocowe, które głęboko ranią najbliższych i pozostawiają w ich psychice często nieodwracalne ślady. Łatwiej takie osoby przekonać do tego, że mają np. problem alkoholowy, niż że są sprawcami przemocy. Dlatego na ogół rezygnują one z leczenia.
W podziale na programy wśród osób kontynuujących leczenie najliczniejszą procentowo grupę stanowią DDA (58,5%) następnie są osoby współuzależnione (53%), uzależnione (41%), specyficzni pacjenci lecznictwa odwykowego (28%), ofiary (21%) i sprawcy przemocy (5%). Podobna kolejność - pod względem liczebności - występuje wśród osób, które ukończyły cały cykl terapeutyczny. W ujęciu procentowym wskaźnik ten jednak kształtuje się nieco inaczej. Osoby, które zrezygnowały z leczenia stanowią 31% ogółu odbiorców, z czego większość to pacjenci programów dla sprawców przemocy - 72,73%, dla ofiar przemocy – 68,75%, dla osób uzależnionych – 39,59%, dla specyficznych pacjentów lecznictwa odwykowego – 46,60% . W programach dla osób współuzależnionych i DDA odsetek ten był znacznie mniejszy i wynosił 17,8% w pierwszej grupie i 14,39% w drugiej.

Reasumując spośród 4083 pacjentów, którzy podjęli terapię „Program obejmujący ponadpodstawową opieką terapeutyczną osoby uzależnione i współuzależnione, dorosłe dzieci alkoholików, osoby doświadczające i stosujące przemoc, w tym programy skierowane do osób o specjalnych potrzebach oraz osób uzależnionych od używania opioidowych środków odurzających, będących w programie leczenia substytucyjnego” ukończyło 31% osób, a w procesie terapeutycznym pozostało 45,5% leczących się – łącznie programami terapeutycznymi jest zainteresowanych 76,5% ogółu pacjentów, którzy zgłosili się do poradni. Osoby, które zrezygnowały z leczenia stanowią tylko 23,5%. Liczba ta nie jest wysoka biorąc pod uwagę ogół programów terapeutycznych. Zawsze jest pewna grupa pacjentów, która albo nie jest w pełni zmotywowana do leczenia, albo też ma problemy
z budowaniem więzi i braniem odpowiedzialności za swoje wybory. Biorąc jednak pod uwagę osiągnięte wartości wskaźników i mając na uwadze złożoność problemów i głębokie deficyty dotyczące różnych sfer funkcjonowania (emocjonalnej, społecznej, zdrowotnej),
z którymi zgłaszają się pacjenci, można stwierdzić, że oferta terapeutyczna jest na tyle atrakcyjna, że większość osób zgłaszających się na leczenie jest zmotywowana do kontynuowania, a w konsekwencji do ukończenia procesu terapeutycznego.

W 2015 r. prawie we wszystkich placówkach odwykowych odnotowano większe zainteresowanie kontynuowaniem terapii na poziomie ponadpodstawowym, co wskazuje na wzrost świadomości pacjentów i chęci wprowadzenia pozytywnych zmian w codziennym funkcjonowaniu. Jednak pojawiło się też niepokojące zjawisko, że do poradni leczenia odwykowego zgłaszają się coraz młodsze osoby, dla których eksperymentowanie najczęściej kończy się uzależnieniem.

Wśród osób uzależnionych coraz powszechniejsze jest uzależnienie mieszane – alkohol i inne środki chemiczne lub alkohol połączony z uzależnieniem behawioralnym. Liczba uzależnionych tylko od alkoholu z roku na rok się zmniejsza.

Wstępna analiza programu zrealizowanego w 2015 wykazała, że coraz więcej osób, które ukończyły ponadpodstawowe programy utrzymuje abstynencję, w porównaniu
z pacjentami, którzy ograniczyli się jedynie do programu podstawowego. Poza tym poradnie odnotowują wzrost zainteresowania programami kierowanymi do dorosłych dzieci alkoholików. Zespół DDA jest tak bardzo obciążający, że osoby nim dotknięte nie są w stanie same sobie z nim poradzić. Wzrastająca z roku na rok liczba pacjentów zgłaszających się na terapię świadczy o wzroście świadomości własnych ograniczeń wynikających z faktu bycia dorosłym dzieckiem alkoholika i chęci zmierzenia się z tym problemem.

Ważnym wskaźnikiem osiągnięcia zakładanych celów, jaki obserwujemy wśród absolwentów programów ponadpodstawowych to wzrost liczby osób zatrudnionych. Dane te mogą świadczyć o wzroście umiejętności społecznych osób, które dzięki uczestnictwu w zajęciach ponadpodstawowych programów terapeutycznych mają coraz większe poczucie własnej wartości oraz motywację do podejmowania konstruktywnych działań.

**OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO**

Nadmierne spożywanie alkoholu stanowi jeden z najbardziej szkodliwych czynników mających wpływ na zdrowie i życie osób uzależnionych oraz ich rodzin. Tak zwane szkodliwe picie może być przyczyną wielu schorzeń somatycznych i psychicznych.

Nie ulega też wątpliwości, że istnieją istotne powiązania między nadużywaniem alkoholu a wykluczeniem społecznym. Utrata pracy i zdolności do efektywnego funkcjonowania w rolach społecznych, przemoc, agresja, zaniedbywanie podstawowych obowiązków rodzinnych, a w przypadku ciężarnych kobiet nadużywających alkoholu, poważne uszkodzenie płodu, czego konsekwencją jest m.in. Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS) - to tylko niektóre skutki społeczne nadmiernego picia.

Choroba alkoholowa dotyka wszystkich członków rodziny, jednak najbardziej poszkodowane są dzieci osób uzależnionych, to ich rozwój emocjonalny
i psychofizyczny jest często zaburzony. Życie w ciągłym stresie, poczuciu zagrożenia
i doświadczanej przemocy zarówno psychicznej jak i fizycznej, prowadzi do zaburzeń zachowania, a w konsekwencji łamania prawa, prowadzącego do wykluczenia społecznego. Pozostawione bez wsparcia i pomocy terapeutycznej dzieci alkoholików często sięgają po substancje psychoaktywne i psychotropowe, czego konsekwencją jest zwiększenie liczby osób uzależnionych.

Alkoholizm **powoduje znaczne straty nie tylko społeczne, ale i ekonomiczne w skali gospodarki całego kraju - koszty leczenia, wypadków drogowych, zaangażowania wymiaru sprawiedliwości, systemu pomocy społecznej i ubezpieczeń, lecznictwa odwykowego, przedwczesnej umieralności, spadek wydajności pracy i wiele innych.** Zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka mających wpływ na zdrowie i życie ludności i obejmuje ponad 60 rodzajów urazów
 i schorzeń, których przyczyną może być alkohol.

**W Polsce straty wynikające z używania i nadużywania alkoholu** jakie ponosi budżet państwa **szacuje się na poziomie** 1,3% Produktu Krajowego Brutto (w roku 2009 – 17,45 mld złotych)**.** WHO kwalifikuje Polskę wśród państw o najwyższym spożyciu czystego alkoholu na dorosłego mieszkańca. Podczas gdy średnia światowa wynosi 6,13 litra/dorosłą osobę,
w Polsce wypija się 13,3 l. Badania wykazały również, że nasz kraj jest jednym z nielicznych państw, w których konsumpcja napojów alkoholowych wzrasta, a odsetek abstynentów jest najniższy.

Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia do określenia danych szacunkowych dotyczących populacji osób, u których występują różne kategorie problemów związanych
z nadużywaniem napojów alkoholowych przyjmuje się następujące wartości: osoby uzależnione od alkoholu - ok. 2% populacji dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice) **-** ok. 4% dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholowych - ok. 4% osoby pijące szkodliwie i ryzykownie ok. 5-7% populacji. W tabeli poniżej zamieszczono szacunkowe liczby mieszkańców Warszawy, należących do poszczególnych kategorii problemowych.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2012** | **2013** | **2014** |
| **Liczba mieszkańców Warszawy** | 1.614392 | 1.672909 | 1.735442 |
| **Osoby uzależnione od alkoholu** | ok. 32288 | ok. 33459 | ok. 34709 |
| **Dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice)** | ok. 64576 | ok. 66918 | ok. 69418 |
| **Dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholowych** | ok. 64576 | ok. 66918 | ok. 69418 |
| **Osoby pijące szkodliwie oraz ryzykownie** | ok. 807196 | ok. 83645-ok. 117103 | ok. 86772-ok. 121480 |

**Tabela 1: Szacunkowe liczby mieszkańców Warszawy, należących do poszczególnych kategorii problemowych**

W Warszawie średnia konsumpcja wszystkich napojów alkoholowych jest dużo wyższa niż średnia ogólnopolska. Należy też zwrócić uwagę na fakt, że rośnie spożycie trunków wysokoprocentowych – wynosi 66%, na poziomie 20% utrzymuje się spożycie piwa,
a wino stanowi 14% kupowanego alkoholu. Ogólnokrajowe dane epidemiologiczne wskazują na zmiany we wzorcach picia i narastające rozmiary problemów będących skutkiem nadmiernego spożywania alkoholu.

Narkomania jest kolejnym negatywnym zjawiskiem mającym wielowymiarowy charakter. Przede wszystkim jest to problem zdrowotny, implikujący poważne zagrożenia dla zdrowia publicznego, szczególnie dotyczy to chorób infekcyjnych (HIV, żółtaczka, choroby przenoszone drogą płciową). Narkomania stanowi też problem prawny i kulturowy, ale przede wszystkim społeczny. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych może prowadzić do uzależnienia jednostki, którego skutkiem w większości przypadków jest wykluczenie społeczne. Osoby uzależnione albo tracą albo w ogóle nie podejmują pracy co powoduje, że popełniają przestępstwa bądź prostytuują się aby zdobyć środki na zakup narkotyków,
a w związku z tym, że nie są zdolne do pełnienia właściwych ról społecznych pozostają bezdomne, wyrzucone na margines społeczny.

Narkomania jest chorobą dotyczącą wszystkich grup społecznych, niezależnie od wieku, wykształcenia i statusu materialnego i mimo tego, że dotyczy konkretnych jednostek, to podobnie jak ma to miejsce w przypadku alkoholu, problemem tym dotknięte jest najbliższe otoczenie osób uzależnionych, a w konsekwencji koszty ponosi całe społeczeństwo. Dlatego też używanie narkotyków nie może być kwestią społecznie obojętną.

W Warszawie liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych jest trudna do dokładnego określenia. Liczbę okazjonalnych użytkowników narkotyków w Warszawie szacuje się na około 110 tys. osób, w tym 70 tys. (63%) w wieku 16–24 lata. Natomiast liczba problemowych użytkowników narkotyków wg różnych szacunków kształtuje się na poziomie 4000–10 000osób.[[1]](#footnote-1)

Wzrost spożycia substancji psychoaktywnych dotyczy głównie osób młodszych, które nie są jeszcze uzależnione, ale narażają się na ryzyko związane z problemowym przyjmowaniem substancji drogą dożylną.Według danych Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii liczba osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji - IDU
w 2011 roku wynosiła 7170 (oszacowanie na podstawie danych z 2012). Może być jednak ona znacznie wyższa z powodu znacznego wzrostu odsetka iniekcyjnego używania wśród konsumentów mefedronu (skok w latach 2010-2012 z 20% do 90%).

Z danych Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN) Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii wynika, że bardziej popularne od haszyszu czy marihuany są leki uspokajające i nasenne dostępne na receptę. Są to najczęściej stosowane substancje psychoaktywne. Odrębną grupę stanowią „dopalacze”, substancje o rzekomym lub rzeczywistym działaniu psychoaktywnym, którym przypisuje się działanie relaksujące, poprawiające nastrój, poprawiające funkcje poznawcze, z którymi wiąże się jednak wiele zagrożeń. Największa liczba użytkowników tych substancji występuje wśród młodzieży. Badanie ESPAD z 2011 r. wykazało, że do używania dopalaczy, chociaż raz w życiu, przyznało się 10,5% gimnazjalistów i 15,8% uczniów szkół ponadgimnazjalnych -
w opinii specjalistów te niskie odsetki wiązać można ze znacznym ograniczeniem dostępności „dopalaczy”, będącym następstwem zamknięcia pod koniec 2010 r., sklepów dystrybuujących te substancje.

Z kolei z badań przeprowadzonych w 2015 roku przez Fundację CBOS, na zlecenie Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych wynika, że wśród osób dorosłych najwyższy odsetek użytkowników narkotyków występuje wśród badanych w wieku 25–34 lat. Prawie co trzeci respondent, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, z tej grupy sięgał po przetwory konopi (30,8%), a wśród osób w wieku 15–24 – co czwarty (25,3%).

Jeśli chodzi o kwestie eksperymentowania i okazjonalnego przyjmowania środków psychoaktywnych - w województwie mazowieckim najbardziej rozpowszechnionymi substancjami są: marihuana i haszysz, amfetaminy, kokaina, LSD, grzyby halucynogenne
i extasy a także leki dostępne bez recepty z grupy uspokajających i nasennych, przeciwbólowych i przeciwgrypowych, popularny jest również Acodin. Wyniki przeprowadzonego w 2015 r., na zlecenie m.st. Warszawy badania pn.: „Picie alkoholu
i używanie substancji psychoaktywnych w tym dopalaczy przez młodzież szkolną, na terenie m.st. Warszawy” przeprowadzonego na zlecenie m.st. Warszawy wykazały, że znacznie obniżył się wiek inicjacji narkotykowej. Młodzież rozpoczynająca eksperymentowanie ze środkami psychoaktywnymi ma od 13 do 16 lat i sięga po więcej niż jeden środek. Jednak najbardziej popularne i najczęściej używane przez gimnazjalistów i uczniów szkół ponadgimnazjalnych to marihuana i haszysz. Ankietowani wskazali również na dopalacze, jednak substancje te nie cieszą się ich zainteresowaniem, na ogół są one przyjmowane przez użytkowników marihuany i haszyszu.

Najwięcej osób przyjmujących środki psychoaktywne okazjonalnie rekrutuje się spośród warszawiaków w wieku od 13 do 24 lat. Niepokojące jest szczególnie rozpowszechnienie tego zjawiska wśród młodzieży szkolnej i studentów. Czynnikiem bez szczególnego znaczenia statystycznego wydaje się natomiast status materialny użytkowników.

**CEL PROGRAMU**

Głównym celem proponowanego programu są różne formy oddziaływań leczniczych skierowane do osób dorosłych zamieszkałych na terenie m.st. Warszawy, uzależnionych od substancji psychoaktywnych, odurzających i psychotropowych, ograniczenie szkód wynikających z przewlekłego używania opioidów, a także poprawa funkcjonowania społecznego i psychicznego ich rodzin.

Program stanowi uzupełnienie i poszerzenie oferty usług świadczonych w ramach kontraktu z Narodowego Funduszu Zdrowia,  zgodnie z realnymi potrzebami pacjentów uzależnionych i ich rodzin.

Warunkiem prowadzącym do osiągnięcia głównego rezultatu programu jest doprowadzenie pacjenta do stałego utrzymywania abstynencji, nabycia umiejętności rozpoznawania kryzysów związanych z nawrotami choroby i przeciwdziałanie im oraz dalszy konstruktywny rozwój jednostki. Realizacja celu następuje poprzez: racjonalną terapię skierowaną na uzależnienie i inne zaburzenia, poprawę stanu fizycznego i psychicznego, naprawę relacji rodzinnych, powrót do pełnienia ról społecznych oraz poprawę funkcjonowania w obszarze psychologicznym, społecznym i zadaniowym.

Cele szczegółowe :

- diagnoza uzależnienia, współuzależnienia i innych zaburzeń,

- podjęcie decyzji przez pacjenta w sprawie dalszego leczenia,

- wewnętrzna motywacja pacjenta do leczenia,

* poprawa, do stanu zadawalającego, samopoczucia pacjenta na poziomie fizycznym i psychicznym oraz funkcjonowania w obszarze psychologicznym, społecznym i zadaniowym,
* nabycie umiejętności konstruktywnego funkcjonowania w kontaktach interpersonalnych,
* przygotowanie i wyposażenie pacjenta w umiejętności niezbędne do dalszej pracy nad sobą,
* poprawa relacji z rodziną i najbliższym otoczeniem, w tym z grupą rówieśniczą,
* nabycie umiejętności do wypełniania ról społecznych i samorealizacji,
* ograniczenie przestępczości i demoralizacji osób uzależnionych na skutek przyjmowania substancji odurzających i psychotropowych,
* wykształcenie w osobach bliskich pacjentom z podwójną diagnozą umiejętności postępowania z osobami chorymi psychicznie i uzależnionymi, rozwiązywania trudnych sytuacji i komunikacji w rodzinie,
* poszerzenie wiedzy członków rodzin pacjentów dotyczącej problemów uzależnienia i współuzależnienia, motywowanie ich do udziału w procesie terapii i zweryfikowanie oczekiwań co do efektów terapii substytucyjnej,
* poszerzenie wiedzy dotyczącej zapobiegania infekcjom towarzyszącym uzależnieniom oraz postępowania w przypadku zakażenia,
* promowanie wśród dzieci i młodzieży zdrowego i trzeźwego trybu życia.

**ZAKŁADANE REZULTATY:**

1. Zwiększenie dostępności do programów terapeutycznych realizowanych w placówkach lecznictwa odwykowego osobom uzależnionym od alkoholu i używającym substancji odurzających i psychotropowych, zamieszkałym na terenie m.st. Warszawy.
2. Ukończenie programu i utrzymanie trwałej abstynencji przez jak największą liczbę pacjentów – min. 50% z łącznej deklarowanej liczby osób.
3. Powrót osób uzależnionych i używających substancji odurzających i psychotropowych do pełnienia ról społecznych oraz konstruktywnego rozwoju– na poziomie min. 40%.
4. Konstruktywna zmiana funkcjonowania rodzin, w tym DDA, osób uzależnionych w obszarze społecznym i psychicznym oraz poprawa ich sytuacji socjalnej.

Rezultaty co roku są mierzone wskaźnikami określającymi grupę wiekową pacjentów, status socjalny, wykształcenie, okres pozostawania w terapii. Dzięki wymienionym wskaźnikom można dokładniej określić liczbę i specyfikę grupy docelowej korzystającej z usług konkretnych poradni oraz dostosować optymalny program terapeutyczny do potrzeb
i możliwości klientów.

**ADRESACI PROGRAMU**

1. Osoby uzależnione, które ukończyły podstawowy program finansowany ze środków Narodowego Fundusz Zdrowia, utrzymujące abstynencję więcej niż pół roku.
2. Osoby uzależnione, które ukończyły podstawowy i ponadpodstawowy program psychoterapii, będące w nawrocie lub kryzysie, ale ze względu na fakt incydentalnego złamania abstynencji nie kwalifikujące się do programu podstawowego.
3. Specyficzni pacjenci lecznictwa odwykowego – osoby z podwójną diagnozą, niedosłyszące lub głuche, uzależnione krzyżowo i z uzależnieniem mieszanym.
4. Osoby współuzależnione – członkowie rodzin - partnerzy, mężowie, żony, rodzice, opiekunowie, rodzeństwo, które podobnie jak osoby uzależnione przeszły cykl psychoterapii w ramach programów realizowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.
5. Dorosłe dzieci alkoholików pijące, niepijące lub będące ofiarami przemocy domowej.
6. Sprawcy przemocy domowej z rodzin z problemem alkoholowym.
7. Ofiary Przemocy domowej z rodzin z problemem alkoholowym.
8. Młodzież uzależniona i we wstępnej fazie uzależniania się od alkoholu i substancji psychoaktywnych – na poziomie eksperymentowania.
9. Osoby uzależnione od opioidowych środków odurzających, będące w programie leczenia substytucyjnego.

**ORGANIZACJA PROGRAMU**

W przedstawionym programie najważniejszą rolę odgrywają zajęcia tematyczne nastawione na naukę konkretnych umiejętności, których deficyt jest bardzo często obserwowany przez terapeutów. Są to intensywne treningi, warsztaty i grupy terapeutyczne umożliwiające zarówno ćwiczenie podstawowych kompetencji psychospołecznych (takich jak komunikacja, asertywność czy radzenie sobie ze stresem i złością), jak i doskonalenie umiejętności przydatnych do prowadzenia satysfakcjonującego życia i rozwoju osobistego (takich jak budowanie poczucia własnej wartości, radzenie sobie z nieśmiałością czy przepracowanie urazów wynikających z dorastania w rodzinie alkoholowej. Jedną z powszechnie stosowanych i cenionych w świecie metod pracy jest także społeczność terapeutyczna
(za Kooyman, 2002). Część proponowanych zajęć adresowana jest specyficznie do każdej
z wcześniej omówionych grup, część zakłada ich integrację. Zajęcia integracyjne mają szczególną rolę w bardziej zaawansowanych elementach programu: umożliwiają modelowanie poprawnej komunikacji, którą na zasadzie analogii uczestnicy będą mogli wprowadzać w swoim środowisku rodzinnym. Co równie istotne, wspólne zajęcia pozwalają na dokonywanie identyfikacji wykraczających poza schematy uzależniony – współuzależniony – DDA. Czas jaki obejmuje program daje możliwość rozwiązywania szeregu problemów, które stają przed osobami uzależnionymi i współuzależnionymi na różnych etapach zdrowienia. Długofalowy charakter oferty pozwala na monitorowanie postępów uczestników w tym samym środowisku terapeutycznym, co – jak twierdzą autorzy cytowanych badań –stanowi dodatkowy czynnik leczący. Z drugiej strony otwarty charakter programu pozwalający na udział odbiorców w wybranych zajęciach, pomaga także odpowiednio profilować ofertę terapeutyczną w indywidualnych przypadkach.

**Założenia leczenia uzależnień w systemie ambulatoryjnym i stacjonarnym:**

**Podstawowe funkcje i zadania:**

* wstępne rozpoznanie i kwalifikacja,
* diagnoza nozologiczna (uzależnienie i zaburzenie współistniejące),
* diagnoza problemowa,
* rzetelna informacja dotycząca świadczonych usług, kierowanie do innych placówek,
* premotywacja, motywowanie do podjęcia pracy nad sobą, do leczenia,
* przerwanie ciągu (alkoholowego, narkotycznego), detoksykacja,
* wykształcenie zdolności do utrzymywania abstynencji,
* redukcja zagrożeń i szkód fizycznych, psychicznych i społecznych,
* działania wspierające proces leczenia, farmakoterapia,
* pomoc w problemach socjalnych i zdrowotnych,
* uzyskanie oparcia w rodzinie oraz dalszym środowisku,
* uświadomienie i rozwiązywanie swoich problemów emocjonalnych,
* wzrost umiejętności psychologicznych i umiejętności społecznych,
* nabycie umiejętności zadaniowych,
* pomoc w usamodzielnieniu, w uzyskaniu miejsca zamieszkania,
* pomoc w ukończeniu szkoły, w uzyskaniu kwalifikacji zawodowych i znalezieniu pracy,
* tworzenie i prowadzenie grup wsparcia po leczeniu,
* wsparcie i pomoc dla rodzin pacjentów,
* nabycie umiejętności rozpoznawania nawrotów choroby,
* pomoc w sytuacji kryzysowej (indywidualna, rodzinna),
* profilaktyka uzależnień, psychoprofilaktyka i promocja zdrowego stylu życia.

**Nabór pacjentów:**

**Nabór pacjentów do programu odbywa się za pośrednictwem:**

* ośrodków psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia stacjonarnych i ambulatoryjnych, punktów informacyjno- konsultacyjnych,
* szkół, ośrodków interwencji kryzysowej,
* placówek służby zdrowia, ośrodków pomocy społecznej, sądów, policji,
* wszystkich innych warszawskich placówek działających w obszarze pomocowym,
* pacjenci zgłaszają się sami, a informację pozyskują z telefonów zaufania, informatorów, prasy, radia i telewizji, Internetu.

**Kadra realizująca program:**

* fachowa (kierunkowe wykształcenie, specjalistyczne szkolenia),
* gotowa do pracy nad sobą, systematycznie podnosząca swoje kwalifikacje (bieżące programowanie i omawianie pracy, zebrania kliniczne, superwizja, staże w innych zespołach, specjalistyczne szkolenia).

**Monitoring i ewaluacja:**

* własna okresowa ocena, ocena pracy zespołu,
* ocena pacjentów i ich rodzin,
* scenariusze osób wyleczonych (studium przypadku),
* superwizja zespołu realizatorów,
* ocena placówek i osób współpracujących,
* analiza danych statystycznych,
* ewaluacja wewnętrzna.

**Formy oddziaływań leczniczych:**

 **1. Ambulatorium**

* poradnie psychoterapii uzależnień dla dzieci i młodzieży,
* poradnie psychoterapii uzależnień dla dorosłych,
* programy substytucyjne.

 **2. Oddziały dzienne**:

* oddziały psychoterapii uzależnień dla dzieci i młodzieży,
* oddziały psychoterapii uzależnień dla dorosłych,
* oddziały psychoterapii podwójnych diagnoz.

**Szczegółowe metody realizacji programu:**

**1.** **Porada diagnostyczna**– porada rozpoczynająca lub weryfikująca proces diagnostyczno – terapeutyczny, udzielana zgodnie z kompetencjami przez lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży, lekarza specjalistę psychiatrę, osobę z certyfikatem specjalisty psychoterapii uzależnień, psychologa klinicznego, psychologa; dotyczy osób uzależnionych/używających szkodliwie, a także osób współuzależnionych i obejmuje:

a) zebranie wywiadu od pacjenta i rodziny;

b) ocenę stanu psychicznego i somatycznego;

c) niezbędne badanie psychologiczne;

d) niezbędne badanie diagnostyczne;

e) niezbędne konsultacje specjalistyczne i badania laboratoryjne;

f) czynności pielęgniarskie;

g) ustalenie rozpoznania i planu terapeutycznego.

**2.** **Porada terapeutyczna** – kolejna porada (udzielana zgodnie z kompetencjami przez lekarza specjalistę psychiatrę, lekarza psychiatrę lub lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii, psychologa klinicznego, psychologa w trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej, osobę z certyfikatem specjalisty psychoterapii uzależnień lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień) kontynuująca leczenie według ustalonego planu terapeutycznego, dotyczy także osób współuzależnionych i obejmuje:

a) ocenę stanu psychicznego i somatycznego;

b) ocenę postępów leczenia i realizacji planu terapii;

c) niezbędne kontrolne badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne;

d) czynności pielęgniarskie.

**3.** **Porada instruktora psychoterapii uzależnień** – porada udzielana przez osobę z certyfikatem instruktora terapii uzależnień lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu instruktora terapii uzależnień (w przypadku braku zatrudnienia instruktora terapii uzależnień świadczenie może być realizowane przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu specjalisty terapii uzależnień), kontynuująca leczenie według ustalonego planu terapeutycznego, dotyczy także osób współuzależnionych i obejmuje:

a) ocenę postępu leczenia i realizacji planu terapii;

b) realizację zadań zaplanowanych w indywidualnym planie leczenia;

c) w razie potrzeby niezbędne skierowania na konsultacje do specjalisty psychoterapii uzależnień, psychologa lub lekarza;

d) działania informacyjno – motywacyjne na wstępnym etapie kontaktu pacjenta z placówką, przed ustaleniem diagnozy i indywidualnego planu leczenia.

**4.** **Sesja psychoterapii indywidualnej** – sesja z jednym pacjentem, stanowiąca element ustalonego planu leczenia, nastawiona na przepracowanie podstawowych problemów i trudności pacjenta według określonej metody, prowadzona jest przez osobę z certyfikatem specjalisty psychoterapii uzależnień lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty, z zapewnieniem nadzoru osób z certyfikatem specjalisty psychoterapii uzależnień. Mogą realizować świadczenia obejmujące leczenie zaburzeń emocjonalnych, w programach pogłębionych, u osób uzależnionych lub współuzależnionych.

**5.** **Sesja psychoterapii rodzinnej** – sesja z rodziną (dotyczy osób współuzależnionych, niezależnie od liczby osób), stanowiąca element ustalonego planu leczenia, prowadzona według określonej metody. Sesja psychoterapii rodzinnej prowadzona jest przez psychoterapeutę, osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty, osobę z certyfikatem specjalisty psychoterapii uzależnień lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, psychologa, z zapewnieniem nadzoru osób z certyfikatem specjalisty psychoterapii uzależnień.

**6.** **Sesja psychoterapii grupowej (w tym maraton)** – sesja realizowana jest przez maksimum 8 godz. dziennie, z grupą 6 – 12 osób (dotyczy także osób współuzależnionych), stanowiąca element ustalonego planu leczenia, prowadzona według określonej metody przez jedną osobę z certyfikatem specjalisty psychoterapii uzależnień lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, psychologa lub osobę z certyfikatem instruktora terapii uzależnień, psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty, z zapewnieniem nadzoru osób z certyfikatem specjalisty psychoterapii uzależnień. Psychoterapeuta lub osoba w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty może realizować świadczenia obejmujące leczenie zaburzeń emocjonalnych, w programach pogłębionych, u osób uzależnionych lub współuzależnionych. Sesja psychoterapii grupowej trwa nie krócej niż 2 godziny w ciągu dnia. W przypadku maratonu terapeutycznego – dopuszcza się realizację do 2 sesji w ciągu dnia.

**7.** **Sesja psychoedukacyjna** – sesja realizowana w grupach pacjentów do 25 osób (dotyczy także osób współuzależnionych), trwająca nie krócej niż 2 godziny, stanowiąca element ustalonego planu leczenia, prowadzona według określonej metody przez osobę z certyfikatem specjalisty psychoterapii uzależnień lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, psychoterapeutę lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty, osobę z certyfikatem instruktora terapii uzależnień lub osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu instruktora terapii uzależnień. Sesja psychoedukacyjna trwa nie krócej niż 2 godziny w ciągu dnia.

**KOSZTY**

W związku z tym, że oferta kierowana do pacjentów ośrodków i poradni lecznictwa odwykowego, finansowana ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia jest niewystarczająca, miasto stołeczne Warszawa zapewnia mieszkańcom szerszy dostęp do ponadpodstawowego leczenia uzależnień w ramach „Programu obejmującego ponadpodstawową opieką terapeutyczną osoby uzależnione i współuzależnione, dorosłe dzieci alkoholików, osoby doświadczające i stosujące przemoc, osoby o specjalnych potrzebach oraz uzależnionych od używania opioidowych środków odurzających, będących
w programie leczenia substytucyjnego” realizowanego przez podmioty lecznicze.

Kwota przeznaczona na jego realizację w 2016 r. wynosi 3 000 000,00 zł. Opieką terapeutyczną powinno być objętych minimum 4 000 osób.

**MONITOROWANIE I EWALUACJA**

Jak wynika ze statystyk prowadzonych przez placówki lecznictwa odwykowego i Biuro Pomocy i Projektów Społecznych ponadpodstawowe programy psychoterapii uzależnień
i współuzależnienia cieszą się dużym zainteresowaniem i proporcjonalnie do przyznawanych na ten cel środków liczba osób zgłaszających się na leczenie nie spada.

W 2013 r. na lecznictwo odwykowe przyznanych było 4 273 905,00 zł i w ramach tej kwoty z terapii skorzystało 6 000 osób, w 2014 r. placówki lecznictwa odwykowego otrzymały 3 000 000,00 zł, a zarejestrowanych było 4 000 klientów, natomiast w 2015 r. przeznaczono 3 000 000,00 zł i na leczenie zgłosiło się około 4 000 pacjentów.

W każdej poradni do ponadpodstawowego programu powinno zostać zakwalifikowanych od 50 do 250 osób – w zależności od liczby realizowanych programów i warunków lokalowych
i kadrowych.

Każdy podmiot leczniczy na koniec realizacji zadania obowiązany jest do przeprowadzenia ewaluacji wśród uczestników programu. Ponadto Biuro Pomocy i Projektów Społecznych Urzędu m. st. Warszawy prowadzi kodowany rejestr pacjentów i świadczeń, co umożliwia ocenę skuteczności metod pracy stosowanych przez poszczególne placówki – nie liczba zgłaszających się pacjentów stanowi o jakości programu tylko liczba osób, które korzystają systematycznie z oferowanych przez poradnię zająć terapeutycznych. Po zakończeniu realizacji programu placówka lecznicza, do końcowego rozliczenia, jest obowiązana dołączyć opinię superwizora z oceną efektywności zrealizowanego programu.

Ponadto każda poradnia, w ramach podsumowania programu, jest zobowiązana do opracowania - na podstawie wypracowanych wskaźników i z uwzględnieniem wyników wewnętrznej ewaluacji - raportu końcowego z realizacji zadania wraz z podsumowaniem zestawienia.

**OKRES REALIZACJI**

Psychoterapia jest prowadzona przy użyciu form leczenia półotwartego – w oddziałach dziennych i ambulatoryjnego. Ze względu na specyfikę problemów z jakimi zgłaszają się pacjenci realizacja programu powinna trwać co najmniej 10 miesięcy.

1. Miejski Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2016-2018 [↑](#footnote-ref-1)