

*Parlamentarny
Zespół ds.
Rozwiązywania
Problemów
Uzależnień*



VIII kadencja

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**▪ PARLAMENTARNEGO ZESPOŁU
DS. ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ
z dnia 22 czerwca 2016 r**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Parlamentarnego Zespołu

ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień

22 czerwca 2016 r.

Parlamentarny Zespół ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień pod przewodnictwem poseł **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Zespołu, odbył posiedzenie, którego przedmiotem było: **Utrzymywanie podziału, czy połączenie instytucji w systemie przeciwdziałania uzależnieniom. Wady i zalety obecnej organizacji systemu.**

W posiedzeniu udział wzięli: marszałek senior **Kornel Morawiecki (WiS)** oraz posłowie: **Krystyna Wróblewska (PiS)**, **Małgorzata Zwiercan (WiS)**, a także zaproszeni goście: **Dariusz Poznański** – zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, **Krzysztof Brzózka** – dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, **Piotr Jabłoński** – dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, **Izabela Kucharska** – zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego, **Tomasz Białas** - dyrektor Departamentu Nadzoru nad Środkami Zastępczymi Głównego Inspektoratu Sanitarnego, **Dorota Żyro** - wicedyrektor Ośrodka Rozwoju Edukacji, **Jadwiga Fudała** – kierownik Działu Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, **Artur Malczewski** – kierownik Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, **Ewa Gawin** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Opolu, **Iwona Mialik** – kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Lublinie, **Lech Grodzki** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Toruniu, **Jacek Kasprzak** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Czarnym Borze, **Jacek Sękiewicz** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień w Gdańsku, **Dariusz Zwierzchowski** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współzależnienia w Kielcach, **Bogusław Habrat** – Instytut Psychiatrii i Neurologii, **Grażyna Zimak** – Fundacja Na Rzecz Zapobiegania Narkomanii „MARATON”, **Marek Grondas** – pełnomocnik zarządu głównego Stowarzyszenia MONAR ds. Leczenia, Terapii i Rehabilitacji, **Tomasz Kowalewicz** – członek Zarządu Fundacji Praesterno, **Bożena Gumińska** – Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych Al-Anon, **Joanna Jakóbczak-Bok** – Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych Al-Anon, **Andrzej Rosiński** – Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików, **Czesław Przystawa** – asystent posła Janusza Sanockiego, **Piotr Szypiorowski** – asystent Przewodniczącej Zespołu.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Dorota Zielińska-Bąk**

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dzień dobry państwu. Witam wszystkich bardzo serdecznie. Otwieram szóste posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień. Witam przedstawicieli PARPA: pana Krzysztofa Brzózkę, panią Jadwigę Fudałę. Witam również Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, pana Piotra Jabłońskiego, Kierownika Centrum Informacji, pana Artura Malczewskiego, Głównego Inspektora Sanitarnego- pana Marka Posobkiewicza, zastępcę Inspektora panią Izabellę Kucharską, pana dyrektora Departamentu Nadzoru nad Ośrodkami Zastępczymi Tomasza Białas. Witam również pana Bogusława Habrata z Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Panią wicedyrektor Ośrodka Rozwoju Edukacji Dorotę Żyro. Witam również dyrektorów Wojewódzkich Ośrodków Terapii Uzależnień, dyrektora Zakładu Lecznictwa Odwykowego w Czarnym Borze pana Jacka Kasprzaka, panią dyrektor WOTUW w Zielonej Górze Mirosławę Bombik, WOTUW z Opola panią dyrektor Ewę Gawin, dyrektora WOTUW z Torunia- pana Lecha Grodzkiego, dyrektora WOTUW Kielce pana Dariusza Zwierzchowskiego, pana Jacka Sękiewicza WOTUW Gdańsk, panią Iwonę Mialik kierownik WOTUW Lublin. Witam również przedstawicieli organizacji i fundacji zajmujących się tematyką leczenia uzależnień. Wszystkich raz jeszcze witam bardzo serdecznie. Przedmiotem dzisiejszego posiedzenia jest: utrzymywanie podziału, czy połączenie instytucji w systemie przeciwdziałania uzależnieniom? Wady i zalety obecnej organizacji systemu. Jak wszyscy wiemy system przeciwdziałania uzależnieniom w Polsce bez wątpienia charakteryzuje się wieloma sukcesami. Istnieją jednak obszary, które zgodnie ze wskazaniami praktyków charakteryzują się trudnościami w integracji zadań. Dzisiejsze posiedzenie zespołu służy zbadania systemu przeciwdziałania uzależnieniom, szczególnie z uwzględnieniem roli i zadań Wojewódzkich Ośrodków Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia, sensu oddzielnego działania instytucji działających na rzecz przeciwdziałania uzależnieniom, nadzoru krajowego i wojewódzkiego nad systemem lecznictwa uzależnień. Zależy nam na uzyskaniu pełnej informacji dotyczącej wad i zalet obecnej organizacji systemu. Państwa wypowiedzi będą miały zapewne znaczenie w pracach nad nową ustawą, w sposób kompleksowy obejmujący kwestię uzależnień.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Do każdej z wypowiedzi zaproszonych gości w pierwszej części spotkania będzie możliwość zadawania pytań bezpośrednio po wyrażonej opinii, natomiast o udzielenie odpowiedzi prosimy daną instytucję w wyznaczonym czasie. Na dzisiejsze posiedzenie poprosiliśmy o wyrażenie opinii i stanowiska w przedmiocie posiedzenia Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro np. Przeciwdziałania Narkomanii, Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii. Zapraszam przedstawiciela Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych do wyrażenia opinii w przedmiocie posiedzenia.

Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Krzysztof Brzózka:

Bardzo dziękuję za zaproszenie. Witam wszystkich zgromadzonych. Patrząc na tematykę dzisiejszego spotkania, sądzę, że główną rolę w sensie wydolności samorządów, poprawienia sytuacji, która nie wszędzie jest jednakowo pozytywna, te wypowiedzi byłyby ważniejsze w moim przekonaniu ze strony Wojewódzkich Ośrodków Terapii Uzależnień i Współuzależnienia. Natomiast jeśli chodzi o wady i zalety aktualnego systemu, oczywiście jest to, że różnie w różnych państwach system jest ułożony. Bywa i tak, że system rozwiązywania problemów uzależnień jest wyłącznie medyczny. Bywa i tak, że jest to system taki jak u nas, oddzielony w pewnym sensie od medycyny. Z drugiej strony jest ściśle związany z systemem medycyny, ponieważ bez medyków nie da się terapii w sensie ogólnym prowadzić. Natomiast to, co nas wyróżnia to z całą pewnością fakt, że udało się- i jest to dobra tradycja zarówno w nurcie narkomańskim, jak i w nurcie alkoholowym- wypracować system, który jest dużo bardziej wydolny i skuteczny, niż byłoby to w przypadku państw sąsiednich, które pozostały na etapie „narkologii” jako elementu czysto medycznego. To, co z całą pewnością nas charakteryzuje, to to, że z racji pewnych różnic- zarówno prawnych, chodzi o substancje psychoaktywne, jak i przyczyny uzależnień. Z całą pewnością te różnice występują. Wiadomo również, że jeśli chodzi o osoby uzależnione, jest pewna, dość znacząca różnica pomiędzy wiekiem tych, którzy wpadają w uzależnienie od narkotyków i alkoholu i poza wszystkim kwestia szkód, którymi charakteryzują się uzależnienia, wszystkie uzależnienie szkód, zarówno dla uzależnionego, jak i otoczenia różnią się w znacznym stopniu. Z tych różnic wynika fakt, istnienia dwóch

instytucji, która w swoim zakresie opiekuje się swoimi „podopiecznymi” i ich rodzinami. Tu z całą pewnością te szkody społeczne, szkody dla otoczenia, sposób zajmowania się funkcjonującymi w obecności alkoholu rodzinami czy osób uzależnionych od alkoholu, w pewnym stopniu się różnią. Mogę powiedzieć, że kwestie szkód- mówię to ze smutkiem- związane z alkoholem są znacznie większe, niż te, które generuje uzależnienie od narkotyków. Istnienie dwóch instytucji na poziomie centralnym wynika w sposób oczywisty z różnego traktowania przez prawo środków uzależniających, bądź w przypadku uzależnień behawioralnych- przyczyny uzależnienia. Jest oczywiste to, że alkohol jest wśród tych największych szkód jeśli podsumujemy straty społeczne i starty dla nadużywającego, ale jednocześnie jest on substancją legalną. W związku z tym jest substancją poza wszystkimi bardzo głęboko osadzoną w naszej kulturze. Jest substancją nie tylko popularną, ale wręcz czasem niestety jest stałym elementem kultury. Stąd problem, legalności lub nielegalności. Nikt przecież nie myśli o zdelegalizowaniu alkoholu. W związku z tym sposób podejścia do tego rodzaju substancji jest i musi być różny. Nawet w przypadku narkotyków, kwestia depenalizacji narkomanii czy narkotyków nie dotyczy dystrybutorów, producentów narkotyków, a wyłącznie osoby uzależnione, które są ofiarami tego nielegalnego procederu. W związku z tym, że w sposób oczywisty pewna część działań jest wspólna mam tu na myśli zarówno całą część profilaktyczną, która oprócz tego, że dotyczy naszych dwóch instytucji, czyli Krajowego Biura np. Przeciwdziałania Narkomanii i PARPA, dotyczy również w sposób oczywisty programów nauczania Ministerstwa Edukacji Narodowej i w tej materii mogę powiedzieć, że współpraca jest wykonywana jest przez kilka oddzielnych instytucji. Zastanawiając się nad samymi adresatami naszych działań, w przypadku profilaktyki, to z całą pewnością na poziomie profilaktyki, te cele są wspólne. Patrząc dalej na zachowania ryzykowne, profilaktyka skierowana, profilaktyka wskazująca może mieć, i w moim przekonaniu ma w pewnym stopniu różnicę charakterystyczne dla każdego z tych uzależnień. Warto też powiedzieć, że takie oddzielne systemy funkcjonują w państwach przynajmniej na szczeblach centralnych, które mają bardzo długie tradycje rozwiązywania problemów uzależnień. Przykładem są np. Stany Zjednoczone, gdzie są dwie ważne instytucje niekonkurujące ze sobą, a współpracujące, czyli organizacja zajmująca się problemami alkoholowymi organizacja zajmująca się uzależnieniem od narkotyków. Wydaje się, że ten model jest dobrym modelem. Przykład- postrzeganie naszych instytucji w organizacjach międzynarodowych. W przypadku Krajowego Biura to będzie bardziej Organizacja Narodów Zjednoczonych międzynarodowego zasięgu problemów. Z tej „międzynarodowej współpracy” nielegalnych producentów ważny element- kwestia dystrybucji narkotyków to jest sprawa globalna. W przypadku alkoholu jesteśmy dobrze postrzegani przez WHO i to, co mówiąc wprost w pewnym sensie jest dużym osiągnięciem naszego systemu, to fakt, że gdyby nie sprzeciw kilku państw wywodzących się z byłego bloku Wschodniego WHO model Europa, nasz model rozwiązywania problemów alkoholowych- ten oddzielny, ale współpracujący z nurtem narkotycznym, byłby przykładem dobrych praktyk. Tak się nie stało, nie udało się tego zrobić. Niemniej jednak uznanie dla tego, co w dziedzinie rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce się robi. Znaleźliśmy w sekretariacie WHO, przedstawiciel agencji został powołany do zespołu doradczego przy sekretariacie WHO. W moim przekonaniu również to międzynarodowe postrzeganie naszych instytucji ma swoje bardzo głębokie uzasadnienie. Z tego należy być dumnym. Jeśli chodzi o szczebel samorządowy nasz system opiera się na trzech poziomach. Opiera się na samorządzie lokalnym, określone są na poziomie regionalnym określone są zadania i działania to warto się zastanowić, że nawet jeżeli te działania w pewnym sensie ustawowym czy nawet w sensie czysto księgowym, to źródło finansów zarówno dla szczebla samorządu, na szczeblu samorządowego jak i wojewódzkiego, źródło dochodów jest w sposób oczywisty takie samo. Niemniej jednak również na szczeblach samorządu lokalnego programy rozwiązywania problemów alkoholowych i narkomańskich mogą być przyjmowane wspólnie, przy czym należy rozdzielić działania skierowane pod adresem tych, którzy mają problemy z narkotykami i tych, którzy mają problem z alkoholem. Te działania podejmowane są na podstawie diagnoz i powinny być w miarę skoordynowane przynajmniej na poziomie profilaktyki. W systemie lecznictwa pewne różnice występują, ale myślę, że to bardziej precyzyjnie będzie mogła powiedzieć pani Jagoda Fudała. Z całą pewnością wiedza pracowników WOTUW jest nie do przecenienia. Tyle z mojej strony. Z całą pewnością nie wyczerpuje to wszystkich argumentów. Reasumując, chciałbym powiedzieć, że mamy świadomość tego, że pracujemy na bardzo polu, że są miejsca, w których pracujemy nieco równolegle, ale z mojego punktu widzenia mimo odrębnych instytucji mamy dużo pól działania, które wykonujemy wspólnie. I to jest to, co chciałbym przekazać na ten temat.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję panie dyrektorze. Chciałbym przywitać pana Dariusza Poznańskiego, Dyrektora Departamentu Ministerstwa Zdrowia oraz przybyłych członków zespołu. Panie dyrektorze, poprosiłbym jeszcze o rozszerzenie swojej wypowiedzi o dwa aspekty, które poruszył pan. Chodzi mi mianowicie o różnice i podobieństwa pomiędzy działalnością profilaktyczną PARPA a konkretnie Krajowym Biurem np. Przeciwdziałania Narkomanii. Drugi obszar, o którego chciałbym poprosić, to korzyści i wady w praktyce, które niesie za sobą szkolenia, kształcenia i uzyskiwanie certyfikatów przez terapeutów uzależnień. Chciałbym również, aby odniósł się pan, wyrażając swoje stanowisko w kwestii WOTUW, a mianowicie chodzi o to w jakim zakresie PARPA ma możliwość koordynacji oddziaływań i nadzoru merytorycznego nad WOTUW. Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zgłosić swoje pytania do PARPA w przedmiocie dzisiejszego posiedzenia? W tym momencie poproszę o przedstawienie swojej opinii i stanowiska przedstawiciela Krajowego Biura np. Przeciwdziałania Narkomanii.

Dyrektor Krajowego Biura np. Przeciwdziałania Narkomanii Piotr Jabłoński:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, przygotowując się do tego spotkania, zastanowiłem się nad tym, jakie mogą być w toku dyskusji kwestie wskazujące na pozytywne strony ewentualnych zmian strukturalnych czy organizacyjnych słabe strony, szanse i zagrożenia, które mogłyby się pojawić. Skupię się na podstawowych rzeczach. Pierwsza rzecz- jakie widziałbym mocne strony połączenia. Pewnie tak jak większość, uproszczenia pewnych formalnych. Natomiast znacznie ważniejsze, poza uproszczeniem struktur formalnych jest kwestia merytoryczna. I wydaje mi się, że część spraw w tej chwili została załatwiona w ten sposób, że wraz z wejściem ustawy o Zdrowiu Publicznym i opracowywanym właśnie Narodowym Programie Zdrowia, to co było pewną bolączką polityki i skierowane na zdrowie publiczne, czyli taka polityka wyspowa, w tym momencie, dzięki wejściu ustawy i Narodowego Programu Zdrowia, który za chwilę wejdzie, ta wada znika, dlatego, że w Narodowym Programie Zdrowia mamy coś, o co nam chodziło, czyli zintegrowane podejście do zdrowia publicznego oraz zintegrowane podejście do uzależnień, bo mamy cel operacyjny nr 2. Chodzi w nim o ograniczenie skutków oraz szkód powodowanych przez uzależnienia zarówno chemiczne (jak np. uzależnienia od alkoholu, od narkotyków, leków przyjmowanych bez zleceń terapeutycznych, również nowych środków zastępczych), jak również uzależnienia behawioralne (od czynności, które też są powiązane z uzależnieniami chemicznymi). Mamy to zawarte, jak mówiłem, w celu nr 2. Następnie schodzimy niżej, w których jest program alkoholowy, program narkotykowy i jest program związany z uzależnieniami behawioralnymi. Wydaje się, że synergia i odejście od myślenia sektorowego w zdrowiu publicznym jest zagwarantowane. Co byłoby słabą stroną takiego rozwiązania? To kwestia, która przewinęła się w wypowiedzi pana dyrektora Brzózki i która jest kwestią „miękką”, ale bardzo rzutująca na cały obraz. Jest to sprawa różnego statusu prawnego substancji podstawowych, o których mówimy, czyli alkoholu, i całego „worka substancji”, nazywanego narkotykami. Przytoczone były rozwiązania międzynarodowe, głównie dotyczące Stanów Zjednoczonych. Osobiście chciałbym państwu zwrócić uwagę, że w ramach struktur Narodów Zjednoczonych, funkcjonują trzy wyspecjalizowane konwencje poświęcone substancjom psychoaktywnym i środkiem psychotropowym. Osobno funkcjonuje Międzynarodowe Biuro np. Narkotyków i osobno Biuro np. Walki z Przestępczością i Narkotykami, tylko że te związki problemów narkotykowych z przestępczością zorganizowaną, handlem bronią, handlem ludźmi, dużymi operacjami prania pieniędzy – to wszystko rzutuje na połączenie pomiędzy problematyką narkotyków rozumianych jako zdrowie publiczne, a narkotyków rozumianych jako wezwanie do bezpieczeństwa, jako podstawa zajmująca się działaniem prawa. Podobną strukturę mamy w ramach Unii Europejskiej, gdzie funkcjonują osobne grupy robocze do spraw narkotyków, spraw prekursorów, a osobne np. narkomanii. Również w Unii Europejskiej funkcjonuje strategia oraz plan działania wyspecjalizowania na problemy narkotykowe i również on obejmuje w swoim działaniu te dwie integralne części, a więc ograniczanie popytu, profilaktyka, instytucje, które są związane z nielegalnym obrotem narkotykowym, policja, różnego rodzaju agencje, cła, prokuratury, sądownictwo np. Jakie mogłyby być szanse? Myślę, że przede wszystkim można by ich upatrywać w kwestii profilaktyki uniwersalnej. Ale gdybyśmy poszli dalej w kierunku profilaktyki selektywnej, w kierunku profilaktyki indykatywnej, to mamy tu bardzo duże różnice, nawet różnice społeczne. Jednak uzależnienie od narkotyków jest głównie powiązane z sytuacją młodych. I mamy tu inne programy, które są skierowane do młodych i uzależnionych od alkoholu osoby dorosłe. Więc profilaktyka indykatywna, profilaktyka selektywna tu jest zupełnie inaczej rozumiana. Również w

przypadku osób używających narkotyków, mamy całą grupę działań, którą ogólnie nazywamy programami redukcji szkód, które biorą pod uwagę kwestie tego że większość osób używających substancji psychoaktywnych tak naprawdę nie chce przerwać swojego stylu życia, tylko ograniczyć pewnego rodzaju reperkusje społeczne, zdrowotne, związane z przyjmowaniem substancji. Na pewno moglibyśmy dopatrywać się jakichś pozytywnych kwestii. Integrowanie systemu szkolenia i przenikanie się. Ale ta kwestię można osiągnąć innymi metodami. Szczególnie jest tutaj przykład dobrej praktyki od kilku lat współpracujemy w tej sprawie. Jestem niedoszłym historykiem, zajmuję się nieco historią narkomanii w Polsce. Myśmy taki zintegrowany system szczególnie leczenia w Polsce przeżywali. W latach 50-tych, 60-tych i 70-tych przede wszystkim. Okazał się on zupełnie niewydolny, jeśli chodzi o wspólne traktowanie osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Są to zupełnie inne kultury, zupełnie inne grupy odniesienia, są to często bardzo różne problemy. Generalnie w tych czasach narkomanii nie znajdowali praktycznie żadnej pomocy w placówkach psychiatrycznych, placówkach leczenia odwykowego, a ci, którzy trafiali do placówek leczenia odwykowego uzależnieniu od narkotyków bardzo szybko destabilizowali te placówki organizując tam pewne działania niepożądane. Stąd w latach 70-tych, na początku 80-tych te dwie drogi rozeszły się. Nurt antypsychiatrii pojawił się z klasycznych szpitali. Czy teraz moglibyśmy coś więcej osiągnąć, gdybyśmy połączyli te systemy? Wydaje mi się to działaniem ryzykownym. Chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz. Tu również wróć do lat 70-tych, 80-tych, kiedy to zaczynałem swoją karierę. Myślę, że ta kwestia jest ciągle jeszcze bardzo żywa i aktualna. Nie jest to tylko kwestia różnego statusu prawnego alkoholu, legalnego i akceptowalnego społecznie i narkotyków nielegalnych i obłożonych, ale również postrzegania przez społeczeństwo tych substancji i tych problemów. Mówiąc o środowisku narkotykowym, mamy taki problem, że jesteśmy epidemiologicznie skromnym zjawiskiem w porównaniu z używaniem alkoholu i uzależnieniem od alkoholu. Natomiast ta narkofobia, która istnieje w społeczeństwie powoduje, że jesteśmy bardzo często na piedestale, jesteśmy w wielkim zainteresowaniu mediów, ale to przekłada się przede wszystkim na takie bardzo negatywne postawy. Można by sobie pomyśleć, że jest to szansa, że połączenie tych dwóch zjawisk w jedno może być szansą na ograniczenie tej fobii społecznej. Ale wydaje mi się, że efekty będą inne. Efekty będą takie, jakie znamy z lat 70-tych i 80-tych. Czyli zainteresowanie mediów i zainteresowanie sensacjami, a w praktyce marginalizacja tego zjawiska, jeśli mamy 800 tys. Uzależnionych od alkoholu w Polsce i 60-70 tys. Uzależnionych od narkotyków to są to proporcje, które jakby gdzieś indziej będą przykładane, jakby miary i gdzie indziej będą przykładane miary, i gdzie indziej co jest większym problemem, co jest istotniejsze. Obawiam się że zostaniemy ciągle z tą kwestią codziennego funkcjonowania w zakresie społecznego napiętnowania. Słusznego jest zjawisk z narkotykami. Ale zostaniemy zmarginalizowani przede wszystkim do środków finansowych. Chciałbym również powiedzieć również, że wielkim dorobkiem tej części, która ja reprezentuję jest udział organizacji pozarządowych, które w latach 70-tych i 80-tych były tak naprawdę podstawy pod system uzależnień od w Polsce. To jest inny model, który zbudowała Polska PARPA, dlatego ten był głównie oparty o publiczną służbę zdrowia. Obawiam się, że łącząc te dwie nierównoważne struktury- jedna o olbrzymim zasięgu społecznym, ale akceptowana druga o niewielkim stosunkowo zasięgu ale bardzo widoczna medialnie. Doprowadzimy również do marginalizacji organizacji pozarządowych, które wypracowały unikatowy sposób pracy z osobami uzależnionymi, gdzie wieloma rzeczami możemy się chwalić. Ale to rola organizacji pozarządowych jakie one spełniają w Polskim systemie przeciwdziałania Narkomanii, jest tą, która najczęściej jest podnoszona. Ostatnia kwestia, która jest najbardziej „miękka” nad którą trzeba by się zastanowić, i która chciałbym również przedstawić, to kwestia tego że próba połączenia tych dwóch fenomenów, czyli alkoholu legalnego z narkotykami nielegalnymi może wspierać te ruchy. W związku z tym dlaczego nie uregulować całego rynku narkotyków i nie zastosować w stosunku do nich tych samych zasad do niektórych, które stosujemy do alkoholu, czyli w pewien sposób wzmocnienie pewnych działań legalizujących przynajmniej niektóre narkotyki co jest też sprzeczne i ze zdrowym rozsądkiem i z interesem społecznym i z podejmowanymi przez nasze państwo działaniami, które idą w kierunku podejścia humanitarnego depenalizacji, ale nie legalizacji. Nie chcielibyśmy chyba wzmocniać tych ruchów. Dziękuję bardzo.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję panie dyrektorze. Czy ktoś z państwa chciałby zgłosić swoje pytanie do dyrektora Biura np. Przeciwdziałania Narkomanii? Panie dyrektorze, ze strony zespołu chcielibyśmy

prosić o rozszerzenie pana wypowiedzi i próbę odpowiedzi na pytania, które nasunęły się w trakcie wygłaszania pana opinii. Mianowicie chodzi o kwestię uzależnień behawioralnych. W argumentacji powoływał się pan na różnice substancji, charakteru i całej etiologii z tym związanej, natomiast na czym polega rola Krajowego Biura np. Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie funduszków rozwiązywania problemów hazardowych. Czy zgodnie z pana argumentacją jeżeli chodzi o uzależnienia behawioralne czy należałoby myśleć o odrębnej instytucji, która miałaby się ta dziedziną zajmować? A także pytanie odnośnie rozdysponowania środków z funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych i znacznych oszczędności tego funduszu- jakby jaka rola Krajowego Biura jest w tym aspekcie aktualna. Drugi obszar pytań dotyczy organizacji leczenia- o tym również pan mówił. Na wniosek Krajowego Biura np. Przeciwdziałania Narkomanii, urzędy marszałkowskie powoływały w latach 2001-2002 sieć ekspertów wojewódzkich np. informacji o narkotykach i narkomanii. Mamy sieć 16 ekspertów, którzy prowadzą aktywności w poszczególnych województwach. Zdarzały się sytuacje, że te funkcje pełnił dyrektor WOTUW albo osoba związana z WOTUW, co wydaje się być uzasadnione, bo bez wątplenia są to znakomici eksperci. Natomiast pytanie w związku z tym- czy nie byłoby możliwości wykorzystania wówczas potencjału WOTUW, które mogłyby swą działalność rozszerzyć na jeszcze inna niż alkoholową substancję. Pytanie w tym samym obszarze- czy Krajowe Biuro współpracuje w jakimkolwiek zakresie z WOTUW? Proszę pana dyrektora PARPA o rozszerzenie odpowiedzi o zakres, o który prosiliśmy.

Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Krzysztof Brzózka:

W przypadku profilaktyki uniwersalnej, która nas z nurtem narkotycznym i w ogóle z zachowaniami ryzykownymi łączy i z Krajowym Biurem i z Ministerstwem Edukacji Narodowej w tej profilaktyce uniwersalnej jesteśmy po prostu na wspólnej pozycji i we wspólnym miejscu. Mianowicie stworzona została platforma bez zbędnych formalności platforma z inicjatywy Krajowego Biura np. przeciwdziałania Narkomanii wspólna platforma programów profilaktycznych, skierowanych do dzieci i młodzieży we współpracy z Ośrodkiem Rozwoju Edukacji, z Ministerstwem Edukacji Narodowej jest to zestaw programów rekomendowanych, które przeszły ewaluację i uzyskały pozytywną opinię mając pozytywna ewaluacje w działaniu mają również pozytywną opinię ekspertów powoływanych wspólnie przez nasze cztery instytucje. W tym bierze udział (rekomendowaniu programów profilaktycznych) bierze jeszcze udział Instytut Psychiatrii i Neurologii, czyli wszystkie cztery instytucje, które są powołane w naszym systemie prawnym do prowadzenia profilaktyki na poziomie uniwersalnym. Tak jak mówił pan dyrektor Jabłoński są pewne różnice, czyli niektóre programy mogą być ukierunkowane bardziej na część behawioralną, niektóre na część związaną z chemicznymi środkami psychoaktywnymi. W tej chwili w tej bazie mamy około dwudziestu programów, które również dzięki współpracy z organizacjami pozarządowymi, które zachęcamy do tego, aby zgłaszały programy, które funkcjonują. Mówiąc wprost, zachęcamy wszystkich które mają swoje autorskie programy profilaktyczne, które gdzieś tam były stosowane. Taka możliwość wynika z samego systemu oświaty. Zachęcamy wszystkich tych, którzy mają napisane, poświęcili swój trud i próbują tego, ażeby te programy indywidualne były ewaluowane. Często wspomagamy tych, którzy są twórcami programów po to, aby ocenić ich przydatność. Wpisywane są wtedy do tej bazy centralnej, oczywiście około 20 programów, w procesie jest 6-7 kolejnych. To nie jest wszystko na co nas w moim przekonaniu stać. Ale nie jest tak, że tych programów profilaktycznych powinny być setki, bo w końcu podstawy tych, których dobry program profilaktyczny istnieje, te podstawy są znane, są one ogłoszone. Nawiasem mówiąc standardy, jakie powinien spełniać program profilaktyczny są opisane, opublikowane. Tu nie ma żadnej tajemnicy. Jeśli chodzi o możliwość szkolenia terapeutów, to głos przekazałbym pani Jagodzie Fudale, kierownicze Działu Odwykowego agencji. Natomiast chciałbym odnieść się do możliwego nadzoru i koordynacji nadzoru publicznego WOTUW. Tutaj największe znaczenie zdaje się mieć znaczenie ma trywialne stwierdzenie, że najwięcej zależy od ludzi, czyli od marszałków, jak i tych którzy przez urzędy marszałkowskie są powoływane. Nie ma więc tu specjalnych możliwości czy brak możliwości współpracy prawnego nadzoru merytorycznego, jako takiego, który merytoryczny oczywiście nie ma. Natomiast w sposób oczywisty jest współpraca z osobami powołanymi przez urzędy marszałkowskie po to, ażeby polityka prowadzona przez samorząd regionalny w stosunku do placówek leczenia odwykowego był jednolity, był wiodący. Dlatego, że jedną z ról WOTUW jest to, ażeby szerzyć wiedzę wspólnie z agencją i propagować nawet nowe zjawiska, które wynikają z doświadczeń innych państw czy naszych. Przykład- program ograniczania picia, czyli coś co wywołuje dość dużą dyskusję w środowiskach abstynenckich,

klubów i stowarzyszeń abstynenckich również wśród naszych psychoterapeutów, dlatego że w sposób oczywisty nie odeszliśmy od paradygmatu „trzeźwość jest celem”. Natomiast przygotowujemy i wdramy w życie program, który pozwala na to, ażeby zająć się również tymi, którzy nie są jeszcze gotowi na abstynencję można pozostawić jakby poza zasięgiem leczenia odwykowego. Systemy kształcenia psychoterapeutów i terapeutów uzależnień mamy rozdzielne ale absolwenci naszych szkół mogą być w sposób wymienny zatrudniani w placówkach. Czyli tutaj ta konsolidacja osób, które są przygotowywane do prowadzenia psychoterapii, terapii uzależnień, ta współpraca oczywiście jest. Czyli mówiąc wprost te nowe trendy, nowe myśli są wprowadzane w sposób oczywisty z szefami WOTUW. Zdarzają się niestety sytuacje takie, jak w jednym z dużych regionów, gdzie znakomicie pracujący WOTUW został decyzją dyrektora szpitala zdeprecjonowany. Osoby, które tam pracowały mają swoje określone kłopoty, oczywiście są dalej w systemie niemniej nie mogą już pełnić takiej funkcji nadzorczej w sensie merytorycznym, wiodącej, oczywiście bez konsekwencji. Jest to pewien problem, jak również problemem jest i pewnie będą o tym mówili szefowie WOTUW- stosunek Urzędu Marszałkowskiego do WOTUW jako takiego. Część WOTUW pracuje powiem wprost siłami napędowymi osób, które są szefami WOTUWów bez specjalnego wspomaganie ze strony samorządu wojewódzkiego. Jest to pewne cienkość systemu. Brak nałożenia obowiązku na samorząd na poziomie wojewódzkim, obowiązku wspierania przynajmniej w zakresie utrzymania biura i dania możliwości – czyli na całą działalność poza leczniczą. Jeśli chodzi o poziom wykształcenia, przygotowania, chęć współpracy zastrzeżeń nie mamy żadnych, a czasem jest tak że o osoby te pracują bez wspomaganie. Myślę, że warto zastanowić się nad wzmocnieniem samych WOTUW-ów. Mamy w związku z tym możliwość formalnego związku pomiędzy agencją a rekomendacją osoby, która przez marszałka województwa byłaby wytypowana na szefa WOTUW. Dlaczego o tym mówię? – Jest to istotne, że mamy znakomitą statystykę prowadzone przez WOTUW. Współpracujemy z tymi osobami. Niektóre z tych osób współpracują dłużej, niż ja jestem jej szefem, a to jest niemało lat. W związku z tym wszyscy mamy doskonale rozeznanie, a komisja egzaminacyjna czy szkolenie psychoterapeutów opiera się w dużej mierze we współpracy szefami WOTUW. Czyli mówiąc wprost, WOTUW to jest taka jednostka składająca się albo z ośrodka całodobowego, albo z ambulatorium. Czasem jest to jednostka, które nie jest złożona z trzech rodzajów podmiotów leczniczych, czyli z opieki całodobowej, dziennej i ambulatoryjnej. Tu są pewne różnice. W moim przekonaniu osoby, które stoją na jej czele są osobami dobrymi w sensie zawodowym, merytorycznym i w sensie chęci współpracy. To jest prestiż dla tej jednostki jako WOTUW i dlatego uważam, że ta pozycja byłaby wzmocniona, gdybyśmy mieli możliwość przynajmniej akceptowania, albo możliwość w przypadkach skrajnych oprotowania decyzji podejmowanej przez samorząd wojewódzki. Natomiast jeśli chodzi o szkolenie, kształcenie terapeutów, to może proponowałbym, aby głos zabrała pani Fudała.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Zanim przejdziemy do tematu szkolenia terapeutów, panie dyrektorze ja prosiłbym o sprecyzowanie, jaki wpływ ma PARPA na WOTUW, który nie wykonuje należycie swoich obowiązków i jakie przeszkody w swoim zakresie bliższej współpracy z WOTUW.

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

Generalnie to właśnie ja zajmuję się tym na co dzień. WOTUW-y powstały jako pomysł zamiast konsultantów wojewódzkich, ponieważ nigdy nie było woli by był konsultant krajowy np. uzależnień i konsultant wojewódzki. Tym samym agencja i biuro przejęły rolę i zadania konsultanta krajowego, natomiast WOTUW-y w pojęciu ustawodawcy, kiedy to zostało tworzone miały być czymś w rodzaju konsultantów wojewódzkich. I ten zamiar był poparty również tym, że kiedy tworzone to prawo zapisano również fakt, że kierownik takiego ośrodka ma być powołany właśnie w rekomendacji agencji, która dawała taka gwarancję, że osoba, która będzie kierowała działalnością poza leczniczą, będzie specjalista znającym się na rzeczy. Chodziło o to, żeby tej funkcji nie przejęli urzędnicy, tylko osoby, które rozumieją na czym polega leczenie uzależnień. I tak było latami, tak jest do tej pory. Natomiast jeśli chodzi o to, w jaki sposób my współpracujemy, to właściwie, gdyby nie było tej współpracy, nie mielibyśmy bieżących list placówek leczenia odwykowego w kraju. To do zadań WOTUW-ów należy weryfikowanie tak naprawdę prawdziwości nie tylko adresowej, ale również usług, które są świadczone na terenie

województwa. To jest niezwykle ważne z punktu widzenia dostępności ludzi, informacji, gdzie oni mogą pójść. WOTUW-y mają za zadanie weryfikowanie jakości. To jest w systemie jedyne takie miejsce, które ma zapisane prawo nadzoru- tzn. że oni mogą pojechać i zobaczyć, gdy dzieje się coś niepokojącego. My tego nie mamy. Czyli poza nimi praktycznie biorąc, nadzór nie istnieje. Oni mogą zalecić wdrożenie programów, oni mogą i powinni stymulować programy naprawcze. Problem polega na tym, że WOTUW-y to robią, natomiast to jest ich działanie poza lecznicze. Problem polega na tym, że są to takie instytucje, które mają zadanie lecznicze, a poza tym nałożono na nich wojewódzkie zadanie marszałkowskie i te zadania wymagają od nich dodatkowych, bardzo intensywnych prac. Wymagają też pieniędzy. W związku z powyższym, że WOTUW-y przez nas są angażowane do opiniowania wszystkich wniosków prawnych, WOTUW z naszego punktu widzenia to jest taki wojewódzki doradca. Mamy dwa takie ciała. Mamy zespół ekspertów leczenia odwykowego- on jest ponad WOTUW-ami i mamy 16 wojewódzkich ośrodków. I zawsze, kiedy przychodzi moment, że mamy zastanowić się nad nowym projektem prawnym, nad jakimiś rozwiązaniami, to jest to taki moment, kiedy wszystkie wojewódzkie ośrodki są do tego włączane. Ja nie twierdzę, że wszystkie opiniują, wszystkie się aktywnie angażują, ale znaczna część tak. My możemy powiedzieć, że projekty, które od nas wychodzą np. do ministerstwa, one są konsultowane. To nie są programy i pomysły urzędników z biurka, tylko to są pomysły osób, które ktoś rozzejrzyał, ktoś, kto na co dzień realizuje zadania. Spotykamy się z WOTUW raz, dwa razy w roku po to, aby przekazać im najnowsze zmiany z legislacji, omówić różnego rodzaju zagrożenia, ale również pokazać im metody pracy, które mają udowodnioną skuteczność, i które są zweryfikowane i warte propagowania. To właśnie WOTUW-y mają pieniądze- chociaż nie wszystkie. 15 WOTUW dostaje dofinansowanie w działalności poza leczniczej od marszałka, a jeden nie dostaje od lat i nie mamy na to wpływu.

Wiceprzewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Przepraszam, chciałabym się dowiedzieć, które to województwo?

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

Podkarpackie.

Wiceprzewodnicząca poseł Krystyna Wróblewska (PiS)

Jestem z podkarpackiego, i zapewniam że zajmę się tą sprawą.

Kierownik WOTUW Lublin Iwona Mialik:

Przepraszam, czy mogę teraz ja coś powiedzieć? WOTUW, którego mam przyjemność i zaszczyt być kierownikiem, wprawdzie otrzymujemy dofinansowanie od regionalnego ośrodka polityki społecznej, natomiast o wydatkowaniu środków ja nie jestem w stanie decydować. O tym decyduje dyrektor szpitala.

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

Zaraz o tym powiem. Brak finansowania, brak pewności finansowania co do tego ile ono będzie wynosiło, kiedy ono wpłynie na konto WOTUW-u, to jest dla nich poważny problem planowania systematycznych zadań, do których są oni zobligowani przez rozporządzenie Ministra Zdrowia. Zależy to od Urzędu Marszałkowskiego i jego polityki w tym momencie. Druga sprawa jest taka, że nie wszystkie ośrodki wojewódzkie są samodzielne. Wiele z nich nie ma samodzielności prawnej, czyli są częścią dużych szpitali i tym samym, tak jak powiedziała koleżanka z Lublina problemem jest to, na ile dyrektor daje swobodę funkcjonowania kierownikowi WOTUW swobodę jeśli chodzi o sprawy poza lecznicze, a na ile nie. Przy złych układach, może tą swobodę znacznie ograniczyć i wtedy kierownik WOTUW nie jest w stanie ani rozdysponować z sensem tych pieniędzy, ani organizować swoich działań tak, jak ma to zapisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Lepiej funkcjonują te WOTUW-y, które są samodzielne, gdzie dyrektor ośrodka, nawet gdyby nie był specjalistą, może zatrudnić koordynatora specjalistę, który zajmie się tą działalnością poza leczniczą i takie sytuacje też mamy. Ale musi mieć bieżące finansowanie swobodę podejmowania decyzji. Słabą stroną tego systemu jest to, że WOTUW-y

rzadko są proszone o opinie. Tu jest pierwsza sytuacja, gdzie WOTUW zostały zaproszone, jako przedstawiciele 16 ośrodków do wypowiedzenia się publicznie. Generalnie jest tak, że jeżeli jest opiniowanie to najwyżej oni dostają od swojego marszałka, ale tak naprawdę nie wszyscy. W związku z powyższym, to my zbieramy opinie od WOTUW i my z nich korzystamy, przekazując je dalej. Natomiast nie funkcjonują oni w sferze opiniotwórczej, jak konsultanci wojewódzcy, którzy z klucza muszą pewne rzeczy robić, opiniować- im się wysyła, ich się prosi etc. Mocną stroną jest to, że gdyby zastąpić WOTUW-y wojewódzkimi konsultantami, to oni nie mają a grosza na taka działalność jaką z kolei mają te WOTUW-y, które potrzebują od marszałka pieniądze, bo oni mogą wspierać tak naprawdę i system szkoleń i mogą organizować konferencje i mogą robić konsultacje i diagnozy placówek- to wszystko kosztuje. W związku z tym konsultant ma najczęściej bardzo skromne środki na funkcjonowanie siebie i swojego biura, o ile w ogóle ma jakieś biuro. I w tym sensie jego zakres działania jest w gruncie rzeczy jest mniejszy. W tym znaczeniu te środki marszałkowskie są bardzo ważne i one w zasadzie są, ale teoretycznie, bo nie jest zapisane, że muszą być. Logiczne jest, że jeżeli ktoś wykonuje zadania urzędu Marszałkowskiego, to ktoś zapłaci za to, będzie miał na względzie, że kosztują takie działania. Większość urzędów to robi w bardzo różnym zakresie ze zmiennym szczęściem.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Pani kierownik, chciałbym jeszcze prosić o doprecyzowanie. Przedstawiła pani w skrócie niektóre z zadań WOTUW. Czy niesłusznym wydaje się istnienie pewnego konfliktu pomiędzy funkcją polegającą na nadzorze przy jednoczesnej funkcji leczniczej, szczególnie w kontekście innych ośrodków które funkcjonują na tym terenie? Drugie pytanie, które jest z tym blisko związane, co się wobec tego dzieje, bądź jakie działania można przedsięwziąć w momencie jeśli dany WOTUW nie wykonuje swoich działań należycie?

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

Jeśli chodzi o pierwsze pytanie, to generalnie jest konflikt. Myśmy latami rozstrzygali ten konflikt. I ustaliliśmy taką strategię, że WOTUW w stosunku do placówek województwie ma być struktura pomocną i wspierającą, a nie nadzorczą. To jest jedyny pomysł na to, żeby z tego konfliktu wybrnąć. Ponieważ rzeczywiście oni kontraktują u tego samego płatnika, to może się wydawać, że stoją oni w jakiejś konkurencji w stosunku do placówek w swoim województwie, jako jedna z placówek, która tam pracuje. W tym sensie ten nadzór, jeśli byłby sprawowany bardzo rygorystycznie i wyobraźmy sobie, że placówka byłaby źle oceniona przez kierownika wojewódzkiego ośrodka, a byłaby to placówka podobnego typu konkurująca, do tych samych środków aspirująca, mogłyby być problemy. My tych problemów nie zauważamy ponieważ ominęliśmy ten fakt takiego rygorystycznego rozliczania placówek, a raczej idziemy w kierunku wspierania. To znaczy, że jeżeli oni jada i widza, że coś jest nie tak, to powstaje program naprawczy, powstają programy konsultacyjne, ktoś tam jeździ, ktoś pomaga, ktoś w ich imieniu również pertraktuje, takie rzeczy się zdarzają. Tak spróbowaliśmy to rozstrzygnąć. Ja wiem, że może nie jest to doskonale, ale chyba jedyny sposób nie rodzący większych problemów. Odpowiadając na drugie pytanie, to powiem, że działamy motywująco, stosujemy różnego rodzaju zachęty. Jak sami państwo wiecie, jeżeli coś nie jest umocowane w systemie prawnym, to nie można ludziom „skakać po głowie”, że czegoś nie robią, zwłaszcza jeżeli nie mają za co tego robić. Więc ogólnie rzecz biorąc, to są bardziej motywatory- tzn. prosimy, zapraszamy do siebie, angażujemy w różne działania, które np. nie wymagają pieniędzy marszałkowskich, bo my inwestujemy w to własne pieniądze po to, żeby na terenie województwa zaistniały jakieś sytuacje, np. wdramy nową metodę i zapraszamy WOTUW do tego, żeby na terenie swoich województw zechciały to zorganizować. Mieliśmy np. taką krótkoterminową terapię par, tj. nowość, którą wdramy. I my dajemy program, my pokrywamy koszty edukacyjne- częściowo pokrywają koszty uczestnicy, częściowo marszałkowie, a jeśli nie, to możemy się w tej sprawie porozumiewać. W ten sposób mamy oddziaływanie, nawet jeżeli te oddziały nie mają finansowania i mają uzasadniony powód dla którego nie współpracują z nami tak, jak byśmy sobie tego życzyli. Odpowiedź jest taka, jaką pan słyszał od mojego dyrektora, że generalnie dużo zależy od ludzi, od ich poziomu zaangażowania ale również od tego, jak dyrektor WOTUW-u jest uwikłany właśnie w te zależności. Jeśli jest on samodzielny, o wiele łatwiej się tą współpracę wypracowuje. Jeżeli on zależy od swojego dyrektora, to może być naprawdę bardzo trudne. I ja nie widzę tu innego sposobu, ponieważ my nie mamy innego narzędzia wpływania na to, kto tym

kierownikiem WOTUW będzie. To są w przypadku WOTUW samodzielne decyzje marszałka, w przypadku niesamodzielnym dyrektora ZOZ-u, dzięki któremu WOTUW funkcjonuje. I my się o tym dowiadujemy post factum. Wiele było takich sytuacji, ale my przeżyliśmy je, dopracowaliśmy je.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję bardzo. W związku z tym, że w podobnym kontekście prosiłem o poszerzenie swojej wypowiedzi pana dyrektora Jabłońskiego, także bardzo proszę panie dyrektorze.

Dyrektor Krajowego Biura np. Przeciwdziałania Narkomanii Piotr Jabłoński:

Jeżeli chodzi o uzależnienia behawioralne i motywacje, którymi się kierowaliśmy, to dzisiaj kazałbym sobie rękę zabetonować, i nigdy nie napisałbym pisma do Ministra w sprawie rozwiązywania problemów np. hazardu. Zrobiliśmy to z ambicji bo wydawało nam się, że taka jest logika działania i można to podtrzymać, natomiast ilość obowiązków, która na nas spadła i brak jakiegokolwiek wsparcia powoduje to, że jest to tylko i wyłącznie bardzo duży wysiłek, który przynosi tylko satysfakcję psychologiczną. Dlaczego to tak wygląda? Między innymi dlatego, że ustawodawca zupełnie przewidział inny schemat funkcjonowania funduszy rozwiązywania problemów hazardu, niż ma to miejsce w przypadku PARPA i w przypadku Biura. Tak naprawdę, jesteśmy odpowiedzialni tylko i wyłącznie za przeprowadzenie konkursów, za nadzór nad konkursami, a następnie zawieranie umów, monitorowanie prawidłowości, realizowanych umów. Do tego jest potrzebna nowa instytucja?- absolutnie nie. Natomiast na pewno może te robić taka instytucja, jak nasza, dla której motywacją była związki między uzależnieniami chemicznymi, przede wszystkim narkotykami a uzależnieniami takimi, jakimi jest hazard czy pracoholizm. Jeśli chodzi o rozdysponowanie środków, to dlaczego ono nie osiągnęło nawet 50% rocznych wpływów z totalizatora? Po pierwsze dlatego, że wprowadzając roczny fundusz hazardu, początkowo myślano tylko o hazardzie i to np. z inicjatywy Biura, ale również Instytutu Psychiatrii i Neurologii, wystąpiliśmy o to aby rozszerzyć fundusz o możliwość zaopiekowania się innymi uzależnieniami behawioralnymi. Ale kiedy wprowadzano ten fundusz, nie było żadnego rozeznania epidemiologicznego co do tego, jak te zjawiska są rozrzucone w społeczeństwie. Wydawało się, że największym problemem jest hazard, bo od tego wszystko się zaczęło. Natomiast okazało się, że największym problemem z pierwszych badań epidemiologicznych, jakie przeprowadziliśmy w Polsce, 10% Polaków przyznało się do tego, że problemy w uzależnieniach behawioralnych mają z pracą, później dopiero pojawia się kwestia internetu, potem zakupów, na szarym końcu jest problem hazardu. Dlatego 3% okazało się za dużo. Po prostu nie byliśmy w stanie tych pieniędzy w procedurze przetargowej zainwestować. Moglibyśmy je prawdopodobnie rozdać, nie patrząc na jakość składanych programów i na jakość realizowanych umów. Tego chcieliśmy uniknąć. W związku z tym od początku również kolejne kontrole NIK-u, które wszystkie zakończyły się pozytywnie, wskazywały na konieczność rezygnowania z tych 3% i próbę zabrania albo przesunięcia tych środków na inne zadania. I tu wróć do tego, o czym mówiłem wcześniej, czyli pewnego rozwiązania systemowego, które się pojawiło, i które jest dużą szansą dla zdrowia publicznego. To ustawa o zdrowiu publicznym i narodowy program zdrowia, który przejmie część zadań i część pozostała już w narodowym programie rozwiązywania hazardu, a pozostała część będzie dostępna dla innych ważnych programów społecznych z obszarów zdrowia publicznego, np. powiązanego z uzależnieniami behawioralnymi- problemu walki z otyłością, problemów z dietą, ale nie tylko. W ten sposób dysponowanie środkami powinno się zdecydowanie poprawić. Jeśli chodzi o organizację leczenia, to trzeba zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz, że tutaj było wspomniane, że mamy inne priorytety. Kierując się tymi, ustalonymi przez WHO podstawą uzależnień psychoaktywnych jest jakość życia. Poprawienie jakości życia osób używających narkotyki, natomiast abstynencja nie jest ignorowana, ale nie jest już na pierwszym miejscu. Abstynencja jest tym złotym środkiem, do którego już część ludzi dojdzie lub nie. Do tej abstynencji prowadzą różnego rodzaju programy poprawiające jakość życia, do których należą do ludzi nieorientowanych, szokujących, że ktoś przejdzie z używania dożylnego na waczenie albo picie. To też jest poprawa jakości życia. To jest bardzo szokujące. Mówię, o tym najbardziej szokującym zjawiskiem. Jeśli chodzi o specjalistów wojewódzkich, rzeczywiście mój przyjaciel, Jacek Sękiewicz, proszę zobaczyć, że jest to unikatowa i krótka historia. Natomiast koncepcja powołania ekspertów wojewódzkich wynikała z dwóch przyczyn. Po pierwsze, chcieliśmy w jakiś sposób, w ślad za PARPA idąc wieloletnimi dobrymi praktykami nawiązać kontakt z województwami samorządowymi.

Po drugie, wtedy realizowaliśmy bardzo rozbudowany program, którego zadaniem było nie wskazanie gminom, czy województwom samorządowym tego, co one mają robić, gdyż realizując zasadę decentralizacji państwa te podmioty są niezależne. Natomiast chcieliśmy wskazać im możliwości budowania poprawnych z punktu widzenia metodologicznego i merytorycznego odpowiedzi na problem uzależnień. A podstawą wszystkiego jest badanie, dopiero potem przyjmowanie struktur, organizacji, działań np. Dlatego tak ważne dla nas było żeby w województwach samorządowych powstało to stanowisko wojewódzkiego eksperta np. monitorowania realizowania problemów narkotykowych. W ślad za jego analizami i jego wiedzą ważne jest aby szły na konkretne potrzeby danej gminy, grupy gmin czy województwa. Podam taki przykład z miastem Radomiem. Pochwalono mi się, że będą budować detoks. Zapytałem ich, czy mają opiatowców. Odpowiedzieli, że nie. Więc po co? Lepiej byłoby gdyby stworzyli świetlicę socjoterapeutyczną. W przerysowaniu o to nam chodziło. I ten efekt osiągnęliśmy. Dlatego w tej chwili same gminy decydują o tym, czy bazując na analizie lokalnej mają taki problem z uzależnieniami, że potrzebują wspólnej strategii, czy mają taki problem że potrzebują rozdzielnej strategii. W tej chwili zaczynaliśmy od tego, że tych strategii narkotykowych było jeszcze kilka kilkanaście lat temu, a w tej chwili około 60% ma samodzielne strategie, osobną dla alkoholu, osobną dla narkotyków. 40 % ma natomiast wspólne. To właśnie wynika z przeanalizowania lokalnych potrzeb, lokalnych zasobów. Jeśli chodzi o WOTUW, to niewiele z nimi współpracujemy. Nie mamy specjalnie dobrych doświadczeń, ale też nie umiałbym przywołać złych. Dla nas jednak głównym partnerem są władze samorządowe i działające na tych terenach organizacje pozarządowe. Dziękuję bardzo.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję bardzo. O zajęcie stanowiska i przedstawienie opinii prosił mi także Głównego Inspektora Sanitarnego. Zapraszam.

Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego Izabela Kucharska:

Jeśli chodzi o temat dzisiejszego spotkania, to my jako inspekcja, z racji tego że pełnimy nieco inne role niż instytucje, które prezentowały przed chwilą swoje stanowiska, jesteśmy dużą zinstytucjonalizowaną instytucją. To blisko 17 tys. Osób w różnych pionach, zajmujących się od A do Z zdrowiem publicznym. Akurat w tym obszarze, o którym mowa, bezpośrednio nie wpływamy na system przeciwdziałania niekorzystnym zachowaniom osób uzależnionych. Mówię bezpośrednio, bo z naszych działań ustawowych wynikają konkretne kompetencje, głównie w obszarze działalności zapobiegawczej i oświatowo-zdrowotnej. W strukturze inspekcji funkcjonuje pion organizacyjny, jakim jest promocja zdrowia. Funkcjonuje on na wszystkich szczeblach organizacyjnych od centralnego, przez regionalny i lokalny. Inspekcja przeciwko uzależnieniom prowadzi tak naprawdę zintegrowane działania, dla przykładu podam tu profilaktyczny program np. przeciwdziałania alkoholizmowi, tytoniu i innych środków psychoaktywnych. Jest to duży projekt, który realizowany jest przy budżecie około 4 mln. CHF, współfinansowany oczywiście w ramach szwajcarsko-polskiego programu współpracy. Realizowany jest np. z PARPA i Krajowym Biurem np. Przeciwdziałania Narkomanii, instytucjami badawczymi. Bardzo duże i poważne projekty w ramach tego programu realizujemy. Inne działania o charakterze edukacyjnym to kampania „Sto dopalaczom”. Znow muszę powiedzieć, że nie sami realizujemy te działania. Działania w obszarze środków zastępczych, a także działania interwencyjne podejmujemy z policją, służbą celną, strażą graniczną, kuratoriami, samorządami, organizacjami pozarządowymi np. Natomiast tu wiodącą rolę niezależnie od charakteru zagrożenia podejmowane są dla wzmocnienia zdrowia i zachowania życia ludzi pod agenda jednego resortu, niezależnie od tego w którym resorcie one fizycznie są realizowane. Generalnie zadania koordynuje Minister Zdrowia, natomiast w ramach tych różnych programów realizowanych wielosektorowo i w naszej opinii nie jest rzeczą najważniejszą, czy te systemy przeciwdziałania uzależnieniom działają w modelu rozproszonym czy scentralizowanym, czy jedna instytucja ma odpowiadać za całość, czy kilka instytucji zgodnie ze swoimi właściwościami, kompetencjami, zadaniami i budżetem. Natomiast istotne jest to, żeby całość programu, ich działania się nie dublowały, by stanowiły wspólną całość. Tak jak ja patrzę na naszą strukturę Państwowej Inspekcji Sanitarnej, to muszę powiedzieć, że bardzo ciężko byłoby wyjąć jeden z elementów, czyli taki pion nad środkami nadzorczymi i przesunąć go teoretycznie do nowo tworzonej struktury. A wszystko to z uwagi na to, że współpracuje kilka pionów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, tj. współpracuje pion Oświaty Zdrowotnej, pion

nadzoru nad innymi podmiotami medycznymi, oświatowymi, wychowawczymi. Generalnie chodzi o to, aby spróbować bardziej uspołnić działania. My staramy się z podmiotami współpracować na tyle, aby przynajmniej próbować być na bieżąco i wiedzieć kto jakie działania w danym momencie podejmuje, dostosowywać się i działać we współpracy. To na tyle. Jeśli są jakieś pytania, to proszę.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Bardzo dziękuję pani inspektor. Czy ktoś z państwa chciałby zgłosić swoje pytanie? W takim razie ja poproszę o odpowiedź- Główny Inspektorat Sanitarny zaangażował się w działalność profilaktyczną i edukacyjną w dziedzinie substancji psychoaktywnych tzw. dopalaczy wraz z prowadzeniem infolinii. Te działania są bardzo zaangażowane i mocno związane z działką uzależnień. W związku z tym, w jakim zakresie Główny Inspektor Sanitarny współpracuje przy realizacji konkretnych zadań z Krajowym Biurem np. Przeciwdziałania Narkomanii i Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie? Dziękuję. Na dzisiejsze posiedzenie poprosiliśmy

o wyrażenie swojej opinii Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Zapraszam do zabrania głosu pana Bogusława Habrat.

Instytut Psychiatrii i Neurologii Bogusław Habrat:

Proszę państwa, Instytut Psychiatrii i Neurologii w jakimś sensie jest taką „trzecią nogą”, która zajmuje się problematyką leczenia uzależnień. Ta część, którą wykonuje Instytut Psychiatrii i Neurologii jest właściwie taką pomocą dawania dowodów naukowych, które mogą stać się podstawą do opracowywania polityki w zakresie substancji psychoaktywnych, w tym również i alkoholu. Z punktu widzenia Instytutu Psychiatrii i Neurologii, współpracę z obydwooma agencjami można określić jako postawę wzorcową. Nie ma większych kolizji pomiędzy naszymi trzema instytucjami i ta współpraca, przynajmniej z naszego punktu widzenia odbywa się prawidłowo, jeżeli nie wzorcowo. Jedynym takim problemem zupełnie przyziemnym, jest fakt, że Instytut Psychiatrii i Neurologii rozlicza się finansowo i ma spore długi. Jest niestety zmuszony do tego, aby dokonywało się różnego rodzaju cięć finansowych, co wiąże się między innymi ze zmniejszeniem ilości pracowników naszego instytutu. Są jeszcze rzeczy, które wynikają ze współpracy z dwoma agencjami: Krajowym Biurem np. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych- są tam pewnego rodzaju nieudomówienia – kto różnego rodzaju działania ma finansować? W sensie merytorycznym wydaje się, że jest ta współpraca bardzo dobra. Jesteśmy przyzwyczajeni do tego, że współpracujemy z dwoma agencjami. Trudno nam sobie wyobrazić, aby ten model był inny. Po prostu te zaszczości są wieloletnie. Dopracowaliśmy się jakiegoś modelu, który chyba należy uznać za model dobry. Myślę, że sprawą trochę na innym szczeblu jest sprawa dofinansowania Instytutów Państwowych, z których większość ma dosyć duże kłopoty finansowe. Wydaje się, że baza naukowa, którą sobą jeszcze reprezentujemy jest w sposób niedostateczny wykorzystana.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Bardzo dziękuję. Czy ktoś z Państwa chciałby zgłosić swoje pytanie? Wobec tego ja prosiłbym o dopracowywanie odpowiedzi w jednym technicznym aspekcie. Być może w praktyce wygląda to inaczej i dlatego prosiłbym o pokazanie, jak to wygląda. Instytut Psychiatrii i Neurologii gromadzi informacje o osobach podejmujących leczenie uzależnienia od alkoholu w bezpośredniej formie w ośrodkach zajmujących się taką działalnością. Jak wygląda to w przypadku osób podejmujących leczenie uzależnienia od innych, substancji niż alkohol? Czy wówczas też bezpośrednio, czy za pośrednictwem jakiejś innej instytucji?

Instytut Psychiatrii i Neurologii Bogusław Habrat:

Z tego co ja wiem, informacje są zbierane w sposób podobny. Są one zbierane z takich kart statystycznych, które są obowiązkowo wypełniane przez wszystkie zakłady opieki zdrowotnej, przynajmniej te, które mają charakter publiczny i są finansowane ze źródeł publicznych. Z tego co wiem, uzyskiwalność informacji od wszelkiego rodzaju placówek jest dobra, satysfakcjonująca. W większości krajów tego typu zbieranie informacji jest prawdopodobnie gorsze. Porównujemy te dane, które otrzymuje Krajowe Biuro np. Przeciwdziałania Narkomanii. Są drobne różnice,

które wydają się wynikać z metodologii uzyskiwania tych badań. Natomiast nie są to różnice, które byłyby różnicami znaczącymi, które wpływałyby na jakość podejmowanych decyzji natury politycznej.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję bardzo. W celu doprecyzowania odpowiedzi zgłosił się dyrektor Krajowego Biura np. Narkomanii. Bardzo proszę.

Dyrektor Krajowego Biura np. Narkomanii Piotr Jabłoński :

Chciałbym tu uzupełnić, że istnieje jeszcze drugi system do zbierania danych z leczenia osób, które znajdują się w systemie osób uzależnionych od substancji nielegalnych. Jest to jeden z pięciu kluczowych wskaźników, który nakłada na nas współpraca z Unią Europejską, z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Jest to wskaźnik zgłaszalności do leczenia. Dwa lata temu, poprzez nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii podmioty lecznicze zobowiązane są do przekazywania do Krajowego Biura podstawowych informacji o pacjentach zgłaszających się do systemu leczenia. Zgodnie z ochroną danych osobowych, my nie zbieramy, nie przechowujemy danych dlatego, że posiadamy coś takiego jak kod osób, które zgłaszają się do leczenia. Nadawanie kodu jest określone ustawą, dlatego, więc zapobiega to podwójnemu liczeniu poszczególnych osób. W tej chwili jest około 200 placówek leczniczych, głównie zajmujących się leczeniem osób uzależnionych od substancji nielegalnych. Prowadzimy także drugą bazę danych. Jest to zgłaszalność do leczenia substytucyjnego, która ma zapobiegać podwójnemu uczestnictwu w programach metadonowych lub innych programach substytucyjnych. Tu również porównujemy i zbieramy dane, unikatowe dane zakodowane a nie dane bezpośrednio identyfikujące pacjentów.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Bardzo dziękuję.

Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Krzysztof Brzózka:

Jeżeli chodzi o zbieranie danych, my korzystamy poza Instytutem Psychiatrii i Neurologii korzystamy z danych pozyskiwanych przez WOTUW, agregujemy je i obrabiamy. Również źródłem naszych statystyk jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Takiej sprawozdawczości wprost z dokumentów Narodowego Funduszu Zdrowia w zasadzie nie ma, ale wypracowany jest bardzo dobry model współpracy. Z kolei nasze informacje są jakby weryfikowane z dwóch pewnych źródeł- mówię o WOTUW i NFZ. Na bieżąco również są konfrontowane z danymi zbieranymi przez Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Bardzo dziękuję. Zapraszam Zastępcę Głównego Inspektora Sanitarnego.

Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego Kucharska Izabella:

Bardzo dziękuję. Kwestia środków zastępczych to temat znacznie młodszy od innych problemów uzależnieniowych. Z tego względu jesteśmy jakby w toku budowania tego nadzoru. Natomiast współpracujemy na bieżąco z Krajowym Biurem np. Zapobiegania Narkomanii. Współpraca odbywa się na licznych forach zespołów czy w ramach przygotowywanych materiałów. Natomiast jeżeli chodzi o współpracę z Instytutem Psychiatrii i Neurologii w zasadzie podejmujemy taką współpracę. W tym tygodniu również jesteśmy umówieni na taką rozmowę, na temat udziału systemu Państwowej Inspekcji Sanitarnej w działaniach zapobiegawczych i profilaktycznych wobec osób używających tak zwanych „dopalaczy”. Myślę, że jeszcze w tym tygodniu będziemy taki obszar współpracy z przedstawicielami instytutu konkretyzować a następnie rozwijać go. Chcę też dodać, że nie bez znaczenia będzie miała inicjatywa podjęta przez Najwyższą Izbę Kontroli w ubiegłym miesiącu. NIK planuje jeszcze w tym roku przeprowadzić kontrolę i zbadać prawidłowość działań i kierunek działań podejmowanych przez wszystkich itinerariuszy tego działu, a nie tylko resort zdrowia nad środkami zastępczymi. Spodziewamy się tutaj po wynikach kontroli NIK-u również jakiejś ewentualnie wskazówek

„obiektywnego oka”, co do ewentualnych kierunków. System nadzoru jest bowiem w budowie, i my się dopiero uczymy. Nie mamy gotowego wzorca do wykorzystania ściągnąć z innego kraju UE. Działania są bardzo różne podejmowane na forach czy w innych krajach Unii Europejskiej. Myślę, że w tej chwili nie można powiedzieć, że tej współpracy nie ma. Ta współpraca naprawdę zaczyna układać się wzorowo. Każdy swoją rolę w systemie zna. Staramy się pewnymi dokumentami dzielić na bieżąco z Ministrem Zdrowia. Dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Pani inspektor, jeśli chodzi konkretnie o kwestię z dopalaczami i prowadzeniem tej infolinii to współpracujecie państwo, czy nie?

Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego Izabela Kucharska:

W tej chwili infolinia oparta jest na jednostkach funkcjonujących w ramach Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W tej chwili tak to wygląda. Informacje, których udziela się poza kwestią środków zastępczych udzielają pracownicy w ramach Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Bazuja one na materiałach wypracowanych wspólnie.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Rozumiem, bardzo dziękuję. Zanim przejdziemy do drugiej części naszego spotkania, która jest dyskusja, chciałbym dopytać panią kierownik działu leczenia odwykowego i programów medycznych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w kwestii odpowiedzi na pytanie, które zostało pominięte wcześniej. Mianowicie chodzi o korzyści i wady, jakie niesie za sobą podział na drogi szkolenia i uzyskiwania certyfikatów terapeutów uzależnień.

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

System kształcenia terapeutów, czyli program szkoleniowy jest prowadzony przez agencję od 21 lat, a od 17 na bazie rozporządzenia Ministra Zdrowia, który to wprowadzał. Jest to bardzo długi czas. Jest to również mnóstwo doświadczeń. Prawda jest taka, że kiedy Krajowe Biuro wdrażało swój system, to w porozumieniu, żeby ten cykl szkolenia wyglądał podobnie, kończył się podobnie egzaminem. W naszym przypadku mamy do czynienia z psychoterapią, a ich przypadku z terapią uzależnień. Jest to więc kwestia nomenklatury, która po prostu została zapisana w prawie. Mamy natomiast wyjściowo różne kwalifikacje w tej chwili w stosunku do osób, które w tej chwili aspirują o certyfikat specjalisty np. uzależnień. Pracowaliśmy nad tym razem i chodziło nam o to, że to szkolenie nie jest jakieś bardzo długie, to chcieliśmy żeby wyjściowo były to osoby, które mają już jakieś przygotowanie w ramach studiów wyższych do pomagania ludziom. Wybraliśmy te kierunki, które w toku kształcenia mają takie programy nauczania, które trochę dają, gwarantują. Dlatego w naszym programie jest raptem kilka specjalizacji i kierunków studiów, żeby się starać o certyfikat specjalisty. Właściwie to było nasze wspólne uzgodnienie. Ale w toku pracy nad ustawą w parlamencie zostało to zmienione w zupełnie drugą stronę i efekt jest taki, że właściwie specjalistą np. uzależnień może być osoba z wyższym wykształceniem, co powoduje już pewnego rodzaju kłopoty. Bo np. gdyby inżynier chciałby nim być to też może a to jest trochę co innego niż psycholog czy nawet pedagog. W związku z powyższym jest to pewnie do zmiany i byłibyśmy radzi gdyby to ustalenie było z obu stron. Jest to jednak poza naszą gestią. Natomiast jednak to co nas różni w programach to ich zawartość. Chodzi o to, że to jest program praktycznej nauki zawodu. Nasz jest bardziej nakierowany na leczenie osób uzależnionych od alkoholu, biurowy jest bardziej ukierunkowany na osoby leczące uzależnionych od narkotyków. Tym samym, większą rolę przykłada się tam do tych metod, w którym alkohole w ogóle nie odgrywają żadnej roli, np. w społeczności terapeutycznej. Nasze programy są krótkoterminowe. My mamy pacjentów 6-8 tygodni w leczeniu całodobowym (oczywiście dłużej w ambulatoryjnym). Zupełnie inne są pomysły na to, co ci pacjenci powinni dostać w ramach tych 6/8 tygodni. Mówił tu pan dyrektor, że jeżeli to są młodzi ludzie to oni oprócz prac nakierowanej na branie, przyjmowanie substancji, muszą mieć jeszcze cały program związany z socjalizacją, czego w stosunku do pacjentów 45+ nie zakładamy, że musimy im to oferować. Raczej z rehabilitacją, która i tak wykracza często poza ramy Służby Zdrowia, która umiejscowiona jest np. w polityce społecznej. Ogólnie rzecz biorąc te różnice

programowe zawartości tematycznej (tematycznie są one podobne), ale tak naprawdę jaką rolę przekłada się na te poziomy szkół w proporcjach tych tematów, no to będzie trochę inaczej. U nas np. blok nauczania i zdawania egzaminu dotyczy również pracy z dorosłymi osobami z rodzin osób uzależnionych. Nasi absolwenci muszą obronić zarówno pracę z osobą uzależnioną jak i współuzależnioną czyli z partnerem tej osoby. Te dwie prace dopiero łącznie z egzaminem dają szansę na uzyskanie certyfikatu. Tutaj nie pracujemy z partnerami, raczej pracujemy z rodzicami, z rodzinami. Nie znaczy to, że nikt z partnerem nie będzie pracował. Ale generalnie my mamy to starszych ludzi, toteż nasz klient ma zupełnie inne potrzeby. Ten program jest więc dostosowany. Programy redukcji szkód w alkoholu w zasadzie dopiero zaczynają raczkować. Rzeczywiście program redukcji szkód w alkoholu, on w zasadzie dopiero zaczynają raczkować. Agencja stworzyła dopiero program, nawet właściwie zalecenia do programu zalecania picia, które można uznać właśnie jako element strategii WHO nie zakładającej abstynencji jedynie jako w celu leczenia, co dla tych osób, które nie są dla tej abstynencji gotowe. W momencie kiedy one docierają do placówek, jest jakąś opcją w ogóle uzyskanie pomocy i co więcej, część pacjentów zwłaszcza młodszych, nieuzależnionych w momencie kiedy redukuje picie, redukuje problemy związane z piciem i oni mają poczucie satysfakcji i zadowolenia i ich rodziny też, ponieważ tak naprawdę oni przychodzą, bo mają kłopoty. Jeżeli więc tych kłopotów jest mniej, to generalnie to jest rodzaj sukcesu. Przestaliśmy już patrzeć zero- jedynkowo : piję- brak sukcesu, nie piję – sukces, ale to są inne programy. Inne są programy w przypadku narkomanii. Ja, nie znam programu ukierunkowanego na ograniczenia np. heroiny.

Asystent przewodniczącej Zespołu- Piotr Szypiorowski:

Pani kierownik, czy wobec tego, mam rozumieć, że terapeuci, którzy kończyli szkolenie w nurcie narkotykowym nie pracują w ośrodkach z osobami uzależnionymi od alkoholu i na odwrót..

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

No mają szansę pracować, bo to stwarza koszyk świadczeń gwarantowanych czyli zrównaliśmy tak naprawdę psychoterapię uzależnień i terapię uzależnień, to jest tak naprawdę specjalista. Natomiast prawdę powiedziawszy, nasi będą bardziej przygotowani do pracy z uzależnionymi dorosłymi członkami rodzin. Prawdopodobnie ci będą pracowali i będą lepiej przygotowani z młodszymi, z osobami uzależnionymi od narkotyków i rodzinami i rodzicami jako całością. Ale ja bym tego też nie demonizowała. Mamy przecież zastępczych, bo pracujący „w alkoholu” terapeuci często idą do programu prowadzonego przez Krajowe Biuro i odwrotnie. Np. mamy teraz w procesie dużo osób, które ma certyfikat Krajowego Biura a mimo to przyszło ponownie do nas do programu. Ludzie mają różne motywacje pogłębiania swojej wiedzy. Natomiast nie demonizowałabym dlatego, że proszę zwrócić uwagę, że i tak w pracy muszą się oni nauczyć generalnie w zespołach pod okiem superwizora. I nawet generalnie, jeśli oni nie mają takiej 100%-owej pewności co do swojej kompetencji z powodu braku doświadczeń zawodowych. Jeśli pójdą do ośrodka narkomańskiego, to tych doświadczeń nabiorą. Podstawy, jeśli chodzi o wiedzę związaną z osobami uzależnionymi mają. Teraz tylko muszą się rozwijać. Różnice będą występowały głównie w programowym sensie.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Przechodzimy do dyskusji, także zapraszam wszystkich państwa do zabrania głosu i przedstawiania stanowisk, nie tylko w tym temacie ale także w innych, które w toku dzisiejszego posiedzenia wydały się dla państwa istotne a w takich, w których chcielibyście państwo zgłosić. Zanim pan Marek Grondas zabierze głos, potem dyrektor PARPA to ja chciałbym, abyście spróbowali państwo odpowiedzieć, w którym z tych nurtów, czy narkotykowym czy alkoholowym przyszli terapeuci zdobywają doświadczenie z osobami z uzależnieniami behawioralnymi? Bo przecież to było też znaczną częścią naszego spotkania.

Pełnomocnik zarządu głównego Stowarzyszenia MONAR Marek Grondas:

Są takie obszary, gdzie podział jest bezsensowny, albo trudny do uzasadnienia. Między innymi i jest to kwestia profilaktyki, zwłaszcza profilaktyki zrodzonej w szkołach, gdzie finansowanie, osobna, programów profilaktyki alkoholowej i narkotykowej nie ma żadnego uzasadnienia. To jest w przypadku pewnych obszarów terapii i też przygotowywania do terapii, prawda? Tutaj

bym się zastanawiał nad różnymi kwestiami, które można by potraktować inaczej np. często nam się zdarza : ludzie uzależnieni od alkoholu, którzy nie potrafią z różnych względów skorzystać z tych krótkoterminowych terapii stacjonarnych, które organizują różne ośrodki PARPA, że mimo są to osoby, jak pani powiada, dość często dość już posunięte w wieku to tego typu oddziaływania są dla nich wystarczające. Potrzebują oczywiście długiego oddziaływania w społeczności terapeutycznej, czyli oddziaływania na wiele obszarów społeczności terapeutycznej do budowania interpersonalnego i inter psychicznego. Jeżeli tego nie dostaną na takiej terapii stacjonarnej, na takiej, którą im się proponuje, wracają natychmiast zastępuje napływ, prawda, więc tutaj warto jest zastanowienia doprowadzenie do takiej możliwości, żeby osoby uzależnione od alkoholu mogły się leczyć w różnych formach terapii, jakie mamy dostępne w naszym kraju, a nie tylko w takich przeznaczonych formalnie dla alkoholików, prawda? Natomiast jest taki obszar, gdzie ten podział ma bardzo głęboki sens. To jest podział związany z tym, że ukształtowała się pewna tradycja, ukształtował się pewien sposób rozumienia, pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu i uzależnionymi od narkotyków. W przypadku organizacji pozarządowych toteż kwestia bezpośredniego kontaktu z instytucjami, z którymi możemy liczyć jako instytucje istniejące i wspierające nasze problemy i nasze interesy w pracy, w której leczenie jest (tak jak w przypadku leczenia MONAR) związane z uruchamianiem energii społecznej, prawda? Z takim bezpośrednim interpersonalnym stosunkiem pomiędzy różnymi agendami międzyrządowymi a tymi ludźmi, którzy często w ramach pracy społecznej, starając się pomagać ludziom uzależnionym tj. nieocenione. Tutaj taki podział, jak rozumiem doprowadzenie do powstania jednej scentralizowanej i dużo bardziej niestety prawdopodobnie biurokratyzowanej instytucji uważałbym za bardzo niebezpieczne. Chcę powiedzieć o jeszcze jednej rzeczy, nie podział na te dwie agendy rządowe jest, ale instytucje tej organizacji pracy, które powodują, że tak naprawdę nie ma organizacji pracy międzyinstytucjonalnej w tych, które w pracy są niezbędne, prawda? Nawet ta 56-dniowa terapia odwykowa osoby uzależnionej od alkoholu okaże się rzeczywiście skuteczna, bo często mamy do czynienia z taką sytuacją, że bardzo szybko następują nawroty. To, jeżeli ona nie będzie miała wsparcia w pracy, w środowisku naturalnym, czyli we współpracy jednocześnie z pracownikiem socjalnym, asystentem rodzinnym a kimś z obszaru probacji z Ministerstwa Sprawiedliwości itd. i na tym najniższym poziomie nie będziemy umieli ze sobą integrować rozmaitych działań w takiej strukturze, są często tak zorganizowane, że utrudnia to czasem porozumienie i współpracę, czasami bywa też, znam i współpracę na ten temat reprezentanci poszczególnych instytucji działają przeciwnie, bo w ogóle działają w różne strony. Ta terapia osób uzależnionych, czy to od alkoholu, czy to od narkotyków w ogóle nie będzie skuteczna. Moim zdaniem to nie chodzi o to, żeby stworzyć tą scentralizowaną instytucję, która będzie tym, że tak powiem pionowo zarządzała żeby doprowadzić do sytuacji, w której na najniższym poziomie, nie będzie barier międzyinstytucjonalnych, które umożliwią sensowne oddziaływania w odniesieniu dla poszczególnych klientów. Dziękuję.

Asystent Przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Proszę pana Krzysztofa Brzózkę o zabranie głosu.

Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Krzysztof Brzózka:

W kwestii uzupełnienia tego, co mówiła p. Jagoda Fudała, ja chciałbym powiedzieć że do takiego przeplatania się naszych specjalistów zmusza nas życie. Najczęściej uzależnienia pacjentów, z którymi mamy do czynienia nie są pacjentami czysto narkotycznymi albo czysto alkoholowymi. W zdecydowanej większości, wszystko zaczyna się od alkoholu, stąd również sytuacja taka, że w ramach naszego programu szkolenia w sposób oczywisty mówi się o osobach uzależnionych od narkotyków. Samo życie wymusza ten przepływ umiejętności. Natomiast w pewnym sensie odnosząc się do tego co pan powiedział, że w organizacjach pozarządowych oczywiście, że ruch MONAR, który jest chyba najsilniejszą organizacją pozarządową wywodzi się z tego nurtu narkomańskiego. Warto powiedzieć, że jeśli chodzi o uzależnienie od alkoholu, ale nie tylko jest cały system AA nigdy swojego przedstawiciela na spotkaniu takie jak tutaj nie przyśle poza, znamy się jak mówię z nieoficjalnej współpracy i współpracy instytucjonalnej w tym sensie, że ta działalność, która jest prowadzona, jest działalnością nie do zastąpienia. Z tego nurtu wywodzą się kluby, które przyjęły nieco inne czasami nieco inny kierunek działania. Dążymy do skonsolidowania ruchów, klubów i stowarzyszeń do zapewnienia im standardów i mówiąc wprost chcielibyśmy, żeby mogły te kluby i stowarzyszenia abstynenckie cieszyć się takim

zarówno zaufaniem jaki i skutecznością jak ruch AA. Próba wspólnego działania współdziałania również z systemem odwykowego, gdzie jak pokazały nasze badania wbrew niektórym opiniom wywodzący się ze środowisk abstynenckich różnych jednak pacjent wychodzący z systemu leczenia odwykowego dostaje informację, że powinien znaleźć tych z którymi mógłby współpracować, którzy udzielaliby mu wsparcia, bo to jest bezcenne. Rzeczywiście bez tego wsparcia nawrót nastąpi. Jeśli chodzi o skuteczność leczenia uzależnienia od alkoholu, który jest na poziomie innych skuteczności leczenia innych chorób chronicznych na poziomie 20- 25 %. Nigdzie na świecie nie ma wyleczalności wyższej niż 30%. Jakimś znakiem czasu jest fakt, że Amerykanie zrezygnowali z pojęcia „uzależnienie od alkoholu” z racji tego, że granica jest bardzo płynna, a po drugie prawda jest taka, że osobie z problemami należy się wsparcie ze względu na straty, jakie organizm tej osoby ponosi z powodu używania środków psychoaktywnych. Nie ma tu znaczenia czy ta cienka granica uzależnienia czy „nieuzależnienia” została przekroczona. Chciałabym, aby Krajowa Rada Związków i Stowarzyszeń Abstynenckich miała tak silną pozycję, jak MONAR i taka skuteczność, jak ruch AA.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję, panie dyrektorze. Chcąc zakończyć kwestię związaną ze szkoleniem, prosiłbym o odpowiedź na pytanie, w jakim zakresie szkolenie terapeutów organizowane przez PARPA przygotowuje przyszłych terapeutów do pracy z osobami uzależnionymi behawioralnie?

Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Krzysztof Brzózka:

To jest kwestia, tak jak wspominałem, kilkudziesięciu godzin w ramach szkolenia, później stażu w ramach superwizji. Osoby, które szkolenie przechodzą, dostają porcję wiedzy zarówno o narkotykach, jak i o uzależnieniach behawioralnych. Nie ma więc mowy o wąskim postrzeganiu problemu uzależnienia wyłącznie od alkoholu.

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

Chciałam jeszcze dodać, że za te pieniądze, którymi dysponuje Krajowe Biuro, w dużej części w ostatnich latach zostały przeznaczone na szkolenia w zakresie pracy nad uzależnieniami behawioralnymi. Wykonano tych szkoleń bez liku. Mnóstwo terapeutów jest tym zainteresowanych. Jest to jednak rodzaj kształcenia podyplomowego. W ramach kształcenia z naszej czy waszej strony za mało jest godzin, aby przygotować ludzi do wszystkich umiejętności, kompetencji. Dzieje się tak dlatego, że oni się zbyt rzadko z klientami spotykają. Aby się tego nauczyć, to oni muszą tego doświadczyć. W związku z tym myślę, że proces nauczania ludzi zawodu, a zwłaszcza takiego, który ma wpływ na ich psychikę, nie powinien się kończyć otrzymaniem certyfikatu. Powinien on być procesem permanentnym. Nie powinien on polegać tylko na tym, że pracuje się pod superwizją, bo to jest bardzo ważne, jeśli nie najważniejsze, bo jest to rodzaj nadzoru rozwojowego. Superwizor staje się w tym momencie gwarancją tego, że nie tylko człowiek nie narobi krzywdy, ale że człowiek będzie się rozwijał w różnych określonych, potrzebnych pacjentom obszarach.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Teraz zapraszam pana.

Fundacja Biuro Służby Krajowej AA Andrzej Rosiński:

Wspólnota Anonimowych Alkoholików ewoluuje. Zajęło nam to 40 lat. Jesteśmy coraz bardziej odważni w pewnych działaniach, aczkolwiek mamy pewną świadomość tego, że ze względu na specyfikę naszego działania oraz złe doświadczenia naszych poprzedników, są pewne obszary, w które ze względu na poziom naszych kompetencji, nie będziemy wchodzić. Myślę że w najbliższych latach nasze nastawienie będzie się bardzo zmieniać. Interesuje mnie w gruncie rzeczy jedna rzecz - utrzymanie lub zmiana istniejącego dzisiaj systemu, będzie miała jakikolwiek wpływ na zmianę, moim zdaniem ogromnie utrudnionego dostępu do leczenia tym, którzy jeszcze nie są gotowi na abstynencję. Dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Zapraszam panią.

Wicedyrektor Ośrodka Rozwoju Edukacji Dorota Żyro:

Proszę państwa, tak jak zostało już powiedziane, zajmujemy się głównie dziećmi i młodzieżą raczej przez kontakt z poradniami psychologiczno- pedagogicznymi, specjalistami szkolnymi, wychowawcami. I rzeczywiście szkoła jest tym miejscem, gdzie przede wszystkim głównie profilaktyka uniwersalna ma miejsce, więc podejście zintegrowane. Bardziej chciałabym mówić o naszym przekonaniu, że w stosunku do dzieci i młodzieży podejście zintegrowane więc całościowe, kompleksowe, obejmujące różne zachowania ryzykowne jest najwłaściwsze. Trochę inaczej to w kategorii wiekowej 7-18 wygląda, niż wśród dorosłych. Jeżeli chodzi o same uzależnienia, ale także o zainteresowania i faktyczne ryzykowne zachowania, które mają miejsce. Bo dzieci i młodzież podejmują ryzykowne zachowania takie, jak uzależnienie od pornografii. Mam dość świeże badania na grupie gimnazjalistów, robione przez kilka lat przez instytut profilaktyki zintegrowanej. Wśród młodzieży gimnazjalnej uzależnienie od treści uzależnienie od treści pornograficznej w Internecie- klasa 2 gimnazjalna, to jest 13-14%. Wśród trzecioklasistów już znacznie więcej. Przypominam równocześnie państwu, że dostęp do Internetu dzisiaj, a 5 lat temu, to jest gigantyczna różnica. W tej chwili jest on absolutnie powszechny. Więc za chwilę ten problemami będzie dotyczył wszystkich młodych ludzi. Ten odsetek uczniów 13-14 letnich korzystających z tych treści rośnie w tej chwili bardzo znacząco. Jest on wyższy istotnie wśród grupy chłopców niż dziewcząt. W zeszłym roku była międzynarodowa konferencja w sejmie, w sali kolumnowej jeden poseł mówił, że intensywność, ciężar gatunkowy, ich szkodliwość jest wielokrotnie wyższa niż w pokoleniu poprzednim. Jest to wciąż mało obecny wątek i w debacie publicznej i profilaktyce i badaniach także. Kolejna rzecz, jeżeli chodzi o uzależnienia behawioralne to jest generalnie problem dzieci i młodzieży tj. uzależnienie od gier komputerowych, Internetu, od telefonu komórkowego, od samookaleczeń. Są to nowe zjawiska, które zaczynają się pojawiać same do treści w Internecie . Myślę nie uciekniemy w przyszłości zmienia potrzeby uzależnień jako kompletu kompleksu skłonności do zachowań.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Ja chciałabym tylko dopytać, przez pani wypowiedź można rozumieć, że system, jako całość, jako wszystkie instytucje, które działają na rzecz przeciwdziałania tego typu problemom są w chwili obecnej nieprzygotowane na tego typu zjawiska?

Wicedyrektor Ośrodka Rozwoju Edukacji Dorota Żyro:

Trudno mi powiedzieć, to jest pytanie raczej do systemu i do państwa, którzy ten system reprezentują. O ile te rzeczy, o których mówię są rozpoznane, są osoby i system przygotowany do tego aby interweniować, aby mieć pewną ofertę dla młodych ludzi. Mówimy o tym o, że powinniśmy wyprzedzać rozwój technologii i zagrożeń z tym związanych o krok, a ja mam nadzieję i my jesteśmy 5 kroków za.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję bardzo.

Instytut Psychiatrii i Neurologii Bogusław Habrat:

Ja chciałem powiedzieć, że zjawisko nałogów behawioralnych jest zjawiskiem stosunkowo nowym, które zaskoczyło nie tylko społeczeństwo polskie, ale praktycznie rzecz biorąc wszystkie społeczeństwa na całym świecie. Żaden kraj, pomimo podejmowania różnego rodzaju działań nie jest w stanie efektywnie sobie z tym zjawiskiem skutecznie radzić. Warto wiedzieć, że istnieje bardzo wiele wątpliwości dotyczących samego tego fenomenu, który nazywamy nałogami behawioralnymi, bo nie są to uzależnienia w sensie ścisłym. Nałogi behawioralne nie spełniają większości uzależnień i mimo pewnych podobieństw, one różnią się od pewnych uzależnień od substancji psychoaktywnych. Co prawda w naszym prawie weszło już to słowo ten termin uzależnień behawioralnych, ale uważam, że ten termin błędny, szkodliwy i wprowadzający nas w błąd. Zjawisko tych tak zwanych nałogów behawioralnych jest zjawiskiem, które dotychczas

nie zostało skonceptualizowane przez świat naukowy. Dopiero ten świat temu się przygląda, widzi, że bardzo temu się modeli tłumaczy w różny sposób to, co nazywamy nałogami behawioralnymi. Są to koncepcje, które się wzajemnie nie wykluczają się, one się raczej wzajemnie uzupełniają i prawdopodobnie w najbliższych latach wykrystalizuje się nasz pogląd na kilka bardzo zasadniczych spraw. Np. nie jest do końca czy to co nazywamy nałogami behawioralnymi oprócz wad uzależnienia od hazardu jest jednostką chorobową. My bardzo często to zjawisko nazywamy zjawiskiem chorobowym. Nie jest to tak do końca jasne. Z drugiej strony, jeżeli to zjawisko ma charakter tzw. continuum nie wiemy, gdzie postawić punkt odcięcia-gdzie jest jeszcze zdrowie a gdzie już choroba. Istnieje bardzo niebezpieczne zjawisko, któremu nasze społeczeństwo jest obce ale, które do nas przyszło z zachodu zawłaszczania pewnych zjawisk przez określone grupy zawodowe. To znaczy, że na siłę nadaje się temu charakter, że jest to zjawisko chorobowe, a tymczasem większość tzw. nałogów behawioralnych nie znajduje miejsca w klasyfikacjach chorób i zaburzeń. Z drugiej strony istnieje zawłaszczenie pewnego modelu. I to zawłaszczenie odbywa się m.in. poprzez nazywanie tych zjawisk co do których nie mamy pewności czym one są, nazywanie tego uzależnieniami. I to jest bardzo duże niebezpieczeństwo. Ja mam przyjemność brać udział w konferencjach organizowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, w konferencjach narodowych i mając pewnego rodzaju wpływ na kształtowanie. Udało nam się zaprosić najlepszych ekspertów. Każda z tych osób mówiła, że jest to zjawisko nieskonceptualizowane. Bardzo mało o nich wiemy. Czy są to uzależnienia? Tez odpowiedzi na to pytanie nie ma. Czy są to nałogi? - Tego też za bardzo nie wiemy. Tutaj pojawiają się inne kwestie. Nasz aparat pojęciowy jest niedostateczny w posługiwaniu się wyłącznie kategoriami medycznymi, czy psychologicznymi jest niewystarczający. To, że pojawiają się tego typu zachowania, które nazywamy nałogami behawioralnymi. Zwraca się uwagę na zwiększający się materializm, na zwiększający się hedonizm naszego społeczeństwa, czego prawdopodobnie nie jesteśmy w stanie zahamować. Możemy się tylko jakoś do tego przystosować, jakoś na te zjawiska reagować. Stąd moja prośba, aby używać stwierdzenia „nałogi behawioralne”. Są to zjawiska, które są bardzo niepokojące, a jednocześnie biorąc pod uwagę ich szkodliwość, wydają się, że ona jest, natomiast jest zupełnie nieporównywalna do tego, co wyrządzają substancje psychoaktywne.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan Marek Grondas.

Pełnomocnik zarządu głównego Stowarzyszenia MONAR Marek Grondas:

Chciałbym się odnieść do tego, co pan powiedział w jednej tej kwestii, ja bym jednak oddzielał kwestię konceptualizacji i tworzenia pewnych teorii na ten temat od praktyki rozwiązywania problemów ludzkich i społecznych. Proszę państwa, pojawiła się dla wielu ludzi, którzy wcześniej nie mogli sobie poradzić i kompulsywnie grali w różne gry, albo nie mogli sobie poradzić z kompulsywnymi zakupami, albo nie mogli sobie poradzić z dziećmi, które uciekały od problemów życia rodzinnego, czy innych problemów. Otworzyła się nadzieja na to, że dzięki tej być może wadliwej, czy ułomnej konceptualizacji oni mogą uzyskać pomoc. Wcześniej tego nie było. Nie ma u nas takiej tradycji, jak w rozwiniętych krajach zachodu. Jeśli człowiek czuje jakiś problem to idzie wtedy do psychoterapeuty i jeszcze ma pieniądze, żeby sobie taką terapię opłacić. Tutaj się otworzył pewien obszar nowych usług społecznych, które rzeczywiście dla bardzo wielu osób okazują się niezwykle ważne. Nie mogę się też zgodzić z tezą, że uzależnienia behawioralne z definicji są mniej szkodliwe. Naprawdę proszę mi wierzyć, że widziałem osoby, które dotknął problem uzależnienia od hazardu czy uzależnienia od zakupów, które znajdowały się naprawdę w fatalnej sytuacji psychicznej, ponieważ przez wiele lat nie miały gdzie uzyskać pomocy. Chcę jeszcze powiedzieć, że nie to jest ważne, czy będzie jedno centrum, czy będą dwa centra. Jest ważne to jak głos tych centrów, głos środowisk, które one reprezentują, znajduje posłuch w różnych organach, które są odpowiedzialne za część narkotykową. Jeśli jest tak, proszę państwa, że od pewnego czasu jest tak w dokumentach agencji technologii medycznej i Ministerstwa Zdrowia, czy Narodowego Funduszu Zdrowia pojawiają się propozycje, żeby tak naprawdę stawka była na poziomie 70 PLN. Podczas gdy stawka za godzinę psychoterapii ambulatoryjne 120 PLN. Za chwile pojawi się taka sytuacja, że wszystkie ośrodki terapii długoterminowej i te, które pracują z osobami najciężej uzależnionymi się najtrudniej pracuje, zostaną zlikwidowane. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Stowarzyszenie Monar przeciwdziała temu. Reagują na każdą propozycję prowadzenia tego

rodzaju zmian. Równocześnie dodam, że nie ma na to żadnej odpowiedzi i widzimy wyraźnie, że to nam grozi. To moim zdaniem to nie ma znaczenia, czy to będzie jedna instytucja, czy dwie, ale to jak i na ile poważnie te instytucje się traktuje.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Bardzo dziękuję. Proszę pana o zabranie głosu.

Członek zarządu Fundacji Praesterno Tomasz Kowalewicz

Reprezentuje fundację Praesterno, tj. organizację pozarządową, która w ośmiu miastach w Polsce prowadzi ośrodki profilaktyki środowiskowej. W odpowiedzi na to, czy opieka antyalkoholowa i antynarkotykowa powinna być rozdzielona czy wspólna?- jeszcze kilka lat temu podejrzewałbym, że powinna być wspólna. Żyjemy z konkursów organizowanych władze samorządowe i jeszcze kilka lat temu nie byliśmy dopuszczani do konkursów finansowanych z funduszy antyalkoholowych. Działaliśmy wyłącznie z pieniędzy przeznaczonych na działania antynarkotykowe i to muszę powiedzieć się zmieniło. W coraz większym stopniu mamy możliwość korzystania z obu tych koszyków i przestało być tak, że na poziomie lokalnym gdzie my działamy tj. różnica finansowana na poziomie profilaktyki. Bo jeśli chodzi o profilaktykę to zajmujemy się nie leczeniem a przeciwdziałaniem zwalczającym problemy. Generalnie problemy naszych podopiecznych nazywamy zachowaniami ryzykownymi. Tutaj bym się zgodził z panem Habratem, że przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym, bo takimi ludźmi zagrożonymi też, ale zajmujemy się młodzieżą głównie, która ryzykownie korzysta z komputera. Nie nazywamy ich osobami uzależnionymi od komputera, czy od internetu, ale zachowującymi się ryzykownie pamiętając o tym, że istnieje spora korelacja o tym, różnymi zachowaniami ryzykownymi. Ludzie, którzy ryzykownie zachowują się w jednym obszarze jest niebezpieczeństwo. Natomiast odpowiadając na pytanie, czy naszym czy moim zdaniem powinny być dwa oddzielne centra to wydaje mi się, że centra są oddzielne. Umożliwia to różnorodność działań tak jak było powiedziane. Bałbym się tego, że przy złożeniu tych dwóch obszarów w jeden na tym poziomie podstawowym system monolityczny byłby mniej zróżnicowany. Wydaje mi się, że większe zróżnicowanie bardziej odpowiada specyfice klientów, którymi się zajmujemy.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Bardzo dziękuję. Proszę pana o zabranie głosu.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dariusz Poznański:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, w zasadniczym nurcie naszego spotkania chciałbym się wypowiedzieć. Ta dyskusja nie jest dla nas nowa. W ciągu ostatnich czterech- pięciu lat tak naprawdę były w resorcie poważne dyskusje na temat wad, zalet, szans ryzyka itd. I tutaj tak jak było to przedstawiane na początku spotkania przez Biuro i przez Agencję, widzimy więcej problemów i ewentualnych zagrożeń z łączenia tych instytucji. Z Krajowym Biurem, z Agencją mamy bardzo bliską współpracę, więc myślę, że w zasadzie nie ma praktycznie dnia, żebyśmy nie korespondowali ze sobą, wymieniali stanowisk. Ta współpraca jest bardzo dobra. Oczywiście również z Głównym Inspektoratem Sanitarnym. Mamy duże przekonanie, że między Ministerstwem, jak tymi instytucjami nie obserwowaliśmy nigdy żadnych konfliktów i problemów we współpracy, nakładania się kompetencji. Dodam jeszcze, że obserwowaliśmy różnice, jeśli chodzi o range prawną tych narodowych programów, które były realizowane. Dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Bardzo dziękuję. Proszę pana o zabranie głosu.

Asystent posła Janusza Sanockiego Czesław Przystawa:

Jestem niezawodową rodziną zastępczą. Jak pan powiedział, że system trzeba udoskonalić, chciałbym powiedzieć, że ja jestem bardzo zdeterminowany w poszukiwaniu pomocy. Dzieci, które mam przeszły już wszystko, w czym państwo im tutaj pomaga (system sadownictwa,

kuratorów sądowych). Nadal to jest wszystko niewystarczające, nadal to nie działa, ja potrzebuje ogromną ilość czasu, żeby sięgnąć po tą pomoc, o której wiem, że jest. Dobić się do tej pomocy to jest bardzo trudno. Razem, czy osobno? Ja również nie wiem, także zawieszam to pytanie. Natomiast jasno powiem ta grupa, która potrzebuje tej pomocy, ciągle tej pomocy nie ma i to chciałem zostawić tutaj, do państwa.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Bardzo dziękuję. Proszę panią o zabranie głosu.

Kierownik WOTUW Lublin Iwona Mialik:

Ja chciałam w kwestii tego, czy razem czy osobno? Proszę państwa, ważne jest jak my się odnajdujemy w sytuacji zastanej. Prawda jest taka, że tam na dole, gdzie my pracujemy u nas już nie ma kwestii razem, czy osobno, raczej jest kwestia lawirowania, gdzie my pacjentów zapisujemy i gdzie im zakładamy historię choroby. Prawda jest taka, że pacjent przyjdzie tam, gdzie znajdzie pomoc. Jeżeli w powiecie jest tylko jedna placówka to on do niej pójdzie. W czasach, kiedy ja zaczynałam swoją działalność na niwie uzależnień to było w ubiegłym stuleciu, mieliśmy pacjentów uzależnionych od alkoholu i od narkotyków. Obecnie ci pacjenci albo umierają albo przechodzą na emeryturę. Nasi obecni pacjenci namiętnie zażywają wszystko: narkotyki, dopalacze popijając alkoholem i tak wygląda ich życie. Kierowany przeze mnie ośrodek jest to Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w związku z czym „dokleiono” mi w strukturach szpitala ale jest to w części mojego ośrodka również poradnia dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Wygląda to tak, że niejednokrotnie w jednym ośrodku pacjent ma dwie historie choroby. Kierowany jest przez lekarza psychiatrę z problemami uzależnienia od narkotyków, więc jakiś czas korzysta z tej akurat działki, potem po jakimś czasie znika, pojawia się, prosto z oddziału detoksykacyjnego dla osób uzależnionych od alkoholu o powikłanym zespole abstynencyjnym, trafia wtedy do poradni uzależnienia od alkoholu. W tym momencie, tylko, że w sąsiedniej szafie nasz pacjent ma drugą historię choroby. Razem czy osobno? NFZ raz płaci za niego z działki narkomańskiej, raz z działki alkoholowej. Taka jest rzeczywistość, myślę nie tylko w naszym ośrodku.

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

U nas są poradnie uzależnień i nie ma opcji, jeżeli się utrzymuje szeroką grupę pacjentów to chyba jest jedyne rozwiązanie, które pozwala uniknąć tego typu problemów..

Kierownik WOTUW Lublin Iwona Mialik:

Nie do końca.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Bardzo dziękuję. Zapraszam panią, a następnie pana dyrektora Brzózkę.

Stowarzyszenie Służb Grup Rodzinnych Al Anon Bożena Gumińska:

Al Anon jest to jakby druga strona AA czyli reprezentuje rodziny osób uzależnionych od alkoholu. Przede wszystkim to cieszę się, że mogę uczestniczyć w tej dyskusji i być na tych obradach i tak zadaję sobie pytanie- czy razem, czy osobno? Na bazie moich doświadczeń z bratnią wspólnotą wiem, że powinno to być osobno, więc powinno to być zupełnie osobnym działem. Równocześnie, to, co dzisiaj wiele mi uświadomiło. To w naszych rodzinach są te wszystkie dzieci, które są uzależnione i od komputera i od substancji i od narkotyków. Mnie np.. na to pytanie byłoby bardzo trudno odpowiedzieć, bo gdy w mojej rodzinie znalazłby się syn uzależniony od narkotyków, od hazardu i córka od innych substancji toteż chciałabym mieć taką jasność, gdzie ja mogę iść. Tzn. ja dzisiaj mniej więcej wiem. Ale też mam świadomość, że osoby, które trafiają do poradni mogą też trafić na grupę wsparcia. I to się tyczy uzależnionych od alkoholu, współuzależnionych czyli takich jak ja i naszych dzieci. Więc wydaje mi się, że grupy wsparcia, które są powinny istnieć ale powinno też być o nich wiadomo. Dziękuję bardzo.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję bardzo. Pan dyrektor Krzysztof Brzózka a następnie pan Lech Grodzki.

Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Krzysztof Brzózka:

Ja chciałbym odpowiedzieć na to pytanie, które zawiesił pan Janusz Rosiński. Otóż rzeczywiście myślę, że na wspólnej konferencji w Poznaniu, na której była ostra dyskusja na temat ograniczenia picia. Solidna awantura pomiędzy środowiskiem abstynenckim a środowiskiem psychoterapeutów, czyli ta chęć z naszej strony wprowadzenia programu ograniczonego picia. Oczywiście jest, że to jest dla tej grupy, o którą pan pyta, czyli dla grupy osób, które nie są nie mogą zostać poza systemem leczenia, bo tam są najlepiej przygotowane osoby, ale ta zmiana nie jest łatwa. Właśnie na takie zaszczości kulturowe, ale ta zmiana jest konieczna- i to jest oczywiste. W związku z tym, chce pana uspokoić, że po tej fali bardzo trudnych rozmów we współpracy z naukowcami polskimi na bazie doświadczeń innych państw wdrazamy, rozpowszechniamy procedurę ograniczonego picia dla środowisk AA i klubów i stowarzyszeń abstynenckich. Stowarzyszenia Abstynenckie uznają tylko tych co nie piją, bo to jest bohater a ten co pije ma swoje kłopoty, inaczej niż u państwa. Wy wspieracie tych i jeszcze na te abstynencje nie są gotowi ale jest w ogóle w tym pluralizmie to jest ogromny sukces, dlatego, że po pierwsze nikt nie pozostanie bez wsparcia a po drugie co by nie powiedzieć ci którzy podejmują terapie, którzy wchodzą w program ograniczonego picia doświadczenia głównie amerykańskie agenda niemieckie, szwajcarskie, agenda w stanach taka jak nasza dysponuje budżetem miliarda dolarów tj. pewna różnica nie są gotowi na abstynencję kiedy dostają tu wsparcie, kiedy poddani są psychoterapii, kiedy te nawroty są później się zdarza dostaną później wsparcie w większej części abstynentami ja będę abstynentem. To pokazują wyniki badań, w związku z tym mimo tych oporów przekonany jestem. To jest w trakcie jestem w procesie. Chce pana bardzo mocno uspokoić.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Panie Dyrektorze kiedy możemy spodziewać się zakończenia prac?

Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Krzysztof Brzózka:

Prace zostały zakończone, program został zgłoszony.

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

Przestaliśmy uprawiać monopol my nie tworzymy programu, my tworzymy zalecenia do programu. Nasi specjaliści są na tyle przygotowani, że mając określone programy czy założenia programowe są w stanie tak naprawdę wypełnić to treścią merytoryczną ale to oni muszą się przekonać do tego, że paradygmat abstynencji najlepszego celu leczenia. Nie może być jedyna oferta leczenia, ponieważ się odrzuca z systemu bardzo dużo ludzi abstynencji, bo im źle w życiu i chcą pomocy. Zaopiekowanie rodzi 25% grupę i chcą pomocy, pójdą sami do tej abstynencji, już w trakcie trwania programu ograniczonego picia. My ich musimy przekonać oni muszą nabrać pewności, że w programach ograniczania picia nie szkodzą im tylko pomagają. Jest to proces, później muszą te programy wdrożyć, muszą się tego nauczyć. To jest proces to się nie zadzieje z dnia na dzień, po prostu.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Bardzo proszę.

Dyrektor WOTUW Toruń Lech Grodzki:

Bardzo dziękuję. Witam Państwa. Ja prowadzę ośrodek uzależnień od 2000 roku w Toruniu i chciałem powiedzieć, że od początku nie wyobrażałem sobie ażeby był to ośrodek od jednego rodzaju uzależnień. Od początku myślałem o ośrodku a jest to ośrodek, miał mieć wiodącą rolę, miał być również ośrodkiem zajmującym się innymi uzależnieniami. W tej chwili mam 3 oddziały, dla dzieci, dla dzieci uzależnionych od narkotyków dla dzieci od 14-tego roku życia ale i mniejsze dzieci się zdarzają. Jest to ośrodek dla uzależnionych od narkotyków, dla

dorosłych, dla tych ciężko uzależnionych program dłuższy do 8 miesięcy i dla tych lżej, program krótki i skoncentrowany na rozwiązaniach, z którym to jako pierwsi w kraju weszliśmy w ten system oddziaływania na chorych. Uważam, że to system bardzo wskazany dla dzieci dla młodzieży, dla osób uzależnionych w stopniu lekkim. Również dwa oddziały alkoholowe dzienny i całodobowy i dwie poradnie. Tutaj chciałbym powiedzieć, że od 6 lat, zresztą mieliśmy kiedyś takie spotkanie w Toruniu zorganizowana przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, wprowadziliśmy terapie również ograniczenia szkód dla osób uzależnionych od alkoholu i prowadzimy te terapie i dysponujemy również informacjami o skuteczności, o tym jak pacjenci podchodzą do tej terapii i jakie podejmują decyzje w wyniku tych terapii, bo ta terapia proszę państwa wcale nie przekreśla sześćdziesięciu doświadczeń. Z doświadczenia wiemy, że ta terapia przechodzi na postanowienia o całkowitej abstynencji i tutaj widzimy bardzo korzystne działanie i jest to bardzo dobra propozycja i tak jak powiedziałem od 6 lat leczymy w ten sposób. Od 10 lat prowadzimy jedną, okresowo dwie grupy osób uzależnionych od hazardu. Są to grupy kilkunastoosobowe i zajmujemy się grupą osób uzależnionych od hazardu, mamy grupę uzależnionych od seksu i mamy kilka grup anonimowych alkoholików AA i anonimowych narkomanów, na swoim terenie i nie zachodzi żaden konflikt między jednymi a również tymi, którzy zdecydowali również się na leczenie ograniczenie szkód ale również trzeba rozmawiać, trzeba im tłumaczyć, dlaczego dzisiaj terapia jest inna niż była 15 lat temu, 20 lat temu i 30 lat temu. Kiedyś mieliśmy inne standardy w terapii i nie możemy trwać w tej terapii bez przerwy i rozpoznawać, i uważać że to co kiedyś stworzyliśmy i rozpoznawać na nowo formy terapeutycznej. Chciałbym powiedzieć, że współpracuję z PARPA i Krajowym Biurem Przeciwdziałania Narkomanii i tak mnie trochę zdziwiło. Pan dyrektor Piotr Jabłoński, kiedy powiedział, że o WOTUW nie wie za wiele- od kiedy pamiętam to pracuję z panem dyrektorem Piotrem Jabłońskim realizujemy doskonale programy. Natomiast ja mam pewne zastrzeżenia, co do tego co jakich co do tego co powiedział pan dr Habrat, że można być zadowolonym z tego systemu, ja nie jestem zadowolony z tego systemu, ja jestem lekarzem, jak można być zadowolonym z tego systemu, jeżeli, no nie wiem różnie się mówi jedna ósma pacjentów zainteresowanych tym, żeby ich objąć leczeniem to ja nie mogę być jako lekarz zainteresowany takimi rozwiązaniami. Proszę państwa do systemu trafiają ludzie raczej średnio uzależnieni raczej ciężko uzależnieni w najlepszym wypadku, raczej średnio uzależnieni. Ja się pytam i współczuje rodzicom, których dzieci mają wstępne problemy alkoholowe, czy narkotykowe, które eksperymentują, które pija szkodliwie, które są bardzo w bardzo małym stopniu uzależnione, a które są których młodzi rodzice dopiero są w takiej fazie, gdzie oni mają trafić, bo oni do nas niestety nie przychodzą proszę państwa i tak udało nam się zakontraktować program krótkoterminowy dla osób uzależnionych od narkotyków, na które trafiają studenci uzależnieni, właśnie młodzi biznesmeni nigdy w życiu nie zdecydują się na terapię półroczną czy roczną. U nas mają terapie ośmiotygodniowa ja mogę elastycznie przesunąć te granice ale również ja mogę do działu przesunąć, kiedy rozpoznam, że ta osoba więcej potrzebuje. Natomiast otwarcie się systemu tylko na te osoby jest jakoś no niestety ale i pomyłką. Co tacy rodzice mają zrobić, oni w pierwszej kolejności pójdą do szkoły i będą prosić do szkoły. Ale oni nie pójdą do szkoły proszę państwa, bo oni będą się bali, że oni idą w miejsce, gdzie będą oskarżycielami a nie osobami proszącymi o pomoc, że dzieci będą w ten sposób napiętnowane a nie będzie im udzielona pomoc i mogą pójść do lekarza 1-ego kontaktu, ale u lekarza 1-ego kontaktu również nie znajdą pomocy. A tam powinni otrzymać tę pomoc. Czy oni pójdą do Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych z dzieckiem, które 3 razy przyszło pod wpływem alkoholu, upite? I co? I będą stygmatyzować to dziecko? -Nigdy tam nie pójdą proszę państwa. Więc coś jest nie tak i nie takie wydaje mi się, że powinniśmy nasze oddziaływania rozszerzyć i poszerzyć. Proszę państwa, jeżeli nie znajdziemy sobie sojusznika wśród pracowników medycznych mam tu jeszcze na myśli leczenia skojarzone z psychoterapią, z lekami, bo to się stosuje na całym świecie i nie wiem dlaczego u nas jest taka niechęć do tego rodzaju leczenia w wielu ośrodkach zresztą przejawiano. Znam ośrodki, w których przyjmują terapie ludzi, którzy są tak zwani zaszyeci, którzy mają implant czyli esperal, czyli lek, który został stworzony w zamierzonej przeszłości i twórcy, od razu powiedzieli, że jest to tylko i wyłącznie lek do stosowania łącznie z psychoterapią A dzisiaj? A więc właśnie. Jakie jest kształcenie naszych terapeutów, skoro oni mają takie poglądy, my powinniśmy jednak bardziej uważać na to, żeby kształcić w sposób nowoczesny otwierać się również na te metody, które są już na świecie uznane np. my prowadzimy również szkolenia skoncentrowane na szkoleniach powiązanych ze światową organizacją, ze światowym stowarzyszeniem europejskim. Ja sobie nie wyobrażam sytuacji, że ktoś mówi, jeśli został wykryty niewielki guzek- poczekaj, aż on urośnie i będzie widoczny, my wówczas amputujemy tobie pierś. Tak się dzieje w tej chwili. Nie mamy co zrobić z tymi jeszcze nieuzależnionymi, albo

tuż przed uzależnieniem. Tym ludziom koniecznie musimy pomóc. Bardzo dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Dziękuję. Bardzo proszę.

Dyrektor WOTUW w Gdańsku Jacek Sękiewicz:

Dziękuję za zaproszenie. Chciałbym wyrazić swoją opinię w sprawie kwestii, w której się tutaj dzisiaj spotkaliśmy, mianowicie tego czy mamy łączyć te dwie instytucje, czy też nie. Ja proszę państwa mam doświadczenie bardzo długie dotyczące współpracy z tymi instytucjami. Na początku powiem, że jestem absolutnie zdecydowanym przeciwnikiem łączenia tych instytucji, ponieważ to są instytucje, które z założenia zajmują się właściwie podobnymi, ale też innymi uzależnieniami. Moje doświadczenia zawodowe, doświadczenia jako szefa WOTUW pokazują też, że współpraca z tymi instytucjami jest współpracą modelową. To też jak pracuje Gdański WOTUW, mogę powiedzieć, że pracuje raczej w centrum leczenia uzależnień, czyli my integrujemy wszystkie działania. Posiadamy w naszej strukturze oddziały całodobowe, poradnie oddziały dzienne też prowadzimy program leczenia substytucyjnego tj. właściwie tylko jeden taki model w Polsce, który integruje takie podejście. Powiem, że to co powiedziałem wcześniej, że na wielu poziomach Gdański WOTUW pracuje i myślę, że łączenie tych dwóch instytucji byłoby dużą szkoda dla nich, ponieważ, one są wyspecjalizowane w swoich działaniach. Powiem też, mówiliśmy tu też dzisiaj o tym, że istnieją takie funkcje jak ekspert regionalny, który ma się zajmować działaniem integracji wszystkich działań w obszarze epidemiologii, czy tworzenia strategii dotyczących uzależnień alkoholowych, czy narkotykowych. Myślę, że takie doświadczenia bardzo są cenne ponieważ one też jakby pokazują w jaką stronę powinny pójść działania, ale to są działania, które nie będą się dokonywały na poziomie współpracy z tymi instytucjami. Chciałbym tutaj bardzo mocno podkreślić fakt, że to są też działania, które będą się koncentrowały też wokół też samorządami lokalnymi, też samorządami wojewódzkimi i myślę, że jeśli takiej współpracy nie będzie to będzie praca i energia, którą w to wkładają ludzie będzie rozproszona, nie przyniesie oczekiwanych efektów. Dużo też mówiliśmy jak ma wyglądać system szkolenia, myślę, że tutaj nie ma konfliktów, ponieważ to co tutaj robimy, specjalistów, których przygotowujemy do przyszłej pracy, tak naprawdę w każdym województwie istnieją ośrodki, istnieją takie modele, które pozwalają na kształcenie takich osób. Dzisiaj stawiana była kwestia, czy specjaliści przygotowani w jednym, czy w drugim systemie, oni będą skutecznie, będą dobrze wykonywali swoją pracę. Myślę, że wspólne elementy, które są uwidocznione w tym systemie, o których mówiła też pani Jagoda Fudała, one są tak rzeczywiście tak wyglądają. Dbamy o to, żeby ludzie, którzy są w takich procesach, żeby oni też mieli doświadczenie w tych obydwu systemach. Myślę też, że taki model, o którym mówił też pan dyrektor Piotr Jabłoński, i który był jakby doświadczany już w latach 50-tych czy 60-tych, on tak naprawdę przyniósł więcej szkody niż dobrego, myślę, że tak jakby powracanie do tego modelu byłoby powtórką z historii i tego byśmy raczej nie chcieli. To co ja bym widział, to myślę, że taki model, czy system współpracy, który się dokonuje pomiędzy tj. system pracy pomiędzy państwową Agencją a samorządem nie mówię, że w samorządzie wojewódzkim albo lokalnym, ale samorządzie, który integruje są w obszarze i profilaktyki i leczenia uzależnienia współpracy też pomagania innym podmiotom lecznictwa odwykowego i już myślę, że to nie jest ważne czy to będzie podmiot z obszaru leczenia alkoholizmu, czy leczenia uzależnienia od narkotyków. To co jesteśmy w stanie wypracować, co jesteśmy w stanie zrobić na poziomie województwa jest na tyle skuteczne i na tyle posiadamy też tak duże zasoby, że takie łączenie byłoby dzisiaj z dużą szkodą dla tych obu instytucji. Dziękuję bardzo.

Asystent przewodniczącej Zespołu Piotr Szypiorowski:

Bardzo dziękuję za wyrażone stanowisko. Niestety nasz czas przeznaczony na dzisiejsze posiedzenie dobiegł końca. Chciałbym przeprosić za to, że obiecane materiały z poprzednich posiedzeń nie pojawiły się jeszcze na sejmowej stronie zespołu, to w ciągu najbliższych dni się zmieni, także a stronie sejmu w zakładce, gdzie jest Parlamentarny Zespół do spraw Rozwiązywania Uzależnień poza zapisem video ze wszystkich posiedzeń będą dostępne także pełne zapisy posiedzeń łącznie ze sprawozdaniem, wnioskami a także kierunkami działań. Niezależnie od strony sejmowej materiały pojawiają się na stronie pani przewodniczącej www.zwiercan.pl, Staramy się je wysyłać do uczestników spotkań. Ja bardzo dziękuję. Oddaję głos pani przewodniczącej.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Chciałam podziękować wszystkim uczestnikom spotkania. Mamy wiele informacji i będziemy dalej pracować i rozwiązywać te nasze wspólne problemy. Jestem już umówiona z ministrem Pinkasem na jutro w Ministerstwie. Tam też będę poruszała tematy, które są ważne dla nas i tutaj takim tematem bardzo ważnym "Czy leczenia uzależnień oddzielić od psychiatrii?" Myślę, że to jest temat też, który warto poruszyć. Jeżeli państwo mają jakiegokolwiek sugestie, jakiegokolwiek pytania do nas zespołu prowadzących, bardzo proszę przesyłać mailowo, będziemy starali również brać je pod uwagę do kolejnych prac naszego zespołu. Jeżeli kogoś nie wymieniłam na początku, bardzo przepraszam, jeżeli kogoś nie przywitałam indywidualnie, bardzo przepraszam. Jeszcze raz wszystkim ślicznie bardzo dziękuję. Dziękuję bardzo.