



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 2 (54) 2011

NR 2

2011

Spoters

SPOTERS AWARDS 2010

Spoters 2010 w kategorii

WAŻNA SPRAWA

dla Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Brałeś? Nie jedź!

Nagroda w postaci emisji 100 bezpłatnych spotów reklamowych
na antenie MTVNP w roku 2011

IZABELLA WILEY

SENIOR VICE PRESIDENT
GENERAL MANAGER MTV NETWORKS POLSKA

MTV NETWORKS
POLSKA

AtMedia

netizens PEPPERMINT



Interaktywny
Instytut
Badań
Rynkowych

Kampania „Brałeś? Nie jedź!” Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zdobyła nagrodę przyznaną przez młodzież w plebiscycie na najlepszą reklamę telewizyjną Spoters Awards, organizowanym przez MTV Networks Polska i AtMedia przy współpracy Interaktywnego Instytutu Badań Rynkowych. Szczegóły na stronie 45.

WPROWADZENIE

Drodzy Czytelnicy,

tematyka niniejszego numeru skupiła się wokół dwóch głównych wątków związanych z ostatnimi wydarzeniami. Pierwszy – ten bardziej spektakularny – to objęcie przez Polskę prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. Drugi, mniej głośny, jednak o dużym znaczeniu, to uchwalenie przez Sejm nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

O prezydencji, w kontekście priorytetów w ochronie zdrowia publicznego, mówi w wywiadzie dla „Serwisu” wiceminister zdrowia Adam Fronczak, odpowiedzialny za zadania Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie. Należy do nich m.in. zmniejszenie nierówności w zdrowiu społecznym poszczególnych państw oraz kontynuacja działań związanych z chorobami neurodegeneracyjnymi, które Pan Minister określił obrazowo mianem „bomb w postaci starzejących się społeczeństw”.

Kwestią szczególnie interesującą z perspektywy polityki narkotykowej może być nacisk na problem stygmatyzacji i marginalizacji osób chorych oraz współpraca na poziomie instytucji europejskich w celu przeciwdziałania negatywnym zjawiskom związanym z narkotykami, zwłaszcza w zakresie nowych zjawisk na tej scenie. Nawiązując do polskiej prezydencji w Radzie UE, Łukasz Jędruszek przedstawia najważniejsze zagadnienia związane ze współpracą na arenie międzynarodowej, którymi będzie zajmować się Horyzontalna Grupa Robocza ds. Narkotyków: Polska (...) szczególną wagę będzie przykładła do szeroko rozumianej problematyki zdrowotnej, w tym do kwestii używania i nadużywania substancji psychoaktywnych. Ważnym zagadnieniem jest tutaj intensyfikacja przedsięwzięć mających na celu przeciwdziałanie używaniu narkotyków przez osoby prowadzące pojazdy.

Drugi blok tematyczny to zmiany w krajowej polityce narkotykowej i systemie leczenia. Zmiany wynikają przede wszystkim z nowych dokumentów w postaci ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, omówionej w esencjonalnym skrócie przez Barbarę Wilamowską, oraz z przedstawionego przeze mnie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016. Dodatkowo zmiany związane są z rozpoczęciem funkcjonowania dwóch ważnych programów, takich jak Fred goes net, którego trzyletni pilotaż zakończył się w zeszłym roku, i system rekomendacji programów profilaktycznych, który rozpoczął funkcjonowanie w grudniu ubiegłego roku. W bieżącym numerze prezentujemy podstawowe informacje na temat systemu rekomendacji wraz z adresem internetowym, pod którym można znaleźć szczegółowe materiały.

W kontekście nowych przepisów warto też zwrócić uwagę na artykuły Marty Struzik i Marii Charmast. Pierwszy dotyczy prac nad TDI, czyli wskaźnikiem zgłaszalności do leczenia, którego raportowanie będzie obowiązkiem wszystkich zakładów opieki zdrowotnej prowadzących terapię uzależnień. Drugi omawia program TOPIC II, czyli pilotażowy projekt realizacji zasady „leczyć zamiast karać”, silnie umocowany w nowych przepisach ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Przytaczane doświadczenia zagraniczne oraz wyniki przeprowadzonego w Polsce pilotażu wskazują, że możliwe jest zmniejszenie penalizacji wśród użytkowników narkotyków poprzez lepsze wykorzystanie możliwości leczniczych gwarantowanych ustawą. Tematyka tego artykułu wiąże się z zagadnieniem przymusowego leczenia, analizowanym przez Katarzynę Syrokę w kontekście obowiązujących przepisów prawnych.

Na koniec zachęcam Państwa do przeczytania kilku wspomnień o prowadzonej przez Krajowe Biuro w latach 2009–2010 kampanii „drogowej” pod hasłem „Brałeś? Nie jedź!”. Chociaż kampania oficjalnie jest zakończona, to warto przypomnieć jej ideę, bo mimo działań edukacyjnych i prewencyjnych w tym zakresie, problem jeszcze nie zniknął. Że jest to ważny problem także dla społeczności międzynarodowej, świadczy podjęcie tego tematu w czasie polskiej prezydencji.

Życzę Państwu przyjemnej lektury
Piotr Jabłoński

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

PRIORYTETY ZDROWOTNE POLSKIEJ PREZYDENCJI ROZMOWA Z WICEMINISTREM ZDROWIA ADAMEM FRONCZAKIEM.....	3
DZIAŁANIA POLSKIEJ PREZYDENCJI W HORYZONTALNEJ GRUPIE DS. NARKOTYKÓW W ZAKRESIE OGRANICZANIA POPYTU NA NARKOTYKI <i>Łukasz Jędruszek</i>	5

Programy

KRAJOWY PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII NA LATA 2011–2016 <i>Piotr Jabłoński</i>	7
---	---

Profilaktyka

SYSTEM REKOMENDACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH	9
NEWSLETTER KBPN	9

Narkotyki a prawo

NOWE REGULACJE PRAWNE DOTYCZĄCE NARKOTYKÓW I NARKOMANII <i>Barbara Wilamowska</i>	10
MONITOROWANIE ZGŁASZALNOŚCI DO LECZENIA Z POWODU PROBLEMU NARKOTYKÓW W ŚWIEŁE NOWELIZACJI USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII <i>Marta Struzik</i>	13
PRZYMUSOWE LECZENIE OSÓB UZALEŻNIONYCH <i>Katarzyna Syroka</i>	14

Badania, raporty

MŁODZIEŻ A NARKOTYKI <i>Artur Malczewski</i>	21
NARKOTYKI A NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ <i>Bożena Bajeroska</i>	29

Leczenie, redukcja szkód

DYSPROPORCJE W LECZNICTWIE UZALEŻNIEŃ <i>Filip Nawara</i>	32
ZASADA „LECZYĆ ZAMIAST KARAĆ” W DZIAŁANIU: DOŚWIADCZENIA PROJEKTU TOPIC II <i>Maria Charmast</i>	35

Społeczności lokalne

ŁÓDŹ – MONITOROWANIE PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII NA TERENIE GMINY <i>Maciej Kędzierski, Jarosław Berent, Elżbieta Rosochacka</i>	39
KALENDARIUM WYDARZEŃ	44

Profilaktyka

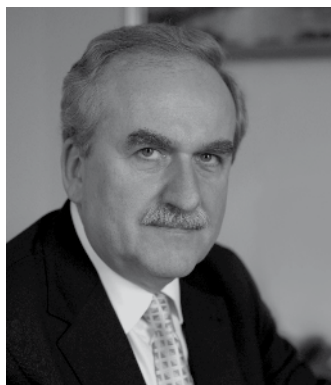
SUKCES KAMPANII „BRAŁEŚ? NIE JEDŹ!” <i>Danuta Muszyńska</i>	45
--	----

Internet

OPINIE I MATERIAŁY NAUKOWE NA STRONACH BRYTYJSKICH ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH	III i IV OKŁADKA
---	------------------

Z wiceministrem zdrowia Adamem Fronczakiem, przewodniczącym Zespołu do spraw koordynacji przygotowań Ministerstwa Zdrowia do realizacji zadań wynikających z przejęcia przez Polskę przewodnictwa w Radzie UE, rozmawia Artur Malczewski.

PRIORYTETY ZDROWOTNE POLSKIEJ PREZYDENCJI



– Jakie są priorytety prezydencji Polski w ochronie zdrowia publicznego?

Długo zastanawialiśmy się, jak ująć nasze priorytety zdrowotne, co ma być wiodącym tematem naszej prezydencji. Szukaliśmy tematów, które byłyby ciekawe dla wszystkich krajów unijnych i dały asumpt do

dyskusji na forum Unii Europejskiej. Stwierdziliśmy, że jednym z takich wyzwań dla instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia, i to zarówno rządowych, jak i pozarządowych, jest kwestia nierówności w zdrowiu, ponieważ analiza szczegółowych parametrów pokazuje, że w różnych krajach UE długość życia kobiet i mężczyzn jest różna. Zachorowalność na choroby układu krążenia, choroby nowotworowe jest różna. Różny jest czas, który upływa od rozpoznania danej choroby do wyleczenia pacjenta albo jego śmierci. Jeśli więc mamy mówić o wielkiej zjednoczonej Europie, w której obywatele mają porównywalny dostęp do ochrony zdrowia, to powinniśmy starać się zmniejszać lub likwidować te nierówności. Ale bez aktywnego podejścia do problemu, to się nie stanie i dlatego chcemy rozmawiać, w jaki sposób powinniśmy działać na rzecz wyrównywania dysproporcji. Zmniejszanie różnic w zdrowiu społeczeństw Europy jest jednym z naszych głównych priorytetów i tym tematem będziemy się zajmować podczas naszej prezydencji. Temu zagadnieniu będzie poświęcona jedna z ważnych konferencji ministerialnych z udziałem ministrów zdrowia państw unijnych – w Poznaniu, w listopadzie tego roku. Oczywiście, nie jesteśmy w stanie pokazać wszystkich nierówności w zdrowiu, musimy się skupić na wybranych tematach. Jednym z nich jest kwestia zaburzeń komunikacyjnych u dzieci, czyli zaburzeń słuchu, wzroku i mowy. Chodzi o to, żeby wykrywać te zaburzenia we wczesnym okresie rozwoju dziecka. Statystyki i badania pilotażowe pokazują, że nawet do 20% dzieci ma zaburzenia słuchu –

od bardzo dyskretnych niedoborów do bardzo poważnych ubytków. Te poważne zaburzenia szybko się identyfikuje. Problemem jest nierozpoznanie tych niedoborów, których nie daje się identyfikować w normalnym kontakcie z dzieckiem, w normalnym życiu, a które są w stanie wyłapać czułe metody diagnostyczne. Dlaczego to jest takie ważne? Szybka korekta tych zaburzeń i doprowadzenie do stanu prawidłowego, do normy, powoduje, że leczone dzieci szybciej się rozwijają, łatwiej się uczą, mają w dorosłym życiu takie same szanse na rynku pracy jak ich zdrowi rówieśnicy. Stwarzamy równe szanse i w ten sposób powodujemy, że nasze społeczeństwo jest bardziej aktywne, bardziej dynamiczne, będzie w stanie lepiej konkurować na rynku pracy, i to nie tylko polskim, ale także unijnym.

W wieku dziecięcym bardzo ważne są także choroby układu oddechowego, np. astma i przewlekłe choroby układu oddechowego, które powodują niedotlenienie organizmu, zaburzenia, które zwiększają dysfunkcyjność dzieci. I tym problemem również chcemy się zająć.

Mówimy o społecznym wymiarze dysfunkcji zdrowotnych. O ich wymiarze klinicznym mówią lekarze kliniści. My oczywiście korzystamy z ich wiedzy, angażujemy w pracę podczas konferencji, podczas opracowywania priorytetów. Natomiast z perspektywy krajowej chcemy pokazać społeczne aspekty zaburzeń, o których wspomniałem, drogę do ich rozwiązywania i podejmowania działań na szczeblu unijnym, na przykład poprzez tworzenie ośrodków koordynujących politykę przesiewowych badań zaburzeń słuchu u dzieci. Myślę, że byłoby to z wielką korzyścią dla społeczeństw Europy.

Kolejną istotną sprawą, która przewijała się już w poprzednich prezydencjach, są choroby neurodegeneracyjne. Wskaźniki epidemiologiczne mówią o tym, że czeka nas bomba w postaci starzejących się społeczeństw Europy. W niektórych krajach unijnych odsetek ludzi starszych jest już bardzo wysoki, w innych jeszcze nie tak bardzo, ale tendencje są zwykłe i za kilkanaście lat będzie to problem dla zdecydowanej większości krajów. Będziemy mieli bardzo wysoki odsetek ludzi w wieku podeszłym, ludzi, którzy

żyją dłużej, więc musimy zapewnić im właściwy komfort życia, a choroby neurodegeneracyjne, niestety, pojawiają się w drugiej połowie życia i powodują wyłączenie tych ludzi z aktywnego życia, z aktywnego społeczeństwa. Tutaj ten aspekt społeczno-socjalny jest bardzo istotny i chcemy pokazać, że trzeba w Europie budować strategię rozwiązania tego problemu. Nie może ona jednak sprowadzać się wyłącznie do budowania kolejnych domów opieki dla cierpiących np. na chorobę Alzheimera. Chcemy pokazać, jak tworzyć warunki bytowania chorych w ich środowisku. Musimy również zmierzyć się z problemem stygmatyzacji, marginalizacji i wykluczenia społecznego osób chorych i uważamy to za istotny element naszej prezydencji.

To są główne kierunki działania, ale tych aktywności będzie znacznie więcej. Będziemy działać również w obszarze *e-health*, czyli informatyzacji w ochronie zdrowia. Komisja Europejska traktuje ten obszar jako jeden z ważnych priorytetów. Mamy już uchwaloną przez Parlament Europejski dyrektywę w zakresie praw pacjenta. Coraz więcej obywateli będzie korzystać z opieki zdrowotnej w innych krajach, nie tylko w kraju swojego pochodzenia. Polskie społeczeństwo należy do bardzo mobilnego. Jeżeli szacujemy, że dwa miliony obywateli mieszka poza granicami naszego kraju, to często wiąże się to z posiadaniem przez nich dodatkowego, odrębnego ubezpieczenia. Już niedługo będą oni mogli korzystać – w ramach swojego ubezpieczenia narodowego – z prywatnego gabinetu bądź ze szpitala w kraju, w którym obecnie mieszkają, i to nie tylko w przypadkach nagłych, tak jak to jest w tej chwili, ale również w ramach leczenia chorób przewlekłych. Gromadzenie tej informacji przez systemy zdrowia, przekazywanie i dostęp do niej, zapewnienie ochrony danych, to jest rzecz niezmiernie istotna i tutaj też nie unikniemy debaty podczas naszej prezydencji.

Istotnym problemem jest starzenie się społeczeństw. Chcemy pokazać holistyczne podejście do tego problemu. Musimy bardzo szybko, we wczesnym etapie rozwoju człowieka, identyfikować wszelkie zaburzenia – bo tylko wtedy uda nam się zbudować zdrowe, aktywne społeczeństwo, które ma łatwiejszy dostęp do rynków pracy, do korzystania z dóbr kultury, z życia, z tych wszystkich elementów, które składają się na aktywne życie człowieka. Ułatwia to też wchodzenie w starość. Przedłuża aktywność. Natomiast osoby, które doświadczają dysfunkcji we wczesnej fazie życia i nie jest ona korygowana, są bardziej narażeni na demencję i inne problemy, które wiążą się ze starością. Chcemy pokazać Europie, że nie możemy rozmawiać tylko

sektorowo o rozwiązywaniu problemów ludzi starych. Że już działania podejmowane wobec dzieci mają konsekwencje w wieku dojrzałym. Bo są to naczynia połączone. Podczas poprzednich prezydencji o dzieciach mało mówiono, raczej skupiano się na kwestiach chorób neurodegeneracyjnych, na chorobie Alzheimera, na transplantologii, bardzo istotnym elemencie również w prawie europejskim. My nie chcemy powielać tych tematów. O wymienionych przeze mnie obszarach rozmawiamy na spotkaniach naszego trio (Polska, Dania, Cypr), ponieważ chcemy, aby pozostałe dwa państwa kontynuowały podjęte przez nas tematy.

– A jak wyglądają przygotowania do prezydencji, na jakim są etapie?

W Ministerstwie Zdrowia działa Zespół do spraw koordynacji przygotowań Ministerstwa Zdrowia do realizacji zadań wynikających z przejęcia przez Polskę przewodnictwa w Radzie UE. W jego skład wchodzi cztery podzespoły: ds. Kadr, ds. Informacji i Komunikacji, ds. Finansowo-Organizacyjnych i ds. Priorytetów. Wszystkie podzespoły spotykają się razem bardzo systematycznie i w czasie tych narad są omawiane kolejne etapy działań i przekazywane nowe zadania do realizacji. Poszczególne podzespoły są zobligowane w ramach swoich kompetencji do określonych działań, które mają przygotować naszą prezydencję i zapewnić jej sukces. Mam nadzieję, że odniesiemy sukces, ponieważ włożyliśmy ogrom pracy w przygotowania. Priorytety prezydencji w zakresie zdrowia są określone, wiemy, jak będą realizowane. Chcemy również zaproponować państwu członkowskiemu przyjęcie trzech konkluzji. Naszym pierwszym działaniem będzie organizacja i prowadzenie spotkania ministrów zdrowia w Sopocie na początku lipca. Będziemy prezentować nasze priorytety i cele naszej prezydencji. Poruszymy wiele innych tematów istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego. Liczymy się z tym, że mogą nas zaskoczyć też sprawy aktualne, tak jak dwa lata temu prezydencję szwedzką zaskoczył problem pandemii grypy.

– Jakie tematy będą poruszane, jeśli chodzi o kwestię narkotyków i narkomanii i jak Pan minister ocenia swoją wizytę w Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii?

Ta wizyta była dla nas bardzo ważna, dlatego że mogliśmy przedstawić Europejskiemu Centrum naszą politykę wobec nowych narkotyków, czyli tzw. *smart drugs*, które pojawiają się jak grzyby po deszczu i bombardują rynek

krajów europejskich z ogromną mocą. Zapoznaliśmy przedstawicieli Centrum z zakresem prac legislacyjnych, jakie podjęliśmy w związku z tzw. polityką antidopalczową. Sądzymy, że EMCDDA przekaże raport z naszej wizyty Komisji Europejskiej. Chcemy przekonać Komisję Europejską, że należy ten temat kontynuować. Planujemy organizację debaty na poziomie Komisji Europejskiej, potem ewentualnie w Parlamencie Europejskim. Żeby pokazać, że w dzisiejszym świecie, w UE, jeżeli chcemy skutecznie działać w zakresie polityki antynarkotykowej,

musimy działać wspólnie. Rozwiązania przyjęte w naszym kraju powodują, że wzrasta liczba sklepów z dopalaczami w krajach ościennych – na co skarżą się chociażby Czesi. Celem naszych wizyt, spotkań i rozmów jest doprowadzenie do uzgodnienia na poziomie europejskim rozwiązań legislacyjnych i budowa wspólnej europejskiej i efektywnej polityki antynarkotykowej.

– *Dziękuję za rozmowę.*

DZIAŁANIA POLSKIEJ PREZYDENCJI W HORYZONTALNEJ GRUPIE DS. NARKOTYKÓW W ZAKRESIE OGRANICZANIA POPYTU NA NARKOTYKI

1 lipca 2011 roku Polska rozpoczyna półroczną prezydencję w Radzie Unii Europejskiej. W tym czasie przedstawiciele Polski kierować będą pracami Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków (HDG), która pełni kluczową rolę w kreowaniu unijnej polityki antynarkotykowej. W Horyzontalnej Grupie nasz kraj reprezentowany jest przez Centralne Biuro Śledcze Komendy Głównej Policji (pełniące rolę instytucji wiodącej) oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (instytucja wspomagająca). Więcej informacji na temat Horyzontalnej Grupy Roboczej i priorytetów Polski w tej Grupie Roboczej znajdują Państwo w poprzednim numerze „Serwisu” w artykule dr. Waldemara Krawczyka, naczelnika Wydziału Operacji Międzynarodowych Centralnego Biura Śledczego, zatytułowanym „Priorytety polskiej prezydencji w Horyzontalnej Grupie ds. Narkotyków w zakresie ograniczania podaży narkotyków i współpracy z państwami trzecimi”. Dr Waldemar Krawczyk, który pełnić będzie rolę przewodniczącego HDG w trakcie polskiego przewodnictwa w UE, w swoim artykule przedstawia priorytety polskiej prezydencji głównie przez pryzmat działań mających na celu ograniczanie podaży narkotyków. W aktualnym numerze „Serwisu” chcielibyśmy przybliżyć Państwu zadania, które będą realizowane przez Polskę w najbliższym półroczu w zakresie redukcji popytu.

Już w pierwszym tygodniu lipca w Warszawie odbędzie się konferencja „Europejska Kampania ws. Narkotyków” (European Action on Drugs – EAD) organizowana przez Komisję Europejską we współpracy z polską prezydencją z okazji Międzynarodowego Dnia Solidarności z Osobami Uzależnionymi od Narkotyków. Europejska Kampania ws. Narkotyków ma na celu zwiększenie świadomości

obywateli UE w zakresie narkotyków i związanych z nimi zagrożeniami; kampania zachęci do większego zaangażowania społeczeństwa obywatelskiego w działania mające na celu przeciwdziałanie narkomanii. Spotkanie w Warszawie poświęcone będzie działaniom realizowanym na poziomie europejskim w zakresie nowych narkotyków syntetycznych, ze szczególnym naciskiem na tzw. dopalacze. Program konferencji przewiduje m.in. przedstawienie aktywności Unii Europejskiej oraz instytucji i organizacji wspomagających społeczeństwo obywatelskie w zakresie profilaktyki przeciwdziałania narkomanii.

Podczas comiesięcznych posiedzeń Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków Polska organizować będzie debaty tematyczne przedstawiające zagadnienia, które naszym zdaniem ważne są nie tylko dla Polski, ale także dla innych państw UE. Pierwsza debata tematyczna, organizowana 12 lipca, poświęcona będzie problemowi narkotyków w ruchu drogowym. Oprócz nielegalnych środków odurzających poruszony zostanie również temat substancji legalnych, takich jak leki substytucyjne – prezentację na ten temat wygłosi przedstawiciel Grupy Pompidou Rady Europy. Komisja Europejska zaprezentuje informacje na temat programu DRUID (Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines), w którym uczestniczy Komenda Główna Policji i Instytut Transportu Samochodowego. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii przedstawi ogólnopolską kampanię „Brałeś? Nie jedź! Po narkotykach rozum wysiada”, która realizowana była w Polsce w latach 2009–2010. Polska prezydencja zaprezentuje projekt wspólnego stanowiska państw Unii Europejskiej na sympozjum, które odbędzie się 17 i 18 lipca w Montrealu w Kanadzie, a poświęcone

będzie problemowi kierowania pod wpływem narkotyków. Będzie to pierwsze międzynarodowe forum umożliwiające wymianę informacji i nawiązanie współpracy w zakresie problemu prowadzenia pod wpływem substancji psychoaktywnych. W symposium, oprócz przedstawicieli rządów i organizacji pozarządowych, udział wezmą naukowcy, specjaliści zajmujący się bezpieczeństwem ruchu drogowego i substancjami psychoaktywnymi, natomiast dwaj przedstawiciele polskiej prezydencji reprezentować będą w Montrealu państwa Unii Europejskiej.

Podczas posiedzeń HDG w 2011 roku coraz częściej pojawia się temat nowych narkotyków syntetycznych, w tym dopalaczy. W 2010 roku to głównie Polska zwracała uwagę na ten narastający problem, obecnie coraz większa liczba państw członkowskich dostrzega konieczność ogólnoeuropejskiej debaty nad tym nowym zjawiskiem. Mając to na uwadze, polska prezydencja postanowiła poświęcić w całości listopadową debatę tematyczną problemowi nowych narkotyków syntetycznych. Podczas debaty przedstawimy swoje doświadczenia w zakresie ograniczania obrotu i konsumpcji tych substancji, ponadto zaprezentowane zostaną nowe rozwiązania legislacyjne oraz działania prewencyjne. W trakcie debaty prezydencja zaprezentuje tzw. europejski pakt o narkotykach syntetycznych, którego projekt został opracowany przez Polskę. Pakt będzie obejmował cztery obszary, z których jeden dotyczyć będzie nowych narkotyków syntetycznych, w tym dopalaczy. Deбата będzie miała także na celu poznanie doświadczeń innych państw unijnych w obszarze przeciwdziałania problemowi nowych narkotyków syntetycznych. Pamiętając o zagrożeniu, jakie niosą ze sobą nowe narkotyki syntetyczne, Polska jest zdania, że należy dążyć do stworzenia skuteczniejszych mechanizmów przeciwdziałania nielegalnemu lub wykorzystującemu luki w prawie procederowi produkcji i obrotu substancjami psychoaktywnymi, m.in. dopalaczami – takie też stanowisko zaprezentujemy podczas listopadowej debaty tematycznej na forum HDG.

Jednym z priorytetów polskiej prezydencji jest współpraca z państwami Europy Wschodniej w zakresie zwalczania przestępczości narkotykowej. Promocji tego celu służyć będzie organizowana w dniach 26-27 października konferencja Unia Europejska – Europa Wschodnia, w której udział wezmą, oprócz państw i instytucji UE, Federacja Rosyjska, Ukraina i Mołdowa. Konferencja skupi się głównie na kwestiach związanych z ograniczaniem podaży, jednak w jej trakcie poruszone zostaną także kwestie odnoszące się do ograniczenia popytu na narkotyki. Jeden

z trzech paneli, przygotowywany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, poświęcony będzie tematyce monitoringu i badań.

Przedstawiając aktywności polskiej prezydencji w zakresie ograniczania popytu na narkotyki, należy wspomnieć także o spotkaniach Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków w trakcie trwania prezydencji. Spotkania te stanowią forum, na którym dwa razy do roku najważniejsi decydenci dyskutują o tworzeniu krajowych polityk antynarkotykowych. Państwo sprawujące prezydencję, organizując takie spotkanie ma możliwość przedstawienia tematów i aktualnych problemów, które jego zdaniem ważne są nie tylko dla danego kraju, ale także dla całej Unii. Spotkanie organizowane przez Polskę odbędzie się w Poznaniu w dniach 21-22 listopada i poświęcone będzie trendom w kształtowaniu się zjawiska narkotyków i narkomanii, a także przyszłości polityk antynarkotykowych w Europie poprzez pryzmat redukcji popytu, redukcji podaży i zagadnień związanych z ochroną praw człowieka oraz regulacjom prawnym w tym zakresie. Planuje się, że w spotkaniu oprócz Krajowych Koordynatorów udział wezmą przedstawiciele Europejskiego Centrum Badania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie (EMCDDA), Komisji Europejskiej, Rady Europy, Europejskiego Urzędu Policji (EUROPOL) i Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC).

Polska zarówno w okresie przygotowań do objęcia prezydencji, jak i w trakcie jej realizacji szczególną wagę będzie przykładła do szeroko rozumianej problematyki zdrowotnej, w tym do kwestii używania i nadużywania substancji psychoaktywnych.

Działania podejmowane standardowo na poziomie unijnym czy krajowym wobec pojawiania się nowych substancji syntetycznych okazały się niewystarczające wobec zagrożenia, jakie się z nimi łączy, dlatego polska prezydencja uczyniła to zagadnienie jednym ze swoich priorytetów w zakresie zdrowia publicznego, co potwierdzają zadania zaplanowane do realizacji zarówno w obszarze redukcji popytu, jak i podaży.

Łukasz Jędruszk
KBPN

Chcielibyśmy zachęcić Państwa do przeczytania rozmowy z wiceministrem zdrowia Adamem Fronczakiem na temat priorytetów polskiej prezydencji w zakresie zdrowia publicznego, którą zamieściliśmy w aktualnym numerze „Serwisu”.

Realizacja Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016 powinna się przyczynić do kontynuacji i utrwalenia pozytywnych trendów, jakie obserwujemy w badaniach na polskiej scenie narkotykowej od roku 2005, w tym przede wszystkim do zakładanego celu głównego, tj. do ograniczenia używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych.

KRAJOWY PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII NA LATA 2011–2016

Piotr Jabłoński

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Rok 2010 był ostatnim, w którym obowiązywał Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010. Wzorem poprzednich pozytywnych doświadczeń, Krajowe Biuro rozpoczęło przygotowania do opracowania nowej strategii antynarkotykowej ze znacznym, około półtorarocznym, wyprzedzeniem, angażując do tego procesu przedstawicieli zarówno strony rządowej, samorządowej, jak i reprezentantów organizacji pozarządowych i inicjatyw społecznych. Ideą przewodnią prac nad nowym Programem było takie zaplanowanie działań, aby ich realizacja mogła wywoływać zmiany w funkcjonowaniu grup docelowych. Ekspertem wiodącym w opracowywaniu koncepcji Programu był dr Robert Sobiech z Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego. Kończącą fazą prac było zaproponowanie priorytetów dla programów samorządowych, a następnie przekazanie projektu Programu do uzgodnień wewnętrznych w Ministerstwie Zdrowia i zewnętrznych, tj. obejmujących szereg ministerstw i instytucji zaangażowanych w realizację Programu, jak również do jednostek spoza administracji rządowej, ale ważnych dla wypełniania zapisów krajowej strategii.

Ostateczna wersja Programu została opublikowana w Dzienniku Ustaw Nr 78, poz. 428 jako Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016.

Cel główny nowego Krajowego Programu zdefiniowany został, podobnie jak w poprzednim Programie, jako „ograniczenie używania narkotyków i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych”. Realizowany będzie on w pięciu obszarach:

- profilaktyki,
- leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej,
- ograniczenia podaży,

- współpracy międzynarodowej,
- badań i monitoringu.

Dla każdego z pięciu powyższych obszarów sformułowano cel główny, którego osiągnięcie przyczyni się do zrealizowania założonego celu ogólnego.

W obszarze profilaktyki celem głównym jest zmniejszenie popytu na narkotyki w polskim społeczeństwie. Osiągnięcie pożądanego efektu możliwe będzie m.in. poprzez zsynchronizowanie działań instytucjonalnych oraz podejmowanie działań zarówno w odniesieniu do ogółu społeczeństwa, jak i wybranych grup docelowych, takich jak dzieci i młodzież szkolna czy grupy szczególnie zagrożone używaniem narkotyków. Ważnym elementem, odróżniającym nowy Program od poprzedniego, jest zwiększenie nacisku na podnoszenie jakości programów profilaktycznych i kwalifikacji realizatorów tych programów. Krajowy Program promuje podejścia profilaktyczne znajdujące uzasadnienie w badaniach naukowych i poddane weryfikacji oraz procedurom ewaluacyjnym. Ważnymi zadaniami przewidzianymi do realizacji są działania związane z internetem, profilaktyką w miejscach wykonywania pracy oraz kampanie edukacyjne promujące postawy abstynencyjne.

W dziedzinie leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej nowy Program kładzie główny nacisk na poprawę jakości życia osób używających narkotyków szkodliwie i osób uzależnionych. Osiągnięcie tego celu planowane jest poprzez profesjonalizację programów leczenia, poprawę wskaźnika retencji (pozostawania) pacjentów w programach terapeutycznych, zwiększenie dostępności leczenia substytucyjnego, rozwój programów redukcji szkód, zmniejszenie przypadków bezdomności i bezrobocia wśród osób używających narkotyków szkodliwie oraz osób uzależnionych. Znaczącą zmianą w Krajowym Programie na lata 2011–2016 jest próba zapewnienia dostępu do leczenia substytucyjnego

we wszystkich województwach dla co najmniej 25% osób uzależnionych od opiatów poprzez zwiększenie liczby programów i zapewnienie odpowiednich nakładów finansowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Działanie to, zaplanowane w poprzednim Programie, nie zostało zrealizowane – leczeniem substytucyjnym objęto zaledwie 7% osób uzależnionych od opiatów, wobec 20% zakładanych w Programie. Nowy Program stanowić ma odpowiedź na zmieniające się trendy dotyczące używanych substancji. Planowane jest rozszerzenie działań ukierunkowanych na przeciwdziałanie używaniu środków zastępczych („dopalacze”, leki), które nie były dotychczas objęte szczególnymi regulacjami prawnymi.

Również w obszarze ograniczania podaży na narkotyki nowy Program w dużej części stanowi kontynuację wcześniejszego. Nowe działania są odpowiedzią na niebezpieczne tendencje, które pojawiły się na nielegalnym rynku narkotyków. Według ostatnich danych dotyczących przestępczości narkotykowej w Polsce odnotowano wzrost liczby przestępstw w zakresie nielegalnej uprawy konopi. W związku z powyższym zaplanowane zostały aktywności mające na celu ograniczenie krajowej uprawy konopi innych niż włókniste. Ponadto skoncentrowano się również na walce z krajową produkcją amfetaminy. Ważnym elementem Programu pozostają, wymagające koordynacji pracy wielu służb i instytucji, działania zapobiegające wykorzystaniu prekursorów do produkcji narkotyków. Nowym elementem KPPN na latach 2011–2016 jest uwypuklenie konieczności walki z wykorzystywaniem internetu do nielegalnego obrotu zarówno narkotykami, środkami zastępczymi, jak też prekursorami narkotykowymi.

Celem głównym współpracy międzynarodowej jest wzmocnienie pozycji Polski na forum międzynarodowym w zakresie ograniczania problemu narkotyków i narkomanii. Działania zaproponowane w nowym Programie w znacznej mierze stanowią kontynuację działań realizowanych w ramach poprzedniego KPPN. Wprowadzone zmiany polegają na jednoznacznym rozgraniczeniu kierunków działań (co w poprzednim KPPN nie było wyraźnie zaznaczone) na następujące obszary: współpraca na forum Unii Europejskiej, współpraca z instytucjami i organizacjami międzynarodowymi innymi niż Unia Europejska i współpraca z państwami trzecimi, nie należącymi do Unii Europejskiej. Ponadto w KPPN na lata 2011–2016 umieszczono nowe rodzaje działań, które dotyczą realizacji inicjatyw krajowych w ramach polskiej prezydencji w UE z uwzględnieniem aktywności trio prezydencji (Polska,

Dania, Cypr) oraz realizacji inicjatyw krajowych w ramach tzw. Partnerstwa Wschodniego UE.

Ostatni obszar tematyczny Programu – badania i monitoring, stanowić powinien wsparcie dla realizacji planowanych działań z zakresu profilaktyki, rehabilitacji oraz ograniczenia podaży. Horyzontalny charakter prowadzonych działań w tym obszarze nie uległ zasadniczym zmianom w porównaniu do poprzedniego Programu. Wprowadzono jednak kilka zmian, które stanowią rozwinięcie wybranych zagadnień, w tym m.in.:

- badania długości czasu utrzymania abstynencji wśród pacjentów opuszczających placówki leczenia uzależnień od narkotyków,
- badania problemowych użytkowników narkotyków,
- upowszechnienie informacji o epidemiologii problemu narkotyków i narkomanii oraz o reakcjach na problem narkotyków i narkomanii,
- ewaluacja Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.

Podkreślono także znaczenie monitorowania rynku nowych środków odurzających, substancji psychoaktywnych i środków zastępczych.

W ramach wdrożenia systemu zbierania danych w zakresie tzw. pięciu kluczowych wskaźników EMCDDA zaplanowano rozwój monitorowania zgłaszalności do leczenia (*Treatment Demand Indicator* – TDI), które dotychczas było realizowane w formie pilotażowej, z udziałem około 40 zakładów opieki zdrowotnej.

Realizacja Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016 powinna się przyczynić do kontynuacji i utrwalenia pozytywnych trendów, jakie obserwujemy w badaniach polskiej sceny narkotykowej od roku 2005, w tym przede wszystkim do zakładanego celu głównego, tj. do ograniczenia używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym problemów społecznych i zdrowotnych. Zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki, jak wynika z dotychczasowych doświadczeń i badań, może być osiągnięte tylko i wyłącznie dzięki skoordynowanym wysiłkom instytucji państwowych, samorządowych i przedstawicieli społeczeństwa obywatelskiego, w tym organizacji pozarządowych. Jednocześnie priorytetem pozostaje zrównoważone podejście do problemów narkotyków i narkomanii, uwzględniające procesy związane z ograniczaniem popytu i skoncentrowane na zdrowiu publicznym, jak i działania instytucji egzekwujących prawo i dążących do redukcji podaży substancji psychoaktywnych.

SYSTEM REKOMENDACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH

Na rozwój skutecznej profilaktyki i promocji zdrowia wpływa m.in. upowszechnianie dobrych praktyk i popularyzacja wiedzy. Temu celowi ma służyć uruchomiony w 2010 roku „System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego”.

System nastawiony jest na podniesienie jakości oraz zwiększenie skuteczności działań profilaktycznych i edukacji zdrowotnej. Został przygotowany przez zespół największych instytucji zajmujących się profilaktyką i edukacją, tj. Ośrodka Rozwoju Edukacji, Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Założenia i wytyczne zamieszczone w dokumentach zostały opracowane przy udziale ekspertów i realizatorów na konferencjach organizowanych przez twórców systemu. Z kolei zastosowana metodologia odpowiada standardom EMCDDA służącym wymianie doświadczeń w skali międzynarodowej.

Na System rekomendacji składa się opis standardów programów dobrej jakości oraz baza internetowa, na potrzeby której będzie prowadzona ocena nadsyłanych projektów. „Standardy i kryteria” zamieszczone w Systemie rekomendacji stanowią zbiór zaleceń pomocnych przy planowaniu działań, a zarazem są wytycznymi do oceny programów zgłaszanych do bazy. Odnoszą się do kolejnych etapów realizacji, od diagnozy i oceny potrzeb po ewaluację skuteczności, i zostały pogrupowane w kilkunastu kategoriach.

Wśród nich znalazły się m.in. identyfikacja zjawiska czy problemu oraz grupy docelowej, odpowiednie ujęcie celów i mechanizmów działania, dobór działań i towarzyszące im nakłady, dobór wskaźników oceny oraz planowanie ewaluacji.

Projekty pozytywnie zweryfikowane znajdują się w bazie internetowej, na jednym z trzech poziomów rekomendacji, w zależności od stopnia skuteczności programu. Program o ciekawej koncepcji i dobrych podstawach teoretycznych, ale niezbadany empirycznie, oceniany jest jako „obiecujący”, program o częściowo potwierdzonej skuteczności to „dobra praktyka”, a program o skuteczności potwierdzonej poprawnymi metodologicznie badaniami, obejmującymi okres co najmniej roku po zakończeniu uczestnictwa w nim, zyskuje status „programu modelowego”.

Narzędziem pomocnym w planowaniu i przedstawianiu projektów może się okazać również „Słownik pojęć i terminów”, który został sformułowany jako dodatkowe źródło informacji z omówieniem poszczególnych zagadnień teoretycznych oraz odnośnikami do bardziej szczegółowych opracowań.

Więcej informacji o rekomendacjach oraz broszury do pobrania można znaleźć na stronie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (www.kbpn.gov.pl) w zakładce Profilaktyka → Standardy i system rekomendacji. Zapraszamy do zgłaszania programów!

Redakcja

NEWSLETTER KBPN

Od marca 2011 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii publikuje swój newsletter.

Magazyn prezentuje najważniejsze zagadnienia z zakresu polityki narkotykowej, prowadzone akcje i kampanie edukacyjne oraz profilaktyczne, informacje o konferencjach i wydarzeniach oraz wiadomości związane z działaniami Biura.

Obecnie newsletter ukazuje się kwartalnie, jednak w przyszłości planowane jest wydawanie go w cyklu dwumiesięcznym.

Link do subskrypcji znajduje się na stronie głównej KBPN (www.kbpn.gov.pl) w lewej kolumnie (bezpośredni adres <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=621101>). Najbliższy numer już w czerwcu.

Zapraszamy do subskrypcji

W kwietniu 2011 roku Sejm znowelizował ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii, która w niektórych przypadkach przewiduje możliwość odstąpienia od ścigania za posiadanie małej ilości narkotyków. Artykuł przypomina dyskusję poprzedzającą nowelizację oraz argumenty uzasadniające wprowadzone zmiany.

NOWE REGULACJE PRAWNE DOTYCZĄCE NARKOTYKÓW I NARKOMANII

Barbara Wilamowska

Koordynator Ministra Sprawiedliwości ds. Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii

Prawo powinno zachować szczególną wrażliwość na zmiany, jakie zachodzą w społeczeństwie. Jeśli tego nie czyni, nie spełnia swojej podstawowej roli, jaką jest służba człowiekowi. Ponadto zawsze powinno podlegać okresowej ocenie, czy przemiany dokonujące się w strukturach społecznych nie czynią go bezwartościowym, czy nawet szkodliwym dla jego użytkowników.

Co zmieniono w roku 2000?

Zmianom ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, które dokonały się w roku 2000, towarzyszyły bardzo jasno określone cele i założenia podkreślone wymownie brzmiącym hasłem skierowanym do szerokiego kręgu odbiorców: „Lepiej zanosić kwiatki do więzienia niż na cmentarz”. Hasło to miało stanowić swego rodzaju usprawiedliwienie dla proponowanych zmian, które znosiły obowiązującą od roku 1997 depenalizację posiadania na użytek własny środków odurzających lub substancji psychotropowych i tym samym niosły ze sobą zagrożenie kryminalizacji użytkowników narkotyków. Ustawodawca uznał, że dla dobra użytkownika narkotyku czy już osoby od niego uzależnionej izolacja w jednostce penitencjarnej – czyli przymusowa abstynencja – jest zdecydowanie lepszą alternatywą niż perspektywiczne zagrożenie zgonem spowodowanym na przykład przedawkowaniem na wolności. Zwolennicy tej zmiany podnosili również, że najpoważniejszym czynnikiem stojącym za niską wykrywalnością przestępstw produkcji, przemytu czy wprowadzania do obrotu nielegalnych substancji i środków narkotycznych jest właśnie art. 48 ust. 4 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, który choć rzeczywiście chroni użytkowników narkotyków przed kryminalizacją, to z drugiej strony

powoduje, że handlarze z kręgów narkobiznesu łatwo się pod tych użytkowników podszywają i rozprowadzając substancje zabronione po jednej dawce, są praktycznie nie do wykrycia dla organów ścigania, a postawienie zarzutu o handel jest praktycznie niemożliwe.

W trakcie debat nad przedmiotową ustawą jej reprezentanci wskazywali również, przecząc sobie niejako, że proponowane zmiany nie dotkną samych użytkowników, bowiem organy ścigania mają wiedzę o osobach, które są jedynie konsumentami i przeciwko nim ostrze represji karnej nie będzie skierowane. Była to, rzec by można, zapowiedź pozaustawowego oportunizmu ścigania, którego instytucja, w państwie kierującym się konstytucyjną zasadą legalizmu bez określenia wyjątku ustawowego – nie powinna mieć miejsca. I jak się w konsekwencji okazało – nie miało. Restrykcyjne prawo miało stanowić również istotny oręż w przeciwdziałaniu narkomanii. Wysokie kary za posiadanie narkotyków miały zniechęcać potencjalnych nowych konsumentów.

Wiele do myślenia dały pierwsze dwa lata obowiązywania ustawy po zmianach dokonanych w roku 2000. Zgodnie z założeniami nowelizacji powinniśmy odnotować spektakularny wzrost wykrywalności przestępstw handlu, produkcji czy przemytu narkotyków, a z drugiej strony powinniśmy mieć do czynienia ze względnie stałą liczbą skazań za posiadanie środków odurzających lub substancji psychotropowych zabronionych ustawą. Reakcja organów ścigania na zmiany ustawowe odzwierciedlona statystyką pokazała dokładnie odwrotne mechanizmy. Odnotowaliśmy spadek skazań za przestępstwa obrotu środkami odurzającymi i substancjami i bez mała stuprocentowy wzrost skazań za przestępstwa posiadania tych środków i substancji. Skala tego ciągłego wzrostu w kolejnych latach charak-

teryzowała się dużą dynamiką: od 1898 w roku 1999 do rekordowej liczby 34 778 w roku 2006.

Najczęściej orzekaną karą za przestępstwo posiadania była kara pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania – orzekano ją w 60% przypadków, bezwzględna kara pozbawienia wolności stanowiła 10% kar, a pozostałe 30% podzieliły między siebie: kara ograniczenia wolności, kara grzywny orzekana jako kara samoistna, warunkowe umorzenie i umorzenie postępowania.

W sposób jednoznacznie wyraźny uwaga organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości przeniosła się w kierunku przestępstwa posiadania narkotyków.

Odnotowano jeszcze dwa bardzo niekorzystne zjawiska. Akta spraw osób skazywanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zaczęły niepokojąco ubożać – jako akta dotyczące spraw o niemal stuprocentowej wykrywalności i niewymagające rozbudowanych czynności dowodowych. Standardowo zaczęły zawierać tylko trzy kluczowe dokumenty: protokół zatrzymania, ekspertyzę narkotyku i akt oskarżenia lub wnioski o skazanie bez przeprowadzenia rozprawy (art. 335 k.p.k.) lub inny wniosek kończący proces przedjurysdykcyjny.

Procesy skazań uległy swoistej mechanizacji. Na efekty nie musieliśmy czekać zbyt długo. Aż 60-67% zawieszonych kar pozbawienia wolności zostało przez sądy zarządzone w trybie wykonania orzeczeń. Zawieszone kary pozbawienia wolności zamieniły się w kary bezwzględne. Osoba sprawcy zniknęła z punktu zainteresowania organów stosujących prawo i wykonujących orzeczenia, a koszty stosowania jednego tylko przepisu art. 62 ustawy, jak obliczyli eksperci ekonomiści Państwowego Instytutu Spraw Publicznych, sięgnęły 80 ml w skali roku.

Zapaliło się zielone światło dla zmian. Nie oznacza to jednak, że proces legislacyjny – nawet przy takiej oczywistości wniosków płynących z wieloletnich badań i ekspertyz oraz analizy aktualnie obowiązujących regulacji – przebiegał spokojnie.

17 kwietnia 2008 roku minister sprawiedliwości Zbigniew Cwiakalski powołał Zespół do spraw opracowania projektu ustawy. Celem zasadniczym było upodmiotowienie procesu karnego prowadzonego w sprawach o posiadanie narkotyków, wdrożenie w normy ustawowe zasady „przede wszystkim leczyć” – zasady sformułowanej przez Krzysztofa Kwiatkowskiego – obecnego ministra sprawiedliwości, który przejął i prowadził

sprawę procesu legislacyjnego ustawy aż do jego zakończenia, oraz odwrócenie ciężaru zainteresowania organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości, tak by w centrum znalazły się osoby, które popełniają przestępstwa produkcji, wprowadzania do obrotu czy przemytu środków odurzających. Najtrudniejszym jednak zadaniem było założenie, że zmiany te należy osiągnąć nie wprowadzając mechanizmów legalizacji, depenalizacji czy dekryminalizacji posiadania środków odurzających, tak by prawem nie dać przyzwolenia na implementację społeczną i kulturową używania środków odurzających.

Co przyniosła nowelizacja z roku 2011?

1 kwietnia 2011 roku ustawa została przyjęta przez Sejm. Oto jej główne regulacje, które mają istotne znaczenie z punktu widzenia postępowania z użytkownikami środków odurzających w świetle zaistniałego konfliktu z prawem.

Z pewnością należy zacząć od prezentacji przepisu art. 62a, który ustawowo wprowadza zasadę oportunistu ścigania przestępstw posiadania środka odurzającego lub substancji psychotropowej przy spełnieniu trzech kumulatywnych, czyli występujących łącznie przesłanek: nieznacznej ilości narkotyku, przeznaczenia na własny użytek oraz niecelowości orzeczenia kary z uwagi na okoliczności popełnienia czynu i stopień społecznej szkodliwości. W takich okolicznościach prokurator będzie miał możliwość umorzenia postępowania jeszcze przed formalnym jego wszczęciem. Rezygnacja z określenia (w formie listy ujętej w załączniku do ustawy) wartości granicznych wskazujących na nieznaczne ilości danego środka, była celowa. Po pierwsze, nie jest to możliwe w odniesieniu do wszystkich substancji zabronionych, a zatem byłaby to lista niejako „preferująca” określoną grupę użytkowników, po drugie, w odniesieniu do osób uzależnionych – czyli tych, których winniśmy objąć największą opieką – przepis art. 62a nie miałby zastosowania, bowiem są to osoby, które używają dziennie większej ilości środka odurzającego niż na przykład okazjonalny użytkownik. Postawiono zatem na orzecznictwianą praktykę w tym zakresie oraz silną indywidualizację analizy przesłanek, tak by każda sprawa miała swój indywidualny wymiar. Jednym

z ważnych czynników wskazujących, iż okoliczności popełnienia czynu uzasadniają zastosowanie przepisu art. 62a, jest wyraźny brak zagrożenia dóbr tzw. osób trzecich. W przypadku takiego zagrożenia przepis ten nie znajdzie, czy w zasadzie nie powinien znaleźć zastosowania.

By pomóc organom ścigania, prokuratury oraz sądu w analizowaniu informacji na temat charakteru używania środka odurzającego przez sprawcę, ustawa dodaje nowy przepis art. 70a, który wprowadza certyfikowanego specjalistę terapii uzależnień jako osobę, która przedstawi profesjonalną informację w tym zakresie. Zaletą tego rozwiązania jest szybkość, wysoka jakość i profesjonalizm tych czynności, które należy mieć nadzieję przełożą się na dalszy bieg prowadzonego postępowania. Zarządzenie zebrania tych informacji przez specjalistę jest obligatoryjne, jeśli zachodzi uzasadnienie, że sprawca jest osobą uzależnioną lub używającą szkodliwie substancji psychoaktywnej.

Nowelizacja w obszarze przepisu art. 72 ustawy stanowi, że jeśli postępowanie karne zostanie podjęte, prokurator oraz sąd mają możliwość zawieszenia postępowania, jeśli osoba, której zarzucono popełnienie przestępstwa, popełnionego w związku z używaniem środków odurzających, zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu, rehabilitacji lub udziałowi w programie edukacyjno-profilaktycznym. Po zakończeniu leczenia, rehabilitacji lub edukacji, uwzględniając wyniki tych oddziaływań, prokurator może wystąpić z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania. Przepis ten istniał od roku 1997, lecz w praktyce był martwy. Jego stosowanie uniemożliwiało uprzednia karalność osób używających narkotyków. Usunięto zatem negatywną przesłankę procesową zastosowania warunkowego umorzenia postępowania karnego, co powinno wpłynąć na zwiększenie się liczby osób podejmujących leczenie.

Minęliśmy zatem etap zatrzymania sprawcy, podjęcia postępowania i prowadzenia postępowania karnego. Teraz czas na postępowanie wykonawcze. Osoby, które odbywają karę pozbawienia wolności z powodu skazania z mocy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, za czyny tam stypizowane, czy też skazywane za inne przestępstwa, nie objęte ustawą narkotykową, ale będące osobami uzależnionymi czy używającymi szkodliwie środków odurzających – nie mają dużych szans na podjęcie leczenia w warunkach izolacyjnych.

Okres oczekiwania wynosi 6 miesięcy, kolejka jest długa, a potrzeba oddziaływania na czynnik kryminogeny, jakim jest używanie narkotyku jest jednak ogromna i nie do przecenienia nie tylko z punktu widzenia samego zainteresowanego, lecz również z uwagi na zdrowie i bezpieczeństwo publiczne oraz na cele polityki karnej zmierzającej do ograniczenia powrotności do przestępstwa.

Dlatego też nowelizacja przewiduje nowy przepis art. 73a, który umożliwi skazanym uzależnionym od narkotyków, odbywającym karę pozbawienia wolności w jednostce penitencjarnej, starania o uzyskanie przerwy w karze na okres leczenia w warunkach wolnościowych. Przepis jest jednak obwarowany trzema negatywnymi przesłankami. Jeśli skazany nie ma zagwarantowanego miejsca leczenia lub rehabilitacji, nie wyraził wcześniej zgody na objęcie go leczeniem lub terapią, a także gdy do końca kary pozbawienia wolności pozostało mu więcej niż 2 lata – zgoda na przerwę w celu leczenia nie zostanie przez sąd wyrażona.

Warto również wskazać na nowy przepis art. 24b, który nakłada na zakłady opieki zdrowotnej prowadzące leczenie lub rehabilitację osób uzależnionych, obowiązek współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, szczególnie w zakresie gromadzenia i przekazywania informacji na temat osób zgłaszających się do leczenia z powodu używania środków odurzających lub substancji psychotropowych.

Informacje te, obejmujące szereg danych pod zakodowanym identyfikatorem, umożliwią nam szczegółową identyfikację szeroko pojętego zjawiska używania środków odurzających, co z pewnością wpłynie na racjonalizację kierunków profilaktyki, leczenia, terapii czy edukacji.

Z kolei zmiany dokonane w art. 28 poprzez dodanie nowych ustępów 6a i 6b uniemożliwią udział pacjentów np. w dwóch programach leczenia substytucyjnego w tym samym czasie.

Ustawa została podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej. Wejdzie w życie po okresie 6-miesięcznego *vacatio legis*, ale należy pamiętać, że nie same zmiany prawa zmieniają bieg wydarzeń, lecz ludzie, którzy to prawo stosują. Patrząc z tego punktu widzenia i oczekując na racjonalną politykę narkotykową, musimy mieć świadomość, że czeka nas jeszcze wiele do zrobienia.

Znowelizowana ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadza obowiązek sprawozdawczy dla zakładów opieki zdrowotnej prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych. Placówki te zostają zobowiązane do zbierania danych na temat osób zgłaszających się na leczenie z powodu używania narkotyków oraz przesyłania tych informacji do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zgodnie z wyznaczoną procedurą.

MONITOROWANIE ZGŁASZALNOŚCI DO LECZENIA Z POWODU PROBLEMU NARKOTYKÓW W ŚWIELE NOWELIZACJI USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII

Marta Struzik

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

Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadza w Polsce obowiązek monitorowania wskaźnika zgłaszalności do leczenia z powodu używania środków odurzających i substancji psychotropowych (ang. *Treatment Demand Indicator* – TDI), który należy do kluczowych wskaźników Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Wszystkie kraje członkowskie Unii Europejskiej zobowiązane są do wdrożenia tego systemu monitorowania zgodnego ze standardami EMCDDA, a następnie do corocznego sprawozdawania danych do Europejskiego Centrum. Zdecydowana większość krajów Unii Europejskiej wdrożyła już regularny monitoring tego wskaźnika.

Monitorowanie zgłaszalności do leczenia z powodu używania narkotyków pozwala na zebranie informacji na temat obrazu i dynamiki sceny narkotykowej, analizy społeczno-demograficznej oraz trendów w zakresie problemowego używania narkotyków. Celem zbierania danych jest zatem uzyskanie informacji m.in. na temat wzoru problemowego używania narkotyków, czyli rodzaju używanych substancji, sposobu i częstości ich przyjmowania, a także danych o wieku inicjacji używania narkotyków oraz zachowań ryzykownych podejmowanych przez użytkowników narkotyków. Na podstawie zebranych danych można na bieżąco dostosowywać ofertę leczniczą do potrzeb zgłaszających się osób oraz analizować dane zarówno na poziomie krajowym, jak

i regionalnym oraz lokalnym. W konsekwencji wyniki analiz mogą stanowić podstawę do kształtowania oraz ewaluacji polityki zdrowotnej i społecznej.

Znowelizowana ustawa wprowadza obowiązek sprawozdawczy dla zakładów opieki zdrowotnej prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych. Placówki te zostają zobowiązane do zbierania danych na temat osób zgłaszających się w celu poszukiwania leczenia z powodu problemu z narkotykami oraz przesyłania tych informacji do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zgodnie z wyznaczoną procedurą. Metodologia zbierania danych jest spójna z protokołem monitorowania opracowanym przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). W ramach systemu gromadzone i przekazywane będą informacje na temat:

- charakterystyki społeczno-demograficznej osób trafiających do lecznictwa np. wykształcenie, obywatelstwo;
- rodzaju i statusu używanego środka odurzającego lub substancji psychotropowej, częstości używania oraz sposobu przyjmowania;
- historii używania narkotyków, w tym wieku inicjacji używania poszczególnych substancji oraz wieku rozpoczęcia używania problemowego;
- historii leczenia danej osoby m.in. czy jest to zgłoszenie do placówki po raz pierwszy w życiu czy też pacjent

podejmował już wcześniej leczenie oraz informacje o kontynuacji i zakończeniu leczenia;

- rozpoznania medycznego według aktualnie obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD;
- innych danych wymaganych przez protokół Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii niebędących danymi osobowymi, o których mowa w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Dane zbierane będą przez zakłady opieki zdrowotnej w drodze wywiadu przeprowadzanego z pacjentem w momencie jego pierwszej wizyty w placówce. Następnie zostaną wysłane do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, które jest instytucją wdrażającą i administrującą systemem. KBPN przekaze zakładom opieki zdrowotnej materiały niezbędne do monitorowania, w tym protokół i instrukcję zbierania danych oraz kwe-

stionariusze sprawozdawcze. Ponadto Krajowe Biuro będzie odpowiedzialne za odbieranie danych z placówek leczniczych, a w konsekwencji za założenie zbioru danych i wykonywanie analiz na potrzeby sprawozdawczości krajowej oraz międzynarodowej. Należy nadmienić, że dane otrzymywane przez KBPN będą zakodowane, tzn. KBPN nie będzie otrzymywało danych osobowych, lecz zakodowane identyfikatory, które mają na celu uniknięcie wielokrotnego liczenia tych samych osób, w przypadku gdy jedna osoba podejmowała leczenie kilka razy w jednym roku i/lub kilkakrotnie w tej samej placówce.

Szczegółowe informacje na temat sposobu gromadzenia, przechowywania i przetwarzania informacji na temat osób zgłaszających się do leczenia, trybu i przepływu danych, a także wzoru indywidualnego kwestionariusza sprawozdawczego zostaną określone w rozporządzeniu ministra zdrowia, które będzie stanowić realizację upoważnienia zawartego w art. 24b ust. 3 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Prawny przymus leczenia przewidują m.in. przepisy ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Stosowanie przepisów dotyczących przymusowego leczenia osób uzależnionych powinno następować z uwzględnieniem konstytucyjnych gwarancji praw i wolności obywatelskich.

PRZYMUSOWE LECZENIE OSÓB UZALEŻNIONYCH

Katarzyna Syroka
Prawnik

Wstęp

Pojęcie przymusu leczenia ma charakter wielopłaszczyznowy. W grę wchodzić może interes zdrowotny zbiorowości, interes samego pacjenta, przeważający interes osoby trzeciej (np. dziecka), czy wreszcie nawet interes wymiaru sprawiedliwości¹. Niejednoznaczność pojęcia narzuca potrzebę uporządkowania tego, co składa się na jego desygnat i wprowadzenia pewnej dyscypliny terminologicznej². Należy tu rozpocząć od podstawowego rozróżnienia na przymus leczenia sensu stricto (pośredni i bezpośredni) oparty na ustawie (prawny przymus leczenia), a z drugiej strony, przymus leczenia sensu largo lub raczej obo-

wiązek poddania się leczeniu czy innym zabiegom medycznym³.

Przedmiotem niniejszego opracowania jest przedstawienie regulacji prawnych dotyczących przymusu leczenia sensu stricto osób uzależnionych. Warto w tym kontekście zauważyć, że uzależnienie jest to stan psychiczny i fizyczny wynikający z interakcji między żywym organizmem a substancją chemiczną (alkohol, nikotyna, narkotyki, leki), charakteryzujący się zmianami zachowania lub innymi reakcjami, do których należy konieczność przyjmowania danej substancji w sposób ciągły lub okresowy, w celu doświadczenia jej wpływu na psychikę lub by uniknąć przykrych objawów towarzyszących brakowi substancji⁴.

Prawny przymus leczenia w obowiązującym stanie prawnym przewidują m.in. przepisy:

- ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U.07.70.473 z późn. zm.);
- ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U.94.111.535 z późn. zm.);
- ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U.05.179.1485 z późn. zm.).

Przymusowe leczenie w trybie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

Zgodnie z treścią art. 21 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, leczenie odwykowe jest dobrowolne, przy czym ustawodawca wprowadził pewne wyjątki.

Proces dobrowolnego leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu rozpoczyna się od skierowania osoby uzależnionej na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego. Uprawnienie do wydania skierowania na przedmiotowe badanie zostało przyznane gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych właściwej według miejsca zamieszkania⁵ lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy, na jej wniosek lub z własnej inicjatywy. Gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych są powoływane przez wójtów (burmistrzów, prezydentów miast) i inicjują działania w zakresie: zwiększania dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu; udzielania rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie; prowadzenia profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych; wspomagania działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych; wspierania zatrudnienia socjalnego po-

przez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej oraz podejmują czynności zmierzające do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego. W skład gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wchodzi osoby przeszkolone w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Zasady wynagradzania członków gminnych komisji określa rada gminy w gminnych programach rozwiązywania problemów alkoholowych.

W sytuacji, w której dana osoba chce rozpocząć leczenie odwykowe, może złożyć wniosek do gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych o wydanie skierowania, albo wyrazić zgodę na takie badanie, w przypadku:

- a) rozkładu życia rodzinnego, przez który należy rozumieć utratę więzi uczuciowej, a także gospodarczej rodziny;
- b) demoralizacji małoletnich, czyli takie oddziaływanie na sferę psychiki, które powoduje negatywne odniesienie do wzorów postępowania i ideałów osobowych uważanych za właściwe w społeczeństwie;
- c) uchylania się od pracy rozumiane jako niepodjęcie pracy bez uzasadnionej przyczyny;
- d) systematycznego zakłócania spokoju lub porządku publicznego⁶.

Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych podejmuje decyzję o skierowaniu na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego.

Należy podkreślić, że przymusowemu leczeniu poddane mogą być jedynie osoby, które nie wykazują woli dobrowolnego poddania się leczeniu odwykowemu i w związku z nadużywaniem alkoholu powodują:

- a) rozkład życia rodzinnego;
- b) demoralizują małoletnich;
- c) uchylają się od pracy;
- d) systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny⁷.

O zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego orzeka sąd rejonowy właściwy według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy, w postępowaniu nieprocesowym. Sąd bada przede wszystkim, czy osoba, która ma być poddana przy-

musowemu leczeniu odwykowemu, faktycznie nadużywa alkoholu oraz czy nadużywanie alkoholu jest powodem opisanych wyżej negatywnych zjawisk, które muszą wystąpić, aby sąd mógł orzec o obowiązku poddania się osoby uzależnionej od alkoholu leczeniu odwykowemu⁸. Przedmiotowe postępowanie jest wszczynane na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora. Do wniosku dołącza się zebraną dokumentację wraz z opinią biegłego, jeżeli badanie przez biegłego zostało przeprowadzone. W sytuacji, w której brak jest opinii biegłego w przedmiocie uzależnienia od alkoholu, wówczas sąd zarządza przeprowadzenie odpowiednich badań. Istnieje także możliwość zarządzenia obserwacji w zakładzie leczniczym⁹, jeżeli na podstawie opinii biegłego sąd uzna to za niezbędne. Przedmiotowa obserwacja nie powinna trwać jednak dłużej niż dwa tygodnie. Wyjątkowo, sąd może przedłużyć termin obserwacji do sześciu tygodni.

W razie zarządzenia przez sąd badania przez biegłego lub oddania pod obserwację w zakładzie leczniczym, osoba, której postępowanie dotyczy, obowiązana jest poddać się badaniom psychologicznym i psychiatrycznym oraz zabiegom niezbędnym do wykonania podstawowych badań laboratoryjnych. Warto w tym kontekście zauważyć, że warunkiem poddania się rzeczonym badaniom jest wymóg, aby były wykonywane przez uprawnionych do tego pracowników służby zdrowia z zachowaniem wskazań wiedzy lekarskiej i nie zagrażały zdrowiu osoby badanej.

Orzeczenie dotyczące obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie odwykowym zapada po przeprowadzeniu rozprawy, która powinna odbyć się w terminie jednego miesiąca od dnia wpływu wniosku. O rozprawie sąd zawiadamia wnioskodawcę, a także wzywa osobę, której postępowanie dotyczy oraz może wezwać biegłego lub świadków, jeżeli zamierza dodatkowo przesłuchać biegłego lub okoliczności sprawy wskazują na potrzebę ustalenia stanu faktycznego w oparciu o dowód z zeznań świadków¹⁰. Osoba wobec, której orzeczono obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, może na czas jego trwania otrzymać dodatkowo nadzór kuratora.

Orzeczenie w przedmiocie leczenia odwykowego generuje obowiązek stawienia się w oznaczonym dniu we wskazanym zakładzie lecznictwa odwykowego w celu

poddania się leczeniu. W wypadku uchylania się od wykonania tego obowiązku ustawodawca przewidział zagrożenie zastosowania przymusu.

Należy podkreślić, że długość obowiązku poddawania się leczeniu odwykowemu jest zdeterminowana przez jego cel, przy czym trwa maksymalnie dwa lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia. Termin przymusowego leczenia osoby uzależnionej od alkoholu może zostać skrócony przez sąd na wniosek osoby zobowiązanej, zakładu leczącego, kuratora, prokuratora lub z urzędu, po zasięgnięciu opinii zakładu, w którym osoba leczona przebywa.

Warto w tym miejscu podnieść, iż osoby umieszczone w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich, które są uzależnione od alkoholu, mają obowiązek poddania się zarządzonemu leczeniu odwykowemu. Decyzję w tym zakresie podejmuje administracja zakładu lub schroniska. W stosunku do małoletniego wymagana jest ponadto zgoda przedstawiciela ustawowego. W przypadku jej braku oraz w stosunku do osoby pełnoletniej, niezbędne jest zezwolenie sądu wykonującego orzeczenie, które jest wydawane po zasięgnięciu opinii biegłego.

W sytuacji, w której sąd, który nałożył na osobę uzależnioną od alkoholu obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, uzna, że na skutek takiego uzależnienia zachodzi potrzeba całkowitego ubezwłasnowolnienia¹¹ tej osoby – zawiadamia o tym właściwego prokuratora. W razie orzeczenia ubezwłasnowolnienia sąd opiekuńczy, określając sposób wykonywania opieki, orzeka o umieszczeniu tej osoby w domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu, chyba że zachodzi możliwość objęcia tej osoby inną stałą opieką.

Leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu prowadzą w Polsce stacjonarne i niestacjonarne zakłady lecznictwa odwykowego oraz inne zakłady opieki zdrowotnej. Ponadto osoby zobowiązane do leczenia są przyjmowane przez placówki, o których mowa powyżej, poza kolejnością, aż do wykorzystania limitu miejsc stanowiących 20% ogółu miejsc przeznaczonych do leczenia odwykowego w zakładzie lecznictwa odwykowego.

W celu kontroli legalności skierowania i przebywania osób uzależnionych w zakładach prowadzących leczenie odwykowe, sędzia ma prawo wstępu do nich o każdej porze.

Przymusowe leczenie w trybie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii

Kwestie dotyczące przymusowego leczenia osób uzależnionych od narkotyków zostały uregulowane w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Zgodnie z treścią art. 26 ustawy, leczenie osoby uzależnionej prowadzi zakład opieki zdrowotnej lub lekarz wykonujący praktykę lekarską, w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej. Za rzeczony świadczenia nie jest pobierana opłata.

Zasadą jest, iż podjęcie leczenia, rehabilitacji lub reintegracji osób uzależnionych jest dobrowolne, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej.

W tym kontekście wyrażnie zaznacza się problem, czy powinno ono mieć charakter dobrowolny, czy też przymusowy. Zwolennicy przymusowego leczenia odwykowego twierdzą, że sam fakt zastosowania przymusu nie stanowi przeszkody do wyrobienia u osoby uzależnionej krytycznej postawy i pozytywnej motywacji do leczenia, pod warunkiem zastosowania odpowiednich zabiegów terapeutycznych; zakładają oni, że w znacznej większości przypadków narkomani nie mają motywacji

do leczenia, tak więc względy pragmatyczne wymagają zmuszenia pacjenta do leczenia, aby stworzyć mu możliwość poddania się działaniu psychoterapeutycznemu i zmiany postawy z negatywnej na pozytywną¹². Z kolei zwolennicy dobrowolności terapii twierdzą, że obserwowana w warunkach leczenia przymusowego „zmiana motywacji” polega tylko na zmianie pozornej i nie może przynieść trwałego, pozytywnego efektu leczniczego¹³.

Bez względu na spory doktrynalne, zasada dobrowolności podjęcia leczenia na gruncie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jest ograniczana jedynie w dwóch przypadkach:

– osób niepełnoletnich (art. 30 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii);

– sprawców przestępstw, które pozostają w związku z używaniem środków odurzających lub psychotropowych (art. 71 ust. 1 i 2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii).

Stosownie do treści art. 30 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, sąd rodzinny może skierować niepełnoletnią osobę uzależnioną na przymusowe leczenie i rehabilitację na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub faktycznego opiekuna albo z urzędu. Czas przymusowego leczenia i rehabilitacji nie jest określany z góry, przy czym nie może on być dłuższy niż dwa lata. W przypadku osiągnięcia przez osobę uzależnioną pełnoletności przed ukończeniem leczenia i rehabilitacji, sąd rodzinny może je

przedłużyć na czas niezbędny do osiągnięcia celu leczenia i rehabilitacji, jednakże łącznie nie dłużej niż do dwóch lat.

Postępowanie w sprawie skierowania niepełnoletniej osoby uzależnionej na przymusowe leczenie i rehabilitację toczy się według przepisów ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2002 r. Nr 11, poz. 109 z późn. zm.). Należy podkreślić, iż wymieniona ustawa przewiduje w art. 12 odrębną podsta-

wę orzekania o przymusowym leczeniu nieletniego, który nałogowo używa środków odurzających. W razie stwierdzenia u nieletniego upośledzenia umysłowego, choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznych bądź nałogowego używania alkoholu albo innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia, sąd rodzinny może orzec umieszczenie nieletniego w szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie leczniczym. W sytuacji, w której zachodzi potrzeba zapewnienia nieletniemu jedynie opieki wychowawczej, sąd może orzec umieszczenie go w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub w młodzieżowym ośrodku socjoterapii, a w przypadku gdy nieletni jest upośledzony umysłowo w stopniu głębokim i wymaga jedynie opieki – w domu

Leczenie osób uzależnionych zostało także uregulowane w Kodeksie karnym. Zgodnie z treścią art. 72 par. 1 pkt 6 Kodeksu karnego, zawieszając wykonanie kary, sąd może zobowiązać skazanego do poddania się leczeniu, w szczególności odwykowemu lub rehabilitacyjnemu, albo oddziaływaniom terapeutycznym.

pomocy społecznej. Zasadniczym celem środków określonych w art. 12 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich jest leczenie bądź wychowanie nieletniego. Umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie leczniczym (środki lecznicze) stanowi jednak w gruncie rzeczy izolację, która w przypadku nieletniego uzależnionego jest koniecznym elementem do osiągnięcia celu leczenia, a następnie rehabilitacji¹⁴. Wykonywanie tego środka kończy się z upływem 18 lat, co rodzi pytanie, czy stosowanie tych środków jest nadal możliwe, jeśli nie stwierdzono poprawy zdrowia sprawcy¹⁵. Zgodnie z przepisami ustawy, ukończenie 18 lat stanowi bezwzględną granicę stosowania środków leczniczo-wychowawczych, tak więc jedynym rozwiązaniem mogłoby tu być ewentualne wszczęcie postępowania o ubezwłasnowolnienie oraz ustanowienie odpowiedniej opieki nad ubezwłasnowolnionym i umieszczenie go na zasadach ogólnych w innym zakładzie leczniczym¹⁶.

Do środków, które mogą znaleźć zastosowanie wobec nieletnich uzależnionych, należy zaliczyć również możliwość zobowiązania przez sąd rodzinny do zaniechania używania alkoholu lub innego środka w celu wprowadzania się w stan odurzenia (art. 6 pkt 2 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich). Ponadto sąd rodzinny może zobowiązać rodziców lub opiekuna do poprawy warunków wychowawczych, bytowych lub zdrowotnych nieletniego, a także do ścisłej współpracy ze szkołą, do której nieletni uczęszcza, poradnią psychologiczno-pedagogiczną lub inną poradnią specjalistyczną, zakładem pracy, w którym jest zatrudniony, oraz lekarzem lub zakładem leczniczym¹⁷.

Orzeczenie w przedmiocie przymusowego leczenia nieletnich narkomanów w świetle uregulowań prawnych, zawartych zarówno w ustawie z 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (art. 30), jak i ustawie z 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich wymaga wyjaśnienia kwestii wyboru rodzaju postępowania, tj. przepisy ustawy z 1982 r. przewidują formalne rozdzielanie trybów postępowania na: tryb opiekuńczo-wychowawczy (postępowanie cywilne) i tryb poprawczy (postępowanie quasi-karne) oraz wydzielenie, niejako na wzór postępowania przygotowawczego w procedurze karnej, postępowania wyjaśniającego¹⁸. Decyzja o wyborze jednego z wymienionych trybów zapada w postępowaniu wyjaśniającym, w trakcie którego zbiera się dane o osobie nieletniego, jego warunkach

wychowawczych, zdrowotnych i bytowych oraz gromadzi się i utrwała dowody. Jeżeli na podstawie zebranych materiałów sędzia rodzinny uzna, że ze względu na okoliczności i charakter sprawy oraz osobowość nieletniego celowe jest zastosowanie środków wychowawczych lub leczniczych, wydaje postanowienie o rozpoznaniu sprawy w postępowaniu opiekuńczo-wychowawczym. W sytuacji, w której sędzia rodzinny uzna, że zachodzą warunki do umieszczenia nieletniego w zakładzie poprawczym, wówczas wydaje postanowienie o rozpoznaniu sprawy w postępowaniu poprawczym. Orzeczenie o przymusowym leczeniu nieletniego, który jest osobą uzależnioną, może nastąpić w obydwu trybach, jednak zasadą jest, iż postępowanie w tych sprawach toczy się w trybie opiekuńczo-wychowawczym.

Postanowienie w przedmiocie zastosowania środka wychowawczego doręcza się stronom wraz z pouczeniem o trybie i terminie odwołania, o ile nie były one obecne na posiedzeniu, na którym zostało ono ogłoszone.

Leczenie, rehabilitacja i reintegracja nieletniego, który znajduje się w zakładzie poprawczym, jest prowadzona w oddzielnych zakładach poprawczych resocjalizacyjno-terapeutycznych. Zgodnie z treścią § 1 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania leczniczego, rehabilitacyjnego i reintegracyjnego w stosunku do osób uzależnionych umieszczonych w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich (Dz.U.07.93.627), leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych w zakładach resocjalizacyjno-terapeutycznych prowadzi się metodami i środkami ogólnie stosowanymi w tego rodzaju postępowaniu¹⁹, a w szczególności poprzez: poradnictwo i konsultacje, zajęcia edukacyjne, terapię grupową i indywidualną oraz współpracę z rodzinami. Jeżeli dojdzie do stwierdzenia używania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych u osoby umieszczonej w zakładzie poprawczych lub w schronisku dla nieletnich, wówczas wykonuje się szczegółowe badania lekarskie i psychologiczne w celu stwierdzenia uzależnienia od tych środków i jego stopnia oraz potrzeby leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub skierowania albo przeniesienia do zakładu resocjalizacyjno-terapeutycznego²⁰. W przypadku potrzeby natychmiastowego leczenia odtruwającego osoby uzależnionej, lekarz, dyrektor zakładu poprawczego lub dyrektor schroniska dla nieletnich powinien

niezwłocznie skierować taką osobę do zakładu opieki zdrowotnej i zawiadomić sąd rodzinny, w którego dyspozycji pozostaje osoba uzależniona.

W zakładach poprawczych i w schroniskach dla nieletnich prowadzi się profilaktykę uzależnień od środków odurzających, substancji psychotropowych i środków zastępczych oraz działania zmierzające do zmotywowania osób uzależnionych do podjęcia leczenia. Wobec osób uzależnionych, które pomyślnie zakończyły proces leczenia, organizuje się formy pomocy w utrzymywaniu abstynencji.

Nadzór nad wykonywaniem orzeczeń o skierowaniu nieletniego do ośrodka kuratorskiego, o umieszczeniu w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, domu pomocy społecznej, publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, schronisku dla nieletnich i zakładzie poprawczym, jak również decyzji o umieszczeniu w policyjnej izbie dziecka sprawuje sędzia rodzinny. Nadzór, o którym mowa, obejmuje w szczególności legalność umieszczenia nieletniego oraz prawidłowość wykonywania orzeczenia, zwłaszcza w zakresie stosowanych metod i środków oddziaływania, warunków, w jakich przebywają nieletni, jak również przestrzegania ich praw i obowiązków. W celu rzeczywistej możliwości sprawowania przedmiotowego nadzoru sędzia rodzinny został wyposażony w prawo wstępu w każdym czasie na teren nadzorowanej jednostki oraz do pomieszczeń, w których przebywają nieletni, a także przeglądania dokumentów i żądania wyjaśnień od administracji odpowiednich zakładów, przeprowadzania na osobności rozmów z nieletnimi oraz badania ich próśb i skarg.

Kolejny przykład w zakresie przymusowego leczenia osób uzależnionych dotyczy skazania za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono. Wówczas sąd zobowiązuje skazanego do poddania się leczeniu lub rehabilitacji w zakładzie opieki zdrowotnej i oddaje go pod dozór wyznaczonej osoby, instytucji lub stowarzyszenia. Długość pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej nie jest określana z góry, nie może być jednak dłuższy niż dwa lata. Sąd podejmuje decyzję o zwolnieniu z zakładu na podstawie wyników leczenia lub rehabilitacji. Jeżeli skazany nie poddaje się leczeniu lub rehabilitacji albo dopuszcza się rażącego naruszenia regulaminu zakładu opieki zdrowotnej, zwolnienie

może nastąpić także na wniosek zakładu prowadzącego leczenie. Sąd rozstrzyga po zakończeniu leczenia lub rehabilitacji, czy orzeczoną karę pozbawienia wolności należy wykonać. Ponadto prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia leczenia, jeżeli osoba uzależniona lub używająca substancji psychoaktywnych szkodliwie, której zarzucono popełnienie przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu i rehabilitacji lub udziałowi w programie profilaktyczno-leczniczym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia. Po podjęciu postępowania prokurator podejmuje decyzję w zakresie dalszego prowadzenia postępowania²¹ albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania, mając na uwadze wyniki leczenia osoby uzależnionej. Warunkowe umorzenie można zastosować jednak jedynie do sprawcy przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności.

W przymusowym leczeniu narkomanów priorytet należy przyznać leczeniu otwartemu (tzw. środowiskowemu), a nie leczeniu zamkniętemu, o ile oczywiście stan uzależniania danej osoby na to pozwala²². Podstawowe zasady ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich, jakimi są dobro nieletniego i interes społeczny, wymagają, aby sądy rodzinne należną uwagę poświęcały postępowaniu wykonawczemu, zwłaszcza w postępowaniu w sprawach o przymusowe leczenie narkomanów²³.

Warto w tym kontekście zauważyć, że leczenie osób uzależnionych zostało także uregulowane w Kodeksie karnym. Zgodnie z treścią art. 72 § 1 pkt 6 Kodeksu karnego, zawieszając wykonanie kary, sąd może zobowiązać skazanego do poddania się leczeniu, w szczególności odwykowemu lub rehabilitacyjnemu, albo oddziaływaniom terapeutycznym. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Lublinie „sąd penitencjarny procedując w oparciu o przepis art. 163 § 2 Kodeksu karnego wykonawczego (który ma zresztą w zakresie zdania drugiego praktycznie tożsamą treść, co § 2 art. 74 Kodeksu karnego), może nałożyć obowiązek określony w treści art. 72 § 1 pkt 6 Kodeksu karnego (ustanawiając taki obowiązek lub zmieniając nałożony obowiązek na ten z art. 72 § 1 pkt 6 Kodeksu karnego) tylko wtedy, gdy uzyska zgodę skazanego (art. 74 § 1 Kodeksu karnego w zw. z art. 163 § 2 Kodeksu karnego wykonawczego). W przypadku braku takiej zgody sąd penitencjarny winien

takiego wniosku o nałożenie obowiązku nie uwzględnić, co może jednak stanowić podstawę do wszczęcia, z urzędu, postępowania w przedmiocie odwołania warunkowego przedterminowego zwolnienia”²⁴.

Przymusowe leczenie w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Zdarzają się sytuacje, w których uzależnienie może doprowadzić do choroby psychicznej lub jej podejrzenia i wówczas przymusowe leczenie następuje w trybie ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

Zgodnie z treścią art. 21 wymienionej ustawy osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu bez swojej zgody. Brak zgody może także towarzyszyć przyjęciu do szpitala psychiatrycznego. Dotyczy to przypadków, gdy zachowanie osoby chorej psychicznie sugeruje, że z powodu choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Jeżeli zachodzą wątpliwości, czy dana osoba jest chora psychicznie, a istnieje podejrzenie, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, wówczas także istnieje możliwość przyjęcia jej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody w celu wyjaśnienia przedmiotowych wątpliwości. Pobyt w szpitalu nie może trwać dłużej jednak niż 10 dni.

Należy podkreślić, że bez zgody do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta osoba chora psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego, bądź, która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

Zakończenie

Z uwagi na to, że o skuteczności leczenia decyduje przede wszystkim jego dobrowolność, stąd w wypadku zastosowania przymusowego leczenia jednym

z pierwszych i podstawowych działań jest wyrobienie w uzależnionym określonej motywacji do leczenia²⁵. Stosowanie przepisów dotyczących przymusowego leczenia osób uzależnionych winno następować z uwzględnieniem konstytucyjnych gwarancji praw i wolności obywatelskich oraz odpowiednich norm prawa międzynarodowego, zaś ich interpretacja – z uwzględnieniem zasady, że wszelkie ograniczenia praw i wolności nie mogą naruszać ich istoty²⁶.

Przypisy

- ¹ J. Sawicki, Przymus leczenia, eksperyment, udzielanie pomocy i przeszczep w świetle prawa, wyd. II, Warszawa 1966, s. 7.
- ² M. Świdorska, Przymus leczenia i innych zabiegów medycznych, Prawo i Medycyna 3/2004, s. 17.
- ³ Ibidem.
- ⁴ K. Zajączkowski, Uzależnienia od substancji psychoaktywnych, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2003, s. 39-40.
- ⁵ Zgodnie z treścią art. 25 Kodeksu cywilnego, przez miejsce zamieszkania należy rozumieć miejscowość, w której dana osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu.
- ⁶ I. Skrzydło-Niżnik, G. Zalas, Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Komentarz, Zakamycze, 2002, s. 133.
- ⁷ Ibidem.
- ⁸ Ibidem, s. 136.
- ⁹ Na postanowienie zarządzające oddanie pod obserwację do zakładu przysługuje zażalenie.
- ¹⁰ I. Skrzydło-Niżnik, G. Zalas, op. cit., s. 138.
- ¹¹ Zgodnie z treścią art. 13 Kodeksu cywilnego, osoba, która ukończyła lat trzynaście, może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli skutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijactwa lub narkomanii, nie jest w stanie kierować swym postępowaniem. Dla ubezwłasnowolnionego całkowicie ustanawia się opiekę, chyba że pozostaje on jeszcze pod władzą rodzicielską.
- ¹² K. Łucarz, A. Muszyńska, Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz, Oficyna, 2008, s. 92.
- ¹³ Ibidem.
- ¹⁴ Ibidem, s. 103.
- ¹⁵ Ibidem.
- ¹⁶ Ibidem.
- ¹⁷ Zgodnie z treścią art. 8 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich, w wypadku gdy rodzice lub opiekun nieletniego uchylają się od wykonania obowiązków nałożonych na nich przez sąd rodzinny, sąd ten może wymierzyć im karę pieniężną w wysokości od 50 do 1500 złotych.
- ¹⁸ K. Łucarz, A. Muszyńska, op. cit., s. 122.
- ¹⁹ Leczenie, rehabilitacja i reintegracja osób uzależnionych w zakładach resocjalizacyjno-terapeutycznych mogą być wspomagane przez psychologa, pedagoga i pielęgniarkę.
- ²⁰ Do zakładów resocjalizacyjno-terapeutycznych są kierowane osoby uzależnione w oparciu o diagnozę stwierdzającą uzależnienie, sporządzoną przez lekarza i psychologa.
- ²¹ Na postanowienie o dalszym prowadzeniu postępowania podejrzanemu przysługuje zażalenie.
- ²² H. Haak, Przymusowe leczenie narkomanów, Warszawa 2000, s. 239.
- ²³ Ibidem, s. 240.
- ²⁴ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 31 sierpnia 2006 r., II AKzW 546/2006, Krakowskie Zeszyty Sądowe 1/2007 poz. 107.
- ²⁵ H. Haak, op. cit., s. 240.
- ²⁶ M. Paszkowska, Przymusowe świadczenia zdrowotne, Jurysta 12/2006, s. 20.

Artykuł prezentuje wyniki badań „Młodzież a środki psychoaktywne” Fundacji Centrum Badania Opinii Społecznej oraz Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii dotyczące narkotyków. W poprzednim numerze Serwisu (1/2011) zaprezentowano informacje na temat substancji legalnych.

MŁODZIEŻ A NARKOTYKI

Artur Malczewski

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

W latach 90. oraz na początku XXI wieku odnotowaliśmy wzrost popularności narkotyków. Na polskiej scenie narkotykowej oprócz leków używanych w celu odurzenia się oraz polskiej heroiny (tzw. kompot) pojawiły się narkotyki syntetyczne (amfetamina oraz ecstasy), które zaczęły zdobywać coraz większą popularność. Badania przeprowadzane wśród młodzieży przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w latach 1995, 1999, 2003 (ESPAD oraz CBOS w latach 1992, 1994, 1996, 1999, 2003 Młodzież) pokazywały na rosnący trend używania narkotyków wśród młodych osób. Ostatnie pomiary z roku 2007 i 2008 przeprowadzone na młodzieży szkolnej, i to zarówno młodszej, w wieku 15-16 lat, jak również starszej – 18-19 lat, odnotowały zahamowanie trendu wzrostowego oraz tendencję spadkową w używaniu narkotyków. Co więcej, wyniki z Polski w porównaniu do rezultatów w innych krajach pokazują, że poziom używania narkotyków jest niższy w naszym kraju od średniej europejskiej. Jedynym wyjątkiem jest używanie leków uspokajających i nasennych bez zaleceń lekarskich w celu odurzenia się. W przypadku tego środka Polska jest w czołówce europejskiej: 16% badanych uczniów w wieku 15-16 lat miało kontakt z lekami uspokajającymi i nasennymi zażywającymi bez wskazań lekarskich. Ponadto według badań najbardziej popularnymi narkotykami są marihuana i haszysz oraz amfetamina. W 2007 roku 16% badanej młodzieży (15-16 lat) deklaroowało chociaż jednorazowy kontakt z marihuaną i haszyszem, a w przypadku amfetaminy 4% (Badania IPiN). W 2008 roku 30% badanych uczniów w wieku 18-19 lat zażywało marihuanę, a 9% amfetaminę (Badania CBOS).

Badania realizowane wśród dorosłych mieszkańców w 2002 i 2006 roku rejestrowały stabilny trend używania narkotyków. Ostatnie pomiary przeprowadzone przez Krajowe Biuro odnotowały spadek rozpowszechnienia

używania narkotyków. W 2008 roku 7% badanych zadeklarowało kontakt z marihuaną, a 3% z amfetaminą. W 2010 roku odsetki wyniosły odpowiednio 4% i 1%. W niniejszym artykule zostaną przedstawione najnowsze wyniki badania przeprowadzonego pod koniec 2010 roku przez Fundację CBOS oraz Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Wyniki z ostatniego pomiaru zostaną przedstawione na tle wcześniejszych pomiarów realizowanych od 1992 roku.

Używanie narkotyków

Badani uczniowi pytani byli w ankiecie o doświadczenia związane z używaniem narkotyków. Od 1992 roku respondenci odpowiadają na pytanie o kontakt z narkotykami w ciągu ostatniego roku, a następnie, jeśli ich używali, są proszeni o wymienienie substancji psychoaktywnych. W 2008 roku po raz pierwszy dodatkowo zapytani zostali o deklaracje używania poszczególnych substancji psychoaktywnych wymienionych w ankiecie, w tym również „dopalaczy”.

Uczniowie odpowiadają na pytania o kontakt z substancjami psychoaktywnymi w ciągu ostatnich 30 dni, co jest wskaźnikiem używania bieżącego (ang. *current use*); 12 miesięcy – używania ostatniego, nazywanego również aktualnym (ang. *recent use*), oraz kiedykolwiek w życiu, co jest wskaźnikiem eksperymentowania z narkotykami (ang. *lifetime experience*).

Taki sposób zadawania pytań pozwala na dokładne określenie poziomu rozpowszechnienia używania narkotyków. Ponadto w ankiecie dzięki liście substancji zdefiniowany został termin narkotyki. Wyniki odpowiedzi na obydwa pytania są materiałem do pogłębionych analiz. W przypadku pytania z listą substancji, odsetki deklarujących zażywanie narkotyków są wyższe niż przy pytaniu o jakikolwiek narkotyk z możliwością jego

wymienienia. Między innymi dlatego, że badani mogą wymienić tylko trzy substancje, jakie używali w przypadku odpowiedzi na pytanie o używanie narkotyków.

Analizując rozkłady odpowiedzi od 1992 roku, najwyższe odsetki uczniów, którzy używali narkotyków w ciągu ostatniego roku, odnotowano w 2003 roku. Co czwarty uczeń miał kontakt z narkotykami (24%). We wcześniejszych pomiarach odsetki były niższe. W 1992 roku było to 5%. Następnie w 1994 i 1996 roku 10% oraz 18% w 1999 roku. W 2008 roku odsetek osób deklaruujących kontakt z narkotykami spadł do 15%, czyli poniżej wartości sprzed dziesięciu lat. Ten trend utrzymał się w ostatnim badaniu, w 2010 roku odnotowano 16%. Uczniowie, którzy zadeklarowali kontakt z narkotykami, zostali zapytani, jakich środków używali. W ostatnim pomiarze 82% uczniów, którzy mieli kontakt z narkotykami w ciągu ostatniego roku, wymieniło marihuanę (wzrost o 6 punktów procentowych w porównaniu do 2008 roku), a 11% amfetaminę (mniej o 3 punkty procentowe).

Największy spadek używania odnotowano w przypadku ecstasy. W 2008 roku co dziesiąty badany zadeklarował kontakt z ecstasy w ciągu ostatniego roku. W roku 2010 do zażywania tego środka przyznał się tylko 1%. Z kolei 13% badanych zadeklarowało używanie „dopalaczy” w 2010 roku. W przypadku pozostałych odpowiedzi 5% badanych używało haszysz, 3% kokainy, a heroinę, mefedron oraz grzyby halucynogenne 2%. Z badań prowadzonych od 1992 roku wynika, że chłopcy częściej niż dziewczęta mają kontakt z narkotykami. W 2008 roku 23% uczniów i 9% uczennic odpowiadało twierdząco na pytanie o używanie nielegalnych substancji. W 2010 roku sięganie po narkotyki zadeklarowało 20% chłopców i 10% dziewcząt.

Podobnie jak w 2008 roku najwyższy odsetek zażywających narkotyki odnotowano w zasadniczych szkołach zawodowych 22% (21% w 2008 roku). Na drugim miejscu byli uczniowie techników – 16% (15% w 2008 roku), a na trzecim liceów 14% (15% w 2008 roku).

Wśród uczniów dwójkowych i trójkowych kontakt z substancjami psychoaktywnymi miało 18% badanych (19% w 2008 roku), wśród uczniów czwórkowych – 14% (10% w 2008 roku), wśród młodzieży otrzymującej najlepsze oceny – 13% (tak samo w 2008 roku). Im lepsze oceny deklarowali uczniowie, tym mniejszy został zarejestrowany poziom zażywania narkotyków.

Według wyników wcześniejszych pomiarów im wyższe wykształcenie matek, tym większy odsetek uczniów

przyjmujących środki psychoaktywne. W 2008 roku wśród badanych, których matki legitymują się wykształceniem pomaturalnym, 21% przyznało się do używania narkotyków, podczas gdy wśród dzieci kobiet z wykształceniem zasadniczym zawodowym – 11%. W badaniu z 2010 roku co piąty badany deklaruujący kontakt z narkotykami miał matkę z wykształceniem pomaturalnym. Jednakże różnice nie są takie duże w stosunku do uczniów mających matki z wykształceniem zasadniczym zawodowym, gdzie po narkotyki sięgało 14%.

Najwyższe odsetki uczniów zadeklarowały zażywanie narkotyków ze średnich miast, od 20 do 100 tys. – 22%, a najniższy odsetek w miastach większych, od 100 do 500 tys. – 13%. Czynnikiem chroniącym przed eksperymentowaniem z narkotykami jest udział w praktykach religijnych. Ta prawidłowość zarejestrowana została również we wcześniejszych badaniach. Co czwarty badany nieuczestniczący w praktykach religijnych deklarował kontakt z narkotykami. W przypadku osób biorących udział w praktykach religijnych odsetki wahają się od 10% (udział raz w tygodniu) do 18% (kilka razy w roku).

Podobnie jak w 2008 roku czynnikiem różnicującym prawdopodobieństwo zażywania nielegalnych substancji psychoaktywnych jest także emigracja zarobkowa rodziców ankietowanej młodzieży. Kontakt z narkotykami deklaruje 21% uczniów, których matki w ciągu ostatnich 12 miesięcy pracowały za granicą oraz 14% dzieci rodziców niepracujących w tym czasie za granicą.

Pod ogólną nazwą narkotyki kryje się wiele substancji o różnorodnym sposobie działania – od stymulującego do uspokajającego. Jak to już zostało wspomniane, w 2008 roku po raz pierwszy w kwestionariuszu dodano pytania dotyczące wzorów używania poszczególnych narkotyków przez młodzież. Respondenci zostali poproszeni o zaznaczanie odpowiedzi, czy używali wymienionego w ankiecie narkotyku w ciągu ostatnich 30 dni, 12 miesięcy czy kiedykolwiek w życiu. Osoby, które odpowiadały na pytanie o używanie w ciągu ostatnich 30 dni, równocześnie były także klasyfikowane w grupach użytkowników narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy i kiedykolwiek w życiu. Dlatego też odpowiedzi na to pytanie nie można sumować (rozkłady odpowiedzi zawiera tabela 1).

Najczęściej używaną substancją przez badanych uczniów była marihuana i haszysz. Do chociaż jednorazowego kontaktu z przetworami konopi przyznało się w 2010 roku 36% uczniów. Co oznacza wzrost o 5 punktów

Tabela 1. Odsetki badanych używających poszczególnych substancji

Substancje psychoaktywne	Odsetki badanych*							
	Nie, nigdy		Tak kiedykolwiek w życiu		W tym			
					w ciągu ostatnich 12 miesięcy		w ciągu ostatnich 30 dni	
	Procenty nie sumują się do 100% ze względu na brak danych				2010	2008	2010	2008
	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008
Marihuana i haszysz	63,0	69,1	35,7	30,5	18,0	16,4	7,7	7,3
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	78,4	77,9	19,9	21,8	9,6	11,2	3,8	4,7
Alkohol razem z tabletkami	85,6	87,4	12,8	12,2	6,5	7,1	3,0	3,1
Alkohol razem z marihuaną	79,2	82,2	19,1	17,3	10,6	10,1	4,9	4,9
Amfetamina	91,0	90,6	6,8	9,0	3,0	3,7	1,5	1,1
Ecstasy	94,8	94,3	3,5	5,5	1,4	3,0	0,8	1,1
Substancje wziewne	95,3	96,8	2,8	2,9	0,7	1,0	0,5	0,6
LSD lub inne halucynogenne	94,9	97,5	3,3	2,3	1,4	1,3	0,7	0,5
Grzyby halucynogenne	94,7	96,1	3,4	3,6	1,4	2,0	0,6	1,1
Kokaina	94,8	97,5	2,3	2,2	0,7	1,1	0,6	0,6
Crack	95,8	98,6	2,3	1,2	0,6	0,5	0,5	0,4
Relevin	96,7	99,1	1,4	0,8	0,4	0,4	0,3	0,3
Heroina	96,3	98,5	1,9	1,3	0,8	0,6	0,5	0,1
Polska heroina, tzw. kompot	96,5	98,6	1,6	1,1	0,5	0,6	0,5	0,3
GHB	96,9	98,9	1,3	0,9	0,3	0,5	0,3	0,3
Leki przeciwkaszlowe lub na przeziębienie przyjmowane w celu odurzania się	93,6	96,5	4,7	3,2	2,2	1,9	1,1	0,9
„Dopalacze” (Legal highs)	86,8	96,4	11,4	3,5	7,2	2,6	1,1	1,5
Dekstrometorfan (DXM)	97,0	98,8	1,3	1,0	0,4	0,6	0,2	0,5
Sterydy anaboliczne	95,2	96,4	2,9	3,4	0,9	1,9	0,5	0,7
Poppersy	95,3	94,8	3,0	4,8	1,3	2,4	0,9	0,8
Szałwia wieszcza	95,5	97,5	2,6	2,1	1,0	1,1	0,4	0,6

*Odsetki nie sumują się do 100% z powodu braku danych.

Źródło: badania CBOS.

procentowych w stosunku do 2008 roku. Porównując odsetki uczniów, którzy zażywali przetwory konopi w ciągu ostatniego roku i 30 dni, rejestrujemy mniejsze różnice w pomiarach pomiędzy 2008 i 2010 rokiem niż w przypadku używania narkotyków kiedykolwiek w życiu. W ciągu ostatniego roku marihuany i haszyszu używało 18% uczniów w 2010 roku w stosunku do 16% w 2008 roku, a w ciągu ostatnich 30 dni 8% w 2010 roku wobec 7% w 2008 roku. Zażywanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza zadeklarowało 20% uczniów w 2010 roku (22% w 2008 roku). W ciągu 2010 roku sięgało po nie 10% uczniów, 11% w 2008 roku, a w ciągu ostatnich 30 dni odpowiednio – 4% i 5%.

Po przetworach konopi najbardziej rozpowszechnioną substancją nielegalną jest amfetamina. W 2008 roku do eksperymentów z tą substancją przyznało się 9% respondentów, a w ostatnim pomiarze 7%. W przypadku używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy 4% uczniów w 2008 roku sięgnęło po amfetaminę, a w 2010 roku – 3%; wskaźniki dla ostatnich 30 dni wynoszą 1% dla

obydwu pomiarów. Oprócz nieznacznego spadku w rozpowszechnieniu używania amfetaminy, zmniejszyły się odsetki badanych, którzy sięgali po ecstasy. W ostatnim pomiarze 4% badanych deklaroowało eksperymenty z tą substancją (6% w 2008 roku), w ciągu ostatniego roku 1% (3% w 2008 roku) i tak samo w ciągu ostatniego miesiąca 1% (1% w 2008 roku).

Analizując różnice w zażywaniu narkotyków pomiędzy chłopcami a dziewczętami, odnotowujemy, że chłopcy dwukrotnie częściej sięgali po ecstasy (4%) niż dziewczęta (2%), podobnie jak przy używaniu przetworów konopi: chłopcy – 43%, a dziewczęta 29%.

Poziom rozpowszechnienia używania amfetaminy był również większy wśród chłopców – 8% niż dziewcząt – 5%. Jedynie w przypadku leków uspokajających i nasennych (bez przepisu lekarza), leków przeciwkaszlowych lub na przeziębienie (przyjmowane w celu odurzenia się) oraz tabletek zażywanych z alkoholem odnotowano większy poziom rozpowszechnienia wśród dziewcząt niż chłopców. Dla leków uspokajających i nasennych odsetki

Tabela 2. Częstotliwość użycia poszczególnych środków – odsetki badanych*

	Nie używa- le(a)m	1–2 razy	3–9 razy	10–39 razy	40 lub więcej razy
Marihuana, haszysz	63	15	10	6	5
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	79	13	5	1	1
Alkohol razem z marihuaną	79	9	6	2	1
Alkohol razem z tabletkami	88	8	4	1	1
Amfetamina	91	3	2	1	1
Ecstasy	95	2	0	0	0
Poppersy	96	2	0	0	0
Grzyby halucynogenne	95	2	1	0	0
„Dopalacze” (tzw. <i>smarty</i>)	87	6	3	1	1
Sterydy anaboliczne	96	2	1	0	0
Kokaina	95	2	0	0	0
Crack	96	2	0	0	0
Leki przeciwkaszlowe przyjmowane w celu odurzania się	94	3	1	0	1
Substancje chemiczne (np. klej, aerozol) używane w celu odurzania się	96	2	1	0	0
LSD i inne halucynogeny	95	2	1	0	0
Szałwia wieszcza (<i>Salvia divinorum</i>)	96	2	0	0	0

*Odsetki nie sumują się do 100% z powodu braku danych.

Źródło: badania CBOS.

wyniosły chłopcy – 14%, a dziewczęta – 27%; dla leków przeciwkaszlowych lub na przeziębienie chłopcy – 4% i dziewczęta – 5%, a tabletek z alkoholem 9% i 16%.

Uczniowie pytani byli nie tylko o używanie narkotyków, ale również o to, ile razy zażywali podane w ankiecie substancje. Najczęściej przyjmowanym narkotykiem jest marihuana lub haszysz. Raz lub dwa razy w życiu używało jej 15% uczniów, od 3 do 9 razy – 10%, od 10 do 39 razy – 6% i powyżej 40 razy – 5% badanych. 13% uczniów deklaruje, że leki uspokajające i nasenne bez wskazań lekarskich brało jeden-dwa razy w ciągu życia, 5% przyjmowało je od 3 do 9 razy, powyżej dziesięciu razy w ciągu życia – 1% uczniów. Analiza rozkładów odpowiedzi na pytanie o częstość używania poszczególnych substancji pokazuje, że badani uczniowie w przypadku większości substancji zażywają je najczęściej jeden-dwa razy. Jedynie w przypadku „dopalaczy”, leków i połączenia leków z tabletkami lub alkoholem rozkłady odpowiedzi pokazują, że więcej niż 1% badanych miał częstszy kontakt z tymi substancjami niż jeden czy dwa razy.

Problem „dopalaczy”

W 2008 roku rozpoczęto monitorowanie problemu „dopalaczy”, które są pojęciem obejmującym całą gamę różnych środków. „Dopalaczami” nazwane zostały

różnorodne substancje o działaniu psychoaktywnym lub nawet niemające działania psychoaktywnego, które możemy podzielić na kilka grup: proszki, sole, tabletki oraz mieszanki ziołowe. W ostatnim pomiarze uczniowie zapytani zostali dodatkowo o to, jakie „dopalacze” zakupili.

Oprócz pomiaru skali używania „dopalaczy” kwestią poruszoną w badaniu była znajomość nazwy „dopalacze”. Według wyników badania z 2010 roku 90% badanych słyszało o „dopalaczach”, a co czwarty uczeń był w sklepie z tymi środkami (27%). Spośród osób, które były w sklepie z „dopalaczami”, 40% dokonało tam zakupu. Ponadto respondenci pytani byli, na ile dni przed pomiarem dokonali zakupu w sklepie z „dopalaczami”. Spośród uczniów, którzy kupili w sklepie „dopalacze”, mniej niż połowa (tj. 40%) odpowiedziała na pytanie, ile dni przed badaniem nabyli „dopalacze”. Najczęściej uczniowie dokonywali zakupu dwa miesiące przed badaniem – 15%. Spośród tych badanych, którzy dokonali zakupu, 31% uczniów zakupiło mieszanki ziołowe. Najczęściej był to produkt „Tajfun” – 6%. Ponadto 5% dokonało zakupu pigułek lub tabletek, jak np. Amfibia. Podobny odsetek kupił proszki do wciągania (6%). Należy podkreślić, że część uczniów, która deklarowała zakup „dopalaczy”, nie podała rodzaju środka, jaki został zakupiony, a tym bardziej jego nazwy. Oprócz substancji psychoaktywnych, w sklepach

z „dopalaczami” można było znaleźć akcesoria służące do zażywania narkotyków. 3,5% badanych zakupiło tego typu produkty, jak bibułki czy fajki wodne. Należy jednak podkreślić, że większość respondentów, która dokonała zakupu, nie podała rodzaju produktu lub substancji, jaką nabyli. Sprzedaż „dopalaczy” prowadzona jest również przez internet. W ten sposób zakupu dokonał 1% spośród wszystkich badanych.

Analizując rozpowszechnienie używania „dopalaczy”, według pierwszego pomiaru z 2008 roku, 4% uczniów miało z nimi kontakt. W ostatnim badaniu odsetek wzrósł prawie trzykrotnie (11%). Uczniowie pytani byli również o używanie „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku – w tym czasie zrobiło to 7% ankietowanych (3% w 2008 roku), a w ciągu ostatniego miesiąca – 1% (2% w 2008 roku). Należy odnotować, że w przypadku ostatniego miesiąca odsetki uczniów były większe w 2008 roku niż w 2010 roku. Mógł to być efekt zamknięcia sklepów z „dopalaczami”. Przypomnijmy, że badanie zostało przeprowadzone po zlikwidowaniu sieci sprzedaży „dopalaczy”, co spowodowało spadek dostępności tych produktów.

Dostępność substancji psychoaktywnych

W badaniu uczniowie pytani byli m.in. o znajomość miejsc, gdzie można kupić narkotyki, oferty kupna, jak również o sprzedaż narkotyków w szkołach. W 1994 roku co piąty respondent (22%) wiedział, od kogo lub gdzie można kupić narkotyki. W 2003 roku 75% ankietowanych deklarowało, że zna miejsca, gdzie narkotyki są dostępne lub łatwo o tym może się dowiedzieć. W 2010 roku obserwujemy spadek uczniów mających

wiedzę o miejscach oferowania narkotyków. W badaniach z 2008 roku zwiększyła się grupa uczniów, którzy nie wiedzieli o miejscach sprzedaży, wskaźnik ten wynosił 40%. Podobny odsetek utrzymał się w ostatnim pomiarze z 2010 roku – 38%.

Łatwiejszy dostęp do narkotyków częściej deklarują chłopcy niż dziewczęta. W ostatnim pomiarze odnotowano również prawidłowość, że czym większa miejscowość, tym mniejszy odsetek osób nieznających miejsc, gdzie można kupić narkotyki. Warto podkreślić, że na odpowiedzi badanych mogą mieć wpływ różne czynniki, w tym niezwiązane z osobistym zainteresowaniem uczniów w używaniu narkotyków, jak np. wzrost informacji w mediach o działaniach policji przeciwko przestępczości narkotykowej polegających na likwidowaniu miejsc sprzedaży narkotyków. Bardziej użytecznym wskaźnikiem do opisu sceny narkotykowej pod kątem dostępności nielegalnych substancji psychoaktywnych jest pytanie o propozycje kupna.

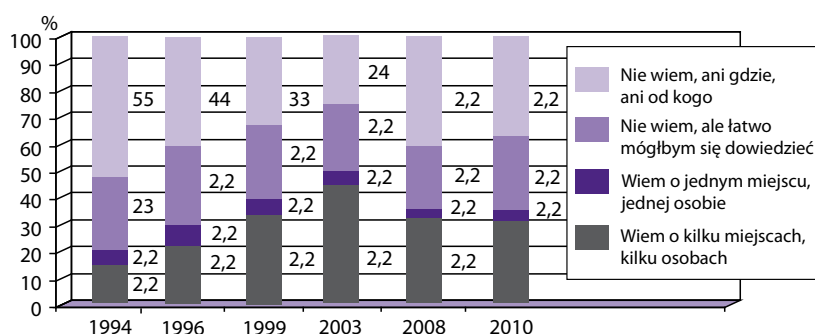
Według badań realizowanych od 1992 roku systematycznie wzrastała liczba uczniów, którym oferowano kupno narkotyków. Najwyższy odsetek uczniów, którzy otrzymali propozycje kupna, zarejestrowano w 2003 roku. Od tego roku zmniejszała się liczba uczniów, którym proponowano kupno. W największym stopniu zmalała liczba częstych propozycji składanych uczniom – o ponad połowę (14% uczniów w 2005 roku, 7% w 2008 roku oraz 6% w 2010 roku). Ostatni pomiar zarejestrował utrzymanie się niewielkiego odsetka uczniów otrzymujących częste propozycje kupna. Ponadto spadł odsetek uczniów otrzymujących kilka propozycji z 26% w 2003 roku do 18% w 2010 roku. Warto zauważyć, że w ostatnim pomiarze 67% badanych nie miało nigdy propozycji kupna. Jest

to powrót do poziomu z 1996 roku.

Analizując różnicę pomiędzy płciami, odnotowujemy, iż częściej takie oferty otrzymywali chłopcy (40%) niż dziewczęta (25%).

W badaniu uczniowie zostali zapytani o propozycje użycia poszczególnych substancji, zarówno legalnych, jak i nielegalnych. W ciągu ostatniego roku najwięcej uczniów miało oferty dotyczące napojów alkoholowych. Najczęściej było to piwo – 92%. Odsetki badanych z 2010 roku są na podobnym poziomie jak w roku

Wykres 1. Odsetki badanych znających miejsca, gdzie można kupić narkotyki*



*Odsetki nie sumują się do 100% z powodu braku danych.

Tabela 3. Propozycje zażycia substancji niezależnie od tego, czy badany z niej skorzystał (%)

Substancje psychoaktywne*	Tak	Nie
Piwo	92	8
Wódka	87	13
Wino	70	29
Marihuana, haszysz	34	65
Amfetamina	9	90
Ecstasy	6	94
Leki uspokajające i nasenne	5	95
„Dopalacze” (tzw. <i>smarty</i>)	16	84
Poppersy	2	97
Grzyby halucynogenne	5	95
Kokaina	5	95
Sterydy anaboliczne	4	96
LSD lub inny środek halucynogeny	4	96
Szałwia wieszcza (<i>Salvia divinorum</i>)	2	98
Leki przeciwkaszlowe w celu odurzenia się	3	96
Crack	3	97
Heroina	2	97
Polska heroina, tzw. kompot	2	98
Dekstrometorfan (DXM)	2	98

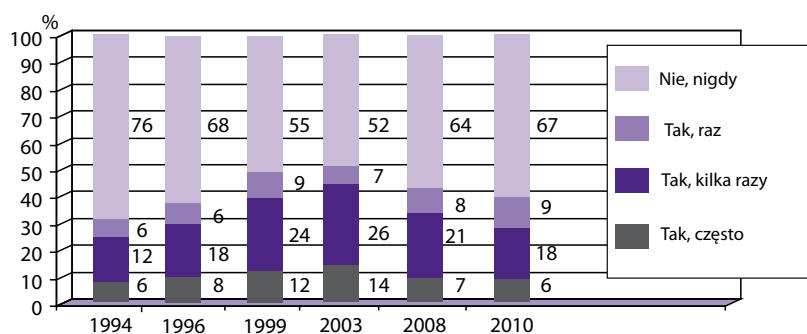
*Odsetki nie sumują się do 100% z powodu braku danych.

Zródło: badania CBOS.

2008. Warto przypomnieć, że uczniowie biorący udział w badaniu byli w zdecydowanej większości pełnoletni. Jedynie 3,5% z nich było w wieku 17 lat. Piwo proponowano 93% chłopców oraz 91% dziewcząt, a wódkę odpowiednio 88% i 86%. Różnica została zarejestrowana w pytaniu o propozycje wina. Ten napój alkoholowy jest proponowany częściej dziewczętom (75%) niż chłopcom (55%). W przypadku pozostałych substancji najczęściej oferowana była marihuana lub haszysz. Co trzeci badany otrzymał propozycję dotyczącą przetworów konopi (w 2008 roku – 31%, a 2010 roku – 34%). O wiele częściej ten narkotyk proponowano chłopcom (39%) niż dziewczętom

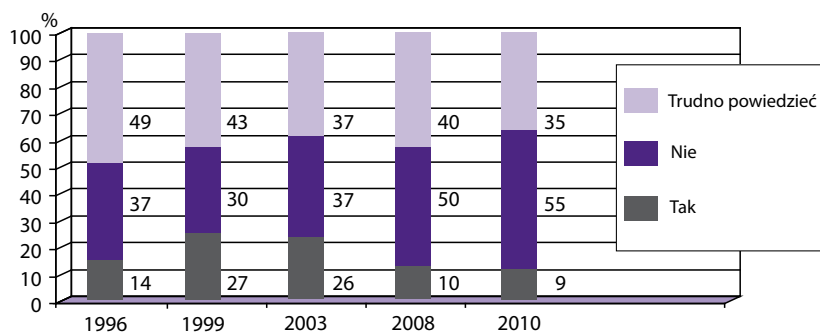
(28%). O połowę mniejszy odsetek badanych otrzymywał propozycje dotyczące „dopalaczy” – 16%. Chłopcy (19%) częściej otrzymywali takie oferty niż dziewczęta (16%). Warto podkreślić, że w 2010 roku nastąpił trzykrotny wzrost odsetka badanych, którzy dostawali propozycje kupna „dopalaczy”. Odsetek ten wzrósł z 5% w 2008 roku do 16% w 2010 roku. Co dziesiątemu badanemu proponowano amfetaminę – 9% (11% w 2008 roku). 10% chłopców oraz 8% dziewcząt otrzymało taką ofertę.

W ankiecie poruszana była także kwestia sprzedaży narkotyków w szkole. Po raz pierwszy takie pytanie zadano w 1996 roku. Do 2003 roku odsetki uczniów twierdzących, że na terenie ich szkoły nie można kupić narkotyków wahały od 30% do 37%. W 2003 roku co czwarty uczeń odpowiedział twierdząco, a więcej niż co trzeci, że trudno powiedzieć. W 2008 roku nastąpiła zmiana, spadły odsetki badanych twierdzących, że na terenie szkoły można kupić narkotyki. Co dziesiąty badany w 2008 i 2010 roku uważał, że na terenie szkoły prowadzona była sprzedaż. Ponadto odsetek osób, które odpowiadały „trudno powiedzieć”, zmniejszył się w 2008 roku z 40% do 35% w 2010 roku, a w zamian

Wykres 2. Odsetki uczniów, którym proponowano kupno narkotyków*

* Odsetki nie sumują się do 100% z powodu braku danych.

Wykres 3. Odsetki badanych pytaných o sprzedaż narkotyków w szkole*



*Odsetki nie sumują się do 100% z powodu braku danych.

nastąpił niewielki wzrost tych, którzy uważali, że nie ma handlu narkotykami w szkołach z 50% w 2008 roku do 55% w 2010 roku. Obecnie o sprzedaży narkotyków w szkole jest przekonanych 13% uczniów zasadniczych szkół zawodowych (14% w 2008 roku), 11% uczniów techników (13% w 2008 roku), 8% młodzieży z liceów profilowanych, technicznych i zawodowych (11% w 2008 roku), 6% uczniów liceów ogólnokształcących (4% w 2008 roku).

Uczniowie w trakcie dwóch ostatnich badań (2008 i 2010 roku) pytani byli o ocenę trudności zdobycia substancji

psychoaktywnych. Pełnoletnia w większości młodzież ocenia wysoko dostępność papierosów, piwa, wina i wódki – na poziomie 94-95%. Blisko połowa uczniów ocenia jako łatwe zdobycie marihuany lub haszyszu (48% w 2010 roku i 45% w 2008 roku). Analizując rozkłady odpowiedzi dotyczące dostępności substancji psychoaktywnych w 2008 i 2010 roku, najwyższy wzrost dostępności nastąpił w przypadku „dopalaczy”. W 2008 roku 16% uczniów uważało, że łatwo zdobyć te substancje, a w 2010 roku aż 36%. Rok 2008 to dopiero początek rozwoju sieci sklepów z „dopalaczami”. W 2010 roku działało ponad 1400 sklepów w całym kraju, więc odpowiedzi uczniów nie powinny być zaskoczeniem. Substancjami najtrudniejszymi do zdobycia okazały się, podobnie jak w 2008 roku, szalwia wieszcza (zdelegalizowana w 2009 roku) i DXM.

Analizując rozkłady odpowiedzi, widać, że w przypadku większości substancji (z wyjątkiem napojów alkoholowych) odsetki uczniów deklarujących brak możliwości zdobycia substancji wahały się w przedziale 20-27%. Wyjątkiem były „dopalacze” (19%) oraz leki uspokajające i nasenne (15%), gdzie odsetki były mniejsze. To oznacza, że dla co czwar-

Tabela 4. Odsetki badanych oceniających dostępność substancji psychoaktywnych

Substancje psychoaktywne	Odsetki badanych*			
	Nieosiągalne	Trudne	Łatwe	Nie wiem
Papierosy	2	1	94	2
Piwo	2	1	93	2
Wino	2	1	94	3
Wódka	2	2	93	3
Leki uspokajające i nasenne	15	21	43	21
Marihuana, haszysz	12	24	48	15
Amfetamina	20	31	22	26
LSD lub inny środek halucynogeny	21	34	15	30
Sterydy anaboliczne	23	27	23	28
Ecstasy	23	33	15	28
Grzyby halucynogenne	22	31	19	27
Kokaina	24	33	14	28
Crack	25	33	9	32
Heroina	26	33	11	29
Polska heroina, tzw. kompot	25	31	11	32
„Dopalacze” (tzw. smarty)	19	22	36	23
Poppersy	26	29	9	35
Szałwia wieszcza (<i>Salvia divinorum</i>)	26	29	9	35
Dekstrometorfan (DXM)	27	30	8	33

*Odsetki nie sumują się do 100% z powodu braku danych.

Źródło: badania CBOS.

tego lub co piątego badanego ucznia zdobycie pozostałych narkotyków jest niemożliwe. Im trudniejsza do zdobycia była substancja, tym więcej badanych osób deklaroowało, że nie wie, skąd można ją uzyskać. Jednym ze wskaźników opisujących problem używania narkotyków przez młodych ludzi jest obecność tego rodzaju środków w ich otoczeniu. W roku 2003 po raz pierwszy zapytano uczniów, czy w ich środowisku, wśród znajomych, jest ktoś, kto zażywa narkotyki lub nadużywa alkoholu. W 2010 roku, podobnie jak w 2008 roku, co drugi badany (52% w 2008 roku i 53% w 2010 roku) znał taką osobę. W 2003 roku 67% uczniów znało kogoś używającego środków psychoaktywnych. Wyniki z ostatniego pomiaru mogą być sygnałem stabilizacji w używaniu narkotyków przez młodzież w porównaniu do roku 2003, gdzie odsetek badanych, którzy zadeklarowali, że znają osoby zażywające narkotyki, był wyższy. W przypadku alkoholu odsetek badanych, którzy mieli znajomych nadużywających alkoholu, utrzymał się na tym samym poziomie co w odniesieniu do narkotyków. W roku 2008 i 2010 był on identyczny i wyniósł 67%. Jednak w przeciwieństwie do narkotyków nie zaobserwowano większego spadku w przypadku alkoholu, ponieważ wynik dla roku 2003 wyniósł 70%.

Podsumowanie

Wyniki dotyczące rozpowszechnienia używania narkotyków wskazują na stabilizację używania nielegalnych substancji psychoaktywnych. Jedyny znaczący wzrost zażywania narkotyków zarejestrowany został w przypadku przetworów konopi oraz „dopalaczy”.

Od roku 2003 zmniejszył się odsetek uczniów (z 24%) deklarujących używanie narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie do 15% w 2008 roku i 16% w 2010 roku.

W 2005 roku w ankiecie zapytano uczniów o używanie poszczególnych substancji. Przy odpowiedzi na tak postawione pytanie, 18% badanych zadeklarowało kontakt z marihuaną, 10% z lekami uspokajającymi i nasennymi bez przepisu lekarza, a 3% z amfetaminą w ciągu ostatniego roku. Wyniki pokazały, że nastąpił wzrost odsetka badanych używających marihuany, a spadek zażywania leków uspokajających i nasennych oraz amfetaminy. Podobne tendencje zarejestrowano w przypadku używania narkotyków kiedykolwiek w życiu. Do zażywania marihuany

przyznało się 36% uczniów, leków 20%, a amfetaminy 7%. Dla roku 2008 odsetki wyniosły: marihuana – 31%, leki – 22%, a amfetamina – 9%. Interpretując wyniki dotyczące zażywania leków uspokajających i nasennych na receptę bez przepisu lekarza (o używanie takich leków pytani byli uczniowie), należy być ostrożnym, ponieważ pojedyncze osoby traktowały jako leki preparaty ziołowe. Zatem odpowiedzi mogą być w tym przypadku przeszacowane.

W raporcie z poprzedniego badania pojawiły się sygnały o wzroście używania ecstazy. Pomiar z 2010 roku pokazuje odwrotną sytuację, odsetki uczniów sięgających po ecstazy spadły z 6% do 4%. Badani z 2010 roku proszeni o wymienienie trzech narkotyków, które zażywali w ciągu ostatniego roku, dziesięciokrotnie rzadziej wymienili ecstazy niż w 2008 roku. Mogło to być efektem pojawienia się „dopalaczy”, które były wymieniane o wiele częściej niż ecstazy.

Z badań wynika, że narkotyki nie są substancjami, po które sięga większość uczniów. I jak to niekiedy jest przedstawiane przez media, nie są częścią spędzania wolnego czasu przez polską młodzież. Zdecydowana większość uczniów poprzestaje na eksperymentach z narkotykami, a tylko nieznaczny procent zażywa je więcej niż dwa razy w ciągu całego życia. Wyjątkiem jest marihuana i haszysz, do których używania częściej niż dziesięć razy w ciągu roku przyznał się co dziesiąty badany. Analizując rozkłady odpowiedzi dotyczące przetworów konopi, należy zwrócić uwagę, że narkotyk ten jest najczęściej zażywany przez młodzież mieszkającą w miastach średniej wielkości (od 20 do 100 tys. mieszkańców). W tej grupie miejscowości odnotowano również najwyższe odsetki uczniów, którzy odpowiedzieli na pytanie o używanie jakiegokolwiek narkotyku w ciągu ostatniego roku.

Podsumowując wyniki dotyczące dostępności narkotyków, należy stwierdzić, że ostatnie dwa pomiary z 2003 i 2008 roku zarejestrowały spadek dostępności narkotyków w stosunku do wcześniejszych badań. Jedynie w przypadku „dopalaczy” nastąpił wyraźny wzrost dostępności w ciągu ostatnich dwóch lat, co było spowodowane gwałtownym rozwojem sieci sprzedaży, zlikwidowanej w październiku 2010 roku. Jednakże w opinii uczniów „dopalacze” nadal były trudniejsze do zdobycia niż marihuana.

Artykuł ten nie jest wnikliwą analizą zjawiska używania narkotyków przez osoby niepełnosprawne, nie jest również opracowaniem naukowym. Stanowić ma raczej inspirację do podjęcia działań mających na celu zgłębienie tematu.

NARKOTYKI A NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Bożena Bajerska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Nasza wiedza dotycząca używania narkotyków przez osoby niepełnosprawne jest niewielka. Przystępując do prac nad poniższym tekstem dokonałam przeglądu dostępnych badań z zakresu problematyki narkomanii, zasobów internetowych, jak również skontaktowałam się z przedstawicielami instytucji badawczych wybranych uczelni wyższych oraz organizacjami pozarządowymi. Niestety, zebranie materiałów stało się nie lada wyzwaniem, zaś dane, które uzyskałam, nie poszerzają w sposób znaczący naszej wiedzy na ten temat.

Rzetelna analiza zjawiska, opracowanie i wdrożenie programów przeciwdziałania narkomanii uwzględniających specyficzne potrzeby klienta, niewątpliwie przyczyniłaby się do zwiększenia efektywności oddziaływań oraz szans osób niepełnosprawnych żyjących z problemem narkotykowym na pełną adaptację społeczną.

Zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej m.in. osobom niepełnosprawnym wynika bezpośrednio z Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 roku, jak również z Karty Praw Osób Niepełnosprawnych z dnia 1 sierpnia 1997 roku. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej uznaje w niej m.in. prawo osób niepełnosprawnych do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz to, że nie mogą podlegać dyskryminacji. Uznane jest również prawo dostępu do leczenia i opieki medycznej, wczesnej diagnostyki, rehabilitacji i edukacji leczniczej, a także do świadczeń zdrowotnych uwzględniających rodzaj i stopień niepełnosprawności, w tym do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny oraz dostępu do wszechstronnej rehabilitacji mającej na celu adaptację społeczną.

Zgodnie z danymi uzyskanymi przez Główny Urząd Statystyczny w trakcie przeprowadzonego w roku 2002 Narodowego Spisu Powszechnego, niepełnosprawność dotyczy 14,3% ludności, czyli co siódmego mieszkańca kraju. Z kolei z badania „Stan zdrowia ludności Polski” (GUS, 2004) wynika, iż osoby niepełnosprawne to grupa około 6 mln osób, czyli około 16% ludności.

Przyczyną wskazywaną najczęściej jako źródło niepełnosprawności są choroby układu krążenia, narządów ruchu oraz schorzenia neurologiczne, udział zaś osób z uszkodzeniami narządu wzroku i słuchu, chorobą psychiczną czy upośledzeniem umysłowym w grupie osób niepełnosprawnych jest niższy – dotyczy jednak osób o obniżonej sprawności w codziennym funkcjonowaniu, a zatem wymagających szczególnego podejścia w edukacji, na rynku pracy i w życiu codziennym (za: Informacja rządu Rzeczypospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w roku 2009 na rzecz realizacji postanowień uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 roku „Karta Praw Osób Niepełnosprawnych”).

Wyniki badań uzyskane w ramach projektu badawczego „Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków i analiza wzorów używania narkotyków oraz związanych z tym problemów. Badania jakościowe” wskazują, że szacowana liczba osób używających narkotyków problemowo w Polsce wynosi pomiędzy 100 a 125 tys., natomiast osób uzależnionych od opiatów w przedziale 25-29 tys. W 2007 roku liczba osób leczonych w placówkach stacjonarnych z powodu uzależnienia wyniosła 15 125 osób, zaś w placówkach ambulatoryjnych 24 954 osoby. Z przeprowadzonych badań wynika również, że populacja osób uzależnionych pozostających poza systemem leczenia jest ponad sześć i pół razy większa niż tych w lecznictwie.

Nieodzowne staje się określenie skali zjawiska używania środków narkotycznych przez osoby niepełnosprawne.

Badanie populacji osób niepełnosprawnych

W lutym 2011 roku Krajowe Biuro zwróciło się do placówek realizujących programy przeciwdziałania narkomanii z prośbą o wypełnienie krótkiej ankiety

dotyczącej uczestnictwa osób niepełnosprawnych w programach adresowanych do osób z problemem narkotykowym. Zawarte w niej pytania dotyczyły m.in. łącznej liczby niepełnosprawnych odbiorców programów (również w podziale na płeć) oraz rodzaju niepełnosprawności z podziałem na niepełnosprawność słuchową, wzrokową, komunikowania się, ruchową i intelektualną. Zapytaliśmy również o rodzaje podejmowanych oddziaływań i ich ewentualne efekty oraz o bariery napotkane podczas pracy z wymienionymi osobami.

Ankiety zostały wysłane do 90 placówek w Polsce, które oferują różnorodne formy pomocy. Informacje zwrotne otrzymaliśmy z 49 placówek (54%). Około ¼ placówek potwierdziła uczestnictwo osób niepełnosprawnych w oddziaływaniach adresowanych do osób używających narkotyków. Wśród nich znalazło się 10 placówek ambulatoryjnych oraz 2 ośrodki stacjonarne. Zebrane dane obejmowały 8 województw, w tym województwa: mazowieckie, łódzkie, zachodniopomorskie oraz lubuskie (po dwie placówki), pomorskie, warmińsko-mazurskie, świętokrzyskie i śląskie (pojedyncze placówki). Zgodnie z danymi uzyskanymi od respondentów, w programach uczestniczyło łącznie 165 osób, w tym ok. 19% kobiet i ponad 78% mężczyzn. Największą liczebność niepełnosprawnych odbiorców programu zanotowano w województwie lubuskim. W ramach dwóch placówek ambulatoryjnych wykazano łącznie 86 odbiorców: 65 mężczyzn i 21 kobiet. Jeden z respondentów wykazał 75 osób z niepełnosprawnością (z czego 25% stanowiły kobiety), drugi zaś 11 osób (około 18% kobiet).

Kolejnym województwem pod względem liczebności w programach osób niepełnosprawnych było województwo śląskie. Wykazano tu 42 mężczyzn i 3 kobiety (łącznie 45 osób). W przypadku województwa mazowieckiego w dwóch placówkach wykazano łącznie 14 osób, z czego kobiety stanowiły 35% (5 kobiet). Liczba uczestników w programach realizowanych w województwach łódzkim, warmińsko-mazurskim oraz lubelskim wahała się w granicach 5-6 osób, zaś w województwach pomorskim i zachodniopomorskim odpowiednio 1 i 2 osoby.

W odniesieniu do rodzaju niepełnosprawności najliczniejszą grupę stanowiły osoby z obniżoną sprawnością intelektualną (ok. 56% – 93 osoby), naj-

liczniej reprezentowane w województwach lubuskim (45 osób) i śląskim (40 osób). Pozostałe województwa wykazały pojedyncze przypadki. Obniżona sprawność ruchowa (26) oraz komunikowania się (25) dominowała wśród pacjentów z terenu województwa lubuskiego. Osoby z obniżoną sprawnością słuchową i wzrokową stanowiły niespełna 13% wykazanych osób niepełnosprawnych.

Działania adresowane do osób o obniżonej sprawności polegają na oddziaływaniach indywidualnych odnoszących się zarówno do problemu używania substancji narkotycznych, jak również do deficytów sprawnościowych (np. poprzez indywidualną pracę z pacjentem zmierzającą do poprawy umiejętności wypowiedzania się). Ponadto realizowane są również działania terapeutyczne, poradnictwo rodzinne, grupy wsparcia, zajęcia socjoterapeutyczne i informacyjno-edukacyjne. Podejmowane jest motywowanie do podjęcia terapii i utrzymania abstynencji oraz wsparcie prawne, socjalne i psychologiczne. W części ankietowanych placówek (5) dostępne są konsultacje medyczne i/lub kierowanie do lekarzy specjalistów bądź placówek leczniczych (detoksykacja, terapia w innych ośrodkach, poradnia zdrowia psychicznego). Specyficzne oddziaływania względem osób niepełnosprawnych pozostających w programach dotyczą: zajęć w zakresie oligofrenopedagogiki (1 program), leczenia farmakologicznego, rehabilitacji ruchowej czy fizjoterapii.

Część ankietowanych placówek przedstawiła formy pracy z osobą o danym rodzaju niepełnosprawności. Zwracanie się indywidualne do pacjenta, komunikowanie się poprzez używanie zdań prostych, sprawdzanie, jak pacjent zrozumiał informację lub przebieg rozmowy stosowane są podczas pracy z osobami o obniżonej sprawności intelektualnej. Z kolei w pracy z pacjentami o obniżonej sprawności słuchowej personel komunikuje się w sposób głośny i spokojny, sprawdzając również, co pacjent usłyszał. Pacjenci z obniżoną sprawnością komunikowania się zachęceni są do ćwiczeń i wypowiedzania się.

W pracy z grupą terapeuci zmierzają do wzmocnienia wspierającej postawy grupy wobec ograniczeń pacjenta niepełnosprawnego i zwiększenia tolerancji na jego impulsywne zachowania. Pacjenci o ograniczonej sprawności ruchowej wspierani są w wykonywaniu ćwiczeń poprawiających koordynację

wzrokowo-ruchową i innych z zakresu rehabilitacji ruchowej, zaś proponowane zadania dostosowywane są do ograniczeń ruchowych. Udzielane jest także wsparcie przy zakupie sprzętu rehabilitacyjnego (1 placówka).

Bariera w pracy

W pracy z osobami niepełnosprawnymi terapeuci spotykają szereg barier i trudności. I tak na pierwszym miejscu plasuje się utrudniona komunikacja, która wymieniona została przez 4 placówki prowadzące oddziaływania wobec pacjentów o obniżonej sprawności intelektualnej, słuchowej oraz komunikowania się. Jednak przyjęcie wspólnej formuły komunikacji usuwa bariery w porozumiewaniu się. Nieliczni respondenci wskazywali również na istotne problemy, jakimi są: wygórowane oczekiwania rodzin, trudność w egzekwowaniu zaleceń, brak krytycyzmu dorosłych osób niepełnosprawnych umysłowo, częstsza absencja w terapii spowodowana bólem lub złym samopoczuciem oraz konieczność dostosowania metod i technik wymaganych w oddziaływaniach wobec konkretnych ograniczeń (niepełnosprawności) do ogólnego planu terapii grupowej. Niewątpliwie ważnym utrudnieniem w pracy z niepełnosprawnymi osobami używającymi narkotyków jest brak wykwalifikowanej kadry do prowadzenia indywidualnych oddziaływań w konkretnych przypadkach (logopedy, fizjoterapeuty, surdopedagoga itp.) oraz wysoki koszt utrzymania pacjenta (leki, konsultacje specjalistyczne). Wymieniane są również bariery architektoniczne oraz trudności w znalezieniu odpowiedniej placówki dla niepełnosprawnych ruchowo.

Rezultaty

Efekty podejmowanych działań koncentrowały się głównie wokół udziału pacjenta w szeroko rozumianych oddziaływaniach: opiece psychiatrycznej, detoksykacji, leczeniu substytucyjnym czy też opiece terapeutycznej (grupy wsparcia).

W pięciu placówkach odnotowano sukces w postaci osiągnięcia i utrzymania abstynencji narkotykowej przez 6 osób, w jednej ograniczenie deficytów ruchowych i komunikowania się wraz z osiągnięciem efektów readaptacji w postaci podjęcia pracy.

Ponadto zaobserwowane efekty dotyczyły również poprawy funkcjonowania pacjentów, zwiększenia umiejętności radzenia sobie ze stresem i bólem, co skutkuje zmniejszeniem ilości przyjmowanych środków przeciwbólowych.

Dodatkowo zawarte w ankietach informacje mówią o współpracy ze specjalnymi szkołami zawodowymi w zakresie edukacji nauczycieli, rodziców oraz uczniów, realizacji programów przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu dla osób niepełnosprawnych oraz o przystosowaniu placówki do pracy z osobami niepełnosprawnymi. Według jednego z respondentów problematyczny jest fakt dodatkowych środków na leczenie pacjentów niepełnosprawnych używających narkotyków. Leczenie tych pacjentów jest kosztowniejsze w stosunku do pacjentów bez niepełnosprawności o ok. 20-30%, powoduje wyższe koszty adaptacji społecznej oraz konieczność zwiększenia wysiłków ze strony prowadzących programy postrehabilitacyjne dla tej grupy odbiorców.

Podsumowanie

Z powyższej analizy wynika, że część osób niepełnosprawnych z problemem narkotykowym trafia do systemu leczenia. Niezmiernie ważne jest objęcie ich opieką, adekwatnie do zdiagnozowanych potrzeb. Bariery napotymane w trakcie terapii (brak przeszkolonej kadry, bariery w porozumieniu się, wysokie koszty leczenia) świadczą o konieczności podjęcia działań zmierzających do stworzenia optymalnych warunków leczenia dla pacjentów oraz warunków pracy dla kadry terapeutycznej/medycznej. Zebrane informacje nie odpowiadają jednak na pytania dotyczące m.in. liczebności osób niepełnosprawnych z problemem narkotykowym, które nie korzystają z systemu leczenia, powodów niezgłaszania się do leczenia, wzorów używania substancji.

Mam nadzieję, że ten artykuł zachęci czytelników do szerszego spojrzenia na problem używania narkotyków przez osoby niepełnosprawne. Zachęcam do przesyłania informacji na temat własnych doświadczeń w pracy terapeutycznej z osobami o obniżonej sprawności. Wszystkim placówkom, które wzięły udział w naszej ankiecie, serdecznie dziękuję za jej wypełnienie.

W siedzibie Polskiej Sieci ds. Polityki Narkotykowej odbyła się kolejna edycja okrągłego stołu poświęcona poprawie sytuacji leczenia osób uzależnionych. Uczestnicy przedstawili szereg zagadnień, które objęły znaczną część systemu leczenia w Polsce. Efektem spotkania i prowadzonych konsultacji będzie dokument zawierający rekomendacje dobrych praktyk i propozycje rozwiązań najistotniejszych problemów.

DYSPROPORCJE W LECZNICTWIE UZALEŻNIEŃ

Filip Nawara
Fundacja Praesterno

Wśród uczestników dyskusji znaleźli się m.in. pracownicy ambulatoriów i innych jednostek pomocy uzależnionym, przedstawiciele Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Barbara Wilamowska z Ministerstwa Sprawiedliwości oraz Maria Charmast, koordynująca TOPIC II – pilotażowy program wczesnej interwencji wśród osób zatrzymanych za przestępstwa związane z narkotykami.

Poruszono m.in. kwestie zmieniającej się charakterystyki użytkowników narkotyków, skuteczności i dostępności różnych metod leczenia, sytuacji ośrodków rehabilitacyjnych oraz postrehabilitacji.

Zmiany w populacji

Robert Rutkowski, współzałożyciel jednej z warszawskich poradni, wskazał na dysproporcje w dostępie do różnych form leczenia, zwłaszcza wobec zmieniających się modeli używania substancji, jak też profilu problemów użytkowników.

Coraz mniej jest osób z jednoznaczną diagnozą uzależnienia od opiatów. Częściej występuje model mieszany, w którym heroina jest tylko jedną z kilku substancji, niekoniecznie wiodącą. Popularniejsze są obecnie stymulanty, jak amfetamina czy kokaina. W modelu mieszanym występują również alkohol, leki i część dopalaczy, które weszły na nielegalny rynek.

Jak informował Robert Rutkowski, zgłoszeń związanych z dopalaczami stale przybywa i okazują się one niebezpieczne nawet na tle znanych substancji. Wiele zgłoszeń dotyczy osób, które kiedyś używały narkotyków, a teraz sięgają po dopalacze, nie zdając sobie sprawy z ich wysokiego potencjału uzależniającego.

Dopasowanie oferty

W Polsce nadal głównym elementem oferty są programy ukierunkowane na pacjentów uzależnionych od opiatów i stosujące model terapii nastawiony na abstynencję, w którym najważniejszą rolę odgrywa leczenie stacjonarne. Model ten jest skuteczny tylko wobec niewielkiej części osób, do których coraz rzadziej można zakwalifikować współczesnych użytkowników. Z jednej strony zmienia się wspomniany profil pacjentów, w co włączyć należy m.in. nowe wzorce kulturowe (poczucie elitarności) i styl bycia (nastawienie na aktywność towarzyską i zawodową), z drugiej strony dla użytkowników opiatów najczęściej pomocne okazuje się leczenie substytucyjne wraz z formami terapii psychologicznej, które prowadzi się w ambulatoriach lub innych placówkach w okolicach zamieszkania pacjenta.

W takich wypadkach oferta ośrodków stacjonarnych, która jest jedyną na terenie kraju w pełni dostępną ofertą leczenia uzależnień, okazuje się niewystarczająca. Dostępność leczenia substytucyjnego staje się za to kluczowym problemem, gdyż poza województwem mazowieckim i kilkoma miastami, jest ono deficytowe lub zupełnie niedostępne. Zaledwie kilka procent użytkowników ma dostęp do substytucji, która w większości państw europejskich stanowi podstawę oferty leczniczej.

Trudności pogłębia wysoki koszt utrzymania ośrodków, które są droższe od innych form leczenia i pochłaniają ok. 70% środków z Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczonych na leczenie narkomanii, gdy na ambulatoria, pomagające połowie zarejestrowanych pacjentów, przeznaczone jest ok. 10% finansowania.

Skuteczne formy pomocy

Wicedyrektor KBPN, Bogusława Bukowska, poinformowała, że w nowym Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii zakłada się uruchomienie do roku 2016 nowych programów substytucyjnych, które pokryłyby w każdym z województw 25% zapotrzebowania na leczenie, a to przełoży się na ok. 5-6 tys. osób objętych tego typu leczeniem. Zaznaczyła przy tym, że terapia substytucyjna nie jest eksperymentem, a wiodącą formą leczenia uzależnień, rekomendowaną przez wszystkie ważne organizacje międzynarodowe zajmujące się problemami zdrowia lub narkomanii.

W swoim wystąpieniu wicedyrektor wskazała też na funkcjonowanie w programach leczenia hierarchii celów, w których na pierwszy plan wysuwają się redukcja szkód, ograniczenie przestępczości oraz poprawa stanu zdrowia pacjenta, a dopiero w następnej kolejności uwzględnia się całkowitą abstynencję. Wymieniła również inne metody terapii o potwierdzonej skuteczności, do których należą m.in. terapia behawioralno-poznawcza i programy wzmacniania motywacji do zmian, treningi psychospołeczne, programy zapobiegania nawrotom, 12 Kroków, *case management* czy terapie rodzinne. Zaznaczyła przy tym, że każda metoda skuteczna dla danej grupy pacjentów zasługuje na rekomendację.

Integralność metod leczenia

W dyskusji dość często pojawiały się odniesienia do uzależnienia określanego jako przewlekła i nawrotowa choroba. Takie zdefiniowanie problemu powinno być uwzględnione w podejściu do pacjenta, co dyskwalifikuje m.in. zasadę wyrzucania pacjentów z programów, jeśli zdarzy się, że brali oni narkotyki, czyli w przypadku nawrotów.

Z kolei ze względu na przewlekłość, system powinien zakładać ciągłość oferty dla uzależnionych, którzy potrzebują dostępu do opieki przez cały okres leczenia, reintegracji społecznej i później po wyjściu z nałogu. Takie podejście zakłada integralność oferty, a zatem dostępność i komplementarność różnych form pomocy. Założenia integralności programów leczenia pojawiały się w dyskusji wielokrotnie, uczestnicy spotkania podkreślali potrzebę oferowania różnorodnych form terapii, które nie powinny być traktowane jako konkurencyjne, ani tym bardziej alternatywne względem

siebie, a jako wzajemnie się uzupełniające, połączone elementy systemu leczenia.

Redukcja szkód

Paweł Siłakowski, pracownik Centrum Redukcji Szkód MONAR, w odniesieniu do integralności terapii poruszył zagadnienie samej idei redukcji szkód. Jak mówił, redukcja szkód to nie tylko programy wymiany igieł czy leczenia substytucyjnego, ale szeroko pojęta metoda terapii polegająca na integracji wielu dostępnych możliwości pomocy, w zależności od występujących w danej chwili potrzeb i nastawienia pacjenta.

W takim ujęciu redukcja szkód trwa od pierwszej rozmowy z użytkownikiem i wpisuje się w nią motywowanie do zmiany, wybór celów i strategii postępowania, a później wsparcie w procesie leczenia, obserwacja sytuacji społecznej pacjenta, jego rodziny itp. Jako metoda jest zatem redukcja szkód uznawana za integralny element całego procesu pomocy uzależnionym.

Postrehabilitacja

Oddzielnym zagadnieniem jest postrehabilitacja i reintegracja społeczna osób kończących leczenie. Kwestie te omówiła Małgorzata Maresz, wskazując na największy w całym systemie leczenia deficyt w tej dziedzinie. Jak wyjaśniła, większość hosteli i mieszkań readaptacyjnych dla osób powracających do ról społecznych została utworzona w latach 90. przez KBPN, przy założeniu, że finansowanie i rozwój oferty postrehabilitacyjnej przejmą samorządy wojewódzkie i gminne. Niestety, do 2009 roku z kas wojewódzkich dofinansowano w całym kraju jedynie 1 hostel, 2 mieszkania, 9 programów reintegracji. Wśród gmin sytuacja jest podobna – na 2,5 tys. gmin w Polsce, zaledwie 52 (2,3%) wsparły reintegrację społeczną uzależnionych. Ze środków gminnych powstało 12 hosteli, 11 mieszkań readaptacyjnych i przeprowadzono 28 programów reintegracji, z czego 13 w ośrodkach stacjonarnych.

Co prawda istnieją programy reintegracji opłacane spoza kas samorządowych, które nie są umieszczane w wykazach rocznych – sytuacja w tej dziedzinie jest więc nieco lepsza niż wynika z przytoczonych danych – jednak w przypadku hosteli i mieszkań readaptacyjnych deficyt rzeczywiście jest ogromny i jest to jeden z najbardziej zaniedbanych obszarów systemu leczenia.

Do tego dochodzi fakt, że część programów postrehabilitacji prowadzona jest w zamkniętych ośrodkach terapeutycznych, przez co nie spełnia podstawowych celów, ponieważ założeniem jest przystosowanie pacjenta do warunków życia w miejscu powrotu do życia. Dalsze przebywanie w ośrodku, tyle że na innych zasadach niż pozostali, staje się wobec tego nieuzasadnionym przedłużaniem terapii, które nie jest pomocne w odzyskaniu samodzielności, za to wywołuje niekorzystne efekty, jak choćby powstawanie hierarchii wewnątrz ośrodka, w której osoby na postrehabilitacji są uprzywilejowane.

Problem postrehabilitacji jest o tyle istotny, że osoby po terapii, słabo przygotowane do wejścia w role społeczne, często niemające gdzie zamieszkać, z jednej strony są zagrożone powrotem do dawnych środowisk, z drugiej – nie mają gdzie zwrócić się po pomoc. Sytuację może poprawić rozszerzenie oferty ambulatoriów o elementy pomocy osobom po terapii.

Bariery

Uczestnicy debaty mówili także o barierach, które występują przy wprowadzaniu zmian, przede wszystkim w odniesieniu do poprawy dostępności różnych form leczenia i sytuacji finansowej ambulatoriów. Przytaczane uwagi przekładają się na całość funkcjonujących rozwiązań. Z jednej strony są to bowiem bariery instytucjonalne, czy wynikające z przepisów, z drugiej zaś dotyczą samego środowiska terapeutów.

Utrwalenie status quo

Główną przyczyną obecnych trudności jest funkcjonowanie jednego wiodącego modelu leczenia, opartego na odizolowanych ośrodkach. Liczba takich placówek w Polsce jest znacznie wyższa niż średnia europejska, a w niektórych regionach są one jedyną dostępną formą pomocy.

Większość ośrodków prowadzona jest w ramach dużych struktur, o rozbudowanej infrastrukturze, w których obowiązują konserwatywne metody leczenia. Przewaga instytucjonalna, przy jednoczesnym faworyzowaniu wybranych modeli terapii, utrudnia finansowanie innych placówek, jak i rozbudowę oferty. Przyczynia się np. do utrwalania i powielania istniejących wzorców poprzez programy szkoleń pracowników czy realizację tylko znanych rozwiązań.

W ten sposób tworzy się kolejna bariera, jaką jest oddolne ograniczenie oferty tworzonej przez samych terapeutów. Kilkakrotnie wskazywano na przywiązanie części środowiska do modelu leczenia abstynencyjnego i negatywną postawę wobec innych form, zwłaszcza substytucji.

Niepełna wiedza

Jako przyczyny takiej sytuacji wskazywano m.in. brak rzetelnej informacji i stereotypy występujące w opinii społecznej. Nadal nie są szeroko znane badania dotyczące skuteczności różnych form leczenia oraz ich oddziaływanie w skali społeczeństwa, związane z ograniczeniem przestępczości, rozpowszechnieniem HIV czy z porównaniem kosztów. W państwach zachodnich popularyzacja wyników takich badań w latach 90. przyczyniła się do zmiany nastawienia specjalistów i władz wobec nowych wtedy rozwiązań, jak leczenie substytucyjne, i w efekcie do ich rozwoju.

Popularne opinie

Wiąże się to z powszechną opinią, obecną również w mediach, piętnującą osoby używające narkotyków i formy terapii poza izolacją, zwłaszcza związane z podawaniem substytutu narkotyku. W ten kontekst wpisuje się wypowiedź Bogny Chmielewskiej z Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, relacjonującej wyniki raportu na temat przestrzegania praw człowieka w ośrodkach terapeutycznych, który współtworzyła.

Zaznaczyła, że w zbadanych 18 ośrodkach (przy czym część dużych organizacji nie wpuściła obserwatorów), nie odnotowano większych naruszeń tych praw, jednak uwagę, w kontekście prawa do godności i ochrony przed poniżającym traktowaniem, zwracały zasady funkcjonowania ośrodków, w tym tzw. dociążania. Autorka wskazała na niespójność regulaminów w różnych placówkach, w których zakazy i nakazy pojawiają się w sposób dowolny, pozbawiony systematyki, co rodzi pytanie o ich zasadność terapeutyczną.

Warto dodać, że badanie dostępności leczenia IATPAD wskazało ten problem jako barierę powstrzymującą przed podjęciem leczenia lub wręcz przyczyniającą się do rezygnacji z leczenia czy ucieczki z ośrodka.

Dotarcie z informacją

Do wszystkich zastrzeżeń należy dodać jeszcze brak inicjatywy władz lokalnych i potencjalnych twórców programów. Prawdopodobnie na skutek małej aktywności władz informacja nie dociera do właściwych środowisk i zdarza się, że na ogłoszone zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii nie wpływają żadne odpowiedzi. Dzieje się tak m.in. w przypadku postrehabilitacji.

Problem wiedzy dotyczy również lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy często nie wiedzą, jak pomóc osobom uzależnionym lub dokąd je kierować. I wśród tej grupy zdarza się funkcjonowanie stereotypu narkomana jako osoby szkodzącej sobie z własnej woli, więc takiej, której nie da się pomóc.

Uczestnicy wielokrotnie podkreślali, że istotą zmian nie jest negacja jednych form leczenia i zastąpienie ich innymi, lecz rozbudowa oferty i dostosowanie jej do potrzeb pacjentów. Mała dostępność jednych form leczenia przy znacznej dominacji innych prowadzi do niekorzystnej relacji efektów do kosztów. A dla odbiorców programów wiąże się to z niewystarczającymi możliwościami leczenia.

Bibliografia

Badanie IATPAD za SIN 1/2011.

„From the mountaintops”, publikacja dostępna na stronie <http://www.soros.org/initiatives/drugpolicy>.

„Monitoring przestrzegania praw pacjentów i dostępu do stacjonarnego leczenia uzależnień od narkotyków”, raport Fundacji Helsińskiej, www.hfhrpol.waw.pl/publikacja-2-153.html.

Przepisy ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zabezpieczające zasadę „leczyć zamiast karać” były dotychczas niezwykle rzadko stosowane. Wdrożenie mechanizmów zaproponowanych w ramach projektu TOPIC II, polegających na informowaniu o celowości zastosowania środków probacyjnych oraz na zapewnieniu praktycznych rozwiązań służących wykorzystaniu takich środków (opinie biegłych, skierowanie do programów profilaktyczno-terapeutycznych), w sposób znaczący wpłynęło na dynamikę stosowania tych przepisów.

ZASADA „LECZYĆ ZAMIAST KARAĆ” W DZIAŁANIU: DOŚWIADCZENIA PROJEKTU TOPIC II

Maria Charmast

Koordynator projektu TOPIC II

Główny specjalista ds. współpracy międzynarodowej Stowarzyszenia MONAR

Intencją autorów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii było umożliwienie zawieszenia bądź warunkowego umorzenia postępowania wobec osób używających szkodliwie narkotyków w zamian za podjęcie przez nie leczenia. Ograniczeniem, jakie na użytkowników narkotyków nakładało prawo, był wymóg uprzedniej niekaralności za przestępstwa umyślne. Kolejnymi barierami utrudniającymi stosowanie środków o charakterze probacyjnym są: powszechne stosowanie przez prokuratorów mechanizmów pozwalających na szybsze zakończenie spraw i skierowanie aktu oskarżenia do sądu (m.in. dobrowolne poddanie się karze), niechęć do praktyk zawieszenia postę-

powiań karnych oraz wątpliwości przedstawicieli organów ścigania i sprawiedliwości wobec skuteczności oddziaływań terapeutycznych. To powodowało, że przepisy ustawy zabezpieczające zasadę „leczyć zamiast karać” były dotychczas niezwykle rzadko stosowane. Wdrożenie mechanizmów zaproponowanych w ramach projektu TOPIC II, polegających na informowaniu o celowości zastosowania środków probacyjnych oraz na zapewnieniu praktycznych rozwiązań służących wykorzystaniu takich środków (opinie biegłych, skierowanie do programów profilaktyczno-terapeutycznych), w sposób znaczący wpłynęło na dynamikę stosowania tych przepisów.

Pilotaż

Założeniem projektu pilotażowego TOPIC II na rok 2010 było przedstawienie przez biegłych z zakresu terapii uzależnień opinii na podstawie przeprowadzonych wywiadów z podejrzanymi o popełnienie przestępstwa zagrożonego karą pozbawienia wolności do lat 5. W związku z tym, że uzyskano dofinansowanie kosztów badań ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości, które wzięły udział w projekcie badawczym, mogły uzyskać opinię biegłego nieodpłatnie. Ponadto ze środków Biura Bezpieczeństwa Urzędu m.st. Warszawy zakupiono niezbędne do realizacji celów projektu narkotesty dla komend policji do zastosowania w przypadku zatrzymań osób używających narkotyków.

W realizację projektu byli zaangażowani trzej specjaliści terapii uzależnień, którzy zostali wpisani na listę biegłych Sądu Okręgowego w Warszawie. Ocena przydatności i konieczności działań profilaktyczno-leczniczych była formułowana przez biegłego każdorazowo na podstawie standaryzowanego druku kwestionariusza. W przypadku zaaprobowania przez sąd lub prokuratora oceny terapeutycznej, postępowanie mogłoby być zawieszone na czas określony. Niepodjęcie leczenia czy też uchylanie się od niego rodziłoby, zgodnie z ustawą, konsekwencje w postaci podjęcia zawieszonego postępowania. Sąd decydowałby o ewentualnym warunkowym umorzeniu postępowania, po zapoznaniu się z wynikami terapii oraz treścią wywiadu kuratora sądowego sporządzonego na podstawie art. 214 kpk.

Za zgodą Komendanta Stołecznego Policji do realizacji programu wyznaczono Komendę Rejonową Policji Warszawa III, Komendę Rejonową Policji IV, Komendę Rejonową Policji V oraz Komisariat Kolejowy. Po uzgodnieniu z kierownictwem jednostek, funkcjonariusze zastosowali rekomendacje programu TOPIC II w okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2010 roku. Do udziału w programie kwalifikowane były osoby zatrzymane w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa zagrożonego karą pozbawienia wolności do lat 5 (w tym przestępstwa przewidziane w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), które ukończyły 18. rok życia, posiadające obywatelstwo polskie, po poinformowaniu o treści art. 72 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz zapytaniu, czy używały wcześniej narkotyków i czy wyrażają zgodę na wywiad z biegłym, specjalistą terapii uzależnień.

Po wyrażeniu zgody na udział w terapii, organ prowadzący postępowanie miał informować biegłego o podejrzanym spełniającym kryteria udziału w projekcie pilotażowym

(faksem lub telefonicznie) oraz wyznaczyć termin spotkania z nim w jednostce policji, prokuraturze bądź w miejscu pracy biegłego. Dalsze czynności przewidywały przeprowadzenie w początkowym etapie postępowania przez biegłego z zakresu terapii uzależnień wywiadu diagnostycznego, zawierającego informacje określające poziom uzależnienia podejrzanego od substancji psychoaktywnych, jego sytuację psychospołeczną oraz rokowania co do możliwości zastosowania wobec podejrzanego postępowania leczniczo-terapeutycznego. Wywiad następował po przedstawieniu zarzutów podejrzanemu oraz złożeniu przez niego wyjaśnień. Opinia biegłego miała zostać przedstawiona i dołączona do akt postępowania. Biegły również miał za zadanie umówienie pierwszej wizyty i wystawienie skierowania do placówki specjalistycznej, która zajmuje się pomocą osobom uzależnionym wraz ze wstępnym zarysem indywidualnego planu profilaktyczno-terapeutycznego. Opinia biegłego, po wyrażeniu zgody na podjęcie terapii przez zatrzymanego, byłaby przedstawiana prokuratorowi celem zastosowania wolnościowych środków zapobiegawczych i skierowania na terapię, zgodnie z treścią art. 72 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Po zawieszeniu postępowania, a następnie po ocenie wyników terapii, prokurator decydowałby o skierowaniu wniosku o warunkowe umorzenie postępowania. W czasie trwania leczenia placówka prowadząca terapię informuje prokuratora o postępach leczenia w regularnych sprawozdaniach. W przypadku rezygnacji z terapii, na jakimkolwiek etapie, miało nastąpić niezwłoczne poinformowanie o tym organu prowadzącego postępowanie przez placówkę prowadzącą terapię.

W czasie rozmowy z podejrzanym funkcjonariusz policji informuje go o treści art. 72 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i wynikających z niego skutkach w przypadku wyrażenia zgody na poddanie się terapii. Gdy taka zgoda nastąpi, informuje się o tym fakcie biegłego terapii uzależnień oraz wyznacza termin spotkania na terenie jednostki policji lub też w miejscu pracy biegłego i wydaje postanowienie o powołaniu biegłego.

Ograniczenia w kwalifikacji

W wyniku działań projektu biegli z zakresu terapii uzależnień przedstawili opinie w sprawie 48 osób, w przypadku 11 spraw (kwalifikacja art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii) prokurator zawiesił postępowanie na podstawie art. 72 wymienionej ustawy. Wszystkie te sprawy prowadzone były przez Prokuraturę Rejonową Warszawa-Wola. Terapię podjęło 13 osób na podstawie uzyskanego skierowania do

programu profilaktyczno-terapeutycznego, 6 z nich kontynuowało terapię¹.

Badając skuteczność proponowanych w ramach projektu procedur, należy zwrócić uwagę na ograniczenia związane z kwalifikowaniem osób podejrzanych do udziału w projekcie przez funkcjonariuszy policji. Jest to czynność będąca dodatkowym zadaniem funkcjonariusza, co w warunkach dużego natłoku spraw może powodować jego zniechęcenie, co z kolei rzutuje na skuteczność kwalifikacji. Relacja funkcjonariusza i podejrzanego ma charakter konfrontacyjny, to też powoduje, że osoby uzależnione od narkotyków lub używające ich szkodliwie nie przyznają się do zażywania substancji lub nie wyrażają zgody na udział w programie profilaktyczno-terapeutycznym. Jest to także powodowane brakiem wiedzy o możliwościach prawnych i sposobach korzystania z nich. Testy na obecność substancji psychoaktywnych w organizmie nieznacznie przyczyniają się do poprawy skuteczności procesu kwalifikowania z powodu wymogu wyrażenia zgody na poddanie się testowi (nie dotyczy podejrzenia kierowania pojazdem pod wpływem).

Najbardziej istotną przeszkodą stojącą na drodze zastosowania warunkowego umorzenia postępowania jest wymóg uprzedniej niekaralności za przestępstwa umyślne, gdyż bardzo wiele osób uzależnionych właśnie z tego powodu jest dyskwalifikowanych.

Bariery w stosowaniu przepisów

Prokuratorzy dostrzegają inne trudności w zastosowaniu art. 72 ustawy na etapie postępowania przygotowawczego, w szczególności chodzi o zwiększenie kosztów i czasu prowadzenia spraw, jak również zwiększania liczby postępowań niezakończonych decyzjami merytorycznymi. Zwrócić także należy uwagę na dwoiste podejście prokuratorów do zastosowania instytucji art. 72, którzy z jednej strony dostrzegają zasadność idei poddawania podejrzanych terapii, także na etapie postępowania przygotowawczego, z drugiej wyrażają wątpliwości co do skuteczności takich działań. Częstokroć prowadzi to do podjęcia decyzji o zakończeniu postępowania skierowaniem aktu oskarżenia do sądu. Prokuratorzy wymieniają inne instrumenty prawne pozwalające na wskazanie osobie uzależnionej możliwości terapii (np. warunkowo umarzając postępowanie karne sąd może nałożyć obowiązki wymienione w art. 72 § 1 pkt 1-3, 5, 7a lub 7b kk art. 67 § 3 kk). Dodatkowo wiele osób, którym przedstawiono zarzuty dotyczące popełnienia przestępstw zagrożonych karą 5 lat pozbawienia wolności, korzysta

z możliwości dobrowolnego poddania się karze, co skutkuje szybkim zakończeniem postępowania przygotowawczego i skierowaniem akt sprawy do sądu, wykluczając jednocześnie zastosowanie środków pozwalających uniknąć skazania. Na przykład z 1375 spraw zagrożonych karą pozbawienia wolności do lat 5, prowadzonych przez jednostki policji zaangażowane w realizację projektu pilotażowego w roku 2010, w przypadku 764 spraw (56%) podejrzany dobrowolnie poddał się karze. Rzecznik Praw Osób Uzależnionych w swoim raporcie z działalności w roku 2010² wskazuje na powszechność korzystania z instytucji dobrowolnego poddania się karze w przypadkach posiadania małych ilości narkotyków i płynących z tego faktu nadużyć organów egzekwujących prawo: we wszystkich przypadkach korzystania ze wsparcia Rzecznika osoby, którym postawiono zarzut posiadania nielegalnych środków psychoaktywnych (art. 62 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii) (38 spraw), pierwotnie złożyły wnioski o dobrowolne poddanie się karze. Wniosek o dobrowolne poddanie się karze można wycofać w okresie do pierwszego posiedzenia sądu, dlatego osoby, których sprawami zajmowali się prawnicy z biura Rzecznika byli o tym informowani i we wszystkich przypadkach (z wyjątkiem 2) wnioski takie zostały z sądu wycofane, a postępowania (za wyjątkiem 4) zostały zakończone umorzeniem lub warunkowym umorzeniem postępowania karnego. Z doświadczeń projektu wynika, że w warunkach braku zewnętrznych źródeł finansowania, jednostki organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości nie będą decydować się na powoływanie biegłych z zakresu terapii uzależnień. Nawet najbardziej zainteresowane ideą projektu jednostki policji i prokuratury rezygnowały z powoływania biegłych z zakresu uzależnień w momencie ukończenia okresu dofinansowania działań biegłych z dotacji Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Zniwelowaniu niektórych z powyższych barier będą służyć przepisy znówelizowanej właśnie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Ważnym jest też wprowadzenie rozwiązań umożliwiających realizację regularnych wizyt specjalistów terapii uzależnień na terenie komend policji oraz izb zatrzymań. Dostęp specjalistów terapii uzależnień do osób uzależnionych zatrzymanych przez policję pozwoli nie tylko na usprawnienie procesu kwalifikowania osób, ale także pozwoli odciążyć funkcjonariuszy od dodatkowych zadań z tym związanych. Wpłynie na podniesienie poziomu wiedzy na temat uprawnień wynikających z ustawy wśród osób uzależnionych, a także na kształtowanie konstruktywnych postaw funkcjonariuszy policji w zakresie postępowania z osobami uzależnionymi.

Doświadczenia zagraniczne

Podobne rozwiązania z powodzeniem stosowane są w innych krajach europejskich. Na szczególną uwagę zasługuje doświadczenie Wielkiej Brytanii, gdzie w roku 2003 został wprowadzony Krajowy Program Interwencji Narkotykowych (*Drug Intervention Program – DIP*), zakładający stosowanie procedur zapewniających możliwość wyboru terapii na każdym etapie postępowania karnego, także jako powszechny obowiązek dla wszystkich komisariatów oraz izb zatrzymań policji. Zgodnie z DIP, procedura zatrzymania osób podejrzanych przewiduje przebadanie na obecność substancji psychoaktywnych w organizmie (w przypadku tzw. obszarów intensywnych odznaczających się dużą liczbą zatrzymań), rozmowę ze specjalistą ds. uzależnień, który ma stałe dyżury na terenie policyjnych izb zatrzymań oraz ewentualne skierowanie do programu terapeutycznego. Wprowadzenie Krajowego Programu zostało poprzedzone badaniami pilotażowymi w okresie 2000–2001 w zakresie stosowania wywiadów diagnostycznych i zawieszania postępowań wobec osób uzależnionych od środków odurzających, które dokonały przestępstwa. W ramach pilotażu przeprowadzono 48 tys. wywiadów z osobami uzależnionymi, z których niewiele ponad połowę skierowano na terapię³. Schemat prowadzonych badań okazał się na tyle skuteczny, iż powodował zarówno spadek liczby osób zażywających narkotyki, jak i spadek liczby popełnianych przestępstw. W porównaniu z okresem poprzedzającym wprowadzenie projektu pilotażowego, w okresie 6 miesięcy aresztowano o 2/3 mniej osób zażywających środki odurzające, zwłaszcza „twarde” narkotyki w postaci heroiny, 64% osób zatrzymanych uzależnionych od narkotyków, które

skorzystały z możliwości poddania się terapii i zawieszenia postępowania karnego, w okresie 18 miesięcy pozostawało w trzeźwości od narkotyków, a 88% z nich zaprzestało przestępczej działalności.

Dane raportu opublikowanego w listopadzie 2007 roku przez brytyjskie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych dotyczące skuteczności programu DIP w zapobieganiu przestępczości narkotykowej wykazały, iż poziom przestępczości w ogólnej grupie osób przebadanych i poddanych leczeniu (7727 osób) spadł o 26%. W połowie tej grupy nastąpił spadek przestępczości rzędu 79%⁴.

W Polsce nie prowadzi się statystyk dotyczących przestępstw dokonanych w związku z zażywaniem środków odurzających i w celu ich pozyskania. Prowadzi się jedynie statystyki przestępczości związanej z posiadaniem oraz rozprowadzaniem i udzielaniem środków odurzających. Gdyby jednak wypracowany model postępowania przyniósł porównywalne do uzyskanych w Wielkiej Brytanii skutki, gdzie w przebadanej grupie nastąpił ogólny spadek przestępczości o 26%, to wśród samych zatrzymanych za przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, których w roku 2010 na terenie garnizonu stołecznego było 3409, a którzy dokonali 5087 przestępstw, byłoby ich mniej o 1323.

Przypisy

- ¹ Dane dotyczą tylko 2010 roku.
- ² A. Sieniawska, Wstępne sprawozdanie z działalności programu Rzecznika Praw Osób Uzależnionych i Używających Nielegalnych Substancji Psychoaktywnych, Warszawa 2010.
- ³ Sondhi O'Shea and Williams (2002), Arrest referral: emerging findings from the national monitoring and evaluation programme, DPAS Paper 18.
- ⁴ Drug Intervention Programme (DIP): addressing drug use and offending through „Tough Choices”, Home Office, 2007.

Projekt TOPIC II jest realizowany przez Stowarzyszenie MONAR od 2008 roku i ma na celu opracowanie i przetestowanie mechanizmów służących zmniejszeniu przestępczości wśród osób zażywających środki odurzające. Partnerami w projekcie są następujące instytucje: Sąd Okręgowy w Warszawie, Kurator Okręgowy w Warszawie, Prokuratura Okręgowa w Warszawie, Komenda Stołeczna Policji, a także podległe im jednostki w dzielnicach Ochota, Wola, Żoliborz i Śródmieście. W 2010 roku zadania projektu były finansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (pt. „Objęcie działaniami profilaktyczno-leczniczymi osób zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych zgodnie z art. 72 ust. 1 ustawy z dn. 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii: program pilotażowy”).

Sekretariat projektu:

Stowarzyszenie MONAR, ul. Nowolipki 9b, 00-151 Warszawa, tel. (22) 530 62 80, e-mail: masza@monar.org

Grupa Robocza projektu:

Charmast Maria – koordynator programu TOPIC II, gł. specjalista ds. współpracy międzynarodowej Stowarzyszenia MONAR,

Janicz Małgorzata Beata – sędzia Sądu Okręgowego w Warszawie, wizytator ds. karnych,

Ciastek Dorota – biegły sądowy, kierownik Poradni Terapii Uzależnień „Petra” w Warszawie,

Kolmus Magdalena – prokurator Prokuratury Rejonowej Warszawa-Ochota,

Łukasiewicz Aleksandra – biegły sądowy, kierownik Schroniska dla Młodzieży Defaworyzowanej MONAR w Warszawie,

Moneta Magdalena – prokurator Prokuratury Rejonowej Warszawa-Wola,

Sosnowska Agnieszka – kurator zawodowy IV Zespołu Kuratorskiej Służby Sądowej Sądu Rejonowego dla m.st. Warszawy,

Rembiszewska Marta – Wydział ds. Przestępczości Narkotykowej Komenda Stołeczna Policji,

Strzeżek Sebastian – zastępca naczelnika Wydziału Kryminalnego Komendy Stołecznej Policji,

Tytman Janusz – biegły sądowy, specjalista terapii uzależnień – Poradnia MONAR w Warszawie, Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny NZOZ MONAR w Głogowie.

W 2007 roku Łódź przystąpiła do polsko-hispańskiego projektu, którego celem było wprowadzenie na terenie jednostek samorządu terytorialnego stałego monitorowania zjawiska narkotyków i narkomanii. Koordynatorem projektu ze strony polskiej było Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Monitorowanie zjawiska obejmowało obszary: profilaktyki, leczenia i rehabilitacji, epidemiologii, działań pomocowych oraz popełnianych przestępstw. Zgromadzone dane stanowią podstawę do sporządzanego corocznie raportu. Dane za 2009 rok prezentuje poniższy artykuł.

ŁÓDŹ – MONITOROWANIE PROBLEMU NARKOTYKÓW I NARKOMANII NA TERENIE GMINY

Maciej Kędzierski, Jarosław Berent

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Elżbieta Rosochacka

Wydział Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Łodzi

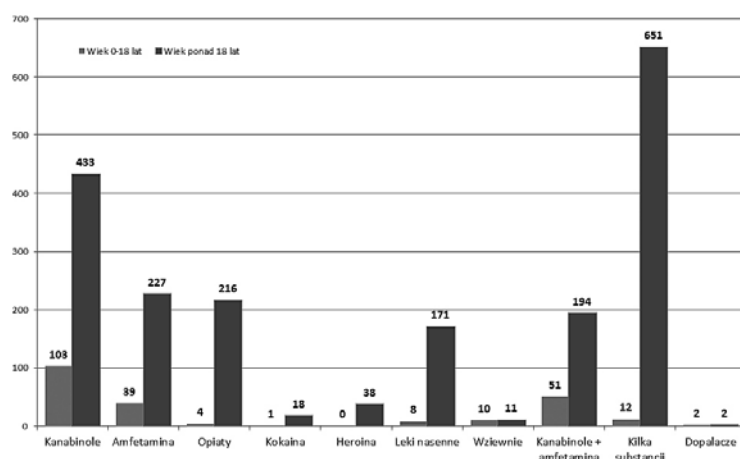
Narkomania stanowi wyzwanie cywilizacyjne o zasięgu globalnym. W Polsce notuje się wciąż rosnącą liczbę osób sięgających po narkotyki. Przyczyn takiej sytuacji jest wiele, coraz częściej mówi się o nich w mediach, nie są już tematem tabu, znacznie wzrosła dostępność różnego rodzaju środków psychoaktywnych, otwarto granice. W ostatnich latach nastąpiła wyraźna zmiana wizerunku narkomana. Dzisiejszy narkoman różni się od tego, którego pamiętamy sprzed lat – zaniedbanego, brudnego, często bezdomnego. Obecnie po narkotyki sięgają osoby wykształcone, dobrze ubrane, często są to studenci, biznesmeni. Coraz częściej sięgają po nie także dzieci i młodzież.

Zażywanie środków odurzających niesie ze sobą kilkakrotnie wyższe ryzyko zgonu w porównaniu do osób, które nie przyjmują środków psychoaktywnych. W tym gronie także rośnie ryzyko zachorowania na choroby weneryczne i wszczepienne (AIDS, żółtaczka).

W ostatnim czasie pojawiają się coraz bardziej niepokojące informacje na temat zgonów i hospitalizacji osób, które zażywały tzw. dopalacze. Zapewne kolejny raport ujmie także te substancje, jako że właśnie w 2010 roku problem „dopalaczy” osiągnął tak wielkie rozmiary.

Lecznictwo ambulatoryjne

Wykres 1. Liczba zgłoszeń do leczenia ambulatoryjnego w 2009 roku



Wiemy z doświadczenia, że osoby z problemem narkotykowym często kilka razy w ciągu roku podejmują próby leczenia, niejednokrotnie zmieniając ośrodki. Tak więc w danym roku mogą być kilkakrotnie zarejestrowane (w różnych ośrodkach). Zebrane dane z leczenia ambulatoryjnego tak naprawdę mówią nam o liczbie zgłoszeń do leczenia, a nie o liczbie osób uzależnionych od narkotyków, które podjęły leczenie. Jednak na ich podstawie możemy wychwycić pewne cechy, tj. rodzaj

Tabela 1. Liczba zgłoszeń do leczenia ambulatoryjnego w latach 2006–2009

	0-18 lat				19 i więcej lat			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
Opiaty	1	5	2	4	214	238	117	216
Kanabinoles	13	18	54	103	86	127	179	433
Amfetamina	4	12	30	39	83	119	135	227
Mieszane	18	27	203	12	304	361	735	651

Tabela 2. Pacjenci leczenia stacjonarnie w oddziale terapii pacjentów z podwójną diagnozą w SP ZOZ Szpital im. dr. J. Babińskiego w Łodzi

	0-18 lat		19-29 lat		30-64 lata		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	
Opiaty	0	0	0	0	2	4	6
Leki uspokajające i nasenne	0	0	0	0	1	5	6
Środki pobudzające	0	0	0	0	0	1	1
Mieszane	0	0	12	36	10	28	86

narkotyków najczęściej używanych czy szczególnie zagrożone grupy wiekowe.

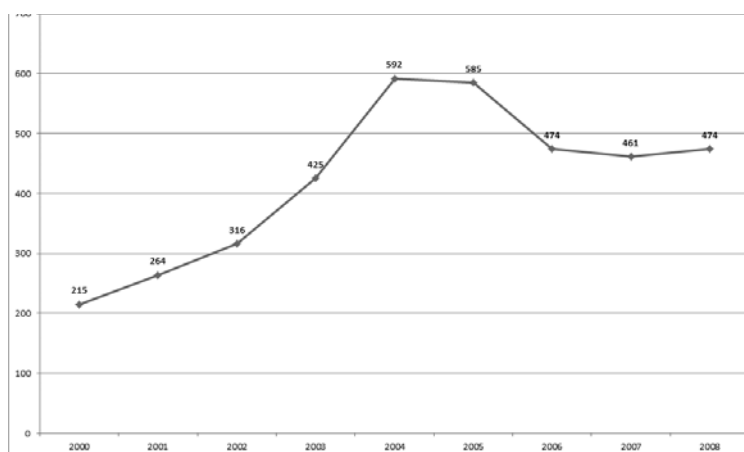
Analizując dane widzimy, że w grupie starszej na pierwszym miejscu znajdują się uzależnienia mieszane (33%), następnie kanabinoles (22%) i dalej amfetamina (11,6%) oraz opiaty (11%). Duży odsetek stanowią także zgłoszenia użytkowników łączących kanabinoles z amfetaminą (9,8%). W młodszej grupie wiekowej dominują kanabinoles (ok. 45% zgłoszeń do leczenia ambulatoryjnego). Niebezpiecznie wysoko wśród zgłaszających się są użytkownicy, którzy łączą kanabinoles z twardym narkotykiem, jakim jest amfetamina (22%). Równie niebezpieczny odsetek

(17%) stanowią zgłoszenia nieletnich używających amfetaminy.

Mając dane z poprzednich lat możemy prześledzić trendy w najczęściej używanych narkotykach.

Na przestrzeni lat 2006–2009 w obu grupach obserwujemy stały wzrost liczby zgłoszeń. Może się to przekładać na wzrost liczby osób uzależnionych bądź na wzrost świadomości konieczności podjęcia leczenia. Brak bazy danych, jaka jest w leczeniu stacjonarnym, powoduje niemożność określenia liczby leczonych osób w tym systemie.

Możemy natomiast zaobserwować w obu grupach zmianę pozycji uzależnienia od kilku substancji. Pomimo że w 2009 roku uzależnienie mieszane jest nadal na pierwszym miejscu, obserwujemy tego znaczny spadek w stosunku do roku 2008.

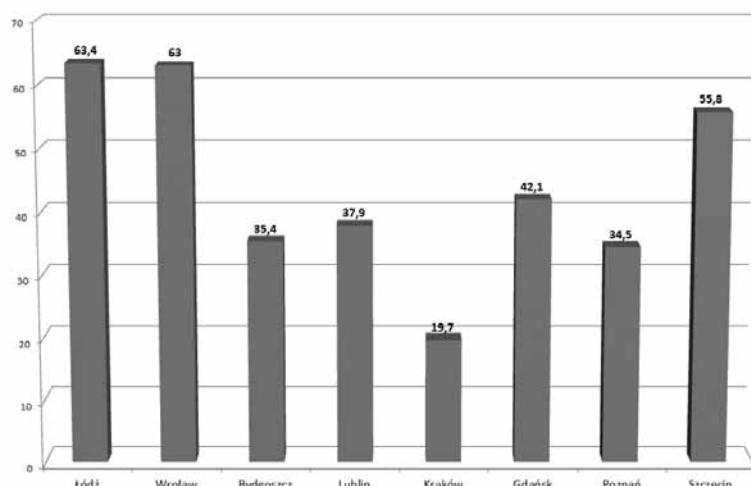
Wykres 2. Liczba osób leczonych w latach 2000–2008

Dane z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Lecznictwo stacjonarne

Dzięki danym z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie mamy wgląd w rzeczywistą liczbę mieszkańców Łodzi leczonych stacjonarnie. W bazie danych osoby są grupowane pod względem miejsca zamieszkania, a pacjent liczony jest pojedynczo, nawet gdy podejmuje leczenie więcej niż jeden raz w ciągu roku. Niestety, ze względu na opóźnienie w otrzymywaniu danych przez Instytut, nie dysponujemy danymi z roku 2009, ale możemy prześledzić ewolucję tego zjawiska na przestrzeni lat.

Wykres 3. Przyjęci do leczenia stacjonarnego w 2008 roku (wskaźniki na 100 tys. mieszkańców)



Lecznictwo stacjonarne dla osób z podwójną diagnozą

Wśród osób leczących się z powodu uzależnienia od środków psychoaktywnych znajdują się także osoby, u których stwierdzono dodatkowo inne zaburzenia psychiczne. Podobnie jak wśród osób, u których stwierdzono jedynie uzależnienie od narkotyków, tutaj też przeważają mężczyźni (75%).

Program metadonowy

W programie uczestniczą osoby z długoletnim stażem używania narkotyków, po wielokrotnych detoksykacjach, które podejmowały próby leczenia bez pozytywnych rezul-

tatów. Pacjentami programu metadonowego są użytkownicy opiatów.

W programie w 2009 roku uczestniczyło 77 pacjentów (31 kobiet i 46 mężczyzn). Analizując dane z lat 2007–2009, obserwujemy znaczny wzrost pacjentów przystępujących do programu: 2007 rok – 11 osób, 2008 rok – 16 osób, 2009 rok – 43 osoby. Przeważają osoby z grupy wiekowej 30–64 lata. Nadal dominują mężczyźni, wśród pacjentów pierwszorazowych stanowili oni 85%.

Konsekwencje zdrowotne

Wśród użytkowników narkotyków dochodzi także do przedawkowania narkotyków i zatrucia zagrażającego ich życiu. Osoby te leczone są w Oddziale Toksykologii Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

W Oddziale Toksykologii w roku 2009 hospitalizowanych było 86 osób, liczba ta spadła w stosunku do roku 2008, kiedy to przyjęto 133 osoby. Mężczyźni stanowią 74% wszystkich leczonych. Pacjenci zatruci opiatami stanowią 34%, w roku 2008 „opiatowcy” stanowili 50% zatrutych. Znacznie spadła także liczba osób zatrutych amfetaminą, w roku 2008 – 22%, w roku 2009 – 9%. Niepokojąca jest liczba osób nieletnich leczonych w Oddziale, w roku 2007 przyjęto jedną osobę, która nie ukończyła 18 lat, w roku 2008 liczba nieletnich leczonych w tym Oddziale wzrosła do 14 osób, w roku 2009 hospitalizowano 15 osób nieletnich z powodu przedawkowania narkotyków i zatrucia zagrażającego ich życiu. Większość

Tabela 3. Narkomani zakażeni HIV i z rozpoznaniem AIDS

	2006	2007	2008	2009
Narkomani zakażeni HIV	5	6	3	3
Narkomani z rozpoznaniem AIDS	1	1	4	1

Tabela 4. Zgony ogółem i z powodu przedawkowania narkotyków w latach 2006–2008

Miasto	2006		2007		2008	
	Zgony ogółem	Zgony z przedawkowania	Zgony ogółem	Zgony z przedawkowania	Zgony ogółem	Zgony z przedawkowania
Warszawa	17 363	25	17 442	28	17 795	42
Łódź	10 842	18	10 860	14	10 686	10
Kraków	6919	6	7167	4	7115	2
Wrocław	6404	0	6471	0	6542	6
Poznań	5534	6	5568	1	5678	4
Gdańsk	4395	8	4590	14	4502	10

osób przyjętych do Oddziału w wieku do 18. roku życia, była leczona z powodu zatrucia dekstrometorfanem, lekiem przeciwkaszlowym. Dekstrometorfan zażyty w większych dawkach, znacznie przekraczających dawki terapeutyczne, wykazuje działanie narkotyczne charakterystyczne dla dysocjantów oraz silnie euforyzujące.

Zakażenia HIV, HCV i HBV oraz zachorowania na AIDS

Państwowy Wojewódzki Inspektorat Sanitarny w Łodzi zarejestrował wśród osób podających w wywiadzie przyjmowanie narkotyków: 1 osobę chorą na

WZW typu B, 18 osób chorych na WZW typu C, 2 osoby chore jednocześnie na WZW typu B i C, 9 osób, u których wykryto markery wirusa HCV (a-HCV lub HCV-RNA), ale nie rozpoznano wirusowego zapalenia wątroby typu C. Zarejestrowano także 1 osobę z rozpoznaniem AIDS i 3 osoby, u których wykryto zakażenie HIV.

Zgony

Przyjmowanie narkotyków, a w szczególności w dużych dawkach, może być ryzykowne dla życia. Liczba zgonów związanych z zażywaniem narkotyków w niektórych miastach Polski wciąż rośnie.

Tabela 5. Ceny poszczególnych narkotyków w latach 2006–2009

Rodzaj narkotyku	Jednostka	Cena narkotyku			
		2006	2007	2008	2009
Amfetamina	1 gram	20-30 zł	24-40 zł	20-30 zł	20-30 zł
Ecstasy	1 tabletka	2-10 zł	2-10 zł	5-10 zł	5-10 zł
Marihuana	1 gram	20-40 zł	30 zł	30 zł	20-30 zł
Heroina	1 gram	200-300 zł	200-300 zł	200 zł	200 zł
Kokaina	1 gram	brak danych	brak danych	200 zł	200 zł
„Polska heroina”	1 cm ³	brak danych	brak danych	10 zł	10 zł
LSD	1 kartonik	brak danych	brak danych	5 zł	10 zł
Haszysz	1 gram	brak danych	brak danych	brak danych	30 zł
Grzybki	1 sztuka	brak danych	brak danych	brak danych	1 zł

Dane z Komendy Miejskiej Policji w Łodzi.

Tabela 6. Rodzaj przestępstw narkotykowych popełnionych w latach 2006–2009

	Rodzaj przestępstwa			
	Handel	Posiadanie	Produkcja	Udzielanie
2006	79	289	6	19
2007	84	291	6	21
2008	2	385	15	72
2009	220	251	14	77

	2006	2007	2008	2009
Osoby dorosłe, którym przedstawiono zarzuty	491	595	730	822
Osoby nieletnie, którym przedstawiono zarzuty	36	41	117	123

Tabela 7. Ilość skonfiskowanych narkotyków w latach 2007–2009

	Ilość skonfiskowanych narkotyków ogółem		
	2007	2008	2009
Amfetamina	7 020,000 g	18 275,564 g	11 478 g
Marihuana + Haszysz	41 457,134 g	17 016,615 g	44 717 g
Heroina	134,750 g	415,900 g	519 g
Kokaina	2 289,100 g	755,170 g	646 g
Ecstasy	2 141 szt.	585 szt.	290 szt.
Kompot	122,5 cm ³	201,4 cm ³	29 cm ³
Krzaki konopi	-	-	1911 szt.

Dane z Komendy Miejskiej Policji w Łodzi, Izby Celnej w Łodzi, Centralnego Biura Śledczego Delegatura w Łodzi.

Łódź i Gdańsk zajmują *ex aequo* drugie miejsce, po Warszawie, jeśli chodzi o zgony spowodowane przedawkowaniem narkotyków. Jednak w stosunku do ogółu zgonów w Łodzi jest to 0,094%, a w Gdańsku 0,22%. W Warszawie wskaźnik ten wynosi 0,24%.

W Łodzi, jak i w Gdańsku liczba zgonów związanych z przedawkowaniem narkotyków, w stosunku do roku 2007 spadła, natomiast w Warszawie znacząco wzrosła.

Dostępność ekonomiczna

O dostępności narkotyków świadczą ich ceny na nielegalnym rynku. Mogą one również być wskaźnikiem gry popytu i podaży. Gdy podaż jest wyższa od popytu, ceny spadają, i odwrotnie, gdy rośnie popyt ceny idą w górę.

Ograniczenie dostępu do narkotyków

Ograniczenie dostępu do narkotyków na poziomie obrotu detalicznego jest ważnym ogniwem systemu ograniczania dostępności. Musi jednak być ściśle powiązane ze ściganiem i karaniem osób związanych z wcześniejszym etapem podaży narkotyków (produkcją, przemytem, handlem hurtowym).

Jak wynika z danych liczbowych uzyskanych z Komendy Miejskiej Policji, liczba wszczętych postępowań z roku na rok wzrasta, może to świadczyć o rozwoju systemu zwalczania handlu detalicznego. Należy jednak zastanowić się nad przyczynami coraz większej liczby osób wchodzących na drogę przestępstwa w tym obszarze. Najprawdopodobniej były nimi: rosnący poziom rozpowszechnienia zjawiska narkomanii

i zapotrzebowania na narkotyki oraz fakt, że w miejsce zatrzymanych drobnych handlarzy pojawiali się nowi. Szczególnie duży niepokój budzi fakt wchodzenia na drogę przestępstwa osób nieletnich.

Wykrywanie coraz większej liczby przestępstw przeciwko ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii przekłada się na rosnącą liczbę wnoszonych przez prokuratury oskarżeń. Część spraw rozpatrywana jest w IV i XVIII Wydziale Karnym Sądu Okręgowego w Łodzi. Przedstawiamy je osobno, ponieważ otrzymane dane zawierają także liczby osądzonych z Kutna, Łęczycy, Zgierza i Pabianic, jako że te Wydziały są pierwszą instancją dla określonych spraw również dla tych miast.

Wnioski

Zaplanowane na 2011 rok badania ankietowe ESPAD wśród dzieci i młodzieży wskazują, na jakiej dziedzinie powinna skupić się profilaktyka. Po doświadczeniach z ostatnich kilku miesięcy możemy jednak śmiało stwierdzić, że największy nacisk powinien być położony nie na narkotyki, ale na „dopalacze”.

W lecznictwie stacjonarnym znacznie wzrosła liczba osób leczonych z powodu uzależnienia od kilku substancji (z 30% do 75% wszystkich leczonych), podobnie wzrosła liczba osób z podwójną diagnozą leczonych w łódzkich ośrodkach. Liczba osób leczących się z powodu uzależnienia od amfetaminy w stosunku do roku 2008 spadła trzykrotnie, liczba osób leczonych metadonem, a więc uzależnionych od opiatów, wzrosła prawie dwukrotnie oraz zwiększył się stosunek osób małoletnich do wszystkich osób biorących udział

Tabela 8. Liczba oskarżeń wnoszonych przez prokuraturę

	2006	2007	2008	2009
Osądzono	381	485	834	892
Skazano	350	448	746	805
Warunkowo umorzono	28	29	67	68
Umorzono	3	6	8	14
Uniewinniono	0	2	12	5

Dane z Sądu Okręgowego w Łodzi.

Tabela 9. Liczba oskarżeń wnoszonych przez prokuraturę w IV i XVIII Wydziale Karnym

	2006	2007	2008	2009
Osądzono	47	175	86	239
Skazano	46	175	85	238

Dane z Sądu Okręgowego w Łodzi.

w programie metadonowym. Liczba osób przyjętych celem detoksykacji znacznie wzrosła, ale w 2009 roku nie przyjęto na detoksykację żadnej osoby małoletniej.

Niepokojącym jest jednak, że rośnie liczba osób nieletnich przyjmowanych do Oddziału Toksykologii. Ogólna liczba leczonych z powodu uzależnień od narkotyków nieznacznie spadła w stosunku do roku 2008.

Liczba zgonów związanych z zażywaniem narkotyków sukcesywnie spada od roku 2006, co może świadczyć o skuteczności programów profilaktycznych.

Programy profilaktyczne i lecznicze powinny się skupić na młodych ludziach (dorosłych), a w szczególności na mężczyznach, bo ta właśnie grupa nadal stanowi przeważającą część leczących się z powodu problemów z narkotykami.

Wciąż rośnie liczba osób zatrzymanych w związku z obrotem narkotykami, co świadczyć może albo

o skuteczności organów ścigania, albo o rosnącym zapotrzebowaniu na tego typu substancje. Ceny narkotyków utrzymują się na tym samym poziomie, jedynie cena LSD wzrosła dwukrotnie, co może świadczyć o tym, że jeśli chodzi o ten produkt, popyt jest większy od podaży.

Z roku na rok rośnie liczba osób, którym przedstawiono zarzuty popełnienia przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zarówno wśród osób dorosłych, jak i małoletnich, znacznie wzrosły konfiskaty środków psychoaktywnych oraz dwukrotnie wzrosła liczba osądzonych i skazanych przez sądy.

Wciąż duża liczba osób uzależnionych korzysta z pomocy ośrodków specjalistycznych i fundacji niosących pomoc osobom sięgającym po narkotyki, co może się wiązać z dużą świadomością pacjentów i chęcią wyjścia z nałogu.

SPOTKANIA KRAJOWE

III spotkanie placówek uczestniczących w projekcie zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków, CINN KBPN	19 kwietnia	Warszawa
Szkolenie dotyczące monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków, CINN KBPN	21 kwietnia	Warszawa
III szkolenie dla gmin z województwa łódzkiego z monitorowania problemu narkotyków na poziomie lokalnym, RCPS w Łodzi	11-13 maja	Załęcze Wielkie
XX Konferencja Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii, CINN KBPN i Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	30-31 maja	Poznań

WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	5 kwietnia	Bruksela, Belgia
Spotkanie Dialogu Politycznego UE z państwami Bałkanów Zachodnich	6 kwietnia	Bruksela, Belgia
III spotkanie placówek uczestniczących w projekcie zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków, CINN KBPN	19 kwietnia	Warszawa
Szkolenie dotyczące monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków, CINN KBPN	21 kwietnia	Warszawa
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	3 maja	Bruksela, Belgia
Spotkanie Dialogu Politycznego UE z państwami Bałkanów Zachodnich	4 maja	Bruksela, Belgia
Spotkanie Krajowych Koordynatorów ds. Narkotyków	10 maja	Budapeszt, Węgry
Pierwsze międzynarodowe forum dotyczące nowych narkotyków, EMCDDA	11-12 maja	Lizbona, Portugalia
Reitox Spotkanie Koordynatorów Focal Point, EMCDDA	18-20 maja	Lizbona, Portugalia
Spotkanie Komitetu Technicznego EU-LAC	9 czerwca	Bruksela, Belgia
Konferencja na temat minimalnych standardów jakości w zakresie ograniczania popytu	15-17 czerwca	Bruksela, Belgia
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	21 czerwca	Bruksela, Belgia
Spotkanie Dialogu Politycznego UE z Turcją	22 czerwca	Bruksela, Belgia
Spotkanie ekspertów dotyczące wskaźnika rozpowszechnienia używania narkotyków, EMCDDA	21-22 czerwca	Lizbona, Portugalia

Kampania „drogowa” pod hasłem „Brałeś? Nie jedź!”, prowadzona przez dwa lata z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, oficjalnie została zakończona pod koniec 2010 roku. W niektórych regionach kraju nadal jednak podejmowane są na jej rzecz działania, bo temat wciąż jest, niestety, aktualny.

SUKCES KAMPANII „BRAŁEŚ? NIE JEDŹ!”

Danuta Muszyńska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Kiedy w 2008 roku w Krajowym Biurze zrodził się pomysł, aby zrealizować pierwszą w Polsce kampanię mającą na celu zwrócenie społecznej uwagi na problem prowadzenia pojazdów pod wpływem narkotyków, a w rezultacie ograniczenie takich zachowań, nikt nie przypuszczał, że idea ta spotka się z tak dużą aprobatą społeczną i uznaniem przez młodzież, czyli głównego adresata przekazu.

Potrzeba podjęcia takiego tematu rosła wraz z obserwacją sceny narkotykowej i wzrastającą liczbą wypadków samochodowych z udziałem młodych kierowców. Potwierdzeniem były wyniki badań przeprowadzonych w populacji generalnej w 2002 i 2007 roku, w których około 170 tys. kierowców przyznało, że przynajmniej raz w życiu prowadziło pojazd po użyciu narkotyków. Ostatecznych dowodów na konieczność podjęcia edukacji społecznej w tym zakresie dostarczyły badania jakościowe, sprawdzające wiedzę i sondujące opinie młodych ludzi na temat prowadzenia pojazdów pod wpływem narkotyków¹. Wiedza młodych respondentów, bywalców dyskotek i klubów młodzieżowych, na temat wpływu narkotyków na zdolność kierowania pojazdem okazała się niewystarczająca i w dużej mierze oparta na mitach. Młodzi nie mieli również świadomości konsekwencji prawnych wynikających z prowadzenia pod wpływem narkotyków, byli przekonani o małej wykrywalności takich czynów przez policję, a na domiar wszystkiego uznawali jazdę po narkotykach za bardziej bezpieczną niż po alkoholu.

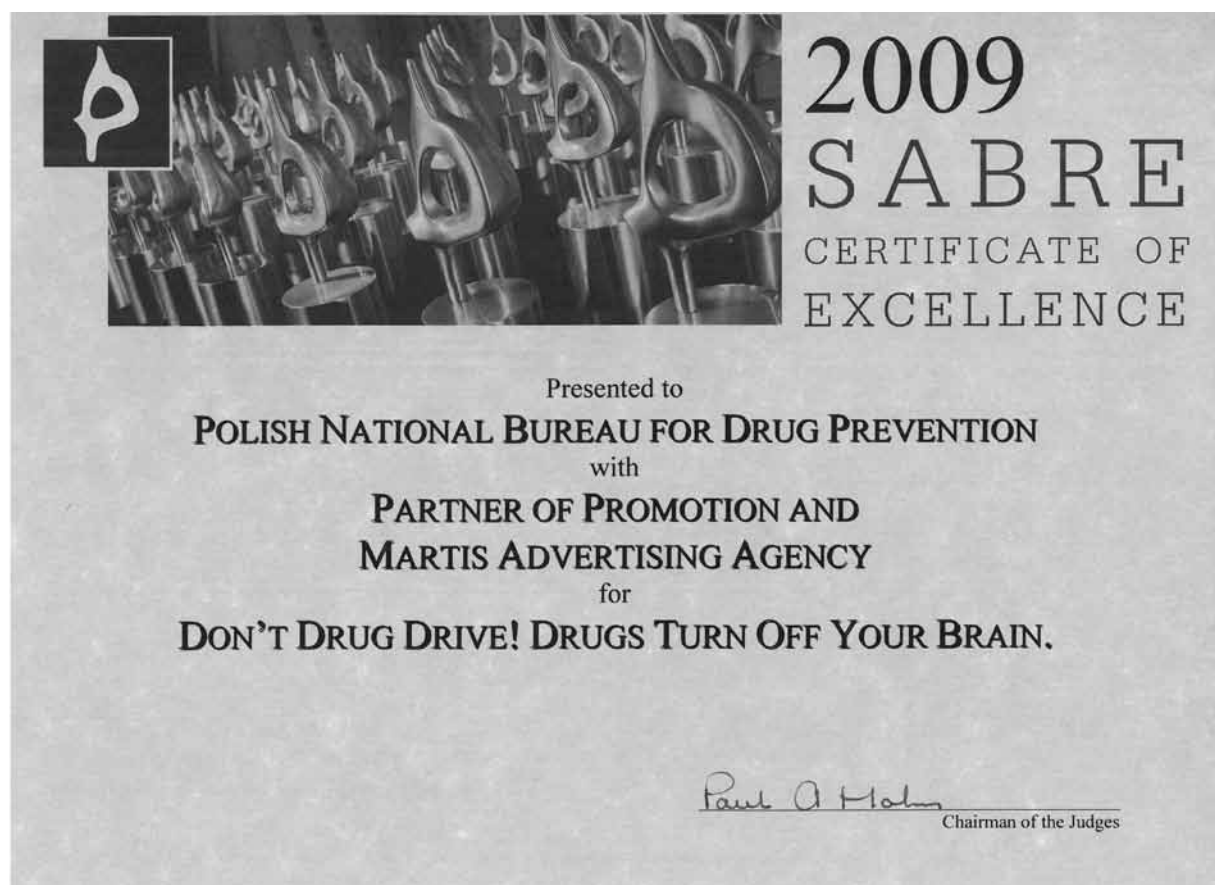
Dwie edycje kampanii²

Mając na względzie powyższe przesłanki, podjęliśmy decyzję o uruchomieniu pierwszej w Polsce kampanii na rzecz zapobiegania prowadzeniu pojazdów przez kierowców będących pod wpływem narkotyków

i pierwszej, której adresatem byli nie tylko kierowcy, ale również ich pasażerowie. Biorąc jednak pod uwagę niewielką świadomość społeczną i wiedzę w tym zakresie, scenariusz przeprowadzenia kampanii informacyjno-edukacyjnej został rozłożony na dwa etapy. Ogólną strategię komunikacji oparto na przesłance, że dla dużej części społeczeństwa, w tym również dla młodzieży, negatywny wpływ alkoholu na kierowców jest bardziej oczywisty niż wpływ narkotyków. Hasło kampanii „Brałeś? Nie jedź!” świadomie zostało wzorowane na znanym i utrwalonym już od dawna w świadomości społecznej hasle „Piłeś? Nie jedź!” dla podkreślenia podobieństwa zagrożeń spowodowanych używaniem alkoholu i narkotyków przez kierowców, a także konsekwencji prawnych wynikających z tego tytułu.

Pierwsza edycja kampanii rozpoczęła się w 2009 roku pod hasłem „Brałeś? Nie jedź! Po narkotykach rozum wysiada”, a jej priorytetem było przede wszystkim zwrócenie uwagi na problem i uświadomienie zagrożeń związanych z prowadzeniem pojazdów pod wpływem narkotyków. Głównym celem tego etapu było uświadomienie młodzieży, że prowadzenie pojazdu pod wpływem narkotyków może skończyć się tragicznie i to nie tylko dla kierowcy, ale także dla pasażerów i innych uczestników ruchu drogowego. Osiągnięcie tego celu zakładało dostarczenie rzetelnej wiedzy na temat negatywnego wpływu narkotyków na zdolność prowadzenia pojazdów i obalenie fałszywych przekonań w tym zakresie, a także uświadomienie młodym kierowcom, że prowadzenie po narkotykach jest takim samym zagrożeniem oraz przestępstwem jak prowadzenie po alkoholu.

Strategia i kreacja pierwszej edycji kampanii nie pozostawiała wątpliwości, że ofiarą używania narkotyków przez kierowcę często zostaje pasażer. „Nie chodzę



do kina, ani do klubu.... w ogóle nie chodzę... leżę na szpitalnym łóżku. Miałam wypadek. Ktoś prowadził po narkotykach” – to fragment jednego ze spotów radiowych, które można było usłyszeć w 2009 roku na antenie wielu rozgłośni radiowych. Spot telewizyjny, oparty na scenariuszu wypadku drogowego, miał również silnie emocjonalny charakter, bo poszkodowaną została pasażerka. Wypowiedź kierowcy „Ja nie piłem, tylko brałem”, świadcząca o braku świadomości negatywnego wpływu narkotyków na zdolność prowadzenia samochodu, została zaczerpnięta z badań jakościowych poprzedzających kampanię. Młodzież trafnie odebrała przekaz i w badaniu ewaluacyjnym firmy Synovate w 2009 roku oceniła, zwłaszcza spot filmowy, jako sugestywny, wiarygodny, silnie emocjonalny i zniechęcający do siadania za kierownicę po użyciu narkotyków.

A Ty jak wracasz do domu? Napisz na planujpowrot.pl

Twardych dowodów na konieczność kontynuowania tematu kampanii dostarczył nam, ogłoszony na początku 2010 roku, polski raport z badań prowadzonych w ramach największego programu naukowo-badawczego

Unii Europejskiej w obszarze bezpieczeństwa ruchu drogowego pod nazwą DRUID. Raport, którego celem było określenie skali rozpowszechnienia alkoholu, leków i narkotyków w populacji kierowców, wskazał, że rośnie liczba kierowców na polskich drogach poruszających się po użyciu narkotyków.

Druga odsłona kampanii, chociaż skierowana do tej samej grupy odbiorców i prowadzona pod podobnym hasłem, miała trochę inne założenia i cele. Adresatami byli nadal młodzi ludzie w wieku 16-25 lat, „imprezowicze”, zarówno kierowcy, jak i pasażerowie. Głównym celem wciąż było zwiększenie bezpieczeństwa na drogach, ale tym razem poprzez ograniczenie prowadzenia pojazdów zarówno pod wpływem narkotyków, jak i po alkoholu. Motywem przewodnim drugiej edycji były bezpieczne powroty do domu z klubów i dyskotek. Głównemu hasłu kampanii „Brałeś? Nie jedź! Po alkoholu i narkotykach rozum wysiada” towarzyszyło zaczepne pytanie „A Ty jak wracasz do domu?”. Pytanie miało skłaniać młodzież do refleksji i podejmowania odpowiedzialnych decyzji, a jednocześnie zachęcać do zainteresowania stroną www.planujpowrot.pl i wzięcia udziału w konkursie na projekt tematycznej wlepki, w którym nagrodą były podwójne bilety na Open'er Festiwal 2011.



Kampania prowadzona w 2010 roku, podobnie jak jej pierwsza odsłona, objęła m.in. spoty telewizyjne, radiowe, reklamę w prasie oraz w internecie, jednak obie edycje znacznie różniły się strategią komunikacji. Druga odsłona starała się wykorzystać język młodych ludzi, wzory ich zachowań i poczucie humoru. Spoty telewizyjne i radiowe zbudowano na abstrakcyjnym humorze, który jest bliski młodym ludziom.

Kreację i strategię komunikacji kampanii przygotowała agencja reklamowa Martis, która oprócz spotu filmowego, radiowego oraz reklamy prasowej wyprodukowała wiele innych elementów będących nośnikami idei, m.in. plakaty, miniboardy oraz różnego rodzaju gadzety rozdawane w miejscach imprez młodzieżowych, głównie klubach i dyskotekach. W obu edycjach kampanii wspierała nas w kontaktach z mediami agencja PR Partner of Promotion, która pomagała nam na zasadzie non-profit.

Partnerzy kampanii

W obie edycje kampanii zaangażowało się wielu medialnych partnerów, co w znacznym stopniu przyczyniło się do wypromowania idei i zwiększenia zasięgu oddziaływań.

Warto wspomnieć, że w ciągu dwóch lat kampanii uczestniczyło w niej ponad 80 partnerów medialnych (w 2009 roku – 51; 2010 roku – 31) na zasadach non-profit. Tylko w 2009 roku było to m.in. 14 rozgłośni radiowych (740 emisji spotów), 17 najważniejszych komercyjnych stacji telewizyjnych (825 emisji spotów), sieć kin Multikino na terenie całego kraju, znane ogólnopolskie tytuły prasy młodzieżowej (13), popularne wśród młodzieży portale internetowe oraz firmy, które bezpłatnie udostępniły powierzchnie na miniboardy. Kampania była obecna także na Przystanku Woodstock, była widoczna na miniboardach w miejscowościach lotniskowych, ale najbardziej strategicznym miejscem dotarcia do grupy docelowej były dyskoteki i kluby muzyczne.

Podobnie jak w latach ubiegłych, dużym wsparciem dla kampanii były oczywiście działania regionalne, podejmowane przez społeczności lokalne w całej Polsce.

Nagrody

Zarówno pierwsza, jak i druga edycja kampanii została zauważona i doceniona. Pierwsza edycja zdobyła uznanie jako najlepszy projekt komunikacji społecznej w międzynarodowym konkursie „Impact Awards

2009”, organizowanym przez League of American Communication Professional. W Europie natomiast polski spot filmowy z 2009 roku trafił do młodzieży w kilku krajach dzięki zainteresowaniu Grupy Pompidou Rady Europy, która podjęła decyzję o adaptacji i przetłumaczeniu spotu na sześć języków.

Największym jednak dla nas sukcesem jest nagroda przyznana przez młodzież w plebiscycie na najlepszą reklamę telewizyjną Spoters Awards. Plebiscyt ten organizowany jest od trzech lat przez MTV Networks Polska i AtMedia przy współpracy Interaktywnego Instytutu Badań Rynkowych. Widzowie programów MTV i VIVA Polska oddają głosy na swoje ulubione reklamy, wyłaniając w ten sposób zwycięzców w sześciu konkursowych kategoriach: Cuda techni-

ki, Drogeria, Pięć smaków, W zasięgu oraz Ważna sprawa. Właśnie w tej ostatniej kategorii, w której konkurują ze sobą ważne sprawy społeczne, zwycięzcą został spot reklamowy Krajowego Biura. Nagrodą były 143 bezpłatne emisje spotu na kanałach MTV i VIVA Polska w kwietniu i maju 2011 roku, ale radość wynika przede wszystkim z faktu, że młodzież zauważyła problem i odebrała przekaz kampanii jako wiarygodny i słuszny.

Sukces kampanii nie byłby możliwy bez wsparcia mediów i zaangażowania wielu osób realizujących ten projekt zarówno na poziomie ogólnopolskim, jak i lokalnym, dlatego nagrody te dedykujemy wszystkim jej realizatorom i współtwórcom.

Patroni medialni:

„Gazeta Wyborcza”, Radio TOK FM, miesięcznik „Remedium”, kwartalnik „Serwis Informacyjny Narkomania” i strona internetowa www.narkomania.org.pl Fundacji Praesterno.

PTBU

Konferencja

„Udział Polski w rozwoju badań nad uzależnieniami”

W dniach 26-27 września 2011 roku odbędzie się w Warszawie, w hotelu Mercure, III Międzynarodowa Konferencja Polskiego Towarzystwa Badań nad Uzależnieniami pod nazwą „Udział Polski w rozwoju badań nad uzależnieniami”.

Polskie Towarzystwo Badań nad Uzależnieniami po raz kolejny organizuje międzynarodowe spotkanie, mające na celu przedstawienie, przedyskutowanie oraz wymianę wyników badań prowadzonych przez naukowców różnych dyscyplin w dziedzinie uzależnień.

Zjawiska i problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych mają charakter wielowymiarowy. Podejście interdyscyplinarne umożliwia wzbogacenie interpretacji wyników badań o szerszy kontekst, co powinno sprzyjać lepszemu rozumieniu zjawisk i problemów związanych z uzależnieniami.

Inicjatywa takiego interdyscyplinarnego spotkania zrodziła się na konferencji „The Future of Substance Abuse Research in Poland”, która we wrześniu 2006 roku odbyła się w Zakopanem. Uczestnicy tej konferencji uznali, że środowiska zajmujące się badaniami nad substancjami psychoaktywnymi powinny powołać do życia Polskie Towarzystwo Badań nad Uzależnieniami. Jednym z celów Towarzystwa jest *promowanie, inicjowanie i wspieranie interdyscyplinarnych badań naukowych nad problemami związanymi z uzależnieniami dla lepszego zrozumienia znaczenia medycznych i społeczno-ekonomicznych aspektów tych problemów*.

Organizatorzy wrześniowej konferencji są przekonani, że to wydarzenie może stać się ważnym przedsięwzięciem na drodze współpracy i wymiany osiągnięć naukowych profesjonalistów działających w różnych instytucjach państwowych, naukowych i samorządowych.

W 2011 roku konferencję obejmie patronatem honorowym minister zdrowia oraz J.M. Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Osoba do kontaktu dla mediów: Prof. dr hab. Marcin Wojnar, tel.: 22 8252031 wew. 343, e-mail: marcin.wojnar@wum.edu.pl

OPINIE I MATERIAŁY NAUKOWE NA STRONACH BRYTYJSKICH ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH



KONSULTACJE INTERNETOWE BRIC

National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA), odpowiednik polskiego Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) – pracuje nad nową strategią leczenia uzależnień w Wielkiej Brytanii. Do przeprowadzenia konsultacji społecznych wykorzystano internet. Konsultacje odbyły się pod nazwą BRIC (Building Recovery In Communities, dosł. budowa rehabilitacji w społecznościach), z wykorzystaniem obszernego, dwudziestostronicowego formularza, w którym znalazły się krótkie omówienia najważniejszych zmian oraz pytania dotyczące problemów leczenia.

Nie opublikowano jeszcze wyników konsultacji, jednak organizacje umieściły swoje odpowiedzi na stronach, których przejście daje ciekawy przekrój całego sektora on-line.

Formularz on-line: www.nta.nhs.uk/uploads/bricquestionnaire%5B0%5D.pdf.



SERWIS BADAWCZY

DrugScope (www.drugscope.org.uk) to duży, niezależny ośrodek ekspercki zajmujący się badaniami w obszarze narkotyków i uzależnień. Prowadzi promocję określonych rozwiązań i działania informacyjno-doradcze itp.

Na stronie www.drugscope.org.uk składa się kilka działów, z czego najważniejszy to *Resources*, w którym zamieszczono światowy przegląd raportów, badań i czasopism. Zebrane zostały w kilkadziesiąt grup tematycznych, a do większości tytułów dodano linki z możliwością pobrania publikacji. Z kolei w zakładce *Databases* znajduje się wyszukiwarka artykułów naukowych z kilkuset czasopism. Na stronie dostępne są też informacje i materiały z różnych kampanii, leksykon narkotykowy i inne materiały.



SERWIS SZKOLENIOWY

Inicjatywa prowadzona przez profesjonalistów i praktyków pracujących w dziedzinie uzależnień, powołana w ramach planu NTA. Jej celem jest rozwój kadry i promowanie skutecznych rozwiązań.

Na stronie www.skillsconsortium.org.uk znajduje się bardzo użyteczny dział *SkillHub* (www.skillsconsortium.org.uk/skillshub.aspx) – interaktywny zbiór materiałów szkoleniowych i teoretycznych związanych z kolejnymi etapami terapii. Dla każdego etapu prowadzenia oddziaływań terapeutycznych wymienione są rodzaje przewidzianych interwencji, a każda z nich odnosi się do oddzielnego działu z linkami do materiałów: podręczników, wytycznych, badań i analiz, doświadczeń praktyk itp. Ogromne zasoby, warto zobaczyć!



PROBLEMY UZALEŻNIEŃ

Nowa brytyjska strategia ma łączyć systemy leczenia uzależnień, niezależnie od przyjmowanej substancji – stąd obecność przedstawicieli organizacji Alcohol Concern (AC) – www.alcoholconcern.org.uk. Strona jest bardzo rozbudowana. Nie wszystkie materiały są na niej dostępne bezpłatnie. Warto jednak zajrzeć choćby do działu *Tackling Alcohol Issues*. Znajduje się tam spory zbiór publikacji, ale też np. zwięzłe omówienie aktualnej sytuacji prawnej w Wielkiej Brytanii i efektów prowadzonej polityki wobec substancji psychoaktywnych. Z kolei w *Consultancy & Training* do pobrania są podręczniki, prezentacje i inne materiały związane z prowadzonymi kampaniami, m.in. z szeroko zakrojoną akcją dla młodzieży. Linki do prowadzonych działań znajdują się na stronie głównej.

OPINIE I MATERIAŁY NAUKOWE NA STRONACH BRYTYJSKICH ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH



PORTAL SPOŁECZNOŚCI TERAPEUTYCZNEJ

Wired Into Recovery (<http://wiredintorecovery.org/our-voices>) to portal prowadzony przez i dla uczestników terapii. Na stronie znajduje się wiele użytecznych informacji, m.in. o możliwościach uzyskania pomocy, o różnych formach leczenia itp. Strona nastawiona jest jednak na tworzenie społeczności – zarówno on-line, jak i poza siecią. Główne narzędzia dla tej misji to blogi i fora. Ciekawym rozwiązaniem są comiesięczne publikacje PDF tworzone z komentarzy i historii zamieszczanych na stronach – dostępne w zakładce *Our Voices*. Odrębnym istotnym zagadnieniem poruszonym w serwisie jest dbanie o prawa i wizerunek osób uzależnionych.



POWAŻNIE – NIEPOWAŻNIE

Lifeline to organizacja, która może się poszczycić niezwykle długim, bo aż ponad trzydziestoletnim stażem w zakresie pomocy osobom uzależnionym. Na stronie Lifeline Project – www.lifeline.org.uk – w sekcji *About* można dowiedzieć się, jakimi rodzajami problemów zajmowała się organizacja, a trzeba przyznać, że jest to szerokie spektrum działalności.

Strona jednak jest interesująca przede wszystkim ze względu na zasoby multimedialne. Chcąc się dostać do tych informacji, czeka nas niespodzianka – do działu multimediów i innych publikacji nie dostaniemy się przez zakładkę Multimedia, a przez link zamieszczony na dole strony, lub wpisując adres www.lifelinepublications.org. Tam znajdziemy katalog kilkudziesięciu bardzo specyficznych i utrzymanych w komiksowym stylu wydawnictw poświęconych przeróżnym zagadnieniom związanym z narkotykami, uzależnieniem i sprawami socjalnymi. Nie należy dać się zwieść rysunkowej formule publikacji. W lekkiej formie podane są naprawdę

poważne tematy i problemy. Po wybraniu danej publikacji, przenosimy się na stronę www.exchangesupplies.org.



WYMIANA ZASOBÓW

Exchangesupplies.org to strona powstała wokół idei redukcji szkód, promuje ona m.in. akcję wymiany igieł *Never share* (nigdy wspólnie). Obecnie jej twórcy – osoby pracujące z narkomanami – dążą do stworzenia swego centrum wymiany informacji i materiałów na temat redukcji szkód oraz źródeł wszystkich potrzebnych towarów.

Na stronie znajdują się zatem dział publikacji – własnych oraz zewnętrznych – oraz sklep internetowy, w którym można zakupić materiały specjalnie dostosowane do pracy z użytkownikami narkotyków.

Należy zaznaczyć, że serwis ukierunkowany jest wyraźnie na redukcję szkód wśród użytkowników iniekcyjnych.



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, <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

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński

Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz

Kolegium redakcyjne: Danuta Muszyńska,

Anna Radomska, Artur Malczewski, Tomasz Zakrzewski