



# Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 3 (42) 2008

NR 3

2008

# WPROWADZENIE

## *Drodzy Czytelnicy,*

w tym roku mija 30. rocznica powstania Monaru – stowarzyszenia utworzonego przez Marka Kotańskiego i grupę osób uzależnionych, które opuściły szpital psychiatryczny i postanowiły pokonać nałóg opierając się na pomocy udzielanej sobie nawzajem. Ośrodek w Głoskowie stał się początkiem największej w Polsce organizacji pozarządowej zajmującej się osobami uzależnionymi od środków psychoaktywnych, pracującej metodą społeczności terapeutycznej. O historii Monaru, jego osiągnięciach i ambitnych planach rozwoju opowiada Jolanta Koczurowska – współtwórczyni systemu i aktualna przewodnicząca Zarządu Głównego.

Problematykę związaną z osobami uzależnionymi od środków odurzających, odbywającymi karę pozbawienia wolności, porusza Tomasz Głowik. Jak wynika z treści artykułu, problem jest poważny, gdyż kontakty ze środkami odurzającymi w izolacji więziennej miało ponad 20% wszystkich skazanych. Część z nich jest uzależnionych i wymaga leczenia, jednak oczekiwanie na terapię trwa ponad rok z powodu niewystarczającej bazy terapeutycznej więziennictwa. Dodatkowym problemem, z którym borykają się Służby Więzienne, jest przemyt narkotyków na teren zakładów karnych, a co za tym idzie bardzo duża dostępność narkotyków.

Drugą stronę medalu – obraz działań wymiaru sprawiedliwości na etapie ścigania czynów polegających na posiadaniu narkotyków, ich kwalifikacji i osądzania – prezentuje Krzysztof Krajewski. Artykuł powstał na podstawie analizy ponad 100 akt sądowych w sprawach o posiadanie narkotyków. Wnioski z tego badania potwierdzają hipotezę, że wymiar sprawiedliwości koncentruje się nie na liczących się na rynku dealerach, a na przypadkach osób posiadających drobne ilości narkotyków na własny użytek. Wśród orzekanych kar dominuje kara pozbawienia wolności, którą zwykle warunkowo zawiesza się. Z przykrością należy stwierdzić, że praktycznie nie stosowano obecnych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii przepisów umożliwiających sprawcom czynów podjęcie leczenia.

Marta Struzik porusza ważną kwestię dotyczącą monitorowania chorób zakaźnych wśród osób używających narkotyków. Dzięki inicjatywie Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w krajach Unii Europejskiej wprowadzane są procedury systematycznego pomiaru poziomu rozpowszechnienia chorób zakaźnych (HIV oraz wirusowego zapalenia wątroby typu B i C) w populacji iniekcyjnych użytkowników narkotyków oraz monitorowania trendów zakażeń w czasie. W Polsce rutynowy system nadzoru epidemiologicznego nad HIV/AIDS wprowadzono w 1986 roku, jednak dopiero od 2002 roku prowadzone są badania przekrojowe szacujące występowanie chorób zakaźnych wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Artykuł relacjonuje wyniki badań, charakteryzując sytuację epidemiologiczną HIV/AIDS w Polsce. Autorka przestrzega przed zbyt optymistyczną interpretacją obserwowanego malejącego trendu liczby nowych zachorowań na AIDS wśród użytkowników narkotyków, wskazując na ryzyko niedoszacowania tej kategorii zakażonych ze względu na braki danych dotyczących prawdopodobnej drogi infekcji.

Zachęcam Państwa także do przeczytania artykułu Carla Shermana na temat wpływu narkotyków na przebieg choroby nerwowej. Szukając odpowiedzi na pytanie, dlaczego nadużywa się narkotyków, badacze mózgu wciąż starają się zgłębiać wiedzę dotyczącą fizjologicznych podstaw uzależnienia. Autor wspomnianego artykułu dostarcza danych naukowych wskazujących, w jaki sposób narkotyki zakłócają proces komunikacji między komórkami mózgu i jak zmieniają nie tylko funkcjonowanie komórek nerwowych, ale także ich fizyczną strukturę. W artykule znajdziecie Państwo między innymi informacje, na które neuroprzekazniki wpływają poszczególne narkotyki i jakie zmiany zachodzą w przypadku ich przewlekłego nadużywania.

Z braku miejsca nie sygnalizuję kilku innych ciekawych materiałów prezentowanych w tym numerze Serwisu. Chciałbym jednak zwrócić Państwa uwagę na artykuł Roberta Rejniaka dotyczący kolejnych działań podejmowanych w celu rozwoju ważnego programu z obszaru profilaktyki selektywnej pod nazwą „FreD Goes Net”. Opracowany i przetestowany w Niemczech projekt, skierowany do młodzieży używającej substancji psychoaktywnych, wdrażany jest obecnie w Polsce na podstawie umowy między stroną niemiecką a Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Na koniec z prawdziwą przyjemnością namawiam do skorzystania z materiałów zamieszczonych na dołączonej do numeru płycie CD zawierającej bazę ok. 150 warszawskich organizacji pozarządowych przeciwdziałających uzależnieniom oraz archiwalne numery – począwszy od 1999 roku – Serwisu Informacyjnego Narkomania.

*Życzę Państwu przyjemnej lektury*  
**Piotr Jabłoński**

# SPIS TREŚCI

## Gość Serwisu

### 30 LAT Z MONAREM

<i>Wywiad z Jolantą Koczurowską .....</i>	<i>2</i>
---	----------

## Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód

### PROBLEMATYKA NARKOMANII W IZOLACJI WIĘZIENNEJ

<i>Tomasz Głowik.....</i>	<i>7</i>
---------------------------	----------

### SYSTEM MONITOROWANIA ZJAWISKA CHORÓB ZAKAŹNYCH ZWIĄZANYCH Z NARKOTYKAMI

<i>Marta Struzik.....</i>	<i>13</i>
---------------------------	-----------

## Współpraca międzynarodowa

### ZGŁASZALNOŚĆ DO LECZENIA Z POWODU NARKOTYKÓW W POLSCE I HISZPANII

<i>Ewa Sokołowska .....</i>	<i>18</i>
-----------------------------	-----------

EUROPA WZMACNIA OCHRONĘ PRZED CHOROBYMI ZAKAŹNYMI.....	23
--	----

## Badania, raporty

### SPRAWY O POSIADANIE NARKOTYKÓW W ŚWIELE WYNIKÓW BADAŃ AKT SĄDOWYCH

<i>Krzysztof Krajewski .....</i>	<i>24</i>
----------------------------------	-----------

### WPLYW NARKOTYKÓW NA PRZEKAŹNICTWO NERWOWE

<i>Carl Sherman.....</i>	<i>28</i>
--------------------------	-----------

## Profilaktyka

### PROFILAKTYKA SELEKTYWNA – PROGRAM Wczesnej interwencji „FRED GOES NET”

<i>Robert Rejniak .....</i>	<i>34</i>
-----------------------------	-----------

KALENDARIUM WYDARZEŃ.....	38
---------------------------	----

### WSPÓŁPRACA Z MEDIAMI NA POZIOMIE LOKALNYM JAKO NARZĘDZIE EDUKACJI PUBLICZNEJ – CZĘŚĆ II

<i>Tomasz Zakrzewski .....</i>	<i>39</i>
--------------------------------	-----------

## Społeczności lokalne, regiony

### MONITOROWANIE NARKOTYKÓW I NARKOMANII NA POZIOMIE LOKALNYM

<i>Artur Malczewski .....</i>	<i>43</i>
-------------------------------	-----------

RECENZJE.....	47
---------------	----

OGŁOSZENIE.....	48
-----------------	----

## Internet

PUBLIKACJE DO ŚCIAĞNIĘCIA .....	III i IV okładka
---------------------------------	------------------

*Jolanta Koczurowska, przewodnicząca Zarządu Głównego Monaru, twórca i lider pierwszego w Polsce ośrodka dla dzieci i młodzieży zagrożonej narkomanią. Od 36 lat pracuje z osobami uzależnionymi. W 1981 roku zaczęła tworzyć gdański Monar, najpierw punkt konsultacyjny dla dzieci i młodzieży uzależnionej od narkotyków, potem ośrodek dla nich. Przez pierwsze 5 lat mieścił się on w baraku bez prądu i ogrzewania w centrum Gdańska, potem terapeuci i ich podopieczni przenieśli się do dworku w Matarni. W ośrodku realizowany jest jej autorski program „Odnaleźć siebie”.*

## 30 LAT Z MONAREM

Z Jolantą Koczurowską rozmawia Tomasz Kowalewicz



– *W związku z 30-leciem działalności instytucji, którą kierujesz, chciałbym Cię prosić, żebyś opowiedziała naszym Czytelnikom o Monarze. Tym bardziej, że odkąd zajmuję się Serwisem, Monar nie był obecny na łamach pisma. Uważam, że to duży błąd i chciałbym*

*go naprawić. Powiedz w kilku słowach o modelu oddziaływań, który proponuje Monar w stosunku do osób uzależnionych od środków psychoaktywnych.*

– Dzisiejszy Monar to wieloaspektowy system oddziaływań pomocowych: od działań terapeutycznych, po działania typowo socjalne i opiekuńcze, obejmujący całe spektrum różnych świadczeń udzielanych ludziom potrzebującym pomocy.

W stosunku do osób uzależnionych Monar dysponuje przemyślanym systemem oddziaływań leczniczo-rehabilitacyjnych. Osoba uzależniona może zostać zdiagnozowana, może skorzystać z porady, ma do dyspozycji ofertę leczenia (zarówno ambulatoryjnego, jak i rehabilitacji stacjonarnej). Absolwentom programu terapeutycznego oferowane jest wsparcie postrehabilitacyjne, ułatwiające powrót do społeczeństwa.

Cały system łączy filozofia *drug-free*, która kładzie nacisk na wychodzenie z uzależnienia bez pomocy środków farmakologicznych. To podejście nie proponuje leków w leczeniu uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Filozofia *drug-free* opiera się na

założeniu, że osoba uzależniona może dojść do stanu efektywnego funkcjonowania psychospołecznego poprzez zmianę stanu psychicznego, postaw i sposobów zachowania w rezultacie pracy nad samym sobą realizowanej poprzez oddziaływania terapeutyczne. Stanem rekomendowanym jest pełna abstynencja od środków odurzających.

– *W jaki sposób osoba szukająca pomocy może trafić do Monaru?*

– W chwili obecnej Monar dysponuje 32 poradniami na terenie całego kraju. Oferta poradni jest szeroka: od udzielania informacji i konsultacji, poprzez diagnostykę, łącznie z możliwością przeprowadzenia testów na obecność narkotyków w moczu, po ofertę zróżnicowanych oddziaływań terapeutycznych – indywidualnych i grupowych, prowadzonych w systemie ambulatoryjnym, adresowanych zarówno do uzależnionych, jak i do ich rodzin. Aktualny profil poradni monarowskich wyrósł z oferty punktów konsultacyjnych prowadzonych przez Monar w przeszłości. W pierwszym okresie działania punkty konsultacyjne były placówkami pierwszego kontaktu. Chodziło w nich głównie o to, żeby osoba uzależniona mogła skontaktować się z kimś, kto wie, co i gdzie można zrobić. Punkty konsultacyjne głównie zapisywały, informowały i kierowały do naszych monarowskich ośrodków, gdyż tylko takie wtedy funkcjonowały.

Od ponad 15 lat status poradni monarowskich znacznie się zmienił. Zaczęły one pełnić rolę profesjonalnych miejsc, w których realizowana jest bogata oferta pomocowa. Poradnie monarowskie kładą nacisk na szeroko zakrojoną pracę w środowisku podopiecznych. Ludzie Monaru mają kontakt ze szkołami, zakładami peniten-



cyjnymi. Połowa poradni (16) prowadzi rozbudowane programy redukcji szkód – wymianę igieł i strzykawek, działania streetworkerskie: pomocowe, informacyjne i edukacyjne. Kieruje do placówek wykonujących badania na obecność HIV, proponuje miejsca, w których można uzyskać najróżniejszą pomoc: od substytucji do długoterminowego leczenia. Oddzielnym nurtem jest szeroko zakrojona działalność profilaktyczna, wykorzystująca aktywne metody edukacji, adresowana zarówno do młodzieży, jak i dorosłych.

Poradnie pełnią oczywiście także funkcję punktów pierwszego kontaktu. Pracują w oparciu o techniki motywacyjne, budują gotowość do zmiany. Nie wymuszamy deklaracji, jak ta zmiana będzie wyglądała. Liczy się to, że klient chce się zmienić.

**– Czy programy redukcji szkód, które prowadzi – jak mówisz – połowa poradni, proponują pacjentom także środki substytucyjne względem narkotyków?**

– Programów substytucyjnych nie prowadzimy, nie podajemy żadnych substytutów narkotyków, żadnych środków farmakologicznych. Pierwszym powodem, dla którego tego nie robimy, jest zapis w statucie, będący konsekwencją umowy członków naszego stowarzyszenia. Po drugie, nasza wizja procesu wychodzenia z uzależnienia nie przewiduje tego typu działań. Tym niemniej popieramy politykę dostępności programów substytucyjnych dla różnych grup potrzebujących, choć wyraźnie różnimy się od innych instytucji w zakresie tego, co rozumiemy przez substytucję, jak ją widzimy, do kogo powinna być naszym zdaniem kierowana. Mimo że sami nie prowadzimy programów substytucyjnych, to zdarza się, że do takich programów kierujemy.

**– Skąd wziął się Monar?**

– Najkrócej mówiąc z palącej pod koniec lat 70. potrzeby ratowania ludzi uzależnionych. Rozpoczął się odważnym, pełnym determinacji aktem wzięcia przez osoby uzależnione swego życia we własne ręce. Grupa uzależnionych pacjentów szpitala psychiatrycznego w Garwolinie postanowiła opuścić szpital i stworzyć wspólnotę ludzi pomagających sobie nawzajem. Wkrótce okazało się, że taka wspólnota jest dobrym pomysłem, że osoby uzależnione odzyskują w niej siłę

i zdrowie. Zresztą najczęściej jest tak, że osoby zainteresowane znajdują najlepsze dla siebie rozwiązanie. Dobrze, że nie zlekceważyliśmy doświadczenia tych ludzi, którzy wtedy rozpoczęli ten proces. Był z nimi Marek Kotański, który oficjalnie uchodzi za twórcę naszego stowarzyszenia, ale tak naprawdę twórcami tej wspólnoty była grupa ludzi zdeterminowanych, żeby sobie pomóc, wymyślić sposób wyjścia z nałogu. Tak powstała pierwsza wspólnota terapeutyczna w Głogowie. Dość szybko w odległych od siebie miejscach powstały następne społeczności terapeutyczne. Osobami, które zazwyczaj prowadziły te społeczności, byli neofici. Zresztą nie było nikogo innego. Po 2-3 latach do Monaru zaczęli dołączać ludzie zajmujący się profesjonalnie terapią. Konfrontacja między „natuszczykowym” podejściem do sprawy a staraniami nadania społeczności profesjonalnego charakteru rozwijała metodę. Sama pamiętam, jak tworzyłam pierwszą w Polsce społeczność terapeutyczną dla dzieci i młodzieży, czyli dla osób, o których mówiło się wtedy „niedogrznani”, bez motywacji, takich, co nie sięgnęli jeszcze dna i w związku z tym źle rokują co do efektywnego leczenia. Jednak z ust „dorosłych” uzależnionych w Gdańsku słyszałam, że gdyby im ktoś wcześniej powiedział, do czego prowadzi zabawa z narkotykami, gdyby ktoś wtedy chciał spędzić z nimi trochę czasu i zaproponował jakąś sensowną aktywność, pewnie nie zostaliby ćpunami. Namawiali mnie, abym stworzyła ośrodek dla małolatów biorących narkotyki. I przez parę lat, wspólnie z tymi młodymi ludźmi, tworzyliśmy zasady, regulaminy, warunki i metody działania ośrodka dla młodzieży, a także atmosferę konieczną do tego, by młodzi ludzie mogli się zmieniać i rozwijać. Była to bardzo świadoma praca, zarówno moja, jak i tych ludzi.

To, co charakteryzowało pierwsze monarowskie społeczności terapeutyczne, to silna wiara w to, że człowiek może się zmienić, mocne poczucie przynależności do wspólnoty umożliwiającej zmianę tożsamości z „jestem ćpunem” na „jestem członkiem Monaru”, poza tym poczucie uczestnictwa w misji, które powodowało, że ludzie dostawali skrzydeł, że naprawdę byli przeświadczeni, że mogą pomóc sobie i innym. Do dziś powstały 32 ośrodki pracujące metodą społeczności terapeutycznej. W pewnym momencie nasze ośrodki stanowiły ponad 85% takich miejsc.

Teraz stanowimy 33% całego arsenału społeczności terapeutycznych w Polsce.

**– Czy metoda wypracowana przez Monar jest stała, czy jest to procedura, która może się rozwijać?**

– Metoda społeczności terapeutycznej jest niezwykle pojemna, elastyczna, daje się świetnie modyfikować i komponować do różnych nowych celów. Ta metoda cały czas ewoluuje. Wiele rzeczy mamy już opisanych i usystematyzowanych. Można powiedzieć, że pracujemy metodą społeczności terapeutycznej – czyli metodą dużej grupy, wykorzystując dynamikę relacji zachodzących w tej grupie dla celów terapeutycznych i wykorzystując środowisko, jako podstawę do tego, aby dokonywać zmian terapeutycznych. To, co różni współczesną społeczność od dawniejszych to większa strukturalizacja procesu terapii oraz działanie na podstawie formalnego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. W związku z tym w warunkach zewnętrznych określonych dla środowiska społeczność terapeutyczna prowadzi wszystkie świadczenia, których wymaga NFZ w ramach tzw. rehabilitacji stacjonarnej osób uzależnionych: terapię grupową, indywidualną, zajęcia rekreacyjne, psychoedukacyjne treningi i warsztaty.

Współczesne społeczności są także bardziej zindywidualizowane. Każda z nich ma trochę inny program, posługuje się inną symboliką, która zazwyczaj umacnia tożsamość miejsca i środowiska wspólnoty terapeutycznej.

Identyfikacja pacjentów z miejscem, w którym przebywają, przyspiesza proces leczenia, ponieważ daje poczucie bezpieczeństwa, które z kolei powoduje większą otwartość, tym samym umożliwiając głębsze ujawnienie siebie i łatwiejsze eksperymentowanie z nowymi zachowaniami społecznymi.

Poszczególne społeczności pracują z różnymi typami klientów. Mamy ośrodki dla dzieci i młodzieży, społeczności dla osób starszych, mamy także społeczności zorientowane na klienta z nawrotami – z wielokrotnymi nieudanymi próbami leczenia. Zajmujemy się pacjentami z podwójną diagnozą, z wyrokami sądowymi, młodymi osobami z dużą ilością problemów, nie uzależnionymi, tylko używającymi środków odurzających. Mamy doświadczenia z bulimią, anoreksją, z zespołem nadpobudliwości ruchowej, z pacjentami z zaburzenia-

mi typu *borderline*, z pacjentami depresyjnymi, także z myślami samobójczymi.

Monar nie ma jeszcze wystarczającej liczby programów postrehabilitacyjnych. Tu widzimy szansę rozwoju. W tej chwili zmieniamy statut, mając nadzieję, że zmiana pozwoli nam prowadzić readaptację społeczną i zawodową, która umożliwi naszym absolwentom łagodny powrót do społeczeństwa, da im czas na przysposobienie się do życia zawodowego i społecznego. Z naszych trzydziestoletnich doświadczeń wynika, że wydolność readaptacyjna polskiego społeczeństwa nie jest duża, że niełatwo polskiemu społeczeństwu przyjąć „na łono” tych wszystkich, którzy byli jakkolwiek wykluczeni społecznie lub leczyli się z uzależnienia. Od ludzi, którzy kończą terapię, wymaga to znacznie większego wysiłku, niż to się wydaje. Aktualnie mamy parę hoteli readaptacyjnych, np. w Łodzi, gdzie absolwenci naszych ośrodków mogą mieszkać do 6 miesięcy. Warunkiem jest kontynuowanie pracy lub nauki. Osoby korzystające z tych programów mogą także korzystać z pomocy psychologicznej.

**– Na czym polega istota metody leczenia stosowanej w Monarze?**

– Leczenie w społeczności terapeutycznej jest kilkietapowe. Pacjent przechodzi przez kolejne stopnie ustrukturalizowanego procesu terapeutycznego. Są dowody, że etapowość terapii – dzięki takiemu uporządkowaniu, przypisaniu określonych zadań do poszczególnych etapów procesu – sprzyja skuteczności leczenia. Nasza metoda opiera się z jednej strony na teoriach behawioralno-poznawczych, z drugiej zaś jest silnie osadzona w koncepcjach humanistycznych, podkreślających rolę potrzeby akceptacji, empatii, życzliwości i dobrego kontaktu. Istotą procesu terapii jest zmiana. I tego oczekuje się od członków społeczności. To właśnie społeczność stanowi środowisko, które prowokuje, wzmacnia i ukierunkowuje zmianę każdego ze swoich członków. Siłą metody jest jasne przedstawienie norm, zasad i warunków, które należy spełniać. W bezpośrednim kontakcie z klientem ważna jest empatia, życzliwość i wiara. Zresztą o metodzie społeczności terapeutycznej często mówi się, że oparta jest na wierze, że zmiana jest możliwa. Zewnętrzna ewaluacja naszych programów pokazuje, że bardzo

ważna jest atmosfera, określana jako sprzyjająca zmianie. Mamy takie swoje hasło: *Wymagać może tylko ten, kto kocha*.

**– A jak traktujecie w tej chwili łamanie abstynencji w ośrodkach?**

– Łamanie abstynencji narkotykowej w ośrodkach to naprawdę sporadyczne przypadki. Najczęściej dochodzi do łamania zakazu palenia papierosów (w tych ośrodkach, w których on obowiązuje). Społeczność stosuje różne sankcje w stosunku do osób, które łamią obowiązujące zasady. Nie ma jednego przyjętego sposobu reagowania na złamanie zasady abstynencji. Są bardziej i mniej surowe ośrodki, ale wszędzie tego typu zdarzenie stanowi przede wszystkim powód do poważnej rozmowy, do analizy przyczyn takiego zachowania. Zazwyczaj podejmowane są działania mające na celu przepracowanie problemu. Na pewno nie stosuje się jakichś ekstremalnych konsekwencji. Nie można kogoś karać za chorobę, za to, że ma takie a nie inne słabości i nie potrafi się kontrolować. Złamanie abstynencji jest traktowane jak kryzys i powód do podjęcia intensywniejszej pracy, a nie powód do usunięcia „winnego” z systemu.

**– Jedna rzecz to jest kwestia opisu systemu i rodzajów działań, a druga myślę ciekawa sprawa to opis ludzi, którzy przychodzą do Monaru, którzy się tam leczą. Czy jest coś takiego jak charakterystyczny pacjent?**

– Do naszych poradni przychodzą pacjenci w różnym wieku, choć przede wszystkim młodzi ludzie – albo skierowani przez rodzinę, albo – i tych jest większość – osoby, które same zauważyły, że mają poważne problemy i czują, że potrzebują pomocy. Częściej trafiają do nas chłopcy niż dziewczęta, chociaż ta różnica się zmniejsza. Dziś jest to 40% dziewcząt i 60% chłopców.

Nasi klienci to ludzie sięgający głównie po marihuanę, amfetaminę, narkotyki klubowe, syntetyczne, zdarzają się też osoby używające kokainy – chociaż rzadziej. Korzystanie z pomocy Monaru to w pewnym sensie przyznanie się do istniejącego problemu. Wiele osób uzależnionych od kokainy to ludzie, którym nie na rękę jest taka identyfikacja. Młodzieży, jeśli nie ma wyraźnych wskazań, staramy się nie kierować do ośrodków

stacjonarnych, rekomendujemy terapię ambulatoryjną w poradniach. I zazwyczaj to wystarcza.

**– To ciekawe, co mówisz, bo w powszechnej opinii Monar kojarzy się raczej z zamkniętymi ośrodkami niż z pomocą ambulatoryjną. Być może warto obalić ten mit?**

– Od dawna wiadomo, że mamy tyle samo poradni co ośrodków (32). W poradniach udzielamy około 200 tysięcy porad rocznie. Mamy też ośrodki krótkoterminowe, profilaktyczno-terapeutyczne (Gorzów, Wrocław, Bydgoszcz). To są ośrodki „dienne”. Młodzież może tam przyjść, odrobić lekcje, porozmawiać, zająć się czymś. Ale mieszka w domach i korzysta z pomocy udzielanej w ramach pobytu dziennego.

**– Jaka kadra pracuje w Monarze?**

– W całym Monarze, łącznie z ośrodkami Markotu, zatrudnionych jest prawie 700 osób. 80% naszej kadry to ludzie wykształceni, po wyższych studiach, specjaliści terapii uzależnień. 40% naszych pracowników to osoby, które wyleczyły się z narkomanii. Kiedyś neofici stanowili większość kadry terapeutycznej. Tak było na początku, bo musiało tak być. Kto miał pracować z osobami uzależnionymi? Nie łatwo było przygotować się do tego zawodu. Nie było nikogo, kto wiedziałby, co robić. Pierwsze dziesięć lat zajmowania się osobami uzależnionymi (1978–1988), to był czas pojawiania się nowych narkotyków, w tym polskiej heroiny. I nie było żadnych gotowych recept, jak sobie radzić z problemem. Poza Monarem, który odważył się i zaczął testować konkretną formę pracy z uzależnionymi. Metody tworzyli ludzie, którzy często nie mieli wykształcenia, a jedynie własne doświadczenie. Dziś Monar ma profesjonalną kadrę, nawet jeżeli część pracowników ma osobiste doświadczenia z braniem narkotyków.

W każdym ośrodku zatrudniony jest psychiatra i psycholog kliniczny. To jest wymóg NFZ. Musimy spełniać standardy, żeby dostać kontrakty. Ponieważ dostajemy je od prawie 15 lat, to znaczy, że spełniamy te standardy.

**– Wiem, że pracujesz także jako superwizor. Na czym polega superwizja w Monarze?**



– Superwizja działań prowadzonych przez placówki Monaru jest dzisiaj traktowana jako obowiązujący standard, sprzyjający rozwojowi zespołu terapeutycznego danej placówki i podnoszący jakość świadczonych w niej usług. Zazwyczaj polega na regularnych spotkaniach zespołu z zewnętrznym superwizorem. Bardzo często są to superwizorzy z list PTP czy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Monar ma w tej chwili nie tylko wykształconą i profesjonalną kadrę, ale również bogatszą w doświadczenia zagraniczne. Nie tak dawno zakończyliśmy projekt unijny – *Europejski standard*. Obejmował on staże kliniczne i szkolenia naszych pracowników w różnych placówkach europejskich. Około 100 pracowników merytorycznych Monaru uczestniczyło w takich stażach. Prawie 100 osób brało udział w projekcie podnoszenia kwalifikacji zawodowych, który był stworzony specjalnie dla pracowników Monaru. Udało się to dzięki realizacji projektu, w ramach którego finansowane były właśnie superwizje zespołów. Można było brać udział w szkoleniach dotyczących np. podwójnej diagnozy, przemocy, psychoterapii indywidualnej, nawiązywania kontaktu terapeutycznego, prowadzenia interwencji kryzysowej. Projekt trwał 2 lata. Jestem z tego faktu bardzo zadowolona. Jako przewodnicząca stowarzyszenia mocno postawiłam na rozwój kadry. Uważam, że podnoszenie kompetencji jest kluczową sprawą. W zeszłym tygodniu wróciłam z Brukseli, gdzie podsumowaliśmy projekt uczenia się poprzez wizyty studyjne, realizowany razem z dziewięcioma innymi krajami.

Pracownicy wiedzą dziś, gdzie mamy w Monarze luki, w czym musimy się rozwijać. Wiedzą też, w którą stronę powinniśmy zmierzać.

**– *Uzależnienie jest ciężką chorobą i wiadomo, że efektywność leczenia jest relatywnie mała. Jaka jest skuteczność leczenia w Monarze?***

– Nie mamy oszałamiającej efektywności. Z całą odpowiedzialnością mogę jednak stwierdzić, że mieścimy się w światowych standardach. Uważamy, że 30-35% osób wychodzi z narkomanii, nieważne w której z naszych placówek.

Bardziej szczegółowe dane katamnesticzne zebraliśmy na temat ośrodka w Gdańsku: po 10 i po 19 latach od momentu zakończenia terapii. Teraz zbieramy dane po

25 latach. Śledzę losy tych wszystkich osób, które kiedykolwiek były w gdańskim ośrodku. Po pierwszych 10 latach 76% absolwentów – osób, które znam z imienia i nazwiska – nie brało narkotyków w momencie badania. Po 19 latach wynik był słabszy. Abstynencję utrzymywało 52% absolwentów. Należy pamiętać, że drugie badanie objęło grupę badaną w pierwszym pomiarze (ta grupa w dalszym ciągu utrzymywała abstynencję) oraz osoby, które skończyły leczenie w okresie między pierwszym i drugim pomiarem. I to ta grupa obniżyła rezultat. Dlaczego? Mam kilka hipotez: dużo zmienialiśmy w programie, próbowaliśmy różnych rzeczy, nie wszystkie były skuteczne, częściowo zmieniła się kadra, zmienili się także podopieczni – przyjeżdżała mniej zmotywowana młodzież, bardziej bawiąca się w narkotyki.

**– *A jak oceniasz stosunek otoczenia społecznego do Monaru?***

– Bardzo pozytywnie. Na ogół spotykamy się z sympatią i życzliwością, zwłaszcza w terenie. Nie mamy większych problemów, aby cokolwiek razem zrobić w środowisku. Administracja państwowa i samorządowa nas docenia, szanuje za to, co robimy, wie, że Monar pomaga rozwiązywać ważne problemy społeczne. Jeżeli chodzi o odbiór społeczny Monaru, to dumna jestem ze stopnia rozpoznawalności naszej marki. 89% respondentów w reprezentatywnych badaniach ogólnopolskich zadeklarowało, że wie, co to jest Monar. To jest naprawdę wielkie osiągnięcie. Mało jest w Polsce marek tak dobrze rozpoznawanych. Jesteśmy szanowani i lubiani w środowisku europejskim, często zapraszani do współpracy. Także na poziomie europejskim znajomość naszej marki jest duża. Jesteśmy rozpoznawani jako organizacja ze znaczącym dorobkiem. Nasi europejscy partnerzy czerpią od nas różne wzory – chcą, żebyśmy dzielili się doświadczeniami. Nie jesteśmy ubogim krewnym.

Najmniej życzliwości jest chyba w bezpośrednich kontaktach ze specjalistami, którzy reprezentują inne orientacje teoretyczne. Jesteśmy konkurencją. Nie wszystkim podoba się to, co robimy i w co wierzymy.

**– *Czy za tą pozytywną opinią na temat Monaru idzie bardziej pozytywne widzenie osób uzależnionych?***



– Jestem przekonana, że Monar ma swój wielki wkład w kształtowanie opinii społecznej na temat osób uzależnionych. W jakimś stopniu oswoiliśmy opinię publiczną z problemem narkomanii, pokazaliśmy inne oblicze człowieka uzależnionego. Na 157 placówek (teraz już trochę mniej, bo kilka zlikwidowaliśmy) raz czy dwa razy zdarzyło się, że otoczenie nas nie chciało. Wydaje mi się, że ludzie mają coraz większą świadomość istnienia problemu uzależnienia. Co więcej, często ludzie z „normalnych” rodzin, którzy nie wiedzą, co zrobić ze swoim dzieckiem, uznają nasze kompetencje i przychodzą po radę. Często udzielamy takich zwyczajnych porad. Rodzice mówią: niech pani go weźmie, posadzi, pogada...

Nastąpiła moim zdaniem zmiana jakościowa. Wiesz, gdzie ją widzę najwyraźniej? W gotowości szkół – nawet najbardziej ekskluzywnych – do przyjęcia moich dzieciaków z Monaru. Nikt już nie robi z tego problemu. Kiedyś musiałam się nachodzić, żeby przekonać grono pedagogiczne o przyjęciu dziecka z ośrodka do szkoły. W Monarze jest obowiązek kontynuowania nauki. Na pewnym etapie terapii (po 4-5 miesiącach leczenia) trzeba albo iść do szkoły, albo uczyć się zawodu. Nasi

podopieczni chodzą do normalnych szkół. I to jest ogromna zmiana.

– ***Powiedz na koniec naszej rozmowy, jaka jest twoim zdaniem najważniejsza rzecz do zrobienia w Monarze w ciągu najbliższych dwóch lat?***

– Musimy zmienić statut stowarzyszenia, aby móc podejmować nowe inicjatywy z zakresu tworzenia własnych miejsc pracy. Ważne jest, abyśmy doprowadzili do takich zapisów w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, które umożliwiłyby rozwój i doskonalenie metody społeczności terapeutycznej. Obawiamy się bowiem, że wkrótce wrócimy do szpitala, z którego uciekliśmy 30 lat temu. Chcielibyśmy rozwinąć współpracę z Ministerstwem Sprawiedliwości w obszarze pomocy osobom uzależnionym popełniającym czyny niezgodne z prawem. Mam też nadzieję na nowe programy terapeutyczne, zwłaszcza dla kobiet oraz osób młodych ze współwystępującymi zaburzeniami. Do 2010 roku powinniśmy też skończyć opracowywanie profesjonalnej bazy danych. No i wybrać nowe władze stowarzyszenia, które by to wszystko zrealizowały.

***Więziennictwo od wielu już lat prowadzi oddziaływania wobec osób uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych. Od wielu również lat realizuje stworzone przez siebie zalecenia i wytyczne, mające na celu przeciwdziałanie narkomanii. Ich rodzaj i charakter zmieniają się wraz z duchem czasu, nowymi paradygmatami w psychologii, resocjalizacji i terapii osób uzależnionych, ale pozostaje zawsze świadomość i zrozumienie związku pomiędzy uzależnieniem, narkotykami a przestępczością i readaptacją społeczną skazanych.***

## PROBLEMATYKA NARKOMANII W IZOLACJI WIĘZIENNEJ

Tomasz Głowik

Specjalista terapii uzależnień

Biuro Penitencjarne Centralnego Zarządu Służby Więziennej

Narkomania jest zarówno negatywnym zjawiskiem społecznym, jak i chorobą. Powoduje poważne szkody we wszystkich sferach życia i społeczeństwa, i jednostki. W życiu uzależnionego człowieka przyczynia się do powstawania szkód zdrowotnych, psychicznych,

emocjonalnych bądź związanych z jego społecznym funkcjonowaniem. Jako ujemne zjawisko społeczne zawiera w sobie „pewien” kryminogenny potencjał. Słowo „pewien” oznacza, że trudno jest opisać jednoznacznie charakter związku pomiędzy narkomanią

a przestępczością. W literaturze przedmiotu spotyka się różnorodne podejścia do tego zagadnienia. Niektórzy badacze twierdzą, że narkomania jest źródłem wielu czynów przestępczych. Inni uważają, że jest dalszym etapem przestępczej kariery, a jeszcze inni, że przestępczy charakter narkomanii jest związany ze społeczną reakcją na to zjawisko, tzn. ma związek z jego spenalizowaniem<sup>1</sup>.

Jednak żaden narkotyk ani jego zażywanie nie prowadzi wprost do czynów kryminogennych. Co więcej, wspomniane powyżej połączenie kariery kryminalnej i narkotykowej nie jest wcale determinujące, tzn. nie jest zawsze tak, że osoba, która zaczyna od marihuany czy też innego narkotyku, przerzuca się z czasem na heroinę, a następnie popada w konflikt z prawem, stając się groźnym przestępcą. Zdecydowana większość konsumentów narkotyków przestaje je zażywać w jakimś momencie swego życia i to bez żadnej terapeutycznej interwencji bądź popełnienia przestępstwa. Praktyka penitencjarna pokazuje, że wśród osób uzależnionych, które jednak popadły w konflikt z prawem, można wyróżnić dwie grupy. Pierwsza z nich to ci, którzy na skutek degradacji będącej skutkiem uzależnienia, popadli w konflikt z prawem i popełnili czyn kryminalny. W takich przypadkach przyjmuje się, że uzależnienie jest pierwotne wobec przestępczej działalności. Druga grupa to ci, którzy w trakcie swojej przestępczej kariery uzależnili się, tzn. uzależnienie jest u nich wtórne do przestępstwa.

Jak wynika z powyższych informacji, tylko niektórzy spośród tych, którzy sięgają po narkotyki, popada w konflikt z prawem. Oznacza to, że przestępstwo jest wynikiem współwystępowania jeszcze innych zmiennych, takich jak: osobowość, środowisko, doświadczenia socjalizacyjne i inne.

Istotne jest to, że związek pomiędzy narkomanią a przestępczością nie ogranicza się jedynie do narkotyków nielegalnych, ale dotyczy także substancji

legalnych, takich jak alkohol. J. Pinatel pisze nawet o przestępczości alkoholicznej, która dotyczy takich rodzajów przestępstw, jak zabójstwa, uszkodzenia ciała, znęcanie się nad dziećmi, przestępstwa na tle seksualnym<sup>2</sup>. Nielegalne narkotyki wprowadzają zażywające je osoby w bliskość świata przestępczego.

Powyższe rozróżnienia są istotne w kontekście izolacji więziennej osób uzależnionych od narkotyków, ponieważ determinują wybór metod oddziaływań i warunkują ich skuteczność.

## Przemyt narkotyków

Sytuacja pozbawienia wolności jest sytuacją trudną dla każdego człowieka, a populacja osób pozbawionych wolności bardzo mocno zróżnicowana ze względu na zaburzenia

osobowości, karierę przestępczą, posiadane umiejętności zaradcze (często ich brak), doświadczenia socjalizacyjne i inne. W takich sytuacjach ludzie o niewielkich umiejętnościach zaradczych sięgają po niedojrzałe sposoby radzenia sobie. To m.in. stąd takie nasilenie zachowań agresywnych i autoagresywnych w warunkach izolacji więziennej, powstawanie negatywnych zjawisk podkultury, brak pracy nad sobą itp. Jest to także jeden z powodów sięgania po narkotyki za kratkami.

Narkotyki pełnią w izolacji więziennej różnorodne funkcje:

**adaptacyjną** – pozwalają na stopniowe przystosowanie się

do warunków więziennych, radzenie sobie z napięciami, jakie z tej trudnej sytuacji wynikają, symboliczną i chwilową ucieczkę od więziennej codzienności,

**psychologiczną** – pozwalają na zaspokajanie potrzeb, które w wyniku izolacji więziennej uległy deprywacji; chodzi przede wszystkim o potrzeby emocjonalne, ale także zmysłowe, informacyjne oraz o potrzebę wolności, samostanowienia o sobie,

**społeczną** – wspólne ćpanie, palenie marihuany czy też zażywanie amfetaminy daje poczucie wspólnoty

*Terapia osób uzależnionych, które popadły w konflikt z prawem, jest jedną z metod szeroko rozumianej pracy resocjalizacyjnej czy też readaptacyjnej. Bardzo istotnym jej elementem jest kształtowanie motywacji do zmiany. Chodzi o zmianę w sensie rozwoju, trwałą, jednokierunkową, progresywną, od społecznego nieprzystosowania do społecznego przystosowania, od myślenia amoralnego i nieracjonalnego do autonomizacji działania i obiektywizacji myślenia, od zachowań agresywnych do asertywnych, po to, aby skazany nie powrócił do przestępstwa.*

doznań i przynależności, zwiększa poczucie bezpieczeństwa,

**ekonomiczną** – handel narkotykami jest w izolacji intratnym źródłem dochodu, a pieniądze przekładają się na pozycję w hierarchii więziennej,

**podkulturową** – ćpanie w izolacji więziennej jest nielegalne i przez to staje się wyrazem lekceważenia obowiązujących norm i przepisów, próbą zademonstrowania utraconej wolności.

Pierwsze badania na temat narkomanii w polskich jednostkach penitencjarnych przeprowadzono w 1981 i 1984 roku<sup>3</sup>. Liczbę skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych oceniono wtedy odpowiednio na 180 osób w 1981 roku i 454 osoby w 1984 roku. Natomiast pierwsze badania epidemiologiczne dotyczące szeroko rozumianego problemu narkomanii w jednostkach penitencjarnych przeprowadzono w 1987 roku na wybranej losowo grupie 2100 tymczasowo aresztowanych i skazanych<sup>4</sup>, którzy stanowili 2% całej populacji osadzonych.

Do zażywania narkotyków przed osadzeniem w zakładzie karnym przyznało się ponad 13% osadzonych, tzn., że doświadczenia z narkotykami miało ok. 10 tys. osadzonych. Najwięcej z nich, bo aż 23,5% dotyczyło skazanych młodocianych do 21. roku życia. W tej grupie osób ok. 2,5 tys. zdiagnozowano jako osoby uzależnione, wymagające leczenia. W grupie badawczej najbardziej popularne były wtedy substancje wziewne, „polska heroina” oraz barbiturany. Ponad 25% było politoksykomanami, którzy odurzali się łącząc pochodne maku z alkoholem, lekami i substancjami wziewnymi.

Nowsze badania, przeprowadzone przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w 2001 roku oraz przez niemiecką firmę biotechniczną Profos AG w 2006 roku<sup>5</sup>, pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków:

- prawie 1/5 wszystkich skazanych zażywała okazjonalnie narkotyki przed pobytem w zakładzie karnym lub areszcie śledczym,
- najczęściej zażywane przez skazanych środki odurzające lub psychotropowe to leki nasenne i uspokajające, marihuana, haszysz, amfetamina, sterydy anaboliczne oraz w mniejszych ilościach halucynogeny, kokaina i ecstazy,
- kontakty z powyższymi środkami narkotycznymi miało w izolacji więziennej w zależności od grupy

wiekowej od 22 do 33% osób pozbawionych wolności,

- zarówno ankietowani funkcjonariusze, jak i skazani oceniają, że dostępność środków narkotycznych w trakcie odbywania kary jest bardzo duża.

Wynik dotyczący dostępności narkotyków w jednostkach penitencjarnych może zdziwić czytelnika nieobeznanego z więzienną rzeczywistością. Pomimo tego, że kara pozbawienia wolności pełni funkcję izolacyjną od świata zewnętrznego, to jednak nigdzie na świecie nie ma „szczelnych więzień”. Narkotyki są dostępne w wielu zakładach karnych zarówno Polski, Anglii, Szwecji, Rosji czy też Mołdawii, a ich obecność jest związana z popytem i przemytem tych środków na teren jednostek penitencjarnych. O skali zjawiska mogą świadczyć dane statystyczne na ten temat. Otóż w 2003 roku wykryto w skali kraju 584 przypadki przemytu narkotyków. Najczęściej przemycanymi narkotykami były amfetamina i marihuana. Głównie środki te dostarczane były w paczkach oraz przynoszone z widzeń, a także wykrywane u osób przychodzących z zewnątrz do jednostek. W 2005 roku wykryto już 718 takich przemytów, rok później 703, a w 2007 roku – 622. Pomysłowość „dealerów” jest niejednokrotnie godna podziwu. Narkotyki są przemycane w oryginalnie – zdawałoby się – zapakowanych produktach żywnościowych, listach, chowane w bieliznę osobistą, połykane przez skazanych w woreczkach foliowych. W niektórych jednostkach, w których pozwala na to architektura zakładu, zdarzają się „przerzuty przez mur”.

Większość przemycanych na teren jednostek narkotyków dotyczy niewielkich ilości substancji odurzających, które są wykorzystywane na własny użytek. Zdarzają się jednak również próby jednorazowego przemytu większych ilości narkotyków, jak np. 583 tabletek amfetaminy, ½ kg haszyszu, 284 tabletek ecstazy, co wskazuje na zamiar handlu i ich rozprowadzania wśród osób pozbawionych wolności. Przeciwdziałanie przemytowi narkotyków polega przede wszystkim na efektywnym wykorzystywaniu posiadanych lub tworzeniu nowych zabezpieczeń ochronnych, regularnej kontroli pomieszczeń, niedopuszczaniu do nielegalnych kontaktów osób pozbawionych wolności, ale także na edukacji zarówno osób pozbawionych wolności, jak i osób ich odwiedzających.



Z analizy danych wynika, że w ostatnich latach nastąpił wzrost wykrywalności środków psychoaktywnych w celach mieszkalnych i stwierdzonych przypadków prób przemykania ich na teren jednostek penitencjarnych. Narkotyki w izolacji więziennej mogą być źródłem różnorodnych problemów, ponieważ powodują m.in. takie zjawiska, jak:

- zadłużanie się osadzonych u dealerów, a w konsekwencji wykorzystywanie ich do dystrybucji i przemytu narkotyków,
- zagrożenie bezpieczeństwa osobistego zadłużonych odbiorców,
- wzrost konfliktowości i zachowań agresywnych z użyciem przemocy wśród osadzonych.

## Postępowanie z uzależnionymi skazanymi

Obecnie w jednostkach penitencjarnych przebywa ok. 2550 osób skazanych bądź oskarżonych na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Znaczna ich część to osoby powiązane ze światem przestępczym, które trudnią się handlem narkotykami, potrafiące skutecznie ukrywać i przemycać narkotyki.

Właściwie od początku lat 80. Centralny Zarząd Zakładów Karnych (CZZK), bo tak wtedy nazywał się Centralny Zarząd Służby Więziennej (CZSW), zaczął tworzyć uregulowania prawne dotyczące działalności przeciwnarkotycznej wobec osób pozbawionych wolności. Nie oznacza to jednak, że taka działalność nie była prowadzona już wcześniej w jednostkach penitencjarnych. Stworzone na początku lat 60. oddziały dla skazanych wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych dawały taką możliwość, ale skazani narkomani stanowili w nich niewielką jedynie grupę nozologiczną. Wytyczne dyrektora CZZK z dnia 5 kwietnia 1983 roku dotyczące postępowania ze skazanymi uzależnionymi od leków i innych środków odurzających ustalały, że:

- diagnozy uzależnienia dokonuje lekarz,
- skazanych uzależnionych należy objąć leczeniem w specjalnie utworzonych do tego celu oddziałach dla wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych,
- skazanych wymagających kontynuacji leczenia zobowiązuje się do zgłoszenia się do poradni na wolności,

- personel tych oddziałów winien prowadzić również działalność profilaktyczną wobec osób nieuzależnionych.

Na początku lat 80. powstały też pierwsze oddziały dla narkomanów przy szpitalach więziennych, które nazywano pododdziałami detoksykacyjnymi.

Kodeks karny wykonawczy (kkw) z dnia 6 czerwca 1997 roku wraz z późniejszymi zmianami w art. 81 wprowadza 3 systemy odbywania kary pozbawienia wolności: programowanego oddziaływania, terapeutyczny, zwykły.

Artykuł 96 kkw stanowi: „W systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197-203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeni umysłowo, a także uzależnieni od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych oraz skazani niepełnosprawni fizycznie – wymagający oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej”.

Artykuł ten został umieszczony w 3 oddziale rozdziału X kkw, w którym mówi się o wykonaniu i indywidualizacji kary pozbawienia wolności. Jest to ważna informacja, gdyż art. 67 § 2 mówi o zindywidualizowanych oddziaływaniach podejmowanych wobec skazanego w ramach tych systemów w celu kształtowania u niego społecznie pożądanych postaw (por. art. 67 § 1). Tak naprawdę ustawodawca nie pozostawia żadnego wyboru ani skazanym, u których stwierdzono uzależnienie, ani personelowi zakładów karnych, gdyż art. 117 kkw obliguje skazanego uzależnionego do podjęcia leczenia. W przypadku braku jego zgody o leczeniu orzeka sąd penitencjarny.

Artykuł 117 kkw mówi: „Skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub psychotropowych oraz skazanego za przestępstwo określone w art. 197-203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, obejmuje się za jego zgodą odpowiednim leczeniem i rehabilitacją; w razie jej braku – o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny”.

Aktualna baza terapeutyczna dla osób uzależnionych obejmuje 39 oddziałów, z czego 15 to oddziały dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub psychotropowych, które łącznie dysponują liczbą 549



miejsce. Terapia trwa w nich 6 miesięcy. 24 to oddziały dla skazanych uzależnionych od alkoholu o łącznej pojemności 814 miejsc. W tych oddziałach terapia trwa 3 miesiące. Okres oczekiwania na przyjęcie do oddziału wynosi ponad rok. Jest to jeden z powodów, dla których stale rośnie liczba oddziałów terapeutycznych. Ale sytuacja ta ukazuje również to, jak wiele osób pozbawionych wolności jest uzależnionych od środków chemicznych zmieniających nastrój.

## System leczniczy w więzieniach

System to „termin pochodzący od greckiego wyrazu oznaczającego zorganizowaną całość”<sup>6</sup>. Kiedy więc mówimy o systemie oddziaływania w warunkach izolacji więziennej, mamy na myśli taki zbiór idei, metod i technik pracy z osadzonymi, które będą tworzyły zorganizowaną całość, w którym nie będzie mowy o przypadkowości. Terapia natomiast to „zbiorcze

określenie wszystkich sposobów i odmian leczenia chorób lub zaburzeń”<sup>7</sup>. Słowo *terapeutyczny* w „Słowniku psychologii” opisano w 3 znaczeniach:

- „1. związany z leczniczym rezultatem kuracji,
2. mający pewne właściwości lecznicze,
3. charakteryzujący każdy skuteczny środek lub metodę leczenia”<sup>8</sup>.

System terapeutyczny oznacza więc taką formę zorganizowanych oddziaływań, które powinny się okazać lecznicze i skuteczne w wyniku ich stosowania.

Aby jednak system terapeutyczny jako pewna zorganizowana całość okazał się efektywny, powinien spełniać warunki, które są uzależnione od:

- ustawodawcy,
- Służby Więziennej jako instytucji wykonawczej, a konkretnie od osób mających wpływ na kształtowanie polityki penitencjarnej w polskich zakładach karnych,
- terapeutów.

Zadaniem ustawodawcy, który uchwała przepisy prawne, jest zapewnienie niezbędnych funduszy na ich realizację. Wprowadzając obowiązek leczenia dla

osób uzależnionych, ustawodawca powinien znaleźć środki finansowe np. na zwiększenie liczby miejsc w oddziałach terapeutycznych dla osób uzależnionych, czy też przyznanie więziennictwu dodatkowych etatów z przeznaczeniem na tego typu działalność.

Zadaniem Służby Więziennej jako instytucji wykonawczej jest zapewnienie oddziałom terapeutycznym niezbędnych warunków do sprawnego funkcjonowania, np. warunków lokalowych, obsady kadrowej, rozstrzygnięć regulaminowych.

Zadaniem terapeutów uzależnień jest opracowanie profesjonalnego programu oddziału terapeutycznego,

uwzględniającego specyfikę warunków więziennych i zbudowanie prawidłowej relacji terapeutycznej, która może się okazać uzdrawiająca dla pacjenta.

O leczniczym i resocjalizacyjnym działaniu systemu terapeutycznego można zatem mówić wtedy, gdy wszystkie z trzech opisanych wyżej podmiotów wywiążą się w sposób zadowalający ze swoich zadań.

W przeciwnym razie nie można mówić o stworzeniu ustrukturalizowanego systemu jako całości.

A zatem warunkiem sprawnie funkcjonującego systemu terapeutycznego są:

- rozstrzygnięcia kodeksowe i regulaminowe,
- kadra terapeutyczna,
- warunki lokalowe i wyposażenie techniczno-materiałowe,
- program placówki,
- relacja terapeutyczna.

Polskie programy więziennych oddziałów terapeutycznych dla osób uzależnionych są zbliżone do oferty placówek wolnościowych, ale uwzględniają również specyfikę człowieka, który znalazł się w izolacji więziennej. Bardzo ważne dla pracy tych oddziałów są założenia etyczno-filozoficzne, a mianowicie:

- personel oddziałów terapeutycznych traktuje przebywających w nich skazanych jak pacjentów,
- pracownicy oddziałów dostrzegają wyraźny związek pomiędzy uzależnieniem a przestępczym stylem życia, mają jednak świadomość, że nie jest ono jedynym a jednym z ich problemów,

- personel rozumie pracę terapeutyczną ze skazanymi jako skuteczną metodę pomocy, resocjalizacji czy też wychowania ludzi, którzy znaleźli się w zakładzie karnym,
- praca zespołowa, wzajemne wspieranie się członków zespołu terapeutycznego są bardzo znaczącym elementem pracy terapeutycznej.

Zdecydowana większość placówek więziennych realizuje swoje programy w oparciu o Indywidualne Programy Terapii, które są poprzedzone pracą diagnostyczną, organizuje spotkania dla rodzin pacjentów, współpracuje ze wspólnotą AA, AN. Pacjenci zdobywają wiedzę, pracują nad konsekwencjami zażywania, nad akceptacją własnego uzależnienia, uczą się różnych umiejętności przydatnych w trzeźwym życiu, uczą się zachowań nieagresywnych oraz innych umiejętności interpersonalnych.

Trochę inaczej niż na wolności organizowane są sesje zapobiegania nawrotom choroby. Tematowi nawrotów choroby poświęca się więcej czasu w przypadku pacjentów, którzy mają bliski koniec kary. Natomiast w przypadku pacjentów, którzy mają przed sobą perspektywę kilku lub też kilkunastu lat spędzonych w zakładzie karnym, przekazuje się wiedzę na temat radzenia sobie z nawrotami choroby i proponuje pracę nad radzeniem sobie z negatywnym myśleniem, z agresywnymi zachowaniami itp.

Programy terapeutyczne to cały system ustrukturalizowanych oddziaływań, których podmiotem są osadzeni. Klasyczne formy oddziaływań w ramach tych programów, takie jak: grupy terapeutyczne, społeczność terapeutyczna, otwarte cele (w ramach odstępstw od regulaminu) i wiele innych w bardzo widocznym stopniu osłabiają zasady podkultury więziennej, chociaż wprost z nimi nie walczą. Grupy terapeutyczne stwarzają w mniejszym lub większym stopniu atmosferę wzajemnego zrozumienia, wrażliwości, prowokują sytuacje, wobec których uczestnik nie może pozostać bierny, a właściwy sposób modelowania zachowań ma ogromne znaczenie terapeutyczne.

Terapia osób uzależnionych, które popadły w konflikt z prawem, jest jedną z metod szeroko rozumianej pracy resocjalizacyjnej czy też readaptacyjnej. Bardzo istotnym jej elementem jest kształtowanie motywacji do zmiany. Chodzi o zmianę w sensie rozwoju, trwałą, jednokierunkową, progresywną, od społecznego nieprzystosowania do społecznego przystosowania, od myślenia amoralnego

i nieracjonalnego do autonomizacji działania i obiektywizacji myślenia, od zachowań agresywnych do asertywnych, po to, aby skazany nie powrócił do przestępstwa. Sens owej zmiany wykracza tak naprawdę poza cel kary pozbawienia wolności i jest związany z dojrzałością osobową człowieka. Kształtowanie motywacji do zmiany w izolacji więziennej odbywa się w wyjątkowo trudnych warunkach, do których zaliczyć można takie czynniki, jak: przeludnienie, depryzację psychologiczną, społeczną, informacyjną, zmysłową, podkulturę więzienną, różnorodne problemy psychiczne i emocjonalne będące skutkiem izolacji oraz cały proces „prizonizacji”, czyli niszczącego dla osobowości człowieka przystosowania się do życia w izolacji więziennej<sup>9</sup>. Sytuacja ta powoduje, że wszelkie oddziaływania terapeutyczne napotykają na opór skazanego pacjenta. Jest on potęgowany nie tylko jego cechami osobowościowymi, stopniem zaburzeń czy też mechanizmami uzależnienia, ale w znacznym stopniu wynika właśnie ze specyfiki miejsca, w jakim skazany przebywa.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Por. B. Hołyst, Kryminologia, s. 560-587.
- <sup>2</sup> Za B. Hołyst, Kryminologia, s. 539.
- <sup>3</sup> Por. T. Kolarczyk, Skazani używający środków odurzających lub psychotropowych (w:) Rozwój penitencjarystyki w PRL.
- <sup>4</sup> L. Skubis, Wyniki badań nad zjawiskiem odurzania się przez osoby osadzone w aresztach śledczych i zakładach karnych (w:) Postępowanie z narkomanami w zakładach penitencjarnych.
- <sup>5</sup> K. Dubiel, A. Majcherczyk, Polski system terapii skazanych uzależnionych od narkotyków, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” nr 52-53/2006.
- <sup>6</sup> A. Reber, Słownik psychologii, s. 727.
- <sup>7</sup> Ibidem.
- <sup>8</sup> Ibidem.
- <sup>9</sup> Por. H. Machel, Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna, s. 55-59.

## Bibliografia

- Dubiel K., Majcherczyk A., „Polski system terapii skazanych uzależnionych od narkotyków”, *Przegląd Więziennictwa Polskiego* nr 52-53/2006.
- Hołyst B., „Kryminologia”, wyd. IV, PWN, Warszawa 1999.
- Kolarczyk T., „Skazani używający środków odurzających lub psychotropowych” (w:) *Rozwój penitencjarystyki w PRL*, Warszawa 1988.
- Machel H., „Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna”, Gdańsk 2003.
- Majcherczyk A., „Programy resocjalizacji skazanych – głos w dyskusji o stanie i perspektywach więziennictwa”, *Przegląd Więziennictwa Polskiego* nr 52-53/2006.
- Reber A.S., „Słownik psychologii”, Warszawa 2000.
- Skubis L., „Wyniki badań nad zjawiskiem odurzania się przez osoby osadzone w aresztach śledczych i zakładach karnych” (w:) *Postępowanie z narkomanami w zakładach penitencjarnych*, Warszawa 1988.

*Choroby zakaźne to jedna z najpoważniejszych konsekwencji zdrowotnych używania narkotyków. W znaczącym stopniu determinują one i kształtują ekonomiczne oraz społeczne koszty narkomanii. Regularne monitorowanie chorób zakaźnych związanych z narkotykami jest istotnym źródłem informacji na polu zdrowia publicznego oraz epidemiologii narkomanii, stanowiąc jednocześnie podstawę dla podejmowania skutecznych strategii politycznych w obszarze profilaktyki oraz leczenia.*

# SYSTEM MONITOROWANIA ZJAWISKA CHORÓB ZAKAŹNYCH ZWIĄZANYCH Z NARKOTYKAMI

Marta Struzik

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) wprowadziło wskaźnik chorób zakaźnych związanych z narkotykami (*Drug Related Infectious Diseases*) w celu wiarygodnego monitorowania występowania zakażeń HIV oraz wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, a także zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Służy on dostarczeniu rzetelnych i porównywalnych danych na temat tych poważnych konsekwencji zdrowotnych używania narkotyków.

## Monitorowanie chorób zakaźnych związanych z narkotykami – sytuacja w Europie

W Europie nadzór nad chorobami zakaźnymi związanymi z iniekcyjnym używaniem narkotyków koncentruje się obecnie na zakażeniach HIV/AIDS oraz wirusowym zapaleniu wątroby (B i C) i składa się z dwóch uzupełniających się systemów:

- odnotowywanie przypadków (lub powiadomienia): bezwzględna liczba nowo odnotowanych/zgłoszonych przypadków,
- monitorowanie seroepidemiologiczne (lub nadzór wybiórczy): odsetek pozytywnych wyników badania wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków.

Dla wskaźnika chorób zakaźnych EMCDDA wyróżniło dwa podstawowe cele:

- pomiar poziomu zakażeń w populacji iniekcyjnych użytkowników narkotyków (rozpowszechnienie zakażeń),

- monitorowanie trendów zakażeń w czasie (wzrost lub spadek rozpowszechnienia, infekcje w nowych subpopulacjach iniekcyjnych użytkowników narkotyków, zmiany w rozpowszechnieniu zakażeń wśród młodych lub „nowych” dożylnych użytkowników narkotyków, które mogą wskazać pewne zmiany w zapadalności na choroby zakaźne).

EMCDDA opracowało roboczą wersję przewodnika do raportowania o chorobach zakaźnych wśród dożylnych użytkowników narkotyków, a także przygotowało wystandaryzowane tabele do sprawozdawania i prezentowania danych. Źródłami danych w ramach monitoringu chorób zakaźnych są:

- rutynowy monitoring z minimalnym zestawem zmiennych (gromadzenie danych w celu podstawowej orientacji epidemiologicznej z dużym pokryciem geograficznym, system oparty na testach diagnostycznych prowadzonych w ramach rutynowego nadzoru),
- pogłębione i specjalistyczne badania (obserwacja z rozszerzoną listą elementów o wyższej wartości informacyjnej, ale z mniejszym pokryciem, np. w jednym lub kilku miastach).

Nadal obserwuje się problem porównywalności danych zbieranych przez poszczególne kraje europejskie, który związany jest z brakami w danych, różnym profilem placówek objętych monitoringiem oraz stosowanymi w badaniach metodami. Warto jednak zaznaczyć, że na przestrzeni ostatnich lat nastąpił postęp w zakresie dostępności i jakości danych oraz podejmowane są prace w celu zwiększenia ich rzetelności oraz trafności.



Rekomendowane przez EMCDDA główne miejsca do przeprowadzania rutynowych testów diagnostycznych lub badań to:

- programy niskoprogowe,
- programy wymiany igieł i strzykawek,
- ośrodki leczenia uzależnień (w tym oddziały ambulatoryjne, stacjonarne i psychiatryczne, programy lecznicze obejmujące opiekę psychiatryczną),
- scena uliczna,
- laboratoria zdrowia publicznego,
- inne szpitale i kliniki (w tym pogotowia, izby przyjęć),
- więzienia,
- ośrodki badań HIV.

Monitorowanie chorób zakaźnych wiąże się ściśle z ważnymi kwestiami etycznymi, takimi jak: poufność, zachowanie prywatności badanego, wyrażenie przez niego zgody na badanie, a także poradnictwo przed i po przeprowadzeniu badania.

Zbieranie danych epidemiologicznych odbywa się w krajach Unii Europejskiej dzięki aktywności sieci krajowych punktów kontaktowych REITOX (*National Focal Points*) oraz przez wyznaczonych ekspertów krajowych. W Polsce podmiotem zajmującym się monitoringiem chorób zakaźnych jest Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (*Polish National Focal Point*), które ściśle współpracuje z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego - Państwowym Zakładem Higieny NIZP-PZH.

## **Polski system monitorowania chorób zakaźnych wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków**

Ogólnopolskie informacje dotyczące zakażeń wirusem HIV, HCV oraz HBV, a także zachorowań na AIDS powiązanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków otrzymywane są dzięki rutynowo prowadzonym testom diagnostycznym, których wyniki nadsyłane są w sprawozdaniach do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny przez Wojewódzkie Stacje Sanitarne-Epidemiologiczne (SANEPID) w ramach systemu zbiorczego zgłaszania zachorowań na choroby zakaźne. Rutynowy system nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami wirusem HIV oraz zachorowalnością na AIDS, w tym wśród użytkowników narkotyków, został wprowadzony w Polsce w roku 1986. Dane na temat zachorowań na AIDS oraz zakażeń HIV pochodzą

ze sprawozdań Mz-56 nadsyłanych przez Wojewódzkie Stacje Sanitarne-Epidemiologiczne w ramach systemu zbiorczego zgłaszania zachorowań na choroby zakaźne. Informacje o zgłoszeniach poszczególnych przypadków są następnie opracowywane przez Zakład Epidemiologii NIZP-PZH. Informacje o zakażeniach HIV i zachorowaniach na AIDS w Polsce dostarczane są przez PZH w postaci miesięcznych zestawień w podziale na województwa. Informacja rozszerzona jest także o statystyki dotyczące zgonów wśród chorych na AIDS oraz podział zarejestrowanych zakażeń ze względu na wiek, płeć badanych oraz grupę ryzyka, do której mogą należeć (w tym stosowanie narkotyków w iniekcjach).

Ponadto NIZP-PZH, na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, realizuje badania przekrojowe przy użyciu testów biologicznych oraz ankietowania odpowiednio skonstruowanym kwestionariuszem, mającym na celu między innymi analizę podejmowanych zachowań ryzykownych i określenie ich wpływu na szerzenie się infekcji. Obydwa źródła dostarczają szczegółowych informacji o iniekcyjnych użytkownikach narkotyków i stanowią uzupełnienie ogólnego nadzoru nad HIV/AIDS oraz systemu zawiadomień o wirusowym zapaleniu wątroby. Do tej pory zrealizowano trzy badania na temat oszacowania występowania chorób zakaźnych (wirusowe zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w roku 2002, 2004 i 2005, uwzględniające różne regiony Polski. Raporty z tych badań dostępne są w Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii oraz na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii ([www.narkomania.gov.pl](http://www.narkomania.gov.pl)).

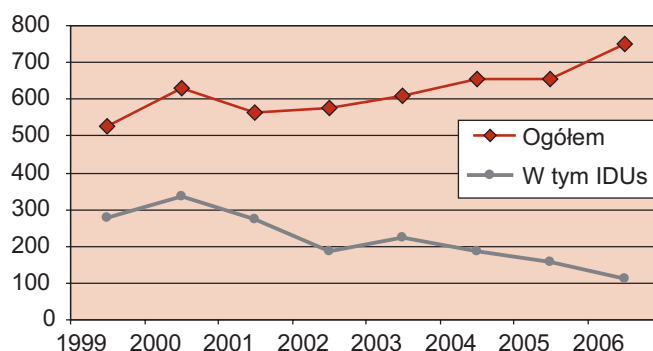
## **Sytuacja epidemiologiczna HIV/AIDS w Polsce**

Od roku 1986, czyli od momentu wprowadzenia rutynowego systemu nadzoru epidemiologicznego nad HIV/AIDS w Polsce, do końca roku 2006 zarejestrowano 10 555 przypadków zakażeń HIV. Wśród nich 5461 (52%) stanowiły osoby używające narkotyków w iniekcjach, w tym 4090 (75%) mężczyzn oraz 1321 (24%) kobiet (1% – braki danych). W tym samym okresie monitorowania do końca roku 2006 zarejestrowano 1845 przypadków zachorowań na AIDS. Wśród nich 938 (51%) dotyczy osób używających narkotyków drogą iniekcji, w tym 741 (79%) mężczyzn oraz 197 (21%) kobiet.



Od kilku lat obserwuje się tendencję spadkową dotyczącą zakażeń HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDUs). W roku 2005 zanotowano 157 przypadków nowych zakażeń HIV w Polsce wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków, natomiast w roku 2006 – 112 przypadków. Istnieje jednak ryzyko niedoszacowania danych z uwagi na duży procent przypadków zakażeń HIV bez wyszczególnionej drogi zakażenia i tak np. w roku 2006 w przypadku 71% zgłoszonych nowych zakażeń HIV nie podano prawdopodobnej drogi infekcji.

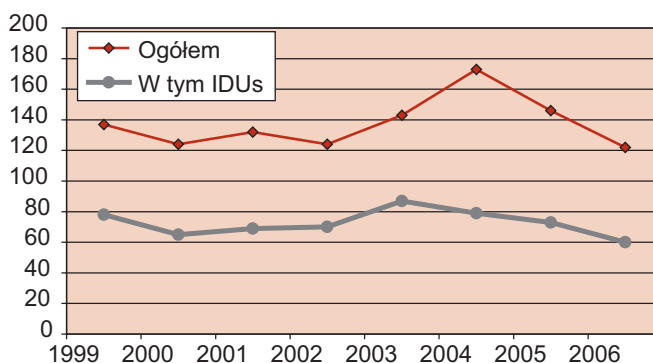
**Wykres 1. Liczba nowych zakażeń wirusem HIV, w tym wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDUs) w latach 1999–2006 (wg daty rozpoznania)**



Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny.

W latach 2003–2006 liczba nowych zachorowań na AIDS spadła z 87 w roku 2003, przez 79 w roku 2004, 73 w roku 2005, do 60 w roku 2006. Brak danych na temat prawdopodobnej drogi transmisji dotyczy 27 przypadków zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w roku 2006 (22%).

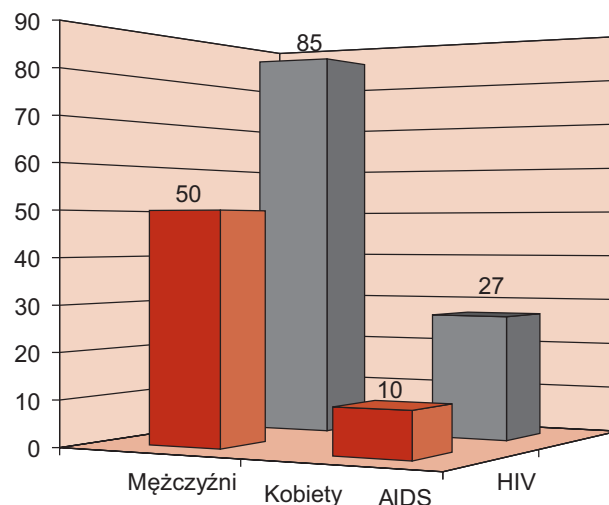
**Wykres 2. Liczba nowych zachorowań na AIDS, w tym wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDUs) w latach 1999–2006 (wg daty rozpoznania)**



Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny.

Wśród osób dożylnie używających narkotyków zakażonych HIV w roku 2006 odnotowano 85 (76%) mężczyzn oraz 27 (24%) kobiet. Nowo zarejestrowane w roku 2006 zachorowania na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków dotyczyły 50 (83%) mężczyzn oraz 10 (17%) kobiet.

**Wykres 3. Liczba nowych zakażeń wirusem HIV oraz liczba nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w roku 2006 wg płci**



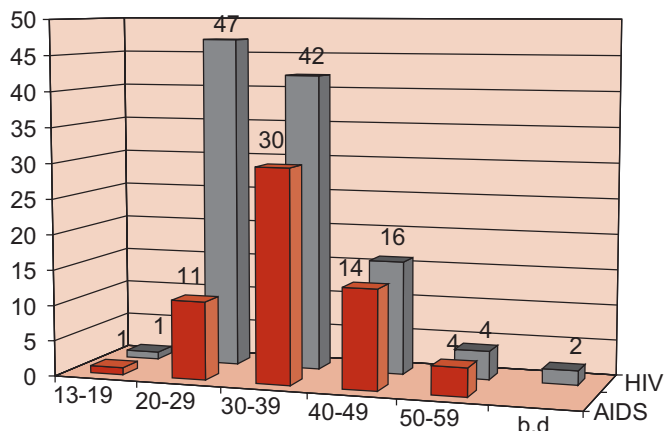
Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny.

W roku 2006 wśród osób zakażonych HIV poprzez dożylnie wstrzykiwanie narkotyków najliczniejszą grupę (47 osób, 42%) stanowiły osoby w wieku 20-29 lat, następnie osoby w przedziale wiekowym 30-39 lat (42 osoby, 37,5%), 40-49 lat (16 osób, 14%), 50-59 lat (4 osoby, 3,5%), 13-19 lat (1 osoba) oraz 2 osoby, których wieku nie określono.

Wśród zgłoszonych w roku 2006 nowych zachorowań na AIDS u osób używających narkotyków dożylnie najliczniejszą grupę (30 osób, 50%) stanowiły osoby w wieku 30-39 lat, następnie osoby w przedziale wiekowym 40-49 lat (14 osób, 23%), 20-29 lat (11 osób, 18%), 50-59 lat (4 osoby, 7%) oraz 1 osoba w przedziale wiekowym 13-19 lat. Zbiorcza prezentacja wyników zamieszczona została na wykresie 4.

W Polsce w latach 2004–2006 obserwuje się systematyczny spadek wskaźnika zakażeń wirusem HIV na 100 tys. mieszkańców wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Liczba nowych zakażeń wirusem HIV różni się jednak w poszczególnych województwach.

**Wykres 4. Liczba nowych zakażeń wirusem HIV oraz liczba nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w roku 2006 wg grupy wiekowej**



Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny.

Na przestrzeni lat 2004–2006 najwyższe wskaźniki zakażeń odnotowano w województwie dolnośląskim, łódzkim oraz warmińsko-mazurskim. Najmniej przypadków zarejestrowano w województwie świętokrzyskim, lubelskim oraz podkarpackim.

Wskaźniki nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w latach 2004–2006

również wskazują na trend spadkowy. Najwyższe wskaźniki zachorowań odnotowuje się w województwie dolnośląskim, kujawsko-pomorskim oraz podlaskim. Najmniej przypadków zarejestrowano w województwie podkarpackim i świętokrzyskim.

W ramach systemu nadzoru epidemiologicznego gromadzone są statystyki dotyczące zgonów osób chorych na AIDS, w tym również iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Na przestrzeni lat 1986–2006 zarejestrowano 835 zgonów osób chorych na AIDS, a wśród nich 422 (50,5%) osoby przyjmujące narkotyki drogą iniekcji. Monitoring umieralności iniekcyjnych użytkowników narkotyków chorych na AIDS wskazuje, że zgony dotyczyły 349 (83%) mężczyzn oraz 73 (17%) kobiet. W roku 2006 odnotowano 38 zgonów osób chorych na AIDS, z czego 26 przypadków (68%) dotyczyło iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Największa umieralność dotyczyła osób w wieku 30-39 lat (14 osób), następnie w wieku 40-49 lat (7 osób) oraz 5 osób w wieku 20-29 lat.

## Podsumowanie

Monitorowanie zjawiska chorób zakaźnych związanych z używaniem narkotyków stanowi ważną

**Tabela 1. Liczba nowych zakażeń wirusem HIV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDUs) w latach 2004–2006 (wskaźniki na 100 tys. mieszkańców) (zakażenia rejestrowane wg miejsca zamieszkania)**

Województwo	2004		2005		2006	
	liczba	wskaźnik	liczba	wskaźnik	liczba	wskaźnik
dolnośląskie	59	2,04	49	1,70	32	1,11
kujawsko-pomorskie	5	0,24	6	0,29	4	0,19
lubelskie	1	0,05	1	0,05	1	0,05
lubuskie	2	0,20	4	0,40	1	0,10
łódzkie	30	1,16	18	0,70	14	0,55
małopolskie	2	0,06	3	0,09	7	0,21
mazowieckie	11	0,21	9	0,17	4	0,08
opolskie	6	0,57	1	0,10	3	0,29
podkarpackie	2	0,10	3	0,14	1	0,05
podlaskie	5	0,42	3	0,25	1	0,08
pomorskie	5	0,23	9	0,41	3	0,14
śląskie	10	0,21	3	0,06	1	0,02
świętokrzyskie	2	0,16	0	0,00	0	0,00
warmińsko-mazurskie	7	0,49	12	0,84	10	0,70
wielkopolskie	8	0,24	4	0,12	5	0,15
zachodniopomorskie	3	0,18	3	0,18	2	0,12
<b>POLSKA*</b>	<b>187</b>	<b>0,49</b>	<b>157</b>	<b>0,41</b>	<b>112</b>	<b>0,29</b>

Źródło: Na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny.

\* Liczba uwzględnia przypadki nieprzyporządkowane do konkretnego województwa.

**Tabela 2. Liczba nowych zachorowań na AIDS wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDUs) w latach 2004–2006 (wskaźniki na 100 tys. mieszkańców) (zakażenia rejestrowane wg miejsca zamieszkania)**

Województwo	2004		2005		2006	
	liczba	wskaźnik	liczba	wskaźnik	liczba	wskaźnik
dolnośląskie	22	0,76	42	1,45	20	0,69
kujawsko-pomorskie	9	0,44	3	0,15	8	0,39
lubelskie	4	0,18	2	0,09	4	0,18
lubuskie	2	0,20	1	0,10	0	0,00
łódzkie	5	0,19	5	0,19	3	0,12
małopolskie	3	0,09	2	0,06	2	0,06
mazowieckie	4	0,08	3	0,06	0	0,00
opolskie	4	0,38	1	0,10	1	0,10
podkarpackie	2	0,10	0	0,00	0	0,00
podlaskie	3	0,25	3	0,25	4	0,33
pomorskie	3	0,14	2	0,09	5	0,23
śląskie	11	0,23	1	0,02	6	0,13
świętokrzyskie	0	0,00	1	0,08	0	0,00
warmińsko-mazurskie	2	0,14	2	0,14	4	0,28
wielkopolskie	3	0,09	4	0,12	5	0,15
zachodniopomorskie	2	0,12	0	0,00	2	0,12
<b>POLSKA*</b>	<b>79</b>	<b>0,21</b>	<b>73</b>	<b>0,19</b>	<b>65</b>	<b>0,17</b>

Źródło: Na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny.

\* Liczba uwzględnia przypadki nieprzyporządkowane do konkretnego województwa.

inicjatywę, mającą na celu określenie jego skali, rodzaju podejmowanych zachowań ryzykownych oraz rozpowszechnienia zakażeń w badanych grupach. Wyniki monitoringu służą projektowaniu i wdrażaniu skutecznych działań interwencyjnych, leczniczych oraz profilaktycznych. Rekomenduje się podejmowanie dalszych prac nad ulepszaniem metodologii gromadzenia danych, poszerzaniem ich zakresu oraz poprawą ich rzetelności i trafności.

Sporządzając niniejszą informację dotyczącą epidemiologii chorób zakaźnych wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków, należy zaznaczyć, iż opiera się ona na danych dostępnych w Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Poszczególne wielkości liczbowe dotyczące roku sprawozdawczego mogą ulegać zmianie z uwagi na opóźnienia występujące w trakcie dostarczania meldunków o zakażeniach i zachorowaniach. Najnowsze dane dotyczące chorób zakaźnych wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków, czyli za rok 2007, zostaną opublikowane przez Centrum Informacji w listopadzie 2008 roku (zgodnie z otrzymanymi od NIZP-PZH meldunkami).

Jeszcze w roku 2008 planowane jest rozpoczęcie kolejnego projektu badawczego dotyczącego oszacowania występowania chorób zakaźnych (wirusowe

zapalenie wątroby typu C i B, HIV) wśród osób przyjmujących środki odurzające w iniekcji. Projekt badawczy będzie realizowany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

## Bibliografia

- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii EMCDDA <http://www.emcdda.europa.eu/> [dostępne 29.09.2008].
- EMCDDA, „Sprawozdanie roczne 2007. Stan problemu narkotykowego w Europie”, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2007.
- EMCDDA, „Protocol for the implementation of the EMCDDA key Indicator Drug Related Infectious Diseases (DRID)”, 2006.
- Krajowe Centrum ds. AIDS, „Sytuacja epidemiologiczna HIV/AIDS w 2006 roku”, Kontra Biuletyn Informacyjny Krajowego Centrum ds. AIDS nr 1(31)/2007.
- <http://www.aids.gov.pl> [11.09.2007].
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny <http://www.pzh.gov.pl/page/> [dostępne 29.09.2008].
- 2007 National Report (2006 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point Poland. New Development, Trends and In-depth information on selected issues. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii – National Bureau for Drug Prevention, Warsaw, Poland.

*W Polsce system zbierania danych jest dopiero dostosowywany do standardów europejskich, hiszpański system natomiast jest jednym z dłużej funkcjonujących w Europie. W związku z tym ciekawe wydaje się zaprezentowanie hiszpańskiego systemu monitorowania zgłaszalności do leczenia oraz przykładowych wyników tego monitoringu w zestawieniu z polskimi danymi przekazanymi w zeszłym roku na szczebel europejski przez Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.*

## ZGŁASZALNOŚĆ DO LECZENIA Z POWODU NARKOTYKÓW W POLSCE I HISZPANII

Ewa Sokołowska

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

W ramach unijnego programu Środki Przejściowe 2006 w 2008 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii ściśle współpracowało z hiszpańskim Krajowym Planem ds. Narkomanii (PNSD – *Plan Nacional Sobre Drogas*)<sup>1</sup>. PNSD jest instytucją centralną, między innymi monitorującą sytuację narkotykową w kraju, zbierającą i analizującą dane epidemiologiczne, obserwującą trendy w używaniu narkotyków i w całym zjawisku narkomanii. Współpraca z partnerem hiszpańskim pozwoliła nie tylko lepiej poznać struktury państwowe Hiszpanii, ale również zdobyć wiedzę na temat systemów zbierania danych epidemiologicznych w tym kraju.

Hiszpania składa się z 19 regionów autonomicznych. Instytucje centralne odpowiedzialne są za nadawanie ogólnych ram i kierunków działaniom podejmowanym na poziomie regionalnym, za koordynowanie zbierania informacji od instytucji regionalnych oraz za kontakty i sprawozdawczość międzynarodową. Jednakże każdy z regionów tworzy swoje dokumenty i procedury oraz jest niezależny w podejmowaniu decyzji. Zatem działania podejmowane na poziomie regionalnym oraz regionalne systemy zbierania danych mogą przybierać bardzo różne formy.

Doświadczenia Polski ze współpracy z Hiszpanią sprowokowały do porównania sytuacji narkotykowej obu krajów. Dzięki standardom opracowywanym przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), dane zbierane we wszystkich krajach Unii Europejskiej są coraz bardziej

ujednolicone. Jednym ze wskaźników rekomendowanych przez Europejskie Centrum jest zgłaszalność do leczenia z powodu narkotyków (TDI – *Treatment Demand Indicator*).

### Zbieranie danych o osobach zgłaszających się do leczenia

Celem opracowania systemu zbierania danych o osobach zgłaszających się do leczenia z powodu narkotyków w Hiszpanii było monitorowanie zmian zjawiska oraz poznanie charakterystyki problemu używania substancji psychoaktywnych. Szczególną wagę kładziono na obserwowanie nadużywania takich substancji, jak heroina czy kokaina, których używanie częściej prowadzi do poważnych problemów.

W Hiszpanii protokół opisujący system zbierania danych z lecznictwa funkcjonuje od 1987 roku. Jego ostatnia aktualizacja miała miejsce w 2003 roku. Protokół wyjaśnia metodologię zbierania danych oraz definicje niezbędne do jednolitego zbierania danych przez wszystkie regiony autonomiczne (np. definicja epizodu leczniczego). Zawarty jest w nim również opis procesu przepływu danych.

Dane przekazywane przez placówki trafiają najpierw (w wersji papierowej lub elektronicznej) do odpowiednich instytucji regionalnych, gdzie przechodzą proces walidacji. Na tym etapie są one poprawiane oraz dokonywany jest wybór epizodów, które powinny zostać wysłane do Krajowego Planu ds. Narkomanii



(PNSD). Zgodnie z metodologią hiszpańską, a inaczej niż rekomenduje EMCDDA, do analiz włączany jest pierwszy epizod leczniczy klienta w danym roku. Zbiory danych przesłane na poziom centralny podlegają walidacji raz jeszcze. Następnie tam sporządzane są tabele oraz prowadzone są szersze analizy.

Należy pamiętać, że hiszpańskie regiony mają bardzo dużą autonomię. Działania podejmowane w ramach regionu muszą być spójne z priorytetami rządu centralnego, mogą jednak bardzo różnić się między sobą. Taka sama zasada dotyczy systemów zbierania danych. Stąd też niezbędne było opracowanie specjalnego oprogramowania umożliwiającego eksport danych w formacie odpowiadającym strukturze bazy na poziomie centralnym.

W ramach hiszpańskiego systemu zbierane są tylko dane z lecznictwa ambulatoryjnego. Uznano bowiem, że większość pacjentów placówek stacjonarnych prędzej czy później stanie się klientami poradni, a więc dane o tych osobach trafią do systemu. Co ciekawe, pod pojęciem pomocy ambulatoryjnej rozumiane jest zarówno leczenie, w ramach którego klient nie zostaje na noc w placówce, jak i leczenie w placówkach penitencjarnych. Od takich placówek zbierane są dane, które łącznie przekazywane są do EMCDDA.

Kwestią wartą komentarza jest również kontrola wielokrotnego liczenia osób, które podejmowały leczenie kilka razy w ciągu jednego roku w kilku placówkach (*ang. double-counting control*). A mianowicie, dane klientów oznaczane są specjalnie zbudowanym kodem (*ang. PIC – Personal Identification Code*), na który składają się dwie pierwsze litery imienia i nazwiska, data i miejsce urodzenia (prowincja) oraz płeć. Kod ten nie jest jednak przekazywany na poziom centralny, tak więc niemożliwe jest wychwycenie osób, które podejmowały w danym roku leczenie kilkakrotnie, ale w różnych regionach. Taka sytuacja zapewne nie

zdarza się nagle, ale warto pamiętać o tym, że dane zbierane na poziomie centralnym, raportowane do EMCDDA, na pewno są trochę przeszacowane.

W Polsce system zbierania danych z lecznictwa psychiatrycznego funkcjonuje od lat sześćdziesiątych. Niestety, dane dotyczące osób zgłaszających się do leczenia z powodu problemu narkotyków zajmują w nim niewiele miejsca, przez co zakres zbieranych informacji jest również niezbyt duży. Dlatego w 2007 roku

opracowano nowy, w pełni zgodny ze standardami EMCDDA, system zbierania danych, który umożliwia zebranie szerokiego zakresu informacji o klientach z problemem narkotykowym<sup>2</sup>. System ten jest na razie wdrażany jako projekt pilotażowy. Do tej pory do Europejskiego Centrum wysyłane są dane zbierane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN). System Instytutu funkcjonuje inaczej niż system hiszpański. Przede wszystkim do EMCDDA przesyłane są tylko dane z lecznictwa stacjonarnego, co stanowi utrudnienie przy próbie porównywania danych polskich i hiszpańskich. Ponadto, w ramach systemu IPiN dobrze kontrolowane jest wielokrotne

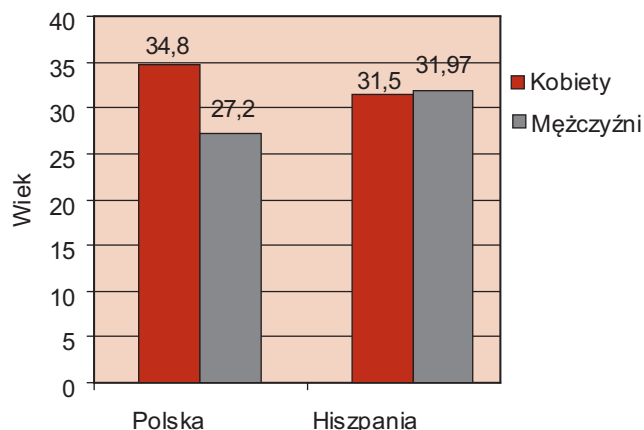
*W Polsce wśród wszystkich klientów podejmujących leczenie w 2005 roku oraz wśród tych, którzy podjęli leczenie po raz pierwszy w życiu, mężczyźni stanowili 76,4%, a kobiety 23,6%. W hiszpańskim lecznictwie ambulatoryjnym dysproporcje są jeszcze większe – odsetek mężczyzn wyniósł aż 84,2%, a kobiet 15,4% wśród wszystkich osób podejmujących leczenie w 2005 roku. W przypadku osób podejmujących leczenie po raz pierwszy w życiu wynik był bardzo podobny, a odsetki wyniosły odpowiednio 83,7% i 15,8%.*

liczenie osób podejmujących leczenie kilka razy w danym roku w różnych placówkach stacjonarnych i w różnych miejscach w Polsce. Tak więc w przypadku danych polskich nie można mówić o niedoszacowaniu czy też przeszacowaniu.

Mając w pamięci opisane powyżej różnice między systemami zbierania danych oraz ograniczenia w możliwości porównywania wyników, warto jednak pokusić się o ogólne zestawienia informacji o sytuacji w Polsce i Hiszpanii.

### **Wybrane informacje o osobach zgłaszających się do leczenia w Hiszpanii i Polsce w 2005 roku**

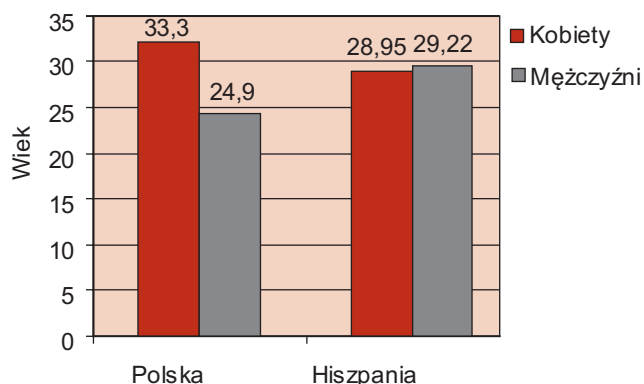
Rozważania na temat osób podejmujących leczenie z powodu narkotyków warto rozpocząć od przyjrzenia

**Wykres 1. Średni wiek osób podejmujących leczenie z powodu problemu narkotyków w 2005 roku**

się liczbom klientów placówek. Biorąc pod uwagę fakt, że Hiszpania jest blisko dwa razy większym krajem od Polski, nie należy porównywać liczb bezwzględnych. Dobrym wyznacznikiem skali zjawiska jest liczba klientów leczących się po raz pierwszy w życiu na 100 tys. mieszkańców. Różnica w wielkości tego wskaźnika w Hiszpanii i Polsce jest ogromna. W Hiszpanii wartość tego wskaźnika wynosi bowiem aż 80,5, przy wartości równej w Polsce 26,1. Wyniki te pokazują bardzo wyraźnie, jak dużym problemem w Hiszpanii jest używanie narkotyków, jak dużo nowych osób podejmuje corocznie leczenie (aż 80 osób na każde 100 tys. mieszkańców).

## Płeć

Zarówno w lecznictwie stacjonarnym w Polsce, jak i w ambulatoryjnym w Hiszpanii zdecydowaną większość klientów stanowią mężczyźni. W Polsce wśród wszystkich klientów podejmujących leczenie w 2005 roku oraz wśród tych, którzy podjęli leczenie po raz pierwszy w życiu, mężczyźni stanowili 76,4%, a kobiety 23,6%. W hiszpańskim lecznictwie ambulatoryjnym

**Wykres 2. Średni wiek osób podejmujących leczenie z powodu problemu narkotyków po raz pierwszy w życiu w 2005 roku**

dysproporcje są jeszcze większe – odsetek mężczyzn wyniósł aż 84,2%, a kobiet 15,4% wśród wszystkich osób podejmujących leczenie w 2005 roku. W przypadku osób podejmujących leczenie po raz pierwszy w życiu wynik był bardzo podobny, a odsetki wyniosły odpowiednio 83,7% i 15,8%.

Co ciekawe, w hiszpańskim lecznictwie ambulatoryjnym średnia wieku jest wyższa niż w polskim lecznictwie stacjonarnym i w 2005 roku wyniosła 31,89 lat, podczas gdy w Polsce 29 lat. Wykres 1 prezentuje zestawienie średniego wieku kobiet i mężczyzn podejmujących leczenie w 2005 roku.

Jak widać, zaobserwować można ponad 7 lat różnicy w wieku między kobietami a mężczyznami podejmującymi leczenie stacjonarne w Polsce. Takich różnic nie obserwuje się w lecznictwie ambulatoryjnym w Hiszpanii.

Analizując wiek klientów podejmujących leczenie po raz pierwszy w życiu (wykres 2), zobaczyć można, że w placówkach stacjonarnych w Polsce różnica wieku kobiet i mężczyzn jest jeszcze większa, a w hiszpańskich placówkach ambulatoryjnych jeszcze mniejsza.

**Tabela 1. Przyjęci do lecznictwa stacjonarnego w 2005 roku z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg płci i typów używanych środków (odsetki badanych)**

	Opiaty	Konopie	Leki uspokajające	Kokaina	Inne stymulanty	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i inne
Kobiety	16,4	1,1	29,8	0,8	7,1	0,2	0,4	44,2
Mężczyźni	19,4	3,6	4,7	0,6	8,3	0,4	2,1	60,9
Ogółem	18,7	3,0	10,6	0,6	8,0	0,4	1,7	57,0

Źródło: Sierosławski J. (2007), Narkomania w Polsce w 2005 roku. Dane lecznictwa stacjonarnego. Tabele i wykresy, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

**Tabela 2. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2005 roku z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) wg wieku i typów używanych środków (odsetki badanych)**

Wiek	Opiaty	Konopie	Leki	Kokaina	Inne stymulanty	Halucynogeny	Wziewne	Mieszane i inne
-15	3,5	13,3	-	0,4	5,5	2,0	13,3	62,1
16-19	6,9	7,9	0,2	1,9	10,0	0,5	1,9	70,8
20-24	22,8	3,0	1,2	0,7	12,8	0,4	1,6	57,4
25-29	28,8	1,6	2,5	0,3	9,4	0,5	2,0	54,8
30-34	22,8	1,4	8,6	0,4	5,3	0,1	1,8	59,6
35-39	16,5	0,5	18,1	0,3	2,6	0,1	1,6	60,2
40-44	12,3	0,9	25,7	0,1	1,6	-	0,4	58,8
45+	8,2	0,5	49,6	0,1	0,7	0,1	0,1	40,8

Źródło: Sierosławski J. (2007), Narkomania w Polsce w 2005 roku. Dane leczenia stacjonarnego. Tabele i wykresy, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Różnice te wytłumaczyć można z pewnością na kilka nie wykluczających się sposobów. Jedną z hipotez może być niewystarczająca oferta lecznicza skierowana do kobiet. Nadal niewiele jest specyficznie kobiecych programów i ośrodków. Możliwe jest zatem, że kobiety najpierw podejmują leczenie ambulatoryjne, do leczenia stacjonarnego trafiając „w ostateczności”, a więc jako starsze. Natomiast dane, którymi dysponujemy, nie obejmują placówek ambulatoryjnych, trudno więc zweryfikować tę hipotezę.

Wydaje się, że różnica w wieku kobiet i mężczyzn zgłaszających się do leczenia może wynikać z innego typu substancji, jakich używają. Już u młodzieży widać różnice w typach przyjmowanych środków. Jak pokazują wyniki badania ESPAD, chłopcy w większym odsetku niż dziewczęta sięgają często po każdą z substancji, z wyjątkiem leków uspokajających i nasennych przyjmowanych bez przepisu lekarza, które preferowane są przez dziewczęta, oraz w przypadku amfetaminy, której używanie osiąga podobny poziom zarówno w grupie chłopców, jak i dziewcząt<sup>3</sup>. Analogicznie wygląda sytuacja w leczeniu stacjonarnym. Największą grupą leczących się kobiet (oprócz kobiet z rozpoznaniem używania naprzemiennego różnych substancji psychoaktywnych bądź innych niż wymienione w ICD-10 środków psychoaktywnych) są kobiety uzależnione od środków nasennych i uspokajających. Specyficzne dla uzależnienia właśnie od środków nasennych i uspokajających jest późne podejmowanie leczenia. Stąd też średnia wieku kobiet podejmujących leczenie jest wyższa niż mężczyzn. Tabele 1 i 2 pokazują omówione w tym miejscu zależności między płcią, typem używanej sub-

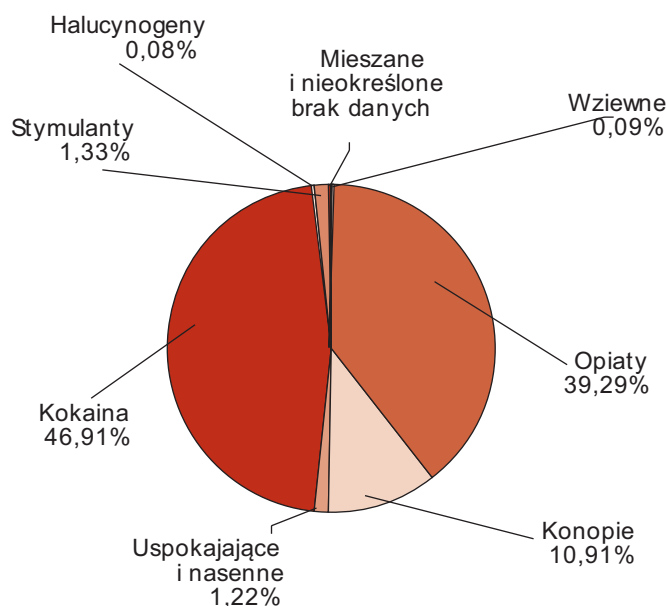
stancji oraz wiekiem pacjentów polskiego leczenia stacjonarnego w 2005 roku.

Warto śledzić te różnice w kolejnych latach oraz podjąć próbę porównania wyników z danymi zebranymi w ramach nowego systemu. Zasadne wydaje się również zaplanowanie badań wyjaśniających opisane zjawisko.

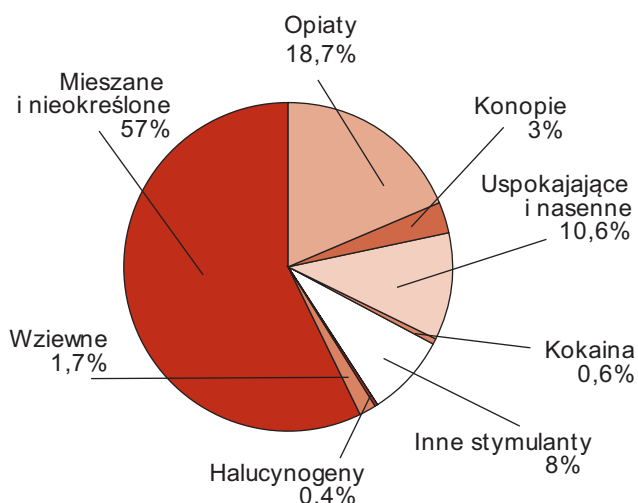
## Narkotyki używane przez klientów placówek

Według zbieranych w Hiszpanii danych z leczenia ambulatoryjnego oraz placówek penitencjarnych, naj-

**Ryc. 1. Narkotyk podstawowy używany przez osoby zgłaszające się do leczenia ambulatoryjnego w 2005 roku w Hiszpanii**



**Ryc. 2. Narkotyk podstawowy używany przez osoby zgłaszające się do leczenia stacjonarnego w 2005 roku w Polsce**



większy odsetek klientów tych placówek ma problem z kokainą. Szczególnie dużą populację stanowią również użytkownicy opiatów. Co dziesiąty klient placówek hiszpańskich zgłasza się z powodu problemu z używaniem konopii (rycina 1).

W polskim lecznictwie stacjonarnym największy odsetek pacjentów stanowią osoby z rozpoznaniem F19 – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym używaniem różnych substancji psychoaktywnych bądź innych niż wymienione w ICD-10 środków (na rycinie nazwano tę kategorię „mieszane i nieokreślone”). Ta kategoria nie pojawia się w lecznictwie hiszpańskim, ponieważ zbierane są tam informacje o tym, jakich „zestawień” substancji używają klienci, jeśli używają więcej niż jednego narkotyku. Drugą pod względem liczebności grupą pacjentów, tak jak w Hiszpanii, są osoby uzależnione od opiatów. Co dziesiąty klient ośrodków stacjonarnych ma problem ze środkami uspokajającymi i nasennymi. Znikomy procent pacjentów leczy się z powodu uzależnienia od kokainy, której użytkownicy stanowią tak dużą grupę leczących się w placówkach ambulatoryjnych w Hiszpanii.

Zaprezentowane w rycinie 2 dane pokazują różnice między Polską a Hiszpanią w zakresie problemów związanych z używaniem poszczególnych substancji. Dzięki takim zestawieniom i informacjom można planować działania skierowane do użytkowników poszczególnych narkotyków oraz racjonalnie planować wspieranie odpowiednich programów leczniczych. Oferta placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych skierowana jest do zupełnie różnych grup osób z pro-

blemem narkotykowym. Z samego tego faktu wynika, że dane z tych typów placówek dotyczą innych osób, z innymi problemami, używających innych substancji. Mimo że, ze względu na omówione wcześniej różnice systemów, trudno jest porównywać przytoczone powyżej dane z lecznictwa w Hiszpanii i Polsce, można jednak zaobserwować pewne tendencje w obu krajach. Z pewnością największym problemem, przed jakim stoi Hiszpania, jest zapewnienie ogromnej liczbie osób używających kokainy odpowiedniej oferty leczniczej. W Polsce natomiast widać, że gros pacjentów placówek stacjonarnych używa wielu narkotyków, co wymaga specjalnego podejścia terapeutycznego.

Mimo że systemy monitorowania narkotyków i narkomanii w krajach członkowskich Unii Europejskiej powinny być jak najbardziej zbliżone do wytycznych EMCDDA, nadal zdarzają się takie trudności z porównaniem danych, jak te przedstawione w niniejszym artykule. Aktualnie dostępne dane pozwalają jedynie na stworzenie ogólnego obrazu zjawiska w poszczególnych krajach. Nowy system wprowadzany w Polsce zniweluje część tych problemów. Zaprezentowany tu przykład danych hiszpańskich i polskich z pewnością pokazuje konieczność pracy, rozwijania i dostosowywania systemów krajowych do standardów unijnych.

## Przypisy

<sup>1</sup> Program „Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w przeciwdziałaniu narkomanii na poziomie lokalnym – kontynuacja” PL2006/018-180.05.04, realizowany w ramach programu Środki Przejściowe 2006.

<sup>2</sup> System ten został szeroko opisany w *Serwisie* nr 3 i 4/2007.

<sup>3</sup> J. Sierosławski, Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.

## Bibliografia

2007 National Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point SPAIN. New development, trends and in-depth information on selected issues, Madryt 2006.

Sierosławski J., „Narkomania w Polsce w 2005 roku. Dane lecznictwa stacjonarnego. Tabele i wykresy”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.

Sierosławski J., „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007.

Statistical Bulletin 2008: Treatment Demand Indicator, <http://www.emcdda.europa.eu/stats08/tdi>



# EUROPA WZMACNIA OCHRONĘ PRZED CHOROBYMI ZAKAŻNYMI

W dniach 7-11 lipca 2008 roku w Polsce przebywali przedstawiciele Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób Zakaźnych (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC), które jest jedną z 24 agencji wspólnotowych. W ciągu pięciu dni delegacja odbyła szereg spotkań w instytucjach, które przeciwdziałają rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych oraz prowadzą ich monitoring w naszym kraju. Jedno z nich odbyło się także w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Agencja ECDC powstała w 2005 roku w Sztokholmie. Wybuch epidemii SARS w 2003 roku był sygnałem dla Unii Europejskiej, że pojawiają się nowe, nieznane do tej pory zagrożenia, które mogą bardzo szybko rozprzestrzeniać się na całym świecie. Nowe, niebezpieczne choroby i wirusy (jak influenza ptasiej grypy H5N1) wymagają szybkiej reakcji, aby zapobiec negatywnym skutkom wybuchu epidemii. Misją Centrum jest wzmocnienie i rozwój ogólnoeuropejskiego systemu nadzoru nad chorobami. W ramach monitorowania problemu chorób zakaźnych wzmocniono system szybkiego ostrzegania o wybuchach nowych epidemii. ECDC wspiera Unię Europejską oraz kraje członkowskie w reagowaniu na epidemie. Jednym z głównych elementów pomocy krajom członkowskim w zapobieganiu chorobom zakaźnym oraz w ich kontroli jest dostarczanie rzetelnych danych naukowych o chorobach oraz związanych z nimi zagrożeniach. Te kroki mają wzmocnić działania Wspólnoty i państw członkowskich podejmowane w obszarze ochrony zdrowia ludzkiego.

ECDC w ramach swoich prac poszukuje, gromadzi, zestawia, ocenia i rozpowszechnia dane naukowo-techniczne. Ponadto wydaje ekspertyzy naukowe oraz zajmuje się świadczeniem pomocy naukowo-technicznej, co oznacza między innymi organizowanie szkoleń. Zebrane dane są analizowane, a informacje przekazywane do Komisji Europejskiej, krajów członkowskich Unii

Europejskiej oraz agencji i organizacji międzynarodowych, które zajmują się zdrowiem publicznym.

Struktura Centrum została zorganizowana w oparciu o kluczowe funkcje, a nie według grup chorobowych. W ten sposób Centrum jest przygotowane do podejmowania wielu szeroko zakrojonych i złożonych zadań.

Organizacja instytucji oparta jest na czterech jednostkach technicznych. Pierwszy dział, Jednostka ds. Doradztwa Naukowego, zajmuje się zapewnieniem niezależnej wiedzy naukowej na wysokim poziomie oraz dowodów służących za podstawę decyzji dotyczących zdrowia publicznego UE w dziedzinie chorób zakaźnych. Następny dział w ramach struktury to Jednostka ds. Nadzoru i Komunikacji. Jej celem strategicznym jest stworzenie ogólnoeuropejskiego systemu nadzoru zapewniającego wysoką jakość i porównywalność danych dotyczących chorób zakaźnych. Kolejną jednostką jest Dział ds. Gotowości i Reagowania, którego praca skupia się na monitorowaniu pojawiających się zagrożeń w Europie i na świecie oraz wspieraniu państw członkowskich UE w ich ocenie, identyfikacji i reagowaniu na nie. Ostatnim działem jest Jednostka ds. Informacji o Zdrowiu, która zajmuje się kontrolą nad publikacjami pojawiającymi się na stronie internetowej ECDC (<http://www.ecdc.eu.int/>). Centrum sprawuje nadzór nad czasopismem poświęconym chorobom zakaźnym dotowanym ze środków UE – *Eurosurveillance*. Ponadto ważną komórką w ECDC jest gabinet dyrektora, który wspiera dyрекcję w nadzorowaniu strategicznego rozwoju centrum i koordynacji prac instytucji.

W ramach wizyty w KBPN pracownicy Biura zaprezentowali sytuację epidemiologiczną w obszarze problemu narkotyków i narkomanii, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki HIV, AIDS oraz zakażenia żółtaczką typu B i C. Oprócz tego przedstawiony został polski system monitorowania działań z obszaru redukcji szkód, który został pozytywnie oceniony przez przedstawicieli ECDC.

(AM)

**W 2005 r. Państwowy Zakład Higieny na zlecenie KBPN zrealizował projekt, w którym badano – w województwie dolnośląskim, lubuskim i w Warszawie – osoby iniekcyjnie zażywające narkotyki. Przeciwciała przeciwko WZW C wykryto u 57,9% badanych, przeciwciała HIV u 24,1%. Należy podkreślić, że jedynie 1/3 osób zakażonych żółtaczką typu C, była świadoma swojego statusu serologicznego, co zwiększa ryzyko mimowolnego szerzenia zakażeń.**

*Praktyka pokazuje, że szersze włączenie organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości do realizacji celów profilaktyczno-terapeutycznych – zalecane przez wiele dokumentów europejskich – zdaje się w Polsce natrafiać na istotne przeszkody. Rzecz w tym, że prawo karne i proces karny są jednak w swej istocie przede wszystkim instytucjami nastawionymi na stosowanie represji.*

# SPRAWY O POSIADANIE NARKOTYKÓW W ŚWIECIE WYNIKÓW BADAŃ AKT SĄDOWYCH

Krzysztof Krajewski

Uniwersytet Jagielloński, Katedra Kryminologii

Jednym z problemów związanych z wprowadzeniem w 2000 roku do polskiego ustawodawstwa pełnej kryminalizacji posiadania środków odurzających i substancji psychotropowych jest sposób realizacji nowych przepisów w praktyce. Zasadniczym argumentem na rzecz skreślenia wówczas przepisu art. 48 ust. 4<sup>1</sup> ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 1997 roku była teza, iż utrudnia on policji zwalczanie handlu narkotykami. Równocześnie policja podkreślała, że jej celem nie jest represjonowanie użytkowników, że chodzi tutaj o handlarzy. Twierdzono w związku z tym, że inne przepisy ustawy, w tym te przewidujące alternatywy profilaktyczne i lecznicze, pozwolą zawsze na kierowanie użytkowników i osób uzależnionych na leczenie, a nie do więzienia. Wydaje się, że nadszedł czas na podjęcie próby przyjrzenia się, jak powyższe założenia realizowane są w praktyce.

W tym celu Katedra Kryminologii UJ zrealizowała badania<sup>2</sup> akt sądowych w sprawach o posiadanie narkotyków. Badania zrealizowano latem 2007 roku w czterech sądach rejonowych w Krakowie. Przedmiotem były akta prawomocnie zakończonych spraw o przestępstwa z art. 62<sup>3</sup> ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (dalej u.o.p.n.) z 2005 roku<sup>4</sup> rozpoznane w tym samym roku. Takich spraw wówczas w krakowskich sądach było 417. Analizie poddano próbę 102 dobranych losowo akt, tj. 24,5% wszystkich spraw (losowania dokonano proporcjonalnie do liczby spraw rozpoznanych w każdym sądzie). Ani rozmiar badanej próby, ani sposób jej doboru nie upoważniają do nadania omawianym badaniom cech reprezentatywności w skali ogólnopolskiej. Dają one jednak na pewno reprezentatywny obraz przestępstwa posiadania narkotyków w praktyce sądów krakowskich i zapewne w jakimś zakresie upoważniają również do szerszych generalizacji.

## Kiedy to było?

Pierwsze interesujące ustalenie dotyczyło tzw. rytmu tygodniowego badanych przestępstw. Ukazuje on dość niespodziewaną prawidłowość. Największą ich liczbę ujawniono we wtorki i środy (39, tj. 36,1%)<sup>5</sup>. W piątki, soboty i niedziele ujawniono ich tylko 29 (26,8%). Rozkład taki nie odzwierciedla najprawdopodobniej rzeczywistej częstotliwości używania (a tym samym posiadania) narkotyków w ciągu tygodnia. Można przypuszczać, że w rzeczywistości intensyfikują się one w okresie weekendu, kiedy to młodzież, będąca podstawową grupą użytkowników narkotyków, odwiedza masowo dyskoteki, puby, bary czy inne imprezy. Wszystko jednak wskazuje na to, że działania policji w tym obszarze koncentrują się przede wszystkim w dni powszednie.

Równocześnie niemalże 60% przypadków posiadania narkotyków ujawniono bądź to w konsekwencji rutynowej działalności patrolowej (54, tj. 50,0%), bądź rutynowych kontroli drogowych (10 przypadków, tj. 9,3%). Tylko 37 przypadków (22,3%) ujawniono na skutek działalności operacyjnej (21, tj. 19,4%) lub w związku z prowadzeniem innej sprawy karnej (16, tj. 14,8%). Wskazuje to na to, że policja nie prowadzi raczej planowych, zakrojonych na szeroką skalę działań nastawionych na „masowe” ujawnianie posiadaczy narkotyków. Generalnie trudno krytykować takie podejście. Policjanci ujawniają takie czyny raczej od przypadku do przypadku, a kiedy już do tego dojdzie, postępują zgodnie z obowiązującą w polskiej procedurze karnej zasadą legalizmu ścigania. W wyniku takiej „strategii” ujawniane są jednak najczęściej osoby przypadkowe, drobni konsumenci i co najwyżej płatki ulicznego handlu detalicznego. To oni jedynie mają bo-

wiem szansę „wpaść” w sposób przypadkowy. Prawdziwi handlarze, szczególnie ci średniego i wyższego szczebla, podejmują takie środki ostrożności, że wobec powyższej strategii działań policyjnych mogą czuć się bezpiecznie. Powstaje pytanie: co z takich działań wynika dla redukcji podaży i popytu?

## Rodzaj posiadanych środków

Następną kwestią jest rodzaj posiadanych środków. W przeważającej większości przypadków była to marihuana (67, tj. 47,5%) oraz amfetamina (49, tj. 34,7%). Łącznie stanowiły one 82,2% wszystkich przypadków. Pozostałe narkotyki (haszysz – 4 przypadki, ecstazy – 8, heroina – 1, kokaina – 2 oraz dominujący swego czasu „kompot” – 3) wystąpiły w minimalnym odsetku badanych spraw. Taki stan rzeczy odzwierciedla najprawdopodobniej rzeczywistą strukturę nielegalnego rynku oraz używania narkotyków w Polsce. Podkreślić jednak wypada, że wśród ujawnianych narkotyków dominuje relatywnie mniej szkodliwa marihuana, której posiadanie na własny użytek w wielu krajach Europy Zachodniej jest albo w ogóle zdekryminalizowane, albo co najmniej zdepenalizowane. Tymczasem w polskiej rzeczywistości środek ten zdaje się być podstawowym przedmiotem zainteresowania organów ścigania. Zaraz za nim znajduje się co prawda amfetamina, na pewno o wiele bardziej problematyczna niż *cannabis*, ale stanowiąca dość rozpowszechniony wśród dzisiejszej młodzieży środek „rekreacyjny”, używany najczęściej w sposób okazjonalny.

## Ile mieli przy sobie?

Kolejne zagadnienie to ilość posiadanych środków. W przypadku marihuany, aż 55% przypadków wiązało się z posiadaniem do 1 g tej substancji, a przypadki posiadania do 3 g – a więc ilości w niektórych krajach europejskich traktowanej jako przeznaczonej na własny użytek, a przez to nie podlegające karze – stanowiły łącznie 79%. Wskazuje to na to, że najprawdopodobniej zdecydowana większość przypadków posiadania marihuany, jakie znalazły się w badanej próbie, były to przypadki posiadania środków przeznaczonych na własny użytek (aczkolwiek sądy i prokuratury rzadko czyniły jakiegokolwiek ustalenia w tej kwestii). W sumie tylko 17% przypadków dotyczyło takich ilości marihuany, które mogły świadczyć o zamiarze podzielenia się nią z inną

osobą. Podobnie kwestia ta przedstawiała się w przypadku amfetaminy, gdzie 20 spraw (42%) dotyczyło posiadania do 0,5 g, a dalszych 9 (17%) 0,51 g – 1 g. Tylko w 20,8% przypadków posiadania amfetaminy można zakładać, w oparciu o ilość posiadanego środka, że sprawca miał zamiar podzielenia się tą substancją z inną osobą.

Potwierdzałoby to hipotezę, że praktyka egzekwowania przepisów dotyczących posiadania narkotyków koncentruje się przede wszystkim na drobnych przypadkach, za którymi najprawdopodobniej nie kryją się dealerzy, lecz użytkownicy, którzy co najwyżej okazjonalnie mogą dodatkowo trudnić się drobnym handlem detalicznym narkotykami. Jedynie niewielki odsetek spraw, jakie znalazły się w badanej próbie, mógł być zakwalifikowany jako przypadki jednoznacznie dealerskie, gdzie ukaranie za posiadanie rzeczywiście mogło spełnić funkcję kryminalizacji zastępczej, ułatwiającej represjonowanie dealerów narkotyków.

## Kwalifikacja czynu

Z zagadnieniem tym ściśle łączy się kwestia prawnokarnej reakcji na czyny polegające na posiadaniu narkotyków, a więc kwestia kwalifikacji prawnej oraz wymiaru kar i innych środków, a także stosowania alternatywnych środków o charakterze leczniczym. W praktyce prokuratorskiej dominowało kwalifikowanie takich czynów z typu podstawowego, określonego w art. 62 ust. 1 u.o.p.n. Dotyczyło to 89 spraw (82,4%). Z kolei kwalifikacja jako przypadek mniejszej wagi (art. 62 ust. 3 u.o.p.n.) – występowała bardzo rzadko. Dotyczyło to zaledwie 7 przypadków, tj. 6,5%. Można zakładać, że jest to konsekwencja swoistej praktyki „nadoskarżania”, mającej dać prokuratorowi przewagę procesową, nawet jeśli liczy się on z tym, że w postępowaniu sądowym nastąpi zmiana kwalifikacji na łagodniejszą. Równocześnie jednak, biorąc pod uwagę niewielkie ilości narkotyków będących przedmiotem posiadania (sprawy takie w wielu krajach nigdy nie dotarłyby do sądu), można zadać pytanie o jej sensowność.

Sądy częściej skłonne były kwalifikować dany czyn jako przypadek mniejszej wagi z art. 62 ust. 2 u.o.p.n., albowiem kwalifikację taką przyjęły w 22 przypadkach (20,4%). Oznacza to zmianę pierwotnej kwalifikacji aktu oskarżenia na łagodniejszą w 16 przypadkach. Co ciekawe, rozbieżność taka prawie nie wystąpiła w przypadku typu kwalifikowanego. O ile bowiem prokuratura zastosowała



kwalifikację zarzucanego oskarżonemu czynu z art. 62 ust. 3 u.o.p.n. w 12 spośród badanych spraw (11,1%), to sądy zakwalifikowały czyn oskarżonego w taki sposób w 14 sprawach (13%). Powyższe ustalenia mogą potwierdzać istnienie w ustawodawstwie polskim pewnego problemu. Ustawodawstwo to precyzuje bowiem dokładniej granicę pomiędzy typem podstawowym przestępstwa posiadania narkotyków a typem kwalifikowanym określonym w art. 62 ust. 3 u.o.p.n., w którym znamieniem kwalifikującym jest „znaczna ilość posiadanych środków”. W przeciwieństwie do ustawodawstw wielu krajów Europy Zachodniej nie zawiera ono odwołania do dolnej wartości granicznej, która często określa granicę pomiędzy typem podstawowym a typem uprzywilejowanym, określanej najczęściej jako ilość nieznaczna. Odwołanie się tutaj do konstrukcji przypadku mniejszej wagi, którego charakter i kryteria przyjęcia są często sporne, nie ułatwia sytuacji. Jest to najprawdopodobniej przynajmniej jedna z przyczyn zaobserwowanych w omawianych badaniach rozbieżności w ocenach prokuratury i sądu co do kwalifikacji badanych czynów.

Pomimo stwierdzenia statystycznej zależności pomiędzy wagą środka a kwalifikacją prawną czynu, w wyroku skazującym widać dość wyraźnie, że waga nie jest tu czynnikiem jedynym. Sytuacja jest o wiele bardziej klarowna w przypadku ilości znacznych. Większość przypadków posiadania powyżej 20 g marihuany została potraktowana jako typy kwalifikowane z art. 62 ust. 3 u.o.p.n. Również w przypadku spraw o posiadanie amfetaminy widać o wiele większą konsekwencję we wpływie ilości posiadanego środka na kwalifikację prawną w odniesieniu do ilości znacznych, przekraczających 10 g. Takie przypadki były zawsze traktowane przez sąd jako typy kwalifikowane. Jednakże przy mniejszych ilościach ani sądy, ani prokuratura najwyraźniej nie trzymają się kurczowo ilości posiadanego środka jako podstawowej okoliczności wpływającej na kwalifikację prawną czynu.

## Jaka kara?

Wśród orzekanych przez sądy kar dominowała kara pozbawienia wolności, orzeczona w stosunku do 67 sprawców, a więc w przypadku 72,8% skazań (ogółem w badanej próbie miały miejsce 92 skazania; w pozostałych sprawach sądy zastosowały warunkowe umorzenie postępowania). W 59 przypadkach (88,1% wszystkich przypadków orzeczenia pozbawienia wolności) wykonanie tej kary

warunkowo zawieszono. W 39 przypadkach sąd obok kary pozbawienia wolności orzeczonej z warunkowym zawieszeniem wykonania, orzekł też karę grzywny. Na karę bezwzględnego pozbawienia wolności oskarżony skazany został jedynie w 8 przypadkach (11,9% wszystkich przypadków skazania na karę pozbawienia wolności i 7,5% wszystkich skazań). Karę ograniczenia wolności zastosowano jedynie w 6 przypadkach (7% skazań), a karę grzywny samoistnej w 19 przypadkach (21%). Najsurowsze kary sięgały 2 lat pozbawienia wolności. Biorąc pod uwagę górne granice ustawowych zagrożeń za przestępstwa z art. 62 u.o.p.n. (odpowiednio 3 lata w ust. 1 i 5 lat<sup>6</sup> w ust. 2) nie były to kary szczególnie surowe. Potwierdzałoby to przypuszczenie, że do odpowiedzialności karnej za posiadanie narkotyków nie są pociągani sprawcy poważnych czynów, a szczególnie nie są to dealerzy odgrywający istotną rolę w hierarchii uczestników nielegalnego obrotu narkotykami.

Na tym tle rodzi się pytanie o to, czy powyższy model prawnokarnej reakcji ma sens i jakie cele są realizowane poprzez taką właśnie politykę karania. Jedną z najistotniejszych kwestii związanych z polityką realizowaną przez sądy wobec osób odpowiadających za posiadanie środków odurzających lub substancji psychotropowych jest pytanie, czy osoby takie są użytkownikami narkotyków, czy też nie, a jeśli tak, to jaka forma używania wchodzi w rachubę: używanie eksperymentalne, okazjonalne czy też uzależnienie. Wiedza na ten temat powinna być dla sądu istotnym elementem wpływającym na treść orzeczenia i rodzaj zastosowanych środków, w tym przede wszystkim dostępnych w obowiązującym ustawodawstwie środków alternatywnych o charakterze profilaktycznym, edukacyjnym lub też terapeutycznym. Tymczasem akta badanych spraw karnych zawierają w tym zakresie relatywnie niewiele informacji, co świadczy o tym, że sądy w trakcie orzekania nie dysponują na ten temat żadną dokładniejszą wiedzą. Najczęściej nie mają nie tylko wiarygodnych informacji o tym, czy sprawca jest uzależniony, czy nie, ale nawet o tym, czy jest w ogóle użytkownikiem narkotyków.

Kwestię tę dobrze ilustruje sposób posługiwania się przez sądy w omawianych sprawach opiniami biegłych. Biegli powoływani byli w większości badanych spraw (85, tj. 83,3%). W zdecydowanej większości spraw byli to jednak biegli, którzy wydawali opinię dotyczącą posiadanych substancji, a mianowicie toksykologów (57 przypadków, tj. 52,8%). Dodatkowo w 27 sprawach (26,4%) powołani byli



biegli toksykolodzy oraz biegli psychiatrzy. W sumie więc biegli z zakresu toksykologii występowali w sprawach 84 oskarżonych (76,9%). Wskazuje to na to, że opinia co do rodzaju i charakteru posiadanych środków stanowiła kluczowe zagadnienie. Natomiast kwestie dotyczące osoby oskarżonego, przede wszystkim jego ewentualnego uzależnienia, ale także poczytalności, zdają się odgrywać niewielką rolę. Poza wspomnianymi 27 przypadkami, w których biegli psychiatrzy występowali wraz z biegłymi toksykologami, dodatkowo w przypadku 7 oskarżonych (6,5%) wystąpili sami biegli psychiatrzy. Tak więc psychiatrzy opiniowali łącznie tylko 33 oskarżonych (30,6%), a biegły psycholog wydał swoją opinię w odniesieniu do 1 oskarżonego (0,9%). Oznacza to, że mniej niż 1/3 oskarżonych była przedmiotem jakiejś opinii specjalistycznej dotyczącej użytkowania przez nich narkotyków. Podkreślić przy tym należy, że opinie te dotyczyły w gruncie rzeczy kwestii poczytalności, a jeśli pojawiała się w nich kwestia uzależnienia, to tylko na marginesie tej pierwszej. W każdym razie jednoznaczne stwierdzenie przez biegłych uzależnienia nastąpiło jedynie w 11 przypadkach (10,2%). O diagnozowaniu kwestii tego, czy sprawca jest użytkownikiem, czy nie i o jaki typ użytkowania (poza kwestią uzależnienia) może ewentualnie chodzić, w realiach polskiego procesu karnego nie ma w ogóle mowy.

Tutaj leży zapewne jedna z przyczyn rzadkiego stosowania w praktyce prokuratorskiej i sądowej przepisów dotyczących środków leczniczych o alternatywnym czy uzupełniającym charakterze (art. 71, 72, 73 u.o.p.n.). Rzecz w tym, że instytucje te mogą być stosowane właśnie w odniesieniu do osób uzależnionych (oraz używających szkodliwie), a uzależnienie jest okolicznością, której stwierdzenie wymaga powołania biegłych. Jeśli więc w sprawach o posiadanie narkotyków biegli mogący stwierdzić ów fakt (psychiatrzy, psychologowie), powoływani są relatywnie rzadko, to nie może dziwić, że rzadko stosuje się instytucje wymagające wcześniejszego stwierdzenia istnienia podstaw ich zastosowania. Jest to w jakimś sensie zrozumiałe z punktu widzenia szybkości postępowania oraz minimalizacji jego kosztów. Równocześnie jest to wynikiem tego, że w znacznej większości przypadków orzeczenia sądów w sprawach z art. 62 u.o.p.n. zapadały w różnych uproszczonych formach postępowania. Aż w 53 badanych sprawach (49,1%) orzeczenie zapadło przy zastosowaniu przepisów o skazaniu bez rozprawy, a w dalszych 13 (12,0%) przy zastosowaniu przepisów o dobrowolnym poddaniu się karze. Dodatkowo w 9 sprawach (8,3%) wyrok zapadł

w postępowaniu nakazowym. Wszystko to są formy postępowania uproszczonych, wprowadzone ze względów ekonomii procesowej i dla przyspieszenia postępowania. Pod wieloma względami sprawy o posiadanie narkotyków nadają się idealnie do rozpatrywania w takim trybie, bo dowodowo są oczywiste: fakt posiadania i wina sprawcy są najczęściej bezsporne. W takich trybach postępowania nie ma jednak miejsca na zbieranie jakichkolwiek danych osobopoznawczych, diagnozowanie sprawcy i zastanawianie się nad możliwymi do zastosowania środkami terapeutycznymi, a tym samym na realizację ważnych celów postępowania z użytkownikami narkotyków. Gdyby sądy miały wnikać w te sprawy, nie mogłyby korzystać z uproszczonych trybów postępowania, a to w sprawach tak drobnych wydaje się z punktu widzenia organów procesowych najwyraźniej pozbawione sensu. Taki stan rzeczy pokazuje dobitnie, że prawo karne i proces karny okazują się wyjątkowo „topornymi” instrumentami oddziaływania na osoby używające narkotyków. Pomimo prób wzbogacenia repertuaru stosowanych w tym zakresie środków, jakie w ostatnich latach podjął ustawodawca, okazuje się bowiem, że – przynajmniej w praktyce – szersze wpręgnięcie organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości do realizacji celów profilaktyczno-terapeutycznych – zalecane przez wiele dokumentów europejskich – zdaje się w Polsce natrafiać na istotne przeszkody. Rzecz w tym, że prawo karne i proces karny są jednak ze swej istoty przede wszystkim instytucjami nastawionymi na stosowanie represji.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Nie podlega karze sprawca występku określonego w ust. 1, który posiada na własny użytek środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej.
- <sup>2</sup> Badania te przeprowadzone zostały z inicjatywy Małopolskiego Stowarzyszenia PROBACJA, przy wsparciu finansowym z programu *International Harm Reduction Development* w ramach *Open Society Institute* oraz Komisji Europejskiej, jako część projektu *Connections – Integrated responses to drugs and infections across European criminal justice systems*.
- <sup>3</sup> a. Kto, wbrew przepisom ustawy, posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.  
b. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w ust. 1, jest znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.  
c. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.
- <sup>4</sup> Większość badanych spraw w 2005 roku kwalifikowana była jeszcze z art. 48 u.o.p.n. z 1997 roku, a jedynie nieliczne z nowej. Dalsze rozważania dla uproszczenia odwoływać się będą jednak jedynie do art. 62 u.o.p.n. 2005 roku. Oba przepisy nie różnią się bowiem między sobą w istotny sposób.
- <sup>5</sup> Suma wszystkich przypadków daje liczbę większą od 108 (141), albowiem w kilku przypadkach mieliśmy do czynienia z posiadaniem przez sprawcę kilku różnych środków.
- <sup>6</sup> Tak było w 2005 roku. Dzisiaj jest to 8 lat.

*Wyniki badań nad wpływem narkotyków na przewodnictwo nerwowe stanowią ważne wskazówki dla opracowania nowych leków oraz prowadzenia terapii behawioralnej.*

# WPŁYW NARKOTYKÓW NA PRZKAŹNICTWO NERWOWE\*

Carl Sherman

Stały współpracownik NIDA Notes (wydawnictwo National Institute on Drug Abuse)

Narkotyki zmieniają sposób myślenia, odczuwania i zachowania poprzez zakłócanie przekąźnictwa nerwowego (neurotransmisji), tj. procesu komunikacji między komórkami mózgu. Badania z ostatnich kilkudziesięciu lat wykazały, że uzależnienie od narkotyków oraz nałogi są oznaką choroby mózgu, spowodowanej kumulującym się wpływem narkotyków na przekąźnictwo nerwowe. Opierając się na tych podstawowych stwierdzeniach, naukowcy prowadzą eksperymenty, które mają lepiej wyjaśnić fizjologiczne podstawy podatności na nadużywanie narkotyków, a także mechanizmy uzależnienia.

## Czym jest przekąźnictwo nerwowe?

Człowiek czyta. Słowa zapisane na kartce trafiają do mózgu poprzez oczy i zostają przełożone na informacje, które są przekazywane z komórki do komórki, do obszarów, w których mózg przetwarza bodźce wzrokowe, przypisuje im znaczenie i łączy z pamięcią. Wewnątrz komórek informacja przybiera formę sygnału elektrycznego, natomiast przechodząc przez mikroskopowe przestrzenie międzykomórkowe, które oddzielają od siebie komórki, przybiera formę sygnału chemicznego. Wyszczególnione substancje chemiczne, które przenoszą sygnały poprzez przestrzenie międzykomórkowe lub synapsy, nazywają się neuroprzekąźnikami (neurotransmiterami).

Przekąźnictwo nerwowe jest zatem niezbędną cechą reagowania mózgu na otoczenie i bodźce. Chcąc zrozumieć ideę przekąźnictwa nerwowego, porównajmy mózg do komputera. Na komputer składają się elementy podstawowe (półprzewodniki), które połączono w obwody; komputer przetwarza informacje, pozwalając prądowi elektrycznemu przepływać z jednego ele-

mentu do drugiego, a ilość prądu i jego trasa poprzez obwody określają końcowy wynik. Odpowiednikami półprzewodników w komputerze są w mózgu neurony, których jest około 100 mld. Mózg przekazuje informacje z jednego neuronu do drugiego, wykorzystując prąd elektryczny oraz neuroprzekąźniki. Siła sygnałów oraz szlaki, którymi płyną przez mózg, określają, co postrzegamy, o czym myślimy, co czujemy i robimy. Oczywiście, mózg – będąc organem żywym – jest znacznie bardziej złożony i posiada większe możliwości niż jakikolwiek maszyna. Komórki mózgowe odpowiadają na większą ilość i różnorodność „danych wejściowych” niż jakikolwiek półprzewodnik, a ponadto mogą się zmieniać i rosnąć, zmieniać konfiguracje swoich obwodów.

## Najważniejsze pytania badawcze

Badacze mózgu starają się zrozumieć, dlaczego nadużywa się narkotyków, a gdy mowa o skutkach nadużywania – koncentrują się na dwóch kwestiach:

- Na który neuroprzekąźnik lub na które neuroprzekąźniki wpływa narkotyk?
- Jak narkotyk zmienia przekąźnictwo nerwowe?

## Na który neuroprzekąźnik lub na które neuroprzekąźniki wpływa narkotyk?

Doświadczenia związane z nadużywaniem narkotyku stanowią odzwierciedlenie ról funkcjonalnych danego neuroprzekąźnika, którego działanie zostaje zakłócone przez przyjęcie danego narkotyku. Każdy pojedynczy neuron wytwarza jeden lub więcej neuroprzekąźników: dopaminę, serotoninę, acetylocholinę lub którykolwiek z kilkunastu innych odkrytych przez naukowców.

\* Przedruk z NIDA Notes, Vol. 21, Nr 4 (październik 2007); [www.nida.nih.gov/NIDA\\_Notes](http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes).

neuroprzekaźnik	obecność w centralnym systemie nerwowym	funkcje, na które wpływa	narkotyki, które wpływają na neuroprzekaźnik
dopamina	śródmózgowie, obszar brzuszny nakrywki (VTA), kora mózgowa, podwzgórze	przyjemność i nagroda ruch, uwaga, pamięć	kokaina, metamfetamina, amfetamina; ponadto właściwie wszystkie narkotyki pośrednio lub bezpośrednio zwiększają ilość dopaminy na szlakach bodźców nagród
serotonina	śródmózgowie, VTA, kora mózgowa, podwzgórze	nastrój, sen, popęd płciowy, apetyt	MDMA (ecstasy), LSD, kokaina
noradrenalina	śródmózgowie, VTA, kora mózgowa, podwzgórze	przetwarzanie bodźców zmysłowych, ruch, sen, nastrój, pamięć, lęk	kokaina, metamfetamina, amfetamina
endogenne opiaty (endorfina i enkefalina)	rozpowszechnione w mózgu; w zależności od obszaru występują różne receptory, rdzeń kręgowy	analghezja, uspokojenie, tempo funkcji życiowych, nastrój	heroina, morfina, środki przeciwbólowe na receptę (oksykodon)
acetylocholina	hipokamp, kora mózgowa, wzgórze wzrokowe, zwoje podstawy mózgu, mózdzek	pamięć, podniecenie, uwaga, nastrój	nikotyna
endogenne kannabinoidy (anandamid)	kora mózgowa, hipokamp, wzgórze wzrokowe, zwoje podstawy mózgu	ruch, pojmowanie/ poznawanie i pamięć	marihuana
glutaminian	rozpowszechniony w mózgu	aktywność neuronów (zwiększona), uczenie się, pojmowanie/poznawanie, pamięć	ketamina, fencyklidyna (PCP), alkohol
kwasi gamma-aminomasłowy (GABA)	rozpowszechniony w mózgu	aktywność neuronów (spowolniona), lęk, pamięć, zniesienie czucia	środki uspokajające i trankwilizujące, alkohol

Każdy z neuroprzekaźników wiąże się z konkretnymi skutkami działania, w zależności od jego rozmieszczenia w poszczególnych obszarach funkcjonalnych mózgu. Na przykład dopamina występuje w dużym stężeniu w obszarach regulujących motywację i odczuwanie nagrody, co stanowi o jej dużym znaczeniu dla zachowań kompulsywnych, jakim jest m.in. nadużywanie narkotyków. Działanie neuroprzekaźnika zależy też od tego, czy będzie on pobudzał czy wyhamowywał działanie neuronów, na które wpływa.

Działanie części narkotyków przede wszystkim zakłóca jeden neuroprzekaźnik lub jedną ich klasę. Na przykład osoby nadużywające narkotyków z grupy opiatów doświadczają zmian, które są podobne (choć o większym natężeniu) do tych, które towarzyszą normalnym fluktuacjom naturalnych neuroprzekaźników opiatowych w mózgu – endorfiny i enkefaliny charakteryzujących się obniżoną podatnością na ból, wyższym pobudzeniem i zwolnionym oddechem (por. tabela). Niektóre narko-

tyki wchodzi w interakcję z więcej niż jednym typem neuroprzekaźników. Kokaina na przykład dołącza się do struktur regulujących dopaminę, doprowadzając w ten sposób do stanu euforii, z drugiej jednak strony doprowadza też do zmian w poziomie noradrenaliny i glutaminianu, które są źródłem jej stymulującego działania.

Ponieważ neuroprzekaźnik często pobudza lub hamuje komórkę, która wytwarza inny neuroprzekaźnik, narkotyk, który wpływa na poziom jednego, może mieć też wtórny wpływ na inne neuroprzekaźniki. Prawdę mówiąc, najważniejszy skutek, jaki wydaje się być wspólny dla wszystkich nadużywanych narkotyków – tj. znaczny wzrost przekazywania sygnałów poprzez dopaminę w jądrze półleżącym, który prowadzi do euforii i pragnienia, by powtórzyć doznanie – w wielu przypadkach nie jest osiągany bezpośrednio. Nikotyna na przykład pobudza bezpośrednio komórki uwalniające dopaminę przez stymulację ich receptorów



acetylocholinę, a także pośrednio przez wyzwalanie wyższych poziomów glutaminianu – neuroprzekaźnika, który działa jak akcelerator aktywności neuronów w mózgu<sup>1</sup>.

## Jak narkotyk zmienia przekąźnictwo nerwowe?

Przekąźnictwo nerwowe to proces cykliczny, który zachodzi kilkietapowo, z wykorzystaniem wyspecjalizowanych elementów komórek wysyłających i odbierających (zobacz rys. *Przekazywanie informacji*). Dokładne określenie, w jaki sposób oraz który z etapów narkotyk zakłóca, stanowi bardzo ważną informację o jego wpływie na osoby nadużywające go oraz stanowi klucz do określenia interwencji medycznych i behawioralnych w celu zahamowania, zapobieżenia bądź odwrócenia zakłócenia.

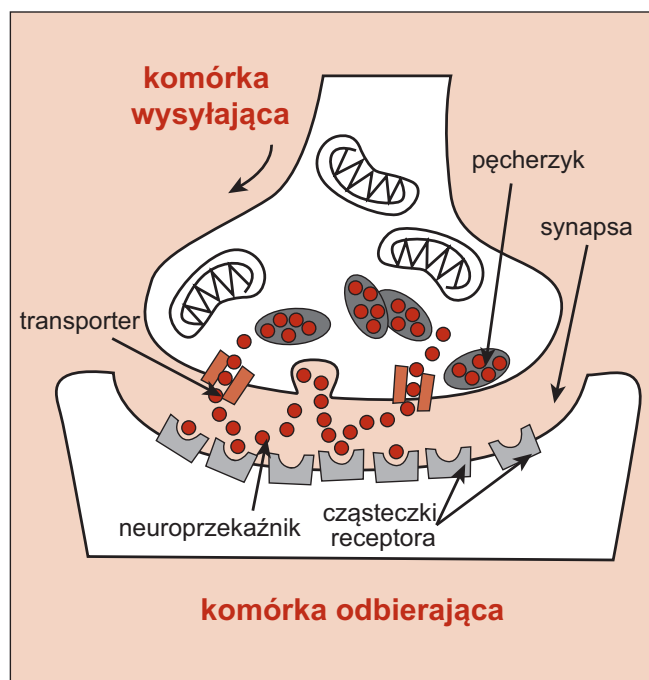
Niektóre narkotyki wiernie naśladują neuroprzekaźniki. Narkotyki opiatowe, jak np. heroina i OxyContin (oksykodon), są wystarczająco podobne chemicznie do opiatów naturalnie występujących w mózgu, by wiązać i stymulować specyficzne dla nich receptory. Ponieważ heroina pobudza o wiele więcej receptorów niż mózg wykorzystuje w normalnym cyklu uwalniania i wychwytu endorfiny i enkefaliny, wynikiem jest silne wzmocnienie działania opiatów. Marihuana i haszysz naśladują neuroprzekaźniki kannabinoidyczne, w tym najważniejszy z nich – anandamid. Nikotyna wiąże się z receptorami acetylocholinę, neuroprzekaźnika systemu cholinergicznego.

Niektóre narkotyki zmieniają przekąźnictwo nerwowe, wchodząc w interakcję z innymi niż receptory molekularnymi składnikami procesu wysyłania i reagowania (odpowiadania) na informację. Na przykład kokaina wiąże się z transporterem dopaminy, który wychwytuje wolną dopaminę z synaps i powraca z nią do komórki wysyłającej. Tak długo jak transporter zawiera kokainę, dopamina nie jest w stanie przebyć drogi między komórkami. Dochodzi do zwiększania się jej ilości w synapsie, co silniej pobudza receptory komórek odbierających i powoduje znacznie większy niż w warunkach naturalnych wpływ dopaminy na komórki odbierające. „Połączenia dopaminowe kokainy” pokazują kilka spośród interakcji, w jakie wchodzi kokaina z mechanizmami sygnalizacji dopaminowej, wyjaśniając jednocześnie, w jaki sposób interakcje te

stają się czynnikiem zachęcającym do „brania” oraz przyczyniają się do uzależnienia i nałogu.

Wreszcie, część narkotyków zmienia przewodzenie nerwowe przy pomocy mechanizmów innych niż zwiększanie bądź zmniejszanie ilości receptorów podlegających stymulacji. Takie benzodiazepiny jak diazepam lub lorazepam wzmacniają reakcję komórek odbierających, gdy do ich receptorów przyłącza się neuroprzekaźnikowy kwas gammaaminomasłowy (GABA). Odczuwalne w przypadku benzodiazepin odprężenie wynika z podniesienia wrażliwości na działanie GABA hamujące aktywność komórek.

Rys. Przekazywanie informacji



Zadaniem przekąźnictwa nerwowego jest przekazanie sygnału z komórki wysyłającej do komórki odbierającej poprzez otwartą przestrzeń zwaną synapsą. We wszystkich komórkach mózgowych dzieje się to w podobny sposób.

Komórka wysyłająca wytwarza człeczki neuroprzekaźnika i przechowuje je w pakietach zwanych pęcherzykami. Odpowiednio pobudzona komórka wytwarza sygnał elektryczny, co powoduje przeniknięcie części pęcherzyków przez błonę komórkową, otwarcie i uwolnienie zawartości do synapsy. Część człeczki dryfuje poprzez synapsę i ustawia się – podobnie jak klucz przy zamku – naprzeciwko człeczki zwanych receptorami na powierzchni komórki odbierającej. Receptory łączą obie strony



blony komórkowej: posiadają jedną powierzchnię na zewnątrz i jedną wewnątrz komórki. Kiedy neuroprzekaźnik ustawi się przy powierzchni zewnętrznej, wewnętrzna wytwarza reakcję elektryczną w błonie komórkowej lub wewnątrz komórki. Jej wynikiem może być zwiększone wytwarzanie któregoś z produktów komórki lub – często – powtórzenie procesu opisanego powyżej, tak, by informacja została przekazana do kolejnej komórki obwodu.

W tym miejscu proces komunikacji międzykomórkowej dobiegł końca. Cząsteczki neuroprzekaźnika odpadają od receptorów. Będąc z powrotem wolne w synapsie, mogą doświadczyć jednej z trzech sytuacji:

- niektóre przyłączą się do innego receptora;
- inne napotkają enzym – substancję chemiczną, która je rozłoży;
- a jeszcze inne powrócą do komórki wysyłającej poprzez specjalny szlak prowadzący przez błonę aksonu zwany transporterem. Po powrocie do wnętrza komórki są gotowe do ponownego uwolnienia w przyszłych sekwencjach przekazywania nerwowego.

W normalnych warunkach, pod nieobecność narkotyku, cykl uwalniania, rozpadu i powrotu do komórki pozwala na utrzymanie pewnego poziomu neuroprzekaźnika w synapsie, a co za tym idzie – na przekazywanie nerwowe zachodzące w określonych granicach. W większości przypadków, gdy narkotyk trafia do mózgu, powoduje zwiększenie bądź zmniejszenie przekazywania nerwowego w stopniu zdecydowanie przekraczającym standardowe normy.

## Jakie zmiany zachodzą w przypadku przewlekłego nadużywania narkotyków?

Podczas wczesnej fazy eksperymentów z narkotykiem przewodzenie nerwowe normalizuje się w miarę ustępowania odurzenia i wydalania substancji z mózgu. W końcu jednak narkotyk wymusi zmiany w funkcjach i strukturze komórek, co doprowadzi do długotrwałych lub stałych zmian w przekazywaniu nerwowym. Zmiany, o których tu mowa, leżą u podstaw tolerancji narkotykowej, nałogów, objawu odstawienia oraz innych konsekwencji długofalowych.

Niektóre ze zmian zachodzących w dłuższej perspektywie czasowej, powstają jako mechanizmy regulacyjne mające skompensować spowodowane przez narkotyki

zwiększenie intensywności przekazywania sygnałów przez neuroprzekaźniki. Na przykład tolerancja narkotykowa rozwija się zwykle dlatego, że komórki wysyłające zmniejszają ilość wytwarzanego i uwalnianego przez siebie neuroprzekaźnika bądź też komórki odbierające cofają receptory albo w inny sposób ograniczają swoją zdolność reakcji. Naukowcy wykazali na przykład, że w sytuacji ekspozycji na narkotyki z grupy opiatów, komórki wciągają receptory opioidowe do wewnątrz (gdzie nie mogą ulec pobudzeniu). Jednak wydaje się, że w przypadku wystawienia na działanie morfiny, komórki stosują inny mechanizm – wprowadzają wewnętrzne zmiany kompensacyjne, które przynoszą ten sam skutek – zmniejszoną wrażliwość na narkotyki z grupy opiatów i na opiaty naturalne<sup>2</sup>. Z czasem takie zachowania i związane z nimi zmiany „przekalibrowują” reakcje mózgu na pobudzanie opiatami, obniżając je do takiego poziomu, przy którym do normalnego funkcjonowania mózgu potrzebuje dodatkowego pobudzenia ze strony narkotyku. Bez narkotyku pojawia się objaw odstawienia.

Mechanizmy związane z narkotykami prowadzą do nawarstwiających się zmian w przekazywaniu nerwowym, które mogą czasem mieć podłoże genetyczne. Chociaż narkotyk nie może zmienić genów człowieka, może jednak stymulować pewne geny do zwiększenia wytwarzania białek, co prowadzi do zmian w funkcjonowaniu komórek, a nawet do fizycznej zmiany struktury komórkowej. Na przykład u szczurów kokaina i amfetamina pobudzają geny wytwarzające białka wykorzystywane do budowy dendrytów – rozgałęziających się struktur komórkowych zawierających receptory neuroprzekaźników<sup>3</sup> (mózg w normalnych warunkach wytwarza nowe dendryty, ponieważ one rejestrują to, czego się uczymy).

Niektóre narkotyki działają toksycznie na komórki nerwowe, a ich działanie kumuluje się, gdy kontakt komórek z narkotykiem powtarza się. Na przykład popularny w klubach narkotyk MDMA, będący pochodną metamfetaminy, znany pod nazwą ecstazy, niszczy aksony uwalniające serotoninę, co skutkuje zakłóceniem przewodzenia nerwowego serotoniny, które najprawdopodobniej leży u podstaw problemów z pamięcią (doświadczenia ich osoby przez dłuższy czas przyjmujące ten narkotyk)<sup>4</sup>. Podobnie ma się sytuacja z metamfetaminą, która z czasem niszczy tak dużo komórek wysyłających dopaminę, że doprowadza

to do uszkodzeń procesów intelektualnych i motorycznych. W przypadku zaprzestania przyjmowania narkotyku, mechanizmy dopaminowe mogą częściowo się odrodzić, nie jest jednak jasne, czy wraz z nimi powrócą zdolności kognitywne i ruchowe<sup>5</sup>.

## Metody eksperymentalne

Aby określić, czy i jak narkotyk wpływa na konkretny neuroprzebieżnik, badacze zwykle porównują pacjentów, którzy brali narkotyk z osobami, które go nie brały. Doświadczenia tego typu można prowadzić także na zwierzętach. W przypadku zwierząt kontakt z narkotykiem ma często miejsce w warunkach laboratoryjnych, tak zaprojektowanych, by naśladowały spożywanie narkotyku przez ludzi. Badania możemy podzielić na te, w których pomiarów dokonuje się na żywych zwierzętach i ludziach oraz te, w których bada się wypreparowaną tkankę mózgową zwierząt.

## Analizy tkanki mózgowej

Naukowcy mogą wykonywać analizy chemiczne na tkankach w celu ilościowego określenia obecności neuroprzebieżnika, receptora lub innych interesujących ich struktur. Podczas niedawno przeprowadzonego eksperymentu, naukowcy przeanalizowali tkankę mózgową 35-dniowych szczurów i odkryli, że te z nich, które w okresie prenatalnym były wystawione na działanie nikotyny, miały mniejszą ilość receptorów nikotyny w systemie nagradzania niż szczury, które nie miały kontaktu z nikotyną<sup>6</sup>.

Inna doświadczalna metoda wykorzystująca tkanki mózgowie *in vitro*, pozwala naukowcom analizować wpływ narkotyków na przebieżnictwo nerwowe w czasie rzeczywistym. Naukowcy umieszczają tkankę w laboratoryjnym roztworze środków odżywczych pozwalających komórkom na dalsze funkcjonowanie i kontynuację niektórych funkcji życiowych. W takim przypadku naukowcy mogą na przykład dodać badany narkotyk do roztworu i sprawdzać, czy komórki zareagują na to zwiększonym uwalnianiem neuroprzebieżników. Mogą też mierzyć właściwości błon komórkowych lub właściwości elektryczne pobudzające lub spowalniające uwalnianie neuroprzebieżników.

Zarówno w przypadku eksperymentów *in vitro*, jak i na żywych zwierzętach, techniki mierzenia ilości i fluktuacji neuroprzebieżników obejmują mikrodializę i szybkooskanującą cykliczną woltometrię (FSCV). Mikrodializa to pobieranie serii próbek płynu międzykomórkowego zawierających neuroprzebieżnik poprzez mikroskopijnych rozmiarów pipetę umieszczoną w tkance lub żywym mózgu. Technika FSCV – stworzona niedawno przez naukowców pracujących w oparciu o fundusze NIDA – monitoruje fluktuacje neuroprzebieżników w odstępach 1/10 sekundy przy pomocy pomiarów zmian elektrycznych związanych ze stężeniem neuroprzebieżnika<sup>7</sup>.

## Badania na żywych organizmach

Badania na żywych organizmach (zwierzęcych i ludzkich) są konieczne, by powiązać wpływ przyjmowania narkotyku na neuroprzebieżniki z zachowaniami i/lub objawami. Plan eksperymentu jest zawsze taki sam, bez względu na to, czy bada się ludzi czy zwierzęta – badanym podaje się substancję chemiczną o znanym wpływie na dany neuroprzebieżnik, a następnie obserwuje się jej wpływ na ich zachowanie. W większości przypadków podaną substancją jest agonista lub antagonist (bloker) przekazywania sygnałów przez neuroprzebieżnik.

W niedawnym tego typu badaniu zespół badawczy podawał szczurom agonistę glutaminianu. Rezultat tego eksperymentu wykazał, że wynikię stąd podniesienie poziomów neuroprzebieżnika korelowało ze zmniejszeniem zapotrzebowania na kokainę<sup>8</sup>. Inny zespół wykorzystał tę samą strategię, by zanalizować rolę glutaminianu w odstawieniu nikotyny<sup>9</sup>. Tego typu studia stanowią główny sposób identyfikacji klas leków mogących znaleźć zastosowanie w leczeniu nałogów.

Badacze dokonują również genetycznych modyfikacji zwierząt, by nadać im konkretne cechy – jak np. wytwarzanie większych bądź mniejszych ilości konkretnego neuroprzebieżnika lub brak receptorów dla danego neuroprzebieżnika. Badacze podają takim zwierzętom narkotyk i obserwują, czy zwierzę będzie przejawiać jakieś konkretne zachowania związane z podaniem narkotyku, na przykład, czy po podaniu substancji będzie częściej czy rzadziej chodzić nieśpokojnie wzdłuż krat klatki.

## Skanowanie mózgu

Techniki obrazowania mózgu pozwalają badaczom na bezpośrednią ocenę przekąźnictwa nerwowego u ludzi i zwierząt. Przy pomocy tomografii pozytonowej (PET) można dokonywać porównań w obrębie grupy nadużywającej lub z jednostkami nie nadużywającymi, wyliczając różnice w występujących u nich poziomach cząsteczek konkretnego neuroprzekaźnika (np. dopaminy) lub elementu przekąźnictwa nerwowego (np. receptora lub transportera). Przy użyciu PET badacze mogą też dokonywać korelacji przechodzenia narkotyku przez mózg z fluktuacjami badanego neuroprzekaźnika. Mogą wywołać zachowanie (bądź objaw – np. głód narkotykowy) związane z narkotykiem i powiązać fluktuacje neuroprzekaźnika ze wzrostem i spadkiem jego nasilenia.

Jedno z niedawnych studiów wykorzystujących PET wykazało, że palacze mają mniej enzymu monoaminooksydazy B (MAO-B), służącego do rozkładu neuroprzekaźników, od osób niepalących<sup>10</sup>. Względny niedobór MAO-B może wyjaśnić, dlaczego palacze są bardziej zagrożeni nadciśnieniem i innymi chorobami chronicznymi.

Naukowcy wykorzystują PET i funkcjonalny rezonans magnetyczny (fMRI) do monitorowania aktywności metabolicznej wybranych obszarów mózgu. Ponieważ każdy neuroprzekaźnik jest rozmieszczony w poszczególnych obszarach mózgu w sobie tylko właściwy sposób, informacje dotyczące lokalizacji nasilonej bądź zmniejszonej aktywności stanowią wskazówki mówiące o tym, który neuroprzekaźnik podlega zmianom pod wpływem zmian parametrów badania.

## Połączenia kokainy z dopaminą

Badania dotyczące używania kokainy pokazują, jak wiele wymiarów może mieć interakcja pojedynczego narkotyku z działaniem jednego neuroprzekaźnika. Badania pokazują, że kokaina zmienia przewodzenie nerwowe dopaminy, co ma wpływ na:

### Nagrody:

- kokaina wywołuje przyjemne uczucia, które zachęcają do nadużywania narkotyku poprzez podnoszenie stężenia dopaminy w synapsach systemu nagrody;

- oprócz utrzymywania dopaminy w synapsach przez blokowanie jej transporterów, kokaina może pośrednio stymulować uwalnianie dodatkowych porcji dopaminy do synaps przez uruchamianie zapasów, które komórki wysyłające traktują jako rezerwę w normalnych warunkach; ilość przyjemnych uczuć, które daje kokaina, powstaje w dużej mierze dzięki działaniu konkretnego zestawu receptorów dopaminy, znanego pod nazwą receptorów D3.

### Nałogi:

- niektóre badania wykazały, że przejście od przypadkowego używania kokainy do nałogu zaczyna się już w chwili przyjęcia pierwszych dawek. Na przykład przyjęcie już pierwszej dawki kokainy powoduje, że pewne komórki w systemie nagrody w mózgu zwiększają swoją wrażliwość na kolejne pobudzenia;
- u zwierząt, którym podawano nawet niewielką dawkę kokainy, narkotyk zmieniał wrażliwość na dopaminę co najmniej na kilka tygodni;
- po chronicznym nadużywaniu kokainy poziom dopaminy w systemie nagrody wzrasta gwałtownie, kiedy osoba nadużywająca natrafi na skojarzenie związane z narkotykiem;
- mózg w normalnych warunkach wytwarza nowe struktury przejmowania neuroprzekaźników w procesie przekształcania nowych doświadczeń w uczenie się. Kokaina przyspiesza ten proces, co może częściowo tłumaczyć fakt, jak bardzo narkotyk ten angażuje uwagę osoby nadużywającej go.

*tłum. Piotr Krasnowolski*

## Przypisy

- <sup>1</sup> „Nicotine’s Multiple Effects on the Brain’s Reward System Drive Addiction *NIDA Notes* 17-6.
- <sup>2</sup> „Genetic Engineering Studies May Lead to Development of More Effective Pain Relievers”, *NIDA Notes* 15-3.
- <sup>3</sup> „Stimulant Drugs Limit Rats’ Brain Response to Experience”, *NIDA Notes* 19-3.
- <sup>4</sup> „Ecstasy Damages the Brain and Impairs Memory in Humans”, *NIDA Notes* 14-4.
- <sup>5</sup> „Methamphetamine Abuse Linked to Impaired Cognitive and Motor Skills Despite Recovery of Dopamine Transporters”, *NIDA Notes* 17-1.
- <sup>6</sup> „Nicotine Alters the Developing Rat Brain”, *NIDA Notes* 21-2.
- <sup>7</sup> „Microscopic Probe Detects Changes in Brain Chemistry as They Occur”, *NIDA Notes* 19-1.
- <sup>8</sup> „Brain Glutamate Concentrations Affect Cocaine Seeking”, *NIDA Notes* 19-3.
- <sup>9</sup> „Nicotine Withdrawal Linked to Disrupted Glutamate Signaling”, *NIDA Notes* 19-6.
- <sup>10</sup> „Smoking Decreases Key Enzyme Throughout Body”, *NIDA Notes* 19-1.





*Od początku 2008 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii rozpoczęło wdrażanie niemieckiego programu wczesnej interwencji wobec młodzieży używającej środków psychoaktywnych. Polska jest jednym z 17 europejskich krajów biorących udział w projekcie.*

# PROFILAKTYKA SELEKTYWNA – PROGRAM WCZESNEJ INTERWENCJI „FRED GOES NET”

**Robert Rejniak**

*Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii*

*Ekspert KBPN ds. wdrażania projektu Fred Goes Net*

Projekt oraz jego założenia są pomysłem niemieckim. W Polsce jest on realizowany na podstawie umowy zawartej pomiędzy Landschaftsverband Westfalen Lippen – Koordinationsstelle Sucht z siedzibą w Münster, koordynatorem projektu, a Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii jako beneficjentem i koordynatorem po stronie polskiej.

W Niemczech uczestnikami programu są osoby młode, które po raz pierwszy zostały zatrzymane przez policję w związku z przestępstwem polegającym na posiadaniu narkotyków. Proponuje im się udział w programie, który opiera się na metodzie krótkiej interwencji profilaktycznej, mieszczącej się w ramach profilaktyki selektywnej.

## Czym jest profilaktyka selektywna?

Od kilku lat w krajach Unii Europejskiej wprowadza się nowy podział profilaktyki na: uniwersalną, selektywną i wskazującą.

**Profilaktyka selektywna** – to działania adresowane do jednostek lub grup osób, które są w stopniu wyższym niż przeciętny narażone na rozwój problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych.

Selektywność zakłada, że tylko mniejszość spośród młodych ludzi, którzy próbują narkotyków, będzie miała poważne problemy z narkotykami lub uzależni się od nich, a eksperymentowanie z substancjami psychoaktywnymi jest słabym predyktorem uzależnienia. Podczas gdy profilaktyka uniwersalna traktuje grupy docelowe w sposób ogólny, profilaktyka selektywna koncentruje

się na zagrożonych grupach młodzieży, osobach, które cechuje wysoka ekspozycja na czynniki ryzyka.

Rozwój programów selektywnych w Niemczech nie następował bez oporów. Przy wdrażaniu tego typu programów zawsze istnieje obawa przed stygmatyzacją grup docelowych i budowaniem wobec nich uprzedzeń ze strony przedstawicieli niektórych instytucji czy – ogólnie – społeczności lokalnej. Dlatego też autorzy programu Fred, starali się tak dostosować zarówno treści, jak i procedury realizacji, aby uchronić jego uczestników przed tymi zagrożeniami.

## Skąd idea?

Badania modelu konsumpcji i inne niemieckie dane statystyczne (policja i wymiar sprawiedliwości) pokazały wyraźnie, że młodzi ludzie – poza legalnymi substancjami (alkohol) – eksperymentują również z nielegalnymi, przede wszystkim z marihuaną i haszyszem. Można było przy tym wyjść z założenia, że u części z nich chodzi o ryzykowne bądź szkodliwe zażywanie. Działania w obszarze pomocy osobom zażywającym narkotyki i od nich uzależnionym ukierunkowane były głównie na unikanie zażywania (profilaktyka uniwersalna) i na leczenie uzależnienia (profilaktyka wskazująca). Z badań wynikało również, że brakowało wyraźnie propozycji skierowanych do młodzieży i młodych dorosłych, których zażywanie narkotyków było od samego początku problematyczne. Wczesne interwencje podejmowane wobec tej kategorii osób – jak pokazują doświadczenia osób pijących alkohol w sposób problemowy – mogłyby



przyczynić się wg autorów koncepcji do zapobiegania szkodliwym następstwom zażywania narkotyków.

Wielu zażywających nielegalne środki psychoaktywne było odnotowywanych przez policję już przy pierwszej konsumpcji, zanim dowiedzieli się o tym rodzice lub inne bliskie im osoby. Nawet jeśli zgodnie z § 31a niemieckiej ustawy o środkach odurzających BtMG możliwe jest zawieszenie wobec takich osób postępowania, to ustawodawca tutaj również chciał podkreślić znaczenie dewizy „pomoc przed karą”. Takie rozwiązanie, chociaż znajduje się w prawie, było rzadko spotykane w praktyce.

Biorąc pod uwagę wyniki badań dotyczących współczesnego modelu zażywania narkotyków przez młodych ludzi, zalecaną przez specjalistów wczesną i prawno-karną interwencję, a przede wszystkim policyjną praktykę dochodzeń, Landschaftsverband Westfalen Lippen, Wydział Zdrowia, a także Punkt Koordynacyjny Sucht rozwinęły wspólnie koncepcję pod nazwą *Wczesna interwencja wobec osób młodych po raz pierwszy notowanych z powodu narkotyków – FreD*.

Myślą przewodnią tej koncepcji jest wczesne wyjście z krótką, trafną i możliwie dobrowolnie przyjmowaną ofertą skierowaną do osób młodych (14-21 lat), albo też do młodych dorosłych (do 25. roku życia), którzy z powodu zażywania narkotyków weszli po raz pierwszy w konflikt z prawem (byli notowani na policji).

Początkowo projekt był realizowany w Westfalii, z czasem w innych 8 landach niemieckich, a obecnie, po uzyskaniu rekomendacji niemieckiego Ministerstwa Zdrowia oraz odpowiednich komisji UE, zostaje rozpowszechniony w innych krajach jako projekt pilotażowy.

## Zasady koncepcji „FreD Goes Net”

**Wczesnie reagować**, tzn. możliwie jak najszybciej po pierwszej konsumpcji, aby w odpowiednim czasie zrealizować cele profilaktyki uzależnień (m.in. zdobycie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach ryzyka, abstynencja). Wcześniej również dlatego, ponieważ np. konsumenci marihuany wśród klientów poradni dla narkomanów i poradni leczenia uzależnień szukają specjalistycznej pomocy dopiero po ok. 6 latach zażywania narkotyku.

**Krótko i trafnie**, ponieważ oczekuje się, że tylko krótka oferta, ukierunkowana na uczenie się, zostanie zaakceptowana przez grupę docelową. Ponadto w opiece medycznej uwzględniono wyniki badań na temat krótkiej

interwencji wobec osób z zaburzeniami wynikającymi z zażywania narkotyków bądź ryzykiem ich wystąpienia. Według nich już dzięki krótkim interwencjom można było osiągnąć wyniki regulujące zażywanie bądź wspierające zdrowie.

**Dobrowolnie**. Oferta powinna być dobrowolna, ponieważ w przeciwieństwie do sądowego przymusu (np. nakaz sądu) właśnie jako taka zapewnia lepsze warunki do osiągnięcia celu. Nie można przy tym przeoczyć tego, że, ze względu na bycie notowanym po raz pierwszy przez policję, jak i aż do decyzji prokuratora o zawieszeniu „otwartego” postępowania karnego, istnieje pewna „sytuacja przymusu”, która powinna być wykorzystana przy proponowaniu pomocy.

Koncepcyjne punkty ciężkości oferty to:

- Informacja o ofercie. Przekazywana jest przez pedagogów szkolnych, psychologów, policję, prokuraturę, sądy i kuratorów w formie ujednoliconej ulotki, która zawiera informacje na temat treści oferty i możliwości nawiązania kontaktu z osobą prowadzącą. Ulotkę przekazuje się osobie młodej w sytuacji, gdy jest ona odnotowana przez szkołę lub policję.
- Rozmowa indywidualna ze specjalistami poradni dla osób uzależnionych bądź mających problem z narkotykami. Rozmowa ma na celu bardziej szczegółowe przedstawienie oferty pomocy, omówienie sytuacji osoby młodej z perspektywy zażywania przez nią środków psychoaktywnych i zmotywowaniu jej do wzięcia udziału w programie. Ponadto spotkanie ma rozstrzygnąć, czy osoba kwalifikuje się do programu FreD (m.in. przez wyłączenie z niego osób zaburzonych psychicznie lub uzależnionych) oraz przekazać informacje na temat psychospołecznych form pomocy. W końcu kontakt indywidualny dla zainteresowanych osób pełni także funkcję pewnego rodzaju mostu prowadzącego do odpowiedniej na ten moment oferty pomocy.
- Krótka interwencja. Ma kształt 8-godzinnego cyklu zajęć (cztery razy po dwie godziny bądź dwa razy po cztery godziny). Poszczególne moduły szkoleniowe są metodycznie i dydaktycznie przygotowywane przez specjalistów i merytorycznie ukierunkowane na takie tematy, jak: sytuacja prawna, wiedza o narkotykach, zdrowie, zachowania społeczne i system pomocy. W ramach zajęć przewidywane jest również korzystanie z wykładowców z zewnątrz (np. prawnicy, lekarze). Uczestnicy kursu otrzymują na własną

prośbę zaświadczenia o wzięciu w nim udziału. Kurs jest pomyślany jako oferta dla grupy, po to, aby jego uczestnicy mogli nawiązać ze sobą kontakt, wspierać się i wzajemnie konstruktywnie motywować.

Może się wydawać, że zawartość merytoryczna programu niczym nie odbiega od naszych standardowych oddziaływań edukacyjnych czy profilaktycznych w obszarze uzależnień, jednakże z uwagi na wykorzystywane podstawy teoretyczne z konkretnych nurtów psychoterapii oraz zastosowane techniki i metody, wprowadzające niezwykłą dynamikę pracy grupy, sugerowane działania stają się wartościowym narzędziem pracy.

## Wdrażanie projektu w Polsce

Założeniem programu pilotażowego w naszym kraju jest jego realizacja w dwóch miejscowościach o zupełnie różnej specyfice: różnych uwarunkowaniach społeczno-ekonomicznych, strukturach zatrudnienia, stopach bezrobocia czy liczbie mieszkańców. Dlatego też będzie on wdrażany w Bydgoszczy (kujawsko-pomorskie) i Bartoszycach (warmińsko-mazurskie).

W pierwszym etapie projektu została dokonana analiza zasobów i deficytów dotyczących ofert w obszarze profilaktyki selektywnej oraz określenie potrzeb, czynników utrudniających oraz ułatwiających wdrażanie projektu zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym.

W odróżnieniu od niemieckich założeń, gdzie podstawową ścieżką dostępu do programu była policja, w naszym kraju główną ścieżką dostępu do grupy docelowej – i tym samym główną instytucją, z którą planowane jest podjęcie współpracy przy wprowadzaniu projektu – jest szkoła.

W Polsce prawo zobowiązuje szkołę do podejmowania działań profilaktycznych w zakresie zachowań problemowych dzieci i młodzieży, a także do działań interwencyjnych w sytuacjach kryzysowych czy trudnych. W realizacji tych zadań szkoła powinna współpracować z rodziną ucznia oraz różnymi instytucjami (poradnia psychologiczno-pedagogiczna, policja, sąd).

Szkoła ma prawny obowiązek reagowania w przypadku zidentyfikowania ucznia zagrożonego demoralizacją lub używającego substancji psychoaktywnych (m.in. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem – Dz.U. z 2003 r. Nr 26, poz. 226).

Poprzez współpracę ze szkołą możliwe będzie dotarcie do młodzieży używającej substancji psychoaktywnych (narkotyków, alkoholu). W odniesieniu do młodzieży, która popełniła czyn karalny związany z narkotykami (tj. posiadanie narkotyków), instytucją właściwą do współpracy powinna być policja i sąd rodzinny (kuratorzy) zajmujący się orzekaniem i nadzorem nad wykonywaniem orzeczonych środków wychowawczych lub poprawczych.

## Grupa docelowa

W związku z wyborem szkoły jako głównej ścieżki dotarcia do grupy docelowej, spodziewamy się, że do programu będą kierowane osoby w wieku pomiędzy 13. a 19. rokiem życia w związku z używaniem substancji psychoaktywnych. W efekcie podjęcia współpracy z takimi instytucjami, jak policja i sąd, do programu może być kierowana również młodzież starsza – do 21. roku życia.

Do programu poza osobami używającymi nielegalnych substancji psychoaktywnych kwalifikowane będą również osoby używające alkoholu. Uwzględnienie powyższego kryterium kwalifikacji podyktowane jest wynikami badań dotyczących używania alkoholu przez młodzież na poziomie krajowym i lokalnym, wzorami używania substancji przez młodzież (dość częste łączenie alkoholu z substancjami nielegalnymi), a także obowiązującymi w szkole procedurami działań interwencyjnych (dotyczą również problemu picia przez ucznia alkoholu).

## Potencjalne trudności przy wdrażaniu projektu

Potencjalne trudności w implementacji programu mogą być związane z następującymi czynnikami:

- brak realnych działań ze strony partnerów w projekcie, pomimo deklaracji współpracy i zawartych porozumień,
- niechęć szkół do ujawniania przypadków używania narkotyków przez uczniów na terenie szkoły związana m.in. z obawą utraty prestiżu placówki w rankingu szkół i społeczności lokalnej,
- bagatelizowanie skali problemu przez szkołę,
- trudności szkoły w zidentyfikowaniu ucznia używającego narkotyków w związku z niewystarczającymi kompetencjami/wiedzą szkoły w tym zakresie,

- trudności we współpracy z rodzicami – opór ze strony rodziców, zaprzeczanie istnieniu problemu, brak zgody na uczestnictwo dziecka w programie,
- nieprawidłowy dobór uczestników do programu – zgłaszanie do programu uczniów sprawiających trudności wychowawcze, a nie używających narkotyków,
- postrzeganie współpracy w realizacji projektu jako wykraczającej poza zakres obowiązków pracowników lub statutowych instytucji,
- ograniczenia spowodowane biurokracją,
- brak możliwości realnej współpracy w projekcie ze względu na aktualnie wykonywane zadania.

## Czynniki ułatwiające wprowadzanie projektu

Przeprowadzona w ramach badania RAR diagnoza potrzeb, przegląd przepisów prawnych oraz ocena uwarunkowań lokalnych umożliwiła określenie głównych czynników ułatwiających wdrażanie projektu „FreD Goes Net”. Czynniki te można podzielić na kilka kategorii.

### Zasoby prawne

- Prawo dotyczące problemu narkomanii (ustawa, Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii) zobowiązujące samorządy lokalne oraz takie instytucje, jak szkoła i policja do przeciwdziałania narkomanii.
- Samorządy lokalne są zobowiązane do opracowania, wdrożenia i finansowania gminnego programu przeciwdziałania narkomanii.
- Prawo oświatowe szczegółowo określa zadania szkoły w zakresie profilaktyki i sposoby reagowania w sytuacjach związanych z narkotykami. Od 2004 roku w szkołach są wdrażane procedury współpracy z policją w sprawach dotyczących zagrożenia młodzieży demoralizacją.
- Prawo karne dotyczące narkomanii umożliwia zawieszenie prowadzonego postępowania w przypadku udziału osoby używającej narkotyków w programie o charakterze leczniczym lub edukacyjnym. Podobnie prawo dotyczące osób nieletnich umożliwia orzeczenie w przypadku popełnienia czynów karalnych (np. posiadania narkotyków) środków o charakterze wychowawczym.

### Zasoby instytucjonalne

- Koordynatorem projektu jest Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), centralna instytucja statutowo zajmująca się zagadnieniem narkomanii. KBPN na bieżąco współpracuje zarówno z samorządem terytorialnym, organizacjami pozarządowymi, jak i innymi podmiotami działającymi w obszarze przeciwdziałania narkomanii.
- Na poziomie lokalnym samorząd gminy może powołać pełnomocnika do realizacji programu przeciwdziałania narkomanii.
- W Polsce działa kilkadziesiąt organizacji pozarządowych zajmujących się statutowo rozwiązywaniem problemu narkomanii. Organizacje te są uprawnione do realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii zleconych przez instytucje centralne, takie jak Ministerstwo Zdrowia czy Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz przez samorząd lokalny.

### Zasoby programowe

- W Polsce w ramach projektu Transition Facility, realizowanego przez Fundację Rozwoju Demokracji Lokalnej, którego beneficjentem było KBPN, przeszkolono przedstawicieli ponad 30% samorządów lokalnych w zakresie przygotowania i realizacji gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Program szkolenia obejmował również zagadnienia dotyczące profilaktyki selektywnej.
- Na poziomie ogólnopolskim wdrażany jest też program szkolnej interwencji profilaktycznej, a do dyspozycji szkół są opracowane przez MSWiA procedury współpracy z policją.

### Zasoby lokalne

- Na poziomie lokalnym jest prowadzona współpraca i funkcjonują osobiste kontakty pomiędzy różnymi instytucjami z racji realizacji lokalnych projektów profilaktycznych.
- Przeprowadzono diagnozę lokalnych potrzeb dotyczących funkcjonowania programów profilaktyki selektywnej.

W Polsce oferta programów profilaktyki selektywnej, mająca charakter krótkoterminowej, wczesnej interwencji, jest obecnie wysoce niewystarczająca. Zidentyfikowane

programy nie posiadają udokumentowanych wyników badań potwierdzających ich skuteczność w rozwiązywaniu problemu używania narkotyków.

Wdrożenie projektu „FreD Goes Net” umożliwi wzbogacenie oferty programów skierowanych do młodzieży używającej narkotyków o program wyposażony w pełną procedurę, monitoring i narzędzia ewaluacyjne. Projekt pilotażowy pozwoli z pewnością na sprawdzenie i weryfikację, czy będzie on równie skuteczny w polskich warunkach.

## Bibliografia

Kręt A., Udział Polski w europejskim projekcie *Fred Goes Net*, Serwis Informacyjny Narkomania 4 (39) 2007.

FreD Goes Net. Wczesna interwencja dla młodych osób używających narkotyków, [www.narkomania.gov.pl](http://www.narkomania.gov.pl).

Niemiecka strona programu: [www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl\\_ks/Projekte\\_KS1/Fgn-english](http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english).

### WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Warsztaty szkoleniowe dla trenerów w ramach programu „FreD Goes Net”	28 września–4 października	Linz, Austria
Coroczne spotkanie EMCDDA ekspertów wskaźnika choroby zakaźne związane z narkotykami (DRID)	6-7 października	Lizbona, Portugalia
Akademia REITOX EMCDDA dotycząca losowania metodą RDS	8 października	Lizbona, Portugalia
Coroczne spotkanie EMCDDA ekspertów wskaźnika problemowych użytkowników narkotyków (PDU)	9-10 października	Lizbona, Portugalia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	13-14 października	Bruksela, Belgia
Spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków	22 października	Paryż, Francja
Spotkanie koordynatorów programu ESPAD	październik	Ryga, Łotwa
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	13 listopada	Bruksela, Belgia
Spotkanie Troiki z delegacjami USA i Maroka	14 listopada	Bruksela, Belgia
Spotkanie dotyczące projektu badawczego „Standardy programu profilaktycznego w Europie”	listopad	Liverpool, Wielka Brytania
44. Spotkanie Head of National Focal Point	19-21 listopada	Lizbona, Portugalia
Coroczne spotkanie EMCDDA ekspertów wskaźnika śmiertelnych przedawkowań z powodu narkotyków	27-28 listopada	Lizbona, Portugalia
Spotkanie Grupy Dublińskiej	15 grudnia	Bruksela, Belgia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	16 grudnia	Bruksela, Belgia
Spotkanie Komitetu Technicznego EU/LAC	17 grudnia	Bruksela, Belgia

### SPOTKANIA KRAJOWE

XV spotkanie Ekspertów Wojewódzkich, Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego oraz CINN KBPN	16-18 października	Szczecin
I spotkanie placówek biorących udział w projekcie wdrażania systemu zgłaszalności do leczenia (TDI), CINN KBPN	3-4 listopada	Falenty
Ogłoszenie raportu rocznego EMCDDA, CINN KBPN	6 listopada	Warszawa
Spotkanie na temat „Praca projektowa w profilaktyce uzależnień między Niemcami i Polską”; MCPS	14-16 listopada	Brok
62. Spotkanie Stałych Korespondentów Grupy Pompidou, KBPN	25 listopada	Warszawa
Śródkresowa Konferencja Grupy Pompidou pod przewodnictwem polskiej prezydencji w Grupie Pompidou	26 listopada	Warszawa
Szkolenie w ramach wskaźnika zgłaszalności do leczenia (TDI), CINN KBPN	grudzień	Falenty
Szkolenie dla gmin dotyczące prowadzenia monitorowania problemu narkotyków na poziomie lokalnym, Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego	3-5 grudnia	Łódź
Konferencja poświęcona psychoterapii w leczeniu osób uzależnionych; PARPA, KBPN, Fundacja ETOH	8-10 grudnia	Toruń



*Działania z zakresu public relations, prowadzone na poziomie lokalnym w celu wzmocnienia oddziaływań edukacji publicznej, powinny mieć charakter ustrukturalizowany i długofalowy. Podstawą realizacji projektów PR – także związanych z obszarem zdrowia publicznego – powinien być system komunikacji z mediami, możliwy dzięki odpowiedniej strukturze wewnętrznej organizacji.*

## WSPÓŁPRACA Z MEDIAMI NA POZIOMIE LOKALNYM JAKO NARZĘDZIE EDUKACJI PUBLICZNEJ – CZĘŚĆ II

Tomasz Zakrzewski

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Artykuł prezentuje sposób planowania prac działu odpowiedzialnego w strukturze instytucji władz lokalnych czy organizacji NGO za obszar *public relations*.

### Motywacja

Wraz z rozwojem samorządności w Polsce oraz sektora non-profit wzrasta przekonanie o znaczeniu mediów w realizacji zadań z obszaru promocji zdrowego stylu życia i przeciwdziałania negatywnym zjawiskom społecznym. Podstawą do organizacji prac PR przez władze samorządowe jest nie tylko obowiązek ustawowy (ustawa z dnia 6 września 2001 roku o dostępie do informacji publicznej), ale także przekonanie, że PR jest efektywnym narzędziem ułatwiających realizację wielu zadań. W przypadku NGO podejmowanie działań z zakresu *public relations* prowadzi do wzmocnienia pozycji organizacji na rynku. Dla obu typów organizacji jest to także korzystne ze względów wizerunkowych.

### Organizacja zasobów

#### Komórka organizacyjna odpowiedzialna za PR

Podstawą podjęcia działań PR jest powołanie komórki organizacyjnej, która zajmowałaby się organizacją *public relations* i *media relations*.

Biuro prasowe czy dział PR powinien mieć jasno określone cele, podporządkowane misji i celom organizacji, którą reprezentuje. Pozostałe elementy struktury organizacyjnej powinny być zobowiązane do wspomagania działalności PR. Współpraca taka stanie się możliwa dzięki odpowiedniej strukturze wewnątrzorganizacyjnego prze-

plywu informacji. Niezbędny jest scentralizowany model zarządzania. W sytuacji kryzysowej oraz na poziomie długofalowych procesów informacyjnych czy edukacyjnych komunikaty powinny być nadawane z jednego, wiarygodnego źródła. Dzięki temu unika się przekazu sprzecznych informacji podważających rzetelność nadawcy.

Komórka PR, by zacząć swoją pracę, musi być umiejscowiona wysoko w hierarchii organizacji. Warunkiem wręcz niezbędnym jest, by osoba odpowiedzialna za relacje z mediami i zarządzanie informacją podlegała bezpośrednio władzom urzędu lub NGO. Dzięki temu będzie miała bezpośredni dostęp do najważniejszych informacji bez przekłamań i zniekształceń oraz możliwość wywierania wpływu na politykę medialną instytucji.

Dział PR powinien mieć jasno określone zadania przynajmniej w dwóch podstawowych obszarach.

Pierwszy – *public relations* o charakterze strategicznym, a co za tym idzie długofalowym – powinien obejmować:

- koordynowanie polityki wydawniczej (publikacje: broszury, katalogi, ulotki, foldery, biuletyny, newslettery itp.),
- opracowanie portalu informacyjno-edukacyjnego organizacji i nadzór nad nim,
- opracowanie wewnętrznego systemu obiegu informacji związanych z działalnością komórki organizacyjnej i nadzór nad nim,
- opracowanie systemu identyfikacji wizualnej organizacji,
- organizację imprez,
- współkreowanie, wspieranie i organizację kontaktów na poziomie krajowym i międzynarodowym.

Drugi obszar to *media relations*, w zakres którego powinny wchodzić takie zadania, jak:

- planowanie i koordynacja kontaktów z mediami,
- współpraca przy tworzeniu i podtrzymywaniu wizerunku organizacji,
- zawiadamianie mediów o działaniach organizacji,
- udzielanie informacji mediom na żądanie,
- organizacja konferencji prasowych,
- pośrednictwo w wywiadach,
- wydawanie pozwoleń na wykonywanie zdjęć czy prowadzenie innych działań medialnych,
- tworzenie i koordynowanie terminarza spotkań z dziennikarzami,
- prowadzenie bazy danych z informacjami dotyczącymi mediów i dziennikarzy,
- analiza zawartości prasy i mediów elektronicznych,
- publikacja porad, informacji i dementi,
- wydawanie serwisu prasowego (także na www).

Można stwierdzić, że zadania komórki PR w obszarze *media relations* to realizacja celów operacyjnych – kontaktów z mediami, zaś *public relations* jest pojęciem szerszym, obejmującym kontakty ze wszystkimi uczestnikami systemu wymiany informacji – zarówno wewnątrz organizacji, jak i na zewnątrz.

## Analiza jakościowa stanu wyjściowego

Do pierwszych zadań działu PR będzie należało stworzenie strategii zarządzania informacją. W tym celu należy skatalogować to, co było robione dotychczas np. w obszarze przeciwdziałania narkomanii, jakie media uczestniczyły w działaniach, co z tych działań wynikało dla problemu na poziomie lokalnym i dla organizacji. W analizie trzeba uwzględnić cztery wymiary: (1) odbiór wizerunku organizacji wewnątrz organizacji, (2) odbiór wizerunku organizacji w mediach, (3) historię działań podjętych przez organizację w związku z danym problemem i wyniki tych działań, (4) ocenę stopnia i rodzaju zainteresowań mediów danym problemem. Wnioski z analizy jakościowej stanu wyjściowego powinny mieć postać sugestii konkretnych działań wykorzystujących narzędzia komunikacji. W ten sposób powstanie strategia komunikacji organizacji w branym pod uwagę obszarze.

Pytania, na które należy znaleźć odpowiedzi odnośnie każdego z 4 wymiarów zawiera poniższa tabela. Analiza powinna prowadzić do jasnej odpowiedzi na pytania:

1. Jaki jest potencjał wewnątrz organizacji możliwy do wykorzystania w działaniach informacyjno-edukacyjnych?

	Wizerunek	Problem
Wewnątrz organizacji	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jaki jest stosunek pracowników do organizacji?</li> <li>• Jaki jest stosunek pracowników do problematyki wiodącej w organizacji?</li> <li>• Jakie są systemy motywacyjne?</li> <li>• Jaka jest struktura kompetencyjna organizacji?</li> <li>• Jaki jest klimat wewnątrz organizacji?</li> <li>• Jaki jest potencjał medialny organizacji?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Czy przeprowadziliśmy lokalny monitoring zjawiska?</li> <li>• Czy jesteśmy w posiadaniu diagnozy zjawiska?</li> <li>• Czy określiliśmy główny problem i jego charakterystykę?</li> <li>• Jakich narzędzi do tej pory używaliśmy, by przeciwdziałać zjawisku? Czy mamy ich ocenę?</li> <li>• Czy mamy wewnątrz organizacji sieć przepływu informacji wspomagającą dział PR w działaniach dotyczących zjawiska?</li> </ul>
W mediach	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Czy organizacja jest postrzegana jako wiarygodne źródło informacji?</li> <li>• Czy organizacja jest postrzegana jako szybkie źródło informacji?</li> <li>• Co w przeszłości (z) determinowało posiadany przez organizację wizerunek? Kiedy i w jaki sposób to się działo?</li> <li>• Czy był jakiś kryzys w kontaktach z mediami? Na czym polegał, jaki był jego finał?</li> <li>• Czy przeprowadzano monitoring mediów pod względem wizerunku organizacji?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• W jaki sposób jest postrzegany problem w mediach? Jak media charakteryzują problem? Na co zwracają uwagę?</li> <li>• Ile doniesień dotyczących problemu pojawia się miesięcznie?</li> <li>• Jakie osoby najczęściej wypowiadają się w mediach na temat problemu?</li> <li>• Czy były okresy większej aktywności mediów na temat problemu? Czym było to spowodowane?</li> <li>• Czy przeprowadzono monitoring mediów ukierunkowany na analizę kreowanej percepcji problemu?</li> </ul>

2. Czy organizacja zdoła stworzyć produkt w postaci informacji interesującej dla mediów?
3. Czy organizacja może stać się w danej kwestii wiarygodną marką dla mediów i społeczności lokalnej?
4. Jakie działania w zakresie komunikacji społecznej w odniesieniu do problemu podjęto dotychczas? Jakże są deficyty w tym zakresie?

Przeprowadzenie systematycznej analizy w opisany sposób dostarcza danych umożliwiających sformułowanie strategii.

## Strategia

Strategia musi realizować misję organizacji. Powinna mieć charakter zwięzłego dokumentu wewnętrznego, w którym należy wyszczególnić:

- cele (krótkoterminowe, średnioterminowe oraz długoterminowe),
- narzędzia realizacji zaplanowanych celów,
- wskaźniki efektywności realizacji celów.

## Cele

Cele krótkoterminowe powinny mieć charakter informacyjny, ograniczać się do perspektywy od półrocznej do rocznej i dotyczyć np.:

- zwrócenia uwagi opinii społecznej na istnienie lub możliwość wystąpienia branego pod uwagę problemu,
- zwrócenia uwagi na telefony udzielające pomocy w zakresie problemu,
- rozpowszechnienia informacji na temat miejsc świadczących pomoc na poziomie lokalnym,
- dystrybucji informacji na temat modelowych zachowań w sytuacji kryzysowej wynikającej z problemu,
- reagowania na pojawianie się informacji nieprawdziwych bądź niepożądanych dotyczących problemu.

Cele średnioterminowe powinny mieć charakter informacyjny i edukacyjny, obejmować perspektywę od jednego roku do dwóch lat i dotyczyć np.:

- podniesienia poziomu wiedzy poprzez media na temat groźnych dla zdrowia nielegalnych substancji psychoaktywnych,
- informowania o czynnikach ryzyka zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia problemu,
- prowadzenia działań edukacyjnych na temat czynników chroniących przed niepożądanym zachowaniem,

- kładzenia nacisku na rolę rodziny w przeciwdziałaniu patologiom społecznym,
- informowania o projektach mających na celu wzmocnienie społeczności lokalnej w procesie przeciwdziałania zjawisku,
- zapobiegania sytuacjom kryzysowym poprzez obniżanie czynników zwiększających ryzyko ich wystąpienia.

Cele długoterminowe (obejmujące co najmniej jedną kadencję samorządu) winny mieć charakter zarówno informacyjno-edukacyjny, jak i perswazyjny, oddziałujący na postawy i zachowania, np.:

- zwiększanie umiejętności zachowań asertywnych wśród młodzieży,
- zwiększanie umiejętności wychowawczych w środowisku rodzinnym i szkolnym,
- zachęcanie młodzieży i rodzin do przyjmowania ofert alternatywnego i zdrowego spędzania czasu wolnego.

Oddziaływania medialne są – jak widać z powyższych przykładów – częścią konkretnych, długofalowych projektów podejmowanych przez organizację. Mają z jednej strony wspomagać prowadzone projekty, dostarczając przydatnych w ich realizacji informacji, z drugiej zaś nieść wartość dodaną w postaci szerokiej edukacji i pozytywnej perswazji. Poza tym powinny minimalizować w otoczeniu społecznym konsekwencje wydarzeń medialnych stojących w sprzeczności z misją organizacji. W rezultacie organizacja, realizując cele społeczne, poprawia także swój wizerunek.

## Narzędzia

Narzędzia prowadzenia PR muszą być dopasowane po pierwsze do tego, co i w jakim czasie chcemy osiągnąć, po drugie do tego, jaki mamy w danej chwili potencjał medialny do wykorzystania, po trzecie – do jakiej grupy docelowej mamy zamiar dotrzeć z komunikatem. Odpowiednio dobrane narzędzia powinny być ujęte w formę programu oddziaływań PR.

Narzędzia możemy podzielić na konwencjonalne i niekonwencjonalne. Narzędzia konwencjonalne to m.in.: konferencja prasowa, briefing, biuletyn informacyjny, strona www z działem dla prasy, newsletter (np. miesięczny lub kwartalny), informacje prasowe, wystąpienia publiczne, sponsorowane artykuły, wywiady, imprezy okolicznościowe, wydawnictwa, lobbing, kampanie informacyjne. Narzędzia niekonwencjonalne to szereg sposobów, by

przykuć uwagę mediów „pośrednio”, poprzez aranżowanie wydarzeń związanych z problemem. Narzędzia niekonwencjonalne sprawdzają się szczególnie na poziomie lokalnym, bowiem zaspokajają „głód informacji” zarówno mediów, jak i potencjalnych odbiorców. Wyjście poza ramy stereotypu edukacyjno-informacyjnego – jeśli jest dobrze przygotowane – poprawia wizerunek nadawcy. Wydarzenie odbywające się na przykład w głównym punkcie miasta z pewnością zwróci uwagę dziennikarzy i rozpocznie publiczną, lokalną debatę na dany temat. Pozwoli to na użycie innych mechanizmów perswazji, co umożliwi realizację prospołecznych celów.

## Ocena

Aby ocenić pracę komórki PR należy monitorować widoczne w mediach rezultaty jej działań. Monitoring mediów sprawia, że osoby odpowiedzialne za stymulowanie i kształtowanie przekazów mają w krótkim czasie informację zwrotną co do podjętych działań. Wskaźniki mierzące efektywność przekazu możemy zbierać metodami prostymi i zaawansowanymi.

## Metody proste

*Liczba przekazów* – metoda liczenia przekazów jest szybkim sposobem pomiaru efektywności działań. Określa częstotliwość poruszania danego tematu. Nie jest metodą pogłębioną o informacje na temat długości przekazu, jego nacechowania emocjonalnego, odbiorców oraz samej treści.

*Nakład, czytelność, zasięg* – ta metoda umożliwia oszacowanie liczby potencjalnych odbiorców przekazu. Poziom jakości danych zależy od wiarygodności źródeł na temat wskaźników. Zawiera ona trudny do oszacowania poziom błędu, ponieważ zakłada, że wszyscy odbiorcy zetknęli się z daną informacją.

*Liczba słów kluczowych* – metoda pozwalająca na ocenę jakości danego materiału. Polega na policzeniu słów kluczowych w tytule, podtytule i w tekście artykułu.

## Metody zaawansowane

*Ekwiwalent reklamowy (AVE)<sup>1</sup>* – metoda porównawcza pozwalająca na oszacowanie kosztów na tradycyjną reklamę, jakie musiałyby zostać poniesione, żeby uży-

ścić takie dotarcie do grupy docelowej, jakie udało się osiągnąć metodami PR. Przy zastosowaniu tej metody należy uwzględnić podział na publikacje pozytywne i negatywne.

*Analiza treści* – czasochłonna metoda oceny treści przekazu w odniesieniu do celów określonych w strategii komunikacji. Analizuje nacechowanie emocjonalne informacji.

## Podsumowanie

Przy pierwszym zetknięciu się z jakąkolwiek informacją odbiorca przede wszystkim zwraca uwagę na zaproponowaną formę. Dopiero pozytywne wrażenie związane z „opakowaniem” może zachęcić do zapoznania się z treścią przekazu. Z tego punktu widzenia na PR możemy spojrzeć jako na swoisty sposób „podania” informacji. Komercyjny marketing, który najintensywniej szuka nowych sposobów efektywnego dotarcia do konsumenta pokazał, że działania PR sprawdzają się.

Aby profilaktyka wytrzymała „próbę czasu”, powinna ewoluować wraz z rozwojem metod i technik komunikacji medialnej. Działania *public relations*, które w coraz większym stopniu stają się alternatywą dla tradycyjnej reklamy, w połączeniu z prawidłowo prowadzonym projektem profilaktycznym, mają szansę przyczynić się do efektywniejszego wykorzystania zasobów organizacji w profilaktyce, wzmocnić zaufanie społeczne, podnieść poziom lokalnego zaangażowania w przeciwdziałanie narkomanii.

## Przypisy

<sup>1</sup> AVE – z ang. *Advertising Value Equivalent*, szczegóły na stronie: [www.consulttheguru.com/marketing/resource/default.aspx](http://www.consulttheguru.com/marketing/resource/default.aspx).

## Bibliografia

- Flis J., „Samorządowe public relations”, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Giedroń K., „Public relations w administracji”, Alpha Pro Sp. z o.o., Warszawa 2004.
- Jabłoński W., „Kreowanie informacji. Media relations”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Knecht Z., „Racjonalne public relations. Budowa działu, instrumenty, studia przypadków”, C.H. Beck, Warszawa 2005.
- Knecht Z., „Public relations w administracji publicznej”, C.H. Beck, Warszawa 2006.
- Moore H.F., Canfield B.R., „Public relations. Principles, cases, and problems”, R.D. Irwin, 1977.



*W czerwcu 2008 roku zakończył się cykl szkoleń dla gmin (projekt Twinning Light Polska-Hispania<sup>1</sup>) zainteresowanych prowadzeniem monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym. Do projektu przystąpiły początkowo 63 gminy. W trakcie trzech trzydniowych spotkań przedstawiciele gmin zostali przeszkoleni w prowadzeniu monitorowania. Zajęcia prowadzili pracownicy Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz eksperci polscy i hiszpańscy.*

# MONITOROWANIE NARKOTYKÓW I NARKOMANII NA POZIOMIE LOKALNYM

Artur Malczewski

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

Efektom szkoleń i zadaniem dla każdej z gmin było przygotowanie raportu na temat problemu narkotyków i narkomanii. Raport miał na celu przedstawienie prac nad wdrażaniem monitorowania narkotyków i narkomanii, opis zjawiska narkomanii, działań mających na celu ograniczenie zjawiska, a także sformułowanie wniosków i rekomendacji dla praktyków. Do końca lipca otrzymaliśmy 38 raportów. Biorąc pod uwagę, że od rozpoczęcia szkoleń do powstania raportu upłynęło zaledwie 5 miesięcy, jest to bardzo dobry wynik. Świadczy o dużym zaangażowaniu w projekt osób z samorządu lokalnego. W ciągu tak krótkiego czasu przedstawiciele gmin zaczęli praktycznie od początku swoją pracę ze zbieraniem danych, ich analizą oraz przygotowaniem raportu. Część osób była uczestnikami wcześniejszego programu twinningowego, który miał za zadanie tworzenie gminnych programów przeciwdziałania narkomanii.

## Raporty oraz mapa informacyjna

Punktem wyjścia do podjęcia działań wdrażających monitoring jest stworzenie struktur monitorujących, czyli określenie potencjalnych partnerów, z którymi będziemy tworzyć zespół lub od których będziemy zbierać dane. Na tym etapie identyfikowano źródła informacji na poziomie lokalnym. Cennym narzędziem w tworzeniu monitoringu jest mapa informacyjna. Za pomocą mapy opisujemy dokładnie wskaźniki służące do monitorowania (np. liczba osób leczonych z powodu uzależnienia od narkotyków). W ten sposób otrzymujemy rozbudowany opis danych liczbowych,

dzięki któremu wiemy dokładnie, co „kryje się” pod danym wskaźnikiem. Rolą mapy jest nie tylko ewidencjonowanie źródeł danych do wskaźnika, ale również przedstawienie ograniczeń interpretacyjnych i możliwych zakłóceń otrzymanych danych.

Przyjrzyjmy się mapie informacyjnej, ponieważ z analizy raportów z monitorowania wynika, że ten element sprawiał pewne trudności uczestnikom szkoleń. Prześledźmy krok po kroku, w jaki sposób należy tworzyć opis poszczególnych pojęć zawartych w schemacie mapy, która składa się z kilku elementów: 1. Nazwa źródła danych; 2. Nazwa wskaźnika; 3. Definicja wskaźnika; 4. Definicja jednostki danych (jednostki statystycznej); 5. Zakres danych dodatkowych wyznaczający możliwości analiz w podgrupach; 6. Sposób zbierania danych; 7. Sposób agregacji danych; 8. Dostęp do danych; 9. Jakość danych. Każdy z powyższych punktów powinien być opisany.

Za pomocą mapy określamy źródło danych (punkt 1.), czyli podajemy nazwę placówki lub instytucji będącej dostarczycielem danych, np. poradnia leczenia uzależnień, jeśli wskaźnik dotyczy leczenia. Następnie podajemy nazwę wskaźnika (punkt 2.), np. liczba osób leczonych z powodu narkotyków lub liczba osób, które zgłosiły się do leczenia z powodu narkotyków. W punkcie 3. opisujemy dokładnie wskaźnik. W przypadku osób leczonych będzie to np. liczba osób leczonych z powodu narkotyków w poradni, będących mieszkańcami gminy. W kolejnym kroku opisujemy, jakie aspekty pokazuje wskaźnik. Analizując nasz wskaźnik, mamy następujący opis: popyt na leczenie, dostępność usług leczniczych oraz rozmiary problemowego używania narkotyków.

Popyt na leczenie, bo liczba osób leczonych z powodu narkotyków daje nam obraz tego, jak duża jest populacja, która wymaga pomocy. Dostępność usług dlatego, że wiemy, ile osób może być leczonych i jest leczonych, co daje nam także dane o skali osób uzależnionych w gminie. Koniecznie trzeba podać w mapie, jaka jest jednostka zbierania danych (punkt 4.). Jeżeli mamy dane z lecznictwa, może to być osoba, zgłoszenie, epizod leczniczy, wizyta itd. W naszym opisywanym wskaźniku jednostką statystyczną jest osoba. Poradnia może nam przekazać dane o swoich klientach w podziale na płeć, wiek, rodzaj używanej substancji. Powyższe informacje uwzględniamy w punkcie 5. W kolejnym kroku opisujemy (punkt 6.), w jaki sposób placówka zbiera dane. W przypadku poradni będą to najprawdopodobniej karty pacjentów. Następnie przedstawiamy sposób agregacji danych w placówce (punkt 7.). Jeżeli są to karty pacjentów, to mamy dane indywidualne. Nie musi to oznaczać, że automatycznie otrzymamy dane jednostkowe od poradni. Często placówka będzie nam przekazywać dane zagregowane w postaci tabel. W punkcie 8., dotyczącym dostępu do danych, opisujemy, w jakim formacie otrzymujemy dane z placówki. Ostatni element mapy informacyjnej (punkt 9.) to miejsce na opisanie zakłóceń i „skrzywień” w otrzymywanych informacjach. Poradnia może nie być w stanie przekazywać nam danych tylko o mieszkańcach naszej gminy. Niektórzy z pacjentów mogą być mieszkańcami okolicznych gmin. W tym ostatnim punkcie jest miejsce na takie dodatkowe, ale ważne komentarze.

Dane ze wskaźników stworzonych za pomocą mapy informacyjnej były opisywane w raportach. Ze względu na krótki czas szkoleń, uczestnicy wykorzystywali przede wszystkim dane uzyskane z instytucji reagujących na problem narkotyków i narkomanii. Uzupełniano je o informacje z wywiadów z przedstawicielami instytucji oraz problemowymi użytkownikami. W raportach przedstawiano również badania istniejące na poziomie lokalnym. Jednak niekiedy badania przeprowadzane wcześniej, a wykorzystywane w raportach z monitoringu, nie spełniały kryteriów metodologicznych dla badań ilościowych. Jeżeli wyniki takich badań uwzględniamy w naszym raporcie, to musimy umieścić odpowiedni komentarz. Należy wskazać, dlaczego takie badania nie są reprezentatywne. Do najczęściej powtarzających się błędów badań lokalnych należy zaliczyć brak doboru losowego, co wyklucza eks-

trapolację wyników na populację całej gminy. Przy prowadzeniu badań ilościowych ważna jest konsultacja ze statystykiem, który dobierze próbę z uwzględnieniem wielkości populacji w naszej gminie. Kolejnym elementem wartym uwagi przy tworzeniu systemu monitorowania jest stworzenie sieci współpracowników. Na ten element chciałbym zwrócić uwagę w dalszej części artykułu. Jak już wspomniałem, projekt szkoleniowy trwał dość krótko i przedstawiciele gmin nie mieli wystarczającej ilości czasu, aby skoncentrować się na tworzeniu lokalnej sieci współpracowników. Monitorowanie było prowadzone przede wszystkim przez uczestników szkoleń.

## Projekt INRA – oszacowanie potrzeb

Ponieważ przewidujemy włączanie kolejnych gmin do sieci monitorowania, co będzie oznaczało następne spotkania i szkolenia, warto przedstawić założenia projektu Information, Needs and Resources Assessment (INRA) Grupy Pompidou<sup>2</sup>. Powyższe prace miały na celu opracowanie wskazówek pomocnych w tworzeniu systemu monitorowania problemu narkotyków na poziomie lokalnym. Ocena potrzeb, istniejących informacji oraz koniecznych zasobów może być pierwszym krokiem przy opracowywaniu monitorowania na poziomie lokalnym. Wdrożenie INRA pozwoli zebrać niezbędne informacje o tym, jaki ma być nasz lokalny monitoring.

Ćwiczenie INRA składa się z pięciu etapów: 1. Identyfikacja odpowiednich osób i instytucji; 2. Identyfikacja istniejących danych i źródeł informacji; 3. Ocena zasobów i potrzeb; 4. Analiza strategiczna; 5. Przygotowanie raportu. Wdrożenie INRA stymuluje dyskusje wśród realizatorów monitoringu, jak również wśród odbiorców efektów tego monitorowania. Pomaga w podjęciu decyzji „kto” oraz jakie „instytucje” są potrzebne w tworzeniu systemu. Stanowi etap przygotowawczy do wdrożenia monitorowania.

Należy pamiętać o tym, że monitorowanie zaczynamy nie od zbierania danych, ale od stworzenia sieci (*network*) współpracowników. Trudno wyobrazić sobie działania lokalne bez wsparcia i poinformowania lokalnych władz. To powinien być pierwszy krok – zgoda władz lub osób zajmujących się problematyką z ramienia urzędu na tworzenie nowego systemu, czyli monitoringu. Najlepszym rozwiązaniem jest zainicjo-

wanie procesu tworzenia systemu przez przedstawiciela gminy. Następnie należy zaangażować kluczowe osoby ze społeczności lokalnej i to zarówno te, które będą nas wspierać w budowie systemu, jak i te, które będą odbiorcami wyników monitorowania. W ten sposób powstanie tzw. grupa doradcza, czyli zespół, który będzie zajmował się tworzeniem monitorowania na poziomie gminy. W tym celu można wykorzystać już istniejące grupy, które działają w społeczności lokalnej, np. zespół zajmujący się przygotowaniem gminnego programu przeciwdziałania narkomanii. Działania na szczeblu lokalnym, mające wsparcie instytucji centralnych, są często łatwiejsze w realizacji. Dlatego też wskazane jest poinformowanie o swoich pracach instytucji zajmującej się tematyką narkomanii na poziomie ogólnokrajowym.

## Identyfikacja kluczowych instytucji oraz źródeł informacji

Monitorowanie rozpoczynamy od zidentyfikowania instytucji lub osób działających w obszarze przeciwdziałania narkomanii na terenie gminy. Jeżeli nie mamy dobrego rozeznania, jakie to mogą być instytucje, zaczynamy od znalezienia tzw. kluczowych osób, które będą dla nas źródłem informacji i doradcami. W przypadku zbyt dużej liczby interesujących nas instytucji, takie osoby pomogą nam również wybrać najważniejsze podmioty. Do instytucji, które mogą nam potencjalnie dostarczyć informacji, zaliczyć należy punkty konsultacyjne lub poradnie zajmujące się problemem narkomanii, organizacje pozarządowe, komendę policji, szpital, również wyższą uczelnię. Sporządzamy listę tych instytucji.

W następnym kroku identyfikujemy, jakie interesujące dla nas informacje posiadają brane pod uwagę instytucje. W tym celu potrzebujemy pomocy osób, które w nich pracują. Zastanawiamy się wspólnie, jakie raporty lub systemy zbierania danych dotyczą narkotyków lub narkomanii. Jakie badania i analizy w interesującym nas obszarze są opracowywane lub zlecane. Ponadto, jakiego aspektu problemu dotyczą posiadane w instytucjach raporty. Potrzebnych nam informacji możemy szukać także w raportach i analizach, które zostały przygotowane przez instytucje szczebla wojewódzkiego lub ogólnokrajowe. W tych pracach pomocna będzie nasza „grupa doradcza”. Zebrane dokumenty analizujemy pod

kątem zawartych w nich informacji. Sprawdzamy, czy mają one potrzebne w monitorowaniu dane dotyczące kluczowych obszarów, czyli: używania narkotyków w populacji generalnej, używania problemowego, zgonów z powodu narkotyków, nowych trendów w używaniu narkotyków, leczenia z powodu narkotyków, działań z obszaru redukcji podaży oraz nielegalnego rynku (dostępność, ceny, czystość). Oprócz tego należy rozważyć, jakie inne zakresy informacji są kluczowe dla lokalnych potrzeb, być może np. zakażenia HIV wśród iniekcyjnych użytkowników. Musimy ustalić, czy dane zawarte w raportach lub systemach zbierania danych, jakie zidentyfikowaliśmy na poziomie lokalnym, mają charakter ilościowy czy jakościowy. Jaka jest możliwość różnicowania informacji ze względu na rodzaj narkotyku, wiek użytkownika czy płeć. Zastanawiamy się zatem, co można uzyskać z dostępnych danych, aby otrzymać jak największy zasób wiedzy.

Kolejnym elementem jest ocena potencjalnego wykorzystania danych. Rejestr pacjentów znajdujący się w poradni dla osób uzależnionych nie oznacza od razu, że będziemy mieli dostęp do danych jednostkowych. Najczęściej poradnia udostępni nam dane zagregowane. Ustalamy, czy dane mają postać elektronicznej bazy, czy jest to papierowa kartoteka. Na ile możliwe jest łączenie danych z różnych źródeł bez podwójnego liczenia tych samych klientów poradni dla osób uzależnionych. Warto odwiedzić najważniejsze dla nas kluczowe instytucje, aby na miejscu otrzymać potrzebne nam informacje.

## Ocena zasobów i potrzeb

Zewidencjonowanie istniejących źródeł informacji należy równocześnie uzupełnić o ocenę dostępności zasobów technicznych i ludzkich. Powinniśmy zastanowić się, w jakim zakresie opracowywany system zbierania i analizowania danych, czyli monitoring, wymaga dodatkowych nakładów. Oprócz stworzenia systemu musi on funkcjonować, czyli być stale systematycznie powtarzaną obserwacją. Powinniśmy rozważyć, na ile nasi kluczowi partnerzy są chętni i zdolni do tworzenia sieci i monitorowania problemu. W jakim stopniu są w stanie realizować zadania zaplanowane dla nich w ramach prowadzonych działań. Ponadto, czy na terenie gminy mamy partnerów do prowadzenia badań i dokonywania analiz. Należy wziąć pod uwagę zasoby w postaci sprzętu komputerowego, oprogramowania,



dostępu do Internetu. Każdą z instytucji czy partnerów analizuje się oddzielnie, biorąc pod uwagę ich potencjalny wkład w proces monitorowania. Powyższe działanie pozwoli nam na zidentyfikowanie braków oraz słabych stron systemu monitoringu. W efekcie można określić deficyty oraz zdefiniować potrzeby. Pomoże nam to w przyszłych negocjacjach z instytucjami, do których będziemy zwracać się o dane.

## Analiza strategiczna oraz raport

Na podstawie wcześniej podjętych działań otrzymujemy przegląd istniejących źródeł informacji oraz osób i instytucji, które mogą dostarczyć danych. W kolejnym kroku zestawiamy te informacje, co powinno umożliwić ustanowienie priorytetów odwołujących się do zidentyfikowanych potrzeb. Ponadto ustanawiamy realistyczne cele dla wdrażania lokalnego monitorowania. Należy pamiętać, aby nie były one zbyt ambitne i przez to nierealistyczne. Na tym etapie prac podejmujemy próbę oceny źródeł informacji oraz proponujemy ramy organizacyjne potrzebne do stworzenia monitorowania.

Warto zastanowić się nad następującymi zagadnieniami, które są kluczowe dla planowanych działań: jak wygląda sytuacja w gminie z dostępnością i zakresem potrzebnych danych?, czy zidentyfikowaliśmy osoby, które będą zajmować się tymi zadaniami?, jakich środków technicznych (sprzętu i oprogramowania) potrzebujemy?, jakie działania musimy podjąć, aby poprawić i przygotować nasze zasoby do prowadzenia planowanego monitoringu? Odpowiedź na te pytania oznacza często konieczność poszerzenia źródeł informacji.

W drugim etapie zastanawiamy się nad strukturą organizacyjną, dzięki której będziemy rozwijać i wdrażać monitorowanie w gminie. W ramach INRA proponowane są dwie sieci współpracy. Sieć Informacyjna (*Information Network*) jest odpowiedzialna za zbieranie danych, ich wyszukiwanie, analizę oraz przygotowanie raportu. W skład tej sieci wchodzi osoba zaangażowana w systemy zbierania danych i naukowcy analizujący dane. Druga, Sieć Interpretacyjna, jest odpowiedzialna za ocenę wpływu sytuacji i trendów w obszarze narkomanii na lokalną politykę oraz praktykę. Do tej grupy należeć będą osoby wykorzystujące wyniki monitorowania, czyli lokalna administracja, pracownicy służby zdrowia i policja. Do zadań koordynatora będzie należeć współpraca z obiema sieciami i nad-

zór nad monitorowaniem. Obydwie sieci mogą mieć tych samych przedstawicieli. Zarówno w jednej, jak i w drugiej będą naukowcy, którzy są zaangażowani w zbieranie danych oraz ich interpretację. Celem INRA jest przeprowadzenie ewidencji istniejących zasobów potrzebnych do prowadzenia monitorowania na poziomie lokalnym, a ponadto stworzenie listy działań potrzebnych do rozwoju powyższego systemu. Rezultaty analizy przedstawione w postaci raportu powinny być dostępne dla wszystkich osób zaangażowanych w pracę.

## Podsumowanie

Założenia metody INRA, która tak naprawdę jest etapem wstępnym do tworzenia monitorowania na poziomie lokalnym, wydają się interesujące, ale mogą być trudne do realizacji w naszych realiach. Projekt ma na celu oszacowanie możliwości stworzenia przez gminę systemu zbierania danych. Szczegółowa analiza zasobów oraz oczekiwań wobec monitorowania pozwala przygotować system „na miarę naszych możliwości”. By jednocześnie spełniał on związane z nim wymagania, konieczne jest wykonanie dużej pracy oraz zaangażowanie wielu osób i podmiotów. Jak wiemy z doświadczenia, zbieranie danych jest często dodatkową aktywnością dla instytucji i najczęściej nie należy do zadań priorytetowych w gminie. INRA wydaje się narzędziem przydatnym przede wszystkim dla dużych miast, które mają odpowiednie zasoby ludzkie i finansowe, aby wdrożyć powyższy projekt. Nawet jeśli jednak metoda nie będzie realizowana w całości przez gminy, to warto skorzystać z niektórych jej elementów i rozwiązań, np. stworzenia dwóch sieci współpracowników – jednej zajmującej się zbieraniem danych i ich analizą, drugiej – podejmującej na podstawie prac analitycznych decyzje co do kierunków działań lokalnych.

## Przypisy

<sup>1</sup> Program „Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w przeciwdziałaniu narkomanii na poziomie lokalnym – kontynuacja” PL2006/018-180.05.04, realizowany w ramach programu Środki Przejściowe 2006.

<sup>2</sup> Powyższy projekt był wdrażany w Gdańsku przez Jacka Sękiewicza, eksperta ds. informacji o narkotykach i narkomanii. Na stronie Grupy Pompidou znajdują się szczegółowe informacje dotyczące INRA: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1214473&Site=DG3-Pompidou&BackColorInternet=DF3988&BackColorIntranet=DF3988&BackColorLogged=CCCCC>.



## GUIDELINES FOR THE EVALUATION OF TREATMENT IN THE FIELD OF PROBLEM DRUG USE. A MANUAL FOR RESEARCHERS AND PROFESSIONALS. EMCDDA MANUALS NO 3.

„Przewodnik do ewaluacji leczenia w obszarze problemowego używania narkotyków. Podręcznik dla badaczy i specjalistów” (seria: Podręczniki Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii EMCDDA nr 3.) jest trzecią publikacją z serii podręczników wydawanych przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii EMCDDA. Wcześniej ukazały się opracowania dotyczące ewaluacji działań z zakresu profilaktyki oraz programów typu *outreach*. Podręcznik przeznaczony jest dla specjalistów zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii, przedstawicieli władz z zakresu spraw społecznych oraz zdrowia publicznego, badaczy problematyki uzależnień od środków psychoaktywnych oraz wszystkich zainteresowanych tematyką ewaluacji leczenia.

Celem podręcznika jest dostarczenie podstawowych informacji na temat zasad ewaluacji programów leczniczych skierowanych do użytkowników narkotyków.

Autorzy podręcznika nie rekomendują jednej konkretnej metody ewaluacji, lecz prezentują ogólną wiedzę oraz wskazują źródła bardziej szczegółowych danych.

Skupiają się na przedstawieniu informacji, które mogą ułatwić przygotowanie i wdrożenie badań ewaluacyjnych, a także dokonują krytycznej analizy przeprowadzanych

ewaluacji oraz interpretacji uzyskanych wyników. W przewodniku opisano rodzaje ewaluacji oraz stosowane modele. Podjęto próbę odpowiedzi na pytanie: dlaczego warto podejmować się ewaluacji leczenia? Zaprezentowano cele ewaluacji, takie jak: poprawa jakości programów, testowanie nowych podejść terapeutycznych, przygotowywanie ofert odpowiadających potrzebom klientów, ułatwianie kontroli nad wykorzystywanymi środkami oraz monitorowanie polityki w zakresie leczenia.

Wskazano zadania, jakie trzeba zrealizować, aby wdrożyć procedury ewaluacyjne: zidentyfikowanie celów, uczestników, dostępnych źródeł oraz danych. Zasygnalizowano także możliwe do wystąpienia przeszkody i trudności. W podręczniku Czytelnik znajdzie opisy dotyczące ewaluacji jakościowej i ilościowej. Pomocna może być lista zadań (*check-list*), o jakich należy pamiętać przy przygotowaniu, przeprowadzaniu i zarządzaniu projektami ewaluacyjnymi. W obliczu polityki opartej na dowodach naukowych (*evidence-based health policy*), wskazuje się na istotne znaczenie przeprowadzania procesów ewaluacji podejmowanych działań, służących ocenie efektywności i jakości prowadzonych programów.

(MS)

Podręcznik w wersji elektronicznej dostępny jest na stronie internetowej EMCDDA pod adresem <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index430EN.html> (publikacja tylko w języku angielskim).

## PREVENTION OF SUBSTANCE ABUSE SERIA: INSIGHTS EUROPEJSKIEGO CENTRUM MONITOROWANIA NARKOTYKÓW I NARKOMANII (EMCDDA) NR 7.

Publikacja prezentuje informacje dotyczące tzw. dobrych praktyk w obszarze profilaktyki narkomanii. Skierowana jest do specjalistów zajmujących się problematyką narkomanii, stanowiąc dla nich wsparcie w zakresie kreowania i wdrażania efektywnych programów profilaktycznych. Zamieszczone dane pochodzą z raportu opublikowanego w Niemczech, którego celem było dostarczenie specjalistom przeglądu badań nad programami profilaktycznymi dotyczącymi uzależnień. W raporcie zamieszczono wyniki rzetelnych

badanych, w których szacowano skuteczność zastosowanych środków i oddziaływań profilaktycznych. Efektywność mierzona była skutecznym wpływem na zapobieganie, opóźnianie pierwszego kontaktu lub redukcję konsumpcji alkoholu i tytoniu oraz używania nielegalnych substancji psychoaktywnych przez dzieci oraz młodych ludzi. Dane zawarte w raporcie mogą wyznaczać kierunki planowania i realizowania efektywnych antynarkotykowych strategii profilaktycznych.

(MS)

Publikacja w wersji elektronicznej dostępna jest na stronie internetowej EMCDDA pod adresem <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52388EN.html> (publikacja tylko w języku angielskim).

# OGŁOSZENIE

**Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii ogłasza otwarty konkurs ofert na realizację w roku 2009 zadań w zakresie przeciwdziałania narkomanii.**

**Wykaz zadań konkursowych oraz środki finansowe przeznaczone na ich realizację**

Nr zadania	Nazwa zadania	Środki finansowe w roku 2008 (zł)	Środki finansowe w roku 2009 (zł)
1.	Rówieśnicza edukacja zdrowotna.	230 100	230 000
2.	Wsparcie środowisk lokalnych w przeciwdziałaniu narkomanii.	0	100 000
3.	Programy profilaktyczne dla osób zagrożonych narkomanią, eksperymentujących z narkotykami.	3 150 960	3 000 000
4.	Programy wsparcia dla osób uzależnionych od narkotyków utrzymujących abstynencję.	868 100	900 000
5.	Programy wsparcia dla rodzin osób zagrożonych narkomanią, używających i uzależnionych od narkotyków.	527 880	550 000
6.	Ograniczanie ryzyka szkód zdrowotnych wśród okazjonalnych użytkowników narkotyków.	148 000	150 000
7.	Ograniczanie ryzyka szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób uzależnionych od narkotyków.	362 800	370 000
8.	Programy wspierające leczenie substytucyjne.	65 000	50 000
9.	Programy dla osób uzależnionych będących rodzicami.	34 960	30 000
10.	Programy kierowane do kobiet eksperymentujących, używających szkodliwie i uzależnionych od narkotyków.	0	50 000
11.	Szkolenie „Rola personelu podstawowej opieki zdrowotnej w rozwiązywaniu problemów narkotykowych”.	38 000	40 000
12.	Ogólnopolska konferencja na temat przeciwdziałania narkomanii.	0	100 000
13.	Publikacje o charakterze informacyjno-edukacyjnym.	250 000	250 000

Kwota środków publicznych przeznaczonych w 2009 roku na realizację zadań będących przedmiotem niniejszego konkursu wynosi 5 820 000 zł.

Kwota środków publicznych przeznaczonych na realizację ww. zadań w roku 2008 wyniosła 5 675 800 zł.

Ogólna kwota środków publicznych przeznaczonych na realizację zadań w roku 2007 wyniosła 5 900 000 zł.

Szczegółowe warunki konkursu oraz regulamin postępowania komisji konkursowej wraz z wzorami wymaganych dokumentów są dostępne na stronie internetowej Biura: [www.narkomania.gov.pl](http://www.narkomania.gov.pl) oraz w siedzibie Biura w Warszawie przy ul. Dereniowej 52/54.

W pozostałych kwestiach nieunormowanych wymienionym regulaminem zastosowanie mają przepisy powszechnie obowiązujące.

Termin składania ofert upływa z dniem **27 października 2008 r.**

Oferty w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach powinny być dostarczone osobiście lub pocztą do siedziby Krajowego Biura, ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa.

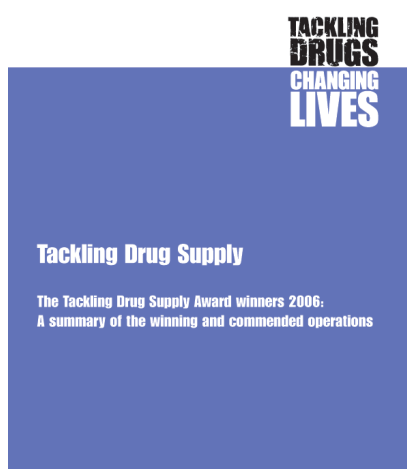
Oferty, które wpłyną po ww. terminie, nie będą brały udziału w konkursie.

Oceny ofert dokona Komisja Konkursowa powołana przez dyrektora Biura, uwzględniając:

- 1) możliwości realizacji zadania przez oferenta,
- 2) kalkulację kosztów realizacji zadania, w szczególności w odniesieniu do zakresu rzeczowego zadania,
- 3) ocenę jakości programu merytorycznego, w tym rekomendacje i opinie organów administracji i jednostek samorządu terytorialnego,
- 4) wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację zadania.

Komisja dokona wyboru oferty w terminie do dnia 31 grudnia 2008 r.

## INTERNET – PUBLIKACJE DO ŚCIĄgniĘCIA



### OGRANICZANIE PODAŻY W WIELKIEJ BRYTANII

Od 2003 roku rząd brytyjski przyznaje nagrody i wyróżnienia za najlepsze praktyki operacyjne w policji w obszarze redukcji podaży narkotyków. Nagrody i wydanie przewodnika mają na celu promowanie osiągnięć animatorów działań w zwalczaniu sieci dilerkich na poziomie lokalnym i regionalnym. Rozbijanie powiązań, „oczyszczanie” lokalnego środowiska z zachowań społecznych, przemocy i przestępczości to kluczowe aktywności w realizacji Narodowej Strategii Zwalczania Zjawiska Narkomanii w Wielkiej Brytanii. Działania lokalnej policji powodują także pośrednio zredukowanie wpływu reklamy środków psychoaktywnych stosowanej przy sprzedaży bezpośredniej. Fakt ten jest dodatkowo pomocny dla prowadzenia działań w obszarze ograniczania popytu. Na stronie <http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/reducing-supply/award-winners-2006?view=Binary> znajdziemy publikację *Tackling Drugs – Changing Lives*, która stanowi opis najefektywniejszych operacji policyjnych ukierunkowanych na redukcję podaży narkotyków. Dzięki publikacji czytelnik może dowiedzieć się nie tylko, w jaki sposób brytyjskie służby zwalczają przestępczość narkotykową, ale również jaka jest skala problemu, z którą musi zmierzyć się zarówno policja, jak i profilaktycy uzależnień w Wielkiej Brytanii. W latach 2003–2006 brytyjska policja uszczupliła kapitał sieci dilerkich w przeliczeniu na złotówki o 1,1 miliarda.



### NARODOWY PLAN ANTYNARKOTYKOWY RPA

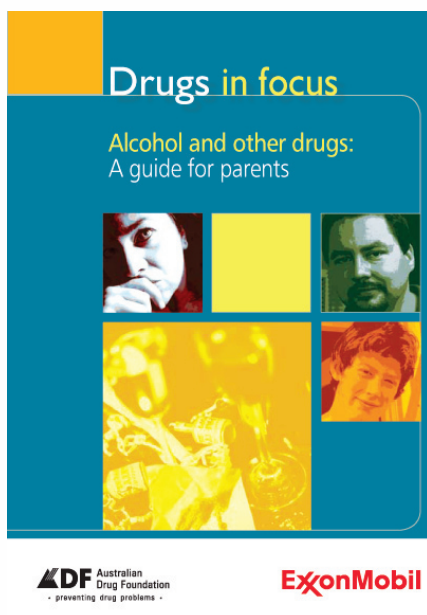
National Drug Master Plan 2006–2011 rządu Republiki Południowej Afryki jest prezentowany na stronie [http://www.dsd.gov.za/manuals/master\\_plan.pdf](http://www.dsd.gov.za/manuals/master_plan.pdf). Ten czterokrotnie większy od Polski kraj, gdzie szacuje się, że ok. 5,5 miliona ludzi jest zarażonych wirusem HIV, a wśród ludności utrzymuje się wysoka (20%) stopa bezrobocia, jest doskonałym rynkiem zbytu legalnych i nielegalnych środków psychoaktywnych. Skala problemu w RPA jest trudna do oszacowania, ale rządowe statystyki mówią, że aż 1/3 dorosłej populacji kraju albo pije alkohol w sposób ryzykowny, albo jest od niego uzależniona. Co roku także w RPA nielegalnie produkuje się ok. 3000 ton cannabis na rynki światowe. Dużym problemem jest również kokaina i inne stymulanty. Jednym z krajów wymienianych w National Drug Master Plan, z którego pochodzą nielegalne stymulanty, jest oprócz USA, Belgii, Holandii, Polska. 52-stronicowy dokument wydany przez rząd z Pretorii jest niezwykle wyczerpującym przeglądem stanu zjawiska i podejmowanych działań zaradczych w tym najbogatym kraju Afryki.

## NA PŁYSCIE

- Warszawski Informator o Pomocy
- Telefony zaufania
- Adresy warszawskich Ośrodków Pomocy Społecznej
- Stan problemu narkotykowego w Europie – sprawozdanie roczne, EMCDDA 2008
- Archiwalne numery Serwisu Informacyjnego Narkomania



# INTERNET – PUBLIKACJE DO ŚCIĄGNIĘCIA



## AUSTRALIJSKI PRZEWODNIK DLA RODZICÓW

Na całym świecie stosuje się podobne praktyki edukacyjne w celu uświadomienia roli rodziny we wzmacnianiu czynników chroniących dzieci i młodzież przed używaniem i uzależnieniem od narkotyków. Fundamentem wszelkich działań jest posiadanie podstawowej wiedzy na temat środków psychoaktywnych. Taką możliwość daje broszura „Alkohol i inne narkotyki. Przewodnik dla rodziców” (prezentowana na stronie [http://www.adf.org.au/downloads/DIF\\_Alcohol\\_and\\_other\\_drugs\\_guide\\_for\\_parents.pdf](http://www.adf.org.au/downloads/DIF_Alcohol_and_other_drugs_guide_for_parents.pdf)), wydana przez Australian Drug Foundation. Broszura jest elementem programu ADF pod nazwą Preventing Drug Problem, aktywnie wspieranego przez największy koncern paliwowy świata ExxonMobil, i jest jednocześnie odpowiedzią na rządowy plan, którego jednym z priorytetów jest edukacja w obszarze uzależnień od środków psychoaktywnych. Prócz ilustrowanych opisów podstawowych grup narkotyków, znajdziemy w niej informacje na temat ketaminy, GHB i nikotyny. Ostatni rozdział porusza dwa istotne tematy: w jaki sposób rozmawiać z nastolatkiem o narkotykach i jakie należy stosować strategie wychowawcze. Partnerstwo z ExxonMobil pozwala na szeroką dystrybucję tej publikacji w kraju, gdzie co czwarty nastolatek w wieku 14-19 lat próbował marihuany, co piąty pali papierosa, a ok. 73% piło alkohol.



## RAPORT Z BADAŃ – MARIHUANA

Narodowy Instytut Uzależnień od Narkotyków USA prezentuje ciekawą serię ilustrowanych raportów dotyczących badań nad różnymi substancjami psychoaktywnymi, m.in. kokainy, heroiny, metamfetaminy, substancji halucynogennych, także na temat THC. „Uzależnienie od marihuany – raport z badań” możemy odnaleźć na stronie <http://www.drugabuse.gov/PDF/RRMarijuana.pdf>. Oprócz danych na temat pochodzenia narkotyku, nazewnictwa naukowego oraz slangowego, znajdziemy ciekawe informacje o oddziaływaniu THC na centralny układ nerwowy, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu marihuany na funkcjonowanie hipokampu – struktury umieszczonej w płacie skroniowym mózgu – odpowiedzialnej za procesy pamięciowe. Prócz medycznych skutków palenia marihuany, w raporcie znajdziemy szereg informacji o konsekwencjach przyjmowania THC w kontekście społecznego funkcjonowania osoby uzależnionej. Z publikacji dowiemy się szczegółów na temat testu szkolnego Iowa Test of Basic Skills, który służy do określania podstawowych umiejętności funkcjonowania w szkole. Badania wykonane testem pokazują, że osoby używające marihuany mają kilkukrotnie niższe umiejętności w zakresie rozwiązywania zadań matematycznych oraz umiejętności komunikacyjne niż osoby niepalące. Przytaczane są dane pokazujące, że użytkownicy marihuany mają gorsze osiągnięcia na studiach i w przebiegu kariery zawodowej. Palacze cannabis, statystycznie rzecz ujmując, mają znacząco niższe roczne dochody w porównaniu z osobami nieużywającymi marihuany. Pozostałe tematy w raporcie odnoszą się do wpływu THC na przebieg ciąży i wczesny rozwój dziecka, poruszana jest kwestia tzw. potencjału uzależnieniowego marihuany. Raport prezentuje również metody terapii i statystyki związane z leczeniem odwykowym. W publikacji znajdziemy bogatą bibliografię opracowań naukowych, słownik pojęć oraz linki do stron internetowych, dzięki którym możemy pogłębić swoją wiedzę na temat cannabis.

(TZ, MS)



## Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

tel.: (022) 641 15 01, fax: (022) 641 15 65, e-mail: [kbpn@kbpn.gov.pl](mailto:kbpn@kbpn.gov.pl), <http://www.kbpn.gov.pl>

Adres redakcji:

Fundacja PRAESTERNO

ul. Widok 22/30

00-023 Warszawa

tel.: (022) 621 27 98

e-mail: [biuro@praesterno.pl](mailto:biuro@praesterno.pl)

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński

Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz

Kolegium redakcyjne: Danuta Muszyńska,

Anna Radomska, Artur Malczewski, Tomasz Zakrzewski

Pismo bezpłatne