



# Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 1 (49) 2010

NR 1

2010

# WPROWADZENIE

## **Drodzy Czytelnicy,**

wiosną 2009 roku weszła w życie ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Mimo iż ustawa funkcjonuje od roku, wydaje się, że jej znajomość jest niewielka zarówno wśród pacjentów, jak i pracowników publicznej i niepublicznej służby zdrowia. A przecież wprowadzone przepisy są znaczące i regulują wiele ważnych zagadnień dotyczących praw pacjenta. Szczegółowo na ten temat pisze Katarzyna Syroka.

W Republice Czeskiej natomiast z początkiem bieżącego roku zaczął obowiązywać nowy kodeks karny wprowadzający nowe regulacje dotyczące przestępstw narkotykowych. Polskie media uznały te zmiany za pójsie w stronę legalizacji narkotyków. Informacje przekazywano w komunikatach i artykułach o przykładowych tytułach: „Czechy – można épać bezkarnie”, „Czesi zapraszają do narkotykowego rajy”. Jak naprawdę wygląda sytuacja i na czym polegają zmiany w przepisach mówi Gość Serwisu, Viktor Mravcik, dyrektor Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Republice Czeskiej. Mam nadzieję, że te wyjaśnienia rozwieją wątpliwości i obawy, że Republika Czeska stanie się mekką dla polskich użytkowników narkotyków.

Internet to potężne narzędzie, które można wykorzystywać na różne sposoby. Niedawno na łamach Serwisu przedstawialiśmy internet jako potencjalne zagrożenie dla młodzieży, niebezpieczne źródło dostępu do informacji propagujących normy i wartości ułatwiające akceptację narkotyków. Tym razem internet prezentujemy w pozytywnym świetle, jako współczesne narzędzie wykorzystywane w przeciwdziałaniu narkomanii. Filip Nawara opisuje wybrane internetowe programy leczenia uzależnień i analizuje zalety korzystania z takiej formy pomocy. Z dokonanego przeglądu wynika, że programy cieszą się dużą popularnością wśród internautów. Strony, na których zostały umieszczone, notują wysoką frekwencję odwiedzin, jednak spośród osób, które rejestrują się do programów, kończy je mniej niż 10% rozpoczynających. Wyniki podjętych oszacowań są obiecujące i wykazują istotne zmniejszenie spożycia narkotyków wśród absolwentów programów, jednak badania ewaluacyjne na ten temat, jak dotąd, są nieliczne.

W kolejnym artykule poświęconym internetowi Tomasz Zakrzewski opisuje międzynarodowy projekt The Psychonaut WEB MAPPING finansowany ze środków UE, który realizowany jest w siedmiu państwach. Projekt ma za zadanie – na podstawie analizy zasobów sieci – identyfikację i kategoryzację nowych środków psychoaktywnych używanych w celach rekreacyjnych oraz określenie trendów i nowych wzorów ich przyjmowania. Dzięki projektowi powstała obszerna baza danych ze szczegółowymi informacjami na temat m.in. nazw substancji, składu chemicznego, wzorów używania, dostępności, zasięgu używania, zagrożeń poszczególnych substancji. Projekt jest zarazem dowodem na coraz lepszą współpracę międzynarodową instytucji zaangażowanych w przeciwdziałanie narkomanii w krajach europejskich.

Sporo miejsca w bieżącym numerze poświęcamy również leczeniu substytucyjnemu. W tę tematykę wprowadza nas Kamila Gryn, która przedstawia aktualną sytuację leczenia substytucyjnego w Polsce. Zamieszczamy także relację z obrad okrągłego stołu, które miały miejsce pod koniec ubiegłego roku w Warszawie, poświęconych ocenie systemu leczenia osób uzależnionych od narkotyków oraz omówieniu wyników dwóch programów badawczych prezentowanych w trakcie spotkania. Pierwszy program, opisany przez Janusza Sierosławskiego, miał na celu oszacowanie popytu na leczenie substytucyjne buprenorfiną w Warszawie. Wyniki badań potwierdzają sformułowaną w trakcie spotkania tezę, że dostępność leczenia substytucyjnego jest niezadowalająca. W Warszawie, gdzie sytuacja jest o wiele lepsza niż w pozostałej części kraju, tylko 23% problemowych użytkowników opiatów uczestniczy w terapii substytucyjnej. Zwiększenie dostępności tych programów byłoby możliwe pod warunkiem zmniejszenia wymagań wobec potencjalnych uczestników, na przykład obniżenia progów dostępu i uczestnictwa. Z analizy przeprowadzonej przez Jacka Moskalewicz i Łukasza Wieczorka dotyczącej dostępności pomocy w lecznictwie uzależnień w Polsce dla pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych wynika, że oferta – mimo dynamicznego wzrostu liczby placówek leczniczych – jest jednostronna i zdecydowanie niewystarczająca. Dominuje terapia stacjonarna, oparta na modelu społeczności terapeutycznej. W placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i psychiatrycznej przeważa negatywna postawa personelu wobec tej specyficznej grupy pacjentów, jaką stanowią osoby uzależnione od narkotyków, co utrudnia podjęcie decyzji o rozpoczęciu leczenia. Mimo wzrostu liczby placówek nie ma możliwości podjęcia natychmiastowego leczenia. Mankamentem jest brak możliwości detoksykacji w domu lub ambulatorium. System pomocy jest także niewystarczający w zakresie zaspokajania niemedycznych potrzeb osób uzależnionych, dotyczących opieki prawnej oraz pomocy w znalezieniu mieszkania i pracy.

Gořąco zachęcam też do zapoznania się z europejskimi trendami dotyczącymi narkomanii, o których pisze – na podstawie rocznego raportu EMCDDA – Artur Malczewski.

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

# SPIS TREŚCI

## Gość Serwisu

### PROBLEM NARKOTYKOWY W REPUBLICE CZESKIEJ

*Viktor Mravcik* ..... 2

## Leczenie, redukcja szkód

### PRAWA PACJENTA

*Katarzyna Syroka* ..... 4

## Profilaktyka

### INTERNETOWE PROGRAMY LECZENIA UZALEŻNIEŃ

*Filip Nawara* ..... 11

## Media a narkotyki

### ZBIERANIE INFORMACJI O NOWYCH SUBSTANCJACH PSYCHOAKTYWNYCH ORAZ TRENDACH NA SCENIE NARKOTYKOWEJ W INTERNECIE

*Tomasz Zakrzewski* ..... 15

**KALENDARIUM WYDARZEŃ** ..... 19

## Leczenie, redukcja szkód

### DOSTĘPNOŚĆ PROGRAMÓW LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

*Kamila Gryn* ..... 20

**OKRĄGŁY STÓŁ: POPRAWA JAKOŚCI LECZENIA** ..... 24

## Badania, raporty

### OSZACOWANIE POPYTU NA LECZENIE SUBSTYTUCYJNE BUPRENORFINĄ W WARSZAWIE

*Janusz Sierosławski* ..... 28

### DOSTĘPNOŚĆ POMOCY W LECZNICTWIE UZALEŻNIEŃ W POLSCE DLA PACJENTÓW UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

*Jacek Moskalewicz, Łukasz Wieczorek* ..... 37

### STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE – WYBRANE ZAGADNIENIA

*Artur Malczewski* ..... 43

## Regiony

### PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII W WOJEWÓDZTWIE MAŁOPOLSKIM – CZĘŚĆ II

*Agnieszka Szeliga, Marta Mordarska* ..... 46

## Internet

### DZIENNIKARSTWO W SŁUŻBIE PROFILAKTYKI I LECZENIA

– MISJA SPOŁECZNA CZY CEL BIZNESOWY? ..... III i IV okładka

*Viktor Mravcik jest od 2002 roku dyrektorem czeskiego Krajowego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, które należy do sieci Reitox koordynowanej przez EMCDDA. Od 2009 roku jest członkiem władz Towarzystwa Chorób związanych z Uzależnieniami Czeskiego Stowarzyszenia Medycznego. Jest także współautorem i edytorem czeskich rocznych raportów dotyczących sytuacji narkotykowej w tym kraju.*

## PROBLEM NARKOTYKOWY W REPUBLICIE CZESKIEJ



*– Na początku roku w polskich mediach pojawiły się informacje na temat liberalizacji czeskiego prawa narkotykowego. Proszę powiedzieć, na czym polegają te zmiany?*

1 stycznia 2010 roku wszedł w życie nowy

kodeks karny oraz dekrety rządowe określające bardziej szczegółowo definicje rodzajów i ilości substancji o działaniu narkotycznym i psychotropowym (NPS) istotne z karnego punktu widzenia. Zostały wprowadzone zmiany w zakresie odpowiedzialności karnej za nieuprawniony obrót NPS, tzn. w obszarze tzw. podstawowych przestępstw narkotykowych.

Posiadanie narkotyków jest nadal nielegalne w Republice Czeskiej – w małych ilościach jest ono kwalifikowane jako wykroczenie administracyjne, w większych ilościach jako przestępstwo karne. Z dniem 1 stycznia rząd ustanowił tak zwane limity dla konkretnych używek. I tak zagrożone nie więzieniem a grzywną jest na przykład: posiadanie do 15 gramów marihuany, do 5 gramów haszyszu, do 1 grama kokainy albo do 4 pigułek ekstazy. Do końca 2009 roku istniały limity ustalone przez policję albo prokuraturę, ale nie były one powszechnie wiążące, zwłaszcza dla sądów. Ogólnie rzecz biorąc istnieją tylko dwie znaczące różnice pomiędzy starym (obowiązującym do końca 2009 roku) a nowym (obowiązującym od 2010 roku) kodeksem karnym. Po pierwsze, substancje psychoaktywne nie są już traktowane na równi. Posiadanie większych ilości dla celów prywatnych w przypadku konopi indyjskich może podlegać karze do roku pozbawienia wolności, natomiast w przypadku pozostałych substancji okres ten może wynosić dwa lata. Po drugie, uprawa większych ilości narkotyków została zdefiniowana na nowo jako przestępstwo karne i podlega

karze do sześciu miesięcy więzienia w przypadku konopi indyjskich albo jednego roku w przypadku innych roślin i grzybów. Posiadanie i uprawa małych ilości NPS podlega karze na podstawie ustawy o wykroczeniach, z możliwością nałożenia grzywny administracyjnej do 15 tys. koron czeskich (około 600 euro). Kary za handel pozostają zasadniczo niezmienione, choć maksymalna kara za ciężkie przestępstwa wzrosła z 15 do 18 lat.

Jak z tego wynika posiadanie oraz handel narkotykami w jakiegokolwiek ilości były i nadal są nielegalne w Czechach.

*– Proszę powiedzieć, jak wygląda sytuacja narkotykowa w Czechach w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej?*

Czechy zaliczają się do krajów o największym rozpowszechnieniu używania konopi indyjskich w populacji generalnej. Poziom używania ekstazy jest również jednym z najwyższych, chociaż w ciągu kilku ostatnich lat odnotowano wyraźną tendencję spadkową. Odnośnie metamfetaminy (pervitinu), przeważa ona wśród osób problemowo używających narkotyków, co sprawia, że czeska sytuacja ma charakter wyjątkowy w kontekście europejskim. Szacuje się, że około 20 tys. osób używa problemowo pervitinu. Stanowi to dwie trzecie wszystkich osób używających problemowo narkotyków w Czechach. Jednak poziom używania pervitinu w populacji generalnej pozostaje na przestrzeni lat bardzo niski, mimo występującej ostatnio tendencji zwykłej w klubach nocnych. Dane ze szkół (na przykład z badania ESPAD) wskazują, że częstotliwość używania pervitinu jest bardzo niska, niższa niż używanie amfetaminy w populacji uczniów w wielu krajach europejskich.

*– Jak wygląda leczenie narkotykowe w Republice Czeskiej? Na czym skupia się ono w głównej mierze? Jaki jest profil pacjentów zgłaszających się na leczenie?*

Leczenie osób używających narkotyków i osób od nich uzależnionych przybiera w Czechach formę sieci różnorod-



nych usług o relatywnie szerokim spektrum oddziaływań i ogólnie dużej dostępności.

Z punktu widzenia ustawodawstwa leczenie osób używających narkotyków jest regulowane zarówno przez przepisy zdrowotne, jak i przepisy z zakresu opieki społecznej. Od roku 1993 cele i środki finansowe w obszarze leczenia określone są w narodowych strategiach narkotykowych i związanych z nimi planach działania. Prewencja, leczenie/reintegracja oraz redukcja szkód wraz z egzekwowaniem prawa stanowią cztery filary czeskiej strategii antynarkotykowych.

W roku 2005 wdrożony został system certyfikacji kompetencji zawodowych w zakresie usług skierowanych do osób używających narkotyków, który określił minimalne kryteria ich jakości.

Patrząc na wskaźniki zapotrzebowania na leczenie, widać, że do lecznictwa najczęściej trafiają osoby używające metamfetaminy, opiatów i konopi indyjskich. Oczywiście fenomenem na szeroką skalę jest jednocześnie zażywanie nielegalnych i legalnych środków odurzających. Więcej informacji na ten i wiele innych tematów można znaleźć w naszym raporcie rocznym.

#### **– Jaka jest dostępność leczenia substytucyjnego w Czechach?**

Liczba pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym stale wzrasta, zarówno w centrach opieki specjalistycznej, jak i przychodniach ogólnych. W Czechach dostępne są trzy produkty do zastępczego leczenia uzależnienia od opiatów/opioidów: metadon, przygotowany z importowanej substancji źródłowej (dostępnej w specjalistycznych centrach leczenia zastępczego), subutex, z buprenorfiną jako substancją czynną, dostępny od 2000 roku, oraz suboxone – preparat zawierający buprenorfinę oraz nalokson jako składniki czynne, dostępny od lutego 2008 roku. Lek oparty na buprenorfinie może zostać przepisany przez jakiegokolwiek lekarza, bez względu na specjalizację. W Czechach preparaty substytucyjne są podawane wyłącznie doustnie w miejscach leczenia zastępczego.

Metodologia leczenia substytucyjnego została zdefiniowana w Standardzie Leczenia Substytucyjnego; wcześniejsza jego wersja, sporządzona pod koniec lat 90., została zmieniona w roku 2008.

Wszyscy lekarze podający preparat zastępczy zobowiązani są przepisami prawa do zgłaszania danych pacjenta do krajowego rejestru substytucyjnego.

Leczenie zastępcze zostało wprowadzone jako standardowa opcja leczenia w 2000 roku. Obecnie dysponujemy 15 wyspe-

cializowanymi centrami społecznego leczenia zastępczego oraz 10 w więzieniach. Przychodnie ambulatoryjne, które oferują buprenorfinę, nie są w pełni skatalogowane, ale szacujemy, że jest ich około 300. Oceniamy, że w Czechach około 5 tys. osób poddanych jest jakimkolwiek leczeniu substytucyjnemu.

#### **– Jakie są priorytety polityki antynarkotykowej w Republice Czeskiej?**

Strategia czeskiej polityki narkotykowej na lata 2005–2009 określała sześć szczegółowych celów:

1. Stabilizacja albo zmniejszenie liczby osób, które używają narkotyków problemowo.
2. Zatrzymanie rosnącej liczby eksperymentalnego i okazjonalnego używania legalnych i nielegalnych narkotyków.
3. Stabilizacja albo obniżenie spożycia legalnych i nielegalnych narkotyków wśród społeczeństwa, zwłaszcza wśród nieletnich.
4. Obniżenie potencjalnego ryzyka związanego ze wszystkimi rodzajami narkotyków oraz ekonomicznego, zdrowotnego i społecznego wpływu ich używania na jednostkę i społeczeństwo.
5. Podniesienie jakości życia osób używających jakichkolwiek rodzajów narkotyków, ich rodziców oraz osób bliskich przez zapewnienie im dostępu do wysokiej jakości usług leczniczych i resocjalizacyjnych.
6. Ograniczenie dostępności legalnych i nielegalnych narkotyków dla ogółu populacji, a zwłaszcza dla nieletnich, poprzez właściwe wykorzystanie istniejących instrumentów ustawodawczych i instytucjonalnych.

Obecnie przygotowujemy Narodową Strategię Narkotykową na lata 2010–2018 oraz Plan Działania na lata 2010–2012, które obejmują kolejne obszary problemów związanych z narkotykami. Możemy oczekiwać, że cele strategii zostaną sformułowane na nowo, ale ich sens będzie taki sam jak w poprzednim dokumencie. Plan Działania zawierać będzie jasne priorytety wyznaczone do realizacji w określonym czasie. Przewiduję, że uwzględni on m.in. wdrożenie interwencji związanych z dużym rozpowszechnieniem używania konopi indyjskich w Czechach oraz specjalnego leczenia dla osób problemowo używających metamfetaminy.

Informacje o nowych regulacjach prawnych w Czechach dotyczących narkotyków można znaleźć na stronie internetowej [www.drogy-info.cz/index.php/english/czech\\_drug\\_related\\_legislation\\_2010\\_summary\\_of\\_relevant\\_information\\_and\\_full\\_texts](http://www.drogy-info.cz/index.php/english/czech_drug_related_legislation_2010_summary_of_relevant_information_and_full_texts).

Pełna wersja wywiadu znajduje się na stronie internetowej [www.narkomania.org.pl/czytelnia](http://www.narkomania.org.pl/czytelnia).

*Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie tematyki praw pacjenta w świetle obowiązujących w Polsce przepisów.*

# PRAWA PACJENTA

Katarzyna Syroka  
prawnik

Od wielu lat możemy zaobserwować rozwój regulacji prawnych dotyczących praw pacjenta. Początkowo rozpatrywano je jedynie przez pryzmat praw człowieka, jednak liczne akty o charakterze międzynarodowym spowodowały, że w centrum zainteresowania rządów, organizacji, fundacji i stowarzyszeń znalazły się prawa pacjenta *sensu stricto*. Niewątpliwą rolę odegrała tu Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), która głosi, że rozwój systemów opieki zdrowotnej, wzrost ich złożoności, coraz większe ryzyko zabiegów lekarskich, rozwój wiedzy i technologii medycznych, częsta depersonalizacja i dehumanizacja leczenia wymagają rozpoznania i podkreślenia wagi samodecydowania każdego człowieka w sprawach własnego zdrowia, poszanowania nienaruszalności jego osoby, prywatności i przekonań religijnych<sup>1</sup>. W 1994 roku WHO przedstawiła model Deklaracji Praw Pacjenta, jako wytyczne do stosowania w poszczególnych krajach. Znalazły one odzwierciedlenie w polskiej Karcie Praw Pacjenta, która została opracowana w 1998 roku i przekazana przez ministra zdrowia do publicznej wiadomości. Jednocześnie w Kasach Chorych ustanowiono instytucję tymczasowych Rzeczników Praw Pacjenta, która po powstaniu Narodowego Funduszu Zdrowia nadal funkcjonowała. Kolejnym krokiem naprzód w zakresie ochrony i egzekwowania praw pacjenta było powołanie w 2002 roku, na mocy zarządzenia ministra zdrowia z dnia 28 grudnia 2001 roku, Biura Praw Pacjenta, jako samodzielnej jednostki budżetowej oraz rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. Wszystkie inicjatywy, o których

mowa miały jednak ograniczony zakres działania i dlatego też niezbędne było powołanie instytucji działającej na rzecz ochrony praw pacjenta niezależnej od ministra zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz samorządów medycznych<sup>2</sup>. Na taką potrzebę wskazały także rekomendacje konferencji „Białego Szczytu” z dnia 19 marca 2008 roku – „istnieje potrzeba instytucjonalizacji ochrony praw pacjenta obejmującej zarówno monitorowanie sytuacji

*5 czerwca 2009 roku weszła w życie ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wśród katalogu wymienionych praw pacjentowi przysługuje m.in. prawo do informacji. Może się on domagać informacji o stanie swojego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.*

pacjenta w systemie ochrony zdrowia, reprezentację pacjenta przed organami władzy publicznej, jak i występowanie do władz publicznych w sprawach systemowych rozwiązań poprawiających ochronę i egzekwowanie praw pacjenta; może to nastąpić poprzez wyodrębnienie niezależnej instytucji Rzecznika Praw Pacjenta bądź w drodze wzmocnienia aktywności Rzecznika Praw Obywatelskich”<sup>3</sup>. Zdecydowano się na powołanie Rzecznika Praw Pacjenta jako centralnego organu administracji rządowej właściwego w sprawach ochro-

ny praw pacjentów. 6 listopada 2008 roku Sejm RP uchwalił ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>4</sup> (dalej: Ustawa), która weszła w życie 5 czerwca 2009 roku. Prezes Rady Ministrów Donald Tusk powołał, z dniem 2 października 2009 roku, Krystynę Barbarę Kozłowską na stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta.

Omawiana Ustawa określa przede wszystkim prawa pacjenta, zasady udostępniania dokumentacji medycznej, obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związane z prawami pacjenta, tryb powoływania, odwoływania i kompetencje Rzecznika

Praw Pacjenta oraz postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów.

Do czasu wejścia w życie Ustawy kwestie praw pacjenta były uregulowane w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej<sup>5</sup>. Warto w tym kontekście zauważyć, że Ustawa reguluje prawa pacjenta o podstawowym charakterze, stąd też poza obszarem regulacji pozostają prawa mające charakter szczegółowy, odnoszące się do wyodrębnionych podmiotowo grup pacjentów, tj. np. pacjenci szpitali psychiatrycznych czy też sytuacja dawców, biorców komórek, tkanek i narządów.

## Definicje

Dla rozważań na temat praw pacjenta kluczowe znaczenie ma definicja samego pojęcia „pacjent”. Biorąc pod uwagę kontekst etymologiczny, należy zauważyć, że słowo „pacjent” pochodzi od łacińskiego *patiens*, które oznacza „cierpiącego”, „chorego”. Z kolei według słownika języka polskiego pacjent jest to chory zwracający się po poradę do lekarza, znajdujący się pod jego opieką<sup>6</sup>. Zgodnie z definicją zawartą w Ustawie pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Takie ujęcie pojęcia pacjent jest koherentne z kierunkiem obranym przez Światową Organizację Zdrowia w tym zakresie. Pacjentem jest zatem osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych niezależnie od tego, czy jest ona zdrowa, czy chora. Dla pełnego zrozumienia pojęcia „pacjent” konieczne jest odwołanie się do definicji świadczenia zdrowotnego. I tak świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z:

- badaniem i poradą lekarską,
- leczeniem,
- badaniem i terapią psychologiczną,
- rehabilitacją leczniczą,
- opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,
- opieką nad zdrowym dzieckiem,

- badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną,
- pielęgnacją chorych,
- pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi,
- opieką paliatywno-hospicyjną,
- orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia,
- zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne,
- czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji,
- czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Od terminu „świadczenie zdrowotne” należy odróżnić szersze pojęcie „świadczenia opieki zdrowotnej”, obejmujące swym zakresem nie tylko świadczenia zdrowotne, ale również „świadczenia zdrowotne rzeczowe” (związane z procesem leczenia, leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze) oraz „świadczenia towarzyszące” (zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej i całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego)<sup>7</sup>. Zdaniem M. Śliwki na uznanie zasługuje wyodrębnienie z katalogu świadczeń opieki zdrowotnej grupy tzw. świadczeń gwarantowanych, czyli świadczeń finansowanych w całości lub współfinansowanych ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>8</sup>. Zgodnie z art. 15 ust. 2 wymienionej ustawy w ich skład wchodzi świadczenia z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- leczenia szpitalnego,
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- rehabilitacji leczniczej,
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej,
- leczenia stomatologicznego,
- lecznictwa uzdrowiskowego,
- zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,
- ratownictwa medycznego,
- opieki paliatywnej i hospicyjnej,
- świadczeń wysokospecjalistycznych,

- programów zdrowotnych,
- leków.

Ustawa ma zastosowanie do pacjentów wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, bez względu na ich formę organizacyjno-prawną czy sposób finansowania. Zawiera regulacje na temat prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, prawa pacjenta do informacji, prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych, prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych<sup>9</sup>, prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta, prawa pacjenta do dokumentacji medycznej, do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, do opieki duszpasterskiej oraz prawa pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Wśród uprawnień pacjenta zapisano także prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, co jest rozwiązaniem innowacyjnym. Moim zdaniem takie uregulowanie zasługuje na aprobatę, ponieważ stwarza możliwość bezpośredniej reakcji pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego w przypadku jakichkolwiek wątpliwości co do rozpoznania dokonanego przez lekarza, jeżeli orzeczenie (opinia) ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za jego pośrednictwem, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta. W celu wyeliminowania zachowań nacechowanych emocjami wprowadzono wymóg uzasadnienia sprzeciwu, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki, o których mowa powyżej. Jeżeli pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy nie uczynią zadość tym warunkom, wówczas sprzeciw podlega zwrotowi. W skład Komisji Lekarskiej wchodzi trzech lekarzy, w tym dwóch tej samej specjalności co lekarz, który wydał opinię albo orzeczenie. Orzeczenia Komisji Lekarskiej są ostateczne, co nie oznacza, że pacjent nie może skorzystać z drogi sądowej w celu dochodzenia swoich roszczeń.

## Stać w kolejce?

Zgodnie z treścią Ustawy każdy pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Omawiane

uprawnienie podlega jednak ograniczeniu temporalnemu, ponieważ „ustawodawca (...) przewidział dopuszczalność istnienia tzw. kolejki medycznej – również z powodu ograniczoności środków finansowych”<sup>10</sup>. Wówczas pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Bez względu na powyższe, w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych, a w przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem. Ponadto można żądać, aby udzielający świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, natomiast pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej). W sytuacji gdy żądanie zostanie uznane za bezzasadne lekarz/pielęgniarka (położna) może odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza. Zarówno żądanie pacjenta, jak i odmowa zostaje odnotowana w dokumentacji medycznej, do której pacjent ma prawo dostępu. Zgodnie z orzecnictwem Trybunału Konstytucyjnego „(...) obowiązek prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej dotyczy wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, czyli również zakładów niepublicznych”<sup>11</sup>. Pacjent ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej<sup>12</sup>, która dotyczy jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Z kolei podmiot udzielający świadczeń ma obowiązek udostępnienia dokumentacji bezpośrednio pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu bądź też osobie upoważnionej przez niego. W przypadku śmierci pacjenta prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba, która została do tego wyraźnie upoważniona. Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona podmiotom, o którym mowa powyżej, poprzez możliwość wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, poprzez sporządzenie wyciągów, odpisów, kopii lub poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru. Możliwość sporządzania wyciągów, odpisów oraz kopii uwarunkowana została koniecznością ponoszenia opłat, których wysokość określa Ustawa. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego „opłata ta nie jest podatkiem (...). W zamian za poniesienie tej opłaty uprawniony podmiot otrzymuje swoistą



usługę zakładu opieki zdrowotnej polegającą na konkretnej czynności technicznej (...)”<sup>13</sup>. Na podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych ciąży również obowiązek przechowywania dokumentacji medycznej przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

- dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
- zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
- skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia;
- dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

## Prawo do informacji

Kolejnym prawem pacjenta, które zostało uregulowane w Ustawie jest prawo do informacji. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Uprawnienie to obejmuje także małoletniego, który ukończył 16 lat lub jego ustawowego przedstawiciela. O diagnozie choroby stanowiącej zagrożenie życia należy informować oględnie i taktownie, ale rzetelnie i w miarę możliwości wyczerpująco; nie jest dopuszczalne zatajenie takiej informacji, dopuszczalne może być jej ograniczenie<sup>14</sup>. W sytuacjach wyjątkowych lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według jego oceny przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu

żądaney informacji. Dla porównania warto zwrócić uwagę na fakt, że „totalitaryzm bardzo prosto załatwiał problem poważnej diagnozy i złego rokowania w świadomości pacjenta. Pacjent musi dojść do śmierci w pełnej niewiedzy o niej, aby jego kondycja fizyczna i psychiczna w momencie umierania była jak najlepsza i aby sprawiał umieraniem jak najmniej kłopotów żyjącym, a zwłaszcza swoim bliskim i służbie zdrowia. Tym sposobem umieranie mas ludzkich szło sprawnie i kosztowało minimum wysiłku ze strony otoczenia – zaledwie kilka drobnych kłamstw ze strony lekarzy i pielęgniarek”<sup>15</sup>.

W ramach prawa do informacji istnieje również uprawnienie do uzyskania wiadomości na temat przysługujących mu praw. Wszystkie informacje uzyskiwane przez pacjenta powinny być przekazywane w sposób przystępny i zrozumiały. Po ich uzyskaniu pacjent ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie. Istnieje również możliwość zrzeczenia się prawa do informacji. Nie może to jednak dotyczyć sytuacji, gdy diagnoza jest równoznaczna z dużym prawdopodobieństwem zakażenia lub może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta bądź innych osób. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Poznaniu szpital ma obowiązek szczegółowego powiadamiania pacjenta i członków jego najbliższej rodziny o konsekwencjach nosicielstwa wirusa choroby zakaźnej stwierdzonej u pacjenta<sup>16</sup>.

Z prawem do informacji ściśle związane jest prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych. W mojej ocenie ma ono szczególne znaczenie. Zakresem omawianego przepisu objęte są bowiem wszystkie informacje związane z pacjentem, które zostały uzyskane przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, w związku z wykonywaniem zawodu medycznego – uwaga ta dotyczy zarówno informacji przekazanych przez pacjenta, jak i tych, które świadczeniodawca pozyskał samodzielnie<sup>17</sup>. Warto w tym kontekście zwrócić uwagę, że informacje uzyskane od osób trzecich w trakcie czynności związanych z wykonywaniem zawodu medycznego również objęte są obowiązkiem zachowania w tajemnicy. Obowiązek ten nie ustaje z chwilą śmierci pacjenta, co nie oznacza, że nie doznaje żadnych ograniczeń. Od obowiązku zachowania tajemnicy zwolnione są osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego<sup>18</sup>.

w stosunku do: lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi, właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej, co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej, osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie, w jakim to jest niezbędne, służb ochrony państwa i ich upoważnionych pisemnie funkcjonariuszy lub żołnierzy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych.

## Zachowanie lekarza

Tajemnica lekarska jest jedną z najważniejszych i najbardziej znanych tajemnic zawodowych. Mimo że stanowi ona podstawę zaufania pacjenta wobec lekarza, a jej poszanowanie jest ściśle związane z istotą wykonywania zawodu, jako norma moralna pojawiła się stosunkowo późno. Medycyna staroindyjska (epoka braminizmu, tj. 800 r. p.n.e.) stworzyła ogólne zalecenia zachowania lekarzy, a wśród nich zapisano: „jeżeli lekarz jest już w domu chorego, to słowo, myśl i każdy zmysł powinien koncentrować się wyłącznie wokół leczenia pacjenta i wszystkiego, co się wiąże z jego stanem chorobowym. Nie wolno wypaplać tego, co działo się w domu chorego, ani powiadamiać chorego o przypuszczalnie grożącym mu przedwczesnym zgonie, w tych przypadkach, w których mogłoby to wyrządzić krzywdę choremu lub komukolwiek innemu”<sup>19</sup>. Z kolei w medycynie europejskiej za wzorzec postępowania uznawana jest „Przysięga Hipokratesa”. Zgodnie z jej treścią „cokolwiek bym podczas leczenia czy poza nim ujrzał czy usłyszał, czego nie należy na zewnątrz rozgłaszać, będę milczał, zachowując to w tajemnicy”<sup>20</sup>. Tymi słowami Hipokrates blisko 2,5 tys. lat temu określił zasadę przestrzegania tajemnicy lekarskiej, która wciąż pozostaje jedną z najważniejszych zasad etycznych w medycynie. Podobne stwierdzenie odnajdziemy w najstarszym zachowanym w Polsce, XV-wiecznym tekście przysięgi składanej przez licencjatów medycyny na doktora medycyny: „O tym, co słyszę w trakcie leczenia, nikomu tego nie wyjawię, lecz zachowam całkowite milczenie, jeśli będę rozumiał, że należy o tym zamilczeć”<sup>21</sup>.

Tajemnica lekarska jest to zasada deontologiczna, która nie straciła przez wieki swej aktualności, co więcej, nabiera dziś coraz większego znaczenia. Analizując ją, należy pamiętać, że lekarz z racji wykonywanych funkcji ma dostęp do najbardziej intymnych informacji dotyczących pacjenta. Często to właśnie lekarze widzą ludzi takimi, jakimi są naprawdę, a nie, jakimi chcieliby wydawać się otoczeniu. Warto pamiętać, że zasada tajemnicy lekarskiej obowiązuje również w stosunkach lekarza z osobami najbliższymi chorego. Punktem wyjścia powinien być respekt dla woli samego zainteresowanego, tj. pacjenta. Udzielanie jakichkolwiek informacji innym osobom może nastąpić jedynie za zgodą pacjenta. Zgoda nie zawsze musi być wyrażona w sposób bezpośredni czy sformalizowany i według M. Safjana wystarczy, że jest przejawiana przez takie zachowanie chorego, z którego można wnosić, że jest on zainteresowany „scedowaniem” na osobę najbliższą sprawy kontaktów z opiekującym się nim lekarzem.

## Godność i poszanowanie intymności

Prawo do poszanowania intymności i godności jest kolejnym prawem pacjenta uregulowanym w Ustawie. Należy do sfery dóbr osobistych i stanowi, zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego<sup>22</sup>, przedmiot ochrony przewidziany w kodeksie cywilnym<sup>23</sup>. Dochodzenie jednak roszczeń z tytułu naruszenia dóbr osobistych powinno opierać się na kryteriach obiektywnych. „Ocena, czy nastąpiło naruszenie dobra osobistego, jakim jest stan uczuć, godność osobista i nietykalność cielesna (...) nie może być dokonana według miary indywidualnej wrażliwości zainteresowanego (ocena subiektywna)”<sup>24</sup>. Prawo pacjenta do intymności ujmuje się jako zakres faktów dotyczących jednostki i jej przeżyć, który w zasadzie nie jest przez nią ujawnione nawet osobom najbliższym<sup>25</sup>. Intymność pacjenta, czyli bliskość, odnieść należy do wszelkich uczuć i działań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej<sup>26</sup>. Zdaniem W. Drabika naruszenie intymności pozostaje w związku z poczuciem wstydu<sup>27</sup>. Z kolei „godność jest tym dobrem osobistym człowieka, które odzwierciedla wewnętrzne poczucie własnej wartości i ważności, jako indywidualnej osoby ludzkiej. Doznaje naruszenia wówczas, gdy inna osoba daje wyraz gorszej ocenie, co wywołuje

usprawiedliwiony stan dyskomfortu psychicznego u adresata”<sup>28</sup>. Omawiane prawo obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień. Zgodnie z art. 21 Ustawy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska<sup>29</sup>, jednakże osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić jej obecności, jeżeli istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub przemawiają za tym względy bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta. W celu skutecznej ochrony prawa do intymności i godności pacjenta wprowadzono w Ustawie zapis, który stanowi, że osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.

W trakcie pobytu w zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych pacjent ma prawo do poszanowania jego życia prywatnego i rodzinnego<sup>30</sup>, jak również do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Ustawodawca nie zdefiniował pojęcia „rzeczy wartościowe”, co w mojej ocenie nie zasługuje na aprobatę. Ponadto przepisy Ustawy nie dotyczą wprost pozostawionych na parkingu samochodów i rzeczy, które się w nich znajdują. Rozporządzenie z dnia 30 lipca 2009 roku<sup>31</sup> zawiera szczegółowe regulacje na temat prawa, o którym mowa powyżej. I tak potwierdzenie przyjęcia rzeczy wartościowych oddawanych do depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej na czas pozostawiania pacjenta w tym zakładzie, stanowi karta depozytowa. Rzeczy wartościowe w depozycie przechowuje się w opakowaniu trwale zamkniętym, ostemplowanym pieczęcią zakładu i oznaczonym numerem, pod którym depozyt został zapisany w księdze depozytów. Opakowanie, w którym jest przechowywany depozyt, przechowuje się w sejfie albo szafie pancernej.

Dla zrozumienia prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego należy nawiązać do pojęcia prywatności, które w doktrynie jest bardzo różnie definiowane. Zdaniem D. Karkowskiej prywatność to termin, który określa możliwość jednostki lub grupy osób do utrzymywania swych osobistych zwyczajów i zachowań z dala od widoku publicznego<sup>32</sup>. Pacjent, który znajduje się w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Może on jednak odmówić skorzystania z tego uprawnienia. Bez względu na powyższe zakład opieki zdrowotnej jest zobligowany do zapewnienia tajemnicy korespondencji i powstrzymywania się od zachowań, które powodowałyby jedynie iluzoryczne przestrzeganie praw pacjenta<sup>33</sup>. W ramach omawianego prawa pacjentowi przysługuje również prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej<sup>34</sup>. Realizacja uprawnień pacjenta wiąże się jednak z pewnymi kosztami. Docelowo obarczają one pacjenta, jeżeli ich realizacja skutkuje kosztami poniesionymi przez stacjonarny zakład opieki zdrowotnej. Wysokość opłaty rekompensującej koszty ustala kierownik zakładu, uwzględniając rzeczywiste koszty. W praktyce może to generować pewne trudności, ponieważ o ile ustalenie kosztów kontaktu telefonicznego czy korespondencyjnego jest możliwe, o tyle ocena kosztu pobytu osób odwiedzających czy sprawujących dodatkową opiekę pielęgnacyjną nie jest już taka jednoznaczna. W celu zminimalizowania wątpliwości wprowadzono wymóg, aby informacja o wysokości opłaty oraz sposobie jej ustalenia była jawna i udostępniana w lokalu stacjonarnego zakładu opieki zdrowotnej.

## Opieka duszpasterska

Wśród praw pacjenta, które zostały zapisane w Ustawie, znajduje się także prawo do opieki duszpasterskiej. Obejmuje ono katalog uprawnień indywidualnych, w tym prawo do bezpośredniego kontaktu z duchownym wyznawaną przez pacjenta religii oraz prawo uczestnictwa w obrządkach religijnych, które powinny zostać zorganizowane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. W przypadku pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia, stacjonarny zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany umożliwić



pacjentowi kontakt z duchownym. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego. Uprawienie do zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę nie przysługuje w przypadku zawinionego naruszenia prawa pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie stacjonarnego zakładu opieki zdrowotnej, informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych oraz dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia. Ponadto w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego. Prawo służyć powinno uznanym wartościom moralnym i jeżeli normy prawne będą się opierać na tych wartościach, stosowanie prawa będzie pewniejsze i pozbawione intuicyjnego rozstrzygania wedle niesprecyzowanych kryteriów – dylematów natury etycznej<sup>35</sup>. Moim zdaniem w obliczu dokonani współczesnej medycyny zadania stawiane ustawodawcy są niezwykle trudne do zrealizowania. Bez wątpienia możliwości medycyny i działania lekarzy znacznie wyprzedziły prawo, które nie zawsze jest kompatybilne z rzeczywistością, w związku z czym przestrzeganie obowiązujących norm prawnych jest niezbędne, zwłaszcza w obszarze zdrowia i praw pacjenta.

## Przypisy

- <sup>1</sup> M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2005, s. 16.
- <sup>2</sup> A. Augustynowicz, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – próba oceny*, *Prawo i Medycyna* 4/2009, s. 41.
- <sup>3</sup> Ibidem.
- <sup>4</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 52, poz. 17).
- <sup>5</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.).
- <sup>6</sup> E. Sobol (red.), *Mały słownik języka polskiego*, Warszawa 1995, s. 591.
- <sup>7</sup> M. Śliwka, *Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych* (w:) Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – komentarz, pod red. M. Nestorowicza, Warszawa 2009, s. 46.

- <sup>8</sup> Ibidem; ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. tekst jedn. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027).
- <sup>9</sup> Ze względu na wielopłaszczyznowość problemu prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych nie zostanie ono zaprezentowane w ramach niniejszego artykułu.
- <sup>10</sup> SA w Warszawie z 29.04.2004 r. I ACa 1/04, Apel. Warszawa 2005, nr 2, poz. 14.
- <sup>11</sup> TK z 28.11.2005 r., K 22/05, OTK 2005, nr 10 A, poz. 18.
- <sup>12</sup> Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości: a) nazwisko i imię (imiona), b) datę urodzenia, c) oznaczenie płci, d) adres miejsca zamieszkania, e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, f) w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych oraz datę sporządzenia.
- <sup>13</sup> TK z 28.11.2005 r., K 22/05, OTK 2005, nr 10 A, poz. 18.
- <sup>14</sup> M. Świdorska, *Prawo pacjenta do informacji* (w:) Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – komentarz, pod red. M. Nestorowicza, Warszawa 2009, s. 81.
- <sup>15</sup> J. Schimmel, *Totalitaryzm a etyka lekarska*, *Gazeta Lekarska* VII 1990.
- <sup>16</sup> SA z 09.05.2002 r., ACA 221/02, PiM 1/2004, s. 116.
- <sup>17</sup> M. Śliwka, *Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych* (w:) Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – komentarz, pod red. M. Nestorowicza, Warszawa 2009, s. 113.
- <sup>18</sup> Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.).
- <sup>19</sup> K. Pollak, *Uczniowie Hipokratesa*, Warszawa 1970, s. 86.
- <sup>20</sup> Tekst tłumaczenia G. Piankówny i K. Kreyszerowej z oryginału greckiego: *Hipocrates, Opera Omnia*, Lipsk 1892, t. 2.
- <sup>21</sup> K. Osińska, *Dorobek etyczny medycyny* (w:) Refleksje nad etyką lekarską, Warszawa 1990.
- <sup>22</sup> „Intymność i godność stanowią dobra osobiste każdego człowieka w rozumieniu art. 23 kodeksu cywilnego” (SN z 18.01.1984 r., I CR 400/83, OSNC 1984, nr 11, poz. 195).
- <sup>23</sup> Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. (Dz. U. 64.16.93 z późn. zm.).
- <sup>24</sup> SN z 11.03.1997 r., III CKN 33/97, OSNC 1997, nr 6-7, poz. 93, SN z 04.04.2001 r., III CKN 323/00, LEX nr 365051.
- <sup>25</sup> D. Karkowska, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009, s. 467.
- <sup>26</sup> Ibidem.
- <sup>27</sup> W. Drabik, *O poszanowaniu prawa pacjenta do intymności*, *Puls* 1996, nr 7-8.
- <sup>28</sup> SN z 30.10.2003 r., IV CK 149/02, LEX nr 209289.
- <sup>29</sup> Osoba bliska to małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.
- <sup>30</sup> P. Zaborowski, *Filozofia postępowania lekarskiego*, Warszawa 1990, s. 26 i n.
- <sup>31</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 129, poz. 1068).
- <sup>32</sup> D. Karkowska, op. cit., s. 479.
- <sup>33</sup> Mam tu na myśli podsłuchiwanie rozmów telefonicznych, zapoznanie się z treścią wiadomości elektronicznych itd.
- <sup>34</sup> Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną rozumiem opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i pogoju.
- <sup>35</sup> A. Krajewska, *Current Legal Issues Concerning Embryo research in the UK – Aktualne problemy prawne dotyczące badań na embrionach w Wielkiej Brytanii*, Wrocław 2004, s. 37.



*Osoby korzystające z internetu przede wszystkim poszukują w nim informacji, jednak ponad 70% korzysta z sieci w celu poprawy zdrowia, m.in. z użyciem programów samopomocy. Takie programy mogą również pomóc osobom uzależnionym.*

# INTERNETOWE PROGRAMY LECZENIA UZALEŻNIEŃ

Filip Nawara  
Fundacja Praesterno

W ostatnich latach wyraźnie wzrasta zapotrzebowanie na leczenie, zwłaszcza wśród użytkowników konopi, kokainy i narkotyków klubowych, głównie ecstasy. W grupie tej dominują osoby młode i młodzi dorośli, których w większości cechuje stała obecność w internecie. Internetowe programy pomocy mogą więc być odpowiedzią na nowe potrzeby. Wyróżniają je wszystkie zalety sieci, czyli przede wszystkim dostępność, anonimowość i niskie koszty dotarcia.

## Charakterystyka

Duża dostępność pomocy w internecie z jednej strony wiąże się z nieograniczonym zakresem terytorialnym, który przestaje być barierą w przypadku np. osób pochodzących z obszarów wiejskich, z drugiej zaś strony dotyczy grup społecznych, dla których tradycyjne metody leczenia nie są wystarczające. Do tego rodzaju grupy należą osoby nadużywające substancji psychoaktywnych, ale które nie są jeszcze uzależnione czy gotowe przyznać się do tego. Użytkownicy kanabinoli lub narkotyków klubowych, którzy nie podejmowali wcześniej leczenia, często czują opory przed zgłoszeniem się do odpowiedniej placówki. Są za to aktywni w sieci i to oni stanowią większość odbiorców programów samopomocy.

W przypadku osób pracujących istotny jest brak ograniczeń czasowych. Statystyki programów dla nadużywających alkoholu wskazują najwyższą ich aktywność w godzinach porannych i wieczornych oraz w weekendy, kiedy nie działa część tradycyjnych poradni.

Całkowita anonimowość i przystępna formuła programów internetowych ułatwiają decyzję podjęcia próby leczenia m.in. przez osoby, które czynią to po raz pierwszy lub nie wiążą swojego problemu z narkomanią, bądź obawiają się stygmatyzacji.

W pełni zautomatyzowane programy samopomocy nie wymagają nawet podania adresu e-mail przy rejestracji, za to umożliwiają czat na wewnętrznych forach, gdzie

użytkownicy w sposób otwarty i jasny określają swój stan i przebieg terapii.

Kolejne zalety programów internetowych to niski koszt ich utrzymania oraz możliwość łatwej dystrybucji. Raz opracowany program nie wymaga przez dłuższy czas żadnych prac, a transfer do innych państw to kwestia tłumaczenia.

## Programy i strategie

W 2009 roku EMCDDA opublikowało przegląd internetowych programów leczenia uzależnień (Internet-based Drug Treatment Interventions – DTI). Na jego potrzeby stworzono definicję takich programów. Polegają one na prowadzeniu zaplanowanych działań z użyciem stworzonego specjalnie dla potrzeb leczenia ustrukturyzowanego narzędzia.

Z ankiet rozesłanych do 30 państw europejskich uzyskano adresy 13 stron nastawionych na udzielanie pomocy uzależnionym w sześciu państwach: Holandii, Wielkiej Brytanii, Niemczech, Finlandii, Polsce i Czechach. Tylko cztery spełniały postawione wymagania i zostały opisane w raporcie na podstawie dodatkowych kwestionariuszy. Od 2008 roku, kiedy prowadzono przegląd, niektóre elementy stron uległy zmianom, uruchomiono też piąty program. Programy różnią się poziomem samodzielności, więc i strategią działania.

W Wielkiej Brytanii i Holandii dostępna jest w pełni zautomatyzowana aplikacja samopomocy. Została stworzona przez holenderską fundację Jellinka i działa na stronach fundacji w języku holenderskim oraz na brytyjskiej stronie „Poznaj cannabis” (*Know Cannabis*), dołączonej do popularnego *Talk to Frank*. Także najnowszy holenderski program, uruchomiony na stronach „Czego oczekujesz od trawy?” (*Wat wil jij met wiet*), jest w pełni automatyczny. Programy te są darmowe i charakteryzują się całkowicie otwartym dostępem bez konieczności podawania jakichkolwiek danych.



Dzienniczek programu 'Know Cannabis', w tle panel główny programu – kliknięcie ikony otwiera okno aplikacji. W dzienniczku do wypełnienia są kalendarz, wskaźnik łaknienia oraz pola wyboru okoliczności: miejsce, towarzyszące sytuacji osoby, uczucia oraz myśli. Na dole użytkownik wpisuje ilość spożytych porcji lub czynności podjęte zamiast palenia.

Drugim wzorcem jest prowadzony w Niemczech tak samo zautomatyzowany i darmowy program *Quit the shit* (QTS), w którym jednak wykorzystuje się kontakt z poradnią. Program rozpoczyna krótki test, którego wynik decyduje o przyjęciu na terapię. Uczestnik może zostać odesłany do części ogólnej strony, bogatej w informacje i testy interaktywne, jeśli nie deklaruje gotowości do leczenia lub nie wydaje się zagrożony nałogiem. W przypadku odwrotnym, kontaktuje się z nim doradca z informacją o bardziej zaawansowanych możliwościach leczenia. Samo leczenie rozpoczyna i kończy kilkudziesięciominutowa prywatna sesja on-line z doradcą, a zespół pracowników ma wgląd w rejestr uczestnika i co tydzień podsumowuje jego wpisy oraz oferuje kontakt mailowy. Obecnie ze stroną-matką współpracuje 12 poradni.

Trzeci rodzaj terapii odbywa się przy stałym nadzorze konsultanta, z którym uczestnik kontaktuje się kilka razy w tygodniu. W tym wypadku leczenie jest odpłatne i posiada różny przebieg, zależny od prowadzącego, który uruchamia odpowiednie elementy aplikacji i stale doradza pacjentowi.

Wszystkie programy leczenia, niezależnie od poziomu zaangażowania niewirtualnych doradców, posługują się aplikacjami internetowymi o tej samej zasadzie działania – dostarczają uczestnikom narzędzi, które dają ogłęd własnych nawyków związanych ze spożywaniem danej substancji, wskazują jej ilości, zestawiając je z ustalonymi celami, oraz dostarczają narzędzi pomagających te cele utrzymać, również w oparciu o samoocenę.

## Rejestracja

Kluczowym momentem jest rejestracja. Od chwili zetknięcia się z programem potencjalny uczestnik zaczyna działać. Na początku ustala swój login i hasło. Programy z udziałem doradcy wymagają dodatkowych danych, te w pełni zautomatyzowane zezwalają na całkowitą anonimowość. W następnych krokach następuje określenie ilości oraz okoliczności, w jakich najczęściej używa się danej substancji. Uczestnik wpisuje częstotliwość spożycia w ostatnim miesiącu oraz wypełnia dzień po dniu tabelę z ostatniego tygodnia. We wszystkich programach następuje moment decyzji: ograniczenie lub całkowite zaprzestanie używania, ewentualne dozwolone spożycie w poszczególnych dniach tygodnia, dodatkowe

wyzwania, data rozpoczęcia programu itp.

Programy zawierają również opisy problemów i metod działania w kolejnych krokach. Wyjaśniają zasadność niektórych czynności czy konsekwencje, jakie mogą się z nimi wiązać, np. wystąpienie objawów odstawiennych. Programy z udziałem doradców wykorzystują bardziej pogłębione ankiety, te w pełni zautomatyzowane przedstawiają tylko zagadnienia, przykładowe odpowiedzi i porady.

Co jakiś czas pojawia się podsumowanie, np. graficzne przedstawienie relacji obecnego i pożądanego spożycia czy zebrane w punktach decyzje i cele.

Podczas rejestracji użytkownik nie może się cofnąć i wprowadzać zmian, jest to możliwe w trakcie trwania programu.

## Przebieg programu – narzędzia i zadania

Terapie zautomatyzowane opierają się na zwalczaniu pociągu do spożycia substancji (ang. *craving*, niem. *Drang*). Wykorzystują behawioralno-kognitywny (poznawczy) model terapii, stosowany również w leczeniu tradycyjnym.

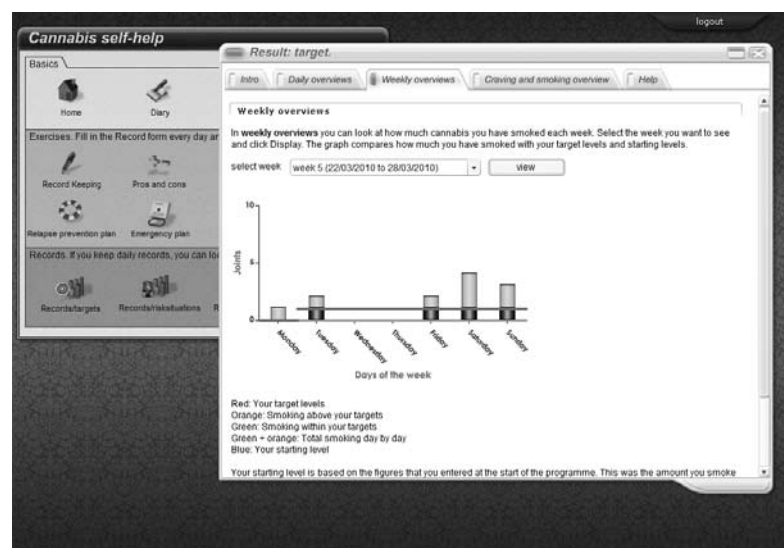
Podstawowym narzędziem samooceny jest dzienniczek, w którym uczestnik zobowiązany jest wpisywać codziennie informacje o swoich odczuciach, poziomie głodu, towarzyszących mu myślach oraz o ewentualnym spożyciu. Ma przy tym do dyspozycji listy wyboru i możliwość umieszczenia własnych wpisów.

Ujęcie okoliczności, w których występuje największe łaknienie lub w których uczestnik używał substancji, odbywa się w ramach oddzielnego zadania, jednak skorelowanego z dzienniczkiem. Uczestnik określa tzw. sytuacje ryzykowne, czyli poziom łaknienia w poszczególnych miejscach, grupach ludzi, przy różnych czynnościach, przemysleniach lub odczuciach. Tu również ma możliwość wyboru lub wpisania odpowiedzi, których można użyć później w dzienniczku.

Aplikacje zawierają narzędzia podsumowujące wpisy w postaci tabeli lub wykresów, w których zestawione są poziomy łaknienia z poszczególnymi sytuacjami. Użytkownik może odznaczyć elementy, według których zestawienie ma być prowadzone, np. napięcie, ludzie, miejsca itd. Wykresy przedstawiają założony poziom spożycia w porównaniu z odnotowanym w poszczególnych dniach.

## Dodatkowe propozycje

Obok prowadzenia codziennego rejestru, użytkownik zachęcany jest do wypełniania co kilka dni dodatkowych zadań. Z jednej strony prowokują one do refleksji nad bieżącymi zdarzeniami, z drugiej są przygotowaniem do radzenia sobie w krytycznych sytuacjach.



Podsumowanie tygodniowych wpisów do dzienniczka. Gruba pozioma linia wskazuje założony poziom spożycia, słupki to wynik wpisów. Przekroczone limity zaznaczone są jaśniejszym odcieniem.

W innych zakładkach można obejrzeć wykresy zestawiające łaknienie i wielkość spożycia oraz tabelę z codziennymi wynikami z dzienniczka.

Programy nakłaniają do regularnego wglądu i uzupełniania wpisów zdających sprawę z przebiegu leczenia. W oddzielnych narzędziach można zanotować dodatkowe decyzje lub wyzwania pomocne w osiągnięciu pożądanego poziomu spożycia. W tych punktach pojawiają się podpowiedzi,

które stanowią zarazem porady, np.: Nie będę trzymał narkotyków w domu, Będę palił tylko wieczorami, Nie będę nic kupował itp.

Większość programów zawiera też pole „plusy i minusy”. W tym miejscu uczestnik wpisuje pozytywne i negatywne strony zarówno używania substancji, jak i ograniczenia lub zaprzestania spożycia. Na przykład jako minus niepalenia wymieniony może być trudniejszy kontakt z częścią znajomych.

Ważnym elementem jest zapobieganie „wpadkom”, czyli złamaniu postanowień. Z jednej strony służy temu gotowy katalog ryzykownych sytuacji, do których dopisuje się własne sposoby unikania takich sytuacji czy miejsc, np. zadzwonię do przyjaciela, wyjdę na spacer. Z drugiej strony uczestnik przygotowuje plan działania na wypadek, gdyby nie udało mu się pohamować. Składają się na niego pola „co zrobić” i „co powinienem myśleć”. Program podsuwa propozycje działania: Wyrzucę resztę narkotyku, Wróć natychmiast do programu, czy motywujące myśli: Nadal mogę rzucić, Nie przerwę leczenia, to tylko małe potknięcie.

Do wszystkich terapii dołączone są wewnętrzne fora, na których uczestnicy udzielają sobie wzajemnego wsparcia.

## Skuteczność

Spośród wszystkich programów dane o skuteczności uzyskał dotąd tylko niemiecki *Quit the shit*. Dostępne są wyniki dwóch badań – jedno przeprowadzono dla potrzeb publikacji EMCDDA, drugie to coroczne badanie Państwowego Centrum Oświaty Zdrowotnej (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung – BZgA). Oba prowadzone były tą samą metodą i przy niewielkich różnicach wyników wykazały znaczną skuteczność.

Osoby zgłaszające się do programu, które godziły się na badanie jako grupa kontrolna (GK), nie przystępowały do terapii. Mogły korzystać z baz wiedzy i testów znajdujących się na stronie, jednak w przypadku, gdy korzystały z dodatkowej profesjonalnej pomocy, były wykluczane z badania. Grupa objęta interwencją (GI) przechodziła

cały tryb leczenia. Po trzech miesiącach obie grupy były ponownie ankietowane.

Dane BZgA wykazały bardzo wysoki poziom spożycia środków psychoaktywnych wśród uczestników programu. Wszyscy zgłaszający się do programu mieli kontakt z ka-



nabinolami średnio przez 25,5 dnia w ostatnim miesiącu, średnie zużycie to 20,4 g. Spadek spożycia w GK okazał się niewielki – z 24,9 dnia do 21 dni w miesiącu. W GI częstotliwość spożycia spadła z 26,1 do 12,4 dnia.

Istotny jest również dość duży poziom abstynencji – choć tylko część osób deklarowała chęć całkowitego zaprzestania palenia, to w GK udało się to zaledwie 5,7% osób. W GI udało się to 27%.

Badanie EMCDDA wykazuje podobne tendencje:

- spadek spożycia w GK z 17,5 do 16,9 g substancji, w GI z 22 do 7,8 g,
- częstotliwość użycia środka zmalała w przypadku GK z 24,5 do 20,6 dnia, w GI z 26 do 10,5 dnia,
- abstynencję udało się osiągnąć 5,4% osób z GK i 32,6% osób z GI.

Badanie wykazało za to niewielkie różnice w czynnikach psychospołecznych obu grup. Nieznaczące pozytywne zmiany odnotowano w poczuciu ogólnego zadowolenia oraz występowaniu stanów lękowych. Jedynie występowanie depresji zmalało w GI z prawie 19% do 12%, gdy w GK tylko do 15,4%.

Należy dodać, że w badanych grupach objętych interwencją program ukończyło więcej osób (ponad 70%), niż wskazuje średnia wszystkich uczestników (ponad 40%).

## Popularność i zapotrzebowanie

Według danych EMCDDA, angielską stronę knowcannabis.org.uk odwiedziło w 2006 roku ponad 33 tys. osób, a w 2007 roku już 52 tys. Spośród nich do programu zarejestrowało się odpowiednio 1419 i 1558 osób, a ukończyło go 125 i 138 osób. Nie przeprowadzono ewaluacji tych terapii, jednak podobny program fundacji Jellinka, skierowany do osób nadużywających alkoholu, okazał się skuteczny, choć ukończyło go zaledwie 170 osób (5%).

Stronę drugcom.de, na której znajduje się program QTS, odwiedziło w 2007 roku ponad 900 tys. osób. Brytyjski talktofrank.com w ciągu 6 miesięcy na przełomie 2005 i 2006 roku odwiedziło 3,5 mln osób. Oprócz programu samopomocy, *Talk to Frank* udziela również tradycyjnych porad, w ciągu pół roku odebrano 17 tys. maili i 15 tys. telefonów, z czego prawie 10 tys. było od młodzieży.

Podobne poradnie posiadają jeszcze Czechy i Polska. Czeska drogovaporadna.cz udzieliła w 2005 roku prawie 3 tys. porad, polska narkomania.org.pl prawie 1800.

Na potrzeby powstałego w 2009 roku *Cannabis de baas* przeprowadzono badania wśród osób korzystających z in-

ternetowej pomocy. Średnia wieku ankietowanych wynosiła 19,5 lat. 80% z nich deklaroowało chęć ograniczenia lub całkowitego zaprzestania spożycia, 36% było pewnych uczestnictwa w programie, a 24% wahało się.

Ponad 60% osób z 20 tys., które odwiedziły stronę-matkę programu watwilijmetwiet.nl, trafiło na nią przypadkiem, używając wyszukiwarki. Najczęściej odwiedzane działy to „zalety i wady cannabis”, informator o narkotykach i porady, jak ograniczyć spożycie.

Ankieta wskazała również najbardziej pożądane cechy stron, które pomagają uzależnionym: prosty i czytelny wygląd, klarowna i obiektywna informacja oraz interaktywność (gry, testy).

Strony samopomocy, zwłaszcza te zautomatyzowane, skierowane są głównie do młodzieży i młodych dorosłych. Średnia wieku odbiorców programów waha się między 19. a 23. rokiem życia. Przy najszybciej rosnącym spożyciu pochodnych konopi i narkotyków klubowych właśnie w tych grupach wiekowych, programy internetowe wydają się być skuteczną pomocą zarówno dla osób, które odkrywają swój problem, jak i tych zagrożonych uzależnieniem, potrzebujących przede wszystkim informacji.

Trzeba jednak pamiętać, że programy samopomocy nie są kompletną terapią, zwłaszcza w przypadku występowania dodatkowych problemów psychicznych czy socjalnych.

## Adresy stron prowadzących programy

Know cannabis – self-help programme: <http://www.knowcannabis.org.uk>,  
 Jellinek Live: [https://behandeling.jellinekclinics.com/?mod=zelfhulp\\_cannabis&lang=en](https://behandeling.jellinekclinics.com/?mod=zelfhulp_cannabis&lang=en)  
<http://www.jellinek.nl/>  
 Quit the shit: <http://www.drugcom.de/>  
 Wat wil jij met wiet: [www.cannabisdebaas.nl](http://www.cannabisdebaas.nl), [www.watwilijjmetwiet.nl](http://www.watwilijjmetwiet.nl)  
 Prezentacja badań na temat, czego oczekujesz od trawy: [http://www.ementalhealthsummit.com/documents/4\\_8\\_4%20Presentatie%20EMHS%20WJMW%20EtH.pdf](http://www.ementalhealthsummit.com/documents/4_8_4%20Presentatie%20EMHS%20WJMW%20EtH.pdf)  
 Cannabis pod kontrolą: <http://www.cannabisondercontrole.nl/>

### Poradnie internetowe

drogovaporadna.cz  
 extc.cz  
 narkomania.org.pl  
 www.talktofrank.com

### Raport EMCDDA – Insight 10 2009

[www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications)

### Pozostałe strony

[www.internetworldstats.com/europa.htm](http://www.internetworldstats.com/europa.htm)



*Jak donoszą badania Eurobarometru, „w 2008 roku z internetu korzystało w Polsce 89% osób w wieku 6-17 lat. W porównaniu z 2005 rokiem odsetek ten wzrósł aż o 27%. Wskaźnik dla 2008 roku jest w naszym kraju znacznie powyżej średniej dla 27 krajów Unii Europejskiej, który wynosi 75%”. Taki dostęp do nieocenzurowanego medium, jakim jest internet, stwarza duże możliwości dystrybucji substancji psychoaktywnych i informacji z nimi związanych.*

# ZBIERANIE INFORMACJI O NOWYCH SUBSTANCJACH PSYCHOAKTYWNYCH ORAZ TRENDACH NA SCENIE NARKOTYKOWEJ W INTERNECIE

Tomasz Zakrzewski  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

## Po co monitorować internet?

„Jeśli twoje dziecko nie śpi, prawdopodobnie jest on-line” – donosi w tytule „New York Times”, prezentując badania aktywności młodych ludzi w sieci z 2009 roku<sup>1</sup>. Według badaczy Kaiser Family Foundation czas przebywania w sieci dzięki nowoczesnemu internetowi i rozwojowi urządzeń multimedialnych wzrósł w USA w ciągu ostatnich dwóch lat do 7,5 godziny dziennie wśród dzieci i młodzieży w wieku 8-18 lat. Jest to już trzecie badanie zachowań konsumenckich dotyczących korzystania z internetu. Ostatnie pięć lat wskazuje na istotny wzrost znaczenia sieci w życiu młodych ludzi w stosunku do trendów badanych między 1999 a 2004 rokiem. Wyniki z roku 2009 zszokowały autorów nie tylko dlatego, że przeciętny czas przebywania w internecie wzrósł tak dynamicznie, ale także z tego powodu, że narasta problem tzw. *the heaviest media users*, czyli tych młodych ludzi, którzy w sieci spędzają ok. 16 godzin dziennie, dla których sieć praktycznie staje się jedynym źródłem informacji o świecie. Europejskie badania również wskazują na trend coraz większego znaczenia on-line w życiu młodych ludzi.

W Polsce trend korzystania z sieci przez dzieci i młodzież bardziej przypomina sytuację w USA niż w UE. Jak donoszą badania Eurobarometru, „w 2008 roku z internetu korzystało w Polsce 89% osób w wieku 6-17 lat. W porównaniu z 2005 rokiem odsetek ten wzrósł o 27%. Wskaźnik dla 2008 roku jest w naszym kraju znacznie powyżej średniej dla 27 krajów Unii Europejskiej, który wynosi 75% (w 2005 roku 70%)”<sup>2</sup>. Oznacza to, że im starsza młodzież, tym korzystanie

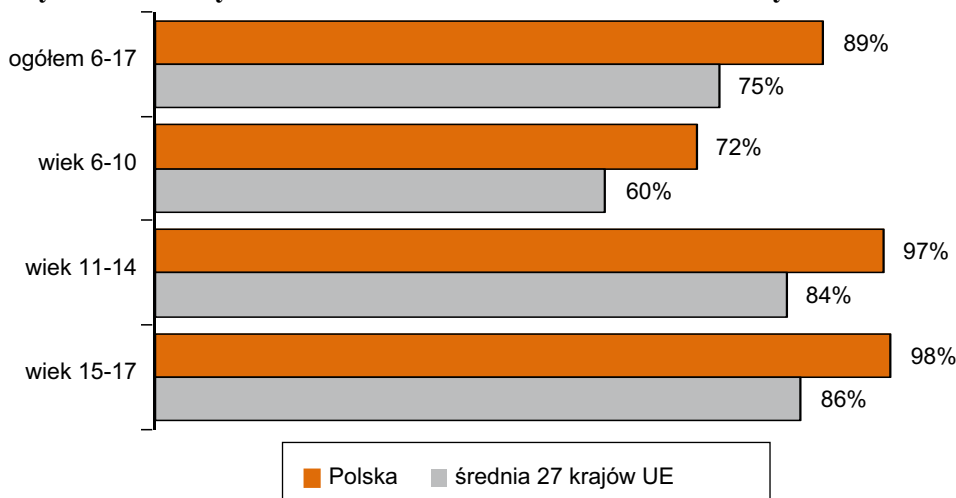
z sieci jest powszechniejsze, a liczba osób korzystających z internetu między 11. a 17. rokiem życia wynosi ok. 97%. Polska młodzież korzysta więcej z sieci niż przeciętny młody człowiek w krajach UE (wykres 1.).

Powyższe dane wskazują dobitnie, że internet stał się głównym medium młodych ludzi. Zarówno rosnący czas przebywania w sieci, jak i ilość/jakość zasobów perswazyjnych, a także nowe technologie umożliwiające sprzedaż on-line, w sposób znaczący oddziałują na scenę narkotykową w Polsce i w Europie. Wpływ ma na to wiele aspektów, w tym głównie:

- wymiana informacji o narkotykach (w tym o pożądanym i niepożądanym działaniu, nowościach na rynku, sposobach zażywania itp.);
- wymiana informacji o użytkownikach, grupach, zdarzeniach w obrębie np. subkultur czy w obrębie społeczności użytkowników narkotyków;
- wymiana informacji o źródłach dostępu do narkotyków;
- wymiana informacji o sposobach produkcji narkotyków;
- promowanie nowych produktów na scenie narkotykowej;
- kreowanie lub wzmacnianie wzorców zachowań;
- intencjonalna dezinformacja (manipulacja w celach perswazyjnych);
- sprzedaż narkotyków i akcesoriów.

Dzięki swobodnej wymianie informacji internet stał się idealnym polem zbierania danych dla badaczy zjawiska używania narkotyków. Specyfika medium pozwala na bieżąco

### Wykres 1. Korzystanie z internetu wśród dzieci i młodzieży



Źródło: Eurobarometr 2008, raport EU Kids Online.

śledzić trendy związane z wzorami używania narkotyków i wykrywać nowe substancje używane przez młode osoby eksperymentujące ze środkami psychoaktywnymi.

W niniejszym artykule pragnę przedstawić europejski program monitorujący sieć z punktu widzenia sceny narkotykowej, posługujący się metodologią „białego wywiadu”<sup>23</sup>, jakim jest monitoring mediów elektronicznych.

### Co to jest The Psychonaut WEB MAPPING?

The Psychonaut WEB MAPPING Project, finansowany ze środków Unii Europejskiej, to projekt, który ma za zadanie rozwój systemu monitorowania internetu w celu:

- identyfikacji i kategoryzacji nowych środków psychoaktywnych i narkotyków używanych w celach rekreacyjnych oraz
- określenia trendów i nowych wzorów używania środków psychoaktywnych.

Projekt ma charakter międzynarodowy. Realizowany jest przez 7 państw oraz 14 współpracujących instytucji z 10 krajów Europy. Wspiera on system wczesnego ostrzegania o narkotykach przyjęty przez EMCDDA.

Dzięki projektowi The Psychonaut możliwa jest stała analiza jakościowa najnowszych trendów w używaniu substancji psychoaktywnych w oparciu o 9 języków w 7 krajach Unii Europejskiej. Analiza treści m.in. stron internetowych pozwoliła na stworzenie słowników slangu narkotykowego używanego w krajach objętych projektem. Dzięki projektowi powstała baza danych zawierająca informacje on-line na temat nowych środków psychoaktywnych i wzorów

ich używania. Wstępne dane są przetwarzane i publikowane w bazie jako zawartość folderów (*technical folders*) o wystandaryzowanej strukturze.

### Historia projektu

The Psychonaut Project został zainicjowany w 2002 roku. Głównym celem było stworzenie bazy danych stron internetowych reprezentatywnych dla Unii Europejskiej, ukierunkowanych na promocję,

wymianę informacji lub sprzedaż substancji psychoaktywnych. Autorzy projektu chcą odpowiedzieć na podstawowe pytania dotyczące wpływu nowego medium na scenę narkotykową w UE:

1. Jak wygląda promocja i informacja na temat narkotyków w sieci?
  - Jak wiele stron promuje branżę narkotyków w sieci? Jaka jest skala promocji narkotyków w internecie?
  - Czy można je znaleźć w łatwy sposób? Czy są dostępne?
  - W jaki sposób rozwijają się strony promocyjne?
  - Jak wypadają w porównaniu ze stronami profilaktycznymi czy stronami z zakresu antynarkotykowej edukacji publicznej?
  - Czy promują nowe substancje i nowe wzory zachowań?
  - Na ile mogą być przydatne dla profesjonalistów z zakresu profilaktyki, terapii, readaptacji i w kwestii danych dla decydentów?
2. Jak wygląda sprzedaż narkotyków w sieci?
  - Jak dużo stron sprzedaje narkotyki?
  - Jaki generują ruch? Ile osób kupuje narkotyki przez internet?
  - Jak narkotyki są sprzedawane przez sieć?
  - Jak wygląda dystrybucja narkotyków?
  - Jak można opanować to zjawisko posługując się obowiązującym prawem?

Na pierwszym etapie zbierano informacje, monitorując internet w obszarze 11 grup substancji: cannabis, ziola i rośliny o działaniu psychoaktywnym (*psychoactive plants, ecological drugs*), prekursorzy dostępne na rynku niele-

galnym (*manufacturing drugs*), amfetamina, opiaty, inne stymulanty, narkotyki wziewne, rozpuszczalniki, MDMA, kokaina, leki na receptę, tytoń, narkotyki „dyskotekowe” (np. ketamine, LSD, GHB).

Celem tego etapu było nie tylko poszukiwanie informacji na temat substancji psychoaktywnych, ale przede wszystkim stworzenie jednorodnej bazy domen wielu tysięcy najpopularniejszych stron jako podstawy do tworzenia ostatecznej bazy informacyjnej o substancjach psychoaktywnych i nowych trendach na scenie narkotykowej.

W drugim etapie projektu zwrócono uwagę na nowe substancje psychoaktywne. Pierwotny projekt opierał się na prostej metodologii, polegającej na wystandaryzowanym przeszukiwaniu sieci za pomocą najpopularniejszych wyszukiwarek (Google.com oraz AltaVista.com). Do poszukiwania stron w poszczególnych kategoriach substancji używano jednego słowa kluczowego dla danej kategorii. Słowo kluczowe było dobierane tak, by stało się maksymalnie reprezentatywne dla kategorii. W obu przeglądarkach analizowano pierwsze 100 wskazanych stron internetowych oraz odwiedzano 5% pozostałych losowo wybranych adresów internetowych. Uczestnicy projektu łącznie odwiedzili i przeanalizowali 4000 najpopularniejszych stron w europejskiej sieci. W bazie danych stron została odnotowana data pierwszych odwiedzin, nazwa identyfikacyjna strony, numer w rankingu wyszukiwarki, relacja względem danej kategorii używanego narkotyku, możliwość nabycia narkotyku poprzez stronę, informacje o właścicielu strony (czy domeny), jakość dostępnej informacji, informacje dotyczące metod produkcji danych substancji.

## Kto uczestniczy w projekcie?

W projekcie uczestniczą głównie zespoły uniwersyteckie (np. University of Hertfordshire School of Pharmacy, Anglia), fundacje i stowarzyszenia (np. Drug Abuse Unit, Hiszpania), instytuty naukowe, kliniki (np. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Essen, Niemcy) z Anglii, Belgii, Finlandii, Niemiec, Włoch, Hiszpanii i Norwegii. One to stanowią instytucjonalny rdzeń projektu. Ponadto w projekcie współpracują: Elisad (European Association of Libraries and Information Services on Alcohol and Other Drugs, Wielka Brytania) – internetowa baza danych ponad 100 stron internetowych zawierających zasoby związane z problematyką alkoholu i narkotyków, oferująca łatwy dostęp profesjonalistom do wiedzy z zakresu profilaktyki, leczenia, rehabilitacji, edukacji w ww. obszarach,

a ponadto szereg ośrodków uniwersyteckich (np. Catholic University Medical School, University of Padova, University of Ancona, Włochy), sieci badawczych (np. East UK Addiction Research Network z Wielkiej Brytanii) czy instytutów naukowych (np. Embeds laege Institutionen, Ringkobing, Dania; Trimbos Institute, Holandia, Institut Municipal d'Investigacio Medica, Hiszpania).

Nowe kraje członkowskie są reprezentowane przez Eotvos Lorand University z Węgier i State Hospital for Alcohol and Drug Addiction z Bułgarii.

W The Psychonaut WEB MAPPING aktywny udział bierze również EMCDDA oraz UNODC.

## Baza

*Technical folders*<sup>4</sup> to część kluczowa bazy danych w projekcie The Psychonaut WEB MAPPING. Obejmuje ona nowe substancje psychoaktywne lub mieszanki substancji.

Podstawowe dane zawarte w bazie to:

1. Informacje na temat nazwy substancji: oficjalna nazwa chemiczna substancji lub nazwa botaniczna w systemie binominalnym, jeśli mówimy np. o roślinie, nazwa potoczna substancji psychoaktywnej, nazwy slangowe określające substancję psychoaktywną (tzw. *street name*).
2. Podstawowe dane chemiczne na temat nowych związków psychoaktywnych (w tym wzór chemiczny, wzór strukturalny, właściwości chemiczne) oraz rozpoznane podstawowe dane na temat prekursora danego psychoaktywnego związku chemicznego.
3. Charakterystyka farmaceutyczna, wygląd (w przypadku gdy opisywany jest produkt – lek dostępny na rynku). W tej części bazy opisuje się wygląd, wagę, logo, kolor, formy występowania substancji itp. Ważne, aby w opisie znalazły się nazwy komercyjne, np. leków, a także zdjęcia/pliki multimedialne pokazujące np. opakowania, opisy/zdjęcia/wideo demonstrujące sposoby przygotowania do użycia substancji psychoaktywnej.
4. Informacje dotyczące reakcji organizmu na użycie substancji psychoaktywnej zawartej w bazie. Informacje te są formułowane w dwóch aspektach: reakcje w kontekście użycia medycznego danej substancji oraz reakcje w kontekście użycia rekreacyjnego.
5. Informacje na temat zidentyfikowanych dróg przyjmowania substancji i wzorów używania.
6. Informacje dotyczące pożądaných przez użytkownika efektów psychoaktywnych, obiektywnych efektów natury medycznej, efektów psychologicznych (pożądanych

oraz niepożądanych, w tym efekty natury psychopatologicznej).

7. Informacje na temat zatrucia po użyciu czy przedawkowaniu substancji psychoaktywnej oraz informacje toksykologiczne związane z przyjmowaniem długoterminowym substancji.
8. Dostępność substancji w krajach europejskich.
9. Zasięg zjawiska używania i nadużywania danej substancji na poziomie określonego kraju.
10. Informacje o źródłach substancji, drogach ewentualnego przemytu i metodach przemytu.
11. Informacja na temat świadomości społecznej dotyczącej zagrożeń związanych z daną substancją oraz stosunku społeczeństwa do danej substancji lub kategorii substancji z grupy zidentyfikowanych nowych substancji psychoaktywnych.

Ponadto w bazie znajdziemy informacje o statusie legalności określonej substancji czy rośliny w danym kraju i aspektach historycznych używania substancji. W bazie możemy znaleźć także informacje nieskategoryzowane w *technical folders*. Rekordy mogą być uzupełnione plikami multimedialnymi.

## Jak korzystać z bazy?

Baza danych jest opublikowana na brytyjskiej stronie projektu pod adresem <http://www.p2002.sgul.ac.uk/ews/login.php>. W zakładce „Database” znajdziemy formularz rejestracyjny. Przed jego wypełnieniem należy najpierw zwrócić się po indywidualny dla każdego użytkownika kod dostępu, który po analizie instytucji/osoby, która chce mieć

dostęp do bazy, jest przesyłany na podany e-mail zwrotny. Baza danych jest chroniona loginem i hasłem.

W chwili obecnej rezultatem prac nad bazą jest zebranie informacji o 384 nowych substancjach lub mieszankach substancji psychoaktywnych, w tym:

- 121 substancjach pochodzenia roślinnego,
- 129 substancjach pochodzenia syntetycznego (w tym 42 będących lekami dostępnymi na rynku w Europie),
- 134 mieszankach i kombinacjach substancji zarówno syntetycznych, pochodzenia roślinnego, mieszanek syntetyczno-naturalnych, jak i leków i ich mieszanek.

Ponadto utworzone w bazie danych foldery obejmują 26 w pełni zidentyfikowanych i systematycznie opisywanych nowych substancji psychoaktywnych (patrz tab. 1.).

Dodatkowo w bazie dostępne są: słownik slangu narkotykowego w Europie w podziale na regiony, fora internetowe na temat nowych substancji psychoaktywnych oraz dodatkowe pliki do ściągnięcia, np. prezentacje, artykuły, opracowania, raporty z monitoringu sieci, zarówno o nowych substancjach, jak i o występujących trendach.

## Podsumowanie

Projekt The Psychonaut WEB MAPPING, którego wymiernym rezultatem jest baza danych na stronie [www.psychonautproject.eu](http://www.psychonautproject.eu), jest przykładem współpracy wielu profesjonalnych instytucji w Europie, które dzięki sieci: zbierają, wymieniają, publikują dane na temat nowych substancji psychoaktywnych, zagrożeń z nimi związanych i trendów na scenie narkotykowej. Dzięki stałemu monitorowaniu europejskiej sieci w zakresie nowych narkotyków wprowadzanych na rynek lub środków o działaniu psy-

choaktywnym powstałych poprzez mieszanie lub przetwarzanie dostępnych leków bądź roślin, można nie tylko gromadzić wiedzę na temat ryzyka wynikającego ze skutków działania nowych substancji, ale także monitorować ich popularność wśród grup docelowych. Projekt, oparty na wciąż udoskonalanej metodologii zbierania i przetwarzania danych, pozwala także na szybszą reakcję na już zaistniałe zjawiska oraz na antycypację przyszłych trendów i ocenę ich ryzyka z punktu widzenia polityki zdrowotnej w krajach europejskich.

W świetle wciąż rosnącego znaczenia internetu jako medium młodych ludzi i jego nieocenzonego charakteru, sieć w Europie staje się nie tylko polem dla badaczy, ale polem przede wszystkim dla pro-

**Tabela 1. Wykaz 26 zidentyfikowanych substancji psychoaktywnych**

Roślinne	Chemiczne	Farmaceutyki	Mieszanki
Gotu Kola	4-AcO-MET	Benzydamine	Happy Caps
Ikathazo	5-MeO-AET	GBL, GHB, 1,4-BD	Minikikke/ Superkikk
Jurema	5-MeO-MiPT	Lyrica	Spice
Kanna	Bromodragonfly	Norspan	
Peyote	Herkinorin		
Phalaris	JWH-018		
Salvia	JWH-073		
Sassafras	MDPV		
Syrian Rue	Mephedrone		
Wild Dagga			



filaktyki. Ta zaś bez stałego monitoringu i wniosków z badań nie może się efektywnie „dopasowywać” do grup docelowych w nowoczesnym społeczeństwie informacyjnym. Z pewnością wciąż udoskonalane, obecnie używane narzędzie wymiany informacji, promocji i sprzedaży oraz pojawiające się nowe technologie w internecie wpłyną na europejską scenę narkotykową. Projekt The Psychonaut WEB MAPPING jest przykładem, jak zmienia się sposób zbierania i rozpowszechniania profesjonalnych danych o narkotykach i narkomanii, a w swej istocie wyznacza także trendy w zakresie działań środowisk antynarkotykowych w krajach UE.

## Przypisy

- <sup>1</sup> <http://www.nytimes.com/2010/01/20/education/20wired.html?cp=1&sq=Kids%20Awake,%20Online&st=cse>.
- <sup>2</sup> <http://www.internetstats.pl/index.php/2010/02/korzystanie-z-internetu-wsrod-dzieci-i-mlodziezy-2005-2008/>.
- <sup>3</sup> Monitoring mediów (w tym monitoring sieci), zwany również „białym wywiadem” – to podstawowe narzędzie wykorzystywane w public relations. Polega na wyszukiwaniu określonych zagadnień dostępnych między innymi w internecie.
- <sup>4</sup> Technical folders – to wystandaryzowane formularze prezentujące zabrane dane w projekcie na temat substancji psychoaktywnej, prezentowanej/opisywanej w bazie.

## WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Spotkanie dotyczące zbierania cen hurtowych narkotyków, EMCDDA	20-21 kwietnia	Londyn, Anglia
Spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków	28 kwietnia	Madryt, Hiszpania
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	19 maja	Bruksela, Belgia
Akademia REITOX EMCDDA, coroczne spotkanie Head of National Focal Point	26-28 maja	Lizbona, Portugalia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	8 czerwca	Bruksela, Belgia
65. spotkanie stałych korespondentów Grupy Pompidou	14-15 czerwca	Strasburg, Francja
Spotkanie REITOX EMCDDA dotyczące systemu wczesnego ostrzegania	czerwiec	Lizbona, Portugalia
Coroczne spotkanie EMCDDA na temat wskaźnika używania narkotyków w populacji generalnej	czerwiec	Lizbona, Portugalia
Coroczne spotkanie EMCDDA na temat wskaźnika zgłaszalności do leczenia	wrzesień	Lizbona, Portugalia
Spotkanie koordynatorów projektu „Europejskie standardy jakości programu profilaktycznego”	8-10 września	Mediolan, Włochy

## SPOTKANIA KRAJOWE

Wizyta studyjna tureckiego Focal Point (TUBIM) w KBPN	1-2 kwietnia	Warszawa
Szkolenie dla gmin z województwa łódzkiego organizowane przez Eksperta Wojewódzkiego dotyczące monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym – druga edycja, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi	12-14 kwietnia	Załęcze Wielkie woj. łódzkie
II ogólnopolskie spotkanie gmin prowadzących monitorowanie, CINN KBPN	26-27 kwietnia	Falenty koło Warszawy
XVIII spotkanie Ekspertów Wojewódzkich, CINN KBPN	maj/czerwiec	Falenty
Szkolenie pilotażowe Grupy Pompidou dla decydentów zajmujących się polityką narkotykową z udziałem przedstawicieli 28 państw Rady Europy	14-15 maja 23-27 czerwca	Warszawa
Szkolenie dla gmin z województwa mazowieckiego organizowane przez Eksperta Wojewódzkiego dotyczące monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej w Warszawie	6-7 lipca	woj. mazowieckie
II ogólnopolskie spotkanie placówek leczniczych uczestniczących w projekcie Treatment Demand Indicator, CINN KBPN	wrzesień	woj. mazowieckie
V spotkanie sieci programów redukcji szkód, CINN KBPN	wrzesień	woj. mazowieckie

*Artykuł prezentuje aktualną sytuację leczenia substytucyjnego w Polsce, uwzględniając obowiązujące akty prawne, wytyczne Unii Europejskiej oraz Organizacji Narodów Zjednoczonych.*

# DOSTĘPNOŚĆ PROGRAMÓW LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

Kamila Gryn

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

## Leczenie substytucyjne w Polsce

Prowadzona w Polsce polityka przeciwdziałania narkomanii ma na celu ułatwienie osobom uzależnionym dostępu do wszelkich metod leczniczych o udokumentowanej skuteczności. Terapia substytucyjna stanowi w naszym kraju formę leczenia osób uzależnionych od opiatów, wobec których leczenie tradycyjnymi metodami nie przyniosło skutku. Ma na celu zarówno poprawę zdrowia pacjenta, jakości jego życia, reintegrację społeczną, ograniczenie zachowań przestępczych związanych z używaniem narkotyków, jak i ograniczenie ryzyka szkód zdrowotnych związanych m.in. z zakażeniami wirusem HIV oraz wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C. Substytucja jako metoda leczenia o potwierdzonej skuteczności we wszystkich powyższych zakresach, z powodzeniem stosowana jest na terenie Unii Europejskiej, w Stanach Zjednoczonych i w Australii. W Polsce substytucja lekowa jest wciąż mało dostępna pomimo faktu, iż istnieje liczna grupa osób uzależnionych przyjmujących opiaty, które nie znajdują oferty leczniczej w istniejącym systemie leczenia, opartym wyłącznie na paradygmacie abstynencyjnym.

## Stan prawny

W Polsce zgodnie z obowiązującą ustawą o przeciwdziałaniu narkomanii za świadczenia udzielane osobie uzależnionej, niezależnie od jej miejsca zamieszkania, nie pobiera się opłat. Jednocześnie osoba uzależniona może być leczona przy zastosowaniu leczenia substytucyjnego.

Szczegółowy tryb postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowe warunki, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący tego

typu leczenie określa stosowne rozporządzenie ministra zdrowia, będące aktem wykonawczym wymienionej ustawy.

Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 wskazuje, że celem głównym obszaru 2. – Leczenie, rehabilitacja, ograniczanie szkód zdrowotnych i reintegracja społeczna, jest poprawa stanu zdrowia i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od narkotyków oraz osób używających narkotyków w sposób szkodliwy. Organami odpowiedzialnymi za realizację tego celu są Narodowy Fundusz Zdrowia, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Marszałkowie<sup>1</sup> zgodnie z zakresem swoich kompetencji. Osiągnięcie tego celu zaplanowano m.in. poprzez zwiększenie liczby programów leczenia substytucyjnego oraz liczby świadczonych usług w sposób zapewniający dostęp do nich co najmniej 20% uzależnionych od opiatów.

## Stan lecznictwa

W chwili obecnej na terenie kraju działają 23 programy leczenia substytucyjnego (17 realizowanych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej i 6 realizowanych w jednostkach penitencjarnych), w ramach których udzielane są świadczenia ok. 1500 pacjentom każdego dnia (rys. 1.). W 2009 roku z terapii substytucyjnej korzystały 1944 osoby. Wobec liczby problemowych użytkowników opiatów, mieszczącej się w przedziale 25-29 tys., jedynie ok. 7% osób uzależnionych objętych jest terapią substytucyjną. Szczególnie niekorzystnie sytuacja ta wygląda w pięciu województwach: opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim i warmińsko-mazurskim, w których dostępność substytucji lekowej nie istnieje w ogóle oraz w województwie śląskim, gdzie dostęp jest poważnie utrudniony (oczekiwanie na przyjęcie do programu wynosi do 3 lat). Spośród

Rys. 1. Programy substytucyjne w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej na terenie całego kraju



Źródło: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, ogólnopolski Rejestr Pacjentów Substytucyjnych, 30.01.2010 r.

11 województw posiadających przynajmniej jeden program leczenia substytucyjnego w zakładach opieki zdrowotnej, sześć umożliwia tego typu leczenie także w warunkach ograniczenia wolności (rys. 2.). W woj. pomorskim w związku z zapotrzebowaniem na terapię substytucyjną Centralny Zarząd Służby Więziennej uruchomił w ubiegłym roku program leczenia w Zakładzie Karnym w Gdańsku, pomimo braku takiego programu na wolności. Dzięki temu pacjenci programów substytucyjnych osadzeni w tamtejszych jednostkach penitencjarnych mają możliwość kontynuowania leczenia. Osoby uzależnione od opiatów, które nie leczyły się substytucyjnie przed pozbawieniem wolności, będą mogły rozpocząć leczenie po uzyskaniu zapewnienia z programu wolnościowego o możliwości kontynuowania leczenia po odbyciu kary. Niestety, mieszkańcy woj. pomorskiego i innych, w których brak jest programów w zakładach opieki zdrowotnej, na rozpoczęcie leczenia

substytucyjnego w zakładzie karnym liczyć nie mogą. Podobnie sytuacja prezentuje się dla mieszkańców Śląska, gdzie – wobec braku miejsc i kolejki oczekujących – jedyny istniejący program substytucyjny w Chorzowie nie zapewnia kontynuacji leczenia po opuszczeniu zakładu penitencjarnego.

Nawet jeśli na terenie danego województwa istnieje już program, to korzystanie z niego jest dla osoby uzależnionej bardzo utrudnione. Biorąc bowiem pod uwagę fakt, iż pacjent, zwłaszcza w początkowym etapie terapii, zgłasza się do programu substytucyjnego po dawkę leku codziennie, odległość miejsca zamieszkania od placówki prowadzącej leczenie jest kwestią kluczową, decydującą o możliwości podjęcia terapii. Pacjenci w desperacji szukają pomocy w programach substytucyjnych w miastach nawet znacząco odległych od miejsca ich zamieszkania. Jest to jednak ogromnym wyzwaniem, szczególnie wobec chęci kontynuowania bądź podjęcia nauki czy pracy.

Rys. 2. Programy substytucyjne więziennej służby zdrowia



Źródło: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, ogólnopolski Rejestr Pacjentów Substytucyjnych, 30.01.2010 r.

## Leczenie substytucyjne w Unii

W Unii Europejskiej leczenie substytucyjne jest obecnie dostępne we wszystkich krajach członkowskich. Ta dostępność jest stosunkowo duża w 16 krajach, gdzie co najmniej połowa osób zażywających opiaty ma możliwość skorzystania z tego typu leczenia. Wśród państw, które charakteryzują się największym rozpowszechnieniem tej formy leczenia znajdują się: Francja, Holandia, Hiszpania, Wielka Brytania, Irlandia oraz Niemcy. Szacuje się, że programami leczenia substytucyjnego objętych jest, w zależności od kraju, od 20 do 80% osób uzależnionych od opiatów (np. we Francji ok. 70 tys. osób pozostaje w terapii substytucyjnej, analogicznie w Niemczech i Hiszpanii). W 2007 roku w Europie około 650 tys. osób zażywających opiaty otrzymało pomoc w postaci leczenia substytucyjnego.

Dane z roku 2003 plasują Polskę na szarym końcu listy państw europejskich prowadzących leczenie substytucyjne.

Pomimo podwojenia liczby pacjentów od tamtego czasu, dostępność substytucji na poziomie 7% jest nadal jedną z najniższych w Europie.

18 czerwca 2003 roku Rada UE wydała rekomendacje dotyczące profilaktyki i redukcji szkód zdrowotnych wynikających z uzależnienia od narkotyków. W punkcie 6. czytamy, iż poszczególne kraje członkowskie powinny między innymi zapewnić dostęp zarówno do leczenia typu drug-free, jak i leczenia substytucyjnego wspartego odpowiednimi działaniami z zakresu opieki psychospołecznej i rehabilitacji, mając na uwadze fakt, iż szeroki wachlarz metod leczniczych powinien być dostępny dla osób nadużywających narkotyków.

Z kolei w Komunikacie Komisji do Rady i Parlamentu Europejskiego z dnia 15 grudnia 2005 roku, w sprawie zwalczania HIV/AIDS w Unii Europejskiej i w państwach z nią sąsiadujących w latach 2006–2009, Komisja wezwała państwa członkowskie do zwiększenia możliwości dostępu do świadczeń w zakresie redukcji szkód, w celu



zapobiegania zagrożeniom dla zdrowia związanych z używaniem narkotyków i ograniczenia liczby zgonów z powodu narkotyków. Jednocześnie zachęca państwa UE, aby zapewniły dostęp do leczenia substytucyjnego stosownie do zapotrzebowania na takie leczenie.

## Co na to świat?

Ograniczenie dostępu do leczenia substytucyjnego w Polsce było przedmiotem zainteresowania Ananda Grovera, specjalnego sprawozdawcy Narodów Zjednoczonych, goszczącego w Polsce w maju 2009 roku w ramach misji ONZ, której celem było zapoznanie się z krokami podejmowanymi przez Polskę w celu wdrożenia prawa do zdrowia, dążenia do właściwego przestrzegania tego prawa oraz pokonania przeszkód, które mogą występować zarówno na poziomie krajowym, jak i międzynarodowym. W trosce o zwiększenie dostępu do leczenia substytucyjnego resort zdrowia zobowiązał się m.in. do zmiany rozporządzenia z dnia 19 października 2007 roku w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne.

## Podsumowanie

Leczenie substytucyjne jako metoda terapii osób uzależnionych od opiatów jest rekomendowane przez Komisję Europejską, Światową Organizację Zdrowia i wyspecjalizowane agendy ONZ (UNAIDS, UNODC).

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii z zaangażowaniem wspiera rozwój leczenia substytucyjnego, współpracując w tym zakresie z Narodowym Funduszem Zdrowia, Służbą Więzienną, zakładami opieki zdrowotnej, organizacjami pozarządowymi. W 2009 roku uruchomione zostały trzy nowe programy leczenia substytucyjnego w Polsce, których kadra została przeszkolona ze środków finansowych Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, są to Lubuski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Zielonej Górze oraz dwa programy w zakładach karnych (we Wrocławiu i Gdańsku). Cztery kolejne programy uzyskały pozytywną opinię dyrektora Krajowego Biura i oczekują na podpisanie kontraktu z NFZ.

Ponadto w 2009 roku Krajowe Biuro przygotowało i złożyło w Ministerstwie Zdrowia projekt nowelizacji

rozporządzenia dotyczącego leczenia substytucyjnego wraz z uzasadnieniem proponowanych zmian, które mają ułatwić otwieranie i funkcjonowanie programów substytucyjnych oraz przyczynić się do zwiększenia dostępności do tego typu leczenia w Polsce.

Pomimo podejmowanych działań Polska nadal na tle państw członkowskich charakteryzuje się najniższymi wskaźnikami dostępności do tej metody leczenia. Rozwój leczenia substytucyjnego należy zatem traktować jako priorytet w planowaniu działań z zakresu leczenia osób uzależnionych od opiatów i dążyć do zwiększenia dostępności tego typu świadczeń zdrowotnych, poprzez uruchamianie nowych programów substytucyjnych zarówno w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, jak i również w jednostkach penitencjarnych.

Leczenie substytucyjne dla osób uzależnionych od opiatów w Polsce jest obecnie bez wątpienia dobrem rzadkim, do którego dostęp jest bardzo utrudniony. Należy dokładać zatem wszelkich starań, by osoby uzależnione, które chcą poprzez to leczenie poprawić jakość swojego zdrowia i życia, miały taką szansę.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Ustawa o zmianie niektórych ustaw w związku ze zmianami organizacji i podziale zadań administracji publicznej w województwie (Dz. U. 2009, Nr 92, poz. 753) przenosi odpowiedzialność w omawianym zakresie z wojewody na marszałka.

## Bibliografia

- Bukowska B., Wojak M., „Leczenie substytucyjne w Polsce i Niemczech” (w:) Zapobieganie narkomanii – doświadczenia współpracy bliźniaczej Polski i Niemiec, Warszawa 2006.
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, „Stan problemu narkotykowego w Europie”, sprawozdanie roczne za rok 2009.
- Official Journal of the EU – 2003/488/EC.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 roku w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne (Dz. U. Nr 205, poz. 1493).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 roku w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 (Dz.U.2006.143.1033).
- Sierosławski J., „Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków i analiza wzorów używania narkotyków oraz związanych z tym problemów”, badanie zrealizowane na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2007.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.).

*18 grudnia 2009 roku w Centrum Dialogu „My narkopolacy” obradował okrągły stół poświęcony ocenie działania systemu leczenia osób uzależnionych w Polsce. W spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele placówek lecznictwa, organizacji pozarządowych oraz reprezentanci Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Narodowego Funduszu Zdrowia i Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Inicjatorem obrad była Polska Sieć ds. Polityki Narkotykowej.*

*Poniżej zamieszczono relację z przebiegu spotkania oraz artykuły J. Sierosławskiego i J. Moskalewicza omawiające badania, których wyniki były prezentowane na spotkaniu.*

## OKRĄGŁY STÓŁ: POPRAWA JAKOŚCI LECZENIA

Najnowsze badania dotyczące zapotrzebowania na leczenie i dostępności prowadzonych programów stały się powodem do dyskusji nad zmianami w tych obszarach. Kluczowymi kwestiami okazały się niedofinansowanie lecznictwa ambulatoryjnego i znaczny deficyt miejsc w placówkach stosujących leczenie substytucyjne. Najważniejszą w tym kontekście propozycją było stworzenie mechanizmu motywującego do włączenia substytucji do oferty poradni uzależnień oraz przeprowadzenie szybkiej oceny potrzeb w tym zakresie w całym kraju.

### Obecna sytuacja – brak programów

Dostęp do różnorodnych form terapii, poza leczeniem stacjonarnym, jest w Polsce bardzo mały. Wyraźną cechą systemu jest znikoma liczba programów substytucyjnych oraz bariery utrudniające korzystanie z nich.

W Polsce od 1992 roku powstały 23 programy leczenia substytucyjnego, z czego sześć w zakładach penitencjarnych. Znajduje się w nich nieco ponad 1,5 tys. miejsc, co statystycznie daje szansę na podjęcie leczenia 0,4 osobie na 10 tys. mieszkańców. W krajach rozwiniętych wskaźnik ten wynosi od kilkunastu do 25 osób. W Niemczech, które pierwsze tego typu programy wprowadzały równocześnie z Polską, jest teraz około 60 tys. pacjentów.

Zwiększenie liczby miejsc wydaje się jednak złożonym problemem. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w planie na lata 2006–10 założyło udostępnienie leczenia substytucyjnego w całym kraju na poziomie 20%. Wynik ten udało się osiągnąć tylko w Warszawie, gdzie w ostatnich latach

dzięki przychylniej polityce władz powstało kilka programów substytucyjnych, prowadzonych m.in. przez prywatne placówki. Większość województw posiada jednak tylko po jednym programie, a pięć regionów w ogóle nie ma żadnego dostępu do substytucji. Stan taki zaskakuje, zważywszy na to, że dostęp do leczenia stacjonarnego jest w Polsce duży. Liczba miejsc w ośrodkach stacjonarnych przypadająca na ogół mieszkańców należy do najwyższych w Europie. W województwie pomorskim jest to 20 miejsc na 100 tys. mieszkańców. Oznacza to, że istnieją instytucjonalne i finansowe warunki pomocy uzależnionym, jednak pomimo wezwań samych pacjentów, zmuszonych do podejmowania leczenia w innych województwach, powstawanie punktów leczenia substytucyjnego cały czas spotyka się z oporem.

### Zapotrzebowanie

Zaprezentowane przez Janusza Sierosławskiego (Instytut Psychiatrii i Neurologii – IPiN) badanie dotyczące zapotrzebowania na buprenorfinę w Warszawie, wykazało, że na szacowaną liczbę 2,4-3,8 tys. problemowych użytkowników opiatów (90 proc. z nich stosuje narkotyki iniekcyjnie) 1,6-2,5 tys. jest gotowych podjąć leczenie tym środkiem. Można zatem wnioskować, że nawet 70% wszystkich użytkowników korzystałoby z substytucji (artykuł prezentujący badania zamieszczono na stronach 28–36).

W całym kraju uzależnionych od opiatów jest do 30 tys. osób, a 60 tys. stosuje kilka substancji, w tym opiaty. Aby osiągnąć dostępność na poziomie planowanych 20 proc., trzeba stworzyć ponad 4 tys.

nowych miejsc – według rekomendacji KBPN, trzeba je stworzyć natychmiast. Obecny stan sytuuje Polskę na przedostatnim miejscu w Europie, a opóźnienia są zagrożeniem dla potrzebujących. Z badania IPiN, zaprezentowanego przez Jacka Moskalewicza, wynika, że średni okres oczekiwania na dostęp do leczenia substytucyjnego wynosi 430 dni – to czas, którego, jak zaznaczali w dyskusji sami uczestnicy programów, wielu potencjalnych pacjentów może nie przeżyć. Na miejsce w ośrodku czeka się średnio 45 dni, przy czym w większości przypadków możliwe jest przyjęcie od razu – średnią kształtują najpopularniejsze placówki, z wydłużonym okresem oczekiwania. Na detoksykację czeka się około 18 dni, kontakt w poradni można uzyskać natychmiast, jednak na regularną terapię czas oczekiwania wynosi średnio 5 dni (artykuł prezentujący badania zamieszczono na stronach 37–42).

Oprócz potrzeb samej substytucji wskazano na dodatkowe obszary wymagające wsparcia. Pacjenci mają problemy mieszkaniowe, nie mają zatrudnienia, brakuje im opieki prawnej, psychologicznej oraz dodatkowego leczenia somatycznego. Tego rodzaju trudności mogą blokować przystąpienie do leczenia oraz osłabiać jego skuteczność.

## Istniejące bariery

Jedną z podstawowych cech leczenia substytucyjnego jest stosunkowo łatwy do niego dostęp. Jest to szczególnie istotne dla osób, które jeszcze radzą sobie z problemem, pracują, mieszkają z rodziną, czy w przypadku których zamknięcie w ośrodku lub całkowita abstynencja się nie sprawdzają. Uczestnik programu nie musi opuszczać swojego środowiska, ani poddawać się nawet kilkunastomiesięcznej izolacji.

Na dostępność leczenia wpływ ma jednak nie tylko liczba miejsc w programach, ale i bariery w postaci wymogów stawianych chętnym, biurokracji oraz codziennych, prozaicznych utrudnień w korzystaniu z programu. Skutki tego rodzaju barier pokazuje przykład Warszawy, gdzie choć chęć podjęcia leczenia deklaruje około 1,6-2,5 tys. osób, a leczy się tylko 700, to oczekujących jest niewielu. Jak zaznaczali rozmówcy, aby dotrzeć do większej liczby potencjalnych pacjentów, należałoby zmniejszyć bariery i zróżnicować ofertę.

Zaprezentowane przez Jacka Moskalewicza badanie dostępności leczenia określa część utrudnień w korzystaniu z istniejących programów. Jako bariery na poziomie instytucji klienci wymieniali m.in. położenie placówek, często na obrzeżach miasta lub w miejscach trudno dostępnych, co zwiększa czas i koszt dojazdu do nich. Okazuje się, że taki drobiazg jak kupno biletu może być przeszkodą w przybyciu do placówki, a jego brak może wywołać serię konsekwencji. Punkty otwarte są w godzinach urzędowych, czyli praktycznie tylko przez pół dnia, co utrudnia pogodzenie leczenia z np. podjęciem pracy.

Ze strukturalnych przyczyn małej dostępności leczenia na pierwszy plan wysuwa się prawodawstwo – represyjne wobec użytkowników narkotyków oraz sankcjonujące powstawanie programów i uczestnictwo w nich.

Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia, substytucja nadal jest niekonwencjonalnym sposobem leczenia. Dostęp do niej jest wysokoprogowy, co oznacza, że uczestnik musi spełniać wiele warunków, aby zostać przyjęty, m.in. musi być uzależniony co najmniej od trzech lat oraz podejmować wcześniej leczenie innymi metodami.

Kolejną przeszkodą jest zetknięcie się z biurokracją, często po raz pierwszy w życiu. Bez odpowiedniej pomocy, czy wręcz poprowadzenia osoby krok po kroku, może ona nie podołać wymogom przepisów. Brakuje przy tym informacji. Potencjalny chętny na leczenie nie ma skąd uzyskać informacji (brak np. ulotek w przychodniach), niejasne są też zasady przystąpienia do programu i jego przebieg. Zgłaszający się nie wiedzą, jakie warunki muszą spełniać i dlaczego takie. Dlaczego trzeba czekać. Nie dostają żadnej tymczasowej alternatywy. Doprowadza to do sytuacji, w której osoby zgłaszające się po pomoc nic nie uzyskują.

Bardzo istotną i trudną do zlikwidowania barierą jest nastawienie opinii społecznej. Z jednej strony system prawny zrównuje narkomanów z przestępcami, z drugiej czynią to media, kiedy posługują się uproszczeniami i popularnymi opiniami, pomijając rzeczywiste mechanizmy choroby, leczenia i skutków społecznych.

Jednym z najbardziej popularnych tego rodzaju zachowań jest określenie terapii metadonowej jako „dostarczanie darmowego narkotyku”, skoro metadon

to opiat. W ten sposób zostaje zablokowana publiczna dyskusja o uzależnieniach, nie ma w obiegu rzetelnej wiedzy, przed którą pierwszeństwo zyskują uprzedzenia i stygmatyzacja.

W tym miejscu wydaje się leżeć poważna przeszkoda, zarówno jeśli chodzi o przekonanie użytkowników do szukania pomocy, jak i o rozbudowę oferty placówek. Pacjenci często wstydzą się lub obawiają zgłosić do odpowiedniego punktu. Stykają się z negatywnym nastawieniem lekarzy, którzy nie posiadają wiedzy o uzależnieniach. Z kolei władze niektórych instytucji i jednostek służby zdrowia, pomimo pozytywnych deklaracji, wydają się nie stosować polityki opartej na dowodach naukowych przy decydowaniu o kształcie oferty leczenia uzależnień.

## Rekomendacje – więcej leczenia

Najistotniejszą wadą obecnego systemu leczenia uzależnień jest brak zróżnicowanej, dostosowanej do potrzeb pacjenta oferty. Istnieje wiele placówek, duże zaplecze instytucjonalne, jednak nie ma wyboru sposobu leczenia, a jeśli już istnieje możliwość rozbudowy oferty, to zauważalny jest opór organizacyjny. Dlatego rekomendacje dotyczą zarówno form leczenia, jak i działań NFZ oraz wprowadzenia odpowiedniego dyskursu w mediach i polityce.

Przed wszystkim zalecono podjęcie przez Ministerstwo Zdrowia i jego agendy bardziej zdecydowanych działań w kierunku reformy systemu leczenia i dostosowania go do rzeczywistych potrzeb społecznych. W tym celu należałoby przeprowadzić badania określające potrzeby użytkowników oraz oceniające stan bazy leczniczej poszczególnych regionów.

Jak się okazało w trakcie rozmowy, oceny potrzeb można dokonać w kilka miesięcy. W każdym województwie znajduje się bowiem ekspert ds. monitoringu problemów narkotykowych, a zatem istnieje zaplecze do tego rodzaju badań. Niezbędne jest jednak wykorzystanie odpowiedniego narzędzia. W związku z tym dyrektor KBPN zobowiązał się zorganizować szkolenia dla ekspertów z technik i metodologii *rapid assessment* oraz dostarczyć wsparcia merytorycznego przy opracowaniu wyników.

Dyskutanci zaznaczyli, że już istniejące badania wskazują wyraźne potrzeby i zalecenia, zwłaszcza dotyczące leczenia substytucyjnego. Postulowano

także wprowadzenie jednolitych kryteriów oceny sytuacji. Wspomniano o systemie monitoringu, który ma powstać w wyniku nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, wprowadzającej obowiązek regularnego sporządzania raportów przez punkty lecznicze. Ma się to odbywać za pomocą systemu rekomendowanego przez Unię Europejską, który jest obecnie stosowany dobrowolnie przez 40 placówek.

Rekomendacje w zakresie form leczenia dotyczą przede wszystkim wspierania różnorodnych systemów profilaktycznych. W systemie takim znajdują się ośrodki stacjonarne długiego i krótkiego pobytu, programy leczenia substytucyjnego, terapia grupowa w poradniach oraz ośrodki pobytu dziennego.

Udostępnienie różnych metod leczenia na równym poziomie umożliwi urynkowienie oferty, co oznacza samoczynną regulację systemu. Na zróżnicowanym rynku to popularność i skuteczność danej placówki wpływają na liczbę pacjentów, z których jest ona rozliczana, a ci mają wybór metody leczenia. W sytuacji, kiedy dostępny jest tylko jeden rodzaj usług, siłą rzeczy jest on wykorzystywany i nie ma to związku z efektywnością. W ten sposób funkcjonują jednostki o znikomej skuteczności, przyjmujące np. osoby skierowane na obowiązkowe leczenie.

Z takim swoistym monopolem wiąże się również kwestia finansowa. Rehabilitacja stacjonarna otrzymuje obecnie ponad 70% pieniędzy z NFZ, a obejmuje opieką jedynie 15% klientów systemu. Ambulatoria, z których korzysta ponad połowa pacjentów, otrzymują tylko 10% środków finansowych. Autorzy rekomendacji wspominają tu o obszarach możliwych oszczędności i restrukturyzacji wydatków. W tym punkcie wywiązała się dość poważna dyskusja dotycząca realokacji środków. W jej wyniku otrzymano różne możliwości uzyskania funduszy bez negatywnych interwencji – głównie poprzez oszczędności. Teresa Bogucka z KBPN jako jeden z obszarów realokacji wskazała programy stacjonarne, trwające po dwa, a nawet trzy lata. W obecnych warunkach są one coraz mniej realistyczne, z czym zgodzili się również reprezentanci ośrodków. Między innymi likwidacja takich programów i zastąpienie ich krótszymi oraz środki przeniesione ze słabo działających ośrodków mogą być źródłami finansowania dodatkowych metod leczenia.



Możliwe jest także zdobycie większych funduszy spoza NFZ. Sam Fundusz pozostaje głównym źródłem finansowania leczenia, jednak pieniądze pochodzą również z budżetów gminnych i wojewódzkich, i to w nich można szukać dodatkowych środków, m.in. na badania.

Ostatnią propozycją doraźnego pozyskania środków jest wprowadzenie częściowej odpłatności leku przez pacjenta.

Rozbudowa oferty może uwzględniać także łączenie metod leczenia w poszczególnych placówkach. Jak zauważyli uczestnicy dyskusji, bardzo dobrze funkcjonują np. detoksy przy ośrodkach stacjonarnych. Możliwe jest również łączenie terapii abstynencyjnych z substytucją w ośrodkach stacjonarnych lub ambulatoriach. W tym punkcie powstała propozycja utworzenia systemów motywacyjnych dla poradni, które zdecydują się na wprowadzenie nowych form leczenia – byłyby one po prostu lepiej kontraktowane. Poradnie dysponują zazwyczaj odpowiednią infrastrukturą, posiadają przeszkolony personel i są znane wśród potencjalnych pacjentów substytucji. Stworzenie w nich programów wydaje się dzięki temu stosunkowo proste, a zarazem rozwiązywałoby dwa główne problemy systemu: deficyt substytucji oraz niedofinansowanie leczenia ambulatoryjnego.

Tu jednak rozwój sytuacji zależy w dużym stopniu od NFZ. Zdarza się, że oddziały terenowe nie chcą kontraktować nowych ofert, istnieją również bariery biurokratyczne. Rozwiązanie takie zostało jednak bardzo dobrze ocenione przez przedstawicielkę NFZ Elżbietę Czarnecką, która zadeklarowała osobiste zaangażowanie w tej sprawie.

Kolejne rekomendacje dotyczyły kadry terapeutycznej: należy uzupełnić system kształcenia kadry medycznej i certyfikacji terapeutów uzależnień o nowe elementy, dodatkowe godziny zajęć dotyczące redukcji szkód i terapii podtrzymujących. Rozmówcy proponowali tu poszerzenie programów szkoleń i zmianę systemu potwierdzania kwalifikacji. Terapeuci byłoby zob-

wiązani do odbywania staży w różnych placówkach, leczących różnymi metodami.

Planuje się wprowadzenie systemu potwierdzania kwalifikacji zbliżonego do innych zawodów medycznych. Projekt takiego systemu znajduje się w nowelizacji ustawy o zawodach medycznych, która po dwóch latach oczekiwania podobno wraca pod obrady.

Rekomendacja dotycząca polityki medialnej i nastawienia społecznego promuje rzetelne przedstawianie problemu narkomanii, osób uzależnionych i ich rodzin oraz rozpowszechnianie prawdziwych informacji na temat leczenia. Wprost powiedziane jest, że koncentracja na pomaganiu/wychowywaniu i odejście od

*Najistotniejszą wadą obecnego systemu leczenia uzależnień jest brak zróżnicowanej, dostosowanej do potrzeb pacjenta oferty. Istnieje wiele placówek, mamy duże zaplecze instytucjonalne, jednak nie ma wyboru sposobu leczenia, a jeśli już istnieje możliwość rozbudowy oferty, to zauważalny jest opór organizacyjny.*

represji karnych nie oznacza popierania narkomanii. Punkt ten można powiązać z zaleceniem wsparcia instytucji rzecznictwa i adwokacji osób uzależnionych. To te instytucje powinny zabiegać o właściwy wizerunek środowiska i wpływać na środki masowego przekazu.

Tymczasowo zrezygnowano z zapisów dotyczących zmian w ustawie. Wszystkie omówione rekomendacje są możliwe do zrealizowania w dość krótkim terminie, wprowadzenie ich

w życie jest kwestią działań na poziomie lokalnym i w dużym stopniu zależy od starań samego środowiska terapeutycznego. W tym kontekście nie mieści się wymóg zmiany prawa.

W konsekwencji odłożono także postulat ułatwienia dostępu do substytutu. Możliwość wydawania go w gabinetach lekarskich i aptekach miała być krokiem w stronę popularyzacji tego typu leczenia, zwłaszcza w małych miejscowościach, gdzie nie ma szans na uruchomienie programów.

Podczas obrad ustalono brzmienie każdego punktu rekomendacji. Dokument czeka na wprowadzenie zmian i akceptację całego środowiska.

Odbyte spotkanie skłoniło Polską Sieć ds. Polityki Narkotykowej do zorganizowania obrad w całości poświęconych problemom i deficytom leczenia ambulatoryjnego oraz wskazaniu barier ograniczających jego rozwój.

*Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opiatów jest istotne z perspektywy oceny potrzeb w zakresie leczenia substytucyjnego, które adresowane może być tylko do tej grupy uzależnionych. W Polsce ten typ terapii nie jest dostatecznie rozwinięty, dostępność takiego leczenia jest dalece niezadowalająca. W Warszawie sytuacja jest znacznie lepsza niż w innych miejscach w kraju.*

## OSZACOWANIE POPYTU NA LECZENIE SUBSTYTUCYJNE BUPRENORFINĄ W WARSZAWIE

Janusz Sierosławski  
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Leczenie substytucyjne jest rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia i inne wyspecjalizowane agendy ONZ (UNAIDS, UNODC), a także przez agendy Komisji Europejskiej. Priorytetową pozycję w polityce organizacji międzynarodowych i większości krajów rozwiniętych leczenie substytucyjne uzyskało w dobie epidemii HIV, która w wielu krajach naszego regionu pojawiła się najwcześniej wśród iniekcyjnych użytkowników opiatów. W Polsce do leczenia substytucyjnego stosowany jest jak dotychczas głównie metadon.

W 2005 roku Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomanami Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie na zlecenie Biura Polityki Społecznej Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy zrealizował badanie na temat leczenia substytucyjnego w Warszawie. Celem badania była ocena dostępności leczenia substytucyjnego w mieście i oszacowanie zapotrzebowania na to leczenie. Dostępność tego rodzaju leczenia w Warszawie okazała się zdecydowanie za mała w stosunku do potrzeb. Na względnie trwałe leczenie substytucyjne mogło liczyć w Warszawie nie więcej niż 300 pacjentów rocznie, podczas gdy według oszacowań liczba potencjalnych pacjentów zamykała się w granicach 1000-2000 osób. Od tego czasu powstało kilka nowych programów, dzięki czemu dostępność leczenia substytucyjnego wzrosła, nadal jednak znaczna część potencjalnych klientów pozostaje poza leczeniem. Można przypuszczać, że liczba osób objętych leczeniem substytucyjnym wzrosłaby znacząco, gdyby ofertę substytucji metadonem uzupełnić o ofertę substytucji buprenorfiną. Sprawdzeniu tej

hipotezy służyć miał projekt badawczy zrealizowany w 2009 roku przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na zlecenie Urzędu m.st. Warszawy.

### Cel i przedmiot badania

Badanie miało na celu oszacowanie rozmiarów popytu na leczenie buprenorfiną wśród osób używających problemowo opiatów. Podstawowym pytaniem badawczym było zatem pytanie o liczbę osób uzależnionych od opiatów, które byłyby skłonne skorzystać z oferty substytucji buprenorfiną. Celem badania było również uaktualnienie oszacowań liczby osób używających problemowo opiatów z 2005 roku, jak również określenie liczebności poszczególnych kategorii klientów, np. używających opiatów w zastrzykach.

### Metoda

Problematyka badania koncentrowała się na kwestii leczenia substytucyjnego. W wywiadach zbierano informacje na temat gotowości respondentów do korzystania z leczenia substytucyjnego buprenorfiną, a także oczekiwań co do kształtu programu oraz zakresu pomocy. Zbierano także dane służące identyfikacji ewentualnych warunków, pod jakimi badani byliby skłonni wejść w kooperację. Ponadto zbierano dane dotyczące wzorów używania narkotyków, obecnej sytuacji życiowej badanych (stan zdrowia, sytuacja rodzinna, źródła utrzymania, mieszkanie itp.), stylu życia, problemów i trudności, z jakimi przychodzi im się borykać.

Badania realizowano metodą wywiadów ankietowych wśród problemowych użytkowników opiatów, których spotkać można na ulicach miasta (*street population*). Narzędziami badawczymi były: kwestionariusz wywiadu ankietowego oraz dwa krótkie wystandaryzowane kwestionariusze: do zbierania danych o nominacjach do dalszych kontaktów oraz informacji o znanych respondentom użytkownikach opiatów, które to informacje zostały wykorzystane do przeprowadzenia oszacowań.

Dobór respondentów do badania przebiegał według schematu kuli śniegowej. Polega on na uzyskiwaniu kontaktu z kolejnymi respondentami za sprawą poprzednich badanych. Punktem startu będą osoby zidentyfikowane przez ankieterów w miejscach, gdzie gromadzą się narkomani. Na podstawie informacji od policji oraz osób zajmujących się pomaganiem narkomanom (placówki leczenia, programy redukcji szkód) wytypowane zostały miejsca, gdzie ankieterzy poszukiwali pierwszego kontaktu. Po przeprowadzeniu wywiadu z pierwszym narkomanem ankieter prosił respondenta o umożliwienie kontaktu z jego znajomymi, również używającymi narkotyków. Następnie docierał do tych osób, przeprowadzał wywiady i prosił o umożliwienie kontaktu z kolejnymi narkomanami. Ta procedura była powtarzana do uzyskania 80 wywiadów.

Dane o osobach nominowanych do dalszego badania zbierane były na specjalnych formularzach zawierających identyfikator, opis sposobu nawiązania kontaktu oraz rezultat kontaktu.

Liczbę osób używających problemowo opiatów w Warszawie w 2009 roku oszacowano metodą punktu odniesienia (*benchmark*) (Taylor 1997). Metoda ta polega na określeniu w drodze badań terenowych proporcji osób posiadających cechę, co do której zbierane są dane statystyczne (np. podjęcie leczenia, zakażenie HIV itp.). Proporcja ta służy do wyliczenia wskaźnika oszacowania, który po przemnożeniu przez liczbę pochodzącą ze statystyk dostarcza estymowanej wielkości. Punktami odniesienia w naszym badaniu były liczba leczonych stacjonarnie w 2007 roku z powodu problemu narkotyków oraz liczba leczonych ambulatoryjnie w 2007 roku z powodu problemu narkotyków (dane za 2008 rok są jeszcze niedostępne). Dane lecznictwa stacjonarnego jako punkt referencyjny nie budzą większych zastrzeżeń pod względem kompletności. System ich zbierania i opracowywania eliminuje problem

wielokrotnego liczenia osób, jeśli więcej niż raz w danym roku zgłaszały się na leczenie. Dane z lecznictwa ambulatoryjnego obarczone są błędem wielokrotnego liczenia w przypadku korzystania z więcej niż jednej placówki ambulatoryjnej w ciągu roku. Ponadto nie wszystkie placówki oferujące świadczenia ambulatoryjne objęte są systemem statystycznym, stąd kompletność danych pozostawia wiele do życzenia. Warto jednak zauważyć, że oba te ograniczenia mają przeciwny wpływ na wyniki oszacowań, a więc przynajmniej po części się znoszą.

## Wyniki

Prezentację wyników badania zaczniemy od analizy sytuacji życiowej narkomanów. Kolejną kwestią poddaną analizie będą wzory używania narkotyków. Na tym tle spróbujemy zidentyfikować główne problemy narkomanów: zdrowotne i społeczne. Następnie przejdziemy do doświadczeń badanych z systemem leczenia. Na koniec zaś zaprezentujemy wyniki oszacowań liczby problemowych użytkowników opiatów w Warszawie oraz oszacowań popytu na leczenie substytucyjne buprenorfiną.

## Sytuacja życiowa

Badani to w większości mężczyźni, tylko nieco ponad 1/3 to kobiety (tabela 1.). Rozkład płci osób badanych różni się od rozkładu płci leczonych stacjonarnie, wśród leczonych kobiety stanowią ok. 1/4 pacjentów.

Badani w większości mieszczą się w kategorii wiekowej 20-29 lat. Tylko 1,2% to osoby poniżej 19. roku życia. Zwraca uwagę znaczna proporcja osób, które osiągnęły wiek 40 lat lub go przekroczyły. Takich osób jest w próbie 12,3%. Trzeba dodać, że najstarszy

**Tabela 1. Badani wg płci i wieku (odsetki badanych)**

Płeć	Mężczyzna	Kobieta	Ogółem
	63,0	37,0	100,0
Wiek			
do 19 lat	2,0	-	1,2
20-29 lat	60,8	60,0	60,5
30-39 lat	23,5	30,0	26,0
40 lat i więcej	13,7	10,0	12,3

**Tabela 2. Dzielnica zamieszkania**

	Odsetek respondentów	Współczynnik na 100 tys. mieszkańców
Śródmieście	24,7	15,5
Mokotów, Ursynów, Wilanów	16,0	3,3
Ochota, Ursus, Włochy	7,4	3,4
Wola, Bemowo	6,2	2,0
Żoliborz, Bielany	12,3	5,5
Praga-Północ, Białoleka, Targówek	9,9	2,8
Praga-Południe, Rembertów, Wawer, Wesoła	22,2	6,1
Piaseczno	1,2	2,5

badany miał 54 lata. Oznacza to starzenie się populacji problemowych użytkowników opiatów. Brak w próbie osób niepełnoletnich wskazywać może na zahamowanie dopływu nowych osób. Mężczyźni w zasadzie nie różnią się od kobiet pod względem rozkładu wieku. Rozkład wieku sugeruje, że mamy tu do czynienia z ludźmi dorosłymi, którzy powinni już pełnić „dorosłe” role społeczne.

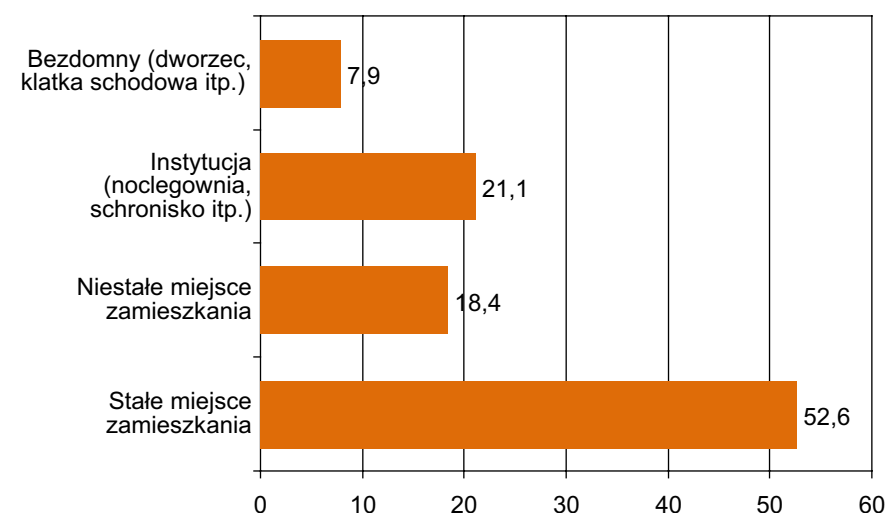
Jak przekonują dane z tabeli 2., badani rekrutują się z całej Warszawy. Jeśli do analizy wykorzystać stary podział terytorialny Warszawy na 7 dzielnic, to najliczniej reprezentowane są osoby ze Śródmieścia, Pragi-Południe i Żoliborza. Wśród badanych znalazła się jedna osoba zamieszkała w Piasecznie.

Odnosząc liczbę respondentów do liczby mieszkańców poszczególnych dzielnic poprzez wyliczenie wskaźni-

ków na 100 tys. mieszkańców, otrzymujemy podobny obraz rozkładu terytorialnego badanych. Najwyższy współczynnik otrzymano dla Śródmieścia, a następnie Pragi-Południe i Żoliborza.

Sytuacja mieszkaniowa znacznej części respondentów jest bardzo trudna (wykres 1.). Tylko nieco ponad połowa (52,6%) ma stałe miejsce zamieszkania. Większość badanych pozbawionych stałego domu korzysta z noclegowni, schronisk itp. (21,1%). Niewiele mniej, bo 18,4% ankietowanych, nocuje w różnych miejscach, w podnajmowanych mieszkaniach, u znajomych, na melinach itp. 7,9% badanych zadeklarowało się jako bezdomni nocujący na dworcu, na klatkach schodowych, w kanałach itp.

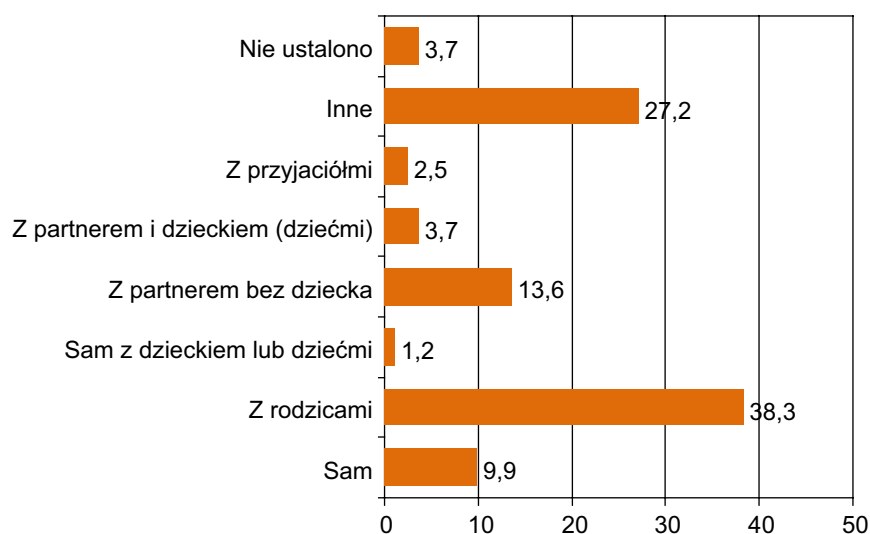
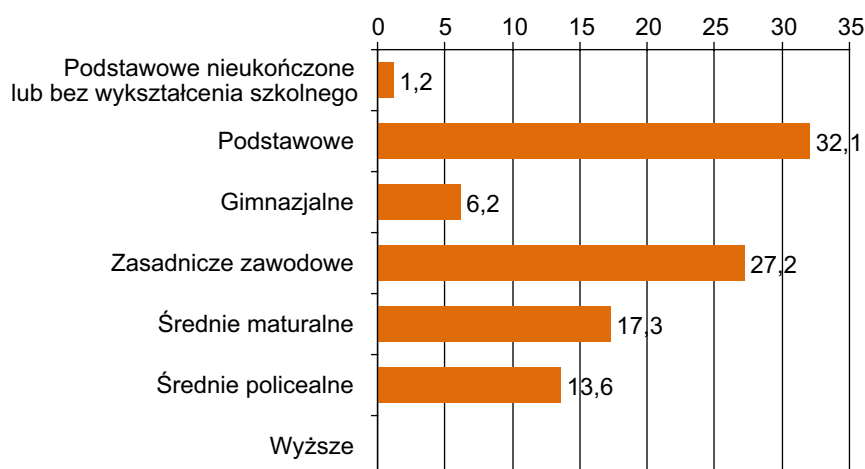
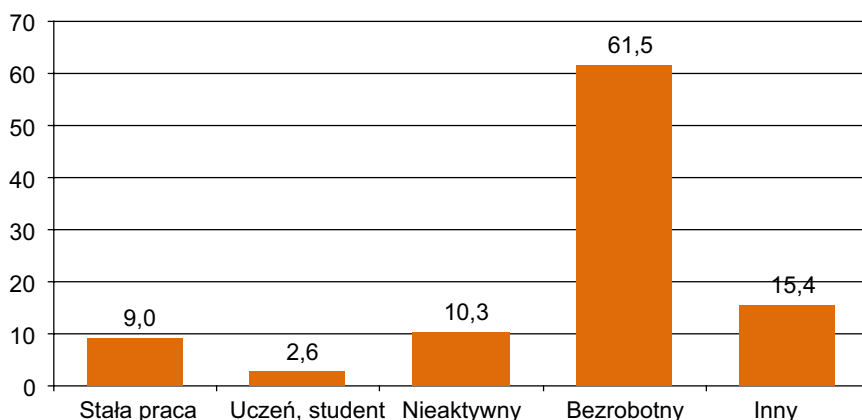
W sumie prawie połowa badanych nie ma stabilnej sytuacji mieszkaniowej, która wydaje się być konieczną podstawą budowania przyszłości.

**Wykres 1. Status zamieszkania (odsetki badanych)**

Jak wynika z danych zestawionych na wykresie 2. tylko 9,9% badanych mieszka samotnie. Najliczniejsza jest grupa mieszkających z rodzicami – 38,3%. Z partnerem życiowym mieszka 17,3% badanych, w tym 3,7% także z dzieckiem lub dziećmi.

Badani w większości są odpowiednio przygotowani do życia – 60,5% legitymuje się wykształceniem co najmniej zasadniczym zawodowym (wykres 3.). Jednak 32,1% zakończyło swoją edukację na szkole podstawowej, a 1,2% nie osiągnęło nawet tego poziomu.



**Wykres 2. Z kim mieszka (odsetki badanych)****Wykres 3. Poziom wykształcenia – najwyższe ukończone (odsetki badanych)****Wykres 4. Aktywność zawodowa (odsetki badanych)**

Badani w zdecydowanej większości są zawodowo nieaktywni (wykres 4.). Stałą pracę wykonuje tylko 9,0% respondentów. 61,5% badanych zalicza się do bezrobotnych. Uczniów i studentów jest tylko 2,6%.

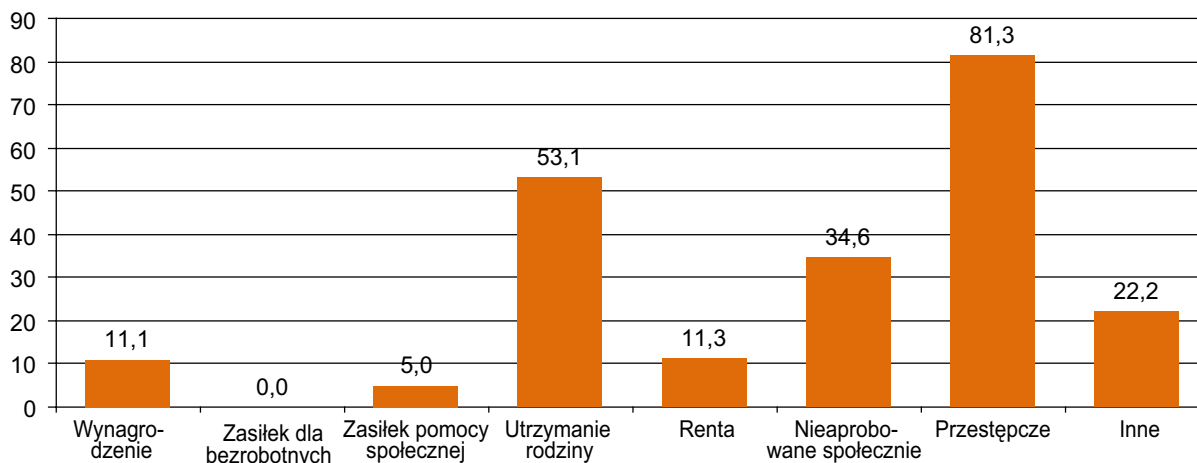
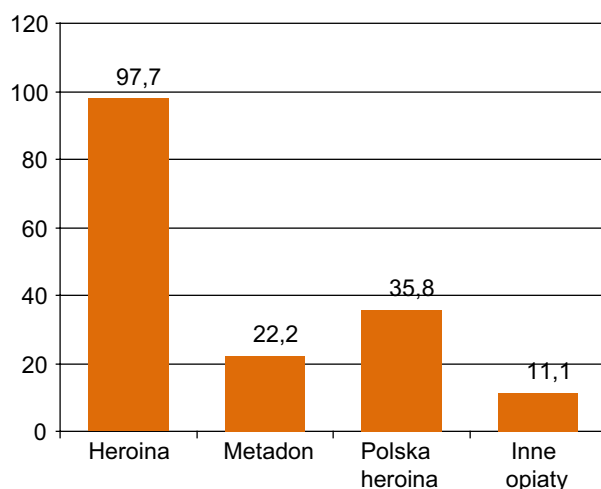
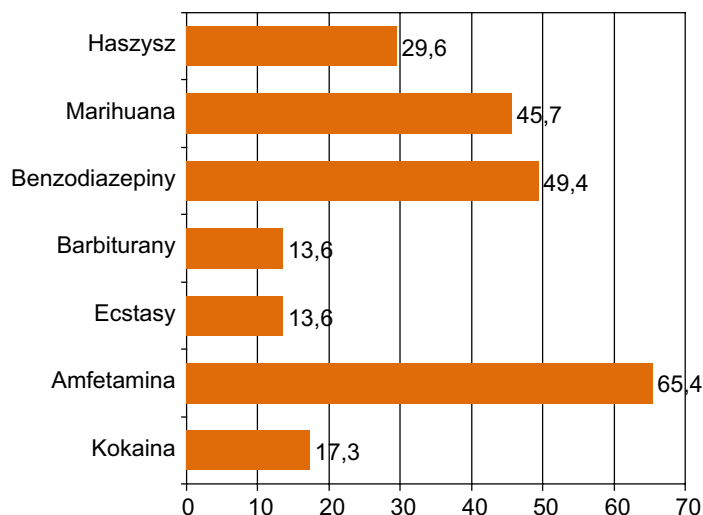
Zgodnie z danymi o aktywności zawodowej układają się dane o źródłach utrzymania (wykres 5.).

Dla 11,1% respondentów jednym ze źródeł dochodów jest wynagrodzenie za pracę. Ponad połowa badanych pozostaje na utrzymaniu rodziny – 53,1%. Fundusze socjalne są źródłem dochodów 16,3% badanych, z tego tylko 5,0% otrzymuje zasiłki z pomocy społecznej, a pozostali renty.

Dla 81,3% badanych źródłem dochodów są zachowania przestępcze, głównie handel narkotykami i drobne kradzieże, 34,6% badanych uzyskuje dochód z innych nieaprobowanych społecznie źródeł, takich jak żebranie lub prostytutka.

### Wzory używania narkotyków

Wszyscy badani na podstawie kryteriów doboru są problemowymi użytkownikami opiatów. Dla większości z nich narkotykiem podstawowym jest brunatna heroina, tzw. brown sugar (89,9%). Dla 31,0% badanych w roli narkotyku podstawowego występują także opiaty produkowane domowym sposobem, tzw. kompot. Generalnie we wzorze używania opiatów pojawiają się różne ich rodzaje. Poza wymienionymi, respondenci sięgają także po metadon (22,2%) oraz inne opioidy, tzn. leki z tej grupy: syntetyczne, takie jak forttran, lub produkowane z opium, jak morfina. Dla jednego z badanych metadon jest wręcz narkotykiem podstawowym. Można przypuszczać, że chodzi tutaj o stosowanie go do samoleczenia.

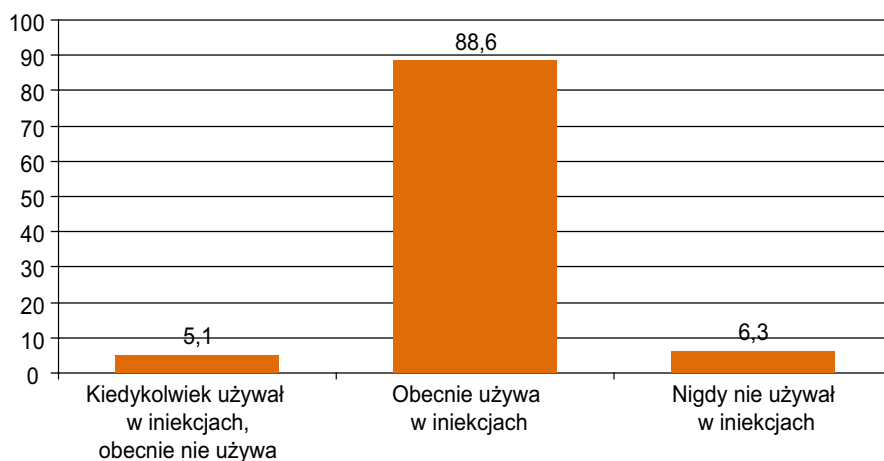
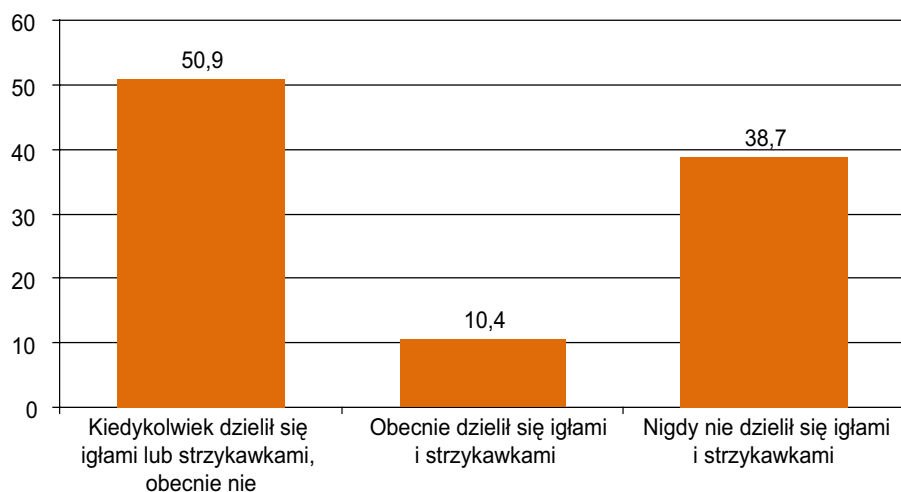
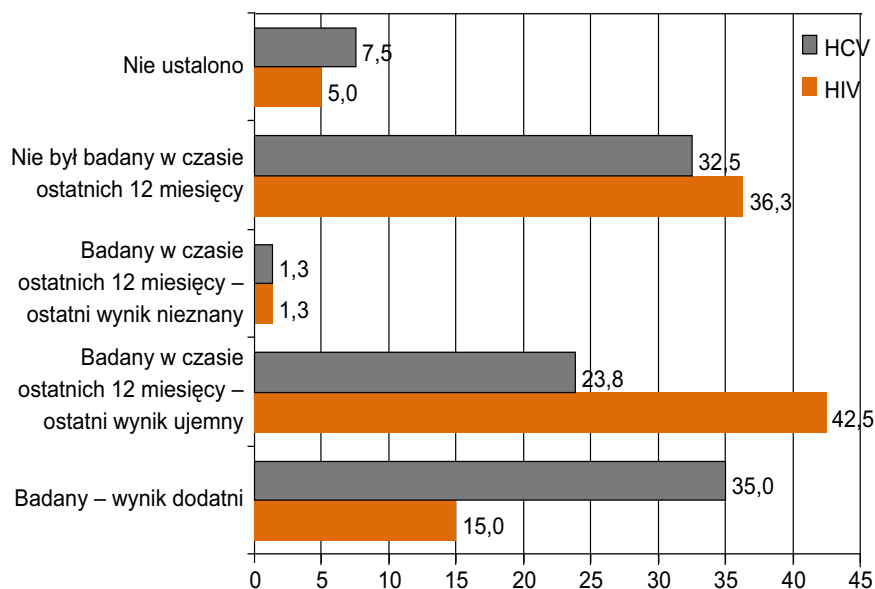
**Wykres 5. Źródła utrzymania (odsetki badanych)****Wykres 6. Opiaty używane w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odsetki badanych)****Wykres 7. Narkotyki używane obok opiatów w czasie ostatnich 30 dni (odsetki badanych)**

Użytkownicy opiatów sięgają także po inne środki (wykres 7.). Najbardziej popularna jest wśród nich amfetamina (65,4%), a następnie benzodiazepiny (49,4) oraz marihuana (45,7). Ponadto 56,8% użytkowników opiatów używa również alkoholu. W sumie przytoczone dane potwierdzają tezę o tym, że większość problemowych użytkowników narkotyków używa jednocześnie wielu substancji.

Użytkownicy heroiny w przeważającej większości przyjmują ją codziennie (91,1%). Ci, którzy robią to rzadziej, biorą także inne środki.

Użytkownicy opiatów produkowanych domowym sposobem są znacznie bardziej zróżnicowani pod względem częstości używania tego środka. Wynika to z roli tej substancji we wzorach używania. W większości przypadków kompot używany jest zamiennie z heroiną, w razie trudności na nielegalnym rynku. W jeszcze większym stopniu rolę tę pełnią inne opiaty. Zdecydowana większość osób, które po nie sięgają, robią to raz na tydzień lub rzadziej. Badani w zdecydowanej większości używają opiatów w iniekcjach. Nawet brunatna heroina używana jest przez 87,3% konsumentów w ten sposób. Jedynie metadon przyjmowany jest przez wszystkich doustnie. Jak wynika z wykresu 8., tylko 6% badanych nigdy nie stosowało iniekcji.

Użytkownicy iniekcijni w większości nie dzielą się igłami lub strzykawkami (wykres 9.). Obecnie zdarza się to 10,4% badanych. Jednak kiedykolwiek w życiu robiło to aż 61,3% badanych.

**Wykres 8. Używanie narkotyków w iniekcjach (odsetki badanych)****Wykres 9. Dzielenie się igłami i strzykawkami (odsetki badanych)****Wykres 10. Status HIV i HCV (odsetki badanych)**

Tak znaczny odsetek osób, które poddane były ekspozycji na zakażenia HIV i HCV, stanowi poważne zagrożenie epidemiologiczne.

Jak wynika z danych na wykresie 10., odsetek zakażonych HIV wynosi w badanej grupie 15,0%, a zakażonych HCV – 35%. Jeśli za podstawę opocentowania przyjąć tylko osoby badane, to odsetek zakażonych HIV wyniesie 23,5%, zaś odsetek zakażonych HCV – 51,9%.

Jedynie o 42,5% badanych możemy powiedzieć ze znacznym prawdopodobieństwem, że nie są zakażeni HIV, bowiem badali się w czasie ostatnich 12 miesięcy i wynik był negatywny. Podobnie jest z 23,8% respondentów w przypadku zakażeń HCV.

### Problemy związane z narkotykami

Wszyscy badani borykają się z licznymi problemami związanymi z używaniem narkotyków (wykres 11.).

Najczęściej doświadczają problemów prawnych (86,4%). W niewiele mniejszym stopniu problemów emocjonalnych oraz innych problemów psychologicznych (74,1%). Na trzecim miejscu pod względem rozpowszechnienia są problemy z pracą (63,0%), a na kolejnych miejscach problemy mieszkaniowe (55,6%) oraz ze zdrowiem fizycznym (54,3%).

### Dotychczasowe leczenie

Badani w zdecydowanej większości przechodzili leczenie z powodu problemu narkotyków.

Tylko 18,5% respondentów jeszcze nigdy nie podejmowało leczenia, 17,3% leczyło się tylko ambulatoryjnie, 23,5% tylko stacjonarnie, zaś 39,5% badanych leczyło się zarówno w placówce ambulatoryjnej, jak i w stacjonarnej. Jednak dotychczasowe leczenie nie przyniosło trwałej zmiany, bowiem ankietowani nadal używają opiatów.

Osobno pytano badanych o doświadczenia z leczeniem substytucyjnym. Tylko 16,3% respondentów ma za sobą takie doświadczenia. Wszystkie one dotyczą leczenia metadonem. Badani, którzy korzystali z terapii substytucyjnej w większości uczestniczyli w programach realizowanych w Warszawie. Tylko 2,5% badanych korzystało z leczenia substytucyjnego poza Warszawą. Stosunkowo niski odsetek leczonych metadonem w stosunku do odsetka podejmujących jakiekolwiek leczenie z powodu problemu opiatów dobrze ilustruje nadal niewystarczającą dostępność terapii substytucyjnej. Mimo otwarcia w Warszawie w ostatnich latach kilku nowych programów oraz kilkukrotnego zwiększenia liczby pacjentów korzystających z tego typu leczenia nadal potrzeby nie są w pełni zaspokojone.

Barierą zwiększenia dostępności jest obecnie nie tyle brak miejsc w programach leczenia substytucyjnego, co raczej wysokoprogowość istniejących programów. W szczególności problem codziennego pobierania metadonu w określonych godzinach, często wchodzący

w kolizję z godzinami pracy, stanowi ważne ograniczenie liczby potencjalnych klientów.

Wprowadzenie leczenia buprenorfiną mogłoby stanowić dobrą okazję do zwiększenia dostępu do leczenia substytucyjnego w sensie złagodzenia zasad realizowania programów.

### Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opiatów

W sumie badani w Warszawie dokonali 316 nominacji. Do oszacowań wykorzystano też informacje o 81 badanych z Warszawy. W sumie oszacowania bazowały na danych o 397 problemowych użytkownikach opiatów.

Rozkład płci osób uchwycionych w badaniu był zbliżony do rozkładów notowanych w poprzednich badaniach. W stolicy wśród problemowych użytkowników opiatów przeważają osoby w wieku 20-29 lat (56,6%). Osoby w wieku poniżej 20 lat stanowią tylko 4,9% nominowanych.

Zdecydowana większość stanowili użytkownicy opiatów przyjmujący je w drodze iniekcji (92,6%).

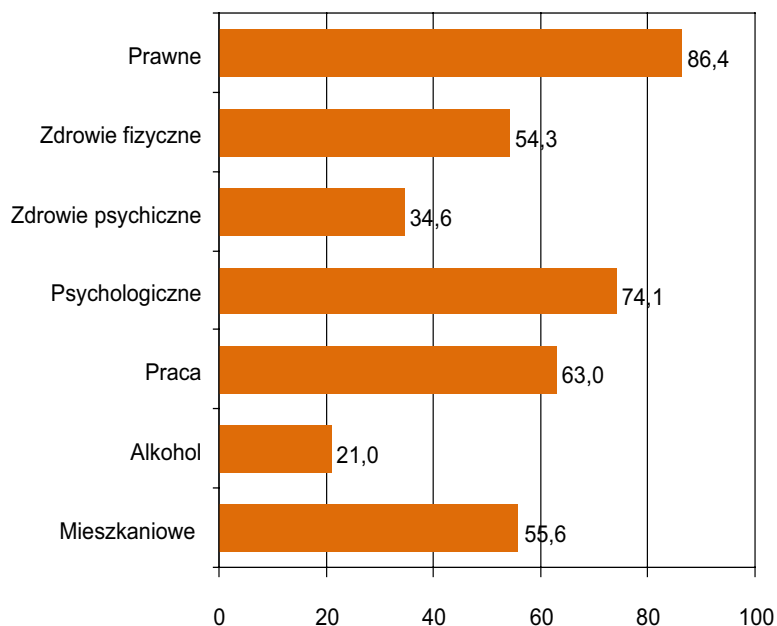
W Warszawie 50,4% osób uchwycionych w badaniu leczyło się w 2008 roku stacjonarnie, zaś 38,7% – ambulatoryjnie. Dane te zostały wykorzystane do oszacowań.

Do oszacowań wykorzystano dane statystyczne lecznictwa za 2007 rok, ponieważ dane za 2008 rok są jeszcze niedostępne. Oszacowania zamieszczono w tabeli 3.

Oszacowanie bazowało na danych od osób, które były w stanie określić fakt leczenia nominowanego w poprzednim roku, inaczej mówiąc eliminowano z obliczeń przypadki braku danych. Do oszacowań wykorzystano więc tylko nominacje zawierające potrzebne informacje.

Wyliczano zatem nie odsetek leczonych problemowych użytkowników opiatów wśród wszystkich nominowanych, a tylko wśród nominowanych, co do których było wiadomo, czy się leczyli, czy nie. Wynosił on 50,4%. Z faktu, że 50,4% warszawskich problemowych użytkowników opiatów podejmowało w 2008

**Wykres 11. Problemy, z jakimi borykają się badani (odsetki badanych)**





roku leczenie nie trudno wyliczyć, że wszystkich w mieście było 1,98 razy więcej niż leczonych. Wykorzystując dane statystyczne z lecznictwa stacjonarnego za 2007 rok, możemy stwierdzić, że z powodu problemu narkotyków leczonych było 1200 mieszkańców miasta, co oznacza, że liczbę wszystkich problemowych użytkowników opiatów oszacować można na 2376 osób.

Odsetek leczonych ambulatoryjnie wyniósł 38,7% wśród nominowanych, co do których respondenci byli w stanie określić fakt leczenia. Dało to wskaźnik doszacowania równy 2,58. Po przemnożeniu go przez liczbę leczonych ambulatoryjnie w stolicy otrzymujemy szacowania wynoszące 3741 osób.

Liczyby pochodzące z tych oszacowań, mimo pozornej precyzji, należy traktować jako przybliżone.

Przytoczone wyżej oszacowanie opatrzyć trzeba komentarzem metodologicznym. Dane lecznictwa nie pozwalają na jednoznaczne określenie liczby „opiatowców” wśród wszystkich leczonych. Ze względu na zakres zebranych danych dla uproszczenia podzielono problemowych użytkowników narkotyków na tych, którzy sięgają po opiaty oraz tych, którzy nie używają środków z tej grupy. Można założyć, że wśród problemowych użytkowników opiatów dominują osoby, których problem zawsze był łatwiej rozpoznawalny przez otoczenie i łatwiej definiowalny w kategoriach narkomanii. Hipoteza taka znajduje uzasadnienie zarówno w dłuższej obecności tych środków na naszej scenie narkotykowej, jak również w ich szczególnie dużym potencjale uzależnienia, przyczyniającym się do relatywnie szybkiej degradacji społecznej.

Przeprowadzenie wiarygodnych oszacowań rozpowszechnienia problemowego używania opiatów napotyka na problemy z dostępnością danych. Wprawdzie w badaniach terenowych zbieramy

informacje o używaniu opiatów przez osoby wskaziwane przez respondentów, ale danych takich brakuje w statystykach lecznictwa, traktowanych jako punkt odniesienia (*benchmark*) do przeprowadzenia oszacowań. Statystyki lecznictwa zawierają jedynie informacje o diagnozie medycznej, która nie daje podstaw do jednoznacznego wydzielenia osób używających opiatów. Stąd musimy się uciec do kolejnego oszacowania, przyjmując założenia o proporcji użytkowników opiatów wśród osób podejmujących leczenie. Na podstawie danych z monitoringu lokalnych oraz z diagnoz psychiatrycznych możemy założyć, że udział użytkowników opiatów wśród leczonych stacjonarnie kształtuje się na poziomie 60%, zaś wśród leczonych ambulatoryjnie – na poziomie 50%.

Przytoczone tu oszacowania sugerują, że rzeczywista liczba problemowych użytkowników narkotyków w Warszawie mieści się w szerokim przedziale 2200-3800 osób. Nawet jeśli liczba ta wykraczać będzie poza oszacowany przedział, to nie powinna ona znacznie od niego odbiegać. Trzeba tu dodać, że przedział ten uzyskano z dwóch niezależnych oszacowań, nie ma on zatem nic wspólnego z przedziałem ufności, jaki uzyskuje się w wyniku oszacowania metodą wielokrotnego połowu.

Wyniki obecnych oszacowań dla Warszawy przeprowadzonych metodą punktu odniesienia możemy zestawzić z wynikami oszacowania przeprowadzonego metodą wielokrotnego połowu (*capture-recapture*) w Warszawie dla 2006 roku. W badaniu tym oszacowano liczbę problemowych użytkowników opiatów z wykorzystaniem trzech źródeł informacji, albo inaczej mówiąc trzech prób. Dwie pierwsze składały się z pacjentów oddziałów detoksykacyjnych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii oraz w Szpitalu Psychiatrycznym przy ul.

**Tabela 3. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w Warszawie metodą benchmark z zastosowaniem nominacji z badań prowadzonych wśród problemowych użytkowników opiatów w 2009 roku oraz danych statystycznych lecznictwa**

	Dane statystyczne (IPiN)	Odsetek z badań terenowych	Wskaźnik doszacowania	Oszacowanie
Leczeni stacjonarnie (2007)	1200	50,4	1,98	2376
Leczeni ambulatoryjnie (2007)	1450	38,7	2,58	3741

Nowowiejskiej leczonych w 2005 roku. Na trzecią próbę składały się osoby poddane badaniu terenowemu (próba uliczna).

Oszacowana „ciemna liczba” problemowych użytkowników opiatów w Warszawie wynosi 2034. Uwzględniając błąd oszacowania można przyjąć z prawdopodobieństwem 95%, że mieści się ona w przedziale 1517-2725 osób.

Do tego dodać trzeba 733 osoby zidentyfikowane w trakcie badań terenowych oraz jako pacjenci oddziałów detoksykacyjnych. W efekcie otrzymujemy liczbę 2770 problemowych użytkowników opiatów w Warszawie, jako najbardziej prawdopodobne oszacowanie. Rzeczywista liczba problemowych użytkowników opiatów z prawdopodobieństwem 95% mieści się w przedziale 2250-3458 osób.

Wyniki obecnych oszacowań dla Warszawy przeprowadzonych metodą punktu odniesienia pozostają w zgodzie z cytowanymi wyżej danymi. Oznacza to, że liczba problemowych użytkowników opiatów w Warszawie nie wzrosła znacząco w czasie ostatnich czterech lat i nadal oscyluje wokół liczby 3000.

### Potencjalne zapotrzebowanie na leczenie substytucyjne

Potencjalne zapotrzebowanie na leczenie substytucyjne jest wyznaczane przez liczbę problemowych użytkowników opiatów gotowych do podjęcia tej formy terapii. Nie wystarczy zatem oszacować liczby problemowych użytkowników opiatów, ale trzeba jeszcze odpowiedzieć na pytanie, jak wielu z nich chciałoby spróbować tej formy leczenia. W tym celu badani byli pytani o gotowość uczestniczenia w terapii substytucyjnej. Na tak postawione pytanie 73,8% badanych odpowiedziało, że byłoby skłonnych podjąć leczenie substytucyjne. Można zatem oszacować, że ok. 1750-2760 problemowych użytkowników opiatów należy do grona potencjalnych klientów programów leczenia substytucyjnego.

Na pytanie o gotowość uczestniczenia w terapii substytucyjnej, przy założeniu, że lekiem substytucyjnym byłaby buprenorfina, badani w mniejszym odsetku odpowiedzieli pozytywnie (66,4%).

Jeśli przyjąć, że 66,4% badanych deklaruje gotowość uczestnictwa w programie leczenia z zastosowa-

niem buprenorfiny, to oznacza, że potencjalny popyt na tę formę terapii mieści się w przedziale 1578-2484 osób.

### Wyniki i rekomendacje

Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opiatów jest istotne z perspektywy oceny potrzeb w zakresie leczenia substytucyjnego, które adresowane może być tylko do tej grupy uzależnionych. W Polsce ten typ terapii nie jest dostatecznie rozwinięty, dostępność takiego leczenia jest dalece niezadowalająca, wystarczy wspomnieć, że pod tym względem zajmujemy jedno z ostatnich miejsc w Europie. W Warszawie sytuacja jest znacznie lepsza niż w innych miejscach w kraju (po dynamicznym rozwoju programów substytucyjnych w ostatnich latach). Oszacowanie potrzeb w tym względzie odpowiada na pytanie, na ile udało się osiągnąć pełne zaspokojenie potrzeb.

Jak wynika z naszych badań:

1. Rozpowszechnienie problemowego używania opiatów utrzymuje się na poziomie ok. 3000 osób. Tylko 23% z tej liczby (ok. 700 osób) uczestniczy w terapii substytucyjnej. Zwiększenia tego wskaźnika wymaga urozmaicenia oferty leczenia substytucyjnego, w szczególności obniżenia progów dostępu i uczestnictwa w terapii.
2. Popularność iniekcyjnego przyjmowania narkotyków po spadku w latach 90. i na początku obecnej dekady, wykazuje ponowny trend wzrostowy. Obecnie zdecydowana większość problemowych użytkowników opiatów stosuje iniekcje (88,6%). W drodze iniekcji przyjmowany jest nie tylko kompot, ale również heroina, brown sugar i amfetamina. Dzielenie się igłami i strzykawkami, chociaż rzadsze niż niegdyś, nie zostało do końca wyeliminowane. Nadal ok. 38,5% badanych zdarza się używać wspólnych igieł lub strzykawek.
3. W tych warunkach priorytetem wydaje się być zwiększenie dostępności leczenia substytucyjnego, szczególnie poprzez obniżenie progów dostępu do programów oraz uczestnictwa w programie. Wprowadzenie programów leczenia buprenorfiną wydaje się stwarzać ku temu dobrą okazję.

*W latach 1997–2007 w Polsce trzykrotnie wzrosła liczba poradni dla osób uzależnionych, z trzydziestu kilku w roku 1997 do 102 dziesięć lat później. Czy ten wzrost przekłada się na poprawę dostępności, czy uzależnieni mają rzeczywiście szeroki wybór w zakresie form leczenia i metod terapeutycznych?*

# DOSTĘPNOŚĆ POMOCY W LECZNICTWIE UZALEŻNIEŃ W POLSCE DLA PACJENTÓW UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Jacek Moskalewicz, Łukasz Wieczorek  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomanami

Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych mają do wyboru wiele rodzajów placówek terapeutycznych i form leczenia. Należą do nich:

- poradnie podstawowej opieki zdrowotnej,
- placówki szpitalne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
- poradnie terapii uzależnienia od alkoholu,
- poradnie zdrowia psychicznego, w tym poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży,
- poradnie terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
- oddziały detoksykacyjne,
- ośrodki rehabilitacji średnio- i długoterminowej,
- oddziały dzienne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (Rocznik 2007).

Oprócz dwóch pierwszych rodzajów placówek, pozostałe placówki świadczą usługi specjalistyczne. Z danych statystycznych wiemy, że w ostatnim dziesięcioleciu nastąpił znaczny rozwój ilościowy lecznictwa specjalistycznego. W latach 1997–2007 trzykrotnie wzrosła liczba poradni dla osób uzależnionych, z trzydziestu kilku w roku 1997 do 102 dziesięć lat później. Sieć stacjonarnych placówek detoksykacyjnych zwiększyła się w tym samym okresie prawie dwukrotnie, do 25 oddziałów dysponujących kilkuset łózkami w całym kraju. W Polsce dominującą formą leczenia jest terapia stacjonarna, oparta na modelu społeczności terapeutycznej, często prowadzona poza miejscem zamieszkania. W 2007 roku działało 56 ośrodków rehabilitacyjnych

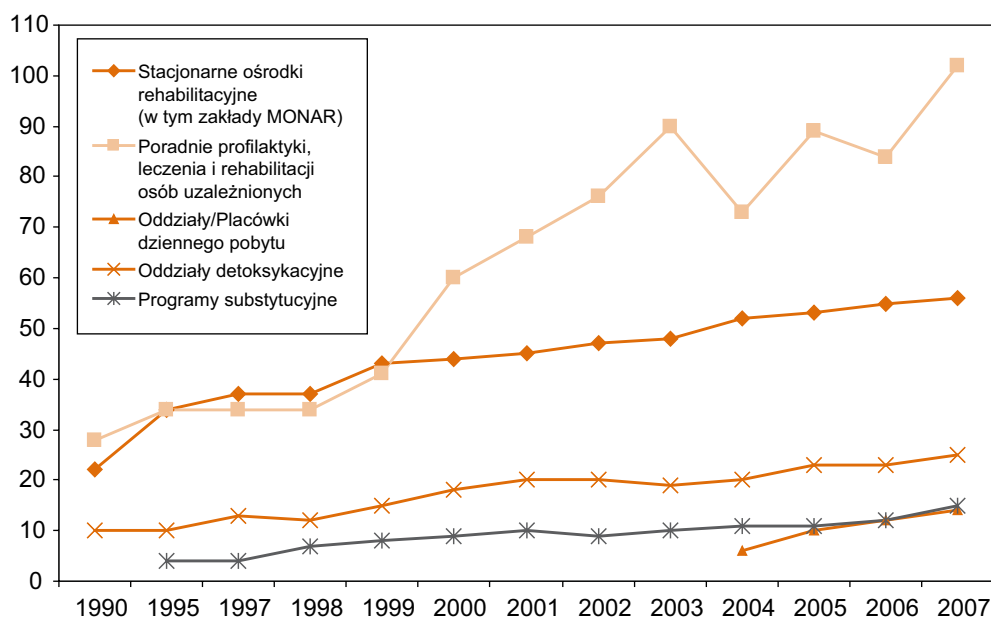
prowadzących leczenie stacjonarne. W ciągu 10 lat ich liczba wzrosła prawie o 50%, głównie poza MONAR-em, bowiem liczba placówek MONAR pozostaje od lat na niezmiennym poziomie (Rocznik 1997–2007; Sprawozdanie 2009). Niewiele jest oddziałów dziennych dla pacjentów uzależnionych od narkotyków. Mimo że przybywa ich bardzo szybko, to w 2007 roku mogliśmy pochwalić się zaledwie 14 tego typu ośrodkami.

W 2007 roku funkcjonowało 15 programów substytucyjnych skierowanych do osób uzależnionych od opiatów, co z jednej strony oznacza czterokrotny wzrost w porównaniu z latami 90.; z drugiej strony programy te obejmują zaledwie kilka procent ludzi wymagających takiego leczenia.

Celem tego artykułu jest próba odpowiedzi na pytanie, jaka jest dostępność tych placówek i czy uzależnieni mają rzeczywiście szeroki wybór w zakresie form leczenia i metod terapeutycznych. Odpowiedzi na te pytania szukać będziemy w kilku zrealizowanych w ostatnich latach badaniach:

1. Poprawa dostępności leczenia ludzi z problemami związanymi z alkoholem i narkotykami (IATPAD – Improvement of Access to Treatment for People with Alcohol and Drug Problems).
2. Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce.
3. Ocena popytu na leczenie substytucyjne w Warszawie.

## Wykres 1. Liczba placówek leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych



Źródło: Roczniki Statystyczne 1997–2007; EMCDDA; KBPN 2000–2004; Sprawozdanie KPPN 2003–2005; Informacje o realizacji działań wynikających z KPPN 2006.

## Badanie IATPAD

Badanie IATPAD było prowadzone równolegle w Bułgarii, Grecji, Hiszpanii, Polsce, Słowenii, Szkocji, na Słowacji i we Włoszech. Jego celem było określenie barier w dostępie do leczenia osób uzależnionych, włączając w to bariery wynikające z postaw personelu medycznego. W Polsce badanie przeprowadzono w Warszawie na losowej próbie publicznych i prywatnych zakładów opieki zdrowotnej, w trzech „punktach wejścia” do systemu leczenia: poradniach podstawowej opieki zdrowotnej, placówkach psychiatrycznych oraz placówkach leczenia uzależnień od alkoholu oraz od narkotyków (Bujalski 2008).

Badano m.in. postawy personelu medycznego wobec różnych grup pacjentów oraz percepcję barier w dostępie do leczenia w oczach pacjentów. W ramach badania

postaw, respondenci rekrutujący się spośród personelu medycznego (lekarze, pielęgniarki, psychologowie, pracownicy socjalni itp.) odpowiadali na pytania skali MCRS (Medical Conditions Regard Scale) mierzącej stosunek do różnych kategorii pacjentów; w przypadku tego badania do pacjentów uzależnionych od narkotyków, uzależnionych od alkoholu, cierpiących na depresję i cukrzycę. Maksymalna liczba punktów odpowiadająca „najlepszemu” stosunkowi do danej kategorii pacjentów wynosiła 60.

We wszystkich krajach biorących udział w badaniu pracownicy medyczni mają „najgorszy” stosunek do pacjentów uzależnionych od narkotyków, następnie do uzależnionych od alkoholu, na kolejnej pozycji znaleźli się pacjenci chorzy na cukrzycę, a stosunkowo „najlepiej” zostali ocenieni pacjenci cierpiący na depresję.

Stosunek do uzależnionych od narkotyków jest jednak relatywnie lepszy w krajach starej Unii Europejskiej niż wśród jej nowych członków: w Bułgarii, Polsce, Słowacji i na Słowenii. Na tle nowych członków UE stosunek do pacjentów uzależnionych od narkotyków jest w Polsce nieco bardziej pozytywny.

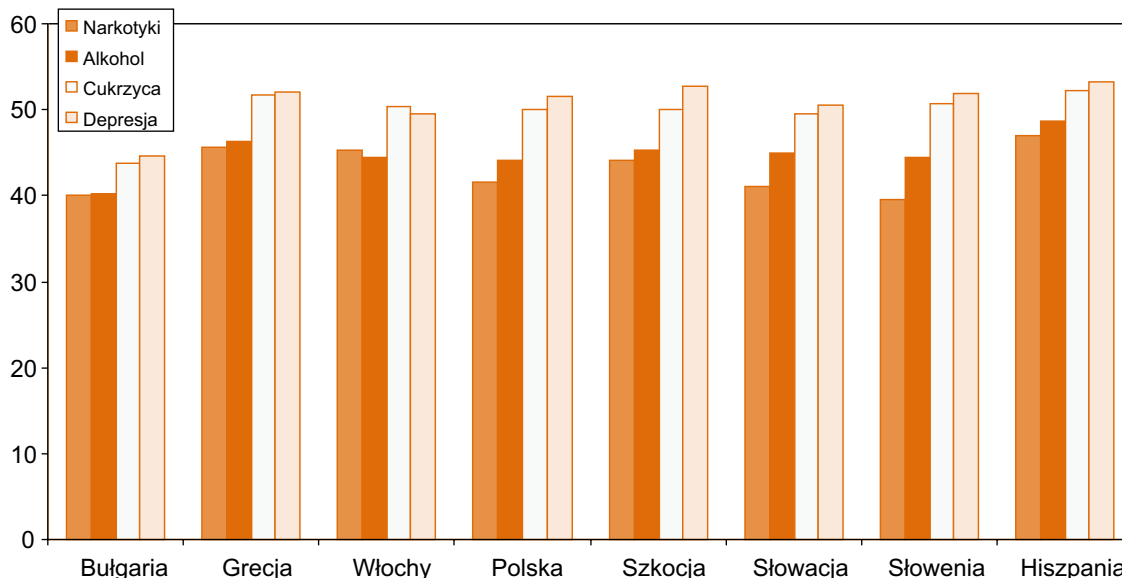
Jeśli wziąć pod uwagę postawy personelu pracującego w poszczególnych „punktach wejścia” do systemu leczenia, można zauważyć, że najgorzej pacjenci uzależnieni od substancji psychoaktywnych są postrzegani przez

Tabela 1. Skala stosunku do pacjenta (MCRS)

Typ zaburzeń	N	Średnia (SD)	CI 95%
Narkotyki	855	43,67 (10,25)	43,0, 44,4
Alkohol	862	45,35 (8,92)	44,8, 45,9
Cukrzyca	807	50,19 (6,85)	49,7, 50,7
Depresja	850	51,34 (6,71)	50,9, 51,8

Źródło: Gilchrist i wsp. 2009.



**Wykres 2. Skala stosunku do pacjenta wg kraju**

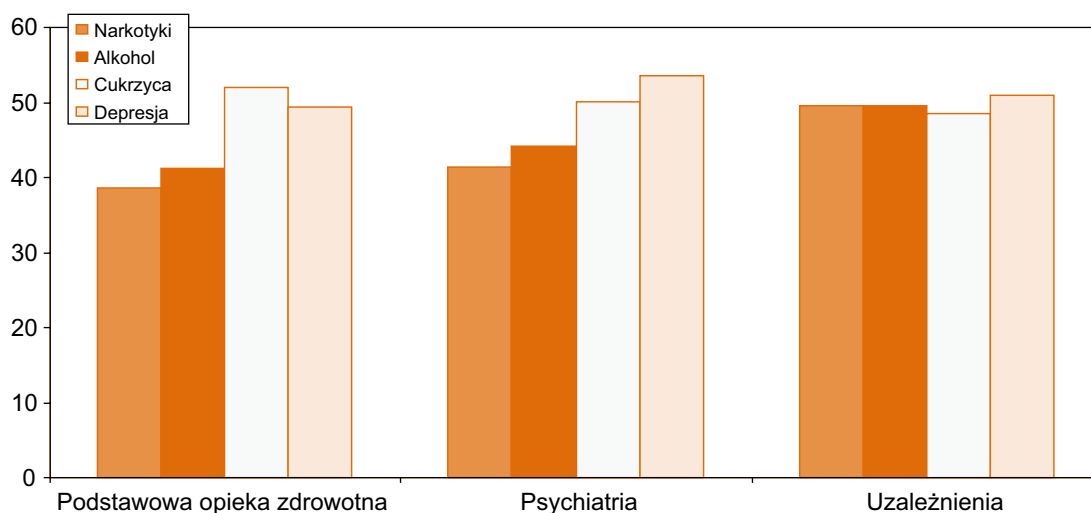
Źródło: Gilchrist i wsp. 2009.

personel podstawowej opieki zdrowotnej. Niewiele lepszy stosunek do pacjentów uzależnionych mają zatrudnieni w opiece psychiatrycznej. Najbardziej otwarte podejście do pacjentów wykazują lekarze z placówek specjalistycznych ukierunkowanych na leczenie osób uzależnionych.

Pogłębione wywiady z pacjentami pozwoliły na identyfikację barier w dostępie do leczenia, wśród których wyodrębniono bariery strukturalne i instytucjonalne. Wśród barier strukturalnych pacjenci przywołali problem zbyt represyjnej legislacji, stygmatyzacji osób uzależnionych, negatywnej prezentacji narkomanii

w mediach. Bariery instytucjonalne obejmują takie kwestie, jak:

- brak oferty w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
- słaba informacja o istniejącej sieci placówek specjalistycznych,
- mała liczba placówek specjalistycznych (konieczność długich i czasem kosztownych dojazdów),
- niedogodne godziny/terminy otwarcia placówek/przyjęć,
- brak możliwości natychmiastowego przyjęcia na leczenie,

**Wykres 3. Skala stosunku do pacjenta wg specjalizacji placówki**

Źródło: Gilchrist i wsp. 2009.

- bariery biurokratyczne przy przyjęciu na leczenie,
- wstępne warunki przyjęcia/selekcja do leczenia: „Musiałbym mieć minimum 14 dni abstynencji, żebym mógł się leczyć”,
- niejasne kryteria przyjęć,
- brak informacji o przebiegu leczenia przy przyjęciu,
- brak zindywidualizowanych programów leczenia,
- niskie standardy leczenia.

## Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych

W ostatnich badaniach ogólnopolskich przeprowadzonych w 2005 roku przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, których celem była ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, analizie poddano m.in. cele leczenia, jakie stawiają placówki pacjentom, ofertę terapeutyczną, dostępność leczenia i środki przeznaczane na leczenie. Metodą, jaką posłużono się w badaniu, była ankieta pocztowa rozesłana do wszystkich placówek leczenia i rehabilitacji uzależnień. W sumie zidentyfikowano 134 placówki odpowiedzialne za leczenie uzależnienia od narkotyków. Ponad 2/3 wszystkich placówek odpowiedziało na ankietę (Moskalewicz i wsp. 2006 b). Dla wszystkich typów placówek specjalistycznych abstynencja była głównym celem leczenia. Odsetek ten wahał się od 100% w oddziałach detoksykacyjnych, 97% w poradniach i ośrodkach rehabilitacyjnych do 80% w programach substytucyjnych.

Warto w tym miejscu przytoczyć wnioski z tego badania:

1. Struktura sieci placówek nie jest optymalna zarówno z perspektywy dostępności oferowanych świadczeń, jak i absorpcji środków finansowych. Należy pilnie zwiększyć dostępność:
  - opieki poradnianej,
  - świadczeń detoksykacyjnych, w tym detoksykacji ambulatoryjnej,
  - leczenia substytucyjnego,
  - miejsc hotelowych.
2. Ośrodki rehabilitacyjne pochłaniają około 60% środków na leczenie i rehabilitację, obejmując swymi świadczeniami zaledwie kilkanaście procent pacjentów. Czas oczekiwania w większości z nich jest dłuższy niż trzy tygodnie, wskaźniki utrzymy-

wania się w leczeniu niskie, a koszty – wysokie. Zwiększenie dostępności i efektywności świadczeń rehabilitacyjnych wymaga:

- skrócenia czasu rehabilitacji do 3-9 miesięcy,
- przyjęcia standardów procedur i zatrudnienia w placówkach o wysokich parametrach efektywności.

3. Poradnie uzależnień obejmują opieką ponad połowę pacjentów całego systemu leczenia i rehabilitacji. Zakres oferowanych świadczeń nie jest wystarczający. Zważywszy na ich potencjalnie kluczową rolę w systemie, należy dążyć do poszerzenia zakresu usług świadczonych przez poradnie bezpośrednio bądź przez zapewnienie stosownych świadczeń we współpracy z innymi instytucjami. Dotyczy to zwłaszcza takich świadczeń, jak:

- pełna diagnoza zdrowia psychicznego,
- leczenie zaburzeń psychicznych,
- testy na HIV, HCV, HBV,
- opieka somatyczna,
- pomoc w problemach socjalno-bytowych,
- opieka postterapeutyczna nie tylko własnych pacjentów, ale także pacjentów po detoksykacji i rehabilitacji poza miejscem zamieszkania (Moskalewicz i wsp. 2006 c).

## Leczenie substytucyjne

Szczególnie dramatycznie wygląda kwestia dostępności leczenia substytucyjnego. Polska w 2007 roku znajdowała się na 18 miejscu wśród 28 europejskich krajów, które udostępniły dane na temat leczenia substytucyjnego. Czołową trójkę tworzą Wielka Brytania (Anglia i Walia, Szkocja oraz Irlandia Północna), gdzie leczy się ponad 150 tys. osób, Francja mająca w programach substytucyjnych 120 tys. pacjentów i Włochy, w których z tej formy leczenia korzysta ponad 110 tys. osób. Jak widać w krajach tych leczy się około 100 razy więcej osób niż w Polsce.

Jeszcze gorzej wypadamy, jeśli przyjrzymy się takiemu wskaźnikowi jak liczba pacjentów leczonych substytucyjnie na 10 tys. mieszkańców kraju. Polska znalazła się na przedostatnim miejscu wśród krajów europejskich ze wskaźnikiem 0,4; gorzej jest tylko w Rumunii.

W przeprowadzonym przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w 2005 roku badaniu, którego celem była

Tabela 2. Leczeni substytucyjnie w 2007 roku

Lp.	Kraj	Pacjenci leczeni substytucyjnie w 2007 roku	Kraj	Liczba pacjentów na 10 000 ludności
1	Wielka Brytania	154 155	Wielka Brytania	25,27
2	Francja	120 000	Luksemburg	23,02
3	Włochy	112 896	Portugalia	22,77
4	Hiszpania	81 706	Irlandia	21,04
5	Niemcy	68 800	Włochy	18,80
6	Portugalia	24 312	Francja	18,66
7	Belgia	16 275	Hiszpania	17,51
8	Holandia	12 715	Belgia	15,38
9	Austria	10 452	Austria	12,52
10	Irlandia	9302	Dania	11,49
11	Dania	6300	Norwegia	10,61
12	Norwegia	5058	Niemcy	8,40
13	Czechy	4920	Estonia	7,98
14	Grecja	3950	Holandia	7,70
15	Szwecja	3115	Słowenia	5,06
16	Bułgaria	2910	Czechy	4,70
17	Chorwacja	2016	Chorwacja	4,54
18	Polska	<b>1522</b>	Bułgaria	3,83
19	Finlandia	1200	Grecja	3,52
20	Luksemburg	1092	Szwecja	3,39
21	Estonia	1044	Finlandia	2,26
22	Słowenia	1032	Łotwa	1,71
23	Węgry	807	Słowacja	0,92
24	Rumunia	639	Cypr	0,89
25	Słowacja	500	Węgry	0,81
26	Łotwa	381	Litwa	0,69
27	Litwa	230	Polska	<b>0,40</b>
28	Cypr	71	Rumunia	0,29

Źródło: <http://www.emcdda.europa.eu/stats09/hsrtab3b>.

ocena popytu na leczenie substytucyjne, pojawiła się kwestia stopnia zaspokajania problemów pacjentów w programach substytucyjnych (Moskalewicz i wsp. 2006 a).

Najbardziej rozpowszechnionymi problemami według pacjentów są problemy ze zdrowiem fizycznym i problemy emocjonalne, które są udziałem ponad 60% badanych. Prawie połowa pacjentów ma problemy z pracą, a co trzeci ma problemy z prawem. Kilkanaście procent respondentów miało problemy z alkoholem i narkotykami innymi niż opiaty. Jak widać, uzyskanie pomocy w tych problemach jest bardzo ograniczone. Stosunkowo najlepiej zaspokajane są problemy emocjonalne (ponad 30%) i związane ze zdrowiem fizycznym (26%). Ale i tu prawie 70% pacjentów nie otrzymuje oczekiwanej pomocy. Najsłabiej rozbudowana jest oferta

programów w odniesieniu do pracy i mieszkania. Pomoc w tym zakresie otrzymuje około 2% potrzebujących (Moskalewicz i wsp. 2006 b).

Wskaźnikiem zaspokojenia potrzeb w zakresie problemów, a więc współczynnikiem adekwatności opieki, był stosunek liczby pacjentów, którym program substytucyjny pomógł w rozwiązaniu ich problemów, do liczby pacjentów doświadczających danego problemu. Współczynnik ten może wahać się od jedności przy pełnym zaspokojeniu potrzeb do zera. Ostatnia kolumna tabeli 3. pokazuje, że współczynniki adekwatności opieki nawet nie zbliżają się do jedności. Są stosunkowo wysokie dla problemów związanych ze zdrowiem psychicznym i emocjonalnym oraz z alkoholem. Zaniedbane są kwestie zdrowia somatycznego, innych narkotyków, problemy prawne, bowiem odpowiedniej pomocy nie uzyskuje w nich 60-70% potrzebujących. Adekwatność świadczeń w odniesieniu do problemów mieszkaniowych i problemów ze znalezieniem pracy jest bliska zera.

## Podsumowanie

Należy podkreślić, że pomimo długiej listy placówek zajmujących się leczeniem osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, wybór leczenia jest ograniczony. Specyficzna grupa pacjentów, jaką są narkomani, ma złe doświadczenia w kontaktach z podstawową opieką zdrowotną i opieką psychiatryczną, również nastawienie personelu utrudnia podjęcie decyzji o rozpoczęciu leczenia. Powoduje to przerzucenie ciężaru opieki nad tymi pacjentami na sektor specjalistyczny. Mimo wzrostu liczby placówek w tym sektorze opieki zdrowotnej, dostępność leczenia nie jest odpowiednia. Utrudnienia, na jakie trafiają pacjenci, wiążą się z nieodpowiednimi godzinami pracy placówek, brakiem możliwości natychmiastowego podjęcia leczenia, długim czasem oczekiwania na leczenie, sformalizowaniem procedur selekcyjnych oraz dominacją abstynencyjnego modelu terapii. Dostępność leczenia substytucyjnego jest dalece niewystarczająca, świadczy o tym wskaźnik leczonych substytucyjnie na 10 tys. mieszkańców, plasujący Polskę na przedostatnim miejscu wśród krajów europejskich.

**Tabela 3. Problemy pacjentów i poziom ich zaspokojenia**

Problem			Możliwość uzyskania pomocy w programie		Współczynnik adekwatności opieki
	N	%	N	%	
Problem mieszkaniowy	38	21,3	4	2,2	0,11
Problemy z pracą	82	46,1	3	1,7	0,04
Problemy prawne	58	32,8	20	11,4	0,34
Problemy ze zdrowiem fizycznym	107	60,1	46	26,3	0,43
Problemy emocjonalne, psychologiczne	115	64,6	61	35,9	0,53
Problemy ze zdrowiem psychicznym	57	32,4	39	22,4	0,68
Problemy związane z alkoholem	26	14,6	18	10,1	0,69
Problemy z innymi narkotykami (np. amfetamina)	21	11,8	7	4	0,33

Źródło: Moskaiewicz i wsp. 2006 b.

Programy substytucyjne nie zaspokajają lub zaspokajają w bardzo niewielkim stopniu problemy pacjentów związane ze zdrowiem somatycznym, trudnościami w znalezieniu mieszkania czy pracy. Oferta domów przejściowych, hosteli, programów dziennych, które poszerzałyby ofertę terapeutyczną, dopiero raczkuje. Mankamentem systemu opieki nad osobami uzależnionymi jest brak możliwości detoksykacji w domu lub ambulatorium.

Wyzwań, przed jakimi stoi system leczenia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, jest wiele. W leczenie osób uzależnionych powinno się zaangażować placówki podstawowej opieki zdrowotnej i apteki, zwłaszcza do leczenia substytucyjnego i ograniczania szkód (wymiana igieł, dystrybucja prezerwatyw). W trakcie podjętego już leczenia należałoby więcej uwagi poświęcić na zaspokojenie sygnalizowanych przez osoby uzależnione potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego i fizycznego oraz potrzeb niemedycznych, takich jak np. opieka prawna, pomoc w znalezieniu mieszkania czy pracy.

## Bibliografia

Bujalski M., „Bariery w dostępie do leczenia osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków”. Komunikat z polskich badań IATPAD, Alkoholizm i Narkomania, tom 21, nr 4, 2008.

EMCDDA, <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Poland>.

Gilchrist G., Moskaiewicz J., Slezakova S., Okruhlica L., Torrens M., Vajd R., „System and professional barriers and facilitators of access to treatment for people with alcohol and drug related problems – Quantitative part of the study” (w:) Project IATPAD – Improvement of Access to Treatment for People with Alcohol and Drug-related problems, 2009.

Informacje o realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2006 roku (projekt).

Moskaiewicz J., Sierosławski J., Bujalski M., „Dostępność programów substytucyjnych w Warszawie”, raport z badań zrealizowanych na zlecenie Biura Polityki Społecznej Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy, Instytut Psychiatrii i Neurologii 2006 a.

Moskaiewicz J., Sierosławski J., Dąbrowska K., „Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce”, Alkoholizm i Narkomania, tom 19, nr 4, 2006 b.

Moskaiewicz J., Sierosławski J., Dąbrowska K., „Placówki leczenia i rehabilitacji uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce. Ankieta pocztowa”, raport z badań, 2006 c.

Narkomania. Informator na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym. Gdzie szukać pomocy?, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2000.

Narkomania. Informator na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym. Gdzie szukać pomocy?, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002.

Narkomania. Informator na temat placówek udzielających pomocy osobom z problemem narkotykowym. Gdzie szukać pomocy?, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2004.

Roczniki Statystyczne za lata 1997–2007. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Rocznik Statystyczny 2007. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008.

Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2003 roku.

Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2004 roku.

Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w 2005 roku.

Sprawozdanie roczne dla EMCDDA za 2008 rok, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2009.



*W numerze czwartym Serwisu z 2009 roku zaprezentowano podstawowe elementy programu przeciwdziałania narkomanii realizowanego w województwie małopolskim. Poniższy artykuł jest kontynuacją tematu.*

# PRZECIWDZIAŁANIE NARKOMANII W WOJEWÓDZTWIE MAŁOPOLSKIM – CZĘŚĆ II

**Agnieszka Szeliga**

*przy współpracy Marty Mordarskiej, Eksperta Wojewódzkiego ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Małopolskiego*

Wśród wielu przedsięwzięć realizowanych w ramach profilaktyki problemów uzależnień w województwie małopolskim znalazły się takie programy i kampanie, jak:

- **Pilnuj drinka** – kampania, która miała na celu nakłonienie młodych ludzi do bezpiecznej zabawy oraz dostarczenie informacji na temat groźnych substancji znanych pod medialną nazwą tabletki gwałtu (ok. 40 rodzajów substancji, które w procederze przestępczym dodawane są do drinków i napojów, przede wszystkim w klubach). Grupę docelową kampanii stanowiła młodzież w wieku 16-26 lat. Kampania w województwie małopolskim realizowana była w największych miastach o charakterze akademickim i turystycznym (Kraków, Tarnów, Nowy Sącz, Zakopane, Oświęcim, Skawina, Zakopane). Dodatkowo materiały promocyjne rozdysponowano w 80 gminach Małopolski.
- **Pijani kierowcy – zero tolerancji w Małopolsce**  
Kampania zakładała znaczące ograniczenie liczby kierowców, którzy decydują się na jazdę samochodem, motocyklem, rowerem lub innym pojazdem mechanicznym, będąc pod wpływem alkoholu; zmianę społecznego nastawienia wobec nietrzeźwych kierowców, a także wprowadzenie zmian legislacyjnych prowadzących do obligatoryjnego udziału skazanych przez sąd pijanych kierowców w programach psychoedukacyjnych i psychokorekcyjnych.  
Adresatami programu byli kierowcy skazani przez sąd za jazdę po pijanemu, osadzeni odbywający karę z mocy art. 178 kodeksu karnego, zawodowi kierowcy podnoszący swoje kwalifikacje w MORD w Krakowie, Tarnowie i Nowym Sączu, instruktorzy i egzaminatorzy nauki jazdy. Pośrednio program adresowany był również do policji, wymiaru sprawiedliwości oraz mieszkańców

Małopolski. W ramach kampanii przeprowadzono 71 szkoleń psychoedukacyjnych dla kierowców zawodowych. Łącznie przeszkolono 1328 osób.

- **Twinning Light Polska – Hiszpania**  
Wspieranie samorządów w ramach projektu „Monitorowanie problemów narkotykowych i narkomanii na poziomie lokalnym”. Celem projektu było monitorowanie problemów narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym. W projekcie uczestniczyły małopolskie miasta: Kraków, Nowy Sącz, Olkusz, Oświęcim, Zakopane, Krynica.
- **Świetlica, praca i staż** – socjoterapia w środowisku wiejskim  
Projekt ten skierowany był do samorządów gminnych i organizacji społecznych, które podejmują działalność socjoterapeutyczną w nowej placówce świetlicowej, klubie na rzecz dzieci i młodzieży z rodzin dysfunkcyjnych.

Od 2006 do 2009 roku za pośrednictwem Biura Pełnomocnika ZWM ds. Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom dofinansowanie otrzymały 42 wnioski. Środki przeznaczone zostały na uzupełnienie niezbędnego wyposażenia dla placówek powstających w ramach programu. W 2007 roku województwo małopolskie miało największy udział w podziale środków w skali ogólnopolskiej na tego typu działania.

Ważną część realizacji założeń wojewódzkich programów profilaktyki uzależnień stanowiły konkursy zlecające realizację zadań organizacjom pozarządowym. Począwszy od 2005 roku w dziewięciu konkursach przekazano organizacjom pozarządowym z terenu całego województwa małopolskiego kwotę blisko 2 mln złotych.

## Terapia – tylko profesjonalnie

Jednym z priorytetów w działaniach Pełnomocnika Zarządu Województwa Małopolskiego ds. Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom było zwiększenie skuteczności działań i wzrost jakości pracy podmiotów działających w obszarze przeciwdziałania narkomanii, a co za tym idzie podniesienie kompetencji kadry terapeutycznej w województwie. Z biegiem czasu oczywiste stało się, że w Małopolsce potrzebna jest wyspecjalizowana placówka, która pomoże ten cel osiągnąć. Taką placówką stał się Małopolski Ośrodek Szkolenia Terapeutów Uzależnień, działający w strukturach Szpitala Specjalistycznego im. dr. J. Babińskiego w Krakowie przy Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnień i Współuzależnienia we współpracy z Krakowskim Stowarzyszeniem Terapeutów Uzależnień. Kierownikiem MOSTU jest Jolanta Ryniak – certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień, psycholog kliniczny. MOST działa od 2006 roku, kiedy to środowisko terapeutów uzależnień dostrzegło wyraźną potrzebę profesjonalnego kształcenia nowych kadr i dokształcania dotychczasowych pracowników placówek terapeutycznych. Uruchomiono wówczas Studium Umiejętności Psychologicznych (SUP). Ze względu na rosnące problemy związane z uzależnieniami, potrzeby takie nieustannie się zwiększają. MOST na takie zapotrzebowanie odpowiada i od 2007 roku realizuje kolejny etap kształcenia specjalistów w zakresie uzależnień – Studium Psychoterapii Uzależnień.

– Uruchomione Studium Psychoterapii Uzależnień to duże osiągnięcie i powód do satysfakcji – uważa Jolanta Ryniak. Nasz ośrodek jest czwartym w Polsce, który uzyskał akredytację Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, a zarazem dotację na prowadzenie studium. Można więc powiedzieć, że znaleźliśmy się w elitarnym gronie ośrodków kształcących profesjonalną kadrę terapeutów uzależnień – dodaje Jolanta Ryniak, podkreślając jednocześnie, że gorącym orędownikiem powstania ośrodka była Pełnomocnik Zarządu Województwa Małopolskiego ds. Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom Marta Mordarska. Funkcjonowanie ośrodka i uruchomienie szkoleń wpisane było w Małopolski Program Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2004–2007 i dotowane przez władze województwa małopolskiego. Dzięki tym funduszom uczestnicy dotychczasowych edycji SUP mogli poszerzać swoją wiedzę nieodpłatnie.

Studium adresowane jest do osób zainteresowanych rozwojem osobistym oraz nabywaniem umiejętności w obszarze pomocy psychologicznej, zwłaszcza w zakresie pracy z osobami z problemem uzależnienia i współuzależnienia. W szkoleniu uczestniczyć mogą osoby z wykształceniem co najmniej średnim – kandydaci na instruktorów terapii uzależnień oraz osoby posiadające tytuł lekarza medycyny lub tytuł magistra w dziedzinie pielęgniarstwa, psychologii, filozofii, pedagogiki, resocjalizacji, socjologii, teologii lub nauki o rodzinie – kandydaci na specjalistów psychoterapii uzależnień. Do tej pory studium ukończyło ponad 100 osób. Program SUP przygotowany został przez Leszka Sagadyna – certyfikowanego psychoterapeutę, superwizora, specjalistę psychoterapii uzależnień i trenera superwizora treningu grupowego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Ten pierwszy etap zdobywania kwalifikacji terapeuty uzależnień otwarty jest również dla osób, które nie pracują w placówkach terapii uzależnień.

Inaczej jest z kwalifikacją do Studium Psychoterapii Uzależnień, które stanowi bardziej zaawansowany etap szkolenia kadr terapeutycznych. Studium skierowane jest tylko do pracowników lecznictwa odwykowego. W szkoleniu uczestniczyć mogą osoby z wykształceniem co najmniej średnim – kandydaci na instruktorów terapii uzależnień oraz osoby posiadające tytuł lekarza medycyny lub tytuł magistra w dziedzinie pielęgniarstwa, psychologii, pedagogiki, resocjalizacji, socjologii, teologii lub nauki o rodzinie. Zainteresowanie kształceniem się na obydwu kursach jest spore. Kwalifikacją zajmuje się więc komisja rekrutacyjna powołana przez Małopolski Ośrodek Szkolenia Terapeutów Uzależnień.

Cały proces certyfikacji terapeutów uzależnień, poza szkoleniami, musi być uzupełniony o kolejne dwa etapy, tj. staż w jednym z trzech ośrodków stażowych (Kraków, Tarnów, Nowy Sącz) oraz poddanie się superwizji klinicznej prowadzonej przez jednego z trzech uprawnionych do tego celu superwizorów. Z dużym uznaniem należy więc podkreślić, że w Małopolsce mamy pełen system kształcenia terapeutów uzależnień.

## Współpraca zagraniczna

Główny cel współpracy zagranicznej stanowiła wymiana wzajemnych doświadczeń i poznawanie struktury organizacji lecznictwa odwykowego w innych krajach.

Współpraca realizowana była dwukierunkowo – wymiana doświadczeń przebiegała zarówno podczas wizyt zagranicznych odbywanych przez przedstawicieli Małopolski, jak i w czasie przyjmowania gości z zagranicy w małopolskich placówkach leczenia odwykowego.

W 2005 roku w Małopolsce gościła grupa specjalistów z zakresu uzależnień z Badenii-Wirtembergii. W tym samym roku odbyła się konferencja „Profilaktyka i terapia w Małopolsce”, w której wzięli udział goście z Badenii-Wirtembergii oraz przedstawiciele z Gruener Kreis i Permu. Następnie 16 specjalistów z zakresu uzależnień z Małopolski wzięło udział w wizycie studyjnej w Gruener Kreis w Austrii.

Współpraca ze specjalistami z Niemiec kontynuowana była w 2006 roku: przedstawiciele z Małopolski zajmujący się problematyką uzależnień wzięli udział w międzynarodowym kongresie na temat uzależnień oraz w seminarium „Młodzież i uzależnienia – Niemcy i Polska”, gdzie zaprezentowali system leczenia uzależnień w małopolskich placówkach.

Współpraca z zachodnim sąsiadem okazała się bardzo owocna, ponieważ narodził się nowy projekt pn. „Polak, Niemiec – dwa bratanki – spotkanie kultur w Lipsku”, w ramach którego zorganizowano wizytę młodzieżowych liderów środowiskowych, którzy mieli okazję przekazać wiedzę o Polsce i polskiej kulturze, a także promować i wzmacniać pozytywne stosunki społeczne w relacjach polsko-niemieckich.

Kolejnym etapem budowania współpracy międzynarodowej i czerpania nowych doświadczeń w obszarze terapii oraz profilaktyki uzależnień była wizyta studyjna w Haymarket Center w Chicago w ramach realizacji wspólnych działań kampanii „Pijani kierowcy – zero tolerancji w Małopolsce”. Celem współpracy była wymiana wzajemnych doświadczeń i dobrych praktyk, doskonalenie metod pracy oraz poznawanie struktury organizacji leczenia odwykowego.

Ekspert Wojewódzki ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Małopolskiego uczestniczył w wizycie studyjnej w Niemczech w ramach programu „Transition Facility 2004. Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w przeciwdziałaniu narkomanii na poziomie lokalnym, Twinning Light” oraz wspólnie z przedstawicielami małopolskiej policji uczestniczył w seminarium poświęconym problematyce zapobiegania przestępczości, w tym przestępczości narkotykowej w Turynii.

W 2007 roku w Krakowie zorganizowane zostało spotkanie studyjne Eksperta Wojewódzkiego ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Małopolskiego z ekspertami niemieckimi do spraw narkomanii oraz przedstawicielami Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Kolejnym elementem współpracy międzynarodowej było spotkanie przedstawicieli samorządu województwa z delegacją Chorwatów w ramach projektu polsko-chorwackiej współpracy bilateralnej w zakresie przeciwdziałania narkomanii prowadzonej przez KBPN.

Dużym wydarzeniem międzynarodowym była konferencja ekspertów narkotykowych Unii Europejskiej działających w Grupie Pompidou zorganizowana w Krakowie.

## Współpraca z małopolskimi gminami

– Od samego początku pracy Biura Pełnomocnika Zarządu Województwa Małopolskiego ds. Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom oraz działalności Eksperta Wojewódzkiego ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Małopolskiego prowadzona była intensywna i ścisła współpraca z małopolskimi gminami. Współpraca ta zawsze u podstaw miała wspólny cel, jakim była profilaktyka i rozwiązywanie różnorodnych problemów uzależnień w województwie, jednocześnie z dużą otwartością podchodzono do potrzeb i problemów lokalnych wynikających ze specyfiki gmin – podsumowuje 10-lecie pracy Marta Mordarska.

Tylko w ostatnich 5 latach zorganizowano ponad 100 szkoleń i konferencji, w których uczestniczyło ponad 2500 osób z samorządów terytorialnych. Szkolenia te skierowane były do różnych grup zawodowych: pełnomocników prezydentów/burmistrzów/wójtów gmin małopolski ds. profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień, członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, pracowników świetlic socjoterapeutycznych i opiekuńczo-wychowawczych, pedagogów, psychologów szkolnych, nauczycieli, pracowników służby zdrowia, zakładów karnych, izb wytrzeźwień.

Blisko 70% małopolskich samorządów gminnych w ankiecie PARPA–G1 pozytywnie oceniło współpracę z pełnomocnikiem wojewódzkim, co należy do najlepszych ocen w kraju.

5 listopada 2009 roku EMCDDA opublikowało coroczny raport<sup>1</sup> dotyczący problemu narkotyków i narkomanii w Europie oraz działań mających na celu ograniczenie skali zjawiska. Raport powstał w oparciu o dane przekazywane przez sieć National Focal Points<sup>2</sup>. Najnowsze sprawozdanie zawiera opis sytuacji na podstawie informacji przede wszystkim z 2007 roku.

# STAN PROBLEMU NARKOTYKOWEGO W EUROPIE – WYBRANE ZAGADNIENIA

Artur Malczewski

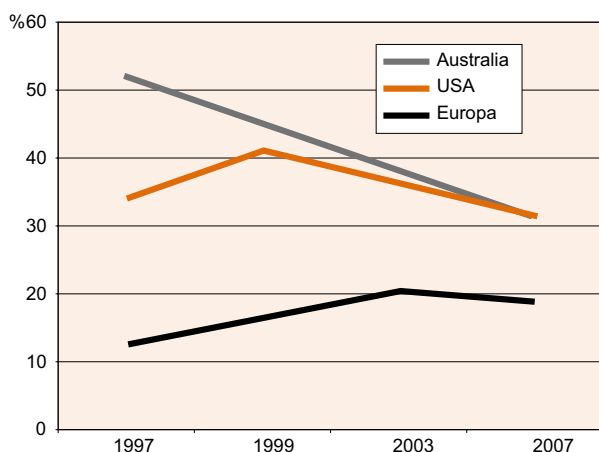
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

## Spadek rozpowszechnienia używania konopi

Około 74 mln Europejczyków w wieku 15-64 lata próbowało konopi indyjskich przynajmniej raz w życiu, z czego 22,5 mln używało ich w ostatnim roku. Konopie indyjskie są wciąż najczęściej konsumowaną w Europie nielegalną substancją psychoaktywną. Jednak z nowych danych wynika, że po znacznym nasileniu się używania tego narkotyku w latach 90. XX w. i w pierwszych latach XXI w., popularność konopi indyjskich maleje, zwłaszcza wśród młodzieży, co potwierdza analiza opublikowana w zeszłorocznym raporcie.

Jak pokazują przeprowadzone badania ankietowe ESPAD, opisana tendencja jest szczególnie wyraźna wśród młodzieży szkolnej (15-16 lat). W 2007 roku w większości krajów zachodnioeuropejskich, a także w Chorwacji

**Wykres 1. Rozpowszechnienie używania konopi indyjskich. Porównanie trendów w zakresie średniej (nieważonej) jednokrotnego użycia konopi indyjskich (w %) wśród uczniów w wieku 15-16 lat w Europie, USA i Australii**



Źródło: Roczny raport EMCDDA.

i Słowenii, odnotowano spadek lub stabilizację wskaźnika używania konopi przynajmniej raz w życiu, podczas gdy do 2003 roku mieliśmy do czynienia z wysokimi wskaźnikami rozpowszechnienia używania konopi bądź trendem wzrastającym. W większości krajów Europy Środkowej i Wschodniej obserwowana do 2003 roku tendencja wzrostowa może być obecnie zniwelowana (jedynie Słowacja i Litwa zgłosiły wzrost wskaźnika używania konopi o ponad 3%). Trzecia grupa krajów, głównie w Europie Północnej i Południowej, wyróżnia się stabilnym lub niskim ogólnym wskaźnikiem jednokrotnego użycia konopi indyjskich od połowy lub końca lat 90. XX w. do 2007 roku. Dane zebrane w badaniach ankietowych przeprowadzonych w szkołach w USA i Australii także świadczą o występowaniu tendencji spadkowej.

## Wzrasta popularność kokainy

Około 13 mln dorosłych Europejczyków (w wieku 15-64 lata) próbowało kokainy przynajmniej raz w życiu. Wśród tych osób znajduje się 7,5 mln młodych dorosłych (w wieku 15-34 lata), z których 3 mln zadeklarowało używanie kokainy w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Problem używania kokainy w UE dotyczy głównie krajów zachodnich. W pozostałych częściach Europy spożycie kokainy utrzymuje się na niskim poziomie. Najnowsze





badania pokazują, że w krajach o najwyższym wskaźniku rozpowszechnienia jej używania, tj. w Danii, Hiszpanii, Irlandii, we Włoszech i w Wielkiej Brytanii spożycie kokainy w ostatnim roku przez młodych dorosłych utrzymywało się w przedziale od 3,1% do 5,5%. W większości krajów można obserwować stabilizację lub wzrost trendu używania kokainy w ciągu ostatniego roku w grupie wiekowej 15-34 lata.

## Heroina nadal stanowi problem

Opublikowane dane potwierdzają ocenę EMCDDA zamieszczoną w ubiegłorocznym sprawozdaniu dotyczącą „stabilnego, ale już nie zmniejszającego się problemu heroiny”. Po spadku liczby problemów związanych z heroiną obserwowanym od połowy lat 90. XX w. do pierwszych lat XXI w., wskaźniki dotyczące tendencji w zakresie używania opiatów (liczba nowych zgłoszeń do leczenia, zgony, konfiskaty) nadal świadczą o negatywnym rozwoju sytuacji. Z danych szacunkowych EMCDDA wynika, że liczba osób problemowo używających opiatów w UE i Norwegii wynosi od 1,2 do 1,5 mln, z czego największą grupę stanowią osoby używające heroiny. Najnowsze dane świadczą także o tym, że przybywa nowych użytkowników heroiny, choć proces ten odbywa się na umiarkowaną skalę. Z danych zebranych z 19 krajów widać, że liczba zgłoszeń do leczenia w 2007 roku z powodu przyjmowania heroiny była o 6% większa niż w 2002 roku. Ponadto między 2006 i 2007 rokiem osiem krajów wykazało wzrost liczby użytkowników narkotyków zgłaszających się po raz pierwszy do leczenia, dla których heroina była głównym problemowym narkotykiem, oraz procentowy wzrost udziału tych osób wśród wszystkich klientów. W latach 1990–2006 każdego roku w Europie odnotowywano od 6400 do 8500 zgonów spowodowanych przez narkotyki. Większość z nich dotyczyła używania opiatów (na ogół ponad 85%).

## Politoksykomania<sup>3</sup>

„Dziś w Europie wzory politoksykomanii są powszechne, a jednocześnie stosowanie różnych substancji wywołuje lub komplikuje problemy, z którymi się mierzymy” – czytamy w sprawozdaniu. Należy także podkreślić, że prawie wszystkie rodzaje politoksykomanii wiążą się ze spożyciem alkoholu.

Poza sprawozdaniem rocznym ostatnio opublikowano specjalny przegląd zatytułowany *Politoksykomania: wzorce i odpowiedź na zjawisko*. Opracowanie zawiera zarys problemu w trzech grupach: młodzieży szkolnej (15-16 lat), młodych dorosłych (15-34 lata) i problemowych użytkowników narkotyków.

Wśród przebadanych w 22 krajach **uczniów w wieku 15-16 lat** 20% zadeklarowało w ostatnim miesiącu spożycie alkoholu w połączeniu z paleniem tytoniu, 6% użycie konopi indyjskich w połączeniu ze spożyciem alkoholu i/lub paleniem tytoniu i 1% użycie konopi indyjskich w połączeniu ze spożyciem alkoholu i/lub paleniem tytoniu przy jednoczesnym użyciu innego narkotyku (ecstasy, kokainy, amfetaminy, LSD lub heroiny). Z badań wynika, że jednoczesne używanie różnych narkotyków przez dzieci w wieku szkolnym może zwiększać u nich ryzyko wystąpienia reakcji toksycznych oraz przewlekłych problemów zdrowotnych w późniejszych latach.

**Wśród młodych dorosłych** (w wieku 15-34 lata) jednoczesne używanie różnych narkotyków jest oznaką bardziej utrwalonych wzorów używania substancji i wiąże się z większym ryzykiem. Prawdopodobieństwo użycia w ostatnim roku konopi indyjskich przez osoby z tej grupy wiekowej, które często bądź w dużych ilościach spożywają alkohol, jest od dwóch do sześciu razy większe niż w populacji ogólnej. Z kolei prawdopodobieństwo użycia kokainy w tym czasie było wśród tych osób większe od dwóch do dziewięciu razy niż w populacji generalnej.

Politoksykomania jest szczególnie powszechna **wśród problemowych użytkowników narkotyków** i może powodować pogorszenie ich – i tak już złego – stanu zdrowia, prowadzić do zwiększenia ryzykownych zachowań związanych z przyjmowaniem narkotyków i tym samym przyczynić się do poważnych konsekwencji (np. śmiertelnego przedawkowania). Z przeprowadzonej niedawno analizy danych pochodzących z 14 krajów wynika, że ponad połowa (57%) osób zgłaszających się na leczenie zadeklarowała przynajmniej jeden problemowy narkotyk oprócz głównej substancji, z powodu której zgłosiły się po pomoc. Analizy toksykologiczne przeprowadzane w następstwie śmiertelnego przedawkowania (w większości spowodowanego heroiną) wykazują często obecność więcej niż jednej substancji, co pozwala sądzić, że znaczna część tego typu zgonów może być związana właśnie z politoksykomania.

## System wczesnego ostrzegania

Dzięki systemowi wczesnego ostrzegania UE, utworzonemu w 1997 roku jako mechanizm szybkiego reagowania, Europa robi postępy w wykrywaniu nowych narkotyków pojawiających się na rynku nielegalnych substancji. Obecnie ponad 90 substancji jest monitorowanych tą drogą. W 2008 roku poprzez ten system państwa członkowskie UE zgłosiły EMCDDA oraz Europolowi 13 nowych środków psychoaktywnych. Spośród zgłoszonych substancji 11 to nowe narkotyki syntetyczne, a dwie to rośliny (kratom i kawa). Po raz pierwszy wśród zgłoszonych narkotyków pojawił się syntetyczny kannabinoid – JWH-018, który palony, ma działanie podobne do konopi indyjskich. Raport stwierdza, że: „Pojawienie się syntetycznych kannabinoidów oznacza najnowsze stadium rozwoju tzw. »narkotyków projektowanych«, czyli syntetycznie zmodyfikowanych (ang. *designer drugs*)”.

## Monitorowanie internetu

Internet jest obecnie znaczącym miejscem handlu substancjami psychoaktywnymi, ponieważ daje sprzedawcom detalicznym możliwość oferowania dużej liczbie klientów alternatywnych substancji wobec kontrolowanych narkotyków. W tegorocznym sprawozdaniu zwrócono uwagę na coraz bardziej wyrafinowaną sprzedaż internetową tych „legalnych alternatyw” (tzw. dopalaczy), poprzez którą dostawcy usiłują ominąć kontrolę narkotyków.

W sprawozdaniu stwierdzono, że monitorowanie sieci jest „coraz istotniejszym elementem identyfikacji nowych tendencji dotyczących narkotyków”. W 2009 roku EMCDDA zbadało 115 sklepów internetowych w 17 krajach europejskich. Większość zidentyfikowanych internetowych punktów sprzedaży detalicznej ma siedzibę w Wielkiej Brytanii (37%), Niemczech (15%), Holandii (14%) i Rumunii (7%). Substancje pojawiające się na rynku internetowym są bardzo różnorodne – od narkotyków tradycyjnie stosowanych w pewnych częściach świata po eksperymentalne substancje chemiczne, syntezowane w laboratoriach bez testowania na ludziach.

Wśród nowych produktów dostępnych w 2009 roku znajdują się „tabletki imprezowe”, zawierające legalne alternatywy wobec BZP – substancji znajdującej się od niedawna pod kontrolą. Inne innowacje na rynku

internetowym to rozwój odrębnych marek i stosowanie atrakcyjnych opakowań.

W komentarzu do sprawozdania dyrektor EMCDDA Wolfgang Göetz powiedział: „Próby obejścia kontroli narkotyków poprzez sprzedaż nieuregulowanych substancji nie są zjawiskiem nowym. Nowością jest natomiast szeroki zakres obecnie wykorzystywanych substancji, agresywny marketing celowo nieprawidłowo oznakowanych produktów, coraz szersze wykorzystanie internetu oraz szybkość reakcji rynku na środki kontrolne”.

## Ostatnie zmiany na rynku ecstasy

Według sprawozdania większość tabletek ecstasy zbadanych do 2007 roku zawierała zazwyczaj MDMA lub inną substancję podobną do ecstasy (np. MDA, MDEA). Bardziej aktualne, wstępne dane wykazują jednak, że w niektórych krajach UE sytuacja ta może ulegać zmianie, np. w około połowie tabletek ecstasy skonfiskowanych lub sprzedanych w Danii i Holandii nie wykryto MDMA, natomiast zawierały one mCPP. Zmiany na rynku ecstasy mogą wynikać z coraz skuteczniejszych wysiłków mających na celu zapobieganie zmianie zastosowania prekursorów, tj. kontrolowanych środków chemicznych wykorzystywanych w produkcji nielegalnych narkotyków. Niedobór PMK, kluczowego prekursora używanego przy produkcji MDMA, może być jedną z przyczyn niedawnych zmian składu ecstasy. Szacuje się, że 10 mln dorosłych Europejczyków w wieku od 15 do 64 lat przynajmniej raz w życiu spróbowało ecstasy, a około 2,5 mln zażywało ten narkotyk w ciągu ostatniego roku. Większość z nich stanowili młodzi dorośli (w wieku od 15 do 34 lat). Około 7,5 mln osób z tej populacji przynajmniej raz spróbowało ecstasy, a około 2 mln używało go w ciągu ostatniego roku. W Europie tendencje w zażywaniu ecstasy są na ogół stabilne.

## Przypisy

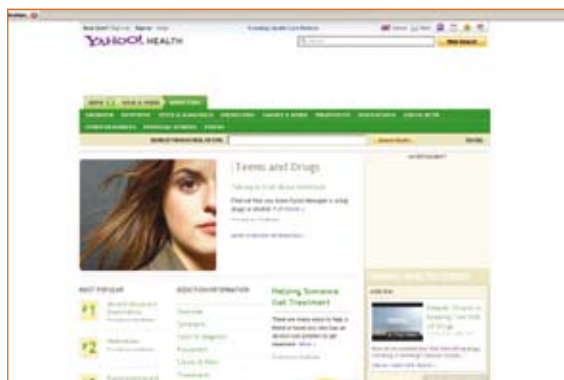
- <sup>1</sup> Pełna wersja raportu w języku polskim dostępna jest na stronie EMCDDA <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>.
- <sup>2</sup> Rolę polskiego Focal Pointa pełni Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index36235EN.html>. Więcej informacji o sieci Focal Point znajduje się na stronie EMCDDA <http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>.
- <sup>3</sup> Politoksykomania – jednoczesne lub następujące po sobie użycie różnych legalnych i nielegalnych substancji zmieniających świadomość.

# DZIENNIKARSTWO W SŁUŻBIE PROFILAKTYKI I LECZENIA – MISJA SPOŁECZNA CZY CEL BIZNESOWY?



## ANTYNARKOTYKOWA EDUKACJA PUBLICZNA W GAZETA.PL

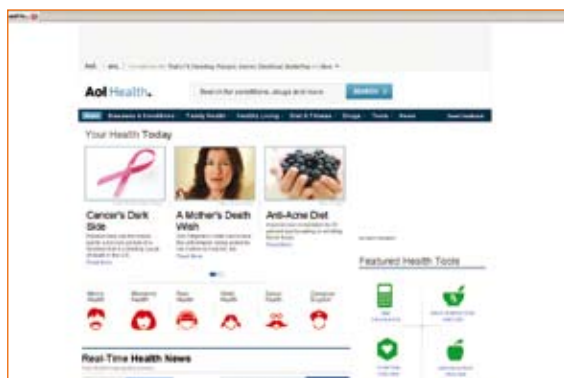
Temat zdrowia w sieci jest obecny nie tylko na specjalistycznych portalach, ale jest także stałym elementem serwisów prasowych na całym świecie. Część internautów poszukuje informacji o lekach, schorzeniach, sposobach leczenia w Internecie, który stara się odpowiedzieć na to społeczne zapotrzebowanie. Łączy przy tym popularnonaukową wiedzę z konwencją formy prasowej. Przykładem jest „Gazeta Zdrowie”, publikująca na jednym z pięciu największych polskich portali informacje o narkotykach i narkomanii. Pod adresem <http://zdrowie.gazeta.pl/zdrowie/0,51225.html> internauta znajdzie wiele informacji o środkach psychoaktywnych, także tych objętych ustawową kontrolą. Gazeta skupia się na najpopularniejszych w klubach środkach psychoaktywnych (ecstasy, marihuana, kokaina i amfetamina). Nieprzypadkowo pierwszy artykuł dotyczy MDMA – „Zażywanie ecstasy stało się swego rodzaju epidemią narkotykową, szczególnie w środowisku młodzieżowym, eksperymentującym z narkotykami” – ostrzega autor artykułu. Autorami lub współautorami szeregu tekstów są eksperci z branży leczenia uzależnień od narkotyków. Misja czy biznes? – niestety, dostęp do większości artykułów jest na razie odpłatny.



## MŁODZIEŻ I NARKOTYKI – SUBPORTAL YAHOO.COM

Jeden z najpopularniejszych i największych serwisów internetowych na świecie, posiadający wersje w kilkunastu językach – Yahoo.com, ma rozbudowany serwis „Teens and Drugs” w zasobach kategorii „Health/Mind&Moods”. Serwis jest ukierunkowany na rodziców i obejmuje bogatą kafenię tematów: od symptomów uzależnienia do tematów związanych ze zdrowiem psychicznym rodziny, gdzie umieszczony został problem narkomanii. Pod adresem [health.yahoo.com/addiction/](http://health.yahoo.com/addiction/) znajdziemy artykuły osób związanych z healthwise.org. Healthwise to amerykańska organizacja non-profit zrzeszająca specjalistów z różnych dziedzin, której misją jest promocja wiedzy medycznej, psychologicznej, socjologicznej na temat zdrowia, aby poprzez edukację pomóc ludziom w podejmowaniu świadomych i racjonalnych decyzji w kwestiach profilaktyki, diagnostyki i leczenia. Skupienie się na promocji rzetelnej wiedzy, opierającej się

na najnowszych doniesieniach naukowych, przyniosło wymierny efekt – współpracę z największymi portalami na świecie. Nigdy wcześniej działalność Healthwise nie miała takiego zasięgu – dzięki Yahoo.com dociera ona z wiedzą do milionów ludzi na całym świecie. Warto odwiedzić stronę <http://health.yahoo.com/addiction> i przekonać się, jakie możliwości daje globalna sieć jako narzędzie edukacyjne dla rodziców dzieci zagrożonych narkomanią.



## KONTAKTY Z ANONIMOWĄ POMOCĄ – AMERICA ONLINE

America OnLine (AOL) to pierwsza z największych firm zapewniająca dostęp do internetu w USA. Choć teraz jej znaczenie spadło, to nadal kilkanaście milionów Amerykanów jest bezpośrednimi subskrybentami AOL i wielu korzysta z jego serwisów. Jak przystało na liczący się portal, ma on także profesjonalną platformę informacyjną na temat zdrowia, w tym problemów związanych z używaniem narkotyków. Na stronach [www.aolhealth.com](http://www.aolhealth.com) znajdziemy ciekawe subdomeny z informacjami dla osób szukających anonimowej pomocy i wsparcia, w tym dla grup NA (Narcotics Anonymous), grup wsparcia dla rodzin (Families Anonymous) czy anonimowych grup dla osób z uzależnieniami lekowymi bądź związanymi z konkretnymi substancjami psychoaktywnymi (np. Cocaine Anonymous Inc. czy Marijuana Anonymous World Services). Na stronie znajdziemy podstawowe wiadomości o grupach i stowarzyszeniach (historia, liczba

grup, informacje o wersjach językowych portali, o zasobach stron) oraz przekierowania na wyspecjalizowane portale sprofilowane na poszczególne problemy. Wszystkie informacje zawiera strona AOL pod adresem <http://www.aolhealth.com/support-group/drug-abuse#harm-reduction-for-alcohol-and-other-substances>.



# DZIENNIKARSTWO W SŁUŻBIE PROFILAKTYKI I LECZENIA – MISJA SPOŁECZNA CZY CEL BIZNESOWY?

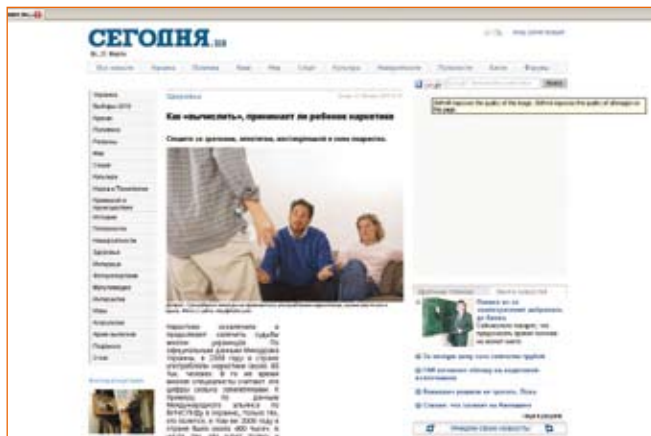


## MONTREAL GAZETTE EDUKUJE

Najstarsza gazeta codzienna w Kanadzie, założona w 1785 roku, idzie z duchem czasu i nie opiera się nowym technologiom – posiada rozbudowany serwis pod adresem [www.montrealgazette.com](http://www.montrealgazette.com). „Montreal Gazette” jest przykładem lokalnego dziennika o dużym nakładzie, redagowanym w języku angielskim, który informacje zamieszczane na swoim portalu czerpie z wyspecjalizowanych instytucji zajmujących się różnymi aspektami zdrowia, w tym kwestią uzależnienia od narkotyków. Miliony Kanadyjczyków korzystających z różnych portali gazet jest przekierowywanych w poszukiwaniu informacji na temat zdrowia do zasobów jednego z największych portali [www.canada.com](http://www.canada.com), pod domeną [http://bodyandhealth.canada.com/channel\\_main.asp?channel\\_id=1004](http://bodyandhealth.canada.com/channel_main.asp?channel_id=1004). Zamiast utrzymywać dziennikarzy i specjalistów z dziedziny uzależnień „Montreal Gazette”, będący członkiem sieci [canada.com](http://canada.com), używa zasobów portalu i generuje ruch na specjalistycznych

stronach. Dostarczają one wielu podstawowych informacji o narkotykach i problemie uzależnienia. Starają się również walczyć ze stereotypami i mitami na temat uzależnienia – stawiając na równi alkohol, tytoń i narkotyki.

Dzięki specjalizacji i współpracy między gazetą i portalem, czytelnicy internetowego wydania „Montreal Gazette” mają dostęp do najnowszych i wiarygodnych informacji.



## SKĄD RODZIC NA UKRAINIE MA WIEDZIEĆ, CZY DZIECKO ŻĄŻYWA NARKOTYKI? – WWW.SEGODNYA.UA

Problematyką zdrowotną na Ukrainie zajmują się nie tylko poważane dzienniki, niszę rynkową wykorzystują także wysoko-nakładowe tabloidy o zasięgu ogólnokrajowym. Przykładem jest dziennik „Segodnia”, wydawany w Kijowie w nakładzie ponad 700 tys. egzemplarzy, który przedrukowuje artykuły w swoim serwisie internetowym. „Segodnia” donosi, że na podstawie danych z 2008 roku szacuje się, iż 80 tys. ukraińskich obywateli jest uzależnionych od narkotyków, a używanie staje się w tym państwie, dotkniętym wysoką stopą bezrobocia i kryzysem, wprost plagą. Narkotyki używało bądź nadal używa blisko 400 tys. ludzi, w tym większość młodych. Na stronie <http://www.segodnya.ua/health/13056191.html> oprócz danych na temat rozpowszechnienia narkotyków wśród nastolatków (w grupie

15-latków narkotyków próbowało bądź używa 25% chłopców i 12% dziewcząt), gazeta publikuje miniporadnik dla rodziców. Znajdą w nim oni podstawowe informacje dotyczące najpopularniejszych narkotyków używanych na prywatkach, w pubach i na dyskotekach. Rodzice dowiedzą się, po czym poznać, że nastolatek bierze narkotyki, jakie są nazwy slangowe używane na ulicy i w sieci, w jaki sposób rozmawiać z nastolatkiem na temat tego problemu. Prezentowana wiedza poparta jest wypowiedziami specjalistów z dziedziny zdrowia i psychologii. Problem narkotykowy za naszą wschodnią granicą nabiera coraz większego znaczenia i staje się tematem medialnym, czego dowodem są m.in. prasowe poradniki „Segodni”.

TZ



## 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