

*Parlamentarny  
Zespół ds.  
Rozwiązywania  
Problemów  
Uzależnień*



**VIII kadencja**

**PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

**▪ PARLAMENTARNEGO ZESPOŁU  
DS. ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ  
z dnia 15 grudnia 2016 r.**

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

## Parlamentarnego Zespołu

### ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień

15 grudnia 2016 r.

Parlamentarny Zespół ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień pod przewodnictwem poseł **Małgorzaty Zwiercan** (WiS) przewodniczącej Zespołu, zrealizował następujący porządek posiedzenia:

- 1. Dostępność pomocy dzieciom wychowującym się w rodzinach z problemem uzależnienia – uzupełnienie**
- 2. Nowe substancje psychoaktywne i uzależnienia behawioralne – polityka krajowa i lokalna**
- 3. Leczenie substytucyjne – ograniczenia i potrzeby**

**W posiedzeniu udział wzięli:** poseł **Małgorzata Zwiercan** (WiS) – przewodnicząca zespołu, marszałek senior **Kornel Morawiecki** (WiS), poseł **Krystyna Wróblewska** (PiS) - wiceprzewodnicząca zespołu, poseł **Szymon Szynkowski vel Sęk** (PiS) oraz zaproszeni goście: **Anna Kuszczuk** - główny specjalista Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, **Dagmara Lebiecka** – specjalista w Departamencie Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia, **Marta Gramala** – specjalista w Wydziale ds. Narodowego Programu Zdrowia, **Marek Woch** – pełnomocnik prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do Spraw Kontaktów z Organizacjami Pozarządowymi i Organami Władzy Publicznej, **Tomasz Białas** - dyrektor Departamentu Nadzoru nad Środkami Zastępczymi Głównego Inspektoratu Sanitarnego, **Krzysztof Brzózka** – dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, **Piotr Jabłoński** – dyrektor Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, **Katarzyna Łukowska** – zastępca dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, **Bogusława Bukowska** - zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, **Jadwiga Fudala** – kierownik Działu Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych PARPA, **Jolanta Terlikowska** - przedstawicielka Państwowej Agencji Przeciwdziałania Problemów Alkoholowych, **Grzegorz Tomczyk** - specjalista Krajowego Biura Przeciwdziałania Narkomanii, **Agnieszka Litwa-Janowska** - Przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień, **Agnieszka Duda** - Wiceprezes Krakowskiego Stowarzyszenia Terapeutów Uzależnień, **Jacek Kasprzak** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Czarnym Borze, **Bernarda Kejres** – kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Pruszkowie, **Henryk Kędziński** – dyrektor Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stanominie, **Iwona Mialik** – kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Lublinie, **Dariusz Zwierzchowski** – przedstawiciel Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Kielcach, **Andrzej Rosiński** – Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików, **Jacek Charmast** – prezes stowarzyszenia Jump 93, **Beata Ptaszyńska-Jedynak** - przedstawicielka Związku Pracodawców Przemysłu Piwowarskiego „Browary Polskie”, **Kamil Mirowski** - przedstawiciel Związku Pracodawców Przemysłu Piwowarskiego „Browary Polskie”, **Leszek**

**Wiwala** – prezes zarządu Związku Pracodawców Polski Przemysł Spirytusowy, **Janusz Zimak** – prezes Fundacji Na Rzecz Zapobiegania Narkomanii MARATON, **Tomasz Kowalewicz** – członek zarządu Fundacji PRAESTERNO, **Wojciech Trybocki** – asystent posła Kornelii Wróblewskiej.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dzień dobry Państwu. Otwieram XIII posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień. Witam pana Dariusza Poznańskiego, zastępcę dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego, panią Martę Gramałę z Departamentu Zdrowia Publicznego, Dagmarę Lebiecką z Departamentu Zdrowia Publicznego, pana Marka Wocha, pełnomocnika Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. Kontaktów z Organizacjami Pozarządowymi, panią Jadwigę Fudałę, kierownik działu leczenia odwykowego z PARP-y, panią Jolantę Terlikowską z PARP-y, panią Bogusławę Bukowską z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, dyrektora PARP-y, pana Grzegorza Tomczyka, panią Katarzynę Żylińską, panią Annę Kuszczuk, głównego specjalistę Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z Departamentu Polityki Rodziny, witam przewodniczącą Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień panią Agnieszkę Litwę-Janowską i wiceprezes Krakowskiego Stowarzyszenia Terapeutów Uzależnień panią Agnieszkę Dudę. Witam również przedstawicieli i dyrektorów WOTÓW-ów, dyrektora Stowarzyszenia JUMP '93 pana Jacka Chramasta oraz naszych pozostałych gości. Porządek naszego dzisiejszego posiedzenia obejmują trzy punkty: Dostępność pomocy dzieciom wychowującym się w rodzinach z problemem uzależnienia. Kończymy ten punkt z naszego poprzedniego posiedzenia Zespołu. Punkt drugi: Nowe substancje psychoaktywne i uzależnienia behawioralne – polityka krajowa i lokalna. I punkt trzeci: leczenie substytucyjne – ograniczenia i potrzeby. Poproszę przedstawicieli Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych o przedstawienie informacji związanych z pierwszym punktem naszego posiedzenia: Dostępność pomocy dzieciom wychowującym się w rodzinach z problemem uzależnienia. Bardzo proszę.

**Przedstawicielka Państwowej Agencji Przeciwdziałania Problemów Alkoholowych Jolanta Terlikowska:**

Jeżeli chodzi o informacje dotyczące dostępności pomocy psychologicznej i opiekuńczo-wychowawczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, chciałabym zacząć od informacji dotyczącej oceny wielkości populacji tych dzieci. Do tej pory, od kiedy sprawozdajemy zadania realizowane w ramach ustawy o wychowaniu w trzeźwości, opieraliśmy się na szacunkach. To były dane szacowane i mówiliśmy wtedy o grupie około miliona dwustu tysięcy dzieci. Czasami padała też liczba milion pięćset tysięcy. Natomiast w tej chwili możemy odwołać się do wyniku badań Epidemiologiczne Zaburzenia Psychiatryczne i Dostęp do Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej. Wynika z nich, że mamy w Polsce populację około dziewięciuset czterdziestu trzech tysięcy dzieci i młodzieży do 18. roku życia, które wychowują się w rodzinach z problemem związanym z uzależnieniem. Jest to około 13% tej populacji wiekowej, więc mówimy o bardzo dużej grupie. Jeżeli chodzi o obszar pomocy, to przede wszystkim różne miejsca pomocy dla dzieci realizowane są na poziomie samorządów lokalnych. To one organizują miejsca pomocy zwane potocznie świetlicami opiekuńczo-wychowawczymi czy świetlicami socjoterapeutycznymi w przypadku gmin wiejskich, świetlicami wiejskimi, świetlicami profilaktycznymi. Nie mamy tutaj uporządkowanego nazewnictwa, w związku z tym możemy spotkać się z bardzo różnymi nazwami form pomocy i opieki dla tych dzieci. Co roku zbieramy z samorządów lokalnych dane dotyczące wydatkowania środków związanych z realizacją zadań wynikających z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Są to tzw. ankiety PARPA G1 i wynika z nich, że w 2015 roku istniało 1155 miejsc realizujących specjalistyczny program socjoterapeutyczny, czyli popularnych świetlic socjoterapeutycznych. Są to świetlice, które realizują coś więcej niż program opiekuńczo-wychowawczy. Jest to bezpieczne miejsce, do którego dzieci mogą przyjść, odrobić lekcje. Realizowane są tam różne zajęcia rozwojowe, często pojawia się tam jakiś posiłek, coś na zasadzie podwieczorku. Dzieci przebywają tam średnio około czterech godzin. Przychodzą tam po szkole. Jeżeli patrzylibyśmy z perspektywy liczby gmin, które organizują takie miejsca, wydaje się, że 1155 placówek to sporo. To są tylko placówki specjalistyczne. Ale takie miejsca są w niespełna czterystu gminach. Pokazuje nam to znaczący deficyt i jest to pierwszy deficyt dotyczący dostępności. Znacznie więcej jest placówek realizujących program opiekuńczo-wychowawczy, gdzie nie ma pracy socjoterapeutycznej, pomocy psychoterapeutycznej realizowanej w sposób usystematyzowany poprzez zaplanowane pod kątem diagnozy konkretnych dzieci programy pomocy psychologicznej. Tych placówek opiekuńczo-wychowawczych jest

znacznie więcej – taką formę pomocy ma zorganizowaną ponad tysiąc gmin. Tą pomocą objętych jest 142 500 dzieci w 4500 placówek. Jeżeli spojrzymy na te cyfry sumarycznie, mamy w Polsce ponad 5500 placówek, do których mogą pójść dzieci potrzebujące wsparcia i opieki. To jest bardzo duże zaplecze, natomiast wszelkie przeliczenia statystyczne pokazują, że nadal jest to liczba niewystarczająca. Jeżeli przyłożymy to do liczby blisko miliona dzieci, otrzymujemy statystyczny szacunek, z którego wynika, że pomocą objęte jest co piąte dziecko. Warto mieć świadomość, że część z tych dzieci trafia w inne miejsca i korzysta z innych form wsparcia, ale na pewno nie są to miejsca, w których jest prowadzona pomoc psychologiczna. Z jednej strony mamy bardzo rozbudowany system i, w porównaniu z innymi krajami w Europie, przodujemy w systemowym zabezpieczaniu tych form pomocy, natomiast na pewno jest to niewystarczające. Kolejnym deficytem jest również jakość świadczonej pomocy. Wiemy o tym, z jakimi trudnościami borykają się te dzieci i jak bardzo potrzebują pomocy i wsparcia psychologicznego. Aktywność, zarówno instytucji centralnych, jak i samorządów lokalnych, powinna przede wszystkim iść w stronę podniesienia jakości. Od 1996 roku mogliśmy obserwować ogromną dynamikę w powstawaniu placówek, natomiast są one bardzo różnorodne. Czasami organem założycielskim jest samorząd lokalny, znacznie częściej jednak są nim organizacje pozarządowe i w tym wypadku następuje tylko zlecenie realizacji zadań, dofinansowywanie. Sprawia to, że system jest bardzo niestabilny. Co roku różne organizacje nie otrzymują dotacji albo przestają działać, w związku z tym placówki są zamykane. Na ich miejsce powstają inne organizacje, ale często obejmują one swoim działaniem inne dzieci. Deficytem na pewno jest brak stabilizacji tego systemu. Chociażby sam fakt finansowania w trybie pozyskiwania dotacji czy ogłaszanych co roku konkursów. Często jest tak, że organizacje pozarządowe prowadzące takie miejsca, do którego dzieci powinny przychodzić systematycznie i realizować program socjoterapeutyczny w cyklu usystematyzowanym, nie wiedzą, czy od stycznia placówka będzie miała dofinansowanie, czy będzie istniała. Programy często są zawieszane i ponownie uruchamiane dopiero po jakimś czasie. To w każdej pracy terapeutycznej jest niewłaściwe, a w przypadku współpracy z dziećmi jest bardzo niekorzystne. Pozostaje także kwestia kompetencji osób, które są zatrudnione – pozostawia to wiele do życzenia. Należy dokładać starań, żeby osoby, które pracują w tych świetlicach posiadały dodatkowe kompetencje, ponieważ ukończenie studiów wyższych, nawet na kierunkach pedagogicznych, nie daje gwarancji do pracy z dziećmi ze specyficznymi zaburzeniami zachowania. Kiedy zbieraliśmy informacje o tym, jak funkcjonują świetlice i próbowaliśmy się dowiedzieć, co konkretnie się w nich dzieje, okazuje się, że często są to miejsca, w których nauczyciele po swoich lekcjach pracują z dziećmi. Ostatni obszar trudności, z którym się spotykamy to kwestia formalnego funkcjonowania świetlic. Ustawa o placówkach wsparcia dziennego mówi o tym, że miejsca pomocy dla dzieci powinny być placówkami wsparcia dziennego. Wiąże się to z określonymi standardami, zarówno jakości programu merytorycznego, ale także standardami sanepidu, które muszą być zachowane. Od momentu kiedy zostało wprowadzone rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej, nastąpiło duże tąpnięcie w całym systemie. Mnóstwo placówek, które – jak powiedziałam – są prowadzone przez organizacje pozarządowe, nie są miejscami spełniającymi wszystkie kryteria związane z warunkami przeciwpożarowymi, warunkami BHP. Na przykład nie wszędzie są osobne ubikacje dla chłopców i dla dziewczynek. Istnieje mnóstwo kłopotów, które się z tym wiążą i z tego powodu wiele tych miejsc musiało być zamkniętych. Część z nich jest w tej chwili w trakcie reorganizacji, ale ta reorganizacja jest bardzo trudna. Gminy, które finansują te placówki bardzo często mówią, że finansują je z pieniędzy przeznaczonych na realizację zadań wynikających z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, a nie z ustawy o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej. Z tego powodu nie będziemy ich nazywać placówkami wsparcia dziennego. Trudność polega na tym, w jaki sposób, troszcząc się o standardy dotyczące tej pracy, nie doprowadzić do zamykania miejsc pomocy, które istnieją. Spotkałam się kiedyś z takim stwierdzeniem, że największą ewaluacją tego, czy mamy do czynienia z dobrą placówką jest to, czy dzieci chcą do niej przychodzić, czy nie. Może być to najlepszy budynek, najlepiej wyposażony, z osobną salą komputerową i czymś jeszcze, ale jeżeli nie będzie oferty i dobrych dorosłych, którzy stworzą ciepły, bezpieczny klimat, te sale będą świeciły pustkami. Ta trudność wymaga ogromnej mądrości z naszej strony. Pytanie brzmi: Jak, z jednej strony zabezpieczając dobrą jakość pracy i rozwijając ten system, dbać o standardy i jakości, i bezpieczeństwa dzieci, ale jednocześnie nie doprowadzać do zamykania miejsc, które istnieją i są wpisane w funkcjonowanie lokalnej społeczności.

**Przewodnicząca posel Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo za przedstawienie informacji. Z tego co pani mówiła wynika, że mamy spadek jeżeli chodzi o

młodzież żyjącą w rodzinach z problemem uzależnienia. Nasuwa mi się od razu pytanie, od kiedy mamy ten spadek. Czy nie jest to związane z niżem demograficznym? I czy są jakiegokolwiek statystyki i badania dotyczące placówek wychowawczo-opiekuńczych, które zrezygnowały i na ich miejsce powstało coś nowego, co nie do końca może spełniać wymogi? Czy one zrezygnowały same, bo nie otrzymały dotacji, czy były jakieś inne powody? Czy mamy jakąkolwiek statystykę mówiącą o tym, czy do tych placówek trafiają tylko dzieci z rodzin z problemem uzależnień, czy również inne dzieci?

#### **Główny specjalista Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Anna Kuszczuk:**

Chciałabym się odnieść do placówek wsparcia dziennego realizowanego na podstawie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Rozmawiałam z panią Terlikowską przed rozpoczęciem posiedzenia o tym, że placówki wsparcia dziennego zostały, jak pamiętamy, przeniesione z ustawy o pomocy społecznej do ustawy o wspieraniu rodziny z dniem 1 stycznia 2012 roku. Historia placówek wsparcia dziennego jest naprawdę długa, funkcjonują one tak naprawdę od zawsze. Chciałabym odnieść się do warunków i zapisów ustawowych. Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej zmieniła placówki opiekuńczo-wychowawcze w placówki wsparcia dziennego, jednakże wprowadziła równocześnie rozporządzenie, które mówi o standardach. Ale aby zabezpieczyć placówki, które dotychczas działały, umożliwiła nowelizacją, aby wójt, burmistrz czy prezydent wydawali tzw. zgodę na dalsze funkcjonowanie, bez względu na warunki sanepidu i straży pożarnej, bez względu na negatywną opinię. Tak jak gdyby wójt, burmistrz albo prezydent brał na siebie odpowiedzialność za dalsze funkcjonowanie placówek, które nie zawsze były w odpowiednim miejscu. Wiadomo było, że warunki są na granicy dopuszczalności, ale wiadomo było też, że dzieci przychodzą i warto te miejsca utrzymać. Nowelizacja wprowadziła nam taką możliwość, dlatego do 30 czerwca 2015 roku władarze mogli zdecydować i zezwolić na dalsze, bezterminowe funkcjonowanie tych placówek. Rozporządzenie, o którym mówimy obowiązuje od tamtego roku i tak naprawdę kształtuje to, by warunki w tych placówkach były lepsze, aby lepszy był standard opieki i wychowania, żeby te dzieci były bezpieczne w sytuacji, kiedy coś się dzieje. W naszych statystykach obserwujemy wzrost liczby placówek w 2015 roku. Spadek liczby dzieci, który może być faktycznie, tak jak pani tutaj powiedziała, spadkiem geograficznym to jedno, natomiast notujemy wzrost liczby placówek. Nie jest to wzrost duży, bo mówimy o trzydziestu jeden placówkach w skali kraju, ale zawsze stopniowo przybywa miejsc dla tych dzieci. Mówią państwo o braku środków. Ja wiem, że to jest zadanie własne gminy, natomiast udało nam się, jako resortowi, wprowadzić uwagi do regionalnych programów operacyjnych. Myślę, że w każdym regionalnym programie operacyjnym są usługi społeczne, w tym rozwój placówek wsparcia dziennego oraz powstawanie nowych placówek, czyli tak naprawdę z uwzględnieniem funduszy inwestycyjnych. Remonty, powstawanie, modernizacje są możliwe. Powstały warunki w nowej perspektywie finansowej, aby te placówki się rozwijały. Dziękuję.

#### **Przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień Agnieszka Litwa-Janowska:**

Kiedy słucham ciebie, Jolu, myślę sobie o dwóch rzeczach. Pierwsza to jak to zrobić, żeby zapewnić stabilność i ciągłość pomocy dla tych dzieci. W tym systemie rodzinnym dziecko zawodzi się na swoich rodzicach czy opiekunach. Ma bardzo poranione, pokaleczone, rwane doświadczenia w relacjach z opiekunami, bo często przechodzi z rąk do rąk w rodzinach patchworkowych. Z mojego doświadczenia pracy z pacjentami wiem, że bywały sytuacje, gdy dziecko zostawało samo w domu i rodzice opuszczali je nawet na dwa lub trzy lata. Nikt się nim nie opiekował, ono opiekowało się swoim rodzeństwem. Jako dorośli jesteśmy odpowiedzialni za to, żeby zapewnić ciągłość. Myślę na przykład o grantach czy projektach dla organizacji pozarządowych, które można by było rozpisywać na 2-3 lata. Rozumiem to, że różne rzeczy mogą ulegać zmianie, natomiast jeżeli ktoś ma sensowny program (nie mówię tego we własnym interesie, bo nasza organizacja nie prowadzi w tej chwili takich programów), byłaby to ciągłość. Dla dzieci czasem są to jedyne miejsca, które dają stałość, stabilność i mogą ogromnie dużo zmienić w doświadczeniu tych osób kiedy kształtuje się ich osobowość na dorosłe życie. Leczę pacjentów z syndromem DDA i usłyszałam setki historii. Widać różnicę w tym, jak te osoby funkcjonują kiedy po drodze były stabilne instytucje, niekoniecznie dom, bo na ten dom często nie można było liczyć albo był zagrożeniem, a właśnie te stabilne instytucje. To jest mój postulat, żeby rzeczywiście jakoś uporządkować myślenie o tym, żeby finansowanie opieki nad dziećmi było bardziej stabilne. Myślę, że tu się nie da wyłuskać docelowej opieki dla dzieci alkoholików czy dzieci hazardzistów, bo też nie chodzi o to, żeby stygmatyzować. To jest bardzo trudne. Mam różne wątpliwości związane ze

statystykami. Na przykład zastanawiam się nad tym, ile rzeczywiście jest tych dzieci, biorąc pod uwagę różne uzależnienia i być może niekoniecznie zdiagnozowane uzależnienia, a poważny problem, który może tworzyć bardzo opresyjne i trudne warunki wychowania dla dzieci. To jest jedna rzecz. Druga dotyczy kompetencji osób, które to prowadzą. Jestem ciekawa, czy istnieje jakiś nadzór merytoryczny nad tą pracą. Wyobrażam sobie, że w tych ośrodkach, o których pani mówi – tak. Natomiast powstają różne miejsca i jest sporo podmiotów podejmujących takie leczenie. Myślę nie tylko o kompetencjach. Bycie terapeutą czy socjoterapeutą naprawdę wymaga bardzo wysokich kwalifikacji, to nie jest taka sobie praca z dziećmi. To już jest wyższa szkoła jazdy jeśli chodzi o umiejętności pomagania, ale też wymaga to kompetencji osobistych. Wydaje mi się, że ważne jest stworzenie takiego systemu, w którym zwróci się uwagę na to, kto zajmuje się tymi dziećmi, kto je prowadzi i będzie też możliwość weryfikacji. Wyobrażam sobie też, że różne miejsca mogą chcieć sięgać po środki finansowe – np. z korkowego – a niekoniecznie spełniać warunki. Może nie te sanepidowskie, a czysto ludzkie. Dziękuję.

**Przewodnicząca posel Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo. Tutaj też od razu nasuwa mi się pytanie o to, czy nie powinniśmy jakoś rozgraniczyć miejsca pobytu dla tych dzieci. Traktować jedne jako świetlice, a inne jako miejsca pomocy psychologicznej. Z informacji, które otrzymałam wynika, że mamy wszystko wymieszane i nie do końca wiemy, kto się tymi dziećmi zajmuje i co im daje. Myślę, że może być to bardzo duży problem.

**Główny specjalista Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Anna Kuszczuk:**

Ustawa o wspieraniu rodziny mówi o kwalifikacjach i o formach placówek. Są to formy opiekuńcze, specjalistyczne i podwórkowe i wśród tych form specjalistycznych wyróżnia m.in. placówki, które prowadzą socjoterapię. W resorcie szeroko rozmawiamy o tym, że placówki wsparcia dziennego są nie tylko dla dzieci, które – bądź ich rodzice – mają problem z uzależnieniem, ale szeroko pojęta profilaktyka, zapobieganie i wspieranie rodziny w kryzysie.

**Przedstawicielka Państwowej Agencji Przeciwdziałania Problemów Alkoholowych Jolanta Terlikowska:**

Z danych, które zbieramy bardzo jasno wynika, że te ponad pięć tysięcy miejsc pomocy to nie są miejsca tylko i wyłącznie dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Jeżeli chodzi o placówki socjoterapeutyczne, okazuje się, że połowa dzieci to są dzieci z tych rodzin, natomiast druga połowa trafia tam z powodu innych zaburzeń zachowania i innych trudności. W placówkach opiekuńczo-wychowawczych ten procent dzieci z rodzi alkoholowych jest jeszcze niższy i utrzymuje się na poziomie około 30%. Bardzo często wychowawcy w placówkach opiekuńczo-wychowawczych nie przeprowadzają diagnozy problemów dziecka. Te dzieci po prostu przychodzą, są zaopiekowane, prowadzone są z nimi różnego rodzaju zajęcia, są odrabiane lekcje i tak dalej, natomiast nie ma diagnozy, więc zapewne są to szacunkowe dane, które nie do końca odzwierciedlają rzeczywistość. Są to świetlice w znacznej mierze finansowane ze środków na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, natomiast są to miejsca dostępne dla tych dzieci, które takiej pomocy potrzebują. Chcę jeszcze powiedzieć, że zmniejszenie liczby dzieci, o które padło tutaj pytanie, może wynikać przede wszystkim z metodologii. Niekoniecznie musi chodzić o to, że spadła liczba dzieci. Po prostu wcześniej był to ogólnie przyjęty szacunek. Szacowaliśmy to tak trochę, jak to mówimy w żargonie, spod grubego palca. Natomiast w tej chwili mamy wyniki badań, które zostały przeprowadzone, gdzie w sposób oparty na naukowej metodologii. Policzono liczbę osób z problemami związanymi z piciem, pytano też o skład rodziny, pytano, ile mają dzieci i na tej podstawie mogliśmy te dane uzyskać. Po prostu zaczęliśmy trochę inaczej liczyć i na pewno to, co wiemy teraz, jest dużo bardziej realne.

**[Osoba się nie przedstawiła]:**

Reprezentuję fundację, która w ośmiu miastach prowadzi ośrodki profilaktyki młodzieżowej. Pracujemy z młodzieżą w ujęciu profilaktycznym. W kontekście tego, co pani mówiła, chciałem powiedzieć o dwóch sprawach. Jeśli chodzi o wzrost standardów, to rzeczywiście mamy z tym duży kłopot, ponieważ ośrodki, które prowadzimy są finansowane z grantów i dotacji lokalnych i środki, którymi dysponujemy nie zwiększyły się, natomiast wymogi zdecydowanie tak. W niektórych ośrodkach udało nam się spełnić te kryteria i lokale zostały zaakceptowane, ale w innych, kolokwialnie mówiąc, wisimy. Druga rzecz to kwestia kompetencji kadr. Jesteśmy finansowani w systemie uzyskiwania pieniędzy w konkursach i de facto w tych konkursach nie ma

takiego wymogu, żeby kadra prowadząca profilaktykę miała specjalistyczne przygotowanie. Na ogół wystarcza formalny standard: magister psychologii, pedagogiki, resocjalizacji. Czy on umie coś więcej? Nikt nas o to nigdy nie pyta. W programie, który prowadziliśmy do kwietnia tego roku zastanawialiśmy się wraz z Krajowym Biurem nad tym problemem. Opracowaliśmy wspólnie program, który jest podobny do certyfikacji ludzi, którzy działają w obszarze terapii. Jeśli chodzi o terapie uzależnień, tutaj sytuacja jest dużo jaśniejsza – są certyfikaty i istnieje możliwość uzyskiwania specjalizacji. Jeśli chodzi o profilaktykę, to z punktu widzenia prawa, profilaktykiem może być każdy. To, żeby zmienić tę sytuację wydaje mi się bardzo istotne. Dziękuję.

#### **Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo. To na pewno bardzo ważny problem, na który powinniśmy być wyczuleni. Chodzi o to, żeby nie zrobić krzywdy. Nieraz słyszałam, że osoba, która zaczyna studium terapii uzależnień jest wysyłana na zajęcia przez doświadczonego terapeutę, który mówi: „Dwadzieścia lat picia alkoholika nie zabiło, to i ty jednym słowem go nie zabijesz”. Ja wychodzę z zupełnie innego założenia i myślę, że osoby odpowiedzialne za to, jak prowadzona jest terapia również uważają, że dla kogoś, kto podjął się terapii każde słowo jest naprawdę bardzo ważne. Młode osoby, które dopiero zaczynają się rozwijać, naprawdę powinny mieć powołanie i wielką wiedzę. Dopiero wtedy będziemy mogli mówić, że taka świetlica czy ośrodek da osobom, które tego potrzebują coś więcej niż tylko ciepły kąpiel i kromkę chleba. Myślę, że będzie trzeba legislacyjnie wypracować to, żeby osoby, które zajmują się taką pomocą faktycznie miały doświadczenie. I to powinien być wymóg stowarzyszeń, organizacji pozarządowych wobec każdego, kto ma pracować w takiej placówce. Dziękuję. Jeżeli nikt więcej nie chce zabrać głosu, przejdźmy do drugiego punktu naszego posiedzenia: Nowe substancje psychoaktywne i uzależnienia behawioralne – polityka krajowa i lokalna. Poproszę o zabranie głosu panią Agnieszkę Dudę z Krakowskiego Stowarzyszenia Terapeutów Uzależnień.

#### **Wiceprezes Krakowskiego Stowarzyszenia Terapeutów Uzależnień Agnieszka Duda:**

Witam państwa. Bardzo dziękuję za zaproszenie. Mam pierwszy raz możliwość uczestniczyć w posiedzeniu. Z wykształcenia jestem psychologiem, specjalistą psychoterapii uzależnień i zajmuję się terapią uzależnień zarówno od strony praktycznej, jak i organizacyjnej. Od ponad sześciu lat prowadzę ośrodek psychoterapii w Krakowie. Będę chciała krótko powiedzieć państwu coś o nałogach behawioralnych, uzależnieniach behawioralnych. Podobnie jak w przypadku ośrodków pomocy dla dzieci, tutaj też mamy póki co różną terminologię. Jak wygląda aktualna sytuacja i jakie widzę potrzeby i wyzwania, przed jakimi stoimy w tym obszarze. Okazuje się, że już w pierwszych klasyfikacjach chorób pojawiały się wzmianki na temat uzależnień behawioralnych i nałogów behawioralnych. Tradycyjna medycyna i psychiatria nie bardzo interesowały się tym tematem. W psychoterapii mówimy o procesach równoległych. Tak jak osoba uzależniona ma problem z uznaniem swojego problemu, czyli minimalizuje, zaprzecza, odwraca od niego uwagę, coś takiego działa się również w medycynie i psychiatrii. Przez lata nie badano, nie klasyfikowano uzależnień. Były one wpisywane w zaburzenia osobowości, w rodzaj degradacji moralnej. Dopiero w latach 90. naukowcy zajęli się tym problemem nieco poważniej, a na początku XX wieku powstały ruchy samopomocowe, takie jak na przykład Ruch Anonimowych Alkoholików. Na tej bazie były tworzone różne inne grupy samopomocowe. Problem został zauważony, cierpienie tych osób też było widoczne, natomiast medycyna i psychiatria nie zajmowały się tym szerzej. Myślę, że wpłynął na to również fakt, że w Polsce mamy specjalizacje jeśli chodzi o terapie uzależnień. Ta ścieżka rozwoju psychiatrii szła w dwóch kierunkach: mamy tradycyjną psychiatrię i psychoterapię i mamy taką specjalizację, jak terapia uzależnień. Psychologiczne objawy uzależnienia to nie są objawy uzależnienia, które pochodzą z jakiejś klasyfikacji. Jest to propozycja Griffina i one trochę pokrywają się z klasyfikacjami. Występuje głód i wynikająca z niego koncentracja na zachowaniu nałogowym. Myślę, że niezwykle istotne jest to, że osoby z uzależnieniami, również z uzależnieniami behawioralnymi, mają problem polegający nie tylko na tym, że realnie koncentrują się na tym zachowaniu, ale też dużo na ten temat myślą, zastanawiają się, są nieobecne. Hazardzista gra nie tylko w kasynie albo wtedy, kiedy siada przed komputerem i obstawia zakłady sportowe, ale też cały czas na ten temat myśli. Z kolei pacjenci, którzy mają problem z seksualnością, nie robią tego tylko wtedy, kiedy realizują te zachowania i są w ciągu, ale też mogą fantazjować i być nieobecni myślami. Jeżeli chodzi o badania, w tym momencie bardzo popularne są badania neurobiologiczne i zakres wiedzy mocno się poszerza. Jest coraz więcej dowodów na to, że jeżeli myślimy o uzależnieniach, również o uzależnieniach behawioralnych, można wskazać prawidłowości takie jak: zwiększoną reaktywność na wskazówki nagród. Jest to związane ze specyficzną reaktywnością brzuszno-

prążkowiec w mózgu. Zostało stwierdzone, że osób uzależnionych chemicznie, od hazardu czy od seksu istnieje silniejsze pragnienie, silniejsza reakcja na coś, co zapowiada to zachowanie nałogowe, natomiast wtedy, gdy dochodzi do zaspokojenia tego zachowania nałogowego, występuje mniejsza satysfakcja w porównaniu z osobami, które nie mają tego problemu. Można powiedzieć, że te osoby odczuwają głód substancji czy określonego zachowania i rzeczywiście mają duży problem z tym, żeby się powstrzymać. Kolejną prawidłowością to zmniejszona zdolność kontroli impulsów. Wiąże się ona z upośledzeniem grzbietowo-bocznej kory przedczołowej. Wiele badań dotyczących psychoterapii dowiodło, że długotrwała psychoterapia, która jest ciągła i stała, zmienia ten obszar mózgu. Ale musi być rzeczywiście długa, oparta o relację terapeutyczną, która jest jednym z głównych czynników leczących w psychoterapii. Okazuje się, że nurt, w jakim ta terapia jest prowadzona, w zależności od tego, czy jest to nurt poznawczo-behawioralny, czy psychodynamiczny, nie ma tak dużego znaczenia jak stała relacja terapeutyczna. To jest niezwykle ważne dla dzieci, ale dla dorosłych również, aby zaufać, móc odbudować przywiązanie. Dzięki tej relacji jesteśmy w stanie zmienić mózg i wpłynąć na funkcjonowanie kory przedczołowej. Kolejną hipotezą to zwiększona reaktowność na bodźce lękowe. Okazuje się, że osoby uzależnione mają podwyższony poziom lęku. Świadomość tego połączona z pracą terapeutyczną również może tym osobom pomóc lepiej sobie z tym radzić – mieć większą świadomość, wypracować sposoby radzenia sobie z napięciem i z lękiem. Bardzo krótko przedstawię państwu główne nałogi behawioralne. Jak już wspominałam, uzależnienie od hazardu jest zachowaniem znanym ludzkości od bardzo dawna. Pojawiło się ono już we wczesnych klasyfikacjach, było w nich bardzo różnie ujmowane i diagnozowane. Niezwykle istotne jest to, że w 2013 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wydało nową klasyfikację chorób i uzależnienie od hazardu oraz zaburzenia uprawiania hazardu zaliczyło do nałogów. Nie ma już wątpliwości co do tego, że zaburzenia uprawiania hazardu mają naturę nałogową i uzależnieniową. Tutaj widzą państwo wyniki badań w Polsce. W 2012 roku CBOS przeprowadził pierwsze badanie na ten temat, a powtórzył je w 2014 roku. Te wyniki można porównywać, bo do oceny było używane to samo narzędzie. Jak mogą państwo zauważyć, symptomy uzależnienia w 2014 roku wykazywało aż 5,3% Polaków. Jest to wzrost w stosunku do roku 2012. Wzrosło również wysokie zagrożenie uzależnieniem od hazardu wzrosło o 0,7% w stosunku do 2012 roku. Drugie uzależnienie, które jest teraz bardzo popularne to patologiczne używanie komputera. Ono ma dużo krótszą historię niż hazard. 1992 roku to rok powstania Internetu, a w 1998 roku zostało opisane po raz pierwszy zjawisko nałogowego korzystania z Internetu. Określenie jaka jest natura patologicznego używania komputera wymaga jeszcze wielu badań. Wspomniana przeze mnie klasyfikacja DSM-5 z 2013 roku umieściła patologiczne używanie komputera w dziale badań. Najprawdopodobniej również zostanie ono zaliczone do uzależnień. Jeżeli chodzi o występowanie tego problemu w Polsce, to mamy spadek w stosunku do 2012 roku. Myślę, że jest to związane z tym, że Internet, kiedy się pojawił, był pewną nowością, byliśmy nim zafascynowani i być może coraz lepiej potrafimy też z niego korzystać. Coraz więcej się o tym mówi i stąd może być mniej osób, które mają ten problem. Kolejne uzależnienie to zakupoholizm. Wspominam o nim, bowiem CBOS przyjrzał się również temu problemowi. My w swojej praktyce klinicznej nie spotykamy zbyt wielu pacjentów, którzy zgłaszają się z tym problemem. To są naprawdę pojedyncze przypadki. Jak państwo widzą, odnotowano pewien wzrost. Póki co klasyfikacje chorób nie ujmują zakupoholizmu. Wspomniany DSM-5 również go nie klasyfikuje. Stwierdzenie to jest bardziej używane w znaczeniu potocznym. Podobnie jak pracoholizm, któremu również przyglądał się CBOS. Powiedziałabym, że pracoholizm jest bardziej przedmiotem uwagi psychologii, a mniej medycyny. Występowanie zagrożenia uzależnieniem od pracy u Polaków wynosi 36%. Nie spełnia to kryteriów choroby. Zbyt dużo osób wykazuje przejawy pracoholizmu, żeby można było uznać, że jest to choroba. Dość kontrowersyjne uzależnienie to również patologiczna hiperseksualność. Kiedy w Krakowskim Centrum Terapii Uzależnień otworzyliśmy się na nowe nałogi behawioralne, w pierwszej kolejności zgłaszali się do nas hazardziści. Byliśmy zaskoczeni, że drugą grupą pacjentów, która się do nas zgłaszała to były osoby, które potocznie nazywamy seksuoholikami. Nie byliśmy na to przygotowani. Podszkoliliśmy się w tym temacie i w tym momencie mamy już program leczenia i terapii skierowany do tych pacjentów, ale wspomniany przeze mnie CBOS, który prowadził badania na ogólnej próbie Polaków, nie zajmuje się tym tematem. Mieliśmy też problem z tym, by uzyskać dofinansowanie na leczenie seksuoholików i ostatecznie nie dostaliśmy go. W Polsce nie mamy takich danych, a szacunki ogólnoswiatowe pokazują, że ten problem dotyczy 3-6% populacji czyli rzeczywiście bardzo dużo osób cierpi z tego powodu. Aktualna sytuacja wygląda tak, że w 2009 roku została uchwalona ustawa o grach hazardowych, która wprowadziła Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych i od 2011 roku są rozpisywane konkursy. Jest aż pięć programów, na które można pozyskiwać



środki: programy naukowe, szkoleniowe, profilaktyczne, edukacyjne i lecznicze. Komisja konkursowa opiniuje wnioski, które dotyczą tego ogromnego zakresu tematycznego. Tutaj widzą państwo budżet funduszu. Są to dość spore kwoty. Trzyście milionów złotych jest przeznaczane właśnie na tych pięć rodzajów programów i fundusz ten cały czas nie jest w pełni wykorzystany. Jest to zadziwiające, bo my jako podmiot leczniczy co roku, od 2012 roku, staramy się o te środki i co roku kwota dotacji, o którą prosimy jest redukowana i obcinana. Mamy problem z ciągłością leczenia, z zapewnieniem takiej intensywności leczenia, jaka byłaby potrzebna naszym pacjentom. Jest to dla nas paradoks, bo są jakieś środki niewykorzystane, my jako placówka się o nie staramy, mamy personel, mamy pacjentów, którzy chcą skorzystać z pomocy i nie możemy tego zrobić i spożytkować. Z perspektywy realizatora zadań dofinansowanych z Funduszu bardzo skorzystaliśmy jako organizacja pozarządowa. Na przestrzeni tych kilku lat podnieśliśmy swoje kwalifikacje dzięki temu, że mogliśmy uczestniczyć w różnych szkoleniach. Sami również prowadziliśmy szkolenia, bo mamy duże doświadczenie jeżeli chodzi o terapię hazardzistów. Mogliśmy też rozszerzyć ofertę dla naszych pacjentów, ale – tak jak tutaj wspominałam – borykamy się z problemem warunków konkursowych, które co roku się troszeczkę zmieniają. Mamy takie wrażenie, że bardziej musimy się dostosować do tych wymagań formalnych niż do sprawdzonych w praktyce klinicznej kierunków pracy. Jest to rodzaj ograniczenia. Skuteczna terapia uzależnień powinna trwać co najmniej dwa lata, a programy są finansowane na rok. Niektóre programy z tej całej puli, o której państwu wcześniej wspominałam, na przykład projekty badawcze, są finansowane na dwa lata, a projekty lecznicze tylko na rok. Zmierzając do końca, chciałabym wspomnieć jeszcze o tym, jakie widzę potrzeby i wyzwania. Widzę potrzebę powołania krajowego i wojewódzkich konsultantów w dziedzinie uzależnień. Dzięki temu, że w województwie byłby taki konsultant, mógłby zanalizować potrzeby danego województwa w zakresie edukacji społecznej, szkoleń specjalistów dostosowanych do potrzeb danego województwa i oferty pomocy. Myślę, że w tym temacie ciągle mało się dzieje, a środki z funduszu hazardowego również mogłyby być na to przeznaczone. Taki konsultant mógłby koordynować działania. Łączyć perspektywę badawczą, naukową z praktyczną, kliniczną. To jest niezwykle ważne. Tak jak mówiłam państwu wcześniej, nałogi behawioralne istnieją od lat, ale nauka interesuje się nimi stosunkowo krótko. Dobrze byłoby, żeby na tym etapie, kiedy my, terapeuci, mamy już jakieś doświadczenia, ale dalej się uczymy i szkolimy, żebyśmy mogli korzystać z doświadczenia naukowców, żeby było więcej integracji. Ten konsultant mógłby także współpracować z mediami w zakresie upowszechniania tematyki uzależnień behawioralnych, wydawać ekspertyzy, opiniować. Myślę, że ośrodki, które prowadzą terapię dla osób uzależnionych mogłyby być w jakiś sposób kontrolowane przez takiego konsultanta, mogłyby otrzymywać jego rekomendacje. W tym momencie czegoś takiego nie ma – każdy ośrodek może skorzystać z konkursów z Funduszu i starać się o pieniądze. Myślę, że jest też potrzeba wypracowania na tym etapie standardów leczenia osób z nałogami behawioralnymi. Są takie standardy dotyczące leczenia osób uzależnionych od alkoholu wypracowane przez zespół powołany przez PARPE, są takie standardy dotyczące terapii osób z syndromem DDA, natomiast jeżeli chodzi o osoby z nałogami behawioralnymi, nie ma takich standardów. Myślę, że gdyby one były, takie podmioty jak my, które starają się o dofinansowanie takiego leczenia, miałyby jasność. Jeżeli są pewne standardy, my staramy się je spełnić. Tak jest też w Narodowym Funduszu Zdrowia, w Urzędzie Miasta Krakowa, tam też startujemy do konkursów grantowych i wiemy, że jeżeli je spełnimy, mamy wysoką pozycję negocjacyjną i rzeczywiście możemy uzyskać te środki, które są nam potrzebne. W tym momencie z roku na rok się to zmienia. Staramy się doskonalić ten program, poprawiać go, ale nie zawsze są to dla nas skuteczne działania. Uważam też, że leczenie nałogów behawioralnych powinno odbywać się w ramach terapii uzależnień. Wcześniej wspominałam już państwu o tym, że najnowsze doniesienia z badań wskazują, że zachowania mają naturę uzależnieniową. Specjaliści terapii uzależnień jak najbardziej są przygotowani do tego, aby takim osobom pomagać. W początkowym etapie leczenia niezwykle istotne jest, żeby zatrzymać zachowania nałogowe albo poprzez pełną abstynencję, jak w przypadku hazardu, lub kontrolę. Kiedy trafia do nas pacjent uzależniony od Internetu czy od komputera, nie możemy od niego wymagać, tak jak w przypadku alkoholików, że zupełnie odstawi komputer i już nie będzie z niego korzystał. Tutaj są inne cele terapii. Sytuacja wygląda podobnie w przypadku seksuolików. Nie możemy nakazać pacjentom, aby nie zaspokajali naturalnej i podstawowej potrzeby seksualnej, tak że tu jest konieczność wprowadzenia pewnej kontroli. Specjaliści leczenia uzależnień są dobrze przygotowani, pacjenci też dobrze reagują na ten rodzaj pracy w początkowym etapie, czyli pracy odwykowej związanej z rozpoznaniem głodu z nauką radzenia sobie z nałogowymi mechanizmami. Za tym, aby zajmowali się tym specjaliści psychoterapii uzależnień przemawia również to, że uzależnienia bardzo często ze sobą współwystępują i to w różnej formie. Może być tak, że osoba

jest uzależniona chemicznie i ma też jakiś inny nałóg behawioralny. Bardzo często alkoholicy mają problemy z hazardem. Jest też taka droga, że najpierw ktoś miał problem z uzależnieniem chemicznym, poradził sobie z tym, a potem uzależnił się behawioralnie. Uważam, że psychoterapia nałogów behawioralnych powinna mieć charakter długoterminowy. Tak jak wcześniej państwu wspomniałam, relacja terapeutyczna jest jednym z najważniejszych czynników leczenia. Terapia krótkoterminowa, która również jest rekomendowana w niektórych środowiskach, przynosi poprawę wyłącznie w zakresie poprawy objawowej, to znaczy zatrzymujemy zachowania nałogowe, ktoś zachowuje abstynencję, natomiast nie prowadzi ona do skutecznego wyleczenia, czyli trwałej zmiany sposobu przeżywania. Uzależnienie w jakiś sposób uszkadza struktury mózgu i odwrócenie tego procesu wymaga dłuższego leczenia. Myślę, że potrzebujemy więcej zintegrowanych działań profilaktycznych skierowanych do ogółu Polaków. Pewne działania powinny być też skierowane do graczy hazardowych. Na Zachodzie uczy się ich grać w taki sposób, aby ta gra była rozrywką, a nie stawała się sposobem na dorobienie pieniędzy, szansą na zmianę swojego statusu. Wdrożenie zasad odpowiedzialnej gry w biznesie hazardowym to również bardzo popularne podejście w krajach zachodnich. Chodzi o to, żeby tę rozrywkę, jaką jest hazard oferować w sposób odpowiedzialny. Chodzi o to, żeby edukować graczy, co to znaczy grać w sposób odpowiedzialny, rozpoznawać graczy, którzy mają jakiś problem i interweniować. To jest szereg działań wdrażanych w Europie Zachodniej, Kanadzie i Stanach Zjednoczonych. Ustawa o grach hazardowych wprowadziła dobre regulacje związane z tym, aby automaty znajdowały się tylko i wyłącznie w kasynach, natomiast w tym momencie ta szara strefa, że pewnie kiedy wyjdą państwo na ulice Warszawy, zobaczą mnóstwo salonów z automatami, które działają w sposób nielegalny. Tutaj prawo jest nieskuteczne. Kolejna kwestia to potrzeba zapewnienia pomocy osobom z syndromem DDA. Obserwujemy zjawisko dziedziczenia uzależnień i o ile w rodzinie z problemem uzależnienia alkoholowego dzieci starają się nie być podobne do swojego rodzica i unikają picia alkoholu, bardzo łatwo uzależniają się od innych nałogowych zachowań. One przechodzą z pokolenia na pokolenie na zasadzie modelowania. Rodzice modelują dzieciom, w jaki sposób radzić sobie z napięciem. Nie ma innych skutecznych sposobów tylko rodzaj ucieczki. Takie dziecko nie będzie uciekać w alkohol, tylko ucieknie w coś innego, na przykład w gry komputerowe, pornografię, masturbację, pracę, zakupy. Możliwości jest bardzo dużo. Uważam za zasadne, aby z tych środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych dofinansowywać programy terapii dla dorosłych dzieci alkoholików. To tyle z mojej strony, dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję bardzo za tak wyczerpującą informację. Padły tutaj odpowiedzi na pytania, które chciałam zadać. Jeszcze odnośnie drugiego punktu w porządku posiedzenia: czy jest z nami pani profesor Danuta Ryglewicz z Instytutu Psychiatrii? Nie? W takim razie poproszę panią z Krajowego Biura o kolejną informację uzupełniającą ten punkt.

**Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:**

Myślę, że trzeba zacząć od przypomnienia na jakich zasadach działa Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Usłyszeliśmy opinię przedstawiciela organizacji pozarządowej, który podzielił się swoimi refleksjami dotyczącymi tego, jak działa Fundusz z punktu widzenia organizacji pozarządowej, jednak aby zrozumieć funkcjonowanie Funduszu, należy odnieść się do pewnych podstawowych regulacji prawnych, ponieważ Fundusz działa w taki sposób, w jaki pozwala na to prawo. Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych jest wyłącznie zarządzane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Co to znaczy? Że jest zarządzane w taki sposób, w jaki mówi rozporządzenie Ministra Zdrowia, czyli możemy wyłącznie ogłaszać konkursy. Nic więcej. To jest zasadnicza różnica, jeśli porównamy na przykład, w jaki sposób PARPA zajmuje się polityką przeciwdziałania i rozwiązywania problemów alkoholowych albo w jaki sposób czyni to Krajowe Biuro w obszarze narkomanii, mamy tam znacznie większe uprawnienia i kompetencje. Tam nasza rola nie ogranicza się tylko do ogłaszania konkursów i zadań konkursowych, ale możemy sami kreować szereg działań, które chcemy podejmować. Natomiast tutaj nie. W Funduszu możemy tylko ogłosić konkurs. Mało tego, ja podzielam pani opinie w bardzo wielu kwestiach, że powinny być realizowane zadania, o których pani mówiła, ale dzieje się tak, że na przykład ogłaszamy konkurs na takie zadanie, po czym nikt się nie zgłasza. I nic więcej nie możemy wtedy zrobić. Nie możemy ogłosić żadnego konkursu w międzyczasie, dlatego że zostały nam pieniądze. Możemy tylko ogłosić kolejny konkurs w przewidzianym terminie rozporządzenia. Powiedziała pani o potrzebie zintegrowanych działań profilaktycznych, jak rozumiem chodzi o działania

ogólnokrajowe. Podzielamy ten pogląd i dlatego zorganizowaliśmy w ostatnim konkursie w tym roku zadanie na ogólnopolski projekt profilaktyki, który byłby realizowany we wszystkich szkołach. Wyobrażaliśmy sobie, że niezbędna jest współpraca z Ministerstwem Edukacji Narodowej, czyli że podmiot, który chciałby realizować takie zadania musi mieć jakąś wstępną rekomendację. Tego konkursu nie udało nam się rozstrzygnąć, ponieważ nikt się nie zgłosił. Widzą państwo, że mamy tu problem prawny. Byłoby inaczej, gdyby wyglądało to tak, że Krajowe Biuro zarządzające tym Funduszem mogłoby się zgłosić do Ministerstwa Edukacji Narodowej, porozmawiać na temat takiej potrzeby, ustalić, że jakaś konkretna kwota zostanie przeznaczona na realizację tego celu i Ministerstwo Edukacji Narodowej bierze na siebie tę odpowiedzialność i taki program opracowuje. Nie, nie ma takiej możliwości prawnej. Jeżeli chcemy mówić o zintegrowanych, kompleksowych działaniach, to niestety nie da się tego zrealizować, biorąc pod uwagę tę formułę prawną. Jest ona formułą bardzo otwartą dla organizacji pozarządowych, które są zainteresowane i chcą realizować dane działanie, ale mało jest organizacji które miałyby takie przebiecie, żeby robić coś na terenie całej Polski. To jest pierwsze ograniczenie. Wspominała pani też o leczeniu, że środki nie są wykorzystywane w całości i rzeczywiście tak jest. Duża pula środków Funduszu zostaje, natomiast jeśli chodzi o leczenie, chcę zwrócić uwagę, że od samego początku kiedy powstawał Fundusz, było jasno powiedziane, że nie może on zastąpić Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeżeli, tak jak pani sama powiedziała, hazard jest chorobą, Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych nie może zastąpić Narodowego Funduszu Zdrowia. Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych wspiera programy lecznicze, natomiast nie może finansować tego leczenia w całości, ponieważ nie do tego został powołany. Jest Narodowy Fundusz Zdrowia, który finansuje de facto leczenie osób uzależnionych, także uzależnionych behawioralnie. Staramy się dofinansowywać, ale w takich zasadniczych kwestiach jak na przykład diagnozowanie, uważamy, że to naprawdę nie jest rola tego Funduszu. Musi być rozpoznanie uzależnienia, żeby można było w ogóle myśleć o jakimkolwiek dalszym dofinansowaniu takich projektów leczniczych. Chcę powiedzieć, że szereg problemów wynikających z kwestii związanych z niewykorzystaniem wszystkich środków wynika z tego, iż bardzo wiele zależy od aktywności organizacji pozarządowych. Powiedziała pani też, że warunki konkursu są niestabilne. Z tym się nie mogę zgodzić, warunki są bardzo stabilne, na co zwróciła uwagę nawet Najwyższa Izba Kontroli, zarzucając nam, że są zbyt stabilne. Wydaje się, że dla organizacji pozarządowych są bardzo, bardzo pewne. Oczywiście, mogą być jakieś niuanse. To nie jest tak, że one są identyczne, ale zawsze wydawało nam się, że zmieniają się one na korzyść organizacji pozarządowych. Jesteśmy bardzo otwarci. Są spotkania realizatorów programów, którzy korzystają ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Tworzymy taką formułę, żeby organizacje samorządowe mogły się wypowiedzieć na temat mankamentów występujących w funkcjonowaniu tego Funduszu, natomiast nie na wszystkie państwa uwagi możemy pozytywnie odpowiedzieć między innymi ze względu na te ograniczenia prawne.

#### **Przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień Agnieszka Litwa-Janowska:**

Jestem przekonana, że spotykamy się tutaj nie po to, żeby mieć do państwa pretensje. Współpracujemy ze sobą i dzięki dofinansowaniom z Funduszu Hazardowego leczy się sporo osób i mam takie poczucie, że mamy współodpowiedzialność za kształtowanie tej polityki. Jeśli chodzi o leczenie uzależnień behawioralnych, nasze stowarzyszenie jest liderem i przecierało szlak uruchamiając, w ramach szkoły dla terapeutów uzależnień, jako pierwsza z pięciu istniejących wówczas szkół, dwa pełne zjazdy dotyczące specjalności leczenia nałogów behawioralnych oraz pomocy dla członków rodzin. Mówimy o tym, co da się zmienić i naprawić. I o potrzebach, rozumiejąc ograniczenia, jakie były do tej pory. Mamy takie doświadczenie leczenia członków rodzin, że projekt, który przechodził w kolejnych dwóch latach, potem w związku z drobną zmianą dotyczącą rodzaju zadań, przestał się mieścić w takiej formule i w tym roku dostaliśmy informację, że dziesięć osób – a jest to pełna grupa terapeutyczna – to za mała grupa. I to jest ten kłopot. W ramach projektów trudno zapewnić stałość. Nie mówię, że to ma być wieloletnia psychoterapia. Wydaje mi się, że czteromiesięczna psychoterapia maratonowa to jest krótkoterminowa psychoterapia. Realność jest taka, że zostajemy z kłopotem szukania innych możliwości, a nie możliwości kontynuowania. Jeżeli są na to środki, może warto byłoby ich szukać. Szukać jakiegoś sposobu, żeby dało się to kontynuować.

#### **Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:**

Może to, co chciałam powiedzieć nie zabrzmiało dostatecznie klarownie. W pani cennej wypowiedzi jako realizatora działań finansowanych z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych wybrzmiały różne

kategorii problemów. Niektóre z nich są takie, że komisja konkursowa być może rzeczywiście powinna się uważniej pochylić nad pewnymi projektami, które wpływają, żeby nie dopuścić do sytuacji, w której następuje przerwanie procesu terapii. To jest zadanie komisji konkursowej i ona może to zrobić w ramach istniejących regulacji. Ale część z rzeczy, o których panie mówicie to są naprawdę kwestie znacznie poważniejszego kalibru i one wymagałyby zmian prawnych.

**Wiceprezes Krakowskiego Stowarzyszenia Terapeutów Uzależnień Agnieszka Duda:**

W swojej prezentacji chciałam podkreślić wyzwania i potrzeby dla całego środowiska. Zasygnalizowałam obecność Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, bowiem jego powstanie jest mocno związane z tym, co się dzieje jeżeli chodzi o uzależnienia behawioralne. Udało się zrobić naprawdę wiele dobrych rzeczy. Zorganizowałam wizytę studyjną, pojechaliśmy z zespołem terapeutów do Niemiec i podglądaliśmy jak tam pomagają hazardzistom i osobom uzależnionym od komputera. Udało nam się część z tych rzeczy wprowadzić tutaj w Polsce, tak że naprawdę udało się zrobić wiele cennych rzeczy. Mam wrażenie, że był etap dużego rozwoju i prężności, a teraz trochę się rozdrobniliśmy. Potrzeba standardów, bardziej zintegrowanych działań. Zdaję sobie sprawę z tego, że, jeżeli chodzi o Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych, mogą tam występować organizacje pozarządowe z całej Polski i trudno, żeby te działania były zintegrowane. To na pewno jest ograniczeniem. Po to o tym tutaj rozmawiamy, żeby była jakaś jedna myśl przewodnia. Kiedy spotykamy się zjazdach realizatorów, poszczególni realizatorzy prezentują, co się u nich dzieje, a nie ma wypracowanej wspólnej polityki.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję. Pokazują panie, że od momentu powstania Funduszu Hazardowego zostało wypracowanych wiele rzeczy. Być może zadania ustalone na tamten czas były wystarczające, ale z tego względu, że wszystko się zmienia, być może powinno to zostać bardziej rozszerzone. Zdaję sobie sprawę, że Krajowe Biuro nie ma środków do działania i potrzebne byłyby zmiany legislacyjne.

**Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:**

Wydaje mi się, że konstrukcja Funduszu kładzie nam kłody pod nogi w bardzo wielu aspektach. Podzielam pani pogląd, że powinny być ustalone standardy, ale proszę wziąć pod uwagę, jak moglibyśmy te standardy opracować. My możemy tylko ogłosić konkurs. Na opracowanie standardów zgłosi się organizacja, jeden podmiot, który to zrobi. Pozostaje pytanie: Czy Krajowe Biuro mogłoby wtedy ogłaszać konkursy, kładąc jako istotne kryterium oceny standardów opracowane przez jedną organizację pozarządową?

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Myślę, że nie. Według mnie trzeba nad tym prawnie popracować. Oczywiście nie może być to jedna organizacja tylko całe gremium osób, które wspólnie wypracują dobre standardy. Czy są jeszcze jakieś pytania do drugiego punktu? Nie? Dziękuję. W takim razie przechodzimy do trzeciego punktu: Leczenie substytucyjne – ograniczenia i potrzeby. I tutaj również poproszę o przedstawienie informacji panią dyrektor z Krajowego Biura.

**Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:**

Proszę państwa, leczenie substytucyjne w Polsce jest realizowane od 1992 roku. Pierwszy program był prowadzony przez Instytut Psychiatrii i Neurologii. Jeśli chcielibyśmy porównać z innymi krajami, szczególnie naszej części Europy, nie mamy się czego wstydzić. Leczenie substytucyjne rozwijało się przez lata z bardzo różną dynamiką, ale nie będę tutaj przywoływała historii. To, co mamy w tej chwili to około 2500 pacjentów. W leczeniu substytucyjnym jest około dwudziestu pięciu programów w całej Polsce, zlokalizowanych głównie w dużych miastach. W samej Warszawie mamy pięć programów leczenia substytucyjnego. Są niestety też duże ośrodki miejskie, miasta wojewódzkie, gdzie program jest niedostępny. Oznacza to, że w całym województwie nie ma żadnego programu leczenia substytucyjnego. Jest to województwo podlaskie i województwo podkarpackie. Dziesięć lat temu, gdy robiliśmy badanie dotyczące dostępności do różnych form terapii dla osób uzależnionych od narkotyków, okres oczekiwania na przyjęcie do programu leczenia substytucyjnego wynosił około sześć lat. Wydaje się to dzisiaj nieprawdopodobne, ale tak to wyglądało. W chwili obecnej nie ma kolejek do leczenia substytucyjnego. Przyjmowanie pacjentów odbywa się niemal na bieżąco, może być to

kwestia tygodnia lub dwóch tygodni. Czy to oznacza, że dostępność jest zapewniona w optymalny sposób? Wydaje nam się, że jednak nie. Fakt, iż programy leczenia substytucyjnego są w dużych miastach spowodował przez te lata tylko tyle, że część pacjentów bardzo zdeterminowanych, żeby mieć dostęp do leczenia substytucyjnego przeniosła się do tych dużych miast. Na przykład tak mamy w Warszawie, gdzie wśród pacjentów leczenia substytucyjnego, są osoby niebędące Warszawiakami, które tutaj przybyły, żeby mieć do niego dostęp. Gdyby uruchomić programy w mniejszych miejscowościach, na pewno okazałyby się, że tam też są pacjenci, tyle tylko, że nie byłyby to tak duże programy, jakie w tej chwili mamy. Przeciętnie w polskim programie jest nawet 150-200 osób. To generuje dodatkowe problemy, ponieważ skupienie w jednym miejscu dwustu osób uzależnionych od narkotyków, które mają swoją historię, przeszłość, sposób, styl funkcjonowania, nawet te aktualny, musi generować problemy. Dlatego wydaje nam się, że o wiele lepszym rozwiązaniem byłoby uruchomić większą liczbę programów z mniejszą liczbą pacjentów. W chwili obecnej jest to jednak raczej niemożliwe. Krajowe Biuro złożyło do Ministerstwa Zdrowia projekt zmiany ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, który zakłada, że zastosowanie w leczeniu substytucyjnym innych leków niż metadon, w szczególności tych, które mają w swoim składzie buprenorfinę, mogłyby być prowadzone poza programami przez lekarza, nie ma znaczenia czy lekarza POZ-u, ginekologa czy chirurga. Jednym słowem: każdy lekarz byłby uprawniony do prowadzenia leczenia substytucyjnego jeżeli środkiem stosowanym w terapii nie będzie metadon. Dlaczego takie rozróżnienie? Bo metadon jest związany z największym ryzykiem przedawkowania, w tym nawet przedawkowania zakończonym zgonem. W przypadku preparatów z buprenorfiną takie ryzyko prawie nie istnieje. Ten projekt nowelizacji ustawy do 6 grudnia był w konsultacjach zewnętrznych i na razie nie znamy jeszcze ich efektu, nie wiemy, jakie uwagi zostały zgłoszone. Na pewno, biorąc pod uwagę dostępność do leczenia substytucyjnego, gdyby udało się wprowadzić w życie tę nowelizację ustawy, byłby to kolejny krok. Wyszlibyśmy z tych dwudziestu pięciu programów z całej Polski na rzecz rozwiązań, które powodowałyby, że to leczenie substytucyjne byłoby możliwe bliżej miejsca zamieszkania. Nie chcę wprowadzać państwa we wszystkie niuanse, bo nawet to rozwiązanie też ma swoje różnego rodzaju zagrożenia i ryzyka, ale wydaje się, że ten krok jednak trzeba zrobić, żeby można było mówić o tym, że to leczenie w Polsce jest lepiej zorganizowane niż do tej pory. Jeśli chodzi o samo leczenie substytucyjne tak jak było ono realizowane do tej pory, w stu procentach koszty pokrywał Narodowy Fundusz Zdrowia. Są to koszty rzędu 19-20 milionów rocznie.

**Wiceprzewodnicząca zespołu poseł Krystyna Wróblewska (PiS):**

Powiedziała pani, że nie ma tych programów w województwie podkarpackim i podlaskim. Proszę mi powiedzieć, jak jest to rozwiązywane?

**Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:**

Jeżeli chodzi o badania epidemiologiczne, rzeczywiście jest tak, że są to takie dwa województwa, gdzie rozpowszechnienie używania narkotyków jest niższe niż w innych województwach. Ale nie oznacza to, że nie ma tam osób uzależnionych od opioidów. One po prostu albo nie korzystają z leczenia substytucyjnego, używając dalej heroiny, albo przenoszą się do ośrodków, gdzie to leczenie substytucyjne jest dostępne. Obserwujemy to w szczególności w Warszawie, ale nie tylko. Na przykład większa część pacjentów leczonych w Opolu to są pacjenci z Częstochowy. Program leczenia substytucyjnego w Opolu doszedł do takiej sprawności organizacyjnej, że organizuje bus dla tych pacjentów, podstawia go w umówionym miejscu i przywozi pacjentów z Częstochowy do Opola, żeby mogli korzystać z leczenia substytucyjnego. Sami państwo rozumieją, że to nie jest optymalne rozwiązanie. Powinien być program w Częstochowie i to byłoby znacznie bardziej logiczne.

**Wiceprzewodnicząca zespołu poseł Krystyna Wróblewska (PiS):**

Co można zrobić, żeby ten rodzaj leczenia był dostępny w województwie podkarpackim?

**Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:**

Próbowaliśmy już kilka lat temu. Organizowaliśmy konferencje w województwie podkarpackim, kontaktowaliśmy się bezpośrednio z organizacjami pozarządowymi, które prowadziły tam podmioty lecznicze. Bo leczenie substytucyjne może prowadzić tylko podmiot leczniczy i taki podmiot musi sam wystąpić z taką inicjatywą. Musi wystąpić o pozytywną opinię do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i do

marszałka województwa. Marszałek województwa wydaje zezwolenie. Do tej pory nie zdarzyło się, żeby marszałek województwa odmówił czy żeby Krajowe Biuro zaopiniowało taki wniosek negatywnie. To nie są te prawdziwe przeszkody. Przeszkoda jest taka, że w województwie podkarpackim nigdy nie było podmiotu organizacji pozarządowej, która chciała utworzyć leczenie substytucyjne w tym województwie.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Czy to może być tylko organizacja pozarządowa?

**Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:**

Nie, podmiotem założycielskim dla podmiotu leczniczego może być na przykład marszałek województwa, minister lub organizacja samorządowa. Wspomniałam o organizacjach pozarządowych, ponieważ do 2005 roku tylko tzw. podmioty publiczne miały uprawnienia do tego, żeby wystąpić o zgodę na prowadzenie leczenia substytucyjnego. W 2005 roku Krajowe Biuro wystąpiło z projektem nowelizacji, żeby te uprawnienia mogły mieć również organizacje pozarządowe, które prowadzą podmioty lecznicze. Wydawało nam się wtedy, że jeśli otworzymy tę możliwość, organizacje pozarządowe będą zainteresowane. Na skutek tej nowelizacji znalazły się organizacje zainteresowane realizacją leczenia substytucyjnego, ale nie stało się tak jak sądziliśmy, że na przykład w takim województwie podkarpackim na pewno znajdzie się jakaś organizacja. Jeżeli rozmawia się z osobami zorientowanymi w tym temacie z województwa podkarpackiego czy podlaskiego, mówią one tak: „My nie będziemy otwierać w naszym województwie takiego programu, ponieważ nie ma klientów”. Jednak nasze doświadczenie podpowiada nam, że nie jest to prawda. Obserwowaliśmy to w województwie pomorskim, gdzie bardzo długo walczyliśmy o to, żeby program leczenia substytucyjnego powstał. Argumentem przedstawianym za tym, że ten program nie może powstać w województwie pomorskim było to, że lokalnie działające tam podmioty mówiły, że w poradniach leczenia uzależnień zarejestrowanych jest tylko dziesięciu opiatowych narkomanów i że jest to tak mała liczba, że nie opłaca się tworzyć takiego programu. Po kilku latach ten program powstał i raptem okazało się, że osób uzależnionych od opioidów w tym województwie jest około pięćdziesięciu lub sześćdziesięciu. Nie liczę tych, którzy dojeżdżają z innego województwa. Jeśli stworzy się oferty, te osoby się ujawniają. Bardzo wiele z tych osób uzależnionych, które teraz leczą się w programach leczenia substytucyjnego w województwie pomorskim to osoby, które nie miały swojej historii w istniejących placówkach leczenia uzależnień. Kiedyś korzystały z pomocy, potem ta oferta była dla nich nieadekwatna. Przez lata żyły ze swoim problemem natomiast nie korzystały z leczenia i dlatego nie można było ich w ten sposób zidentyfikować.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

W Gdańsku również osoby jeździły autobusem w inne rejony Polski. Teraz poproszę o wypowiedź pana dyrektora.

**Dyrektor Departamentu Nadzoru nad Środkami Zastępczymi Głównego Inspektoratu Sanitarnego Tomasz Białas:**

Bardzo dziękuję za głos. Państwowa Inspekcja Sanitarna, którą reprezentuję co prawda nie zajmuje się leczeniem, a raczej profilaktyką i zapobieganiem. Chciałbym zwrócić uwagę – uzupełniając to, o czym mówiła pani dyrektor – że w tej chwili rzeczywiście rynek narkotykowy i ilość osób uzależnionych od narkotyków w Polsce się bardzo mocno zmienia. Liczba osób uzależnionych od heroiny nie rośnie, wręcz przeciwnie. Ilość heroiny na rynku jest mniejsza, ponieważ wzrasta zainteresowanie narkotykami nowej generacji tzw. dopalaczami. Dzieje się tak z uwagi na cenę, łatwość dostępu, status prawny oraz wiele innych uwarunkowań. Myślę, że rzeczywiście może być tak, że tych osób, które potrzebują leczenia substytucyjnego, dotyczącego wyłącznie heroinistów, może nie być duża. Chciałbym zwrócić uwagę na dwie tendencje, które w tej chwili się zarysowują. Nie mamy twardych danych, ale warto o tym powiedzieć. Po pierwsze, część osób, które iniekcyjnie wstrzykiwały sobie heroinę przechodzą na tańsze substytuty i nie są to substancje podobne do heroiny, a substancje z grupy syntetycznych katynonów. Jest to tendencja, która przychodzi do nas z południa Europy. Pojawiają się informacje, że osoby, które kiedyś sięgały po heroinę zaczynają używać innych substancji. Pierwsze pytanie brzmi: Czy istnieje możliwość pomocy? Druga kwestia to fakt, że zaczynają pojawiać się w Polsce nowe substancje syntetyczne, pochodne fentanylu, które są wyjątkowo niebezpieczne. To są substancje, które spowodowały dużą ilość zgonów w Stanach Zjednoczonych. Mamy przypuszczenia, że

mogły doprowadzić do zgonów również w Polsce. Obawiam się, że może to być przyszłość sceny narkotykowej – odchodzenie od heroiny będącej dosyć drogim produktem dla osób, które jej potrzebują na rzecz tańszych zamienników. Może to powodować, że pomoc, która jest realizowana przez państwo dla osób uzależnionych od heroiny, będzie musiała zostać zmieniona, z uwzględnieniem tych, które używają syntetycznych zamienników. W tej chwili mało na ten temat wiemy, bo nie ma usystematyzowanych badań. Dane epidemiologiczne dotyczące zatruć, które zbieramy, są bardzo niepełne i jest ich niewiele. Ale może się zdarzyć, że będziemy szli w kierunku mniejszej potrzeby zapewnienia leczenia osobom uzależnionym od heroiny, a kierowania pewnych środków w stronę osób uzależnionych od nowych syntetyków. Dziękuję bardzo.

**Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:**

Zgadając się z panem dyrektorem Białasem, że już od kilku lat obserwujemy bardzo dynamiczne zmiany na scenie narkotykowej, to jeśli chodzi o osoby uzależnione od heroiny, nasze ostatnie oszacowania odnośnie liczby takich osób w Polsce mówią, że jest to około 10.000 – 18 000. Przyjmijmy średnio, że jest ich około 14 000. W leczeniu substytucyjnym mamy około 2500 osób. Oznacza to, że bez względu na zmiany na scenie narkotykowej, są heroiniści, którzy wymagają pomocy. Nasz odsetek osób uzależnionych od heroiny, które są objęte leczeniem substytucyjnym, jest jednym z najniższych w Europie. Przy założeniu, że uzależnionych jest 14 000 osób, w leczeniu substytucyjnym mamy jakieś 15% osób uzależnionych od heroiny. W krajach Europy Zachodniej ten odsetek jest bardzo zróżnicowany, ale Światowa Organizacja Zdrowia uważa, że jeżeli ten odsetek jest niższy niż 30%, czyli jeżeli mniej niż 30% pacjentów uzależnionych od heroiny jest w leczeniu substytucyjnym, oznacza to, że efekty tego leczenia nie przekładają się na wymierne efekty w zdrowiu publicznym. Tych osób jest za mało, żeby można było powiedzieć, że ma to globalne znaczenie dla zdrowia publicznego. Nie jest tak, że zakażeni są tylko w grupie narkomanów i są tam hermetycznie zamknięci i nie ma ryzyka przenoszenia tych chorób. Osoby uzależnione od narkotyków – czy to mężczyźni, czy kobiety – prostytuują się nie robią tego tylko z osobami z tej samej grupy. Tutaj prawdopodobieństwo przenoszenia różnego rodzaju ryzyk jest poważne. Na Zachodzie są kraje, gdzie ten wskaźnik wynosi 60%, 65% czy 70% osób uzależnionych od heroiny w leczeniu substytucyjnym. W dalszym ciągu mamy, mimo tych tendencji, o których pan dyrektor powiedział, coś w tej mierze do zrobienia. Nie możemy czekać. A jeśli chodzi o fentanyl, o którym też wspominał pan dyrektor, jednak to też będą klienci programów leczenia substytucyjnego. U naszych sąsiadów w republikach nadbałtyckich, zdaje się, że na Łotwie, w tej chwili większość pacjentów, klientów leczenia substytucyjnego to właśnie ci uzależnieni od fentanylu. Oczywiście inne dopalacze tu nie wchodzi w grę, ale akurat ta substancja – tak.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Pani dyrektor, powiedziała pani, że staracie się, żeby leczenie środkami substytucyjnymi, oprócz metadonu, mogli prowadzić lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Czy trwają już nad tym jakieś prace?

**Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:**

Tak, projekt nowelizacji ustawy został przekazany i jest już po uzgodnieniach zewnętrznych. Termin uzgodnień zewnętrznych minął, zdaje się, 6 grudnia, tak że te uwagi wpłynęły do Ministerstwa Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia będzie nad nimi pracowało. Ze względu na krótki termin nie znamy jeszcze tych uwag. Mogę powiedzieć, że na podstawie moich rozmów z lekarzami, którzy zajmują się leczeniem substytucyjnym, odnoszę wrażenie, że są oni raczej pozytywnie nastawieni do tych zmian.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję. Bardzo proszę o zabranie głosu pana ze stowarzyszenia JUMP '93. W przerwie, zanim pan uruchomi swoją prezentację, chciałabym prosić wszystkich państwa o to, że jeżeli mają państwo jakieś sugestie co do pracy na kolejne półrocze, propozycje tematów, jakimi miałyby się zajmować Zespół, bardzo proszę o uwagi. Będą one dla nas bezcenne.

**Prezes Stowarzyszenia JUMP '93 Jacek Charmast:**

???

**Przewodnicząca posel Małgorzata Zwiercan (WiS):**

Dziękuję panu za przedstawienie bardzo istotnych elementów leczenia substytucyjnego. Mam jeszcze prośbę do wszystkich państwa, którzy mieli prezentacje, żeby przesłali je do mnie. Ja roześlę je do innych. Myślę, że będzie to dla nas świetny materiał do pracy. To, co pan zauważył, wiem też ze swojego doświadczenia. Poznałam osobę, która chciała zejść z leczenia substytucyjnego i wiem, że te programy nie są doskonałe i trzymanie pacjenta, mówiąc kolokwialnie, na takiej krótkiej smyczy, według standardów humanitarnych jest po prostu nieludzkie. Być może jest to wada tego systemu i należy się temu przyglądać. Myślę, że nasze dzisiejsze spotkanie pokazało, jak wiele rzeczy mam bardzo dobrze zorganizowanych, ale również pokazało, w jakim kierunku powinniśmy iść i że całe nasze życie we wszystkich obszarach się zmienia. Trzeba uważnie patrzeć na zmiany, które powinniśmy wprowadzać w leczeniu uzależnień i po prostu je wprowadzać. Nie może być tak, że coś powstało kilka lat temu i nie będziemy tego zauważać. Myślę, że to, że się tutaj spotykamy i głośno mówimy o problemach, o tym, co nam się podoba, jest bardzo ważne dla nas wszystkich. Odkąd państwa poznałam wiem, że wszyscy macie wielkie serce i pacjent jest dla was najważniejszy. Myślę, że to jest podstawą naszego działania. Widzę, że przed nami mnóstwo pracy legislacyjnej i razem z Ministerstwem Zdrowia musimy jak najszybciej podjąć kroki w tym kierunku. Będę prosiła również o to, żeby przesyłali państwo swoje uwagi do tego, co będziemy tam tworzyli. Będę to przesyłała i będziemy wspólnie wypracowywać nowelizacje do aktów prawnych, które mamy. Dziękuję ślicznie państwu. Jest to nasze ostatnie spotkanie w tym roku. Chciałam państwu życzyć przede wszystkim dużo zdrowia i siły. Żebyście znaleźli troszeczkę czasu, bo co poniektórych widzę, że są mocno zmęczeni. Należy się wam wszystkim troszeczkę odpoczynku, bycia razem z bliskimi, wytchnienia. Życzę, żeby te święta w gronie rodzinnym były magiczne, pełne miłości, zrozumienia i żebyśmy rozumieli siebie nawzajem. Jeszcze raz życzę państwu wszystkiego dobrego. Dziękuję.