



# Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 2 (66) 2014

NR 2

2014

# WPROWADZENIE

**Drodzy Czytelnicy,**

*na stronie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN) – [www.cinn.gov.pl](http://www.cinn.gov.pl) – został zamieszczony raport z ewaluacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010. Zachęcam Państwa do zapoznania się z opublikowanym w Serwisie wywiadem z Januszem Sierosławskim, autorem tego raportu. Ewaluacja odpowiada na pytanie, w jakim stopniu udało się zrealizować cele poprzednio obowiązującego Krajowego Programu. Rozważano także, które ze zdiagnozowanych zmian można w zasadny sposób przypisać realizacji Programu. Interpretacja zebranych danych jest optymistyczna. Zgodnie z główną konkluzją raportu: „Cel główny Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, jakim było ograniczenie używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych, w pewnym stopniu został osiągnięty. Wprawdzie wzrosło rozpowszechnienie używania przetworów konopi, to jednak odgraniczeniu uległo rozpowszechnienie używania innych, bardziej niebezpiecznych narkotyków”.*

*Na stronach CINN dostępny jest również „Europejski raport narkotykowy na rok 2014: tendencje i osiągnięcia”, analizujący najnowsze dane uzyskane z 28 państw członkowskich UE, a także z Turcji i Norwegii. W niniejszym numerze Serwisu raport ten omawia Klaudia Palczak – ekspert EMCDDA. Wnioski z diagnozy europejskiego rynku narkotykowego nie są jednoznacznie pozytywne. Zebrane informacje pokazują, że mimo pozytywnych ogólnych tendencji w takich obszarach zdrowia publicznego, jak liczba zgonów i chorób zakaźnych związanych z narkomanią, nasila się problem zagrożeń ze strony narkotyków syntetycznych, nowych substancji psychoaktywnych i produktów leczniczych. Rośnie także zagrożenie wynikające z nowych technik produkcji tradycyjnych narkotyków – takich jak konopie indyjskie. Wart podkreślenia jest natomiast rozwój systemu monitorowania sytuacji na poziomie krajów UE oraz europejskim. Współpraca specjalistycznych agend krajowych w coraz większym stopniu umożliwia porównywanie danych z poszczególnych krajów oraz diagnozowanie sytuacji na poziomie europejskim – dzięki postępującej standaryzacji metod zbierania danych.*

*O prowadzonym przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej projekcie „Kalkulator Kosztów Zaniechania – wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań na Mazowszu w zakresie polityki społecznej w obszarze analizy kosztów braku podejmowania działań aktywizująco-wspierających”, realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, piszą Barbara Wilamowska i Joanna Felczak. Oczekiwany stan docelowy przedsięwzięcia to użytkowy model Kalkulatora Kosztów Zaniechania (KKZ) – zestaw narzędzi do prowadzenia aktywnej polityki społecznej dla decydentów i realizatorów lokalnej polityki społecznej. Model umożliwi samorządom zmianę sposobu prowadzenia lokalnej polityki społecznej w taki sposób, aby zapewnić efektywność oraz spójność podejmowanych działań pomocowych opartych na aktywizacji i integracji, a nie tylko na działaniach interwencyjnych. Artykuł opisuje sposób zastosowania KKZ do osób zagrożonych i uzależnionych od środków psychoaktywnych jako grupy odbiorców świadczeń społecznych.*

**Życzę Państwu przyjemnej lektury  
Piotr Jabłoński**

# SPIS TREŚCI

## Gość Serwisu

### EWALUACJA KRAJOWEGO PROGRAMU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Janusz Sierosławski ..... 2

## Profilaktyka

### PROJEKT „REDUCE” CZYLI PROPOZYCJA PROFILAKTYKI HCV KIEROWANEJ DO KOBIET UŻYWAJĄCYCH INIEKCYJNIE NARKOTYKÓW

Katarzyna Dąbrowska, Jacek Moskalewicz ..... 5

## Uzależnienia behawioralne

### UZALEŻNIENIE OD INTERNETU

Magdalena Rowicka ..... 8

## Profilaktyka

### „DOPALACZE” CZYLI NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE: SKALA ZJAWISKA I PRZECIWDZIAŁANIE

Piotr Jabłoński, Artur Malczewski ..... 11

## Leczenie, redukcja szkód

### ZESPÓŁ DORADCZY DS. LECZENIA, REHABILITACJI, OGRANICZANIA SZKÓD ZDROWOTNYCH I REINTEGRACJI SPOŁECZNEJ

Bogusława Bukowska ..... 16

## Polityka społeczna

### REKOMENDACJE DLA SAMORZĄDÓW W ZAKRESIE PROBLEMU NARKOMANII – PROJEKT „KALKULATOR KOSZTÓW ZANIECHANIA”

Barbara Wilamowska, Joanna Felczak ..... 17

## Współpraca międzynarodowa

### PRZECIWDZIAŁANIE PROBLEMOWI NARKOTYKÓW I NARKOMANII W GRUZJI – POLSKIE WSPARCIE

Łukasz Jędruszek, Artur Malczewski ..... 22

### WSPÓŁPRACA Z UKRAINĄ W ZAKRESIE PODNOSZENIA KOMPETENCJI ZAWODOWYCH TERAPEUTÓW UZALEŻNIEŃ

Jagoda Władoń, Łukasz Jędruszek ..... 25

## Prawo

### WOJEWÓDZKIE KOMISJE DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH

Katarzyna Syroka-Marczewska ..... 28

### LECZYĆ CZY KARAĆ?

Krzysztof Krajewski ..... 32

## Badania, raporty

### NARKOTYKI I NARKOMANIA W EUROPIE 2014 – EUROPEJSKI PAKIET INFORMACYJNY

Klaudia Palczak ..... 38

## Publikacja

WYWIAD MOTYWUJĄCY Z MŁODZIEŻĄ I MŁODYMI DOROSŁYMI ..... 42

## Konferencje

### THE 4-TH WORLD FORUM AGAINST DRUGS ZDECYDOWANYM GŁOSEM PRZECIW LEGALIZACJI MARIHUANY

Katarzyna Żylińska ..... 43

## Internet

### PROFILAKTYCZNY PROGRAM W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIU OD ALKOHOLU, TYTONIU I INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH

..... III okładka

# EWALUACJA KRAJOWEGO PROGRAMU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII



*Z dr. Januszem Sierosławskim, autorem ewaluacji, rozmawia Tomasz Kowalewicz.*

**– Jest Pan autorem ewaluacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010. Na czym ta ewaluacja polegała?**

– Była to ewaluacja wyniku, czyli próba odpowiedzi na pytanie, jakie były efekty Krajowego Programu, albo inaczej mówiąc, w jakim stopniu zostały osiągnięte jego cele. Analizowano, jak zmieniały się poszczególne wskaźniki sceny narkotykowej w okresie realizacji programu. Chodzi tu oczywiście o te wskaźniki, które dotyczyły obszarów interwencji zaplanowanych w Krajowym Programie. Trzeba odróżnić trzy rodzaje ewaluacji: ewaluację procesu, ewaluację efektu (wyniku) i ewaluację wpływu. Ta pierwsza odpowiada na pytania o poprawność i kompletność działań przewidzianych w programie. Ten rodzaj ewaluacji prowadzony był na bieżąco przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, które pełniło rolę koordynatora realizacji programu. Drugi rodzaj ewaluacji koncentruje się na zmianach rejestrowanych w obszarach, na które oddziałymano w okresie realizacji ewaluowanego programu, nie przesądza jednak, czy te zmiany zostały wywołane przez program. Na badaną rzeczywistość oddziałuje nie tylko program, ale też cały zestaw innych niezależnych czynników, mogących powodować w niej zmiany znajdujące odzwierciedlenie w monitorowanych wskaźnikach. Tak więc, jeśli na przykład celem programu jest zmniejszenie śmiertelności wśród narkomanów, to obserwujemy, czy ta śmiertelność się zmniejszyła, czy nie. Jeśli tak, twierdzimy, że cel został osiągnięty, jednak nie przesadzamy, czy śmiertelność zmniejszyła się z powodu realizacji programu, czy może wynikała z oddziaływania innych czynników, np. zmian demograficznych albo jakichś oddziaływań, których nie ujęto w programie.

**– Czyli ewaluacja, którą Pan prowadził, dotyczyła odpowiedzi na pytanie, czy zaszły planowane, pożądane zmiany?**

– Badałem, czy zostały osiągnięte cele Krajowego Programu – czy zmiany, do których program miał doprowadzić – zaistniały. Podjąłem też próbę odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu program przyczynił się do uzyskania rejestrowanych zmian. Mogą to być jednak tylko hipotezy, a nie ostateczne rozstrzygnięcia. Dokonanie takich rozstrzygnięć wymagałoby stworzenia niemal laboratoryjnych warunków, w których można by wyizolować wpływ programu spośród innych wpływów, jakim podlega problem narkotyków.

**– Jakimi metodami była prowadzona ewaluacja?**

– Podstawą były badania typu *desk research* – wtórna analiza danych z badań na temat problemu narkotyków i narkomanii oraz analiza danych statystycznych zbieranych przez GUS, a także gromadzonych przez instytucje zaangażowane w reagowanie na problem narkotyków, takie jak leczenie, policja czy pomoc społeczna. Ewaluacja koncentrowała się na trzech obszarach, które stanowią główne filary Krajowego Programu: profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji, ograniczaniu szkód i integracji społecznej oraz ograniczaniu podaży.

**– Jaki okres obejmowała ewaluacja?**

– Zasadniczo ewaluacji poddano Krajowy Program na lata 2006–2010, ale w tych analizach wykorzystywałem dane z dłuższych serii czasowych. Na tyle długich, na ile to było możliwe, ponieważ po pierwsze, Krajowy Program nie jest bytem, który zaistniał nagle w 2006 roku. Program realizowany w latach 2006–2010 stanowił kontynuację poprzednich programów zapoczątkowanych w 1999 roku. Po drugie – przynajmniej niektóre cele ewaluowanego programu zostały sformułowane w kategoriach zmian – na przykład cel główny w obszarze profilaktyki jako zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki. Jeżeli

chcemy odpowiedzieć na pytanie, czy cel został osiągnięty, to musimy porównać dynamikę problemu w okresie realizacji programu z dynamiką, z którą mieliśmy do czynienia wcześniej. Nie wystarczy porównanie stanu w roku 2006 i 2010, bo to mogłoby nam odpowiedzieć tylko na pytanie, czy popyt zwiększył się, czy się nie zwiększył. Ustalilibyśmy w ten sposób tempo wzrostu w tym okresie, ale ponieważ cel został sformułowany jako zmniejszenie tempa, musimy zmianę rejestrowaną w analizowanym okresie porównać z tempem wzrostu w okresie wcześniejszym. Więc konieczne jest korzystanie z danych wcześniejszych. Staralem się też korzystać z danych późniejszych. Jednak zasadniczo nie udawało się wykroczyć poza rok 2011. Na przykład ostatnie badania rozpowszechnienia używania narkotyków w populacji generalnej zostały przeprowadzone w 2010 roku, następny pomiar jest planowany na 2014 rok. W 2012 roku przeprowadzono tego typu badania, ale to nie były badania z serii powtarzalnych, zatem porównywalność wyników pozostawia wiele do życzenia.

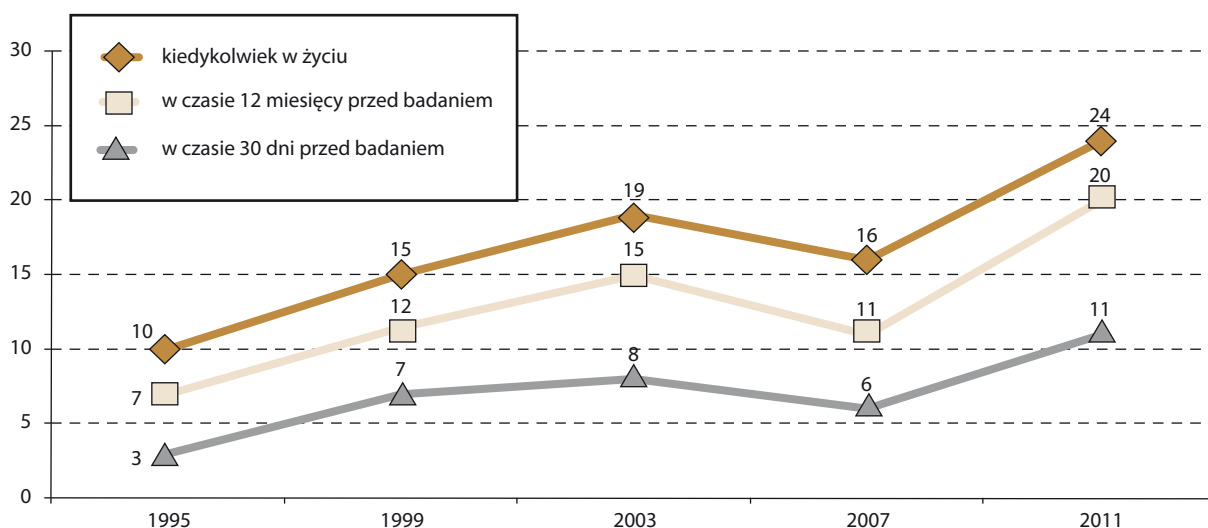
Kalendarz części badań, na przykład ESPAD (Europejski Program Badań Ankiety w Szkołach na temat Alkoholu i Narkomanii), jest wyznaczany porozumieniami międzynarodowymi i nie można tego zmienić, jeśli chce się mieć międzynarodową porównywalność. Nie można dostosować uzgodnionego na europejskim poziomie harmonogramu do terminów uchwalania naszych krajowych programów. Dlatego są przesunięcia. Z tego punktu widzenia szczególnego znaczenia nabiera analiza trendów długofalowych, z próbą odpowiedzi na pytanie, jak te trendy kształtują się w okresach realizacji kolejnych programów.

### – Jakie są główne wnioski z ewaluacji?

– Co do najważniejszych wyników, to po pierwsze, jeśli chodzi o używanie narkotyków innych niż przetwory konopi, to obserwujemy stabilizację. Można więc powiedzieć, że cel Krajowego Programu został nie tylko osiągnięty, ale wręcz przekroczony, ponieważ w latach wcześniejszych mieliśmy do czynienia ze wzrostem konsumpcji narkotyków innych niż cannabis, szczególnie w drugiej połowie lat 90. Potem – do 2003 albo 2007 roku – w zależności od narkotyku, mieliśmy do czynienia ze spadkiem, w okresie do 2010 roku obserwujemy stabilizację.

Jeśli chodzi o marihuanę, to sytuacja jest bardziej złożona. Trendy konsumpcji silnie falują. W zależności od przyjętego do analizy modelu matematycznego, można powiedzieć, że albo trend długofalowy wskazuje na zmniejszenie się tempa wzrostu konsumpcji przetworów konopi – przy analizie wg modelu logarytmicznego, albo – wg modelu wielomianowego – mamy do czynienia z falowaniem konsumpcji: pierwsza fala wzrostu używania przetworów konopi do 2000 roku, potem spadek rejestrowany w 2007 roku i obecnie znowu wzrost. Nie wiemy, czy ten spadek w 2007 roku był rzeczywisty, czy był to wynik błędnego raportowania przez respondentów. Tak naprawdę dopiero za rok będziemy wiedzieć, jak wygląda sytuacja, po przeprowadzeniu kolejnego pomiaru w programie ESPAD. Dla wzrostu konsumpcji przetworów konopi między 2007 a 2011 rokiem jest kilka wyjaśnień, nawet jeśli przyjąć, że ten spadek rejestrowany w 2007 roku był rzeczywisty, a nie, że była to kwestia ograniczeń w raportowaniu. Przetwory konopi stały się przedmiotem publicznej debaty, w której

**Wykres 1. Używanie przetworów konopi kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odsetki badanych)**





przeważały poglądy liberalne, mocno nagłaśniane przez część mediów. Także w niektórych krajach europejskich silne są tendencje liberalizacyjne. Nigdzie natomiast nie widać, żeby prawo mocniej uderzało w narkotyki, w szczególności w marihuanę. To, że klimat wokół marihuany i w Europie, i w naszym kraju jest coraz cieplejszy, sprzyja prawdopodobnie używaniu marihuany, ale również zachęca do raportowania o tym w badaniach ankietowych. Być może dlatego także w badaniach ankietowych w populacji generalnej zarejestrowano w 2010 roku duży wzrost rozpowszechnienia używania marihuany i haszyszu w stosunku do 2006 roku.

**– *A czy rejestrowany wzrost używania marihuany nie jest konsekwencją zablokowania dostępu do dopalaczy?***

Dopalacze nie tylko były legalnie dostępne, ale nie było też mowy o ich szkodliwości. To nakreślało popyt na te substancje. Dopalacze stanowiły dla nastolatków atrakcyjną alternatywę dla tradycyjnych substancji psychoaktywnych, takich jak np. alkohol, poprzez swoją odmienność kulturową, a także dzięki efektowi nowości. Ten popyt został gwałtownie zahamowany poprzez zamknięcie sklepów z dopalaczami. I gdzieś on się musiał skierować. Wydaje się prawdopodobne, że dopalacze zastąpiła marihuana, zbliżona do nich pod względem kulturowego statusu, uważana za mniej niebezpieczną niż inne narkotyki, a także bardziej od nich dostępna. Jeśli ta hipoteza jest prawdziwa, to ilustruje ona znaną tezę, że radykalne interwencje w tak delikatnej materii, jaką są substancje psychoaktywne, nie są wskazane, ponieważ mogą powodować nieoczekiwane efekty uboczne.

**– *A jak wygląda sytuacja problemowego używania narkotyków?***

– W obszarze problemowego używania narkotyków mamy do dyspozycji powtarzalne oszacowania liczby problemowych użytkowników opioidów, które wskazują na spadek w okresie realizacji programu. Między 2001 a 2005 rokiem mieliśmy dość duży wzrost, oszacowanie z 2009 roku pokazuje spadek między 2005 a 2009 rokiem. Dane z lecznictwa, a zwłaszcza wskaźnik osób leczonych po raz pierwszy w życiu z powodu problemu narkotyków, potwierdza hipotezę o co najmniej stabilizacji rozmiarów zjawiska problemowego używania narkotyków. W okresie 2005–2010 notujemy wyraźny spadek liczby pacjentów pierwszorazowych, potem nieznaczny wzrost i stabilizację.

Jeśli popatrzymy na zgony związane z używaniem narkotyków, to obserwujemy lekkie skoki in plus i spadki. Nie są to duże liczby i nie wykazują trendu wzrostowego. Jeszcze lepiej jest, jeśli chodzi o choroby infekcyjne. Obserwujemy spadek rozpowszechnienia zakażeń HIV wśród osób, które używają narkotyków i jednocześnie wzrost tego wskaźnika wśród tych, którzy nie używają narkotyków i zarazili się z innych powodów. Pewnym problemem z danymi jest wzrost liczby zachorowań wśród osób, co do których nie wiadomo, czy są użytkownikami narkotyków, czy nie. Jednak generalnie prawdziwa wydaje się teza, że co do problemowego używania narkotyków, to wyraźnie w okresie realizacji Krajowego Programu nastąpiło zahamowanie trendu.

**– *Jak te wyniki ewaluacji, o których Pan mówił, można przełożyć na rekomendacje dotyczące kontynuacji programu? Ma Pan jakieś wnioski dotyczące zmian, modyfikacji programu?***

– Trzeba szukać lekarstwa na zmniejszenie wśród młodzieży zainteresowania konopiami. Jest to trudne wyzwanie, tym bardziej, że badania pokazują, że młodzież nie tylko coraz więcej używa konopi, ale też maleje odsetek tych, którzy uważają, że konopie są szkodliwe. Tu można coś zrobić, ale trzeba uważać, żeby przekaz był wiarygodny. Nadmierne straszenie lub odwoływanie się do argumentów niepotwierdzonych – może wywołać efekt przeciwny. Wydaje mi się, że jest to zjawisko związane ze stylem życia i wyznawanym systemem wartości. Nie sądzę, żeby można było system wartości naprawić przy użyciu programu przeciwdziałania narkomanii. Tu potrzebne są spójne działania wychowawcze budujące taki system wartości, w którym zabawa i przyjemność nie stanowią wartości centralnych. Taki system wartości będzie chronić nie tylko przed sięganiem po marihuanę, ale także po alkohol i papierosy.

**– *Czy raport ewaluacyjny jest już dostępny?***

– Tak. Można się z nim zapoznać na stronie Krajowego Biura [www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl).

**– *Dziękuję za rozmowę.***

*Raport „Ewaluacja wyniku Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010” opublikowano na stronie <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=165957>.*

*Projekt „Reduce” (Reducing hepatitis C sexual and drug taking risk behaviors among female drug users in Europe: translating evidence into practice), koordynowany przez Consorcio Mar Parc De Salut w Barcelonie, a realizowany w Austrii, Hiszpanii, Polsce, Szkocji i we Włoszech<sup>1</sup>, łączy komponent badawczy i działania praktyczne. Jest on odpowiedzią na potrzebę podejmowania działań profilaktycznych kierowanych do populacji szczególnie zagrożonych zakażeniem HCV. Taką grupą ryzyka są niewątpliwie kobiety używające narkotyków w iniekcjach.*

## PROJEKT „REDUCE” CZYLI PROPOZYCJA PROFILAKTYKI HCV KIEROWANEJ DO KOBIET UŻYWAJĄCYCH INIEKCYJNIE NARKOTYKÓW

*Katarzyna Dąbrowska, Jacek Moskalewicz  
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami  
Instytut Psychiatrii i Neurologii*

### Wstęp

Wśród osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach, kobiety częściej niż mężczyźni zakażają się wirusem HCV (WZW typu C), częściej także niż mężczyźni mają partnerów seksualnych, którzy również przyjmują narkotyki w iniekcjach; wspólnie z nimi biorą narkotyki, używając tego samego sprzętu. Często padają też ofiarami przemocy ze strony swych partnerów.

Celem projektu było:

- opracowanie narzędzi do pomiaru wiedzy na temat dróg przenoszenia HCV oraz podejmowanych zachowań ryzykownych,
- ustalenie zakresu wiedzy i wytypowanie najczęściej podejmowanych zachowań ryzykownych,
- opracowanie, na podstawie uzyskanej wiedzy, skryptu interwencji psychospołecznej,
- wdrożenie i ewaluacja interwencji.

W badaniu wzięły udział kobiety w wieku 18 lat i powyżej, które w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przyjmowały w zastrzykach heroinę i inne opiaty, kokainę lub amfetaminę i jej pochodne. Ostatecznie we wszystkich pięciu krajach do badania ilościowego zakwalifikowano 231 dorosłych kobiet. Ze 125 spośród nich przeprowadzono indywidualne, pogłębione wywiady jakościowe. Interwencją psychospołeczną objęto 36 kobiet, z których blisko połowa była zakażona HCV.

W Polsce uczestniczki badania były rekrutowane przez tzw. ankieterów z uprzywilejowanym dostępem (pracownicy programu redukcji szkód). Osoby, które wzięły udział w badaniu, wskazywały kolejne kobiety spełniające

warunki uczestnictwa w projekcie. W pierwszym etapie do badania udało się zaprosić 25 kobiet zakażonych HCV. W kolejnym próbowano dotrzeć do kobiet niezakażonych, co jednak okazało się trudne, ponieważ jest to grupa lepiej zintegrowana społecznie i unikająca kontaktów z placówkami leczenia i redukcji szkód.

### Wyniki badań ilościowych

#### Dane demograficzne

Jak już wspomniano, w ciągu sześciu miesięcy trwania badania przeprowadzono ankiety wśród 231 kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach (po 50 z Austrii, Włoch, Hiszpanii i Polski i 31 ze Szkocji). Średni wiek tej grupy wynosił 33 lata. Ponad jedna czwarta uczestniczek mieszkała samotnie (27%), 30% – z partnerem, 26% – z rodziną, 15% – z przyjaciółmi/współlokatorami, a 15% z dziećmi (każda respondentka mogła wybrać kilka odpowiedzi). Warto odnotować, że prawie 60% kobiet w którymś momencie swojego życia mieszkało w hostelach dla bezdomnych, nie miało stałego miejsca zamieszkania albo żyło na ulicy, a w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przed badaniem blisko 30% było bezdomnych.

Tylko 10% kobiet zadeklarowało, że ma jakąś pracę. Zdecydowana większość to kobiety bezrobotne (67,5%) lub otrzymujące rentę inwalidzką (16,5%). Prawie połowa kobiet ukończyła szkołę średnią, a 29% – szkołę zawodową lub zdobyło przyuczenie do zawodu. Niewielki odsetek kobiet (5%) posiadał wykształcenie wyższe (dyplom licencjata lub magistra wyższej uczelni).

## Zachowania ryzykowne

Wyniki badań wskazują na regularne podejmowanie przez kobiety zachowań ryzykownych, takich jak: używanie wspólnych igieł i strzykawek, dokonywanie iniekcji wspólnie z partnerem i/lub w większych grupach, a także angażowanie się w relacje intymne obarczone dużym ryzykiem.

Badane kobiety najczęściej dokonywały iniekcji w mieszkaniach, hostelach, pokojach iniekcyjnych, ale także w toaletach publicznych, parkach, na ulicach czy klatkach schodowych; 29% z nich w ciągu swojego życia używało strzykawek/ igieł, które były wcześniej używane przez kogoś innego. Najczęściej korzystały one ze sprzętu używanego wcześniej przez partnera (53%). Wśród głównych przyczyn używania wspólnego sprzętu respondentki podawały: brak sterylnych igieł i strzykawek, objawy zespołu abstynencyjnego, potrzebę pomocy w dokonaniu iniekcji oraz zaufanie do osoby, z którą wspólnie używały narkotyków. W tabelach 1-2 zaprezentowano katalog zachowań ryzykownych zadeklarowanych przez badane kobiety w całym ich życiu i w ciągu ostatnich 6 miesięcy.

## Wiedza na temat dróg zakażenia HCV

Większość badanych kobiet oceniła swoją wiedzę na temat możliwych dróg zakażenia HCV jako zadowalającą (44%) lub dobrą (39%). Pomimo to, jak pokazało badanie, respondentki nie zawsze zdają sobie sprawę, że pewne sytuacje mogą nieść zagrożenie zakażenia; w wielu przypadkach ich wiedza jest niepełna lub błędna. Okazało się, że wiedza nie jest wystarczającą przesłanką do unikania zachowań ryzykownych. Jest to spowodowane wieloma istotnymi czynnikami, które mogą tłumaczyć ten dysonans pomiędzy wiedzą a zachowaniem. Najistotniejsze z nich to:

- brak dostępu do sterylnego sprzętu do iniekcji,
- sytuacje stresowe prowadzące do zachowań impulsywnych,

- przyjmowanie narkotyków w grupie i w miejscach podwyższonego ryzyka (pod gołym niebem oraz w innych miejscach publicznych),
- przemoc ze strony partnera, która ogranicza zdolność kobiet do negocjowania bezpieczniejszych praktyk seksualnych i iniekcyjnych,
- duże rozpowszechnienie w tej grupie zaburzeń psychicznych – takich jak zaburzenia lękowe i depresja.

## Wyniki badań jakościowych

W badaniu jakościowym udział wzięło 125 respondentek, z którymi przeprowadzono pogłębione wywiady jakościowe trwające od dwudziestu minut do półtorej godziny.

Wyniki badań wskazują na podobieństwa pomiędzy uczestniczkami z różnych krajów w sposobach pozyskiwania wiedzy na temat HCV oraz w ocenie wiarygodności informacji pochodzących z różnych źródeł. We wszystkich krajach respondentki uznały informacje pochodzące od personelu medycznego za najbardziej wiarygodne. Warto podkreślić, że o ile w innych krajach głównym źródłem informacji na temat choroby byli specjaliści, o tyle w Polsce – znajomi. Respondentki w Polsce stwierdziły również, że dostęp do pisemnych informacji jest niewystarczający, podczas gdy w innych krajach nie było takich sygnałów.

Wiedza badanych kobiet w dalszym ciągu jest niepełna, co więcej, we wszystkich krajach ujawniono wiele mitów i błędnych przekonań. Znaczna część badanych nie wiedziała o ryzyku używania wspólnej wody i przedmiotów stosowanych podczas iniekcji, np. naczynie do przygotowania narkotyku. Wśród respondentek pokutują też różne mity. I tak kobiety myślały, że można się zakazić, stosując kolejny raz używane tylko przez siebie igły, że do zakażenia może dojść tylko raz, a także, że można zakazić się przez spermę, ślinę lub dotyk. Respondentki zdawały sobie sprawę, że podejmują większe ryzyko, dokonując iniekcji w przestrzeni publicznej, gdyż

**Tabela 1. Ryzykowne zachowania podejmowane w ciągu całego życia (n=231)**

	N (%)
Robienie zastrzyku tą samą igłą/strzykawką więcej niż raz	207 (89,6%)
Używanie łyżek lub innych naczyń do mieszania narkotyku wykorzystanych wcześniej przez kogoś innego	160 (69,3%)
Robienie zastrzyków igłą/strzykawką używaną przez kogoś innego	66 (28,6%)
Używanie filtrów używanych wcześniej przez kogoś innego	117 (50,6%)
Przygotowywanie narkotyków lub mycie sprzętu do zastrzyków z wykorzystaniem wody używanej wcześniej przez kogoś innego	109 (47,2%)
Używanie wspólnych filtrów, łyżek, naczyń do podgrzewania narkotyków czy wody wspólnie z osobą/ osobami zakażonymi HCV	90 (39,0%)
Robienie zastrzyków używaną igłą/strzykawką, co do której nie wiadomo, czy należy do nich, czy do kogoś innego	88 (38,3%)



wiąże się to z pośpiechem, strachem przed ujawnieniem i brakiem dostępu do bieżącej wody. Respondentki wspominały również, że decydują się na bardziej ryzykowne zachowania, przyjmując narkotyki w grupie. Polskie rozmówczynie utrzymywały, że w takich sytuacjach, częściej niż w innych, dochodzi do używania wspólnego sprzętu, bo łatwo o pomyłkę, co do kogo należy, brak także sterylnych igieł i strzykawek. Zwracały również uwagę na brak wystarczającej liczby igieł i strzykawek w punktach wymiany. Podkreślały, że igły i strzykawki sprzedawane w aptekach nie zawsze spełniają wymogi użytkowników.

Wspólnym wątkiem pojawiającym się w wypowiedziach respondentek ze wszystkich krajów były nieformalne zasady obowiązujące podczas przygotowania do iniekcji i jej dokonywania. Zwykle przyjmuje się, że to osoba z większym doświadczeniem przygotowuje narkotyk do zażycia. O przygotowaniu narkotyku lub kolejności jego zażycia decydowały głównie osoby, które w największym stopniu partycypowały finansowo w jego nabyciu.

We wszystkich krajach kobiety wyraziły poparcie dla idei przygotowania programu interwencji psychospołecznej, której celem byłoby ograniczenie podejmowania zachowań groźących zakażeniem HCV. Zdania były jedynie podzielone, czy interwencja powinna mieć charakter indywidualny czy grupowy. Sesje grupowe zostały uznane za sprzyjające wymianie doświadczeń i możliwości przedyskutowania spornych kwestii. Kobiety optujące za sesjami indywidualnymi wskazywały na poczucie bezpieczeństwa i możliwość poruszenia intymnych kwestii. Większość uczestniczek z Polski, Włoch i Austrii uważała, że interwencja powinna być także kierowana do ich partnerów, tak by oni również mieli szansę na zdobycie rzetelnej wiedzy.

## Interwencja i jej ewaluacja

Opracowując skrypt interwencji, uwzględniono dokonany w ramach projektu „Reduce” przegląd „dobrych praktyk” funkcjonujących w Europie, systematyczny przegląd literatury, a także wyniki badań jakościowych i ilościowych. Ostatecznie interwencja składała się z trzech sesji:

- sesja 1. Zrozumienie ryzyka przenoszenia się wirusa żółtaczki typu C, ze szczególnym uwzględnieniem iniekcji.
- sesja 2. Żółtaczka typu C i zdrowie seksualne – negocjowanie bezpieczeństwa.
- sesja 3. Żółtaczka typu C i zdrowie emocjonalne – redukcja złego nastroju.

Ewaluacja krótkiej interwencji grupowej (pomiar na początku interwencji, na końcu i miesiąc po zakończeniu) pokazała, że interwencja oceniana jest pozytywnie zarówno przez uczestniczki, jak i osoby prowadzące. Doprowadziła ona do ograniczenia niektórych zachowań ryzykownych groźących zakażeniem HCV związanych z przyjmowaniem narkotyku w iniekcjach i zwiększenia poziomu wiedzy na temat dróg zakażenia HCV.

## Podsumowanie

Projekt „Reduce” pokazał, że w środowisku kobiet zażywających narkotyki w iniekcjach istnieje zapotrzebowanie na rzetelne informacje dotyczące ryzyka zakażenia HCV. Wiedza badanych kobiet okazała się być niepełna i obarczona wieloma błędnymi przekonaniami. Kluczową sprawą wydaje się uwzględnienie w interwencjach czynników, które sprawiają, że kobiety podejmują zachowania, o których wiedzą, że mogą prowadzić do zakażenia. Do tych czynników należą:

**Tabela 2. Ryzykowne zachowania podejmowane w ciągu ostatnich 6 miesięcy (n=231)**

	N (%)
Robienie zastrzyku tą samą igłą/strzykawką więcej niż raz	188 (81,7%)
Używanie tego samego narkotyku wraz z inną osobą po jego przygotowaniu (czyli po sporządzeniu roztworu wodnego)	170 (73,6%)
Używanie tego samego narkotyku wraz z inną osobą przed przygotowaniem (czyli dzielenie narkotyku w formie proszku)	150 (64,9%)
Używanie łyżek lub innych naczyń do podgrzewania narkotyku wykorzystanych wcześniej przez inne osoby/osobę	120 (51,9%)
Używanie filtrów używanych wcześniej przez kogoś innego	82 (35,7%)
Przygotowywanie narkotyków lub mycie sprzętu do zastrzyków wodą używaną wcześniej przez kogoś innego	76 (33,0%)
Używanie wspólnych filtrów, łyżek, naczyń do podgrzewania narkotyków czy wody wspólnie z osobą/osobami zakażonymi HCV	57 (24,8%)
Robienie zastrzyków w ciągu ostatnich 6 miesięcy używaną igłą/strzykawką, co do której nie wiadomo, czy należy do nich, czy do kogoś innego	39 (17,0%)

- brak czystego i sterylnego sprzętu do iniekcji,
- podejmowanie impulsywnych zachowań w sytuacjach stresowych (np. przy objawach zespołu abstynencyjnego/głodu narkotykowego),
- częste przyjmowanie narkotyków w grupie (której członkowie wspólnie używają sprzętu i dzielą się narkotykami) oraz/i w miejscach podwyższonego ryzyka (pod gołym niebem, w miejscach publicznych),
- ograniczona zdolność kobiet przyjmujących narkotyki w iniekcjach do ochrony własnego zdrowia i negocjowania bezpieczniejszych praktyk seksualnych oraz iniekcyjnych w warunkach przemocy ze strony partnerów seksualnych,
- podejmowanie zachowań ryzykownych podczas epizodów zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia lękowe i depresja; obniżony nastrój i brak asertywności mogą obniżać zdolność do negocjowania bezpieczniejszych praktyk w ich związkach z partnerami seksualnymi i znajomymi, z którymi wspólnie zażywają narkotyki.

Wiedzę płynącą z projektu „Reduce” można przełożyć na konkretne rekomendacje. Interwencje zapobiegające przenoszeniu

się wirusa żółtaczkę typu C, uwzględniając specyfikę płci, takie jak „Reduce”, są potrzebne. Powinny być one oferowane nie tylko w placówkach leczenia uzależnień, ale także w przychodniach rejonowych i innych placówkach służby zdrowia, tak by dotrzeć do możliwie dużej liczby kobiet z grupy ryzyka. Jest sprawą otwartą, i to zależy od potrzeb uczestniczących kobiet, czy interwencją należy również objąć ich partnerów. *Artykuł powstał na podstawie: „Ograniczanie ryzykownych zachowań prowadzących do zakażenia wirusem żółtaczkę typu C wśród kobiet przyjmujących narkotyki w zastrzykach w Europie: przełożenie dowodów naukowych na praktykę. Raport końcowy projektu REDUCE 2013”, <http://www.thereduceproject.imim.es>.*

### Przypisy

- <sup>1</sup> Zespół Reduce: Austria: Gabriele Fisher, Birgit Köchl, Caroline Hopf, Hiszpania: Gail Gilchrist, Marta Torres, Judit Tirado, Polska: Jacek Moskalewicz, Katarzyna Dąbrowska, Szkocja: Avril Taylor, April Show, Włochy: Lucia Di Furia, Cinzia Giammarchi.

## UZALEŻNIENIE OD INTERNETU

Magdalena Rowicka  
Katedra Podstaw Psychologii  
Akademia Pedagogiki Specjalnej

W ciągu ostatniej dekady można było zaobserwować ogromny wzrost popularności Internetu – obecnie używa go 40% ludzkości (Kuss i in., 2014). W 2013 roku korzystało z niego regularnie, tj. przynajmniej raz w tygodniu, 60% dorosłych Polaków, podczas gdy w 2002 roku – zaledwie 17% (CBOS, 2013). W Unii Europejskiej (EU28) 62% mieszkańców korzysta z Internetu codziennie lub niemal codziennie, w tym najniższy odsetek w Bułgarii (52%), a najwyższy w Luksemburgu (93%) i Holandii (92%) (Eurostat, 2013). Wraz ze wzrostem popularności Internetu rośnie także zaniepokojenie potencjalnymi negatywnymi konsekwencjami jego użytkowania, zwłaszcza przez dzieci i młodzież. Najmłodsze pokolenie wydaje się czerpać najwięcej korzyści z rozwoju nowych technologii, jednocześnie jest przy tym najbardziej narażone na nowe niebezpieczeństwa, w tym na uzależnienie od Internetu. Inicjatywy takie jak „Safer Internet” ([www.saferinternet.pl](http://www.saferinternet.pl)) czy kampania społeczna „W którym świecie żyjesz?” (realizowana przez Polskie Centrum Programu Safer Internet) świadczą o społecznym rozpoznaniu problemu i sugerują, że Internet staje się nowym zagrożeniem.

### Nowy termin

Termin uzależnienie od Internetu (ang. *Internet Addiction Disorder*) został zaproponowany przez Goldberga w 1996 roku początkowo w ramach żartu (Goldberg, 1996), jako zaburzenie analogiczne do uzależnienia od substancji (na podstawie kryteriów diagnostycznych DSM-IV). W tym samym roku inni badacze – Kimberly Young (1996) i Mark Griffiths (1996) rozpoczęli pierwsze badania empiryczne nad nowym fenomenem. Od 1996 roku nieustannie rośnie zainteresowanie badaczy i klinicystów tym nowym zjawiskiem, które nie zostało jeszcze formalnie zdefiniowane. Brak formalnej definicji nastrocza wielu problemów: brak ujednoczonej nazwy, brak ujednoczonych kryteriów diagnostycznych, a w związku z tym trudności w diagnozowaniu, w terapii i w profilaktyce. W literaturze przedmiotu nie ma konsensusu co do samej nazwy szeroko pojętego zjawiska uzależnienia od Internetu – jest ono opisywane jako kompulsywne używanie komputera (Black, Belsare, & Schlosser, 1999), patologiczne używanie Internetu (Morahan-Martin & Schumacher, 2000),

problemowe używanie Internetu (Davis, Flett, & Besser, 2002) czy zespół uzależnień od Internetu (ZUI) zaproponowany w literaturze polskiej przez Jakubika (2002). Ponadto Young (1996) wyróżniła pewne podtypy uzależnienia związanego z Internetem i komputerem: erotomanię internetową (ang. *cybersexual addiction*), socjomanię internetową związaną z nawiązywaniem znajomości w przestrzeni wirtualnej (ang. *cyber-relationship addiction*), uzależnienie od sieci (ang. *net compulsions*), przeciążenie informacyjne (ang. *information overload*). W 2013 roku w załączniku do piątej rewizji DSM (DSM-V) zostało zaproponowane nowe zaburzenie – uzależnienie od gier on-line (ang. *Internet Gaming Disorder*) jako obszar wymagający dalszych badań. Jest to bardzo istotny krok w stronę formalnej definicji zaburzenia, które zostało scharakteryzowane poprzez dziewięć podstawowych symptomów: zaabsorbowanie (grą i wszystkim, co jest z nią związane), symptomy odstawienia (w przypadku braku możliwości grania), wzrastająca tolerancja (wraz z upływem czasu zwiększająca się potrzeba grania w celu uzyskania tego samego poziomu gratyfikacji), utrata kontroli (nad częstotścią i długością grania), kontynuowanie pomimo świadomości negatywnych konsekwencji, zaniechanie alternatywnych źródeł przyjemności (np. zaniechanie na rzecz grania innych czynności, które sprawiały przyjemność), ucieczka (uciekanie w świat wirtualny od realnych problemów), oszukiwanie (siebie, bliskich ew. terapeuty co do grania), negatywne konsekwencje w obszarze interpersonalnym (np. częste kłótnie z partnerem) i/lub w pracy/szkole (np. gorsze oceny, nieodrabianie prac domowych, zmęczenie). Zaproponowana w załączniku do DSM-V definicja uzależnienia od gier komputerowych jest odpowiedzią na brak jednorodnego podejścia do analizy tego zjawiska. Kuss i współpracownicy (2014) przeanalizowali 21 różnych narzędzi służących do diagnozy uzależnienia od Internetu, których autorzy skupiali się głównie na kryteriach diagnostycznych uzależnień od substancji lub hazardu, a ignorowali (lub w niewielkim stopniu odnosili się do) kryterium czasu spędzanego on-line lub negatywnych skutków. Konsekwencją stosowania takiej różnorodności narzędzi diagnostycznych jest uzyskiwanie bardzo zróżnicowanych danych na temat zagrożenia uzależnieniem, np. 0,8% we Włoszech, a 26,7% w Hong Kongu. Wspomniani wyżej badacze przeanalizowali ponad 60 badań empirycznych dotyczących zagadnienia uzależnienia od Internetu (opublikowanych po

roku 2000 i przeprowadzonych na próbach minimum 1000 uczestników) i zidentyfikowali cztery obszary badawcze: cechy socjodemograficzne i psychologiczne użytkowników, uzależniające właściwości Internetu i cechy współwystępujące z uzależnieniem.

## Zmienne socjodemograficzne

Wyniki badań sugerują, że czynnikiem ryzyka w odniesieniu do nieprawidłowego użytkowania i nadużywania Internetu przez dzieci i młodzież mogą być: wyższe dochody rodziny (Poli, 2012; Ak i in., 2013), płeć (częściej chłopcy niż dziewczęta (Poli, 2012; Ak i in., 2013), bycie imigrantem (Guo i in., 2012) lub przynależność do innej grupy wykluczonej, miejsce zamieszkania – obszar wiejski. Wśród dorosłych – bycie młodym, bycie mężczyzną, osobą samotną, z wyższym wykształceniem, zamieszkałą w mieście, z problemami finansowymi (Demetrovics i in., 2008; Bakken i in., 2009).

## Uzależniające właściwości Internetu

Wyniki badań wskazują na istotny wpływ wieku inicjacji kontaktu z Internetem – im wcześniej młody człowiek zaczyna korzystać z tego narzędzia, tym większa szansa, że będzie przejawiał symptomy uzależnienia (Poli, 2012). Kolejnym czynnikiem jest częstotliwość i długość każdorazowego korzystania, relatywnie łatwy czy nieograniczony dostęp (np. w domu), jak również korzystanie z mediów społecznościowych (np. Facebook) (Demetrovics i in., 2008).

## Czynniki psychospołeczne

Wśród czynników ryzyka u dzieci i młodzieży badacze (Gamez-Guadix i in., 2012) wskazują na: użytkowanie Internetu w celu regulacji nastroju (np. jako formę odreagowania stresu lub jako nieprzystosowany sposób radzenia sobie z problemami), niski poziom satysfakcji z życia (Guo i in., 2012) i z osiągnięć szkolnych, poczucie osamotnienia czy brak przyjaźni (bliskich związków opartych na zaufaniu). Niemniej należy zaznaczyć, że przytoczone wyniki badań mają naturę korelacyjną i nie określają relacji przyczynowo-skutkowej, np. poczucie osamotnienia stanowi silny korelat nadużywania Internetu, ale nie jesteśmy w stanie ocenić, czy jest jego przyczyną, czy skutkiem.



Ponadto wyniki badań sugerują, że niski poziom samooceny, niski poziom tolerancji frustracji, introwersja i niski poziom ugodowości (jako wymiary osobowości) oraz niski poziom stabilności emocjonalnej są także związane z większą skłonnością do uzależnienia od Internetu. Do czynników ryzyka na poziomie rodziny badacze zakwalifikowali: pozytywny stosunek rówieśników i rodzeństwa do spożywania alkoholu czy konflikty w rodzinie (Kuss i in., 2014). Mythily i in. (2008) zwrócili także uwagę na brak komunikacji pomiędzy dziećmi a rodzicami, jak i brak ustalonych zasad korzystania z Internetu – wśród dzieci i młodzieży przejawiających symptomy problemowego używania Internetu taka komunikacja była znikoma.

## Cechy współwystępujące z uzależnieniem

Badacze wielokrotnie potwierdzali współwystępowanie z uzależnieniem od Internetu spożywania alkoholu i/lub innych substancji, jak również depresji (np. Liu i in., 2011, za: Kuss i in., 2014). Ko i in. (2009, za: Kuss i in., 2014) wskazują także na skłonności samobójcze, ADHD czy fobie społeczne jako zaburzenia współwystępujące. Wieloletnią obserwację klinicystów potwierdził empirycznie Ha i in. (2006), opisując silny związek pomiędzy uzależnieniem od Internetu a zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi czy Fisoun i in. (2012, za: Kuss i in., 2014) pomiędzy uzależnieniem od Internetu a zachowaniami agresywnymi wśród młodzieży.

## Podsumowanie

Badania empiryczne pokazują, że uzależnienie od Internetu charakteryzuje się pewnymi cechami wspólnymi dla zachowań problemowych i innych uzależnień niechemicznych (np. zaabsorbowanie, kompulsywny charakter), jak i istotnymi cechami specyficznymi dla tej formy uzależnienia (np. czas poświęcany danej aktywności czy rodzaj aktywności on-line). Sugeruje to, że zaburzenia te posiadają zarówno podobną etiologię, jak i przebieg, ale mogą się manifestować na różne sposoby, stąd możemy posługiwać się zgeneralizowanym terminem uzależnienie od Internetu, precyzując je w zależności od typu aktywności, np. uzależnienie od gier on-line, jak zostało zaproponowane w załączniku do DSM-V. W związku z powyższym niezbędne jest

sformalizowanie definicji szeroko pojętego uzależnienia od Internetu i opracowanie wystandaryzowanych narzędzi służących do oceny stopnia uzależnienia.

## Bibliografia

- Ak S., Koruklu N., Yilmaz Y., „A study on Turkish adolescent's Internet use: Possible predictors of Internet addiction”, *CyberPsychol Behav Soc Netw*, 16, 205-209, 2013.
- Bakken I., Wenzel H., Gotestam K., Johansson A., Oren A., „Internet addiction among Norwegian adults: A stratified probability sample study”, *Scandinavia Journal of Psychology*, 50, 121-127, 2009.
- Black D., Belsare G., Schlosser S., „Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behaviour”, *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 12, 839-844, 1999.
- CBOS (2013) Internauci 2013. Raport. Pobrano z: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K\\_075\\_13.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_075_13.PDF)
- Davis R. A., Flett G. L., & Besser A., „Validation of a new scale for measuring problematic Internet use: Implications for pre-employment screening”, *Cyber Psychology & Behavior*, 5, 331-345, 2002.
- Demetrovics Z., Szeredi B., Rozsa S., „The three-factor model of Internet addiction: The development of the Problematic Internet Use Questionnaire”, *Behavioural Research Methods*, 40, 563-574, 2008.
- Eurostat (2013), „Internet access and use in 2013”. Pobrano z: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_PUBLIC/4-18122013-BP/EN/4-18122013-BP-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/4-18122013-BP/EN/4-18122013-BP-EN.PDF)
- Gamez-Guadix M., Villa-George F., Calvete E., „Measurement and analysis of the cognitive-behavioral model of generalized problematic Internet use among Mexican adolescents”, *Journal of Adolescence*, 35, 1581-91, 2012.
- Goldberg I., „Internet Addictive Disorder (IAD) diagnostic criteria”. Pobrane z: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A-%2F%2Fwww.psycom.net%2Fiadcriteria.html&date=2013-02-06>.
- Griffiths M.D., „Internet addiction: An issue for clinical psychology?”, *Clinical Psychological Forum* 97, 32-36, 1996.
- Guo J., Chen L., Wang X., „The relationship between Internet addiction and depression among migrant children and left-behind children in China”, *Cyberpsychol Behav Soc Netw*; 15, 585-590, 2012.
- Ha J., Yoo H., Cho I., Chin B., Shin D., Kim J., „Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for Internet addiction”, *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 821-826, 2006.
- Jakubik A., „Zespół uzależnienia od Internetu”, *Studia Psychologica*, 3, 133-142, 2002.
- Kuss D., Griffiths M., Karila L. i Billieux J., „Internet Addiction: A Systematic Review of Epidemiological Research for the Last Decade”, *Current Pharmaceutical Design*, 20, 1-26, 2014.
- Morahan-Martin J., & Schumacher P., „Incidence and correlates of pathological Internet use among college students”, *Computers in Human Behavior*, 16, 13-29, 2000.
- Mythily S., Qiu S., Winslow M., „Prevalence and correlates of excessive internet use among youth in Singapor”, *Annals Academy Med Singapore*, 37, 9-14, 2008.
- Poli R., Agrimi E., „Internet addiction disorder: Prevalence in an Italian student population”, *Nordic Journal of Psychiatry*, 66, 55-59, 2012.
- Young K., „Psychology of computer use. Addictive use of the Internet: A case that breaks the stereotype”, *Psychol Rep*, 79, 899-902, 1996.



*Ostatnia dekada XX wieku to sygnały spadku używania nielegalnych substancji psychoaktywnych. Wyniki badań Instytutu Psychiatrii i Neurologii (EPSAD) i Fundacji CBOS (Młodzież) odnotowały zmniejszenie się rozpowszechnienia używania narkotyków w latach 2003–2007 i 2008. Polska polityka antynarkotykowa odnotowała istotną poprawę sytuacji epidemiologicznej i zdrowotnej w zakresie narkotyków i narkomanii, w tym poprawę stanu zdrowia i bezpieczeństwa zarówno osób używających substancji psychoaktywnych w sposób problemowy, jak i osób sięgających po nie w sposób incydentalny.*

## „DOPALACZE” CZYLI NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE: SKALA ZJAWISKA I PRZECIWDZIAŁANIE

Piotr Jabłoński, Artur Malczewski  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Te pozytywne tendencje zostały skonfrontowane w ciągu ostatnich lat z nowymi wyzwaniami, spośród których najbardziej widocznym społecznie stał się problem obrotu nowymi substancjami psychoaktywnymi, powszechnie nazywanymi w Polsce „dopalaczami”, a w literaturze zachodnioeuropejskiej znanych jako *legal highs* lub też *designer drugs*. Terminy powyższe nie posiadają charakteru naukowego. Zaczęto je używać w mowie potocznej i w mediach do nazywania różnego rodzaju substancji i produktów wykazujących rzekome lub faktyczne działanie psychoaktywne. Substancje te mogą być pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, a ich cechą wyróżniającą jest fakt, że nie znajdują się w wykazach substancji kontrolowanych literą prawa międzynarodowego czy krajowego. Co oznacza, że nie są w Polsce ujęte w załącznikach do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku. Warto zwrócić uwagę, że pod jedną nazwą występuje szeroka grupa substancji o różnorodnym działaniu – od stymulującego, jak np. MDPV, przez podobne w działaniu do marihuany, np. UR – 144, po halucynogenne, jak np. 25I-NBOMe. Innym określeniem, z jakim możemy się spotkać przy opisie zjawiska dopalaczy jest termin „nowe narkotyki”. W zbiorze tym znaleźć można, zależnie od autorów doniesień, zarówno substancje definiowane zgodnie z wyżej wymienioną ustawą jako „środki zastępcze”, jak i narkotyki syntetyczne typu amfetaminowego (ATS/amphetamine type stimulants), czy też leki antyprzeziębieniowe czy antykaszlowe zawierające substancje psychoaktywne, takie jak pseudoefedryna, dekstrometorfan, benzydamina czy kodeina – będąca substancją bazową dla uzyskiwania, raportowanego jako bardzo niebezpieczny, produktu

nazywanego „krokodylem” (jak dotychczas zbierającego swoje prawdziwie śmiertelne żniwo w Rosji i na Ukrainie, ale którego sporadyczne używanie odnotowano również na terenie Unii). Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku, przeprowadzona pod koniec 2010 roku, wprowadziła do legislacji nowy termin na określenie „dopalaczy” – środek zastępczy. Obecnie trwają prace nad nowelizacją ustawy, mające na celu zmianę zapisów dotyczących „dopalaczy”, w ustawie ma się znaleźć m.in. definicja nowej substancji psychoaktywnej wraz z listą tych środków. W celu uzyskania wiedzy na temat postrzegania i używania nowych substancji psychoaktywnych jest obecnie prowadzone badanie on-line użytkowników „dopalaczy” (<http://www.i-trend.eu/survey.htm>). Projekt jest realizowany przez Szkołę Wyższą Psychologii Społecznej w Warszawie w ramach unijnego projektu I-Trend. Ankieta on-line jest jedną z kilku metod badawczych zastosowanych w badaniu, obok monitorowania forów użytkowników, sklepów internetowych oraz analizy chemicznej „dopalaczy”.

### Początek historii

„Dopalacze” w Polsce były dostępne na scenie narkotykowej przed 2008 rokiem. Początkowo sporadycznie pojawiały się na polskich forach internetowych oferty zakupu legalnych, w uprzednim porządku prawnym, substancji psychoaktywnych. W 2008 roku rozpoczęła swoją działalność strona internetowa „dopalacze.com”, która zaproponowała nowe jakościowo podejście w postaci profesjonalnej strategii i oprawy marketingowej. Oferowane za jej pośrednictwem produkty, reklamowane były jako bezpieczne alternatywy

dla psychoaktywnych substancji nielegalnych. Jedno z głównych haseł reklamowych firmy dopalacze.com podkreślało nieszkodliwość ich produktów: „życie jest za krótkie na niezdrowe pigułki”. „Dopalacze” oferowano jako np. wyroby kolekcjonerskie, które nie nadają się do konsumpcji przez ludzi. Miały być one legalne w całej Unii Europejskiej, atestowane oraz bezpieczne i spełniać funkcję „tabletek imprezowych”. W ramach oferty sklepów były także sprzedawane mieszanki ziół, od setek lat znanych w różnych kulturach i wykorzystywanych w rozmaitych celach, m.in. obrzędach, jak np. szalwia wieszczą. Dla użytkowników „dopalaczy” dużym zaskoczeniem było odkrycie w mieszankach ziołowych syntetycznych kannabinoidów, które tak naprawdę w dużej części, jeśli nie całkowicie, odpowiadały za ich działanie psychoaktywne. W połowie roku 2008, na skutek otwarcia w Łodzi pierwszego sklepu stacjonarnego, handel „dopalaczami” zaistniał także poza internetem. W krótkim czasie, bo już do końca 2008 roku, działało w Polsce, przede wszystkim w centrach większych miast, około 40 sklepów oferujących coraz szerszą gamę produktów o charakterze psychoaktywnym. Omawiając początki sceny „dopalaczowej”, warto wspomnieć o zidentyfikowaniu przez Centralne Laboratorium Kryminalistyczne w lutym 2009 roku pierwszego syntetycznego kannabinoidu o nazwie JWH-018 na terenie Polski, który zapoczątkował burzliwą podaż tego typu substancji na naszym rynku. Jednocześnie błyskawicznie rozwijała się podaż innych nowych substancji i produktów, wśród których pojawiły się m.in. kolejne syntetyczne kannabinoidy, mefedron, a później cała grupa różnych substancji z grupy katynonów. Biznesmeni, którzy stworzyli największe sieci sprzedaży, rozwijali współpracę na zasadzie franczyzy, co oznaczało, iż każdy posiadający kwotę rzędu około 20-30 tys. mógł otworzyć sklep w ramach sieci dopalacze.com. Rzecznik prasowy kontaktował się z lokalnymi mediami w celu przekazania informacji o otwieraniu kolejnych sklepów, dbając w ten sposób o reklamę nowych punktów sprzedaży. Zjawisko powstawania nowych sklepów przyjęło postać wręcz lawinową i wkrótce, do końca 2010 roku, w Polsce

funkcjonowało ponad 1300 punktów sprzedaży „dopalaczy”. Sprzedaż prowadzona była zarówno przez sklepy internetowe, jak i stacjonarne. Dwie chyba największe firmy dopalacze.com i smartszop konkurowały ze sobą. Paradoksalnie właściciel tej drugiej został nazwany przez media królem „dopalaczy”. Firma dopalacze.com w oficjalnym oświadczeniu odcieła się od praktyk stosowanych przez firmę smartszop, która sprowadzała substancje, a następnie konfekcjonowała je na miejscu. Początkowo „dopalacze” często posiadały informację o składzie produktu, co więcej, firma na swojej stronie chwaliła się zaświadczeniem jednego z laboratoriów, iż nie sprzedają substancji kontrolowanych. W wyniku delegalizacji pierwszej grupy substancji nazwy substancji zostały usunięte, aby utrudnić obejmowanie kontrolą kolejnych substancji. Po zamknięciu sieci sklepów, sprzedaż przeniosła się do internetu. Biuro Kryminalne Komendy Głównej Policji w kwietniu 2011 roku raportowało zidentyfikowanie 43 sklepów internetowych oferujących „substancje zastępcze”.

### Skala używania wśród młodzieży

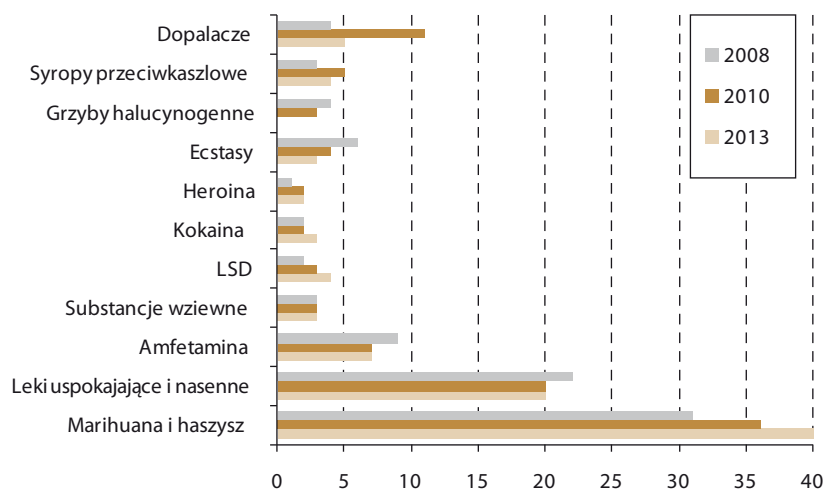
Polska jako praktycznie pierwszy kraj Unii Europejskiej zaczęła w sposób systemowy zajmować się problematyką nowych „dopalaczy”, czego wyrazem była m.in. waga, jaką zaczęto przywiązywać do objęcia powyższego zjawiska aktywnym monitoringiem i badaniami. W 2008 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zleciło Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) przeprowadzenie projektu badawczego zatytułowanego „Młodzież”, którym objęto młodych ludzi w wieku 18-19 lat. W ramach tego badania, po raz pierwszy w Polsce i prawdopodobnie w Europie, zapytano się o używanie „dopalaczy” na poziomie krajowym. Pomiar został powtórzony w 2010 i 2013 roku, dzięki czemu możemy przyrzeć się dynamice używania nowych substancji psychoaktywnych w kluczowych momentach, czyli: powstanie sklepów (2008 rok), największa sieć sprzedaży (2010 rok), trzy lata po zlikwidowaniu dużej liczby sklepów. Zanim przedstawimy wyniki dotyczące

**Tabela 1. Używanie „dopalaczy” według płci (%)**

	Chłopcy	Dziewczęta	Ogółem
Kiedykolwiek w życiu	8,1	2,8	5,2
W czasie 12 miesięcy przed badaniem	3,9	0,4	2
W czasie 30 dni przed badaniem	2,3	0	1

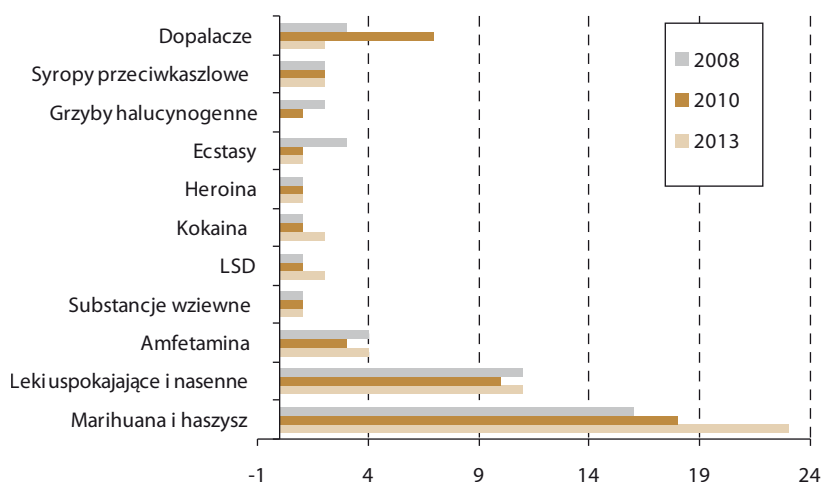
Źródło: Fundacja CBOS i KBPN.

Wykres 1. Używanie narkotyków kiedykolwiek w życiu (18-19 lat) (%)



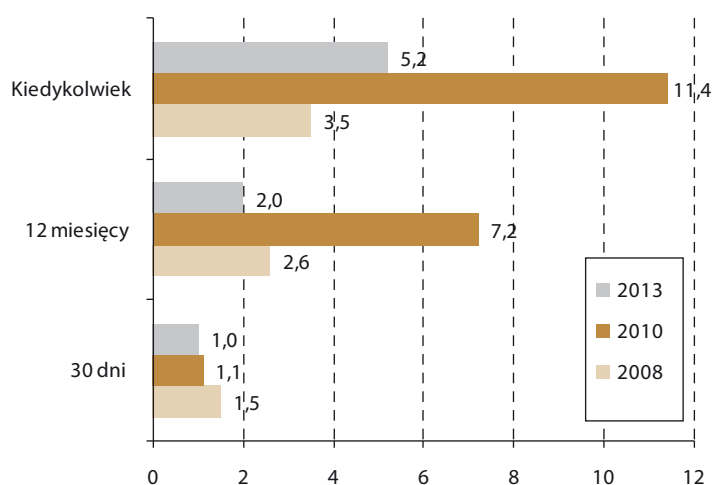
Źródło: Fundacja CBOS i KBPN.

Wykres 2. Używanie narkotyków w ciągu ostatniego roku (18-19 lat) (%)



Źródło: Fundacja CBOS i KBPN.

Wykres 3. Używanie „dopalaczy” przez uczniów (%)



Źródło: Fundacja CBOS i KBPN.

„dopalaczy”, przyjrzyjmy się skali używania innych narkotyków.

Substancjami najczęściej zażywany przez uczniów były marihuana i haszysz. Do przyjmowania ich kiedykolwiek w życiu przyznało się w 2013 roku 40% badanych, co oznacza wzrost o 4 punkty procentowe w stosunku do roku 2010. Wyniki ostatniego pomiaru pokazały kontynuację trendu wzrostowego również w przypadku ich używania w ciągu ostatniego roku i ostatnich 30 dni. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających pomiar w roku 2013, marihuane i haszyszu używał co czwarty uczeń (23%, w 2010 roku 18%), a w ciągu ostatnich 30 dni – prawie co dziesiąty (9%, w 2010 roku 8%).

Zażywanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza deklaruje obecnie co piąty uczeń (20%, jak w roku 2010), w ciągu ostatnich 12 miesięcy co dziesiąty (11%, w 2010 roku 10%), a w ciągu ostatnich 30 dni – co dwudziesty (5%, w 2010 roku 4%). Po marihuanie i haszyszu najbardziej rozpowszechnioną nielegalną substancją jest amfetamina. W roku 2008 do eksperymentów z tą substancją przyznało się 9% uczniów, a w 2010 i 2013 roku – 7%. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie amfetaminę zażywało 4% uczniów w roku 2008, a w roku 2010 i 2013 – 3%, zaś wskaźniki dla zażywania w ciągu ostatnich 30 dni wynoszą 1% dla roku 2008 oraz 2% dla roku 2010 i 2013.

Uczniowie zostali zapytani również o używanie „dopalaczy”. Według deklaracji z roku 2008 po tego typu substancje sięgnęło kiedykolwiek w życiu 4% uczniów, w 2010 roku odsetek deklaracji wzrósł do 11%. Do kontaktu z „dopalaczami” w ciągu roku poprzedzającego badanie z roku 2010 przyznało się 7% uczniów (wobec 3% w 2008 roku), a w ciągu ostatniego miesiąca – 1% (2% w 2008 roku). Wyniki z 2013 roku wskazują na spadek używania „dopalaczy”. Do kontaktu z „dopalaczami” kiedykolwiek w życiu przyznało się o ponad połowę mniej respondentów niż w 2010

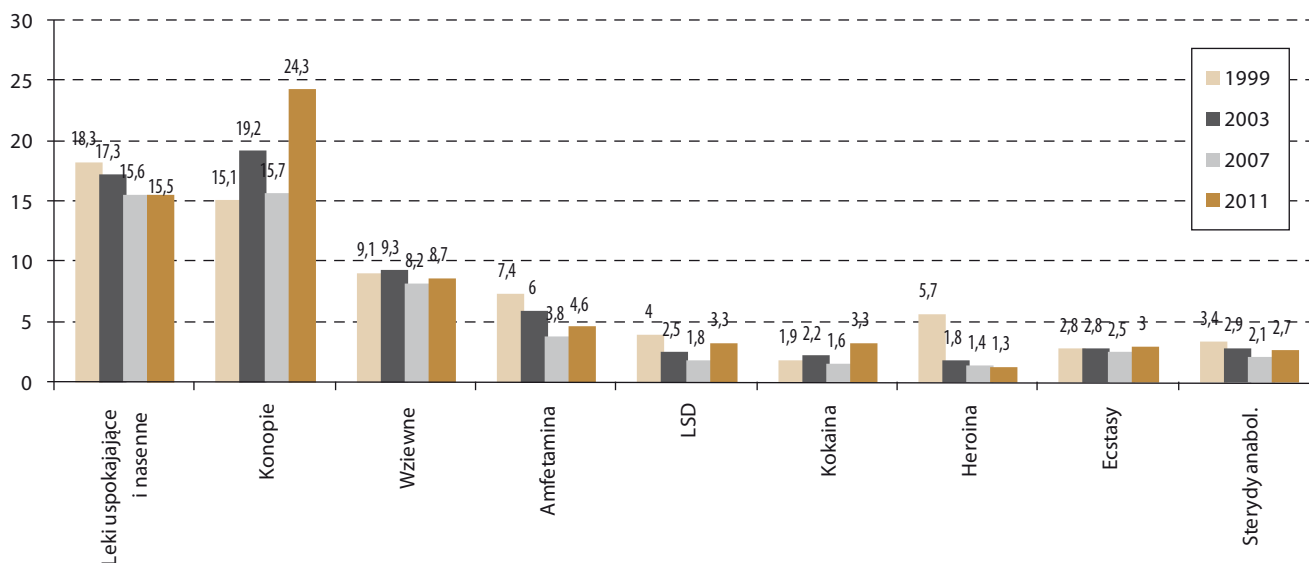
roku, czyli 5%, a trzy razy mniejszy odsetek badanych używał ich w ciągu ostatniego roku (spadek z 7% do 2%); odsetek osób sięgających po nie w ostatnim miesiącu wyniósł natomiast 1%. Pomiar z 2013 roku pokazuje, że zamknięcie sklepów z „dopalaczami” miało wpływ na poziom ich konsumpcji. Przyjrzymy się używaniu „dopalaczy” według płci respondentów.

Po tego typu środki sięgają przede wszystkim chłopcy (tabela 1.). O ile do eksperymentów z „dopalaczami” przyznały się również dziewczęta (2,8%) to prawie w ogóle nie

były one używane przez nie w ciągu ostatniego miesiąca oraz roku.

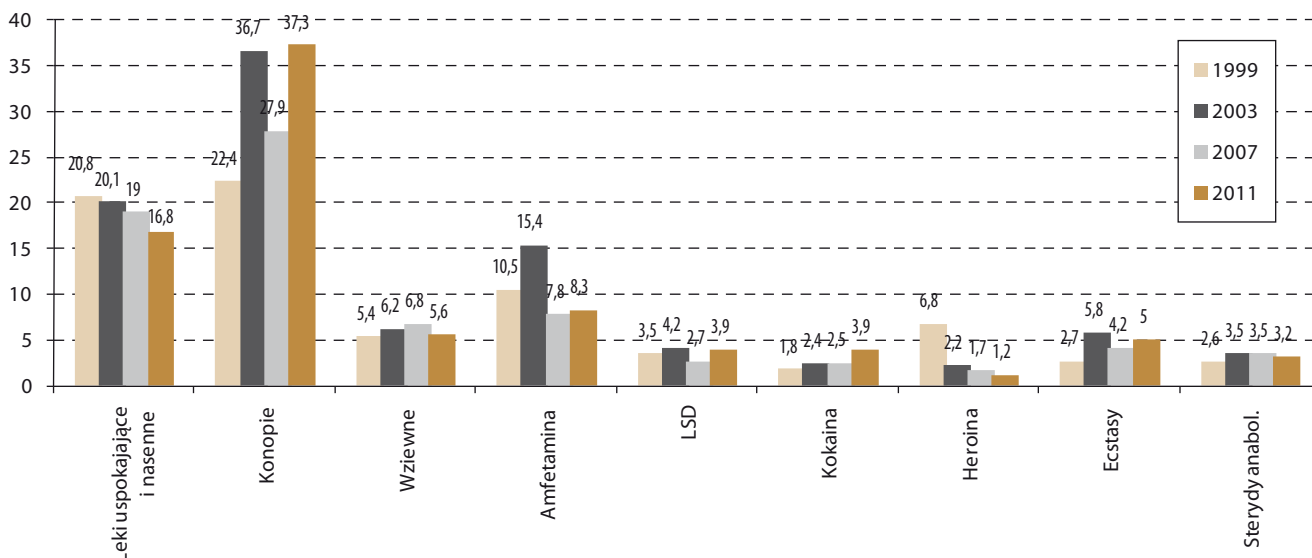
Według badania z 2013 roku spadła również dostępność „dopalaczy”. W 2010 roku co trzeci badany deklarował łatwy dostęp do „dopalaczy”, podczas gdy w 2013 roku co piąty. Ponadto o 6 punktów procentowych wzrosły odsetki badanych, którzy zdobycie „dopalaczy” określili jako niemożliwe (25%) oraz jako trudne (28%). W tym samym czasie, to jest między rokiem 2010 a 2013, w opinii badanych dostępność marihuany nie uległa zmianie. W badaniu z 2010 roku

**Wykres 4. Odsetek uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali poszczególnych środków chociaż raz w swoim życiu – wyniki badania ESPAD**



Źródło: IPiN.

**Wykres 5. Odsetek uczniów w wieku 17-18 lat, którzy używali poszczególnych środków chociaż raz w swoim życiu – wyniki badania ESPAD**



Źródło: IPiN.



**Tabela 2. Używanie „dopalaczy” z uwzględnieniem płci badanych i ogółem w badaniach ESPAD (%)**

Poziom klasy		Chłopcy	Dziewczęta	Ogółem
III klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	13,2	8,0	10,5
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	9,0	5,4	7,1
	W czasie 30 dni przed badaniem	3,5	1,6	2,5
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	Kiedykolwiek w życiu	21,5	9,9	15,8
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	11,6	6,2	9,0
	W czasie 30 dni przed badaniem	2,9	1,5	2,2

Zródło: IPiN.

uczniom zadano dodatkowe pytania o „dopalacze” – miały one na celu oszacowanie skali nowego zjawiska na rynku narkotykowym. Pierwszą kwestią poruszoną w badaniu była sama znajomość terminu. O „dopalaczach” słyszało 80% badanych w 2013 roku (90% w roku 2010), a co ósmy (12%) był w sklepie z „dopalaczami” (27% w 2010 roku). Spośród tych, którzy byli w takich sklepach, 40% dokonało tam zakupu (jak w 2010 roku). Przedmiotem pomiaru była również kwestia rodzajów produktów kupowanych przez uczniów. Spośród tych, którzy dokonali zakupu, 65% uczniów kupowało mieszanki ziołowe, 13% pigułki lub tabletki, 23% proszki. Należy podkreślić, że część uczniów, która deklarowała zakup „dopalaczy”, nie podała rodzaju zakupionego środka ani jego nazwy. Zakupu „dopalaczy” przez internet dokonał 1% ogółu badanych w obydwu pomiarach – w 2010 i w 2013 roku. Wyniki badania pokazują, że po zamknięciu sklepów z „dopalaczami” zakupy przez internet nie stały się bardziej popularne.

Drugim badaniem wśród młodzieży, które ujęło tematykę „dopalaczy”, jest projekt Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach (ESPAD), zrealizowany w 2011 roku na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na ogólnopolskiej próbie młodzieży szkolnej.

Wyniki badania potwierdzają, że najbardziej popularne substancje nielegalne, po które sięga polska młodzież, to marihuana i haszysz. Używanie tych substancji zadeklarowało 24,3% uczniów w młodszej grupie wiekowej (15-16 lat) i 37,3% starszych uczniów (17-18 lat). W obu przypadkach stanowiło to zdecydowany wzrost wobec badań z 2007 roku, gdzie do przyjmowania przetworów konopi przyznawało się blisko 16% młodszych uczniów i 27,9% badanych ze starszej grupy wiekowej.

Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku używania poszczególnych substancji w trakcie ostatniego roku. Do

używania marihuany i haszyszu w czasie ostatnich 12 miesięcy przyznało się 20,1% młodszych uczniów (trzecie klasy gimnazjum) oraz 28,5% uczniów z drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. W pomiarze z 2007 roku odsetki te wyniosły odpowiednio 10,9% oraz 17,4%. W odniesieniu do używania przetworów konopi w czasie ostatnich 30 dni to w 2011 roku do tego rodzaju praktyk przyznało się 10,5% uczniów z młodszej grupy i 15,5% z grupy starszej. W 2007 roku odsetki te wyniosły odpowiednio: 6,4% i 9,5%. Wśród substancji nielegalnych na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia używania jest amfetamina. Po najpopularniejszy w Polsce stymulant przynajmniej raz w życiu sięgnęło 4,6% 15-16-latków i 8,3% 17-18-latków. Nie odnotowano natomiast zdecydowanego różnicowania pomiędzy pomiarami w 2007 i 2011 roku w przypadku konsumpcji stymulantów oraz innych grup substancji.

Używanie „dopalaczy” wydaje się być silnie zróżnicowane ze względu na płeć respondentów, co jest szczególnie widoczne w przypadku uczniów w wieku 17-18 lat. W przypadku wszystkich kategorii używania: kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz ostatnich 30 dni dominują chłopcy. Największe różnicowanie ze względu na płeć badanych w używaniu „dopalaczy” kiedykolwiek w życiu można zaobserwować wśród uczniów II klas szkół ponadgimnazjalnych. Ponad dwukrotnie częściej po „dopalacze” sięgali chłopcy niż dziewczęta (21,5% oraz 9,9%).

Starsi chłopcy częściej sięgali po „dopalacze” niż ich młodszy koledzy, a różnica ta była znacząca w przypadku używania kiedykolwiek w życiu. Odsetki dziewcząt używających „dopalaczy” z młodszej i starszej grupy wiekowej różniły się jedynie nieznacznie.

Wyniki badania ESPAD pokazały, że wśród młodzieży szkolnej używającej „dopalaczy” dominują chłopcy ze starszej grupy wiekowej. Jedynie w przypadku używania

„dopalaczy” w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem odsetki respondentów były nieznacznie wyższe dla chłopców młodszych (3,5% do 2,9% chłopców ze starszej grupy wiekowej).

Stosunkowo niskie odsetki używających „dopalaczy” w czasie ostatnich 30 dni zarówno wśród dziewcząt, jak i chłopców mogą świadczyć o tym, że młodzi ludzie traktują nowe substancje raczej w sposób eksperymentalny, niż używają ich regularnie.

## Bibliografia

- Jabłoński P., Malczewski A., „Dopalacze”: nowe substancje psychoaktywne: zjawisko, rozpowszechnianie, profilaktyka (w:) Rybczyńska-Abdel Kawa D. (red.), Narkomania w zmieniającym się świecie: wybrane aspekty, Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej, Zielona Góra, 2012.
- Malczewski A., „Młodzież a substancje psychoaktywne” (w:) Badora B. i in., „Młodzież 2013”, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, 2014.
- Sierosławski J., „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną”, raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r., Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2011.

# ZESPÓŁ DORADCZY DS. LECZENIA, REHABILITACJI, OGRANICZANIA SZKÓD ZDROWOTNYCH I REINTEGRACJI SPOŁECZNEJ

Od dłuższego czasu wielu terapeutów uzależnień uczestniczy, mniej lub bardziej aktywnie, w dyskusji na temat konieczności wprowadzenia zmian w obowiązującym w Polsce modelu opieki i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków.

Zainteresowane strony prezentują różne opinie i postulaty, bywa, że przeciwstawne. Temperament rozmówców dodaje dodatkowego kolorytu toczącym się rozmowom. Podczas ostatniej konferencji na temat narkomanii i zjawisk jej towarzyszących, która odbyła się w październiku 2013 roku, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zaplanowało specjalną debatę poświęconą temu zagadnieniu. Terapeuci uzależnień i lekarze psychiatry w niej uczestniczący zaprezentowali swój punkt widzenia na temat rozwiązań, które mogłyby zoptymalizować istniejący model opieki i leczenia nad osobami uzależnionymi od narkotyków. Niezależnie od ujawnionych w trakcie dyskusji różnic w poglądach i opiniach, wszyscy zgodzili się z konstatacją, że istnieje przestrzeń dla wprowadzenia zmian, które mogą uczynić istniejący system bardziej przyjazny pacjentom i lepiej odpowiadający ich potrzebom. W następstwie tej i innych podobnych debat, dyrektor Krajowego Biura powołał 2 stycznia 2014 roku zespół doradczy ds. leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej. W jego skład wchodzi:

- Bogusława Bukowska – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii,
- Jacek Charmast – Stowarzyszenie JUMP’93,

- Kama Dąbrowska – radca prawny Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii,
- Edward Gorzelańczyk – NZOZ Medseven,
- Marek Grondas – Stowarzyszenie Monar,
- Małgorzata Kowalce – SPZOZ Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Zabrze,
- Jolanta Łazuga-Koczurowska – Stowarzyszenie Monar,
- Adam Kulesza – NZOZ „Centrum” w Siedlcach,
- Jacek Moskalewicz – Instytut Psychiatrii i Neurologii,
- Dorota Rybczyńska – Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii,
- Janusz Strzelecki – Ośrodek Readaptacyjno-Rehabilitacyjny w Anielinie.

Członkowie zespołu zostali poproszeni o udział w dyskusji, której celem było wskazanie obszarów problemowych w opiece i leczeniu osób uzależnionych od narkotyków oraz opracowanie wstępnych założeń do badań na temat optymalnej struktury i zasad funkcjonowania systemu leczenia, rehabilitacji i ograniczania szkód zdrowotnych. W 2014 roku Krajowe Biuro planuje zlecić wykonanie takiego badania, a wynikające z niego wnioski mają posłużyć jako punkt wyjścia do wprowadzenia niezbędnych zmian w systemie opieki i leczenia. W proces ten powinno być zaangażowane nie tylko Krajowe Biuro, ale przede wszystkim Narodowy Fundusz Zdrowia – główny płatnik świadczeń zdrowotnych, oraz podmioty lecznicze – wykonawcy tychże świadczeń.

*Oprac. Bogusława Bukowska*

*Niniejszy tekst powstał w związku z realizacją projektu „Kalkulator Kosztów Zaniechania – wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań na Mazowszu w zakresie polityki społecznej w obszarze analizy kosztów braku podejmowania działań aktywizująco-wspierających” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet VII – Promocja integracji społecznej.*

## REKOMENDACJE DLA SAMORZĄDÓW W ZAKRESIE PROBLEMU NARKOMANII – PROJEKT „KALKULATOR KOSZTÓW ZANIECHANIA”

*Barbara Wilamowska*

*Ministerstwo Sprawiedliwości*

*Joanna Felczak*

*Instytut Gospodarstwa Społecznego, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie*

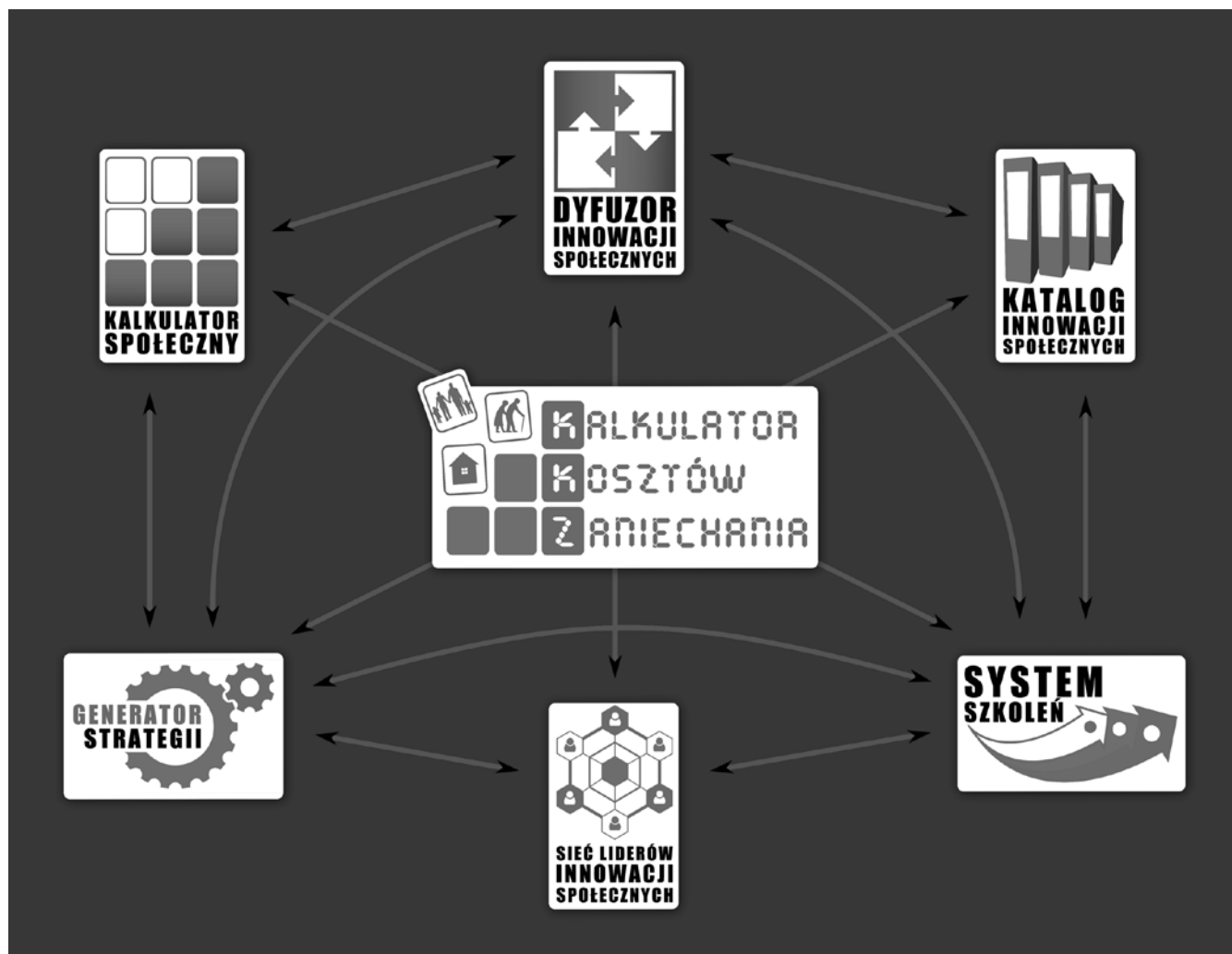
Prezentowany projekt innowacyjny to „Kalkulator Kosztów Zaniechania – wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań na Mazowszu w zakresie polityki społecznej w obszarze analizy kosztów braku podejmowania działań aktywizująco-wspierających” (KKZ). Liderem projektu jest Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, a partnerami – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie i Stowarzyszenie Radomskie Centrum Przedsiębiorczości. Szkoła Główna Handlowa jest odpowiedzialna w projekcie za opracowanie metodologii liczenia kosztów zaniechania i zaprojektowanie narzędzia do szacowania tych kosztów. Z kolei Stowarzyszenie zajmuje się kontaktami z jednostkami samorządu terytorialnego. Realizację projektu przewidziano na lata 2012–2014. Zagadnienia merytoryczne zawarte w projekcie konsultowane są z reprezentantami świata nauki i praktykami.

Adresatami projektu są trzy grupy:

- starostowie, prezydenci, burmistrzowie, wójtowie, sekretarze, radni, skarbnicy gmin i powiatów,
  - pracownicy powiatowych centrów pomocy rodzinie i ośrodków pomocy społecznej,
  - osoby objęte pomocą społeczną, osoby wspierane.
- Kalkulator Kosztów Zaniechania składa się z sześciu produktów o charakterze informacyjnym, ekonomicznym i prawnym:
- Kalkulator Społeczny – umożliwi oszacowanie kosztów zaniechania działań aktywizująco-wspierających skierowanych do osób wymagających pomocy społecznej,
  - Dyfuzor Innowacji Społecznych – interaktywna baza wiedzy o polityce społecznej i innowacjach społecznych,

- System Szkoleń – zawiera materiały informacyjno-dydaktyczne dotyczące Kalkulatora Kosztów Zaniechania,
  - Sieć Liderów Innowacji Społecznych – pozwala na skontaktowanie się z osobami z gmin i powiatów województwa mazowieckiego znającymi zasady prowadzenia aktywnej polityki społecznej,
  - Katalog Innowacji Społecznych – zawiera informacje o zrealizowanych projektach aktywizująco-wspierających w obszarze polityki społecznej,
  - Modelowa Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych – pozwala na opracowanie dokumentu i wsparcie procesu przygotowania strategii rozwiązywania problemów społecznych gmin i powiatów<sup>1</sup>.
- Narzędzia te należy traktować jako systemowo powiązany ze sobą zbiór elementów, które umożliwiają stworzenie warunków do zwiększenia efektywności i spójności polityki społecznej dla jednostek samorządu terytorialnego. W projekcie miejsce znalazło 10 rekomendowanych problemów społecznych wyodrębnionych zgodnie z brzmieniem ustawy o pomocy społecznej: ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Polsce status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizm lub narkomania.

Ryc. 1. Produkty Kalkulatora Kosztów Zaniechania



## O problemie narkomanii w samorządach

Problem narkomanii powiązany z niemożnością pełnienia określonych ról społecznych i samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie jest, zgodnie z literą prawa, powodem przyznania pomocy społecznej. Skoro zgodnie z konstytucyjnym zakazem dyskryminacji wsparcie to należy się każdej osobie, otwartym pozostaje pytanie: jak należy pomagać, aby pomoc ta mogła być skuteczna i efektywna? Obowiązek niesienia pomocy spoczywa na samorządach i to im potrzebna jest wiedza dotycząca zarówno stawiania diagnozy, analizowania sytuacji osoby zgłaszającej się po pomoc oraz dopasowania odpowiedniego zestawu świadczeń do danego klienta pomocy społecznej w oparciu o wiedzę o posiadanych zasobach zarówno materialnych, jak i instytucjonalnych.

W przypadku działań względem tej grupy odbiorców świadczeń konieczne jest połączenie działań wynikających z ustawy o pomocy społecznej z obowiązkami spoczywającymi na samorządach zgodnie z brzmieniem Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016.

Czynniki mające wpływ na rozwój zjawiska narkomanii to m.in. ubóstwo, sieroctwo, bezrobocie czy alkoholizm. Obok analizy danych bezpośrednio mówiących o zażywaniu środków psychoaktywnych, konieczna jest także analiza towarzyszących problemów doświadczanych w rodzinach w celu intensyfikacji działań profilaktycznych.

Informacja o wczesnym wieku inicjacji narkotykowej (16 lat pierwsze symptomy uzależnienia, zatem inicjacja w wieku 13 lat) pociąga za sobą postulat skierowania szczególnych działań wobec osób w wieku 16-29 lat



oraz zintensyfikowania działań profilaktycznych podejmowanych przez asystentów rodziny.

Z uwagi na podejmowane przez jednostki służby zdrowia działania o charakterze interwencyjnym, terapeutycznym i profilaktycznym, warto zwrócić uwagę na brak systemowych reguł współpracy i wymiany informacji pomiędzy pracownikami tych placówek a pracownikami OPS-ów – co stanowi dobrą i efektywną praktykę w innych krajach europejskich.

Rodzajem świadczenia, które może mieć istotne znaczenie w procesie przeciwdziałania narkomanii i ograniczaniu szkód społecznych i zdrowotnych nią powodowanych, jest praca socjalna. To pracownicy socjalni i asystenci rodziny mogą dotrzeć do najmłodszych osób używających narkotyków. Warunkiem jest odpowiednie przygotowanie tych pracowników do reakcji na zauważone symptomy. Także w przypadku terapii długo- i krótkoterminowej oraz połączenia problemu narkomanii z innym problemem wsparcie pracownika socjalnego może stanowić dodatkowy czynnik motywujący i wzmacniający zamierzenia odbiorcy świadczeń. Bez pracy socjalnej nie ma faktycznej reintegracji społecznej osób z problemem uzależnienia.

## Świadczenia a poziom nasilenia problemu

W zależności od stopnia nasilenia problemu (używanie, nadużywanie, uzależnienie) różne powinny być działania władz samorządowych oferowane osobom. Najważniejsze z nich to: programy redukcji szkód i profilaktyki uzależnień, terapie krótkoterminowe, terapie długoterminowe, leczenie substytucyjne, detoksykacja i równoległe prowadzona praca z rodziną oraz środowiskiem lokalnym.

Poziom zaangażowania środków społecznych wzrasta wraz z poziomem używania narkotyków, bowiem w wyniku zażywania narkotyków mogą się pojawić kolejne problemy, generujące straty w wymiarze funkcjonowania jednostki oraz w szerszym wymiarze społecznym i ekonomicznym. Mogą to być na przykład: bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawność, choroby zakaźne (HIV, HCV).

Ze względu na zmieniający się skład chemiczny środków psychoaktywnych i pojawiające się nowe, jeszcze nierozpoznane substancje o takim charakterze (tzw.

dopalacze), szczególnej wagi nabierają działania z zakresu profilaktyki i programy redukcji szkód.

Warto zauważyć, że w projekcie wyszczególniono trzy poziomy nasilenia problemu z substancjami psychoaktywnymi. Zaprezentowane poniżej dość rozbudowane definicje są wynikiem pracy zespołu projektowego i eksperta ds. narkomanii<sup>2</sup>. Definicje te mają ułatwić pracownikom socjalnym diagnozę sytuacji klienta pomocy społecznej i dobrać odpowiednich narzędzi do pracy z nim.

**Poziom niski** – okazjonalne używanie środków psychoaktywnych, nie częściej niż do czterech razy w miesiącu – jest to populacja osób zagrożonych nadużywaniem i uzależnieniem wraz z ich konsekwencjami. Zasadniczo osoby te mogą pełnić jeszcze role społeczne w pełnym wymiarze. Osoby te, przeważnie w młodym wieku, wymagają podjęcia intensywnych działań profilaktycznych i ambulatoryjnych oddziaływań terapeutycznych (zmniejszających ryzyko wejścia w bardziej zaawansowaną fazę używania), programów redukcji szkód (zmniejszających ryzyko wystąpienia szkód zdrowotnych i społecznych) oraz oddziaływania z zakresu pracy socjalnej z rodziną, w rodzinie oraz w najbliższym środowisku osoby używającej środków psychoaktywnych.

**Poziom średni** – nadużywanie środków psychoaktywnych (alkohol, środki odurzające, substancje psychotropowe lub środki zastępcze) częściej niż cztery razy w miesiącu, ale nie codziennie lub prawie codziennie. Na tym etapie nie występują ciągi używania środków psychoaktywnych, co umożliwia jeszcze użytkownikom pełnienie ról społecznych, ale zwiększa się częstotliwość występowania określonych szkód społecznych lub zdrowotnych oraz napięć i konfliktów w sferze osobistej i zawodowej. Występują trudności z pełnieniem określonych ról społecznych, zagrożenie stabilności zawodowej, zaniedbywanie rodziny, konflikty domowe, pogłębiające się uzależnienie psychiczne i fizyczne, pojawiające się szkody zdrowotne. W celu ograniczenia tych szkód i poziomu bardziej zaawansowanego stadium używania należy włączyć do oferty świadczeń społecznych programy zaawansowanego leczenia i terapii. Na niezmiennym poziomie pozostaje stałe zapotrzebowanie na ambulatoryjne oddziaływania terapeutyczne (zmniejszające ryzyko wejścia w bardziej zaawansowaną fazę używania), leczenie stacjonarne, programy redukcji szkód (zmniejszające

ryzyko wystąpienia szkód zdrowotnych i społecznych), profilaktyka wskazująca oaz oddziaływania z zakresu pracy socjalnej, szczególnie w fazie podjętego leczenia lub terapii.

**Poziom wysoki** – uzależnienie fizyczne i/lub psychiczne od środków psychoaktywnych charakteryzujące się używaniem codziennym lub prawie codziennym oraz ciągami używania. Uzależnienie stanowi dominujący wymiar funkcjonowania jednostki i skutkuje niemożnością wypełniania podstawowych ról społecznych. Na tym etapie występują wyraźne szkody społeczne i zdrowotne w sferze funkcjonowania osób uzależnionych. W zależności od rodzaju przyjmowanego środka psychoaktywnego obserwuje się szybką degradację społeczną. Osoby uzależnione zasadniczo nie są w stanie wypełniać ról społecznych. Wśród oferowanych świadczeń społecznych mniejsze znaczenie odgrywają programy profilaktyki. Na tym etapie należy zintensyfikować ambulatoryjne oddziaływania terapeutyczne (zmniejszające ryzyko wejścia w bardziej zaawansowaną fazę używania), lecznicze, specjalistyczne: detoksykacyjne i substytucyjne, programy redukcji szkód (zmniejszające ryzyko wystąpienia szkód zdrowotnych i społecznych) oraz oddziaływania z zakresu pracy socjalnej na rzecz reintegracji społecznej (praca, mieszkanie, wykształcenie, kwalifikacje zawodowe), szczególnie na etapie podjętego lub zakończonego leczenia. Istotny z punktu widzenia skuteczności podejmowanych interwencji jest także typ zażywanych środków oraz faktyczne przygotowanie oddziałów detoksykacyjnych czy programów terapii substytucyjnej w zależności od potrzeb występujących w danym samorządzie<sup>3</sup>.

## Doświadczenia państw europejskich

Doświadczenia innych państw europejskich pokazują, że najczęściej działania lecznicze prowadzone są poprzez oddziaływania terapeutyczne, interwencje psychospołeczne, leczenie substytucyjne opiatami i detoksykację. Większość form leczenia ma charakter ambulatoryjny. Stosowanie w krajach europejskich leczenia substytucyjnego (metadon, buprenorfina, morfina, diacetylmorfina) jest ściśle powiązane z programami wsparcia psychospołecznego, które umożliwiają poprawę jakości życia, ograniczenie szkód

zdrowotnych i społecznych oraz reintegrację społeczną osób uzależnionych od opiatów.

Z danych zgłoszonych do Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) wynika, że z populacji osób uzależnionych, które w 2011 roku rozpoczęły leczenie, 47% było bezrobotnych, 9% nie miało stałego miejsca zamieszkania, a 36% posiadało wykształcenie podstawowe. Wskazuje to na zjawisko łączenia ryzyk socjalnych, co jest podkreślane także w prezentowanym projekcie KKZ. W ocenie ogólnoeuropejskiej dostępność programów reintegracji społecznej jest niewystarczająca, a brak takich programów uważa się za czynnik, który niweluje pozytywny proces leczenia. Takie wsparcie jest koniecznym czynnikiem wspomagającym skuteczne procesy leczenia i terapii. Jest to uwaga, którą należy uwzględnić przy konstruowaniu polskich programów terapeutycznych.

Na niewystarczającym poziomie w całej Europie jest również ocena ekonomiczna kosztów i korzyści wynikających z przyjętych strategii narkotykowych. Z dostępnych informacji wynika jednak, że najwyższe koszty kraje europejskie wciąż ponoszą na redukcję podaży narkotyków, co wydaje się nie realizować strategii ogólnoeuropejskiej, która na pierwszym miejscu stawia działania o charakterze ograniczającym popyt, ze szczególnym uwzględnieniem działań profilaktycznych i redukujących szkody społeczne i zdrowotne<sup>4</sup>. Kalkulator Kosztów Zaniechania pozwala dodatkowo oszacować koszty nieudzielenego lub zbyt późno udzielonego wsparcia.

## Propozycja koszyka świadczeń

Opracowany na potrzeby projektu koszyk świadczeń i usług skierowanych do osób doświadczających problemu uzależnienia od środków psychoaktywnych uwzględnia zarówno skalę nasilenia problemu, jak i charakter środka uzależniającego. W zależności od tego środka różne jest nasilenie działań o charakterze interwencyjnym, substytucyjnym i detoksykacyjnym. Wyróżniono następujące świadczenia:

- Konsultacja. Punkt konsultacyjny. Poradnia rodzinna.
- Detoksykacja. Publiczny lub niepubliczny podmiot leczniczy ZOZ.
- Program terapii krótkoterminowej do 6 miesięcy, ambulatoryjnej.

- Terapia substytucyjna. Program ciągły, czasem dożywotni.
- Program terapii długoterminowej do 24 miesięcy.
- Programy redukcji szkód inne niż substytucja. Roczne. Ciągłe.
- Profilaktyka.
- Wsparcie socjalne. Pracownik socjalny. Asystent rodziny.

Koszyk świadczeń opiera się na dwóch głównych filarach: pełnego dostępu do poradnictwa i konsultacji oraz pracy socjalnej świadczonej przez pracowników socjalnych i asystentów rodziny. Dla osób uzależnionych programy wsparcia winny mieć charakter oddziaływań ukierunkowanych na reintegrację społeczną, po okresie wykluczenia w związku z niejednokrotnie długoletnim uzależnieniem.

Na każdym etapie rozwoju problemu preferowane są różne rodzaje świadczeń. W fazie okazjonalnego używania rekomenduje się działania z zakresu profilaktyki, programy redukcji szkód, edukację i pracę socjalną z rodziną. W fazie używania oddziaływań profilaktyczne słabną na rzecz włączenia bardziej specjalistycznych form leczenia, jak terapie długoterminowe. W odniesieniu do osób uzależnionych programy profilaktyki zostają zastąpione intensywnymi i zaawansowanymi programami redukcji szkód, terapii i leczenia, zostaje włączona detoksykacja.

## Wnioski

Jakie wnioski zatem można przekazać samorządom terytorialnym? Opracowanie koszyka niezbędnych świadczeń dla danej gminy powinno rozpocząć się od zebrania informacji na temat zjawiska narkomanii w danej gminie, jego nasilenia i tendencji, konsekwencji występowania tego zjawiska oraz działań wpływających na ograniczenie popytu i podaży narkotyków na terenie danego samorządu.

Drugim istotnym i wartym rozważenia zagadnieniem jest wyjście poza struktury pomocy społecznej i świadczenia oferowane oraz finansowane ze źródeł jednostek samorządu terytorialnego w celu identyfikacji innych struktur, które posiadają określone zasoby finansowe, ale nie dysponują narzędziami i wystarczającą kadrami, by prowadzić działania w sposób systemowy, możliwy do zweryfikowania i ukierunkowany.

Ważne jest również zaplanowanie działań profilaktycznych i szeroko rozumianych działań prewencyjnych skierowanych do populacji generalnej, osób zagrożonych uzależnieniem oraz problemowo używających, a także identyfikacja obszarów, w których działania prewencyjne mają być wykonywane systemowo i w sposób stały oraz wyłonienie wykonawców, którzy gwarantują ocenę zakładanych rezultatów działań.

Stosowanie Kalkulatora Kosztów Zaniechania wspiera w podjęciu działań charakteryzujących się nie tylko większą skutecznością, ale także większą efektywnością ekonomiczną. Narzędzie to jest także pomocne przy opracowywaniu projektów, które mogą uzyskać dofinansowanie z funduszy Unii Europejskiej. Koszty nieudzielnego wsparcia przekonują o konieczności inwestowania w osoby mające problem z uzależnieniami; brak jakiegokolwiek wsparcia powoduje pogłębianie się problemów rodzin i środowisk. Kalkulator Kosztów Zaniechania dostarcza ku temu odpowiednich narzędzi i argumentów.

Ważnym narzędziem dla rozwoju pracy socjalnej i usług wsparcia rodziny w środowisku lokalnym jest także Dyfuzor Innowacji Społecznych oraz Katalog Innowacji Społecznych, zawierający zbiór dobrych praktyk realizowanych w ramach projektów finansowanych z różnych źródeł. Podmioty, które mają własne, sprawdzone i skuteczne projekty innowacyjne w zakresie polityki społecznej i chcą się nimi podzielić, mogą przesyłać je do Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej. Wzbogacą tym samym zasób Katalogu Innowacji Społecznych. Opis własnego projektu z uwagami dotyczącymi katalogu w wersji elektronicznej można przesłać na adres mailowy [modelkkz@mcps-efs.pl](mailto:modelkkz@mcps-efs.pl). Informacje o projekcie oraz wszelkie materiały są dostępne na stronie projektu [www.kkz.mcps-efs.pl](http://www.kkz.mcps-efs.pl).

## Przypisy

- <sup>1</sup> <http://modelkkz.mcps-efs.pl/kkz/>, dostęp dn. 10.06.2014 r.
- <sup>2</sup> Definicje zostały opracowane także w formie skróconej; są one przydatne przede wszystkim podczas przyporządkowywania klientów do poziomów nasilenia problemu społecznego.
- <sup>3</sup> Bardziej szczegółowo o podejmowanych działaniach interwencyjnych i terapeutycznych w zależności od typu środka uzależniającego w ekspertyzie sporządzonej na potrzeby projektu: B. Wilamowska, Poziom alkoholizmu lub narkomanii a zróżnicowanie świadczeń pomocy społecznej niezbędnych do ograniczania zjawiska – propozycja koszyka świadczeń społecznych.
- <sup>4</sup> W przywoływanej już ekspertyzie B. Wilamowskiej znajduje się analiza polityki społecznej w zakresie przeciwdziałania narkomanii w Portugalii, Szwajcarii i Czechach.



*W 2013 roku, dzięki wsparciu finansowemu Ministerstwa Spraw Zagranicznych w ramach programu Polska Pomoc, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z Fundacją Merkury z Wałbrzycha zrealizowało projekt pod nazwą „Przeciwdziałanie problemowi narkotyków i narkomanii w Gruzji”. Ze strony gruzińskiej partnerami były dwie instytucje – Center for Mental Health and Prevention of Addiction (instytucja publiczna pełniąca podobną rolę jak Krajowe Biuro) i Disease Prevention, Control and Non Proliferation Association (organizacja pozarządowa zajmująca się problematyką uzależnień).*

## PRZECIWDZIAŁANIE PROBLEMOWI NARKOTYKÓW I NARKOMANII W GRUZJI – POLSKIE WSPARCIE

*Łukasz Jędruszek, Artur Malczewski  
Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

### Sytuacja w Gruzji

Najpopularniejszą substancją używaną w Gruzji jest marihuana. Według badań przeprowadzonych wśród młodzieży w 2009 roku 17% osób młodych deklaroowało używanie przetworów konopi. Tamtejsza młodzież sięga także po leki uspokajające i nasenne w celu odurzenia się, łącząc je niekiedy z alkoholem. Scena narkotykowa w Gruzji charakteryzują się też wysokim wskaźnikiem liczby iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Liczba problemowych użytkowników jest szacowana na 45 tys. (2012 rok), co daje 1,65% osób w wieku 18-64 lata. Zmieniają się substancje, po które sięgają iniekcyjni użytkownicy. Analizując ostatnie dziesięć lat, należy odnotować, że wśród iniekcyjnych użytkowników w latach 2003–2005 dominowało używanie heroiny i innych opiatów. W latach 2004–2008 pojawiła się buprenorfina. Skuteczne działania z zakresu redukcji podaży spowodowały spadek dostępności heroiny, która zastała jednak zastąpiona przez inne narkotyki. Okres po 2008 roku to pojawienie się domowej produkcji stymulantów – metkatynonu wytwarzanego z leków dostępnych w aptekach oraz metamfetaminy. Na scenie narkotykowej w Gruzji pojawił się także tzw. krokodyl, czyli dezomorfin, której zażywanie może prowadzić do poważnych szkód zdrowotnych, łącznie ze śmiertelnym przedawkowaniem. Trudno jest stwierdzić, jaka jest liczba zgonów w Gruzji spowodowanych przedawkowaniem narkotyków, ponieważ około 90% przypadków

nie jest rejestrowanych. Według oficjalnych statystyk w 2011 roku odnotowano 15 zgonów z tego powodu. Analizując przemysł narkotyków, należy stwierdzić, że heroina trafia do Gruzji przede wszystkim z Turcji. W 2012 roku zabezpieczono 291 g tego narkotyku. W Gruzji zarówno posiadanie, jak i używanie narkotyków jest karalne, co może utrudniać prowadzenie działań mających na celu pomoc osobom uzależnionym. Najbardziej rozwiniętą formą pomocy dla osób, które mają problemy z narkotykami, są programy leczenia substytucyjnego, dostępne w niemal wszystkich regionach Gruzji – Kutaisi, Ozurgeti, Poti, Zugdidi, Telawi. Leczenie substytucyjne jest dostępne w ośmiu miastach. Mimo funkcjonowania programów leczenia substytucyjnego w każdym regionie, dostęp do tego typu programów dla osób uzależnionych jest nadal niewielki. Programy państwowe są współfinansowane przez samych pacjentów (koszt 150 GEL miesięcznie, co stanowi około 260 zł). Bezpłatne leczenie oferowane jest tylko w czterech programach finansowanych ze środków Global Found (w Tbilisi, Gori, Batumi). Pomimo wydawałoby się niezwyklej ekspansji programów redukcji szkód (np. w porównaniu do sąsiedniej Armenii), ich zasięg pozostaje jednak niewystarczający. Działania tego typu są finansowane przez Global Found i obejmują: dystrybucję igieł i strzykawek, prezerwatyw, materiałów informacyjnych, dobrowolne poradnictwo i testowanie (VCT) na HIV, HBV, HCV i kiłę oraz edukację rówieśniczą.



W 2012 roku w substytucji odnotowano około 2500 epizodów leczniczych, a w detoksykacji około 400. Ofertę pomocową uzupełniają placówki rehabilitacyjne. Istnieją tylko dwie tego typu placówki oferujące leczenie psychospołeczne. W ich ramach prowadzona jest terapia indywidualna, grupowa i rodzinna. Oba ośrodki są finansowane przez Global Found. W Gruzji w bardzo małym stopniu prowadzone są działania z zakresu profilaktyki, nie ma programów profilaktyki w szkołach oraz profilaktyki selektywnej i wskazującej. Na poziomie centralnym podejmowane są działania w celu wzmocnienia reakcji instytucjonalnych na problem narkotyków i narkomanii. W październiku 2011 roku została powołana międzyministerialna Rada ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W tym samym roku rozpoczęto prace nad krajową strategią narkotykową oraz planem działania. Jednym z głównych zadań Rady jest koordynacja działań zaplanowanych w ramach strategii, której realizację rozpoczęto w 2013 roku.

## Wdrażanie projektu

Głównym celem projektu było doskonalenie kompetencji zawodowych gruzińskich specjalistów zajmujących się problematyką uzależnień w oparciu o rozwiązania stosowane w Polsce. Jednym z głównych efektów działań realizowanych w ramach projektu miało być utworzenie w Gruzji pierwszej poradni internetowej dla osób używających narkotyków, ich rodzin, bliskich i innych osób poszukujących fachowej, dostępnej w sposób anonimowy informacji na temat problematyki uzależnień. Pomysł poradni miał być odpowiedzią na niewystarczającą sieć placówek leczniczych w Gruzji, świadczących bezpłatną pomoc. Ponadto restrykcyjne prawo narkotykowe w Gruzji, karzące za używanie narkotyków, niewątpliwie ma wpływ na chęć zachowania anonimowości, co jest możliwe przy wykorzystaniu internetu.

W celu realizacji zadań dla gruzińskich partnerów organizowane były szkolenia, spotkania robocze i wizyty studyjne zarówno w Polsce, jak i w Gruzji. Z perspektywy niemalże czterech miesięcy od zakończenia projektu można stwierdzić, że tematem, na który najczęściej zwracali uwagę nasi partnerzy był aspekt finansowania szeroko pojętych działań związanych z przeciwdziałaniem problemowi narkotyków. Gruzini od początku realizacji projektu twierdzili, że głównym

czynnikiem determinującym ograniczenia tamtejszego systemu jest niewystarczający poziom finansowania działań. Ten zasadniczy problem wpływa na niewielką liczbę stacjonarnych placówek leczniczych, niewystarczającą dostępność programów leczenia i rehabilitacji, a także brak działań z zakresu profilaktyki. Partnerzy gruzińscy prosili o szczegółowe informacje na temat mechanizmów finansowania tego typu usług w Polsce. Szczególne zainteresowanie wzbudził system finansowania leczenia przez NFZ i możliwość wspierania działań z opłat za zezwolenia na handel alkoholem (tzw. korkowe). W Gruzji tego typu rozwiązania nie występują.

Gruzini pozytywnie oceniali rozwiązania stosowane w Polsce, ich zdaniem podobne rozwiązania legislacyjne sprawdziłyby się także w ich kraju. Tematem, który w nie mniejszym stopniu zainteresował partnerów gruzińskich była problematyka nowych substancji psychoaktywnych. Polscy eksperci realizujący projekt zaprezentowali gruzińskim kolegom szczegółowe informacje na temat rozwiązań legislacyjnych i profilaktycznych stosowanych w Polsce. Problemem, niesygnalizowanym przez Gruzinów, ale dającym się jednak zauważyć podczas realizacji projektu, okazały się pewne uprzedzenia i stereotypy silnie zakorzenione wśród starszego pokolenia tamtejszych lekarzy i terapeutów przedkładających działania z zakresu redukcji podaży ponad te, które służą redukcji popytu na narkotyki. Należy w tym miejscu podkreślić, że znaczna część partnerów, z którymi podjęto współpracę prezentowała przeciwny pogląd, zgodnie z którym osoba używająca narkotyków powinna być traktowana nie jako przestępca, a raczej ktoś, kto wymaga fachowej pomocy lekarskiej i psychologicznej.

Podczas każdej z aktywności kładziony był nacisk na przedstawianie istotnej roli, jaką pełnią organizacje pozarządowe, bez których skuteczne przeciwdziałanie problemowi narkotyków i narkomanii nie byłoby możliwe. Dobrym sposobem zilustrowania takiej współpracy były wizyty kolegów gruzińskich m.in. w Ośrodku Rehabilitacyjnym „Kazuń Bielany” i w Stowarzyszeniu „Eleuteria” w Warszawie.

## Wsparcie instytucjonalne

Jednym z celów projektu było również wzmocnienie gruzińskich instytucji centralnych w przeciwdziałaniu

narkomanii. Nasi wschodni partnerzy byli tuż przed wdrażaniem krajowej strategii narkotykowej, dlatego też wykazywali wielkie zainteresowanie sposobami wdrażania polskiego Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii i jego monitorowania.

W ciągu 10 miesięcy realizacji projektu w ośmiu szkoleniach i konferencjach zorganizowanych w Polsce i Gruzji udział wzięli zarówno praktycy z systemu leczenia, jak i urzędnicy reprezentujący różne resorty ministerialne – zdrowia, sprawiedliwości oraz spraw wewnętrznych. Podczas projektu została przeprowadzona analiza SWOT sytuacji w Gruzji, która dała możliwość oceny mocnych i słabych stron tamtejszej polityki w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Z zainteresowaniem naszych partnerów spotkały się międzynarodowe programy wdrażane od wielu lat w Polsce. Jednym z nich jest pogram „Unplugged”, który byłby odpowiedzią na braki profilaktyki szkolnej w Gruzji, a program „Candis” odpowiedzią na wzrastającą popularność marihuany. Z kolei „Fred goes net” propozycją dla osób łamiących prawo. Wszystkie te programy były szczegółowo omawiane w celu określenia możliwości ich implementacji w Gruzji.

Podczas prezentacji działań realizowanych na poziomie centralnym przedstawiano korzyści płynące ze współpracy z przedstawicielami społeczeństwa obywatelskiego. W Polsce około 70% ośrodków stacjonarnych i placówek ambulatoryjnych świadczących specjalistyczną pomoc osobom używającym narkotyków jest prowadzona właśnie przez organizacje pozarządowe. Wydaje się, że w Gruzji z roku na rok rola organizacji pozarządowych wzrasta (także w obszarze problematyki uzależnień), jednak nadal większość z nich pozyskuje fundusze na swą działalność tylko od instytucji zagranicznych. Partnerzy gruzińscy często podkreślali, że system polski (wzorowany na rozwiązaniach stosowanych w państwach UE) w wielu obszarach stanowi dla nich inspirację. Największe zainteresowanie wzbudziły:

- Mechanizmy finansowania usług z zakresu profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób używających narkotyków.
- Zasady współpracy z organizacjami pozarządowymi i finansowanie przez NFZ świadczeń udzielanych przez ośrodki stacjonarne i placówki ambulatoryjne.
- Polskie doświadczenia z zakresu badania i przeciwdziałania tzw. nowym substancjom psychoaktywnym.

- Standardy stosowane w przeciwdziałaniu narkomanii np. polski system rekomendacji w obszarze profilaktyki.

## Poradnia internetowa

Dzięki wsparciu Fundacji Merkury z Wałbrzycha, mającej doświadczenie w poradnictwie internetowym, udało się przeszkolić gruzińską kadre, która od października 2013 roku zajmuje się udzielaniem porad przez internet. W warunkach gruzińskich, gdzie używanie narkotyków podlega penalizacji, popyt na fachowe poradnictwo w tym zakresie, dostępne w sposób anonimowy, wydaje się ważnym elementem systemu pomocy. Pomysł stworzenia takiej poradni zyskał uznanie zarówno przedstawicieli lokalnych organizacji pozarządowych, jak również specjalistów reprezentujących instytucje centralne. Działalność poradni ma szansę wpłynąć na poprawę sytuacji osób używających narkotyków w Gruzji, gdzie dotychczas nie działała żadna tego typu poradnia. Dotychczasowe doświadczenia osób zajmujących się prowadzeniem poradni wskazują na istnienie popytu na tego typu usługi. Krajowe Biuro, mając na uwadze zaangażowanie strony gruzińskiej, planuje kontynuację współpracy również w 2014 roku. Jednym z potencjalnych obszarów wspólnych działań może być, oprócz narkomanii, także problematyka związana z przeciwdziałaniem problemowi hazardu. Zdaniem gruzińskich specjalistów ds. uzależnień coraz większy odsetek ich rodaków korzysta z gier hazardowych w sposób problemowy, a nie istnieją tam żadne przepisy regulujące ten obszar.

Należy mieć także nadzieję, że wiedza zdobyta podczas współpracy w ramach projektu „Przeciwdziałanie problemowi narkotyków i narkomanii w Gruzji”, będzie stanowić argument w toczącej się aktualnie w tym kraju dyskusji przemawiający za położeniem większego nacisku na zasadę tzw. zrównoważonego podejścia, tzn. skupienia się w równym stopniu na działaniach zarówno z zakresu redukcji popytu, jak i podaży narkotyków. W 2014 roku będzie kontynuowana współpraca z Gruzją pomiędzy Krajowym Biurem a Center for Mental Health and Prevention of Addiction w ramach rutynowych działań. Ze środków Polskiej Pomocy Ministerstwa Spraw Zagranicznych w 2014 roku będzie realizowany projekt z Ukrainą, adresowany do placówek leczniczych.

*Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii realizuje kolejny projekt współfinansowany ze środków Ministerstwa Spraw Zagranicznych w ramach Planu Współpracy Rozwojowej. Tegoroczny projekt jest skierowany do partnerów ukraińskich. Ze strony polskiej uczestniczy w nim także Stowarzyszenie Monar.*

## WSPÓŁPRACA Z UKRAINĄ W ZAKRESIE PODNIOSZENIA KOMPETENCJI ZAWODOWYCH TERAPEUTÓW UZALEŻNIEŃ

*Jagoda Władoń*

*Stowarzyszenie Monar*

*Łukasz Jędruszek*

*Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

W 2013 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z Fundacją Merkury zrealizowało projekt „Przeciwdziałanie problemowi narkotyków i narkomanii w Gruzji”. Dzięki doświadczeniu zdobytemu podczas współpracy z Gruzynami podjęto decyzję o przygotowaniu kolejnego projektu, tym razem dla partnerów ukraińskich. Krajowe Biuro od dłuższego czasu poszukiwało partnera po stronie ukraińskiej, z którym mogłoby nawiązać długofalową współpracę. Starania te przyniosły rezultaty dopiero po kilku latach, tj. w 2013 roku. Wówczas to udało się nakreślić ramy przyszłej współpracy z Państwową Służbą Ukrainy ds. Kontroli Narkotyków, kierowaną przez Wołodymyra Tymoszenko, a także Funduszem Dobroczynnym „Caritas” z Drohobycza – organizacją pozarządową.

Tegoroczny projekt, podobnie jak zeszłoroczny, jest realizowany dzięki wsparciu finansowemu Ministerstwa Spraw Zagranicznych w ramach Planu Współpracy Rozwojowej. Wpisuje się on w priorytety polskiej polityki zagranicznej wobec państw objętych Partnerstwem Wschodnim – jeden z głównych priorytetów tej polityki dotyczy wspierania transformacji ustrojowej i działań proreformatorskich ułatwiających stopniowe zbliżenie krajów Europy Wschodniej i Kaukazu z Unią Europejską.

Projekt pn. „Doskonalenie kompetencji zawodowych terapeutów uzależnień w oparciu o najlepsze praktyki stosowane w państwach Unii Europejskiej” jest realizowany we współpracy ze Stowarzyszeniem Monar. Celem ogólnym projektu jest zapewnienie efektywniejszego wsparcia osobom dotkniętym problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Cel ten zostanie osiągnięty poprzez podnoszenie kompetencji zawodowych

pracowników ukraińskich placówek leczniczo-rehabilitacyjnych, a także zdobywanie przez nich wiedzy i nowych umiejętności praktycznych umożliwiających prowadzenie terapii i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Przekazywana wiedza będzie oparta na dowodach naukowych potwierdzających skuteczność metod stosowanych w terapii i rehabilitacji osób uzależnionych oraz tzw. dobrych praktykach. Projekt składa się z:

- części wykładowo-warsztatowej realizowanej na Ukrainie, obejmującej nie mniej niż 140 godzin dydaktycznych (siedem modułów szkoleniowych ułożonych w 20-godzinne bloki tematyczne) i
- części stażowej realizowanej w wybranych placówkach leczenia, terapii i rehabilitacji uzależnień w Polsce, obejmującej nie mniej niż 40 godzin dydaktycznych.

### Etapy projektu

Projekt rozpoczęliśmy od zorganizowania dwóch spotkań roboczych dla polskich partnerów projektu, aby ustalić szczegóły jego realizacji, dokonać ostatecznego doboru kadry szkoleniowej i podziału obowiązków między partnerami.

Następnym krokiem w realizacji projektu była wizyta robocza polskich partnerów projektu w Drohobyczu na Ukrainie. Odbyła się ona pod koniec kwietnia 2014 roku, jej celem była ocena stopnia przygotowania bazy szkoleniowej, udzielenie wsparcia rzeczowego i merytorycznego ukraińskim partnerom, ustalenie szczegółów dotyczących prowadzenia zajęć, tłumaczenia w trakcie szkoleń, rozliczeń finansowych itp. W wizycie uczest-



niczyli ze strony polskiej Jagoda Włodoń – koordynator projektu reprezentująca Stowarzyszenie Monar i Łukasz Jędruszek – reprezentujący Krajowe Biuro.

Sytuacja polityczna na Ukrainie oraz determinacja z jaką nasi sąsiedzi walczą o wolność swojego państwa, dodawały naszej podróży szczególnej aury. Wybraliśmy najkrótszą naszym zdaniem trasę, wiodącą przez przejście graniczne w Medyce, dalej Sambor i wreszcie cel podróży Drohobycz. Dla nas to przede wszystkim miasto Brunona Schulza, pisarza malującego słowem tę szczególną atmosferę sklepików cynamonowych czy ulicy krokodyla. Okazało się, że wybraliśmy trasę najgorszą z możliwych. Drogi praktycznie nie było, nie obowiązywały żadne zasady ruchu drogowego. Odległość 70 km od granicy pokonywaliśmy w strugach deszczu około 4 godziny. Wreszcie około godz. 23.00 dotarliśmy na miejsce; mimo późnej pory czekali na nas nasi gospodarze z ciepłą kolacją. Następnie ulokowano nas w pokojach na piętrze, obok mieszkających tam czterech rodzin Tatarów krymskich. Ludzi, którzy z dnia na dzień stracili swoje miejsce na ziemi i tak, jak stali, ruszyli w podróż w poszukiwaniu bezpiecznego domu dla siebie i dzieci (każda z tych rodzin ma ich kilkoro). Następnego dnia Aleksandra Kozankiewicz, koordynatorka projektu ze strony ukraińskiej, oprowadziła nas po siedzibie drohobyckiego Caritasu, miejsca niezwykłego, pełnego życia i różnego rodzaju aktywności. Swoistego centrum wszelkich działań społecznych i kulturalnych w Drohobyczu. Duży, czteropiętrowy, niezwykle kolorowy budynek, w którym mieści się oddział dziennego pobytu dla osób upośledzonych umysłowo, świetlica dla dzieci emigrantów zarobkowych, szkoła dla rodziców, szkoła dla opiekunów społecznych, centrum wolontariatu młodzieżowego, poradnia dla osób uzależnionych, gdzie odbywają się także mityngi AA. Nie sposób wymienić wszystkich aktywności tam prowadzonych. Miejsce to tworzą ludzie niezwykli – pasjonaci pracy na rzecz innych, dla których humanitaryzm jest swoistym drogowskazem moralnym. Daj siebie innym – to idea Monaru, którą w Drohobyczu odnaleźliśmy na nowo. Poczuliśmy to zwłaszcza w trakcie wizyty w Nazarecie – ośrodku dla uzależnionych, mieszczącym się w dawnych obiektach powojkowych, około 10 km od Drohobycza, istniejącym już od nieomal 10 lat. Ośrodek pracuje metodą społeczności terapeutycznej, leczą się w nim 28 osób. Pacjenci i pracownicy ośrodka, głównie wolontariusze, sami wyremontowali potężny piętrowy

budynek, dobudowali także jedno jego piętro; hodują zwierzęta, uprawiają warzywa, pieką chleb, starają się być samowystarczalni, nie mają bowiem zewnętrznego wsparcia finansowego. Jest w nich natomiast ogromna determinacja i entuzjazm w zmaganiu się z trudnościami życia i z własnym nałogiem. Obok mieści się ośrodek dla osób bezdomnych, wspólnota ta również samodzielnie remontuje swój dom i przygotowuje pomieszczenia dla uchodźców z terenów objętych działaniami wojennymi na wschodzie Ukrainy. Była to dla nas podróż szczególna, przypominająca, że prawdziwy potencjał to ludzie nieobojętni, pasjonaci, dla których nie ma rzeczy niemożliwych. Po powrocie do siedziby Caritas w Drohobyczu szczegółowo omówiliśmy poszczególne etapy realizacji projektu. Strona ukraińska zorganizowała spotkanie z uczestnikami szkolenia, którzy mogli zadać nam pytania dotyczące samego projektu, systemu leczenia, terapii i rehabilitacji uzależnień w Polsce, jak i polityki przeciwdziałania narkomanii w naszym kraju. Żywe zainteresowanie i niekłamana wdzięczność to dominujące odczucia związane z realizacją naszego projektu szkoleniowego na Ukrainie. Po powrocie do Polski przygotowaliśmy i przekazaliśmy pisemną informację dla szkoleniowców prowadzących pierwsze moduły szkoleń w Drohobyczu, opisując miejscowe realia i oczekiwania uczestników szkolenia.

Oficjalnej inauguracji szkolenia dokonali 5 maja 2014 roku w Drohobyczu dyrektor Krajowego Biura Piotr Jabłoński, dyrektor Państwowej Służby Ukrainy ds. Kontroli Narkotyków Wołodymyr Tymoszenko i dyrektor Caritas Drohobycko-Samborskiej Diecezji ks. Ihor Kozankiewicz. Tego samego dnia rozpoczęła się pierwsza tygodniowa część szkolenia, obejmująca dwa moduły:

- moduł I: psychopatologia uzależnienia od środków psychoaktywnych, neurobiologiczne, środowiskowe i indywidualne uwarunkowania uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
- moduł II: diagnoza nozologiczna i problemowa, formułowanie indywidualnego programu terapii.

Zajęcia poprowadziły dwa dwuosobowe zespoły wykładowców (dr Karina Chmielewska i dr Bogusław Habrat oraz Katarzyna Puławska-Popielarz i Piotr Adamiak).

12 maja w siedzibie Krajowego Biura odbyło się spotkanie podsumowujące dotychczasową realizację projektu z udziałem osób prowadzących dotychczasowe szkolenia. Wykładowcy podkreślali ogromne zaangażowanie uczestników szkolenia, ich głód wiedzy i gotowość do



podejmowania najtrudniejszych nawet wyzwań. Pewną trudnością okazała się różnorodna pod względem wykształcenia i praktyki zawodowej grupa uczestników reprezentujących różne profesje. Są pośród nich lekarze narkolodzy i psychologowie, opiekunowie socjalni, duchowni, nauczyciele i terapeuci. Przekazane w trakcie spotkania doświadczenia wykładowców okazały się nieocenione w przygotowaniu materiału informacyjnego dla pozostałych szkoleniowców. Ma on na celu dobre przygotowanie realizatorów projektu do dalszej w nim pracy.

Kolejny, a zarazem ostatni wyjazd roboczy koordynatora projektu na Ukrainę odbył się pod koniec maja 2014 roku. Jego celem była ocena i wsparcie przygotowania kolejnych modułów szkoleń oraz rozliczenie kosztów zrealizowanych dotychczas działań projektu. Ogromnym przeżyciem okazały się obchody 10. rocznicy istnienia ośrodka Nazaret, w których mieliśmy przyjemność uczestniczyć.

Kilkudziesięciu absolwentów ośrodka i aktualni jego pacjenci, zaproszeni goście, hierarchowie kościoła grekokatolickiego i rodziny pacjentów świętowali wspólnie w szczególnej atmosferze, w tym bowiem czasie odbywał się pobór do wojska młodych Ukraińców, aby przygotować ich do udziału w działaniach wojskowych we wschodniej Ukrainie. Następnego dnia, czyli 1 czerwca, ruszył kolejny moduł szkolenia, prowadzony przez Roberta Rejniaka i Krzysztofa Czekaja. Obejmował on motywowanie do leczenia i zmiany stylu życia, nawiązywanie kontaktu terapeutycznego, terapię indywidualną, interwencję kryzysową. Tym, co szczególnie zainteresowało uczestników szkolenia, był dialog motywujący jako użyteczne narzędzie w budowaniu motywacji do zmiany. Równie frapujące okazały się tematy związane z metodami i formami pomocy pacjentom w kryzysie. Po zakończeniu tego modułu szkolenia wykładowcy udzielili wywiadu ukraińskiej telewizji, opowiadając o projekcie i naszym wsparciu dla niego.

Kolejny moduł szkolenia odbędzie się na początku lipca, poprowadzą go ponownie Katarzyna Puławska-Popielarz i Piotr Adamiak, a tematem wiodącym będzie społeczność terapeutyczna jako model oddziaływań terapeutycznych i rehabilitacyjnych, filozofia, zasady, dynamika grupy i praca terapeutyczna z jej wykorzystaniem. Pozostałe trzy moduły szkolenia odbędą się w sierpniu, listopadzie i grudniu, a poświęcone będą:

- moduł V – koncepcji poznawczo-behawioralnej w leczeniu uzależnień, metodom pracy, zapobieganiu nawrotom choroby, treningowi umiejętności społecznych, wy-

korzystaniu koncepcji ograniczania szkód w terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych; poprowadzą go Elżbieta Rachowska i Małgorzata Kowalce,

- moduł VI – farmakoterapii w leczeniu uzależnienia, w tym leczeniu substytucyjnym, ograniczaniu szkód zdrowotnych i społecznych; zajęcia przeprowadzą psychiatry Instytutu Psychiatrii i Neurologii Karina Steinbach-Chmielewska i Bogusław Habrat.
- moduł VII, ostatni – pracy z rodziną osób uzależnionych, zagadnieniom etyki pomagania, podstawom monitorowania i ewaluowania pracy terapeutów uzależnień; prowadzącymi będą Grażyna Miros i Ewa Czarnecka.

We wrześniu i październiku 2014 roku zaplanowano część stażową, która będzie realizowana w wybranych placówkach leczenia, terapii i rehabilitacji uzależnień w Polsce. Będzie ona obejmować nie mniej niż 40 godzin stażu klinicznego ukierunkowanego na bezpośrednie obserwowanie i uczestniczenie w działaniach terapeutycznych i rehabilitacyjnych prowadzonych w wiodących placówkach. Uczestnicy projektu będą mogli pogłębić zdobytą podczas zajęć wykładowo-warsztatowych wiedzę i doskonalić umiejętności praktyczne.

Zwieńczeniem projektu będzie egzamin sprawdzający wiedzę i umiejętności uczestników szkolenia; przygotowują oni także studium przypadku, które będzie się opierało na doświadczeniach w pracy z osobami uzależnionymi.

## Podsumowanie

Złożona sytuacja społeczno-polityczna Ukrainy, problemy natury gospodarczej i ekonomicznej sprzyjają wzrostowi liczby osób używających substancji psychoaktywnych. Przy jednoczesnym braku ofert pomocy osobom uzależnionym, ich sytuacja staje się coraz trudniejsza, często wręcz tragiczna. Realizowany przez nas projekt przychodzi w szczególnie ważnym momencie. Poza przekazywaną wiedzę i umiejętnościami, daje on bowiem poczucie, że jesteśmy sobie wzajemnie potrzebni, zwłaszcza wtedy, kiedy jest trudno. Dzielimy się bowiem profesjonalną wiedzę i doświadczeniem, które przełożą się na zmianę jakości życia osób uzależnionych, dadzą im szansę na terapię prowadzoną z wykorzystaniem sprawdzonych pod względem skuteczności metod. My zaś zyskujemy świadomość drogi, jaką przez 30 lat przebył polski system przeciwdziałania narkomanii, jego dostępności i skuteczności, a także ogromu działań podejmowanych w tym obszarze w naszym kraju.

*Od wielu lat powstają nowe regulacje dotyczące praw pacjenta zarówno na arenie krajowej, jak i międzynarodowej. W celu dochodzenia swoich roszczeń pacjenci i ich rodziny coraz częściej decydują się na drogę sądową, która wiąże się jednak z długim czasem oczekiwania na decyzję sądu. Ustawodawca postanowił zatem odciążyć sądy powszechne, powołując do życia wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, które zaczęły funkcjonować w polskim porządku prawnym od stycznia 2012 roku.*

## WOJEWÓDZKIE KOMISJE DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH

*Katarzyna Syroka-Marczewska*  
Prawnik

Nowy rodzaj postępowania jest fakultatywny i alternatywny, co oznacza, że uprawniony podmiot ma możliwość złożenia wniosku do komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych albo skierowania powództwa na drogę sądową. Warto w tym kontekście podkreślić, że przy spełnieniu warunków formalnych, o których mowa w artykule, każda osoba uzależniona, jej spadkobiercy mogą skorzystać z pozasądowego trybu dochodzenia roszczeń i złożyć wnioski do wojewódzkiej komisji. Zasady i tryb dochodzenia roszczeń wynikających z tzw. zdarzeń medycznych zostały szczegółowo uregulowane w rozdziale 13a Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>1</sup> (dalej: Ustawa).

### Skład wojewódzkich komisji

W skład wojewódzkiej komisji wchodzi 16<sup>2</sup> członków, w tym:

- 8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych, którzy wykonują zawód medyczny przez okres co najmniej 5 lat albo posiadają stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych, i posiadają wiedzę w zakresie praw pacjenta oraz korzystają z pełni praw publicznych oraz
- 8 członków posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych, którzy przez okres co najmniej 5 lat byli zatrudnieni na stanowiskach związanych ze stosowaniem lub tworzeniem prawa albo posiadają

stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk prawnych i posiadają wiedzę w zakresie praw pacjenta oraz korzystają z pełni praw publicznych.

Omawiany przepis zostawia zbyt daleko idącą dowolność przy doborze członków komisji. Osoba wykonująca zawód medyczny, nie musi być lekarzem. Jeżeli przyjąć za wiarygodne doniesienia medialne, to okazuje się, że w aż pięciu komisjach zasiada ich tylko trzech, co oznacza, iż niektóre składy będą orzekać bez udziału lekarza<sup>3</sup>.

Pracami składu orzekającego kieruje przewodniczący. Termin pierwszego posiedzenia składu orzekającego oraz jego przewodniczącego wyznacza przewodniczący wojewódzkiej komisji. Wojewódzka komisja działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu na posiedzeniach, które są protokołowane. Członkowie wojewódzkiej komisji są obowiązani do zachowania w tajemnicy uzyskanych w toku postępowania przed komisją informacji dotyczących pacjenta, w tym także po ustaniu członkostwa w komisji. Działalność wojewódzkiej komisji jest finansowana z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji właściwego wojewody. Kadencja wojewódzkiej komisji została ustalona na okres sześciu lat. W razie odwołania członka komisji kadencja członka powołanego na jego miejsce upływa z dniem zakończenia kadencji całej komisji.

### Definicja zdarzenia medycznego

Nowe przepisy dotyczące pozasądowego dochodzenia zadośćuczynienia lub odszkodowania mają zasto-

sowanie jedynie do tzw. zdarzeń medycznych, które nastąpiły po 1 stycznia 2012 roku.

Pojęcie zdarzenia medycznego nie występuje w innych regulacjach prawnych i w Ustawie jest rozumiane jako zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo jego śmierć będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- diagnozy, jeśli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Nie wszyscy jednak pacjenci lub ich spadkobiercy mogą skorzystać z tego mechanizmu, ponieważ przepisy w zakresie dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia dotyczą zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych tylko i wyłącznie w szpitalu w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej<sup>4</sup>.

## Wymogi formalne wniosku

Każdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy bądź (w przypadku śmierci pacjenta) spadkobierca może złożyć wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych właściwej ze względu na siedzibę szpitala. Siedzibą komisji jest siedziba właściwego urzędu wojewódzkiego.

Wniosek do wojewódzkiej komisji o ustalenie zdarzenia medycznego można złożyć w terminie 1 roku od dnia, w którym podmiot zainteresowany jego złożeniem dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta. Bez względu na powyższe, termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiły wymienione zdarzenia. W przypadku składania wniosku przez spadkobierców pacjenta powyższy termin nie biegnie od dnia zakończenia postępowania spadkowego. Termin na złożenie wniosku do komisji może w praktyce jednak okazać się zbyt krótki, biorąc pod uwagę fakt, że niektóre szkody medyczne ujawniają się niekiedy po upływie wielu lat. Wniosek powinien zawierać następujące informacje (na stronach internetowych poszczególnych urzędów wojewódzkich znajdują się gotowe do pobrania formularze):

- dane pacjenta (imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL bądź seria i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego bądź imiona i nazwiska wszystkich spadkobierców wraz ze wskazaniem, który z nich będzie ich reprezentował przed komisją,
- adres do doręczeń,
- dane podmiotu leczniczego prowadzącego szpital (nazwa, adres siedziby i szpitala),
- uzasadnienie zawierające uprawdopodobnienie zdarzenia oraz szkody majątkowej lub niemajątkowej,
- przedmiot, tj. czy wniosek dotyczy zakażenia, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia czy śmierci pacjenta,
- propozycję odszkodowania nie wyższą niż 100 tys. zł w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia i 300 tys. zł – śmierci.

Ponadto do wniosku należy dołączyć dowody uprawdopodobniające okoliczności wskazane we wniosku, potwierdzenie uiszczenia opłaty oraz postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku oraz pełnomocnictwo do reprezentowania pozostałych spadkobierców w sytuacji, gdy wniosek składa co najmniej jeden z nich. Wniosek niekompletny i nienależycie opłacony jest zwracany wnioskodawcy bez rozpatrzenia.

## Postępowanie przed wojewódzką komisją

W celu wydania orzeczenia wojewódzka komisja ma możliwość wzywania do złożenia wyjaśnień określone podmioty, w szczególności podmiot, który złożył wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego, kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek oraz osoby, które wykonywały zawód medyczny w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital. W zakresie prowadzonego postępowania komisja może żądać także dokumentacji prowadzonej przez podmiot leczniczy prowadzący szpital, w tym dokumentacji medycznej, przeprowadzać postępowanie wyjaśniające oraz dokonywać wizytacji pomieszczeń i urządzeń szpitala. Warto w tym kontekście podkreślić, że w porównaniu z postępowaniem przed sądem powszechnym, znany jest maksymalny czas trwania procedowania, ponieważ komisja wydaje orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo jego braku, wraz z uzasadnieniem nie później niż w terminie 4 miesiące od dnia złożenia wniosku. Pojawia się jednak



pytanie: czy w tak krótkim czasie istnieje realna możliwość skorzystania z uprawnień, o których była mowa powyżej, np. wizytacja szpitala, analiza dokumentacji? W wojewódzkich komisjach do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych wprowadzono konstrukcję quasi opinii biegłego. Zgodnie z treścią art. 67i ust. 7 Ustawy, w przypadku, w którym stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymaga wiadomości specjalnych, wojewódzka komisja zasięga opinii lekarza w danej dziedzinie medycyny z listy potencjalnych członków Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta albo konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Ustawodawca nie przewidział jednak konsekwencji niewydania takiej opinii ani zasad współpracy komisji z osobami, do których zwraca się ona o jej wydanie. Brak jest ponadto ram czasowych na jej opracowanie, a przecież, jak już wspomniano, wojewódzka komisja wydaje orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo jego braku wraz z uzasadnieniem nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia złożenia wniosku. Ustawodawca, podążając za słusznym celem, jakim jest skrócenie postępowania, zdaje się nie uwzględniać natury postępowania dowodowego w sprawach medycznych.

W posiedzeniach wojewódzkiej komisji, z wyjątkiem części posiedzenia, w trakcie której odbywa się narada i głosowanie nad orzeczeniem, może uczestniczyć podmiot składający wniosek oraz przedstawiciel kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital (z działalnością, którego wiąże się wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego) oraz ubezpieczyciela. W przepisach brak jest jednoznacznej regulacji dotyczącej udziału przedstawiciela wnioskodawcy, zatem pacjent, który byłby zainteresowany wsparciem ze strony profesjonalnego pełnomocnika (adwokata, radcy prawnego), może mieć trudności w tym zakresie.

Zgodnie z treścią art. 67b ust. 2 pkt 1 Ustawy, postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych zawiesza się w przypadku toczącego się w związku z tym samym zdarzeniem postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny lub postępowania karnego w sprawie o przestępstwo. W przypadku jego zakończenia komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych podejmuje postępowanie z urzędu. Nie wydaje się jednak, aby w tego typu przypadkach rzeczy-

wicie zachodziła potrzeba zawieszania postępowania przed komisją, ponieważ wspomniane procedury służą odrębnym celom<sup>5</sup>.

Postępowanie, które toczy się przed wojewódzką komisją, ma służyć ustaleniu, czy zdarzenie, którego następstwem była szkoda majątkowa lub niemajątkowa, stanowiło zdarzenie medyczne, czy też nie. Wojewódzka komisja nie odnosi się do winy, która w pozasądowym systemie kompensacji szkód „jest okolicznością irrelevantną”<sup>6</sup>. Wojewódzka komisja po naradzie wydaje orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo jego braku, wraz z uzasadnieniem. Orzeczenie zapada większością co najmniej trzech czwartych głosów w obecności wszystkich członków składu orzekającego.

W terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem podmiotowi składającemu wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi przysługuje prawo złożenia umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Należy pamiętać, że do zadań komisji nie należy przyznanie konkretnej kwoty tytułem odszkodowania czy zadośćuczynienia. To ubezpieczyciel, za pośrednictwem wojewódzkiej komisji, przedstawia podmiotowi składającemu wniosek propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia. Propozycja nie może być wyższa niż maksymalna wysokość odszkodowania i zadośćuczynienia z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta. W przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta – wynosi 100 tys. zł, a śmierci pacjenta – 300 tys. zł.

Jeśli ubezpieczyciel nie przedstawi swojej propozycji w terminie 30 dni, jest wówczas obowiązany do wypłaty kwoty w wysokości określonej we wniosku. Wojewódzka komisja wystawia zaświadczenie, które stanowi tytuł wykonawczy i w którym stwierdza złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia oraz fakt nieprzedstawienia propozycji przez ubezpieczyciela.

Należy pamiętać, że podmiot składający wniosek ma możliwość przyjęcia bądź odrzucenia propozycji ubezpieczyciela w ciągu 7 dni od dnia jej otrzymania. W sytuacji jej przyjęcia podmiot składający wniosek składa oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenie



medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku. W przypadku jej odrzucenia pozostaje droga sądowa dochodzenia roszczeń, czyli np. wniesienie pozwu. Pojawia się jednak pytanie: co w sytuacji, w której wnioskodawca nie złożył żadnego oświadczenia dotyczącego propozycji ubezpieczyciela? Ustawodawca milczy w tym zakresie.

## Podsumowanie

Duże zainteresowanie omawianą procedurą może wynikać z stosunkowo niewielkiej opłaty (200 zł), krótkiego czasu procedowania przez komisję (max 4 miesiące), braku sformalizowanej procedury, ale wydaje się, że obowiązujące regulacje dotyczące pozasądowej drogi kompensacji szkód medycznych nie są wystarczająco precyzyjne. Ponadto jak wynika z informacji przekazanych przez przedstawicieli wojewódzkich komisji orzekających o zdarzeniach medycznych, szpitale i firmy ubezpieczeniowe proponują stawki nawet dziesięciokrotnie niższe od tych żądanych przez poszkodowanych (z doniesień medialnych wynika, że pojawiły się także propozycje 1 zł) – można się zatem spodziewać, że sprawy znajdują ostatecznie finał w sądzie<sup>7</sup>. Moim zdaniem wnioskodawca, który otrzymał orzeczenie stwierdzające wystąpienie zdarzenia medycznego i nie przyjął propozycji ze strony ubezpieczyciela ma łatwiejszą drogę w ewentualnym postępowaniu sądowym, ponieważ może ono stanowić dowód w sprawie.

Proponowany tryb rozpoznawania roszczeń odszkodowawczych miał stanowić alternatywę wobec zasad ogólnych określonych w kodeksie cywilnym, co oznacza, że od decyzji poszkodowanego zależeć będzie, czy dochodzenie roszczeń nastąpi na drodze sądowej, czy przed jedną z komisji. Ustawodawca w uzasadnieniu<sup>8</sup> swojej decyzji o stworzeniu modelu pozasądowego sposobu dochodzenia roszczeń przedstawił dane, z których wynika, że „gdyby w latach 2001–2009 nie wpływały żadne nowe powództwa o odszkodowanie, biorąc pod uwagę wskaźnik pozostałości, rozpatrzenie takiej sprawy trwałoby średnio ok. 4 lat (przy założeniu, że sprawa zostałaby rozpatrzona w postępowaniu dwuinstancyjnym, bez jej przekazania do ponownego rozpatrzenia oraz, że nie została złożona skarga kasacyjna). Jednakże ze względu na duże skomplikowanie spraw w zakresie błędów medycznych, sprawy te trwają znacznie dłużej – nawet do 10 lat”<sup>9</sup>. Dotychczasowe

doświadczenia i statystyki pokazują, że cel nie do końca został osiągnięty. Ostateczne podsumowanie 2012 roku będzie możliwe dopiero po 31 grudnia 2015 roku, ponieważ wtedy upłynie termin przedawnienia roszczeń (za wyjątkiem toczących się postępowań spadkowych)<sup>10</sup>.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. Nr 52 poz. 17).
- <sup>2</sup> Spośród członków wojewódzkiej komisji 14 członków powołuje wojewoda (przy czym 4 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodowe lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych, mających siedzibę na terenie województwa; 4 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez samorząd zawodowy adwokatury oraz samorząd radców prawnych, mających siedzibę na terenie województwa; 6 członków stanowią osoby powołane spośród kandydatów zgłoszonych przez organizacje społeczne działające na terenie województwa na rzecz praw pacjenta oraz po jednym członku powołuje minister właściwy do spraw zdrowia i Rzecznik Praw Pacjenta).
- <sup>3</sup> M. Śliwka, „Wybrane czynniki determinujące działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych”, *Prawo i Medycyna*, nr 304/2012, s. 9.
- <sup>4</sup> Zgodnie z treścią art. 2 paragraf 1 pkt 9 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2013.217), szpital to przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego. Przez świadczenie szpitalne rozumie się wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.
- <sup>5</sup> M. Śliwka, „Wybrane czynniki determinujące działalność wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych”, *Prawo i Medycyna*, nr 304/2012, s. 20.
- <sup>6</sup> M. Świdorska, „Zgoda uprawnionego a postępowanie przed wojewódzkimi komisjami odszkodowawczymi” (w:) E. Kowalewski (red.), „Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa”, TNOiK Dom Organizatora, Toruń 2011, s. 221.
- <sup>7</sup> <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Komisje-orzekaja-o-zdarzeniach-medycznych-pacjenci-nie-przyjmują-odszkodowań,132306,2.html>.
- <sup>8</sup> Uzasadnienie do nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych z dnia 28 kwietnia 2011 r.
- <sup>9</sup> [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl).
- <sup>10</sup> Warto w tym kontekście zauważyć, że w październiku 2013 r. w założeniach do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz innych ustaw, który jest dostępny na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia zaproponowano zmiany, które dotyczą m.in. przedłużenia terminu wydania orzeczenia przez komisję maksymalnie do 6 miesięcy w sprawach szczególnie skomplikowanych. Ponadto liczebność komisji miałaby zostać zróżnicowana ze względu na wielkość województwa oraz liczbę i rodzaj podmiotów leczniczych prowadzących szpitale na terenie konkretnego województwa. W celu ograniczenia przedłużania postępowań z powodu niestawiennictwa świadków, ustawodawca proponuje możliwość pominięcia przez komisję zeznań świadka, w przypadku jego nieusprawiedliwionej nieobecności, a zatem strona, która zgłasza taki dowód, powinna dołożyć starań, aby świadek stawił się w wyznaczonym terminie.

*Współczesna dyskusja na temat kierunków polityki narkotykowej wyraża się w pytaniu: ile w społecznej reakcji wobec użytkowników nielegalnych substancji psychoaktywnych powinno być represji, a ile leczenia i terapii? Inaczej mówiąc, chodzi o odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu polityka wobec użytkowników narkotyków jest zagadnieniem polityki kryminalnej, a w jakim polityki zdrowotnej i socjalnej. Że jest jednym i drugim – nie ulega dzisiaj wątpliwości. Pozostaje jednak zawsze kwestia proporcji obu tych elementów.*

## LECZYĆ CZY KARAĆ?

Krzysztof Krajewski  
Katedra Kryminologii  
Uniwersytet Jagielloński

W latach 2011–2012 przy finansowym wsparciu Open Society Institute w Austrii, Hiszpanii i w Polsce realizowany był projekt badawczy pt. *Illicit Drugs and Drug Offences. New Challenges and Developments for European Criminal Law Policy – IDDO* (Nielegalne narkotyki i przestępstwa narkotykowe. Nowe wyzwania i tendencje polityki prawa karnego w Europie)<sup>1</sup>. Podstawowym przedmiotem zainteresowania projektu były kwestie znajdujące się na przecięciu aspektów prawnych oraz medyczno-terapeutycznych polityki narkotykowej w odniesieniu do zjawiska popytu na nielegalne substancje psychoaktywne. Stanowią one zresztą podstawowy przedmiot współczesnej dyskusji na temat kierunków polityki narkotykowej i wyrażają się w pytaniu: ile w społecznej reakcji wobec użytkowników nielegalnych substancji psychoaktywnych powinno być represji, a ile leczenia i terapii? Inaczej mówiąc, chodzi o odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu polityka wobec użytkowników narkotyków jest zagadnieniem polityki kryminalnej, a w jakim polityki zdrowotnej i socjalnej. Że jest jednym i drugim – nie ulega dzisiaj wątpliwości. Pozostaje jednak zawsze kwestia proporcji obu tych elementów. Można bowiem stać na stanowisku, iż priorytetowym instrumentem reakcji wobec użytkowników nielegalnych substancji psychoaktywnych jest represja, w którą, co najwyżej, mogą być wplątane leczenie i terapia (i to często tylko wówczas, gdy „nie przeszkadzają” w realizacji zasadniczych celów represyjnych). Można jednak stać na stanowisku, że posługiwanie się represją wobec użytkowników narkotyków jest ostatecznością, a priorytet przyznawać leczeniu i terapii. Nawet więc, jeśli w danym systemie mamy do czynienia z szeroką kryminalizacją czynności związanych z używaniem narkotyków, przewidywane są różne instrumenty prawne

dające pierwszeństwo środkom o charakterze leczniczo-terapeutycznym, a represję karną dopuszczającą tylko wówczas, gdy wszystko inne zawiedzie. Systemy regulacji prawnych przewidujących takie rozwiązania, można określić jako nastawione na leczenie, podczas gdy wcześniej wspomniane – jako represyjne.

### Leczyć?

Podstawowym instrumentem realizacji nastawienia na leczenie we współczesnych ustawodawstwach są alternatywne środki o charakterze leczniczo-terapeutycznym stosowane wobec dopuszczających się przestępstw użytkowników narkotyków zamiast lub obok kary. W USA są to tzw. *drug courts*, stanowiące element systemu probacji. Oskarżony, który wyrazi zgodę na poddanie się terapii, odbywa ją na wolności pod ścisłym nadzorem sędziego i kuratora, a jej pozytywny efekt może oznaczać umorzenie postępowania karnego. W krajach europejskich takim instrumentem jest tzw. zasada „leczyć zamiast karać”. W jej ramach oskarżyciel publiczny lub sąd mają możliwość zawieszenia postępowania karnego pod warunkiem, iż podejrzany (oskarżony) podda się terapii. Jeśli da ona pozytywny wynik, postępowanie może być nawet całkowicie umorzone. Za każdym razem chodzi o realizację podejścia określanego mianem trudno przetłumaczalnego terminu angielskojęzycznego: *diversion*. Odnosi się on do tzw. strategii wyjścia (*exit strategies*) danej sprawy poza postępowanie karne i „przekierowania” jej na inne tory, w danym wypadku postępowania leczniczo-terapeutycznego, gdzie zostaje ostatecznie „załatwiona”. Ważne jest, że instytucje te można stosować nie tylko wobec użytkowników narkotyków dopuszczających się tzw. przestępstw prohibicyjnych,

jak np. posiadanie narkotyków, ale także udzielanie ich innym osobom, uprawa, czy nawet drobny przemyt, ale także dopuszczających się typowych dla uzależnionych przestępstw pospolitych, takich jak kradzieże, włamańia, fałszerstwa. W tym ostatnim wypadku istnieje jednak z reguły granica w postaci wagi przestępstwa: zasada „leczyć zamiast karać” nie może być stosowana w przypadku przestępstw poważnych.

Przepisy realizujące zasadę „leczyć zamiast karać” funkcjonują dzisiaj we wszystkich krajach europejskich. Mają jednak różny charakter, a także bardzo różna jest praktyka ich stosowania. W projekcie IDDO przedmiotem analizy stały się rozwiązania funkcjonujące w trzech krajach realizujących bardzo odmienną politykę narkotykową.

W Austrii kwestie dotyczące realizacji zasady „leczyć zamiast karać” są regulowane w §§ 35–39 ustawy o ośrodkach uzależniających (Suchtmittelgesetz). Przewidują one przede wszystkim możliwość czasowego odstąpienia przez prokuratora od wniesienia oskarżenia lub czasowego zawieszenia postępowania przez sąd wobec sprawcy na okres od jednego do dwóch lat. Jest to możliwe w przypadku przestępstw narkotykowych popełnionych w celu własnej konsumpcji, z których podejrzany nie odniósł żadnych korzyści majątkowych. Warunkiem zastosowania tych przepisów może być – ale nie musi – poddanie się przez sprawcę stosownej terapii. W Hiszpanii kwestie te reguluje kodeks karny, który przewiduje przede wszystkim możliwość łagodzenia sankcji karnych wobec uzależnionych sprawców przestępstw, a także możliwość zobowiązania skazanych użytkowników narkotyków do poddania się stosownemu leczeniu lub terapii jako warunek zawieszenia wykonania kary pozbawienia wolności. Problem stosowania tych środków wobec sprawców przestępstw „konsumenckich” jest jednak w Hiszpanii zredukowany do minimum przez fakt, iż posiadanie narkotyków na własny użytek jest tam jedynie deliktem administracyjnym. W Polsce wreszcie kwestie te regulują przede wszystkim art. 72 i 73 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z roku 2005, przewidujące możliwość zawieszenia postępowania pod warunkiem poddania się przez sprawcę leczeniu lub innym stosownym formom oddziaływania. Ich pozytywny efekt powinien skutkować warunkowym umorzeniem postępowania wobec sprawcy. Przepisy te znajdują jednak szersze zastosowanie podmiotowe niż podobne regulacje austriackie, dotyczą bowiem wszelkich

przestępstw zagrożonych karą nie przekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, tj. także przestępstw pospolitych popełnionych przez użytkowników narkotyków.

## Wyniki badań

Stosowanie w praktyce przepisów realizujących zasadę „leczyć zamiast karać” ma o tyle szczególny charakter, że wymaga ścisłej współpracy pomiędzy organami wymiaru sprawiedliwości a przedstawicielami służby zdrowia. Prokurator czy sędzia nie jest bowiem w stanie w sensowny sposób stosować tych instytucji, jeśli nie posiada stosownych informacji co do osoby sprawcy przestępstwa, dotyczących charakteru jego/jej problemów z narkotykami i ewentualnych możliwości postępowania terapeutycznego. Z jednej strony jest to więc problem gotowości po stronie terapeutów do współpracy w takich przypadkach z wymiarem sprawiedliwości, z drugiej problem gotowości po stronie prokuratorów i sędziów do poszukiwania i wykorzystywania takich informacji (trzeba pamiętać, że może to zawsze zwiększać nakład pracy potrzebnej do załatwienia danej sprawy karnej). Dlatego też jednym z celów projektu IDDO było uzyskanie opinii i ocen na temat posługiwania się wspomnianymi środkami alternatywnymi ze strony profesjonalistów realizujących w praktyce politykę narkotykową, przede wszystkim prokuratorów, sędziów oraz terapeutów. W tym celu w powyższych grupach zawodowych została zrealizowana ankieta dotycząca oceny stosowania środków alternatywnych o charakterze leczniczym w poszczególnych krajach. Poniżej przedstawione zostaną jej zasadnicze rezultaty.

Wyników tej ankiety w żadnym wypadku nie można traktować jako reprezentatywnych dla poszczególnych krajów. Mogą one mieć jedynie wartość sondażową. Jest tak przede wszystkim ze względu na odmienne sposoby doboru prób badawczych w poszczególnych krajach, wynikające po części z problemów natury organizacyjnej. Na przykład w Austrii istnieje ścisła specjalizacja prokuratorów i sędziów prowadzących sprawy o przestępstwa narkotykowe, co ograniczyło zasadniczo liczbę respondentów. Ani w Hiszpanii, ani w Polsce takiej specjalizacji nie ma. W konsekwencji jednak respondenci austriaccy zawsze byli osobami mającymi olbrzymie doświadczenie praktyczne w takich sprawach, co w wielu wypadkach nie miało zapewne



miejsca w przypadku ankietowanych prokuratorów i sędziów w Polsce i w Hiszpanii.

W Austrii zrealizowano łącznie 116 ankiet z czego 54 (46,6%) wśród prokuratorów i sędziów, a 62 (53,4%), wśród terapeutów. W Hiszpanii zrealizowano 170 ankiet, z czego 40 (23,5%) wśród prokuratorów i sędziów, a 130 (76,5%) wśród terapeutów. W Polsce natomiast zrealizowano 312 ankiet, z czego 278 (89,1%) wśród prokuratorów i sędziów i 34 (10,9%) wśród terapeutów. W naszym kraju ankietę dotyczącą prokuratorów i sędziów były zrealizowane na terenie Warszawy i Krakowa w prokuraturach i sądach rejonowych funkcjonujących na terenie właściwości Prokuratur Okręgowych oraz Sądów Okręgowych dla Warszawy, Warszawy-Pragi oraz dla Krakowa. Badanie było zrealizowane w formie ankiet pocztowej i obejmowało okres styczeń–luty 2012 roku. Na terenie Prokuratury Okręgowej dla Warszawy uzyskano 118 ankiet (stopa zwrotu 59%), na terenie Prokuratury Okręgowej dla Warszawy-Pragi 18 ankiet (stopa zwrotu 21%), a na terenie Prokuratury Okręgowej w Krakowie 96 ankiet (stopa zwrotu 66%). Dla sądów liczby te i stopy zwrotu wynosiły odpowiednio: Warszawa 18 (12%), Warszawa-Praga 13 (28%), Kraków 38 (57%). W sumie więc w polskiej części badań uzyskano 232 odpowiedzi od prokuratorów i 69 od sędziów. Daje to 301 ankiet, z których 278 (92,4%) nadawało się do dalszego opracowania. Natomiast 34 ankietę wśród terapeutów zostały zrealizowane na terenie całej Polski w formie elektronicznej przy wykorzystaniu bazy danych adresowych Monar-Kraków.

Poniżej zostaną przedstawione rozkłady odpowiedzi na pięć pytań zadanych w ankiecie, które wydają się szczególnie interesujące i znamienne, tak z punktu widzenia różnic pomiędzy opiniami wyrażanymi przez przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości z jednej i terapeutów

z drugiej strony, jak również ze względu na różnice, jakie wystąpiły w tym zakresie pomiędzy trzema krajami, w których przeprowadzono badanie.

Tabela 1. przedstawia rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące opinii respondentów co do rodzaju przestępstw popełnianych przez użytkowników narkotyków, które mogą uzasadniać zastosowanie alternatywnych środków o charakterze leczniczym. Rzecz sprowadza się przede wszystkim do rozróżnienia z jednej strony pomiędzy czynami stanowiącymi naruszenia przepisów dotyczących używania i obrotu nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi (tzw. przestępstwa prohibicyjne), a z drugiej przestępstwami pospolitymi. Z kolei w ramach tej pierwszej kategorii ważne jest rozróżnienie pomiędzy czynami konsumenckimi (znajdującymi się po stronie popytu) i czynami związanymi z udzielaniem i obrotem narkotykami (znajdującymi się po stronie podaży). Często można spotkać się z opinią, że tylko sprawcy tej pierwszej kategorii przestępstw zasługują na zastosowanie środków alternatywnych, podczas gdy pozostali powinni ponieść karę niezależnie od tego, czy są użytkownikiem, czy nie. Odnośnie co do drugiej kategorii natomiast często twierdzi się, że o ile przestępstwa przeciwko mieniu dopuszczają stosowanie środków alternatywnych, to przestępstwa z użyciem przemocy – ze względu na swą wagę – już nie.

Rozkłady odpowiedzi w zasadzie potwierdzają, że powyższe rozróżnienia funkcjonują w świadomości badanych profesjonalistów. We wszystkich trzech krajach, tak prokuratorzy i sędziowie, jak i terapeuci wyraźnie rzadziej akceptują stosowanie środków alternatywnych w przypadku przestępstw związanych z podażą narkotyków i przestępstw z użyciem przemocy. Akceptacja natomiast takich środków w przypadku czynów związanych z konsumpcją jest w obu grupach niemalże

**Tabela 1. Rodzaje czynów uzasadniających stosowanie środków alternatywnych (odsetek odpowiedzi pozytywnych)**

Grupa zawodowa	Rodzaj czynu	Austria	Hiszpania	Polska
Prokuratorzy/sędziowie	Posiadanie/konsumpcja	97,8	71,8	81,8
	Handel/obróć	22,2	56,4	9,0
	Przestępstwa p-ko mieniu	68,9	69,2	47,6
	Przestępstwa z użyciem przemocy	13,3	0,0	26,6
Terapeuci	Posiadanie/konsumpcja	88,0	81,4	72,0
	Handel/obróć	42,0	44,1	28,0
	Przestępstwa p-ko mieniu	68,0	53,4	64,0
	Przestępstwa z użyciem przemocy	22,0	17,8	12,5



powszechna, szczególnie jednak w Austrii. Warto także zaznaczyć, że wśród terapeutów w Polsce akceptacja ta jest najniższa z wszystkich trzech krajów. Może to budzić zdziwienie, ale niekoniecznie stanowi dowód represyjności tej grupy. Może być dokładnie na odwrót, bo terapeuci mogą stać na stanowisku, że takie czyny w ogóle nie zasługują na kryminalizację. Zwraca także uwagę szczególnie niska wśród polskich prokuratorów i sędziów akceptacja stosowania środków alternatywnych w przypadku handlu, a równocześnie – co szczególnie paradoksalne – najwyższa z wszystkich trzech krajów akceptacja takich środków w przypadku przestępstw z użyciem przemocy. O ile to ostatnie trudno wyjaśnić, to w pierwszym wypadku ujawnia się zapewne przekonanie, że każdy przypadek handlu, niezależnie od swej wagi oraz tego, czy sprawca jest użytkownikiem, osobą uzależnioną, czy też nie, zasługuje jedynie na represję. To zapewne dość dyskusyjne nastawienie, ale zdaje się ono być dość powszechne również w Austrii.

Tabela 2. zawiera rozkłady odpowiedzi na pytanie, które miało mierzyć ocenę respondentów polityki karnej realizowanej wobec użytkowników narkotyków, poprzez próbę ustalenia sposobu postrzegania roli przyznawanej w tym zakresie sankcjom karnym. Warto zaznaczyć, że wśród prokuratorów i sędziów w Austrii i w Polsce wyraźnie przeważa akceptacja istniejącego stanu rzeczy, aczkolwiek w Austrii niemalże 1/3 jest zdania, iż polityka ta jest zbyt liberalna (tzn. sankcje karne są stosowane zbyt rzadko). W Polsce tylko 8,1% prokuratorów i sędziów wyraziło taką opinię. Warto jednak zaznaczyć, że ok. 2/5 prokuratorów i sędziów w Polsce było zdania, że polityka realizowana przez wymiar sprawiedliwości wobec użytkowników narkotyków jest zbyt restrykcyjna, albowiem sankcje karne są nadużywane.

Zupełnie inaczej podchodzą do tego natomiast terapeuci, co uwiadcza się szczególnie w Polsce. Niemalże połowa

terapeutów w Austrii i ponad połowa w Hiszpanii była zdania, że sankcje karne są nadużywane wobec użytkowników narkotyków. W Polsce jednak taką opinię reprezentowała przytłaczająca większość terapeutów (97,1%) i w ogóle nie było takich, którzy by uważali, że polityka w tym zakresie jest zbyt liberalna. Pokazuje to drastyczną rozbieżność ocen pomiędzy przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości a zawodami medycznymi. Wydaje się, że ta polaryzacja stanowi poważny problem stosowania przepisów karnych ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Ma ono bowiem – jak wspomniano – miejsce na przecięciu polityki karnej i zdrowotnej i nie może być realizowane sprawnie, jeśli kluczowi aktorzy reprezentują tak diametralnie przeciwne oceny.

Powyzszy stan rzeczy jest o tyle paradoksalny, że przedstawiciele prokuratury i sądownictwa w Polsce dość krytycznie oceniają częstość stosowania wobec użytkowników narkotyków zamiast kary alternatywnych środków leczniczych. Ilustruje to tabela 3.

W Polsce aż 60,3% badanych prokuratorów i sędziów było zdania, że środki te są stosowane zbyt rzadko, a więc mają oni świadomość tego, że aspekty zdrowotne polityki narkotykowej nie są dostatecznie uwzględniane w praktyce stosowania prawa przez prokuratury i sądy. Co ciekawe, podobne stanowisko prezentują prokuratorzy i sędziowie w Hiszpanii. Natomiast odwrotna sytuacja zdaje się istnieć w Austrii, gdzie mniej więcej po połowie rozkładają się opinie, iż aktualna polityka jest „w sam raz” oraz opinie, że przywiązuje ona nadmierną wagę do środków alternatywnych o charakterze leczniczym. We wszystkich trzech krajach ujawnia się natomiast w większym lub mniejszym stopniu brak satysfakcji z aktualnego stanu stosowania środków alternatywnych po stronie respondentów będących terapeutami. Nawet w Austrii niemalże połowa badanych (48,3%) stała na stanowisku, że są one stosowane

**Tabela 2. Postawy wobec karania użytkowników narkotyków (odsetek wyborów). Czy sankcje karne wobec użytkowników narkotyków stosowane są...?**

Grupa zawodowa	Częstotliwość stosowania	Austria	Hiszpania	Polska
Prokuratorzy/sędziowie	Rzadziej niż to konieczne	31,3	22,5	8,1
	Tak często jak to konieczne	66,7	37,5	64,1
	Częściej niż to konieczne	2,1	40,0	27,8
	Razem	100,0	100,0	100,0
Terapeuci	Rzadziej niż to konieczne	10,9	24,4	0,0
	Tak często jak to konieczne	43,6	16,0	2,9
	Częściej niż to konieczne	45,5	59,7	97,1
	Razem	100,0	100,0	100,0

**Tabela 3. Ocena częstotliwości stosowania zamiast kary alternatywnych środków o charakterze leczniczym (odsetek wyborów). Czy alternatywne środki lecznicze orzekane zamiast sankcji karnych stosowane są...?**

Grupa zawodowa	Częstotliwość stosowania	Austria	Hiszpania	Polska
Prokuratorzy/sędziowie	Rzadziej niż to uzasadnione	2,0	55,0	60,3
	Tak często jak to uzasadnione	46,9	7,5	30,5
	Częściej niż to uzasadnione	51,0	17,5	0,8
	Nie są stosowane nigdy	0,0	20,0	8,4
	Razem	100,0	100,0	100,0
Terapeuci	Rzadziej niż to uzasadnione	48,3	51,7	97,1
	Tak często jak to uzasadnione	31,0	7,5	0,0
	Częściej niż to uzasadnione	20,7	23,3	0,0
	Nie są stosowane nigdy	0,0	17,5	2,9
	Razem	100,0	100,0	100,0

zbyt rzadko, a w Hiszpanii była to nieco ponad połowa (51,7%). W Polsce jednak taką ocenę reprezentowało aż 97,1% badanych terapeutów, a jedynie 0,8% stało na stanowisku, że środki alternatywne są stosowane częściej niż jest to uzasadnione. Można więc powiedzieć, że o ile wielu prokuratorów i sędziów w Polsce ma świadomość niedostatecznego uwzględniania przez wymiar sprawiedliwości aspektów zdrowotnych i terapeutycznych polityki narkotykowej, to w przypadku terapeutów mamy do czynienia z jednoznacznie negatywną oceną w tym zakresie.

Czy taki stan rzeczy może uzasadniać tezę, że dwa filary polityki narkotykowej – represyjny i zdrowotny, funkcjonują w Polsce niejako obok siebie, nie za bardzo zwracając na siebie uwagę? Wydaje się, iż do takiego wniosku mogą prowadzić dane zawarte w tabeli 4. Przedstawia ona rozkłady odpowiedzi na pytania dotyczące oceny stanu współpracy pomiędzy wymiarem sprawiedliwości a systemem terapeutycznym. Przede wszystkim zwraca uwagę fakt, że Polska jest wśród trzech badanych krajów tym, w którym w obu grupach zawodowych wyraźnie dominuje niezadowolenie z istniejącego stanu rzeczy.

Aż 53,7% prokuratorów i sędziów było zdania, iż brak jest współpracy pomiędzy prokuraturami i sądami a systemem terapii. Taką samą opinię wyraziło 42,9% terapeutów. Jeśli do tego dodać, że 31,3% prokuratorów i sędziów, oraz 54,3% terapeutów, było zdania, że stan tej współpracy jest niezadowolający, to w odniesieniu do Polski rysuje się zatrważający stan rzeczy. W sumie bowiem 84,7% ankietowanych prokuratorów i sędziów oraz 97,2% terapeutów negatywnie ocenia aktualny stan współpracy w obszarze polityki narkotykowej pomiędzy wymiarem sprawiedliwości a systemem opieki zdrowotnej. W porównaniu do Hiszpanii, nie mówiąc już o Austrii, sytuacja w Polsce rodzi poważny niepokój. Fakt, że w Hiszpanii również większość przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości i systemu terapii uważa, że stan współpracy jest niezadowolający. Są to jednak odsetki niższe niż w Polsce, a odsetki takich, którzy uważają, że brak jest w ogóle takiej współpracy, są relatywnie niskie. W Austrii zadowolenie ze stanu owej współpracy wyraźnie przeważa wśród przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości. Wśród terapeutów dominuje jednak ocena krytyczna. Mamy więc i tutaj wyraźną rozbieżność perspektyw zawodowych. I tu jednak przypadki całkowitego braku satysfakcji są relatywnie rzadkie. Na

**Tabela 4. Ocena współpracy pomiędzy wymiarem sprawiedliwości a systemem terapii (odsetek wyborów). Jaki jest stan współpracy między prokuraturą/sądami a ośrodkami terapeutycznymi?**

Grupa zawodowa	Stan współpracy	Austria	Hiszpania	Polska
Prokuratorzy/sędziowie	Zadowolający	70,9	25,0	15,3
	Niezadowolający	23,6	70,0	31,0
	Brak współpracy	5,5	5,0	53,7
	Razem	100,0	100,0	100,0
Terapeuci	Zadowolający	19,0	8,1	2,9
	Niezadowolający	67,2	77,2	54,3
	Brak współpracy	13,8	14,6	42,9
	Razem	100,0	100,0	100,0

**Tabela 5. Ocena potrzeby zmian w regulacjach dotyczących alternatywnych środków o charakterze leczniczym (odsetek wyborów). Czy możliwości stosowania alternatywnych środków leczniczych w ustawodawstwie kraju respondenta powinny być...?**

Grupa zawodowa	Opcje zmian	Austria	Hiszpania	Polska
Prokuratorzy/sędziowie	Rozszerzone	10,2	77,5	56,9
	Ograniczone	44,9	7,5	1,9
	Utrzymane w obecnej postaci	42,9	15,0	40,1
	Całkowicie zlikwidowane	2,0	0,0	1,1
	Razem	100,0	100,0	100,0
Terapeuci	Rozszerzone	50,9	73,8	97,1
	Ograniczone	1,8	14,8	0,0
	Utrzymane w obecnej postaci	47,4	11,5	2,9
	Całkowicie zlikwidowane	0,0	0,0	0,0
	Razem	100,0	100,0	100,0

tym tle nie ulega wątpliwości, że trzeba zdać sobie sprawę z istnienia w Polsce pilnej potrzeby podjęcia działań mających na celu budowanie pomostów i porozumienia pomiędzy przedstawicielami różnych filarów polityki narkotykowej. Można odnieść wrażenie, że dzisiaj dominuje w tym zakresie „przekleństwo Polski resortowej”, w której różne podmioty funkcjonują na ząbających się polach aktywności, często nie oglądając się na swoich partnerów. Postrzegają swoją rolę wyłącznie z „perspektywy resortowej” i przez pryzmat specyficznej „ideologii zawodowej”. W przypadku polityki narkotykowej, funkcjonującej na przecięciu polityki karnej i zdrowotnej, taki stan rzeczy jest nie do zaakceptowania, bo nie tylko zmniejsza jej efektywność, ale często może prowadzić do sytuacji, w których różni aktorzy tej polityki po prostu nawzajem sobie przeszkadzają albo tak przynajmniej postrzegają swoje działania.

Powyższy stan rzeczy znajduje odzwierciedlenie w rozkładach odpowiedzi na pytanie dotyczące potrzeby zmian w regulacjach dotyczących środków alternatywnych (tabela 5)<sup>2</sup>.

Jest rzeczą ciekawą, że szczególnie w Hiszpanii, znanej raczej z „prozdrowotnej” polityki narkotykowej, widać tak po stronie prokuratorów i sędziów, jak i terapeutów potrzebę rozszerzenia zakresu stosowania środków alternatywnych, podczas gdy w Austrii w obu grupach znaczna część respondentów (odpowiednio 42,9% oraz 47,4%) jest usatysfakcjonowana istniejącym stanem rzeczy (aczkolwiek spora część pracowników wymiaru sprawiedliwości – 44,9% – stoi na stanowisku, że możliwości te trzeba by ograniczyć). W Polsce w obu grupach zawodowych przeważa brak satysfakcji z istniejących rozwiązań i przekonanie o konieczności rozszerzenia możliwości stosowania środków alternatywnych. Tak

myśli 56,9% prokuratorów i sędziów oraz aż 97,1% terapeutów. Z jednej więc strony obie grupy w Polsce są niezadowolone ze stanu współpracy między sobą, z drugiej jednak istnieje wyraźna świadomość, że realizacja przepisów karnych ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w niedostatecznym stopniu uwzględnia komponent zdrowotny. O ile takie stanowisko jest zrozumiałe wśród terapeutów, to trzeba przyznać, że wszystko przemawia za tym, że świadomość tego stanu rzeczy istnieje także wśród prokuratorów i sędziów. Mimo wszystko stwarza to szanse na znalezienie w tym obszarze jakiegoś wspólnego mianownika i umożliwienie realizacji bardziej zrównoważonej polityki w stosunku do użytkowników nielegalnych substancji psychoaktywnych, polityki uwzględniającej w bardziej wyważonych proporcjach elementy represji i terapii. Do tego potrzebny jest jednak dialog i wypracowanie form współpracy opartych na integracji odmiennych perspektyw profesjonalnych.

### Przypisy

<sup>1</sup> Uczestnikami byli prof. dr Richard Soyer z Instytutu Nauk Penalnych Uniwersytetu Johannesa Keplera w Linzu oraz prof. dr Gabriele Fischer z Uniwersytetu Medycznego w Wiedniu, prof. dr Marta Torrens reprezentująca Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques w Barcelonie, przy współpracy Victora Garcii Costelo, i wreszcie prof. dr hab. Krzysztof Krajewski i dr Edyta Drzazga z Katedry Kryminologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, oraz mgr Grzegorz Wodowski z krakowskiego Monaru. Koordynatorem całości projektu był Univ.-Ass. Assessor iuris Stefan Schumann z Uniwersytetu Johannesa Keplera w Linzu.

<sup>2</sup> Przy ocenie tych opinii pamiętać trzeba, że w Polsce badanie realizowane było w okresie przejściowym. Zmiany wprowadzone nowelą do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1 kwietnia 2011 roku, przede wszystkim wprowadzenie nowych przepisów art. 62a, 70a, 72 ust. 4 zd. 2 oraz 73a, z których trzy ostatnie mają kluczowe znaczenie dla stosowania alternatywnych środków leczniczych, weszły już co prawda wówczas w życie, ale praktyczne doświadczenia wśród prokuratorów i sędziów ze stosowaniem tych przepisów były jeszcze zapewne minimalne.

W maju 2014 roku Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) opublikowało „Europejski raport narkotykowy 2014”. Porusza on zagadnienia związane z podażą narkotyków, poziomem ich używania oraz związane z tym problemy zdrowotne i społeczne. Przedstawione w raporcie analizy opierają się na danych otrzymanych z 28 krajów członkowskich UE oraz Norwegii i Turcji.

# NARKOTYKI I NARKOMANIA W EUROPIE 2014 – EUROPEJSKI PAKIET INFORMACYJNY<sup>1</sup>

Klaudia Palczak

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

Raport to pakiet powiązanych ze sobą informacji, które mają na celu ułatwić dostęp do danych i analiz na poziomie zarówno europejskim, jak i krajowym. W skład pakietu, dostępnego on-line na stronie EMCDDA<sup>2</sup>, wchodzi następujące elementy:

- **europejski raport narkotykowy** – zawierający ogólną analizę problemu narkotyków i narkomanii oraz odpowiedź na zjawisko w Europie,
- **dane i statystyki** – pełne zestawienie statystyk, elementów graficznych i informacji metodologicznych,
- **przeglądy krajowe** – dane i analizy dotyczące poszczególnych krajów raportujących do EMCDDA,
- **perspektywy dotyczące narkotyków** – internetowe analizy pogłębiające sześć wybranych zagadnień, w tym m.in. temat rynku marihuany w Europie oraz internetowe programy leczenia uzależnienia od narkotyków.

Oto niektóre z wybranych zagadnień i wniosków płynących z raportu EMCDDA.

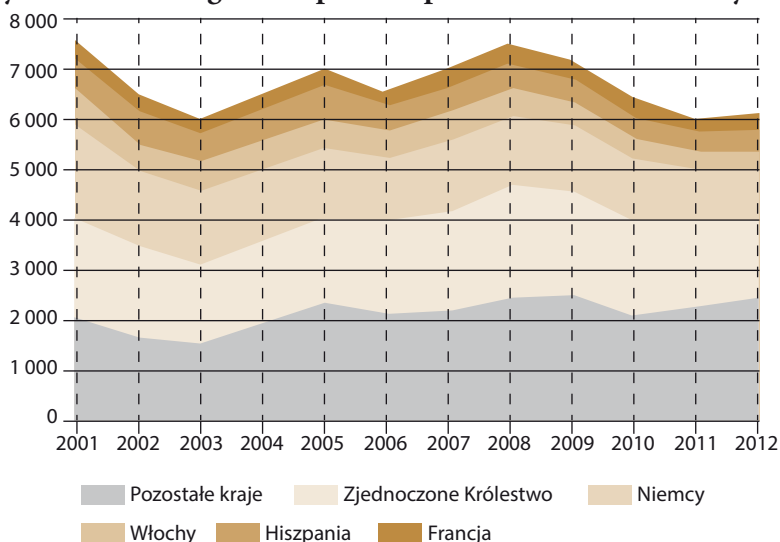
## Heroina i substancje zastępcze

Pomimo że globalna produkcja heroiny pozostaje na wysokim poziomie i zwiększają się jej ilości konfiskowane w Turcji (kraju leżącym na głównym szlaku przemytniczym heroiny do Europy), to najnowsze dane dotyczące konfiskat i zapotrzebowania na leczenie w Europie wskazują na tendencję spadkową w zakresie używania i dostępności tego narkotyku. Wskaźnik, taki jak liczba osób rozpoczynających po raz pierwszy specjalistyczne leczenie z powodu problemów z używaniem heroiny zmalał w okresie 2007–2012 z 59 tys. do 31 tys. osób. Również dane dotyczące podaży narkotyków pokazują, że ilość heroiny przechwyconej w 2012 roku (5 ton)

była na najniższym poziomie odnotowanym w ciągu ostatnich dziesięciu lat, i stanowiła połowę ilości przechwyconej w 2002 roku (10 ton). Zmniejszyła się także liczba konfiskat heroiny – z około 50 tys. w 2010 roku do 32 tys. w 2012 roku.

Szacuje się, że w Europie 1,3 mln osób używa problemowo opioidów, głównie heroiny. Obawy budzą inne substancje zastępujące heroinę, np. opioidy syntetyczne. Substancje te, produkowane nielegalnie lub uzyskiwane z środków farmaceutycznych, obejmują bardzo silne fentanyl i substancje wykorzystywane do leczenia substytucyjnego uzależnienia od opiatów (OST) (np. metadon, buprenorfina). W 2012 roku 17 państw zgłosiło, że ponad

Wykres 1. Liczba zgonów z powodu przedawkowania narkotyków





10% osób rozpoczynających po raz pierwszy specjalistyczne leczenie z powodu używania opioidów, nadużywało opioidów innych niż heroina.

## Zgony związane z narkotykami

Używanie narkotyków jest jedną z głównych przyczyn umieralności młodych osób w Europie zarówno wskutek przedawkowania (zgony spowodowane narkotykami), jak i pośrednio, w następstwie chorób, wypadków, przemocy i samobójstw. W 2012 roku w Europie odnotowano 6100 zgonów wskutek przedawkowania, głównie opioidów. Dla porównania w 2011 roku zarejestrowano 6500 zgonów, a w 2009 roku – 7100 (wykres 1).

Postępy poczynione w tym obszarze można przypisać do części rozszerzeniu oferty leczenia i redukcji szkód (np. poprzez leczenie substytucyjne uzależnienia od opiatów) (wykres 2). Mimo to, w przeciwieństwie do ogólnej obiecującej tendencji w Europie, w niektórych państwach zgony wskutek przedawkowania pozostają na wysokim poziomie, a w przypadku niektórych państw ich liczba wzrasta.

Choć heroina jest nadal odpowiedzialna za wiele przypadków przedawkowania ze skutkiem śmiertelnym, to jednak w ujęciu ogólnym liczba zgonów spowodowanych tym narkotykiem maleje, natomiast liczba zgonów spowodowanych opioidami syntetycznymi w niektórych państwach wzrasta. W 2012 roku liczba zgonów wskutek przedawkowania w Estonii znacznie wzrosła (o 38%), w większości przypadków były one związane z użyciem fentanylu i jego pochodnych. W ramach unijnego systemu wczesnego ostrzegania (*Early Warning System EU*–

*EWS*) na nielegalnym rynku odnotowuje się coraz więcej niekontrolowanych pochodnych fentanylu i szereg innych silnych opioidów syntetycznych (np. AH-7921).

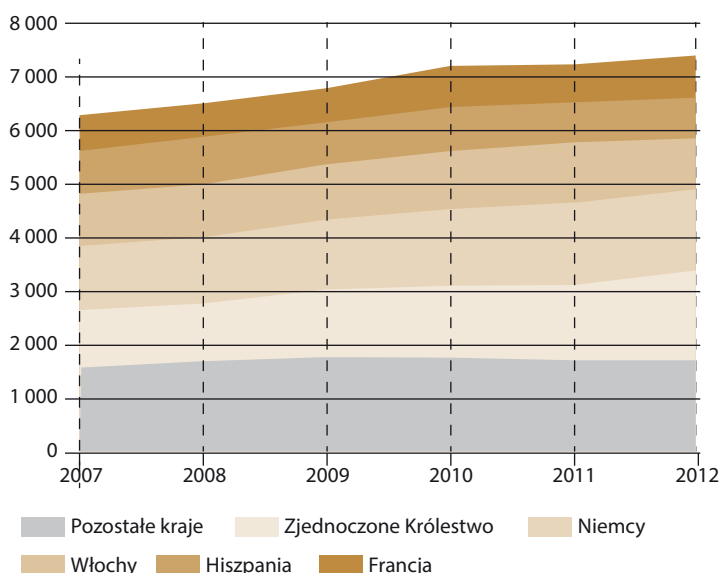
## HIV

W ciągu ostatnich dziesięciu lat w UE dokonano znacznych postępów w zakresie radzenia sobie z problemem zakażeń HIV wśród osób przyjmujących narkotyki przez wstrzykiwanie; obserwujemy większy zasięg działań związanych z zapobieganiem, leczeniem i redukcją szkód. Najnowsze doniesienia wskazują jednak, że zmiany zachodzące w niektórych państwach mają niekorzystny wpływ na długoterminowy spadek liczby zdiagnozowanych nowych przypadków HIV w Europie. Najnowsze ogniska zakażeń HIV wśród użytkowników narkotyków w Grecji i Rumunii oraz nieprzerwane problemy w niektórych krajach nadbałtyckich hamują postępy Europy w zmniejszaniu liczby nowych zakażeń związanych z używaniem narkotyków.

W 2012 roku zgłoszono 1788 nowych przypadków zakażenia HIV, nieco więcej niż w 2011 roku (1732), co oznacza kontynuację trendu wzrostowego, obserwowanego od 2010 roku (wykres 3).

Choć w Europie skutecznie przeciwdziała się przenoszeniu HIV wśród osób używających narkotyków, to jednak należy pamiętać, że wirus zachowuje zdolność szybkiego rozprzestrzeniania się w niektórych grupach. Analiza sytuacji państw narażonych na nowe ogniska HIV wykazała, że w przypadku około jednej trzeciej z 30 przebadanych krajów występował co najmniej jeden wskaźnik ryzyka. To wskazuje na konieczność zachowania stałej czujności i zwiększenia zasięgu środków zapobiegania HIV.

Wykres 2. Liczba pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym



## Kokaina, metamfetamina i MDMA

Kokaina jest najczęściej stosowaną w Europie nielegalną substancją pobudzającą, mimo że większość osób jej używających pochodzi z kilku państw zachodnich UE. Szacuje się, że 14,1 mln dorosłych Europejczyków (w wieku 15-64 lata) zażyło ten narkotyk przynajmniej raz w swoim życiu; 3,1 mln w ciągu ostatniego roku.

Poziom używania substancji z grupy amfetamin (w tym amfetaminy i metamfetaminy) pozostaje w Europie na niższym poziomie niż używanie kokainy; około 11,4 mln dorosłych użyło tych substancji przynajmniej raz w życiu, a 1,5 mln

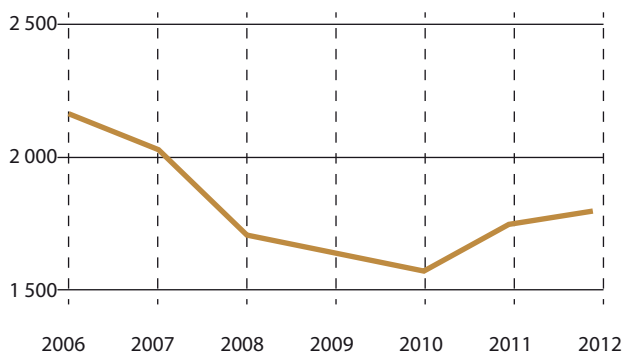
dorosłych w ciągu ostatniego roku. Porównując te dwa narkotyki, należy stwierdzić, że amfetamina jest używana częściej, jednak zwiększają się obawy dotyczące dostępności i używania metamfetaminy w Europie. Zwiększanie się konfiskat metamfetaminy w ciągu ostatniej dekady, mimo że ich liczba i ilość pozostają niewielkie, świadczy o zwiększonej dostępności tego narkotyku. W 2012 roku w UE odnotowano 7 tys. konfiskat, obejmujących 343 kg tego narkotyku. Kolejne 4 tys. konfiskat, obejmujących 637 kg narkotyku, odnotowano w Turcji i Norwegii (ilość przechwyconego narkotyku była prawie dwukrotnie większa niż w całej UE).

Obecnie podkreśla się również obawy dotyczące ponownego pojawienia się na rynku proszku i tabletek ecstasy wysokiej jakości (MDMA). Konfiskaty i zgłoszenia dotyczące szkodliwego działania tej substancji spowodowały, że Europol i EMCDDA wydały wspólne ostrzeżenie na temat dostępności bardzo silnych produktów zawierających MDMA. Europol informuje o zlikwidowaniu w 2013 roku w Belgii dwóch największych miejsc produkcji narkotyków, jakie kiedykolwiek wykryto na obszarze UE; były one w stanie produkować duże ilości MDMA w bardzo krótkim czasie.

## Nowe substancje psychoaktywne

Nie widać oznak osłabienia tempa zwiększania się liczby, rodzajów i dostępności nowych substancji psychoaktywnych (zwanych też „nowymi narkotykami”) w Europie. W 2013 roku w ramach unijnego systemu wczesnego ostrzegania zgłoszono po raz pierwszy 81 nowych narkotyków (wykres 4). To oznacza, że liczba nowych substancji monitorowanych przez agencję

**Wykres 3. Liczba nowo rozpoznanych przypadków HIV związanych z używaniem narkotyków przez iniekcje**

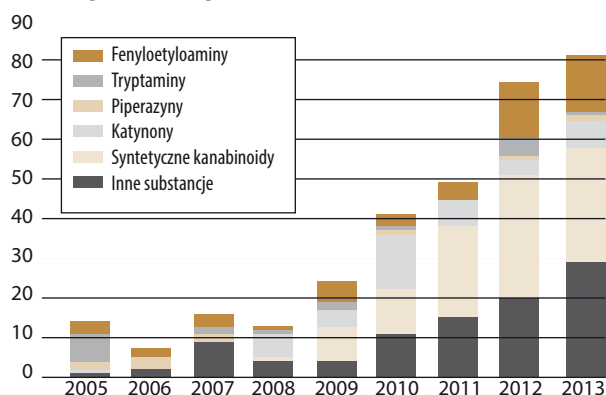


wzrosła do ponad 350. System wczesnego ostrzegania jest coraz bardziej obciążony z uwagi na ilość i różnorodność substancji pojawiających się na rynku. W ostatnich czterech latach wykryto blisko 250 substancji obecnie monitorowanych.

Nowe substancje psychoaktywne, niepodlegające kontroli na mocy prawa międzynarodowego, są często sprzedawane na rynku jako „dopalacze” (*legal highs*); są one wytwarzane z zamiarem naśladowania działania narkotyków objętych kontrolą. Wśród narkotyków wykrytych w zeszłym roku 29 to syntetyczne kanabinoidy, które stanowią największą grupę substancji obecnie monitorowanych w ramach unijnego systemu wczesnego ostrzegania. Tempo zastępowania narkotyków dotychczas objętych kontrolą nowymi substancjami spowodowało, że na terenie całej Europy stosowano różnorodne, innowacyjne środki prawne.

Zdarza się, że nowe narkotyki są wytwarzane w tajnych laboratoriach znajdujących się w Europie. Częściej jednak są one pozyskiwane legalnie w postaci proszku pochodzącego głównie z Chin i Indii, przywożonego do Europy, gdzie jest on przetwarzany, pakowany i sprzedawany jako „dopalacze” lub „substancje chemiczne do badań naukowych”, ale również sprzedawany bezpośrednio na nielegalnym rynku narkotyków. Internet cały czas odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu rynku nowych substancji psychoaktywnych. W 2013 roku EMCDDA zidentyfikowała około 650 stron internetowych, za pośrednictwem których takie substancje są sprzedawane Europejczykom. Ponadto nowym wyzwaniem dla organów ścigania jest kupowanie nowych i „starych” narkotyków przez sieci *darknets* – „podziemne” sieci internetowe umożliwiające anonimową komunikację.

**Wykres 4. Liczba i podstawowe grupy nowych substancji psychoaktywnych zgłoszonych do systemu wczesnego ostrzegania UE (lata 2005–2013)**

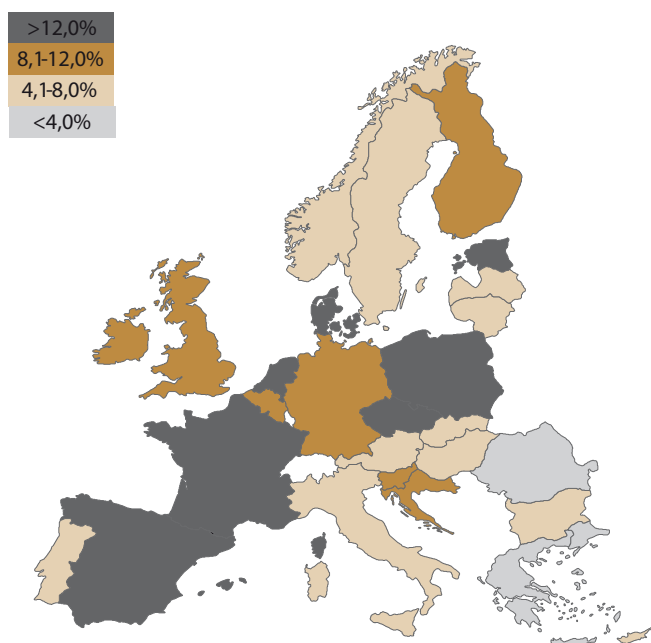


## Konopie indyjskie

Badania dotyczące postaw społecznych w UE wskazują, że konopie indyjskie wciąż są narkotykiem, wobec którego opinia publiczna jest najbardziej podzielona. Przyczynia się to do ożywionej debaty publicznej, którą podsycają ostatnio zmiany w sposobie kontrolowania dostępności i używania konopi indyjskich w innych państwach, np. zmiany w przepisach obowiązujących w niektórych stanach Stanów Zjednoczonych i pewnych rejonach Ameryki Łacińskiej. Europejskie dyskusje na temat kontroli konopi indyjskich zazwyczaj skupiają się na podaży i handlu, a nie na używaniu przez pojedyncze osoby. Mimo to całkowita liczba przestępstw związanych z posiadaniem i używaniem konopi indyjskich od prawie dziesięciu lat stale rośnie.

Około 73,6 mln Europejczyków spróbowało konopi indyjskich przynajmniej raz w życiu, a 18,1 mln użyło ich w ciągu ostatniego roku. Szacuje się, że 14,6 mln młodych Europejczyków (w wieku 15-34 lata) użyło konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku. Poziom używania konopi indyjskich w Europie na ogół pozostaje stabilny lub obniża się, szczególnie w grupie osób młodych. Największe obawy w zakresie zdrowia publicznego dotyczą tych Europejczyków, którzy używają tego narkotyku codziennie lub prawie codziennie (około 1% Europejczyków w wieku 15-64 lata). W 2012

### Wykres 5. Używanie konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku wśród młodych dorosłych (15-34 lata)



roku konopie indyjskie były najczęściej zgłaszane przez pacjentów jako narkotyk będący głównym powodem rozpoczęcia przez nich pierwszego w życiu leczenia uzależnienia od narkotyków.

## Wnioski

Jednym z głównych wniosków płynących z tegorocznych analiz, jest fakt, iż w Europie na przestrzeni lat dokonano znacznych postępów w opracowywaniu zrównoważonej polityki antynarkotykowej oraz implementowaniu efektywnych i opartych na dowodach naukowych interwencji. W wyniku czego, w niektórych obszarach zdrowia publicznego, m.in. zgonów i chorób zakaźnych, odnotowujemy pozytywne tendencje.

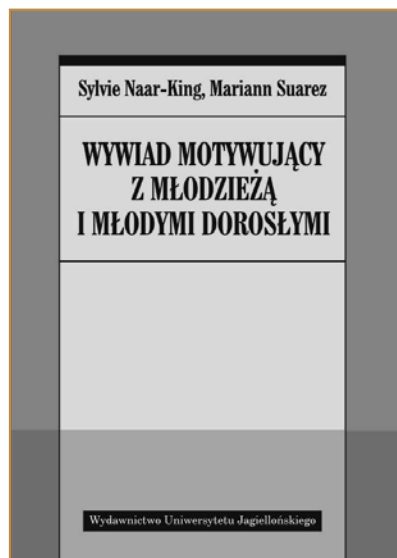
Jednak sytuację pogarszają nowe zagrożenia związane z narkotykami syntetycznymi, nowymi substancjami psychoaktywnymi i produktami leczniczymi. Wszystkie te substancje nabierają coraz większego znaczenia na zmieniającym się europejskim rynku narkotykowym. Ponadto narkotyki, z którymi obecnie się stykamy, w wielu aspektach różnią się od substancji znanych nam z lat wcześniejszych. Obserwujemy to w przypadku bardziej tradycyjnych narkotyków, takich jak konopie indyjskie, gdzie nowe techniki produkcji wpływają na siłę ich działania. Podobnie jest w przypadku produkcji narkotyków syntetycznych, wśród których pojawia się cały szereg nowych substancji, tzw. dopalaczy. Pełne zrozumienie przyszłych konsekwencji zmieniającego się rynku narkotykowego w Europie oraz jego wpływu na zdrowie i bezpieczeństwo publiczne wydaje się kluczowe dla odpowiedniego planowania interwencji na poziomie krajowym oraz unijnym.

Warto zauważyć, że tak kompleksowe analizy przedstawione w raporcie europejskim, możliwe są dzięki istniejącym systemom monitorowania na poziomach krajowych i europejskim. W okresie bardzo dynamicznych zmian na rynku narkotykowym i pojawiających się nowych zagrożeń dalsze inwestycje w rozwój monitoringu wydają się być kluczowe, szczególnie dla planowania i kształtowania adekwatnych i skutecznych europejskich polityk antynarkotykowych.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Artykuł został napisany na podstawie publikacji „Europejski raport narkotykowy 2014 – tendencje i osiągnięcia”.
- <sup>2</sup> [www.emcdda.europa.eu/edr2014](http://www.emcdda.europa.eu/edr2014)

## WYWIAD MOTYWUJĄCY Z MŁODZIEŻĄ I MŁODYMI DOROSŁYMI



Wywiad motywujący jest stosowany od lat 80., a pierwsze kompleksowe opracowania tej metody pojawiły się na początku lat 90. Na początku wykorzystywano go w terapiach uzależnień osób dorosłych, jednak z czasem metoda ta znalazła zastosowanie również w innych dziedzinach pracy psychologów i psychiatrów. Prezentowana publika-

cja jest pierwszym tak wszechstronnym opracowaniem zastosowania wywiadu motywującego w pracy z młodzieżą.

Autorki, Sylvie Naar-King i Mariann Suarez, definiują wywiad motywujący (WM) jako formę wzbudzania i wzmacniania motywacji potrzebnej do zmiany.

W publikacji pojawia się szereg określeń doprecyzowujących tę definicję, m.in. łagodne komunikowanie z ludźmi czy budowanie konstruktywnych relacji. Często pojawiają się także wzmianki o strategii rozmowy, elastyczności podejścia i unikaniu konfrontacji. W omówieniach oddziaływań na klientów, skuteczność wywiadu motywującego można zauważyć w przypadkach np. rozwiązywania ambiwalencji przy podejmowaniu decyzji o zmianie, pokonywania oporu, weryfikacji oceny samoskuteczności.

### Idea wywiadu

Jak piszą autorki, główny nacisk kładą na to, jak a nie co należy robić w pracy z klientem – czyli na proces, a nie treść relacji. Podkreślają przy tym, że WM nie jest tylko zbiorem technik czy chwytów, i na pierwszym miejscu stawiają i omawiają „ducha wywiadu motywującego”, który stanowi o istocie stosowania tej metody w praktyce. O skuteczności ma tu przesądzać uznanie motywacji klienta za podstawowy czynnik pozytywnych zmian, przy założeniu, że jego niechęć lub opór są naturalnymi elementami dwustronnego procesu interakcji. Nie należy ich w związku z tym traktować jako negatywnych elementów tego procesu, ale raczej jako klucz do zrozumienia postawy młodego człowieka i wywołania w nim chęci zmian.

Takie podejście nie oznacza jednak, że techniki językowe nie są stosowane. Autorki wyraźnie zaznaczają, że metody wywiadu motywującego nie można się nauczyć z lektury czy na kursie, tylko w trakcie regularnej praktyki i ćwiczeń. Analiza szczegółowych

aspektów rozmowy dochodzi do poziomu różnic reakcji, jakie może wywołać użycie pojedynczych słów czy zwrotów. Wiele tego typu drobiazgowych informacji znajduje się we wskazówkach do poszczególnych zagadnień.

### Struktura informacji

Książka jest podzielona na trzy części, z których ostatnia stanowi niejako aneks zawierający omówienie praktycznych aspektów prowadzenia terapii. Druga część to krótkie opracowania osób pracujących z młodzieżą przy wykorzystaniu WM, w rzadko spotykanych jak dotąd sytuacjach. W pierwszej zaś omówiono najistotniejsze zagadnienia związane z wywiadem motywującym.

Kolejne rozdziały części pierwszej są z jednej strony pogłębieniem problematyki wywiadu od kwestii bardziej ogólnych, jak wspomniany „duch wywiadu”, do szczegółowych i konkretnych zachowań i rozwiązań – z drugiej strony ich ułożenie odpowiada kolejnym etapom pracy z klientem.

W poszczególnych rozdziałach można wyodrębnić trzy elementy: omówienie, zastosowanie, konkretne techniki.

Do omówienia należy krótkie objaśnienie danego działania terapeuty z ewentualnym tłem teoretycznym. Ilustrują je opisy sytuacji lub przykłady dialogów z wyszczególnieniem bardziej i mniej skutecznych zwrotów. Na tym poziomie lub w wyodrębnionych wskazówkach, autorki przedstawiają potencjalne efekty, jakie mogą się pojawić wraz z zastosowaniem konkretnych technik, chwytów czy nawet potocznych zwrotów. Na przykład omawiane są formuły językowe odbierane jako wartościujące, które mogłyby zdystansować słuchacza. Autorki podają sposoby uniknięcia lub zniwelowania takiego dystansu, ale też opisują zachowania nastawione na wytrącenie terapeuty z roli.

Wśród tych uwag można znaleźć konkretne rozwiązania stosowane w rozmowach, jak również bardziej ogólne materiały językoznawcze rozwijające spostrzegawczość i kompetencje językowe pomocne przy ocenie postawy klienta i w jego prowadzeniu. Przytaczane badania i przypadki dotyczące języka i zachowań w rozmowie zyskują dzięki temu charakter uniwersalny i czynią książkę nie tylko przydatną dla specjalistów pracujących z młodzieżą, lecz również wartościową w szerszym kontekście interakcji społecznych.

*FN*

**Sylvie Naar-King, Mariann Suarez**

**„Wywiad motywujący z młodzieżą i młodymi dorosłymi”  
The Guilford Press 2011**

**Wydanie polskie: Wydawnictwo UJ, Kraków 2012**



*Światowe Forum Przeciw Narkotykom, odbywające się co roku w Sztokholmie pod patronatem Królowej Szwecji Sylwii, jest areną międzynarodowej wymiany wiedzy, doświadczeń, wyników najnowszych badań i inspirowania nowych metod działań profilaktycznych. Jest to miejsce spotkań ludzi z całego świata: profesjonalistów, polityków i wolontariuszy, którzy na co dzień pracują na rzecz zapobiegania używaniu narkotyków.*

## THE 4-TH WORLD FORUM AGAINST DRUGS ZDECYDOWANYM GŁOSEM PRZECIW LEGALIZACJI MARIHUANY

*Katarzyna Żylińska*

*Dział Lecznictwa i Certyfikacji*

*Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

Tegoroczne 4. Światowe Forum Przeciw Narkotykom odbyło się w dniach 17-19 maja 2014 roku. Niniejszy artykuł stanowi podsumowanie głównych tez wystąpień uznanych badaczy i praktyków zajmujących się problematyką używania przetworów konopi i ich wpływu na zdrowie publiczne. Należy go traktować jako kolejny ważny głos w debacie publicznej.

Dyskurs na temat marihuany jest obecnie bardzo intensywny w wielu miejscach na świecie, a co więcej, kolejne kraje rozpoczynają prace nad procesem liberalizacji, legalizacji i komercjalizacji obrotu konopiami. Jakie są potencjalne skutki proponowanych zmian prawnych? Debata nad kwestią etyki konsumpcji i legalizacji marihuany nabiera znaczenia w związku z czynną rolą ruchów oraz frakcji politycznych, w interesie których leży kwestia statusu prawnego i odbioru społecznego używki. Obecni na Forum prelegenci z różnych części świata przedstawili wyniki najnowszych badań i swoje obserwacje. Przekaz był jednoznaczny: liberalizacja przepisów dotyczących konopi stanowi wyzwanie i zagrożenie dla zdrowia publicznego.

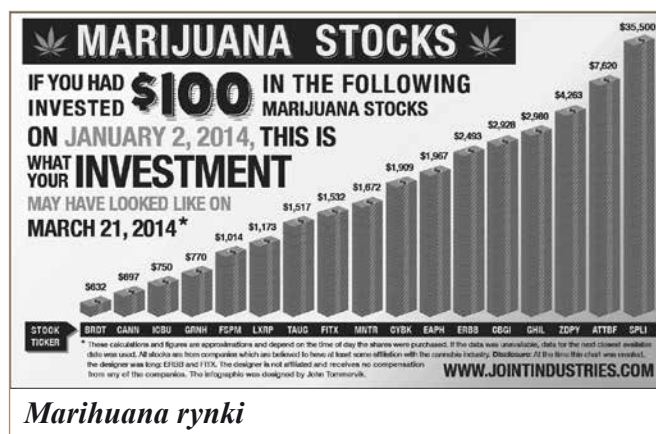
### **Przeciw legalizacji marihuany**

Dr Kevin Sabet, dyrektor Instytutu Polityki Narkotykowej Uniwersytetu na Florydzie, w swoim wystąpieniu odniósł się do pięciu kluczowych zagadnień obecnych w dyskusji o legalizacji konopi – kontestując kluczowe tezy wpływające na liberalizację opinii publicznej. Pierwszą z nich jest idea nieuchronności, głosząca, że używanie narkotyków jest zjawiskiem powszechnym i nieuniknionym, dlatego nie ma sensu temu zapobiegać.

Rozwinięciem tej przesłanki jest koncepcja legalizacji marihuany (lub innych narkotyków) jako nieuchronnego rozwiązania. Zdaniem dr. Sabet, zarówno zażywanie narkotyków, jak i ich legalizacja nie są nieuniknione. Jest to fałszywe i niczym nie poparte założenie. Drugie ważne i szkodliwe zjawisko, któremu należy stawić opór to rozwijający się potężny przemysł konopianny tzw. Big Marijuana (Big Cannabis). Rzeczywistym celem tej branży, zdaniem prelegenta, jest zwiększanie liczby osób uzależnionych, bo tylko wtedy przemysł ma stałych klientów i odpowiednio wysoki dochód. Branże dwóch legalnych narkotyków (alkohol i tytoń) są sterownikami do rozszerzania tej działalności. Trzecia teza dotyczy fałszywego przekonania, iż legalizacja jest jedynym sposobem na racjonalną, odpowiadającą na potrzeby użytkowników politykę narkotykową i sprawiedliwość społeczną. Czwarta sfera nieporozumień to przekonanie, że marihuana jest nieszkodliwa i nie zabija. W rzeczywistości istnieje wiele negatywnych fizycznych i psychicznych konsekwencji zdrowotnych używania konopi, w tym śmiertelnych wypadków samochodowych spowodowanych przez kierowców odurzonych marihuaną. Ostatni wątek dotyczy upowszechnianych informacji jakoby postulat legalizacji marihuany i narkotyków był wspierany przez naukowców i badania naukowe. To nie jest prawda, istnieje wiele badań dostarczających poważnych argumentów na rzecz przeciwnych strategii, ale nie są one odpowiednio nagłaśniane. Dr Sabet zauważył, że tytoń też był w przeszłości uważany za bezpieczną substancję, która nie uzależnia. Dopiero w latach 50. i 60. papierosy zaczęły być traktowane jako środki powodujące uzależnienie. W rzeczywistości ich

potencjał uzależniający i szkodliwość były znane 50 lat wcześniej. Natomiast rozwijający się wówczas przemysł tytoniowy i jego agresywny marketing szerzył odmienne przekonania, np. że tytoń odświeża, relaksuje i jest całkowicie bezpieczny. Dr. Sabet zauważył, że inicjacja narkotykowa w okresie dorastania, w tym używanie marihuany, znacznie zwiększa prawdopodobieństwo uzależnienia i późniejszych problemów. Dodał, że ważnym problemem jest brak świadomości osób dorosłych (zwłaszcza w USA) odpowiedzialnych za wychowanie młodzieży, szczególnie rodziców, dotyczącej rzeczywistej „mocy” i potencjału uzależniającego przetworów konopi dostępnych obecnie na rynku narkotykowym. Sprzedawane dziś konopie są już innym narkotykiem niż ten, którego używali oni w latach 60. Dodatkowo zmianie uległ sposób używania konopi. Lata temu spożycie marihuany o wysokim poziomie zawartości THC było niespotykane. Ale technologia ewoluowała i THC może być ekstrahowane, a produkty je zawierające przyjmowane w sposób wzmacniający działanie. Dr Sabet zwrócił również uwagę, że badania prowadzone w ostatniej dekadzie pokazują wyraźnie szkodliwy wpływ stosowania marihuany na zdrowie psychiczne. Jego zdaniem w Stanach Zjednoczonych trwa cicha epidemia chorób psychicznych – a obecnie również cicha epidemia uzależnienia od konopi. Tu dr Kevin Sabet odniósł się do zaprezentowanych na Forum badań prof. Madeline H. Meier, autorki Dunedin Longitudinal Study (badaniami objęto młodych ludzi w wieku 13-32 lata). Wyniki pokazują, że długotrwali użytkownicy marihuany wykazują obniżenie funkcji neuropsychologicznych w okresie od dzieciństwa do wieku średniego, a dorośli, którzy palili marihuanę w młodości, mają o 6-8 punktów niższy iloraz inteligencji (IQ). Dodatkowo deficyt ten był zależny od intensywności używania. U osób, które nie używały marihuany, nie zaobserwowano obniżenia

poziomu funkcjonowania intelektualnego mierzonego ilorazem inteligencji. Wśród użytkowników przetworów konopi stwierdzone obniżenie sprawności intelektualnej wynikało z zakłóceń rozwoju mózgu w krytycznej fazie dojrzewania. Przekładało się to na różnicę w umiejętnościach radzenia sobie w szkole, na studiach i w pracy. Dr Sabet przedstawił również wyniki nowego badania wśród osób nadużywających kokainy. Okazało się, że ci, którzy rozpoczęli zażywanie narkotyków od konopi, mieli głębsze uzależnienie od kokainy, niż ci, dla których konopie nie były pierwszym narkotykiem. W Stanach Zjednoczonych istnieje silne lobby wzywające do legalizacji marihuany jako tzw. bezpieczniejszego wyboru niż alkohol. Zdaniem prelegenta ta fałszywa argumentacja odniosła sukces i jest jedną z podstawowych przyczyn tego, że nieznaczna większość Amerykanów (52%) popiera legalizację marihuany. Przeoczono jednak fakt, że większość użytkowników marihuany używa również alkoholu. Dr Sabet zachęcał uczestników Forum do przeciwstawienia się koncepcji, że polityka dotycząca alkoholu i tytoniu powinna być modelem polityki antynarkotykowej. Korzystanie z tych dwóch legalnych używek jest znacznie bardziej rozpowszechnione niż nielegalnych narkotyków, w tym konopi. Na całym świecie mniej niż 8% populacji pali marihuanę, podczas gdy 30% pali tytoń, a 65% pije alkohol. Według dr. Sabeta doświadczenia branży wyrobów alkoholowych i tytoniowych przekazują wyraźne ostrzeżenia dotyczące przyszłości legalizacji narkotyków. Jedynym sposobem, aby ten biznes przynosił wysoki dochód, jest włączenie dzieci w zakres celu marketingowego. Nie ma możliwości wysokich zysków, jeśli celem strategii promocyjnych i opiniotwórczych będą wyłącznie osoby dorosłe. Przewiduje się, że „Big Marijuana”, podobnie jak wcześniej przemysł tytoniowy, będzie sprzyjał wzrostowi uzależnienia i będzie oddziaływał na młode osoby. Badania pokazują, że zdecydowana większość osób uzależnionych od narkotyków zaczęła ich używać w okresie dorastania.



Przemysł konopny oraz związane z nim środowiska polityczne i lobbystyczne muszą prowadzić oddziaływania ukierunkowane na młodych użytkowników, aby zdobyć klientów „na całe życie”. Promowana idea, że legalizacja konopi jest dla odpowiedzialnych dorosłych palących marihuanę w zaciszu własnego domu, jest iluzją. W rzeczywistości chodzi o „podpięcie” nowej generacji dzieci do nowego produktu przemysłu „Big Marijuany”. Krzyżowanie się interesów Wall Street i lobbystów legalizacji marihuany nigdy nie było większe. Istnieje wiele dobrze wykształconych, odnoszących sukcesy osób, liczących na ogromne zyski w tej branży.

Niektóre z rozwiązań marketingowych, stosowanych niegdyś w reklamie wyrobów tytoniowych, są używane dzisiaj do wsparcia konsumpcji konopi. W Kolorado, pomimo że marihuana została zalegalizowana wyłącznie dla osób powyżej 21 lat, sprzedaje się gotowe jointy oraz żywność typu ciasteczka, cukierki, napoje gazowane i lody z zawartością THC. Te produkty są powszechnie reklamowane, a sklepy oferują rabaty i kupony. Trudno zaprzeczyć, że jest to ukierunkowane na młodych ludzi. Dr Sabet zwrócił uwagę, że trzecia co do wielkości firma tytoniowa na świecie prowadzi masową produkcję elektronicznych papierosów/atomizerów. Wykorzystywane są one zarówno do używania nikotyny, jak i marihuany. Produkty te są powszechnie sprzedawane, choć nie zostały teoretycznie wyspecyfikowane do zażywania konopi indyjskich. Przetwory konopi są również sprzedawane w automatach, podczas gdy aż 50 lat zajęło profilaktykom uzależnienia od tytoniu wyeliminowanie tej formy sprzedaży papierosów jako szczególnie sprzyjającej wzrostowi popytu. Dr Sabet zachęcał uczestników, aby aspirowali do najwyższego celu w polityce narkotykowej, tj. obniżenia spożycia narkotyków do najniższego możliwego

poziomu. Liberalizacja prawa dotyczącego konopi w Stanach Zjednoczonych była efektem 40-letniego procesu. Pierwszy ruch na rzecz medycznego używania konopi został zainicjowany w 1970 roku jako ruch bazujący na apelu o współczucie dla chorych. Według dr. Sabeta to współczucie właśnie jest imperatywem zarówno we wczesnej interwencji i leczeniu uzależnień, jak i argumentem na rzecz zatrzymania „globalnej maszyny”, którą jest przemysł konopny. Dr Kevin Sabet podkreślał, że rozwiązaniem nie jest wybór pomiędzy legalizacją a represjami. Można być przeciw legalizacji, ale za zdrowiem, edukacją i zdrowym rozsądkiem. Przykładem jest kierowany przez niego prewencyjny projekt SAM (Smart Approaches to Marijuana), o którym można przeczytać więcej na stronie <http://learnaboutsam.com/>

## Trendy w zażywaniu konopi

Dr Nora Volkow, dyrektor National Institute on Drug Abuse (NIDA) w Stanach Zjednoczonych, zaprezentowała najnowsze dane na temat trendów w zażywaniu konopi w USA i wyniki badań dotyczące wpływu marihuany na funkcjonowanie mózgu, zdrowie fizyczne i zachowanie. Obecnie w USA obserwuje się trend wzrostowy używania konopi. Ponad 111 mln Amerykanów próbowało marihuany przynajmniej raz w życiu (2012, National Survey on Drug Use and Health, SAMSHA, 2013). Każdego roku około 2,4 mln osób konsumuje konopie po raz pierwszy. Nowi użytkownicy to głównie osoby młode. Badania pokazują, że inicjacja używania substancji w wieku dorastania zwiększa prawdopodobieństwo późniejszych problemów. Z tego powodu, zdaniem Nory Volkow, najważniejsze interwencje powinny się koncentrować na profilaktyce, a szczególnie na zapobieganiu



*Czekoladowe „smarowidło” z marihuaną*



*Piwo z marihuaną*



inicjowaniu używania jakichkolwiek substancji psychoaktywnych przez nastolatków i młodych dorosłych. Nie ma bowiem żadnego uzasadnienia biologicznego, aby dokonywać rozróżnienia między narkotykami legalnymi i nielegalnymi. Narkotyki stymulują mózg. Uwalnianie dopaminy stymuluje jądro półleżące. Struktury mózgu nie zostały rozwinięte, aby zażywać narkotyki, ale przeżywać przyjemności, takie jak np. jedzenie czy seks. Istnieje wiele kannabinoidów w konopiach, ale to właśnie THC pobudza ośrodek nagrody w mózgu. System endokannabinoidowy jest ważnym systemem w mózgu, pomaga regulować funkcje związane z jego rozwojem, pamięcią, procesami poznawczymi, systemami motywacyjnymi i nagradzania, apetytem, reprodukcją, koordynacją i regulacją ruchu, bólem i zniesieniem bólu oraz funkcje immunologiczne. Kannabinoidy mają ogromny potencjał w dziedzinie zastosowań medycznych, ale nie jako marihuana do palenia. Dane wyraźnie pokazują, że konopie uzależniają. Około 9% użytkowników konopi uzależnia się, ale w przypadku osób inicjujących zażywanie tego narkotyku w okresie dojrzewania, odsetek uzależnionych wzrasta do 16%. W porównaniach szkodliwości substancji psychoaktywnych nie można abstrahować od ich statusu prawnego, biorąc pod uwagę tylko ich potencjał uzależnieniowy. Rozmiar szkód w populacji wynikający z używania alkoholu i tytoniu jest dużo wyższy niż w przypadku marihuany, ale jednocześnie rozpowszechnienie ich używania jest również znacząco wyższe. Jeśli marihuana stanie się legalna, możemy się spodziewać wzrostu używania i niekorzystnych konsekwencji tego zjawiska. Zdaniem dr Volkow wiele znaczących doniesień dotyczących skutków używania narkotyków pochodzi z badań bliźniąt. Badania te wyraźnie pokazują, że ryzyko późniejszego uzależnienia od różnego rodzaju narkotyków jest znacznie większe w przypadku osób używających marihuany przed ukończeniem 17. roku życia. Poza uwarunkowaniami genetycznymi i środowiskowymi, samo używanie marihuany zwiększa podatność na późniejsze wystąpienie uzależnienia od innych narkotyków, co najprawdopodobniej wynika ze zmian w mózgu spowodowanych paleniem konopi. Dzięki nowej technologii obrazowania możemy przyrzeć się biochemii mózgu i poznać wpływ długoterminowego używania konopi na centralny układ nerwowy. Badania wyraźnie pokazują, że cannabis negatywnie wpływa na mózg, w tym na funkcje poznawcze. Wśród osób nadużywających

konopi zaobserwowano zmniejszenie dwóch obszarów mózgu: ciała migdałowatego i hipokampu. Istnieje sporo innych badań, które pokazują wpływ używania konopi na obniżenie osiągnięć, a także występowanie psychoz i schizofrenii. Wskazują one na zwiększenie ryzyka wystąpienia schizofrenii jako funkcji genotypu. U osób ze specyficznym genotypem siedmiokrotnie zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienia schizofrenii, co więcej, badania nad wpływem marihuany o wysokim stężeniu THC na ryzyko wystąpienia psychozy sugerują, że wyższa zawartość THC zwiększa ryzyko zaburzeń psychotycznych bez względu na rodzaj genotypu. Dostępne obecnie konopie mają znacznie większy poziom delta-9-THC niż te dostępne kilkanaście lat temu, potwierdzają to m.in. badania kierowców podejrzanych o prowadzenie pojazdu pod wpływem marihuany. Dr Volkow przedstawiła również wyniki badań dotyczących zgłaszalności do programów terapeutycznych z powodu używania marihuany w USA: w 2007 roku wzrosła ona o około 9% w porównaniu z 1993 rokiem. Warto także zwrócić uwagę, że wizyty na oddziałach ratunkowych związane z używaniem marihuany wzrosły w okresie 2004–2008 o około 23%. Analiza danych pokazuje, że państwa, które zmieniły status prawny konopi mają wyższe wskaźniki używania konopi, co prowadzi do wzrostu liczby osób uzależnionych od marihuany. Dr Volkow wysunęła przypuszczenie, że powodem wprowadzenia zmian prawnych dotyczących statusu konopi było wysokie rozpowszechnienie konsumpcji konopi w tych stanach USA, które zdecydowały się na takie rozwiązanie. W Kolorado odsetek kierowców, którzy brali udział w śmiertelnych wypadkach samochodowych, a wcześniej zażywali marihuanę, wzrósł znacząco od 2009 roku, kiedy to nastąpiła komercjalizacja obrotu tym narkotykiem (jako „medycznej marihuany”). Dr Volkow zakończyła swoją prezentację, podkreślając znaczenie profilaktyki i edukacji. Przedstawiła tezę, że to właśnie nieświadomość i niedostrzeganie szkód związanych z używaniem konopi jest powodem rozpowszechnienia używania marihuany. Wiedza bowiem głęboko wpływa na zachowanie młodzieży. Dowodem na to jest skuteczność amerykańskich kampanii mających na celu zmniejszenie używania tytoniu. Młodzież rozumiała negatywne skutki palenia tytoniu i to, jak była manipulowana przez przemysł tytoniowy. Teraz rozwija się nowy przemysł – marihuanowy, który spodziewając się miliardów dolarów zysków, będzie promować ideę,



że używanie konopi jest bezpieczne. Będzie też wspierał legalizację, bo jasnym jest, że jeśli coś jest legalne, to używanie jest bardziej akceptowane. Byłoby wspaniale mieć lek, który sprawia, że czujesz się wyśmienicie i jednocześnie nie wywołuje on żadnych negatywnych konsekwencji. Ale wiadomo, że nie jest to możliwe. Priorytetem staje się przeprowadzenie szerokiego badania długookresowego z udziałem USA i innych krajów, którego celem byłoby poznanie skutków zażywania narkotyków od okresu dojrzewania (np. wiek 10 lub 11), poprzez dorosłość (np. 21 lat), do lat dojrzałych. Teraz nadszedł czas dla tego ważnego badania. Technologia rozwinęła się tak, że można je wykonać. Wyniki tego badania będą miały zasadnicze znaczenie dla polityki i edukacji. Nastolatki są inteligentni i otwarci na wiedzę, trzeba tylko wskazać im obiektywne, naukowe dowody.

## Inna marihuana

Dr Martien Kooyman, lekarz psychiatra, psychoterapeuta, członek m.in. Advisory Council for The Minister of Justice on Prison Detention and Youth Protection w Holandii, w swojej prezentacji dotyczącej przetworów konopi, podobnie jak inni prelegenci, podkreślił, że uprawiane i sprzedawane dziś konopie to już nie ten sam narkotyk, który był dostępny w latach 70. Istnieją duże różnice w sposobie, w jaki młodzież używa dziś marihuany, w porównaniu do tamtych lat. Teraz częściej zamiast wspólnego palenia w grupie, marihuana jest używana w samotności. Sam narkotyk drastycznie się zmienił. Przeciętna zawartość THC w marihuanie wzrosła od około 3% do ponad 15%. Dr Kooyman twierdzi, że używanie konopi ewidentnie może prowadzić do uzależnienia, a uszkodzenie mózgu z powodu przewlekłego stosowania marihuany jest poważniejsze niż w przypadku długotrwałego zażywania heroiny. Wśród negatywnych skutków długotrwałego zażywania konopi w wieku dojrzewania wymienił m.in. dysfunkcje neuropsychologiczne, powikłania psychiatryczne, spadek IQ i zaburzenia pamięci krótkoterminowej. Coraz więcej osób używających marihuany szuka możliwości podjęcia leczenia, przykładowo w Holandii w latach 2004-2009 wzrost ten wyniósł 40%. Średni wiek osób zażywających konopie, które rozpoczynają leczenie, wynosi dziś 25 lat. W Hadze połowa pacjentów w jednostkach detoksykacji dla młodzieży jest obecnie wyłącznie uzależniona od

marihuany. Dr Kooyman zakończył swoje wystąpienie stwierdzeniem, że marihuana nie może być już traktowana jako narkotyk „miękki”. Nie ma też uzasadnienia dla odmiennych regulacji prawnych w przypadku marihuany i innych narkotyków definiowanych jako „twarde”. Według dr. Kooymana legalizacja marihuany wzmacnia istniejącą już wśród młodzieży opinię o braku zagrożeń z powodu jej używania.

## Wpływ marihuany na mózg

Prof. Berta Madras (The Department of Psychiatry of Harvard Medical School) w swoim wystąpieniu skupiła się na wpływie palenia konopi na zachowanie i umysł dzieci oraz młodych dorosłych. Odczucia, takie jak euforia, rozluźnienie, wzmocnienie odbioru bodźców słuchowych i wzrokowych powodowanych przez marihuanę niemal w całości wynikają z wpływu, jaki ma ona na receptory kannabinoidowe w mózgu. Wiążą one specyficzną dla nich cząsteczkę – anandamid (kannabinoid wytwarzany przez organizm), który wchodzi w skład układu endokannabinoidowego. Jest to neuroprzekaznik wydzielający się podczas snu i relaksu. Moduluje on komunikację w rejonach mózgu odpowiedzialnych za procesy motywacji, zachowanie, pamięć, apetyt, ruch, przyjemność, nastrój, ból, planowanie i osąd. Anandamid odgrywa też ważną rolę w rozwoju mózgu – wspiera powstawanie nowych komórek, ich różnicowanie, przemieszczanie i formowanie połączeń. THC zakłóca i zmienia anandamidową kontrolę sygnałów mózgu. Efekt THC jest przedłużony, mocniejszy i zmieniony w porównaniu do kannabinoidów wytwarzanych przez organizm. Marihuana uszkadza połączenia mózgowie. Długotrwałe stosowanie konopi może prowadzić do zniszczenia niektórych neuronów w mózgu. Konopie zmieniają strukturę i funkcje dorastającego mózgu. Wczesny początek używania marihuany związany jest z deficytami w uczeniu się. Neurotoksyczne efekty używania to upośledzenie funkcji intelektualnych wyrażających się w umiejętnościach werbalnych obejmujących pamięć listy słów, skojarzeń słownych, wytrwałości, przestrzennej pamięci orientacyjnej. Ponadto wczesne i intensywne używanie marihuany powiązane jest z psychozami u młodych dorosłych: dwa razy większe jest prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń psychotycznych innych niż zaburzenia nastroju, cztery razy większe prawdopodobieństwo poważnych zaburzeń psychicznych, czterokrotnie wyższe ryzyko schizofrenii

u długotrwale używających w młodym wieku. Podobnie jak w przypadku alkoholu, prawdopodobieństwo uzależnienia od marihuany jest cztero-, pięciokrotnie większe, jeśli nastolatek zaczyna używać substancji w wieku 14 lat lub wcześniej. Przyjęcia do leczenia z powodu marihuany w USA są dwa razy wyższe niż z powodu alkoholu. Badania przedkliniczne pokazują także, że stosowanie marihuany nie tylko w czasie ciąży, ale i przed nią może mieć negatywny wpływ na przyszłe dzieci. THC zakłóca bowiem proces rozwoju połączeń pomiędzy komórkami nerwowymi w korze mózgowej płodu. W efekcie palenie marihuany w ciąży sprawia, że dziecko może mieć w przyszłości spore problemy z rozwojem inteligencji, uczeniem się i gromadzeniem wspomnień.

Prof. Madras przedstawiła również wyniki badań prowadzonych na szczurach, którym podawano THC. Dowiodły one, że ekspozycja na THC w czasie ciąży gryzoni może zwiększyć wrażliwość i podatność mózgu na uzależnienie od opiatów u ich potomstwa. Ma to związek z tym, iż receptory kannabinoidowe występują w mózgu w tych samych komórkach co receptory opioidowe. Badania prezentowane przez prof. Madras, pokazują także, że używanie THC przez przyszłych rodziców (szczególnie w okresie dojrzewania) może mieć wpływ na zaburzenia zachowania i zaburzenia mózgowe potomstwa oraz zwiększyć prawdopodobieństwo psychicznych zaburzeń w następnych pokoleniach. Co prawda wniosków z badań na zwierzętach nie można

odnieść bezpośrednio do ludzi, to jednak według prof. Madras wyniki wyraźnie sugerują, że problem może dotyczyć także ludzi.

Zdaniem prelegentki wyzwaniem jest również dopuszczenie marihuany jako wyrobu medycznego do sprzedaży w marketach i sklepach ze zdrową żywnością. Badania pokazują, że nawet okazjonalne używanie marihuany jest powiązane z nieprawidłowościami w pracy mózgu (zakłócenie organizacji neuronowych w jądrze półkolumnowym i ciele migdałowatym) oraz układu sercowo-naczyniowego. Marihuana bowiem, oprócz wpływu psychotropowego, wywołuje też tachykardię, rozszerzenie oskrzeli oraz zwiększony przepływ krwi do kończyn. U osób cierpiących na niektóre choroby układu krwionośnego zwiększenie częstości akcji serca po zastosowaniu kannabinoidów może prowadzić do poważnych problemów zdrowotnych.

Na zakończenie swojej prezentacji prof. Madras podkreśliła, że w związku z licznymi zagrożeniami, jakie niesie używanie marihuany, szczególnie w okresie dojrzewania, konieczne są działania profilaktyczne i edukacyjne mające na celu zapobieganie, opóźnienie i redukcję używania konopi przez dzieci i dorastającą młodzież oraz podjęcie interwencji w stosunku do problematycznych użytkowników.

*Więcej informacji oraz odnośniki do badań na stronie <http://wfad.se/wfad-2014>*

### **Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii z siedzibą w Warszawie, ul. Dereniowa 52/54**

## **ZAPRASZA**

zainteresowane podmioty szkolące do uczestnictwa w konkursie ogłoszonym 8 maja 2014 roku na uzyskanie rekomendacji dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii do realizacji programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków w zakresie specjalisty terapii uzależnień oraz instruktora terapii uzależnień.

Informacje dotyczące wymagań oraz dokumentów, które należy złożyć, znajdują się na stronie internetowej [www.kbnp.gov.pl](http://www.kbnp.gov.pl) w zakładce „Aktualności”.

Zgłoszenia należy składać do dnia **21 lipca 2014 roku do godz. 16.00**  
w sekretariacie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Konkurs zostanie rozstrzygnięty do dnia 19 września 2014 roku.

Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zastrzega sobie prawo do zmiany terminu rozstrzygnięcia konkursu oraz do anulowania konkursu bez podania przyczyn.

# PROFILAKTYCZNY PROGRAM W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIU OD ALKOHOLU, TYTONIU I INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH

Od lipca 2014 roku Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytutem Medycyny Pracy w Łodzi oraz Instytutem Medycyny Wsi realizuje program profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Dotyczy on przede wszystkim zdrowia kobiet w ciąży, ale obejmuje także profilaktykę młodzieżową i działania profilaktyczne w miejscu pracy.

Na projekt składają się również badania społeczne i szkolenia dla pracowników służby zdrowia, nauczycieli oraz pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych. Oprócz tego prowadzone są działania edukacyjne i kampanie społeczne skierowane do kobiet w ciąży i do młodzieży oraz program dla pracodawców. Ten ostatni obejmuje ponad 220 firm z zatrudnionymi 69 tys. osób.

Portal internetowy projektu zawiera serwisy dla każdej z trzech grup docelowych – dla kobiet w ciąży, młodzieży i pracodawców. Główne jego elementy to platforma e-learningowa i materiały informacyjno-edukacyjne. Oprócz tego dostępne są działy specyficzne dla każdego serwisu.



## ZDROWIEWCIAZY.PL

To główna strona projektu z odnośnikami do pozostałych serwisów oraz aktualnościami, materiałami edukacyjnymi i raportami z badań.

Dział edukacyjny jest obszerny, zawiera materiały i artykuły pogrupowane w trzech poddziałach: uzależnienia, programy edukacyjne i publikacje. Artykuły z działu uzależnienia mają formę krótkich prezentacji tematycznych (np. dotyczących poszczególnych kategorii środków psychoaktywnych). Wśród materiałów edukacyjnych można obejrzeć filmy szkoleniowe, a także przeprowadzić autotest Rozpoznawania Zabarzeń Związanych z Piciem Alkoholu.

Z bannera na stronie głównej dostępne jest Forum dla użytkowników portalu. Najaktywniejsze działy Forum to „Zdrowie młodzieży” i pytania „Do eksperta”. Inne obszary Forum to „Zdrowie w ciąży” oraz „Zdrowie w pracy”. Układ tematyczny Forum jest przejrzysty i czytelny.

Ze strony głównej portalu możliwe jest przejście na platformę e-learningową Systemu Elektronicznego Monitoringu i Promocji Zdrowia. Proponowane szkolenia pogrupowane są w kategorie, m.in. dla personelu medycznego (aktualnie 15 kursów), nauczycieli (2 kursy), kursy

z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej (5 kursów). Skorzystanie ze szkoleń e-learningowych jest bezpłatne, wymaga jednak stworzenia konta i zarejestrowania się.



## E-STAWIAMNAZDROWIE.PL

Strona serwisu dla młodzieży e-stawiamnazdrowie.pl wyróżnia się żywą, zróżnicowaną kolorystyką. Tematyka obejmuje działy dotyczące alkoholu, tytoniu i narkotyków, zawierające kompendium informacji odnoszących się do szkodliwości tych substancji, mechanizmów uzależnień, także faktów i mitów na temat uzależnień. Jest również możliwość uzyskania e-porady oraz zapoznania się z odpowiedziami eksperta na pytania internautów. Serwis zawiera ponadto dział z materiałami interaktywnymi i filmami. Zakładka Słownik porządkuje informacje na temat uzależnień. Terminy zostały pogrupowane alfabetycznie, istnieje możliwość przesłania nowego hasła.

## E-ZDROWIEWPRACY.PL

Portal udostępnia informacje użyteczne przy opracowaniu i realizacji programu przeciwdziałania uzależnieniom wśród pracowników, m.in. „Poradnik dla pracodawców. Zarządzanie problemem konsumpcji tytoniu, alkoholu i innych środków psychoaktywnych w firmie”, a także bogaty zestaw materiałów edukacyjnych: broszury, plakaty, prezenta-

cje multimedialne oraz artykuły. Warto zwrócić uwagę na konkurs, którego celem jest wyłonienie i wyróżnienie firm – liderów we wprowadzaniu w swoich środowiskach pracy dobrych praktyk na rzecz zdrowia pracowników w zakresie ograniczania konsumpcji substancji psychoaktywnych.

Red.



*Materiały informacyjne opracowane w ramach realizacji projektu*

*„Przeciwdziałanie problemowi narkotyków i narkomanii w Gruzji”*

*(artykuł na stronie 22)*



 <p><b>ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიის ანონიმური ონლაინ კონსულტაციის ცენტრი.</b></p> <p>თუ გაქვთ კითხვები ნარკომანიასთან და ალკოჰოლიზმთან დაკავშირებით, გახიზეთ მოცემართით აკრიფეთ <a href="http://www.consultacia.info">www.consultacia.info</a></p> <p>დააკირეთ ონლაინ კონსულტაციის ღირებულება და მიცეით ინსტრუქციას. ონლაინ კონსულტაციების სამუშაო დღეებია ორშაბათი -პარასკევი, 18.00-დან -21.00 საათამდე.</p> <p>ონლაინ კონსულტაციაზე მუშაობენ სპეციალისტები: ფსიქოლოგი, იურისტი, სპიხი/ადიდებრივი უკანდაცვის სპეციალისტები.</p> <p>კონსულტაცია იწარმოებს შემდეგი სახით: * მკითხველი; * ჩაიით</p> <p><b>რას გთავაზობთ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• კონსულტაციის</li> <li>• თქვენი პრობლემის ანალიზის და დახმარებას არსებული პრობლემის გათვალისწინებით</li> <li>• საჭიროების შემთხვევაში სპეციალისტებისა და ორგანიზაციების შეთავაზებას, სადაც მიიღებთ კვალიფიციურ დახმარებას</li> </ul> <p>კონსულტაცია ანონიმურია!</p> <p>გახსოვდეთ, ჩვენ მხოლოდ ვაწარმოებთ კონსულტაციას სად, ვინ და როგორ დაგეხმარებათ არსებულ სიტუაციაში.</p> <p>აკრიფეთ <a href="http://www.consultacia.info">www.consultacia.info</a> და მიიღეთ დახმარება თქვენი პრობლემის შესაძლებლად</p>	  <p><b>ონლაინ კონსულტაციის ცენტრი არის "ნარკომანიის პრევენცია საქართველოში" პროექტის ნაწილი.</b></p> <p>პროექტი "ნარკომანიის პრევენცია საქართველოში" ხორციელდება პოლინიციის საგარეო საქმეთა სამინისტროს ფეცილით, პროგრამა "პოლინიციის დახმარების" ფარგლებში (<a href="http://www.polskapomoc.gov.pl">www.polskapomoc.gov.pl</a>).</p> <p>პროექტის მიზანია ეროვნული ინსტიტუტების საუკეთესო პრაქტიკის გაზიარება ნარკომანიის პრევენციის დარგში მომუშავე ქართველი სამსახურის და არასამსახურის სექტორის წარმომადგენლებთან, საქართველოში ონლაინ კონსულტაციის ცენტრის დაარსება ნარკომანიის დახმარებისთვის, მათი ოჯახის წევრებისთვის და ნარკომანიის და ნარკოტიკების პრობლემით დაინტერესებული ყველა პირისთვის.</p> <p>პროექტს ახორციელებს პოლინიციის ნარკომანიის პრევენციის ეროვნული ბიურო, ფონდ "შერკურ"-თან თანამშრომლობით. საქართველოს მხრიდან პარტნიორი ორგანიზაციაა შპს "ფსიქოლოგიური უკანდაცვის ცენტრი" და აპო "დავალებათა პრევენციის, კონტროლისა და გაჯერებულობის ანონიმური".</p> 
--	---

# Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Pismo jest finansowane ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), Fundacji Praesterno i funduszy EOG. Udział środków finansowych KBPN stanowi wkład własny Fundacji Praesterno do projektu realizowanego w ramach programu Obywatele dla Demokracji.



Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii  
 tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65, e-mail: [kbpn@kbpn.gov.pl](mailto:kbpn@kbpn.gov.pl), <http://www.kbpn.gov.pl>

Adres redakcji:  
 Fundacja PRAESTERNO  
 ul. Widok 22/30  
 00-023 Warszawa  
 tel.: 22 621 27 98  
 e-mail: [biuro@praesterno.pl](mailto:biuro@praesterno.pl)

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński  
 Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz  
 Kolegium redakcyjne: Anna Radomska,  
 Danuta Muszyńska, Artur Malczewski

Pismo bezpłatne