



# Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 1 (53) 2011

NR 1

2011

# WPROWADZENIE

## ***Drodzy Czytelnicy,***

1 lipca 2011 roku Polska obejmie półroczne przewodnictwo w Radzie Unii Europejskiej, która jest głównym organem decyzyjnym Unii, mającym wpływ na życie blisko 500 milionów obywateli UE. Oznacza to, że nasz kraj weźmie na siebie odpowiedzialność za przebieg prac zarówno pod względem merytorycznym, jak i organizacyjnym. W Serwisie prezentujemy program polskiej prezydencji w Horyzontalnej Grupie ds. Narkotyków Rady UE (HDG), kształtującej politykę antynarkotykową w Europie. Istotnym priorytetem polskiej prezydencji w tym obszarze będzie przygotowanie europejskiego paktu o narkotykach syntetycznych. Problematyka narkotyków syntetycznych uwzględnia także „dopalacze”, w walce z którymi odnieśliśmy w ostatnim czasie sukces, delegalizując ich sprzedaż. Wprowadzenie polskich rozwiązań jest aktualnie rozważane w innych krajach UE, np. w Czechach. Ważnym tematem będzie też promowanie współpracy z państwami Europy Wschodniej w zakresie zwalczania przestępczości narkotykowej.

Chociaż nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii umożliwiła w Polsce likwidację stacjonarnych sklepów oferujących „dopalacze”, problem nie zniknął całkowicie ze sceny narkotykowej. Tomasz Zakrzewski w artykule „Dopalacze w internecie” charakteryzuje rynek sprzedaży „środków zastępczych” w nowej rzeczywistości prawnej. Wykazuje, że handel w sieci stosuje różne techniki marketingowe dla pozyskania potencjalnych klientów. Wskazuje również na fakt, że polskojęzyczne domeny oferujące „dopalacze” działają przede wszystkim na serwerach zlokalizowanych w Czechach, Słowacji i Holandii. Wydaje się, że tylko skoordynowane działania na skalę europejską umożliwiłyby skuteczne zablokowanie tego procederu. Taką właśnie koncepcję strona polska planuje poddać pod dyskusję w trakcie prezydencji w HDG.

Międzynarodowy zasięg ma opisywana w tym numerze Serwisu praca nad konstrukcją i weryfikacją europejskich standardów jakości programów profilaktycznych. Standardy zostaną wydane w postaci podręcznika przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) i, jak pisze autor artykułu, będą możliwe do stosowania we wszystkich sferach profilaktyki uzależnień, w szczególności przez 5 grup głównych odbiorców: strategów (profesjonalistów działających na szczeblu strategicznym, np. koordynatorzy gminnych programów), kierowników programów, twórców programów, personel pracujący bezpośrednio z klientem i badaczy. Standardy umożliwią m.in. ocenę nowych, kontynuowanych lub już zakończonych działań profilaktycznych. Uzyskamy wreszcie także narzędzie pozwalające na bardziej rzetelne porównywanie ze sobą różnych programów.

Chciałbym jeszcze zwrócić Państwa uwagę na tematy związane z leczeniem osób uzależnionych. W tym numerze Serwisu Katarzyna Syroka zapoznaje nas z prawnymi aspektami leczenia osób nieubezpieczonych, Michał Kidawa i Marta Struzik przedstawiają charakterystykę osób zgłaszających się do leczenia z powodu narkotyków, a Michał Bujalski pisze na temat barier w dostępie do leczenia uzależnień na podstawie badań w ramach projektu współfinansowanego przez Komisję Europejską. Wyniki tych badań ujawniają, że barierami w leczeniu osób uzależnionych są nie tylko czynniki natury organizacyjnej, np. wąska oferta leczenia, brak informacji, gdzie podjąć leczenie, ograniczenia biurokratyczne, ale także czynniki społeczno-kulturowe związane z negatywnym stosunkiem personelu medycznego wobec pacjentów i bariery tkwiące w samym pacjencie. Badania wskazały, jak wiele jest czynników, które mogą opóźniać moment rozpoczęcia leczenia i utrudniać uzyskanie sukcesu terapeutycznego. Wnioski z badań pozwolą na sformułowanie szeregu postulatów określających kierunki działań redukujących wpływ zidentyfikowanych barier. Zapewne nie od razu uda się pokonać te wszystkie trudności, ale miejmy nadzieję, że zgromadzona na ten temat wiedza będzie stanowić punkt zwrotny w kierunku zmniejszania przeszkód w podejmowaniu leczenia przez osoby uzależnione bądź mające problemy z nadużywaniem substancji psychoaktywnych.

***Życzę Państwu przyjemnej lektury***

***Piotr Jabłoński***

# SPIS TREŚCI

## Współpraca międzynarodowa

PRIORYTETY POLSKIEJ PREZYDENCJI W HORYZONTALNEJ GRUPIE DS. NARKOTYKÓW <i>Waldemar Krawczyk</i> .....	2
---	---

## Profilaktyka

EWALUACJA EUROPEJSKIEGO PROGRAMU WCZESNEJ INTERWENCJI WOBEC MŁODYCH UŻYTKOWNIKÓW SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH „FRED GOES NET” <i>Dawid Chojewski</i> .....	4
--	---

EUROPEJSKIE STANDARDY JAKOŚCI PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO – CZĘŚĆ II <i>Artur Malczewski</i> .....	7
---	---

PROGRAM PROFILAKTYCZNY – PREZENTACJA <i>Danuta Muszyńska</i> .....	14
---	----

## Prawo a narkotyki

LECZENIE OSÓB NIEUBEZPIECZONYCH W POLSCE <i>Katarzyna Syroka</i> .....	15
---	----

## Media a narkotyki

„DOPALACZE W INTERNECIE” – MARKETING W SŁUŻBIE SPRZEDAŻY „ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH” W SIECI <i>Tomasz Zakrzewski</i> .....	22
---	----

KALENDARIUM WYDARZEŃ .....	27
----------------------------	----

## Badania, raporty

MŁODZIEŻ A PAPIEROSY I ALKOHOL <i>Artur Malczewski</i> .....	28
---	----

## Leczenie, redukcja szkód

CHARAKTERYSTYKA OSÓB ZGŁASZAJĄCYCH SIĘ DO LECZENIA Z POWODU NARKOTYKÓW W POLSCE <i>Michał Kidawa, Marta Struzik</i> .....	32
---	----

BARIERY W DOSTĘPIE DO LECZENIA UZALEŻNIEŃ <i>Michał Bujalski</i> .....	42
---	----

## Społeczności lokalne

ŁÓDŹ I WARSZAWA – WALKA Z UŻYWANIEM „DOPALACZY” <i>Tomasz Zakrzewski</i> .....	47
---	----

## Internet

KAMPANIE ANTYNARKOTYKOWE I DZIAŁANIA EDUKACYJNE W 2010 ROKU NA ŚWIECIE – WYBÓR .....	III i IV okładka
---	------------------

*Program polskiej prezydencji w Horyzontalnej Grupie ds. Narkotyków jest bardzo bogaty. Skupia się między innymi na problematyce narkotyków syntetycznych, w tym nowych narkotyków (dopalaczy) oraz współpracy regionalnej, ze szczególnym uwzględnieniem Europy Wschodniej.*

## PRIORYTETY POLSKIEJ PREZYDENCJI W HORYZONTALNEJ GRUPIE DS. NARKOTYKÓW

*Podinsp. dr Waldemar Krawczyk*

*Naczelnik Wydziału Operacji Międzynarodowych Centralnego Biura Śledczego KGP*

Horyzontalna Grupa ds. Narkotyków Rady UE (HDG) jest grupą roboczą kształtującą politykę narkotykową Unii Europejskiej. W ramach grupy podejmowane są działania zmierzające do ograniczenia podaży i popytu na narkotyki oraz inicjatywy wspierające państwa trzecie w rozwiązywaniu problemów narkotykowych. Członkami HDG są przedstawiciele wszystkich państw członkowskich UE, Komisja Europejska, Sekretariat Generalny Rady UE, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) oraz Europol. Polska reprezentowana jest przez Centralne Biuro Śledcze Komendy Głównej Policji (instytucja wiodąca) oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (instytucja wspomagająca). W pracy grupy zaangażowane jest również Ministerstwo Spraw Zagranicznych w zakresie współpracy z państwami trzecimi.

Prezydencja w Radzie UE jest szansą promowania tych rozwiązań związanych z ograniczeniem podaży narkotyków, które naszym zdaniem są istotne zarówno dla Polski, jak i całej Unii Europejskiej. Priorytety, które będą realizowane w ramach HDG wynikają zarówno z planów polskich, jak i kalendarza prac UE. Szczególnie istotne jest to, że na okres polskiej prezydencji przypada ewaluacja Strategii Antynarkotykowej UE na lata 2005–2012. Wyniki ewaluacji, obok stanowisk prezentowanych przez państwa członkowskie UE, będą czynnikiem warunkującym decyzję o podjęciu prac nad nową Strategią Antynarkotykową UE.

Jednym z podstawowych priorytetów polskiej prezydencji w HDG, który jest jednocześnie priorytetem MSWiA i znalazł się również w programie dla całej Polski, jest przygotowanie europejskiego paktu o narkotykach syntetycznych. Postulat uchwalenia takiego dokumentu z inicjatywy Polski został zapisany w „Europejskim pakcie na rzecz zwalczania międzynarodowego handlu narkotykami – likwidacja kanałów przemytu heroiny i kokainy”

(dok. nr ref. 8821/10). Projekt paktu został opracowany na poziomie krajowym. W okresie kwiecień–maj 2011 roku odbędą się konsultacje eksperckie projektu z Sekretariatem Generalnym Rady UE, Komisją Europejską, Europolem oraz EMCDDA. Europejski pakt o narkotykach syntetycznych będzie obejmował cztery obszary: nielegalna produkcja narkotyków syntetycznych, przemysł narkotyków syntetycznych, nowe narkotyki syntetyczne (w tym dopalacze), szkolenia służb zwalczający przestępczość narkotykową.

Z paktem o narkotykach syntetycznych wiąże się ściśle priorytet związany z ograniczeniem produkcji i handlu narkotykami syntetycznymi. W ramach HDG odbędzie się debata tematyczna, która pozwoli wypracować konkluzje w tym zakresie. Jednym z podstawowych elementów, który warunkuje skuteczne zwalczanie produkcji narkotyków syntetycznych, jest wiedza na temat metod ich produkcji oraz umiejętność skutecznego wykrywania i bezpiecznego likwidowania nielegalnych laboratoriów. W trakcie przygotowań do prezydencji CBŚ KGP zrealizowało projekt współfinansowany przez Komisję Europejską pod nazwą „Międzynarodowe Centrum Szkolenia w zakresie Zwalczania Laboratoriów Narkotykowych (ITCCCL – International Training Center for Combating Clandestine Laboratories)”. W ramach projektu w budynku o powierzchni 700 m<sup>2</sup> zostały zrekonstruowane nielegalne laboratoria, w których produkowano amfetaminę, metamfetaminę i MDMA. Do rekonstrukcji posłużył oryginalny sprzęt zabezpieczony w czasie akcji policyjnych w Polsce i Holandii. Zrekonstruowane laboratoria służą do prowadzenia szkoleń z likwidacji takich nielegalnych miejsc. Podczas szkoleń duży nacisk kładzie się na bezpieczeństwo policjantów. W ramach projektu przeszkolono 75 policjantów z 42 państw, promując przy okazji ujednolicone podejście do problematyki zwalczania nielegalnych laboratoriów narkotykowych.



## Nowe narkotyki syntetyczne

Z problematyką narkotyków syntetycznych ściśle wiąże się kwestia nowych narkotyków syntetycznych występujących w tak zwanych dopalaczach. W czasie polskiej prezydencji planowana jest debata na ten temat, której efektem powinny być Konkluzje Rady. Ważnym elementem w dyskusji nad problematyką nowych narkotyków będzie ewaluacja *Decyzji Rady 2005/387/JHA w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych*. Usprawnienie mechanizmu współpracy na forum UE w odniesieniu do nowych narkotyków syntetycznych może być uzyskane w drodze zmiany zapisów ww. Decyzji. Problematyka dopalaczy będzie również dominowała podczas konferencji, która odbędzie się 7 lipca w Warszawie z okazji Międzynarodowego Dnia Solidarności z Osobami Uzależnionymi od Narkotyków, oraz spotkania Krajowych Koordynatorów Narkotykowych, które będzie miało miejsce w dniach 21-22 listopada w Poznaniu.

Kolejnym priorytetem polskiej prezydencji w HDG będzie promowanie współpracy z państwami Europy Wschodniej w zakresie zwalczania przestępczości narkotykowej. W dniach 26-27 października odbędzie się w Warszawie konferencja, w której planowany jest udział wszystkich państw członkowskich UE oraz państw z regionu Europy Wschodniej, tj. Federacji Rosyjskiej, Ukrainy, Białorusi (poziom wykonawczy – nie polityczny) i Mołdowy. Ponadto zaproszone zostaną: Komisja Europejska, SG Rady, Europol, EMCDDA, OLAF, INCB, UNODC, Interpol. Celem konferencji będzie wymiana doświadczeń i pogłębianie współpracy policyjnej na arenie międzynarodowej w obszarze zwalczania zorganizowanej przestępczości narkotykowej. Wnioski z konferencji zostaną wykorzystane w Konkluzjach Rady zawierających tzw. mapę drogową dotyczącą rozwoju współpracy między UE i partnerami z Europy Wschodniej w zwalczaniu przestępczości narkotykowej. Ponadto w trakcie polskiej prezydencji w Radzie UE planowana jest organizacja, po raz pierwszy w historii, spotkań w ramach dialogów politycznych w obszarze narkotyków (dawniej spotkań w formule HDG-TROIKA) ze wszystkimi państwami objętymi Partnerstwem Wschodnim oraz z Federacją Rosyjską. Celem dialogu politycznego jest wymiana informacji pomiędzy UE i państwami trzecimi oraz wypracowanie planów współpracy na najbliższe lata. Spotkania dialogu politycznego organizowane będą we współpracy z Ministerstwem Spraw Zagranicznych RP, którego przedstawiciel będzie przewodniczył obradom, oraz w porozumieniu z Europejską Służbą Działań Zewnętrznych.

Współpraca z państwami Europy Wschodniej wpisuje się w szerszy priorytet, jakim jest promowanie regionalnych platform współpracy ukierunkowanych na zwalczanie przestępczości narkotykowej. Jednym z działań w ramach tego priorytetu jest organizacja seminarium eksperckiego „Współpraca regionalna jako efektywne narzędzie w zwalczaniu przestępczości narkotykowej” – i w następstwie przyjęcie Konkluzji Prezydencji. Seminarium odbędzie się w Centrum Szkolenia Policji w Legionowie w dniach 15-16 listopada 2011 roku. Inicjatywa ta ma na celu zwrócenie uwagi na występowanie różnych zagrożeń ze strony przestępczości narkotykowej w różnych regionach UE oraz wymianę doświadczeń i pogłębianie współpracy regionalnej pomiędzy organami ochrony porządku publicznego. Spotkanie to będzie okazją do przedstawienia roli, jaką odgrywają platformy współpracy regionalnej, ze szczególnym naciskiem na współpracę w regionie Morza Bałtyckiego, tj. Grupa Zadaniowa ds. Przestępczości Zorganizowanej w Regionie Morza Bałtyckiego (BSTF) oraz gremia współpracy w innych regionach, np. Regionalne Centrum Wymiany Informacji i Koordynacji w Azji Centralnej (CARICC), Centrum Koordynacyjne Współpracy Antynarkotykowej w basenie Morza Śródziemnego (CECLAD MED) czy też Morskie Centrum Analiz i Operacji (MAOC-N).

W toku seminarium zostanie opracowany dokument Konkluzje Prezydencji w celu skuteczniejszego zwalczania międzynarodowej przestępczości narkotykowej oraz wzmocnienia regionalnej współpracy w tym zakresie. Konkluzje zostaną przyjęte w ramach grupy roboczej HDG.

Promowanie regionalnego podejścia do współpracy antynarkotykowej znajdzie odzwierciedlenie także w zorganizowaniu debaty tematycznej na forum Horyzontalnej Grupy ds. Narkotyków dotyczącej platform współpracy regionalnej, ze szczególnym naciskiem na region Europy Wschodniej, a także w jednym z paneli dyskusyjnych podczas ww. konferencji z Europą Wschodnią.

Podsumowując, program polskiej prezydencji w Horyzontalnej Grupie ds. Narkotyków jest bardzo bogaty. Skupia się na problematyce narkotyków syntetycznych, w tym nowych narkotyków (dopalaczy) oraz współpracy regionalnej, ze szczególnym uwzględnieniem Europy Wschodniej. Jego realizacja zarówno w trakcie spotkań w Brukseli, jak i działań prowadzonych w Polsce (konferencje i seminaria) zapewni nam rolę lidera w rozwiązywaniu problemów narkotykowych w Europie, a jest to istotne, ponieważ w trakcie naszej prezydencji przygotowywana będzie nowa strategia antynarkotykowa UE.

*Głównymi instytucjami w Europie, które kierowały młodzież do udziału w projekcie „Fred goes net”, były szkoły (32%) i policja (28,8%). W Polsce główną instytucją kierującą do programu były także szkoły (34%), ale na drugim miejscu znajdowały się sądy rodzinne – za ich przyczyną do programu trafił prawie co czwarty uczestnik (23%). W przypadku Europy odegrały one mniej istotną rolę niż w Polsce i skierowały do „Freda” zaledwie 7,5% młodych osób.*

## EWALUACJA EUROPEJSKIEGO PROGRAMU Wczesnej interwencji wobec młodych użytkowników substancji psychoaktywnych „FRED GOES NET”

Dawid Chojecki

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

„Fred goes net” jest międzynarodowym projektem finansowanym przez Unię Europejską ze środków Programu Zdrowia Publicznego (Community Action Programme for Public Health 2003–2008) oraz kraje w nim uczestniczące. W Polsce projekt był realizowany na podstawie umowy zawartej pomiędzy Landschaftsverband Westfalen Lippe-Koordinationsstelle Sucht z siedzibą w Münster – koordynatorem projektu, a Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii jako beneficjentem i koordynatorem po stronie polskiej.

Pilotaż realizowany był w okresie od listopada 2007 roku do października 2010 roku. Uczestniczyło w nim 17 krajów: Niemcy, Polska, Austria, Belgia, Irlandia, Islandia, Łotwa, Rumunia, Szwajcaria, Dania, Luksemburg, Litwa, Holandia, Szwecja, Słowenia, Wielka Brytania oraz Cypr.

Pilotaż miał na celu adaptację i rozpowszechnienie w Europie opracowanego w Niemczech programu profilaktyki selektywnej, opartego na metodzie krótkiej interwencji profilaktycznej i skierowanego do młodych osób, które sięgają po narkotyki.

W Niemczech uczestnikami programu „Fred goes net” są osoby, które po raz pierwszy zostały zatrzymane przez policję w związku z przestępstwem narkotykowym, jakim jest ich posiadanie. Osoby zakwalifikowane do programu biorą udział w zajęciach grupowych prowadzonych metodą wywiadu motywującego. Celem zajęć jest pobudzenie uczestników do refleksji, podniesienie poziomu ich wiedzy na temat używania narkotyków, zachęcenie do oceny ryzyka i odpowiedzialności, zmiana nastawienia i zachowania związanego z używaniem narkotyków oraz poznanie oferty lokalnego systemu pomocowego.

W Polsce projekt prowadzony był w dwóch miastach: w Bartoszycach i Bydgoszczy, a zajęciami grupowymi objęto 131 uczestników.

Więcej informacji o samym programie znaleźć można na stronie Krajowego Biura ([www.kbnp.gov.pl](http://www.kbnp.gov.pl)) w zakładce „Fred goes net. Program wczesnej interwencji” oraz w trzech artykułach zamieszczonych na łamach „Serwisu Informacyjnego Narkomania” (numery 3/2008; 1/2009; 2/2009).

### Ewaluacja pilotażu w Polsce i w Europie

W celu zweryfikowania efektywności działań realizowanych w ramach pilotażu projektu „Fred goes net” niemiecki instytut badawczy FOGS (Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits und Sozialbereich mbH) przeprowadził jego ewaluację. Dokonano tego zarówno na poziomie europejskim, jak i krajowym, po to, by móc porównać wyniki między poszczególnymi krajami i zobaczyć, jak dany kraj wypada na tle Europy.

Ewaluacja projektu skupiała się na odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy za pomocą programu „Fred goes net” można trafić do młodych osób?
2. Jakiego typu ścieżki dostępu mogą być wykorzystane, by trafić do tych osób?
3. Jakie są cechy socjodemograficzne uczestników programu?
4. Jakie są cechy uczestników programu w odniesieniu do używania przez nich substancji psychoaktywnych?

5. Jakiego typu korzyści osiągają młode osoby dzięki udziałowi w programie?
6. Jakie efekty są osiągane?
7. Jak program „Fred goes net” jest oceniany przez uczestników?

Do badania wykorzystano dwa typy ankiet ewaluacyjnych:

- dokumentację uczestnika, zawierającą dane na jego temat oraz
- ankietę uczestnictwa, za pomocą której zbierano oceny uczestników na temat programu oraz badano efekty, jakie wywarł.

## Wiek i płeć

W programie przeważali chłopcy, stanowili oni  $\frac{3}{4}$  wszystkich osób w nim odnotowanych. Podobne wskaźniki były w Polsce (77,7% wszystkich uczestników to chłopcy). Średnia wieku to ok. 17 lat zarówno w Europie, jak i w Polsce.

## Używanie narkotyków przez młodzież

Uczestnikom zadawano pytania na temat używania przez nich substancji psychoaktywnych zarówno w ciągu ostatnich 30 dni, jak i kiedykolwiek w życiu. Jak łatwo się domysleć, poza alkoholem przetwory konopi indyjskich były substancją, po którą najczęściej sięgała młodzież. W całym projekcie ponad 79% respondentów przyznała się do użycia tego narkotyku minimum jeden raz w swoim życiu. Wśród polskiej młodzieży konopie były rozpowszechnione w nieco mniejszym stopniu i także (po alkoholu) znajdowały się na drugiej pozycji: 73,4% uczestników programu przynajmniej raz w życiu sięgnęło po marihuanę lub haszysz. Uczestnicy „Freda” używali wielu różnych substancji. Poza alkoholem i przetworami konopi także amfetamina i inne stymulanty były bardzo rozpowszechnione. Prawie  $\frac{1}{3}$  (dokładnie 30,2%) młodych ludzi przyznała się do przynajmniej jednokrotnego zażycia amfetaminy lub jej pochodnych (np. tabletek ecstazy) w swoim życiu. Najprawdopodobniej ze względu na sporą popularność amfetaminy w naszym kraju, wskaźnik ten w przypadku Polski był wyższy i dotyczył ponad 40% osób. Również leki nasenne i uspokajające używane bez przepisu lekarza były wśród polskiej młodzieży trafiającej do projektu bardziej rozpowszechnione niż wśród młodzieży europejskiej. Do

przynajmniej jednokrotnego użycia tego rodzaju leków przyznało się w Polsce 11,4% osób, podczas gdy w całym projekcie znacznie mniej – 7,6%. Ponieważ projekt rozpoczął się mniej więcej w tym czasie, gdy na polskim rynku szeroko pojawiły się dopalacze – niewątpliwie interesujące byłoby przyjrzeć się skali ich używania przez młodzież trafiającą do „Freda”. Jednakże nie do końca było to możliwe, ponieważ znajdowały się one w szerszej kategorii – „inne”. Substancje z powyższej kategorii (a więc na pewno i dopalacze) były używane w ciągu całego życia przez niecałe 14% Polaków i ponad 11% Europejczyków.

Przyglądając się danym dotyczącym niedawnego używania poszczególnych substancji, widać spore podobieństwo między młodzieżą polską i europejską. Znaczna większość młodzieży używała poszczególnych substancji z częstotliwością między jeden a siedem razy w miesiącu, co świadczy o używaniu okazjonalnym czy rekreacyjnym. Jednakże w projekcie europejskim prawie 21% uczestników używało codziennie przetworów konopi w ciągu ostatnich dni (w przypadku Polski był to zaledwie 1%), co może świadczyć o nadużywaniu tej substancji.

## Wcześniejszy udział w programach profilaktyki

Dla  $\frac{3}{4}$  osób w Europie i 90% w Polsce program „Fred goes net” był pierwszym programem profilaktyki narkotykowej, z którym się zetknęli.

## Ścieżki dostępu do programu

W projekcie badano także, w jaki sposób młodzi ludzie najczęściej trafiali do programu. Tutaj projekt europejski znacznie różnił się od tego wdrażanego na gruncie polskim.

Głównymi instytucjami, które kierowały młodzież do udziału w projekcie, były szkoły (32%) i policja (28,8%). W Polsce główną instytucją kierującą do programu były także szkoły (34%), ale na drugim miejscu znajdowały się sądy rodzinne, za ich przyczyną do programu trafił prawie co czwarty uczestnik (23%). W przypadku Europy odegrały one mniej istotną rolę niż w Polsce i skierowały do „Freda” zaledwie 7,5% młodych osób. Większą rolę w projekcie na poziomie Europy niż Polski odegrała natomiast policja. Znamienne jest także to, że w przypadku projektu realizowanego na gruncie euro-

pejskim pewną rolę odegrały też zakłady pracy (3%), które w Polsce nie były w ogóle zaangażowane we „Fred goes net”. Z kolei w naszym kraju do realizacji projektu została wdrożona w pewnym zakresie służba zdrowia i odegrała ona większą rolę niż w projekcie europejskim. Był to szpital dziecięcy w Bydgoszczy, który skierował do programu 9% wszystkich uczestników.

### Efekty zrealizowanego pilotażu

Bezpośrednio po zakończeniu programu uczestnicy wypełniali ankiety ewaluacyjne dotyczące ich satysfakcji z uczestnictwa w programie oraz efektów, jakie wywarł on na nich w sferze wiedzy i praktycznych umiejętności. Zdecydowana większość uczestników zadeklarowała, że dzięki udziałowi w programie znacznie zwiększyła się ich wiedza na temat ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych, oraz że uległy zmianie ich przekonania na temat używania przez nich narkotyków i alkoholu. Większość zadeklarowała ponadto, iż zamierza ograniczyć (w Polsce 71%) używanie narkotyków. Łatwo się domyśleć, że mniej osób zadeklarowało, iż całkowicie zaprzestanie ich używania (w Polsce mniej więcej co drugi uczestnik wyraził taki zamiar). Najniższy odsetek osób zadeklarował całkowitą abstynencję od alkoholu. Trudno jednak oczekiwać od nastolatka, by stwierdził, że już nigdy się nie napije. Osoby takie stanowiły mniej więcej ¼ uczestników (w Polsce było to ponad 28%).

Większość zadeklarowała także, iż nabyła ważne umiejętności rozwiązywania problemów, wiedzą, gdzie szukać pomocy.

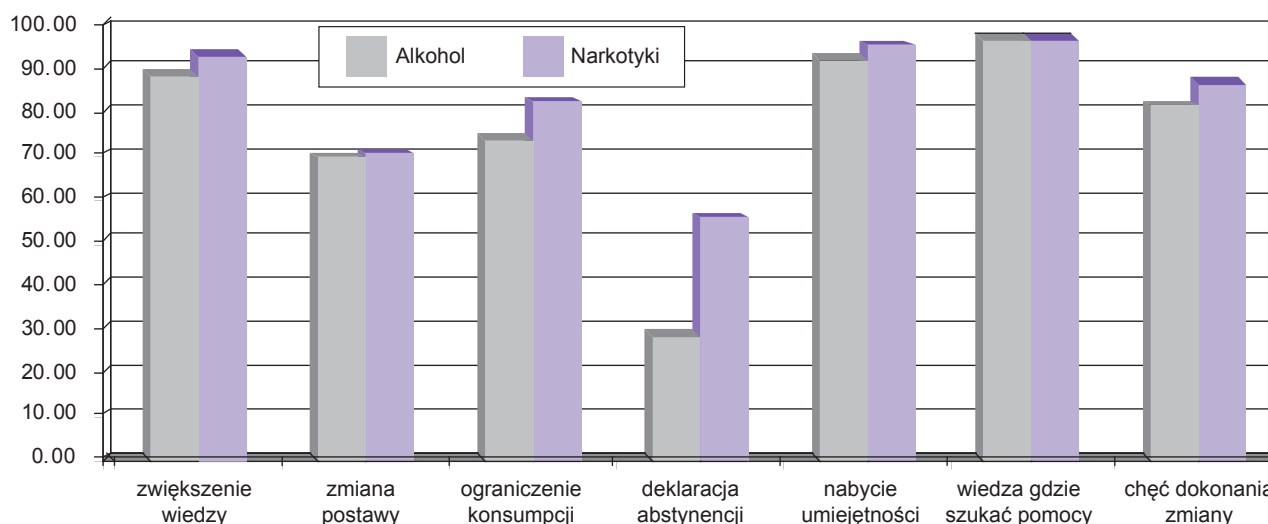
### Satysfakcja z uczestnictwa w projekcie

Prawie 85% uczestników w Europie i 97,7% w Polsce zarekomendowałoby program swoim kolegom i koleżankom. Z ankiet ewaluacyjnych wynika także, że tylko niespełna 3% badanych w Europie nie było zadowolonych z udziału w programie. W Polsce nie odnotowano w ogóle takich przypadków.

Bardzo ważne i znamienne jest też to, iż w przypadku programu „Fred goes net” zaobserwowano niezwykle wysoki stopień retencji – utrzymywania się w programie, co nie jest wcale takie oczywiste w przypadku uczestnictwa w innych programach profilaktycznych i leczniczych. Tylko około 6% uczestników, którzy rozpoczęli program, z różnych przyczyn nie udało się go ukończyć. W przypadku Polski wynik był równie zachęcający. Na 131 uczestników tylko 8 (a więc także 6%) nie ukończyło programu. Są to niezwykle niskie odsetki.

Przeprowadzona ewaluacja miała dwa zasadnicze „mankamenty”. Po pierwsze, tzw. badania „follow up”, czyli badania, które prowadzi się wśród uczestników po ukończeniu przez nich programu (post testy), realizowane były wyłącznie bezpośrednio po zakończeniu spotkań grupowych. „Follow up” wykonuje się jednak także zwykle pół roku, rok, dwa lata, a nawet kilka lat po ukończeniu

Wykres 1. Efekty, jakie zostały osiągnięte dzięki programowi „Fred goes net” w Polsce





programu profilaktycznego/leczniczego po to, by sprawdzić, czy pozytywne efekty nadal się utrzymują. Badanie takie jest oczywiście niezwykle czasochłonne i kosztowne, gdyż im dłuższy jest czas pomiędzy ukończeniem programu a wykonaniem „follow up”, tym trudniej jest dotrzeć do respondentów. W sytuacji jednak, gdy tego typu odroczone w czasie ewaluacja nie jest wykonywana, możliwe jest określenie „tylko” bezpośrednich efektów programu, bez stwierdzenia, jak długo się one utrzymają. W przypadku „Fred goes net” takie badania nie były i nie będą realizowane. Po drugie, przeprowadzona ewaluacja nie przewidywała grup kontrolnych, a więc nie można było porównać efektów, jakie wywarł projekt na jego uczestnikach z takimi samymi młodymi ludźmi, wobec których nie byłyby przeprowadzone tego typu oddziaływania. W tym przypadku problem jest jednak nie tyle natury organizacyjnej czy finansowej, ale raczej

etycznej. Istnienie grupy kontrolnej oznaczałoby nie innego jak to, że grupie młodych ludzi, którzy zostaliby odnotowani z powodu używania substancji psychoaktywnych, nie zaoferowano by żadnej pomocy i po prostu pozostawiono by ich samym sobie.

Pomimo powyższych minusów trudno jednak nie zgodzić się z tym, że program „Fred goes net” wywarł jednoznacznie pozytywny wpływ na młodych ludzi – nie tylko zwiększył ich wiedzę, ale także zmienił postawy i wzbudził tak oczekiwaną refleksję na temat używania przez nich substancji psychoaktywnych. Z satysfakcją trzeba także powiedzieć, że Polska wypadła bardzo dobrze na tle innych państw, zarówno jeśli chodzi o samą realizację projektu (duża liczba uczestników, spore zaangażowanie instytucji), jak i o pozytywne oraz oczekiwane efekty, jakie „Fred goes net” wywarł na jego uczestnikach.



*Na łamach „Serwisu Informacyjnego Narkomania” nr 4/2010 omówiono stan prac mających na celu przygotowanie „Europejskich standardów jakości w profilaktyce antynarkotykowej”. Niniejszy artykuł przedstawia rezultaty polskiej edycji badania, które miało na celu przeprowadzenie konsultacji standardów za pomocą technik jakościowych, i kształt końcowego dokumentu.*

## EUROPEJSKIE STANDARDY JAKOŚCI PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO – CZĘŚĆ II

Artur Malczewski

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

Projekt zakładał cztery podstawowe etapy opracowania standardów, w każdym zastosowano inne metody badawcze (ryc. 1.): przegląd istniejących standardów, badanie Delphi, grupy fokusowe oraz badania dotyczące wdrażania standardów (ang. *field testing*). Wstępna wersja standardów składa się z trzech poziomów przygotowanych w oparciu o dokumenty dotyczące

standardów funkcjonujących w krajach europejskich i na świecie, a następnie zmodyfikowanych o zastosowane w projekcie techniki badawcze. Pierwszym etapem konsultacji była ankieta on-line z wykorzystaniem metody Delphi, w której wzięło udział ponad 80 osób zajmujących się profilaktyką w Polsce, a w sumie prawie ponad 400 osób w Europie. Na podstawie wyników

Delphi w Polsce można stwierdzić, że w tworzeniu i wdrażaniu programów profilaktycznych mniej ważnymi elementami standardu są<sup>2</sup>:

- oparcie programu na naukowych dowodach i teoriach (komponenty 3.4 i 3.5) oraz sprawdzenie czy program działa, przeprowadzając jego pilotaż (6.3);
- kwestie dotyczące udostępnienia programu (10.3);
- sprawy finansowe (7.3).

Najbardziej istotne dla badanych były komponenty dotyczące grupy docelowej (komponenty 4.2, 3.1 oraz 1.3)<sup>3</sup>.

## Konsultacje w grupach fokusowych

Dokument opracowany na podstawie przeglądu istniejących standardów został omówiony w trakcie spotkań zorganizowanych w sześciu krajach uczestniczących w projekcie. Celem badania były prace nad projektem w oparciu o trzy wymiary: właściwości, użyteczności i wykonalności. W Polsce przeprowadzono cztery grupy fokusowe (z 20 zrealizowanych w Europie), w których wzięło udział ponad 20 osób, uczestników wcześniejszego etapu badania ankiety on-line. W trakcie wywiadów grupowych przeprowadzono konsultacje na temat czterech z dziesięciu etapów cyklu projektowego: **Ocena zasobów** (etap 2.), **Opracowanie programu** (etap 3.), **Ewaluacje końcowe** (etap 9.), **Rozpowszechnianie i monitoring** (etap 10.).

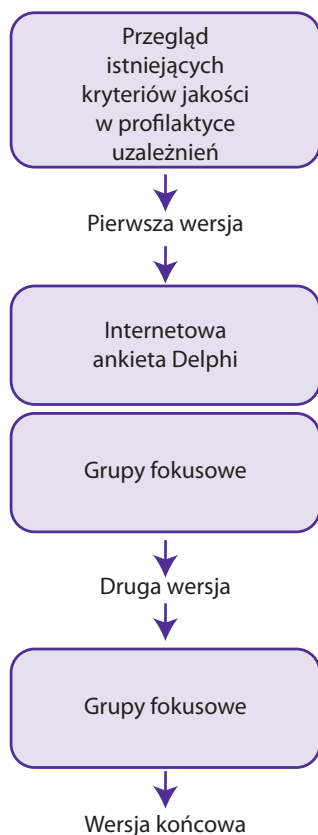
Uczestnicy byli rekrutowani poprzez karty zgłoszeniowe do Delphi metod oraz w ramach samego badania on-line. Trzy grupy fokusowe zostały przeprowadzone w profesjonalnej fokusowni (lustro weneckie oraz zapis obrazu), ostatnia, w trakcie II ogólnopolskiej konferencji gmin monitorujących problem narkotyków i narkomanii. Spotkania rozpoczynały się od prezentacji, która omawiała założenia projektu, wyniki badania metodą Delphi oraz cele grupy fokusowej. Następnie dyskutowano na temat jednego lub dwóch etapów cyklu projektowego. Uczestnicy badań fokusowych brali udział w ankiecie Delphi, zatem przedstawione standardy były im znane. Ponadto mogli odnieść się do swoich doświadczeń w ocenie poszczególnych komponentów podczas wypełniania ankiety on-line. Osoby badane otrzymały projekt standardów z przetłumaczonymi czterema komponentami oraz polską wersję prezentacji.

W głównej części badania, tj. po prezentacji, omówione były poszczególne komponenty. W trakcie prezentacji wprowadzającej koncentrowano się na komponentach najwyżej i najniżej ocenionych i dyskusja dotyczyła przede wszystkim tych elementów. Uczestnicy spotkań wyrażali swoje zainteresowanie projektem i w większości z zaangażowaniem uczestniczyli w dyskusji. Osoby z grup fokusowych pozytywnie oceniały projekt standardów, czasami jednak miały zastrzeżenia co do poszczególnych komponentów. Pomimo tego, że badani zajmowali się profilaktyką na różnych poziomach (od prowadzenia działań w niewielkich placówkach do przygotowywania i wprowadzania ogólnopolskich programów), to nie stwierdzono dużych różnic w ocenie standardów. Uczestnicy spotkań często odnosili się do polskiej sytuacji.

Konsultacje były prowadzone wśród osób, które zajmowały się nie tylko profilaktyką narkotykową, ale również profilaktyką innych zachowań problemowych. W trakcie grup fokusowych poruszono kwestię niskiej oceny komponentów w badaniu Delphi on-line. Podczas dyskusji rozpoczęto omawianie komponentów od trzeciego cyklu projektowego **Podsumowanie dotychczasowego dorobku** (3.4). Ten komponent otrzymał średnią poniżej 2, tj. był priorytetem na poziomie 1,84. Jedna z uczestniczek stwierdziła: *Ja zrozumiałam, że autor programu, który to zgłasza, ma zaprezentować swój dorobek i rozmawiałam z koleżanką, która zrozumiała to tak samo*. Niska ocena mogła wynikać z nie najlepszego tłumaczenia wyrażenia *evidence-base* jako „dotychczasowy dorobek”, a nie jako „korzystanie z podstaw teoretycznych” lub „oparty na dowodach naukowych”.

Następny komponent z niską oceną **Przeprowadzenie interwencji pilotażowej** (6.3) (priorytet na poziomie 1,94), również nie uzyskał konsensusu wśród badanych. Respondenci wyrazili opinię, że taka ocena może wynikać z nie zawsze wystarczających środków na realizację programu, więc również z braku zasobów na pilotaż. Jednakże badani podkreślili, że pilotaż jest bardzo ważny w prowadzeniu działań profilaktycznych. Inną interpretacją dotyczącą niskiej oceny tego komponentu była sugestia, że pominięcie pilotażu wynika z braku odniesienia się programu do tego, co wypływa z nauki. Niska ocena ważności komponentu dotyczącego przeprowadzenia wcześniejszego pilotażu może być zatem także efektem nie najlepszej znajomości

## Rycina 1. Rozwój standardów w profilaktyce uzależnień



nie mają wiedzy, muszą zadać sobie trudu, żeby to znaleźć (...). W trakcie grupy fokusowej przedstawiona została opinia, że pomimo organizowania wielu szkoleń i konferencji, programy nadal nie są tworzone w oparciu o podstawy teoretyczne. Jak to już zostało wspomniane, respondenci Delphi mogli nie zrozumieć komponentu 3.4, interpretując, że chodzi o własne doświadczenia, a nie dorobek nauki. Jednakże niskie oceny otrzymał również komponent 3.5, mówiący o nawiązaniu w programach do dorobku naukowego. Ponadto komponent 3.4 otrzymał niskie oceny również w badaniu przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii, gdzie można wykluczyć problemy w rozumieniu terminu *evidence-base*. Taki wynik może świadczyć o braku dostępu do literatury lub niewielkiej wiedzy badanych. Inną interpretacją dotyczącą oceny komponentu 3.5 była niechęć osób zajmujących się profilaktyką do czerpania z wiedzy naukowej i oparcia swoich programów na sprawdzonych i zweryfikowanych rozwiązaniach, o czym może świadczyć wypowiedź: *Jeżeli mam praktykę, dobrą, to po*

zasad projektowania skutecznej interwencji. Jedna z badanych osób tak oto odniosła się do kwestii braku powiązania między programami a podstawami teoretycznymi i przygotowaniem osób opracowujących te programy: (...) *Część teoretyczna (w programie profilaktycznym) nie jest częścią teoretyczną, jest wstępem, który ma uzasadnić program. W 95% programów nie ma wstępu teoretycznego. Uzasadnienie oparte jest na fałszywych założeniach. Tylko w trzech przypadkach spotkałam się z tym, że ludzie wychodzą z jakiejś teorii. Ludzie*

*co mam wyszukiwać podstaw teoretycznych programów... Ktoś to samo kiedyś dostrzegł, opisał i potwierdził.*

## Ocena zasobów<sup>4</sup>

Uczestnicy spotkania poruszyli zagadnienie definicji standardów. Czy standardem jest to, co jest, czy jak być powinno, czyli stan idealny. W polskim systemie rekomendacji ramy teoretyczne są podstawą oceny jakości. W wynikach europejskich są na jednym z ostatnich miejsc w rankingu ważności poszczególnych standardów, zajmują 44 pozycję na 46 komponentów. W ocenie uczestników grupy fokusowej standardy zawierają powtórzenia pewnych elementów. Wysokie oceny dotyczące drugiego etapu cyklu projektowego mogą być efektem tego, że komponenty i atrybuty pojawiają się w ankiecie pierwszy raz, a respondent nie wie, że np. finansowanie wystąpi również w późniejszych etapach cyklu projektowego. W trakcie dyskusji sugerowano uproszczenie końcowej wersji standardów.

W opinii badanych z drugiej grupy fokusowej **Ocena zasobów** jest przeprowadzana na poziomie gminnym, czyli w przypadku gminnych programów rozumianych jako strategia. W przypadku realizowania programu profilaktycznego, zwłaszcza szkolnego, nikt nie podejmuje się oceny zasobów przed wdrożeniem interwencji. Brak oceny wynika z braku czasu, finansów oraz zasobów. Ocena pojawia się dopiero po otrzymaniu dofinansowania, co oznacza, że programy są przygotowywane bez tego typu analizy. Jednakże w opinii części badanych ten etap cyklu projektowego jest potrzebny i użyteczny. Program przemyślany, oparty zarówno na ocenie sytuacji, jak i zasobów, bardziej odpowiada na wymagania konkursowe i strategiczne, i jest gotowy do realizacji. W efekcie nie ma opóźnień z jego realizacją, a działania mają wyższą jakość. Przeprowadzenie oceny zasobów dopiero po sfinansowaniu opóźnia pracę, utrudnia ją, może nawet uniemożliwić realizację programu od początku, bo wtedy dopiero w ramach organizacji czy podmiotu realizującego przeprowadza się właściwe działania. Standardy miałyby zatem na celu pokazanie, że ocenę zasobów należy uwzględnić przy pisaniu wniosku. W trakcie dyskusji nad komponentem wyrażono opinię, że wymóg dotyczący oparcia programu na przepisach może spowodować, że przygotowane programy zawierać będą długą listę dokumentów, co w przypadku programów realizowa-



nych co roku i co roku finansowanych przez tę samą instytucję, nie do końca ma sens. W dyskusji pojawiły się również głosy, że nawet w lokalnych czy krajowych konkursach jest wymóg odniesienia się do obowiązujących przepisów: *Wybieram programy i patrzę, jakie komponenty mi załatwi w programie, ale muszę mieć jasno napisane, że te programy załatwią mi realizację aktywności w programie gminnym, wtedy mi łatwiej podjąć decyzję, czy ten program zakupię, czy nie.*

Uczestnicy grupy fokusowej omawiali kwestię dotyczącą tego, kto ma być odbiorcą przygotowanych standardów. Zależnie od grupy docelowej, standardy powinny być zróżnicowane. Waga poszczególnych komponentów, ich użyteczność oraz możliwość zastosowania jest różna w przypadku programu profilaktycznego rozumianego jako działanie, interwencja wobec młodzieży, a inna w przypadku programu rozumianego jako strategia czy plan działań. W pierwszym przypadku odbiorcami standardów będą praktycy, realizatorzy programów, w drugim osoby, które zajmują się opracowywaniem gminnych czy wojewódzkich programów. W Polsce istnieje także obowiązek przygotowania szkolnego programu profilaktyki w znaczeniu strategii dla szkoły, w takim przypadku również standardy powinny być inne niż dla programów szkolnych.

Badani poruszyli kwestie powielania zapisów znajdujących się w standardach z innymi dokumentami, tzn. wytycznymi, czego ma dotyczyć program profilaktyczny, np. ustaw, programów oraz rozporządzeń. Wyrażono również opinię, że nie wszyscy znają dokładnie przepisy oraz bazują na nich pisząc programy, a szczególnie w obszarze profilaktyki narkotykowej. Brak konsensusu może być efektem oceny tego komponentu z różnych pozycji. Przedstawiciele gmin oceniali ten element w odniesieniu do gminnego programu, a praktycy w odniesieniu do programu rozumianego jako interwencja. W trakcie spotkania omawiano element komponentu Ocena zasobów dotyczący kwestii finansowych. W opinii badanych najpierw przygotowywany jest program, a następnie szuka się źródeł jego finansowania. Jedna z osób ma doświadczenia, że program został napisany w odpowiedzi na zapotrzebowanie zawarte w przepisach prawnych. Jednakże po opracowaniu programu przepisy uległy zmianie i planowane źródło finansowania nie było dostępne. Może to być efektem braku konsensusu w badaniu Delphi, ponieważ część respondentów niżej oceniła komponent, zakładając, że nie zawsze środki fi-

nansowe mogą być dostępne nawet po napisaniu dobrego programu. W trakcie analizy komponentu wyrażona została opinia, że przede wszystkim analizuje się własne zasoby: *Jedyna istotna rzecz, która jest dla mnie ważna, to są zasoby własne, jak ubiegam się o środki.* W przypadku szukania środków na realizację programu, brane są pod uwagę różne instytucje, które mogą sfinansować cały program lub jego poszczególne elementy: *Ja robię analizę taką: mam gminę, dzielnicę, marszałka, biuro (...).* Na tym etapie projektu, bardzo wczesnym w opinii badanych, nie prowadzi się analizy finansowej. Wyrażona zatem została obawa, że taki standard może mieć wpływ „hamujący” na tworzenie programów: *Na tym etapie punkt 2 może być hamujący, ja nie myślę na tym etapie o finansach (przed przygotowaniem programu)... jest to dla mnie za wcześnie.* Brak analizy wynika z braku pewności, że otrzyma się środki na program i zostanie on sfinansowany. W trakcie dyskusji zidentyfikowano dwa różne podejścia w profilaktyce: programy przygotowane na zapotrzebowanie, np. konkurs ogłaszany przez gminę, oraz programy przygotowywane przez instytucje, które potem mogą być wdrażane. Osoby tworzące program na początku skupiają się na jego przygotowaniu, a potem dopiero aplikują o środki. *Tworzyć uniwersalne projekty, które można zastosować w różnych miejscach. Obecnie pisze się program, a dopiero potem szuka się źródeł jego sfinansowania, ale również pisze się program na zapotrzebowanie (konkurs).* W opinii badanych nie ma praktyki szukania źródeł finansowania przed przystąpieniem do pisania programu. W wypowiedzi powyżej pojawia się również odniesienie do występowania podobnych komponentów w różnych etapach cyklu projektowego oraz braku możliwości zmiany raz wyrażonej opinii w trakcie wypełniania ankiety Delhi, kiedy respondent uznał, iż komponent jest o wiele ważniejszy na późniejszym etapie cyklu projektowego i chciał zmienić swoją opinię. Należy zaznaczyć, że w drugiej sesji Delphi, kiedy respondent znał całą ankietę z pierwszego etapu, mógł wybrać, kiedy dany komponent jest ważniejszy. W dyskusji poruszona została kwestia niskiej oceny komponentu 2.3 (**Identyfikacja zaangażowania stron i usług**) na tle innych krajów. Niska ocena jest efektem tego, iż część badanych oceniała komponent z punktu widzenia programu profilaktycznego (usługi), a część respondentów z punktu widzenia programu gminnego, czyli strategii. Jeżeli mówimy o usługach, to te punkty są mało przydatne. Wiele zależy też od tego,



o jakiej profilaktyce mówimy – wskazującej czy selektywnej. Wielosługowe podejście jest bardziej potrzebne w profilaktyce selektywnej i leczeniu niż w profilaktyce uniwersalnej. Według badanych komponent dotyczy możliwości dotarcia, zebrania grupy do działań. W trakcie grupy fokusowej wyrażono opinię, że specyfika grupy docelowej jest w pierwszym komponencie i nie ma sensu jej powtarzanie. Badani z drugiej grupy fokusowej uznali ten komponent za ważny i wskazali na problemy wynikające z braku działań mających na celu ocenę grupy docelowej.

## Opracowanie programu

W kolejnym po Ocenie zasobów cyklu projektowym zawartych zostało osiem komponentów<sup>5</sup>. Pierwszy komponent **Zdefiniowanie grupy docelowej** miał bardzo wysoką ocenę w badaniu Delphi metod (2,94 i 100% zgodności). Wysoka ocena została potwierdzona przez uczestników grupy fokusowej: *Słusznie wszyscy rozumiemy, że określenie grupy docelowej warunkuje zawartość programu. Inny program jest dla klas VI szkół podstawowych, a inny dla narkomanów... Myślę, że tak jest w praktyce. W większości programów to jest, mniej lub bardziej to jest i funkcjonuje.* W trakcie badania wyrażono opinię na temat wiedzy osób zajmujących się profilaktyką i poruszono zagadnienie wyboru programu do realizacji: *Dyrektorowi szkoły ktoś zaproponuje program za darmo, a ktoś oferuje program za pieniądze, lepszy, to dyrektor wybierze ten program za darmo.* W trakcie dyskusji zwrócono szczególną uwagę na element standardu dotyczący określania w programie pośrednich grup odbiorców. Pojawiła się opinia, że w programach brakuje określania pośrednich odbiorców: *Rzadko kiedy zakłada się, że ktoś inny niż dzieci (w przypadku programu dla dzieci) może być odbiorcą naszego programu. Ja myślę, że to ma znaczenie, powinno być standardem.*

Zdaniem badanych w programach profilaktycznych często źle są sformułowane cele (analiza komponentu **Określenie celu**). Osoby piszące program mają niekiedy problemy ze sformułowaniem celu według zasad SMART. Analizie został poddany atrybut dotyczący określania w programie słowa narkotyk – w opinii badanych w programach rzadko pojawia się definicja narkotyków. Do słabych stron programów uczestnicy grupy fokusowej zaliczyli nieznaną zasad formułowania celów oraz zadań: *Ludzie nie odróżniają celów od zadań lub*

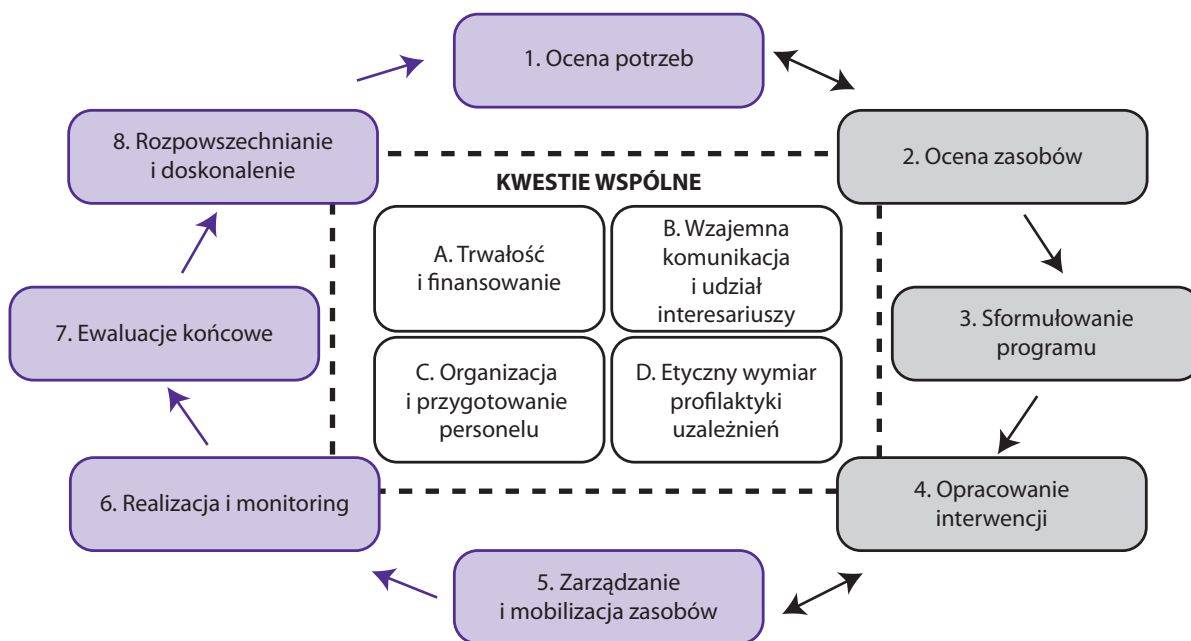
*formułują cele bardzo ogólnie: celem jest zapobieganie narkomanii czy agresji w szkole. W celach pisze się, jakie zmiany chcemy spowodować. Cel ma coś zmniejszyć lub zwiększyć. Z tego wynikają cele operacyjne. Ludzie piszą ciągle to samo.* Poprawne określenie celów powinno być standardem i jedną z kluczowych kwestii przy pisaniu programu profilaktycznego. Jednak w opinii badanych osoby piszące programy nie zawsze potrafią odpowiednio formułować i cele, i zadania. Co oznacza, że widać potrzebę szkoleń, czytania materiałów edukacyjnych oraz uczestniczenia w konsultacjach.

## Ewaluacja końcowa

Kolejnym etapem projektowym w Europejskich Standardach omawianym na polskiej grupie fokusowej była ewaluacja, która składa się z dwóch komponentów: **Ewaluacji wyniku** i **Ewaluacji procesu**. W odniesieniu do tych komponentów badani wyrazili opinię, że w Polsce jest przeprowadzana ewaluacja wyniku, ale nie zawsze zgodna z wymaganiami. Często ewaluację wyniku realizuje osoba z zespołu projektowego – ekspert wewnętrzny, co w efekcie powoduje brak fachowej oceny oraz nie zawsze czytelne raporty. Jednym z problemów jest traktowanie ewaluacji jako kontroli. W opinii badanych ewaluacja przeprowadzana jest profesjonalnie tylko przy dużych programach o celach długofalowych. To oznacza, że małe programy często nie mają ewaluacji wyniku. Uczestnicy grupy fokusowej, analizując elementy składające się na ewaluację, wyrazili opinię, że czasami trudno jest dotrzeć do badanych, czyli odbiorców interwencji profilaktycznej. Rekrutacja i zbadanie osób biorących udział w programie jest kosztowna. Z powodu braku grupy kontrolnej trudno jest również określić, co było efektem naszego programu, a co było wynikiem innych czynników: (...) *nakładają się w czasie efekty różnych programów, co uniemożliwia weryfikację efektów akurat naszego programu.*

Analizując użyteczność programów, badani ocenili projekt Standardów jako potrzebne i ważne narzędzie, które może być przydatne do modyfikacji programu: (...) *istotne, narzędzie pomocne dla wprowadzenia zmian i udoskonalenia programu.* Ponadto Standardy mogą ułatwić działanie i elastyczne finansowanie. W opinii badanych ewaluacja jest ważna, bo pokazuje efekty decydom. Z punktu widzenia wykonalności Standardów potrzebne jest wsparcie merytoryczne, ponieważ brak jest

Rycina 2. Cykl projektowy Europejskich Standardów – wersja końcowa



wiedzy, jak przeprowadzić ewaluację wyniku. Ponadto w przypadku ewaluatora zewnętrznego konieczne są również środki finansowe.

W odniesieniu do obecnej praktyki ewaluacja procesu (drugi komponent omawianego etapu projektowego) jest o wiele częściej realizowana niż ewaluacja wyniku. W raportach nie ma czasami rozgraniczenia obu ewaluacji, co może wynikać z braku umiejętności przeprowadzania ewaluacji. W opinii badanych działaniem zbliżonym do ewaluacji jest supervizja, czyli ocena procesu realizowana przez osobę z zewnątrz. Standardy mogą poprawić obecną praktykę, ponieważ ewaluacja procesu jest ważna dla efektywności programu. W opinii uczestników grupy fokusowej znajomość poprzednich błędów pozwala na zapobieżenie im w przyszłości i poprawę programu. Badani odnieśli się do kwestii zasobów ludzkich, wyrażając opinię, że w zespole powinna być osoba kompetentna w tej tematyce, tzn. przeszkolona.

## Rozpowszechnianie i doskonalenie

**Rozpowszechnianie i doskonalenie** jest ostatnim etapem projektowym. W trakcie dyskusji nad komponentem **Zapewnienie zrównoważonego rozwoju** uczestnicy grupy fokusowej zidentyfikowali problem polegający na rocznym trybie finansowania programu. Niski konsensus tego komponentu mógł być efektem braku przełożenia standardów na rzeczywistość: (...) budżet

jest roczny, konkursy są raz do roku. Nigdy nie wiem, czy w kolejnym roku będę miała te same środki, taką mam wątpliwość. Podobnie w przypadku programów gminnych, czyli strategii, mogą one być realizowane w ciągu kilku lat, jednakże budżet jest uchwalany w trybie rocznym, zależnym od decyzji rady miejskiej. Bardzo często środki finansowe przeznaczone na profilaktykę są niewystarczające i w przypadku finansowania nowego, ciekawego programu, inne programy mogą otrzymać mniejsze wsparcie.

Kolejnym problemem, który został poruszony w czasie dyskusji, jest inny okres realizowania programu, a inny jego rozliczania. Szkolne programy profilaktyczne działają zgodnie z harmonogramem szkolnym, a rozliczenia finansowe mają tryb roczny: *Przeszkadza nam, że rozpoczęcie programu jest początkiem roku kalendarzowego, a grupę mamy od września, a z KBPN programy (tzn. środki finansowe) mamy od stycznia do grudnia*. Niski konsensus dwóch komponentów w opinii badanych mógł być spowodowany mniejszą wagą ostatniego cyklu projektowego: *Jest relatywnie mniej istotny (ostatni 10 krok projektowy) niż realizacja, praktyka*.

Komponent **Sprawozdawczość z realizacji programu** był jasny dla uczestników badania: *Sprawozdawczość to ważny element, bo systematyzuje; wysoko oceniam; są to dane do kolejnego Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, bo mamy liczbę adresatów, godziny, konkluzje, problemy*. Dyskusja skoncentrowała

## się przede wszystkim na komponencie **Umożliwienie innym podmiotom realizacji interwencji w przyszłości.**

W opinii badanych nie zawsze można stosować ten sam program dla różnych odbiorców. Poruszono także kwestie praw autorskich, ponieważ niektóre z programów są przygotowywane w celu ich późniejszego komercyjnego dystrybuowania. Organizacje pozarządowe również mogą być niechętnie udostępnianiu swoich programów. Pomimo niskiego priorytetu w badaniu Delphi, jeden z badanych wyraził na grupie fokusowej opinię, że wysoko ocenił ten komponent, ponieważ uważa, że programy powinny być udostępniane: *Dość wysoko oceniłem ten priorytet, bo musi być jakaś wymiana i możliwość kontynuacji, jeśli jakieś formy się sprawdzają.*

Ostatnim etapem konsultacji Europejskich Standardów były grupy fokusowe, mające na celu określenie możliwości wdrożenia standardów (*ang. field testing*). W każdym kraju uczestniczącym w projekcie utworzono jedną grupę fokusową, której zaprezentowano kwestionariusze służące do oceny programów profilaktycznych według wypracowanych standardów. Kwestionariusze oceniające mają pomóc realizatorom w ewaluacji własnych programów.

## Podsumowanie

W efekcie przeprowadzonych konsultacji opracowana została końcowa wersja Standardów.

Cykl projektowy został podzielony na części wspólne, które mogą występować w pozostałych etapach projektowania programu profilaktycznego. W efekcie zostało przygotowanych 8 kroków cyklu projektowego.

Standardy mogą być wykorzystywane do wielu celów w działaniach profilaktycznych. Mogą służyć jako instruktaż lub narzędzie (samo)oceny w odniesieniu do nowych, kontynuowanych lub zakończonych działań. Ponadto można je wykorzystać do tworzenia strategii. Cykl projektowy należy traktować jako uproszczony model działania profilaktycznego. Użytkownicy Standardów powinni adaptować cykl projektowy do indywidualnych uwarunkowań w ramach własnych projektów. Ewentualne rozważania podczas zastosowania Standardów mogą dotyczyć następujących kwestii: Które etapy projektu zostały już zrealizowane? Które komponenty mogą być pominięte w naszym konkretnym projekcie? Czy należy zmienić kolejność standardów w celu odzwierciedlenia określonych uwarunkowań?

Elastyczny charakter Standardów sprawia, że można je stosować we wszystkich sferach profilaktyki uzależnień. Standardy mogą być przydatne dla wszystkich specjalistów z zakresu profilaktyki uzależnień. Niemniej jednak możemy mówić o pięciu głównych grup odbiorców, dla których w szczególności mogą być one użyteczne: stratedzy (profesjonaliści działający na szczeblu strategicznym, np. koordynatorzy gminnych programów), kierownicy programów, twórcy programów, personel pracujący bezpośrednio z klientem i badacze.

Standardy zostały opracowane z myślą o zastosowaniu ich wobec różnego typu interwencji profilaktycznych, miejsc ich realizacji oraz grup docelowych, w tym profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej. Końcowy dokument rozróżnia zatem dwie kategorie standardów: obligatoryjne i zalecane. Obligatoryjne powinny być stosowane we wszystkich działaniach z zakresu profilaktyki uzależnień bez względu na ich zasięg, czas realizacji, budżet itp. Standardy zalecane to wszystkie pozostałe, których spełnienie jest pożądane, jednak zależeć to będzie od ich użytkowników, którzy zdecydują, czy są one zasadne, przydatne i wykonalne w przypadku określonego programu. Standardy mają zostać wydane przez EMCDDA w formie podręcznika, co pozwoli na szeroką promocję wyników projektu w Europie.

## Przypisy

<sup>1</sup> Projekt realizowany jest ze środków Komisji Europejskiej w ramach Programme of Community Action in Field of Public Health (2003–2008) No 2007304.

<sup>2</sup> Szczegółowe omówienie wyników Delphi zostało przedstawione w numerze 4/2010 „Serwisu Informacyjnego Narkomania”.

<sup>3</sup> Tabela z listą komponentów została przedstawiona w numerze 4/2010 „Serwisu Informacyjnego Narkomania”.

<sup>4</sup> Drugi etap cyklu projektowego składał się z następujących komponentów: Poznanie strategii i uregulowań prawnych; Określenie potencjalnych źródeł finansowania; Identyfikacja zaangażowanych stron i usług; Ocena grupy docelowej i zasobów społeczności; Ocena własnego potencjału.

<sup>5</sup> Komponentami tego cyklu są: Zdefiniowanie grupy docelowej; Określenie celów; Określenie miejsca realizacji programu; Podsumowanie dotychczasowego dorobku; Przedstawienie ram teoretycznych; Opracowanie lub wybór skutecznej interwencji; Określenie ram czasowych; Zapewnienie etycznego charakteru interwencji.

Tabela ze wszystkimi standardami została przedstawiona w numerze 5/2010 miesięcznika „Remedium”.



## PROGRAM PROFILAKTYCZNY – PREZENTACJA

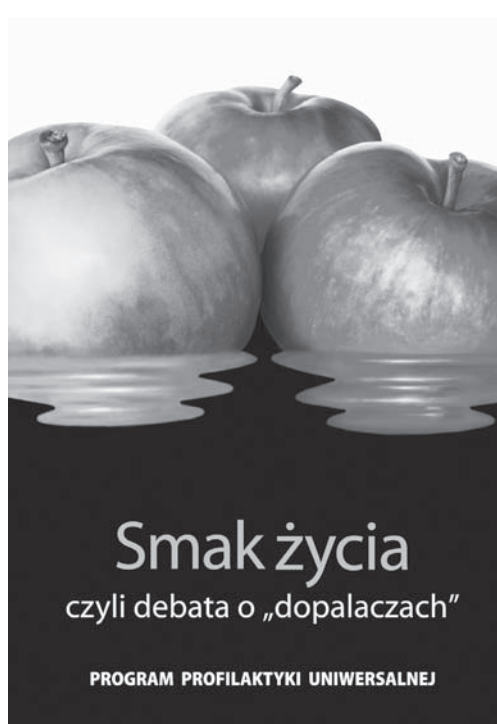
„Smak życia czyli debata o dopalaczach” to program profilaktyczny autorstwa Krzysztofa Wojcieszka, twórcy wielu znanych programów profilaktycznych, który został przygotowany z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia oraz Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Jest to instrument profilaktyki uniwersalnej bazujący na metodach aktywizujących, adresowany do młodzieży szkolnej w wieku 15-18 lat. Celem programu jest dostarczenie młodym ludziom podstawowych informacji na temat „dopalaczy” i zagrożeń wynikających z ich używania, a w konsekwencji zwiększenie ostrożności i zmniejszenie otwartości na kontakty z tymi produktami. Dzięki odpowiednio dobranej konstrukcji scenariusza programu, zastosowana tu metoda krótkiej interwencji profilaktycznej umożliwia twórcze wykorzystanie dysonansu poznawczego uczestników związanego z nową wiedzą i oceną ich zachowań ryzykownych. Zaletą programu jest jego elastyczność i prostota zastosowania. Realizatorem może być każdy, kto posiada podstawowe doświadczenie w pracy dydaktycznej oraz umiejętność stosowania metod aktywizujących,

a więc na przykład psycholog lub pedagog szkolny, wychowawca, nauczyciel, profilaktyk czy doświadczony lider młodzieżowy. Dodatkowym wymaganiem dla prowadzącego, oprócz gruntownego zapoznania się ze scenariuszem programu, jest posiadanie podstawowej wiedzy na temat najczęściej używanych substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol, nikotyna, amfetamina, marihuana, oraz wiedzy na temat „dopalaczy”, przynajmniej na poziomie portalu edukacyjnego [www.dopalaczeinfo.pl](http://www.dopalaczeinfo.pl), który prowadzony jest przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Standardowym miejscem realizacji jest szkoła, uczestnikami grupa wielkości klasy szkolnej, a czas trwania programu przewidziany jest na 2 do 3 godzin lekcyjnych z jedną lub dwoma przerwami. Program wydaje

się interesujący dla młodzieży, ponieważ jest rodzajem zabawy intelektualnej, gry dydaktycznej, która wciąga uczestników do wspólnego odkrywania odpowiedzi na pytania typu: „Czy roślina może ugryźć człowieka?”. W swojej recenzji dr hab. Sławomir Sobczak napisał o programie: „Do młodego człowieka nie przemawiają moralizatorskie pogadanki, a nawet wiedza jako taka, dlatego dr Krzysztof Wojcieszek przedstawia ją w formie dysonansu poznawczego, który balansuje pomiędzy dwiema sferami poznawczymi człowieka – zmysłową i intelektualną, a odpowiedzi podczas debaty narzucają się same, gdyż są wynikiem prostych wniosków, co z kolei pobudza sferę emocjonalną do właściwego postrzegania problemu”.

Właściwym i pożądanym efektem programu będzie z pewnością zwiększenie wśród uczestników wiedzy o zagrożeniach związanych z dopalaczami oraz wzmocnienie postawy negatywnej i unikanie ryzyka w odniesieniu do używania tych substancji. Na ile ten program okaże się skuteczny, pokaże czas, doświadczenie z realizacją, a także prowadzona sukcesywnie ewaluacja, jednak mierząc jego wartość na podstawie przyjętych w nim założeń efektywnych strategii profilaktycznych, można być dobrej myśli. Dominującą strategią w tym programie jest wiedza o konsekwencjach ryzykownych zachowań, informacje na ten temat



nie są jednak podawane w sposób tradycyjny. To uczestnik sam wyciąga wnioski z prezentowanych w czasie pracy faktów i na nowo musi przeorganizować posiadaną wiedzę. Na uwagę zasługuje wykorzystana w programie strategia polegająca na konfrontowaniu cenionych przez uczestników wartości, takich jak życie, zdrowie, sprawność z niebezpiecznymi zachowaniami, które kłócą się z ochroną tych wartości. Najważniejszą jednak, zdaniem autora, jest zastosowana tu strategia przekształcania błędnych przekonań normatywnych. Jak pisze Krzysztof Wojcieszek: „Jeżeli uda się zachwiać przekonaniem o niezbędności psychoaktywnej »chemii« w życiu człowieka i o stosunkowo małej liczbie użytkowników, wtedy mamy do czynienia z najsilniej działającym przekazem”.

*Danuta Muszyńska*



*Tematyka dotycząca ubezpieczenia zdrowotnego ma charakter wielopłaszczyznowy. Ubezpieczenie zdrowotne (sensu stricte) traktujemy jako węzeł współzależnych stosunków prawnych między trzema stronami: ubezpieczonym, NFZ oraz świadczeniodawcą ubezpieczenia zdrowotnego. Zdarzają się sytuacje, gdy osoby nieubezpieczone mają prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Do takich przypadków należy m.in. leczenie odwykowe osób uzależnionych od narkotyków, co jest bezpośrednio związane z faktem, iż jest to zjawisko kwalifikowane jako problem społeczny.*

# LECZENIE OSÓB NIEUBEZPIECZONYCH W POLSCE

Katarzyna Syroka

prawnik

## Wstęp

W Polsce mamy głęboko zakorzenioną doktrynalną tradycję, wywodzącą się od K. Krzeczowskiego i W. Szuberta, wedle której polityka społeczna to celowa i zorganizowana działalność państwa na rzecz zaspokojenia określonych potrzeb – tu potrzeb zdrowotnych<sup>1</sup>, przy czym prawo bywa traktowane domyślnie jako instrument realizacji polityki zdrowotnej<sup>2</sup>.

Ochrona zdrowia i jej podstawowa forma – powszechne ubezpieczenie zdrowotne jest ostatnio przedmiotem intensywnej regulacji prawnej, przynoszącej nowe pojęcia i konstrukcje, które wymagają także nowej interpretacji<sup>3</sup>. Kwestie związane z ubezpieczeniem zdrowotnym zostały określone przede wszystkim w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) (dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej).

W artykule skupię się na przedstawieniu regulacji prawnych dotyczących leczenia osób nieubezpieczonych, leczenia odwykowego osób uzależnionych od narkotyków oraz możliwości uzyskania przez te osoby prawa do świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z treścią art. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo:

- 1) osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej „ubezpieczonymi”,
- 2) inne, niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełnia-

ją kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych,

- 3) inne, niż wymienione w pkt 1 i 2, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie ukończyły 18. roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu – zwane dalej „świadczeniobiorcami”.

Ponadto w art. 12 i 12a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zostały wymienione sytuacje, w których osoby pomimo braku ubezpieczenia zdrowotnego mają zapewnione prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.

Osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego, innym niż świadczeniobiorcy, świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych.

Warto w tym kontekście zauważyć, że tylko leczenie ubezpieczonych jest finansowane ze środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, którymi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Leczenie pozostałych osób uprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, lecz niebędących osobami ubezpieczonymi – odbywa się na koszt budżetu państwa (np. NFZ płaci szpitalowi za te świadczenia z puli środków otrzymanych na ten cel z budżetu państwa)<sup>4</sup>.

## Status osoby ubezpieczonej

Ubezpieczony to osoba fizyczna podlegająca ubezpieczeniu, która jest uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z treścią

art. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej ubezpieczonymi są:

- 1) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA),
- 2) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy w celu wykonywania pracy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na podstawie art. 53a ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2006 r. Nr 234, poz. 1694 z późn. zm.), zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt tolerowany lub osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystające z ochrony czasowej na jej terytorium,
- 3) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – jeżeli podlegają zgodnie z art. 66 obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68,
- 4) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są objęte:
  - a) ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74 z późn. zm.),

- b) ubezpieczeniem społecznym rolników na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2008 r. Nr 50, poz. 291, Nr 67, poz. 411 i Nr 70, poz. 416).

Ubezpieczonymi są także:

- 1) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3,
- 2) członkowie zakonów oraz alumnii wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3, a przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt tolerowany, lub osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium,
- 3) odbywający staż adaptacyjny,
- 4) odbywający kursy języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach o szkolnictwie wyższym, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3 – jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej,
- 5) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, zamieszkujący na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których

mowa w art. 66 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 66 ust. 2 i 3, ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji,

- 6) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 2, zamieszkujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 66 ust. 2 i 3.

Artykuł 66 ustawy o świadczeniach zdrowotnych zawiera katalog podmiotów, które podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. Są to:

- 1) osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, które są:
  - a) pracownikami w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych,
  - b) rolnikami lub ich domownikami w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
  - c) osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą lub osobami z nimi współpracującymi, z wyłączeniem osób, które zawiesiły wykonywanie działalności gospodarczej na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej,
  - d) osobami wykonującymi pracę nakładczą,
  - e) osobami wykonującymi pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, lub osobami z nimi współpracującymi,
  - f) osobami duchownymi,
  - g) członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych, spółdzielni kółek rolniczych lub członkami ich rodzin,
  - h) osobami pobierającymi świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu oraz osobami pobierającymi zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, a także osobami pobierającymi wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego albo w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie, wynikające z odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy,
  - i) osobami pobierającymi świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia;
- 2) żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe oraz pełniący służbę kandydacką, służbę przygotowawczą lub służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny – o ile nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu;
- 3) osoby odbywające służbę zastępczą;
- 4) osoby podlegające kwalifikacji wojskowej pełniące służbę w Policji, Straży Granicznej i Biurze Ochrony Rządu;
- 5) żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową;
- 6) policjanci;
- 7) funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego;
- 8) funkcjonariusze Agencji Wywiadu:
  - 8a) funkcjonariusze Centralnego Biura Antykorupcyjnego;
  - 8b) funkcjonariusze Służby Kontrwywiadu Wojskowego;
  - 8c) funkcjonariusze Służby Wywiadu Wojskowego;
- 9) funkcjonariusze Biura Ochrony Rządu;
- 10) funkcjonariusze Straży Granicznej;
- 11) funkcjonariusze Służby Celnej;
- 12) funkcjonariusze Służby Więziennej;
- 13) funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej;
- 14) posłowie pobierający uposażenia poselskie oraz senatorowie pobierający uposażenie senatorskie;
- 15) sędziowie i prokuratorzy:
  - 15a) ławnicy sądowi niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 16) osoby pobierające emeryturę lub rentę, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenie rodzinne oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze;
- 17) uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 18) dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 19) dzieci do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego nieprzebywające w placówkach, o których mowa



- w pkt 18, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z zastrzeżeniem art. 81 ust. 8 pkt 3;
- 20) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1;
  - 21) alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów męskich i żeńskich i ich odpowiedników, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 2;
  - 22) słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej;
  - 23) osoby pobierające stypendium sportowe po ukończeniu 15. roku życia niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
  - 24) bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu:
    - 24a) osoby pobierające stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych, na które zostały skierowane przez podmiot inny niż powiatowy urząd pracy, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
  - 25) osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne oraz osoby niepobierające zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn określonych w art. 27 ust. 1 pkt 3-6 i ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz. U. z 2003 r. Nr 58, poz. 514 z późn. zm.) niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
  - 26) osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
  - 27) osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, objęte indywidualnym programem integracji na podstawie przepisów o pomocy społecznej, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
  - 28) osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne lub dodatki do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania, przyznane na podstawie przepisów
    - o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
  - 29) osoby bezdomne wychodzące z bezdomności niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
  - 30) osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego lub realizujące kontrakt socjalny, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
  - 31) kombataneci i osoby represjonowane niepodlegający ubezpieczeniom społecznym w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierający emerytury lub renty:
    - 31a) cywilne niewidome ofiary działań wojennych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
  - 32) osoby korzystające z urlopu wychowawczego niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
  - 33) osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
  - 34) rolnicy i ich domownicy, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie pkt 1-33 i 35;
  - 35) członkowie rad nadzorczych posiadający miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
  - 36) aplikanci Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury;
  - 37) osoby pobierające nauczycielskie świadczenia kompensacyjne.

Mając powyższe na uwadze, w sytuacji, w której dana osoba podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, ma prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej. Jeżeli natomiast nie spełnia ona warunków do uznania jej za podlegającą obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (np. utrzymuje się wyłącznie z dochodów osiąganych z pracy „na czarno”) – to może uzyskać dostęp do świadczeń przysługujących w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w drodze dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego<sup>5</sup>. W tym celu konieczne jest zawarcie umowy z wybranym oddziałem wojewódzkim NFZ i opłacanie składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne<sup>6</sup>.



## Ubezpieczenie dla członka rodziny

Status ubezpieczonego można uzyskać także będąc członkiem rodziny osoby, która jest objęta obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Członkiem rodziny, w świetle ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, jest małżonek, wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym oraz dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku.

Jako członek rodziny może zostać zgłoszona osoba kształcąca się zarówno w szkole publicznej, jak i niepublicznej. W przypadku zgłaszania studenta bez znaczenia jest tryb studiów, tzn. mogą to być zarówno studia dzienne, zaoczne, jak i wieczorowe.

Członkiem rodziny zgłoszonym do ubezpieczenia zdrowotnego może być także cudzoziemiec, jeżeli zamieszkuje on na terytorium Polski (w przypadku członka rodziny osoby, o której mowa w art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych), bądź na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego EFTA – strony umowy o EOG (w przypadku członka rodziny osoby, o której mowa w art. 3 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych)<sup>7</sup>.

Zgłoszenie członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego nie generuje konieczności ponoszenia większych nakładów na składkę z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

W sytuacji, w której dana osoba nie została objęta obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, nie zawarła umowy o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, a także nie jest członkiem rodziny osoby ubezpieczonej – co do zasady ponosi ona koszty udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Jak każda zasada, tak i ta zawiera liczne wyjątki, mając na uwadze potrzeby społeczne.

## Bezpłatne leczenie osób nieubezpieczonych

Prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, mimo braku ubezpieczenia, mają obywatele polscy, posiadający miejsce zamieszkania na terytorium RP, pozbawieni jakichkolwiek bądź osiągający bardzo niskie dochody. Warto

w tym miejscu zaznaczyć, iż kryteria dochodów określa ustawa o pomocy społecznej.

Dokumentem potwierdzającym prawo wymienionych osób do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania danego pacjenta<sup>8</sup>. Przy ustalaniu miejsca zamieszkania mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego. Zgodnie z treścią art. 25 kodeksu cywilnego, miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. Należy podkreślić, że w świetle obowiązujących przepisów prawa można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania. Decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy może zostać wydana na wniosek osoby ubiegającej się o świadczenie (jej przedstawiciela ustawowego), z inicjatywy organu gminy lub na wniosek właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, a w przypadku stanu nagłego – na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia. Podstawą wydania decyzji są złożone dokumenty potwierdzające trudną sytuację materialną, przeprowadzenie wywiadu środowiskowego, stwierdzenie kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 ustawy o pomocy społecznej. W przypadku stwierdzonych przez pracownika socjalnego dysproporcji między udokumentowaną wysokością dochodu a sytuacją majątkową osoby lub rodziny, wskazującą, że osoba ta lub rodzina jest w stanie przezwyciężyć trudną sytuację życiową, wykorzystując własne zasoby majątkowe, w szczególności w przypadku posiadania znacznych zasobów finansowych, wartościowych przedmiotów majątkowych lub nieruchomości, istnieje możliwość odmowy przyznania świadczenia. Decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy potwierdzająca prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych zachowuje ważność przez okres 90 dni od daty wydania lub od daty rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych, o ile w tym okresie adresat decyzji nie zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym. W przypadku konieczności przedłużenia okresu uprawnień do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej niezbędne jest ponowne wystąpienie z wnioskiem o wydanie kolejnej decyzji.

Uzyskanie przedmiotowej decyzji nie jest konieczne do korzystania ze świadczeń udzielanych przez jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w warunkach pozaszpitalnych, ponieważ ze względu na ich specyfikę są zawsze udzielane nieodpłatnie.

Prawo do świadczeń ze środków publicznych przysługuje również osobom nieubezpieczonym, posiadającym

obywatelstwo polskie i zamieszkującym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie ukończyły 18. roku życia. W konsekwencji każde dziecko mające obywatelstwo polskie i zamieszkujące w Polsce uzyskuje prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, bez względu na sytuację materialną rodziny i status rodziców, oczywiście w kontekście ubezpieczenia.

Podobnie jak w przypadku dzieci, z bezpłatnego leczenia mogą korzystać kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu, które posiadają polskie obywatelstwo i ich miejsce zamieszkania znajduje się na terytorium Polski. Wydaje się, że możliwość bezpłatnego korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu dotyczy wszystkich świadczeń zdrowotnych, jeżeli schorzenie pojawiło się w okresie ciąży, porodu i połogu. Warto podkreślić, że za okres połogu uznaje się czas 6 tygodni, czyli 42 dni od daty porodu<sup>9</sup>. Leczenie cudzoziemki w okresie ciąży, porodu i połogu jest odpłatne, chyba że umowa międzynarodowa, której Polska jest stroną, przewiduje inaczej.

Osobom nieubezpieczonym przysługują również bezpłatne świadczenia zdrowotne wynikające z następujących ustaw: o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi<sup>10</sup>, o przeciwdziałaniu narkomanii<sup>11</sup>, o ochronie zdrowia psychicznego<sup>12</sup>, o cudzoziemcach<sup>13</sup>, o zwalczaniu chorób zakaźnych<sup>14</sup>, o państwowym ratownictwie medycznym<sup>15</sup>, o Karcie Polaka<sup>16</sup> oraz kodeksu karnego wykonawczego<sup>17</sup>. Osoby uzależnione od alkoholu mają prawo do bezpłatnego leczenia odwykowego. Stosownie do treści art. 21 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – od osób uzależnionych od alkoholu nie pobiera się opłat za świadczenia w zakresie leczenia odwykowego udzielanego w zakładach opieki zdrowotnej. Bezpłatne jest także leczenie odwykowe dla osób uzależnionych od narkotyków. Zgodnie z treścią art. 26 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leczenie osoby uzależnionej prowadzi zakład opieki zdrowotnej lub lekarz wykonujący praktykę lekarską, w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej. Rehabilitację osoby uzależnionej mogą prowadzić: lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie psychiatrii; osoba posiadająca certyfikat specjalisty terapii uzależnień. Prowadzenie rehabilitacji polega na określeniu celu i zakresu działań rehabilitacyjnych, przygotowaniu i realizacji planu terapeutycznego<sup>18</sup>. W rehabilitacji osoby uzależnionej może uczestniczyć osoba posiadająca certyfikat instruktora terapii uzależnień. Ponadto centra integracji społecznej mogą prowadzić reintegrację osób uzależnionych. Za świadczenia, o których mowa powyżej, które są udzielane osobie uza-

leźnionej niezależnie od jej miejsca zamieszkania w kraju, nie pobiera się od tej osoby opłat. Leczenie odwykowe osób ubezpieczonych uzależnionych od alkoholu i narkotyków – jest finansowane ze środków NFZ pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, natomiast pozostałych osób – przez NFZ ze środków budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister zdrowia<sup>19</sup>.

Prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej posiadają osadzeni. Opłat nie pobiera się także od osób, którym udzielane są świadczenia zdrowotne związane ze zwalczaniem chorób zakaźnych i zakażeń<sup>20</sup>. Ponadto osoby nieposiadające ubezpieczenia, które są chore psychicznie lub upośledzone umysłowo, mają prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, udzielanych przez świadczeniodawcę, który ma podpisaną umowę z NFZ o udzielanie świadczeń w przedmiotowym zakresie.

Cudzoziemiec – posiadacz Karty Polaka, ma prawo do korzystania na terenie Polski z bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych, chyba że umowa międzynarodowa, której Polska jest stroną, przewiduje zasady bardziej korzystne dla takiej osoby<sup>21</sup>. Karta Polaka może być przyznana osobie, która deklaruje przynależność do Narodu Polskiego i spełni łącznie następujące warunki:

- wykaże swój związek z polsnością przez przynajmniej podstawową znajomość języka polskiego, który uważa za język ojczysty, oraz znajomość i kultywowanie polskich tradycji i zwyczajów;
- w obecności konsula Rzeczypospolitej Polskiej lub upoważnionego pracownika organizacji złoży pisemną deklarację przynależności do Narodu Polskiego;
- wykaże, że co najmniej jedno z jej rodziców lub dziadków albo dwoje pradiadków było narodowości polskiej lub posiadało obywatelstwo polskie, albo przedstawi zaświadczenie organizacji polskiej lub polonijnej działającej na terenie jednego z państw, potwierdzające aktywne zaangażowanie w działalność na rzecz języka i kultury polskiej lub polskiej mniejszości narodowej przez okres co najmniej ostatnich trzech lat.

Warto zauważyć, że Karta Polaka może być przyznana wyłącznie osobie nieposiadającej obywatelstwa polskiego albo zezwolenia na osiedlenie się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej<sup>22</sup>.

Osoby, które nie mają statusu osoby ubezpieczonej mogą także zdecydować się na opłacanie składki na ubezpieczenie zdrowotne, które jest oferowane przez wiele

komercyjnych firm ubezpieczeniowych. Jest to oczywiście związane z dodatkowymi kosztami, ale dzięki szerokiej ofercie firm ubezpieczeniowych każda osoba może indywidualnie podjąć decyzję o zakresie i wysokości ubezpieczenia. Warto pamiętać, że często świadczenia zdrowotne związane z leczeniem choroby przewlekłej nie wchodzą w zakres ubezpieczenia, a niska wysokość składki ma związek z rodzajem wybranego ubezpieczenia zdrowotnego, w szczególności jego zakresem.

## Podsumowanie

Tematyka dotycząca ubezpieczenia zdrowotnego ma charakter wielopłaszczyznowy. Ubezpieczenie zdrowotne (*sensu stricte*) traktujemy jako węzeł współzależnych stosunków prawnych między trzema stronami: ubezpieczonym, NFZ oraz świadczeniodawcą ubezpieczenia zdrowotnego<sup>23</sup>. Zdarzają się także sytuacje, gdy osoby nieubezpieczone mają prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Do takich przypadków należy m.in. leczenie odwykowe osób uzależnionych od narkotyków, co jest bezpośrednio związane z faktem, iż jest to zjawisko kwalifikowane jako problem społeczny. Regulacje prawne dotyczące leczenia osób, które są uzależnione od narkotyków, poza leczeniem odwykowym, nie różnią się od przepisów mających zastosowanie wobec pozostałych pacjentów. Osoby nieposiadające ubezpieczenia zdrowotnego mogą się starać o uzyskanie takiego statusu m.in. ze względu na trudną sytuację materialną, czy też fakt bycia bezrobotnym lub członkiem rodziny osoby ubezpieczonej. Należy pamiętać, że prawo do ochrony zdrowia jest jednym z najważniejszych praw człowieka. Mając to na uwadze, osoby nieubezpieczone mają prawo do bezpłatnych medycznych świadczeń ratunkowych, które są udzielane przez zespoły ratownictwa medycznego w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zgodnie z treścią ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym stanem nagłym jest zagrożenie zdrowotne rozumiane jako stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Ocena, czy w danym przypadku wystąpił stan nagły, należy do świadczeniodawcy<sup>24</sup>.

## Przypisy

- <sup>1</sup> C. Włodarczyk w wielu wypowiedziach, np. *Wokół problemów definicji polityki zdrowotnej*, Polityka Społeczna, 1994, nr 11-12.
- <sup>2</sup> J. Jończyk, *Strony i stosunki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, Prawo i Medycyna 1/2005 (18, vol.7), s. 25.
- <sup>3</sup> Ibidem, s. 22.
- <sup>4</sup> A. Sidorko, *Bezpłatne leczenie osób nieubezpieczonych*, Służba Pracownicza nr 10/2009, s. 19.
- <sup>5</sup> Ibidem.
- <sup>6</sup> Szczegółowe regulacje nt. dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, w tym m.in. wysokość składki, znajdują się w art. 68 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
- <sup>7</sup> A. Sidorko, *Ubezpieczenie zdrowotne członków rodziny*, Służba Pracownicza nr 10/2006, s. 29.
- <sup>8</sup> Zgodnie z komunikatem Małgorzaty Koszur – rzecznika prasowego ZOW NFZ – Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ, w okresie od stycznia do końca lipca 2005 roku, sfinansował, na podstawie decyzji wydanej przez samorządy, świadczenia zdrowotne dla 38 nieubezpieczonych osób, na łączną kwotę 127 926 zł, z czego najwięcej, bo ponad 125 tys., kosztowało leczenie szpitalne – [http://www.grabieniec.pl/pokaz\\_arttykul.php?id\\_arttykulu=721](http://www.grabieniec.pl/pokaz_arttykul.php?id_arttykulu=721)
- <sup>9</sup> Op. cit. A. Sidorko, *Bezpłatne leczenie osób nieubezpieczonych*, s. 21.
- <sup>10</sup> Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2002 r., Nr 147, poz. 1231 z późn. zm.).
- <sup>11</sup> Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005 r., Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.).
- <sup>12</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>13</sup> Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2003 r., Nr 128, poz. 1175 z późn. zm.).
- <sup>14</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r., Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
- <sup>15</sup> Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2006 r., Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.).
- <sup>16</sup> Ustawa z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2007 r., Nr 180, poz. 1280 z późn. zm.).
- <sup>17</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 1997 r., Nr 90, poz. 557 z późn. zm.).
- <sup>18</sup> K. Łucarz, A. Muszyńska, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, Komentarz*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2008, s. 330.
- <sup>19</sup> Op. cit. A. Sidorko, *Bezpłatne leczenie osób nieubezpieczonych*, s. 22.
- <sup>20</sup> Szczegółowe informacje nt. bezpłatnego leczenia osób, którym udzielane są świadczenia zdrowotne związane ze zwalczaniem chorób zakaźnych i zakażeń znajdują się w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
- <sup>21</sup> Op. cit. A. Sidorko, *Bezpłatne leczenie osób nieubezpieczonych*, s. 23.
- <sup>22</sup> Karta Polaka może być przyznana wyłącznie osobie posiadającej w dniu złożenia wniosku o wydanie Karty Polaka obywatelstwo Republiki Armenii, Republiki Azerbejdżańskiej, Republiki Białorusi, Republiki Estońskiej, Gruzji, Republiki Kazachstanu, Republiki Kirgiskiej, Republiki Litewskiej, Republiki Łotewskiej, Republiki Mołdowy, Federacji Rosyjskiej, Republiki Tadżykistanu, Turkmenistanu, Ukrainy albo Republiki Uzbekistanu. Ponadto Karta Polaka może być także przyznana osobie będącej obywatelem jednego z państw, o których mowa w ust. 2, której polskie pochodzenie zostało prawomocnie stwierdzone zgodnie z przepisami ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o repatriacji (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 532, z 2005 r. Nr 94, poz. 788, z 2006 r. Nr 249, poz. 1828 oraz z 2007 r. Nr 120, poz. 818).
- <sup>23</sup> D.E. Lach, *Zasada powszechności ubezpieczenia zdrowotnego, a założenia aksjologiczne ubezpieczeń społecznych*, PiP nr 7/2006, s. 57.
- <sup>24</sup> M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 59.



*Po wejściu w życie nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, stacjonarne sklepy oferujące „środki zastępcze” zniknęły z polskich miast. Problem nadal istnieje w internecie. Utrzymanie dynamiki rynku „dopalaczy” w Polsce na poziomie z lat 2008–2010 wydaje się jednak niemożliwe.*

# „DOPALACZE” W INTERNECIE – MARKETING W SŁUŻBIE SPRZEDAŻY „ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH” W SIECI

Tomasz Zakrzewski

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

## Wstęp

„W obrocie jest coraz więcej środków psychoaktywnych, dlatego poszerzenie katalogu substancji zakazanych jest racjonalne. Konieczne wydaje się objęcie kontrolą ustawową zwłaszcza substancji znajdujących się w obrocie handlowym, w tym w sklepach internetowych z tzw. dopalaczami” – donosi „Gazeta Wyborcza” za Polską Agencją Prasową<sup>1</sup>, zwracając jednocześnie uwagę na dwa istotne aspekty bieżącej sytuacji związanej z tzw. środkami zastępczymi. Pierwszy z aspektów to starania ustawodawcy o poszerzenie listy substancji kontrolowanych o nowe syntetyczne tzw. *design drugs*, drugi to świadomość, iż mimo podjętych działań związanych z zamknięciem sklepów stacjonarnych, rynek „dopalaczy” nadal rozwija się w internecie. Sieć oferuje szeroki asortyment „środków zastępczych” i mimo ustawowego zakazu wprowadzania ich do obrotu, zarówno sklepy, jak i społeczności internetowe działają bez przeszkód. Jednocześnie zmniejszone zainteresowanie mediów ogólnopolskich problematyką „nowych narkotyków” po wprowadzeniu ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 8 października 2010 roku (Dz. U. z 2010 r. Nr 213, poz. 1396), która weszła w życie pod koniec zeszłego roku, w znacznym stopniu zmniejszyło impuls popytowy na rynku „środków zastępczych”. Działanie rynku w nowych warunkach prawnych uruchomiło lub wzmocniło szereg mechanizmów perswazyjnych i manipulacyjnych ukierunkowanych na promocję i reklamę produktów dostępnych na polskojęzycznych stronach sprzedających „dopalacze”. W niniejszym artykule pragnę podjąć próbę z jednej strony opisu obecnego rynku, z drugiej skatalogowania podsta-

wowych technik wpływu, jakiemu podlegają potencjalni klienci sklepów oferujących „dopalacze”.

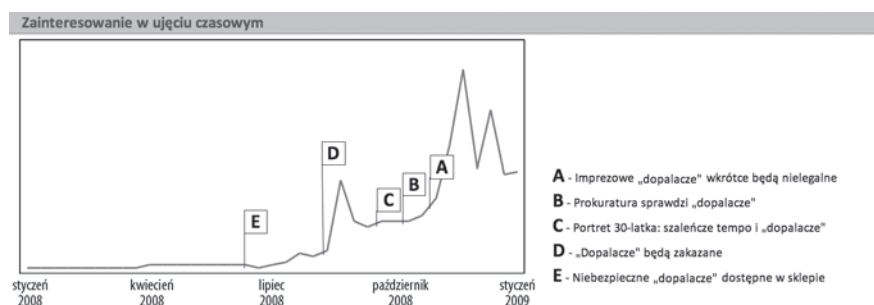
## Historia

Rynek „środków zastępczych” w internecie rozwinął się w Europie zanim zaczęły działać pierwsze stacjonarne sklepy oferujące tego typu substancje. W Polsce jego rozwój rozpoczął się wraz z pojawieniem się pierwszej domeny dopalacze.com, która powstała w 2008 roku. Śmiało można stwierdzić, że nazwa tej domeny zdeterminowała nomenklaturę obszaru „legalnych środków psychoaktywnych” i była niezwykle efektywną platformą marketingową, która przyczyniła się do sukcesu rynkowego sieci, a potem także rozwoju zjawiska w naszym kraju. Jednocześnie ustanowiła standardy w kategoryzowaniu typów sprzedawanych produktów, ukierunkowanych na różne grupy docelowe potencjalnych klientów. Środki masowego przekazu utrwaliły nazewnictwo i typologię rynkową produktów, wzmacniając zainteresowanie w internecie zarówno problematyką nowych narkotyków, jak i samymi brandami „dopalaczy” czy zawartymi w nich substancjami pochodzenia naturalnego bądź syntetycznego. Analizując intencjonalne zainteresowanie<sup>2</sup> internautów problematyką „dopalaczy” na przestrzeni lat 2009–2011<sup>3</sup>, można wysnuć następujące wnioski:

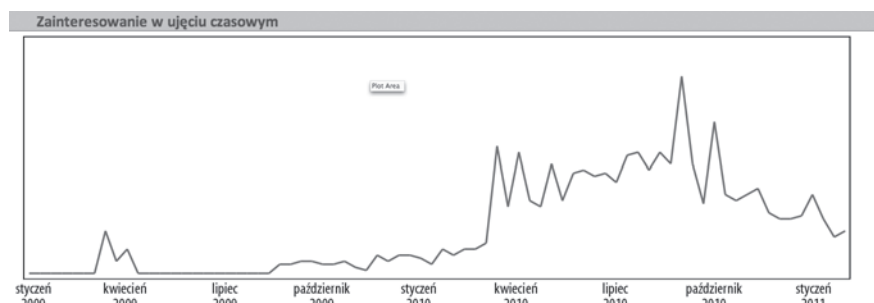
- Zainteresowanie „dopalaczami” rosło od roku 2008, a w roku 2010 ustabilizowało się.
- Najwyższe statystyki zainteresowania korelowały z informacjami w środkach masowego przekazu (nie tylko w sieci) proporcjonalnie do pojawiania się informacji wiodących (np. tzw. headlinów).



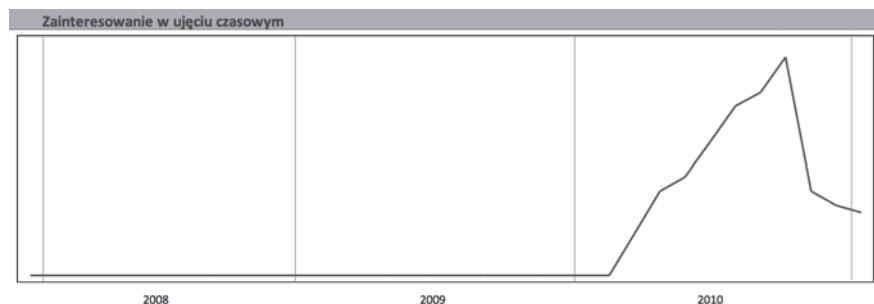
**Rys. 1. Zainteresowanie „dopalaczami” w polskim internecie (rok 2008), pkt A oraz D – wykresu**



**Rys. 2. Zainteresowanie mefedronem w polskim internecie w latach 2009–2011**



**Rys. 3. Zainteresowanie butylohem/metylohem w polskim internecie w latach 2008–2011**



- Główne informacje medialne zwiększające zainteresowanie dopalaczami w sieci związane były z zapowiedziami nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (rys. 1) i wprowadzeniem nowych substancji na listę substancji kontrolowanych ustawowo.
- W latach 2008–2009 kategorie „najpopularniejsze wyszukiwania” oraz „wyszukiwania o rosnącej popularności” ogniskowały się na poszukiwaniu dostępu do środków (poszukiwanie sklepów w sieci, poszukiwanie adresów sklepów stacjonarnych) oraz wyszukiwaniu informacji dotyczących grupy brandów pod nazwą „spice” oraz „smoke”.
- W 2010 roku kategorie „najpopularniejsze wyszukiwania” oraz „wyszukiwania o rosnącej popularności” dotyczyły poszukiwania informacji na portalach

społecznościowych i forach na temat „środków zastępczych”, a w szczególności brandu tajfun (ponad trzynastokrotny wzrost popularności) oraz substancji syntetycznego katynonu – mefedronu (ponad pięciokrotny wzrost popularności wyszukiwania w ciągu roku).

- Od 2009 roku widoczny jest trend poszukiwania konkretnych stron internetowych sklepów oferujących „środki zastępcze” (wyszukiwanie sieci sprzedażowych).

- W 2011 roku informacji o dopalaczach najczęściej poszukiwano w województwach: łódzkim, pomorskim, dolnośląskim oraz śląskim.

- W 2010 roku wzrosło zainteresowanie metylohem i butylohem<sup>4</sup> w sieci (rys. 3); w latach 2008–2009 zainteresowanie tymi syntetykami było zerowe.

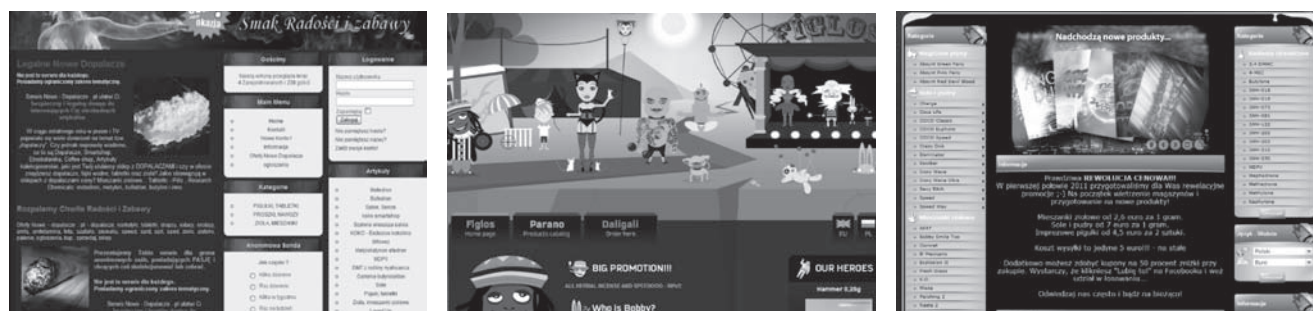
### Jak utrzymać dynamikę rynku bez sklepów stacjonarnych?

2 października 2010 roku na mocy decyzji Głównego Inspektora Sanitarnego Przemysław Biliński (art. 27 ust. 2 ustawy o Państwowej

Inspekcji Sanitarnej stanowi, że inspektorzy nakazują m.in. natychmiastowe wycofanie z obrotu środka spożywczego, przedmiotu, materiałów mogących mieć wpływ na zdrowie ludzi) zamknięto ponad 1300 sklepów stacjonarnych prowadzących sprzedaż „dopalaczy”. Sieci posiadające sklepy internetowe jeszcze przez parę tygodni zajmowały się promocją handlu hurtowego tymi substancjami, ale po wejściu w życie nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej zaprzestały one działalności na polskich serwerach. Niektóre z nich zapowiadały jej wznowienie pod koniec 2010 roku za pośrednictwem sieci poza granicami kraju.

Aby wykorzystać zainteresowanie potencjalnych klientów, rynek sprzedaży „środków zastępczych” musiał bardzo szybko przystosować się do nowej rzeczy-

Rys. 4. Wybrane przykłady interfejsów sklepów oferujących „środki zastępcze”



wistości prawnej i medialnej. Dodatkowo specyfika marketingu w internecie wpłynęła na przebudowę stron, zamknięcie niektórych z nich i powstanie nowych domen. Dostrzeżono też możliwości promocji sieciowej, w tym w społecznościach internetowych czy poprzez największe wyszukiwarki w sieci. Jeszcze w styczniu 2011 roku niektóre ze stron sprzedawały produkty jedynie w walucie europejskiej, co powodowało mniejszy dostęp do brandów i kłopoty z płatnościami. Obecnie<sup>5</sup> większość polskojęzycznych sklepów oferujących „dopalacze”, sprzedaje produkty w złotychkach oraz w euro, proponując kilkadziesiąt podstawowych marek „środków zastępczych”; przesyłka najczęściej jest w formie zryczałtowanej, a strony zostały udostępnione przede wszystkim z serwerów czeskich, słowackich oraz holenderskich.

Aktualnie na rynku internetowym możemy zaobserwować dwa zjawiska: powrót niektórych sieci utrzymujących stacjonarne sklepy w latach 2008–2010 oraz tworzenie się licznej grupy nowych firm (nowe domeny) internetowych prowadzących coraz aktywniejszy marketing. Dane z marca 2011 roku wskazują na 17 głównych sklepów polskojęzycznych oferujących „środki zastępcze”. Rynek ten cały czas jest rozdrobniony i pod nieobecność kilku kluczowych graczy można na nim zauważyć „walkę” cenową i marketingową między sklepami on-line.

## Wizerunek sklepów

Pod nowymi lub już wypromowanymi adresami pojawiają się sklepy on-line nastawione w swej formie na młodego odbiorcę. Większość stron jest oparta na typowych aplikacjach sklepów internetowych, ale niektóre wyróżniają się atrakcyjną oprawą graficzną. Obecnie strony internetowe sklepów nie są ukierunkowane na szerokiego odbiorcę, ale przede wszystkim na

osoby, które już używały „dopalaczy” czy innych substancji psychoaktywnych, odwołując się do typowych subkulturowych wizualizacji (rys. 4). Niektóre strony przyciągają uwagę nie tylko niestandardową formą, bogatą kolorystyką czy wizerunkiem odwołującym się do skojarzeń ze stanami psychicznymi występującymi po spożyciu środków psychoaktywnych (np. formy psychodeliczne), ale także skojarzeniami z „kultowymi” akcesoriami subkultur oraz produkcjami filmowymi rozpoznawalnymi przez osoby sięgające po narkotyki. Sklepy wykorzystują także warstwę dźwiękową – spoty promujące konkretne produkty, reklamujące formy tzw. dyskretnej wysyłki czy zachęcające do zakupów hurtowych i założenia własnej działalności dystrybucyjnej w ramach popularnych ofert pod nazwą „zarabiam z nami”.

## Poważne pieniądze zarabiane w niepoważny sposób

Większość witryn jest oparta na reklamie skojarzeniowej, która wykorzystuje humor i kody kultury masowej (rys. 5) związane np. z nadużywaniem kiczu, trawestacją „kultury gangsta” czy horroru, wykorzystywaniem odwołań do sztuki (np. surrealizmu) czy popkulturowych ikon. Strony tworzone w języku odbiorców zarówno na poziomie semantycznym, jak i wizualnym mają na celu stworzenie platformy sprzedażowej z wyłączeniem refleksji czy dysonansów, a wzmocnieniem norm związanych z wartością „zabawy”, „wolności”, „szaleństwa”, „luźnego stylu bycia” – stąd wykorzystywanie pozytywnych emocji ułatwiających podjęcie decyzji o zakupie. Pod warstwą wrażeniową niektóre sklepy oferują często rozbudowaną warstwę przekazów quasi-naukowych na temat sprzedawanych nowych substancji psychoaktywnych pochodzenia syntetycznego dla

Rys. 5. Wybrane przykłady odwołań w warstwie wizualnej sklepów do estetyki szoku, humoru



bardziej doświadczonej grupy klientów oraz treści o specyfice normatywnej, odwołujące się do bieżącej sytuacji prawnej „środków zastępczych” w Polsce.

## Nazwy i opakowania

Nazwy i opakowania poszczególnych produktów sprzedawanych w sklepach z dopalaczami można podzielić na cztery typy. Pierwszy typ w sposób bezpośredni lub pośredni nasuwa klientowi skojarzenia ze znanymi na rynku narkotykami, np. hash (haszysz), LZD (LSD), GoodStuff, Green, Crazy Rasta, Reggae (marihuana), Shrooms (grzyby halucynogenne), Greengo (peyotl), Speed (amfetamina), Crack Inside (kokaina, crack), Pink Champagne's (etanol). Druga kategoria brandów odwołuje się do stanów świadomości pojawiających się bezpośrednio lub pośrednio po zażyciu substancji i do tzw. mocy danego produktu psychoaktywnego: Dove (lekkość, szczęście), MAD MAX (szaleństwo), Masakrator, Tajfun, Pershing 2, (moc, siła, ruch), Loved up (miłość, empatia), Spirit Gold (duchowość), Sexy Bitch (działanie zwiększające libido), Druid (doznania mistyczne), Bobby Smile (uśmiech, radość), Super E (poczucie własnej wartości, siła); trzecia kategoria to brandy nowe, łatwe do zapamiętania i kojarzące się z zabawą, np. Coco, Melange; ostatnia kategoria to

związki chemiczne lub konkretne rośliny: Salvia, Kratom, JWH-210, Methylon, Mephedron, 4-MEC.

## Interaktywność

Strony kierowane do młodych odbiorców oferują wiele rozwiązań interaktywnych. Cel wprowadzania narzędzi interaktywnych do aplikacji sklepów internetowych jest dwojaki. Po pierwsze uatrakcyjnienie strony, nadanie jej dynamicznego charakteru, odpowiadającego trendom w sieci, po drugie wzmocnienie komunikatów stricte sprzedażowych oraz PR-owych form oferujących produkty psychoaktywne. Narzędzia interaktywne w warstwie wizerunkowej wzmacniają wiarygodność sprzedaży (możliwość zadania pytania „ekspertom”, komentarze klientów publikowane on-line, oceny produktów), co jest niezwykle istotną kwestią na rynku wprowadzającym nowe (czyt. nieznane) psychoaktywne substancje syntetyczne, a jednocześnie kształtują świadomość norm dzięki eksponowaniu np. liczby komentarzy wskazujących na wzmacnianie konformistycznych (w ramach subkultury „kolekcjonerów”) zachowań wśród klientów. Odwoływanie się nie tylko do ocen, ale również do wymiany opinii na forach czy portalach social media dodatkowo potęguje wrażenie „transparentności” oraz „wysokiej jakości” i „kontroli produkcji” proponowanych środków, a co za tym idzie ich nieszkodliwości. Z drugiej strony narzędzia

Rys. 6. Wybrane przykłady opakowań brandów tzw. dopalaczy





interaktywne mają służyć rozrywce na dwa sposoby: promowanie (reklama wprost i nie wprost) konkretnych produktów (gry, konkursy, teksty) oraz oferowanie dodatkowych atrakcji na stronie służącej do autoprezentacji typowej dla social web w postaci np. możliwości zamieszczenia autorskiego wideo czy autorskiej muzyki – stwórz własną piosenkę i zaskocz znajomych itp. Na stronach prezentujących kilkadziesiąt różnych produktów, znajdziemy także wyszukiwarki ułatwiające zakup marek.

## Reklama za pośrednictwem społeczności internetowych

Już od 2008 roku największe sieci sklepów stacjonarnych sprzedających „nowe, legalne narkotyki”, inicjowały działania wykorzystujące social media w sieci. Wcześniejsze działania miały relatywnie mniejszą skalę i były ukierunkowane na mniejszą liczbę odbiorców. Obecnie do głównych narzędzi wymiany informacji, rozrywki oraz reklamy „dopalaczy” należy szereg profili na Facebooku oraz kilkadziesiąt wiodących forów wymiany informacji i dyskusji o nowych narkotykach. Komunikacja odbywa się na bardzo dużą skalę i ma swoją dynamikę. Dynamika ta jest spowodowana wieloma czynnikami, główne z nich to:

- nagłośnienie zjawiska przez media internetowe i pozainternetowe;
- kontrowersyjność społeczna tematyki;
- brak lub niewystarczająca liczba informacji na temat „dopalaczy” (skład, oddziaływanie na organizm człowieka, pożądane oddziaływanie psychoaktywne, powodowane szkody/zagrożenia);

Rys. 7. Jedno z forów na temat „dopalaczy” w polskiej sieci



Rys. 8. Dyskusja na tablicy jednego z profili sklepów na Facebooku (1717 osób „to lubi”)



- duża liczba brandów (mechanizmy społeczne – porównywanie jakości, cen);
- duża liczba sieci dystrybucyjnych (w chwili obecnej sklepów www);
- zainteresowanie zakupem środków (informacje o sklepach, lokalizacje);
- potrzeba rozrywki, potrzeba przynależności do nonkonformistycznych grup.

Aby uzmysłować sobie skalę zjawiska, przytoczę statystyki jednego z czołowych forów istniejących w polskim internecie od trzech lat: na forum znajduje się 29 480 wpisów w 32 głównych tematach, które łącznie zawierają 2172 wątki<sup>6</sup>. Przykładowo tylko w jednym wątku pod nazwą „mieszanki ziołowe” istnieje 197 tematów i 3250 odpowiedzi. Likwidacja sklepów stacjonarnych wcale nie wpłynęła negatywnie na wymianę informacji w internecie. W niektórych tematach można wręcz zaobserwować progres, np. pod nazwą „Ruch oporu”, „Dyskusje na temat sytuacji pomiędzy prawem a sklepami” czy „Sklepy internetowe – sklepy w Polsce i za granicą”. Na większości forów znajdziemy także bannery reklamujące sklepy oraz czasem działki dotyczące poszczególnych internetowych dostawców.

Portale społecznościowe takie np. jak Facebook także nie pozostają w tyle. Niektóre ze sklepów zainstalowały na stronach wtyczki społeczności Facebook. Na profilach sklepy udzielają odpowiedzi, promują nowe marki wprowadzanych „dopalaczy”, linkują do innych profili czy stron www (np. strony kultury techno, clubbingu itp.). Na profilach toczą się także dyskusje użytkowników oraz wymieniane i prezentowane są pliki o charakterze subkulturowym czy rozrywkowym.



## Podsumowanie

Po wejściu w życie zmian w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawie o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, stacjonarne sklepy oferujące „środki zastępcze” zniknęły z polskich ulic. Rynek „dopalaczy” wciąż jednak istnieje w internecie. Niektóre sieci zrezygnowały z działalności, ale większość stara się odbudować swoje pozycje za pośrednictwem sklepów internetowych, które są usytuowane na serwerach w krajach o liberalnym podejściu do problematyki „nowych narkotyków”. Odbudowanie pozycji rynkowej wiąże się ze stosunkowo agresywną polityką sprzedażową z jednej strony oraz ze zwiększeniem „przyjazności” procesu sprzedaży i dostępności „dopalaczy” z drugiej strony.

Utrzymanie dynamiki rynku „dopalaczy” w Polsce na poziomie z lat 2008–2010 wydaje się niemożliwe. Rynek internetowy tych substancji bez nagłaśniania tematu w środkach masowego przekazu, jest obecnie „skazany” na wykorzystywanie przede wszystkim form

marketingu ukierunkowanego na wybrane subtargety w sieci. Można także stwierdzić, że po nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii dopiero się konstituuje, jest w fazie wschodzącej. Obserwujemy na nim stosunkowo dużą konkurencję, która agresywną formą reklamy i promocji, wykorzystującą większość znanych technik tradycyjnego marketingu w sieci, walczy o niszową grupę użytkowników.

## Przypisy

<sup>1</sup> „Kluby poparły kolejną nowelizację dotyczącą „dopalaczy” – PAP, 02.03.2011”.

<sup>2</sup> Na podstawie statystyk wyszukiwarki Google (2009–2011) dla polskojęzycznego internetu.

<sup>3</sup> Brak szczegółowych danych za dwa miesiące 2011 roku.

<sup>4</sup> Między innymi substancje pn. metylon oraz butylon pojawiły się w projektach trzech nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii na liście środków kontrolowanych ([http://orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/ustawy/3793\\_u.htm](http://orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/ustawy/3793_u.htm) – Substancje psychotropowe grupy I-P).

<sup>5</sup> Wstępna analiza jakościowa rynku w polskojęzycznym internecie została przeprowadzona na przestrzeni styczeń-luty 2011 roku.

<sup>6</sup> Dane z marca 2011 roku.

## Współpraca międzynarodowa

Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	25 stycznia	Bruksela, Belgia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	15 lutego	Bruksela, Belgia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	1 marca	Bruksela, Belgia
Reitox Academy Drug	1-2 marca	Lizbona, Portugalia
I spotkanie grupy ekspertów dotyczące ewaluacji europejskiej strategii	2 marca	Bruksela, Belgia
54. sesja Komisji Środków Odurzających ONZ	21-25 marca	Wiedeń, Austria

## Spotkania krajowe

Szkolenie dotyczące monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków, CINN KBPN	22 lutego	Warszawa
---	-----------	----------

*W 2010 roku Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii przeprowadziły badania diagnozujące używanie przez młodzież substancji psychoaktywnych. Niniejszy artykuł prezentuje dane dotyczące substancji legalnych, w następnym numerze Serwisu zaprezentowane zostaną informacje na temat narkotyków.*

# MŁODZIEŻ A PAPIEROSY I ALKOHOL

Artur Malczewski

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

## Metodologia badania

Badanie naukowe „Młodzież 2010” wykonane zostało przy pomocy metody ilościowej na ogólnopolskiej próbie losowej 65 szkół (jedna klasa w szkole) – liceów, techników i zasadniczych szkół zawodowych. Objęto nim 1246 uczniów, w tym 97% w wieku 18-19 lat. Wywiady z uczniami ostatnich klas zrealizowano metodą audytoryjną w okresie od 2 do 19 listopada 2010 roku.

Badanie dotyczące używania substancji psychoaktywnych realizowane jest przez CBOS od 1992 roku. Od 2005 roku badania używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży szkolnej przeprowadzane są przy współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Biuro finansowało realizację trzech ostatnich pomiarów, a w 2008 i 2010 roku opracowało dodatkowe pytanie dotyczące używania dopalaczy. Rozpoczęto zatem monitoring nowego zjawiska. Przy ostatnim pomiarze respondenci zapytani zostali o udział w grach losowych.

## Palenie papierosów

Badania realizowane w latach 1992–2003 wskazywały na stopniowy wzrost odsetka uczniów regularnie palących papierosy (od 23% do 31%). W 2008 roku odnotowaliśmy spadek, który utrzymał się w 2010 roku. Wzrost o 1 punkt procentowy uczniów regularnie palących oraz palących w wyjątkowych sytuacjach, jest tak niewielki, że możemy mówić o stabilizacji wskaźnika. W 2010 roku regularne palenie deklarowało 23% badanych, a kontakt sporadyczny 17%.

W 2008 roku 62% młodzieży twierdziło, że nie pali papierosów i był to najwyższy odsetek ze wszystkich pomiarów. Najmniej niepalących było w 2003 roku (50%). W ostatnim badaniu 59% uczniów odpowiedziało „nie” na pytanie o palenie papierosów, co jest wynikiem takim samym jak w roku 1992.

Jeśli chodzi o palenie okazjonalne, możemy mówić o stabilizacji sytuacji, w latach 1992–2010 odsetki w tej grupie

wahały się od 15% do 18%. W przypadku palenia regularnego zmiany były większe – najwyższy odsetek badanych deklarujących palenie odnotowano w 2003 roku – prawie co trzeci badany (31%). Od tego roku regularne palenie deklaruje co czwarty badany.

Wśród młodzieży niepalącej do czasu ostatniego badania w 2010 roku dominowały dziewczęta. W 2008 roku niepalenie deklarowało 64% dziewcząt i 59% chłopców.

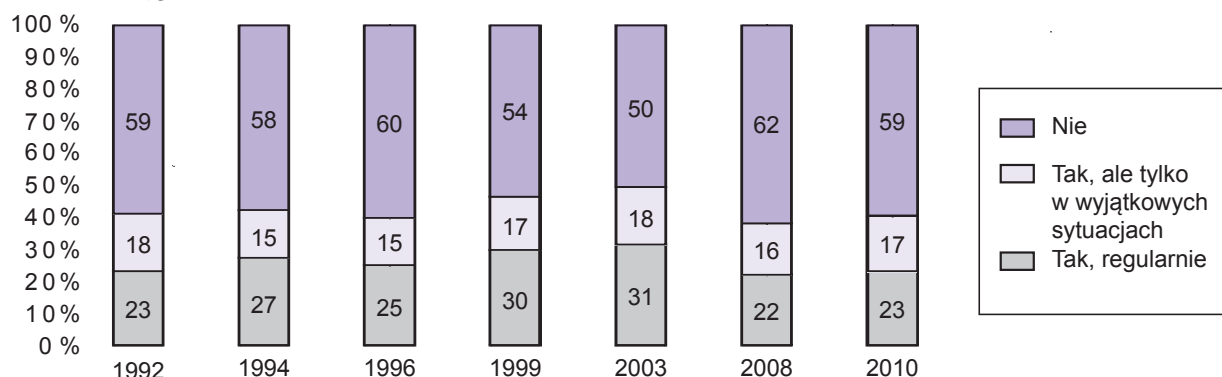
Niższe odsetki, ale również z taką samą różnicą (5 punktów procentowych), zanotowano w badaniu z 2003 roku: 53% dziewcząt oraz 48% chłopców. Sytuacja dotycząca palenia uległa zmianie w 2010 roku: 57% dziewcząt i aż 62% chłopców zadeklarowało, że nie paliło papierosów. Wyniki ostatniego badania pokazują, że chłopcy zajęli miejsce dziewcząt w konsumpcji wyrobów tytoniowych. Oznacza to, że wśród chłopców nastąpił spadek popularności palenia papierosów, natomiast papierosy stały się nieco bardziej popularne wśród dziewcząt. Dziewczęta palą częściej zarówno regularnie (24% dziewcząt w stosunku do 22% chłopców), jak również okazjonalnie (19% dziewcząt w stosunku do 15% chłopców).

Podobnie jak w 2008 roku, w 2010 roku niepaląca młodzież to najczęściej uczniowie liceów ogólnokształcących, zarówno publicznych (66%), jak i prywatnych (65%) (w 2008 roku odpowiednio: 66% i 68%), oraz techników – 61% (69% w 2008 roku). Najniższe odsetki we wszystkich pomiarach odnotowano wśród uczniów zasadniczych szkół zawodowych. W 2010 roku mniej niż połowa zadeklarowała, że nie pali papierosów (47%).

Obecnie wśród uczniów uważających sytuację materialną swojej rodziny za dobrą nie pali 52% (64% w 2008 roku), a wśród tych, którzy określają warunki materialne w rodzinie jako złe – 65% (56% w 2008 roku).

Badania prowadzone w latach dziewięćdziesiątych pokazywały, że wyższe wskaźniki regularnego palenia dotyczyły uczniów, których rodzice legitymowali się wyższym wy-

**Wykres 1. Odsetki badanych deklarujących palenie papierosów (odsetki nie zawsze sumują się do stu z powodu zaokrągleń)**



kształceniem, a niższe – dzieci rodziców z wykształceniem podstawowym. Wyniki z 2008 roku mówią o odwrotnych zależnościach: wyższe wykształcenie rodziców łączyło się z niskim wskaźnikiem regularnego palenia papierosów przez uczniów. Jednym z czynników chroniących przed paleniem papierosów jest udział w praktykach religijnych. Im silniejsze zaangażowanie religijne, tym więcej niepalących i mniej regularnych palaczy. Czynnik ten wpływał na zachowania młodzieży we wszystkich dotychczasowych badaniach. Wśród tych, którzy w 2010 roku deklarowali, że uczestniczą w praktykach religijnych kilka razy w roku, było 26% regularnych palaczy (31% w 2008 roku), a wśród w ogóle niebiorących w nich udziału – 38% (35% w 2008 roku). Najniższe odsetki palących odnotowano wśród uczniów uczestniczących w praktykach religijnych raz lub kilka razy w tygodniu – 14%. W 2008 roku badanej młodzieży po raz pierwszy zadano pytanie: „Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy Twój rodzic pracował za granicą?”. Analiza wpływu tego czynnika wskazała na zależności, których można się było spodziewać. Regularne palenie deklarowało w 2010 roku 34% uczniów (41% w 2008 roku), których oboje rodzice na stałe lub sezonowo przebywają poza granicami kraju i 21% (20% w 2008 roku) dzieci rodziców niepracujących w ciągu ostatniego roku za granicą. Wyższy odsetek regularnych palaczy jest ponadto wśród młodzieży, która deklaruje, że to ojciec, a nie matka pracuje za granicą. Po papierosy rzadziej sięgają uczniowie otrzymujący bardzo dobre oceny – 75% nie pali. Prawie połowa, tj. 45% uczniów z niskimi ocenami pali papierosy.

## Konsumpcja napojów alkoholowych

W badaniu z 2010 roku, podobnie jak w latach wcześniejszych, to napoje alkoholowe okazały się najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród mło-

dzieży szkolnej. Ankietowani sięgali po nie częściej niż po papierosy czy narkotyki. Ponadto aktualne badania nie wskazują na żadne czynniki społeczno-demograficzne, które silnie różnicowałyby młodzież w kwestii spożywania alkoholu. W ciągu miesiąca przed badaniem 76% uczniów przynajmniej raz piło piwo (75% w 2008 roku), 63% – wódkę i inne mocne alkohole (54%), a 33% – wino (29% w 2008 roku). W porównaniu do roku 2008 nastąpił wzrost odsetka uczniów sięgających po wódkę. Częstość picia wymienionych trzech rodzajów alkoholu w poszczególnych latach ilustruje tabela 1.

W pierwszym pomiarze, tj. w roku 1992, picie piwa deklarowała połowa uczniów (49%), w kolejnych latach odsetek ten wzrastał i w 2003 roku osiągnął poziom prawie 80%. Tegoroczne badania, podobnie jak pomiar z 2008 roku, odnotowują, że piwo pije trzech na czterech uczniów (76% w 2010 roku), co wskazuje na stabilną tendencję w konsumpcji piwa.

Po piwo częściej sięgają uczniowie niż uczennice. W ostatnim miesiącu przed badaniem piwo piło 82% chłopców (85% w 2008) i 69% dziewcząt (taki sam odsetek w 2008 roku). Wśród młodzieży, która nie pije piwa, jest najwięcej uczniów publicznych (31%) i prywatnych (29%) liceów ogólnokształcących. W 2008 roku odsetki te wyniosły odpowiednio 27% i 25%. Najniższy odsetek uczniów, którzy nie pili piwa, odnotowano wśród badanych ze szkół zawodowych – 20%. Wydaje się, że piwo jest także popularniejsze wśród uczniów uważających się za dwójkowych i trójkowych 80% (80% w 2008 roku) niż w grupie uczniów piątkowych i szóstkowych 67% (56% w 2008 roku).

Podobnie jak w pomiarze z 2008 roku piwo jest częściej wybierane przez młodzież wielkomiejską, nie pije go jedynie 7% (16% w 2008 roku) uczniów z miast powyżej 500 tys. mieszkańców. W miastach poniżej 500 tys. mieszkańców i na wsi nie pije średnio co czwarty badany.

**Tabela 1. Picie napojów alkoholowych w ciągu ostatnich 30 dni – odsetki badanych w latach 1992–2010**

	Badania statutowe CBOS			Badanie IPiN	Badania KBPN		
	IV'92	IV'94	IV'96	XII'99	XII'03	X'08	XI'10
	w procentach						
Piwo							
Ani razu	47	40	31	25	15	22	24
1 raz	8	10	11	13	10	10	9
2–3 razy	11	18	18	22	22	23	21
4–5 razy	7	10	14	14	15	14	15
6 i więcej razy	10	18	23	20	24	25	26
Tak, bez podania, ile razy	13	3	2	2	5	3	3
Wino							
Ani razu	59	59	67	75	44	67	67
1 raz	16	17	14	12	12	13	15
2–3 razy	11	15	13	7	10	10	11
4–5 razy	3	4	3	3	4	3	3
6 i więcej razy	2	4	3	2	4	2	2
Tak, bez podania, ile razy	6	1	1	1	2	1	0
Wódkę							
Ani razu	69	53	53	54	29	42	37
1 raz	10	18	17	17	17	19	20
2–3 razy	7	15	16	16	21	20	22
4–5 razy	3	7	6	5	7	8	10
6 i więcej razy	2	5	6	5	6	6	7
Tak, bez podania, ile razy	6	2	1	3	2	1	2

Źródło: badania CBOS

Status społeczny rodziny nie jest czynnikiem różnicującym konsumpcję piwa. Zależności z wykształceniem ojca nie zanotowano. Na konsumpcję piwa w niewielkim stopniu wpływa sytuacja materialna rodzin badanych. Po piwo nie sięga 29% (23% w 2008 roku) uczniów oceniających swoje warunki materialne jako złe, 25% (26% w 2008 roku) twierdzących, że żyją w przeciętnych warunkach, i 23% (23% w 2008 roku) oceniających sytuację materialną swojej rodziny jako dobrą.

Wyda się, że czynnikiem różnicującym młodzież w kwestii konsumpcji piwa jest zaangażowanie w praktyki religijne. Spośród badanych, którzy uczestniczą w nich kilka razy w tygodniu, nie piło piwa w ostatnim miesiącu 38% (30% w 2008 roku), a w grupie w ogóle nieuczestniczących w praktykach religijnych – 21% (15% w 2008 roku).

Wino jest najmniej popularnym alkoholem wśród młodzieży szkolnej. Interpretację danych dotyczących tego napoju alkoholowego utrudnia brak podziału na wina gronowe i owocowe, uniemożliwiający rozróżnienie odmiennych wzorów konsumpcji tych typów wina.

Badania pokazują, że zainteresowanie młodzieży winem malało do 1999 roku. Wówczas to aż 75% ankietowanych deklarowało, że nie pije wina. W latach 1999–2003 nastąpił znaczny wzrost spożycia tego rodzaju alkoholu przez młodzież: grupa niepijących zmalała do 44%. W 2008 roku badanie zarejestrowało kolejny spadek zainteresowania winem – niepicie go w ostatnim miesiącu przed badaniem deklaruje 67% uczniów. Pomiar z 2010 roku wskazuje na

stabilizację sytuacji. Taki sam odsetek badanych zadeklarował niepicie wina w 2008 i 2010 roku (67%).

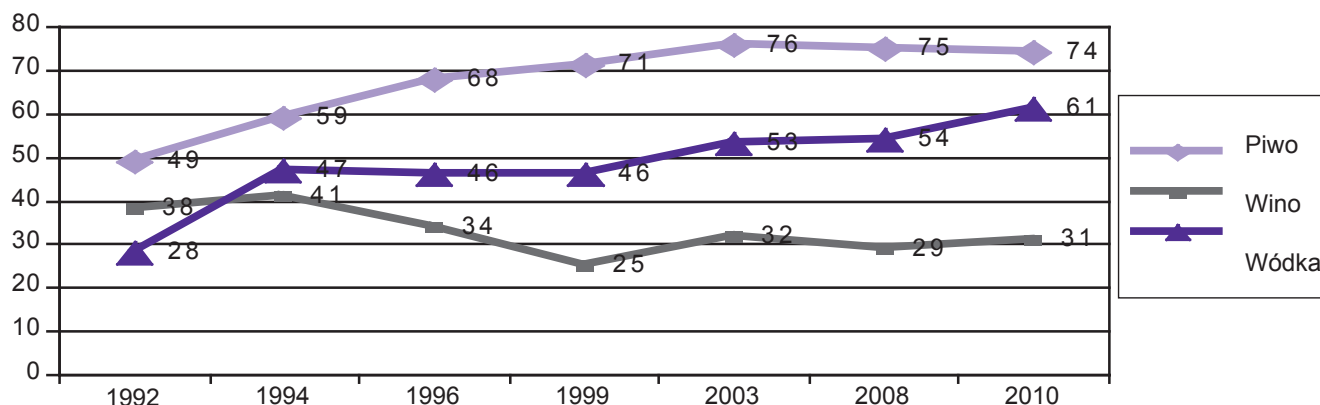
Analizując płeć osób sięgających po wino, należy odnotować wzrost spożywania wina wśród dziewcząt z 27% w 2008 roku do 38% w 2010 roku, odsetek badanych chłopców jest na tym samym poziomie, tj. 29% w 2008 roku i 30% w 2010 roku.

Wśród młodzieży, która nie pije wina, jest najwięcej uczniów zasadniczych szkół zawodowych (79%). Częściej po wino sięgają uczniowie z miast powyżej 500 tys. (54% nie pije) niż wsi czy mniejszych miast (odsetki od 63% do 69% nie pijących wina).

W badaniach oprócz picia wina i piwa pytano uczniów o spożywanie wódki i innych mocnych alkoholi. W 1992 roku picie wódki deklarowała ponad jedna czwarta badanej młodzieży (28%), a w 2003 i 2008 roku już ponad połowa (odpowiednio 53% i 54%). W badaniu z 2010 roku picie wódki oraz innych mocnych alkoholi deklarowało 63% uczniów. Co oznacza, że po okresie stabilizacji konsumpcji wódki i mocnych alkoholi nastąpił wzrost spożycia tego napoju alkoholowego. Wyniki badania wskazują, że tak jak w latach ubiegłych po mocne alkohole częściej sięgają uczniowie niż uczennice. W ostatnim miesiącu przed badaniem wódkę piło 68% chłopców (64% w 2008 roku) i 58% dziewcząt (48% w 2008 roku). Bardziej dynamiczny wzrost nastąpił wśród dziewcząt, o 10 punktów procentowych, niż wśród chłopców. Podobnie jak w 2008 roku wódka jest popularniejsza wśród uczniów uważających się za dwójkowych



Wykres 2. Odsetki badanych pijących w ciągu ostatniego miesiąca piwo, wino lub wódkę



i trójkowych – w okresie 30 dni przed badaniem w 2010 roku piło ją 66% takich uczniów (57% w 2008 roku), a w grupie uczniów piątkowych i szóstkowych 59% (48% w 2008 roku). Analizując wielkość miejscowości, trudno jest wskazać na różnice wśród badanych uczniów. Najrzadziej piją wódkę uczniowie ze wsi – 59%, a najczęściej uczniowie z miast poniżej 20 tys. – 70%. Częściej sięgają po nią uczniowie, których matki mają wykształcenie wyższe (68%), niż dzieci matek z wykształceniem podstawowym (56%). W przypadku wykształcenia ojca najrzadziej piją wódkę uczniowie, których ojciec ma wykształcenie podstawowe lub zasadnicze – 57%, a najczęściej uczniowie, których ojciec ma wykształcenie ponadmaturalne – 75%. Paradoksalnie, czym lepsza sytuacja materialna rodzin, tym większą rejestrujemy konsumpcję wódki. Wśród badanych oceniających swoją sytuację jako złą, 56% sięga po ten alkohol, a w przypadku dobrych warunków – 66%. Ponadto uczniowie dwójkowi piją częściej (66%) niż uczniowie piątkowi i szóstkowi (59%).

W badaniach z 2008 roku czynnikiem silniej różnicującym młodzież w kwestii konsumpcji mocnych alkoholi było zaangażowanie w praktyki religijne. W 2010 roku nie jest to cecha, która wpływa na zachowanie w stosunku do spożywania wódki. Najmniej piją osoby uczestniczące w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu (54%). Jednakże osoby, które w ogóle w nich nie uczestniczą (40%), sięgają po alkohol rzadziej niż osoby deklarujące udział w praktykach religijnych jeden, dwa razy w miesiącu.

## Nadużywanie alkoholu

Pytanie o to, jak często uczniowie się upijają zadano po raz pierwszy w roku 2003. Z odpowiedzi z badania przeprowadzonego w 2010 roku wynika, że co najmniej raz w ciągu miesiąca przed badaniem upiło się 45% uczniów, co oznacza wzrost o 4 punkty procentowe w stosunku do

pomiaru z 2008 roku. Liczba badanych, którym zdarzyło się to co najmniej trzy razy, była taka sama w 2008 i w 2010 roku – 14%. Do upicia się w 2010 roku częściej przyznawali się chłopcy (52%) niż dziewczęta (38%), w 2003 roku odpowiednio – 51% i 34%.

W roku 2010 przypadki upijania się zadeklarowało najwięcej uczniów zasadniczych szkół zawodowych (59%), a najmniej uczniów prywatnych liceów publicznych (38%). Młodzież z publicznych liceów ogólnokształcących deklarowała upicie się w ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem na poziomie 38%, a uczniowie techników 45%. Zróżnicowanie występuje w przypadku statusu uczniowskiego definiowanego poprzez oceny, jakie otrzymują badani uczniowie. Do upijania się przyznaje się więcej słabszych uczniów (dwójkowych i trójkowych) – 52%, niż otrzymujących wyższe oceny – 37%. W grupie młodzieży z rodzin uboższych w ciągu miesiąca przed badaniem upiło się 42% ankietowanych, natomiast wśród uczniów deklarujących dobrą sytuację materialną – 47%. Pewne zależności występują między miejscem zamieszkania a częstością upijania się. Najczęściej takie zachowanie deklarują uczniowie z dużych miast – 52%, najmniej uczniów upija się na wsiach (44%).

Na opisywane zachowania wpływ mają postawy religijne młodzieży. Im bardziej uczniowie są zaangażowani religijnie, tym rzadziej deklarują przypadki upijania się. W 2010 roku wśród badanych, którzy uczestniczyli w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu, upiło się w miesiącu poprzedzającym sondaż 25% (28% w 2008 roku), w grupie osób w ogóle nieuczestniczących w praktykach religijnych – 75% (51% w 2008 roku).

Częściej upija się także młodzież, której oboje rodzice w ciągu roku przed badaniem pracowali za granicą – 56% (62% w 2008 roku), niż ankietowani, których rodzice przebywają w kraju – 44% (39% w 2008 roku).

*Zaprezentowana analiza danych na temat zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków dostarcza pierwszych wyników zebranych w Polsce zgodnie z metodologią Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Umożliwia ona także uzyskanie bardziej szczegółowych informacji na temat cech charakterystycznych osób, które trafiają do placówek leczenia uzależnień.*

## CHARAKTERYSTYKA OSÓB ZGŁASZAJĄCYCH SIĘ DO LECZENIA Z POWODU NARKOTYKÓW W POLSCE

Michał Kidawa

Marta Struzik

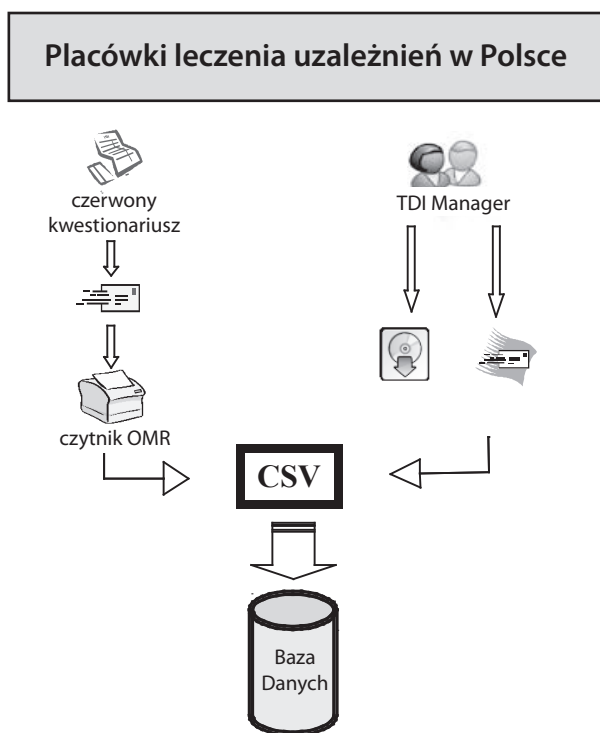
Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Zjawisko narkotyków i narkomanii monitorowane jest w Polsce oraz w Europie za pomocą szeregu wskaźników pomiaru. Jednym z nich jest monitorowanie zgłaszalności do leczenia, tj. zbieranie danych na temat osób, które zgłaszają się do lecznictwa z powodu problemów związanych z używaniem środków odurzających i substancji psychotropowych. W celu umożliwienia dokonywania porównań

zebranych wyników na poziomie europejskim, każdy kraj członkowski Unii Europejskiej prowadzi monitoring zgłaszalności do leczenia poprzez implementację systemu opartego na protokole monitorowania opracowanym przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Zbieranie danych z wykorzystaniem wystandaryzowanej metodologii rozpoczęto także w Polsce. Obecnie realizowany jest etap pilotażu systemu monitorowania, który zakłada weryfikację poprawności narzędzi do monitorowania oraz zebranie wszelkich wniosków i rekomendacji mających na celu poprawę jakości zbieranych danych. Instytucją odpowiedzialną za implementację monitorowania zgłaszalności do leczenia w Polsce jest Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (CINN KBPN). Przy wprowadzaniu systemu monitorowania zgłaszalności do leczenia (TDI) korzystano ze wsparcia ze strony Programu Środków Przejściowych (Transition Facility), realizowanego w ramach „umowy bliźniaczej” (Twinning Covenant – PL2004/IB/JH/01/TL) z Niemcami. W programie wypracowane zostały schematy zbierania, przepływu i opracowywania danych. Przeprowadzone zostały także szkolenia osób odpowiedzialnych za zbieranie danych. Ekspertsi niemieccy wspierali proces tworzenia podstaw prawnych systemu monitorowania (Sierosławski, Struzik, Kidawa, 2010).

Zbieranie danych w Polsce rozpoczęło się w 2008 roku. W projekcie uczestniczyły 33 placówki o statusie zakładu opieki zdrowotnej (ZOZ), które świadczyły usługi leczenia i rehabilitacji dla osób z problemem narkotykowym:

**Rycina 1. Proces przepływu danych**



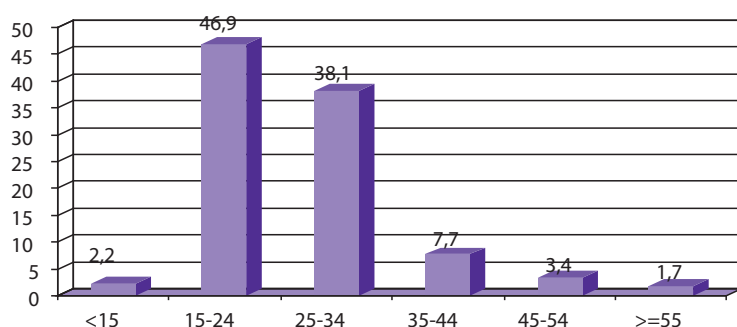
Źródło: Sokołowska, Struzik, Kidawa (2008).

**Tabela 1. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – liczby i odsetki pacjentów według płci (N=1208)**

	Kobiety	Mężczyźni
Liczba	264	944
Odsetek	21,9	78,1

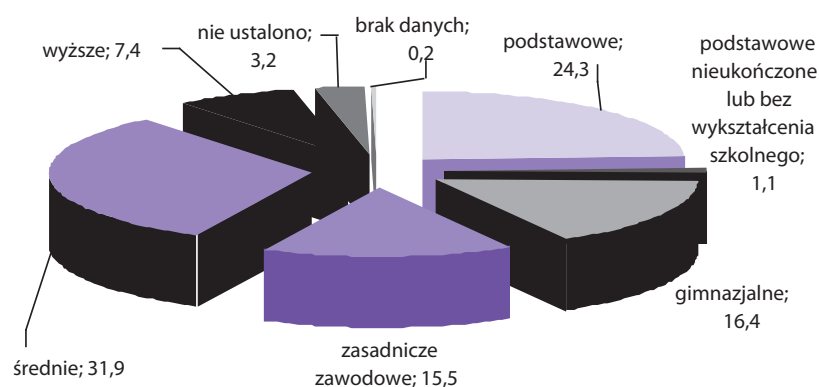
Źródło: Obliczenia własne.

**Wykres 1. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według grupy wiekowej (N=1208)**



Źródło: Obliczenia własne.

**Wykres 2. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według wykształcenia (N=1208)**



Źródło: Obliczenia własne.

14 poradni dla osób uzależnionych od narkotyków, 1 oddział detoksykacyjny, 1 program leczenia substytucyjnego oraz 17 ośrodków rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych od narkotyków.

System zakłada możliwość gromadzenia danych przez placówki z wykorzystaniem kwestionariuszy papierowych (tzw. czerwony kwestionariusz) lub za pośrednictwem aplikacji elektronicznej TDI Manager, przygotowanej specjalnie

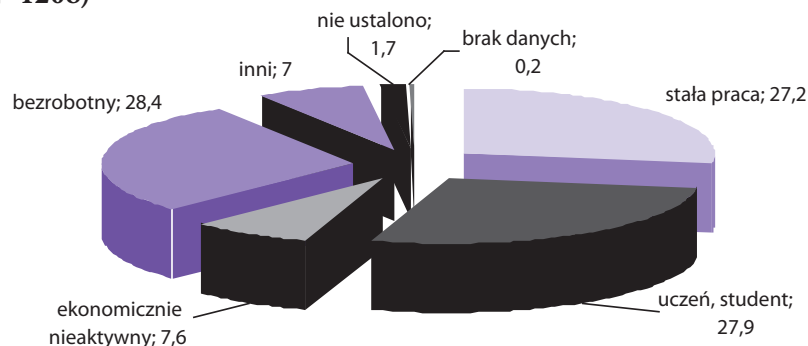
w celu monitorowania zgłaszalności do leczenia. Centrum Informacji odbiera informacje przesyłane przez placówki oraz administruje utworzonym zbiorem danych (patrz ryc. 1).

Łączna analiza danych zebranych przez wszystkie placówki uczestniczące w pilotażu dostarczyła informacji na temat ogólnej liczby osób, które zgłosiły się do tych placówek w 2008 roku. Podstawę obliczeń stanowiły ostatnie epizody lecznicze, jakie te osoby miały na swoim koncie w 2008 roku. Wyniki wskazały, że w 2008 roku do interesujących nas placówek zgłosiły się 2082 osoby, z czego 851 po raz pierwszy w swoim życiu miało kontakt z placówką leczenia. Wśród pacjentów dominowali mężczyźni (78%). Przedstawione analizy należy interpretować z ostrożnością, ze względu na pilotażowy charakter projektu oraz na ograniczony zasięg pokrycia systemu w stosunku do wszystkich jednostek prowadzących leczenie osób uzależnionych, który jest szacowany na ok. 16 %. W niniejszym artykule zestawiono dodatkowe wyniki analiz dotyczących podstawowej charakterystyki osób zgłaszających się do leczenia w 2008 roku. Dane te zostały przeanalizowane osobno dla placówek ambulatoryjnych, osobno dla stacjonarnych. Pozostałe typy placówek, czyli program leczenia substytucyjnego oraz oddział detoksykacyjny zostały wyłączone z tej analizy, ponieważ tylko po jednej placówce z powyższych typów sprawozdało się w ramach systemu monitorowania.

Z analizy wykluczono wszystkie przypadki tzw. podwójnego liczenia, tj. wielokrotnego występowania epizodów jednej osoby. W analizach wzięto pod uwagę tylko ostatnie epizody lecznicze danej osoby. Usuwanie powtarzających się przypadków epizodów leczniczych odbyło się na podzielonych zbiorach danych, oddzielnie dla lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego. Pozwoliło to na niewykluczanie osób, które w jednym roku podejmowały leczenie w obu typach placówek. Taka procedura pozwoli na przedstawienie realnego ob-

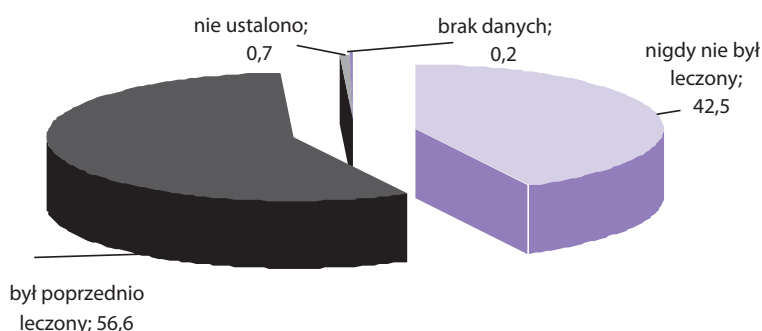


**Wykres 3. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów w podziale na aktywność zawodową (N=1208)**



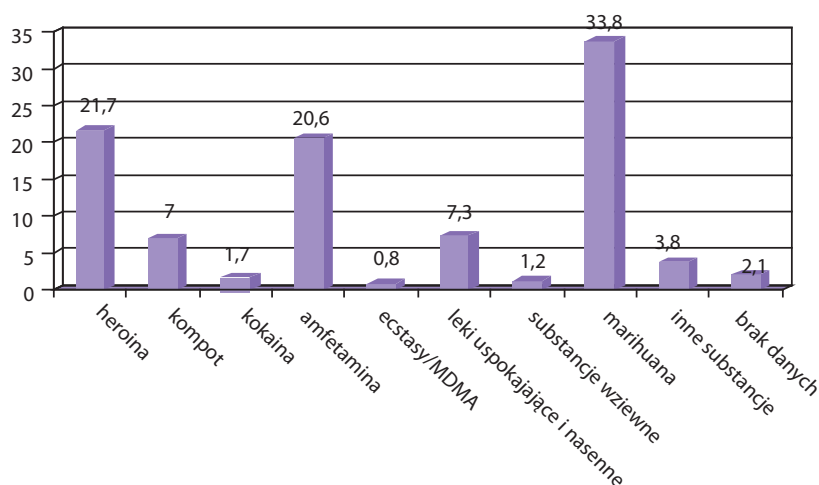
Źródło: Obliczenia własne.

**Wykres 4. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według wcześniejszego leczenia (N=1208).**



Źródło: Obliczenia własne.

**Wykres 5. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według narkotyku podstawowego (N=1208)**



Źródło: Obliczenia własne.

razu osób zgłaszających się do leczenia oraz ich zróżnicowanie ze względu na typ placówki.

Bardziej złożone i specyficzne analizy dotyczące wybranych grup zostaną zaprezentowane w następnych opracowaniach. Analiza podstawowych zestawień skłania bowiem do bardziej pogłębionych pytań, stąd też interesujące wydaje się dokonanie dodatkowych analiz na tym zbiorze danych.

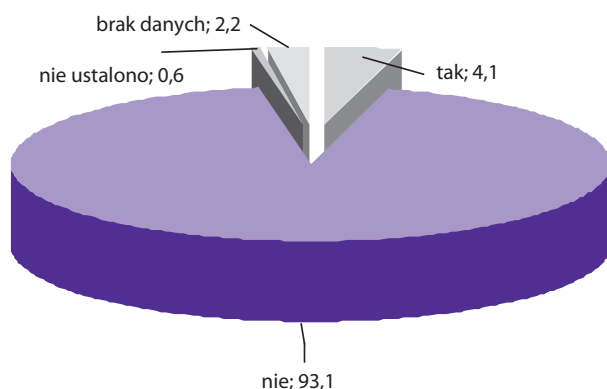
## Analiza wyników dla placówek ambulatoryjnych

W 2008 roku w ramach pilotażowego systemu monitorowania zgłaszalności do leczenia (TDI) zebrano dane z 14 placówek ambulatoryjnych. Łącznie zidentyfikowano 1208 osób, które zgłosiły się do tych placówek w związku z problemem z narkotykami. Spośród nich zdecydowaną większość (78,1%) stanowili mężczyźni. Wyniki zostały zaprezentowane w tabeli 1.

Pacjenci zgłaszający się do leczenia do placówek ambulatoryjnych stanowili zróżnicowaną grupę ze względu na wiek (wykres 1). Niewielki procent (ok. 2%) stanowiły osoby bardzo młode (poniżej 15. roku życia). Największą grupę (ok. 47%) stanowili ludzie młodzi, czyli osoby od 15. do 24. roku życia. Nieco mniej było osób w wieku mieszczącym się w przedziale 25-34 lata. Ta grupa stanowiła ok. 38% wszystkich osób zgłaszających się do leczenia. Starsze grupy wiekowe były znacznie mniej liczne. Osoby w wieku od 35 do 44 lat stanowiły ponad 7% zgłaszających się do leczenia. Osoby starsze (45-54 lata) stanowiły ponad 3% całej grupy. Osoby powyżej 55. roku życia stanowiły prawie 2% grupy.

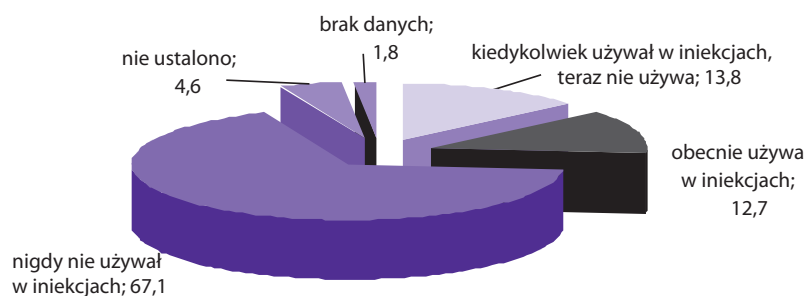
Jak widać w przypadku lecznictwa ambulatoryjnego zdecydowaną większość osób zgłaszających się do leczenia stanowiły

**Wykres 6. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według leczenia w programach substytucji metadonem (N=1208)**



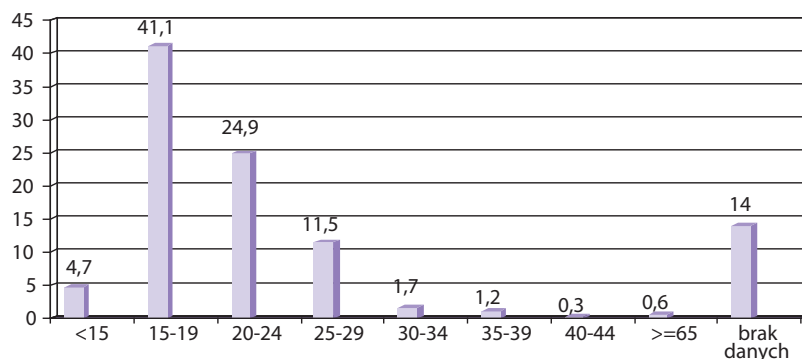
Źródło: Obliczenia własne.

**Wykres 7. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według używania narkotyków w iniekcjach (N=1208)**



Źródło: Obliczenia własne.

**Wykres 8. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według wieku pierwszej iniekcji (N=321)**



Źródło: Obliczenia własne.

osoby w przedziale wiekowym 15-34 lata. Było to 85% wszystkich zgłoszeń.

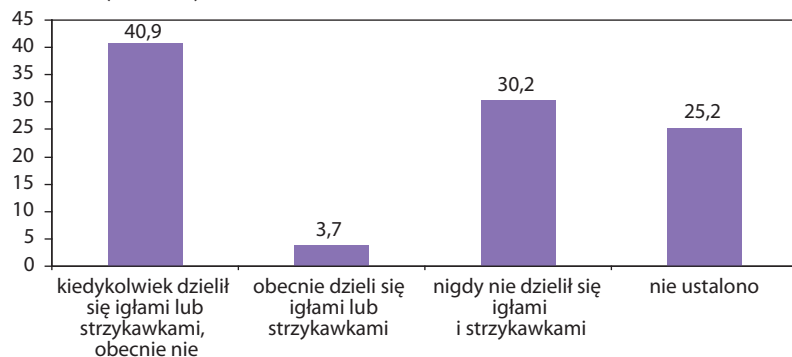
Wiek nie jest jedynym wskaźnikiem obrazującym jak bardzo zróżnicowaną populację stanowią osoby korzystające z terapii ambulatoryjnej z powodu problemów związanych z używaniem narkotyków. Analiza wykształcenia także wskazuje na niejednorodny charakter tej grupy. Spośród osób podejmujących leczenie w trybie ambulatoryjnym największą grupę stanowią osoby legitymujące się wykształceniem średnim (31,9%) oraz osoby z wykształceniem podstawowym (24,3%). Niewiele mniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym oraz gimnazjaliści (po ok. 16%) (wykres 2).

Interesujących wyników dostarczyły dane dotyczące aktywności zawodowej osób leczących się ambulatoryjnie (wykres 3). W potocznej percepcji osoby mające problemy z narkotykami są najczęściej zmarginalizowane, ekonomicznie nieaktywne, w sposób bierny uczestniczące w życiu społecznym. Analiza odpowiedzi dotyczących aktywności zawodowej wskazuje, że 27,2% leczonych posiada stałą pracę, a 27,9% uczy się lub studiuje. Dla porównania 28,4% jest bezrobotnych, a 7,6% jest ekonomicznie nieaktywnych, czyli korzysta ze świadczeń rentowych, emerytalnych lub zajmuje się prowadzeniem domu.

Ponad połowa (ok. 57%) pacjentów miała za sobą próby leczenia się z powodu problemów związanych z narkotykami. 42,5% pacjentów zgłosiło się do leczenia po raz pierwszy.

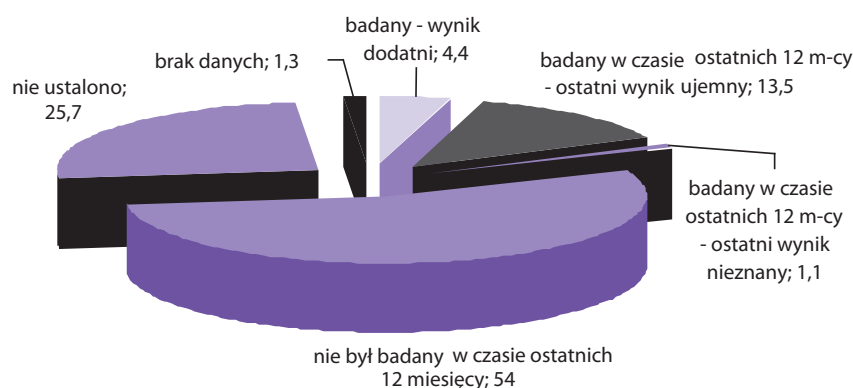
W 2008 roku do leczenia ambulatoryjnego zgłaszały się najczęściej osoby używające marihuany. Problem ten dotyczył prawie 34% pacjentów. Niewiele mniejszy odsetek stanowili pacjenci zgłaszający się do leczenia z powodu problemów związanych z używaniem różnych form heroiny (prawie 29%). Ponad 20% pacjentów zgłosiło

**Wykres 9. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według dzielenia się igłami i strzykawkami (N=321)**



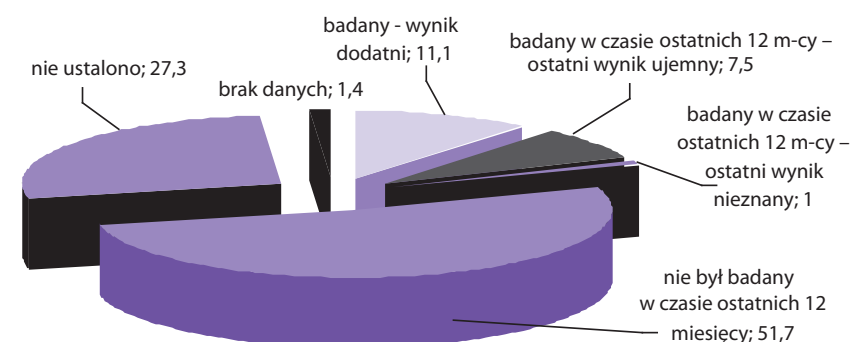
Źródło: Obliczenia własne.

**Wykres 10. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według statusu HIV (N=1208)**



Źródło: Obliczenia własne.

**Wykres 11. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według statusu HCV (N=773)**



Źródło: Obliczenia własne.

się do leczenia z powodu amfetaminy. Stosunkowo dużą grupę stanowili pacjenci, którzy trafiali do leczenia z powodu używania leków uspokajających i nasennych (7,3%). Zgłoszenia do leczenia z powodu używania kokainy (1,7%), substancji wziewnych (1,2%) oraz ecstazy (0,8%) były mniej rozpowszechnione.

Pomimo dość licznej grupy osób, których podstawowym narkotykiem jest heroina (prawie 29% ogółu), tylko nieco ponad 4% deklaruje korzystanie z leczenia w programach substytucji metadonem.

Zdecydowana większość (67,1%) pacjentów nie deklarowała używania narkotyków w iniekcjach. Do iniekcyjnego stosowania narkotyków przyznało się 26,5% pacjentów, z czego 13,8% kiedykolwiek używało narkotyków w iniekcjach, ale obecnie już tego nie robi. Do obecnego używania narkotyków w iniekcjach przyznało się 12,7% pacjentów.

Kolejnym wskaźnikiem, który dostarcza danych o iniekcyjnym używaniu narkotyków, jest wiek pierwszej iniekcji (wykres 8). Dane wskazują, że zdecydowana większość inicjacji iniekcyjnego używania narkotyków miała miejsce między 15. a 19. rokiem życia (ponad 41% przypadków) oraz między 20. a 24. rokiem życia (24,9%). W sumie można przyjąć, że ok. 70% osób miało swoją inicjację związaną z iniekcyjnym używaniem narkotyków pomiędzy 15. a 24. rokiem życia.

Spośród osób, które przyznały się do używania narkotyków w iniekcjach kiedykolwiek w życiu, ponad 44% pacjentów dzieliło się w przeszłości lub aktualnie igłami bądź strzykawkami. Ponad 30% nie deklarowało dzielenia się sprzętem. W stosunku do ok. 25% pacjentów nie udało się uzyskać jednoznacznej deklaracji w tym zakresie.

Wśród wszystkich zgłaszających się do leczenia zdecydowana większość, bo 54%

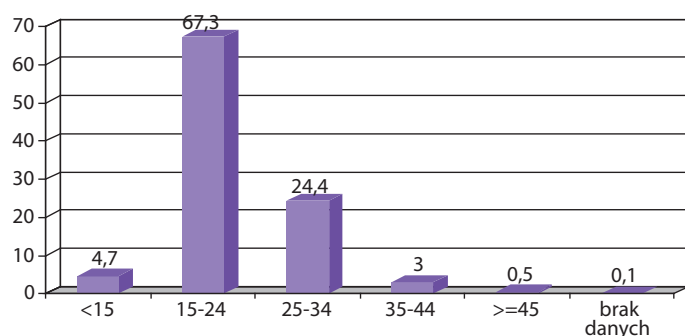


**Tabela 2. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – liczby i odsetki pacjentów według płci (N=773)**

	Kobiety	Mężczyźni
Liczba	150	623
Odsetek	19,4	80,6

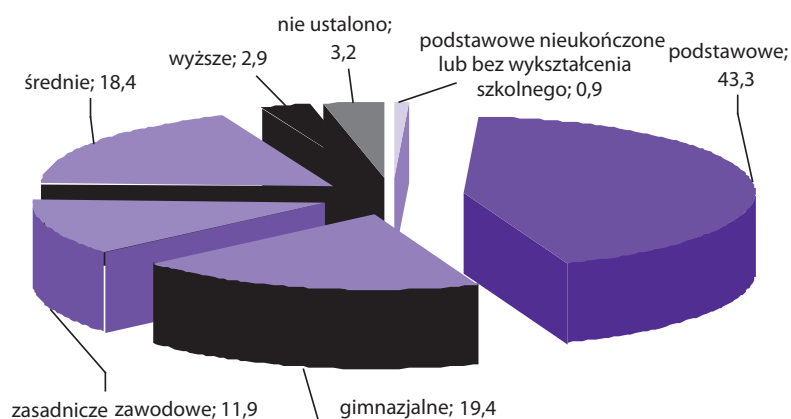
Źródło: Obliczenia własne.

**Wykres 12. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według grupy wiekowej (N=773)**



Źródło: Obliczenia własne.

**Wykres 13. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według wykształcenia (N=773)**



Źródło: Obliczenia własne.

pacjentów, nie była badana w kierunku HIV w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Prawie 14% badanych w kierunku HIV w ciągu ostatnich 12 miesięcy uzyskało wynik ujemny, 4,4% uzyskało wynik dodatni. W przypadku 25,7% pacjentów nie udało się ustalić, czy zostali przebadani oraz jaki był wynik badania.

Bardzo zbliżone wyniki uzyskano, jeśli chodzi o badania w kierunku HCV. Około 52% pacjentów nie badało się w kierunku HCV w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Ponad 7% poddało się badaniu i uzyskało wynik ujemny. Zdecydowanie więcej niż w przypadku HIV, bo ponad 11% pacjentów, uzyskało wynik dodatni. W przypadku ponad 27% pacjentów nie udało się ustalić, czy badali się oni w kierunku HCV oraz jaki wynik otrzymali.

## Analiza wyników dla placówek stacjonarnych

W 2008 roku w ramach pilotażowego systemu monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków dane przekazało 17 ośrodków rehabilitacyjnych prowadzących programy dla osób uzależnionych od środków odurzających i substancji psychotropowych. Łącznie do placówek tych w 2008 roku zgłosiły się 773 osoby, z których większość (ponad 80%) stanowili mężczyźni (patrz tabela 2).

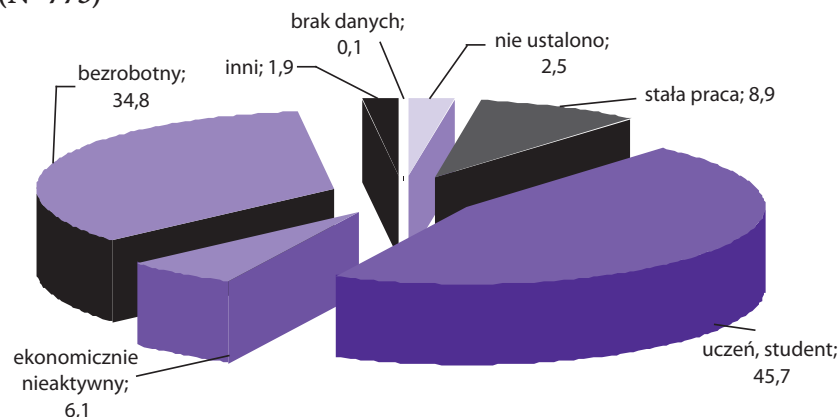
Analizując wiek osób, które zgłosiły się do placówek stacjonarnych, większość (67,3%) stanowiły osoby mieszczące się w przedziale 15-24 lata. 24,4% pacjentów plasowało się w kategorii wiekowej 25-34 lata. W pozostałych grupach wiekowych udział pacjentów był zdecydowanie niższy (4,7% osób poniżej 15. roku życia, 3% w przedziale wiekowym 35-44 lata oraz 0,5% powyżej 45. roku życia).

Ponad 40% osób, które zgłosiły się do leczenia w 2008 roku, posiadało wykształcenie podstawowe, a ponad 19% – wykształcenie gimnazjalne. Pacjenci

z wykształceniem zasadniczym zawodowym stanowili niemal 12% wszystkich przyjętych do leczenia, natomiast odsetki osób z wykształceniem średnim i wyższym to odpowiednio 18,4% oraz 2,9%.

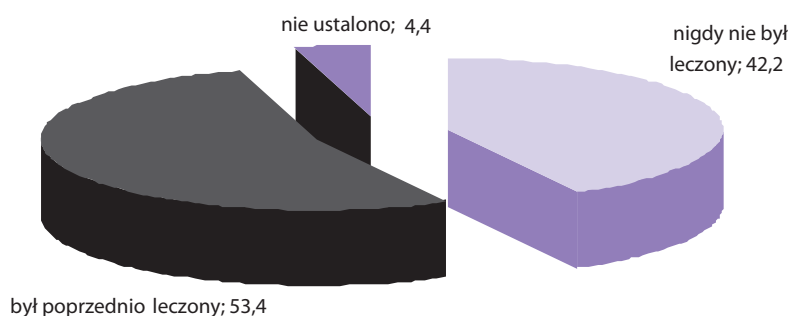
Analizując status aktywności zawodowej pacjentów, zauważyć można dominującą aktywność w postaci

**Wykres 14. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów w podziale na aktywność zawodową (N=773)**



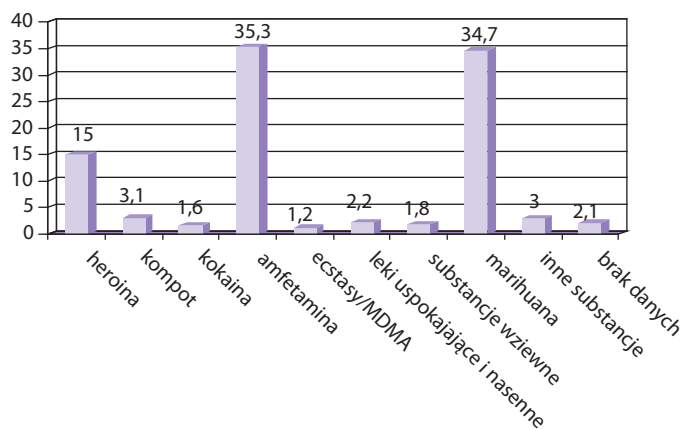
Źródło: Obliczenia własne.

**Wykres 15. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według wcześniejszego leczenia (N=773)**



Źródło: Obliczenia własne.

**Wykres 16. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według narkotyku podstawowego (N=773)**



Źródło: Obliczenia własne.

nauki w szkole lub na uczelni wyższej (45,7%). Drugą co do liczebności grupę stanowiły osoby bezrobotne (34,8%). W dalszej kolejności odnotowano osoby posiadające stałe zatrudnienie (8,9%) oraz osoby, które pozostają ekonomicznie nieaktywne (6,1%).

Ponad połowa pacjentów (53,4%) podejmowała już wcześniej próby leczenia, a około 42% osób zgłosiło się do leczenia po raz pierwszy w życiu.

Analizując zebrane dane pod kątem narkotyku podstawowego, tj. substancji, która stanowi dla pacjentów największy problem oraz jest powodem ich zgłoszenia się do leczenia, w placówkach stacjonarnych odnotować można największy udział amfetaminy (35,3%), marihuany (34,7%) oraz różnych form heroiny (18,1%). Pozostałe substancje są znacznie mniej rozpowszechnione. Spośród nich największy odsetek dotyczy leków uspokajających i nasennych (2,2%).

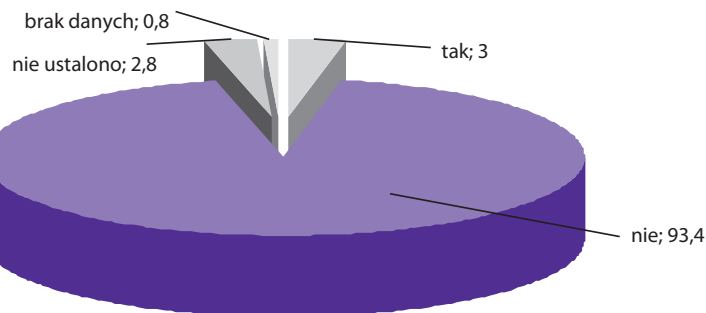
Większość osób (ponad 90%), które zgłosiły się do placówek stacjonarnych, nie uczestniczyło wcześniej w programach leczenia substytucyjnego metadonem.

Ponad 70% pacjentów nigdy nie używało narkotyków w iniekcjach. U 23% pacjentów wystąpiły epizody iniekcijnego używania, z czego 10,2% użytkowników obecnie stosuje iniekcje.

Wśród 178 osób, które kiedykolwiek używały narkotyków w iniekcjach, większość (73%) dokonała swojej pierwszej iniekcji będąc w wieku mieszczącym się w przedziale 15-24 lata. Zdecydowanie niższe, ale prawie równe odsetki pacjentów wskazywały wiek poniżej 15. roku życia (11,8%) oraz kategorię wiekową 25-34 lata (10,7%).

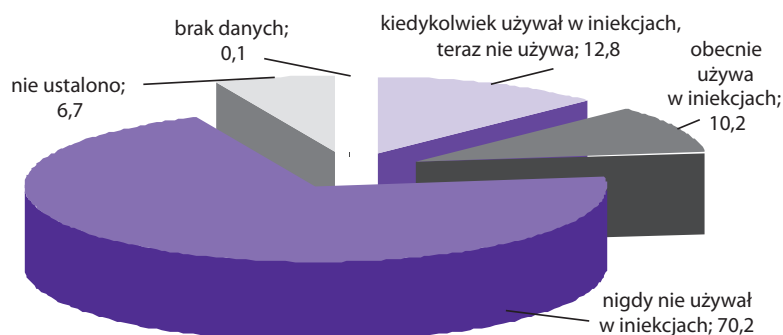
46,1% osób, które kiedykolwiek używały narkotyków w iniekcjach, nigdy nie dzieliło się igłami i strzykawkami, natomiast 34,3% podejmowały te za-

**Wykres 17. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według leczenia w programach substytucji metadonem (N=773)**



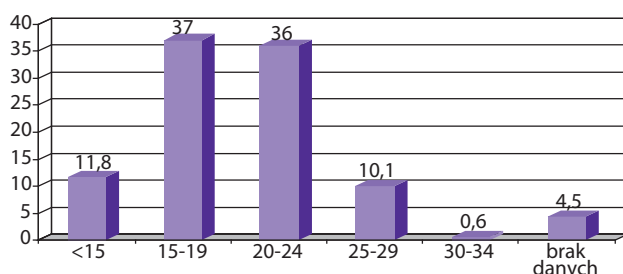
Źródło: Obliczenia własne.

**Wykres 18. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według używania narkotyków w iniekcjach (N=773).**



Źródło: Obliczenia własne.

**Wykres 19. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według wieku pierwszej iniekcji (N=178)**



Źródło: Obliczenia własne.

chowania w przeszłości, ale nie obecnie. Ok. 10% pacjentów zgłaszało obecne dzielenie się sprzętem.

Większość przyjętych pacjentów nie przeprowadziła w ciągu ostatnich 12 miesięcy badania w kierunku HIV (70,5%). Wśród osób, które wykonały test w kierunku HIV w ciągu ostatnich 12 miesięcy, 19% uzyskało wynik ujemny, a 2,1% nie znało wyniku testu. 1,7% pacjentów wskazało na wynik dodatni.

Jeśli chodzi o status HCV, to podobnie jak w przypadku badań w kierunku HIV, ponad 70% pacjentów nie wykonało testu w czasie ostatnich 12 miesięcy. Wśród osób, które wykonały test w kierunku HCV w ciągu ostatnich 12 miesięcy, 12,4% uzyskało wynik ujemny, a 1,2% nie znało wyniku testu. Więcej pacjentów uzyskało wynik dodatni w badaniu w kierunku HCV (7,6%) niż w kierunku HIV (1,7%).

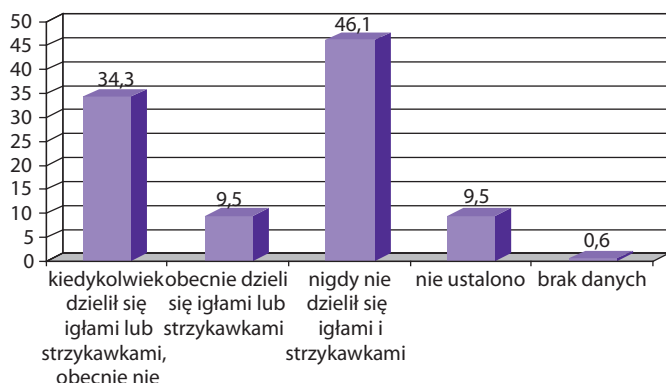
## Analiza porównawcza

Osoby zgłaszające się do leczenia w placówkach ambulatoryjnych oraz stacjonarnych okazały się populacjami względnie zbliżonymi do siebie, jeśli chodzi o rozkład podstawowych cech społeczno-demograficznych, podejmowania leczenia w przeszłości, a także podejmowania ryzykownych form przyjmowania narkotyków, testowania w kierunku HIV oraz HCV. Pomimo wielu podobieństw, analizy wskazują jednak na kilka różnic w tych populacjach.

Wśród osób podejmujących leczenie ambulatoryjne relatywnie większą grupę w porównaniu do leczenia stacjonarnego stanowiły osoby starsze. W leczeniu ambulatoryjnym osoby do 24. roku życia stanowiły ok. 49% populacji, podczas gdy w lecznictwie stacjonarnym (ponad 70%). Dodatkowo osoby

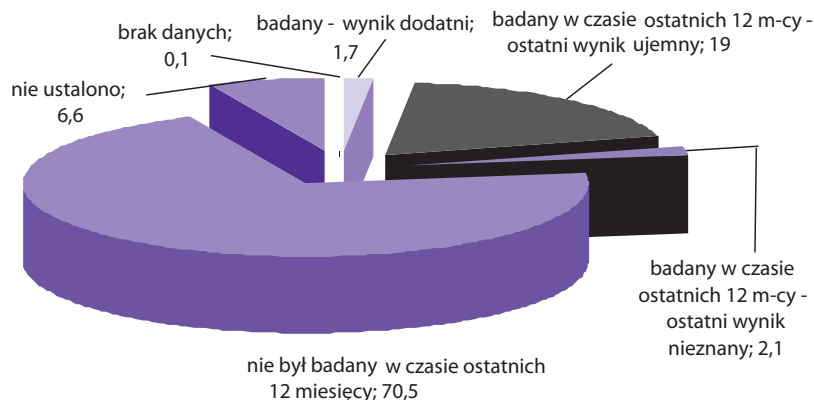


**Wykres 20. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według dzielenia się igłami i strzykawkami (N=178)**



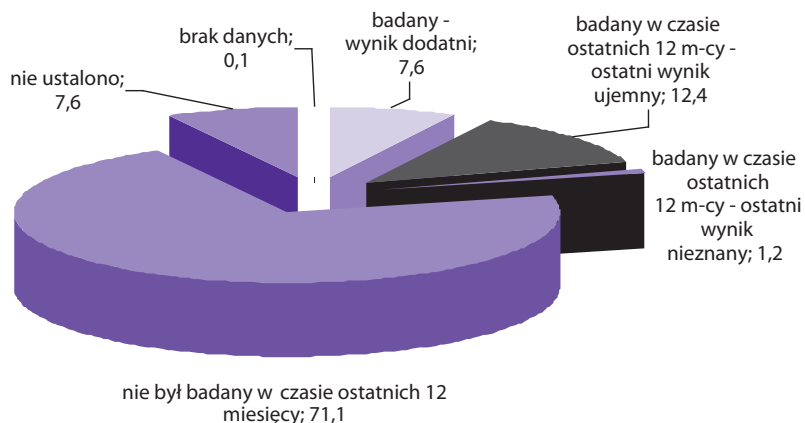
Źródło: Obliczenia własne.

**Wykres 21. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według statusu HIV (N=773)**



Źródło: Obliczenia własne.

**Wykres 22. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych w 2008 roku – odsetki pacjentów według statusu HCV (N=773)**



Źródło: Obliczenia własne.

powyżej 35. roku życia w lecznictwie stacjonarnym stanowiły 3,5% zgłaszających się do leczenia. Dla porównania dla lecznictwa ambulatoryjnego odsetek ten wyniósł ok. 13%.

Analiza porównawcza obu grup wskazuje także na pewne różnice w poziomie wykształcenia. W lecznictwie stacjonarnym dominującą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (ok. 43% wszystkich zgłaszających się do lecznictwa stacjonarnego). Dla porównania w lecznictwie ambulatoryjnym odsetek ten wyniósł 24,3%. W lecznictwie ambulatoryjnym dominującą grupą były za to osoby z wykształceniem średnim (ok. 32%). Do placówek ambulatoryjnych trafiło także ponad 7% osób z wyższym wykształceniem, podczas gdy w lecznictwie stacjonarnym odsetek ten wyniósł niecałe 3%.

W przypadku osób zgłaszających się do leczenia w placówkach ambulatoryjnych, ok. 27-28% stanowili uczniowie, studenci, bezrobotni oraz osoby posiadające stałą pracę. Żadna z wymienionych grup nie dominowała w populacji. Natomiast w przypadku lecznictwa stacjonarnego zdecydowaną większość zgłaszających się do leczenia, bo prawie 46%, stanowili uczniowie i studenci. Dużą grupą (ok. 35%) byli też bezrobotni. Tylko ok. 9% tej populacji stanowiły osoby posiadające stałą pracę.

Interesujący wydaje się także fakt, że populacje osób leczących się w placówkach ambulatoryjnych i stacjonarnych otrzymały bardzo podobne wskaźniki leczenia pierwszorazowego. Dla pacjentów placówek stacjonarnych oraz ambulatoryjnych odsetek podejmujących leczenie po raz pierwszy w życiu wyniósł ok. 42%.

Analiza danych na temat narkotyku podstawowego, czyli substancji będącej przyczyną zgłoszenia się do leczenia, wskazuje, że w obu grupach była to

marihuana (ok. 34% zgłoszeń). Poziom rozpowszechnienia innych substancji jednak się różni. Heroina jest powodem prawie 22% zgłoszeń w lecznictwie ambulatoryjnym i 15% w stacjonarnym. Zdecydowanie więcej (bo 7%) jest w lecznictwie ambulatoryjnym osób, które zgłosiły się do leczenia z powodu używania „kompotu”. Dla porównania w leczeniu stacjonarnym odsetek ten wyniósł 3,1%. Kolejną różnicę można zauważyć przy analizowaniu wskaźników dotyczących amfetaminy. W lecznictwie stacjonarnym stanowi ona 35,3% zgłoszeń i jest najczęściej wskazywanym przez pacjentów narkotykiem podstawowym. W przypadku lecznictwa ambulatoryjnego odsetek ten wyniósł nieco ponad 20% i jest na trzecim miejscu (po marihuanie i heroinie), jeśli chodzi o odsetek wskazań.

Zarówno wśród leczonych ambulatoryjnie, jak i stacjonarnie ok. 4% pacjentów korzystało z oferty leczenia substytucyjnego.

Zbliżone wyniki dotyczą wskaźników iniekcijnego używania narkotyków. Wśród pacjentów lecznictwa stacjonarnego 70% nigdy nie używało narkotyków w iniekcjach. W lecznictwie ambulatoryjnym odsetek był nieco niższy i osiągnął wartość 67%. Do używania narkotyków w iniekcjach kiedykolwiek w życiu przyznało się prawie 14% pacjentów placówek ambulatoryjnych oraz ok. 13% pacjentów lecznictwa stacjonarnego. Prawie 13% leczonych ambulatoryjnie w momencie zgłoszenia się do leczenia zadeklarowało, że obecnie używa narkotyków w iniekcjach. Wskaźnik ten dla lecznictwa stacjonarnego osiągnął wartość 10%.

W przypadku pacjentów placówek stacjonarnych, osoby, które miały inicjację iniekcijnego używania narkotyków do 15. roku życia, stanowiły ok. 12%. Dla porównania odsetek ten w grupie leczonych ambulatoryjnie wyniósł 4,7%. Różnice występowały także w innych kategoriach wiekowych. Wśród pacjentów lecznictwa stacjonarnego 37% osób rozpoczęło używanie narkotyków w iniekcjach w wieku między 15 a 19 lat, a 36% w wieku między 20 a 24 lata. Wskaźniki te dla placówek leczenia ambulatoryjnego wyniosły odpowiednio 41,1% i 24,9%.

Jeśli chodzi o dzielenie się igłami i strzykawkami, to 30,2% pacjentów lecznictwa ambulatoryjnego oraz 46,1% pacjentów placówek stacjonarnych nie dzieliło się sprzętem. Zdecydowanie większy procent (9,5%) pacjentów lecznictwa stacjonarnego przyznał się do dzielenia się igłami i strzykawkami obecnie. W lec-

nictwie ambulatoryjnym odsetek ten wyniósł zaledwie 3,7%. Prawie 41% pacjentów w ambulatoriach i nieco ponad 34% w ośrodkach stacjonarnych przyznało się do dzielenia się igłami i strzykawkami kiedykolwiek w życiu, lecz nie obecnie.

Analizując wskaźniki dotyczące badania w kierunku HIV, zarówno w lecznictwie stacjonarnym, jak i ambulatoryjnym, należy zauważyć, że zdecydowana większość pacjentów nie była badana w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W lecznictwie stacjonarnym odsetek ten sięgnął 70,5%, a w ambulatoryjnym 54%. Ujemny wynik testu zadeklarowało 19% badanych z lecznictwa stacjonarnego oraz 13,5% z lecznictwa ambulatoryjnego. Większy procent, bo 4,4% pacjentów lecznictwa ambulatoryjnego wskazał otrzymanie wyniku dodatniego. Dla porównania w lecznictwie stacjonarnym odsetek ten wyniósł 1,7%. Warto odnotować, że w ponad 25% przypadków w lecznictwie ambulatoryjnym nie udało się uzyskać jednoznacznej odpowiedzi na zadane pytanie. Odsetek ten w lecznictwie stacjonarnym wyniósł zaledwie 6,6%.

Podobne wyniki otrzymano w przypadku badań w kierunku HCV. Odpowiednio 51,7% pacjentów lecznictwa ambulatoryjnego oraz 71,1% stacjonarnego nie wykonało badań na HCV w ciągu ostatnich 12 miesięcy. 7,5% pacjentów placówek ambulatoryjnych otrzymało wynik ujemny, a 11,1% – dodatni. Dla pacjentów lecznictwa stacjonarnego odsetki te wyniosły odpowiednio 12,4% i 7,6%. W przypadku ponad 27% pacjentów lecznictwa ambulatoryjnego oraz 7,6% stacjonarnego nie udało się otrzymać jednoznacznej odpowiedzi.

## Podsumowanie

Zaprezentowana analiza danych na temat zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków dostarcza pierwszych wyników zebranych w Polsce zgodnie z metodologią Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Umożliwia ona także uzyskanie bardziej szczegółowych informacji na temat cech charakterystycznych osób, które trafiają do placówek leczenia uzależnień. Należy zaznaczyć, że w 2008 roku, tj. w roku, z którego pochodzą powyższe dane, w monitoring zaangażowanych było ok. 16% wszystkich placówek oferujących leczenie lub rehabilitację z powodu używania środków odurzających lub substancji psycho-

tropowych. Oznacza to, że przy wyciąganiu wniosków trzeba zachować ostrożność. Zebrane dane są bowiem reprezentatywne tylko dla tych placówek, które sprawozdały się w ramach systemu. Wyniki analiz nie mogą być zatem uogólnione na całą populację osób zgłaszających się do leczenia z powodu uzależnienia od środków odurzających i substancji psychotropowych w Polsce. Warto także wspomnieć, że część placówek biorących udział w pilotażu kieruje swoje programy

tylko do młodzieży, stąd osoby w młodym wieku są najprawdopodobniej nadreprezentowane w grupie. Jednocześnie powyższa analiza wskazuje, jak wiele interesujących informacji system monitorowania może dostarczyć, aby lepiej poznać i scharakteryzować pacjentów zgłaszających się do leczenia, a co najważniejsze, aby coraz lepiej dopasowywać ofertę terapeutyczną do ich potrzeb.

Bibliografia dostępna w redakcji.

*Barierami w leczeniu osób uzależnionych bądź borykających się z problemami związanymi z nadużywaniem substancji psychoaktywnych są czynniki organizacyjne, społeczno-kulturowe oraz trudności tkwiące w samym pacjencie.*

## BARIERY W DOSTĘPIE DO LECZENIA UZALEŻNIEŃ

Michał Bujalski

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### Wprowadzenie

Poprawa dostępności leczenia, ułatwienia w korzystaniu z usług medycznych, zarówno na poziomie ograniczeń strukturalnych, jak i w wymiarze indywidualnym (postawy personelu medycznego), prowadzą do pełniejszego wykorzystania istniejących zasobów medycznych oraz tworzą możliwości włączania do systemu ochrony zdrowia szerszych grup pacjentów. Wśród nich są również osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków. Ponieważ pozostają one często poza zasięgiem programów medycznych, wielu badaczy zajmujących się kwestiami zdrowia publicznego, oprócz analizy obiektywnych barier strukturalnych, zaczęło skupiać swoją uwagę na problematyce wpływu postaw personelu medycznego na niechęć pacjentów wobec systemu leczenia (Moodley-Kunnie, 1988; Gorman & Cartwright, 1991; Siegfried i in. 1999; Albery i in., 2003; Strang i in., 2004).

Zagadnienia związane ze zidentyfikowaniem czynników odpowiedzialnych za ograniczenia w dostępie do leczenia oraz jego konsekwencji dla zdrowia publicznego zostały podjęte przez autorów badania IATPAD (Improvement of Access to Treatment for People with Alcohol and Drug Related Problems). Badanie to, współfinansowane przez Komisję Europejską, było prowadzone równolegle

w Bułgarii, Grecji, Hiszpanii, Polsce, Słowacji, Słowenii, Szkocji oraz we Włoszech. Jego celem było określenie barier w dostępie do leczenia osób uzależnionych, w tym barier wynikających z postaw personelu medycznego (Poprawa dostępu do leczenia dla osób z problemami związanymi z alkoholem i narkotykami. Projekt IATPAD, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2009).

Polska część badania IATPAD została zrealizowana przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na próbie 91 placówek ochrony zdrowia, w tym w 26 placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, 31 placówkach ochrony zdrowia psychicznego oraz 34 wyspecjalizowanych placówkach leczenia uzależnień znajdujących się na terenie Warszawy.

W części ilościowej, oprócz analizy instytucjonalno-systemowych możliwości i ograniczeń leczenia oraz poznania charakterystyki oferowanych świadczeń medycznych, zrealizowano także 132 wywiady z przedstawicielami personelu medycznego: lekarzami, psychiatrami, psychologami, terapeutami oraz pielęgniarzami i pracownikami socjalnymi. W celu pełnego poznania zagadnień dostępności i standardów leczenia, przeprowadzono 40 wywiadów pogłębionych z pacjentami leczącymi się z powodu problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.



Wyniki badania pokazały, że wśród barier w dostępności leczenia osób uzależnionych znajdują się zarówno czynniki instytucjonalne, związane ze specyfiką i możliwościami funkcjonowania placówek ochrony zdrowia, jak i czynniki społeczno-kulturowe, determinujące postawy pacjentów oraz ich motywację do podjęcia leczenia. Dodatkową kategorię barier stanowią wszelkie ograniczenia zewnętrzne wobec systemu opieki zdrowotnej: rozwiązania legislacyjne oraz polityka wobec alkoholu i narkotyków.

## Trudności w dostępie do leczenia

Jedną z podstawowych barier w dostępie do leczenia jest brak wiedzy, gdzie można się leczyć. Informacje takie nie są powszechnie dostępne, a osoby borykające się z problemami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych, często nie mogą liczyć nawet na pomoc lekarza.

Niedostatek informacji obejmuje także osoby pragnące kontynuować leczenie: *Zawsze po opuszczeniu izby wytrzeźwień czułem się okropnie; nikt mi nie powiedział, że jest możliwość wzięcia udziału w spotkaniu, nikt nie doradził, gdzie szukać pomocy* (mężczyzna, powyżej 30. roku życia, uzależniony od alkoholu). Aby leczenie było skuteczne, musi odpowiadać oczekiwaniom pacjenta oraz – co niezmiernie istotne – nie powodować spadku motywacji. Rezultaty terapii mogą zależeć od wyboru właściwej metody leczenia, jednak by dokonać wyboru, niezbędna jest elementarna wiedza na temat różnych dostępnych możliwości leczenia. *Nie wiedziałem, jak wygląda leczenie, że będę musiał podpisać jakieś zobowiązania. Gdybym sobie z tego zdawał sprawę, wybrałbym jakąś łatwiejszą, bardziej dogodną opcję. Ale nie wiedziałem i podpisałem wszystko, co kazali* (mężczyzna, powyżej 30. roku życia, uzależniony od alkoholu). Przeszkodę w leczeniu może stanowić także brak programów dostosowanych do potrzeb pacjentów, zwłaszcza w przypadku osób, które podejmowały już leczenie w przeszłości. Doświadczenie pacjentów bywa tu czynnikiem decydującym: *Nie miałam ochoty spotykać się z innymi ćpunami i wysłuchiwać bzdur, które opowiadają* (kobieta, powyżej 30. roku życia, uzależniona od opiatów).

Biurokratyczne zasady przyjmowania do leczenia mogą zniechęcić potencjalnych klientów. W większości placówek ochrony zdrowia, tak wyspecjalizowanych, jak i należących do systemu podstawowej opieki zdrowotnej, pacjent jest zobowiązany przedstawić zaświadczenie o płaceniu składek ubezpieczenia zdrowotnego oraz dokumentację

medyczną z poprzedniego leczenia: *Kiedy zgłosiłem się do placówki, okazało się, że muszę przedstawić cały komplet dokumentów. Musiałem pojechać do szpitala w Tworkach, potem do kolejnego w Bogucinie, skompletować całą dokumentację z poprzedniego leczenia, ze wszystkich oddziałów detoksykacyjnych, ze wszystkich ośrodków, nawet z więzienia. Zabrało mi to sporo czasu. Musiałem tu przyjeżdżać trzy razy, ciągle brakowało jakiegoś świstka* (mężczyzna, powyżej 30. roku życia, uzależniony od opiatów).

W dodatku w niektórych placówkach nie ma przejrzystych kryteriów przyjmowania pacjentów. Trudności pojawiają się w momencie, kiedy o przyjęciu do leczenia decydują nie zasady formalne, lecz arbitralne decyzje personelu: *Wszystko zależy od kierownika ośrodka. To on decyduje, czy kogoś przyjmą, czy nie. Jeśli mu się nie spodoba, nie masz tam czego szukać* (kobieta, powyżej 30. roku życia, uzależniona od kilku substancji). Osoba trafiająca do systemu leczenia uzależnień nie ma gwarancji ciągłości opieki, w wielu miejscach panują bowiem surowe zasady dotyczące kontynuacji bądź powtórnego podjęcia leczenia: *Jeśli przerwiesz leczenie, nie możesz wrócić wcześniej niż po sześciu miesiącach. A o powód do przerwania łatwo. Wystarczy opuścić kilka wizyt i koniec* (kobieta, powyżej 30. roku życia, uzależniona od alkoholu).

Kryteria przyjęć mogą służyć selekcji lepiej rokujących pacjentów. Przed przyjęciem do leczenia wymaga się od pacjentów okresu abstynencji. *Miałem nie pić alkoholu przez dwa tygodnie, żeby móc rozpocząć leczenie* (mężczyzna, powyżej 30. roku życia, uzależniony od alkoholu). Wielu pacjentów nie jest w stanie spełnić tego warunku. Inne formalne wymagania to udział w grupach przygotowawczych, mających dodatkowo motywować do leczenia, które w gruncie rzeczy służą również odsianiu mniej zmotywowanych.

Pacjenci z rozpoznanym uzależnieniem od alkoholu bądź narkotyków korzystają przede wszystkim z pomocy placówek wyspecjalizowanych, w mniejszym stopniu placówek ochrony zdrowia psychicznego, znacznie rzadziej z usług podstawowej opieki medycznej. Świadczenia specjalistyczne dla pacjentów z problemem alkoholowym bądź narkotykowym oferowane są w co szóstą placówkę ochrony zdrowia psychicznego oraz jedynie w co dziesiątą placówkę podstawowej opieki zdrowotnej. Oznacza to, że osoby uzależnione pozostają w obrębie systemu ochrony zdrowia, jednak cały ciężar leczenia spoczywa na placówkach specjalistycznych, których możliwości są ograniczone, a oferta w niektórych przypadkach kosztowna (np. rehabilitacja).

Poważnym utrudnieniem może być też czas pracy placówek. Wielu pacjentów narzekało, że godziny otwarcia nie są dostosowane do ich godzin pracy – dotyczy to także indywidualnych spotkań z lekarzami i sesji terapeutycznych. Największy problem powstaje w sytuacji, kiedy placówka znajduje się w dużej odległości od miejsca zamieszkania klienta: *Mieszkam dosyć daleko, dojazd zajmuje mi prawie dwie godziny, ale nie mam wyboru* (mężczyzna, powyżej 30. roku życia, uzależniony od opiatów). Niedogodne godziny otwarcia placówek, brak możliwości przyjęcia pacjentów w weekendy, odkładanie pierwszej wizyty u specjalisty na późniejszą datę oraz brak miejsc w bezpłatnych placówkach i listy oczekujących mogą powodować zagrożenie dla stanu zdrowia pacjenta: *Powiedzieli mi, że nie jestem jedyną osobą czekającą na miejsce na oddziale. Byłam trzydziesta piąta w kolejce. Mieli zadzwonić, kiedy mam się zgłosić* (kobieta, do 30. roku życia, uzależniona od opiatów).

Jak wynika z danych zebranych podczas badania IATPAD, jedynie co dziesiąta placówka podstawowej opieki zdrowotnej jest otwarta w weekendy, podczas kiedy w lecznictwie wyspecjalizowanym jest to niespełna 40% placówek. Najdłuższy czas oczekiwania na pierwszą wizytę występuje w przypadku placówek ochrony zdrowia psychicznego (ok. 22 dni), a najkrótszy – w przypadku placówek wyspecjalizowanych (ok. 6 dni). W podstawowej opiece zdrowotnej oczekiwanie na wizytę trwa 9 dni, jednak właściwe leczenie rozpoczyna się już po 5 dniach, podczas kiedy w placówkach ochrony zdrowia psychicznego na rozpoczęcie terapii pacjent jest zmuszony czekać blisko miesiąc. Sytuacja w placówkach wyspecjalizowanych również nie jest dużo lepsza – pacjenci są zmuszeni czekać na podjęcie właściwej terapii ponad trzy tygodnie.

Stosowane formy leczenia są postrzegane jako nieadekwatne ze względu na skromny program terapeutyczny: *Całe leczenie polegało na tym, że podłączyli mnie do kroplówki i podali leki uspokajające* (mężczyzna, powyżej 30. roku życia, uzależniony od kilku substancji). Najbardziej radykalne i represyjne programy terapeutyczne zniechęcają pacjentów do leczenia: *Wszystko trzeba było robić na dzwonek albo na gwizdek, człowiek cały czas był w stresie. Kazali obciąć włosy i wydawali całe mnóstwo bzdurnych poleceń. Tylko mnie to wkurzało, więc odszedłem* (mężczyzna, powyżej 30. roku życia, uzależniony od opiatów). W niektórych przypadkach respondenci zgłaszali także zastrzeżenia co do stanu placówek: *Ośrodek był w okropnym stanie, jak z czasów komunizmu, jak ten szpital z „Lotu nad ku-*

*kułczym gniazdem”* (mężczyzna, powyżej 30. roku życia, uzależniony od opiatów).

## Postawy personelu medycznego

Percepcja personelu oraz postrzeganie konsumpcji alkoholu i narkotyków w kategoriach moralnych może powodować brak zaufania i niechęć pacjenta wobec systemu leczenia. Brak wrażliwości personelu medycznego na problemy związane z alkoholem bądź narkotykami, zajmowanie się w ostatniej kolejności pacjentami z tą diagnozą, w ekstremalnych przypadkach również odraza, przyczyniają się do powstawania luki w systemie ochrony zdrowia. Bariera w dostępie do leczenia nie jest jedynie niedostatek łóżek w szpitalach i ośrodkach terapii, lecz brak zainteresowania lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej problematyką używania substancji psychoaktywnych, co skutkuje niedostatkami diagnozy i brakiem wczesnego rozpoznania symptomów uzależnienia: *Kiedy po kolejnym ciągu miałam drżenie rąk, zaburzenie rytmu serca, udałam się do lekarza, bo miałam samopoczucie fatalne, położyli mnie do szpitala, robili EKG, zbagatelizowali to, że mi się ręce trzęsą. Uzupełnili mi płyny i tak dalej, ale powinni mnie wysłać na odwyk, nikt mi nawet pytania nie zadał, czy nie piłam* (kobieta, po 30. roku życia, uzależniona od alkoholu).

W badaniu IATPAD w każdym z trzech typów placówek ochrony zdrowia rekrutowano personel medyczny różnych specjalności: lekarzy, psychiatrów oraz psychologów i terapeutów. Badanych poproszono o wypełnienie testu Skali Stosunku do Pacjentów MCRC (Medical Condition Regard Scale), żeby zbadać ich stosunek do pracy z pacjentami uzależnionymi od alkoholu, uzależnionymi od narkotyków oraz, dla porównania – z osobami cierpiącymi na depresję i chorymi na cukrzycę.

Skala Stosunku do Pacjentów MCRC jest testem o wysokiej rzetelności i trafności. Składa się z 11 pytań, określających stosunek do pracy z pacjentami cierpiącymi na różne choroby.

Maksymalna liczba punktów, jaką można uzyskać, wynosi 66 i oznacza bardzo pozytywny stosunek do pacjenta, podczas kiedy najniższa – 11 punktów, oznacza stosunek negatywny. Wyniki skali MCRC w podziale na trzy typy placówek ochrony zdrowia zostały przedstawione w tabeli 2.

Wyniki testu MCRC wyraźnie pokazują, że pacjenci uzależnieni od narkotyków są narażeni na najbardziej negatywne oceny personelu medycznego we wszystkich trzech typach

Tabela 1. Dostępność leczenia w poszczególnych typach placówek ochrony zdrowia

	Placówki leczenia uzależnień		Placówki ochrony zdrowia psychicznego		Placówki podstawowej opieki zdrowotnej	
Placówka otwarta w weekendy (%)	39		31		11	
Czas oczekiwania na pierwszą wizytę (liczba dni)	średnia	6,4	średnia	21,7	średnia	9,0
	(sd)	(11,1)	(sd)	(24,8)	(sd)	(11,2)
Czas od pierwszej wizyty do rozpoczęcia terapii (liczba dni)	średnia	16,6	średnia	26,6	średnia	5,2
	(sd)	(24,1)	(sd)	(45,3)	(sd)	(7,3)

Źródło: Dane własne.

placówek medycznych. Największą niechęć do pracy z pacjentami o tej diagnozie prezentują pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki psychiatrycznej. W nieco lepszej sytuacji są pacjenci uzależnieni od alkoholu, choć stosunek do nich jest „najlepszy” w placówkach specjalistycznych.

Upředzenia w stosunku do osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków pośród pracowników placówek podstawowej opieki zdrowotnej mogą być znaczącą przeszkodą w leczeniu. Upředzenia wobec pacjentów uzależnionych od narkotyków biorą się często z braku wiedzy o uzależnieniach: *Miałem grypę, czy się przeziębiłem, poszedłem do lekarza. Zapytał, czy mam gorączkę. Powiedziałem mu, że się pocę nie z gorączki, tylko potrzebuję heroiny. Wytrzeszczył na mnie oczy. No to mówię, że jestem uzależniony od opiatów, że używam dożylnie heroiny. Spojrzał na mnie, jakbym mu powiedział, że mam zamiar go zamordować, albo coś w tym stylu* (mężczyzna, powyżej 30. roku życia, uzależniony od opiatów). Problemy związane z alkoholem i narkotykami traktowane są jako problemy drugiej kategorii, co może opóźniać pomoc medyczną: *Spotkałem się z niechęcią. Byłem dla nich tylko pijakiem. Kiedy czegoś potrzebowałem, słyszałem, że mam poczekać, bo najpierw muszą się zająć kimś, kto jest naprawdę chory* (mężczyzna, do 30. roku życia, uzależniony od alkoholu). Niektórzy pacjenci doświadczyli podczas leczenia aroganckich zachowań personelu medycznego: *Miałem problem z nogami, zapytałem lekarza, co robić. Nogi odmawiały posłuszeństwa, ale poza tym czułem się dobrze. Poprosiłem o pomoc. Może jakieś ćwiczenia? Nawet się nie zatrzymał. Odwrócił tylko głowę i powiedział, że może je amputować. I poszedł dalej* (mężczyzna, do 30. roku życia, uzależniony od alkoholu).

Brak szacunku ze strony personelu placówek i złe traktowanie pacjentów zniechęcają do leczenia: *Lekarze i pielęgniarki*

*zachowywali się, jakbym był intruzem. Ludzi uzależnionych od alkoholu traktuje się jak pacjentów drugiej kategorii* (mężczyzna, do 30. roku życia, uzależniony od alkoholu). Dyskryminacja staje się najbardziej wyraźna w sytuacjach, gdy członek personelu poniża pacjenta lub odmawia mu udzielenia pomocy: *Doktor badał mnie, jakby miał do czynienia ze zwłokami i powiedział mojej matce, żeby znalazła dla mnie inną placówkę* (mężczyzna, powyżej 30. roku życia, uzależniony od opiatów). Zniechęcić do leczenia mogą również relacje z personelem niemedycznym. Podczas przyjęcia do placówki zdarzają się sytuacje trudne, w których poufność danych pacjenta zostaje narażona na szwank: *W recepcji pracują przypadkowe osoby, nie mają wiedzy o uzależnieniach, na głos mówią o twoich chorobach* (mężczyzna, powyżej 30. roku życia, uzależniony od kilku substancji).

Pacjenci uzależnieni od substancji psychoaktywnych są dla personelu medycznego klientem trudnym i niekoniecznie pożądanym. Z drugiej strony, personel medyczny bywa oceniany przez pacjentów równie surowo. Pojawiły się głosy krytyczne wobec personelu medycznego placówek, dotyczące braku profesjonalizmu i niskich umiejętności terapeutycznych: *Była tam jedna pani psycholog, chyba już nie pracuje. Strasznie niepozobierana, denerwowały mnie zajęcia w jej grupie. Już jej nie widuję, więc chyba nie byłem odosobniony w tej opinii* (mężczyzna, do 30. roku życia, uzależniony od kilku substancji). Lekarzy obwiniano także o błędy w sztuce lekarskiej: *Lekarze są niedbali i nieodpowiedzialni. Wypisują tylko obłędne ilości leków psychoaktywnych* (mężczyzna, powyżej 30. roku życia, uzależniony od kilku substancji). Inne zarzuty dotyczyły rutyny i schematycznego podejścia do pracy: *Pracują tam ci sami ludzie. Zjawiam się po latach i widzę te same twarze. Popadli w rutynę. (...) Nie zależy im na pacjentach. Przychodzą po prostu*



Tabela 2. Wyniki MCERS według punktu wejścia do systemu ochrony zdrowia

	Uzależnienie od alkoholu		Uzależnienie od narkotyków		Depresja		Cukrzyca	
	średnia	(sd)	średnia	(sd)	średnia	(sd)	średnia	(sd)
Podstawowa opieka zdrowotna	39,82	(7,90)	37,04	(8,15)	49,31	(5,48)	54,01	(4,70)
Opieka psychiatryczna	41,79	(9,20)	39,51	(7,36)	54,22	(5,22)	50,72	(6,67)
Leczenie uzależnień	49,62	(4,81)	46,88	(8,00)	50,08	(5,55)	45,57	(6,24)
P	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	

Źródło: Poprawa dostępu do leczenia dla osób z problemami związanymi z alkoholem i narkotykami. Projekt IATPAD, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2009, s. 78.

do pracy i pobierają pensję (kobieta, powyżej 30. roku życia, uzależniona od opiatów).

## Postawy pacjentów

Równie istotnym czynnikiem powodującym ograniczenie zgłaszalności do leczenia są kwestie indywidualne. Wielu pacjentów postrzega brak motywacji jako główną przeszkodę w podjęciu leczenia. Jest to szczególnie problematyczne w sytuacji, gdy personel medyczny nie podejmuje prób wzmocnienia motywacji: *Kiedyś poszedłem do psychiatrii czy psychologa. Zapytał, czy chciałbym pójść na detoks. Powiedziałem, że nie i było po rozmowie* (mężczyzna, do 30. roku życia, uzależniony od kilku substancji). Niebagatelną rolę odgrywają także dotychczasowe przyzwyczajenia osób uzależnionych, codzienna rutyna oraz stan zdrowia: *Człowiek używający narkotyków jest zwykle słaby, zbyt słaby, żeby zdobyć się na jakikolwiek wysiłek. O wiele łatwiej jest brać, niż podjąć leczenie* (mężczyzna, powyżej 30. roku życia, uzależniony od opiatów). Brak wewnętrznej zgody na rozpoczęcie albo kontynuowanie leczenia może zniweczyć jego pozytywne efekty: *Znalazłem się tutaj tuż po detoksie i nie podobały mi się zasady, jakie tu panują. Tak sobie to wtedy tłumaczyłem. Prawda jest taka, że nie chciałem się leczyć. Po kilku dniach uciekłem* (mężczyzna, do 30. roku życia, uzależniony od stymulantów).

Niektórzy pacjenci bali się przyznać do uzależnienia. Poważną przeszkodą w leczeniu był wstyd, że jest się alkoholikiem czy narkomanem: *Próbowałem szukać pomocy, ale jednocześnie się bałem. Żyłem w zakłamaniu i bardzo się wstydzilem* (mężczyzna, powyżej 30. roku życia, uzależniony od alkoholu). Szansą na zmianę postaw

pacjentów jest zaangażowanie personelu medycznego: dramatyczne życiorysy osób uzależnionych naznaczają specyficzny charakter relacji terapeutycznej. Osobiste zaangażowanie w sprawy pacjenta oraz tworzenie relacji opartych na partnerstwie mogą wpływać na poprawę wyników leczenia.

## Podsumowanie

Okazuje się, że leczenie stygmatyzuje, powoduje upokorzenie. Perspektywa bycia naznaczonym odwleka w czasie zgłoszenie do leczenia, skutkując powstaniem stanów głębokiego uzależnienia.

Barierami w leczeniu osób uzależnionych bądź borykających się z problemami związanymi z nadużywaniem substancji psychoaktywnych są zarówno czynniki organizacyjne, takie jak niedostatek oferowanej pomocy, wąska oferta leczenia, listy oczekujących (programy leczenia substytucyjnego), nieadekwatne godziny otwarcia placówek, opłaty za leczenie, brak dokładnych informacji o tym, gdzie podjąć leczenie, ograniczenia biurokratyczne i formalne podczas przyjęcia do leczenia, jak i czynniki społeczno-kulturowe determinujące negatywne nastawienie personelu medycznego wobec pacjentów uzależnionych.

Bariery w podjęciu bądź kontynuowaniu leczenia mogą tkwić również w samym pacjencie.

Przyznanie, że problem uzależnienia istnieje, gotowość do zmiany, wreszcie uznanie wartości zdrowego, „normalnego” życia równają się akceptacji potrzeby działania, bez której żadne leczenie nie może zakończyć się sukcesem.

Bibliografia dostępna w redakcji.

*W 2010 roku w odpowiedzi na narastające zjawisko używania „dopalaczy”, samorządy podjęły szereg działań na poziomie lokalnym w celu informowania i edukowania o problemie, a także działań o charakterze prawnym zmierzających do zakazu sprzedaży „nowych narkotyków”. W niniejszym artykule przedstawię wybrane inicjatywy podjęte przez Urzędy Miast w Łodzi i Warszawie.*

## ŁÓDŹ I WARSZAWA – WALKA Z UŻYWANIEM „DOPALACZY”

Tomasz Zakrzewski

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

### Łódź walczy z „dopalaczami”

„Przy nasilających się działaniach ze strony przedsiębiorców prowadzących sklepy z »dopalaczami«, Urząd Miasta Łodzi prowadzi konsekwentne programy, skierowane na edukację i informację na temat skutków zażywania środków psychoaktywnych. 24 maja 2010 roku odbyło się spotkanie informacyjne prezydenta miasta z rodzicami i dyrektorami gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych w sprawie dalszych wspólnych inicjatyw prowadzonych przez miasto i szkoły. Na spotkaniu tym przyjęto wspólną strategię działań, mającą na celu ochronę dzieci oraz stałe informowanie Miasta o nowo powstających sklepach. Wypowiedzi rodziców potwierdzały konieczność zdecydowanego »zwarcia szyków«, konsekwentnej pracy wychowawczej oraz przede wszystkim kampanii edukacyjnej informującej o niebezpieczeństwach i zagrożeniach związanych z problemem” – donosił w komunikacie Wydział Edukacji Urzędu Miasta Łodzi w 2010 roku. Miasto podjęło szereg działań już w maju, alarmując Sejm o nasilającym się zjawisku. Z inicjatywy władz został wysłany list intencyjny do parlamentarzystów dotyczący zmian ustawodawczych w kwestii „dopalaczy”, rozpoczęto także kontrole sklepów sprzedających „środki zastępcze” przez instytucje kontrolne oraz straż miejską i policję. Urząd podjął również współpracę z dyrektorami łódzkich szkół i rodzicami.

We wrześniu 2010 roku łódzki Wydział Edukacji przy współpracy z MONAREM rozpoczął warsztaty w 46 łódzkich gimnazjach. Łącznie odbyło się w nich 138 zajęć warsztatowych. Oprócz tego zostały zrealizowane koncerty hip-hopowe z udziałem młodych ludzi, którzy przeszli terapię w Ośrodku MONAR. Zainicjowano działalność strony internetowej [www.antybdopalacze.lodz.pl](http://www.antybdopalacze.lodz.pl), na której między innymi zamieszczono nagrane wypowiedzi mieszkańców miasta na temat używania przez młodzież

„dopalaczy”. Zgodnie z zaleceniem prezydenta Łodzi ograniczono także reklamy smartshopów i wycofano reklamy mające jakikolwiek związek z „dopalaczami” z miejskich powierzchni.

### Tylko słabi gracze biorą dopalacze

„Z udziałem najslawniejszego polskiego koszykarza Marcina Gortata rozpoczęły się w Łodzi zdjęcia do spotu reklamowego społecznej kampanii przeciwko dopalaczom. »Tylko słabi gracze biorą dopalacze« – to hasło akcji” – donosiła „Gazeta Wyborcza” w lipcu 2010 roku. Marcin Gortat



nie tylko stał się twarzą kampanii, ale aktywnie wspierał akcję. Jak donosiły media, koszykarz nie ukrywa, że sport i dopalacze to złe połączenie. „Kto chce zrobić karierę sportową, nie może iść na skróty. Dopalacze nie polecam, wręcz zakazuję. Mam znajomych, którzy poszli na łatwiznę i teraz cierpią po latach. Gdyby mogli cofnąć czas, to by to zrobili” – wypowiadał się w prasie i telewizji. Latem ubiegłego roku reżyser Bartosz Warwas i zespół z łódzkiej szkoły filmowej wyprodukowali spot z udziałem Marcina Gortata pod hasłem „Tylko słabi gracze biorą dopalacze”. Pracownicy Urzędu Miasta komentowali w mediach: „Pokażemy młodym ludziom, że w mieście nie trzeba się nudzić. Że życie bez używek może być fantastyczne”. Antydopalaczowe spoty „Tylko słabi gracze biorą dopalacze” zostały pokazane 17 sierpnia 2010 roku. Premiera odbyła

się w Atlas Arenie w obecności koszykarza i kilkutyśnej widowni.

Działania urzędników miejskich zostały nagłośnione w mediach. Materiały BTL akcji pojawiły się w szkołach, autobusach i tramwajach, rozdawane były ulotki z wizerunkiem Marcina Gortata. Spot pokazywały liczne telewizje, a na Youtube minutową wersję antydopalaczowej reklamówki odtworzono ponad 130 tys. razy. Akcja z udziałem gwiazdy NBA była kontynuowana w październiku w dyskotekach, klubach, kawiarniach, siłowniach, w miejscach tych na aktywnych ekranach emitowany był spot z Marcinem Gortatem promujący zdrowy styl życia, wolny od używek – „dopalacze”.

Urząd Miasta Łodzi jeszcze we wrześniu 2010 roku zainicjował akcję outdoorową przed sklepami z „dopalaczami”. Na chodnikach zostały namalowane kontury postaci obrazy leżącego martwego człowieka, z pytaniem: Czy tu jest twoje miejsce?...

## Warszawa przeciw „dopalaczom”

„Kampania przeciwko dopalaczom jest skierowana do młodych ludzi między 14. a 28. rokiem życia. Nazwę kampanii wymyśliła sama młodzież. Akcję zainauguruje 23 listopada 2010 roku o godz. 11 konferencja prasowa w stołecznym ratuszu z udziałem Włodzimierza Paszyńskiego – zastępcy prezydenta m.st. Warszawy, Roberta Rutkowskiego – terapeuty z Mazowieckiego Towarzystwa Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U”, Zbigniewa Michalczyka – terapeuty z Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji dla Dzieci i Młodzieży w Zagórzku/Warszawy oraz młodzieży występującej w kampanii” – informował portal Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy.

Warszawa włączyła się także w akcję informacyjno-edukacyjną „Dopalacze mogą Cię wypalić – poznaj fakty”, zainicjowaną przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, poprzez między innymi dystrybucję w warszawskich tramwajach i autobusach ponad tysiąca plakatów promujących domenę [www.dopalaczefinfo.pl](http://www.dopalaczefinfo.pl) i rozesłanie listu do dyrektorów warszawskich szkół (treść listu dostępna na <http://edukacja.warszawa.pl/index.php?wiad=3189>) informującego o pilnej potrzebie działań o charakterze profilaktycznym. Urząd Miasta kontynuował realizację programów edukacyjnych także po zamknięciu sklepów z „dopalaczami”, dostrzegając problem dystrybucji „środków zastępczych” w sieci. Akcja pod hasłem „Dopalacze ryją banię” skierowana była przede wszystkim do młodych inter-

nautów. Slangowe hasło zostało wypracowane przez warszawską młodzież, która użyczyła twarzy przekazowi kampanii. „Obecnie zmienił się także stan prawny, sklepy sprzedające dopalacze zostały zamknięte, a więc mogłoby się wydawać, że problem został rozwiązany,

w rzeczywistości jednak wcale tak nie jest. Handel tym rodzajem narkotyku przeniósł się do internetu i właśnie stąd pomysł kampanii internetowej” – mówił Włodzimierz Paszyński, nawiązując do ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 8 października 2010 roku. Kampania Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy wykorzystywała w tym celu przede wszystkim social media w sieci. Projekt był prezentowany na portalach fotka.pl, sciaga.pl, dlaStudenta.pl, wp.pl, o2.pl, na Facebooku i w najpopularniejszym polskim komunikatorze Gadu-Gadu. Wyemitowanych zostało blisko pół miliona odsłon bannerów oraz wysłanych 430 tys. maili do młodych ludzi. Dodatkowym działaniem były nadruki na kubeczkach w automatach z napojami w szkołach i na uczelniach w Warszawie (łącznie 120 dystrybutorów i 100 tys. kubeczków) reklamujące główne przesłanie akcji. Oprócz wykorzystania niestandardowych materiałów BTL, twórcy kreacji odwołali się także do zasady wpływu – poprzez informowanie o faktycznych, krótkoterminowych szkodach wynikających z używania bądź nadużywania „dopalaczy”. Stąd w kafeterii krótkich przekazów mamy odwołania do objawów zapaści po przedawkowaniu, stanów zatrucia czy objawów psychicznych związanych z zespołami paranooidalnymi występującymi po zażyciu smartów.



**Akcja wrzesień 2010 – sylwetki przed sklepami z „dopalaczami”.**



**Główna linia kreacyjna internetowej kampanii Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy.**



# KAMPAKIE ANTYNARKOTYKOWE I DZIAŁANIA EDUKACYJNE W 2010 ROKU NA ŚWIECIE – WYBÓR



plantacje dostarczające opium. System bankowy kraju jest w znacznym stopniu narażony na „pranie” pieniędzy z narkobiznesu. Z danych Anti-Narcotics General Administration (agenda antynarkotykowa ANGА powstała już w 1929 roku!) wynika, że Kair i Aleksandria to drogi przemytu do krajów południowej UE nie tylko marihuany i opioidów, ale także khatu z Półwyspu Arabskiego. Produkty kampanii są także dostępne na [youtube.com/](http://youtube.com/) (<http://www.youtube.com/user/BatesEquityEgypt>). Warto zobaczyć, w jaki sposób kultura islamu rzutuje na konstruowanie przekazów profilaktycznych.

## EDUKACJA ANTYNARKOTYKOWA W EGIPCIE

Istniejąca od 12 lat w Egipcie jedna z najlepszych agencji reklamowych stworzyła kreację i wyprodukowała serię spotów antynarkotykowych, które cieszyły się dużym zainteresowaniem w arabskojęzycznym świecie. Liga Krajów Arabskich obejmuje ponad dwadzieścia państw Afryki, Azji Mniejszej i Półwyspu Arabskiego, a język oraz zbliżone uwarunkowania kulturowe znacznie zwiększają zasięg oddziaływań edukacyjnych, także związanych z przeciwdziałaniem zjawisku używania narkotyków. Surowe prawo narkotykowe w krajach arabskich nie jest jedynym rozwiązaniem proponowanym przez instytucje państwowe, Egipt stawia także na edukację publiczną. Kampania wymyślona przez agencję Batesequity opiera się na pięciu spotach reklamowych głęboko osadzonych w realiach kulturowych współczesnego Egiptu (zobacz na: [http://www.batesequity.com/index.php?option=com\\_contact&view=contact&id=1&Itemid=71](http://www.batesequity.com/index.php?option=com_contact&view=contact&id=1&Itemid=71)). Mimo podpisania przez Egipt kilku konwencji antynarkotykowych (z 1961, 1971 i 1988 roku), państwo to coraz dotkliwiej doświadcza problemu narkotyków. Na Synaju oraz w północnym Egipcie znajdują się nielegalne uprawy cannabis oraz



## REKLAMA SKOJARZENIOWA W EDUKACJI ANTYNARKOTYKOWEJ

Już od 13 lat w Stanach Zjednoczonych w ramach National Youth Anti-Drug Media Campaign organizowane są różne przedsięwzięcia edukacyjne dotyczące substancji psychoaktywnych. Większość działań ma na celu edukowanie nastolatków, pokazywanie im, jak mogą sobie radzić z negatywnym wpływem grupy rówieśniczej w obszarze używania narkotyków i żyć bez środków psychoaktywnych. Kampanie i działania edukacyjne w kontekście idei „być ponad” to promocja wolności wyboru, gotowości niesienia pomocy osobom z problemem narkotykowym i samorealizacji bez używek. W 2010 roku ONDCP prezentowało i promowało trzy spoty pod nazwami „Lost”, „No brainer” oraz „Tree Services”. Zabawne, ale dające do myślenia, jednocześnie oparte na estetyce szoku, wszystko to, co może zdarzyć się niechcianego, gdy po narkotykach „wysiada myślenie”. Warto zobaczyć, jak w nienarzucający sposób Amerykanie próbują promować postawy oraz reklamować stronę [abovetheinfluence.com](http://www.mediacampaign.org/) (więcej na <http://www.mediacampaign.org/>), wykorzystując nawet „mówiące gryzonie”, bo edukacja publiczna może być umowna, odwołująca się jedynie poprzez skojarzenia do celów promowania głównej idei.



## SINGAPUR „WALCZY” Z NARKOTYKAMI ZA POMOCĄ... WIATRaków

Według statystyk prowadzonych przez ONZ w Singapurze wykonuje się najwięcej wyroków śmierci w przeliczeniu na liczbę mieszkańców. Posiadanie bądź sprzedaż ponad 200 g haszyszu, 15 g heroiny czy np. 30 g kokainy może spotkać się z karą śmierci, ale mimo bardzo surowego prawa używanie narkotyków pozostaje problemem w wielkim porcie na Półwyspie Malajskim. Kwestia narkotyków dotyczy także turystów odwiedzających Singapur (w 2010 roku ponad 1,3 mln Europejczyków). Ważne stały się kampanie informacyjne prowadzone w związku z Międzynarodowym Dniem Zapobiegania Narkomanii. Każdego roku Centralne Biuro Narkotykowe ogłasza temat przewodni działań edukacyjno-informacyjnych. W 2010 roku CBN postanowiło rozpocząć działania szeregiem eventów i akcji PR-owych w centrum Singapuru. Hasłem „Życie to nie chorągiewka na wietrze” pragnęło zwrócić uwagę na temat narkotyków, w szczególności piętnując istnienie nielegalnego rynku narkotyków w mieście-państwie. Wolontariusze rozdawali młodym ludziom wiatraki jako symbole akcji, zachęcając do udziału w niecodziennym konkursie o charakterze plenerowym – każda z osób chętnych miała za zadanie stworzyć graficzny design

na papierowym wiatraku oraz zapisać na nim własną deklarację w postaci krótkiego tekstu ślubowania, że nie będzie używała narkotyków. Najbardziej kreatywne i oryginalne designy i teksty były oceniane i nagradzane. Singapur promuje formę konkursów – w 2010 roku CBN rozpięło dla młodych programistów konkurs na najlepszą grę antynarkotykową w technologii Flash. W tym roku planowany jest konkurs na poezję profilaktyczną (sic!). Dwa oblicza Singapuru – to surowe i to edukacyjno-informacyjne znajdują Państwo na stronach [www.cnb.gov.sg](http://www.cnb.gov.sg).



# KAMPANIE ANTYNARKOTYKOWE I DZIAŁANIA EDUKACYJNE W 2010 ROKU NA ŚWIECIE – WYBÓR



## DRUGSNOT4ME – KANADA 2010

Hasło „Narkotyki – to nie dla mnie” stanowi obecnie w Kanadzie główny brand symbolizujący komunikację antynarkotykową dla młodzieży. Na stronach [www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/youth-jeunes/index-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/youth-jeunes/index-eng.php) znajdziemy kampanię zainicjowaną w 2010 roku na północy kontynentu amerykańskiego. Kampania oparta jest na informowaniu młodych ludzi o niepodważalnych naukowych faktach związanych z wpływem substancji psychoaktywnych na organizm ludzi i rozwój młodego człowieka w rodzinie czy społeczeństwie. Ale żeby poznać te fakty, przedstawiane jako „najbardziej ekscytujące”, trzeba „przejąć próbę” gry w „abstrakcyjne” puzzle. Za nimi dopiero można odkryć nagrody i... informację. Na stronie można podyskutować za pomocą profilu Facebooka, ściągnąć (przemysłana strategia powtarzania hasła poprzez użycie odpowiednio sprofilowanej captcha) dzwonki na telefon komórkowy czy pobawić się interaktywnym pamiętnikiem.



## ŚWIAT BEZ NARKOTYKÓW W WIRTUALU

Ponad 170 tys. osób zobaczyło reklamówkę strony [drugfreeworld.org](http://drugfreeworld.org) na YOUTUBE... w innej reklamówce „Oni mówią – oni kłamią”. Specjaliści od marketingu uderzają w profilaktykę w potoczne mity o narkotykach, krążące wśród młodzieży, a będące często stereotypami wykorzystywanymi w reklamie bezpośredniej różnych narkotyków – która jest używana, by wpłynąć na nastolatków. Strona [www.drugfreeworld.org/#/interactive](http://www.drugfreeworld.org/#/interactive) reklamuje się jako miejsce, gdzie znajdziesz prawdę o narkotykach. Charakteryzuje ją mroczny, tajemniczy klimat, duża ilość darmowych giftów, sugestywne obrazy, interaktywny labirynt. Wszystko to przyciąga odbiorców. Warto po obejrzeniu spotów posurfować po stronie, ściągnąć DVD, zrobić kilka testów. Strona „The drug free world” to nieustająca kampania perswazyjno-edukacyjna w sieci. Co nam zaproponuje w roku 2011? Czy idea second life zostanie w sposób interaktywny użyta do celów edukacyjnych on-line?



## CHINY BĘDĄ GRAĆ Z NARKOTYKAMI ON-LINE

Jak donosi „China Daily”, w 2010 roku chińscy eksperci połączyli siły z firmami i specjalistami od gier on-linowych, by stworzyć profesjonalne interaktywne narzędzie edukacyjne, które informowałoby nastolatków o szkodach zdrowotnych wyrządzanych przez narkotyki. Rozpisano konkurs, w którym weźmie udział 50 największych chińskich fabryk gier, w tym takie znane firmy, jak Shanda Entertainment czy Giant Online. Rynek gier w Chinach rozwija się niezwykle dynamicznie. W ubiegłym roku odnotowano w sieci 30 mln graczy, z czego większość to osoby powyżej 35. roku życia. Anti-drug Commission z Szanghaju na podstawie badań tej grupy uznała, że 3/4 graczy miało kontakt z narkotykami, zatem stanowią oni łatwą do określenia i odnalezienia przez internet grupę ryzyka. Podobna charakterystyka grup demograficznych graczy i użytkowników narkotyków pozwala mieć nadzieję, że wyłoniona w konkursie gra on-line będzie efektywnym narzędziem edukacji publicznej. Czekamy zatem na rezultaty, monitorując stronę dystryktu Szanghaj – <http://www.shanghai.gov.cn/shanghai/node23919/index.html>.

TZ



## Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

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

Serwis Informacyjny NARKOMANIA jest notowany na liście Index Copernicus.

Adres redakcji:

Fundacja PRAESTERNO

ul. Widok 22/30

00-023 Warszawa

tel.: 22 621 27 98

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

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński

Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz

Kolegium redakcyjne: Danuta Muszyńska,

Anna Radomska, Artur Malczewski, Tomasz Zakrzewski

Pismo bezpłatne