



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 4 (68) 2014

NR 4

2014

WPROWADZENIE

Drodzy Czytelnicy,

z prawdziwą przyjemnością polecam zapoznanie się z wywiadem z Patrickiem Penninckx'em, wieloletnim Sekretarzem Generalnym Grupy Pompidou. Wywiad przybliży działalność tej agendy Rady Europy. Patrick żegna się z Grupą, od 1 grudnia 2014 roku objął stanowisko koordynatora Departamentu ds. Społeczeństwa Informacyjnego w Radzie Europy. W uzupełnieniu opisu dokonań i zamierzeń Grupy Pompidou zamieszczamy artykuł na temat praw człowieka w kontekście europejskiej polityki narkotykowej. Mimo że prawa człowieka są priorytetem Rady Europy, to w opinii Human Rights Watch instytucje europejskie w niedostatecznym stopniu przestrzegają tych praw w działaniach antynarkotykowych.

Kontynuujemy rozpoczętą w poprzednim numerze Serwisu dyskusję dotyczącą wypracowania podstawy programowej kształcenia osób, które chcą profesjonalnie zajmować się profilaktyką. W tym numerze głos zabiera dr Krzysztof Ostaszewski, określając zakres pożądanych kompetencji zawodowych profilaktyka. Zestawienie zaprezentowane przez niego pokazuje, jak bardzo rozległa musi być zarówno wiedza realizatorów działań profilaktycznych, jak i zakres ich umiejętności. Zgadzam się z przedstawionym w artykule postulatem, by wypełnić lukę i opracować zwięzły podręcznik zawierający kompendium wiedzy o zachowaniach ryzykownych dzieci i młodzieży oraz o profilaktyce.

Zachęcam do zapoznania się z artykułem Katarzyny Żylińskiej i Doroty Wieczorek, prezentującym program „Candis”, który jest kierowany do osób powyżej 16. roku życia, mających problemy z powodu używania przetworów konopi. Ten opracowany w Niemczech krótkoterminowy program terapeutyczny (trwa ok. 3 miesiące) wykorzystuje metody o udokumentowanej w badaniach naukowych skuteczności. Osiągnięty w badaniu ewaluacyjnym w Niemczech wskaźnik abstynencji wśród absolwentów programu – bliski 50% – jest znacząco wyższy niż w wielu innych programach prowadzonych w podobnych populacjach pacjentów. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wdraża program „Candis” w Polsce od 2012 roku. Dotychczas zgłosiło się do niego ponad 600 osób, z których ok. 50% ukończyło go w całości.

Zespół Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” Instytutu Psychiatrii i Neurologii przedstawia niemal 25-letni dorobek badań mokotowskich, ukierunkowanych na obserwację trendów w używaniu przez młodzież substancji psychoaktywnych. W ostatniej edycji badania z 2012 roku odnotowano spadek odsetka młodzieży sięgającej po alkohol, który dokonał się po okresie stabilizacji w latach 2000–2008. Zaobserwowano także stabilizację trendu w zakresie kontaktów młodzieży z nikotyną oraz używania przez nią substancji nielegalnych. Najpowszechniej używanym przez młodzież narkotykiem są przetwory konopi indyjskich. Badania mokotowskie wskazują na zatarcie się różnic między chłopcami a dziewczętami w zakresie częstego picia alkoholu oraz okazjonalnego i częstego sięgania po substancje nielegalne. Wśród dziewcząt utrzymuje się znacznie większe rozpowszechnienie używania leków nasennych i uspokajających niż w badanej populacji chłopców.

W kontekście tych wniosków warto spojrzeć na prezentowane w tym numerze Serwisu dane dotyczące używania substancji psychoaktywnych w populacji generalnej w 2013 roku. Wyniki badań przeprowadzonych na próbie reprezentatywnej potwierdzają, że do najbardziej popularnych nielegalnych substancji psychoaktywnych w Polsce należą przetwory konopi indyjskich. Doświadczenia z substancjami nielegalnymi częściej dotyczą mężczyzn w wieku 15–34 lata, osób z wykształceniem średnim i wyższym oraz mieszkańców większych miast. Badania potwierdzają dane mokotowskie na temat przewagi kobiet używających leków uspokajających i nasennych w celach pozamedycznych. To zjawisko obserwuje się w każdej branej pod uwagę grupie wiekowej. Warto przy tym pamiętać, że Polska należy do państw o najwyższych wskaźnikach używania leków nasennych i uspokajających przyjmowanych bez przepisu lekarza. Stwierdzenie, że problem narkomanii jest największy w dużych miastach, skłania do przyjrzenia się działaniom antynarkotykowym podejmowanym przez władze samorządowe tych miast. Taką analizę przedstawiają Artur Malczewski i Anna Misiurek. Przyglądają się oni wydatkom na przeciwdziałanie narkomanii dziesięciu największych polskich miast. Uderza duże zróżnicowanie w tym zakresie. W przeliczeniu na jednego mieszkańca wydatki na realizację działań w obszarze przeciwdziałania narkomanii były najwyższe w Krakowie: na 1 mieszkańca przypadało tam ok. 7 zł, w Katowicach 6,5 zł, w Bydgoszczy 5,8 zł. W Warszawie i Lublinie wysokość wydatków nie przekroczyła jednej złotówki.

Życzę Państwu przyjemnej lektury
Piotr Jabłoński

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

POMPIDOU – FORUM DOBRYCH PRAKTYK

Wywiad z Patrickiem Penninckx'em 2

Prawo

PRAWA CZŁOWIEKA A POLITYKA NARKOTYKOWA

Piotr Jabłoński..... 5

Profilaktyka

KOMPETENCJE ZAWODOWE PROFILAKTYKA

Krzysztof Ostaszewski 8

Prawo

NOWELIZACJA USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII. CZY POSZLIŚMY W DOBRYM KIERUNKU?

Barbara Wilamowska..... 13

POMOC PRAWNA Z URZĘDU DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD NARKOTYKÓW

Katarzyna Syroka-Marczewska..... 16

Internet

KATALIZATORY WIEDZY, PSYCHONAUCI I CIEMNE SIECI

Dariusz Parzych, Magdalena Piejko, Michał Wanke..... 20

Leczenie, redukcja szkód

PROGRAM CANDIS W POLSCE

Katarzyna Żylińska, Dorota Wieczorek..... 23

Badania, raporty

ALKOHOL, NIKOTYNA, NARKOTYKI I LEKI – WYNIKI BADAŃ MOKOTOWSKICH W LATACH 1988–2012

Agnieszka Pisarska, Krzysztof Ostaszewski, Krzysztof Bobrowski, Anna Borucka,
Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Joanna Raduj..... 28

HIV I HCV WŚRÓD INIEKCYJNYCH UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW

Agata Kwiatkowska 34

UŻYWANIE I POSTAWY WOBEC SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W POPULACJI GENERALNEJ W 2013 ROKU

Artur Malczewski, Anna Misiurek 38

Regiony

DZIAŁANIA DUŻYCH MIAST W PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII W 2013 ROKU – CZĘŚĆ I

Artur Malczewski, Anna Misiurek..... 44

Kampanie społeczne

WYLOGUJ SIĘ DO ŻYCIA... a robi się to tak! III i IV okładka



POMPIDOU – FORUM DOBRYCH PRAKTYK

Z Patrickiem Penninckx'em, wieloletnim Sekretarzem Generalnym Grupy Pompidou, odpowiedzialnym za współpracę międzynarodową i kontakty z państwami członkowskimi, rozmawia Filip Nawara.

– *Grupa Pompidou powstała w 1971 roku*

w celu rozwoju efektywnej polityki dotyczącej problemu nadużywania oraz przemytu narkotyków na terenie Europy. Jaka jest obecnie jej rola w polityce europejskiej?

– Grupa Pompidou jest organizacją międzyrządową, aktywną przede wszystkim w obszarze redukcji szkód, redukcji podaży i popytu narkotyków oraz działań na rzecz społeczeństwa obywatelskiego. Tworzymy rodzaj forum współpracy politycznej, którego zadaniem jest wymiana dobrych praktyk między wszystkimi państwami członkowskimi.

– *Czym Grupa wyróżnia się spośród innych organizacji o podobnym profilu działania?*

– Przede wszystkim jesteśmy siecią paneuropejską, współpracującą nie tylko z państwami Unii Europejskiej, ale też na Wschodzie – w Europie i Azji, na Bałkanach, w basenie Morza Śródziemnego (z północną Afryką), z Izraelem. W wielu naszych działaniach uczestniczą Japonia, Stany Zjednoczone i Kanada. Meksyk ma status stałego obserwatora.

Pompidou posiada bardzo elastyczne metody pracy, dzięki czemu jesteśmy w stanie reagować na najbardziej aktualne wydarzenia i sygnały płynące ze strony społeczeństwa, np. związane z cyberprzestępczością, głównie z tzw. darknetem, czy jak w przypadku ostatniego dużego badania dotyczącego niemedycznego używania leków w Europie. Badania takie są prowadzone np. w Stanach Zjednoczonych, gdzie jest to duży problem. W Europie takich dotąd nie realizowaliśmy.

– *Na czym polega elastyczność metod pracy Grupy? Z czego ona wynika?*

– Podczas francuskiej prezydencji, która właśnie dobiega końca, zostały zrewidowane metody pracy organizacji. Wcześniej funkcjonowaliśmy na zasadzie platform tematycznych (profilaktyka, leczenie, wymiar sprawiedliwości,

badania, etyka, lotniska), wybieranych na czteroletnie kadencje. Zostały one wprowadzone przez Danię i utrzymane podczas polskiej prezydencji. Obecnie zastąpiły je tzw. grupy robocze, pracujące na zasadzie zadań zleconych. Są one powoływane do realizacji określonego zadania, w ustalonym terminie i z założonym konkretnym efektem końcowym.

Grupy mogą być powoływane na dowolny czas, np. na cztery lata, ale też na pół roku czy kilkanaście miesięcy – a ich praca zawsze musi zakończyć się konkretnymi wnioskami do realizacji. Taki sposób pracy sprawia, że możemy reagować na bieżące problemy i podejmować nowe tematy. Przykładami takich reakcji są działania związane z kryzysem ekonomicznym w Grecji oraz sytuacją na Ukrainie.

Kryzys ekonomiczny wymusił na większości państw dokonanie różnego rodzaju cięć, które spowodowały zmniejszenie nakładów finansowych m.in. na programy narkotykowe. Miało to miejsce m.in. w Grecji, gdzie doszło do likwidacji programów redukcji szkód, w tym wymiany igieł, choć zachowano pełną dostępność innych form pomocy, głównie terapii stacjonarnej.

W takiej sytuacji ważniejsze jest zagwarantowanie dostępu do wszystkich potrzebnych form pomocy, choćby na minimalnym poziomie – niż utrzymanie pełnej dostępności leczenia stacjonarnego, z którego korzysta tylko kilka procent pacjentów.

Ograniczenia wspomnianych programów doprowadziły do wzrostu ilości zakażeń HIV. Dzięki naszej współpracy z grecką koordynatorką polityki narkotykowej udało się w dość szybkim czasie przywrócić zlikwidowane programy, przynajmniej do poziomu niezbędnego minimum.

– *Czy Grupa Pompidou przekazała fundusze na te programy?*

– Nie, z reguły nie finansujemy programów. Ale też nie ma takiej potrzeby. To nie jest kwestia środków finansowych, lecz określenia priorytetów – zamiast zabezpieczenia pełnej obsługi dla niewielkiej grupy pacjentów, należy zabezpieczyć dostęp

do wszystkich rodzajów pomocy, choćby na minimalnym poziomie, ale dla wszystkich.

Wyjątkiem jest finansowanie programów na Ukrainie. W ostatnich latach na Ukrainie wprowadzono programy substytucyjne, również na Krymie, gdzie leczyły się 803 osoby. Po wydarzeniach na Krymie zgłosił się do nas rosyjski koordynator ds. narkotyków, ponieważ zgodnie z rosyjskim prawem metadon i inne substytuty są nielegalne, i należało krymskie programy zlikwidować. Wysłaliśmy misję na Krym, ale nasi wysłannicy nie zostali wpuszczeni. Specjalna delegacja pojechała także do władz rosyjskich. Działania te nie przyniosły jednak skutku, w związku z czym skierowaliśmy misję na tereny ukraińskie położone najbliżej Krymu. Udało nam się zabezpieczyć miejsca dla większości krymskich pacjentów substytucyjnych. Wiemy, że oprócz tego około stu osób przeniesiono do placówek stacjonarnych w Rosji, a 30 do 60 pozostało na Krymie. Od władz ukraińskich otrzymaliśmy też informację o 40 przypadkach śmiertelnych.

– Federacja Rosyjska jest członkiem Grupy Pompidou. Jak wygląda współpraca z Rosjanami i ich system leczenia uzależnień?

– Kiedy opracowaliśmy dokument dotyczący redukcji szkód, Federacja Rosyjska nie wprowadziła go w życie. Tamtejszy system leczenia uzależnień opiera się na podejściu abstynencyjnym i przyjęto tylko część proponowanej filozofii leczenia, co oznacza wdrożenie tylko części systemu.

Dosyć szerokie poparcie ma tam inicjatywa pod nazwą „Miasta bez narkotyków”. To jest bardzo surowy program, ludzie są przymusowo zamykani w ośrodkach, może już nie przykuwani do łóżek, ale są np. narażani na cierpienie z powodu symptomów odstawiennych, są wówczas pozostawieni bez żadnej pomocy. Władze Federacji popierają tego rodzaju działania.

– Czy jest możliwe, żeby wpłynąć na zmiany w Rosji?

– Naszym zadaniem jest współpraca ze wszystkimi członkami Grupy. Każdy kraj ma swoją politykę, którą uznajemy – w Rosji metadon jest nielegalny, takie jest ich prawo, i to szanujemy. Naszą rolą jest pokazywanie dobrych praktyk i pomoc w tworzeniu polityki narkotykowej oraz wspieranie wdrażania proponowanych rozwiązań.

– A czy Grupa Pompidou promuje jakieś określone podejście do polityki narkotykowej?

– Opracowaliśmy wytyczne dla osób odpowiedzialnych za tworzenie polityki narkotykowej, w których są wyraźnie określone nasze ramy programowe. Nasze podejście do spraw związanych z narkotykami prezentują także dokumenty z konferencji ministerialnych i programy prezydencji. Wiele uwagi poświęcamy prawom człowieka, w tym prawu dziecka do życia w środowisku bez narkotyków. Niedawno ukazał się nasz spot telewizyjny pt. *Children see – children act*, w którym promujemy tę ideę. Oprócz tego tworzymy warsztaty dla dzieci czy młodych matek w systemie penitencjarnym, dostarczamy wytycznych dla osób decyzyjnych. Prowadzimy takie działania na Ukrainie, w północnej Afryce, np. w Egipcie, również w Izraelu, który bardzo aktywnie z nami współpracuje.

– Izrael na tle tych państw posiada dobrze rozwinięty system polityki narkotykowej.

– Tak, Izrael zawsze wysyła doskonale przygotowanych ekspertów, mają bardzo dobre zaplecze polityki narkotykowej – mimo to stale zwracają się do nas z zapotrzebowaniem na kolejne programy.

– A czym wyróżniają się inne kraje?

– Wiele krajów ma swoje wyodrębnione pola zainteresowań czy działań. Na przykład Belgia jest aktywna we współpracy organów ścigania, Szwajcaria przoduje w nowatorskich metodach leczenia, Polska aktywnie dzieli się doświadczeniami z krajami Azji, Słowenia i Chorwacja wspierają współpracę z południowo-wschodnią Europą, Portugalia i Włochy mają duży wkład we współpracy z krajami basenu Morza Śródziemnego. Malta, chociaż jest niewielkim państwem, ma znaczący udział w projektach badawczych.

– Dlaczego niektóre kraje rezygnują z członkostwa w Grupie, np. Wielka Brytania czy niedawno Niemcy – kraje założycielskie Grupy Pompidou?

– Jesteśmy organizacją otwartego członkostwa, włączenie się do współpracy wynika wyłącznie z chęci danego państwa. Jedyny wymóg to wkład finansowy, ustalany wg PKB danego kraju. Wielka Brytania była zainteresowana przede wszystkim współpracą organów ścigania, a zagadnienie to nie było priorytetowe w planach Grupy. W ostatnich latach wzmocniliśmy prace wokół organów ścigania i Wielka Brytania aktywnie bierze w nich udział. Współpracujemy również

w projektach badawczych dotyczących różnic między płciami w używaniu narkotyków i związanych z tym problemów. Niektórzy koordynatorzy informują nas, że Wielka Brytania ma zamiar powrócić do Grupy Pompidou.

– ***Czy trudno jest wejść w skład Grupy?***

– Dla członków Rady Europy to tylko kwestia złożenia listu intencyjnego i wpłaty wkładu pieniężnego. O członkostwie krajów spoza Rady decyduje Komitet Ministrów, po przeprowadzeniu odpowiednich procedur, zebraniu informacji itp. W ostatnim czasie przyjęto siedem nowych krajów – pięć z Bałkanów oraz Maroko i Izrael.

– ***Czy zdarzyło się odrzucenie wniosku?***

– Nie, jedynie opóźnienia.

– ***Dlaczego? Jaka była ich przyczyna?***

– W związku z międzynarodową sytuacją polityczną. Może się tak zdarzyć na przykład wówczas, gdy któryś z członków Rady Europy wnosi sprzeciw.

– ***Jak wyglądają plany przyszłej współpracy? Czy są jakieś nowe inicjatywy?***

– Przede wszystkim będziemy realizować działania wokół polityki narkotykowej i praw człowieka. Planujemy stworzenie forum wymiany innowacyjnych rozwiązań oraz dokonanie przeglądu standardów obowiązujących w politykach narkotykowych państw. Chcemy również uaktywnić współpracę społeczeństwa z sektorem biznesowym na polu przeciwdziałania narkomanii. Mam tu na myśli np. firmy farmaceutyczne, które mogą być zainteresowane uczestnictwem w akcjach i kampaniach, czy linie lotnicze, które mogą włączyć się w nasze działania na lotniskach.

Oprócz tego oczywiście kontynuujemy dotychczasowe programy, m.in. wspomnianą współpracę z lotniskami w celu zwiększania wykrywalności przemytów, czy MedNet angażujący państwa basenu Morza Śródziemnego.

– ***Dziękuję za rozmowę.***

1 grudnia 2014 roku Patrick Penninckx objął stanowisko koordynatora Departamentu ds. Społeczeństwa Informacyjnego w Radzie Europy.

GRUPA POMPIDOU – historia i działalność

Grupa Pompidou powstała w 1971 roku z inicjatywy prezydenta Francji Georges'a Pompidou. Na początku działała jako nieformalne forum współpracy kilku państw w przeciwdziałaniu narkomanii i ograniczaniu handlu narkotykami.

Obecnie jest organizacją międzyrządową, która zrzesza 35 państw europejskich oraz z Bliskiego Wschodu i basenu Morza Śródziemnego. Stale współpracuje z państwami z wszystkich kontynentów oraz organizacjami międzynarodowymi.

Grupa Pompidou podlega Radzie Europy, jej naczelnym organem politycznym jest tzw. Konferencja Ministerialna, a przewodnictwo w formie prezydencji obejmuje jedno z państw członkowskich raz na cztery lata.

Jako organizacja o bardzo zróżnicowanym składzie pod względem geograficznym i kulturowym, Grupa Pompidou przez kolejne przewodnictwa, w tym polskie, odgrywała rolę przede wszystkim otwartego forum debaty narkotykowej, służącego wymianie doświadczeń, dostarczaniu innowacyjnych rozwiązań i wspieraniu rozwoju polityki narkotykowej. Główny nacisk kładzie ona na swoją funkcję doradczą i popularyzatorską. W ramach Grupy Pompidou powoływane są tzw. grupy robocze, których zadaniem jest analizowanie konkretnych problemów pojawiających się na scenie narkotykowej i przygotowywanie wniosków potrzebnych do wdrożenia w związku z tym określonych działań.

Wśród zadań stałych Grupy do najważniejszych należy trwająca od 30 lat współpraca wokół lotnisk (Airport Group), której celem jest opracowywanie strategii wykrywania przemytu i współpracy służb lotniskowych. Pola działania tej grupy, to z jednej strony analiza trendów, szlaków i metod przemytniczych oraz zaangażowania personelu lotnisk w przemyt, z drugiej – opracowywanie systemów komunikacji.

Stałym polem współpracy jest również grupa MedNET, której celem jest współpraca z państwami basenu Morza Śródziemnego (nazwa pochodzi od ang. Mediterranean Sea), uwzględniająca różnice kulturowe i, z uwagi na nie, dwukierunkową wymianę praktyk. Działania ukierunkowane na intensyfikację współpracy prowadzone są również w regionie Bałkanów (Drug Policy Cooperation in South East Europe).

Inne stałe zadania obejmują współpracę wokół kontroli i identyfikacji prekursorów (Network on Precursor Control), szkolenia dla osób tworzących politykę narkotykową czy promocję działań profilaktycznych w ramach Europejskiej nagrody profilaktycznej (European Drug Prevention Prize).

Do tego ostatniego zagadnienia odwołała się przyszła przewodnicząca prezydencji norweskiej Astrid Nøklebye Heiberg, określając profilaktykę jako najlepszą inwestycję. W swoim przemówieniu z 20 listopada 2014 roku na konferencji ministerialnej zapowiedziała, oprócz kontynuacji najważniejszych zadań Grupy, dostarczenie narzędzi do oszacowania kosztów prowadzonej polityki narkotykowej – zaczynając od zdefiniowania, czym są takie koszty. Wskazała przy tym na wydatki ponoszone przez państwa w związku z kryminalizacją narkotyków.

Intensyfikacji działań należy spodziewać się również w dziedzinie Internetu, zarówno w ramach zwalczania cyberprzestępczości, jak i wykorzystania tego medium w realizacji polityki narkotykowej.

W ostatnich latach wiele instytucji międzynarodowych podkreśla wagę problematyki ochrony praw człowieka w polityce antynarkotykowej. Jednak postawa ta nie znajduje dostatecznego odzwierciedlenia w instrumentach prawnych bezpośrednio odnoszących się do zagadnienia praw człowieka w praktycznie realizowanych politykach narkotykowych. W opinii Human Rights Watch organizacje międzynarodowe przywiązują zbyt małą wagę do zgodności podejmowanych działań antynarkotykowych z zasadami ochrony praw człowieka czy też do wpływu realizowanych praktyk kontroli narkotyków na przestrzeganie fundamentalnych praw człowieka.

PRAWA CZŁOWIEKA A POLITYKA NARKOTYKOWA

Piotr Jabłoński

Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

O tym, jak bardzo problem narkotyków i narkomanii jest skomplikowany i jak trudno jest mu zaradzić, świadczyć może fakt, że w żadnym kraju na świecie, niezależnie od systemu politycznego czy ekonomicznego, wdrożonych strategii i planów działań oraz poniesionych na ten cel nakładów ludzkich i finansowych – nie zdołano do tej pory skutecznie i w pełni przeciwstawić się temu zjawisku. Taka sytuacja powoduje, że w wielu krajach i organizacjach ciągle szuka się nowych podejść do zjawiska przyjmowania substancji psychoaktywnych czy też istotnie rewiduje się priorytety w szeroko rozumianej polityce narkotykowej.

Świadomość uwikłania problemu narkotyków w kontekst wielu różnorodnych zjawisk społecznych o charakterze globalnym, ale również krajowym, regionalnym i lokalnym, nie jest nowa i towarzyszyła przyjęciu przez społeczność międzynarodową szeregu uregulowań prawnych w celu stworzenia światowego systemu kontroli nad narkotykami i ograniczenia zasięgu narkomanii.

Światowa współpraca międzynarodowa w zakresie narkotyków opiera się w przeważającej mierze na osiągnięciach wypracowanych przez kraje działające pod auspicjami Narodów Zjednoczonych i wyraża się w obszarze legislacyjnym poprzez ratyfikację przez kraje-sygnatariuszy dokumentów wypracowanych przez tę organizację: Jednolitą Konwencję o Środkach Odurzających z 1961 roku, Konwencję o Substancjach Psychotropowych z 1971 roku i Konwencję Narodów Zjednoczonych o zwalczaniu nielegalnego obrotu środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi z 1988 roku. Również w traktatach konstytuujących

Unię Europejską w jej historycznym i obecnym kształcie znajdują się bezpośrednie odniesienia do problemu narkotyków i narkomanii, m.in. w Traktacie o Wspólnocie Europejskiej czy w Traktacie o Unii Europejskiej. Praktyczna aktywność antynarkotykowa Unii bazuje na realizacji sukcesywnie przyjmowanych i wdrażanych przez kraje członkowskie strategii wobec narkotyków oraz planów działania dotyczących narkotyków. Dwoma głównymi celami Unii Europejskiej w odniesieniu do kwestii narkotyków jest zapewnienie wysokiego poziomu zdrowia publicznego (poprzez wsparcie państw członkowskich w zakresie ograniczania szkód zdrowotnych spowodowanych przez narkotyki, w szczególności przy pomocy odpowiedniej profilaktyki i informacji) i zagwarantowanie wysokiego poziomu bezpieczeństwa (poprzez podejmowanie działań wymierzonych w przestępczość narkotykową oraz intensyfikowanie działań ukierunkowanych na prewencję karną). Tak sprecyzowane cele odzwierciedlają zintegrowane, wielodyscyplinarne i zrównoważone podejście, łączące w sobie jednocześnie ograniczanie i podaż, i popytu. Większość krajów, nie tylko europejskich, popiera starania instytucji krajowych i organizacji międzynarodowych zmierzające do powszechnego stosowania standardów zrównoważonego podejścia do problemów narkotyków i narkomanii, opartego na dowodach naukowych, otwartości na zmienność scen narkotyków, bazującego na pryncypiach zdrowia i rządach prawa oraz respektującego prawa człowieka. Wyrazem takich postaw i deklaracji jest najnowszy dokument „Joint Ministerial Statement of the 2014 High-Level Review by the Commission on Narcotic Drugs of the implementa-

tion by Member States of the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to counter the World Drug Problem”.

Jednak w opinii przedstawicieli wielu krajów (choć nie powszechnie akceptowanej) szczególnego znaczenia nabiera obecnie kwestia związków pomiędzy priorytetami zdrowia publicznego a respektowaniem praw człowieka, a przede wszystkim ochrony praw osób używających substancji psychoaktywnych.

Narkotyki, których przyjmowanie powoduje poważne szkody zdrowotne i społeczne dotyczące milionów ludzi na całym świecie, są wskazywane w wielu badaniach i analizach jako zagrożenie złożone, które szczególnie negatywnie oddziałuje na stan zdrowia społeczności międzynarodowej. Tylko w Unii Europejskiej każdego roku z powodu przedawkowania narkotyków umiera około 8500 osób. Na przestrzeni ostatnich lat w polityce i praktyce antynarkotykowej wielu krajów i organizacji międzynarodowych można dostrzec wzrastającą koncentrację na alternatywnych do egzekwowania prawa i karania formach przeciwdziałania zjawisku narkotyzowania się i narkomanii. Postulowane tzw. zrównoważone podejście do narkotyków, zakładające równe rozłożenie akcentów pomiędzy ograniczaniem popytu i podaży, skutkuje wzrastającą dostępnością programów profilaktycznych i leczniczych o dowiedzionej naukowo skuteczności. W ślad za rosnącą rolą programów skoncentrowanych na zdrowiu wzrasta również świadomość, że interwencje skoncentrowane na przeciwdziałaniu zakażeniom chorobami zakaźnymi, głównie HIV/AIDS, leczenie i terapia uzależnień oraz programy redukcji szkód wywoływanych przez narkotyki są możliwe do wdrożenia i efektywne jako narzędzia realizacji programów ochrony zdrowia publicznego. Są one również opłacalne ekonomicznie i, co wydaje się być szczególnie ważne, wpisują się w filozofię ochrony praw człowieka i sprzyjają ich umacnianiu i upowszechnianiu. Polska należy do grupy krajów podzielających pogląd, iż przestrzeganie praw człowieka razem z osiąganiem celów stawianych przed programami ochrony zdrowia publicznego jest jednym z kluczowych zagadnień stojących przed polityką antynarkotykową. Ochrona i gwarantowanie praw człowieka w odniesieniu do ludzi używających narkotyków i uzależnionych jest istotna nie tylko ze względów formalnych i humanitarnych, wynikających z prostej konstatacji, że są oni takimi

samymi członkami społeczeństwa jak wszyscy inni obywatele. Przestrzeganie praw człowieka w odniesieniu do osób używających narkotyków jest nade wszystko warunkiem podstawowym działań zmierzających do poprawy ich stanu zdrowia. Warto w tym miejscu przywołać UNODC World Drug Report z 2009 roku, który wzywa społeczność międzynarodową do globalnego zwrócenia uwagi na problematykę prawa do zdrowia ludzi uzależnionych od narkotyków i zachęca rządy i instytucje zajmujące się egzekwowaniem prawa do przenoszenia ich uwagi i zainteresowania z ludzi używających narkotyków na osoby i grupy wprowadzające je do obrotu. W UNODC World Drug Report z 2010 roku stwierdza się wprost, że „ponad wszystko musimy wprowadzić prawa człowieka w główny nurt kontroli narkotyków. Na całym świecie miliony ludzi (włączając w to dzieci) złapanych na przyjmowaniu narkotyków, jest wysyłanych do więzień, a nie na leczenie. To, że ludzie przyjmują narkotyki lub znajdują się »za kratami«, nie oznacza, że zniesione jest ich uprawnienie do bycia osobami przez prawo chronionymi – zarówno przez prawo krajowe, jak i międzynarodowe”.

Odwracając logikę argumentacji, można w sposób uzasadniony stwierdzić, że naruszanie lub nieprzestrzeganie praw człowieka przynosi negatywne skutki zdrowotne zarówno dla osób używających substancji psychoaktywnych, jak i dla społeczności, w których osoby te żyją i funkcjonują. Wydaje się więc, że logiczną konsekwencją takiego podejścia powinno być upowszechnianie świadomości, że zarówno polityki skoncentrowane na ograniczaniu podaży, jak i działania zmierzające do ograniczenia popytu powinny być w swoich założeniach formalnych i działaniach zgodne z priorytetami i zobowiązaniami wynikającymi z zasad ochrony praw człowieka.

Opisane podejście znajduje odzwierciedlenie w bezspornym fakcie, że w ostatnich latach wiele instytucji i organizacji międzynarodowych podkreśla wagę problematyki ochrony praw człowieka w polityce antynarkotykowej. Jednak postawa ta nie znajduje dostatecznego odzwierciedlenia w instrumentach prawnych bezpośrednio odnoszących się do zagadnienia praw człowieka w praktycznie realizowanych politykach narkotykowych.

W zasadzie w prawie międzynarodowym nie stosuje się instrumentów prawnych zakładających ochronę fundamentalnych praw osób przyjmujących narkotyki,

np. w sposób dożylny, czy nawet rozwiązań wprost nawiązujących do problematyki respektowania praw tej części społeczności. A przecież prawa człowieka stosują się bezpośrednio do każdego z nas, włączając w to ludzi przyjmujących narkotyki i osoby znajdujące się w warunkach ograniczenia lub pozbawienia wolności. Wyjątkiem jest Konwencja Narodów Zjednoczonych o Prawach Dziecka, która w art. 38 stwierdza: „children are to be protected from use of narcotic drugs and psychotropic substances”.

W analizach dotyczących przestrzegania praw człowieka w kontekście realizowanych polityk antynarkotykowych przedstawianych np. przez Human Rights Watch stwierdza się, że w wielu krajach praktyczne działania skoncentrowane na kontroli narkotyków prowadzą do poważnych naruszeń praw człowieka. W opinii Human Rights Watch organizacje międzynarodowe przywiązują zbyt małą wagę do zgodności podejmowanych działań antynarkotykowych z zasadami ochrony praw człowieka czy też do wpływu realizowanych praktyk kontroli narkotyków na przestrzeganie fundamentalnych praw człowieka.

W ślad za powyższymi stwierdzeniami Human Rights Watch wskazuje na pojawiające się naruszenia praw człowieka, wśród których wymieniane jest:

- brak dostępu do serwisów oferujących programy redukcji szkód (np. wymiany igieł i strzykawek, programów substytucji opioidowej),
- pozbawianie możliwości leczenia,
- restrykcje w dostępie do leków kontrolowanych,
- dyskryminacja w dostępie do terapii antyretrowirusowej,
- nadużywanie praktyk z dziedziny egzekwowania prawa,
- przymus leczenia „pod przykrywką”,
- więzienie ludzi w celu leczenia,
- orzekanie kar śmierci za przestępstwa narkotykowe,
- dyskryminacyjne praktyki doświadczane przez kobiety (np. programy terapeutyczne profilowane na mężczyzn, nieodpowiadające potrzebom, specyfice leczenia kobiet) czy osoby młodociane (np. wykluczanie z programów redukcji szkód) używające narkotyków.

Ostatnie lata przyniosły istotne zmiany w obrazie narkotyków i narkomanii w wielu krajach na świecie i w ślad za nimi potrzebę uwzględniania w reakcjach na problem narkotyków nowych czynników, takich

jak chociażby narastanie zjawiska wprowadzania do obrotu, na niespotykaną dotychczas skalę, nowych substancji psychoaktywnych, problem prekursorów i preprekursorów narkotykowych, wzrastające zjawisko politoksykomanii, obejmujące konsumpcję legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych oraz leków czy związki uzależnień chemicznych z uzależnieniami behawioralnymi.

Poważne wyzwania związane z narkotykami mogą w pewnych przypadkach uzasadniać ograniczenia w bezwarunkowym respektowaniu praw człowieka, ale progami ograniczającymi ich stosowanie powinny być takie zasady, jak: uzasadniony obiektywnie i prawnie cel ich podjęcia, bezwzględna konieczność uzyskania zakładanych celów i działania proporcjonalne do skali problemu.

Wiele krajów i instytucji wspiera oraz samodzielnie realizuje działania sprzyjające respektowaniu praw człowieka osób uzależnionych i używających substancji psychoaktywnych, uwzględniając ich prawo do życia i wolności, integralności cielesnej, prywatności, dostępu do edukacji, równości wobec prawa, wolności przemieszczania się oraz zrzeszania się i stowarzyszania w celu ochrony ich potrzeb i interesów. Na plan pierwszy w tym obszarze wysuwa się UNODC, agencja ONZ, która zajmuje się problematyką narkotyków i narkomanii. Warto także podkreślić rolę Światowej Organizacji Zdrowia, która niejednokrotnie otwierała drogę do przełamywania stereotypów i wyznaczania nowych standardów w polityce zdrowotnej i w propagowaniu szeroko rozumianych pryncypiów rządów prawa i humanitaryzmu, szczególnie w krajach znajdujących się poza oddziaływaniem tzw. kultury zachodnioeuropejskiej. Upowszechnianie obiektywnej, opartej na dowodach wiedzy na temat narkotyków i narkomanii i tworzenie klimatu sprzyjającego nowatorskim rozwiązaniom w polityce narkotykowej wymaga również współpracy państw ze społeczeństwem obywatelskim i organizacjami pozarządowymi. Tworzenie otwartych na innowacyjne rozwiązania koalicji, obejmujących instytucje formalnie zajmujące się polityką narkotykową, społeczeństwo obywatelskie i organizacje międzynarodowe, otwiera możliwości skutecznego promowania praw obywatelskich, w tym praw pacjentów i praw osób używających narkotyków i w konsekwencji ograniczania zasięgu negatywnych konsekwencji, jakich doświadczają osoby i społeczeństwa uwikłane w problemy używania narkotyków i narkomanii.

Wielu specjalistów uważa, że trzeba określić standardy przygotowania zawodowego ludzi zajmujących się profilaktyką. Od ich wiedzy i umiejętności w dużym stopniu zależy bowiem jakość prowadzonych działań profilaktycznych. W obecnym stanie prawnym każdy, kto przekona do swoich pomysłów samorząd lub dyrektora szkoły, może prowadzić zajęcia profilaktyczne dla dzieci i młodzieży. Wykonawcy działań z zakresu profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży nie muszą legitymować się dyplomem ukończenia odpowiednich studiów lub kursu zawodowego. Prowadzi to do sytuacji, w której kompetencje zawodowe realizatora profilaktyki w szkołach mogą ograniczać się do faktu, że „ma się te 50 lat i w niejednym miejscu się było”¹. W czerwcu 2014 roku Fundacja Praesterno zorganizowała seminarium na temat podstawy programowej szkolenia do pracy profilaktycznej. Jednym z punktów programu była moja prezentacja poświęcona pożądanym kompetencjom zawodowym profilaktyka. Najważniejsze jej tezy przedstawiam w niniejszym artykule.

KOMPETENCJE ZAWODOWE PROFILAKTYKA

Krzysztof Ostaszewski

Zakład Zdrowia Publicznego, Pracownia „Pro-M”
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Integralne podejście do problemów młodzieży

Projekt PROFNET, w ramach którego zorganizowano spotkanie seminaryjne ekspertów, jest ukierunkowany na wspomaganie organizacji pozarządowych działających w obszarze profilaktyki uzależnień². Ten kierunek działań z oczywistych względów jest wspierany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii³ oraz innych partnerów tego projektu działających w obszarze profilaktyki używania i nadużywania substancji psychoaktywnych. Jeśli przyjąć tę perspektywę, to należałoby skoncentrować się na kompetencjach zawodowych profilaktyka specjalizującego się w zapobieganiu uzależnieniom i innym szkodom, które powoduje używanie substancji psychoaktywnych. Uczestnicy seminarium zaproponowali jednak, aby w myśleniu o kompetencjach zawodowych profilaktyka przyjąć szerszą i lepiej uzasadnioną teoretycznie perspektywę zachowań ryzykownych młodzieży. Uznali bowiem, że niezależnie od istniejących podziałów finansowych i organizacyjnych przedmiotem działań profilaktycznych powinien być styl życia nastolatka nasycony różnymi zachowaniami ryzykownymi, a nie tylko uzależnienia chemiczne. Integralny sposób myślenia o profilaktyce problemów młodzieży jest uzasadniony wiedzą o współwystępowaniu zachowań ryzykownych, a także znajomością ich wspólnych przyczyn i funkcji w

okresie adolescencji. Aktualnie odchodzi się od myślenia w kategoriach „profilaktyki uzależnień” jako centralnej figury działań profilaktycznych prowadzonych wśród dzieci i młodzieży. Dominuje myślenie w kategoriach kilku ząbających się obszarów profilaktyki, które dotyczą zagrożeń dla zdrowia, bezpieczeństwa i rozwoju młodego pokolenia. Są to: ograniczanie przemocy i agresji w kontaktach społecznych, zapobieganie przestępczości nieletnich, ograniczanie używania substancji psychoaktywnych (alkohol, nikotyna, narkotyki, „dopalacze”, leki), zapobieganie ryzykownym zachowaniom seksualnym, zapobieganie niepowodzeniom szkolnym oraz zapobieganie depresji i samobójstwom. Do tej puli zachowań w ostatnich kilku latach dołączyły zachowania ryzykowne związane z nowymi mediami (np. cyberprzemoc, nadużywanie internetu). Z tych powodów człowiek zajmujący się profilaktyką problemów dzieci i młodzieży powinien znać przyczyny i rozumieć funkcje rozwojowe różnych zachowań ryzykownych w okresie adolescencji. Wiedza z tego obszaru powinna stanowić bazę dla szczegółowych obszarów wiedzy realizatora działań profilaktycznych. Innymi słowy, w zależności od specyficznych potrzeb adeptów profilaktyki, powinni oni posiadać szczegółową wiedzę z zakresu swojej specjalizacji, np. uzależnień chemicznych, uzależnień behawioralnych, agresji i przemocy, HIV/AIDS, niepowodzeń szkolnych, problemów zdrowia psychicznego itd.

Obszary pożądanych kompetencji zawodowych

Gdy udało się uzgodnić szerokie podejście do profilaktyki, uczestnicy seminarium skoncentrowali się na tym, jaka wiedza i umiejętności są potrzebne osobie, która wykonuje „zawód” profilaktyka. Warto w tym miejscu dodać, że taki zawód nie istnieje w przepisach prawa, co sprzyja wykonywaniu tej odpowiedzialnej pracy przez osoby o słabym przygotowaniu merytorycznym. Nie przesądzając kwestii, na ile większe sformalizowanie wymagań wobec ludzi zajmujących się profilaktyką jest realne w obecnym stanie rzeczy, eksperci uczestniczący w seminarium skłaniali się ku opinii, że określenie i uzgodnienie kompetencji zawodowych osób zajmujących się profilaktyką, mogłoby sprzyjać jakości profilaktyki i utorować drogę do powstania w przyszłości takiego zawodu.

Poniższe propozycje kompetencji zawodowych powstały z myślą o osobach, które bezpośrednio realizują zajęcia profilaktyczne z dziećmi lub młodzieżą. Do nich należą przede wszystkim członkowie organizacji pozarządowych, pedagodzy szkolni, nauczyciele, psychologowie z poradni psychologiczno-pedagogicznych, policjanci, osoby duchowne. Wyróżniłem sześć obszarów kompetencji, z których dwa odnoszą się do podstaw wiedzy potrzebnej profilaktykowi, dwa dotyczą umiejętności niezbędnych w pracy „twarzą w twarz” i dwa ostatnie – umiejętności, które służą podniesieniu jakości pracy własnej oraz poprawie relacji ze światem zewnętrznym (tabela 1).

Wiedza

Wiedza o zachowaniach

Ze względu na główny cel swojej pracy, profilaktyk powinien orientować się w postęпах wiedzy naukowej dotyczącej zachowań ryzykownych dzieci i młodzie-

ży. Dotyczy to szeroko rozumianych rodzajów tych zachowań, przyczyn ich powstawania oraz funkcji rozwojowych. Ze względu na bardzo obszerny zakres tej wiedzy, mnogość koncepcji, tradycji i „szkół”, trudno tu o „jedynie słuszny” wybór koncepcji lub autorów, które profilaktyk miałby poznać. Zawsze będzie on w jakimś stopniu arbitralny. Biorąc to pod uwagę, moje propozycje zakresu wiedzy i jej konkretnych przykładów należy traktować jako pierwszą przymiarzkę do tego trudnego zagadnienia. Mam nadzieję, że zakres pożądanej wiedzy profilaktyka będzie dojrzewał pod wpływem merytorycznej dyskusji. Tymczasem proponuję, żeby zacząć od następujących zagadnień jako podstawy wiedzy o zachowaniach ryzykownych:

1. Specyfika zachowań ryzykownych w okresie dzieciństwa i adolescencji.

Profilaktyk zna i rozumie główne tezy wybranych koncepcji wyjaśniających powstawanie zachowań problemowych/ryzykownych/antyspołecznych. Potrafi zdefiniować i odróżnić zachowania problemowe, ryzykowne i antispołeczne. Wie, co to jest dysharmonia rozwojowa okresu dojrzewania i potrafi wskazać jej związki z powstawaniem zachowań ryzykownych.

2. Zachowania ryzykowne w kontekście zdrowia psychicznego.

Potrafi interpretować zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży w kontekście problemów i zaburzeń zdrowia psychicznego (np. zaburzeń zachowania, depresji, fobii, myśli i prób samobójczych). Zna i rozumie w tym kontekście, co to są zachowania eksternalizacyjne i internalizacyjne.

3. Ekologia rozwoju w okresie dzieciństwa i dojrzewania.

Zna i rozumie, co to jest ekologia rozwoju i jakie są podstawowe środowiska dorastania (rodzina, grupa rówieśnicza, przedszkole/szkoła, społeczność

Tabela 1. Obszary kompetencji zawodowych profilaktyka

Wiedza	Podstawy wiedzy o ryzykownych zachowaniach dzieci i młodzieży.
	Podstawy wiedzy o profilaktyce.
Umiejętności pracy „twarzą w twarz”	Umiejętności służące pomaganiu i dobremu porozumiewaniu się z uczestnikami działań profilaktycznych.
	Umiejętności służące poprawnej realizacji działań profilaktycznych.
Umiejętności służące jakości pracy i relacjom ze światem zewnętrznym	Umiejętności planowania i ewaluacji działań profilaktycznych.
	Umiejętności współpracy z partnerami i obsługi projektów.

lokalna). Potrafi wskazać, jaki jest ich związek z powstawaniem zachowań problemowych/ryzykownych/antyspołecznych.

4. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące.

Potrafi wymienić główne czynniki ryzyka i czynniki chroniące zachowań problemowych/ryzykownych/antyspołecznych dzieci i młodzieży. Zna podstawowe tezy koncepcji *resilience*, która koncentruje się na mechanizmach chroniących. Wie, jaką rolę odgrywa wiedza o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących w konstruowaniu działań profilaktycznych.

Wymienione zagadnienia wraz z przykładami koncepcji i autorów, które warto byłoby wziąć pod uwagę, gdy myślimy o rozwijaniu kompetencji zawodowych profilaktyków, są zawarte w tabeli 2.

Wiedza o profilaktyce

Profilaktyka zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży jest dziedziną wiedzy i zastosowań praktycznych, która ma swoje miejsce na mapie działań na rzecz zdro-

wia, ma także swoje poziomy, strategię, rozwiązania prawne i organizacyjne. Dlatego osoba zajmująca się profilaktyką, powinna w jakiejś mierze orientować się w następujących zagadnieniach:

1. Miejsce profilaktyki w ochronie zdrowia.
Zna i rozumie poziomy i granice profilaktyki, umie odróżnić promocję zdrowia, profilaktykę i leczenie. Rozumie, co oznacza profilaktyka w kontekście zdrowia jednostki i zdrowia publicznego (populacji).
2. Profilaktyka a wychowanie i rozwój młodego pokolenia.
Zna i rozumie związki między wychowaniem i profilaktyką. Rozumie, co to jest profilaktyka negatywna lub zachowawcza oraz co to jest profilaktyka pozytywna lub kreatywna. Rozumie specyfikę działań profilaktycznych w szkole⁴ i w społeczności lokalnej.
3. Profilaktyka oparta na wiedzy i dowodach naukowych.
Wie, na podstawie wyników badań, jakie strategie profilaktyczne mają większą szansę na skuteczność. Wie i rozumie, jakie warunki realizacji działań

Tabela 2. Wiedza o zachowaniach ryzykownych

Specyfika zachowań ryzykownych	Elementy teorii zachowań problemowych/ryzykownych młodzieży (R. Jessor). Elementy koncepcji opisujących dysharmonię rozwojową okresu dojrzewania (np. T. Moffitt, L. Steinberg). Elementy koncepcji socjalizacyjnych (np. D. Hawkins i J. Weis, G. Patterson i inni).
Zachowania ryzykowne w kontekście zdrowia psychicznego	Zachowania eksternalizacyjne i internalizacyjne u dzieci i młodzieży wg T. Achenbacha.
Ekologia rozwoju w okresie dzieciństwa i dojrzewania	Elementy społeczno-ekologicznej koncepcji rozwoju U. Bronfenbrennera.
Czynniki ryzyka i czynniki chroniące	Synteza wyników badań nad czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi. Elementy koncepcji <i>resilience</i> (np. N. Garmezy, M. Rutter, E. Werner). Wykorzystanie wiedzy o czynnikach do konstrukcji programów i działań profilaktycznych.
Moduły wiedzy ukierunkowanej na poszczególne problemy	
Substancje psychoaktywne	Koncepcje, specyfika, czynniki, rozpowszechnienie, rodzaje, skutki, regulacje prawne.
Agresja i przemoc	
HIV/AIDS	
Uzależnienia behawioralne	
Problemy szkolne	

(programu, warsztatu) trzeba spełnić, żeby zwiększyć szanse na sukces profilaktyczny.

4. Etyka prowadzenia zajęć profilaktycznych.
Zna zasady etyki pracy profilaktycznej. Zna prawa uczestników i umie rozpoznawać ich granice prywatności. Potrafi dobrać techniki i metody właściwe do potrzeb i etapu rozwoju uczestników. Wie, które techniki mogłyby przynieść negatywne skutki lub zagrozić bezpieczeństwu psychologicznemu uczestników.
5. Rozwiązania systemowe w profilaktyce.
Zna przepisy (najważniejsze akty prawne) dotyczące profilaktyki i wie, jak są finansowane działania profilaktyczne w Polsce i w Unii Europejskiej.

Wyżej wymienione zagadnienia wraz z przykładami szczegółowych tematów, które warto byłoby wziąć pod uwagę, gdy myślimy o rozwijaniu kompetencji zawodowych profilaktyków, są podane w tabeli 3.

Umiejętności

Umiejętności pracy „twarzą w twarz”

Dwie grupy umiejętności zawodowych wydają się być kluczowe z punktu widzenia kompetencji osoby prowadzącej zajęcia profilaktyczne „twarzą w twarz”. Są to umiejętności służące pomaganiu i dobremu porozumiewaniu się z uczestnikami działań profilaktycznych i umiejętności służące poprawnej realizacji działań profilaktycznych (tabela 4).

Na pierwszą grupę składa się kanon umiejętności interpersonalnych i społecznych służących pomaganiu i nawiązywaniu/utrzymywaniu dobrego kontaktu z młodym człowiekiem. Do nich należą: umiejętności rozumienia drugiej osoby, okazywania jej troski, zainteresowania, szacunku, zapewnienia komfortu psychicznego, zachowania własnej odrębności, przyzwolenia na od-

Tabela 3. Podstawy wiedzy o profilaktyce

Miejsce profilaktyki w ochronie zdrowia	Profilaktyka jako element zdrowia publicznego. Poziomy profilaktyki (uniwersalna, selektywna, wskazująca) Profilaktyka a promocja zdrowia, leczenie i postępowanie po leczeniu.
Profilaktyka a wychowanie	Programy pozytywnego rozwoju młodzieży. Profilaktyka negatywna lub zachowawcza (np. narkotesty, monitoring wizyjny itd.). Profilaktyka pozytywna/kreatywna (np. rozwijanie umiejętności życiowych, tworzenie pozytywnego klimatu szkoły lub placówki, rozwijanie konstruktywnych zainteresowań).
Etyka w profilaktyce	Respektowanie praw uczestników, przestrzeganie granic prywatności, wrażliwość na niepożądane skutki uboczne.
Profilaktyka oparta na wiedzy i dowodach	Czynniki ryzyka/ochrony wykorzystywane w profilaktyce. Skuteczne strategie profilaktyczne. Programy oparte na dowodach, dobre praktyki w profilaktyce. System rekomendacji programów promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki (KBPN, PARPA, ORE, IPiN).
Systemowe rozwiązania i prawo dotyczące profilaktyki	Zadania gminnych komisji profilaktyki. Szkolny program profilaktyki i wychowania. Ustawy, krajowe programy i rozporządzenia. Europejskie źródła finansowania.

Tabela 4. Umiejętności zawodowe profilaktyka potrzebne do pracy „twarzą w twarz”

Umiejętności służące pomaganiu i dobremu porozumiewaniu się	Umiejętność rozumienia drugiej osoby, okazywania jej troski, zainteresowania, szacunku, zapewnienia komfortu psychicznego, zachowania własnej odrębności i zdolność do przyzwolenia na odrębność drugiej osoby. Umiejętności aktywnego słuchania, decentracji, posługiwania się językiem „ja”, rozwiązywania konfliktów, udzielanie wsparcia itd.
Umiejętności służące poprawnej realizacji	Metody interaktywne (np. metoda projektu). Metody aktywizujące (np. burza mózgów). Dialog motywujący. Metodyka kierowania grupą. Metodyka interwencji w sytuacjach kryzysowych.

rębność drugiej osoby. Tym umiejętnościom sprzyjają takie cechy osobowe, jak: empatia, otwartość, autentyczność, konkretność, elastyczność, ciepło i sympatia. Dopełnieniem kompetencji społecznych są umiejętności warsztatowe profilaktyka służące poprawnej realizacji działań profilaktycznych. Stanowią one drugą grupę, do której należą umiejętności pracy warsztatowej i znajomość metodyki zajęć aktywizujących/interaktywnych (np. metodyki prowadzenia dialogu motywującego, metody projektu).

Z punktu widzenia psychoprofilaktyki najważniejszą kompetencją profilaktyka są cechy osobowe i umiejętności interpersonalne/społeczne, których przykłady wymieniałem powyżej. Wynika to z założenia przyjmowanego przez zwolenników psychoprofilaktyki, że najważniejszym elementem oddziaływań jest jakość kontaktu pomiędzy realizatorem a odbiorcą działań profilaktycznych. Na dalszym planie znajdują się treści, metodyka i struktura samych zajęć czy programu. Stąd tak dużą wagę przywiązuje się do różnych form psychoedukacji (np. treningu interpersonalnego) w kształceniu przyszłych profilaktyków. Nie podzielam tego poglądu. Nie znajduje on potwierdzenia w wynikach badań nad skutecznością profilaktyki. Umiejętności interpersonalne/społeczne są ważnym elementem kompetencji zawodowych profilaktyka, szczególnie z perspektywy jakości realizacji działań profilaktycznych. Nie należy jednak wierzyć, że posiadanie dużych kompetencji interpersonalnych/społecznych automatycznie przekłada się na sukces w profilaktyce, szczególnie jeśli profilaktykowi brakuje dostatecznych kompetencji w innych istotnych obszarach jego zawodu.

Umiejętności służące poprawie jakości własnych działań i relacjom ze światem

Dość trudnym i często pomijanym obszarem aktywności zawodowej profilaktyka są umiejętności z zakresu planowania i ewaluacji działań profilaktycznych. W dużym stopniu decydują one o jakości i staranności prowadzonych programów/projektów profilaktycznych. Na ten rodzaj umiejętności zawodowych profilaktyka zwracała uwagę uczestniczka seminarium – Katarzyna Okulicz-Kozaryn⁵. Katalog umiejętności zamykają kompetencje służące współpracy i utrzymywaniu poprawnych relacji z partnerami społecznymi (szkołą, organizacją pozarządową, samorządem lokalnym, poradnią, instytucją naukową itp.). Profilaktyka wymaga współpracy. Bez uwzględniania potrzeb i możliwości partnerów niewiele można zdziałać. Profesjonalną profilaktykę trudno sobie również wyobrazić bez pieniędzy. Stąd niezbędna dla profilaktyków jest umiejętność zdobywania środków finansowych i ich właściwego rozliczania (tabela 5).

Podsumowanie

Inicjatywa podjęta w ramach Projektu PROFNET jest bardzo potrzebna i wartościowa. Zespół Pracowni „Pro-M” z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, którym kieruję, od wielu lat zabiega o wyższy poziom programów profilaktycznych. Próba określenia podstawowych kompetencji zawodowych osób działających w obszarze profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży jest jedną z dróg prowadzących do podniesienia jakości profilaktyki w naszym kraju. Mam nadzieję, że wspólnymi siłami uda nam się stworzyć i zweryfikować w działaniu podstawę programową szkolenia do pracy profilaktycznej. Wymaga to jednak sporego zaangażowania ze strony ekspertów

Tabela 5. Umiejętności służące jakości własnych działań profilaktycznych i poprawnym relacjom ze światem zewnętrznym

Umiejętności planowania i ewaluacji	Umiejętności analizy potrzeb uczestników. Umiejętność korzystania z programów rekomendowanych i dobrych praktyk. Umiejętności planowania ewaluacji – dbałość o logiczne związki między wyborem celów, programem działania i wskaźnikami ewaluacji. Umiejętności prowadzenia ewaluacji procesu/ewaluacji formatywnej.
Umiejętności utrzymywania poprawnych relacji ze światem zewnętrznym	Umiejętności związane ze zdobywaniem i rozliczaniem środków na działalność profilaktyczną. Umiejętności współpracy z partnerami (szkołą, samorządem lokalnym, organizacją pozarządową, mediami). Umiejętności autoprezentacji.

oraz mecenatu instytucji państwowych, które wyznaczają strategiczne kierunki w dziedzinie profilaktyki zachowań ryzykownych. Myślę tu przede wszystkim o Krajowym Biurze, PARPA i Ośrodku Rozwoju Edukacji.

Na koniec swoich propozycji chciałbym sformułować jeszcze krótką listę życzeń do Mikołaja (ten numer Serwisu ukaże się w okresie świątecznym). Zdaję sobie sprawę, że zwykły realizator działań profilaktycznych ma ograniczone możliwości studiowania bardzo rozległej wiedzy dotyczącej problematyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży. Dlatego potrzebny jest zwięzły podręcznik zawierający kompendium uzgodnionej wiedzy o zachowaniach ryzykownych i profilaktyce. Byłby to „prezent” bardzo pomocny w kształtowaniu kompetencji zawodowych profilaktyków.

Z perspektywy potrzeb istotna jest również refleksja nad kompetencjami ludzi, którzy pełnią ważne role decydentów, recenzentów lub konsultantów w zakresie profilaktyki. Do nich zaliczam dyrektorów szkół, działaczy samorządowych wszystkich szczebli, konsultantów

metodycznych w oświacie, pracowników instytucji zajmujących się wychowaniem i profilaktyką. Przydałby się więc projekt ukierunkowany na podnoszenie ich specyficznych kwalifikacji zawodowych. Systemowa rola tej grupy specjalistów jest nie do przecenienia. Dlatego też należy rozwijać ich kompetencje zawodowe, aby swoimi decyzjami wspomagali konieczne zmiany, a nie stanowili „problem” na drodze do poprawiania jakości profilaktyki w Polsce.

Przypisy

- ¹ Gietka E., „Jak upić 700 mln”, *Polityka*, 27 (2965), 2014.
- ² Więcej na temat projektu na stronie www.kbpn.gov.pl/portal?id=3575765
- ³ Bukowska B., „Refleksje i rekomendacje dotyczące podstawy programowej szkolenia w zakresie profilaktyki uzależnień”, *Serwis Informacyjny Narkomania*, 3/2014.
- ⁴ Więcej na ten temat można znaleźć w artykule uczestniczek seminarium A. Borkowskiej i D. Macander, „Specyfika profilaktyki uzależnień w szkołach”, *Serwis Informacyjny Narkomania*, 3/2014.
- ⁵ Okulicz-Kozaryn K., „Co profilaktyk powinien wiedzieć o ewaluacji programów profilaktycznych”, *Serwis Informacyjny Narkomania*, 3/2014.

NOWELIZACJA USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII. CZY POSZLIŚMY W DOBRYM KIERUNKU?

Barbara Wilamowska

Koordynator Ministra Sprawiedliwości

ds. Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii

oraz koordynacji czynności KSS w Systemie Dozoru Elektronicznego

Wyobraźmy sobie małą, kolorową figurkę, która cieszyła oko i w naszej rodzinie była od lat, wywołując pozytywne skojarzenia. Jeden nieostrożny ruch może spowodować, że ten drogocenny skarb wypadnie nam z ręki i potłucze się na drobne kawałki. Do tego, aby go posklejać, potrzeba dużo cierpliwości, determinacji i czasu. Nie inaczej dzieje się też z przepisami prawa, które po prostu i w sposób nieprzemyślany zmienione, mogą zburzyć korzystny porządek rzeczy i przynieść efekty, które są nieprzyjemnym zaskoczeniem. Tym smutniejszy jest to fakt, gdy zmianom tym, przed uchwaleniem, towarzyszyła dyskusja, w której padały przekonujące argumenty, że nie będzie to decyzja pozytywna. A przywrócić dawny porządek rzeczy jest niezmiernie trudno.

Przepisy prawa ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, które obowiązywały w latach 1997–2000 bardzo wyraźnie oddziaływały reakcję karną wobec osób, które parały się nielegalnym procederem wytwarzania czy handlu narkotykami od reakcji na czyn posiadania środków odurzających lub substancji psychotropowych przez osoby, których jedynym problemem było to, że byli użytkownikami narkotyków w różnym stopniu zaawansowania. Byli to więc okazjonalni użytkownicy, osoby szkodliwie używające, ale też osoby uzależnione. Nie byli oni zatem podejrzani o żaden inny czyn jak tylko o posiadanie narkotyków na własny użytek. Mogli zatem skorzystać z art. 48 ust. 4 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, który stanowił, że: „Nie podlega karze sprawca występkę określonego w ust. 1

(posiadanie – typ podstawowy zagrożony karą do trzech lat pozbawienia wolności – przyp. autorki), który posiada na własny użytek środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej”.

Ówczesne prawo nie legalizowało zatem posiadania narkotyków, ale też nie karało tych, którzy posiadali zabronione środki lub substancje w niewielkich ilościach na własny użytek. Na mocy tamtych przepisów, w roku 1997 za posiadanie narkotyków skazanych było w całej Polsce niewiele ponad 1000 osób.

Szukanie winnego

Sytuacja prawna zmieniła się w roku 2000, kiedy to wolą parlamentu ust. 4 art. 48 został skreślony jako główny winowajca niskiej wykrywalności przestępstw handlu czy produkcji narkotyków. Od tego właśnie roku nastąpiła era pełnej penalizacji (karania) posiadania środków lub substancji odurzających.

Czy argumentacja towarzysząca zmianom w przepisach prawa, które dokonały się w roku 2000, była słuszna i usunięcie omawianego ustępu spowodowało błyskawiczny wzrost wykrywalności przestępstw handlu czy produkcji narkotyków? Oczywiście tak się nie stało. Aby przekonać się o tym, że argumenty przemawiające za zmianą są chybione, nie trzeba było czekać wiele lat, bowiem już w trakcie debaty nad nowelizacją wiedziało o tym wiele środowisk, które próbowały przekonywać, że kryminalizacja i penalizacja użytkowników narkotyków z tego tylko tytułu, że są użytkownikami i niejednokrotnie osobami uzależnionymi, nie jest słuszną drogą walki ze zorganizowanymi grupami przestępczymi, czerpiącymi pokaźne zyski z nielegalnych procederów związanych z narkotykami. Ponadto przekonywały one, że zmiana taka spowoduje uwstecznienie wszelkich pozytywnie rozwijających się nurtów leczenia i terapii, w tym terapii substytucyjnej, oraz innych programów redukcji szkód społecznych poprzez zejście użytkowników narkotyków do tzw. podziemia, z obawy przed konsekwencjami prawnymi.

W ciągu następnych lat dane statystyczne dotyczące wykrywalności handlu i produkcji nie drgnęły, a liczba skazań za posiadanie wzrosła do kilkudziesięciu tysięcy. W praktyce stosowania przepisów prawa stało się tak, że nie tylko posiadanie jakiegokolwiek ilości narkotyków stało się przestępstwem, ale doszło również do faktycznej kryminalizacji i penalizacji używania narkotyków, gdyż konsumencki cel posiadania przestał mieć znaczenie w ocenie znamion czynu przestępczego.

Tak było do roku 2011, kiedy na podstawie raportu dotyczącego spraw o posiadanie narkotyków w sądach krakowskich, przygotowanego przez prof. Krzysztofa Krajewskiego z Uniwersytetu Jagiellońskiego, Ministerstwo Sprawiedliwości opracowało projekt nowelizacji przepisów prawa ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, nawiązujący do stanu prawnego z roku 1997. Sformułowano w nim zasadę reakcji karnej:

W roku 2012 odsetek spraw umorzonych i warunkowo umorzonych za posiadanie narkotyków przez organy prokuratury lub sądu wyniósł 30,48% ogółu spraw za posiadanie, jakie znalazły się w zainteresowaniu organów wymiaru sprawiedliwości. Rok później wskaźnik umorzeń wyniósł już 35,10%. Co trzecia sprawa za posiadanie została umorzona. Z roku na rok zmniejsza się liczba osób skazywanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

przede wszystkim leczyć, co miało oznaczać nie tyle, że każdy, kto dotknął narkotyków winien być leczony, ale że w odniesieniu do problemów osób, które weszły w konflikt z prawem, a bezpośrednią lub pośrednią przyczyną tych problemów jest używanie narkotyków, należy stosować takie narzędzia prawne, które mają na celu przede wszystkim zwiększenie motywacji do leczenia lub poddania się oddziaływaniom edukacyjnym bądź terapeutycznym. W nowelizacji przyjętej 1 kwietnia 2011 roku, po bardzo burzliwej debacie medialnej i parlamentarnej,

znalazł się przepis art. 62a, w brzmieniu: „Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62 ust. 1 lub 3, są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek sprawcy, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości”.

Na mocy tego przepisu postępowanie może być zatem umorzone zarówno przez prokuratora, jak i przez sąd, choć z uzasadnienia projektu ustawy wynika, że przepis jest głównie dedykowany prokuratorom, tak by po ustaleniu zaistnienia wskazanych w nim przesłanek, postępowanie mogło być umorzone na jak najwcześniejszym etapie nie tylko ze względu na dobro samego sprawcy czynu zabronionego, ale również z uwagi na interes publiczny, czyli niecelowe z ekonomicznego punktu widzenia dalsze angażowanie środków z budżetu państwa w kontynuowanie tego procesu.

Ustawodawca, znając ograniczenia wynikające chociażby z przyzwyczajen do wieloletniej praktyki procesowej, zakładał ostrożnie, że w ciągu najbliższych kilku lat liczba spraw umarzanych za posiadanie nie będzie większa niż kilka procent. Tymczasem w roku 2012 odsetek spraw umorzonych i warunkowo umorzonych za posiadanie odpowiednio przez organy prokuratury lub sądu wyniósł 30,48% ogółu spraw za posiadanie, jakie znalazły się w zainteresowaniu organów wymiaru sprawiedliwości, a w roku 2013 wskaźnik umorzeń wyniósł 35,10%. Co trzecia sprawa za posiadanie została umorzona. Widać też wyraźnie, jak z roku na rok zmniejsza się liczba osób skazywanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Z roku na rok zwiększa się też liczba osób, które zatrzymane za przestępstwo z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, po rozmowie ze specjalistą terapii uzależnień, decydują się na kontakt z poradnią terapii uzależnień.

Tendencje w obszarze reakcji karnej na przestępstwo posiadania środków odurzających lub substancji psy-

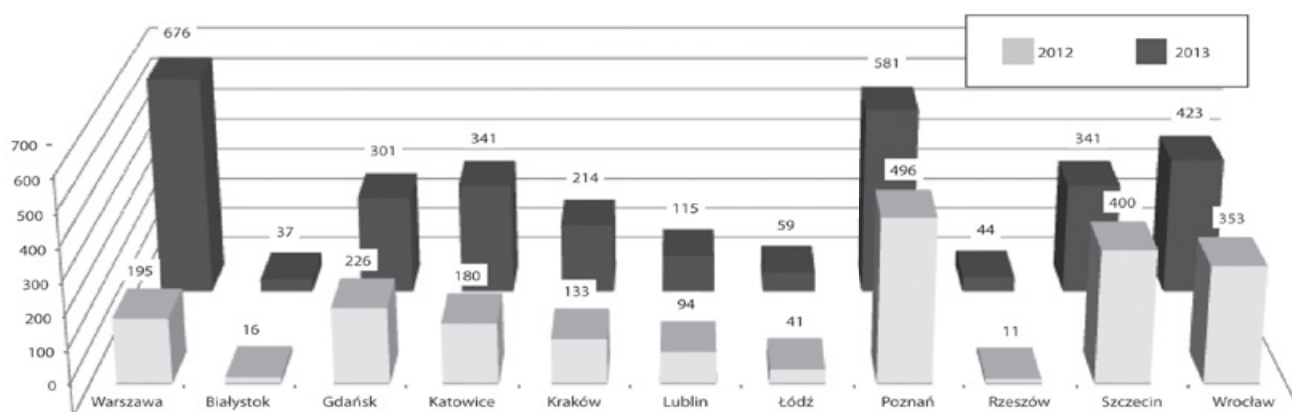
chotropowych najlepiej odzwierciedlają zestawienia statystyczne.

Art. 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii można oczywiście zarzucić, że nie ma on charakteru obligatoryjnego, z drugiej jednak strony należy zadać sobie pytanie: jeśli ilość środka jest nieznaczna, jest on posiadany na własny użytek sprawcy, a orzeczenie kary wobec niego jest niecelowe, to jakie w istocie mogłyby występować powody, aby dalej to postępowanie prowadzić? Proszę tylko nie mówić, że może chodzi o prewencję generalną, bo, jak dowodzi kilka ostatnich lat (2000–2011), skazywanie osób uzależnionych na karę pozbawienia wolności ani nie wpływa na zmniejszenie przestępczości narkotykowej, ani od zażywania narkotyków nie odstrasza.

Co dalej?

Zmiany, jakie dokonują się w strukturze skazań na skutek nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2011 roku nadal będą szczegółowo analizowane i oceniane. Dopóki liczba umorzeń na podstawie art. 62a będzie rosła, dopóty uznać należy, że wciąż są sprawy, które pod taką kwalifikację prawną podlegają. Gdy jednak liczba spraw umarzanych na mocy tego przepisu zatrzyma się, konieczne będzie ustalenie na podstawie badania akt prowadzonych postępowań, czy w zainteresowaniu wymiaru sprawiedliwości są jeszcze sprawy o typowo konsumenckim rodzaju posiadania.

Wykres 1. Liczba spraw umorzonych przez prokuraturę na podstawie art. 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wg apelacji (lata 2012–2013)



Źródło: Ministerstwo Sprawiedliwości.

Osoby uzależnione od narkotyków mogą skorzystać z profesjonalnej pomocy prawnej z urzędu. Korzystanie z pomocy obrońcy w procesie karnym jest elementem szeroko rozumianego prawa do obrony, które jako gwarancja prowadzenia skutecznej walki o wolność, godność, dobre imię oskarżonego jest współcześnie jednym z praw podstawowych.

POMOC PRAWNA Z URZĘDU DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD NARKOTYKÓW

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Osoby uzależnione od narkotyków w postępowaniu sądowym mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy prawnej w ramach ustanowienia przez sąd pełnomocnika/obrońcy z urzędu. Dotyczy to konkretnej sprawy, która może toczyć się zarówno w postępowaniu cywilnym, jak i karnym. Uzyskanie pomocy prawnej z urzędu wymaga spełnienia jednak określonych warunków przewidzianych przez ustawodawcę, o czym będzie mowa w niniejszym opracowaniu.

Pomoc prawna z urzędu w postępowaniu cywilnym

Toczące się postępowanie cywilne może wymagać zaangażowania przez stronę profesjonalnego pełnomocnika, tzn. adwokata lub radcy prawnego. Nie każda osoba jest jednak w stanie ponieść koszty finansowe w tym zakresie, dlatego ustawodawca przewidział pomoc prawną z urzędu. Zgodnie z treścią art. 117 kodeksu postępowania cywilnego¹ (dalej: kpc) strona zwolniona przez sąd od kosztów sądowych w całości lub części², może domagać się ustanowienia adwokata lub radcy prawnego. Ponadto osoba fizyczna, niezwolniona przez sąd od kosztów sądowych, może się domagać ustanowienia adwokata lub radcy prawnego, jeżeli złoży oświadczenie, z którego wynika, że nie jest w stanie ponieść kosztów wynagrodzenia profesjonalnego pełnomocnika bez uszczerbku utrzymania koniecznego dla siebie i rodziny. Dla przykładu przez pojęcie „utrzymanie konieczne dla siebie i rodziny” rozumie się niezbędne wydatki zmierzające do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych, w szczególności wydatki na żywność, leczenie, odzież, obuwie, środki czystości, edukację, opłaty czynszowe itd. Sąd weryfikuje, czy dana osoba wykorzystuje swoje możliwości zarobkowe. Moim zdaniem ocena w tym zakresie może być jednak trudna, ale powinna uwzględniać obiektywne kryteria, tzn. posiadane wykształcenie, do-

świadczenie zawodowe, sytuację na rynku pracy itd. Inaczej bowiem wyglądają możliwości zarobkowe w województwie mazowieckim niż w województwie podkarpackim, gdzie jest wyższy poziom bezrobocia.

Warto podkreślić, że możliwość uzyskania pomocy prawnej z urzędu w postępowaniu cywilnym nie jest uzależniona od uzyskania zwolnienia od kosztów sądowych. Jak słusznie zauważył Trybunał Konstytucyjny, taką zależność należy uznać za niezgodną z Konstytucją³. Bez względu bowiem na pozycję społeczną, wszyscy są równi wobec prawa (art. 32 ust. 1 Konstytucji) i konieczne jest zapewnienie każdemu fachowej i rzetelnej pomocy w zabezpieczaniu lub dochodzeniu praw i interesów.

Kluczowe znaczenie dla ustanowienia pełnomocnika z urzędu mają zatem sytuacja materialna i rodzinna danej osoby oraz okoliczności sprawy. Punktem odniesienia dla oceny możliwości finansowych strony nie muszą być stawki określone w rozporządzeniach ministra sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu⁴ i w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu⁵, gdyż wysokość wynagrodzenia jest ustalana indywidualnie między pełnomocnikiem a klientem (dla przykładu nie świadczy o braku możliwości poniesienia kosztów wynagrodzenia profesjonalnego pełnomocnika sytuacja, w której strona posiada wartościowe przedmioty albo dysponuje środkami finansowymi, ale wydaje je na inne cele, niemieszczące się w pojęciu koniecznego utrzymania, np. opłaty za telewizję kablową czy spłatę rat pożyczki konsumpcyjnej wykorzystanej na wyjazd wakacyjny)⁶.

Warto w tym kontekście podkreślić, że sąd może ustanowić adwokata (radcę prawnego) dla strony tylko na jej wniosek⁷,

dlatego niezbędna jest znajomość przepisów w tym zakresie i złożenie wniosku. W ustawie o ochronie zdrowia psychicznego⁸ został przewidziany jednak wyjątek, stanowiący, że sąd może ustanowić dla osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, adwokata z urzędu, nawet bez złożenia wniosku, jeżeli osoba ta ze względu na stan zdrowia psychicznego nie jest zdolna do złożenia wniosku, a sąd uzna udział adwokata w sprawie za potrzebny (art. 48). Jak słusznie zauważył Sąd Najwyższy, sformułowanie „może” nie oznacza dowolności i powinno być rozumiane jako obowiązek sądu w sytuacji, gdy uczestnik postępowania ze wskazanych przyczyn nie jest zdolny do ochrony swoich praw w postępowaniu sądowym⁹.

Wniosek o ustanowienie adwokata lub radcy prawnego można zgłosić na piśmie lub ustnie do protokołu w sądzie, w którym sprawa ma być wytoczona lub już się toczy¹⁰. Wniosek powinien zawierać krótkie uzasadnienie, np. brak wykształcenia prawniczego, zawiłość sprawy itd. Ponadto do wniosku należy dołączyć oświadczenie obejmujące szczegółowe dane o swoim stanie rodzinnym, majątku, dochodach i źródłach utrzymania¹¹, które w miarę możliwości powinny być potwierdzone odpowiednimi dokumentami (np. odcinkiem renty, zaświadczeniem o zarobkach, wypełnionym drukiem PIT). Ponadto w oświadczeniu należy wymienić osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie. Zdarza się bowiem, że osoby nieposiadające własnego dochodu i pozostające na utrzymaniu np. swoich partnerów lub rodziców nie wymieniają ich, choć w rzeczywistości razem ponoszą koszty życia codziennego. Należy podkreślić, że oświadczenie sporządza się według ustalonego wzoru, który został określony w rozporządzeniu ministra sprawiedliwości¹² i jest dostępny bezpłatnie do pobrania w internecie oraz w sądach.

Jak już wspomniano, sytuacja finansowa osoby składającej wniosek o ustanowienie pełnomocnika z urzędu podlega weryfikacji. Sąd może nawet odebrać od osoby fizycznej przyrzeczenie następującej treści: „Świadomy znaczenia moich słów i odpowiedzialności przed prawem zapewniam, że złożone przeze mnie oświadczenie o stanie rodzinnym, majątku, dochodach i źródłach utrzymania jest prawdziwe i rzetelne”.

Jeżeli na podstawie okoliczności sprawy lub oświadczeń strony przeciwnej sąd ma wątpliwości co do jej rzeczywistego stanu majątkowego, może wszcząć odpowiednie dochodzenie. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości i okoliczności, na których podstawie przyznano pomoc prawną, a które nie istniały lub przestały istnieć, zostaje

ona cofnięta, a strona pokrywa koszty wynagrodzenia adwokata lub radcy prawnego (dla przykładu okazało się, że wnioskodawca jest współwłaścicielem kilku nieruchomości, ale nie chce ich sprzedać albo przepisał cały majątek na jednego z członków rodziny kilka miesięcy przed złożeniem wniosku). Ponadto stronę, która uzyskała ustanowienie adwokata lub radcy prawnego na podstawie podania świadomie nieprawdziwych okoliczności, sąd może skazać na grzywnę¹³, niezależnie od jej obowiązku uiszczenia wynagrodzenia. W ten sposób ustawodawca wyraźnie wskazuje, że informacje zawarte we wniosku podlegają ocenie, a podawanie nieprawdziwych danych wiąże się z konsekwencjami prawnymi.

Wracając do kwestii dotyczących wniosku, należy podkreślić, że istnieje możliwość wskazania konkretnego adwokata lub radcy prawnego, z którego pomocy strona chciałaby skorzystać np. dlatego, że ma dobrą opinię lub prowadził w przeszłości jej inną sprawę. Wówczas właściwa okręgowa rada adwokacka lub rada okręgowej izby radców prawnych, w miarę możliwości i w porozumieniu ze wskazaną osobą, wyznacza profesjonalnego pełnomocnika zgodnie z preferencjami strony.

Z wnioskiem o ustanowienie pełnomocnika z urzędu strona może wystąpić na każdym etapie postępowania aż do jego definitywnego zakończenia, nawet jeżeli został wydany prawomocny wyrok, a także, jak już wspomniano, przed wszczęciem postępowania.

Sąd uwzględnia wniosek o ustanowienie pełnomocnika z urzędu, jeżeli udział adwokata lub radcy prawnego w sprawie uzna za potrzebny. Oznacza to, iż sąd bierze pod uwagę stopień skomplikowania danej sprawy i możliwości wnioskującego, np. jego brak samodzielności, brak komunikatywności itd.

W razie oddalenia wniosku strona nie może ponownie powoływać się na te same okoliczności, które stanowiły uzasadnienie oddalonego wniosku (będzie to działanie na swoją niekorzyść). Ponowny wniosek o ustanowienie adwokata lub radcy prawnego, oparty na tych samych okolicznościach, podlega odrzuceniu, a na postanowienie nie przysługuje zażalenie, dlatego warto wskazać inne (nowe) okoliczności.

O wyznaczenie adwokata lub radcy prawnego sąd zwraca się do właściwej okręgowej rady adwokackiej lub rady okręgowej izby radców prawnych. Właściwa okręgowa rada adwokacka lub rada okręgowej izby radców prawnych, wyznacza adwokata lub radcę prawnego niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie dwóch tygodni, zawiadamiając o tym sąd.

W zawiadomieniu wskazuje się imię i nazwisko wyznaczonego adwokata lub radcy prawnego oraz jego adres do doręczeń. Adwokat lub radca prawny ustanowiony przez sąd jest obowiązany zastępować stronę do prawomocnego zakończenia postępowania, chyba że z postanowienia sądu wynika, iż obowiązek zastępowania strony ustaje wcześniej. Wyznaczony pełnomocnik ma również prawo do odmowy sporządzenia skargi w postępowaniu kasacyjnym lub postępowaniu ze skargi o stwierdzenie niezgodności z prawem prawomocnego orzeczenia, jeżeli nie stwierdza podstaw do jej sporządzenia. Jest on wówczas zobowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym na piśmie stronę oraz sąd, nie później niż w terminie dwóch tygodni od dnia zawiadomienia go o wyznaczeniu. Do zawiadomienia dołączana jest jego opinia o braku podstaw do wniesienia skargi. Ponadto z ważnych przyczyn może wnosić o zwolnienie od obowiązku zastępowania strony w procesie. Przykładem ważnych przyczyn są m.in. uprzednie udzielenie pomocy prawnej przeciwnikowi strony w tej samej sprawie lub w sprawie z nią związanej, oraz sytuacja, w której podmiot przeciwko któremu ma być prowadzona sprawa, jest klientem wyznaczonego prawnika¹⁴. Należy zwrócić uwagę, że sąd, zwalniając pełnomocnika, zwraca się jednocześnie o wyznaczenie innego adwokata lub radcy prawnego. W ten sposób strona nie pozostaje sama w postępowaniu cywilnym i cały czas korzysta z profesjonalnego wsparcia.

Pomoc prawna z urzędu w postępowaniu karnym

Posłużenie się prawem karnym w obszarze przeciwdziałania zjawisku narkomanii¹⁵ polega na kryminalizacji wszelkich czynności, których przedmiotem są środki odurzające lub substancje psychotropowe i które nie znajdują uzasadnienia medycznego czy naukowego¹⁶.

Każdy, przeciw komu prowadzone jest postępowanie karne, ma prawo do obrony we wszystkich stadiach postępowania. Może on w szczególności wybrać obrońcę lub na zasadach określonych w ustawie korzystać z obrońcy z urzędu (art. 42 ust. 2 Konstytucji). Ponadto, zgodnie z treścią art. 6 ust. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, oskarżony ma prawo do korzystania z nieodpłatnej pomocy obrońcy, jeżeli nie posiada środków na opłacenie pomocy prawnej i udział obrońcy leży w interesie wymiaru sprawiedliwości. W postępowaniu karnym i w postępowaniu w sprawach o wykroczenia¹⁷, podobnie jak w postępowaniu cywilnym, dla przyznania konkretnej osobie pomocy prawnej

z urzędu konieczna jest ocena okoliczności danej sprawy. Osoby znajdujące się w trudnej sytuacji finansowej mogą złożyć wniosek o wyznaczenie obrońcy z urzędu na każdym etapie postępowania. We wniosku należy wykazać niemożność poniesienia kosztów obrony bez uszczerbku dla niezbędnego utrzymania siebie i rodziny (a więc należy przedstawić stosowne dokumenty). W ocenie Sądu Najwyższego, rozstrzygając wniosek oskarżonego o wyznaczenie obrońcy z urzędu, należy brać pod uwagę sytuację majątkową oraz wysokość uzyskiwanych dochodów w chwili podejmowania decyzji o wyznaczeniu obrońcy, a nie jego wcześniejszą sytuację materialną, która mogła być dobra, natomiast w późniejszym czasie uległa zdecydowanemu pogorszeniu, ponieważ np. oskarżony przebywa w areszcie śledczym i nie świadczy pracy, a związku z tym pozbawiony jest stałych dochodów, a jednocześnie nie posiada majątku, który pozwoliłby mu nie tylko ponieść koszty obrony, lecz także utrzymać rodzinę¹⁸. Podobnie jak w postępowaniu cywilnym istnieje możliwość wskazania we wniosku konkretnego adwokata, z którego pomocy oskarżony chciałby skorzystać. Jeżeli jest to możliwe, wówczas zostanie on wyznaczony jako obrońca z urzędu.

Decyzję w przedmiocie ustanowienia obrońcy z urzędu może podjąć prezes sądu, przewodniczący wydziału, przewodniczący składu orzekającego albo upoważniony sędzia. Zarówno decyzja o wyznaczeniu obrońcy z urzędu, jak i o odmowie jego wyznaczenia jest podejmowana w formie zarządzenia i nie podlega zaskarżeniu¹⁹. Wyznaczenie obrońcy z urzędu może zostać cofnięte, jeżeli okaże się, iż nie istnieją okoliczności, na podstawie których go wyznaczono. Można więc cofnąć wyznaczenie obrońcy z urzędu, jeżeli po jego wyznaczeniu sytuacja materialna obwinionego uległa poprawie w stopniu pozwalającym na ustanowienie obrońcy z wyboru. Ponadto, niejednokrotnie oskarżony, któremu został wyznaczony obrońca z urzędu, ustanawia także obrońcę z wyboru²⁰ i wówczas z chwilą uzyskania informacji o tym, może nastąpić odwołanie wyznaczonej wcześniej pomocy prawnej (na skutek zmiany okoliczności sprawy).

Ustawodawca przewidział w postępowaniu karnym i w postępowaniu w sprawach o wykroczenia²¹ obronę obligatoryjną, tzn. że obrońca jest wyznaczany z urzędu i nie wymaga konieczności składania wniosku. Dotyczy to oskarżonego (w postępowaniu w sprawach o wykroczenia obwinionego), który jest nieletni²², głuchy lub niewidomy²³ lub zachodzi uzasadniona wątpliwość co do jego poczytalności. Ponadto, zgodnie z treścią art. 79 kodeksu

postępowania karnego (dalej: kpk)²⁴, oskarżony musi mieć obrońcę również wtedy, gdy sąd uzna to za niezbędne ze względu na okoliczności utrudniające obronę. Instytucja obrony obligatoryjnej pełni funkcję gwarancyjną i opiera się na założeniu, że w sytuacjach określonych w kpk występowanie oskarżonego bez obrońcy w postępowaniu powodowałoby ograniczenie jego prawa do obrony²⁵.

W ocenie Sądu Najwyższego fakt, że sprawa jest skomplikowana pod względem faktycznym lub nawet pod względem prawnym, sam przez się nie może decydować o przyjęciu przez organ procesowy istnienia przesłanki obrony obligatoryjnej²⁶. Stwierdzenie „okoliczności utrudniających obronę” (lub ich brak) musi być wiązane z właściwościami fizycznymi (wiek, stan zdrowia, sprawność poszczególnych narządów zmysłów), psychicznymi (stopień sprawności umysłowej, zaradność lub nieporadność) oraz intelektualnymi (stopień inteligencji ogólnej, wiedza w dziedzinie stanowiącej materię przedstawionych zarzutów) konkretnego oskarżonego w zestawieniu z treścią zarzutów mu przedstawianych²⁷. Wydaje się zatem, że nie bez znaczenia dla wyznaczenia obrońcy z urzędu jest fakt uzależnienia oskarżonego od narkotyków, nawet w przeszłości, ponieważ mogło to negatywnie wpłynąć na sprawność poszczególnych narządów zmysłów oraz stopień sprawności danej osoby. Obrona obligatoryjna dotyczy ponadto postępowania karnego przed sądem okręgowym jako sądem pierwszej instancji, jeżeli oskarżonemu zarzucono zbrodnię²⁸ lub jest pozbawiony wolności. W takim wypadku udział obrońcy w rozprawie głównej jest obowiązkowy, a w rozprawie apelacyjnej i kasacyjnej, jeżeli prezes sądu lub sąd uzna to za konieczne.

Warto w tym kontekście zauważyć, że brak obrońcy w przypadkach, gdy przepis prawa stanowi o jej obligatoryjności, jest bezwzględną przesłanką odwoławczą i zobowiązuje sąd drugiej instancji do uchylenia zaskarżonego orzeczenia. Ustanowienie obrońcy lub wyznaczenie obrońcy z urzędu uprawnia go do działania w całym postępowaniu, nie wyłączając czynności po uprawnieniu się orzeczenia, jeżeli nie zawiera ograniczeń. Obrońca wyznaczony z urzędu w postępowaniu kasacyjnym lub w postępowaniu o wznowienie postępowania powinien sporządzić i podpisać kasację lub wniosek o wznowienie postępowania albo poinformować na piśmie sąd, że nie stwierdził podstaw do wniesienia kasacji bądź wniosku o wznowienie postępowania. Jeżeli kasacja lub wniosek zostaną wniesione, obrońca ten jest uprawniony do udziału w toczącym się postępowaniu.

Obrona z urzędu jest subsydiarna w stosunku do obrony z wyboru. Oznacza to, iż sąd ustanowi obrońcę jedynie w sytuacji, gdy strona nie ustanowiła go wcześniej.

Uwagi końcowe

Jak już wspomniano, osoby uzależnione od narkotyków mogą skorzystać z profesjonalnej pomocy prawnej z urzędu. Możliwość domagania się ustanowienia pełnomocnika z urzędu w postępowaniu cywilnym jest jedną z gwarancji rzeczywistej realizacji prawa do sądu²⁹. Korzystanie z pomocy obrońcy w procesie karnym jest elementem szeroko rozumianego prawa do obrony, które jako gwarancja prowadzenia skutecznej walki o wolność, godność, dobre imię oskarżonego jest współcześnie jednym z praw podstawowych, stanowiącym o rzetelności wymiaru sprawiedliwości³⁰.

Przypisy

- ¹ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r., kodeks postępowania cywilnego, Dz.U. 1964.43.296 z późn. zm.
- ² Zwolnienia od kosztów sądowych może się domagać osoba fizyczna, jeżeli złoży oświadczenie, z którego wynika, że nie jest w stanie ich ponieść bez uszczerbku utrzymania koniecznego dla siebie i rodziny (art. 102 ust. 1 ustawy z 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, Dz.U. 2005.167.1398 z późn. zm.). Oświadczenie takie może być złożone w formie pisma procesowego – wniosku lub ustnie do protokołu. Wniosek o zwolnienie od kosztów sądowych nie podlega żadnej opłacie. Do wniosku powinno być dołączone oświadczenie obejmujące szczegółowe dane o stanie rodzinnym, majątku, dochodach i źródłach utrzymania osoby ubiegającej się o zwolnienie od kosztów.
- ³ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 czerwca 2008 r., P 37/07, Dz.U. 2008.110.706. Wyrok w tym zakresie wszedł w życie 26 czerwca 2008 r.
- ⁴ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz.U. 2013.461 z późn. zm.).
- ⁵ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U. 2013.490).
- ⁶ M. Manowska (red.), „Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz”, Warszawa 2013, s. 211.
- ⁷ Pogląd ten znajduje odzwierciedlenie m.in. w następujących orzeczeniach Sądu Najwyższego: postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 1999 r., II CKN 41/99, LEX nr 196603; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 1997 r., II UKN 404/97, OSNP 1998, nr 21, poz. 641; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 28 listopada 2002 r., II CKN 399/01, LEX nr 196607; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 stycznia 2004 r., V CK 197/03, LEX nr 602417; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 lutego 2010 r., IV CSK 318/09, LEX nr 678016; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 kwietnia 2011 r., IV CSK 483/10, OSNC 2012, nr 1, poz. 12.
- ⁸ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. 2011.231.1375 z późn. zm.
- ⁹ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 kwietnia 2013 r., III CSK 222/12, LEX nr 1341681.
- ¹⁰ Osoba fizyczna, która nie ma miejsca zamieszkania w siedzibie tego sądu, może złożyć wniosek o ustanowienie adwokata lub radcy prawnego

- w sądzie rejonowym właściwym ze względu na miejsce swego zamieszkania, który niezwłocznie przesyła ten wniosek sądowi właściwemu.
- ¹¹ Jeżeli wniosek o ustanowienie adwokata lub radcy prawnego składany jest łącznie z wnioskiem o zwolnienie od kosztów sądowych, osoba fizyczna dołącza tylko jedno oświadczenie.
- ¹² Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 15 kwietnia 2010 r. w sprawie określenia wzoru oświadczenia o stanie rodzinnym, majątku, dochodach i źródłach utrzymania osoby fizycznej ubiegającej się o ustanowienie adwokata lub radcy prawnego (Dz.U.2010.65.418).
- ¹³ Zgodnie z treścią art. 163 kpc grzywna może wynosić nawet pięć tysięcy złotych.
- ¹⁴ J. Turek, „Adwokat z urzędu w postępowaniu cywilnym”, *Palestra*, nr 3-4, 2005, s. 94.
- ¹⁵ Szczegółowe omówienie tematyki znajduje się w artykule K. Syroki, „Regulacja prawa karnego wobec sprawców uzależnionych od narkotyków”, *Serwis Informacyjny Narkomania* nr 4, 2011, s. 25 i n., http://www.narkomania.org.pl/sites/default/files/czasopisma/zalaczniki/serwis_informacyjny_narkomania_4-2011.pdf
- ¹⁶ A. Muszyńska, „Problematyka granic odpowiedzialności karnej za posiadanie środków odurzających lub substancji psychotropowych w praktyce sądowej”, *Palestra* nr 7-8, 2010, s. 118.
- ¹⁷ Zgodnie z treścią art. 22 Ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz.U.2013.395), gdy wymaga tego dobro wymiaru sprawiedliwości, obwinionemu, który nie ma obrońcy z wyboru, wyznacza się na jego wniosek obrońcę z urzędu, jeżeli w sposób należyty wykaże, że nie jest w stanie ponieść kosztów obrony bez poważnego uszczerbku dla niezbędnego utrzymania siebie i rodziny.
- ¹⁸ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 25 listopada 2010 r., V KZ 70/2010, LexisNexis nr 2426636.
- ¹⁹ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 31 grudnia 2012 r., V KZ 63/2012, LexisNexis nr 4135005; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 28 grudnia 2006 r., IV KZ 51/2006, LexisNexis nr 2068707; postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 września 2008 r., V KZ 42/2008, LexisNexis nr 2261699.
- ²⁰ Zgodnie z treścią art. 77 kpk oskarżony może mieć jednocześnie nie więcej niż trzech obrońców.

- ²¹ Obwiniony musi mieć obrońcę przed sądem, jeżeli jest głuchy, niemy lub niewidomy lub zachodzi uzasadniona wątpliwość co do jego poczytalności (art. 21 kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia). Obrońcę z urzędu wyznacza prezes sądu właściwego do rozpoznania sprawy.
- ²² Polskie prawo karne za nieletniego uznaje osobę do 17. roku życia. Co do zasady nie ponosi ona odpowiedzialności karnej na podstawie kodeksu karnego. Wyjątek stanowią osoby w wieku od 15 do 17 lat, które dopuszczają się najpoważniejszych przestępstw, enumeratywnie wyliczonych w art. 10 kodeksu karnego, a okoliczności sprawy, stopień ich rozwoju, właściwości i warunki osobiste, a w szczególności, jeżeli poprzednio stosowane środki wychowawcze lub poprawcze okazały się bezskuteczne, przemawiają za surowszym ich traktowaniem. Wówczas orzeczona kara nie może przekroczyć dwóch trzecich górnej granicy ustawowego zagrożenia przewidzianego za przypisane sprawcy przestępstwo. Ponadto sąd może zastosować także nadzwyczajne złagodzenie kary. W stosunku do sprawcy, który popełnił występki po ukończeniu lat 17, lecz przed ukończeniem lat 18, sąd zamiast kary stosuje środki wychowawcze, lecznicze albo poprawcze przewidziane dla nieletnich, jeżeli okoliczności sprawy oraz stopień rozwoju sprawcy, jego właściwości i warunki osobiste za tym przemawiają.
- ²³ Orzecznictwo wskazuje, iż tylko całkowita utrata słuchu, wzroku czy mowy uprawnia do obrony obligatorycznej.
- ²⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r., kodeks postępowania karnego (Dz.U.1997.89.555 z późn. zm.).
- ²⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 czerwca 2011 r., SDI 2/2011, LexisNexis nr 3997462.
- ²⁶ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 19 kwietnia 2013 r., II KK 87/2013, LexisNexis nr 6714029.
- ²⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 lipca 2008 r., V KK 32/2008, LexisNexis nr 2212761.
- ²⁸ Zbrodnia to przestępstwo zagrożone karą od 3 lat pozbawienia wolności. O istnieniu tej przesłanki uzasadniającej obronę obligacyjną (czyn jest zbrodnią) decyduje kwalifikacja prawna przyjęta w akcie oskarżenia.
- ²⁹ M. Manowska (red.), „Kodeks postępowania cywilnego. Komentarz”, Warszawa 2013, s. 210.
- ³⁰ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 lutego 2004 r., SK 29/02.

Zasoby forum Hyperreal i jego zróżnicowanie tematyczne powodują, że użytkownicy korzystają z niego niezależnie od swoich doświadczeń z substancjami psychoaktywnymi. Forum jest przestrzenią, w której dochodzi do wymiany nie tylko wiedzy, ale i kontaktów, które niejednokrotnie przenoszone są poza nie. Wymiana informacji może służyć nawiązaniu znajomości, a zbudowany w ten sposób kapitał społeczny może być przydatny w pozyskiwaniu substancji psychoaktywnych.

KATALIZATORY WIEDZY, PSYCHONAUCI I CIEMNE SIECI

Dariusz Parzych

Politechnika Warszawska, Pracownia Rozwoju Osobistego

Magdalena Piejko, Michał Wanke

Instytut Socjologii, Uniwersytet Opolski

Tematem zrealizowanego projektu badawczego „Analiza dyskursu nielegalnego rynku narkotykowego w sieci na podstawie badań największego forum dotyczącego substancji psychoaktywnych” był dyskurs nielegalnego rynku narkotykowego budowany na forum dotyczącym substancji psychoaktywnych – Hyperreal. Dyskurs nie oznacza w tym wypadku jedynie opinii o rynku i substancjach, ale bardzo rozbudowany system wiedzy, opinii i postaw – dyskurs nie opisuje świata narkotyków, on go współtworzy. Celem bada-

nia było z jednej strony opisanie historii i struktury forum, a z drugiej wyjaśnienie, w jaki sposób jego użytkownicy generują wiedzę o potencjalnie nielegalnych substancjach psychoaktywnych. Projekt realizowano od listopada 2013 roku do lipca 2014 roku.

Historia wykorzystywania internetu jako ważnego narzędzia realizacji alternatywnych dyskursów dotyczących korzystania z narkotyków sięga w zasadzie początku istnienia sieci. Ważnymi składnikami alternatywnego ekosystemu

substancji psychoaktywnych są technologie anonimowości rozwijane zarówno w obszarze anonimowego dostępu do problematycznych stron, jak i do dokonywania transakcji poza jurysdykcją państwową. Forum Hyperreal jest dostępne w sieci WWW, nie jest ukryte jak zasoby anonimowej sieci Tor, ale użytkownicy zachowują odpowiednie środki ostrożności (zawarte również w regulaminie forum). Ich nieprzestrzeganie jest sankcjonowane przez moderatora, jak również przez samych użytkowników forum, którzy zwracają uwagę na nieodpowiednie zachowanie.

Internet stanowi miejsce wymiany informacji i dyskursu, który odbywa się alternatywnie wobec tradycyjnych mediów masowych, zorganizowanych w sposób hierarchiczny i poddawanych silnej społecznej kontroli. Oczywiście, dyskursy on-line również podlegają kontroli społecznej, nie dzieją się w zupełnym oderwaniu od społeczeństwa i jego norm. Jednak anonimowość komunikacji w internecie pozwala tę kontrolę (w sensie społecznym i prawnym) uchylić¹. Swobodny przepływ informacji, opinii i wiedzy pozwala wyjść poza dyskusję możliwą w sytuacji publicznej² i prowadzić dyskusję o substancjach, których używanie wiąże się w jakiś sposób z przekraczaniem granicy legalności.

W zrealizowanym projekcie badawczym zastosowano metody badań jakościowych i ilościowych, uzyskując dzięki temu zróżnicowany materiał empiryczny, który pozwala na wielowymiarową analizę procesu konstruowania alternatywnej wiedzy o rynku substancji psychoaktywnych. Dane zebrano wykorzystując: metodę etnografii wirtualnej z asynchronicznie prowadzoną obserwacją społeczności forum Hyperreal; jakościową analizę zawartości forum; techniki analizy sieciowej oraz metodę wywiadu pogłębionego. Po zebraniu danych poddano je szczegółowej analizie jakościowej i ilościowej z wykorzystaniem oprogramowania Atlas.ti, SPSS oraz Gephi. Zrealizowane badanie procesu wytwarzania wiedzy na temat substancji psychoaktywnych wymagało przyjęcia założenia o alternatywności dyskursu o nielegalnych substancjach w ramach forum Hyperreal. Pozwoliło to spojrzeć na społeczność użytkowników jak na odrębny świat konstytuowany przez mechanizmy społeczne związane z intersubiektywnym budowaniem porządku społecznego. To właśnie w trajektorii stawania się użytkownikiem forum widoczne są procedury ciągłego rekonstruowania dyskursu o substancjach psychoaktywnych w kontekście ich nielegalności.

Alternatywność dyskursu oznacza alternatywność świata forum, który dzieje się jakby obok głównego nurtu. Trzeba podkreślić, że jest to nierozpoznana przestrzeń, czego konsekwencją może być jej stereotypowe postrzeganie, także w dyskursie naukowym. Konieczne jest zatem kontynuowanie analiz w tym obszarze, a zrealizowany projekt otwiera drogę do dalszych poszukiwań. Nawet ostatnie raporty UE³ czy WHO⁴ dotyczące narkotyków rozpoznają co prawda temat tzw. *darknets*, ale dostrzegają w nich jedynie potencjalne nielegalne i nowe rynki – głównie za sprawą głośnego serwisu Silk Road, w uproszczeniu nazywanego „Ebay’em do narkotyków”, a nie podejmują tematu (re)produkcji wiedzy dotyczącej działania, zdobywania czy zapewniania bezpieczeństwa używania substancji. Nazwalismy te dyskusje katalizatorami wiedzy, ponieważ forum ułatwia docieranie do informacji i porządkuje wiadomości, a także stwarza niektórym użytkownikom warunki do stawania się ekspertami.

Forum Hyperreal jest częścią strony internetowej Hyperreal.info, działającej od 1996 roku. Serwis jest obszernym źródłem informacji i miejscem dyskusji o substancjach psychoaktywnych, m.in. nawiązuje do tematu legalizacji i depenalizacji substancji psychoaktywnych oraz zawiera relacje osób zażywających. Roboczo mówiliśmy o nich „psychonauci”, ale mniej ze względu na to, że eksplorują siebie przy pomocy stymulacji, a bardziej ze względu na to, że dzielą się opisami takich przeżyć i stanów za pośrednictwem internetu.

Forum jest zorganizowane w taki sposób, aby intuicyjnie przeszukiwać jego zasoby, dlatego działy pogrupowane są wokół ogólnych kategorii, stopniowo przechodząc w bardziej szczegółowe i doprecyzowane tematy wątków. Tematy dotyczą samych substancji, niekiedy ich pozyskiwania, ale również prawa czy luźno powiązanych spraw. Obecnie na forum Hyperreal jest zarejestrowanych 114 140⁵ użytkowników, przy czym liczba ta nie obejmuje osób, które się nie zarejestrowały, a eksplorują zasoby forum, gdyż dostęp do treści nie wymaga rejestracji (choć aktywność jest ograniczona). Z wywiadów i analizy sieciowej wiemy, że taka „bierna” forma uczestnictwa w forum należy do najpowszechniejszej.

Temat, czyli pojedynczy wątek na forum, ma charakter kumulatywnego budowania wiedzy, a nie towarzyskiej współobecności, a ponadto w linearnej strukturze wątku trudno o wytworzenie się struktury sieci i w tym miejscu użytkownicy zdecydowanie do tego nie dążą, co nie znaczy, że te sieci nie konstruują się w zupełnie inny sposób.

Realizując równolegle badania terenowe, dowiedzieliśmy się od naszych informatorów, i stało się to dla nas jasne przy analizie danych relacyjnych, że sieci powiązań między użytkownikami istnieją, jednak zgodnie z silnymi normami dyskrekcji i powściągliwości – nie są one demonstrowane. Relacje z treściami i przepływ tematów nie mają charakteru tak bardzo usieciowionego, jak się spodziewaliśmy. Forum jest starannie porządkowane przez administratorów i zgodnie z zauważoną przez nas normą rzetelnego i hierarchicznego kumulowania wiedzy, tematy skupiają się w wątkach i nie przekraczają granic tematycznych działów. Poza powyższymi ograniczeniami, udało się nam jednak dostrzec najbardziej podstawową prawidłowość: forum spaja grupa silnie powiązanych ze sobą (poprzez współobecność w tych samych wątkach – a pewnie i więcej – czego nie widzimy) aktywnych użytkowników – ekspertów, którzy dostarczają i organizują wiedzę.

Celem naszego projektu badawczego było pokazanie, czy i w jaki sposób ten alternatywny system wiedzy na forum podlega obiektywizacji. Czy cel został osiągnięty? Pozostając w poetyce analiz dyskursywnych, można by powiedzieć, że samo podjęcie się realizacji tego badania i prezentowania wyników w postaci raportu wprowadza ten alternatywny świat substancji psychoaktywnych na poziom ponadjednostkowy, bo wchodzący w pole nauki. Nie jest to jednak jedyna odpowiedź, jaką formułujemy w raporcie z badania. Przechodząc od szczegółowego opisu historii, struktury forum i typów użytkowników do analizy sieci społecznych, pokazujemy, jak złożoną przestrzeń (rozumianą jako organizacja-ludzie-wiedza) jest forum Hyperreal, gdzie relacyjność wcale nie jest tak oczywista, jak można by oczekiwać. Ważną częścią badania jest moduł jakościowy, który okazał się być kluczowy dla wyjaśnienia podjętego problemu badawczego. Przeprowadziliśmy indywidualne wywiady pogłębione z użytkownikami forum, stawiając sobie za cel rozpoznanie i zrozumienie, jak przebiega proces wnikania w forum i jakie znaczenie ma bycie na forum dla osób używających substancji psychoaktywnych. Materiał, który pozyskaliśmy, okazał się być gęstym pakietem historii nacechowanych emocjami, pragnieniami i wyobrażeniami związanymi nie tylko z używaniem forum, ale przede wszystkim z ważną tożsamościowo koniecznością jednoczesnego bycia tu i tam przy zachowaniu poczucia podmiotowości i kontrolowania używania substancji psychoaktywnych. Forum wyznacza granice swobody

i buduje ramy dla odczuwania bezpieczeństwa, ale to nie o strukturalne uwarunkowania tutaj chodzi, ale o subiektywne postrzeganie porządku forum. To, co okazało się być mocno przez nas doświadczane w trakcie analizy zebranych danych, to fakt, że badani użytkownicy identyfikują się z forum, nawet jeżeli formułują wobec niego krytyczne uwagi. Świat forum Hyperreal jest dużo bardziej złożony, niż przypuszczaliśmy przystępując do realizacji badania.

Zasoby forum i zróżnicowanie tematyczne powodują, że użytkownicy korzystają z niego niezależnie od swoich doświadczeń z substancjami psychoaktywnymi. Użytkownikami są zarówno osoby nie mające bezpośrednich doświadczeń z substancjami psychoaktywnymi, jak i te, których biografia bogata jest w tego typu sytuacje. Stąd jednoznaczne sprofilowanie użytkownika forum jest utrudnione. Odkrycie forum i rozpracowywanie jego zasobów stanowi nowy etap doświadczeń z substancjami psychoaktywnymi. Forum jest zatem przestrzenią, w której dochodzi do wymiany nie tylko wiedzy, ale i kontaktów, które niejednokrotnie przenoszone są poza nie. Wymiana informacji może służyć nawiązaniu znajomości, a zbudowany w ten sposób kapitał społeczny może być przydatny w pozyskiwaniu substancji psychoaktywnych.

Alternatywny dyskurs o nielegalnych substancjach, tworzony na forum, bazuje przede wszystkim na osobistych doświadczeniach użytkowników i jest podtrzymywany poprzez ciągle tworzenie wrażenia elitarności forum. Wytwarzana wiedza podlega profesjonalizacji, za sprawą wypowiadających się ekspertów i opinii legitymizowanych przez odwoływanie się do specjalistycznej wiedzy, normalizacji i ponownie prywatyzacji oznaczającej fragmentaryczne i sytuacyjne wykorzystywanie zdobywanej na forum wiedzy. Forum można zatem ująć jako wiedzę samą w sobie i narzędzie reprodukcji wiedzy o rynku narkotykowym.

Przypisy

- ¹ M. Barratt, „Discussing illicit drugs in public internet forums: Visibility, stigma, and pseudonymity. W J. Kjeldskov & J. Paay (red.), C&T '11. Proceedings of the Fifth International Conference on Communities and Technologies, Brisbane, Australia (ss. 159-168). New York, NY: ACM 2011.
- ² B. Skrzypulec, „Dyskurs na temat legalnych substancji psychoaktywnych w perspektywie teorii systemowej Niklasa Luhmanna”, *Studia Socjologiczne* 1/2012.
- ³ Europejski raport narkotykowy na rok 2014, EMCDDA, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg 2014.
- ⁴ World Drug Report 2014, United Nations Office on Drugs and Crime, Wiedeń 2014.
- ⁵ Stan na 28.10.2014 www.hyperreal.info/talk/the-team.html.

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii od 2012 roku wdraża w Polsce program „Candis” – pierwszy program terapeutyczny skierowany do osób mających problemy z powodu używania przetworów konopi. Wykorzystuje on metody o udokumentowanej w badaniach naukowych skuteczności: dialog motywujący, terapię poznawczo-behawioralną i trening umiejętności psychospołecznych.

PROGRAM CANDIS W POLSCE

Katarzyna Żylińska, Dorota Wieczorek
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Problemowe zażywanie przetworów konopi

Badania przeprowadzone w ostatnich latach w Polsce wskazują na wzrost konsumpcji przetworów konopi indyjskich (marihuany i haszyszu) zarówno wśród młodzieży (CBOS 2010; IPiN 2011), jak i w populacji generalnej (CINN 2010).

Ponadto z prowadzonego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii monitoringu zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków wynika, że rosnąca liczba pacjentów placówek ambulatoryjnych wskazuje na problemowe zażywanie przetworów konopi (według różnych źródeł jest to od 15 do 30%).

Szacuje się, że od 4 do 6% młodzieży w wieku 15-18 lat używa w Polsce przetworów konopi w sposób ryzykowny, który może doprowadzić do uzależnienia (ESPAD, 2011). Uzależnieni od przetworów konopi stanowili (IPiN, 2011) ok. 3% pacjentów w stacjonarnych ośrodkach terapii uzależnień i ok. 15% w placówkach ambulatoryjnych.

Konieczność zapewnienia użytkownikom konopi dostępu do właściwej oferty leczniczej jest uzasadniona z wielu powodów. Osoby używające marihuany czy haszyszu, które poszukują pomocy, nie identyfikują się z osobami z problemami opioidowymi lub alkoholowymi, a wręcz często wyrażają silną, uwarunkowaną stylem życia potrzebę odciążenia się od nich. Osoby używające przetworów konopi często różnią się od osób używających innych substancji psychoaktywnych zarówno pod względem motywów używania i motywów zmiany, jak i w kontekście warunków rozwoju i utrzymywania się używania. Są one na początku leczenia przeciętnie młodsze i lepiej zintegrowane społecznie niż na przykład pacjenci z problemami związanymi głównie z używaniem opioidów. Powyższe argumenty skłoniły niemieckich badaczy i praktyków do stworzenia programu terapeutycznego skierowanego właśnie do tych osób.

Program „Candis”

„Candis” jest krótkoterminowym programem terapeutycznym (trwa ok. 3 miesiące), adresowanym do osób powyżej 16. roku życia, który jest realizowany w warunkach ambulatoryjnych. Program wykorzystuje metody o udokumentowanej w badaniach naukowych skuteczności, tj.:

- dialog motywujący (Miller, Rollnick, 2002) – mający na celu wspieranie i rozwijanie motywacji do zmiany,
- terapię poznawczo-behawioralną (Kadden, 1992, Monti i wsp., 1989) – mającą na celu wykształcenie umiejętności pomagających zmienić wzory zachowania związane z używaniem konopi i nauczenie się życia w abstynencji,
- trening umiejętności psychospołecznych (D’Zurilla, Goldfried, 1971) – mający na celu wyćwiczenie umiejętności rozwiązywania problemów.

Należy podkreślić, że ważnym założeniem programu jest fakt indywidualnego ustalania celów terapii przez pacjenta i terapeutę. Akceptowalnym celem jest zarówno abstynencja, jak i ograniczenie używania marihuany czy innych przetworów konopi.

Program „Candis” składa się z ok. 10 sesji terapeutycznych, z których każda trwa 90 minut.

W trakcie całego programu poszczególne elementy leczenia są stosowane pojedynczo lub w kombinacji. Sesje początkowe są prowadzone dwa razy w tygodniu. Ich celem jest budowanie motywacji do uczestnictwa w leczeniu i do zmiany wzoru używania substancji. Niezwykle istotne jest przekazanie informacji zwrotnej dotyczącej wyników sesji diagnostycznej. Ma ona uświadomić pacjentowi problemy i konsekwencje związane z używaniem konopi. Z kolei wyjaśnienie pacjentowi biopsychospołecznego modelu powstawania uzależnienia jest ważną podstawą w budowaniu poczucia sensu i wagi terapii. Przez staranne rozważenie zarówno powodów abstynencji, jak i powodów używania konopi, oraz obaw pacjenta dotyczących skutków zaprzestania używania ma zostać zbudowana motywacja do

zmiany. Od czwartej do szóstej sesji terapeuta przygotowuje pacjenta na dzień „zero”, czyli dzień docelowy, w którym nastąpi zaprzestanie lub zmniejszenie ilości konsumpcji konopi. Podczas tych sesji stosuje się głównie techniki terapii poznawczo-behawioralnej. Pacjent otrzymuje instrukcje dotyczące samoobserwacji (analizy czynników wywołujących). Ćwiczy on i stosuje w codziennym życiu nowe umiejętności, np. strategie radzenia sobie z silną potrzebą zażycia konopi, zachowania alternatywne w sytuacjach zagrażających nawrotom, budowanie kompetencji społecznych. Umiejętności te stanowią ważną przesłankę do trwałego osiągnięcia najważniejszego celu terapii – abstynencji (lub ewentualnie zmniejszenia częstotliwości używania konopi). Trening rozwiązywania problemów jest częścią składową siódmej i ósmej sesji terapeutycznej. Terapeuta prezentuje pacjentowi strategie rozwiązywania problemów, które ten stara się wdrażać, ćwiczyć, a później jest to ewaluowane na podstawie konkretnie występujących problemów psychicznych lub społecznych. Podczas dziewiątej sesji terapeutycznej jest omawiany związek pomiędzy używaniem konopi a występowaniem innych zaburzeń psychicznych. Sesja dziesiąta jest poświęcona treningowi kompetencji społecznych dotyczący odrzucania propozycji używania konopi i kończy ona cały program. Podczas prawie wszystkich sesji terapeutycznych pacjent pracuje z arkuszami roboczymi. Częściowo zawierają one informacje dotyczące strategii zmiany w postępowaniu z konopiami lub tabele do opracowywania danych z samoobserwacji (np. czynników wywołujących pragnienie użycia konopi, myśli o marihuanie/haszyszu itd.). Stosowane są także instrukcje, np. dotyczące pięciu etapów rozwiązywania problemów. Arkusze robocze są ważnym narzędziem w terapii, ułatwiają bowiem zastosowanie

nowo poznanych treści, wskazań terapeutycznych w codziennym życiu pacjenta.

Skuteczność

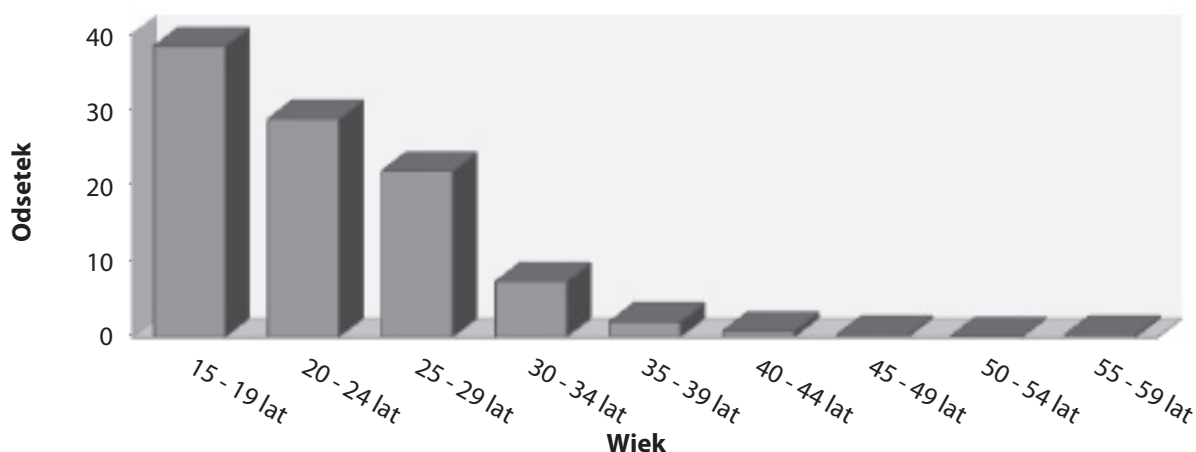
Dużym osiągnięciem niemieckich twórców programu „Candis” jest stworzenie programu krótkoterminowego o przejrzystej strukturze i jasno wytyczonych celach. Krótkoterminowość leczenia wychodzi naprzeciw oczekiwaniom zarówno klientów, jak i płatników (w tym NFZ). Skuteczność programu „Candis” została potwierdzona w badaniach ewaluacyjnych przeprowadzonych w Niemczech z wykorzystaniem grupy kontrolnej oraz losowym doбором do grupy badawczej. Próba liczyła 545 osób, a badanie wykonano po 3 i 6 miesiącach od zakończenia leczenia. Wynika z niego, że po 6 miesiącach od zakończenia programu 49% osób zachowywało pełną abstynencję, która została potwierdzona badaniami płynów ustrojowych (moczu). Kolejnych kilkanaście procent osób istotnie ograniczyło używanie substancji psychoaktywnych. Pacjenci zgłaszali także inne pozytywne skutki programu, np. poprawę stosunków z rodziną, lepsze osiągnięcia w pracy/szkole, poprawę stanu zdrowia.

Osiągnięty w badaniu wskaźnik abstynencji, bliski 50%, jest znacząco wyższy niż w wielu innych badaniach prowadzonych w podobnych populacjach pacjentów (wskaźnik ten wynosi od 23 do 34%), co sytuuje program „Candis” wśród programów o wysokiej skuteczności (Hoch i in., 2011).

Wdrażanie programu w Polsce

Wdrażanie programu „Candis” w Polsce jest koordynowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkoma-

Wykres 1. Wiek pacjentów zgłaszających się do programu „Candis”



nii w porozumieniu z Centralnym Instytutem Zdrowia Psychicznego Uniwersytetu Heidelberga w Mannheim i Uniwersytetem Technicznym w Dreźnie. Wcześniej program został sprawdzony w kilku krajach Europy Zachodniej, m.in.: w Niemczech, Austrii, Luksemburgu i Szwajcarii, gdzie dał bardzo dobre rezultaty.

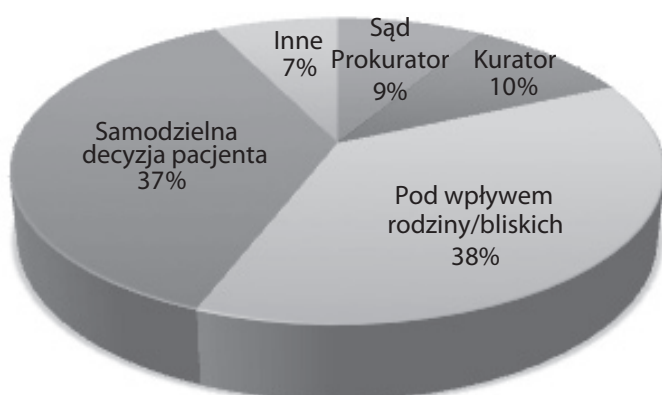
W Polsce program jest realizowany przez certyfikowanych specjalistów terapii uzależnień, którzy odbyli szkolenia przygotowujące do jego prowadzenia. Aktualnie jest przeszkolonych ok. 110 realizatorów, którzy pracują w ok. 70 placówkach ambulatoryjnych.

W Polsce „Candis” może stanowić dobre narzędzie wykorzystywane w związku z art. 72 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, który mówi: „Jeśli osoba uzależniona lub używająca szkodliwie substancji psychoaktywnej, której zarzucono popełnienie przestępstwa pozostającego w związku z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej, zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu, rehabilitacji lub udziałowi w programie edukacyjno-profilaktycznym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia, prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie”.

Kim jest pacjent programu?

Krajowe Biuro szacuje, że do programu zgłosiło się ponad 600 osób, z czego ok. 50% ukończyło go w całości. Szacunki te były możliwe dzięki ankietom przesyłanym do Krajowego Biura przez realizatorów „Candis”. Pozwoliły one również określić profil osoby zgłaszającej się do programu terapeutycznego.

Wykres 2. Rozkład odpowiedzi na pytanie: „Kto kierował pacjenta do programu »Candis«”?



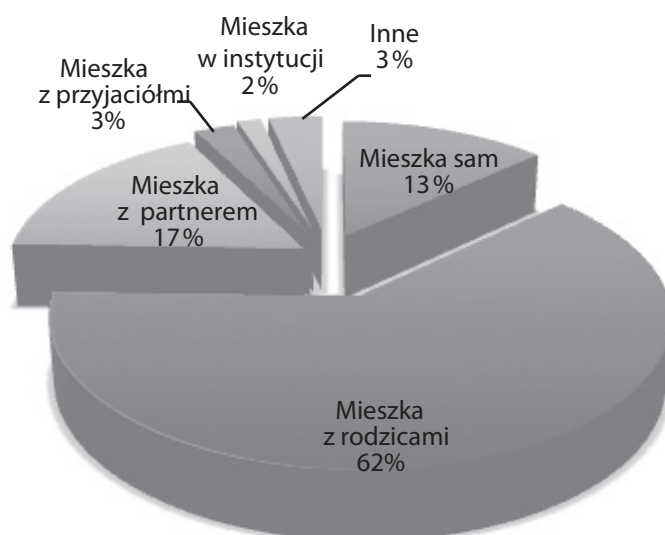
Przedstawione dane opierają się na analizie 593 ankiet. Z danych wynika, że częściej na terapię z powodu problemów związanych z używaniem przetworów konopi zgłaszają się mężczyźni (83,5% wszystkich pacjentów), kobiety stanowiły jedynie 16,5% wszystkich pacjentów.

Uczestnicy programu to głównie ludzie młodzi; średnia wieku wszystkich pacjentów wyniosła 21,84 lata. Największą grupę stanowią nastolatki. Licznie na terapię zgłaszają się również osoby w wieku 20-29 lat, niewiele ponad 10% to osoby po 30. roku życia (wykres 1). Najmłodsza osoba korzystająca z programu miał 15 lat, najstarsza – 59 lat.

Pacjenci programu „Candis” pytani byli o to, kto miał wpływ na ich zgłoszenie się na terapię. Z danych wynika, że najczęściej to bliscy i rodzina mieli decydujący wpływ na podjęcie tego kroku (38%); niewiele niższy odsetek pacjentów stanowili ci, którzy decyzję o terapii podjęli samodzielnie (37%). Znacznie niższy odsetek stanowiły osoby kierowane do programu przez sąd, prokuratora bądź kuratora (wykres 2). Wśród innych osób, które przyczyniły się do podjęcia decyzji o zgłoszeniu się do „Candis”, byli np. psycholodzy, pedagodzy bądź specjaliści terapii uzależnień figurujący w ewidencji specjalistów zbierających na zlecenie organów wymiaru sprawiedliwości informacje na temat uzależnienia osoby oskarżonej.

Korzystający z programu „Candis” to przeważnie osoby mieszkające z rodzicami (62%), co ma związek z faktem, że są to głównie nastolatki. Pozostałe osoby mieszkają same (13%) bądź z partnerem (17%). Jednostkowe były przypadki deklarowania mieszkania z przyjaciółmi lub w instytucji (wykres 3).

Wykres 3. Rozkład odpowiedzi na pytanie o sytuację domową pacjentów programu „Candis”



Pod względem sytuacji zawodowej wyniki również korespondują z wiekiem – ponad połowa pacjentów „Candis” to osoby uczące się w szkole średniej bądź na studiach. Jedna trzecia z nich to osoby pracujące, zatrudnione przez zewnętrznego pracodawcę, a niecałe 6% pracuje we własnej firmie. Nieco ponad 10% uczestników programu „Candis” posiada status osoby bezrobotnej (wykres 4).

Większość pacjentów deklaruje, że ich staż używania konopi jest dłuższy niż rok i nie przekracza trzech lat. Uczestnicy programu używający konopi od 3 do 5 lat oraz od 5 do 10 lat okazali się równie licznie reprezentowani – stanowili łącznie połowę osób, które zostały objęte badaniem. Nieco ponad 10% badanych przyznaje, że używa konopi od ponad 10 lat (wykres 5).

Dla trzech czwartych spośród wszystkich korzystających z programu „Candis” był on pierwszą okazją do kontaktu z instytucją pomocową w związku z używaniem przez nich narkotyków. Jedna czwarta badanych wcześniej już korzystała z dostępnych form profesjonalnej pomocy osobom używającym narkotyków. Im dłuższy staż używania konopi, tym więcej pacjentów deklarowało, że wcześniej poszukiwało już wsparcia w instytucjach leczenia uzależnień.

Jak wspomniano na początku blisko połowa pacjentów, którzy rozpoczęli „Candis”, zrealizowała wszystkie spotkania przewidziane programem i zakończyła leczenie. Połowa pacjentów przerwała terapię w trakcie trwania programu, część z nich na wniosek terapeuty. Program „Candis” zakłada uczestnictwo w 10 spotkaniach, a w uzasadnionych przypadkach sesji tych może być więcej. Jak wynika z ankiet maksymalna liczba zrealizowanych spotkań w ramach programu wyniosła 15, badani którzy zrezygnowali po pierwszej sesji stanowili około 6%. Podob-

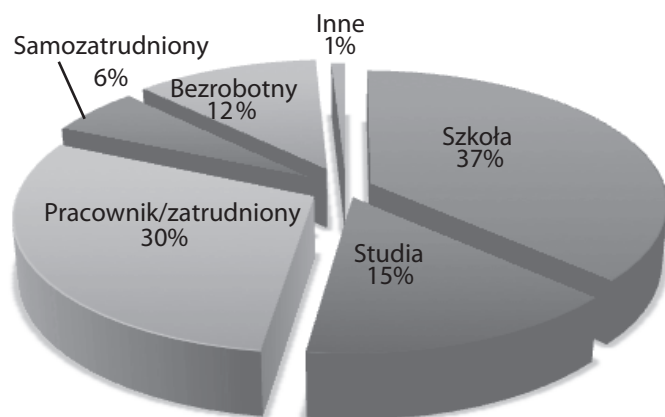
ny odsetek pacjentów rezygnował po każdej kolejnej sesji (od 5 do 7%). Najmniej badanych opuszczało program po ósmej i dziewiątej sesji. Połowa pacjentów jako deklarowany cel terapii wskazywała abstynencję, a połowa zakładała jedynie ograniczenie użytkowania. Ze względu na fakt, że to jedynie deklaracje pacjentów, trudno zweryfikować, czy cele te były utrzymywane po zakończeniu terapii. Dane z ewaluacji programu w Niemczech wskazują na utrzymywanie się efektów terapii u 49% pacjentów. Jak sytuacja wygląda w Polsce, będzie można odpowiedzieć, gdy zostanie zrealizowana podobna ewaluacja, przeprowadzona z uwzględnieniem odpowiedniej metodologii (grupa kontrolna, losowy dobór do grup), w której zebrane i wzięte zostaną pod uwagę informacje od osób po trzech i sześciu miesiącach od ukończenia leczenia.

Podsumowując, przeciętny pacjent programu „Candis” rekrutuje się spośród nastoletnich mężczyzn mieszkających z rodzicami, uczących się w szkole średniej bądź będących studentami. Używa on przetworów konopi od roku do trzech lat i wcześniej nie korzystał z żadnej profesjonalnej pomocy w związku z przyjmowaniem narkotyków. Do programu zgłosił się za namową bliskich lub rodziny albo decyzję tę podjął samodzielnie, bez udziału innych osób.

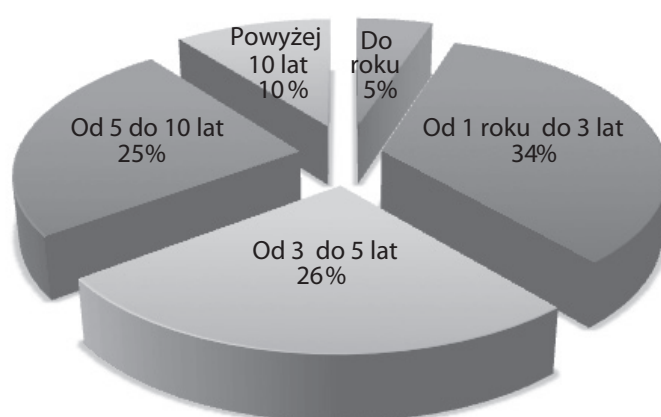
Co pacjenci mówią o „Candis”?

„Poszedłem na konsultację dotyczące udziału w programie »Candis« i to był dla mnie SZOK. Wielki szok, że w końcu spotkałem kogoś, kto jest osobą kompetentną od wypowiadania się na temat uzależnienia od marihuany. Inne od narkotyków czy alkoholu. Że objawy, które mam, są wynikiem palenia. Uzyskałem taką pierwszą informację i w sumie najważniejszą dla mnie, czyli po prostu, tak,

Wykres 4. Rozkład odpowiedzi na pytanie o status zawodowy pacjentów programu „Candis”



Wykres 5. Odsetek odpowiedzi na pytanie o czas używania konopi przez pacjentów programu „Candis”



potrzebną mi pomoc i, tak muszę dać sobie pomoc, jeśli chcę ruszyć swoje życie do przodu. Tak, jestem uzależniony od marihuany, to co przechodzę, stan, w którym się znajduję, problemy psychiczne, jakie mam i ogólna moja kondycja życiowa, to po prostu problem z marihuaną i tak to się leczy. Było to dla mnie najważniejsze, iż z całkowitej dezorientacji i braku jakiejkolwiek rzetelnej wiedzy zacząłem coś jarzyć¹.

„Same sesje były dla mnie zaskoczeniem, nie wiedziałem, czego mam się spodziewać, nie wiedziałem w ogóle, jak wygląda praca psychologa. Jednak okazało się to wszystko przemyślane ułożone. Każda sesja ma swój temat, każda zawiera w sobie ułożoną pracę na danej sesji, oczywiście w trakcie. Same sesje też ułożone zgodnie ze zdrowieniem, jakby problemy, które ja miałem i napotykałem na swojej drodze właśnie w procesie zdrowienia. Były odzwierciedlone w tematach samych sesji. Zaczyna się od wychodzenia z uzależnienia, czyli znajomości używania konopi, czemu się to robi, jakie są przyczyny jej używania. Definiuje się cel, czemu chce się przestać. Potem porusza się czynniki już wywołujące samo uzależnienie, od strony takiej bardziej medycznej. Dalsza konstrukcja terapii poza elementami pracy już na samych sesjach, zawierała też arkusze pomocnicze już do samodzielnej pracy z nimi. Kolejną rzeczą ciekawą, która dla mnie była czymś początkowo dziwnym, były flashe z sesji, czyli de facto był to rodzaj dziennika/pamiętnika do zapisywania przemyśleń już po sesjach. Uważam, że była to jedna z istotniejszych rzeczy w konstrukcji samej terapii. Jakby sam bałagan w głowie, rozchwianie myśli, po tylu latach palenia i bycia już pod wpływem wszelkich objawów abstynencyjnych, no nie powodowały bynajmniej skupienia, nie mówiąc już o wielkich problemach z pamięcią. Po każdej sesji zapisywałem swoje przemyślenia, czasem to było kilka zdań, czasem dosłownie jedno zdanie czy jedno słowo, które było dla mnie kluczem do całego tematu, to było po prostu tak cholernie ważne. Ja w trakcie samej terapii „Candis”, jak i później, wracałem do tych zapisków, są to niezwykle ważne rzeczy. To są osobiste przemyślenia, zapisywane samemu, często się ich nie pamięta, a wystarczył rzut oka i najistotniejsze fakty jakby zostawały już przygotowane. To też było dla mnie duże zaskoczenie, że twórcy tego programu tak przewidywali problemy, z pamięcią skupieniem i zbieraniem myśli, że wpadli na pomysł takiej formy dziennika pomagającego już w samodzielnej pracy”.

„Program »Candis« charakteryzuje się wykonywaniem testów i wypełnianiem tabel na każdej sesji terapeutycznej.

Początkowo mogło wydawać się to mało użyteczne i niezbyt pomocne. Nic bardziej mylnego, pod warunkiem, że sesje terapeutyczne prowadzone są przez dobrego terapeutę. W rezultacie struktura programu okazała się być w pełni pomocna i przyniosła oczekiwane rezultaty. Uzupełnianie materiałów na sesjach terapeutycznych niekiedy bywało trudnym zadaniem, natomiast przy pomocy terapeuty można było bez większych komplikacji przez wszystko przebrnąć. Struktura programu »Candis« pomogła dostrzec, w jaki sposób, jak dużo, i w jakich sytuacjach zażywany jest narkotyk, oraz zmienić nawyki, proponując skuteczne sposoby. Same sesje terapeutyczne przebiegały w miłej atmosferze”.

„Sama terapia uświadomiła mi dobrze, co straciłem przez ten czas palenia, teraz przyszedł czas na, powiedzmy, naprawienie błędów, życie w trzeźwości i nadrobienie czasu, który straciłem i także wszelkich zasobów i umiejętności, które miałem wcześniej. Wiem teraz, jak ważny jest samorozwój, że warto inwestować w siebie, że to, co robiłem, to była czysta autodestrukcja. Dlatego nadal kontynuuję terapię, już inną, czuję się dużo lepiej, niż paliłem, życie na trzeźwo mnie zaskakuje. I udowadniało mi to dobitnie, jak z pozoru miękki narkotyk, który przez wiele osób uważany jest za nieszkodliwy, może zniszczyć wiele fajnych rzeczy w życiu. Moje niepalenie wywołało wielki ferment w środowisku, niektórzy z moich kolegów przestali palić również duże ilości, ci którzy byli trochę mniej uzależnieni, palą dziś bardzo sporadycznie, także to jest fajny efekt. No, a wiem, że moje niepalenie gryzie gdzieś tam w środku tych bardziej zatwardziałych i wiem na pewno, że jeśli dalej będę zmieniał swoje życie, będę szedł do przodu i te zmiany zostaną przez nich zauważone, może sami zdecydują się na terapię. Ja ze swojej strony na pewno będę zachęcać osoby, które są uzależnione, do przyjscia na terapię, warto zmieniać życie swoje, chciałbym, żeby byli oni bardziej świadomi”.

Więcej informacji o programie można znaleźć na stronie www.candisprogram.pl

Przypisy

¹ Przytoczone wypowiedzi są autentycznymi wypowiedziami pacjentów uczestniczących w programie „Candis”.

Tradycja badań mokotowskich sięga początku lat 80. ubiegłego wieku, zatem wśród projektów badawczych ukierunkowanych na obserwację trendów w używaniu przez młodzież substancji psychoaktywnych badania te mają najdłuższą w Polsce historię. Projekt został zainicjowany w Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” – ówczesnym Zespole Środowiskowym dla Młodzieży w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

ALKOHOL, NIKOTYNA, NARKOTYKI I LEKI – WYNIKI BADAŃ MOKOTOWSKICH W LATACH 1988–2012

*Agnieszka Pisarska, Krzysztof Ostaszewski, Krzysztof Bobrowski, Anna Borucka,
Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Joanna Raduj
Zakład Zdrowia Publicznego, Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie*

Nazwa projektu badania mokotowskie pochodzi od nazwy jednej z dzielnic Warszawy, która w latach 80. obejmowała obszar należący obecnie do trzech dzielnic: Mokotowa, Ursynowa i Wilanowa. Pierwsze pomiary badań mokotowskich zrealizowano w 1984 oraz 1988 roku, czyli jeszcze w czasach PRL-u, ostatnia edycja odbyła się w 2012 roku. Dało to możliwość obserwowania zmian w zachowaniach młodzieży związanych z używaniem takich substancji, jak alkohol, nikotyna, narkotyki oraz leki o działaniu psychoaktywnym w okresie transformacji społeczno-politycznej, a także po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Dane z badań mokotowskich stanowią więc unikalne źródło informacji o trendach w sięganiu przez młodzież po substancje psychoaktywne w okresie przemian społecznych, które przyniosły naszemu społeczeństwu wiele korzyści, ale zarazem wiązały się z nasileniem działania czynników ryzyka dla zdrowia psychicznego nastolatków.

Metoda

Metodologia badań mokotowskich została szczegółowo opisana w monografii wydanej przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w 2013 roku (Ostaszewski i wsp., 2013). Badania są realizowane co cztery lata, w październiku i listopadzie, w szkołach znajdujących się na obszarze obejmującym trzy wcześniej wymienione dzielnice Warszawy. Prowadzone są metodą audytoryjną w klasach przez ankietatorów spoza szkoły, z zachowaniem anonimowości osób badanych, klas i szkół.

Liczebność grup badanych w kolejnych pomiarach była bardzo zróżnicowana. W 1984 roku w badaniach mokotowskich wzięło udział 3400 uczniów, zaś w 1998 roku prawie 4000. Od 1992 roku losujemy około połowę uczniów. Ze względu na postępujący niż demograficzny liczebność badanych grup stawała się coraz mniejsza i w ostatnim pomiarze wzięło udział tylko 975 uczniów. Jak wspomniano, uczniowie dobierani są do badań losowo, a jednostką doboru jest klasa szkolna. W badaniach zawsze biorą udział 15-latkowie. Do 1999 roku młodzież w tym wieku uczęszczała do I klas liceów, technik lub zasadniczych szkół zawodowych. Po wprowadzeniu reformy szkolnictwa 15-latkowie znaleźli się w III klasach gimnazjum. Tak więc pomiary w latach 2004, 2008, 2012 zostały przeprowadzone wśród gimnazjalistów. Konsekwencją zmiany typu szkoły, do której uczęszczają nasi respondenci, były istotne różnice w składzie wiekowym uczniów w klasach. W dawnych szkołach ponadpodstawowych odsetek uczniów mających więcej niż 15 lat, czyli takich, którzy prawdopodobnie powtarzali klasę, wahał się od 12 do 15%. W obecnych gimnazjach wskaźnik ten nie przekracza 7%. Dla zachowania porównywalności, z analiz odnoszących się do trendów w używaniu substancji psychoaktywnych wyłączone są więc dane uczniów mających więcej niż 15 lat. Od początku realizacji badań mokotowskich do pomiaru kontaktów młodzieży z substancjami psychoaktywnymi konsekwentnie są stosowane te same pytania ankietowe. Częstość używania nielegalnych substancji psychoaktywnych (nazwanych tu środkami narkotyzującymi), palenia papierosów oraz przyjmowania leków uspokajających

jających/nasennych mierzona jest z wykorzystaniem ankiety NAN, opracowanej przez B. Wolniewicz-Grzelak (Wolniewicz-Grzelak, Ostaszewski, 1983). Pytania tej ankiety dotyczą sięgania po wymienione substancje w ostatnim roku przed badaniem. W ankiecie NAN zamieszczono ponadto pytania o częstość przebywania przez respondentów w towarzystwie młodzieżowym, które sięga po środki narkotyzujące oraz rodzaj narkotyków używanych podczas takich spotkań. Pytanie to zostało opracowane w czasach, gdy bardzo niewielu nastolatków używało narkotyków. Pośredni sposób zbierania informacji o kontaktach młodzieży z substancjami nielegalnymi wynikał z troski, aby nie zachęcać uczestników do eksperymentowania z takimi środkami. Dopiero w 2012 roku opracowano i dodano do ankiety pytanie o rodzaj nielegalnych substancji. Osoby, które potwierdziły sięganie po narkotyki w ostatnim roku, były proszone o zakreślenie odpowiedniej substancji z listy, na której wymieniono: marihuanę/haszysz, kleje/rozpuszczalniki, leki psychotropowe/nasenne, amfetaminę, ecstasy, „dopalacze” oraz kategorię „inne, jakie?”. Częstość picia napojów alkoholowych mierzono ankietą „Piwo-Wino-Wódka”, również opracowaną przez B. Wolniewicz-Grzelak (Wolniewicz-Grzelak, 1995). Pytania tej ankiety odnoszą się do ostatniego przypadku picia trzech typów napojów alkoholowych: piwa, wina, wódki lub innych mocnych alkoholi. Respondenci są proszeni o odpowiedź: kiedy po raz ostatni pili każdy z wymienionych napojów; ile wtedy wypili oraz z kim pili.

Wyniki

Alkohol i papierosy

W tabeli 1. przedstawione są dane dotyczące zmian w rozpowszechnieniu picia alkoholu oraz palenia papierosów odnotowanych w kolejnych pomiarach badań mokatowskich. Ze względu na problemy techniczne związane z analizą danych z 1984 roku, zmiany w picu alkoholu (a także w używaniu narkotyków i leków) zostaną przedstawione począwszy od 1988 roku.

Dane z roku 1984 dotyczące palenia papierosów odnoszą się do wszystkich uczniów – opóźnionych i nieopóźnionych w nauce. Ze względów technicznych nie jest możliwe wyodrębnienie z bazy danych z 1984 roku uczniów nieopóźnionych w nauce i w związku z tym nie są sprawdzane istotności różnic statystycznych między rokiem 1984 a 1988. 15-letni uczniowie w zdecydowanej większości mają już za sobą inicjację alkoholową. Co jednak ciekawe, w pomiarze z 2012 roku stwierdzono istotny spadek odsetka nastolatków sięgających po alkohol – częste picie potwierdziło około 43%, zaś upijanie się około 18% badanych. W badaniach mokatowskich zrealizowanych w 1988 roku około 30% uczniów deklaroowało picie piwa, wina lub wódki w ostatnich 30 dniach przed badaniem – innymi słowy można było zaliczyć ich do grupy nastolatków często pijących alkohol. W roku 1992 odsetek ten wzrósł o 20 punktów procentowych, by utrzymać się na niezmiennym istotnie poziomie do 2008 roku. Tak więc na przestrzeni 16 lat

Tabela 1. Picie alkoholu i palenie papierosów wśród 15-letnich uczniów szkół warszawskich w latach 1984–2012

Rok badania	Alkohol		Papierosy	
	Pili często (w ciągu ostatnich 30 dni)	Upijali się często (w ciągu ostatnich 30 dni)	Palili okazjonalnie (od kilku razy w roku do kilku razy w tygodniu)	Palili codziennie
1984	-	-	19,7	12,0
1988	29,6	7,5	14,8	6,6
1992	50,4***	13,6***	17,6**	9,5***
1996	50,7	20,2***	19,4	13,7***
2000	52,5	20,3	18,6	13,9
2004	49,4	19,8	14,5**	12,0
2008	49,9	21,4	23,3***	8,4**
2012	42,6***	17,6*	21,0	10,0

Odsetki braków danych na to pytanie wahały się od 0,1% do 3,6%

p<0,01, * p< 0,001 (w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

połowę uczestników naszych badań stanowili uczniowie pijący względnie często. Podobny trend odnotowaliśmy w odniesieniu do upijania się – po skokowym wzroście stwierdzonym w pomiarach z lat 1988 oraz 1992 nastąpiła stabilizacja i do 2008 roku około 20% respondentów potwierdzało upicie się przynajmniej raz w ostatnich 30 dniach przed badaniem. W ostatnich latach nastąpiło ograniczenie kontaktów młodzieży mokotowskiej z napojami alkoholowymi, wzrósł także odsetek abstynentów – czyli nastolatków, którzy nigdy w życiu nie pili alkoholu.

W pierwszych rundach badań mokotowskich picie alkoholu i upijanie się było zachowaniem o wiele bardziej powszechnym wśród chłopców niż wśród dziewcząt. Jednak w 2000 roku odsetki dziewcząt i chłopców często pijących alkohol różniły się już tylko o jeden punkt procentowy – były więc nieznaczne. W latach 2004 i 2008 więcej uczennic niż uczniów potwierdzało częste sięganie po alkohol, ale w 2012 roku ponownie nie stwierdziliśmy istotnych różnic pomiędzy chłopcami a dziewczętami. Upijanie się, z wyjątkiem pomiaru w 2004 roku, dotyczy więc w znacznie większym stopniu chłopców niż dziewcząt. Trendy w picu alkoholu w podziale na grupę chłopców i dziewcząt przedstawia rycina 1.

Nikotyna to obok alkoholu najpowszechniej używana przez młodzież substancja psychoaktywna. Potwierdzają to również badania mokotowskie, w których w większości z dokonanych pomiarów (tj. sześciu na osiem) stwierdzono, że ponad 15% warszawskich 15-latków sięgało okazjonalnie po papierosy w ostatnim roku przed bada-

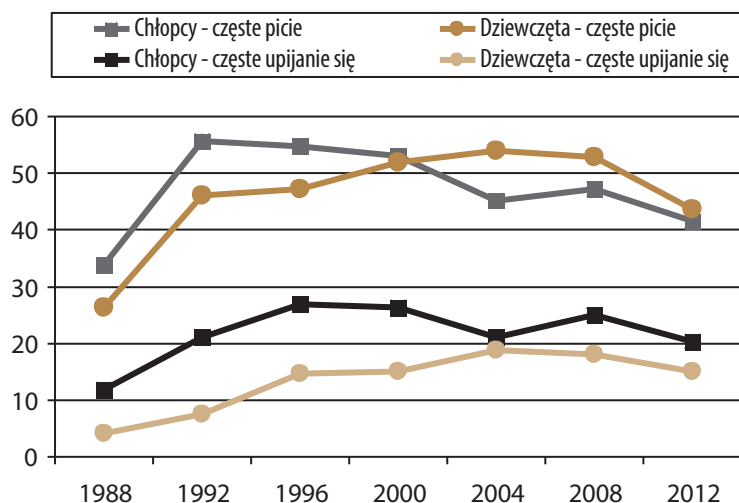
niem. Odsetki uczniów palących papierosy codziennie są oczywiście znacznie niższe – w 2012 roku około 10% uczniów przyznało się do palenia codziennego. Aktualnie około 1/3 nastolatków z Warszawy ma za sobą mniej lub bardziej intensywne doświadczenia z nikotyną. Zmiany w rozpowszechnieniu palenia papierosów odbiegają w swojej dynamice od zmian obserwowanych w przypadku alkoholu, narkotyków czy leków. Obserwujemy tu bowiem fluktuacje – najniższe odsetki uczniów mających okazjonalne doświadczenia z papierosami stwierdzono w pomiarze w 1988 roku (15%), a następnie w 2004 roku (14,5%). Palenie codzienne okazało się najmniej rozpowszechnione w pomiarach z 1988, 1992 oraz 2008 roku – odsetek uczniów potwierdzających regularne palenie nie przekroczył w tych latach 10%.

W pierwszym pomiarze w 1984 roku palenie papierosów było bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt. Wraz z kolejnymi edycjami badań dziewczęta „doganiały” chłopców – w 1996 roku zbliżone odsetki dziewcząt i chłopców raportowały okazjonalne palenie papierosów. W 2000 roku i w następnych pomiarach okazjonalne palenie papierosów okazało się bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców. Odsetki uczniów potwierdzających codzienne palenie są obecnie w obu tych grupach zbliżone.

Narkotyki oraz leki uspokajające i nasenne

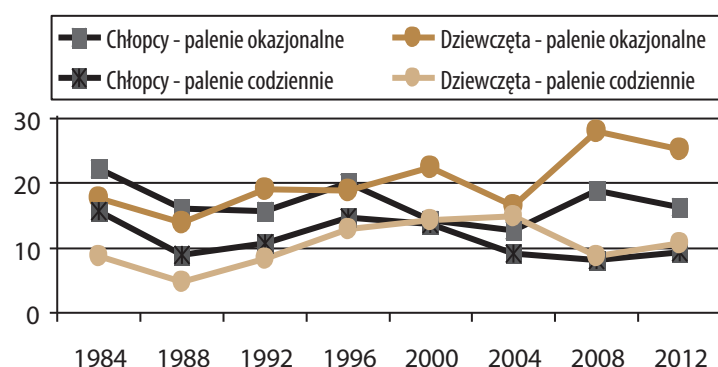
W pomiarze w roku 2012 około 18% badanych uczniów potwierdziło okazjonalne bądź częste używanie środków narkotyzujących w ostatnim roku przed badaniem. Podobne wyniki odnotowano w latach 2000, 2004 oraz 2008. Po narkotyki względnie często (czyli przynajmniej kilkanaście razy w ostatnim roku) sięgało, według pomiarów, od 2000 do 2012 roku, około 3-4% badanych nastolatków. Istotny skok w rozpowszechnieniu używania narkotyków dokonał się pomiędzy 1996 a 2000 rokiem, natomiast dane zebrane w dalszych pomiarach wskazują na stabilizację w zakresie używania nielegalnych substancji psychoaktywnych przez uczniów szkół warszawskich. Jak już wspomniano, w ankiecie uczniowie pytani byli o uczestniczenie w spotkaniach towarzyskich, w czasie których używano narkotyków. W 2012 roku udział w takich spotkaniach

Rycina 1. Płeć a trendy w picu alkoholu przez młodzież w latach 1988–2012



Źródło: Ostaszewski i wsp., 2013.

Rycina 2. Płeć a trendy w paleniu papierosów przez młodzież w latach 1984–2012



Źródło: Ostaszewski i wsp., 2013.

przynajmniej raz w ostatnim roku potwierdził co trzeci badany uczeń. W porównaniu z poprzednimi pomiarami nastąpiło więc istotne zmniejszenie odsetka nastolatków, którym zdarza się przebywać w towarzystwie osób biorących narkotyki. Najwyższy odsetek takich uczniów (45%) odnotowano w 2000 roku. Z drugiej jednak strony, po spadku w 2008 roku, wzrósł odsetek uczniów, którzy w imprezach z narkotykami uczestniczyli często – czyli kilkanaście lub więcej razy w ostatnim roku.

W ostatnim pomiarze nie stwierdzono różnic w rozpowszechnieniu używania narkotyków przez chłopców i dziewczęta. Pomiar przeprowadzony w 1988 roku wskazywał, że niewielu uczniów – zarówno dziewcząt, jak i chłopców – sięgało po narkotyki. W latach 90., narkotyki były bardziej rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród

dziewcząt. Na przykład w 1996 roku sięganie po środki narkotyzujące przynajmniej raz w ostatnim roku potwierdziło 16% chłopców i 12% dziewcząt. Wraz z początkiem obecnego stulecia dziewczęta zaczęły doganiać chłopców w zakresie kontaktów z nielegalnymi substancjami. Najpowszechniej używanym przez młodzież narkotykiem są przetwory konopi. Badania z 2012 roku wskazują, że w ostatnim roku sięgało po te substancje około 16% respondentów. Używanie takich substancji, jak kleje, amfetamina, ecstasy czy „dopalacze” potwierdziło od 0,7% do 1,2% uczniów. Stosunkowo najliczniejsza grupa nastolatków (około 2,5%) odpowiedziała, że przyjmowała w celu odurzania leki psychotropowe i uspokajające, zaś w kategorii „inne” wymieniany był Acodin – lek na bazie dekstrometorfanu – substancji o właściwościach psychoaktywnych, wprowadzony na rynek jako zamiennik kodeiny (Łukasik-Głębocka, 2008). Przyjmowanie leków uspokajających i nasennych przez młodzież stanowi przedmiot naszych zainteresowań od początku badań mokotowskich. W pierwszym pomiarze z 1984 roku stosowanie takich farmaceutyków potwierdzało około 12% uczniów (w tym 11% okazjonalnie oraz 1,5% często). W kolejnych edycjach badania odsetek ten powoli rósł i w 2012 roku po takie leki sięgało około 18% uczniów. Warto jednak podkreślić, że często po leki uspokajające bądź nasenne sięga nie więcej niż 4% warszawskich gimnazjalistów. Opisywany trend wzrostowy był wyraźniejszy

Tabela 2. Używanie narkotyków oraz leków uspokajających i nasennych wśród 15-letnich uczniów szkół warszawskich w latach 1988–2012

Rok badania	Narkotyki		Leki uspokajające i nasenne	
	Używali okazjonalnie (raz, dwa lub kilka razy w ostatnim roku)	Używali często (przynajmniej kilkanaście razy)	Używali okazjonalnie (raz, dwa lub kilka razy w ostatnim roku)	Używali często (przynajmniej kilkanaście razy)
1988	2,0	0,6	11,1	1,5
1992	1,8	0,4	12,0	1,2
1996	5,6***	0,7	12,8	2,2
2000	11,1***	2,6***	12,8	2,3
2004	13,3*	4,0**	12,6	2,8
2008	13,2	2,8	15,6*	3,7
2012	13,9	4,3	14,1	4,1

Odsetki braków danych na to pytanie wahały się od 0,1% do 1,2%

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (w każdym przypadku dotyczy porównania z poprzednim badaniem)

wśród dziewcząt, które według wszystkich pomiarów przyjmowały leki częściej niż chłopcy.

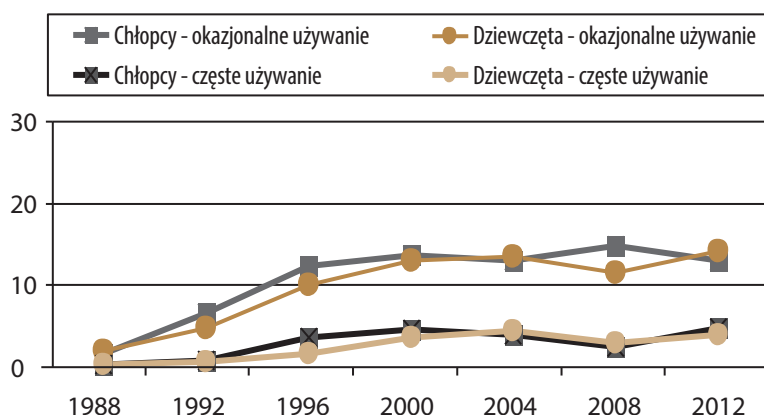
Omówienie wyników

Najbardziej optymistycznym wynikiem badań mokotowskich jest istotny spadek odsetka młodzieży sięgającej po alkohol, który dokonał się po okresie stabilizacji w latach 2000–2008. Wskazują na to zmiany we wszystkich trzech wskaźnikach: abstynencji, częstym picu oraz częstym upijaniu się. Wyniki badań ogólnopolskich prowadzonych wśród młodzieży nie wskazują natomiast na zmniejszenie odsetka pijącej młodzieży – choć z drugiej strony nie odnotowują istotnego wzrostu (Sierosławski, 2012, Mazur i wsp., 2011). Wyjaśnienie przyczyn tych różnic wymaga dalszych obserwacji, analiz rozpowszechnienia

oraz wzorów picia alkoholu wśród młodzieży i osób dorosłych. Istotne znaczenie ma przy tym analiza polityki w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i realizacji przyjętych rozwiązań na szczeblu lokalnym. W przypadku kontaktów młodzieży z nikotyną w badaniach mokotowskich obserwujemy stabilizację trendu – być może jest to zapowiedź spadku rozpowszechnienia palenia wśród nastolatków, szczególnie że dane z naszych badań wskazują, iż palenie papierosów staje się coraz mniej powszechne wśród rodziców naszych respondentów (Ostaszewski i wsp., 2013). O zmniejszaniu się w ostatnich kilkunastu latach odsetka młodzieży palącej regularnie świadczą również ogólnopolskie badania HBSC (Kowalewska, 2012). Edukacja zdrowotna oraz rozwiązania prawne, coraz bardziej utrudniające palenie w miejscach publicznych, a także „moda na niepalenie”

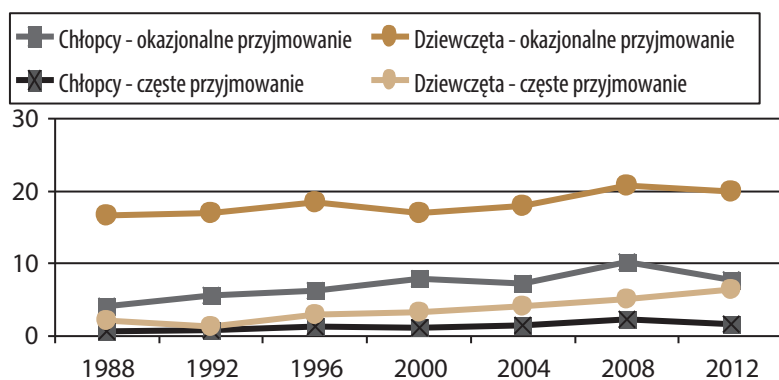
przynoszą więc wymierne efekty. Podobnie

Rycina 3. Płeć a trendy w używaniu narkotyków przez młodzież w latach 1988–2012



Źródło: Ostaszewski i wsp., 2013.

Rycina 4. Płeć a trendy w używaniu leków uspokajających/nasennych przez młodzież w latach 1988–2012



Źródło: Ostaszewski i wsp., 2013.

jak w przypadku papierosów, wyniki badań mokotowskich wskazują na stabilizację trendu w używaniu przez młodzież substancji nielegalnych. Zmniejszyły się także odsetki młodych ludzi uczestniczących w spotkaniach towarzyskich, podczas których młodzież sięga po narkotyki – ale z drugiej strony wzrósł odsetek nastolatków często biorących udział w takich imprezach. Może to wskazywać, że używanie narkotyków staje się elementem stylu życia coraz węższego kręgu nastolatków z Warszawy. Warto odnieść się w tym miejscu do wyników ESPAD zrealizowanego w 2011 roku. Dane z tych badań wskazują, że grupa młodzieży z trzecich klas gimnazjum, sięgająca w ostatnim roku po przetwory konopi, wzrosła pomiędzy 2007 a 2011 rokiem z 11 do 21%, czyli o 10 punktów procentowych. Zachowania młodzieży z gimnazjów objętych badaniami mokotowskimi różnią się więc znacznie od zachowań swoich rówieśników z innych części kraju – przynajmniej w zakresie używania substancji nielegalnych. Tym niemniej badania mokotowskie, tak jak inne badania realizowane w kraju, jednoznacznie wskazują, że najczęściej używaną przez młodzież substancją nielegalną są przetwory konopi (Sierosławski, 2011; Dzielska, 2012). Po „dopalacze”, o których było bardzo głośno pod koniec ubiegłej dekady, sięga znikoma

grupa młodzieży. Używanie takich środków w ostatnim roku potwierdziło około jednego procenta naszych respondentów.

Rozpowszechnienie leków uspokajających i nasennych wśród warszawskich gimnazjalistów jest obecnie bardzo zbliżone do rozpowszechnienia substancji nielegalnych. Zmiany w używaniu narkotyków oraz w przyjmowaniu leków, jakie dokonywały się na przestrzeni ostatnich trzech dekad, miały natomiast odmienną dynamikę. W przypadku substancji narkotycznych obserwowaliśmy „skokowy” wzrost używania w latach 1988–2000, zaś po 2000 roku stabilizację trendu. Odsetki nastolatków przyjmujących leki rosły wraz z kolejnymi pomiarami stopniowo i systematycznie. Dane na temat rodzajów substancji „narkotycznych” używanych przez naszych respondentów wskazują, że niewielu młodych ludzi sięga po leki w celu odurzenia. Wyniki omawianych w tym artykule badań, jak i inne prace dotyczące problematyki przyjmowania leków o działaniu psychoaktywnym nasuwają jednoznaczny wniosek: większość młodych ludzi, która sięga po farmaceutyki uspokajające i nasenne kieruje się potrzebą poradzenia sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi, a nie chęcią odurzenia się (Pisarska i Ostaszewski, 2006; Pisarska, 2010).

Wyniki pierwszych pomiarów zrealizowanych w ramach badań mokotowskich wskazywały, że picie alkoholu, palenie papierosów oraz używanie narkotyków jest bardziej powszechne wśród chłopców niż wśród dziewcząt. Wraz z kolejnymi pomiarami różnice pomiędzy dziewczętami i chłopcami uległy zatarciu, a w przypadku niektórych wskaźników dane wskazują wręcz na przewagę dziewcząt. W 2012 roku zbliżone odsetki 15-letnich dziewcząt i chłopców potwierdziły częste picie alkoholu, choć upijanie się nadal pozostaje domeną chłopców. Z kolei więcej dziewcząt niż chłopców sięga obecnie okazjonalnie po papierosy, nie ma zaś różnic w paleniu codziennym. Ponadto, bardzo zbliżone odsetki dziewcząt i chłopców sięgają okazjonalnie i często po substancje nielegalne. Jedyną znaczącą różnicą, która utrzymuje się we wszystkich pomiarach, jest znacznie większe rozpowszechnienie używania leków nasennych/uspokajających w grupie dziewcząt. Dane z badań mokotowskich potwierdzają więc postępującą emancypację dziewcząt – choć niestety dotyczy ona zachowań niepożądanych.

Podsumowując, wieloletnia historia badań mokotowskich upoważnia nas do stwierdzenia, że młodzież warszawska często wyprzedza w swoich zachowaniach rówieśników

z mniejszych miast lub środowisk wiejskich. Wyniki badań mokotowskich można więc traktować jako zapowiedź zmian w trendach używania substancji psychoaktywnych, obserwowanych później w całym kraju. Nasze badania, mimo iż mają charakter lokalny, są interesującym uzupełnieniem projektów ogólnopolskich, takich jak np. ESPAD i HBSC oraz sondaże prowadzone przez CBOS.

Pracę wykonano w ramach badań statutowych „Monitorowanie zachowań ryzykownych i zdrowia psychicznego młodzieży szkolnej. Kontynuacja badań mokotowskich”, w Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Bibliografia

- Dzielska A., „Używanie marihuany lub haszyszu przez młodzież 15-letnią” (w:) B. Woynarowska, J. Mazur (red.), „Wyniki badań HBSC 2010. Tendencja zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010”, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012.
- Łukasik-Głębocka M., „Dekstrometorfan i benzydamina – nowe substancje odurzające”, Serwis Informacyjny Narkomania, 2/2008.
- Mazur J., Woynarowska B., Małkowska-Szcutnik A., Kołło H., Tabak I., Kowalewska A., Dzielska A., „Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny”, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011 www.imid.med.pl/klient2/pliki/hbhc_rap1.pdf.
- Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A., Raduj J., Biechowska D., „Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2013, dostęp: www.ipin.edu.pl/wordpress/wp-content/uploads/2014/03/Badanie%20mokotowskie%202012%20final.pdf
- Pisarska A., Ostaszewski K., „Stosowanie wybranych leków przez 15-letnich uczniów szkół warszawskich”, Alkoholizm i Narkomania, 19/2006.
- Pisarska A., „Stosowanie leków a samoocena zdrowia warszawskich gimnazjalistów”, Alkoholizm i Narkomania, 23/2010
- Sierosławski J., „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r.”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011, dostęp: <http://www.parpa.pl/images/file/Raport%20ESPAD.pdf>.
- Kowalewska A., „Palenie tytoniu” (w:) B. Woynarowska, J. Mazur (red.), „Wyniki badań HBSC 2010. Tendencja zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010”, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012.
- Wolniewicz-Grzelak B., Ostaszewski K., „Badanie środowisk szkolnych w zakresie zagrożenia uzależnieniem od środków odurzających”, Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego, 4/1983.
- Wolniewicz-Grzelak B., „Badanie picia napojów alkoholowych przez młodzież arkuszem »Piwo-Wino-Wódka«”, Alkoholizm i Narkomania, 2/1995.

Artykuł prezentuje wyniki badań, których celem było oszacowanie częstości występowania HIV i HCV w populacji dożylnych użytkowników substancji psychoaktywnych na terenie Warszawy i okolic.

HIV I HCV WŚRÓD INIEKCYJNYCH UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW

Agata Kwiatkowska

Dyrektor Programu Adwokacji w Społecznym Komitecie ds. AIDS

Na przestrzeni ostatnich lat polska scena substancji psychoaktywnych uległa istotnym przekształceniom. Trend dotyczący dożylnego stosowania narkotyków ma charakter spadkowy. W 2010 roku połowa pacjentów ośrodków leczenia uzależnień nigdy nie przyjmowała środków odurzających w formie iniekcji. W 2012 roku udział ten wzrósł do dwóch trzecich¹. Z badań przeprowadzonych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wynika jednak, że dożylna forma przyjmowania narkotyków nadal jest stosunkowo popularna i stanowi duże zagrożenie ze względu na zakażenia przenoszone drogą iniekcji². Ze wstępnych danych szacunkowych z 2012 roku wynika, że liczba iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych (IDU) w Polsce mieści się w przedziale od 4307 do 10 304, przy średniej wynoszącej 7170³. Od 1985 roku do końca marca 2014 roku w Polsce zarejestrowano 17 773 przypadki zakażenia HIV, z czego co najmniej 6026 (33,9%) związanych było z dożylnym stosowaniem narkotyków⁴. Analiza nowych zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych wskazuje na ogólny trend spadkowy i jego stabilizację w ostatnich latach⁵. W 2013 roku udział osób zakażonych drogą dożylną wśród ogółu zakażonych wynosił 3,5%⁶. Należy jednak podkreślić, że dane te dotyczą wyłącznie tych osób, które podały możliwą drogę transmisji wirusa – obecnie problem nieznanego źródła zakażenia dotyczy 68,2% wszystkich zarejestrowanych przypadków⁷. Po wyłączeniu zgłoszeń z informacją niepełną, odsetek zakażeń związanych z iniekcyjnym przyjmowaniem narkotyków wzrósł do 9,0%⁸. Wśród klientów punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD) odsetek zakażeń wynikających z dożylnego stosowania narkotyków także ulegał stopniowemu zmniejszeniu – w 2012 roku w ten sposób zakażył się jedynie 1% badanych.

Jednak biorąc pod uwagę jednocześnie przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji i ryzykowne kontakty seksualne, współczynnik ten wynosił 10,9%⁹. W badaniu pt. „Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród osób przyjmujących środki odurzające we wstrzyknięciach w Gdańsku i w Krakowie”, przeprowadzonym w latach 2008–2009, ustalono, że rozpowszechnienie HIV w grupie IDU wynosi 10,3%¹⁰. Według danych na rok 2012 zebranych w PKD odsetek wyników dodatnich HIV wśród populacji IDU wynosi 8,1% i jest najwyższy spośród wszystkich analizowanych grup. Dane te nie uwzględniają ok. 10% klientów PKD, którzy znajdują się w obszarze ryzyk mieszanych¹¹. Stosunkowo duży odsetek osób zakażonych HIV w połączeniu ze skłonnością do podejmowania zachowań ryzykownych powoduje, że zakażenia w grupie IDU mają potencjał do szybkiego rozprzestrzeniania się. Co więcej, ze względu na to, że osoby stosujące narkotyki drogą dożylną często mają partnerów seksualnych, którzy nie przyjmują środków odurzających w tej formie, mogą oni stanowić źródło zakażenia dla populacji ogólnej¹². Według danych zbieranych w PKD ze wspólnych strzykawek i igieł korzysta 44,1% badanych przyjmujących substancje psychoaktywne w formie iniekcji. Ponadto 63,7% deklaruje kontakty seksualne pod wpływem alkoholu, 12,6% nigdy nie stosuje prezerwatyw, zaś kolejne 20,7% korzysta z nich jedynie czasami¹³. Obserwacja nowych zakażeń HIV oraz HCV wśród iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych stanowi istotne źródło informacji na temat poważnych konsekwencji zdrowotnych stosowania środków odurzających. Dostęp do przedstawicieli grupy IDU jest jednak bardzo ograniczony – odsetek klientów PKD deklarujących przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji jest niski

i wynosi poniżej 2%¹⁴. Ostatnie badanie oceniające sytuację epidemiologiczną HIV i HCV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w Warszawie zostało przeprowadzone w 2004 roku¹⁵. Nie ma zatem aktualnych danych dotyczących rozpowszechnienia chorób zakaźnych w tej populacji.

W związku z tym Społeczny Komitet ds. AIDS postanowił podjąć próbę oszacowania częstości występowania HIV i HCV w populacji dożylnych użytkowników substancji psychoaktywnych na terenie Warszawy i okolic. W celach szczegółowych znalazło się scharakteryzowanie grupy dożylnych użytkowników substancji psychoaktywnych, ich zachowań związanych z podwyższonym ryzykiem transmisji zakażenia oraz określenie czynników ryzyka zakażeń przenoszonych przez krew w tej populacji. Dodatkowo postanowiono opisać kanały przepływu informacji wśród IDU oraz zmierzyć ich efektywność.

Projekt został zrealizowany według schematu badania przekrojowego, opartego na anonimowych kwestionariuszach z pytaniami zamkniętymi i otwartymi oraz na testach laboratoryjnych w kierunku HIV i HCV. Kwestionariusz stworzył zespół praktyków i epidemiologów związanych z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym.

Ze względu na ograniczony dostęp do przedstawicieli grupy iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych zdecydowano się zastosować dwie metody rekrutacji uczestników. Respondenci byli rekrutowani przez przeszkolonych wolontariuszy-liderów – czynnych użytkowników środków odurzających i pacjentów programów metadonowych – oraz za pomocą zaproszeń dystrybuowanych w ośrodkach i organizacjach z obszaru uzależnień. Projekt przewidywał wewnętrzną kampanię społeczną o charakterze motywacyjno-nobilitującym, angażującą środowiska IDU.

Wybrano 30 osób, które reprezentowały różne możliwe podgrupy badanej populacji, zróżnicowane pod względem wieku, płci i częstotliwości przyjmowania substancji psychoaktywnych. Wolontariusze wzięli udział w jednodniowych warsztatach leaderskich w warszawskiej siedzibie Fundacji Redukcji Szkód, podczas których uzyskali podstawową wiedzę z zakresu profilaktyki HIV/AIDS i zdobyli umiejętności pomocne w przekonywaniu innych użytkowników substancji psychoaktywnych do wykonania testu na HIV. Uczestnicy warsztatu zostali poinformowani

o założeniach, przebiegu i celach badania. Zostali wprowadzeni w założenia redukcji szkód i peer-work – pracy w środowisku osób, które mają być testowane. Za rekrutację respondentów wolontariusze-liderzy uzyskiwali niewielką gratyfikację pieniężną. Osoby, które zgodziły się wziąć udział w badaniu, otrzymywały natomiast drobne prezenty. Na potrzebę kampanii zostały stworzone cztery wersje kolorystyczne zaproszeń. Zaproszenia zielone były dystrybuowane przez wolontariuszy-liderów. Każdy z nich otrzymał 15 kuponów do rozdania wśród znajomych. 25 wolontariuszy-liderów zgłosiło się po dodatkowe zaproszenia (15 kuponów na osobę). Pozostałe wersje kolorystyczne zostały przypisane do miejsc dystrybucji – w każdym z nich rozprowadzono po 1000 kuponów:

- zaproszenia niebieskie – w programach metadonowych,
- żółte – w programach redukcji szkód,
- pomarańczowe – przez Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych i organizacje pozarządowe.

Do badania zostały włączone osoby, które co najmniej raz w życiu przyjmowały substancje psychoaktywne w formie iniekcji, podczas ostatnich 3 miesięcy przebywały na stałe na terenie Warszawy i okolic oraz ukończyły 18 lat. W badaniu wzięło udział 96 osób. Nie wszystkie posiadały kupony. Łącznie otrzymano 79 kuponów – 60 zielonych, 14 żółtych, 3 pomarańczowe i 2 niebieskie.

Wnioski z badania

W badanej grupie rozpowszechnienie HIV wynosiło 14,7%, natomiast odsetek zakażeń HCV – 71,6%. Zdecydowana większość respondentów zakażonych HIV była jednocześnie zakażona HCV. Co istotne, nie zaobserwowano zakażeń HIV wśród badanych w wieku poniżej 30 lat. Średnia wieku osób z wynikami dodatnimi wynosiła 40,4 lata. Aż 85,7% zakażeń HIV stwierdzono wśród mężczyzn. W przypadku zakażeń HCV wartości te były nieco niższe. W grupie respondentów znajdowało się stosunkowo dużo osób społecznie zmarginalizowanych. Prawie 1/3 respondentów w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie przebywała w zakładzie karnym (w przypadku osób zakażonych HIV aż 42,9%), 23,4% karanych było za posiadanie narkotyków, 27,7% korzystało z pomocy z obszaru bezdomności, pracę zarobkową wykonywało

jedynie 28,4%. Wyższe rozpowszechnienie HIV nie wiązało się z gorszą sytuacją społeczno-ekonomiczną badanych. Należy podkreślić, że ponad 1/3 respondentów w ciągu 30 dni poprzedzających badanie nie przyjmowała żadnych substancji psychoaktywnych w formie iniekcji. Wśród czynnych IDU największą popularnością cieszyły się heroina (86,9%), stymulanty (49,2%) oraz mefedron (34,4%). Większość badanych miała za sobą pobyt w ośrodku leczenia uzależnień (57,4%), ale jedynie 28,3% przebywało w nim podczas 12 miesięcy poprzedzających badanie. Nieco większa grupa korzystała w tym czasie z oferty poradni specjalistycznych (34,4%). Osoby zakażone HIV raczej przejawiały niechęć do tego rodzaju instytucji – żadna z nich nie przebywała w ośrodku leczenia uzależnień w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, a tylko 7,1% odwiedziło w tym czasie poradnię specjalistyczną. Osoby żyjące z HIV bardzo chętnie korzystały natomiast z oferty organizacji pozarządowych i punktów dziennego pobytu (odpowiednio 71,4% i 58,3%). Informację na temat ryzyka zakażenia otrzymało blisko 70% badanych. Nieco lepiej niż osoby żyjące z HIV poinformowane były osoby zakażone HCV. Respondenci wiedzę na temat zakażeń zdobywali najczęściej w różnego rodzaju instytucjach związanych z leczeniem uzależnień (najwięcej wskazało na Fundację Redukcji Szkód i MONAR). Ważnym źródłem informacji byli też znajomi. Najrzadziej wskazywani byli natomiast streetworkerzy oraz lekarze i terapeuci. Co istotne, duża grupa respondentów korzystających ze wsparcia instytucjonalnego deklarowała, że nie uzyskała informacji na temat ryzyka zakażenia HIV i/lub HCV. Najgorzej pod tym względem wypadły szpitale i ośrodki ambulatoryjne, w których badani odbywali leczenie detoksykacyjne, programy substytucyjne, poradnie specjalistyczne oraz ośrodki leczenia uzależnień ogółem, najlepiej zaś organizacje pozarządowe, punkty dziennego pobytu oraz terapie oparte na redukcji szkód. Wydaje się więc, że najsukcesowniejszym kanałem przepływu informacji wśród dożylnych użytkowników substancji psychoaktywnych są organizacje pozarządowe. Niemal wszyscy badani deklarowali zaopatrywanie się w czysty sprzęt do iniekcji. Co ciekawe, respondenci zakażeni HIV i/lub HCV korzystali z czystego sprzętu częściej niż osoby z wynikami ujemnymi. Zdecydowana większość badanych nie miała problemów z zaopatrywaniem się w sprzęt

do iniekcji w aptekach. Jednak w grupie zakażonych HIV tylko 35,7% korzystało ze sprzętu zakupionego w aptece. Mniej istotnym źródłem okazały się punkty wymiany igieł i strzykawek – korzystało z nich 30,9% badanych. Prawie 80% respondentów deklarowało podejmowanie działań ryzykownych (dzielenie się sprzętem i kontakty seksualne bez zabezpieczenia). Co ciekawe, fakt uzyskania informacji na temat ryzyka zakażenia nie prowadził do ograniczenia tego rodzaju zachowań. Badani zakażeni HIV i/lub HCV częściej niż osoby z wynikami ujemnymi dzielili się sprzętem z innymi użytkownikami substancji psychoaktywnych. Grupy te nie różniły się natomiast pod względem częstości kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia.

Najsilniejszym czynnikiem ryzyka zakażenia HIV i/lub HCV był łączny czas przyjmowania środków odurzających w formie iniekcji. Kolejnymi istotnymi czynnikami były: przyjmowanie heroiny, polskiej heroiny, metadonu i mefedronu. Z kolei praca zarobkowa wydawała się mieć istotne działanie ochronne. Staż dożylnego przyjmowania substancji psychoaktywnych okazał się silniejszym predyktorem niż wiek badanych. Wykazano również istnienie zależności między wyższym rozpowszechnieniem HIV i/lub HCV a zaopatrywaniem się w czysty sprzęt do iniekcji w punktach wymiany igieł i strzykawek, ale wynikała ona z wpływu innych zmiennych. Badani zaopatrujący się w igły i strzykawki w punktach drop-in to osoby społecznie zmarginalizowane i szczególnie silnie uzależnione od substancji psychoaktywnych.

Badania członków tzw. ukrytych społeczności są dużym wyzwaniem dla badaczy. Dlatego fakt, że w ciągu 6 miesięcy udało się osiągnąć założoną liczebność próby, można uznać za sukces. Najbardziej efektywna okazała się rekrutacja za pośrednictwem wolontariuszy-liderów. Wydaje się jednak, że w celu zwiększenia motywacji zarówno wolontariuszy, jak i przedstawicieli grupy IDU należałoby rozważyć możliwość zwiększenia gratyfikacji otrzymywanej za rekrutowanie kolejnych respondentów oraz udział w badaniu. Dystrybuowanie zaproszeń w ośrodkach i organizacjach z obszaru uzależnień okazało się stosunkowo mało skuteczną formą rekrutacji respondentów. Wśród instytucji, w których rozprowadzane były kupony, najlepiej wypadły programy redukcji szkód.

Rekomendacje

24 czerwca 2014 roku odbyła się prezentacja wyników badania i spotkanie Okrągłego Stołu ekspertów zdrowia publicznego, w którym wzięli udział m.in. specjaliści z: Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Krajowego Centrum ds. AIDS, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (PZH), Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, Krytyki Politycznej, Fundacji Redukcji Szkód, Stowarzyszenia Lambda Warszawa oraz Społecznego Komitetu ds. AIDS. Podczas spotkania padły następujące rekomendacje:

1. Osoby uzależnione należą do grupy szczególnie narażonej na zakażenia HIV oraz HCV, dlatego należy opracować kompleksową ofertę pomocy opartą na dowodach naukowych i filozofii redukcji szkód. Dotyczy to redukcji ryzyka w przypadku przyjmowania substancji psychoaktywnych, tj. szerokiego dostępu do sprzętu do iniekcji (igły, strzykawki, gazików, wody utlenionej, naczyń), oddziaływań promujących bezpieczniejsze zachowania związane z iniekcjami i zdrowiem seksualnym (szkolenia, warsztaty), szeroko rozumianej promocji zdrowia (zajęcia edukacyjne, pomoc specjalistyczna).
2. Osoby uzależnione należą do grupy szczególnie narażonej na zakażenia HIV oraz HCV, dlatego potrzebują kompleksowej, specjalistycznej oferty testowania na HIV i HCV, dostosowanej do ich sytuacji zdrowotnej i okoliczności życiowych. W przypadku HIV zaleca się wykorzystanie szybkiej diagnostyki eliminującej pobranie materiału genetycznego drogą tradycyjną (tj. wkłucie). Formuła miejsc, gdzie odbywa się testowanie, powinna odpowiadać na rzeczywiste potrzeby jej odbiorców, gdzie poza testowaniem klienci mogliby uzyskać pomoc (medyczną, psychiatryczną, socjalną, prawną etc.) i szeroko rozumiane wsparcie psychospołeczne. Gdy testowanie będzie składową rozbudowanej oferty, jest większa szansa na nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu z użytkownikami.
3. Osoby uzależnione, żyjące z HIV, potrzebują kompleksowej, zagwarantowanej instytucjonalnie oferty wsparcia w rozpoczęciu i kontynuowaniu terapii antywirusowej (ARV). Potrzebne jest opracowa-

nie i wdrożenie takich działań, które ułatwiałyby użytkownikom poruszanie się w systemie pomocy i leczenia. Terapia ARV jest najskuteczniejszą metodą ograniczania nowych zakażeń HIV.

4. Osoby uzależnione, łamiące prawo z powodu swojej choroby, powinny być kierowane do specjalistycznych placówek zajmujących się leczeniem uzależnień. Ze względu na chorobę uzależnienia oraz ryzyko zakażenia HIV i HCV nie powinny znaleźć się w zakładach penitencjarnych.
5. Programy kierowane do osób uzależnionych powinny być tworzone i realizowane wspólnie przez instytucje rządowe, samorządowe oraz organizacje pozarządowe. Użytkownicy, w myśl zasady *peer-work*, powinni być angażowani w projekty na każdym ich etapie – od planowania działań, poprzez ich wdrażanie, aż po ewaluację.

Badanie zrealizował Społeczny Komitet ds. AIDS ze środków przyznanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Międzynarodowy Program Polityki Narkotykowej w Open Society Foundations. Analiza statystyczna i opracowanie raportu – firma FUNICULAR. Pełna wersja raportu jest dostępna na stronie www.skajds.org/pl.

Przypisy

- ¹ „2013 National Report to the EMCDDA. „Poland”. New Development, „Trends and in-depth information on selected issues”.
- ² A. Malczewski, „Wzory używania substancji psychoaktywnych wśród klientów programów niskoprogowych”, *Remedium*, 4/2013.
- ³ „2013 National Report to the EMCDDA”, op. cit.
- ⁴ Dane Zakładu Epidemiologii NIZP – PZH.
- ⁵ „2013 National Report to the EMCDDA”, op. cit.
- ⁶ Dane Zakładu Epidemiologii, op. cit.
- ⁷ Ibidem.
- ⁸ Ibidem.
- ⁹ „2013 National Report to the EMCDDA”, op. cit.
- ¹⁰ Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród osób przyjmujących środki odurzające we wstrzyknięciach w Gdańsku i w Krakowie, 2009.
- ¹¹ A. Malczewski, op. cit.
- ¹² Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród narkomanów przyjmujących środki odurzające w iniekcji w miastach o różnym stopniu realizacji programów redukcji szkód, 2004.
- ¹³ A. Malczewski, op. cit.
- ¹⁴ Ibidem.
- ¹⁵ Oszacowanie występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród narkomanów przyjmujących środki odurzające w iniekcji w miastach o różnym stopniu realizacji programów redukcji szkód, op. cit.

Do najbardziej popularnych nielegalnych substancji psychoaktywnych w Polsce należą przetwory konopi indyjskich i w mniejszym stopniu amfetamina. Po narkotyki częściej sięgają mężczyźni z młodszych grup wiekowych (15-34 lata), osoby z wyższym bądź średnim wykształceniem. Wyższe odsetki używania narkotyków zaobserwowano również w przypadku mieszkańców większych miast.

UŻYWANIE I POSTAWY WOBEC SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W POPULACJI GENERALNEJ W 2013 ROKU

Artur Malczewski, Anna Misiurek

*Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

Badania dotyczące rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych odgrywają istotną rolę w procesie monitorowania problemu narkomanii, a co za tym idzie, uzupełniają dostępną wiedzę o nowe informacje na temat narkotyków i zjawisk z nimi związanych. Sprzyja to planowaniu działań oraz konstruowaniu strategii mających na celu przeciwdziałanie narkomanii. Przedmiotem pomiaru są niekiedy także postawy wobec narkotyków i narkomanii, których wyniki pozwalają określić stopień poparcia liberalizacji prawa narkotykowego. W artykule zostaną omówione obie te kwestie.

W połowie 2013 roku zostało przeprowadzone badanie ilościowe na reprezentatywnej próbie Polaków powyżej 15. roku życia. Część terenową zrealizowała firma TNS Polska, kwestionariusz zaś został przygotowany przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (CINN KBPN). Badanie zrealizowano techniką CAPI, w ramach projektu Omnibus, za pomocą wywiadów osobistych (*face-to-face*) w domach respondentów. Cechą charakterystyczną badań omnibusowych, wykorzystywanych m.in. w marketingu, jest to, iż w ramach jednego kwestionariusza zadaje się pytania z wielu różnych dziedzin życia. Wyniki badań omnibusowych dotyczących używania substancji psychoaktywnych z reguły są niższe niż te uzyskane w przypadku badań dotyczących wyłącznie uzależnień. Ostatnie badanie na temat uzależnień behawioralnych oraz narkotyków zostało przeprowadzone w 2012 roku przez Fundację CBOS¹.

Próba badawcza i analizy

Badanie, przeprowadzone w czerwcu 2013 roku, objęło reprezentatywną próbę mieszkańców Polski (N=1000).

Respondenci byli pytani o doświadczenia związane z używaniem poszczególnych, wymienionych z nazwy substancji w trzech przedziałach czasowych – w ciągu ostatnich 30 dni, 12 miesięcy i kiedykolwiek w życiu. Są to typowe przedziały, będące europejskim standardem w badaniach ankietowych. Używanie substancji kiedykolwiek w życiu określa poziom eksperymentowania z narkotykami – respondenci mogli mieć jednorazowy kontakt z daną substancją lub używać narkotyku wiele lat przed badaniem. Pytanie to pozwala na uchwycenie używania większości narkotyków, których poziom rozpowszechnienia jest o wiele niższy w przypadku pytań o ostatnie 12 miesięcy lub 30 dni przed badaniem. Wyniki dotyczące używania w ciągu 12 miesięcy przed badaniem odnoszą się do tzw. aktualnego używania, natomiast używania w ciągu 30 dni – bieżącego używania. W niniejszej analizie skoncentrowano się na czterech substancjach z najwyższymi wskaźnikami rozpowszechnienia używania: leków uspokajających i nasennych, „dopalaczy” (nowych substancji psychoaktywnych), marihuany i stymulantów. Na podstawie danych analizowano zależności pomiędzy używaniem substancji psychoaktywnych a następującymi zmiennymi: płcią, wiekiem (siedem grup wiekowych), wielkością miejscowości (cztery kategorie: wieś, miasta: do 100 tys., od 100 do 499 tys., powyżej 500 tys.) oraz wykształceniem (podstawowe, zasadnicze zawodowe, średnie, wyższe). W celu sprawdzenia wiarygodności odpowiedzi w badaniu zapytano o nieistniejącą substancję – astrolit.

Używanie „dopalaczy” na niskim poziomie

Monitorowanie rozpowszechnienia używania „dopalaczy” z wykorzystaniem badań ankietowych wśród młodzieży

oraz badań populacji generalnej rozpoczęto w 2008 roku. Dynamiczny rozwój sklepów z „dopalaczami” w latach 2008–2010 przełożył się na wzrost używania nowych substancji psychoaktywnych. Wyniki omawianego badania wskazują na niewielki poziom używania nowych substancji psychoaktywnych w Polsce – używanie „dopalaczy” osiągnęło najwyższy poziom w 2013 roku. Do przynajmniej jednorazowego kontaktu z „dopalaczami” przyznało się 2% respondentów, przy czym po „dopalacze” w nieznacznym stopniu częściej sięgali mężczyźni (3%) niż kobiety (2%). Używanie nowych substancji psychoaktywnych zadeklarował prawie co dwunasty badany w grupie wiekowej 20-24 lata (8%). Był to najwyższy odsetek w analizowanych grupach wiekowych. O połowę niższy wskaźnik (4%) odnotowano wśród osób w wieku 15-19 lat. W pozostałych kohortach wiekowych odsetki wahały się od 3% (25-34 lata) do 0% (55-64 lata). W ciągu ostatniego roku przed badaniem „dopalaczy” używał 1% badanych, ten sam wynik obserwuje się w przypadku wskaźników dotyczących ostatniego miesiąca, wskazuje to na niski poziom aktualnego używania. Dla osób w wieku 15-34 lata wskaźnik używania w ciągu ostatniego roku wyniósł 1,7%. Analiza miejsca zamieszkania respondentów deklarujących chociaż jednorazowy kontakt z „dopalaczami” pozwala stwierdzić, że najwyższy odsetek odpowiedzi odnotowano

w miastach do 100 tys. mieszkańców (3%), a najniższy w miastach powyżej 500 tys. (1%). Jeśli przyjrzymy się wykształceniu osób sięgających po nowe substancje psychoaktywne, to najwyższy odsetek odnotowano wśród osób z wyższym wykształceniem (3%), najmniejszy zaś u badanych z wykształceniem podstawowym (1%).

W 2014 roku w Europie, na zlecenie Komisji Europejskiej, przeprowadzono badanie wśród osób pomiędzy 15. a 24. rokiem życia. Wyniki dotyczące używania „dopalaczy” w tym projekcie nieznacznie różniły się od wyników uzyskanych w badaniu omnibusowym. Zgodnie z wynikami Omnibusa, kontakt z „dopalaczami” zadeklarowało 8% badanych w wieku 15-24 lata, podczas gdy w badaniu europejskim wskaźnik ten wyniósł niewiele ponad 6%. Ze względu na różnice w metodologii nie można jednak do końca porównywać wyników tych badań. Widać jednak wyraźnie, że po „dopalacze” sięgają przede wszystkim osoby młode.

Używanie amfetaminy

Polska, obok Holandii i Belgii, jest jednym z czołowych producentów amfetaminy w Europie. Substancja ta jest najpopularniejszym stymulantem nie tylko w naszym kraju, ale również w krajach skandynawskich. W 2013

Tabela. 1. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy i w ciągu ostatnich 30 dni w 2013 roku (%)²

Substancja	Kiedykolwiek w życiu	W ciągu ostatnich 12 miesięcy	W ciągu ostatnich 30 dni
Jakikolwiek narkotyk	7,1%	2,5%	1,5%
Marihuana/haszysz	6,6%	2,4%	1,1%
LSD/grzyby halucynogenne	1,3%	0,4%	0,2%
Amfetamina	2,1%	0,4%	0,4%
Ecstasy	1,6%	0,5%	0,3%
Kokaina/crack	1%	0,4%	0,2%
Astrolit	0,4%	0,3%	0,2%
Heroina	0,6%	0,3%	0,1%
Metadon	0,4%	0,2%	0,2%
Polska heroina (kompot)	0,5%	0,2%	0,1%
Sterydy anaboliczne	0,9%	0,3%	0,2%
Substancje wziewne	0,6%	-	-
Leki nasenne i uspokajające	11,6%	3,7%	1%

Źródło: Opracowanie własne, CINN KBPN.

roku w wyniku działań policji, zabezpieczono ponad 675 kg tego narkotyku, tj. prawie o 60 kg więcej niż w 2012 roku. Na podstawie art. 62 ustawy narkotykowej policja dokonała 6149 konfiskat amfetaminy, co stanowiło 16% wszystkich spraw z tego artykułu w 2013 roku. Artykuł 62 dotyczy posiadania narkotyków i stanowi połowę wszystkich przestępstw stwierdzonych w Polsce. Co roku policja wykrywa ok. 15-16 nielegalnych laboratoriów narkotyków syntetycznych, głównie amfetaminy. Zgodnie z danymi uzyskanymi w Omnibusie, 2% respondentów używało amfetaminy kiedykolwiek w życiu (taki sam odsetek kobiet i mężczyzn – 2%). W ciągu ostatniego roku odsetek ten był niewielki i wyniósł 0,4%. Wśród młodych dorosłych (15-34 lata) wskaźnik aktualnego używania wyniósł natomiast 1,2%.

Najwyższe wskaźniki rozpowszechnienia amfetaminy odnotowano wśród osób w wieku 20-24 lata (7%), z wyższym wykształceniem (5%) oraz w miastach do 100 tys. mieszkańców lub powyżej 500 tys. (3%). Amfetamina jest o wiele bardziej popularnym narkotykiem wśród osób używających narkotyków w iniekcjach. Według danych pochodzących z badań CINN z 2012 roku, połowa iniekcyjnych użytkowników narkotyków używała amfetaminy w ciągu ostatniego miesiąca.

Leki uspokajające i nasenne

Badania dotyczące rozpowszechnienia substancji psychoaktywnych wskazują, że Polska należy do grupy państw o najwyższych wskaźnikach używania leków nasennych i uspokajających przyjmowanych bez przepisu lekarza. Trend ten obserwuje się zarówno w grupie dorosłych Polaków, jak i wśród młodzieży (po roku ESPAD, badania CINN KBPN – 2008–2010). Wyniki Omnibusu z 2013 roku również potwierdzają tę tendencję. Spośród wszystkich analizowanych substancji najwyższe wskaźniki odnotowano w przypadku leków uspokajających i nasennych przyjmowanych w celach pozamedycznych. Eksperymentowanie z tymi środkami zadeklarowało w 2013 roku 12% respondentów, przy czym w grupie kobiet odsetek ten był wyższy o pięć punktów procentowych niż w grupie mężczyzn. Nieco niższe wskaźniki używania wśród mężczyzn odnotowano także w przypadku przyjmowania leków w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Kontakt z lekami deklarowały częściej osoby w średnim wieku – 35-44 lata i 45-54 lata (odsetki odpowiedzi dla kategorii kiedykolwiek w życiu wynosiły odpowiednio: 13% i 15%);

najniższy odsetek zanotowano zaś w najmłodszych kohortach wiekowych (po 7% w grupach 15-19 lat i 20-24 lata). W przypadku aktualnego używania nie zauważono istotnych różnic pomiędzy poszczególnymi przedziałami. Po leki w celach pozamedycznych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem sięgali najczęściej najmłodsi uczestnicy badania (3%) oraz osoby z przedziału 45-54 lata (2%). Wśród młodych dorosłych (15-34 lata) wskaźnik aktualnego używania wynosił natomiast niewiele ponad 3%. Zmienną różnicującą wskaźniki używania środków uspokajających oraz nasennych jest również wielkość miejscowości zamieszkania badanych. Prawie 15% osób deklarujących stosowanie tych leków pochodzi z dwóch kategorii miejscowości: miasta do 100 tys. mieszkańców i miasta 100-499 tys. mieszkańców. W przypadku aktualnego i bieżącego używania wskaźniki te są wyrównane we wszystkich klasach wielkości i wahają się od 3% do 5% w przypadku ostatnich 12 miesięcy oraz od 0% do 2% w ciągu ostatnich 30 dni.

Należy jednak zwrócić uwagę na treść zadawanych w omawianym badaniu pytań. Opisane wyniki dotyczyły odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarzyło się Panu(i) używać kiedykolwiek leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza?”³. Jest ono zgodne z metodologią międzynarodowych badań ESPAD i stosowane w kolejnych edycjach projektu. W kwestionariuszu badania omnibusowego umieszczono dodatkowy moduł pytań dotyczących stosowania leków nasennych i uspokajających bez przepisu lekarza. W pierwszej kolejności respondenci odpowiadali na pytanie: „Czy zdarzyło się Panu(i) kiedykolwiek używać bez zalecenia lekarza leków uspokajających lub nasennych dostępnych na receptę?”⁴; następnie mieli możliwość wpisania nazwy środków, których zażywanie zadeklarowali. Odsetki odpowiedzi na zadane powyżej pytania różnią się od wyników dotyczących eksperymentowania z lekami uzyskanych w badaniu ESPAD. Ponad 5% respondentów przyznało, iż eksperymentowało ze środkami uspokajającymi i nasennymi dostępnymi na receptę bez zalecenia lekarza. Wskaźniki dla używania aktualnego i bieżącego wynosiły w przybliżeniu odpowiednio 3% i 1%.

Dodatkowy moduł dotyczący leków dodano w kwestionariuszu, aby zweryfikować, jakiego rodzaju leki są przyjmowane przez ankietowanych – głównym celem tego pytania było bowiem uchwycenie wyłącznie tych osób, które używają dostępnych na receptę środków nasennych i/lub uspokajających bez zalecenia lekarza. W poprzednich edycjach Omnibusu respondenci deklarowali używanie

farmaceutyków dostępnych bez recepty, typu Persen, Nervosol czy Kalms (por. badanie z 2009 roku). W 2013 roku wśród odpowiedzi badanych również pojawiły się ogólnodostępne środki o działaniu uspokajającym i/lub nasennym (ok. 1% osób, które udzieliły odpowiedzi na powyższe pytanie), ok. 3% ankietowanych nie potrafiło podać nazwy przyjmowanego leku, natomiast 2% wskazywało na leki dostępne na receptę (np. Relanium, Xanax czy Diphergan).

Rozbieżności w wynikach tych dwóch pytań pokazują, z jaką ostrożnością należy podchodzić nie tylko do badania wskaźników dotyczących stosowania leków uspokajających i nasennych, ale także ich interpretacji. Analiza wyników powinna opierać się nie tylko na wskaźnikach liczbowych, ale także na weryfikacji odpowiedzi udzielonych przez respondentów – pozwoli to na kontrolę odpowiedzi odnoszących się do suplementów diety czy leków OTC.

Marihuana i haszysz

Marihuana jest zaliczana do najbardziej rozpowszechnionych substancji w Polsce. W 2013 roku policja dokonała 29 544 konfiskat marihuany na podstawie art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Stanowiło to 79% wszystkich przestępstw stwierdzonych z tego artykułu. W efekcie prowadzonych przez policję i straż graniczną działań zabezpieczono 208 394 g haszyszu i 1 232 834 g marihuany. Policja wykryła ponadto 1246 nielegalnych upraw marihuany oraz zabezpieczyła 68 555 roślin.

Według danych uzyskanych w badaniu używanie marihuany w 2013 roku deklarowało 7% respondentów; kontakt z nią w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz 30 dni przed badaniem zadeklarowało odpowiednio 2% i 1% ankietowanych.

Wyższe odsetki odpowiedzi odnotowuje się w przypadku mężczyzn – do eksperymentowania z przetworami konopi przyznało się ich 10% (przy 4% kobiet). Różnicę w wyni-

kach dotyczących używania marihuany odnotowuje się również w przypadku kategorii ostatnie 12 miesięcy (4% mężczyźni, 1% kobiety). Po przetworzy konopi częściej sięgają ludzie młodzi, przy czym najwyższe wskaźniki eksperymentowania występują w grupach 20-24 lata oraz 25-34 lata (odpowiednio 15% i 10%), najniższe zaś w kohortach osób powyżej 55. i 65. roku życia (po 1%). W grupie 15-34 lata wskaźnik używania aktualnego wynosił prawie 5%. Zgodnie z danymi dotyczącymi wykształcenia uczestników badania, 13% osób z dyplomem szkoły wyższej deklaroowało używanie marihuany przynajmniej raz w życiu. W przypadku pozostałych kategorii (średnie, zasadnicze zawodowe, podstawowe) odsetki odpowiedzi nie przekroczyły 8%. Nie obserwuje się natomiast różnic w używaniu bieżącym i aktualnym. Istotnych różnic nie odnotowano także w odniesieniu do wielkości miejsca zamieszkania. Wskaźniki odpowiedzi dotyczące eksperymentowania dla osób z miejscowości do 100 tys. mieszkańców, miast 100-499 tys. oraz powyżej 500 tys. mieszkańców były zbliżone i wynosiły 8-9%. Niewielkie różnice pojawiają się dopiero na poziomie używania aktualnego i bieżącego – osoby z największych miast najczęściej deklarowały kontakt z marihuaną.

Postawy wobec narkotyków

Od kilku lat w Polsce toczy się dyskusja na temat prawa narkotykowego, przedstawianego niekiedy jako zbyt represyjne i wymagające w związku z tym zmian. Warto poznać opinię społeczeństwa na temat kwestii związanych z narkotykami, takich jak stopień akceptacji używania substancji psychoaktywnych czy podejścia do karania za posiadanie używek.

Respondentów zapytano, czy używanie substancji psychoaktywnych powinno być dozwolone. 78% ankietowanych stwierdziło, że używanie marihuany powinno być zakazane, zdaniem 90% badanych używanie heroiny również

Tabela 2. Używanie której z poniższych substancji powinno być zakazane (2013 rok)

	Alkohol	Marihuana	Heroina	Papierosy
Zdecydowanie tak	5%	55%	70%	7%
Raczej tak	6%	23%	20%	9%
Raczej nie	48%	12%	4%	46%
Zdecydowanie nie	39%	8%	4%	35%
Nie wiem/trudno powiedzieć	2%	2%	1%	3%

Źródło: Opracowanie własne, CINN KBPN.

nie powinno być dozwolone. Warto przypomnieć, że według polskiego prawa używanie narkotyków nie jest zabronione. Z badań wynika zatem, iż w społeczeństwie dominują bardziej radykalne postawy niż w istniejących rozwiązaniach prawnych. Dla porównania, o wiele niższe odsetki badanych odnotowano wśród tych osób, które nie popierają zakazu używania alkoholu (11%) czy papierosów (16%). Poziom akceptacji dla substancji legalnych jest zatem o wiele wyższy niż dla nielegalnych.

Badanych zapytano również, czy w ich opinii posiadanie narkotyków, niezależnie od ich ilości, powinno być karane więzieniem. Blisko połowa respondentów (48%) była za takim rozwiązaniem.

Zmiennymi różnicującymi poglądy na temat karania za posiadanie narkotyków są m.in. płeć, wiek oraz wykształcenie. Z wykresu 1. można wysnuć kilka wniosków. Po pierwsze, zarówno badani mężczyźni, jak i kobiety z najstarszej grupy wiekowej uważają, iż posiadanie narkotyku powinno być karane więzieniem. Po drugie, odsetek badanych, którzy odpowiedzieli, że posiadanie narkotyków nie powinno wiązać się z karą pozbawienia wolności, malał wraz ze wzrostem wieku badanych, tzn., że młodszy respondenci częściej deklarowali, że nie powinno się zostać ukaranym za posiadanie substancji psychoaktywnych. Po trzecie, mężczyźni z młodszych grup wiekowych rzadziej niż ich rówieśniczki wskazują na karę więzienia jako sposób postępowania z osobami, które złapano na posiadaniu narkotyków.

Inną zmienną, która różnicuje wyniki uzyskane w badaniu, jest poziom wykształcenia. Osoby z wykształceniem podstawowym częściej deklarowały, że w ich opinii posiadanie nielegalnych substancji psychoaktywnych powinno łączyć się z karą pozbawienia wolności (por. wykres 2.). Generalnie, wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia badanych spada liczba osób, które popierają karanie za posiadanie. Zdecydowany sprzeciw wobec takiej praktyki

wyrażają mężczyźni z wykształceniem wyższym (15%) oraz – co ciekawe – kobiety z wykształceniem zawodowym/gimnazjalnym.

Podsumowując, osobami, których zdaniem posiadanie jakiegokolwiek ilości narkotyku powinno łączyć się z karą pozbawienia wolności, są przede wszystkim kobiety z najstarszych grup wiekowych (powyżej 55. roku życia), które zakończyły edukację po szkole podstawowej.

Podsumowanie

Do najbardziej popularnych nielegalnych substancji psychoaktywnych w Polsce należą przetwory konopi indyjskich i w mniejszym stopniu amfetamina. Do zażywania nielegalnych substancji psychoaktywnych w ciągu ostatniego roku przyznało się 2,5% badanej populacji, kiedykolwiek w życiu – 7,1%; dla marihuany wskaźniki te wynosiły odpowiednio 2,4% oraz 6,6%. Porównując wyniki dotyczące używania jakiegokolwiek narkotyku, można stwierdzić, że sięganie po nielegalne substancje w Polsce wiąże się przede wszystkim z używaniem przetworów konopi.

Po narkotyki częściej sięgają mężczyźni z młodszych kohort wiekowych (15-34 lata), osoby z wyższym bądź średnim wykształceniem. Wyższe odsetki używania narkotyków zaobserwowano również w przypadku mieszkańców większych miast. Należy jednak zaznaczyć, że cechy te są charakterystyczne dla użytkowników substancji nielegalnych. Działania profilaktyczne powinny zatem dotyczyć nie tylko młodzieży, ale także młodych dorosłych; należy je jednak realizować przede wszystkim w miastach. Marihuana stanowić będzie największe wyzwanie dla systemu pomocy. Mimo sprzeciwu wobec używania tego narkotyku (78% za zakazem używania), wzrasta jego popularność, co może wiązać się ze wzrostem zapotrzebowania na leczenie. Według danych CINN z 2012 roku co druga osoba, która po raz pierwszy w życiu zgłosiła się na leczenie, zrobiła to

Tabela 3. Karanie za posiadanie narkotyków (2013 rok)

	Czy za posiadanie narkotyków, w jakiegokolwiek ilości, powinno się Pana(i) zdaniem karać więzieniem?
Zdecydowanie tak	21%
Raczej tak	27%
Raczej nie	27%
Zdecydowanie nie	12%
Nie wiem/trudno powiedzieć	12%

Źródło: Opracowanie własne, CINN KBPN.

z powodu problemów związanych z używaniem marihuany. Wiąże się to z faktem, iż marihuana ma o wiele większe stężenie THC niż kilka lat temu (średnia zawartość THC według CLKP w 2013 roku wynosiła 10%), a to oznacza, że obecnie palący przyjmują jednorazowo większe dawki substancji narkotycznej niż kiedyś.

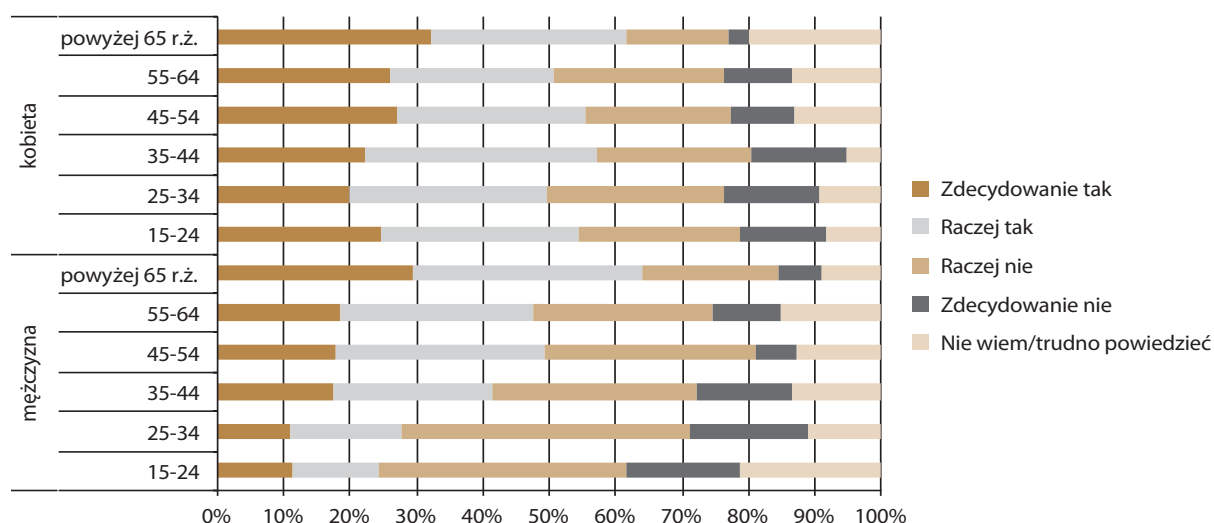
Amfetamina w dorosłej populacji jest najczęściej używanym stymulantem, jednakże jej poziom rozpowszechnienia jest niski. Po leki nasenne i uspokajające przyjmowane bez przepisu lekarza częściej sięgają kobiety ze starszych grup wiekowych (powyżej 45 lat), mieszkanki wsi oraz mniejszych miejscowości, z wyższym bądź zawodowym wykształceniem. Wyniki badania pokazują również, że ruchy na rzecz legalizacji marihuany nie mają szerokiego wsparcia społecznego. Prawie połowa społeczeństwa jest za karaniem więzieniem za posiadanie jakiegokolwiek ilości marihuany, trzy czwarte uważa natomiast, że używanie marihuany nie powinno być dozwolone.

Przypisy

- ¹ Wyniki badania zostały opublikowane w „Serwisie Informacyjnym Narkomania” nr 1/2013.
- ² Zmienna jakiegokolwiek narkotyk została utworzona na podstawie odpowiedzi respondentów, którzy w pytaniach odnoszących się do określonych substancji psychoaktywnych wskazali chociaż raz odpowiedź „tak” w przypadku następujących kategorii odpowiedzi: kiedykolwiek w życiu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, w ciągu ostatnich 30 dni. Do zmiennej jakiegokolwiek narkotyk zostały włączone następujące środki: marihuana, haszysz, LSD, amfetamina, grzyby halucynogenne, ecstazy, kokaina, crack, heroina, metadon oraz polska heroina (tzw. kompot).
- ³ Pytanie to dotyczyło również używania leków uspokajających i nasennych w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz 30 dni przed badaniem.
- ⁴ Pytanie to dotyczyło również używania leków uspokajających i nasennych w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz 30 dni przed badaniem.

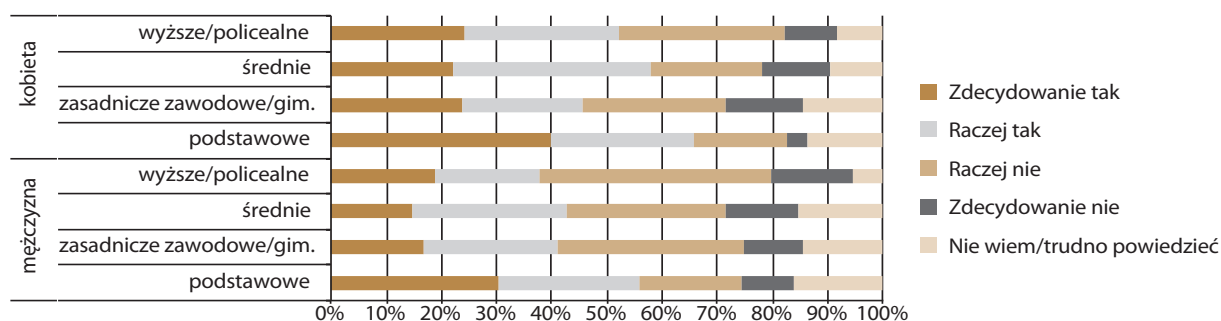
Bibliografia dostępna w redakcji.

Wykres 1. Czy za posiadanie narkotyków, jakiegokolwiek ilości, powinno się Pana(i) zdaniem karać więzieniem?



Źródło: Opracowanie własne, CINN KBPN.

Wykres 2. Czy za posiadanie narkotyków, jakiegokolwiek ilości, powinno się Pana(i) zdaniem karać więzieniem?



Źródło: Opracowanie własne, CINN KBPN.

W 2013 roku 22% wszystkich wydatków gmin i miast w Polsce na przeciwdziałanie narkomanii pochodziło z 10 miast: Wrocławia, Bydgoszczy, Lublina, Łodzi, Krakowa, Warszawy, Gdańska, Katowic, Poznania i Szczecina (ponad 8 mln zł z 36,7 mln wydanych przez jednostki samorządu terytorialnego z paragrafu 85153). Najwięcej wydały Katowice – ponad 2 mln zł i Łódź – ponad 1,2 mln, najmniej zaś przeznaczył Kraków – niecałe 100 tys. Wydatki Katowic na przeciwdziałanie narkomanii stanowiły jedną trzecią wydatków wszystkich gmin i miast w województwie śląskim w ubiegłym roku, podobnie było w województwie łódzkim – wysokość środków Łodzi na rozwiązywanie problemów narkomanii stanowiła połowę wydatków całego województwa.

DZIAŁANIA DUŻYCH MIAST W PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII W 2013 ROKU – CZĘŚĆ I

Artur Malczewski, Anna Misiurek
Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W zakresie rozwiązywania problemu narkotyków ważnym partnerem dla instytucji centralnych jest społeczność lokalna. Miasta i gminy od wielu lat aktywnie działają w obszarze profilaktyki uzależnień. Organizowana co roku przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii konferencja dla gmin i ekspertów wojewódzkich pokazuje, że samorządowcy dostrzegają wagę problemów uzależnień od substancji psychoaktywnych. Ostatnie spotkanie zostało zorganizowane na początku października 2014 roku we współpracy z Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej w Warszawie (MCPS). W konferencji „Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień” udział wzięli zarówno przedstawiciele władz samorządowych, jak i zagraniczni goście, którzy przedstawili swoje doświadczenia w zakresie poprawy jakości profilaktyki w swoich państwach. Zarówno Krajowe Biuro, jak i MCPS uczestniczą w projekcie „Promocja dobrych praktyk w profilaktyce uzależnień

od narkotyków” (European Drug Prevention Quality Standards – EDPQS). Celem podjętych działań jest opracowanie praktycznych narzędzi oraz szkoleń, które pomogą w integracji i implementacji standardów jakości w obszarze profilaktyki uzależnień od

narkotyków, jak również utrwalenie europejskiego konsensu w zakresie standardów jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie aktywności dużych miast (Wrocław, Bydgoszcz, Lublin, Łódź, Kraków, Warszawa, Gdańsk, Katowice, Poznań, Szczecin) w ramach przeciwdziałania narkomanii.

Nowe zadania od 2005 roku

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku zwiększyła możliwości zaangażowania się

samorządu lokalnego, w tym dużych miast, w przeciwdziałanie narkomanii. Gminy i miasta mogły wykorzystywać środki z pozwoleń na sprzedaż al-

Według danych Ministerstwa Finansów, w 2013 roku jednostki samorządu terytorialnego wydały około 36,7 mln złotych na realizację działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii w ramach gminnych programów. Problem narkotyków to przede wszystkim problem dużych miast. W niektórych województwach wydatki miast stanowią znaczną część środków na przeciwdziałanie narkomanii.

koholu na profilaktykę narkomanii, jak również na inne działania, takie jak wspieranie leczenia czy redukcję szkód. W celu skutecznego prowadzenia działań na poziomie lokalnym, jednostki samorządu terytorialnego zostały zobowiązane do opracowania i wdrożenia gminnego programu przeciwdziałania narkomanii, tzw. lokalnej strategii.

Od 2005 roku dochody z opłat za zezwolenia na sprzedaż alkoholu (tzw. korkowe) są wykorzystywane na realizację gminnych programów przeciwdziałania narkomanii; gminy mają również możliwość wykorzystywania innych funduszy na realizację programów profilaktycznych. Według danych Ministerstwa Finansów, w 2013 roku jednostki samorządu terytorialnego wydały około 36,7 mln złotych na realizację działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii w ramach gminnych programów. Problem narkotyków to przede wszystkim problem dużych miastach, dlatego też warto przyjrzeć się działaniom podejmowanym w tym obszarze przez największe miasta w Polsce. Charakter oraz zasięg prowadzonych aktywności jest dość zróżnicowany. W niektórych województwach wydatki miast stanowią znaczną część środków na przeciwdziałanie narkomanii. Dla przykładu, w województwie łódzkim nakłady miasta Łodzi to połowa wszystkich wydatków miast i gmin ze środków narkotykowych w ramach środków pochodzących z zezwoleń na sprzedaż alkoholu.

Podstawy prawne

Dane przedstawione w artykule bazują na corocznie wypełnianych sprawozdaniach z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN). Gminy i miasta są zobowiązane do opracowania swoich lokalnych strategii na podstawie dwóch dokumentów: ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (obecnie na lata 2011–2016). Zgodnie z ww. ustawą, przeciwdziałanie narkomanii należy do zadań własnych gminy, obejmujących:

1. zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem;
2. udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej;
3. prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;
4. wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii;

Tabela 1. Wydatki na przeciwdziałanie narkomanii, diagnoza oraz program w 2013 roku

Miasto	Województwo	Całkowity koszt na przeciwdziałanie narkomanii	Wydatki na przeciwdziałanie narkomanii z rozdz. 85153	Diagnoza	Program oddzielny/wspólny
Wrocław	dolnośląskie	1358996,00	870000,00	tak	wspólny
Bydgoszcz	kujawsko-pomorskie	2095000,00	520039,00	tak	oddzielny
Lublin	lubelskie	268368,00	0,00	tak	oddzielny
Łódź	łódzkie	1232872,00	1232872,00	nie	oddzielny
Kraków	małopolskie	5467763,00	99281,00	tak	wspólny
Warszawa	mazowieckie	1162310,38	1162310,38	nie	oddzielny
Gdańsk	pomorskie	869955,00	869955,00	tak	oddzielny
Katowice	śląskie	2013807,00	2013807,00	nie	oddzielny
Poznań	wielkopolskie	989677,00	989677,00	tak	oddzielny
Szczecin	zachodniopomorskie	460735,00	398320,00	tak	oddzielny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie kwestionariuszy sprawozdawczych KPPN w 2013 r.

5. pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii z kolei wyznacza dla jednostek samorządu terytorialnego kierunki do realizacji. Na podstawie lokalnej diagnozy zjawiska narkomanii, kierunków KPPN i zapisów ustawy narkotykowej jednostki samorządu terytorialnego opracowują program przeciwdziałania narkomanii. Większość miast posiada oddzielne programy przeciwdziałania narkomanii i rozwiązywania problemów alkoholowych. W przypadku Wrocławia i Krakowa programy te były wspólne (tabela 1.). Wszystkie omawiane miasta realizowały działania z zakresu profilaktyki narkomanii; przy czym Lublin nie wdrażał w ubiegłym roku żadnych działań z zakresu profilaktyki uniwersalnej w ramach strategii narkotykowej, natomiast Warszawa selektywnej i wskazującej. Wszystkie miasta realizowały działania z zakresu leczenia i w dużym stopniu z zakresu zwiększenia dostępności programów redukcji szkód (z wyjątkiem Katowic i Bydgoszczy w przypadku redukcji szkód). Wrocław, Gdańsk i Szczecin wspierały ponadto programy leczenia substytucyjnego. W mniejszym stopniu działania były

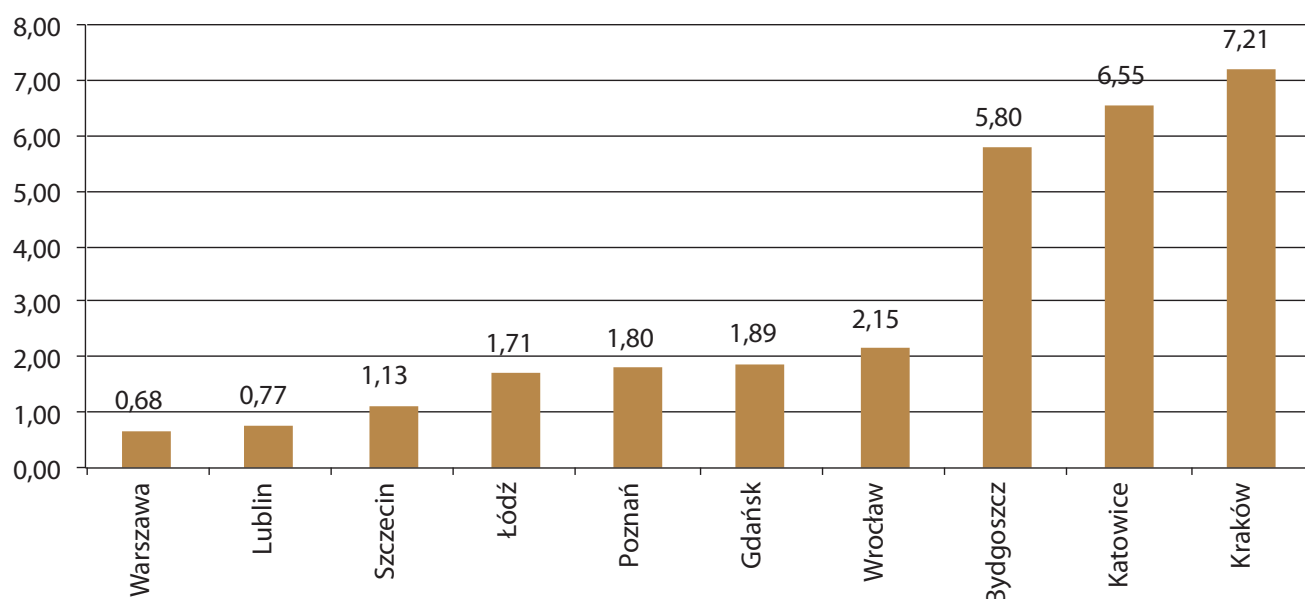
podejmowane w obszarze monitorowania i badań. Trzy miasta (Warszawa, Katowice i Poznań) nie podejmowały żadnych aktywności w tych obszarze.

Wydatki na przeciwdziałanie narkomanii

W ramach monitorowania realizacji KPPN, w 2013 roku gminy zostały poproszone o podanie swoich wydatków na przeciwdziałanie narkomanii w obszarze realizacji lokalnych strategii. Określenie tych wydatków, w szczególności w zakresie profilaktyki, nie jest łatwym zadaniem. Wynika to z realizacji działań profilaktycznych również w ramach lokalnych programów przeciwdziałania alkoholizmowi. Działania profilaktyczne w obszarze uzależnień najczęściej dotyczą zarówno substancji legalnych, jak i nielegalnych, więc trudno czasami określić jakich substancji program dotyczył. Dlatego w kwestionariuszu sprawozdawczym za wyznacznik klasyfikacji działań profilaktycznych przyjęto źródło finansowania prowadzonych aktywności.

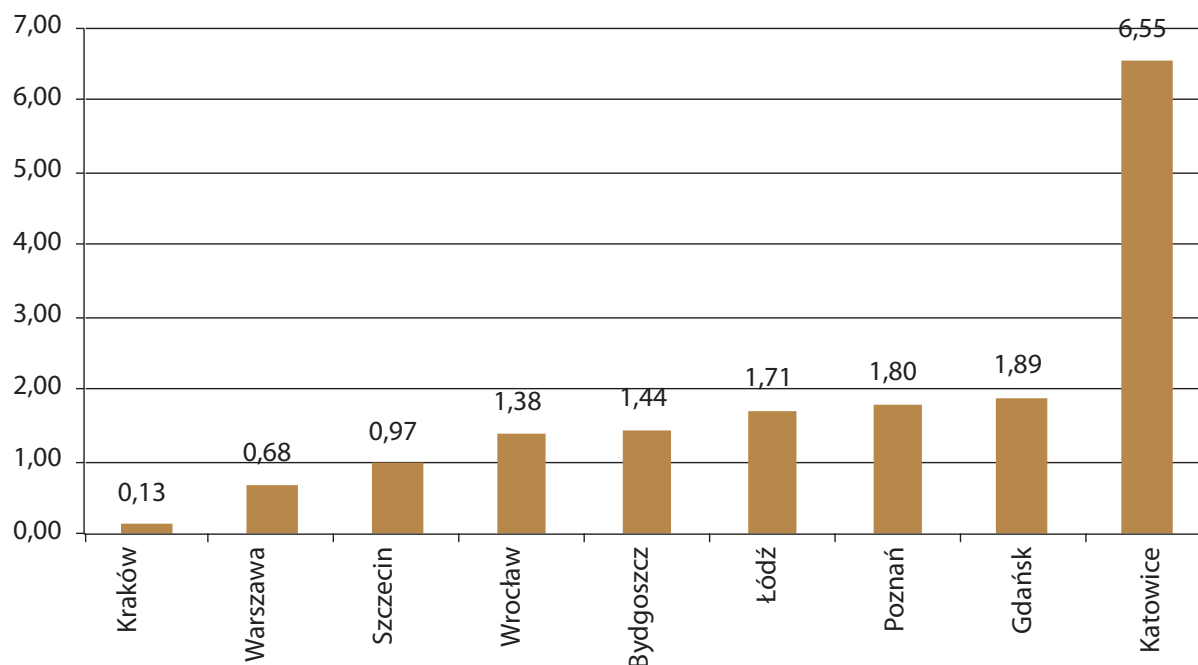
W ramach przeciwdziałania narkomanii gminy i miasta mają oddzielną pozycję budżetową – paragraf 85153, z którego środki przeznaczone są na kwestie narkotykowe. W 2013 roku działania omawianych miast

Wykres 1. Całkowite wydatki w przeliczeniu na 1 mieszkańca przeznaczone na realizację programu przeciwdziałania narkomanii (zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie kwestionariuszy sprawozdawczych KPPN w 2013 r.

Wykres 2. Wydatki z rozdziału 85153 w przeliczeniu na 1 mieszkańca przeznaczone na realizację programu przeciwdziałania narkomanii (zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie kwestionariuszy sprawozdawczych KPPN w 2013 r.

stanowiły 22% wszystkich wydatków gmin i miast w Polsce (ponad 8 mln zł z 36,7 mln wydanych przez jednostki samorządu terytorialnego z paragrafu 85153). Najwięcej wydały Katowice (ponad 2 mln zł) i Łódź (ponad 1,2 mln), najmniej zaś przeznaczył Kraków – niecałe 100 tys. Z kolei Lublin wykazał brak środków w ramach tego paragrafu. Duże wydatki Katowic na przeciwdziałanie narkomanii stanowiły jedną trzecią wydatków wszystkich gmin i miast w województwie śląskim w ubiegłym roku, podobnie było w województwie łódzkim – wysokość środków Łodzi na rozwiązywanie problemów narkomanii stanowiła połowę wydatków całego województwa. Obydwa miasta wydały na przeciwdziałanie narkomanii najwięcej środków z tzw. korkowego (pieniędzy pochodzących z opłat z zezwoleń na sprzedaż alkoholu). Katowice przeznaczyły na ten cel 27% środków z zezwoleń, Łódź natomiast prawie 10%. Do miast o wysokim odsetku się również Gdańsk (9%) i Poznań (8%). Na poziomie całego kraju wskaźnik ten wyniósł 5%. Zatem tylko co 20 złotych pochodząca z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych została przeznaczona na przeciwdziałanie narkomanii. W kwestionariuszu zapytano także o całkowite wydatki poniesione na przeciwdziałanie narkomanii. Zawierają one również środki z paragrafu 85153. Miastami, które wydały naj-

więcej na przeciwdziałanie narkomanii, były Katowice (2,014 mln zł) i Bydgoszcz (2,095 mln zł). W przypadku Bydgoszczy większość wydatków pochodziła spoza paragrafu 85153 (75%). Najmniej wydatków poniósł Lublin – 268 tys. zł. Dane dotyczące wydatków miast przedstawia tabela 1.

Przyjrzyjmy się wydatkom miast w przeliczeniu na jednego mieszkańca. W analizie zostały uwzględnione wydatki z paragrafu 85153 i wydatki miast na przeciwdziałanie narkomanii również z innych źródeł. Na wykresie 1. zostały przedstawione całkowite wydatki przeznaczone na przeciwdziałanie narkomanii w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Z danych wynika, że środki, jakie przeznaczono na realizację działań w obszarze przeciwdziałania narkomanii, były najwyższe w Krakowie. Na 1 mieszkańca przypadało tam ok. 7 zł, w Katowicach 6,5 zł, w Bydgoszczy 5,8 zł, najmniej zaś w Warszawie i Lublinie. W miastach tych wysokość wydatków nie przekroczyła jednej złotówki.

Wysokość wydatków z rozdziału 85153 w przeliczeniu na 1 mieszkańca przedstawiono na wykresie 2. Podobnie, jak w przypadku wydatków całkowitych, najwyższy wskaźnik obserwuje się w przypadku Katowic (6,5 zł). Najmniej natomiast wydały Kraków i Warszawa (Lublin wykazał brak środków z rozdziału 85153, dlatego też został wyłączony z niniejszej analizy).

Tabela 2. Kierunki KPPN uwzględnione w miejskich strategiach w 2013 roku

Obszary i kierunki	Wrocław	Bydgoszcz	Lublin	Łódź	Kraków	Warszawa	Gdańsk	Katowice	Poznań	Szczecin
PROFILAKTYKA										
Wspieranie rozwoju programów profilaktyki uniwersalnej	tak	tak	nie	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
Wspieranie rozwoju programów profilaktyki selektywnej i wskazującej	tak	tak	tak	tak	tak	nie	tak	tak	tak	tak
Podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i możliwości zapobiegania zjawisku	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie	tak	tak
Podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób zaangażowanych w działalność profilaktyczną	tak	tak	nie	tak	tak	tak	tak	nie	tak	tak
LECZENIE, REHABILITACJA, OGRANICZANIE SZKÓD ZDROWOTNYCH I REINTEGRACJA SPOŁECZNA										
Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak
Zwiększanie dostępności programów ograniczania szkód zdrowotnych dla osób używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków	tak	nie	tak	tak	tak	tak	tak	nie	tak	tak
Zapewnienie dostępności leczenia substytucyjnego dla co najmniej 25% populacji osób uzależnionych od opiatów	tak	nie	nie	nie	nie	nie	tak	nie	nie	tak
Zmniejszenie marginalizacji społecznej wśród osób używających szkodliwie oraz osób uzależnionych	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie	tak	tak
Wspieranie rozwoju zawodowego pracowników zatrudnionych w placówkach prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków oraz innych grup zawodowych mających styczność z osobami uzależnionymi od narkotyków, np. policjantów, pracowników społecznych, kuratorów, lekarzy, organizacji pozarządowych	tak	tak	tak	tak	tak	tak	tak	nie	tak	tak
BADANIA I MONITORING										
Monitorowanie epidemiologiczne problemu narkotyków i narkomanii na szczeblu lokalnym	tak	tak	nie	tak	tak	nie	tak	nie	nie	tak
Monitorowanie postaw społecznych na temat problemu narkotyków i narkomanii	tak	nie	tak	nie	nie	nie	nie	nie	nie	tak
Rozwój i konsolidacja systemu informacji o narkotykach i narkomanii	nie	nie	nie	nie	nie	nie	tak	nie	nie	nie

Źródło: Opracowanie własne na podstawie kwestionariuszy sprawozdawczych KPPN w 2013 r.

INTERNET – JAK NAJBARDZIEJ!

...ALE TYLKO WÓWCZAS, KIEDY KORZYSTANIE Z NIEGO NIE PROWADZI DO UZALEŻNIENIA.



Ruszyła ogólnopolska kampania społeczna „WYLOGUJ SIĘ DO ŻYCIA... a robi się to tak!” poświęcona problemowi uzależnienia od komputera i Internetu wśród młodzieży.

Projekt, realizowany przez Fundację Innowacyjnych Rozwiązań Społecznych i Terapeutycznych – FIRST, jest kontynuacją ubiegłorocznej akcji pod nazwą „Wyloguj się do życia”, która uświadamiała, że zagrożenie uzależnieniem od Internetu wśród młodzieży staje się istotnym problemem społecznym (prawie 40% młodzieży w wieku gimnazjalnym czuje się sobą bardziej on-line niż w bezpośrednich kontaktach z ludźmi – źródło: EU Kids Online 2011).

Zadaniem startującej w tym roku kampanii jest nie tylko pokazanie ryzyka, jakie niesie ze sobą nadmierne i niekontrolowane korzystanie z sieci, ale także zachęcenie młodzieży do szukania alternatyw poza światem wirtualnym i łączenia jednego z drugim w konstruktywny i mądry sposób. Jednym z powodów wielogodzinnego surfowania w Internecie wskazywanym przez młodzież jest szukanie wrażeń, adrenaliny, przeżyć. Dlatego zachęcając w kampanii do „wylogowania się” autorzy skoncentrowali się na tym, co ma największą szansę konkurowania z atrakcjami oferowanymi przez sieć i jest oceniane przez młodzież jako wzbudzające wiele pozytywnych emocji, czyli przede wszystkim SPORT i MUZYKA. Wśród wielu gatunków muzyki, hip-hop trafia do największej liczby młodych ludzi. Potwierdziła to pierwsza edycja kampanii, w której obecność znanego rapera Sokoła (honorowego ambasadora) pozwoliła dotrzeć do ogromnej grupy osób (ponad 1 000 000 odsłon na Youtube, 7500 szkół, szczegółowe wyniki akcji: www.fundacja-first.com).

Także i tym razem do projektu zaproszeni zostali raperzy, w kampanii wezmą udział między innymi Ten Typ Mes, Stasiak i Pjus (2cztery7). Sport reprezentować będą międzynarodowe gwiazdy piłki nożnej – Wojciech Szczęsny i Robert Lewandowski, którzy podobnie jak wszyscy muzycy – zgodzili się zostać honorowymi ambasadorami kampanii.

Każdy z ambasadorów (pierwszej i drugiej edycji), choć na co dzień, jak większość z nas korzysta z dobrodziejstw Internetu – znajduje w swoim życiu czas na spotkania z przyjaciółmi i realizację własnych pasji – muzyki, sportu. Kampania ma zachęcić do łączenia „tych dwóch” światów w mądry sposób, co pozwala uchronić się przed uzależnieniem.



WYLOGUJ SIĘ DO ŻYCIA... a robi się to tak! to wieloetapowa, trwająca do końca 2015 roku kampania społeczna, w której poza filmami z udziałem popularnych raperów i znanych piłkarzy, przewidziany jest także konkurs dla młodzieży na najlepszy pomysł aktywności poza siecią (Start-up). Zaproszenie pod hasłem „Jak to się u Was robi?” zaadresowane do gimnazjalistów i młodszych będzie licealistów w całej Polsce. Dodatkową nagrodą w konkursie dla zwycięzcy, oprócz sfinansowania pomysłu, będzie dzień zdjęciowy z profesjonalną ekipą filmową i możliwość wspólnego przygotowania spotu reklamowego na temat opracowanego Start-up. Rozstrzygnięcie konkursu planowane jest na początek przyszłego roku.

W roku 2015 zostaną także zorganizowane specjalne warsztaty dla pedagogów, rodziców, opiekunów, które jednocześnie każdy zainteresowany będzie mógł obejrzeć w Internecie (streaming).

O takiej formule warsztatów zdecydowały dwa silne argumenty:

- konsekwentne promowanie zdrowego, bezpiecznego korzystania z Internetu (poszukiwanie wiedzy, możliwości rozwoju),
- szeroka dostępność (każdy rodzic, opiekun – będzie mógł bez ponoszenia kosztów, bez konieczności dojeżdżania w odległe miejsce – dowiedzieć się o tym, co jest najważniejsze w tematyce uzależnienia młodzieży od Internetu).

Wraz z oficjalnym startem kampanii, na stronie dedykowanej akcji, znajdują się wszystkie szczegóły projektu, a także zakładka pomoc, ułatwiająca dotarcie do specjalistycznej pomocy terapeutycznej.

Do tego czasu zapowiedzi kolejnych elementów projektu, zdjęcia z przygotowań filmów, badania, ciekawe publikacje będą zamieszczane na fanpage’u akcji www.facebook.com/wyloguj oraz na stronie Fundacji FIRST.

Podstawowe informacje o kampanii:

Projekt „Wyloguj się do życia... a robi się to tak!” jest finansowany z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będącego w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia i jest realizowany we współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, przez Fundację Innowacyjnych Rozwiązań Społecznych i Terapeutycznych – FIRST (www.fundacja-first.com.pl).

Dodatkowe informacje:

Katarzyna Łukawska, koordynator kampanii, tel: +48 690 367 466, e-mail: k.lukawska@tfc.com.pl

INTERNET – JAK NAJBARDZIEJ!

...ALE TYLKO WÓWCZAS,
KIEDY KORZYSTANIE Z NIEGO
NIE PROWADZI DO UZALEŻNIENIA.



Opis akcji na III okładce.



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, <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

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

Pismo bezpłatne