



## POWOŁANIE KRAJOWEGO CENTRUM PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM

Z dyrektorem Centrum dr. Piotrem Jabłońskim rozmawia  
Tomasz Kowalewicz.

**– Od początku 2022 roku rozpoczęło działanie Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU), utworzone w wyniku połączenia niezależnie wcześniej działających: Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.**

**Jakie zmiany w polityce społecznej państwa powoduje połączenie tych instytucji?**

– Połączenie instytucji jest prawnym i organizacyjnym efektem procesów, które w obszarze problematyki uzależnień toczą się w naszym kraju od wielu lat i które znajdują swoje odzwierciedlenie w podobnych działaniach podejmowanych w innych krajach.

Odejście od „silosowego” modelu postrzegania problematyki uzależnień wynika z coraz powszechniejszej obserwacji, iż problemy generowane przez uzależnienia chemiczne, od substancji legalnych i nielegalnych, oraz uzależnienia behawioralne mają podobną naturę etiologiczną i kliniczną oraz tworzą wzajemnie przenikający się zespół zjawisk o charakterze zdrowotnym, społecznym i prawnym. W tworzeniu warunków do kompleksowego podejścia do tej problematyki upatruje się możliwości skutoczniejszego i efektywniejszego wykorzystywania zasobów ludzkich i materialnych, jakie społeczeństwa przeznaczają na jej rozwiązywanie. W Polsce przejawy tych tendencji szczególnie obserwowane są w obszarze profilaktyki (głównie uniwersalnej), w lecznictwie (we wzroście ilości diagnoz F.19.2.: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych)

czy w praktyce samorządowej, w której już około 50% gmin realizuje wspólne programy przeciwdziałania problemom uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Połączenie instytucji z obszaru tematyki uzależnień nie zakłada więc, w moim rozumieniu, jakichś gwałtownych zmian w tym obszarze, a raczej dążenie do doskonalenia polityki rozwiązywania problemów uzależnień opartej na dowodach naukowych i dobrych praktykach, w zgodzie z najlepiej rozumianym interesem społecznym, uwzględniającym zarówno perspektywę pomocy osobom uwikłanym w problematykę uzależnień, jak i przyczynianie się do generalnej poprawy jakości zdrowia i bezpieczeństwa publicznego. Bazą tych oddziaływań powinna być kontynuacja współpracy i koordynacja działań pomiędzy organizacjami publicznymi, rządowymi i samorządowymi oraz organizacjami reprezentującymi społeczeństwo obywatelskie. Przejawami nowych tendencji jest z pewnością rozszerzenie zadań spoczywających na władzach samorządu gminnego i wojewódzkiego o problematykę uzależnień behawioralnych oraz otwarcie perspektywy objęcia przez KCPU obszaru innych uzależnień, nie tylko tych znajdujących się w obszarze oddziaływania Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Myślę tu przede wszystkim o rozpoczęciu rozważania potrzeby rozszerzenia mandatu KCPU o tematykę nikotynizmu i wyrobów tytoniopodobnych.

**– Integracja polityk społecznych dotyczących uzależnień odbywa się na poziomie centralnym. Czy ten proces schodzi lub będzie schodzić „w dół”, to znaczy,**

*czy specjalistyczne placówki zajmujące się dotychczas tylko uzależnieniami od narkotyków i te, które koncentrowały się na przeciwdziałaniu problemom z alkoholem także będą rozszerzać oddziaływania na wszelkie uzależnienia chemiczne, dołączając ponadto pracę z osobami mającymi problemy z uzależnieniami behawioralnymi?*

– To, co zostało nazwane „procesem schodzenia w dół”, pogłębia się już na poziomie jednostek samorządu terytorialnego. Ustawa z 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw wskazuje, że zadania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym powinny stanowić element gminnych lub wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii i powinny zostać ujęte w uchwalanych gminnych programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii. Ustawodawca zdecydował się powierzyć gminom, poza zadaniami z zakresu uzależnień od substancji, również te dotyczące przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym ze względu na ich rosnące rozpowszechnienie oraz wynikające z nich szkody zarówno zdrowotne, jak i społeczne.

Może warto tu dodać, że termin „uzależnienia behawioralne”, którym posłużył się ustawodawca, określa takie formy zachowań, które nie są związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, ale z wykonywaniem pewnych czynności (hazard, zakupy, granie w gry itp.), a ich specyfiką jest m.in. utrata kontroli nad tymi zachowaniami czy czynnościami. W kontekście leczenia uzależnień już od dawna obserwujemy odchodzenie w praktyce terapeutycznej od sztucznego podziału pacjentów na grupy osób powiązane z używaniem poszczególnych substancji chemicznych o różnym działaniu na układ nerwowy czy różnym statusie prawnym.

Tam, gdzie jest to uzasadnione diagnostycznie i klinicznie, należy zachowywać dostęp do specyficznych form leczenia, co najczęściej manifestuje się w postępowaniu farmakologicznym. Jednakże, po przejściu do fazy leczenia uzależnienia psychicznego dominującą formą są różnorodne oddziaływania psychoterapii i wsparcia psychospołecznego (stosowane w uzasadnionych potrzebach pacjentów przypadkach)

z udziałem wsparcia farmakologicznego, w prowadzeniu których to form kwestie przyjmowanych substancji nie odgrywają decydującej roli.

*– Czy dobrze myślę, że objęcie wszelkich uzależnień jednym systemem będzie dotyczyć także szkolenia kadry?*

– To już się dokonało wraz z wejściem w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień. Przypomnę, że właśnie ten akt prawny wprowadził jednolity system kształcenia dla specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień, bez względu na to, czy osoba kształcąca się udziela świadczeń zdrowotnych dla osób uzależnionych od alkoholu czy osób uzależnionych od innych niż alkohol substancji psychoaktywnych. Obecnie 13 podmiotów szkoli terapeutów uzależnień wg jednolitego standardu kształcenia wynikającego z wymienionego rozporządzenia ministra zdrowia. Ustawa o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym, która weszła w życie 1 stycznia 2022 roku podtrzymuje jednolity system kształcenia osób, które chcą prowadzić terapię pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych i uzależnionych behawioralnie oraz członków ich rodzin. Przy czym nowe regulacje wprowadzają ścieżkę kształcenia specjalizacyjnego zgodnie z ustawą o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Uzyskany w trybie ścieżki specjalizacyjnej tytuł to specjalista w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Dotychczasowe certyfikaty specjalisty i instruktora wydane przez PARPA lub KBPN zachowują moc. Certyfikaty specjalisty psychoterapii są równoważne z tytułem specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

*– Czy podobnie będzie zarówno w obszarze kształcenia terapeutów uzależnień, jak i profilaktyków?*

– Koncepcja podnoszenia standardów pracy profilaktyków przyjęła inny kształt niż szkolenie psychoterapeutów. Praca nad kwalifikacją rynkową, podjęta z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, dotycząca profilaktyki w zakresie używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń

behawioralnych, rozpoczęła się już blisko trzy lata temu i zakończyła złożeniem dwóch wniosków do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji. Współpraca w tym zakresie prowadzona była od początku z pracownikami PARPA, co zapewnia już w nowym podmiocie, w Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, integrację w obszarze profilaktyki uzależnień substancji chemicznych oraz zachowań. Opis kwalifikacji w ramach Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji jest jedną z dróg podniesienia jakości działań profilaktycznych w Polsce. System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego odnosi się do oceny programów, a systemy szkoleniowe (Skuteczny Samorząd, ASAP) podnoszą umiejętności osób odpowiedzialnych za realizację profilaktyki na danym terenie. Kwalifikacja rynkowa natomiast odnosi się do wiedzy i umiejętności potencjalnych realizatorów programów profilaktycznych i promocji zdrowia. Jest to zatem kolejny obszar, który jest obecnie „porządkowany”. 31 grudnia 2021 roku złożono dwa wnioski o włączenie kwalifikacji do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji o nazwie: *Prowadzenie promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uniwersalnej w zakresie używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń behawioralnych* oraz *Prowadzenie selektywnej i wskazującej profilaktyki w zakresie używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń behawioralnych oraz minimalizowania problemów związanych z tymi zachowaniami*. Pracując nad kwalifikacjami rynkowymi dotyczącymi profilaktyki, nie odwołujemy się do realizacji konkretnych programów profilaktycznych, ale do międzynarodowych standardów obowiązujących w profilaktyce opartej na naukowych podstawach. Wdrażanie tych standardów w pracę profilaktyków ma na celu ochronę odbiorców, a szczególnie dzieci i młodzieży. Kwalifikacje rynkowe dotyczą wiedzy i umiejętności, które powinna posiadać osoba chcąca realizować profilaktykę. Posiadanie tych kwalifikacji ma być póki co możliwością, a nie obowiązkiem. Jeżeli uznajemy międzynarodowe standardy w profilaktyce i pragniemy, by były one wdrażane, to wiedza w tym zakresie powinna zostać wprowadzona i egzekwowana. Potwierdzenie zdobytej wiedzy i umiejętności ma służyć realizacji w praktyce profilaktyki dobrej jakości, zgodnej z najwyższymi obowiązującymi aktualnie standardami jakości.

Ustawa z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (Dz.U. z 2016 r., poz. 64) określa wszystkie procedury wpisania kwalifikacji, proces uzyskania miana Instytucji Certyfikującej oraz egzaminowania i walidacji do uzyskania kwalifikacji. Obecnie wnioski o włączenie kwalifikacji do Systemu są przekazane do weryfikacji ministra właściwego ds. zdrowia. Minister przeprowadzić ma konsultacje środowiskowe, zebrać opinie specjalistów, powołuje Zespół Ekspertów, który wydaje rekomendacje. Następnie przygotowuje obwieszczenie i przesyła informację do Zintegrowanego Rejestru Kwalifikacji. Kolejnym krokiem jest nadawanie uprawnień do certyfikowania kwalifikacji rynkowej. Procesy te trwać mogą jeszcze dość długo. Mijmy nadzieję, że w roku 2023 będziemy mieli kwalifikacje już w pełni wpisane w ZSK.

*– A jak – w związku z instytucjonalną integracją na poziomie centralnym struktur przeciwdziałających problemom alkoholowym i narkotykowym – będzie wyglądać sytuacja w placówkach terenowych? Czy należy spodziewać się, że na przykład poradnie terapii uzależnienia od alkoholu zaczną przyjmować także pacjentów z problemem narkotykowym oraz osoby z kłopotami behawioralnymi?*

– Do 31 marca 2022 roku samorządy wojewódzkie i gminne mają obowiązek przyjąć nowe wojewódzkie/gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Ich elementem stały się uzależnienia behawioralne. Ustawodawca zadbał o to, żeby ten system na poziomie centralnym, regionalnym i lokalnym był spójny i obejmował te trzy kategorie problemów – alkohol, narkotyki i uzależnienia od zachowań.

Jeśli chodzi o kwestie leczenia uzależnień, to przyjęte rozwiązania prawne akceptują obserwowaną od lat praktykę leczniczą. W większości placówek terapii uzależnień przyjmuje się pacjentów z problemami używania lub uzależnienia od wielu substancji oraz pacjentów z zaburzeniami „od czynności”, z również dość często współwystępującym używaniem psychoaktywnych substancji chemicznych. Logiczną konsekwencją obserwowanej praktyki i idących w jej ślad rozwiązań organizacyjnych oraz

prawnych stała się decyzja ministra zdrowia z dnia 29 marca 2021 roku o powołaniu „Zespołu do spraw opracowania reformy systemu leczenia uzależnień”, którego zadaniem jest przygotowanie rozwiązań i rekomendacji służących poprawie funkcjonowania systemu leczenia uzależnień, a w szczególności opracowanie kompleksowych rozwiązań w zakresie organizacji leczenia uzależnień, w tym w zakresie warunków udzielania świadczeń gwarantowanych z obszaru leczenia uzależnień.

**– *A czy gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiące dotychczas interdyscyplinarne zespoły ekspertów w zakresie lokalnej polityki wobec problemów alkoholowych, zajmą się innymi rodzajami uzależnień?***

– Jeśli spojrzemy na zapisy prawne ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi to wynika z nich, że kluczowym zadaniem gminnych komisji jest inicjowanie działań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu. Z kolei dalej ustawa wskazuje, jakie to są działania, a jednym z nich od 1 stycznia 2022 roku jest także przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym. Więc ustawodawca niejako wymusił na gminnych komisjach zajmowanie się również i tego rodzaju uzależnieniami. Z kolei widzimy, że przynajmniej połowa gmin już przed 1 stycznia przyjmowała wspólne gminne programy tzw. alkoholowe i narkotykowe, i mimo że ustawodawca tego nie wymagał, to zwykle gminne komisje pracowały merytorycznie nad zawartością całych gminnych programów, nie pomijając tematyki przeciwdziałania narkomanii. Natomiast nie zmienia się procedura zobowiązania do leczenia odwykowego, wciąż dotyczy ona tylko osób uzależnionych od alkoholu.

**– *Na koniec zapytam: jakie są aktualnie najpoważniejsze wyzwania stojące przed zintegrowaną instytucją przeciwdziałającą w naszym kraju uzależnieniom?***

– Wyzwania te mają co najmniej podwójną naturę. Pierwsza grupa wyzwań to te związane bezpośrednio z kwestiami merytorycznymi, takimi jak ustalenie priorytetów, proporcji pomiędzy obszarami dotych-

czas charakterystycznymi dla osobno działających instytucji. Wyniki badań nad obszarami konsumpcji substancji psychoaktywnych pokazują jednoznacznie, że wbrew stereotypowym poglądom narkotykiem „furtkowym” (*gate drug*), od którego zaczynają się inicjacje narkotykowe w Polsce, nie jest marihuana a alkohol. Przed nami wielkie zadanie – próba zmiany olbrzymiego przyzwolenia społecznego na używanie alkoholu i idąca w ślad za nim powszechna jego dostępność, głównie fizyczna (miejsca sprzedaży), ale i ekonomiczna. Czasy, w których dokonujemy zmian prawnych i organizacyjnych w obszarze polityki rozwiązywania problemów uzależnień (COVID, agresja Rosji na Ukrainę, poczucie zagrożenia potencjalną wojną na szerszą jeszcze skalę) powodują wzrost napięcia społecznego, lęku, zachowań depresyjnych, obniżenia poczucia bezpieczeństwa. Wszystkie te zjawiska z jednej strony wpływają również na poziom przyjmowania substancji zmieniających świadomość, a z drugiej pokazują, jak działania nakierowane na uzależnienia są skorelowane, i jak powinny być skoordynowane z całą sferą polityki zdrowotnej i społecznej państwa na wszystkich jego poziomach. Myślę tu nie tylko o instytucjach centralnych, ale i o władzy samorządowej i organizacjach reprezentujących społeczeństwo obywatelskie.

Umieszczenie funkcji Centrum i określenie jego planów strategicznych, ale i odpowiadanie na dynamicznie pojawiające się problemy tu i teraz, to podstawowe zadania na najbliższą przyszłość.

Drugim wymiarem wyzwań, mniej merytorycznym, a bardziej związanym ze sferą psychologiczną, mentalną, są kwestie „pogodzenia” się z nową rzeczywistością prawną i organizacyjną w dziedzinie uzależnień. Wszyscy byliśmy przyzwyczajeni do innej struktury i innych form współpracy. Nowa sytuacja od wszystkich interesariuszy wymaga modyfikacji stanowisk i aktywności. Jednakże, obserwując to, co się aktualnie wydarza i reakcje na zmiany na wszystkich poziomach organizacyjnych, odnoszę wrażenie, że większa jest świadomość korzyści, jakie możemy odnieść z prowadzenia spójnej, skoordynowanej polityki rozwiązywania problemów uzależnień, niż obawa przed niepowodzeniem.

**– *Bardzo dziękuję za rozmowę.***