



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 1 (73) 2016

NR 1

2016

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

HOLENDERSKI KOMPROMIS

Wywiad z Jean-Paul Grundem 1

Prawo

NIEODPŁATNA POMOC PRAWNA DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD NARKOTYKÓW

Katarzyna Syroka-Marczewska 4

UREGULOWANIA PRAWNE DOTYCZĄCE PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM I PROFILAKTYKI W USTAWIE O ZDROWIU PUBLICZNYM

Sławomir Pietrzak 10

Etyka

CZTERY LATA DZIAŁALNOŚCI KOMISJI DS. ETYKI

Janusz Strzelecki 14

Profilaktyka

ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE W RUCHU DROGOWYM – WZROST RYZYKA WYPADKU

Filip Nawara 16

Badania, raporty

UŻYWANIE NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ PROBLEMOVYCH UŻYTKOWNIKÓW

Grzegorz Wodowski 24

Leczenie, redukcja szkód

MINDFULNESS W TERAPII UZALEŻNIEŃ

Katarzyna Żylińska 28

Uzależnienia behawioralne

NEUROBIOLOGICZNE PODSTAWY UZALEŻNIEŃ (NAŁOGÓW) BEHAVIORALNYCH

Magdalena Rowicka 31

Badania, raporty

UŻYTKOWNICY NARKOTYKÓW W INIEKCJACH W 2008 I 2014 ROKU

Artur Malczewski, Anna Misiurek 35

WSPIERANIE PROJEKTÓW BADAWCZYCH DOTYCZĄCYCH PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII PRZEZ KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Anna Strzelecka 38

Szkolenia

ODDZIAŁYWAĆ SKUTECZNIE – WNIOSKI PO PIERWSZEJ EDYCJI SZKOLENIA

Marcin J. Sochocki 42

Internet

POMOC NA WYCIĄGNIĘCIE RĘKI

Wywiad z Mają Ruszpel 45

PLATFORMA EDUKACYJNA (E-LEARNING): PRZESZŁOŚĆ I PRZYSZŁOŚĆ

Dawid Chojecki 48

FUNDACJA INSPIRATORNIA IV okładka

HOLENDERSKI KOMPROMIS

Z dr. Jean-Paul Grundem, dyrektorem badań w Centrum Badań nad Uzależnieniami (CVO) w Utrechcie w Holandii, ekspertem w zakresie zdrowia publicznego i polityk narkotykowych, rozmawia Artur Malczewski.

– *Większość osób słyszała o tzw. coffee shopach w Holandii; czy może pan jednak*

wyjaśnić, na jakiej podstawie one działają i czy konopie są w Holandii legalne?

– Prowadzenie coffee shopów stało się możliwe po zmianach dokonanych w ustawie o opium w 1976 roku. Ustawa ta była kompromisem pomiędzy holenderskim zobowiązaniem do przestrzegania międzynarodowych traktatów dotyczących narkotyków a stanowiskiem rządu i większości parlamentu, zgodnie z którym ochrona zdrowia publicznego powinna być głównym celem i środkiem polityki antynarkotykowej, a środki prawa karnego traktowane jako *ultimum remedium*. Celem prawodawstwa było zarówno zapobieganie sytuacjom, w których młodzi ludzie byliby karani za niewielkie wykroczenia narkotykowe, co mogłoby mieć wpływ na ich późniejsze życie zawodowe i społeczne, jaki i zapobieganie zażywaniu przez nich twardych narkotyków, takich jak heroina, rozprowadzanych w podziemiu narkotykowym. Po pojawieniu się heroiny na ulicach w 1972 roku, nasilenie się epidemii uzależnienia od tego narkotyku stało się jedną z głównych sił napędowych dla holenderskich służb antynarkotykowych do oddzielenia rynku konopi od narkotyków twardych. Oceniając sytuację z późniejszej perspektywy, holenderska polityka antynarkotykowa najwyraźniej zadziałała – używanie konopi znacznie przewyższa średnią europejską, natomiast wskaźnik „problemu nadużywania narkotyków” oraz używania narkotyków w formie iniekcji jest jednym z najniższych w Europie. W przeciwieństwie do większości państw zachodnioeuropejskich (w tym Polski), udało nam się uniknąć epidemii HIV wśród młodych ludzi biorących narkotyki.

Razem z Joostem Breeksemą dość szczegółowo opisaliśmy ten proces (Grund & Breeksema, 2013), jeden

z artykułów na ten temat dostępny jest również w języku polskim. Muszę powiedzieć, że powstające w latach 70. i 80. coffee shopy, nie były częścią planu rządowego, lecz zwyczajną inicjatywą przedsiębiorców. Coffee shopy tolerowano z powodu ich praktycznej funkcji. Innymi słowy, służyły one realizacji rządowego celu odseparowania rynków narkotykowych. Pozwolenie na prowadzenie coffee shopów było również przykładem sposobu, w jaki praktyczne i ograniczające przepisy prawa adresują problem społeczny, dla którego nie istniały wcześniej gotowe czy sprawdzone rozwiązania prawne. Już w 1991 roku rząd ogłosił szereg warunków, których spełnienie pozwalało na prowadzenie coffee shopów, co mogło wprowadzić trochę zamieszania w zakresie tego, co jest dozwolone, a co nie.

Konopie są w Holandii nielegalne, tak jak wszystkie pozostałe narkotyki objęte konwencjami ONZ, ale przepis dotyczący posiadania konopi (i innych narkotyków) w ilościach przeznaczonych do użytku osobistego nie został wdrożony, i dla konopi ilość ta została podniesiona do poziomu konsumpcji umożliwiającego sprzedaż w coffee shopach.

Jeżeli więc masz 18 lat lub więcej, możesz kupić do 5 gramów konopi dziennie, bez potrzeby martwienia się o konsekwencje prawne. Możesz palić konopie w niektórych shopach, ale nie można w nich kupować ani konsumować alkoholu. Sprzedaż alkoholu lub twardych narkotyków stanowiłaby szybki koniec dla coffee shopów; nawet posiadanie alkoholu lub twardych narkotyków w kieszeniach czy torebce może przysporzyć właścicielowi takiego punktu problemów, tak samo jak sprzedaż konopi niepełnoletnim. Takie kryteria ochronne są zwykle skrupulatnie przestrzegane w coffee shopach, choć ich właściciele są mniej zadowoleni z przepisów przeszkadzających im w prowadzeniu normalnej działalności, takich jak zakaz reklamy i ograniczenie zapasów do 500 gramów; zwłaszcza przeszkadza im ten ostatni zakaz.



– ***Jakie jest stanowisko Holandii w zakresie coffee shopów? Czy sprzedaż konopi została choć trochę ograniczona?***

– Ostatnio rząd próbował ograniczyć sprzedaż konopi w coffee shopach obcokrajowcom. Coffee shopy miały stać się klubami członkowskimi dla mieszkańców kraju, którzy powinni mieć przy sobie kartę członkowską lub *weed passa* (tzw. paszport na trawkę). Zaraz po wprowadzeniu takich przepisów widoczne stały się ich niezamierzone konsekwencje (klienci odmawiali rejestracji i wrócili po konopie na czarny rynek), więc pomysł *weed passów* został oficjalnie porzucony, a wymóg obywatelstwa umarł śmiercią naturalną. Ponieważ wdrażanie polityki coffee shopów jest głównie kwestią lokalną, powyższe środki stosowane są w miejscowościach przygranicznych, borykających się z niedogodnościami z powodu narkoturystyki. Ale prawdziwym wyzwaniem dla polityki coffee shopów jest kwestia zwana *backdoor problem*, paradoks wynikający z pozwolenia na sprzedaż konopi w coffee shopach przy jednoczesnej kontynuacji nielegalnych dostaw tego produktu do sklepów. Wzmocniona uprawa i hurtowa dystrybucja konopi zepchnęła niewielkich hodowców na margines, a zorganizowane grupy przestępcze przejęły główne funkcje w kanałach dystrybucji. Uważam, że podczas gdy coffee shopy wciąż spełniają ważną rolę w zakresie zdrowia publicznego, system jako taki wymaga gruntownej naprawy, a nie tylko przeglądów okresowych. Po latach spychania walki z przestępstwami na dalszy plan, rząd stoi obecnie w obliczu rosnącego poparcia dla potrzeby regulacji uprawy i dystrybucji konopi, zwłaszcza biorąc pod uwagę fakt, że sądy coraz częściej odmawiają karania hodowców konopi czy coffee shopów łamiących limit zapasów w wysokości 500 gramów.

– ***Był pan badaczem w projekcie NPSinEurope.eu, finansowanym przez UE, i zaprezentował pan jego wyniki podczas konferencji dotyczącej projektu w Lizbonie w listopadzie zeszłego roku. Jaki był jego cel i główne rezultaty?***

– Celem projektu było lepsze zrozumienie rozpowszechnienia nowych substancji psychoaktywnych (NPS) wśród grup ludzi, którzy intensywnie zażywają narkotyki oraz pilotowanie interwencji w zakresie

redukowania szkód związanych z używaniem NPS. Dowiedzieliśmy się wielu ważnych rzeczy o używaniu NPS przez osoby często sięgające po narkotyki w UE. W głównej mierze dotyczy to syntetycznych katynonów i ich rozpowszechnienia, połączonego ze zwiększoną liczbą problemów psychicznych i wzrostem iniekcji oraz innymi niebezpiecznymi zachowaniami związanymi z przenoszeniem chorób zakaźnych (Grund, Vavrincikova, Janikova, Fidesova & Miovsky, n.d.; Janikova, Fidesova, Vavrincikova, Miovsky & Grund, n.d.).

Co ważne, pozyskane przez nas dane sugerują, że działania legislacyjne mogły tylko przyspieszyć rozpowszechnienie nowych substancji psychoaktywnych zarówno wśród osób używających tradycyjnych narkotyków wysokiego ryzyka, jak i zagrożonych młodych osób. Przykładowo, po zamknięciu sklepów stacjonarnych – w Czechach, Polsce, Rumunii i innych krajach, pozostałości towarów przedostały się do tradycyjnych struktur rozprowadzających narkotyki; to samo stało się, kiedy zdjęto strony internetowe zarejestrowane w tych państwach oraz, zgodnie z moimi przewidywaniami, to samo stanie się po tym, jak Brytyjczycy 6 kwietnia 2016 roku wprowadzą w życie przepis zabraniający substancji psychoaktywnych.

Odkryliśmy również, że kontrolne badania pacjentów poddanych zastępczemu leczeniu uzależnienia od opiatów są jednym z powodów sięgania przez nich po nowe substancje psychoaktywne, ponieważ standardowe testy wykonywane w zakładach leczniczych nie wykrywają tych nowych substancji.

Tak naprawdę, jeżeli uzależnienie od narkotyków uważane jest za chorobę, to brak intensyfikacji lub dostosowania leczenia do potrzeb ludzi wykazujących jej symptomy jest – tak samo jak standardy dla medycyny opartej na dowodach naukowych – etycznie nieakceptowalny. Jednak ludzie chorzy są pozbawiani możliwości właściwego leczenia, co jest zupełnie irracjonalną i szkodliwą praktyką.

– ***Rynek nowych substancji psychoaktywnych jest różny w zależności od kanałów dystrybucyjnych: darknet, sprzedaż online, sieciówki, dilerzy. W przeprowadzonych przez pana badaniach zgłębia pan między innymi temat sprzedaży NPS online. Jednak obecnie nie jest to główna droga dostaw takich sub-***

stancji (wg np. Eurobarometru). Jaka jest przyszłość dostępności NPS w internecie?

– Myślę, że NPS są tylko jednym z aspektów znacznie szerszego i znaczącego nurtu rozwojowego naszych czasów, czyli niesamowitego wpływu internetu i handlu elektronicznego na nasze codzienne życie. Sprzedaż *iDrugs* (narkotyków dostępnych przez internet) będzie wciąż rosła, a nowe technologie w dziedzinie biochemii i produkcji w dalszym ciągu będą rewolucjonizować sposoby produkcji i dystrybucji substancji psychoaktywnych.

Nowe generacje rynków darknet¹ będą odporne na jakiegokolwiek środki egzekwowania prawa, ponieważ rynki te nie będą już wyświetlane na stronach internetowych (umieszczanych gdzieś na fizycznym serwerze), tak jak miało to miejsce np. dla Silk Road zdjętej przez FBI, ale będą znajdować się wyłącznie na wirtualnej platformie działającej na komputerach tych, którzy się do niej podłączają za pomocą programu TOR. Jego routing działa na zasadzie połączeń pomiędzy pojedynczymi użytkownikami. Organy ścigania mogą zdjąć jeden, dziesięć lub sto węzłów istniejących w sieci, ale nie będą w stanie zlikwidować całej sieci. Uzyskane przez nas dane, sugerują, że rynki online niekoniecznie zastąpią te tradycyjne, ale będą się one ze sobą coraz bardziej zazębiać, co oznacza, że przedsiębiorcy branży narkotykowej będą robili hurtowe zakupy online, a znajomi będą się zrzucać na wspólne zakupy online. Większość ankietowanych w badaniu Eurobarometru w 2014 roku nabyła używane przez nich NPS od znajomych. Sytuacja ta niewiele różni się od narkotyków regulowanych oraz wyników wielu badań. To, co się zmieniło, to źródło dostaw takich przyjaciół.

– **Nowe substancje psychoaktywne nie wydają się zbyt popularne w Holandii. Co może być tego przyczyną?**

– Zainteresowanie nowymi narkotykami występuje w pewnych grupach społeczeństwa – np. wśród tancerzy lub psychonautów. Jednak większość ludzi ogranicza się zwykle do używania konopi oraz, choć rzadziej, do innych sprawdzonych substancji dostępnych na rynku, takich jak ecstasy czy kokaina. Syntetyczne kannabinoidy nie są zbyt popularne, co najwidoczniej spowodowane jest tym, że w coffee shopach można kupić naturalny produkt bez ponoszenia żadnego ryzyka. Podobnie sytuacja wygląda dla osób używających heroiny, cracku czy amfetaminy, gdyż substancje te można nabyć całkiem łatwo, na pewno z perspektywy UE, więc nie zaobserwowano używania syntetycznych kannabinoidów w tych

grupach. To samo można zaobserwować w Portugalii, która zniosła karalność za używanie jakiegokolwiek rodzaju narkotyków w 2010 roku. Również tam występują zarówno klienci używający narkotyków rekreacyjnie, jak i nałogowo, którzy preferują tradycyjne substancje psychoaktywne.

– **W połowie listopada 2015 roku w Polsce odbyła się coroczna konferencja na temat programów redukcji szkód wynikających z używania narkotyków, której tematyka poświęcona była głównie nowym substancjom psycho-**

aktywnym. Jaki pana zdaniem jest główny element redukcji szkód w zakresie NPS? Jakie wyzwania stoją przed programami redukcji szkód?

– Przede wszystkim rządy powinny uświadomić sobie, że biorąc pod uwagę nowy charakter substancji, nie ma sprawdzonej polityki, którą można by było po prostu zastosować do obecnych trendów narkotykowych. Z pewnością główny nurt polityki opracowany w odpowiedzi na używanie tradycyjnych narkotyków miał niewielki wpływ na zatrzymanie czy uregulowanie zmieniającej się sytuacji narkotykowej w XXI wieku. Nasze badania wskazują, że nadmierne poleganie na represyjnym przestrzeganiu prawa, tak

Z coffee shopów mogą korzystać osoby mające minimum 18 lat. Można w nich kupić do 5 gramów konopi dziennie, bez potrzeby martwienia się o konsekwencje prawne. W niektórych shopach można palić konopie, ale nie można w nich kupić ani konsumować alkoholu. Sprzedaż alkoholu lub twardych narkotyków stanowiłaby szybki koniec dla coffee shopów.

jak miało to miejsce w XX wieku, niesie ze sobą więcej szkody niż pożytku. Głównym wyzwaniem jest zatem opracowanie odpowiednich działań politycznych, które nie dodałyby kolejnego rozdziału do długiej już historii niezamierzonych konsekwencji i szkód spowodowanych przez irracjonalne, choć pełne dobrych intencji polityki antynarkotykowe. Wszyscy musimy się nauczyć, jak odpowiednio reagować na stale rosnącą popularność środków stymulujących, bez względu na ich status prawny.

Dr Jean-Paul Grund – od 35 lat badacz narkomanii, polityk społecznych oraz zdrowia publicznego. Informacje na jego temat można znaleźć na ResearchGate, Academia oraz na LinkedIn. Regularnie publikuje też informacje na temat polityk antynarkotykowych oraz iDrugs na Twitterze: @HeisenbergXL.

Cytowane źródła

Grund J.-P., Breeksema J., „Coffee Shops and Compromise: Separated Illicit Drug Markets in the Netherlands”, Open Society Foundations,

New York 2013. Źródło <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/Coffee-Shops-and-Compromise-final.pdf>

Grund J.-P., Vavrincikova L., Janikova B., Fidesova H., Miovsky M. (n.d.). „The Emperor’s New Clothes? Results from a 5-Country Rapid Assessment & Response Study of New Psychoactive Drugs”, *Adiktologie*.

Janikova B., Fidesova H., Vavrincikova L., Miovsky M., Grund, J.-P. (n.d.). „New Psychoactive Substances among People Who Use Drugs Heavily in Europe: Novel Drugs, Vintage Problems & Responses”, *Adiktologie*.

Przypisy

¹ Wg Wikipedii darknet lub ukryta sieć (z ang. Deep Web) to sieć WWW z treścią, która nie jest częścią zwykłego Internetu. Treści te są ukryte na dynamicznie generowanych stronach, których nie można znaleźć przez standardowe wyszukiwarki. Tradycyjne wyszukiwarki nie mogą rejestrować lub pobrać treści znalezionych w Deep Web, te strony dla nich są niewidoczne. Podejrzewa się, że ukryta sieć jest kilkukrotnie większa niż sieć zewnętrzna. Szacunki oparte na ekstrapolacji badań przeprowadzonych przez Uniwersytet Kalifornijski w Berkeley z 2001 roku wskazują, że na Deep Web składa się około 7,5 petabajtów danych. Wykryto także m.in. około 300 tys. nieindeksowanych stron internetowych w całej sieci. W darknecie połączenia wykonywane są jedynie pomiędzy zaufanymi komputerami. Transakcje są w dużej mierze anonimowe – a zatem użytkownicy mogą się komunikować bez strachu ingerencji rządowych lub korporacyjnych.

Od 1 stycznia 2016 roku na terenie całego kraju zaczął funkcjonować system nieodpłatnej pomocy prawnej w związku z wejściem w życie Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej¹ (dalej: unpp). Jak czytamy w uzasadnieniu projektu ww. aktu prawnego, jest to kolejny etap budowy spójnego systemu pomocy obywatelom w ramach szeroko rozumianego wymiaru sprawiedliwości (...), który dzięki współpracy rządu, samorządów i organizacji pozarządowych zagwarantuje bezpłatny dostęp do darmowych porad prawnych na poziomie lokalnym i zniweluje zbyt często występującą w naszym kraju barierę finansową w zakresie korzystania z dobrej usługi prawnej².

NIEODPŁATNA POMOC PRAWNA DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD NARKOTYKÓW

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Uwagi wprowadzające

W ocenie ustawodawcy potrzeba zmian w zakresie dostępu do porady prawnej na etapie przedsądowym wynika z faktu, iż „obywatele nie mają zapewnionego równego dostępu (do usług prawnych – red.) i większe możliwości w tym zakresie posiadają mieszkańcy dużych ośrodków miejskich, a zwłaszcza ośrodków

uniwersyteckich. Wiąże się to z obszarem działalności organizacji pozarządowych specjalizujących się w poradnictwie prawnym. Osoby posiadające wystarczające środki finansowe mogą uzyskać pomoc prawną, w tym poradę prawną, od profesjonalisty, tj. adwokata albo radcy prawnego. Brak jest natomiast mechanizmów umożliwiających uzyskanie dostępu do tego rodzaju usług osobom, których stan majątkowy nie pozwala

pokryć kosztów porady prawnej na wolnym rynku. Konsekwencją tego może być uznanie, że państwo nie zapewnia swym obywatelom równego dostępu do wymiaru sprawiedliwości³. Projektowany system nieodpłatnej pomocy oraz nieodpłatnej informacji prawnej ma zatem doprowadzić do stworzenia mechanizmów umożliwiających dostęp do uzyskania porady prawnej przez osoby fizyczne, które z uwagi na swój status materialny lub sytuację życiową nie mają możliwości uzyskania profesjonalnej pomocy prawnej, a wszystkim osobom fizycznym zagwarantować dostęp do informacji prawnej. Warto w tym kontekście podkreślić, że nieodpłatna pomoc prawna, o której mowa w niniejszym artykule, nie dotyczy postępowania przed sądem, a jedynie pomocy prawnej na etapie przedsądowym. Nie oznacza to jednak, że osoby znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej nie mogą korzystać bezpłatnie z pomocy adwokata lub radcy prawnego. W postępowaniu cywilnym przyznanie pomocy prawnej zostało uregulowane w przepisach art. 117-124 Ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego⁴. Sąd może przyznać pomoc adwokata

albo radcy prawnego, jeżeli strona, podając dane o stanie rodzinnym, majątku, dochodach i źródłach utrzymania, wykaże, że nie może bez uszczerbku utrzymania swojego i rodziny ponieść kosztów wynagrodzenia adwokata lub radcy prawnego. W postępowaniu karnym oskarżony, który nie ma obrońcy z wyboru, może na podstawie Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego⁵ żądać, aby wyznaczono mu obrońcę z urzędu, jeżeli w sposób należyty wykaże, że nie jest w stanie ponieść kosztów obrony bez uszczerbku dla niezbędnego utrzymania siebie i rodziny. Z kolei w postępowaniu sędowo-administracyjnym prawo do uzyskania pomocy profesjonalnego pełnomocnika jest

objęte instytucją prawa pomocy, uregulowaną w art. 243-263 Ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi⁶. Prawo pomocy jest przyznawane wyłącznie w związku z postępowaniem przed sądem administracyjnym, jeżeli strona wykaże, że nie jest w stanie ponieść jakichkolwiek kosztów postępowania lub pełnych kosztów postępowania, bez uszczerbku utrzymania koniecznego dla siebie i rodziny. Szczegółowe informacje dotyczące zasad ustanowienia pełnomocnika/obrońcy

z urzędu zawarto w Serwisie Informacyjnym Narkomania z 2014 roku⁷.

Nieodpłatna pomoc prawna – dla kogo?

Nieodpłatna pomoc prawna przysługuje określonym przez ustawodawcę w unpp kategoriom osób, tzn.:

1. osobie fizycznej, której w okresie 12 miesięcy poprzedzających zwrócenie się o udzielenie nieodpłatnej pomocy prawnej zostało przyznane świadczenie z pomocy społecznej na podstawie Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej⁸, i wobec której w tym okresie nie wydano decyzji o zwrocie nienależnie pobranego

świadczenia. Osoba uprawniona, o której mowa powyżej, przed uzyskaniem nieodpłatnej pomocy prawnej składa pisemne oświadczenie, że nie wydano wobec niej decyzji o zwrocie nienależnie pobranego świadczenia,

2. osobie fizycznej, która posiada ważną **Kartę Dużej Rodziny** (dalej: Karta), o której mowa w Ustawie z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny⁹, tj. prawo do posiadania Karty przysługuje członkowi rodziny wielodzietnej, przez którą rozumie się rodzinę, w której rodzic (rodzice) lub małżonek rodzica mają na utrzymaniu co najmniej troje dzieci: w wieku do ukończenia 18. roku życia albo w wieku do ukończenia 25. roku życia, w przy-

Wraz z wejściem w życie przepisów Ustawy z dnia 5 2015 r. o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej, w Polsce zaczął funkcjonować system nieodpłatnej pomocy prawnej, który ma zagwarantować bezpłatny dostęp do darmowych porad prawnych na poziomie lokalnym i zniwelować zbyt często występującą w naszym kraju barierę finansową w zakresie korzystania z dobrej usługi prawnej. Ustawa ta to element budowy spójnego systemu pomocy obywatelom w ramach szeroko rozumianego wymiaru sprawiedliwości.

padku gdy dziecko uczy się w szkole do dnia 30 września następującego po końcu roku szkolnego, a w przypadku, gdy dziecko uczy się w szkole wyższej, do końca roku akademickiego, w którym jest planowane ukończenie nauki albo bez ograniczeń wiekowych w przypadku dzieci legitymujących się orzeczeniem o umiarkowanym albo znacznym stopniu niepełnosprawności. Karta oraz jej duplikat są przyznawane i wydawane na wniosek członka rodziny wielodzietnej. Wniosek o przyznanie Karty lub wydanie jej duplikatu składa się w gminie właściwej ze względu na miejsce zamieszkania członka rodziny wielodzietnej. Warto podkreślić, że Karta jest przyznawana bezpłatnie, natomiast wydanie jej duplikatu podlega opłacie w wysokości 9,21 zł,

3. osobie, która uzyskała **zaświadczenie**, o którym mowa w Ustawie z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego¹⁰,
4. osobie, która posiada ważną **legitymację** weterana albo legitymację weterana poszkodowanego, o których mowa w Ustawie z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa¹¹,
5. osobie, która **nie ukończyła 26 lat**,
6. osobie, która **ukończyła 65 lat**,
7. osobie, która w wyniku wystąpienia **kłęski żywiołowej, katastrofy naturalnej lub awarii technicznej** znalazła się w **sytuacji zagrożenia lub poniosła straty**¹².

Należy zauważyć, że każda osoba uzależniona od narkotyków po spełnieniu któregośkolwiek z ww. wymogów może skorzystać z nieodpłatnej pomocy prawnej. Nie jest konieczne przedkładanie jakichkolwiek dodatkowych dokumentów, które potwierdzałyby fakt uzależnienia czy też odbywanej terapii.

Nieodpłatna pomoc prawna – gdzie?

Na terenie całego kraju powstało **ponad 1500 punktów** nieodpłatnej pomocy prawnej określanych przez jednostki samorządu terytorialnego i usytuowanych w gminnych lub powiatowych lokalach¹³. Punkt nieodpłatnej pomocy prawnej może być usytuowany w jednym albo większej liczbie gminnych lub powiatowych lokali, w ramach posiadanych zasobów. Punkty są otwarte zazwyczaj przez 4 godziny dziennie 5 dni

w tygodniu, tj. od poniedziałku do piątku. Dokładne adresy oraz godziny przyjęć można znaleźć na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości <https://darmowapomocprawna.ms.gov.pl/pl/nieodplatna-pomoc-prawna/mapa-punktow-pomocy/>

Nieodpłatna pomoc prawna – zakres

Nieodpłatna pomoc prawna obejmuje poinformowanie osoby uprawnionej o obowiązującym stanie prawnym, o przysługujących jej uprawnieniach lub o spoczywających na niej obowiązkach, wskazanie sposobu rozwiązania jej problemu prawnego, udzielenie pomocy w sporządzeniu projektu pisma w sprawach, o których mowa powyżej, z wyłączeniem pism procesowych w toczącym się postępowaniu przygotowawczym lub sądowym i pism w toczącym się postępowaniu sądowno-administracyjnym oraz sporządzenie projektu pisma o zwolnienie z kosztów sądowych lub ustanowienie pełnomocnika z urzędu w postępowaniu sądowym lub ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego lub rzecznika patentowego w postępowaniu sądowno-administracyjnym.

Należy podkreślić, że nieodpłatna pomoc prawna nie obejmuje spraw podatkowych związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej, z zakresu prawa celnego, dewizowego i handlowego oraz związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej, z wyjątkiem przygotowania do rozpoczęcia tej działalności. Nieodpłatnej pomocy prawnej udziela osobiście adwokat lub radca prawny, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach z ich upoważnienia aplikant adwokacki lub aplikant radcowski. Przed udzieleniem nieodpłatnej pomocy prawnej można zażądać od osoby uprawnionej okazania dokumentu stwierdzającego tożsamość. Adwokat lub radca prawny może z ważnych powodów odmówić udzielenia nieodpłatnej pomocy prawnej, informując osobę uprawnioną o innych punktach nieodpłatnej pomocy prawnej na obszarze powiatu. Uzasadnienie do projektu unpp nie wspomina, jakie powody są na tyle ważne, aby adwokat lub radca prawny mogli odmówić udzielenia nieodpłatnej pomocy prawnej. W związku z tym wydaje się, że w tym zakresie należy posiłkować się poglądami wykształconymi na gruncie m.in. ustawy Prawo o adwokaturze¹⁴, która w art. 28 ust. 1 zawiera takie samo

sformułowanie, tj. „advokat może odmówić udzielenia pomocy prawnej tylko z ważnych powodów, o których informuje zainteresowanego. Wątpliwości co do udzielenia lub odmowy udzielenia pomocy prawnej rozstrzyga okręgowa rada adwokacka, a w wypadkach niecierpiących zwłoki – dziekan”. Zgodnie z poglądami wyrażanymi przez komentatorów, ważnymi powodami zezwalającymi na odmowę udzielenia pomocy prawnej przez adwokata są m.in.: brak zaufania pomiędzy adwokatem a mocodawcą, udzielenie wcześniej pomocy prawnej stronie przeciwnej w danej sprawie lub w innej z nią związanej, np. pokrzywdzonemu w postępowaniu przygotowawczym, uprzednie wykonywanie w sprawie funkcji publicznej w danej sprawie, gdy inny adwokat, będący dla danego adwokata osobą bliską, prowadzi daną sprawę lub udzielił już pomocy prawnej stronie przeciwnej w tej sprawie lub w innej z nią związanej, złożenie w danej sprawie przez adwokata zeznania w charakterze świadka, poważny zatarg osobisty pomiędzy adwokatem a osobą, przeciwko której miałby prowadzić sprawę¹⁵.

O powierzenie prowadzenia punktu nieodpłatnej pomocy prawnej może ubiegać się także organizacja pozarządowa, która spełnia łącznie następujące warunki: posiada co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zadań wiążących się z udzielaniem porad prawnych lub informacji prawnych; przedstawi zawarte umowy lub promesy ich zawarcia z adwokatem, radcą prawnym, doradcą podatkowym lub osobą, o której mowa w ust. 3 pkt 2 unpp; daje gwarancję należytego wykonania zadania, w szczególności przez złożenie pisemnego zobowiązania zapewnienia poufności w związku z udzielaniem nieodpłatnej pomocy prawnej i jej dokumentowaniem, zapewnienia profesjonalnego i rzetelnego udzielania nieodpłatnej pomocy prawnej, w szczególności w sytuacji,

gdy zachodzi konflikt interesów. Nieodpłatnej pomocy prawnej w punktach nieodpłatnej pomocy prawnej powierzonych do prowadzenia organizacji pozarządowej może udzielać zatem doradca podatkowy w zakresie prawa podatkowego, z wyłączeniem spraw podatkowych związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej, oraz osoba, która ukończyła wyższe studia prawnicze i uzyskała tytuł magistra lub zagraniczne studia prawnicze uznane

w Rzeczypospolitej Polskiej oraz posiada co najmniej trzyletnie doświadczenie w wykonywaniu wymagających wiedzy prawniczej czynności bezpośrednio związanych ze świadczeniem pomocy prawnej. Takie rozwiązanie zostało negatywnie ocenione przez Prokuratora Generalnego Andrzeja Seremeta, który zauważył, że nie można zrównywać poziomu pomocy prawnej udzielanej przez adwokata, radcę prawnego i (w zakresie swej specjalności) doradcę podatkowego, z poziomem pomocy prawnej udzielanej przez prawnika o zaledwie trzyletnim doświadczeniu w wykonywaniu wymagających wiedzy prawniczej czynności bezpośrednio związanych ze świadczeniem pomocy prawnej. Zwrócił uwagę, że osoby

takie nie będą jednak podlegać odpowiedzialności zawodowej, obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej, ani gwarantować ochrony tajemnicy odpowiadającej tajemnicy zawodowej adwokata radcy prawnego¹⁶. Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy, który na etapie procesu legislacyjnego podniósł, iż „wątpliwości budzi zakres świadczenia usług prawniczych przez wymienione w tym przepisie projektu osoby, które nie są adwokatami, radcami prawnymi, doradcami podatkowymi, ani nawet aplikantami, mają więc niższe kwalifikacje prawnicze. Wprawdzie organizacja pozarządowa ma być wyłaniana w drodze konkursu i dawać gwarancję należytego wykonywania zadania, oznacza to jednak, że pomoc finansowana ze środków publicznych nie zawsze będzie

W kraju powstało ponad 1500 punktów nieodpłatnej pomocy prawnej określanych przez jednostki samorządu terytorialnego i usytuowanych w gminnych lub powiatowych lokalach. Punkt nieodpłatnej pomocy prawnej może być usytuowany w jednym albo większej liczbie gminnych lub powiatowych lokali, w ramach posiadanych zasobów. Są one otwarte zazwyczaj przez 4 godziny dziennie 5 dni w tygodniu, tj. od poniedziałku do piątku. Dokładne adresy oraz godziny przyjęć można znaleźć na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości.

przeznaczona na świadczenie pomocy prawnej przez wykwalifikowanych prawników z uprawnieniami zawodowymi. Oczywiście nie można wykluczyć, że także takie osoby mogą udzielać bardzo fachowej pomocy, zwłaszcza że wiele organizacji pozarządowych ma duże doświadczenie w prowadzeniu poradnictwa prawnego i udzielaniu informacji prawnej, szczególnie w dziedzinach wyspecjalizowanych. Należy jednak zwrócić uwagę, że nieodpłatna pomoc prawna obejmuje także sporządzanie projektów pism. Nie zmienia tej oceny okoliczność, że w projekcie zakłada się uprzedzenie osoby uprawnionej, iż pomoc będzie świadczona przez osobę inną niż adwokat, radca prawny lub doradca podatkowy i że będzie od niej przed uzyskaniem nieodpłatnej pomocy prawnej wymagane złożenie pisemnego oświadczenia, że jest świadoma uzyskania nieodpłatnej pomocy prawnej od takiej osoby oraz że ma świadomość, iż osoba taka nie ponosi odpowiedzialności odszkodowawczej, z wyjątkiem przypadku wyrządzenia szkody z winy umyślnej, a także że osoba ta nie jest zobowiązana do zachowania tajemnicy. W ramach finansowania publicznego obywatele powinni mieć równy dostęp do profesjonalnych usług prawniczych. Zdecydowanie negatywnie należy ocenić rozwiązanie, które dopuszcza, aby usługi te były świadczone przez osoby, które nie ponoszą odpowiedzialności odszkodowawczej wobec osoby korzystającej z nieodpłatnej pomocy prawnej. Pomoc taką powinny świadczyć tylko osoby, które jak adwokaci, radcowie prawni i doradcy podatkowi – są objęte obowiązkiem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Istotną gwarancją dbałości o jakość świadczonych przez te osoby usług prawniczych jest ponadto to, że podlegają one zasadom etyki zawodowej i ponoszą odpowiedzialność dyscyplinarną¹⁷. Podobnie Naczelna Rada Adwokacka, która 19 kwietnia 2015 roku złożyła Radosławowi Sikorskiemu, marszałkowi Sejmu, negatywną opinię o projekcie omawianej ustawy¹⁸.

Uwagi końcowe

Problematyka stworzenia systemu nieodpłatnego poradnictwa prawnego i obywatelskiego w Polsce została podjęta i poddana dyskusji, zarówno w sferze politycznej, jak i naukowej stosunkowo niedawno¹⁹. Pierwsze próby stworzenia takiego systemu poprzez

prace nad projektem ustawy podjęto pod koniec 2004 roku²⁰, podczas gdy np. w Wielkiej Brytanii, Holandii, Republice Południowej Afryki czy Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej akty prawne regulujące to zagadnienie na poziomie krajowym powstały odpowiednio w: 1949, 1956, 1969 i 1974 roku²¹. Bezpłatny dostęp do porad prawnych na poziomie lokalnym to zapowiedź z *expose* Prezesa Rady Ministrów z 1 października 2014 roku w części odnoszącej się do funkcjonowania wymiaru sprawiedliwości. Tworzenie projektu unpp opierało się na zaangażowaniu samorządu terytorialnego, a także w porozumieniu z organizacjami pozarządowymi. Przyjęcie ustawy jest odpowiedzią na od dłuższego czasu pojawiające się uwagi unijnych instytucji, które wytykały Polsce, że nie oferuje swym najuboższym obywatelom darmowego dostępu do prawnika²². Jej celem jest zbudowanie systemu charakteryzującego się możliwie największą uniwersalnością, zarówno w zakresie dostępu do niego obywateli, jak i zakresu spraw, w których obywatel będzie mógł uzyskać nieodpłatnie pomoc prawną²³. Zdaniem ustawodawcy system z samego założenia nie ma więc być elementem pomocy społecznej (aczkolwiek będzie wykorzystywał wybrane konstrukcje prawne funkcjonujące w systemie pomocy społecznej), lecz stanowić zinstytucjonalizowane narzędzie państwa umożliwiające obywatelom uzyskanie pomocy prawnej na wysokim poziomie merytorycznym, niezależnie od ich sytuacji majątkowej i faktycznej, nie naruszając istniejących rozwiązań dotyczących poradnictwa prawnego.

Jak już wspomniano, pierwszorzędnym celem unpp, a także założeń do niej, było zapewnienie nieodpłatnej pomocy prawnej osobom, które nie posiadają zasobów finansowych pozwalających na opłacenie poradnictwa prawnego wedle stawek rynkowych²⁴. Kompleksowa pomoc prawna o charakterze przedsądowym nie rozwiązuje jednak niezwykle istotnego problemu, jakim jest świadomość prawna społeczeństwa, unpp przewiduje zatem również podjęcie działań polegających na kształtowaniu świadomości prawnej obywateli²⁵. Zakłada się, że osoba o wysokiej świadomości i kulturze prawnej nie tylko będzie dochodziła ochrony swoich praw, lecz również nie będzie naruszała praw i wolności innych. Zdaniem ustawodawcy konsekwencją tego będzie zmniejszenie liczby sporów, a także większa skłonność do ich rozwiązywania

w drodze polubownej²⁶. Organy administracji publicznej powinny zatem realizować pozostające w ich właściwości zadania z zakresu edukacji prawnej społeczeństwa. W tym celu powinny podejmować działania edukacyjne zmierzające do zwiększenia świadomości prawnej społeczeństwa, dotyczące w szczególności upowszechnienia wiedzy o możliwościach dostępu do nieodpłatnej pomocy prawnej i informacji prawnej, prawach i obowiązkach obywatelskich, działalności krajowych i międzynarodowych organów ochrony prawnej, mediacji oraz sposobach pozasądowego rozwiązywania sporów oraz możliwościach udziału obywateli w konsultacjach publicznych oraz w procesie stanowienia prawa.

Bez wątplenia ustawa o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej²⁷, która weszła w życie 1 stycznia 2016 roku, wprowadza znaczne zmiany w zakresie dostępu do pomocy prawnej. Zadanie polegające na udzielaniu nieodpłatnej pomocy prawnej jest finansowane z budżetu państwa z części będącej w dyspozycji wojewodów przez udzielanie dotacji celowej powiatom²⁸. Najbliższe miesiące obowiązywania nowych przepisów pokażą, jak funkcjonują one w praktyce oraz czy zamierzony cel został osiągnięty.

Na zakończenie warto podkreślić, że osoby uzależnione od narkotyków mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy prawnej pod warunkiem, że należą do kręgu osób uprawnionych zgodnie z unpp, o czym była mowa powyżej. Pierwszym krokiem powinno być sprawdzenie na stronie Ministerstwa Sprawiedliwości, gdzie znajduje się najbliższy punkt i w jakich godzinach jest otwarty, a następnie osobista wizyta i rozmowa z prawnikiem. Na takie spotkanie warto zabrać ze sobą dokumenty, które dotyczą sprawy, o której chcielibyśmy porozmawiać z prawnikiem.

Przypisy

- ¹ Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o nieodpłatnej pomocy prawnej oraz edukacji prawnej, Dz.U.2015.1255.
- ² Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej, nieodpłatnej informacji prawnej oraz edukacji prawnej społeczeństwa, druk numer 3338, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?nr=3338>. Szczegółowe informacje dot. ww. projektu znajdują się na stronie internetowej <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=BC11109427EAA2CFC1257E2F002D541B>.
- ³ Ibidem.
- ⁴ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego, Dz.U. z 2014 r. poz. 101, z późn. zm.
- ⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz.U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.
- ⁶ Ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi, Dz.U. z 2012 r. poz. 270, z późn. zm.

- ⁷ Mowa o artykule K. Syroki-Marczewskiej, „Pomoc prawna z urzędu dla osób uzależnionych od narkotyków”, Serwis Informacyjny Narkomania, nr 4/2014, który jest dostępny w wersji elektronicznej http://www.narkomania.org.pl/sites/default/files/czasopisma/zalaczniki/serwis_informacyjny_narkomania_4-2014.pdf.
- ⁸ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.
- ⁹ Ustawa z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny, Dz.U. z 2014 r. poz. 1863.
- ¹⁰ Ustawa z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego, Dz.U. z 2014 r. poz. 1206 oraz z 2015 r. poz. 693.
- ¹¹ Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa, Dz.U. Nr 205, poz. 1203.
- ¹² Osobie uprawnionej wymagającej niezwłocznego uzyskania nieodpłatnej pomocy prawnej w przypadku sytuacji kryzysowej lub zdarzenia losowego, nieodpłatna pomoc prawna jest udzielana na podstawie pisemnego oświadczenia, że jest ona uprawniona do jej uzyskania na podstawie, a z uwagi na sytuację kryzysową lub zdarzenie losowe nie jest w stanie przedstawić dokumentów wymienionych w unpp.
- ¹³ Zadanie polegające na udzielaniu nieodpłatnej pomocy prawnej jest zadaniem zleconym z zakresu administracji rządowej realizowanym przez powiat w porozumieniu z gminami albo samodzielnie. Na każdy powiat przypada liczba punktów nieodpłatnej pomocy prawnej odpowiadająca mnożnikowi, o którym mowa w art. 20 ust. 4 unpp.
- ¹⁴ Ustawa z dnia 26 maja 1982 r. Prawo o adwokaturze, Dz.U.2015.615 z późn. zm.
- ¹⁵ M. Trociuk, „System nieodpłatnej pomocy prawnej w praktyce”, <http://www.prawnik.pl/prawo/prawo-w-praktyce/artykuly/922169,system-nieodplatnej-pomocy-prawnej-w-praktyce.html>
- ¹⁶ Stanowisko Prokuratora Generalnego z dnia 5 maja 2015 r. do projektu ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej, nieodpłatnej informacji prawnej oraz edukacji prawnej społeczeństwa, druk numer 3338, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/4C1A7F2DFFD9B10AC1257E3F00300672/%24File/3338-002.pdf>
- ¹⁷ Stanowisko Sądu Najwyższego, Biuro Studiów i Analiz z dnia 19 maja 2015 r. do projektu ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej, nieodpłatnej informacji prawnej oraz edukacji prawnej społeczeństwa, druk numer 3338, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/BB1EEB2C3BD6AA8C1257E50002902E2/%24File/3338-003.pdf>.
- ¹⁸ Stanowisko Naczelnej Rady Adwokackiej z dnia 21 kwietnia 2015 r. do projektu ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej, nieodpłatnej informacji prawnej oraz edukacji prawnej społeczeństwa, druk numer 3338, <http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/36C27858A29C515FC1257E3C0037749B/%24File/3338-001.pdf>.
- ¹⁹ M. Skrodzka (red.), „System poradnictwa prawnego i obywatelskiego. Wdrażanie rozwiązań modelowych”, Warszawa 2014, XXI.
- ²⁰ Szerzej na ten temat m.in. Ł. Bojarski, „Przegląd projektów ustaw dotyczących systemowych rozwiązań poradnictwa prawnego”, Warszawa 2012, s. 9.
- ²¹ Szerzej na ten temat zob.: A. Witkowska, „Zagraniczne modele świadczenia porad prawnych i obywatelskich”, Warszawa 2012, s. 2, 19 i 35, A.W. Houseman, L.E. Perle, *Securing Equal Justice for All: A Brief History of Civil Legal Assistance in the United States*, Washington 2007, s. 4 i n.
- ²² K. Makowski, Nieodpłatna pomoc prawna – komentarz do ustawy, <http://www.wspolnota.org.pl/aktualnosci/aktualnosc/nieodplatna-pomoc-prawna-komentarz-do-ustawy/>
- ²³ Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej, nieodpłatnej informacji prawnej oraz edukacji prawnej społeczeństwa, druk numer 3338.
- ²⁴ K. Makowski, Nieodpłatna pomoc prawna – komentarz do ustawy, <http://www.wspolnota.org.pl/aktualnosci/aktualnosc/nieodplatna-pomoc-prawna-komentarz-do-ustawy/>
- ²⁵ Ibidem.
- ²⁶ Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej, nieodpłatnej informacji prawnej oraz edukacji prawnej społeczeństwa, druk numer 3338.
- ²⁷ J. Firlus, K. Michalak, „Pomoc prawna przedsądowa - uwagi na tle projektu ustawy o nieodpłatnej pomocy prawnej, nieodpłatnej informacji prawnej oraz edukacji prawnej społeczeństwa”, *Jurysta* 2015 nr 6 s. 9-17.
- ²⁸ Zgodnie z treścią art. 28 unpp w latach 2016–2025 maksymalny limit wydatków budżetu państwa będący skutkiem finansowym wejścia w życie niniejszej ustawy wynosi 1 047 706 318 zł, z tym że w poszczególnych latach wyniesie odpowiednio: w 2016 r. – 94 183 200 zł; w 2017 r. – 96 161 047 zł; w 2018 r. – 98 565 074 zł; w 2019 r. – 100 930 635 zł; w 2020 r. – 103 352 971 zł; w 2021 r. – 105 833 441 zł; w 2022 r. – 108 373 444 zł; w 2023 r. – 110 866 034 zł; w 2024 r. – 113 415 953 zł; w 2025 r. – 116 024 519 zł.

2 grudnia 2015 roku weszła w życie Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym¹. Zmienia ona istotnie sposób realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień oraz innych zadań związanych z przeciwdziałaniem uzależnieniom od substancji psychoaktywnych przez jednostki samorządu terytorialnego.

UREGULOWANIA PRAWNE DOTYCZĄCE PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM I PROFILAKTYKI W USTAWIE O ZDROWIU PUBLICZNYM

*Sławomir Pietrzak
Psycholog*

Jedną z najważniejszych zmian wprowadzonych ustawą jest likwidacja Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i wprowadzenie w ich miejsce Narodowego Programu Zdrowia. Ustawa wprowadza również zmiany w sposobie finansowania zadań określonych w Narodowym Programie Zdrowia i sprawozdawczości dotyczącej realizacji tych zadań.

Tworzenie strategii przeciwdziałania uzależnieniom

Przed dniem wejścia w życie ustawy, jednostki samorządu terytorialnego zobowiązane były do opracowywania swojej strategii działań w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom w formie gminnego programu przeciwdziałania narkomanii oraz gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Programy te musiały uwzględniać zadania i kierunki określone odpowiednio w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii i Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Ustawa o zdrowiu publicznym zmienia brzmienie art. 10 ust. 2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii². Obecnie wójt (burmistrz, prezydent miasta) w celu realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii nadal opracowuje projekt gminnego programu przeciwdziałania narkomanii, biorąc jednak pod uwagę cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania narkomanii określone w Narodowym Programie Zdrowia. Ustawa zmienia również treść ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi³ dotyczącą tworzenia gminnych programów. Realizacja zadań związanych z przeciwdziałaniem alkoholizmowi

jest prowadzona, tak jak dotychczas, w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, uwzględniającego jednak cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych zdefiniowane w Narodowym Programie Zdrowia. Zasadniczo sposób tworzenia gminnych programów nie ulegnie więc zmianie – jednostki samorządu terytorialnego nadal będą miały dużą swobodę we wskazywaniu działań, jakie zamierzają podejmować w celu ograniczenia problemów wynikających z uzależnienia, i nadal działania te muszą uwzględniać cele i kierunki strategiczne określone w aktach normatywnych opracowanych na szczeblu centralnym.

W dniu wejścia w życie ustawy, większość samorządów opracowała i uchwaliła już gminne programy na rok 2016, które zgodnie z wcześniej obowiązującymi ustawami uwzględniają cele określone w Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii. Nie ma jednak obowiązku nowelizowania uchwalonych już programów, w związku z tym, iż ustawa o zdrowiu publicznym określa, że gminne programy na 2016 rok są opracowywane na dotychczas obowiązujących zasadach. Od 2017 roku samorządy będą zobowiązane uwzględniać w swoich programach cele określone w Narodowym Programie Zdrowia.

Zadania dla jednostek samorządu terytorialnego

Narodowy Program Zdrowia⁴ nie został jeszcze przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów. Obecnie projekt Narodowego Programu Zdrowia przeszedł przez fazę konsultacji społecznych, które zakończyły się 16 grudnia 2015 roku.

W artykule będą przedstawiał zadania dotyczące profilaktyki uzależnień zapisane w ostatniej wersji projektu Narodowego Programu Zdrowia.

Zadania dotyczące profilaktyki uzależnień zostały zawarte w celu operacyjnym *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i uzależnieniami behawioralnymi w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Związanych z Uzależnieniami, na który to cel składają się następujące zadania: Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii, Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Program Zwalczania Następstw Zdrowotnych Palenia Tytoniu i Wyrobów Powiązanych oraz Program Przeciwdziałania Uzależnieniom Behawioralnym.*

Jednostki samorządu terytorialnego mogą realizować jako zadania własne jedynie te, które są określone w zadaniach: *Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii, Program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz Program zwalczania następstw zdrowotnych palenia tytoniu i wyrobów powiązanych.* Zadania związane z profilaktyką i przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym nadal pozostają w gestii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, będącego dysponentem Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Działania z zakresu profilaktyki zawarte w zadaniu *Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii*, które mogą być realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego, to:

1. wspieranie realizacji programów profilaktyki uniwersalnej, adresowanych do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, osób dorosłych, w szczególności zalecanych w ramach „Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego”;
2. wspieranie programów rozwijających kompetencje wychowawcze rodziców i wychowawców sprzyjające kształtowaniu postaw i zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży;
3. wspieranie realizacji programów w miejscach o zwiększonym ryzyku używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych (np. miejsca rekreacji, imprezy muzyczne, kluby itp.), realizowanych m.in. przez organizacje pozarządowe;
4. wspieranie realizacji programów wczesnej interwencji i profilaktyki selektywnej, w szczególności zalecanych w ramach „Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego”, adresowanych do środowisk zagrożonych, w szczególności

dzieci i młodzieży ze środowisk zmarginalizowanych, zagrożonych demoralizacją, wykluczeniem społecznym oraz osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych w sposób okazjonalny;

5. wspieranie realizacji działań profilaktycznych prowadzonych na obszarach o występowaniu czynników sprzyjających nierówności w zdrowiu, we współpracy z organizacjami pozarządowymi i lokalnie działającymi podmiotami publicznymi;
6. wspieranie realizacji programów profilaktyki wskazującej adresowanych do jednostek lub grup wysoce narażonych na czynniki ryzyka, w szczególności do osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych w sposób szkodliwy, w tym w szczególności zalecanych w ramach „Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego”.
7. upowszechnianie standardów jakości w zakresie profilaktyki narkomanii.

Działania z zakresu profilaktyki zawarte w zadaniu *Program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych*, które mogą być realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego, to:

1. upowszechnianie, wdrażanie oraz poszerzanie oferty uniwersalnych programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach „Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego”;
2. prowadzenie i upowszechnianie programów profilaktycznych w zakresie problemów alkoholowych w środowisku pracy;
3. poszerzanie oferty, upowszechnianie i wdrażanie programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach „Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego” z obszaru profilaktyki selektywnej adresowanych do dzieci, młodzieży, rodziców i wychowawców;
4. poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym;
5. poszerzanie oferty, upowszechnianie i wdrażanie programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach „Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego” z obszaru profilaktyki wskazującej;
6. udzielanie specjalistycznej pomocy i wsparcia rodzicom, których dzieci upijają się.

Działania z zakresu profilaktyki zawarte w zadaniu *Program zwalczania następstw zdrowotnych palenia tytoniu i wyrobów powiązanych*, które mogą być realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego, to:

1. upowszechnianie, wdrażanie i poszerzanie oferty programów profilaktyki uniwersalnej zalecanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego skierowanych do całych grup populacji (prowadzenie programów edukacji zdrowotnej skierowanych do różnych grup docelowych, w szczególności do dzieci i młodzieży);
2. realizacja kampanii informacyjno-edukacyjnych (informowanie i ostrzeganie o ryzyku zdrowotnym związanym z używaniem tytoniu);
3. upowszechnianie, wdrażanie i poszerzanie oferty programów profilaktyki selektywnej zalecanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego skierowanych do jednostek lub grup narażonych na czynniki ryzyka;
4. upowszechnianie, wdrażanie i poszerzanie oferty programów profilaktyki wskazującej zalecanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego skierowanych do jednostek lub grup mających kontakt z czynnikami ryzyka.

Jak widać z powyższego zestawienia, w Narodowym Programie Zdrowia bardzo duży nacisk położono na podnoszenie jakości realizowanych działań profilaktycznych, zwłaszcza poprzez silne zaakcentowanie konieczności upowszechniania, wdrażania oraz poszerzania oferty realizacji programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach „Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego” oraz wdrażanie i upowszechnianie standardów jakości w zakresie profilaktyki w przypadku realizowania programów, które nie znajdują się jeszcze w systemie rekomendacji oraz innych oddziaływań profilaktycznych.

Bardzo ważnym aspektem programu jest również umożliwienie samorządom realizacji działań profilaktycznych w obszarze używania tytoniu, których realizacją do tej pory zajmowały się stacje sanitarno-epidemiologiczne. Niestety, samorządy nadal nie są uprawnione do realizowania i finansowania programów profilaktycznych dotyczących uzależnień behawioralnych, pomimo tego, iż jak wynika z ostatnich badań ESPAD, problem ten staje się coraz bardziej widoczny, a samorządy mają instytucjonalne możliwości realizowania programów profilaktycznych, zwłaszcza programów profilaktyki uniwersalnej.

Sposób finansowania zadań

Ustawa o zdrowiu publicznym wprowadza także znaczące zmiany w sposobie finansowania zadań, które zostały zapisane w Narodowym Programie Zdrowia. Artykuł 13 ustawy określa, że zadania z zakresu zdrowia publicznego są finansowane ze środków pozostających w dyspozycji: ministra właściwego do spraw zdrowia; innych ministrów lub centralnych organów administracji rządowej oraz agencji wykonawczych i innych państwowych jednostek organizacyjnych, w tym Narodowego Funduszu Zdrowia, realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego; oraz jednostek samorządu terytorialnego. Z kolei artykuł 14 określa sposób przekazywania środków finansowych realizatorom działań: *Powierzenie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez odpowiedniego dysponenta środków, o których mowa w art. 13, odbywa się w trybie konkursu ofert ogłaszanego przez tego dysponenta*. Zgodnie z ustawą możliwe jest przekazanie środków realizatorowi zadania z pominięciem konkursu ofert, ale jedynie w przypadku, gdy w Narodowym Programie Zdrowia określono podmiot właściwy do realizacji tego zadania oraz wskazano, że powierzenie jego realizacji następuje na wniosek tego podmiotu składany do odpowiedniego dysponenta środków.

Istotne dla samorządów zapisy zawiera również ust. 4 art. 14, mówiący o tym, że: *Do wyboru realizatorów zadań nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych⁵ oraz przepisów o prowadzeniu działalności pożytku publicznego na podstawie zlecenia realizacji zadań publicznych, o których mowa w rozdziale 2 działu II ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie⁶*.

Zapisy art. 14 oznaczają, że do ogłaszanego przez jednostkę samorządu terytorialnego konkursu, mogą się zgłaszać, zgodnie z art. 3 ust. 2 ustawy, podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w ustawie, w tym organizacje pozarządowe, podmioty lecznicze, osoby prawne, a także osoby fizyczne. W ogłoszeniu o konkursie ofert jednostki samorządu terytorialnego muszą dokładnie określić nazwę zadania będącego przedmiotem konkursu ofert; wysokość środków przeznaczonych na jego realizację; terminy i warunki realizacji zadania; kryteria oceny ofert; miejsce i termin składania ofert; termin rozstrzygnięcia konkursu ofert; termin i sposób ogłoszenia wyników konkursu ofert; sposób odwołania się od rozstrzygnięcia konkursu ofert; poziom i sposób obliczania minimalnego współfinansowania zadania przez podmiot ogłaszający konkurs, jeżeli współfinansowanie zadania jest

warunkiem otrzymania środków; wykaz dokumentów, które należy dołączyć do oferty; informację o możliwości odwołania konkursu ofert przed upływem terminu na złożenie ofert oraz możliwości przedłużenia terminu złożenia ofert i terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert oraz sposób złożenia oferty i dodatkowych dokumentów. W konkursie ofert można zamieścić także opis sposobu oceny ofert w zakresie każdego z kryteriów oceny ofert oraz sposób i terminy przekazania środków na rzecz realizatorów zadań.

Zapisy ustawy pozostawiają znaczną swobodę dysponentom w zakresie ustalania warunków konkursu. Między innymi nie określają, jak długo może być realizowane zadanie, jednakże analiza zapisów projektu Narodowego Programu Zdrowia wskazuje, że zadania winny być realizowane w sposób ciągły przez okres realizacji NPZ. Wydaje się więc, że maksymalny czas realizacji zadania, na którego realizację ogłaszany jest konkurs nie może przekroczyć daty końcowej obowiązywania Narodowego Programu Zdrowia.

Brak jest również w ustawie zapisów dotyczących minimalnego czasu publikacji ogłoszenia konkursowego w Biuletynie Informacji Publicznej, co może (ale nie musi) ograniczać dostępność ogłoszenia dla potencjalnych oferentów.

Przepisy ustawy nakładają na dysponenta środków obowiązek przygotowania wzoru formularza oferty, zgodnie z którym realizator zadania składa ofertę. Ustawa stawia również szereg wymagań przed potencjalnymi realizatorami zadania. Są to między innymi oświadczenie potwierdzające, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych czy też oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe. Ważnym aspektem jest również możliwość odwoływania się przez oferentów od rozstrzygnięcia konkursu.

Ustawa w bardzo precyzyjny sposób reguluje również kwestie związane ze złożeniem oferty przez uprawniony podmiot, zawarciem umowy, sposobem prowadzenia księgowości oraz prowadzeniem kontroli przez jednostkę przekazującą środki na realizację zadania.

Sprawozdawczość

Ustawa o zdrowiu publicznym nakłada na jednostki samorządu terytorialnego dodatkowe obowiązki sprawozdawcze w zakresie problematyki uzależnień. Dotychczas gminy

składały następujące sprawozdania z działalności w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom:

1. Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – sprawozdanie z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (PARPA-G1);
2. Krajowemu Biuru ds. Przeciwdziałania Narkomanii – informację z realizacji działań podejmowanych w danym roku, wynikających z Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii;
3. Radzie Gminy (Miasta) – raport z wykonania w danym roku Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii i efektów jego realizacji.

Dotychczasowe obowiązki sprawozdawcze zostały utrzymane. Dodatkowo, od 2017 roku, jednostki samorządu terytorialnego mają za zadanie przekazywać właściwemu wojewodzie, do dnia 31 marca każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Wojewoda ma prawo zweryfikować przekazaną przez samorządy informację pod względem zgodności realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego celów i podjętych lub zrealizowanych zadań z celami operacyjnymi i zadaniami służącymi do ich realizacji, określonymi w Narodowym Programie Zdrowia. Na podstawie dostarczonych przez gminy informacji wojewoda przygotowuje i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zbiorczą informację na temat realizacji celów określonych w Narodowym Programie Zdrowia.

Wnioski

Ustawa o zdrowiu publicznym daje samorządom duże możliwości w zakresie kreowania i realizowania polityki związanej z uzależnieniami, w tym realizowania zadań z zakresu profilaktyki uzależnień.

Nowy sposób finansowania działań w połączeniu z koniecznością podnoszenia jakości działań profilaktycznych, zapisaną w Narodowym Programie Zdrowia, mogą się przyczynić do łatwiejszego wdrożenia wartościowych i rekomendowanych programów profilaktycznych, dzięki temu, że w konkursach będą mogły uczestniczyć wszystkie podmioty koordynujące i/lub tworzące programy profilaktyczne: organizacje pozarządowe, instytuty badawcze, uczelnie, inne osoby prawne oraz osoby fizyczne. Zmiana ta może się również przyczynić do zwiększenia oferty rekomendowanych programów profilaktycznych, zaleca

bowiem samorządom korzystanie przede wszystkim ze sprawdzonych i zweryfikowanych naukowo programów. Również procedura konkursowa obowiązująca przy wyborze realizatorów zadań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom, w tym profilaktyki uzależnień, przyczyni się do zwiększenia konkurencyjności i podniesienia jakości oferowanych działań. Ważne jest to, że ustawa wymusza stosowanie trybu konkursowego w odniesieniu do realizacji wszystkich zadań z zakresu profilaktyki uzależnień i wyłącza przy realizacji tych zadań stosowanie przepisów ustawy o zamówieniach publicznych (w tym brak konieczności stosowania przepisów ustawy o zamówieniach publicznych do zamówień o wartości nie przekraczającej 30 tys. euro), co powinno się przyczynić do wycofania się z „rynku” profilaktyki podmiotów oferujących tanie oddziaływanie „profilaktyczne”, takie jak teatry profilaktyczne, festyny, pogadanki i inne działania o niskiej lub niesprawdzonej skuteczności.

Co jest równie ważne, umiejscowienie zadań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom w zapisach ustawy o zdrowiu publicznym oraz Narodowego Programu Zdrowia może oznaczać, że rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami będzie się przesunąć coraz bardziej z obszaru prawa karnego do obszaru zdrowia publicznego.

Przypisy

- ¹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2015 r. poz. 1916).
- ² Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2014 r. poz. 124 z późn. zm.).
- ³ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2015 r. poz. 1286).
- ⁴ W dalszej części artykułu powoływał się będę na projekt Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, zamieszczony na stronie Rządowego Centrum Legislacji (<http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12279052>).
- ⁵ Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 2164).
- ⁶ Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2014 r. poz. 1118 z późn. zm.).

Naruszenia etyki zawodowej i praw pacjenta zdarzają się i będą się zdarzały, bo taka jest natura człowieka. Ale zdarzają się rzadziej niż dziesięć lub dwadzieścia lat temu. Świadomość tego, że komponent etyczny stanowi niezbywalny składnik kompetencji zawodowych terapeutów uzależnień, i nie tylko uzależnień, staje się coraz bardziej powszechna.

CZTERY LATA DZIAŁALNOŚCI KOMISJI DS. ETYKI

Janusz Strzelecki

Przewodniczący Komisji ds. Etyki

„Minęły już cztery lata?!”. Tak reagowali nie tylko członkowie Komisji, ale także dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, gdy w drugiej połowie 2015 roku przypomniałem o konieczności powołania nowego jej składu. To zdziwienie towarzyszyło nam wszystkim podczas ostatniego wrześniowego – podsumowującego minioną kadencję posiedzenia Komisji.

To były cztery lata bardzo intensywnej pracy, więc szybko minęły. Intensywnej pracy i mierzenia się z trudnymi sprawami, z których jedna tak bardzo podzieliła Komisję, że część z nas zaczęła się zastanawiać nie tylko nad celowością, ale także nad możliwością dalszej współpracy.

Zaczęliśmy jednak od paromiesięcznych prac nad nowym kształtem Kodeksu Etyki Terapeuty Uzależnień. Zwróciliśmy się na stronie internetowej www.kodeksetyki.pl do naszego środowiska zawodowego z prośbą o nadsyłanie propozycji

ewentualnych zmian. O tych i własnych propozycjach dyskutowaliśmy, wymieniając mailowo uwagi na ich temat. Rewolucji oczywiście nie było, bo być nie mogło. Powstała nowa wersja Kodeksu – bardziej uporządkowana i zdecydowanie bardziej jednoznaczna w wymowie. Nowe zapisy dotyczyły rekomendowania Komisji ds. Etyki do nadzoru nad przestrzeganiem Kodeksu (do tej pory taki zapis zawierał jedynie Regulamin pracy Komisji), a także upubliczniania listy terapeutów, którzy złożyli oświadczenie o akceptacji i woli przestrzegania zasad Kodeksu oraz listy placówek, w których wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego złożyli takie oświadczenia.

Po przyjęciu nowej wersji Kodeksu – będącego swoistym głosem sumienia zawodowego terapeuty uzależnień – zajęliśmy się intensywnym propagowaniem jego idei, zmierzając do zwiększenia liczby terapeutów deklarujących

cych stosowanie się do jego zasad. I rzeczywiście udało nam się zwiększyć ich liczbę – z początkowych niespełna 50 osób do ponad 400 pod koniec 2015 roku. Natomiast placówek, w których wszyscy terapeuci pisemnie wyrazili gotowość przestrzegania zasad Kodeksu, było w grudniu minionego roku ponad 40.

Komisja – poza działalnością dotyczącą respektowania przez terapeutów Kodeksu – parokrotnie występowała publicznie z oświadczeniami, niekiedy w odpowiedzi na kierowane do nas prośby o zajęcie stanowiska. Były to oświadczenia w sprawach, naszym zdaniem, istotnych dla środowiska terapeutów uzależnień. Pierwsze z tych oświadczeń dotyczyło opinii Komisji na temat „wyrzucania z domu”, a dokładnie proponowania przez niektórych terapeutów (!) poszukującym pomocy rodzicom wyrzucenia dziecka z domu jako sposobu na zbudowanie motywacji do podjęcia terapii. Komisja bardzo krytycznie odniosła się do tego rodzaju praktyk, stwierdzając, że naruszają one zasadę poszanowania godności, podmiotowości i autonomii pacjenta, szereg innych szczegółowych zasad Kodeksu, a nierzadko także przepisy prawa.

Drugie oświadczenie odnosiło się do kwestii nieporozumień lub nadużyć pojawiających się podczas stosowania w ośrodkach i innych programach terapeutycznych tzw. ergoterapii, czyli prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych w formie pracy. Komisja określiła warunki, jakie powinno, jej zdaniem, spełniać prowadzenie tego rodzaju zajęć i zwróciła się do środowiska terapeutów uzależnień z rekomendacją bardzo rozważnego stosowania ergoterapii i zachowania zrównoważonych proporcji pomiędzy poszczególnymi elementami realizowanej oferty terapeutycznej.

Trzecie oświadczenie Komisja wydała w związku z jedną z najtrudniejszych prowadzonych przez siebie spraw. Najtrudniejszych, także dlatego, że dotyczyła ona jednej z osób zasiadających w Komisji. Oświadczenie to zawierało eksplikację zasad prowadzenia superwizji klinicznej, zaś punktem wyjścia do niego była opinia przygotowana przez zespół ekspertów powołanych na prośbę Komisji przez dyrektora Krajowego Biura. *Rekomendacje do prowadzenia superwizji klinicznej dla terapeutów uzależnień* w wersji przyjętej przez Komisję zostały następnie zaakceptowane przez przedstawicieli superwizorów podczas spotkania zorganizowanego w KBPN.

Oświadczenia Komisji odnosiły się także do wydarzeń bieżących, często bulwersujących środowisko terapeutów uzależnień. Dwa z nich dotyczyły opinii Komisji na temat kolejnych skazujących, choć nieprawomocnych wyroków

sądowych w rozprawie przeciwko księdzu – osobie niegdyś bardzo znanej w naszym środowisku zawodowym – oskarżonemu o to, że dopuścił się nadużyć seksualnych w stosunku do swoich podwładnych oraz pacjentki. Pełne teksty oświadczeń Komisji ds. Etyki dostępne są na naszej stronie internetowej w zakładce *Aktualności*.

Przedstawiciele Komisji przygotowali i poprowadzili sesje dotyczące etyki i praw pacjenta podczas dwóch kolejnych ogólnopolskich konferencji zorganizowanych w listopadzie 2012 roku (*Prawa pacjenta i etyka w pracy z uzależnionym*) i październiku 2013 roku (*Etyka w profilaktyce i terapii uzależnień*) przez Fundację „Res Humanae”, na zlecenie KBPN. Szczególnie pierwsza z nich – będąc sesją plenarną – wywołała szeroki oddźwięk i gwałtowną wymianę zdań, będącą skutkiem kontrowersyjnego, a nawet prowokacyjnego, zdaniem części uczestników konferencji, doboru niektórych prezentacji i osób je przedstawiających. Ale to dobrze – kiedyś ktoś powiedział, że etyka składa się z pytań. Często z bardzo trudnych. I jeszcze trudniejszych odpowiedzi, które niekiedy nie zadowalają nikogo. Nawet autorów tych odpowiedzi.

Komisja ds. Etyki podczas ostatniej kadencji jedynie w trzech wypadkach uruchomiła procedurę wyjaśniającą, choć zgłoszeń (niekoniecznie skarg, czasem tylko pytań) dotyczących nieetycznego postępowania terapeutów było osiem. Czasami autorzy pism nie decydowali się – po uzyskaniu dodatkowych informacji – na złożenie formalnej skargi. Czasami ograniczali się do tak niejasnego opisu sytuacji, w których uczestniczyli oni, a jeszcze częściej osoby im bliskie, że uniemożliwiała to zidentyfikowanie zarzutów skierowanych zresztą najczęściej przeciwko terapeutom nieznajdującym się na liście osób przestrzegających zasad Kodeksu. Niejednokrotnie skargi skierowane były przeciwko instytucjom, i to w sposób mało wiarygodny, a nie konkretnym terapeutom. W jednym wypadku skarga – ze względu na fakt, że dotyczyła terapeuty, który nie podpisał oświadczenia – została przekazana do Komisji Etyki Stowarzyszenia MONAR.

Trzy razy albo osiem w ciągu czterech lat. Mało. To cieszy i napawa optymizmem. I potwierdza moje intuicyjne przekonanie, że co prawda naruszenia etyki zawodowej i praw pacjenta zdarzają się i będą się zdarzały, bo po prostu taka jest natura człowieka. Ale zdarzają się rzadziej niż dziesięć lub dwadzieścia lat temu. Świadomość tego, że komponent etyczny stanowi niezbywalny składnik kompetencji zawodowych terapeuty uzależnień, i nie tylko uzależnień, staje się coraz bardziej powszechna. Sądzę, że przyczyniła się do tego także działalność Komisji ds. Etyki.

O badaniu DRUID pisaliśmy już w Serwisie Informacyjnym Narkomania, artykuł dotyczył używania substancji psychoaktywnych przez kierowców w kilkunastu państwach europejskich. Niniejszy tekst dotyczy przypadków kierowców ciężko rannych lub zabitych, u których we krwi wykryto alkohol, narkotyki lub leki.

ŚRODKI PSYCHOAKTYWNE W RUCHU DROGOWYM – WZROST RYZYKA WYPADKU

Filip Nawara
Fundacja Praesterno

Projekt DRUID składa się z kilka odrębnych modułów, są to m.in. badania eksperymentalne, badania epidemiologiczne, metaanalizy, analizy przepisów i skuteczności oddziaływań prawnych oraz analiza oddziaływań społecznych wraz z rekomendacjami dotyczącymi prowadzenia tego rodzaju działań.

Próby

Prezentowane dane pochodzą z tzw. badań szpitalnych, czyli z analiz próbek krwi pobieranych od kierowców ciężko lub śmiertelnie rannych w wypadkach. Oprócz tego gromadzono informacje na temat przebiegu wypadku, takie jak liczba uczestników, czas zdarzenia oraz informacje o kierowcach.

Przypadki kierowców ciężko rannych (**grupa I**) badano w sześciu krajach. Za przypadek ciężki uznawano uszkodzenia ciała na co najmniej drugim poziomie w skali MAIS¹.

Wypadki śmiertelne (**grupa II**) analizowano w czterech krajach. Tylko Finlandia uczestniczyła w obu badaniach, jednak kierowców rannych przebadano w tym kraju zbyt mało (51 osób), aby można w pełni uwzględnić fińskie wyniki dla tej grupy.

Trudność w ocenie wyników

Badania obu grup przeprowadzono w różnych państwach. Niektóre informacje były zbierane według różnej metodologii lub nie były zbierane w ogóle, np. nie wszystkie państwa w czasie realizacji projektu stosowały już skalę MAIS, brakuje niekiedy informacji o typie wypadku, wieku kierowcy itp.

Trzeba też zwrócić uwagę na różne modele stosowania substancji w poszczególnych regionach i państwach.

W większości z nich, oprócz alkoholu, w znaczących ilościach wykryto tylko niektóre substancje.

Na wynik wpływ mają także inne czynniki. U ofiar śmiertelnych poziom stężenia substancji we krwi zależy m.in. od miejsca ciała, z którego pobierano próbę – bliżej serca czy na peryferiach, gdzie substancji może być więcej – oraz czasu pobrania, gdyż w badaniu uwzględniano osoby zmarłe do 24 godzin po zdarzeniu. Na wzrost stężenia danej substancji we krwi wpływa również tzw. efekt *post-mortem redistribution*, czyli następujące w przypadku zgonu wyrzucenie substancji z tkanek, np. z wątroby do krwi.

Z kolei w przypadku leków, wyniki mogą być zawyżane na skutek podawania ich przy hospitalizacji, czego dowodem mogą być ich ekstremalne stężenia.

Te i tym podobne różnice utrudniają dokonanie porównawczego opisu zjawiska narkotyków w ruchu drogowym i jednoznacznych oszacowań niebezpieczeństwa związanego z używaniem poszczególnych substancji. Trudności dotyczą porównań między grupami wypadków, ale też wewnątrz samych grup.

Zestawianie wyników między grupami jest dodatkowo komplikowane przez różne wielkości prób (ok. dwukrotnie więcej było rannych).

Warto zwrócić uwagę, że wynik dla jakiejś substancji może być niewielki dla ogółu kierowców, jednak występuje ona bardzo często w jednym państwie, w określonej kategorii wiekowej, np. u 20% kobiet w wieku między 25 a 49 lat.

Wobec tego wydaje się, że po omówieniu kilku powtarzalnych zjawisk bardziej uzasadnione niż szukanie uniwersalnych prawidłowości jest zwrócenie uwagi na kilka specyficznych zjawisk widocznych na poziomie poszczególnych krajów, substancji i pomniejszych badań.

Ogólna charakterystyka zjawiska

Grupa I składała się z 2450 kierowców rannych w wypadkach w Belgii (BE), Danii (DK), Holandii (NL), we Włoszech (IT), na Litwie (LT) oraz w Finlandii (FI).

Tabela 1. Grupa I – liczba przebadanych kierowców w danym kraju.

BE	DK	FI	IT	LT	NL
325	831	47	676	385	186

Grupa II to 1050 kierowców, którzy zginęli w wypadkach w Finlandii (FI), Norwegii (NO), Portugalii (PT) i Szwecji (SE).

Tabela 2. Grupa II – liczba przebadanych kierowców w danym kraju.

FI	NO	PT	SE
459	165	285	141

W poszczególnych wynikach liczba kierowców może się nieznacznie zmieniać ze względu na niepełne informacje.

Częstsze wyniki pozytywne

Przypadki odurzenia są znacznie częstsze wśród kierowców rannych lub zabitych niż badanych losowo w ankietach drogowych. W obu omawianych tu grupach występowanie jakiegokolwiek z substancji psychoaktywnych stwierdzano u 30 do ponad 50% kierowców, a zatem 5-6 razy częściej niż w populacji generalnej, gdzie było to od 1,5 do 11% (we Włoszech 15%, jednak wynik ten uznano za przeszacowany ze względu na prawdopodobnie intencjonalny dobór prób).

Tak duże różnice wyraźnie świadczą o występowaniu związku między używaniem substancji psychoaktywnych a prawdopodobieństwem zaistnienia wypadku.

Tabela 6. Rozłożenie wypadków w grupie I.

	BE	DK	FI	IT	LT	NL
Dzień roboczy	146 (42,0%)	503 (59,9%)	24 (44,4%)	264 (39,2%)	241 (62,3%)	90 (48,1%)
Noc	45 (12,9%)	39 (4,6%)	5 (9,3%)	71 (10,5%)	11 (2,8%)	46 (24,6%)
Dzień weekendu	96 (27,5%)	212 (25,2%)	19 (35,2%)	214 (31,6%)	85 (22,0%)	23 (12,3%)
Noc	52 (14,9%)	68 (8,1%)	6 (11,1%)	89 (13,2%)	24 (6,2%)	28 (15,0%)

Tabela 7. Rozłożenie wypadków w grupie II.

	FI	NO	PT	SE
Dzień roboczy	270 (55,9%)	112 (58,0%)	114 (40,0%)	97 (61,8%)
Noc	41 (8,5%)	10 (5,2%)	24 (8,4%)	7 (4,5%)
Dzień weekendu	122 (25,3%)	52 (26,9%)	69 (24,2%)	36 (22,9%)
Noc	50 (10,4%)	19 (9,8%)	25 (8,8%)	17 (10,8%)

Tabela 3. Odsetek kierowców pod wpływem substancji psychoaktywnych w grupie I.

Wynik pozytywny	BE	DK	FI	IT	LT	NL
NIE	47,4	69,7	55,3	68,0	72,2	66,1
TAK	52,6	30,3	44,7	32,0	27,8	33,9

Tabela 4. Odsetek kierowców pod wpływem substancji psychoaktywnych w grupie II.

Wynik pozytywny	FI	NO	PT	SE
NIE	57,7	60,0	52,3	69,5
TAK	42,3	40,0	47,7	30,5

Wypadki nocami

Większość zdarzeń miała miejsce w godzinach dziennych: w dni robocze – od ok. 40 do ponad 60%, w weekendy – od 22 do 35% (z wyjątkiem Holandii – 12,3%). Na godziny nocne przypada od kilku do ok. 28% wypadków (znów wyjątek stanowi Holandia ze wskaźnikiem 39%).

Tabela 5. Populacja ogólna kierowców – odsetek wyników negatywnych.

Grupa kontrolna	Wynik negatywny
BE	89,35
DK	95,52
FI	98,66
IT	84,99
LT	94,49
NL	95,52
NO	97,03
PT	90,01
SE	98,66

Osoby, u których wykryto substancje psychoaktywne, stanowią w wypadkach nocnych znaczną większość: w **grupie I** było to od 41 do 73,5% (Belgia), w **grupie II** tendencja się pogłębia – kierowcy nietrzeźwi stanowią od 60 do prawie 90% (Norwegia) uczestników nocnych wypadków². Należy też zwrócić uwagę, że wykrywalność w nocy w obu grupach jest podobna przez cały tydzień.

Tabela 8. Odsetek osób z pozytywnymi wynikami w grupie I (od góry, bez Finlandii) i w grupie II.

	Dzień roboczy	Noc	Dzień weekendu	Noc
BE	35,1	65,9	61,1	73,5
DK	24,6	59,5	32,9	52,9
IT	20,1	60,6	32,2	48,3
LT	26,4	18,2	24,7	50,0
NL	18,9	41,3	45,5	60,7
FI	30,4	67,5	43,7	78,0
NO	28,4	66,7	39,5	88,9
PT	31,6	70,8	52,2	80,0
SE	23,3	85,7	24,2	60,0

Wypadki jednopojazdowe

Różnice widoczne są również w typie wypadków: z uczestnictwem jednego lub wielu pojazdów (kolizje). Osoby odurzone znacznie częściej uczestniczyły w wypadkach „jednopojazdowych”, podczas gdy wśród wszystkich kierowców więcej było kolizji. W grupie I było ich 929 w stosunku do 805 wypadków samotnych, w grupie II – 486 do 346.

Większość mężczyzn

Dość regularnie kształtują się statystyki dotyczące płci i wieku kierowców. We wszystkich krajach zdecydowanie więcej było mężczyzn, zarówno w grupie I (70%), jak i w grupie II (83%).

Trzeba też zwrócić uwagę na niski udział kobiet w czterech krajach: w Holandii, Portugalii, Szwecji i Norwegii próby wynosiły odpowiednio: 37, 20, 38 i 41 osób.

Wśród rannych mężczyzn dominowała grupa wiekowa 25-34 lata, drugą była 18-24 lata, natomiast wiek kobiet najczęściej mieścił się w przedziale 35-49 lat i 25-34 lata.

Tabela 9. Poszkodowani kierowcy w obu grupach wypadków wg płci i wieku.

Mężczyźni (wiek)	Grupa I	Grupa II
18-24	27,1%	23,5%
25-34	27,6%	18,5%
35-49	25,4%	20,6%
50+	18,7%	36,6%
Kobiety (wiek)		
18-24	23,0%	16,8%
25-34	26,2%	15,3%
35-49	30,6%	34,2%
50+	18,5%	33,7%

Największa liczba ofiar śmiertelnych to osoby w wieku 50 i więcej lat, i dotyczy to obu płci. Kolejne grupy wiekowe to 35-49 lat dla kobiet i 18-24 lata dla mężczyzn.

Pozytywne wyniki częściej u mężczyzn

W obu grupach wypadków u mężczyzn częściej niż u kobiet wykrywano obecność substancji psychoaktywnych. Wśród mężczyzn w grupie I wykrycia substancji najczęściej miały miejsce w pierwszych trzech kategoriach wiekowych, a najrzadziej w 50+, co pokrywa się z częstotliwością wypadków (wyjątkiem była Litwa, gdzie największy odsetek pozytywnych wyników wykryto w grupie 50+). W grupach najbardziej eksponowanych wyniki pozytywne sięgały od 33% do ponad 66% (Belgia). Należy tu zaznaczyć, że alkohol lub narkotyki wykrywane były najczęściej w kategorii wiekowej 25-34 lata.

Tabela 10. Odsetek mężczyzn kierowców z pozytywnymi wynikami w poszczególnych kategoriach wiekowych.

(W nawiasach podana jest liczba wszystkich kierowców. W sumach uwzględnione są przypadki bez określonego wieku).

grupa I	18-24 lata	25-34 lata	35-49 lat	50+	Razem osób
BE	61,2 (53)	66,2 (78)	60,0 (56)	40,9 (48)	243
DK	33,5 (188)	47,1 (141)	39,2 (127)	31,5 (90)	547
IT	38,0 (100)	42,2 (161)	34,9 (149)	19,1 (110)	520
LT	33,3 (67)	32,7 (52)	28,8 (66)	35,7 (42)	239
NL	32,0 (50)	59,0 (39)	35,3 (35)	26,9 (26)	150
Razem osób	472 (27,1%)	481 (27,6%)	442 (25,4%)	326 (18,7%)	
grupa II	18-24 lata	25-34 lata	35-49 lat	50+	Razem osób
FI	54,6 (99)	51,6 (64)	54,4 (70)	32,4 (159)	392
NO	41,5(48)	61,5 (29)	57,7 (29)	18,9 (26)	152
PT	46,3 (41)	66,2 (65)	63,8 (69)	31,3 (83)	265
SE	32,1 (30)	61,5 (14)	38,1 (23)	28,9 (52)	119
Razem osób	218 (23,5%)	172 (18,5%)	191 (20,6%)	340 (36,6%)	

W grupie II kategorii wiekowe o największej liczbie wyników pozytywnych nie pokrywają się z tymi, w których zachodzi najczęściej wypadków. Wśród mężczyzn, tak jak w grupie I, największy odsetek wyników pozytywnych jest dla wieku 25-49 lat, lecz ofiar najczęściej jest w grupach 50+ i 18-24 lata.

U kobiet pozytywne wyniki występowały nieregularnie – w zależności od kraju. W grupie I w Belgii, Danii i we Włoszech widoczne są częste przypadki pozytywne w grupie 50+, w Belgii i na Litwie stosunkowo dużo pozytywnych wyników odnotowano też w grupie najmłodszej (35% i 25%). Z kolei w Danii w kategorii najmłodszej wykazano zaledwie 6% pozytywnych przypadków, a w przedziale 25-34 lata prawie 24%. Belgia wykazuje najwyższe odsetki pozytywnych wyników dla obu płci, zarówno w grupie poszkodowanych, jak i populacji ogólnej kierowców.

W grupie II wśród kobiet najczęściej wypadków jest w dwóch ostatnich kategoriach wiekowych, co częściowo pokrywa się z częstotliwością pozytywnych

Tabela 11. Odsetek kobiet kierowców z pozytywnymi wynikami w poszczególnych kategoriach wiekowych. (W nawiasach podana jest liczba wszystkich kierowców. W sumach uwzględnione są przypadki bez określonego wieku).

grupa I	18-24 lata	25-34 lata	35-49 lat	50+	Razem osób
BE	35,3 (18)	26,9 (28)	48,1 (32)	30,0 (22)	104
DK	6,3 (81)	23,8 (63)	14,9 (88)	19,6 (56)	293
IT	19,2 (26)	34,0 (47)	18,2 (55)	21,4 (28)	156
LT	25,0 (36)	19,5 (42)	28,9 (38)	0,0 (15)	135
NL	0,0 (5)	25,0 (12)	9,1 (11)	11,1 (9)	37
Razem osób	169 (23,0%)	193 (26,2%)	225 (30,6%)	136 (18,5%)	
grupa II	18-24 lata	25-34 lata	35-49 lat	50+	Razem osób
FI	18,8 (16)	30,0 (10)	45,2 (32)	16,1 (33)	91
NO	37,5 (8)	12,5 (8)	33,3 (13)	42,9 (12)	41
PT	0,0 (4)	16,7 (6)	12,5 (8)	50,0 (2)	20
SE	75,0 (4)	25,0 (5)	10,0 (12)	0,0 (17)	38
Razem osób	32 (16,8%)	29 (15,3%)	65 (34,2%)	64 (33,7%)	

wyników – należy jednak pamiętać, że poza Finlandią mamy do czynienia z niewielkimi próbami.

Wykrywane substancje

Jedyną substancją wykrywaną we wszystkich krajach i z dużą częstotliwością jest alkohol. Pozostałe legalne i nielegalne substancje psychoaktywne występują w sposób specyficzny dla poszczególnych regionów lub krajów, grup wiekowych czy płci.

Alkohol najczęstszy

Alkohol w znaczących ilościach był wykrywany we wszystkich krajach i we wszystkich grupach wiekowych. Średnie dla obu grup wypadków zaczynają się od 14-15% (Dania, Litwa, Szwecja) i sięgają ponad 30% w Belgii i 39% w Portugalii. W tych ostatnich państwach są wśród mężczyzn kategorie wiekowe, w których liczba przypadków pozytywnych dochodziła, a nawet przekraczała 60% (18-24 lata i 35-49 lat w Belgii, 35-49 lat w Portugalii). Najwięcej pijanych kierowców wykryto wśród mężczyzn w grupie wiekowej 25-34 lata. Najwyższe odsetki kobiet będących pod wpływem alkoholu odnotowano w przedziale wiekowym 35-49 lat.

Za wynik pozytywny dla alkoholu uznawano już 0,1 promila we krwi, jednak tych najniższych wyników było niewiele.

W grupie I 65,7% wszystkich przypadków wykrycia alkoholu stanowiły stężenia powyżej 1,3 promila. W grupie II było ich 70,6%.

Występowanie alkoholu wśród poszkodowanych kierowców w stężeniach **powyżej 0,5 promila** waha się między 16% (Litwa, Szwecja) a 38% (Belgia). Średnia dla grupy I to 27%, dla grupy II 30%. Jednak już w grupie najwyższego ryzyka wypadku śmiertelnego, tzn. mężczyzn w wieku 18-24 lata, alkohol występował nawet u ponad połowy ofiar (Finlandia, Portugalia). Należy zaznaczyć, że wyniki te uwzględniają alkohol zmieszany z innymi substancjami – kombinacja ta stanowi drugi najczęstszy wynik we wszystkich państwach i w obu grupach wypadków. Substancjami najczęściej mieszanymi z alkoholem były THC (kierowcy młodszy) i benzodiazepiny.

Inne substancje rzadko same

Wykrywalność pojedynczych substancji innych niż alkohol w poszczególnych krajach rzadko przekraczała 1% (THC, amfetamina, leki), a 2% przekroczyła tylko w sześciu przypadkach, były to głównie leki: opioidy medyczne na Litwie i w Danii, benzodiazepiny na Litwie i w Finlandii, Z-drugs i amfetamina w Szwecji. Wyższe odsetki pojawiają się dopiero przy uwzględnieniu mieszania substancji (głównie z alkoholem), najczęściej w określonych kategoriach kierowców.

Tak np. **amfetaminy** w odniesieniu do średnich krajowych znajdowały się na poziomie od 0% (Portugalia, Włochy) do 2% (Szwecja), bez towarzyszenia innych substancji, i do 7% w kombinacjach (Norwegia). Natomiast w poszczególnych kategoriach kierowców wyniki sięgały 21% w Szwecji (mężczyźni 25-34 lata) czy 14-15% w Norwegii (mężczyźni 25+ i 35+) w **grupie II**, podczas gdy wyniki kobiet w większości państw były zerowe we wszystkich przedziałach wiekowych. Wyjątkiem są Dania i Belgia, gdzie amfetaminę wykryto u ponad 3% i 5% młodszych kobiet (18+ i 24+).

Tabela 12. Odsetek mężczyzn w grupie I (od góry) i II, u których wykryto największe wartości amfetaminy.

	18-24 lata	25-34 lata	35-49 lat	50+
BE	1,9	5,1	3,6	2,1
DK	5,4	10,7	2,4	1,1
NO	8,9	14,3	15,4	0,0
SE	6,9	21,4	8,7	6,0

Tabela 13. Odsetek kobiet w grupie I (od góry) i II, u których wykryto największe wartości amfetaminy.

	18-24 lata	25-34 lata	35-49 lat
BE	5,6	0,0	0,0
DK	3,7	3,2	1,1
NO	0,0	0,0	8,3

Nieregularność występowania opioidów

Wśród **kobiet z grupy I** wypadków najczęściej odnotowywano występowanie **opiodów medycznych**, przy czym występują one niemal wyłącznie w kategoriach wiekowych 25-34 lata i 35-49 lat. Odsetek pozytywnych wyników wynosił tu od ok. 4% w Belgii do 8% w Danii i na Litwie.

Wśród najmłodszych kierowców (18-24 lata) wykrywalność opioidów jest najczęściej zerowa. Dotyczy to wszystkich kobiet i większości mężczyzn. Wyjątkiem są Włochy i Belgia, gdzie wykrywalność u młodych mężczyzn sięgała odpowiednio 2% i 4%, a ewenementem jest Litwa, gdzie wśród mężczyzn wykrywalność stanowiła średnio 10% (w kat. 18-24 lata 10,6%, a 50+ 14,3%!).

Leki opioidowe stosunkowo rzadko występują w grupie II wypadków, gdzie bardzo wiele jest wyników zerowych – wśród mężczyzn i kobiet. Środki te wydają się za to występować regularnie u mężczyzn powyżej 50. roku życia (od 1,2% w Portugalii do 8% w Szwecji), a jest to kategoria z największym udziałem wśród ofiar śmiertelnych.

Relatywnie rzadkie występowanie opioidów w grupie II tłumaczyć może jej skład – głównie państwa północne.

Duża popularność leków

Z-drugs i benzodiazepiny to bardzo specyficzne substancje. Często występują w kombinacjach ze sobą lub z lekami opioidowymi oraz w kombinacjach z alkoholem, amfetaminą (głównie benzodiazepiny) i THC. Tak jak dla opioidów, kombinacje stanowią tu ponad połowę przypadków.

Z-drugs występują prawie wyłącznie w państwach skandynawskich wśród mężczyzn 50+. W grupie tej występują często: od 3,3% w Danii, przez 5,9% w Szwecji, do 7,5% w Finlandii.

W Belgii jako jedynym państwie nieskandynawskim odnotowano obecność Z-drugs, lecz tylko w grupie wiekowej 35-49 lat: u mężczyzn na poziomie 1,8%, u kobiet 10%!

W Finlandii i Norwegii dużym problemem są **benzodiazepiny**. Ich popularność oscyluje tam między 20 a 23% u mężczyzn w wieku 25-49 lat.

Znaczące odsetki, sięgające kilkunastu procent, odnotowano również w Szwecji, Danii, Belgii i na Litwie, głównie w kategoriach wiekowych po 24. roku życia wśród mężczyzn oraz w różnych kategoriach wiekowych kobiet: np. w Belgii i Finlandii

Tabela 14. Występowanie Z-drugs wśród mężczyzn (%).

Mężczyźni	35-49 lat	50+
BE	1,8	0,0
DK	1,6	3,3
FI	1,4	7,5
NO	7,4	6,8
SE	4,3	5,9

u kobiet 35+ i 50+ na poziomie 13-16% i we Włoszech dla grupy 50+ – 10,7%.

THC wśród młodych mężczyzn

Spożycie konopi oznaczano przez obecność THC, substancji czynnej, lecz również jej metabolitu THCCOOH.

Tabela 15. Odsetek mężczyzn w grupie I (od góry) i II, u których wykryto największe wartości benzodiazepin.

Mężczyźni	18-24 lata	25-34 lata	35-49 lat	50+
BE	1,9	1,3	14,5	6,4
DK	5,9	10,7	7,1	6,7
LT	0,0	5,8	4,5	7,1
FI	3,1	21,9	23,2	11,6
NO	4,5	23,1	19,2	2,4
SE	3,3	14,3	4,3	3,9

Tabela 16. Odsetek kobiet w grupie I (od góry) i II, u których wykryto największe wartości benzodiazepin.

Kobiety	18-24 lata	25-34 lata	35-49 lat	50+
BE	5,6	0,0	13,8	13,6
DK	2,5	6,3	4,6	7,1
FI	12,5	0,0	15,6	16,1

Tabela 17. Substancje występujące pojedynczo wśród kierowców obu grup wypadków (%).

	Grupa I						Grupa II			
	BE 325	DK 831	FI 47	IT 676	LT 385	NL 186	FI 459	NO 165	PT 285	SE 141
Wynik negatywny	47,4	69,7	55,3	68,0	72,2	66,1	57,7	60,0	52,3	69,5
Alkohol	30,2	14,1	25,5	18,5	15,3	25,3	24,4	18,2	38,9	15,6
Amfetamina	0,9	1,0	0,0	0,0	0,3	1,1	0,7	1,2	0,0	2,1
Benzoilokogonina	0,0	0,0	0,0	0,7	0,3	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Kokaina	0,0	0,0	0,0	0,6	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
THCCOOH	0,6	1,6	0,0	0,4	0,3	0,0	N.A.	N.A.	1,1	0,0
THC	1,5	0,6	2,1	1,6	0,3	0,5	0,0	1,8	0,0	0,7
Opiaty nielegalne	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepiny	1,5	1,2	0,0	0,4	2,3	0,0	5,2	1,8	0,7	0,0
Z-drugs	0,9	0,5	2,1	0,0	0,0	0,5	1,7	1,2	0,0	2,8
Opioidy med.	1,2	2,5	0,0	1,8	5,7	0,5	1,5	0,6	0,7	0,7
Kombinacja alkohol	13,2	5,4	10,6	4,6	2,3	4,3	7,2	7,9	6,0	4,3
Kombinacja inne	2,5	3,5	4,3	2,5	0,8	0,5	1,5	7,3	0,4	4,3
Łącznie	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Pojawiały się one głównie w mieszaninach z alkoholem, kokainą i benzodiazepinami, częściej wśród kierowców młodszych 18-24 i 25-34 lata oraz niekiedy w grupie 35-49 lat.

Występują we wszystkich krajach, z najniższymi odsetkami w Finlandii (od 1 do 5,8% w grupie 18-49 lat), Holandii (tylko w kategorii 25-34 lata: 7%) i na Litwie (1,9% i 1,5% w kategorii 25-49 lat).

Wśród najstarszej grupy wiekowej mężczyzn i większości kobiet (poza Belgią i Danią) kanabinoidów praktycznie nie wykrywano. THC jest w obu grupach drugą po alkoholu najczęściej występującą substancją w populacji kierowców. Ryzyko związane z prowadzeniem pod jej wpływem szacuje się na stosunkowo niskim poziomie.

Wzrost ryzyka spowodowania wypadku

W obu grupach wypadków wykrywalność substancji psychoaktywnych była duża, niekiedy kilkunastokrotnie większa niż w populacji generalnej kierowców. Oznacza to, że kierowcy prowadzący pod wpływem środków odurzających częściej ulegają wypadkom niż kierowcy trzeźwi.

Poziom ryzyka związany z używaniem poszczególnych substancji badacze przedstawiają jako iloraz

Tabela 18. Wszystkie przypadki wykrycia substancji – odsetek kierowców z wynikiem pozytywnym.

	Grupa I						Grupa II			
	BE	DK	FI	IT	LT	NL	FI	NO	PT	SE
Alkohol ($\geq 0,1$ g/L)	42,5	19,7	32,1	23,1	17,7	29,6	31,4	25,4	44,9	19,0
Alkohol ($\geq 0,5$g/L)	38,2	17,8	30,2	20,6	16,1	28,0	29,3	23,8	35,1	16,3
Amfetamina	2,6	4,2	3,7	0,1	0,5	2,1	2,1	7,4	0,0	6,6
Benzoilokogonina	1,4	0,7	0,0	2,8	0,3	2,7	0,0	0,6	0,7	0,7
Kokaina	2,3	0,6	0,0	2,7	0,3	2,1	0,0	0,0	0,7	0,7
Kokaina/Benzoil.	3,8	1,3	0,0	5,4	0,5	4,8	0,0	0,6	1,4	1,3
THCCOOH	2,3	5,3	0,0	1,3	0,3	1,1	N.A.	N.A.	4,2	0,0
THC	7,6	1,3	5,7	3,7	0,5	0,5	1,3	6,1	0,0	1,3
THC/THCCOOH	9,9	6,6	5,7	5,1	0,8	1,6	1,3	6,1	4,2	1,4
Opiaty nielegalne	0,6	0,5	0,0	2,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Benzodiazepiny	7,3	6,7	10,2	0,7	3,6	0,0	13,3	9,7	1,8	3,9
Z-drugs	1,7	1,2	3,8	0,0	0,0	0,5	3,0	4,4	0,0	3,2
Opioidy med.	3,3	4,2	4,0	3,7	7,8	0,5	2,1	1,7	2,1	4,1

szans (*odds ratio* – OR). Oblicza się go, uwzględniając liczbę wypadków pod wpływem danej substancji, liczbę wypadków w ogólnej populacji oraz liczbę osób, u których wykryto tę substancję. Wyniki odzwierciedlają, ile razy więcej w grupie wypadków jest osób pod wpływem danej substancji niż wśród wszystkich kierowców³, następnie są korygowane o wpływ takich czynników, jak natężenie ruchu i wiek kierowców, które same mogą wpływać na wzrost statystycznego ryzyka.

Po korekcie, iloraz szans wskazuje ilukrotnie większa jest szansa wystąpienia wypadku w grupie badanej niż w całej populacji kierowców.

Wskaźnik ryzyka liczony był na poziomie każdego państwa osobno oraz jako średnia. W tym ostatnim wypadku zastosowano trzy metody doboru danych.

Pierwsza traktowała zbiorczo dane wszystkich państw, **w drugiej** wykorzystano tylko zbliżone wyniki, **w trzeciej** metodzie wybrano wyniki najbardziej precyzyjne. W metodach 2. i 3. udało się uwzględnić tylko część substancji – ze względu na brak odpowiedniej liczby danych, które można by włączyć do analizy.

Dla alkoholu w stężeniu powyżej 1,2 g/L szansa zginęcia lub odniesienia ciężkich obrażeń w wypadku wzrasta nawet kilkusetkrotnie. Na przykład w Portugalii, gdzie wykrywalność alkoholu w grupie II była najwyższa, OR wynosił 144, a w Finlandii 267. Z kolei w Belgii (najwyższa wykrywalność w grupie I) wzrost szans na wypadek przy stężeniu alkoholu powyżej 1,2 promila był 108-krotny, a w Danii wyniósł prawie 300.

Natomiast iloraz szans wyliczony ze wszystkich państw dla wypadków śmiertelnych przy stężeniu alkoholu powyżej 1,2 promila wyniósł 500!

Z takimi wynikami alkohol w wysokich stężeniach uznano za ekstremalnie niebezpieczny, podobnie jak kombinacje alkoholu z innymi substancjami.

W przypadku niższych stężeń alkoholu ryzyko wzrasta średnio od kilku (dla stężeń poniżej 0,5 g/L) do kilkudziesięciu razy przy większych ilościach alkoholu. W związku z tym ilości poniżej 1,2 promila uznano za bardzo niebezpieczne.

W tej samej grupie ryzyka znalazły się **amfetamina i kombinacje różnych substancji bez alkoholu**.

Jak twierdzą autorzy, wyniki dla amfetaminy wskazywały na wysoki poziom ryzyka we wszystkich państwach, w których występowała. W **grupie II** iloraz szans wynosił średnio 24-28 (wg metody 1. i 2.). W **grupie I**, w Danii, gdzie przypadków używania tej substancji było najwięcej, iloraz szans wyniósł prawie 50.

Jako umiarkowanie niebezpieczne uznano **kokainę i leki**. Również obecność metabolitu kokainy wiązała się ze wzrostem ryzyka, co oznacza, że prowadzenie kilka godzin po jej zażyciu też może być ryzykowne. Jednak w przypadku stymulantów obserwacje te nie pokrywają się z wynikami eksperymentalnymi. Obecność stymulantów może wiązać się ze wzmożonym zmęczeniem i niedoborami snu, które mogą mieć większy wpływ na zdolności prowadzenia pojazdu niż sama substancja.

Jako względnie mało niebezpieczną substancję uznano THC, choć w Belgii, gdzie występowała najczęściej,

iloraz szans poważnego wypadku wyniósł dla tej substancji 4,88.

Również badania eksperymentalne wykazują osłabienie zdolności prowadzenia pod wpływem kanabinoidów. Obserwowane są przy tym pewne charakterystyczne typy wypadków. W przytoczonych przez niemieckich badaczy opiniach eksperckich, opisujących wypadki śmiertelne, znalazły się m.in. takie zapisy: *THC, również w niewielkich stężeniach, powoduje m.in. wzrost podatności na rozproszenie uwagi oraz opóźnienie reakcji. Wypadanie z drogi na długich zakrętach jest typowym wypadkiem pod wpływem THC. Opóźnienie reakcji oraz osłabienie koncentracji przyczyniły się do błędu kierowcy na drodze.* Podobne wnioski spotkać można w związku z MDMA, jako środkiem rozpraszającym uwagę, oraz środkami uspokajającymi. Więcej informacji na ten temat znajduje się w raportach dotyczących studiów eksperymentalnych nad wpływem substancji.

Tabela 19. Podział substancji ze względu na poziom ryzyka.

Poziom ryzyka	Punkt	Substancja
Niewielki	1-3	alk. 0,1-0,49 g/L THC
Średni	2-10	alk. 0,5-0,79 g/L Benzoiloeogonina Kokaina Opiaty Leki
Wysoki	5-30	alk. 0,8-1,19 g/L Amfetaminy Kombinacje substancji
Ekstremalny	20-200	alk. \geq 1,2 g/L Kombinacje z alkoholem

Ryzyko spowodowania wypadku

W Finlandii przeprowadzono odrębne badanie dotyczące odpowiedzialności za spowodowanie wypadku (*responsibility study*) dla alkoholu i leków.

Przypadki do analizy dobrano spośród wypadków śmiertelnych wg czasu i miejsca wypadku, tzn. szukano kierowców, u których nie wykryto żadnych substancji, a którzy mieli wypadek w miejscu i czasie zbliżonych do wypadku osoby pod wpływem danej substancji. Grupy „eksponowana” i „kontrolna” były tej samej wielkości. **Wyniki wskazywały na częstszą winę kierowców nietrzeźwych** w porównaniu do grup kontrolnych. Spośród 41 kolizji, w których uczestniczyły osoby

będące pod wpływem alkoholu, 38 było spowodowanych z ich winy – w grupie „negatywnej” (nie wykryto żadnych substancji) 28 osób było odpowiedzialnych za spowodowanie wypadku. Procentowo przedstawia się to 93% do 68%, iloraz szans bycia winnym spowodowania wypadku śmiertelnego wyniósł dla alkoholu 6,6. Jeśli uwzględnić również wypadki z udziałem jednego pojazdu to 73 z 75 było z winy kierowcy, co daje 75%. W przypadku leków 20 na 23 kierowców było odpowiedzialnych za spowodowanie kolizji (11 z 23 w grupie kontrolnej). Badacze stwierdzili, że w 13 przypadkach obecność leków miała znaczenie dla zdarzenia (z tego 8 przypadków to przedawkowania). Analiza logiczna wykazała 9,5-krotnie częstszą winę u kierowców używających leków.

Z pogłębianych analiz wynikało również, że wśród osób używających leków częściej zdarzały się samobójstwa (nie traktowane jako wypadek). Osoby mieszające leki z alkoholem częściej chorowały na depresję i choroby chroniczne, a osoby pod wpływem samych leków – na choroby sercowe.

Przypisy

- ¹ Skala MAIS to wykorzystywana przez pracowników służby zdrowia na całym świecie skala ciężkości obrażeń. Daje ona obiektywną i wiarygodną podstawę do gromadzenia danych. Poziom obrażeń określa się w szpitalu na podstawie szczegółowego klucza klasyfikującego. Obrażenia klasyfikuje się przy pomocy stopni (od 1 do 6), przy czym za poważne uważa się obrażenia między trzecim a szóstym stopniem. W 2013 roku rada ekspercka przy KE uznała za poważne uszkodzenia te od III stopnia MAIS; założenia projektu DRUID powstały w 2008 roku.
- ² W tabelach pominięto wyniki „nieznane”.
- ³ Zależą więc m.in. od częstotliwości występowania substancji w grupie kontrolnej.

Bibliografia

Raporty projektu DRUID (*Deliverables*):

metodologia:

- 1.3.1: *Driving under the influence of alcohol, illicit drugs and medicines. Risk estimations from different methodological approaches.*
2.3.5: *Risk of injury by driving with alcohol and other drugs*

występowanie substancji:

- 2.2.5: *Prevalence of alcohol and other psychoactive substances in injured and killed drivers*

studium odpowiedzialności:

- 2.3.3: *Relative risk of impaired drivers who were killed in motor vehicle accidents in Finland*

inne:

- 2.4.1: *Results from epidemiological research - prevalence, risk and characteristics of impaired drivers*
2.3.4: *Responsibility study: Psychoactive substances among killed drivers in Germany, Lithuania, Hungary and Slovakia*

Prezentowany artykuł jest próbą opisanego zjawiska używania nowych substancji psychoaktywnych przez problemowych użytkowników narkotyków, głównie iniekcyjnych. Spostrzeżenia i uwagi w nim zawarte są nie tylko wynikiem prowadzonych badań w ramach kończącego się projektu „New Psychoactive Substances among People Who Use Drugs Heavily”, w którym Poradnia MONAR w Krakowie brała udział, ale także naszych codziennych obserwacji i rozmów z klientami prowadzonego przez naszą placówkę programu redukcji szkód.

UŻYWANIE NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ PROBLEMOWYCH UŻYTKOWNIKÓW

Grzegorz Wodowski
Kierownik Poradni MONAR w Krakowie

Jesienią 2014 roku zorganizowaliśmy trzy grupy fokusowe z użytkownikami nowych substancji psychoaktywnych (NPS). Osoby badane przyjmowały nowe substancje psychoaktywne codziennie, część z nich wielokrotnie w ciągu doby. W większości stosowali je drogą dożylną. Rozmówcy przyjmowali NPS w okresie bezpośrednio poprzedzającym badanie, niektórzy z nich tuż przed udziałem w grupie fokusowej. Z jednym wyjątkiem, używanie nowych substancji psychoaktywnych stanowiło dla badanych kontynuację wcześniejszych doświadczeń z „klasycznymi” narkotykami. Większość naszych rozmówców miała za sobą stosunkowo długą historię używania tych narkotyków, jak również niemałe doświadczenie w zakresie używania nowych substancji psychoaktywnych. Ponad połowa z nich była wcześniej uzależniona od opioidów przyjmowanych dożylnie, niektórzy także od amfetaminy. Cytat (wszystkie wypowiedzi zapisane kursywą są cytatami z wywiadów z użytkownikami NPS):

„Od dłuższego czasu jadę na młotku”
„A co to za substancja?”
„No... Młot Thora”

Wiedza na temat stosowanych substancji

Wśród użytkowników iniekcyjnych z długą historią używania tradycyjnych narkotyków dominował niski poziom wiedzy na temat NPS. Zdecydowanie więcej informacji posiadali ci, którzy nie używali wcześniej

opiatów i nie stosowali narkotyków drogą iniekcyjną, choć podobnie mocno byli zaangażowani w nałóg. Podczas wymieniania nazw stosowanych substancji przedstawiciele pierwszej grupy posługiwali się przede wszystkim handlowymi nazwami produktów. W drugiej grupie dominowało mówienie o konkretnych związkach chemicznych; osoby z tej grupy potrafiły określić, do jakiej szerszej odmiany związków należą poszczególne substancje. Jednak przynależność do tej kategorii użytkowników wcale nie oznaczała „z automatu” dużego obeznania z tematem nowych substancji.

„Najkrócej działają przeróbki (metkatynon – przyp. autora). Kilka minut po strzale, myślę o następnym”.

Sposoby przyjmowania nowych substancji

Badani prezentowali różne wzorce używania nowych substancji psychoaktywnych. Najistotniejszymi czynnikami wpływającymi na wybór dróg przyjmowania narkotyku były rodzaj i forma NPS. Czynniki, które także miały duże znaczenie, były wcześniejsze doświadczenia i przyzwyczajenia w zakresie używania „tradycyjnych” narkotyków. Iniekcyjni użytkownicy narkotyków dokładnie w ten sam sposób stosują nowe substancje psychoaktywne, w jaki używali „kompotu” czy amfetaminy.

Z uwagi na szybko rosnącą tolerancję i stosunkowo krótki okres pobudzenia katynonami (w porównaniu z amfetaminą) niektórzy z badanych przyznawali się do kilkunastu, a nawet dwudziestu iniekcji dziennie.

Syntetyczne kannabinoidy, sprzedawane w połączeniu z roślinnymi „nośnikami”, są właściwie poza zainteresowaniem tej kategorii użytkowników. Czasem stosują te środki, ale – podobnie jak marihuanę – traktują je jako urozmaicenie, dodatek do „dania głównego”, na który składają się stymulanty.

Powody stosowania NPS

Dlaczego użytkownicy „tradycyjnych” narkotyków stosują nowe substancje psychoaktywne? Odpowiedź na to pytanie jest wielowątkowa, bo – jak się okazuje – dużo czynników ma wpływ na ten wybór. Oto, co powiedzieli nam badani.

Kiepski, czysty towar

Niska jakość „tradycyjnych” narkotyków została przeciwstawiona wysokiej czystości nowych substancji psychoaktywnych. W ciągu ostatnich kilku lat bardzo obniżyła się jakość nielegalnej amfetaminy. Stało się tak za sprawą ograniczenia dostępu do odpowiednich prekursorów, z których była ona produkowana. Podobnie na skutek ścisłej kontroli nad uprawami maku lekarskiego (wprowadzenia odmian niskomorfinowych) obniżyła się jakość „kompotu”. Jego produkcja wymagała także dostępu do bezwodnika kwasu octowego, a to stało się problematyczne i w rezultacie acetylacja produkowanej domowymi sposobami heroiny odbywa się z użyciem bezwodnika kwasu octowego, który jest zawarty w silikonie sanitarnym.

To wszystko doprowadziło do sytuacji, że nowe substancje psychoaktywne nie tyle wyparły „tradycyjne” narkotyki, co zajęły wolne po nich miejsce. Jednak wśród użytkowników mających wcześniejsze doświadczenia z dobrą jakościowo amfetaminą czy „kompotem”, entuzjazmu nie ma. Niektórzy z badanych twierdzili, że NPS to tylko namiastka prawdziwych narkotyków i oni chętnie wróciliby do używania amfetaminy i „kompotu”, gdyby jakość tych narkotyków była znów satysfakcjonująca.

Wysoka czystość nowych substancji stanowiła dla naszych rozmówców istotny czynnik. Niektóre nowe narkotyki, szczególnie te w wersji *research chemicals*, to substancje o niezwykle wysokiej czystości. Świadczą o tym chociażby wagowe ilości pojedynczych dawek odmierzane w dziesiątkach miligramów. Choć oczywi-

ście zdarzają się też zanieczyszczone NPS, zawierające dodatki mające najprawdopodobniej zwiększyć ich wagę. Niewiele także wiemy o ubocznych produktach syntezy tych substancji, które mogą być toksyczne. Podobnie jak niewiele wiemy o samych substancjach – niewiele wiemy o zawartych w nich zanieczyszczeniach.

Różnorodność i atrakcyjność

Nowe substancje psychoaktywne – o czym nadmieniali nasi rozmówcy – to dla nich także większy wybór i różnorodność w porównaniu z klasycznymi narkotykami. Jednak różnice w działaniu NPS należących do tej samej grupy są nieznaczne i mają w dużej mierze charakter wysoce subiektywny. Z informacji uzyskanych od badanych nie udało nam się sporządzić przekonującego opisu tych różnic.

Dochodzi tu jeszcze możliwość „konstruowania” własnych mieszanek, bazujących na dwóch lub więcej nowych substancjach, ale dotyczy to wąskiego grona użytkowników i raczej nie iniekcyjnych.

Co ciekawe, dla niektórych rozmówców działanie nowych substancji psychoaktywnych było po prostu bardziej atrakcyjne aniżeli narkotyków, które miały te pierwsze naśladować. Było tak w przypadku mefedronu i w mniejszym stopniu w odniesieniu do jego analogów – MDPV i metylonu.

„Jak chodziłem z towarem po mieście, to zawsze musiałem być gotowy na to, żeby się go pozbyć, w razie czego. A teraz? Luzik”.

Legalność substancji

Jednym z najczęściej podnoszonych powodów sięgnięcia przez naszych rozmówców po NPS była legalność nowych substancji lub ich względna legalność. Przez względną legalność rozumiemy taką sytuację, gdy nowy narkotyk znajduje się już na listach środków kontrolowanych, ale nadal organy ścigania nie są w stanie tej substancji identyfikować, przynajmniej w przypadkach zabezpieczania niewielkich ilości substancji.

Zdaniem naszych rozmówców nie tyle istotny jest dla nich komfort legalnego zakupu substancji, co bezpieczeństwo (można przypuszczać: bezkarność) w przypadku zatrzymania i kontroli przez policję. Są oni przekonani, że organy ścigania nie dysponu-

ją odpowiednimi środkami, aby pozwolić sobie na drogie i skomplikowane ekspertyzy konsumenckich ilości nowych substancji. Potwierdzenie tego sądu możemy znaleźć w statystykach prowadzonego przez poradnię programu pomocy prawnej, do którego nie trafiają sprawy o posiadanie zdelegalizowanych NPS, a jedynie sprawy o posiadanie „tradycyjnych” narkotyków, w szczególności marihuany. W tym kontekście warto podkreślić, że prawdopodobieństwo ukarania za posiadanie tak szkodliwych substancji jak NPS jest mniejsze niż za posiadanie np. marihuany, co może zachęcać do używania tych pierwszych.

Czasami nowe substancje psychoaktywne służą jako listek figowy dla tradycyjnie nielegalnych narkotyków. Jeden z badanych opowiadał o tym, że przesypuje amfetaminę do opakowania po „legalnych” dopalaczach i dzięki temu zmniejsza ryzyko zatrzymania przez policję.

Nowe substancje i seks

Wśród badanych panowało ogólne przekonanie, że wiele nowych substancji działa jak silne afrodyzjaki, powodując wzrost pożądania i pogłębiając doznania podczas seksu. Któryś z nich opowiadał nawet, że stosuje NPS tylko po to, ażeby uprawiać seks. Twierdził, iż po NPS osiąga takie pobudzenie seksualne, że nie ma dla niego znaczenia, czy uprawia seks z partnerką, czy się onanizuje. A często preferuje masturbację.

Jednak podniecenie seksualne następujące bezpośrednio po zażyciu nowych stymulantów bywa i kłopotliwe. Szczególnie jeśli sytuacja ma miejsce w przestrzeni publicznej. Jeden z rozmówców opowiadał o zatrzymaniu go przez policję, podczas gdy on zapamiętał onanizował się w miejscu publicznym, przekonany, że nikt tego nie widzi. Na szczęście obyło się bez poważniejszych konsekwencji tego czynu.

„Odkąd jestem na metadonie, nigdy nie byłem tak czysty. Jak to robię? Biorę tylko dopały”.

Leczeni substytucyjnie

Nowe substancje psychoaktywne są stosowane chętnie przez pacjentów programów substytucyjnych. Grupie tej należy się pewne wyróżnienie. Spośród badanych 10 osób miało za sobą historię leczenia metadonem, w tym dwie były aktualnie nim leczone. Równolegle

z uczestnictwem w leczeniu opioidowym używali oni nowych substancji psychoaktywnych. Część z nich robiła to regularnie (niemal codziennie), część miała przynajmniej pewne doświadczenia w używaniu szczególnie tych nowych substancji, które wykazują działanie stymulujące podobne do amfetaminy.

Jednym z powodów sięgania podczas leczenia substytucyjnego po nowe syntetyczne stymulanty jest przeciwdziałanie nadmiernej sedacji wywoływanej przez leki opioidowe, a głównie metadon.

Co więcej – jak się okazuje – używanie nowych substancji psychoaktywnych niesie ze sobą niskie, a często żadne ryzyko wykrycia ich (lub ich metabolitów) w moczu. Wykrycie faktu stosowania narkotyków zwykle prowadzi do wielu dotkliwych, zdaniem pacjentów, konsekwencji: od wstrzymania wydawania zaliczek substytutu do relegowania z uczestnictwa w programie. Intoksykacja nowymi substancjami psychoaktywnymi (biorąc pod uwagę brak możliwości ich identyfikacji w moczu), wydaje się „bezpieczniejszym” rozwiązaniem niż stosowanie łatwo wykrywanej amfetaminy.

Trudno na podstawie tych kilku przypadków dokonywać daleko idących interpretacji, ale jeśli nałożymy na to rozmowy z klientami odwiedzającymi drop-in, obserwacje streetworkerów i wywiady prowadzone z pacjentami w poradni, to trudno nie dojść do wniosku, że używanie nowych substancji psychoaktywnych przez osoby leczone substytucyjnie ma dość powszechny charakter.

Ryzyko zdrowotne używania NPS

„Na jednym z forów przeczytałem, że aby to poczuć, muszę wziąć przynajmniej 300 mg. Wziąłem połowę i o mało nie umarłem. Potem gdzieś wyczytałem, że 50 mg to maksimum, co powinienem wziąć...”.

Przedawkowania

Wszystkim badanym przydarzyły się sytuacje przedawkowań, choć interwencjami pogotowia skończyło się to tylko w kilku przypadkach. Trudno też do końca orzec, czy któraś z tych sytuacji niosła ze sobą zagrożenie dla życia. Badani nie znali osobiście nikogo, kto umarłby na skutek przyjęcia zbyt dużej dawki NPS. Poza informacjami medialnymi, nie słyszeli o takim przypadku. Przedawkowania, których doświadczyli i w związku z tym udzielono im pomocy medycznej, wiązały się

z utratą przytomności (4 przypadki), bólem w klatce piersiowej i silnym lękiem dotyczącym pracy serca (2) oraz z utratą kontroli nad własnymi zachowaniami (1). Z rozmów wynikało, że do przedawkowań dochodziło z powodu nieznamienia danej substancji i jej dawkowania, a także z powodu mieszania różnych substancji (w tym alkoholu). Do przedawkowań dochodziło także na skutek bagatelizowania potencjału nowych substancji i niewłaściwej oceny własnej tolerancji.

Biorąc pod uwagę częstotliwość, z jaką badani zażywali nowe substancje psychoaktywne, trudno oprzeć się wrażeniu, że przypadków przedawkowań było jednak niewiele. Gdyby tych kilka interwencji pogotowia miało stanowić o szkodliwości zażywanych substancji, to moglibyśmy dojść do błędnych wniosków. Możemy postawić tu dwie tezy, które wcale nie muszą się nawzajem wykluczać. Pierwsza to taka, że najczęściej ofiarami przedawkowań stają się osoby nie mające za sobą zbyt dużych doświadczeń w używaniu substancji psychoaktywnych. Druga to taka, że problemowi użytkownicy narkotyków, którzy kontaktują się z serwisami redukcji szkód, mają wpojone pewne zasady mogące wpływać na podniesienie bezpieczeństwa.

Ale może być również tak (co poniekąd zgadzałoby się z innymi naszymi obserwacjami), że problemowi użytkownicy narkotyków niezbyt chętnie eksperymentują z wieloma różnymi substancjami. W zamian za to dość szybko „dopasowują” sobie jedną czy dwie substancje, których potem używają tak długo, jak są one dostępne.

„Policja poluje na mnie od paru tygodni. Odkąd biorę SDP”.

Psychozy

Z problemami psychotycznymi wynikającymi ze stosowania nowych substancji psychoaktywnych zetknęła się większość naszych rozmówców. Głównie doświadczali oni objawów psychozy w postaci mniej lub bardziej intensywnych zaburzeń urojeniowych. Wśród tych urojeń dominowały – co nie dziwi, zważywszy na sposób funkcjonowania tych osób – treści związane ze śledzeniem i obserwowaniem przez policję. Zaburzenia zdarzały się w formie incydentów lub stanów, które zaostrzały się i gęstły. Wystarczyły jednak spojrzenia innych osób podróżujących tramwajem lub wizyta w sklepie, który był wcześniej celem kradzieży, żeby na nowo rozpalić te urojenia.

Badani mówili również o wypracowanych przez nich samych sposobach radzenia sobie ze strachem i podejrzliwością. Świadomi wpływu zażywanych substancji na wywoływanie tych stanów próbowali (bez rezygnacji z używania substancji) minimalizować ich rozmiary i wpływ na ich codzienne życie. Dla niektórych ratunkiem było unikanie kontaktów z innymi.

Koniec końców pojawianie się psychoz stanowiło dla niektórych z naszych rozmówców motywację do powstrzymywania się od częstego przyjmowania NPS, a w jednym z przypadków było nawet motywem do dłuższych przerw w braniu.

HIV/AIDS i HCV

Nie wiemy, jak wiele spośród prawie 20 tys. stwierdzonych zakażeń HIV w Polsce, ma związek z używaniem narkotyków. Według szacunków prowadzonych przez Państwowy Zakład Higieny – spośród zarejestrowanych nowych zakażeń pomiędzy 2010 i 2014 rokiem około 33% było związanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków. Jak wygląda to w grupie osób stosujących dożylnie nowe substancje psychoaktywne? Z badań przeprowadzonych przez Społeczny Komitet ds. AIDS wynika, że odsetek zakażonych HIV i HCV wśród iniekcyjnych użytkowników NPS jest niższy, ale porównywalny do tych wskaźników w grupie iniekcyjnych opiatowców HIV (14,7%), HCV (71,6%).

Wywiady prowadzone w grupach fokusowych nie dają możliwości dopytywania uczestników o ich status serologiczny. Jednak z innych kontaktów wiemy, że osoby stosujące iniekcyjnie nowe substancje psychoaktywne są zakażone tak HIV, jak i HCV. Niedbałe sposoby przygotowywania narkotyku do wstrzyknięć, duża ilość iniekcji w ciągu doby, grupowe organizowanie i zażywanie narkotyku, utrudniony dostęp do czystych igieł i strzykawek i nieprzestrzeganie zasad bezpieczeństwa to elementy ryzyka. Stanowią one przedmiot naszych analiz. Dodatkowo dochodzą tu czynniki, których wpływ nie był dotychczas tak widoczny: silne pobudzenie seksualne będące wynikiem działania niektórych nowych stymulantów i mogące wynikać z tego ryzykowne zachowania seksualne. Ryzyko transmisji wirusów przenoszonych przez krew podczas stosowania NPS wydaje się wysokie i pomimo braku odpowiednich badań należy brać je pod uwagę przy konstruowaniu oddziaływań wobec konsumentów NPS.

Koncepcja mindfulness zyskuje ostatnio na popularności na całym świecie. W wielu krajach jest promowana nie tylko w ośrodkach zdrowia i pomocy psychologicznej, ale również jest wprowadzana do biznesu oraz szkolnictwa. Mindfulness jest stosowane również w sytuacjach, kiedy występują trudności w radzeniu sobie z negatywnymi emocjami, przy zaburzeniach lękowych, zaburzeniach odżywiania, problemach ze snem, a także w uzależnieniach.

MINDFULNESS W TERAPII UZALEŻNIEŃ

Katarzyna Żylińska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Określenie **mindfulness**, tłumaczone w języku polskim jako **uwaga** lub **uwaga obecność**, wywodzi się od angielskiego przymiotnika *mindful* – uważający, troskliwy, dbały, świadomy.

„Mówiąc najprościej, uważność to świadomość każdej chwili. Pielęgnowanie się ją przez celową koncentrację na rzeczach, nad którymi zwykle się nie zastanawiamy. Jest to systematyczny rozwój nowych rodzajów kontroli i mądrości w naszym życiu, oparty na naszych wewnętrznych zdolnościach relaksacji, skupiania uwagi, świadomości i percepcji” (Kabat-Zinn, 2013).

Koncepcja mindfulness zyskuje ostatnio na popularności na całym świecie. W wielu krajach jest promowana nie tylko w ośrodkach zdrowia i pomocy psychologicznej, ale również jest wprowadzana do biznesu oraz szkolnictwa. Coraz więcej dowodów naukowych potwierdza, że praktykowanie uważności pomaga w zapobieganiu nawrotom w depresji oraz może być pomocne u pacjentów doświadczających chronicznego bólu. Stosowane jest również w sytuacjach, kiedy występują trudności w radzeniu sobie z negatywnymi emocjami, przy zaburzeniach lękowych, zaburzeniach odżywiania, problemach ze snem, a także w uzależnieniach.

Obecnie w szybkim tempie rozwijają się różne podejścia psychoterapeutyczne nawiązujące do mindfulness, które czasem określa się zbiorczo jako „trzecią falę” terapii poznawczo-behawioralnej (CBT). Wśród nich są między innymi: MBCT – *Mindfulness Based Cognitive Therapy*, ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*), DBT (*Dialectical-Behaviour Therapy*) czy MBRP (*Mindfulness-Based Relapse Prevention* – Zapobieganie Nawrotom Oparte na Uważności). Podejścia te czerpią w dużej mierze z MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*), pierwszej w świecie zachodnim metody leczenia opartej na wschodnich, głównie buddyjskich technikach, wprowadzonej przez Jona Kabat-Zinna pod koniec lat 70. XX wieku na uniwersytecie medycznym w Massachusetts.

Podejścia te kładą duży nacisk na:

– **akceptację**. Akceptacja uczuć, przeżyć i doświadczeń połączona z życzliwym, współczującym i przyjaznym podejściem do samego siebie jest alternatywą wobec usilnego dążenia do zmiany. Zmiana nie zawsze jest możliwa, a ciągłe myślenie o konieczności zmiany i roztrząsanie sytuacji, może być problematyczne,

– **uwagę**. Nasze życie dzieje się tu i teraz, w pojedynczych aktualnych chwilach. Jednakże, ponieważ przez większość czasu żyjemy w natłoku różnych spraw, a przez nasz umysł przepływa nieustanny i często chaotyczny potok myśli, jesteśmy mało świadomi tego, czego doświadczamy w danym momencie. W tym stanie zmniejszonej świadomości często działamy jakby automatycznie, nawykowo, kierowani przez lęki i pragnienia. Uwaga pozwala „być bardziej” w swoim ciele i w swoich zmysłach. Dzięki temu stajemy się mniej zaabsorbowani sobą, swoimi natrętnymi myślami, mniej reaktywni i zestresowani,

– **wartości**. Ważne jest nie to, aby czuć się dobrze, co żyć dobrze, czyli realizować swoje wartości, nie zajmując się nadmiernie kontrolowaniem swoich myśli i uczuć, na które i tak do końca nie mamy wpływu.

Podejścia „trzeciej fali” terapii poznawczo-behawioralnej opierają się na mających długą tradycję wschodnich naukach kontemplacyjnych (psychologii buddyjskiej). Jednak rozwijanie uważności (medytacji) nie jest ćwiczeniem związanym z praktykowaniem religii orientalnej czy nowych podejść *new age*, ale mającym już solidne podstawy naukowe sposobem wglądu w siebie, który ma na celu zmniejszenie cierpienia. Uwaga jest po prostu metodą treningu umysłu.

Mindfulness a uzależnienia

Neurobiologiczne badania nad uzależnieniami pokazują, że główną osią, „wehikułem” uzależnienia jest głód (we-

wewnętrzny przymus, pragnienie, pożądanie) i upośledzenie kontroli (brak hamowania, brak władzy psychicznej). Za utratę kontroli nad zachowaniem odpowiedzialne jest zachwianie równowagi w strukturach mózgowych pomiędzy korą przedczołową a układem nagrody lub układem limbicznym (Heatherton, Wagner, 2011; TICS). Układ i mechanizm nagrody powstał w wyniku ewolucji jako mechanizm wzmacniający, poprzez przyjemne odczucia i zachowania zwiększające możliwość przetrwania gatunku (w tym jedzenie, picie, seks). Jednocześnie stymulowanie układu nagrody przez różne substancje i zachowania oraz idące za tym nagradzające uczucia może być paliwem podsycającym różne uzależnienia. Kluczowy mechanizm cierpienia psychicznego, w tym zaburzeń emocjonalnych i uzależnień, polega na nieakceptowaniu (unikaniu) negatywnych przeżyć i nadmiernym pragnieniu, przywiązaniu do przyjemnych, co tworzy błędne koło cierpienia. Jest to wynikiem zachodzących procesów warunkowania: czynności nałogowe są podsycane przez pozytywne i negatywne wzmocnienia. Natomiast bodźce, które wzbudzają owe stany, indukują głód, utrwalając cykl. Dzięki powtórzeniom proces ten się automatyzuje.

Zapobieganie Nawrotom Oparte na Uważności

Terapia Zapobieganie Nawrotom Oparte na Uważności (Bowen, Chawla, Marlatt, 2011) łączy poznawczo-behawioralny model zapobiegania nawrotom wg Marlatta i Gordona oraz trening uważności zgodnie założeniami MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*).

W terapii poznawczo-behawioralnej zakłada się, że zachowania nałogowe oraz sposoby radzenia sobie z nimi są wyuczalne, a podstawowymi metodami behawioralnego radzenia sobie z objawami uzależnienia jest unikanie bodźców wyzwalających oraz wypracowanie zachowań zastępczych. Unikanie tzw. wyzwalaczy tłumi procesy podsycające uzależnienie, a zachowania zastępcze omijają zachowania nałogowe. Strategie te nie dotyczą jednak podstawowego elementu cyklu uzależnienia – wzmożonego pragnienia (głodu) oraz utraty kontroli – co powoduje, że nie mają one zadowalającej skuteczności. Co więcej, uczenie zachowań zastępczych może odwozić od bycia „ze sobą”, swoimi uczuciami, przeżyciami. Dlatego w „trzeciej fali” terapii poznawczo-behawioralnej uznano, że kluczowa jest praca nad zmniejszeniem głodu, innymi słowy przy-

wrócenie równowagi i zdolności oparcia się pokusie. W podejściu tym uznaje się, że największym problemem jest silna tendencja do unikania negatywnych emocji i nadmierne przywiązanie do pozytywnych przeżyć, co tworzy błędne koło. Problematiczna może być również nadmierna chęć zmiany: im bardziej koncentruję się na tym, że czegoś nie chcę przeżywać, tym gorzej się czuję. Rozwiązaniem, wg teorii mindfulness, nie jest koncentracja na zmianie myślenia, ale akceptacja siebie i rzeczywistości taką, jaka ona jest. Trening uważności zachęca do większej cierpliwości i współczucia wobec samego siebie. Kierując świadomą życzliwą uwagę na podstawowe ogniwa cyklu uzależnienia, można „przetrzywać” nieprzyjemne doznania związane z głodem substancji („surfowanie po głodzie”), zamiast „podsycać ogień” zachowaniem nałogowym. Po jakimś czasie i dzięki praktyce uważności „ogień pragnienia” sam się wygasza. Ważna jest tu świadomość, że emocje mają swoją trajektorię – nasilają się, mają punkt kulminacyjny i opadają. Ponadto czysta, świadoma uwaga (uważność) jest z definicji wolna od osądu, który często podtrzymuje nałóg, zamiast go gasić. Przykładowo, gdy doświadczamy lęku, mogą pojawić się myśli: „muszę tego uniknąć”, „muszę przestać się nakręcać”, „muszę się pozbyć objawów z ciała”. Gdy się na nich koncentrujemy, powodują one, że lęk zamiast maleć, rośnie, a myślenie się „nakręca”. Natomiast wzmacnianie otwartej, nieoceniającej świadomości w stosunku do nieprzyjemnych doznań powoduje, że mniej się z nimi utożsamiamy i z czasem stajemy się mniej reaktywni.

Trening uważności ma na celu przełączenie się z trybu umysłu ukierunkowanego na działanie na tryb ukierunkowany po prostu na „bycie”. Tryb działania oparty jest na różnicy pomiędzy tym, co jest, a tym, co powinno być – i szukaniu możliwości zmiany. Związany jest on z myśleniem i działaniem, bardzo łatwo się automatyzuje i pozwala łatwiej funkcjonować w świecie zewnętrznym. W świecie wewnętrznym jednak tryb ten powoduje zamartwianie się, ruminowanie i nadmierne roztrząsanie. Badania (Killingsworth, Gilbert, 2010) pokazały, że błędzenie w myślach pochłania nam blisko 47% czasu i jest negatywnie związane z uczuciem szczęścia. Tryb „bycia” natomiast oznacza bycie obecnym „tu i teraz” oraz akceptację tego, co jest. Jon Kabat-Zinn, twórca koncepcji uważności, określa ją jako stan świadomości cechujący się utrzymaniem uwagi w szczególny sposób,

intencjonalnie, w bieżącym momencie i w sposób nieoceniający. Przypomnijmy, że kluczowy mechanizm cierpienia psychicznego (zaburzeń emocjonalnych i uzależnień) wynika z nieakceptowania i unikania negatywnych przeżyć oraz nadmiernego pragnienia i przywiązania do przyjemnych przeżyć.

Głównym mechanizmem zmiany w Zapobieganiu Nawrotom Opartym na Uważności jest decentracja polegająca na nieutożsamianiu się ze swoimi myślami i uczuciami oraz przyjęciu pozycji obserwatora: „Moje myśli, uczucia nie są mną”, „Myśl to nie fakt”, „Myśl to nie odzwierciedlenie rzeczywistości”. Wymaga to zwiększania umiejętności skupiania i przekierowywania uwagi oraz zmiany perspektywy postrzegania samego siebie. Wraz ze wzrostem decentracji i rozwojem zdolności do uświadamiania sobie czynników wyzwalających i automatycznych reakcji związanych z nawrotem, spada skłonność do zachowań nałogowych. Uważność staje się nowym sposobem reagowania na czynniki wyzwalające uzależnienie.

Podsumowując, kluczowe mechanizmy, które powodują, że trening uważności działa korzystnie na zdrowie, to regulacja emocji, regulacja uwagi, zmiana w percepcji swojego *ja* i wzrost świadomości ciała (informacje te opierają się na dowodach z badań neurobiologicznych, Hölzel i in., 2011).

Program

Program Zapobieganie Nawrotom Oparte na Uważności (MBRP) obejmuje indywidualną sesję wprowadzającą oraz 8 sesji grupowych prowadzonych raz w tygodniu (jedna sesja trwa ok. 2,5 godz.) lub dwa dopełniające się czterotygodniowe moduły (Brewer i in., 2009). MBRP jest oparty na specjalnie przygotowanym podręczniku. Ważną rolę w programie pełni praca własna w domu, polegająca na ćwiczeniu uważności. Terapia jest pomyślana jako leczenie po standardowym leczeniu (*aftercare*). Koniecznym warunkiem prowadzenia programu przez terapeutów jest własna praktyka uważności i dobra znajomość MBRP. Kluczowe formalne praktyki uważności stosowane w programie to: skanowanie ciała, uważność oddechu oraz „medytacja miłującej dobroci”. Stosowane są też specyficzne ćwiczenia uważności dotyczące uzależnienia, tj. ćwiczenie „surfowania po głodzie” i ćwiczenie „przestrzeń na trzeźwość”. Terapia Zapobiegania Nawrotom Oparta na Uważności wymaga

ugruntowanej motywacji ze strony pacjenta, ponieważ ten rodzaj interwencji nie pomaga w krótkim czasie. Jeśli osoby uzależnione nie mają wglądu w powody sięgania po substancje psychoaktywne, to istnieje niewielkie prawdopodobieństwo, że znajdą w sobie siłę potrzebną do przetrzymania nieprzyjemnego pragnienia i „głodu” w procesie rzucania nałogu. Wykazano, że obszary mózgu odpowiedzialne za automonitorowanie i kontrolę poznawczą odgrywają w uzależnieniach istotną rolę, a w niektórych przypadkach na podstawie ich aktywności można przewidzieć wyniki terapii (Brewer, Worhunsky, Rouunsaville, Potenza, 2008). Oba te obszary mogą lepiej funkcjonować pod wpływem treningu uważności (Brewer, Worhunsky i in., 2011).

Skuteczność MBRP jest potwierdzona coraz licznymi badaniami naukowymi. Należą do nich m.in.:

- Duże randomizowane badanie z grupą kontrolną (RCT, N=286) (Bowen i in., 2014 *Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders*) wykazało, że MBRP istotnie obniża użycie substancji w ciągu 12 miesięcy w porównaniu do zwyczajowej terapii (TAU) oraz tradycyjnych grup zapobiegania nawrotom.
- Metaanaliza badań *Are Mindfulness-based Interventions Effective for Substance Use Disorders? A Systematic Review of the Evidence* (Chiesa & Serretti, 2014) wykazała, że terapie oparte na uważności redukują użycie substancji psychoaktywnych w porównaniu do grupy kontrolnej.
- Badanie *Re-Training the Addicted Brain: A Review of Hypothesized Neurobiological Mechanisms of Mindfulness-Based Relapse Prevention* (Witkiewicz i in., 2014) wskazało, że osłabienie mechanizmów nawrotów ma wpływ na wzrost świadomości, zmniejszony „auto-pilot”, zmniejszoną reaktywność, rezygnację z myślenia oceniającego, następuje zwiększona łagodność i zwiększone samowspółczucie.

Ponadto analizy badań dotyczących Terapii Opartych na Uważności (MBT) wskazują na ich skuteczność w redukcji objawów depresyjnych, lękowych i stresu:

- Grossman i in., „Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis”, *Journal of Psychosomatic Research*, 2004,
- Hofmann i in., „The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review”, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2010,

- Chiesa i Serretti, „Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis”, *Psychiatry Research*, 2011,
- Khoury i in., „Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis”, *Clin. Psychology Rev.*, 2013: 209 badań (N=12,145).

Skuteczność MBT jest podobna do CBT, BT i farmakologii. Poparte wynikami badań naukowych współczesne koncepcje uzależnienia są zaskakująco zbieżne z ideą psychologii buddyjskiej, na której opiera się trening uważności MBRP: przyczyną cierpienia jest pragnienie, jeśli więc stracimy co do niego złudzenia i przestaniemy się go kurczowo trzymać, odczujemy ulgę. Istnieje potrzeba dalszych badań nad skutecznością MBRP, ale dotychczasowe wyniki

są bardzo obiecujące. W Polsce w obszarze uzależnień podejście to jest jeszcze mało znane i niewykorzystywane. *Opracowano na podstawie prezentacji dr. n. med. Pawła Holasa (Instytut Uważności i Psychoterapii), wygłoszonej podczas szkolenia zorganizowanego przez Fundację Res Humanae w dniach 26-28 października 2015 roku w Konstancinie i sfinansowanego ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.*

Bibliografia

- Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A., „Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide”, The Guilford Press, New York 2011.
- Kabat-Zinn J., „Życie piękna katastrofa”, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2013.

Badania poświęcone neurobiologii uzależnień skupiają się wokół dwóch głównych obszarów – biochemii uzależnień i oceny funkcji poznawczych. Wskazują one na szereg podobieństw fizjopatologicznych pomiędzy uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i od hazardu.

NEUROBIOLOGICZNE PODSTAWY UZALEŻNIEŃ (NAŁOGÓW) BEHAWIORALNYCH

*Magdalena Rowicka
Akademia Pedagogiki Specjalnej*

Uzależnienia są obecnie rozpatrywane zarówno przez pryzmat kosztów, jakie ponosi jednostka (zdrowotnych, psychospołecznych i ekonomicznych), jak i przez pryzmat zdrowia publicznego. Strategie i polityki międzynarodowe, krajowe czy miejskie bardzo dużo miejsca i funduszy poświęcają głównie na uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Mimo to w ciągu ostatnich 20 lat można zaobserwować wzrastające zainteresowanie badawcze zaburzeniami o charakterze behawioralnym, tzn. uzależnieniami czy nałogami behawioralnymi. Do tej grupy należą przede wszystkim zaburzenia grania w gry hazardowe (wg DSM-IV hazard patologiczny), ale także kompulsywne kupowanie, uprawianie seksu, zaburzenie grania w gry komputerowe (obecnie opisane w sekcji III DSM-V) czy kompulsywne uprawianie ćwiczeń. Od ponad dwóch dekad zarówno badacze, jak i klinicyści podejrzewali istnienie biologicznego podłoża zaburzenia grania w gry hazardowe, ale dopiero najnowsze technologie

(np. obrazowanie fMRI, MRI, PET) wskazują na neurobiologiczne podobieństwa pomiędzy uzależnieniami od substancji a nałogami behawioralnymi.

Obie formy zaburzeń prezentują wspólne cechy kliniczne: kompulsywne angażowanie się w dane zachowanie pomimo świadomości negatywnych konsekwencji, obniżoną kontrolę i pożądanie danego zachowania. Ponadto obu zaburzeniom towarzyszy upośledzona kontrola impulsów, przejawiająca się we wzroście tolerancji na działanie czynnika uzależniającego, w występowaniu objawów odstawiennych, w nieudanych próbach ograniczenia wykonywania danego zachowania i w upośledzeniu funkcjonowania w większości obszarów życia.

Badania poświęcone neurobiologii uzależnień skupiają się wokół dwóch głównych obszarów – biochemii uzależnień (np. roli neuroprzekazników) i oceny funkcji poznawczych (przy zastosowaniu obrazowania, ale

także testów). Badania wskazują na szereg podobieństw fizjopatologicznych pomiędzy uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i od hazardu. Zdecydowanie mniej uwagi poświęcono innym formom zaburzeń zachowania o charakterze nałogowym (zaburzeniu grania w gry komputerowe czy kompulsywnym zakupom).

Biochemia

Wyniki badań wskazują na udział wielu neuroprzekazników w fizjopatologii obu typów uzależnień, w tym głównie serotoniny i dopaminy (Potenza, 2008). Obniżone poziomy serotoniny korelują z podwyższoną impulsywnością i poszukiwaniem stymulacji wśród osób uzależnionych zarówno od substancji, jak i hazardu (Potenza, 2001).

U osób charakteryzujących się upośledzoną kontrolą impulsów i uzależnionych od substancji, bardzo często obserwuje się także zaburzenia w funkcjonowaniu szlaków dopaminergicznych, tzw. układu nagrody, co prowadzi do potrzeby poszukiwania przyjemności (np. grania w gry hazardowe). Mechanizm ten jest związany ze strukturami, w których uwalniana jest dopamina w sposób naturalny (brzuszną część nakrywki śródmózgowia – VTA, jądro półleżące i kora oczodołowo-czołowa – OFC). Zaburzenia prawidłowego wydzielania dopaminy prowadzą do poszukiwania przyjemności poprzez angażowanie się w dane zachowanie (np. granie w gry hazardowe czy przyjmowanie substancji psychoaktywnych), co w konsekwencji prowadzi do uwolnienia dopaminy i odczuwania przyjemności (Zack & Poulos, 2009). Mechanizm ten został nazwany syndromem niedoboru nagrody/gratyfikacji (ang. *reward deficiency syndrome*) (Blum i wsp., 1996) – zachwianie równowagi chemicznej, które prowadzi do konieczności kompensacji jej braku poprzez poszukiwanie stymulacji ze środowiska (zachowania czy substancji), niezależnie od konsekwencji. Badania nad chorobą Parkinsona sugerują, że podawanie antagonistów dopaminy może się wiązać ze zwiększonym ryzykiem rozwinięcia zaburzenia kontroli impulsów, w tym głównie zaburzeń behawioralnych (Weintraub i wsp., 2006). Badania sugerują także, że o ile sam związek pomiędzy dopaminą i zwiększonym ryzykiem rozwinięcia zaburzeń kontroli impulsów jest zgodny z oczekiwaniem, o tyle związek pomiędzy receptorami D2/D3 a motywacją do grania już nie (m.in. nie mają związku ze skutecznością terapii) (Zack & Poulos, 2007).

Endogenne opioidy (takie jak β -endorfiny) są związane z ogólnym poziomem zadowolenia i z obniżaniem odczuwanego bólu, i mogą pełnić rolę katalizatora procesu uzależnienia, zwłaszcza w przypadku zaburzonego funkcjonowania systemu opioidowego (Dackis & O'Brien, 2005). Badacze wykazali, że osoby z zaburzonym funkcjonowaniem β -endorfin odczuwają większe trudności w kontrolowaniu pożądania i kontynuują dane zachowania w związku z wysoce nagradzającym euforycznym stanem po angażowaniu się w nie. Natomiast badania kliniczne wykazały, że podawanie antagonistów opioidowych (np. naltrexonu) w terapii zaburzeń kontroli impulsów okazało się być efektywne zarówno w przypadku uzależnień od substancji, jak i behawioralnych (Grant & Kim, 2002; Grant i wsp., 2006).

Ponadto badacze zauważają, że także kortyzol może być związany z upośledzeniem kontroli impulsów, a przez to z większym ryzykiem nałogowego grania (Krueger i wsp., 2005).

Badania sugerują, że kolejny neuroprzekaznik, glutaminian, uczestniczy w procesach motywacyjnych i uzależnienia (Kalivas & Volkow 2005). W badaniach opublikowanych w 2007 roku (Grant i wsp., 2007) zastosowanie terapii opartej na glutaminianie (N-acetylocysteina) okazało się być skuteczne w pracy z osobami uzależnionymi od hazardu (w grupie eksperymentalnej niemal trzykrotnie więcej osób uzyskało poprawę w porównaniu z grupą kontrolną).

Badania prowadzone od lat 80. już sugerowały związek pomiędzy noradrenaliną, ekstrawersją a graniem w gry hazardowe (Meyer i wsp., 2000) poprzez oddziaływanie na funkcje przedczołowe. Ponadto leki adrenergiczne wpływają na specyficzne aspekty kontroli impulsów (Chamberlain & Sahakian, 2007), co sugeruje ich wykorzystanie w przypadku zaburzeń uprawiania hazardu, choć niezbędne są dalsze badania w tym obszarze.

Wyniki badań sugerują, że zarówno czynniki środowiskowe związane z rodziną, jak i podatność związana z genami mogą zwiększyć ryzyko angażowania się w sposób problemowy czy patologiczny w granie w gry hazardowe (Comings i wsp., 1997). Dotyczy to przede wszystkim genów związanych z serotoniną i dopaminą (zwłaszcza dopaminą), które odgrywają rolę w zachowaniach kompulsywnych, takich jak granie w gry hazardowe, czy palenie papierosów (Diskin & Hodgins, 2000).

Niewiele badań zostało poświęconych biologii molekularnej uzależnień behawioralnych. Obecny stan wiedzy pozwala nam określić związek pomiędzy allelem D2A1, który znajduje się na genie receptorowym dopaminy (DRD2), a uzależnieniami – jest on częstszy u osób grających nałogowo (w porównaniu do osób nie grających), jak również u osób uzależnionych od substancji (Comings, 1998). Kilka pojedynczych polimorfizmów na genie DRD2 zostało powiązanych z osobowościowym wymiarem impulsywności (Hamidovic i wsp., 2009), choć niezbędne są badania porównujące grupy normatywne z grupami z zaburzoną kontrolą impulsów. Wśród osób grających kompulsywnie w gry komputerowe zaobserwowano częściej występujący allel SS na genie 5HTTLPR (związany z transportem serotoniny) niż w grupie kontrolnej, co było powiązane ze zwiększonym unikaniem nieprzyjemnych stanów emocjonalnych (Weinstein, Lejoyeux, 2015).

Neurobiologiczne implikacje dla terapii osób wykazujących zaburzenia w obszarze kontroli impulsów i nałogów behawioralnych skupiają się na rekomendacjach administrowania inhibitorów selektywnego wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), choć ich skuteczność w przypadku uzależnień pozostaje niejednoznaczna (Grant & Potenza, 2004), natomiast badania wykorzystujące antagonistów opioidowych (naltrekson) wykazały wyższą skuteczność (Grant i wsp., 2006). Badania także sugerują, że szlaki glutaminergiczny, GABA-ergiczny i endokannabinoidowy także odgrywają rolę w procesie uzależniania i podtrzymywania zachowania (Nestler, 2005).

Funkcje poznawcze i metody obrazowania

Wyniki badań funkcjonowania poznawczego (m.in. poprzez neuroobrazowanie) osób przejawiających zaburzoną kontrolę grania w gry online wskazują na występowanie podobnych deficytów, jakie można zaobserwować również u osób uzależnionych od substancji czy innych czynności (np. hazardu), m.in. w układzie nagrody, procesie podejmowania decyzji oraz kontroli poznawczej (Weinstein & Lejoyeux, 2015). Badania z zastosowaniem testu Iowa (*Iowa Gambling Task*) wykazały, że wśród osób, które grały problemowo w gry online nie zaobserwowano deficytów w podejmowaniu decyzji (Ko i wsp., 2010), podczas gdy wśród osób grających

nałogowo w hazard i osób z problemem alkoholowym pozostających w abstynencji zauważono ograniczoną kontrolę, elastyczność poznawczą i planowanie, ale nie zauważono różnicy w funkcjach wykonawczych (Goudriaan i wsp., 2006). Natomiast u osób grających problemowo w gry hazardowe zauważono wyższą aktywność systemu limbicznego i kory przedczołowej podczas nagradzania finansowego niż u osób grających w gry online podczas nagradzania punktami, co sugeruje na udział tych dwóch układów w sytuacjach podejmowania ryzyka i związanego z nim nagradzania (Hollander i wsp., 2005).

Bardzo ważnym czynnikiem jest wrażliwość na bodźce związane z uzależnieniem, co prowadzi do nawrotów. Badania sugerują, że wśród patologicznych hazardzistów ekspozycja na bodźce związane z graniem (np. kasyno) zwiększyła aktywność w części przedczołowej kory (Goudriaan i wsp., 2010; Miedl i wsp., 2010). Badania z zastosowaniem metod obrazowania wskazują na pewne podobieństwa pomiędzy uzależnieniami od substancji a uzależnieniami behawioralnymi, np. zmniejszenie aktywności w części kory przedczołowej (VMPC), która odgrywa ważną rolę w procesach podejmowania decyzji i analizy ryzyka (Potenza, 2006; Pawlikowski i Brand, 2011; Dong i wsp., 2013). Badania wykazały także, że zwłaszcza w obecności bodźców związanych z grą (grami online), obniża się aktywność struktur OFC, IFG, IPL, połączeń strukturalnych i funkcjonalnych w SN (Yao i wsp., 2015), podobnie jak w przypadku obecności bodźców związanych z substancjami psychoaktywnymi wśród osób od nich uzależnionych (Ko i wsp., 2009). Ponadto wzrasta impulsywność, co jest związane z zaburzeniami w funkcjonowaniu PFP (Ding i wsp., 2014; Lujten i wsp., 2015).

Podsumowanie

Obecnie badania nad uzależnieniami, w tym uzależnieniami behawioralnymi, skupiają się wokół analizy psychospołecznych i fizjologicznych korelatów (biochemii uzależnień). Zgodnie z wynikami dotychczasowych badań można wyróżnić cztery podstawowe procesy poznawczo-emocjonalne związane z patologicznym graniem w gry hazardowe i najprawdopodobniej angażowaniem się w sposób problemowy w pozostałe zachowania wchodzące do kanonu uzależnień behawioralnych (trwają badania nad

procesami nagrody, kontroli i impulsywnością w odniesieniu do innych uzależnień/nałogów behawioralnych, w tym graniem w gry komputerowe), są to: (1) procesy związane z nagradzaniem i karaniem (mezo limbiczny system nagrody); (2) zwiększona wrażliwość na dane zachowanie i zwiększone pożądanie; (3) impulsywność (rozumiana zarówno jako przyczyna, jak i konsekwencja problemowego grania hazardowego, natomiast wyniki badań nad graniem w gry online wskazują na inne mechanizmy); (4) upośledzona kontrola i procesy podejmowania decyzji (związane z kontynuowaniem grania mimo świadomości negatywnych konsekwencji).

Bibliografia

- Blum K., Cull J.G., Braverman E.R., Comings D.E., „Reward deficiency syndrome”, *American Scientist*, 1996, 84, 132-145.
- Chamblain S.R., Sahakian B.J., „The neuropsychiatry of impulsivity”, *Curr. Opin. Psychiatry*, 2007, 20, 255-261.
- Comings D.E., „Why different rules are required for polygenic inheritance: lessons from studies of the DRD2 gene”, *Alcohol*, 1998, 16(1), 61-70.
- Comings D.E., Gade R., Wu S. i wsp., „Studies of the potential role of the dopamine D1 receptor gene in addictive behaviors”, *Molecular Psychiatry*, 1997, 2, 44-56.
- Dackis C., O'Brien C., „Neurobiology of addiction: treatment and public policy ramifications”, *Nature Neuroscience*, 2005, 8, 1431-1436.
- Diskin K.M., Hodgins D.C., „Narrowing of attention and dissociation in pathological video lottery gamblers”, *Journal of Gambling Studies*, 2000, 16, 461-467.
- Ding W., Sun J., Sun Y-W i wsp., „Trait impulsivity and impaired prefrontal impulse inhibition function in adolescents with internet gaming addiction revealed by a Go/No-Go fMRI study”, *Behav. Brain Funct.*, 2014, 10(1), 20.
- Dong G. Hu Y., Lin X., Lu Q., „What makes Internet addicts continue playing online even when faced by severe negative consequences? Possible explanations from an fMRI study”, *Biol. Psychol.*, 2013, 94(2), 282-289.
- Goudriaan A.E., de Ruiter M.B., van den Brink W. i wsp., „Brain activation patterns associated with cue reactivity and craving in abstinent problem gamblers, heavy smokers and healthy controls: an fMRI study”, *Addiction Biology*, 2010, 15, 491-503.
- Goudriaan A.E., Oosterlaan J., de Beurs E., van den Brink W., „Neurocognitive functions in pathological gambling: a comparison with alcohol dependence, Tourette syndrome and normal controls”, *Addiction*, 2006, 101(4): 534-547.
- Grant J.E., Kim S.W., Odlaug B.L., „N-acetyl cysteine, a glutamate-modulating agent, in the treatment of pathological gambling: a pilot study”, *Biol. Psychiatry*, 2007, 62, 652-657.
- Hamidovic A., Dlugos A., Skol A., Palmer A.A., de Wit H., „Evaluation of genetic variability in the dopamine receptor D2 in relation to behavioral inhibition and impulsivity/sensation seeking: an exploratory study with d-amphetamine in healthy participants”, *Exp Clin Psychopharmacol*, 2009, 17(6), 374-383.
- Hollander E., Pallanti S., Baldini Rossi N., Sood E., Baker B.R., & Buchsbaum M.S., „Imaging monetary reward in pathological gamblers”, *World Journal of Biological Psychiatry*, 2005, 6, 113-120.
- Kalivas P.W., Volkow N.D., „The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice”, *Am. J. Psychiatry*, 2005, 162, 1403-1413.
- Ko C.H., Liu G.C., Hsiao S., Yen J.Y., Yang M.J., Lin W.C., Yen C.F., Chen C.S., „Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction”, *J Psychiatr Res.*, 2009, 43(7), 739-747.
- Ko C.H., Hsiao S., Liu G.C., Yen J.U., Yang M.J., Yen C.F., „The characteristics of decision making, potential to take risks, and personality of college students with Internet addiction”, *Psychiatry Res.*, 2010, 175: 121-125.
- Miedl, S.F., Fehr, T., Meyer, G., et al. (2010). Neurobiological correlates of problem gambling in quasi-realistic blackjack scenario as revealed by fMRI. *Psychiatry Research*, 181, 165-173.
- Meyer G., Hauffa B.P., Schedlowski M., Pawluk C., Stadler M.A., Exton M.S., „Casino gambling increases heart rate and salivary cortisol in regular gamblers”, *Biol. Psychiatry*, 2000, 48, 948-953.
- Grant J.E. & Kim S.W., „An open label study of naltrexone in the treatment of kleptomania”, *Journal of Clinical Psychiatry*, 2002, 63, 349-356.
- Grant J.E., Potenza M.N., Hollander E. i wsp., „A multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling”, *American Journal of Psychiatry*, 2006, 163, 303-312.
- Krueger T.H.C., Schedlowski M., & Meyer G. „Cortisol and heart rate measures during casino gambling in relation to impulsivity”, *Neuropsychobiology*, 2005, 52, 206-211.
- Luijten M., Meerkerk G.-J., Franken I.H.A. i wsp., „An fMRI study of cognitive control in problem gamers”, *Psychiatry Res.*, 2015, 231(3), 262-8.
- Metcalf O., Pammer K., „Impulsivity and related neuropsychological features in regular and addictive first person shooter gaming”, *Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw.*, 2014, 17(3), 147-52.
- Pawlikowski M., Brand M., „Excessive Internet gaming and decision making: Do excessive World of Warcraft players have problems in decision making under risky conditions?”, *Psychiatry Research*, 2011, 188(3), 428-433.
- Potenza M.N., „The neurobiology of pathological gambling”, *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 2001, 6, 217-226.
- Potenza M.N., „Should addictive disorders include non-substance-related conditions?”, *Addiction*, 2006, 101(1), 142-151.
- Potenza M.N., „Review. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*”, *Biological Sciences*, 2008, 363(1507), 3181-3189.
- Potenza M.N., Stienberg M.A., Skudlarski P., „Neuroendocrine response to casino gambling in problem gamblers”, *Psychoneuroendocrinology*, 2004, 29, 1272-1280.
- Weinstein A. & Lejoux M., „New developments on the neurobiological and pharmacogenetic mechanisms underlying internet and videogame addiction”, *The American Journal on Addictions*, 2006, 24, 2, 117-125.
- Weintraub D., Siderowf A.D., Potenza M.N., Goveas J., Morales K.H., Duda J.E., Moberg P.J., Stern M.B., „Association of dopamine agonist use with impulse control disorders in Parkinson disease”, *Arch Neurol.*, 2006, 63(7), 969-973.
- Yao Y.-W., Wang L.-J., Yip S.W. i wsp., „Impaired decision-making under risk is associated with gaming-specific inhibition deficits among college students with Internet gaming disorder”, *Psychiatry Res.*, 2015, 229(1-2), 302-9.
- Zack M. & Poulos C.X., „A D2 antagonist enhances the rewarding and priming effects of a gambling episode in pathological gamblers”, *Neuropsychopharmacology*, 2007, 32(8), 1678-1686.
- Zack M. & Poulos C.X., „Parallel roles for dopamine in pathological gambling and psychostimulant addiction”, *Current Drug Abuse Review*, 2009, 2(1), 11-25.

UŻYTKOWNICY NARKOTYKÓW W INIEKCJACH W 2008 I 2014 ROKU

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

Badanie iniekcyjnych użytkowników narkotyków jest prowadzone w Polsce od 2008 roku. Rozpoczęło się w ramach współpracy z francuskim REITOX Focal Pointem (OFDT). Uzyskane wyniki umożliwiły zebranie informacji na temat grup, które nie były obejmowane w badaniach populacji generalnej ani w statystykach medycznych. W projekcie uczestniczą punkty wymiany igieł i strzykawek oraz dzienne świetlice dla czynnych użytkowników narkotyków. Ich działalność opiera się na ograniczaniu szkód zdrowotnych i społecznych związanych ze stosowaniem substancji psychoaktywnych. W tych miejscach zostały przeprowadzone wywiady kwestionariuszowe z ich klientami, dodatkowo zostały one również zrealizowane przez pracowników ulicznych. Kwestionariusz z pytaniami dla użytkowników został opracowany przez francuski Focal Point, zgodnie z protokołami Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), tj. wskaźnika zgłaszalności do leczenia (TDI) oraz chorób zakaźnych związanych z narkotykami (DRID). Narzędzie badawcze przystosowano do polskich warunków, zmieniając część pytań, zakodowano także dane ankietowe w celu zapewnienia anonimowości oraz uniknięcia podwójnego liczenia tych samych osób. Badanie jest realizowane co dwa lata na przełomie listopada i grudnia. W ostatnim

miarze z 2014 roku były to dwa ostatnie tygodnie listopada. W niniejszym artykule uwzględniono odpowiedzi udzielone przez osoby, które w ciągu ostatniego miesiąca przed wywiadem przynajmniej raz zażywały narkotyki w iniekcji. W 2008 roku było to 581 osób spośród 733 badanych, natomiast w 2014 roku 246 osób z 366 respondentów. Pracownicy programów niskoprogowych (wymiany igieł i strzykawek oraz dziennych świetlic dla czynnych narkomanów) podczas dwóch tygodni przeprowadzali wywiady kwestionariuszowe z wszystkimi klientami korzystającymi z programu.

W 2008 roku w badaniu wzięło udział 13 programów, w 2014 roku do projektu zgłosiło się 10 programów. Przebadani użytkownicy byli najczęściej klientami programów skierowanych na wymianę uliczną (45% w 2008 roku, 53% w 2014 roku), w mniejszym stopniu zaś na wymianę stacjonarną (odpowiednio 27% i 17%) (tabela 1).

W obu pomiarach większość badanych stanowili mężczyźni (74% w 2014 roku i 70% w 2008 roku). Średni wiek respondentów wyniósł 35 lat (mediana 35 lat) w 2014 roku i 34 lata (mediana 32 lata) w 2008 roku. W 2014 roku największą grupę badanych stanowiły osoby w wieku 25-34 lata (34%) i 35-44 lata (34%); w 2008 roku z kolei większość uczestników badania stanowiły osoby z niższej grupy wiekowej – 25-34 lata (44%).

Badani najczęściej utrzymywali się z nieokreślonych dochodów, w tym nieoficjalnych (2014 roku – 58%; 2008 roku – 26%). Niewielki odsetek użytkowników zadeklarował, że czerpie dochody z pracy (odpowiednio – 10% i 18%) (tabela 2).

Co czwarty badany deklarował, że posiada własne, stałe miejsce zamieszkania (22% w 2014 roku oraz 25% w 2008 roku). Osoby bezdomne stanowiły w obu pomiarach ok. 7-8% respondentów. Badani deklarowali również, iż mieszkają tymczasowo u kogoś lub w instytucji (18% w 2014 roku oraz 16% w 2008 roku) (tabela 3). Wśród ankietowanych nie obserwuje się również różnic w miejscu zamieszkania. Jedynie w przypadku mieszkania w opuszczonym budynku nastąpił spadek z 9% badanych w 2008

Tabela 1. Odsetek badanych w różnych programach wymiany.

	2014	2008
Brak danych	5,3	2,1
Wymiana stacjonarna (poradnia, noclegownia)	16,7	26,7
Poradnia stacjonarna (drop-in)	22,8	19,8
Wymiana ruchoma	0,8	6,7
Wymiana uliczna	53,3	44,6
Wskazano więcej niż jeden rodzaj działalności	1,2	b.k.*

* b.k. – brak kategorii w kwestionariuszu.

roku do 3% w 2014 roku. Ponadto uczestnicy badania pytani byli, z kim mieszkają. W 2014 roku ankietowani najczęściej mieszkali z rodzicami (37%) oraz z małżonkiem lub małżonką (22%). W mniejszym stopniu badani deklarowali mieszkanie z przyjacielem/przyjaciółmi lub samemu (po 15%). W porównaniu z 2008 roku obserwuje się porównywalne odsetki osób mieszkających z rodzicami (36%) i małżonkiem lub małżonką (21%) oraz samemu (14%). Więcej badanych mieszkało z przyjacielem/przyjaciółmi (19%).

Większość uczestników deklarowała wykształcenie średnie lub zawodowe, przy czym co trzeci badany w 2014 roku miał wykształcenie zasadnicze zawodowe (31%), podczas gdy w 2008 roku najwięcej ankietowanych miało wykształcenie podstawowe (38%) oraz średnie (30%) (tabela 4).

Tabela 2. Źródło utrzymania badanych (w 2014 roku możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi) (%).

	2014	2008
Dochody z pracy	10,2	18,2
Emerytura/renta	8,5	b.k.
Zasilek dla bezrobotnych	1,6	1,5
Zasilek dla niepełnosprawnych	13,4	8,3
Inne świadczenia socjalne	15	13,1
Utrzymywany(a) przez kogoś	19,5	17,7
Inne dochody (w tym nieoficjalne/nielegalne)	58,1	25,6
Bez dochodów (w tym żebractwo)	15,4	12,7
Brak danych	b.k.	2,8

Tabela 3. Miejsce zamieszkania badanych (%).

	2014	2008
Brak danych	0,4	0,3
Stale niezależne	22,4	24,8
Stale u kogoś	39	44,6
Stale w instytucji	3,3	4
Tymczasowe u kogoś	15	11,4
Tymczasowe w instytucji	3,3	4,8
Bezdomny	8,1	6,9
Opuszczony budynek (squat)	8,5	3,3

Używanie substancji psychoaktywnych

Badani pytani byli o używanie poszczególnych substancji w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem. Analiza dotyczy osób, które w ciągu ostatniego miesiąca sięgały po narko-

tyki, ale nie musiały ich przyjmować iniekcyjnie. W tabeli 5 zostały przedstawione wyniki dotyczące używania poszczególnych substancji psychoaktywnych. W 2008 roku największy odsetek badanych używał amfetaminy (68%) oraz polskiej heroiny (tzw. kompotu – 61%). Były to dwie najbardziej popularne substancje, które są również używane w iniekcjach. Ponadto 54% badanych wskazało na używanie heroiny. W przypadku tych dwóch najbardziej popularnych substancji nastąpił wyraźny spadek w 2014 roku. Używanie „kompotu” zadeklarowało trzy razy mniej badanych (20%), a w przypadku heroiny również nastąpił wyraźny spadek z 54% do 35%. Jeżeli weźmiemy pod uwagę jakiegokolwiek opiaty, to w 2008 roku sięgało po nie 80%, a w 2014 roku połowa badanych (48%). Zmniejszyło się także używanie amfetaminy z 68% do 45% oraz MDMA z 12% do 7%. O ile zmniejszyła się skala używania barbituranów (wskaźnik spadł z 25% do 15%), to zwiększył się odsetek osób mających problemy z benzodiazepinami (z 43% do 61%). Wzrósł również odsetek deklarujących picie napojów alkoholowych z 58% do 77%.

W badaniu w 2008 roku w kwestionariuszu nie zawarto pytania o używanie „dopalaczy”, można jednak przypuszczać, iż rozpowszechnienie przyjmowania tych substancji było na niewielkim poziomie. W 2014 roku używanie mefedronu zadeklarowało 46% badanych, natomiast innych katynonów 25%. Jakakolwiek nowa substancja psychoaktywna – NSP (tzw. „dopalacze”) była używana przez 60% badanych. Wyniki badania pokazują, że NSP zaczęły zastępować tradycyjne narkotyki.

Badanym zadano również pytanie, jaka substancja była dla nich najbardziej problemowa. Wyniki wskazują na zmniejszenie się skali używania problemowego opioidów. W 2008 roku 68% użytkowników narkotyków wskazało na substancję z tej grupy, podczas gdy w 2014 roku odsetek ten był o połowę mniejszy i wynosił 34%. O ponad połowę spadł odsetek respondentów wskazujących na amfetaminę jako substancję najbardziej problemową – z 18% w 2008 roku do 7% w 2014 roku; wzrósł natomiast odsetek osób wskazujących na alkohol jako najbardziej problemowy środek (z 6% do 13%). Tradycyjne narkotyki są coraz częściej zastępowane przez „dopalacze”. W 2014 roku 28% badanych wskazało nowe substancje psychoaktywne jako najbardziej problemowe. Odsetek ten był niewiele mniejszy od opioidów 34%. Zwiększanie się liczby programów leczenia substytucyjnego mogło spowodować, że odnotowano również wzrost odsetka osób deklarujących metadon jako substancję najbardziej problemową (z 1% do 4%). Co

czwarta osoba uczestnicząca w badaniu w 2014 roku leczyła się substytucyjnie, w 2008 roku wartość ta wynosiła 9%.

Zakażenia i zachowania ryzykowne

Przedmiotem badania było m.in. oszacowanie występowania chorób zakaźnych wśród osób, które zażywały narkotyki w iniekcjach. Wskaźniki w obydwu pomiarach utrzymywały się na podobnym poziomie. Według odpowiedzi badanych 49% ankietowanych (48% mężczyzn

Tabela 4. Wykształcenie badanych (%).

	2014	2008
Brak danych	1,6	0,5
Podstawowe	24,4	37,7
Gimnazjum	10,2	3,6
Zasadnicze zawodowe	30,9	26,9
Średnie	27,2	29,6
Wyższe	4,1	1,7
Brak wykształcenia	1,6	b.k.

Tabela 5. Używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni (%).

	2014	2008
Heroina	35	53,5
Polska heroina	20,3	61,4
Metadon	51,2	29,8
Buprenorfina	4,9	5
Mefedron	46,3	b.k.
Inne katynony	25,2	b.k.
Kokaina/crack	9,8	7,9
Amfetamina	45,1	67,8
Ecstasy/MDMA	7,3	12,4
Metkatynon	8,1	b.k.
Barbiturany	15,4	24,6
Benzodiazepiny	60,6	43,5
Marihuana/haszysz	35,8	39,6
Alkohol	77,2	58,3

Tabela 6. Używanie wspólnego sprzętu w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem (%).

	2014	2008
Wspólna igła	23,6	18,6
Wspólna strzykawka	33,3	b.k.
Wspólna woda do przygotowania	36,6	31,5
Wspólna woda do płukania	35,4	20,7
Wspólna łyżeczka	42,7	35,8
Wspólne waciki, filtry	22,4	22,2

i 45% kobiet) było zakażonych wirusem HIV w 2008 roku, zaś w 2014 roku odsetek ten wynosił 47% (52% mężczyzn i 42% kobiet). W przypadku żółtaczki typu C odsetki były o wiele wyższe. W 2014 roku 70% badanych było zakażonych wirusem HCV (69% mężczyzn i 71% kobiet). W 2008 roku odsetek był wyższy i utrzymywał się na poziomie 82% (82% mężczyzn i 80% kobiet). Do zakażeń dochodzi w wyniku podejmowania ryzykownych zachowań. W tabeli 6 przedstawiono odsetki ankietowanych podejmujących tego typu zachowania. Wyniki pokazują, że nastąpił wzrost zachowań ryzykownych wśród osób zażywających narkotyki w iniekcjach – co czwarta osoba dzieliła się igłą, a co trzecia strzykawką.

Podsumowanie

W latach 2008 i 2014 zmniejszyła się liczba programów wymiany igieł i strzykawek, które zajmują się wymianą sprzętu do iniekcji. Zmiany w dostępności mają również swoje odbicie w liczbie osób, które były objęte badaniem i udzieliły wywiadów kwestionariuszowych (spadek o 120 osób). W okresie tym na scenie narkotykowej pojawiły się nowe substancje psychoaktywne („dopalacze”), używane również w iniekcjach. W badaniu z 2008 roku tematyka nowych substancji psychoaktywnych nie została uwzględniona, a w pomiarze z 2014 roku ponad połowa badanych deklarowała ich używanie w ciągu ostatniego miesiąca. Równocześnie widać spadek używania tradycyjnych narkotyków, takich jak opiaty czy amfetamina. Zmiany na scenie narkotykowej można tłumaczyć zwiększoną dostępnością „dopalaczy”, ale również „atrakcyjnością” nowych substancji (różnorodność działania, dostępność, podobna moc do narkotyków, niska cena na promocjach itd.). Pomimo zamknięcia sklepów w 2010 roku, nadal są one oferowane w internecie, przez dilerów czy w nowo powstałych sklepach stacjonarnych. Co więcej, nie są one wykrywane przez typowe testy na obecność metabolitów narkotyków w moczu. Zatem osoby leczące się substytucyjnie nie mogą zostać skontrolowane na ich obecność. Można co prawda wysłać mocz do laboratorium, ale są to dość drogie badania i nie zawsze gwarantują wykrycie nowej substancji psychoaktywnej. Przypomnijmy, że co czwarty badany był w programie leczenia substytucyjnego. Wyniki badania wskazują na wzrost używania metadonu (ponad połowa badanych zażywała metadon w ciągu ostatnich 30 dni). Część z tych osób przyjmowała go w celach leczniczych. Pomimo wzrostu zachowań ry-

zykowych odsetki zakażonych wirusem HIV oraz HCV są na porównywalnym poziomie.

Wyniki badania pokazują, że należy zwrócić uwagę przede wszystkim na dwie kwestie. Po pierwsze, należy dążyć do obniżenia poziomu zachowań ryzykownych wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków, po drugie, działalność programów redukcji szkód powinna zostać skierowana do nowych użytkowników lub „starych” użytkowników sięgających po nowe substancje psychoaktywne. Większość używanych „dopalaczy” to stymulanty, które w porównaniu do opiatów wymagają

większej liczby iniekcji dziennie. W efekcie wzrasta ryzyko szkód zdrowotnych, np. zakażenia wirusem HIV czy żółtaczką typu C. Pierwsze próby uwzględnienia kwestii nowych substancji psychoaktywnych w redukcji szkód są już podejmowane np. przez Monar w Krakowie. Skala zatruć z lipca 2015 roku pokazuje, że działania z zakresu redukcji powinny być adresowane nie tylko do iniekcyjnych użytkowników narkotyków, ale również do wybranych grup, które zażywają „dopalacze” w inny sposób (np. w klubach czy dyskotekach) w ramach tzw. programów party workingowych.

WSPIERANIE PROJEKTÓW BADAWCZYCH DOTYCZĄCYCH PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII PRZEZ KRAJOWE BIURO DS. PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Anna Strzelecka

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

Konkurs badawczy

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii przez cyklicznie ogłaszane konkursy badawcze wspiera realizację badań związanych z problematyką narkotyków i narkomanii. Działania dotyczące inicjowania i wspierania badań naukowych w obszarze redukcji popytu na narkotyki, przyczyniających się do lepszego zrozumienia zjawiska narkomanii, wynikały bezpośrednio z zapisów ujętych w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010, jak również na lata 2011–2016. Te działania zostały również ujęte w art. 2 pkt 7 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2015 r., poz. 1916).

Celem badań jest pogłębienie wiedzy z zakresu zjawiska narkotyków i narkomanii i tym samym dostarczenie informacji umożliwiających wdrażanie efektywnych strategii antynarkotykowych, co jest zgodne z kierunkiem tzw. *evidence-based policy*, tj. realizacji polityki narkotykowej opartej na dowodach naukowych.

Formuła konkursu badawczego jest rozwijana przez Krajowe Biuro od 2008 roku. Początkowo jednak ogłoszenie o naborze ofert badawczych miało charakter

otwartego komunikatu (pierwsze dwie edycje), później przekształciło się w konkurs badawczy, który był ogłoszony już sześciokrotnie, w 2009 roku i w latach 2011–2015.

Do 2011 roku zainteresowane podmioty mogły składać oferty projektów badawczych związanych z szerokim zakresem zagadnień dotyczących problemu narkotyków i narkomanii, w tym m.in.: używania substancji psychoaktywnych, psychospołecznych uwarunkowań narkomanii oraz postaw wobec tego zjawiska, badań ewaluacyjnych czy polityki narkotykowej. W 2012 roku po raz pierwszy ogłoszono konkurs, który dotyczył tylko jednego ściśle określonego zakresu tematycznego, który obejmował takie zagadnienia, jak: nielegalny rynek narkotyków, przestępczość narkotykowa oraz działania z zakresu redukcji podaży narkotyków. Kolejne trzy edycje konkursu, w latach 2013–2015, dotyczyły wyselekcjonowanych zagadnień: używania substancji psychoaktywnych drogą iniekcji w kontekście tematyki HIV/AIDS, leczenia substytucyjnego, nielegalnego rynku narkotyków, przestępczości narkotykowej i redukcji podaży na narkotyki, a także poprawy jakości systemu oddziaływań profilaktycznych.

Procedura konkursu badawczego

Oferty badawcze, które wpływają do Krajowego Biura w odpowiedzi na konkurs badawczy, każdorazowo stają się przedmiotem oceny Zespołu ds. oceny projektów badawczych powołanego Zarządzeniem Dyrektora Krajowego Biura. Ocena projektów przebiega dwuetapowo. Podczas pierwszego etapu przesłaną dokumentację poddaje się analizie pod kątem spełnienia przez oferentów wymogów formalno-prawnych, czyli rozpatrywana jest kompletność przedłożonego wniosku oraz zgodność oferty z zakresem merytorycznym konkursu, a następnie oceniane są zasoby materialne i kadrowe oferenta, doświadczenie w realizacji podobnych badań, jak również zaproponowany kosztorys i harmonogram badania. Drugi etap oceny zakłada natomiast szczegółową analizę jakości merytorycznej projektu, podczas której oceniane są takie elementy, jak m.in.: cel badania, dobór grupy badawczej i zastosowana metodologia. Ponadto każdy projekt, pozytywnie oceniony w pierwszym etapie postępowania konkursowego, zostaje przekazany do recenzji dwóch niezależnych ekspertów w dziedzinach, których dotyczą nadesłane oferty badawcze. Uwagi i wnioski recenzentów stanowią jeden z ważniejszych elementów oceny merytorycznej wniosku konkursowego. Dotychczasowa procedura zakładała pełną dwustronną anonimowość, tzn. zarówno oferent, jak i oceniający dany projekt recenzent pozostawali dla siebie nawzajem anonimowi. Powstał jednak pomysł, by w przyszłości zmodyfikować tę procedurę tak, aby recenzent wiedział, czyj projekt ocenia, zaś każdy z oferentów otrzymałby listę wszystkich recenzentów oceniających oferty badawcze w danym postępowaniu konkursowym. Finalnie w ramach postępowania konkursowego Zespół ds. oceny projektów badawczych wnioskuje do dyrektora Krajowego Biura o przyjęcie, odrzucenie lub oddalenie oferty na dany rok kalendarzowy.

Na stronie 40 znajduje się wykaz projektów badawczych, wraz z realizatorami, które zostały zlecone do realizacji ze środków Krajowego Biura w ramach ogłaszanych komunikatów i konkursów badawczych.

Z powyższego zestawienia wynika, że tematyka projektów badawczych realizowanych w ramach komunikatów i konkursów Krajowego Biura dotyczyła szerokiego spektrum zagadnień. Badania związane były m.in.

z takimi zagadnieniami: diagnoza problemu używania narkotyków i narkomanii, skala rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych, postawy wobec problemu narkotyków i narkomanii czy ewaluacja autorskich programów profilaktycznych. Zrealizowano również badania, w których wykorzystano nowe metody pomiaru (badania środowiskowe zanieczyszczenia wód), weryfikowano funkcjonowanie przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz poddano analizie dyskurs toczący się w internecie na temat nielegalnego rynku narkotykowego. Ponadto problematyka kilku projektów badawczych ogniskowała się wokół kwestii iniekcyjnego używania narkotyków oraz osób pozostających w leczeniu substytucyjnym. W większości projekty badawcze obejmowały okres dwuletniej realizacji; wiele z nich stanowiło podstawy rozpraw doktorskich. Raporty z badań są dostępne w Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura i na stronie internetowej pod adresem www.cinn.gov.pl/portal?id=104903.

Rada ds. Badań Naukowych

W celu realizacji zadań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016 dotyczących wspierania badań prowadzonych w zakresie problematyki narkotyków i narkomanii, na mocy Zarządzenia Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, w 2011 roku powołano Radę ds. Badań Naukowych – organ doradczy i opiniotwórczy, stanowiący wsparcie dla dyrektora Krajowego Biura w powyższym obszarze. Kadencja Rady trwa 4 lata. Pod koniec 2015 roku Zarządzeniem Dyrektora Krajowego Biura powołano członków Rady na kolejną kadencję. Zadaniem Rady jest m.in. inicjowanie badań, a także identyfikowanie potrzeb i priorytetów badawczych w obszarze uzależnień, przygotowywanie opinii i ekspertyz dotyczących zjawisk społecznych oraz metod przeciwdziałania problemom uzależnień czy praca nad procedurą konkursu badawczego.

W 2015 roku w trakcie spotkań Rady pracowano przede wszystkim nad organizacją pierwszej konferencji Krajowego Biura dotyczącej prezentacji wyników badań w dziedzinie uzależnień, w tym badań zrealizowanych w ramach konkursów badawczych. Konferencja pn. „Uzależnienia – nauka dla praktyki” odbyła się na początku grudnia 2015 roku.

Tabela 1. Wykaz projektów badawczych zleconych do realizacji ze środków Krajowego Biura w latach 2008–2015.

Tytuł projektu badawczego	Realizator	Edycja komunikatu/ konkursu
„Młodzież a narkotyki”	Agencja Badawczo- -Informacyjna PASAD	I edycja komunikatu badawczego w 2008 r.
„Ocena zagrożenia narkomanią w świetle opinii i doświadczeń własnych studentów i pracowników naukowo-dydaktycznych uczelni medycznej”	Uniwersytet Medyczny w Łodzi	I edycja komunikatu badawczego w 2008 r.
„Program diagnostyczno-badawczy na temat wykorzystania w praktyce postanowień art. 72 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku”	Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym	I edycja komunikatu badawczego w 2008 r.
„Wieloaspektowa diagnoza problematyki narkotykowej w mieście średniej wielkości na przykładzie Sanoka”	MJS Mirosław Siwak	I edycja komunikatu badawczego w 2008 r.
„Oszacowanie liczby osób zażywających substancje odurzające w oparciu o badanie środowiskowe zanieczyszczenia wód w Poznaniu”	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkiewicza w Poznaniu	II edycja komunikatu badawczego 2008/2009
„Skuteczność autorskiego programu wspomagania rozwoju psychospołecznego dzieci odrzucanych przez rówieśników w klasie szkolnej”	Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy	II edycja komunikatu badawczego 2008/2009
„Badanie rozdzielczości czasowej i częstotliwościowej słuchu oraz sprawności grafomotorycznej u osób uzależnionych od opiatów – badania ilościowe i jakościowe”	Pallmed Sp. z o.o.	konkurs badawczy 2009
„Ewaluacja Programu Wzmacniania Rodziny – etap I (pretest)”	Instytut Psychiatrii i Neurologii	konkurs badawczy 2009
„Ocena wiedzy, postaw i zagrożeń dotyczących używania substancji psychoaktywnych przez młodzież niepełnosprawną wzrokowo”	Uniwersytet Medyczny w Łodzi	konkurs badawczy 2009
„Rola społecznego piętna w powrocie z uzależnienia”	Fundacja „Wiedza Lokalna” w Warszawie	konkurs badawczy 2011
„Substancje psychoaktywne ze szczególnym uwzględnieniem »dopalaczy« jako aktualne zagrożenie zdrowia i życia młodzieży – analiza postaw i świadomości ryzyka zdrowotnego wśród gimnazjalistów, uczniów szkół średnich oraz studentów”	Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie	konkurs badawczy 2011
„Badanie skuteczności autorskiego programu wspomagania rozwoju psychospołecznego młodzieży w wieku gimnazjalnym”	Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy	konkurs badawczy 2011
„Badanie skuteczności autorskiego programu wspomagania rozwoju psychospołecznego dzieci w wieku szkolnym z trudnościami w realizacji wymagań programowych”	Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy	konkurs badawczy 2011
„Konstruowanie poczucia kontroli użytkowników nad marihuaną i kontekst nielegalności”	Pracownia Rozwoju Osobistego w Opolu	konkurs badawczy 2012
„Program pilotażowy skierowany do osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji (IDU)”	Społeczny Komitet ds. AIDS	konkurs badawczy 2013
„Analiza dyskursu nielegalnego rynku narkotykowego w sieci na podstawie badań największego forum dotyczącego substancji psychoaktywnych”	Pracownia Rozwoju Osobistego w Opolu	konkurs badawczy 2013
„Substytucja: z terapią czy bez...?”	Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii w Zielonej Górze	konkurs badawczy 2014
„Iniekcijni użytkownicy substancji psychoaktywnych – identyfikacja problemów i potrzeb na przykładzie trzech polskich miast: Warszawa, Kraków i Wrocław”	Fundacja Redukcji Szkód w Warszawie	konkurs badawczy 2015

Konferencja „Uzależnienia – nauka dla praktyki”

Konferencja została zorganizowana przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z Radą ds. Badań Naukowych KBPN i była skierowana zarówno do badaczy, jak i praktyków pracujących w obszarze problemu narkotyków i narkomanii. Spotkanie miało na celu zaprezentowanie wyników badań z ww. obszaru zrealizowanych m.in. w ramach konkursu badawczego, a także próbę przełożenia wyników badań na praktykę oraz dyskusję na temat roli badań naukowych i ich wpływu na kształtowanie się polityki narkotykowej i wzajemnych oddziaływań między nimi.

Dwudniowa konferencja została podzielona na siedem sesji tematycznych, które dotyczyły następujących zagadnień:

- problem narkotyków i narkomanii w ujęciu społeczno-ekonomicznym,
- nowe substancje psychoaktywne,
- ewaluacja,
- różne dyscypliny wobec problemu narkotyków i narkomanii,
- badania dla praktyki,
- młodzież a problem narkotyków i narkomanii,

- nauka a polityka i administracja – wzajemne oczekiwania i możliwości (sesja Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami).

Wśród prelegentów byli reprezentanci instytutów naukowych (Instytut Psychiatrii i Neurologii, Instytut Farmakologii PAN), uniwersytetów i uczelni wyższych (Uniwersytet Warszawski, Uniwersytet Jagielloński, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet SWPS, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Uniwersytet Gdański), organizacji pozarządowych (Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii – oddział w Zielonej Górze, Pracownia Rozwoju Osobistego w Opolu, Fundacja Wiedza Lokalna oraz Fundacja Redukcji Szkód z Warszawy).

Poszczególne sesje były prowadzone m.in. przez członków Rady Naukowej Krajowego Biura, którzy na potrzeby niniejszego spotkania przygotowali również własne prezentacje tematyczne. Łącznie podczas konferencji przedstawiono ponad 20 prezentacji, odbyły się również dwie sesje plakatowe.

Krajowe Biuro planuje organizację kolejnych konferencji poświęconych roli badań naukowych w przeciwdziałaniu zjawisku narkomanii.

**Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
z siedzibą w Warszawie, ul. Dereniowa 52/54,
tel. (22) 641 15 01, fax (22) 641 15 65,**

www.kbpn.gov.pl

zaprasza

zainteresowane podmioty szkolące do uczestnictwa w konkursie ogłoszonym 27 stycznia 2016 roku na uzyskanie rekomendacji dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii do realizacji programu specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków w zakresie: specjalisty terapii uzależnień oraz instruktora terapii uzależnień.

Informacje dotyczące wymagań oraz dokumentów, które należy złożyć, znajdują się na stronie www.kbpn.gov.pl w zakładce „Aktualności”.

Zgłoszenia należy składać do 31 marca 2016 roku do godziny 16.00 w sekretariacie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Konkurs zostanie rozstrzygnięty do 31 maja 2016 roku.

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

Dyrektor Krajowego Biura
ds. Przeciwdziałania Narkomanii
Piotr Jabłoński

Takie słowa jak „metodologia”, „metodyka”, „planowanie” w powszechnym odbiorze nie wzbudzają entuzjazmu. Kojarzą się raczej ze żmudnym i nudnym studiowaniem – czasem dość „wydumanych” – procedur. A jeśli „metodologię” połączyć z „mechanizmami rozwoju zachowań ryzykownych” lub „ewaluacją”, to robi się już trochę strasznie. Mając świadomość takich skojarzeń, postanowiliśmy jednak zmierzyć się z tą niezbyt lubianą materią i zrealizować cykl szkoleń, które, mimo iż poświęcone „nudnym” zasadom tworzenia, wdrażania i ewaluacji programów profilaktycznych, to jednak dla uczestników będą atrakcyjne i zarazem przydatne. Efekty przerosły nasze oczekiwania.

ODDZIAŁYWAĆ SKUTECZNIE – WNIOSKI PO PIERWSZEJ EDYCJI SZKOLENIA

Marcin J. Sochocki

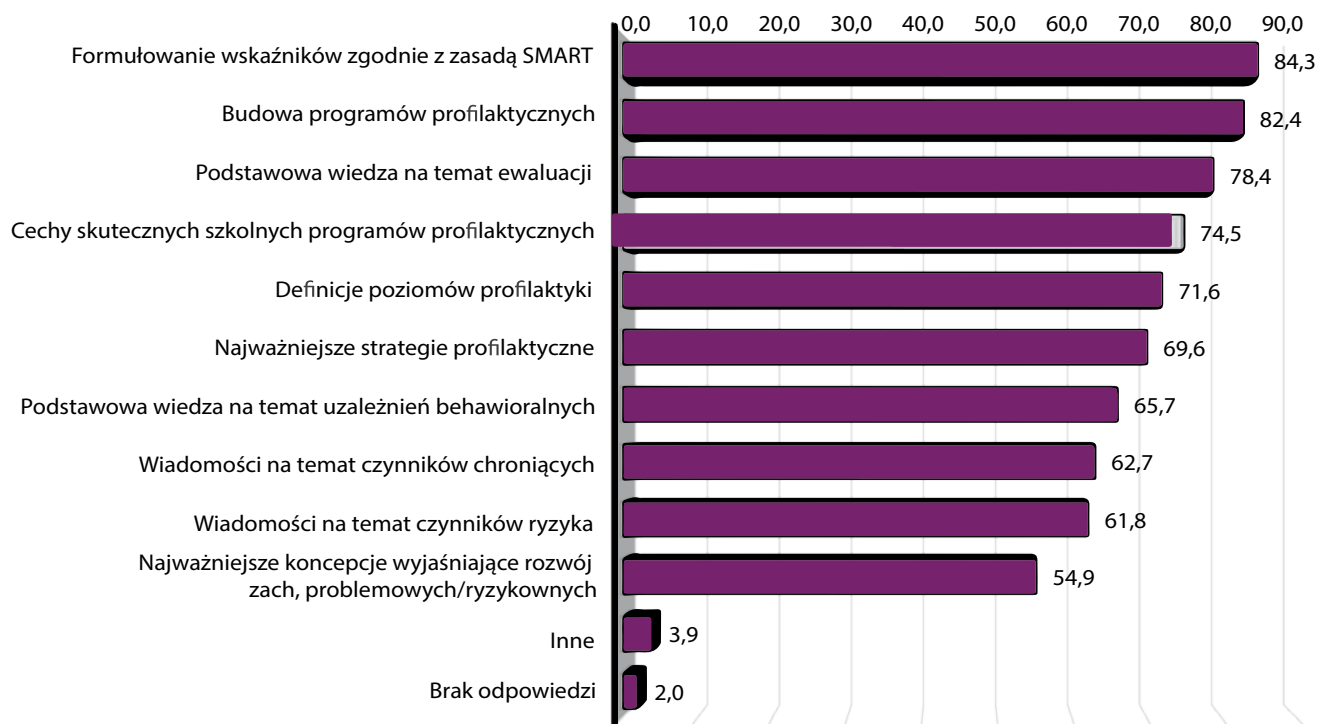
Ośrodek Szkoleniowo-Badawczy Stowarzyszenia MONAR

Zaplanowaliśmy, że w szkoleniach weźmie udział 120 profilaktyków (nauczycieli, wychowawców itp.). Lista zapełniła się bardzo szybko i wkrótce po rozpoczęciu rekrutacji musieliśmy stworzyć kolejną – listę osób oczekujących na miejsce, na której znalazło się ponad 200 osób.

Chcieliśmy, aby tytuł szkolenia oddawał istotę, główny cel naszych działań, stąd nazwa „Oddziaływać skutecz-

nie” i nieco bardziej zawiły podtytuł: „zasady tworzenia i wdrażania programów profilaktycznych z zakresu profilaktyki uzależnień behawioralnych w środowisku szkolnym”. Autorami i jednocześnie realizatorami szkolenia byli Anna Borucka i niżej podpisany. Szkolenie przygotowaliśmy w Ośrodku Szkoleniowo-Badawczym Stowarzyszenia MONAR, który zajął się także jego wdrażaniem. Projekt uzyskał dofinansowanie Krajowego

Wykres 1. Wiedza i umiejętności zdobyte w trakcie szkoleń (wskazania na poszczególne kategorie odpowiedzi)*.



* Podstawa procentowania to 102 ankiety. Dane nie sumują się do 100%, gdyż badani mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (ze środków będących w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia – Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych).

Program czyli...

Projekt realizowaliśmy w drugiej połowie 2015 roku w Warszawie, Gdańsku i Wałbrzychu. Szkolenie trwało dwa dni. Łącznie przeprowadziliśmy pięć edycji szkolenia, którymi udało nam się objąć nieco większą grupę niż pierwotnie planowano – 128 osób.

Podczas zajęć uczestnicy mieli możliwość zdobycia wiedzy i umiejętności dotyczących takich obszarów, jak: podstawowe informacje na temat uzależnień behawioralnych, teorii dotyczących rozwoju zachowań problemowych/ryzykownych dzieci i młodzieży, różnych strategii profilaktycznych czy ewaluacji. Jednak o sukcesie szkoleń nie tyle przesądził zakres merytoryczny, ile możliwość praktycznego poznawania zasad konstruowania oraz wdrażania programów profilaktycznych w szkole i poza nią. W trakcie zajęć warsztatowych, krok po kroku ocenialiśmy różne przykładowe propozycje i budowaliśmy wzorcowe projekty. Uczestnicy mieli też możliwość (podczas indywidualnych spotkań z prowadzącymi) skonsultowania własnych pomysłów, realizowanych już działań czy po prostu problemów w pracy profilaktycznej.

Wspólna praca

Podczas zajęć podważaliśmy pewne „oczywistości”, które występują w lokalnie realizowanych projektach profilaktycznych. Okazywało się bowiem, że proweniencja niektórych mniemań jest wątpliwej jakości. Więcej – czasem w ogóle nie są poddawane refleksji, pozostają niezauważone, gdyż są zbyt oczywiste. Przykładowo, czy skutecznym sposobem realizacji działań profilaktycznych w populacji generalnej jest koncentrowanie się na zagrożeniach, problemach, dysfunkcjach? Część uczestników uważała, że tak, inni (zwykle mniejszość) byli odmiennego zdania. Jednak, gdy dochodziło na przykład do formułowania zakresu diagnoz, to już nie pojawiały się pozytywne propozycje, a wszystkie planowane działania (pytania badawcze) kierowano na (potencjalne) obszary problemowe. Dopiero takie doświadczenia wskazują, jak bardzo nie zdajemy sobie sprawy z negatywnego ustrukturyzowania naszego sposobu myślenia (w tym przypadku o wychowywaniu młodzieży). Takich zawałdróg sku-

tecznej profilaktyki odkrywaliśmy więcej, ucząc się nie tylko rozpoznawać, ale też usuwać lub przynajmniej obchodzić. Oczywiście nie na wszystko starczyło czasu podczas zajęć grupowych – część wątpliwości można było przedyskutować w trakcie konsultacji indywidualnych. Niemala część pytań dotyczyła sposobów planowania i wdrażania działań w sposób spełniający wymogi opisane w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii. Część uczestników z zainteresowaniem dopytywała się o standardy i kryteria oceny jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia w ramach systemu rekomendacji (jest to wspólny projekt Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodka Rozwoju Edukacji oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii).

Jak nas oceniono?

Na koniec każdego cyklu zajęć zwracaliśmy się do uczestników z prośbą, aby dokonali oceny szkoleń za pośrednictwem ankiet (pomiaru audytoryjne). Celem ewaluacji było m.in. poznanie subiektywnych ocen na temat realizacji (wyznaczonych przez nas) celów szkoleń oraz opinii uczestników dotyczących kompetencji realizatorów projektu, stopnia realizacji oczekiwań oraz – ewentualnych – propozycji modyfikacji zajęć¹.

W każdej edycji wszyscy respondenci stwierdzili, że w trakcie zajęć zdobyli jakieś nowe umiejętności lub wiadomości. W odniesieniu do wszystkich kategorii opisujących zakładaną zmianę wiedzy i umiejętności osiągnięto wskazania na poziomie 55% i wyższym. Najczęściej wymieniano budowę programów profilaktycznych i zasady formułowania wskaźników (w obu przypadkach powyżej 80% wskazań). Nieco tylko rzadziej (70-80%) wymieniano wiadomości z zakresu ewaluacji, cechy skutecznych szkolnych programów, definicje poziomów profilaktyki oraz strategię. Pełny zestaw odpowiedzi zaprezentowano na wykresie 1.

Badani zostali poproszeni o dokonanie oceny komunikatywności i profesjonalnego przygotowania osób prowadzących na skali od 1 („bardzo źle”) do 5 („bardzo dobrze”). Średnia arytmetyczna ocena komunikatywności osób prowadzących to 4,8, najniższa wystawiona

nota to 3, najwyższa – 5. Profesjonalne przygotowanie realizatorów zostało ocenione na 4,9 (średnia).

Poprosiliśmy uczestników, aby posługując się tą samą skalą, ocenili także inne aspekty zajęć. Przydatność zajęć ze względu na poszerzenie lub utrwalenie wiedzy przydatnej w pracy z młodzieżą oceniono na 4,5 (średnia), w odniesieniu do ewaluacji dotyczącej umiejętności użytecznych w pracy z adolescentami uśredniona ocena to 4,3. W obu przypadkach zanotowano tę samą rozpiętość wskazań: minimum – 2, maksimum – 5. Ogólna atrakcyjność zajęć: średnia – 4,5, minimum – 3, maksimum – 5.

Respondenci ewaluowali stopień realizacji swoich oczekiwań związanych z udziałem w szkoleniu (na siedmiostopniowej skali: 0 – w ogóle, 1 – w bardzo małym stopniu, 2 – w małym, 3 – w średnim, 4 – w dużym, 5 – w bardzo dużym, 6 – całkowicie). Nikt nie wybrał dwóch najniższych wartości. Najczęściej wskazywano, że zajęcia spełniły oczekiwania ankietowanych w bardzo dużym stopniu (47,1%) lub dużym stopniu (34,3%). Dziesięć na dziesięć osób wybierało którąś z trzech najwyższych not (por. wykres 2). Ocena uśredniona to 4,5.

Spośród badanych 60,8% udzieliło twierdzącej odpowiedzi na pytanie o potrzebę dokonania zmiany w zajęciach (brak danych – 2,0%). Dwie najczęściej wybierane odpowiedzi wskazują na to, że uczestnicy chcieliby wydłużenia czasu zajęć i poświęcenia go na ćwiczenia.

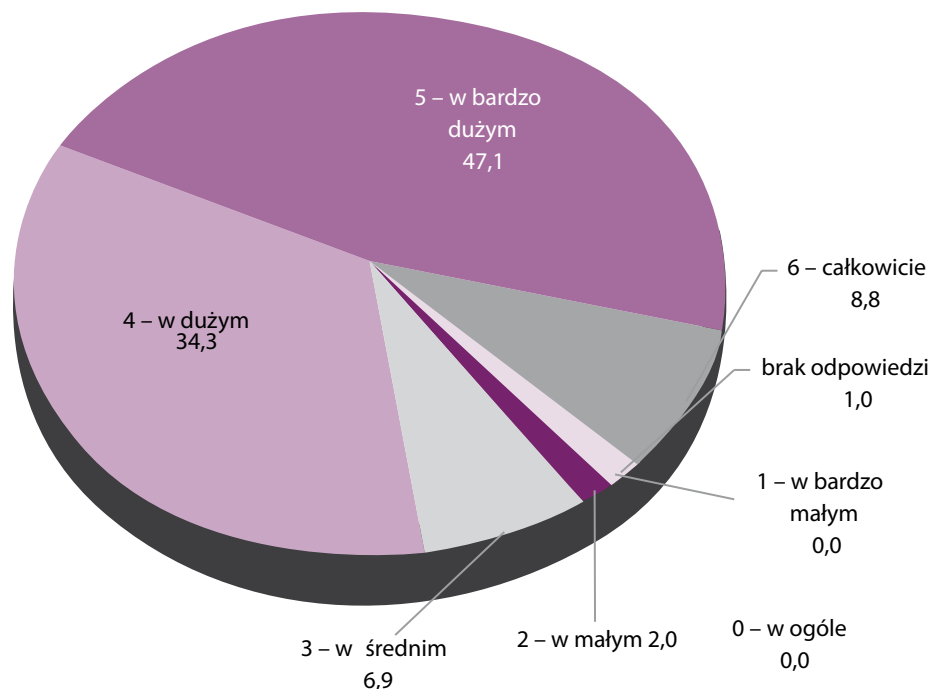
Zaprezentowane dane świadczą, że sposób implementacji projektu został bardzo wysoko oceniony przez ankietowanych, podobnie jak kompetencje osób prowadzących. Te generalnie pozytywne wyniki znalazły odzwierciedlenie we wskazaniach dotyczących zdobycia nowych umiejętności i nowej wiedzy. W propozycjach modyfikacji zajęć dominowały postulaty wydłużania czasu ich trwania o kolejne warsztatowe elementy, co – przy uwzględnieniu ocen sposobu prowadzenia i użyteczności projektu – zasadnie uznać można za kolejną pozytywną ewaluację szkolenia.

Duże zainteresowanie projektem wskazuje na znaczącą potrzebę rozwijania wiedzy i umiejętności z zakresu konstruowania oraz ewaluacji programów profilaktycznych w środowiskach zajmujących się pracą z dziećmi i młodzieżą. Doświadczenia zdobyte podczas realizacji opisywanego projektu wskazują, że najlepiej, aby w trakcie szkoleń łączyć aktualną wiedzę teoretyczną z jej operacjonalizacjami, możliwymi do względnie łatwego zastosowania w szkołach i placówkach systemu oświaty.

Przypisy

¹ Liczba zebranych ankiet: 111 (udział w pomiarze miał charakter dobrowolny i anonimowy). Do obliczeń zakwalifikowano 102 ankiety respondentów, którzy zadeklarowali, że uczestniczyli w co najmniej 75% zajęć.

Wykres 2. W jakim stopniu spełnił(a) Pan(i) swoje oczekiwania związane z uczestnictwem w zajęciach? (N=102, %).



Na stronie www.profnet.org.pl, w dziale „Ludzie, programy, akcje”, prezentowane są rozmowy ze znaczącymi osobami, które działają w środowisku organizacji pozarządowych zajmujących się profilaktyką uzależnień. Zachęcamy do zapoznania się z tymi materiałami. Poniżej przedstawiamy jeden z wywiadów opublikowanych w tym dziale.

POMOC NA WYCIĄgniĘCIE RĘKI

Z Mają Ruszpel, teatrolożką z wykształcenia, założycielką Fundacji Inspiratornia, dziennikarką, rzeczniczką prasową i współzałożycielką Polskiej Sieci Polityki Narkotykowej, rozmawia Elżbieta Szadura-Urbańska.

– Dlaczego pani „przyklada rękę” – żeby sparafrazować jedno z haseł akcji społecznej Inspiratornii – do przeciwdziałania uzależnieniom?

– To był przypadek. A może los? W pewnym momencie życia spotkałam niezwykle inspirujących ludzi. Szczególne znaczenie miała dla mnie praca z Kasią Malinowską-Sempruch z Global Drug Policy Programme i dr. Bohdanem Woronowiczem z Fundacji Zależni-Nie-Zależni. Jednocześnie moje myślenie o osobach uzależnionych kształtowała lektura książek Wiktora Osiatyńskiego: „Rehab”, „Litacja” i „Rehabilitacja”. Był czas, kiedy fragmenty tych książek umiały na pamięć – tak mocno mnie poruszyły.

– Wierzy pani, że poprzez kampanie społeczne można pomóc ludziom, którzy są już uzależnieni?

– Tak. Z powodów zawodowych miałam wiele kontaktów ze wspólnotami Dwunastu Kroków. Kiedy obserwuję ludzi, którzy dziś są trzeźwymi alkoholikami, to wiem i mam absolutne przekonanie, że z każdego nałogu można wyjść. Jednak przepracowanie tego nałogu to jednocześnie ogromny wysiłek, praca nad sobą. Profesor Wiktor Osiatyński często mówi, że ludzie, którzy uporali się z uzależnieniem, prowadzą dużo lepsze życie od tego, które było ich udziałem, zanim zaczęli pić. Więc warto. Jestem przekonana, że większość ludzi, którzy się uzależniają, używa różnych substancji psychoaktywnych, żeby się „samo leczyć”. Jeśli nie mają kompetencji społecznych, nie potrafią radzić sobie ze stresem, sięgają po używki. Po alkoholu, narkotykach czują się po prostu lepiej – rozluźniają się, stają się odważni, towarzyscy. Przecież nikt nie robi tego z postanowieniem, że chce być alkoholikiem, narkomanem... Wierzę, że na każdym etapie uzależnienia również kampanie społeczne mogą być tym impulsem do szukania zdrowych sposobów radzenia sobie z problemami. Robiąc badania z osobami używającymi marihuany, pytamy,

po co palą, i słyszymy często: po to, żeby poprawić sobie nastrój, łatwiej zasnąć. Substancja psychoaktywna pełni więc taką rolę, jaką w przypadku innych ludzi pełnią leki – antydepresyjne czy antylękowe. Do takich osób docieramy bezpośrednio z kampaniami społecznymi.

– Pani kampanii nie zobaczymy w telewizji, ale możemy na nie trafić, albo wręcz brać w nich udział, wychodząc z domu – w klubach, na ulicach, ba – nawet w toaletach...

– To są kampanie, które dzieją się w konkretnych miejscach w przestrzeni publicznej: na ulicach, w lokalach, nad Wisłą. Polegają na bezpośrednim dotarciu do ludzi. Taką mamy zasadę, że chcemy rozmawiać z nimi jak najbardziej bezpośrednio. Bo kampanie są zawsze połączone z dyżurami streetworkerskimi, możliwością porozmawiania, uzyskania porady.

– Wchodźcie z poradami do klubów?

– Teraz już nie. Na początku zaczynaliśmy od klubów, ale było trudno, bo właściciele niezbyt chętnie zgadzali się na dyżurowanie naszych współpracowników. Oni doskonale wiedzą, kto i jakich substancji używa, ale nie decydują się na taką formę działań, ponieważ boją się, że mogą stracić klienta, który stale, co piątek, jest ich gościem. Przykre.

– Kampania społeczna „Miasto wciąga” miała niezwykle sugestywne gadżety i – jak wiem – to były pani autorskie pomysły.

– Graliśmy sytuacją oraz słowami: hasło na ulotce, którą rozdawaliśmy prowokowało: PALISZ JOINTY? TO PRZYŁÓŻ RĘKĘ! I każdy mógł przyłożyć dłoń do kartki, na której nadrukowany był zarys ręki. Nikt nie wiedział jednak, że to miejsce pokryte jest farbą termoaktywną... Zatem w momen-

cie, gdy ktoś przykładał rękę, farba znikła i otrzymał on odpowiedź na gest, który wykonał. Na jednej, „że pomoc jest na wyciągnięcie dłoni” oraz informacje dotyczące tego, gdzie można zasięgnąć porady terapeutycznej, jeśli nadużywa się marihuany; na kolejnej – też na zasadzie gry słów i sytuacją – czy wiesz, że „przykładasz rękę do rozwoju narkobiznesu?”

– O ile mogę sobie wyobrazić, że ktoś, kto zaczyna mieć problemy z narkotykami, zainspiruje się hasłem, że pomoc jest na wyciągnięcie ręki, to nie za bardzo wierzę, że przestanie sięgać po używki, bo przejmie się rozwojem narkobiznesu.

– Myśmy nie tylko zostawiali te kartki w toaletach, ale także roznosiliśmy je i rozmawialiśmy z ludźmi. Ten pomysł, oparty na zabawie, grze słowami i sytuacją, prowokujący, wzbudzał ciekawość, wyzwał w ludziach aktywność. Wiele osób nie tylko na miejscu sprawdzało, co jest napisane pod farbą, ale również zabierało te „dłonie” ze sobą do domu. Te spotkania trwały nawet po kilkadziesiąt minut i na pewno wzbudzały refleksję, że sięganie po narkotyki ma różne skutki.

– Miała pani więcej takich interaktywnych pomysłów?

– Pierwsza edycja tej akcji to było rozlepianie imitacji narkotyków, tak jakby przypadkowo spadły one na ziemię, leżały na podłodze i można się było po nie schylić. Różne tabletki, ecstasy, jointy...

– To niemalże jak podkładanie w podstawówce portfeli na sznurku. Przyłapany na takim procederze czuł się bardzo skonfundowany...

– Nam jednak zależało nie na zawstydzeniu, ale zaciekawieniu, wzbudzeniu chęci sięgnięcia po tę atrapę, zwróceniu uwagi i dotarciu z informacją, m.in. taką, że jest możliwość skorzystania z porad prawnych. Znakomita większość ludzi nie wie, że za posiadanie narkotyków grożą surowe kary. A często są to osoby, które poza takimi incydentalnymi przypadkami nie mają kontaktu z narkotykami, nie mają ich w dużych ilościach, nie są dealerami. Nie są to przestępcy, ale np. studenci, którzy przy okazji imprezy, spotkania z przyjaciółmi mieli przy sobie jointa. Jeżeli zostaną przyłapani i dostaną np. wyrok w zawieszeniu, będzie to dla nich w przyszłości ogromnym problemem w znalezieniu pracy, w uzyskaniu wizy itp.

– Inna wasza akcja – to mural z wypowiedziami znanych osób na temat polityki narkotykowej w Polsce. Czy pani uważa, że człowiek, który będzie spokojny, że nic mu nie grozi za posiadanie narkotyków, ograniczy ich używanie?

– Pytanie, kiedy ten ktoś jest spokojny? Okazuje się bowiem, że ludzie, którzy mają te niewielkie ilości narkotyków, nie wiedzą, co im grozi za ich posiadanie. Bardzo dużo ludzi w Polsce nie zna prawa, publicznie wyciąga więc tego przysłowiowego jointa, nie wiedząc, że jest to karalne. A kiedy zostaną zatrzymani przez policję – świat im się wali. Zwykle dzwonią do mnie rodzice, że syn został zatrzymany, że potrzebują szybko porady prawnika, nie wiedzą, co mają robić, bo nigdy nie byli w takiej sytuacji.

– Tak więc nie chodzi wam w tej akcji o to, żeby ludzie mniej palili, tylko żeby z powodu swojej niewiedzy, i powiedzmy incydentalnego wyglupu, nie zmarnowali sobie życia?

– Wydaje mi się, że w naszej rozmowie poruszamy kilka wątków, dlatego postaram się je uporządkować tak, jak je rozumiem. Pierwsza sprawa – z badań np. Agnieszki Sieniawskiej z Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych wynika, że takim typowym „przestępcą” narkotykowym jest młody mężczyzna między 18. a 22. rokiem życia, zatrzymany przez policję, powiedzmy, w piątek wieczorem, w okolicy jakiegoś klubu. Szedł napić się wina czy piwa i miał akurat przy sobie marihuanę, bo to najczęściej bywa marihuana. I jeżeli taki człowiek zostanie zatrzymany, to będzie dla niego ogromny wyłom w życiu. Drugi aspekt to kwestia regulacji prawa, w jakim kierunku poprowadzić jego zmiany. Czy brać przykład z dobrych wzorców niektórych krajów europejskich, gdzie są tabele wartości gramatury i np. za posiadanie do 3 gramów marihuany grozi grzywna lub prace społeczne, albo konsultacja przed komisją oceniającą, czy jesteś uzależniony. Jeśli komisja stwierdzi, że jesteś uzależniony, dostaniesz skierowanie do terapeuty uzależnień. Istnieje duży wachlarz możliwości prawnych, które osadzają te sprawy w obszarze zdrowia publicznego, a nie jak w naszym kraju prawa karnego. Ja byłabym za tym, żeby traktować je w kategoriach zdrowia, pomocy.

– Do swoich akcji organizowanych w Warszawie...

– Ostatnio przeprowadziliśmy akcję także w Łodzi.

– *...zapraszacie znane osoby. Czy łatwo zachęcić je do udziału w kampaniach społecznych?*

– Nikt nam nie odmówił, co więcej, muzyk Tomek Lipiński, z zespołu Tilt, użył nam nawet tytułu swojej piosenki „Miasto wciąga” do naszej kampanii. Pierwsza nasza akcja, o której już wspominaliśmy – mural, mógł powstać dzięki zaangażowaniu: posła Marka Balickiego, muzyka Tomka Lipińskiego, prof. Wiktora Osiatyńskiego, dr Kariny Chmielewskiej z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Katarzyny Malinowskiej-Sempruch z Global Drug Policy Programme oraz trzech dziewczyn, które były uzależnione od heroiny. „Leczyć zamiast karać” – hasło wypisane na muralu doskonale obrazuje nasz stosunek do problemu uzależnień w Polsce.

– *Tak jak w kolejnym realizowanym przez was programie „Candis” – jeżeli bierzesz narkotyki i chcesz sobie pomóc, my ci podpowiemy, gdzie się udać, ale nie zmuszamy cię do niczego.*

– Od dwóch lat prowadzimy terapię wg programu „Candis” dla osób, które używają konopi. To fantastyczny program, ponieważ to pacjent decyduje, czy chce pracować nad całkowitym zaniechaniem, czy też ograniczeniem używania narkotyków. Nie oczekujemy abstynencji, jak na wielu terapiach istniejących w Polsce! Ale, co ciekawe, w trakcie terapii, pracy nad sobą, aż 80% osób, które zamierzały jedynie ograniczyć używki – ostatecznie zdecydowały się na... całkowitą abstynencję. W momencie, gdy mają wybór, dokonują go sami z siebie. Na marginesie, wiele polskich akcji dotyczących przeciwdziałania uzależnieniom bazuje na komunikatach zastraszających, a to, jak wiemy, nie motywuje. My chcemy unikać zastraszania.

– *Jak dużo osób przeszło u was terapię w programie „Candis”?*

– Około 140, głównie młodych, między 17. a 34. rokiem życia, ale był też mężczyzna 49-letni. Decyzja o przystąpieniu do programu jest często związana z jakimś ważnym wydarzeniem w ich życiu (będą mieli dziecko, biorą ślub).

– *Zajmuje się pani także uzależnieniami behawioralnymi. Mam wrażenie, że w Polsce jest to ciągle problem niezauważany, bagatelizowany, a przy niektórych uza-*

leżnieniach, jak np. pracoholizm, traktowany nawet jako powód do dumy.

– Tak mówią badania z 2012 roku, przeprowadzone przez CBOS. Ich wyniki były dla mnie inspiracją do przeprowadzenia dwóch akcji związanych z tymi uzależnieniami – w Warszawie powstało graffiti dotyczące uzależnienia od hazardu, zakupoholizmu i pracoholizmu, które zrobiłam z wybitnym grafikiem Robertem Poryzą. Potem był pomysł na audycje radiowe w Polskim Radiu RDC. W efekcie przez ponad pół roku wieczorem rozmawialiśmy ze słuchaczami o przyczynach i konsekwencjach uzależnień behawioralnych. W Polsce badania nad uzależnieniami behawioralnymi są realizowane dopiero od niedawna. Na poważnie zaczęliśmy zajmować się tym problemem z chwilą powołania Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Świadomość społeczna, jak wynika z badań CBOS, na temat uzależnień behawioralnych jest bardzo niska. Spotykamy się z takimi stereotypami, że hazardzista to ktoś lekkomyślny, zakupoholik to po prostu bogaty, który ma pieniądze na zakupy. Jesteśmy zatem dopiero na początku drogi, żeby ten temat oswajać i burzyć stereotypy. Moja intuicja pijarowca i ekspertki do spraw mediów i kampanii mówi mi, że pierwszych efektów i zmian możemy oczekiwać za jakieś pięć lat.

– *Czego jeszcze można się spodziewać po Fundacji Inspiratornia?*

– Chcemy nadal realizować projekt „Miasto wciąga”. W informacjach, jakie przekazujemy w kampaniach, opieramy się na wynikach badań naukowych i sprawdzonych informacjach, dzięki temu podejmujemy z odbiorcami racjonalny dialog. W Polsce nadal niestety próby racjonalnej rozmowy o narkotykach bywają odbierane jako propagowanie narkotyków... Mam nadzieję, że niedługo wyjdziemy z tych dwóch skrajności, że albo straszymy, albo namawiamy. Kilka lat temu, gdy analizowałam materiały prasowe dotyczące narkotyków, były ich tylko dwa rodzaje: informacje, że policja coś przechwyciła, rozbiła gang narkotykowy, albo że pojawiły się „dopalacze”. Co się jednak zmienia. Do niedawna w ogóle nie było takiej dyskusji, jaką ostatnio udało się zainicjować.

– *Duża w tym zasługa Fundacji Inspiratornia. Życzymy dalszych niekonwencjonalnych pomysłów.*

PLATFORMA EDUKACYJNA (E-LEARNING): PRZESZŁOŚĆ I PRZYSZŁOŚĆ

Dawid Chojecki

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Czym jest e-learning?

E-learning to forma nauki na odległość za pośrednictwem sieci komputerów oraz internetu/extranetu. E-learning jest szeroko rozumianym terminem opisującym technologie edukacyjne, które elektronicznie i technologicznie wspierają naukę. Obejmuje liczne typy mediów dostarczających tekst, dźwięk, obraz i film. Wykorzystuje różnego rodzaju technologie i aplikacje, takie jak taśmy audio i wideo, telewizję satelitarną, CD-ROM, internet/extranet.

Choć przyjęło się, że nazwa „e-learning” wywodzi się od „nauki elektronicznej” (*electronic-learning*), to Bernard Luskin, pionier e-learningu, twierdzi, że „e” powinno być interpretowane jako „ekscytujące, energetyczne, entuzjastyczne, emocjonalne, edukacyjne, rozszerzone (extended) i wspaniałe (excellent)”. Inną spotykaną sugestią jest odnoszenie „e” do „wszystkiego, wszystkich, angażującego i łatwego” (everything, everyone, engaging, easy).

Uruchomienie platformy edukacyjnej

Platforma edukacyjna powstała w 2012 roku z myślą o lekarzach rodzinnych i lekarzach medycyny pracy. Projekt był realizowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z firmą zewnętrzną, zajmującą się profesjonalnie tworzeniem i prowadzeniem platform edukacyjnych.

Zakładano, że dzięki szkoleniom przedstawiciele podstawowej opieki zdrowotnej i lekarze medycyny pracy:

- będą mieli większą wiedzę na temat narkotyków i narkomanii,
- będą umieli rozpoznawać u pacjenta symptomy, które mogą świadczyć o używaniu przez niego substancji psychoaktywnych,
- przeprowadzą z pacjentem krótką rozmowę, mającą na celu zmotywowanie go do zmiany zachowań bądź zgłoszenia się do odpowiedniej placówki.

Szkolenie ma formę internetowej platformy e-learningowej. Jest przeprowadzane w postaci sfilmowanych wykładów z jednoczesną prezentacją slajdów. Dotyczą one następujących zagadnień:

- charakterystyka substancji psychoaktywnych – drogi przyjmowania, działania, zespoły abstynencyjne, zespół uzależnienia, szkody zdrowotne (somatyczne i psychiatryczne) związane z ich używaniem,
- objawy somatyczne i psychiatryczne sugerujące używanie substancji psychoaktywnych przez pacjenta,
- czynniki związane z ryzykiem rozwoju uzależnienia,
- kryteria rozpoznania zespołu uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
- podstawowe zasady interwencji u osób używających substancji w sposób szkodliwy i uzależnionych,
- dostępne metody i placówki leczenia.

W module dotyczącym krótkiej interwencji znajdują się dodatkowo trzy pięciominutowe filmy, przedstawiające scenki ilustrujące sposób jej przeprowadzania. Lekarz przeprowadza krótką interwencję z pacjentem mającym problem z: kokainą, przetworami konopi indyjskich i benzodiazepinami.

Lekarze po ukończeniu szkolenia otrzymywali 12 punktów edukacyjnych, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów nakładającym na lekarzy obowiązek ciągłego doskonalenia zawodowego potwierdzanego co 4 lata poprzez zgromadzenie określonej liczby punktów edukacyjnych. Przed uruchomieniem platformy szkolenie uzyskało niezbędną do spełnienia wymogów powyższego rozporządzenia akredytację Okręgowej i Naczelnej Izby Lekarskiej.

Przyszłość platformy edukacyjnej

W najbliższym czasie Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii ma zamiar rozbudować platformę, tak by była ona przeznaczona już nie tylko dla lekarzy. W pierwszej kolejności szkolenie zostanie poszerzone

o moduł dla nauczycieli i pedagogów szkolnych. Powstaną między innymi wykłady i scenki traktujące o tematyce związanej z „dopalaczami”, poświęcone prowadzeniu wczesnej interwencji wobec uczniów, których podejrzewa się o używanie tych substancji oraz rozmowie z uczniami na temat używania marihuany. Od marca platforma jest już ogólnodostępna (nie ma wymogu logowania się) i praktycznie mogą z niej korzystać wszystkie osoby, które chcą poszerzyć swoją wiedzę z zakresu działania poszczególnych grup substancji psychoaktywnych, czynników ryzyka, mechanizmów uzależnienia, form pomocy osobom z problemem narkotykowym itd.

O programie Wykłady Scenki Eksperci Materiały do pobrania

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Eksperci

Dr n. med. Anna Klimkiewicz

Ukończyła Akademię Medyczną, z wyróżnieniem i obecnie jest rezydentem w dziedzinie psychiatrii w Klinice Psychiatrycznej AM. Liczebnik grupy badawczej pracującej nad genetycznymi podstawami uzależnienia od alkoholu. Autorka licznych publikacji. Współtwórcza i redaktor Portalu Młodego Lekarza- witryny internetowej o zasięgu ogólnopolskim, integrującej środowisko medyczne.

Prof. dr hab. n. med. Marcin Wojnar

Professor nauk medycznych w zakresie psychiatrii. Kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownik Lecznicy Szpitalnego w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie oraz Professor w Department of Psychiatry, University of Michigan w Ann Arbor, USA. Jego badania naukowe związane są przede wszystkim z zagadnieniami: patogenezy i wrażliwości uzależnienia, w szczególności uzależnienia od alkoholu.

Regulaminy Kontakt

Strona ma charakter edukacyjno-informacyjny, przeznaczony jest dla lekarzy. Serwis nie zawiera treści reklamowych. Wydawca i autorzy publikacji docelowi wszelkich starań, aby informacje w nim zawarte były zgodne z aktualnym stanem wiedzy. Proszymy o korzystanie z serwisu należy przestrzegać obowiązującego w Polsce prawa, w szczególności prawa autorskiego.

O programie Wykłady Scenki Eksperci Materiały do pobrania

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii

Wykłady

Poniżej prezentujemy serię materiałów edukacyjnych w postaci wykładów. Ułatwią one Państwu diagnozowanie uzależnień u pacjentów i jednocześnie pomogą w wyborze odpowiednich działań terapeutycznych wobec pacjenta zmagającego się z uzależnieniem. Materiały ułożone są w ściśle zdefiniowanym cyklu i należy oglądać je w określonej kolejności.

Zapraszamy do obejrzenia wykładów:

Cechy predysponujące do rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnych

1. Czynniki ryzyka

Pacjenci wysokiego ryzyka – czynniki sprzyjające uzależnieniu od substancji psychoaktywnych. Objawy, na jakie warto zwrócić uwagę

czas: 15:07 minut [Zobacz wykład](#)

Stymulanty

2. Stymulanty

Podstawowe informacje dotyczące używania i szkód zdrowotnych związanych z przyjmowaniem substancji o działaniu stymulującym (amfetaminy, kokainy itp.)

czas: 7:38 minut [Zobacz wykład](#)

Przetwory konopi indyjskich

3. THC

Podstawowe informacje dotyczące używania i szkód zdrowotnych związanych z przyjmowaniem przetworów konopi

czas: 4:57 minut [Zobacz wykład](#)

Halucynogeny

4. Halucynogeny

Podstawowe informacje dotyczące używania i szkód zdrowotnych związanych z przyjmowaniem substancji o działaniu halucynogennym

Leki uspokajające i nasenne

5. Benzodiazepiny

Podstawowe informacje dotyczące nadużywania i szkód zdrowotnych związanych z długotrwałym przyjmowaniem benzodiazepin

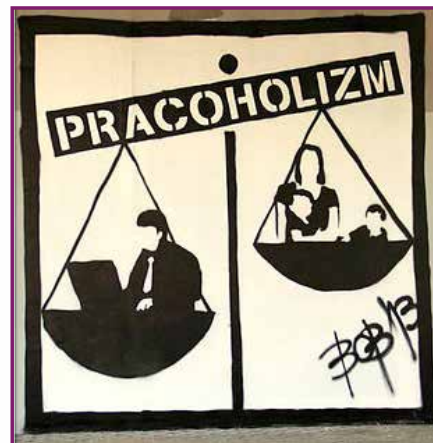
Opioidy

6. Opioidy

Podstawowe informacje dotyczące używania i szkód zdrowotnych związanych z przyjmowaniem opioidów

FUNDACJA INSPIRATORNIA

Fundacja Inspiratornia powstała w 2010 roku. Specjalizuje się w prowadzeniu kampanii społecznych, działaniach informacyjnych i edukacyjnych realizowanych w przestrzeni miejskiej. Wywiad z prezeską fundacji, Mają Ruszpel, zamieszczamy na stronie 45 tego numeru Serwisu. Poniżej prezentujemy wybrane kampanie przeprowadzone przez Inspiratornię.



BEHAVIORALNIE – RACJONALNIE

Kampania „Behavioralnie-racjonalnie” miała na celu zwrócenie uwagi społecznej na problem uzależnień behawioralnych. W ramach akcji w Warszawie zostało odsłonięte graffiti poświęcone pracoholizmowi, zakupoholizmowi i uzależnieniu od hazardu. Istnieje ono do dziś, na skrzyżowaniu Obozowej i Prymasa Tysiąclecia – jego wielkość to ponad 40 metrów kwadratowych. Autorem kreacji jest Robert Poryzała – grafik, architekt. We współpracy z Klubem Poznańska 38 zrealizowano również Tydzień Porad Prawnych dla osób zadłużonych z powodu uzależnienia od hazardu i zakupów. Kampania była finansowana ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji ministra zdrowia.



NIE POPYŃ – POWIEDZ DRAGOM SPŁYWAJ

Akcja wlepkarska w klubach, a konkretnie w... toaletach klubów realizowana w roku 2013 w Warszawie. Była to nietypowa i **pierwsza taka akcja w Polsce**. Fundacja Inspiratornia rozlepiła **wlepki imitujące różne narkotyki** – marihuanę, amfetaminę, ecstasy – na ścianach, na podłogach i na blatach umywalk toalet. Na każdej z wlepek był adres e-mail, umożliwiający uzyskanie porady prawnej lub z zakresu harm reduction. Projekt sfinansowano ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

H JAK HIV

W Polsce żyją dzieci z HIV. A ich prawdziwym problemem jest nie tyle sama choroba, co stygmatyzacja społeczna i dyskryminacja, która towarzyszy zakażeniu. Kampania „H jak HIV” – reaguje na ten fakt. Ambasadorem są w niej dzieci zwracające uwagę na problem swoich rówieśników. Jest to pierwsza w Polsce kampania poświęcona sytuacji dzieci żyjących z HIV w Polsce. Kampania jest odpowiedzią na docierające do Fundacji Studio Psychologii Zdrowia informacje o rażącej dyskryminacji dzieci żyjących z HIV. Fundacja Inspiratornia jest jednym z partnerów kampanii.



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

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

Numery archiwalne na stronie: sin.praesterno.pl

e-mail: biuro@praesterno.pl

Pismo bezpłatne