



# Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 4 (60) 2012

NR 4

2012

# WPROWADZENIE

## *Drodzy Czytelnicy,*

*z prawdziwą przyjemnością polecam artykuł twórców i realizatorów „Szkoly dla Rodzicow i Wychowawcow”. Program ten rozwija kompetencje wychowawcze rodzicow i wychowawcow w – jak relacjonuja to jego tworczy – duchu dialogowego budowania relacji i wzajemnego szacunku. Szkoła, prowadzona przez Ośrodek Rozwoju Edukacji, funkcjonuje już 15 lat. Obecnie program jest prowadzony przez około 600 psychologów i pedagogów posiadających rekomendację ORE. Uzyskiwany dzięki uczestnictwu w programie wzrost kompetencji wychowawczych osób zaangażowanych w socjalizację dzieci zmniejsza niebezpieczeństwo popełniania błędów i uczy działań stymulujących rozwój dziecka. Dzięki temu zmniejsza się ryzyko wejścia przez dzieci na drogę zagrożenia patologią społeczną, w szczególności na drogę uzależnienia od substancji chemicznych oraz behawioralnego.*

*Elżbieta Stawecka i Dawid Chojecki omawiają wyniki ewaluacji programu „Fred goes net”, skierowanego do osób młodych, które używają substancji psychoaktywnych w sposób okazjonalny lub szkodliwy. Przeprowadzone badania dowodzą, że program wywarł pozytywne skutki na uczestniczącą w nim młodzież: zwiększył wiedzę młodych ludzi na temat negatywnych konsekwencji stosowania środków psychoaktywnych oraz wpłynął na zmianę nastawienia i zachowania związanego z ich używaniem. Chcę także zwrócić Państwa uwagę na artykuły omawiające prawne aspekty używania środków psychoaktywnych.*

*Katarzyna Syroka-Marczewska szczegółowo analizuje konsekwencje wynikające z artykułu 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz z wprowadzonego przy okazji ostatniej nowelizacji artykułu 62a, który określa warunki umożliwiające umorzenie dochodzenia lub śledztwa wobec sprawcy czynu stanowiącego złamanie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.*

*Dorota Wieczorek prezentuje dane dotyczące funkcjonowania ewidencji specjalistów – osób certyfikowanych przez KBPN, dokonujących diagnozy charakteru zażywania środków psychoaktywnych przez sprawców przestępstw narkotykowych. Na podstawie tych diagnoz sąd lub prokuratura mogą podjąć decyzję o umorzeniu lub zawieszeniu postępowania karnego w związku z zastosowaniem rekomendowanej formy oddziaływania (leczenie, edukacja, profilaktyka). Także ten instrument został wprowadzony przy okazji ostatniej nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Po roku funkcjonowania ewidencji okazuje się, że współpraca między ogniwami tego systemu jest różna, w zależności od województwa. W części województw wszystkie sądy mają zadeklarowanego co najmniej jednego współpracującego specjalistę, w niektórych województwach odsetek sądów współpracujących ze specjalistami jest niski (np. w województwie podkarpackim tylko 30% sądów współpracuje z co najmniej jednym specjalistą, w województwie wielkopolskim – 40% sądów). Ponadto, przepisy dotyczące zbierania informacji przez specjalistów nie są jeszcze dostatecznie znane sędziom i prokuratorom, niektóre wymagają doprecyzowania i ujednolicenia sposobu ich interpretacji.*

*Michał Kidawa zastanawia się nad stosowanymi w Polsce i Europie procedurami prawnymi i instytucjonalnymi, które mają na celu delegalizację nowych syntetycznych substancji psychoaktywnych. Dochodzi on do wniosku, że zarówno w Polsce, jak i w Europie istniejący system jest nieefektywny. Czekamy na zapowiedzianą przez autora w następnym numerze Serwisu propozycję skutecznego modelu przeciwdziałania nowym narkotykom syntetycznym.*

*Życzę Państwu przyjemnej lektury  
Piotr Jabłoński*

# SPIS TREŚCI

## Profilaktyka

### SZKOŁA DLA RODZICÓW I WYCHOWAWCÓW. 15 LAT PROGRAMU

*Małgorzata Węgrzecka, Joanna Sakowska, Maria Talar, Teresa Woynarowska*..... 2

### RAPORT Z EWALUACJI PROGRAMU WCZESNEJ INTERWENCJI WOBEC MŁODYCH UŻYTKOWNIKÓW SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH „FRED GOES NET”

*Elżbieta Stawecka, Dawid Chojecki* ..... 8

## Akcje społeczne

### HAZARD. NIE IGRAJ!

*Danuta Muszyńska* ..... 11

## Prawo

### ZMIANY W USTAWIE O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII – ARTYKUŁY 62 I 62A

*Katarzyna Syroka-Marczewska* ..... 12

### ROK FUNKCJONOWANIA EWIDENCJI SPECJALISTÓW

*Dorota Wieczorek*..... 17

## Leczenie, redukcja szkód

### ZJAWISKO NOWYCH NARKOTYKÓW W ŚWIETLE ROZWIĄZAŃ PRAWNYCH W POLSCE – ANALIZA KRYTYCZNA

*Michał Kidawa*..... 19

KALENDARIUM WYDARZEŃ ..... 23

## Diagnostyka

UŻYWANIE NARKOTYKÓW PRZEZ KOBIETY W CIĄŻY ..... 24

## Badania, raporty

### ZGŁASZALNOŚĆ DO LECZENIA Z POWODU NARKOTYKÓW W POLSCE

*Katarzyna Sollich*..... 31

### ZGŁASZALNOŚĆ DO LECZENIA Z POWODU NARKOTYKÓW W ŚWIETLE MONITORINGU I DANYCH NA POZIOMIE EUROPEJSKIM

*Marta Struzik*..... 35

### PRZESTĘPCZOŚĆ NARKOTYKOWA ORAZ NIELEGALNY RYNEK NARKOTYKÓW

#### – TRENDY I ROZMIARY ZJAWISKA CZ. II

*Artur Malczewski* ..... 40

## Recenzje, zapowiedzi, konferencje

### RECENZJA MONOGRAFII POŚWIĘCONEJ PROBLEMATYCE UZALEŻNIEŃ

*Joanna Zamecka* ..... 46

NOWY PROJEKT PROFILAKTYCZNY ..... 47

### KONFERENCJA „PRACA Z RODZINAMI PACJENTÓW UZALEŻNIONYCH”

*Katarzyna Żylińska* ..... 48

## Internet

WYNIKI KONKURSU GRUPY POMPIDOU ..... III okładka

*Bez dialogu nie ma wychowania. Jest on podstawą i niezbędnym warunkiem wszelkich oddziaływań wychowawczych. To właśnie języka dialogu (a nie metod wychowawczych) uczy „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców”. W dialogu nie ma miejsca na manipulację, przemoc, brak szacunku. Dialog to miłość. Motto Szkoły brzmi: wychowywać to kochać i wymagać.*

## SZKOŁA DLA RODZICÓW I WYCHOWAWCÓW. 15 LAT PROGRAMU

Opracowanie:

Małgorzata Węgrzecka – Redaktor Naczelna „Świerszczyka”

Joanna Sakowska – Ośrodek Rozwoju Edukacji

Współpraca:

Maria Talar, Teresa Woynarowska

Ośrodek Rozwoju Edukacji

24 września 2012 roku w Bibliotece Narodowej w Warszawie odbyła się konferencja „Mądre wychowanie. Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały”, poświęcona zagadnieniom związanym z nabywaniem oraz rozwijaniem kompetencji wychowawczych przez nauczycieli i rodziców. Swoistym pretekstem do zorganizowania konferencji było 20-lecie pierwszego polskiego wydania książki A. Faber i E. Mazlish „Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały. Jak słuchać, żeby dzieci do nas mówiły”. Pozycja ta była inspiracją do powstania programu „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców”, stworzonego, koordynowanego i prowadzonego od 15 lat w Ośrodku Rozwoju Edukacji (dawniej CMPPP).

Istotnym przesłaniem konferencji było wskazanie rezultatów „Szkoły dla Rodziców i Wychowawców”. Podkreślono, że powstał swoisty ruch społeczny – zainteresowany wychowaniem, dialogiem i budowaniem relacji międzyludzkich opartych na szacunku i prawdzie. Instytucjonalnie o jego jakość dba ORE poprzez prowadzenie i monitorowanie szkoleń kadry programu, wypracowywanie standardów i materiałów, tworzenie nowych modułów itd.

Filozofia Programu sięga do podstaw teoretycznych zawartych między innymi w teorii dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego, psychologii komunikacji,

analitycznej teorii relacji z obiektem, systemowym ujęciu rodziny.

Sama Gordonowska idea „wychowania bez porażek”, która stanowi fundament Szkoły, dla wielu osób oznacza po prostu łatwiejsze „zarządzanie” dzieckiem. W ofercie kierowanej do rodziców i nauczycieli, najczęściej używa się takich sformułowań, jak „warsztat umiejętności wychowawczych” czy „nauka skutecznego porozumiewania się z dzieckiem”. Dorosli oczekują zatem, że po przejściu cyklu zajęć zostaną wyposażeni w sposoby, narzędzia, metody, które pozwolą im zmienić niesfornego łobuziaka w potulnego baranka. Przychodzą, aby zmienić dziecko, a w trakcie warsztatów „odkrywają”, że tak naprawdę muszą zmienić siebie. Zmienić sposób myślenia o dziecku, zrozumieć je, poznać jego potrzeby i zaakceptować je takim, jakie jest, czyli zacząć traktować dziecko dialogowo. Bez dialogu nie ma wychowania. Jest on podstawą i niezbędnym warunkiem wszelkich oddziaływań wychowawczych. To właśnie języka dialogu (a nie metod wychowawczych) uczy „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców”. W dialogu nie ma miejsca na manipulację, przemoc, brak szacunku. Dialog to miłość. Motto Programu brzmi: wychowywać to kochać i wymagać. Uczestnicy zajęć uświadamiają sobie, że możliwe jest dialogowe wychowa-



nie do samodyscypliny i że różni się ono od dotychczas stosowanego dyscyplinowania dziecka. Bez dialogu nie ma więzi. A więź, czyli dobry kontakt emocjonalny w rodzinie, to najważniejszy czynnik chroniący w profilaktyce zachowań ryzykownych (agresja, przedwczesna inicjacja seksualna, zażywanie środków uzależniających itd.).

## Zajęcia Szkoły

Zajęcia Szkoły realizowane są metodą warsztatową, z zastosowaniem praktycznych ćwiczeń, takich jak drama, powrót do wspomnień z dzieciństwa, autorefleksja, wymiana doświadczeń, stosowanie nowych sposobów komunikowania się.

Plan zajęć obejmuje:

- 1) rozwój i opanowanie konkretnych umiejętności wychowawczych, takich jak:
  - nawiązanie efektywnej współpracy z dzieckiem;
  - modyfikowanie niepożądanych lub nieodpowiednich zachowań bez stosowania przemocy;
  - uwalnianie siebie i dzieci od ograniczającego lub wręcz zaburzającego rozwój osobowości funkcjonowania w rolach;
  - mądre wspieranie procesu usamodzielniania się dziecka;
  - pomoc w rozwoju pozytywnego i realistycznego obrazu siebie, swoich możliwości i zdolności, a także wzrost zaufania i szacunku do siebie jako wartościowego człowieka;
  - rozpoznawanie, wyrażanie i akceptowanie uczuć, a także radzenie sobie z tzw. trudnymi uczuciami w duchu poszanowania godności osobistej człowieka;
  - umiejętność aktywnego, wspierającego słuchania;
  - wyrażanie rodzicielskich oczekiwań i ograniczeń w taki sposób, by były one przez dziecko respektowane;
- 2) edukację rodziców i wychowawców w zakresie rozwoju potrzeb dziecka, zagrożeń, czynników ryzyka i profilaktyki, kontaktu z dzieckiem, komunikacji i rozwiązywania problemów, wyznaczania norm i wymagań w rozwoju dziecka;
- 3) uświadomienie rodzicom i wychowawcom, że:
  - skuteczność wychowania w znacznym stopniu zależy od osoby wychowującej – oznacza to, że aby zmienić dziecko, często należy zacząć od zmiany siebie;
  - skuteczne wychowanie nie może mieć miejsca, jeśli wychowujący nie opiera go na jasnym i czytelnym systemie wartości, który sam posiada i realizuje;
- 4) pogłębianie samoświadomości i refleksji na temat skuteczności określonych metod wychowawczych, ułatwienie zakwestionowania niektórych funkcjonujących potocznie stereotypów i mitów wychowawczych.

Realizacja programu Szkoły równolegle wśród rodziców i nauczycieli daje możliwość:

- tworzenia wspólnego, jednorodnego środowiska wychowawczego, co w myśl aktualnej wiedzy jest w profilaktyce jedną z najskuteczniejszych metod wszelkich zachowań patologicznych;
- umacniania rodziny w jej prawidłowym funkcjonowaniu przez naprawę i ochronę więzi emocjonalnych, budowanie klimatu zaspokajającego potrzebę miłości, bezpieczeństwa i akceptacji;
- tworzenia lokalnych grup wsparcia, w których rodzice i nauczyciele nie tylko mogą zyskiwać pomoc w rozwoju życia osobistego, rodzinnego i zawodowego, ale również inicjować zmiany na rzecz rodziny i szkoły w społeczności lokalnej.

Warsztaty odbywają się w cyklu dziesięciu 4-godzinnych spotkań (łącznie 40 godzin zajęć) raz na tydzień. Grupa liczy 12-15 osób, bo taka liczba uczestników pozwala na efektywne prowadzenie warsztatu.

## Kadra

Kadrę Programu stanowią:

- **realizatorzy Szkoły** (ok. 600 posiada rekomendację ORE) – są to psycholodzy oraz pedagodzy, którzy mają niezbędne przygotowanie do pełnienia tej funkcji; wszyscy oni spełniają te same warunki:
  - mają doświadczenie w pracy psychoedukacyjnej z grupą dorosłych;
  - posiadają umiejętności terapeutyczne (np. ukończona socjoterapia);
  - mają ukończone szkolenie przewidziane programem;
- **koordynatorzy – edukatorzy Programu**, którzy ukończyli kurs kwalifikacyjny na edukatora, działają w poszczególnych województwach. Ich zadaniem jest inicjowanie działań wychowawczych na terenie własnego województwa, a tym samym kreowanie regionalnego środowiska wychowawczego, w którym zostanie

zbudowany klimat sprzyjający mądrym i dobremu wychowaniu.

## Zasięg

„Szkoła dla Rodziców i Wychowawców” ma zasięg ogólnopolski. Wdrażaniem projektu zajmują się różne podmioty, z którymi współpracują liderzy i realizatorzy. Warsztaty znajdują się w stałej ofercie kursów instytucji szkoleniowych, doradczych i pomocowych, adresujących swoje działania do rodziców (także przyszłych rodziców, np. narzeczonych) oraz profesjonalistów pracujących z dziećmi i młodzieżą (nauczyciele, pedagodzy szkolni itp.).

Organizowaniem zajęć zajmują się poradnie psychologiczno-pedagogiczne, ośrodki doskonalenia nauczycieli, organizacje trzeciego sektora, wspólnoty kościelne i in. Warsztaty realizowane są także na zlecenie jednostek samorządu terytorialnego, szkół czy przedszkoli. Program Szkoły wykorzystywany jest w trakcie zajęć ze studentami i słuchaczami studiów podyplomowych.

## Odbiorcy

„Szkoła dla Rodziców i Wychowawców” to program zajęć psychoedukacyjnych przeznaczonych zarówno dla rodziców, jak i dla nauczycieli świadomych tego, że w swoim zawodzie zawsze są wychowawcami. Nie ma znaczenia wiek i liczba dzieci w rodzinie, ani rodzaj problemów, z jakimi przychodzą.

Program pomyślany jest tak, aby służył pomocą tym, którzy już doświadczają kłopotów wychowawczych w kontaktach z dziećmi, ale także tym, którzy, chcąc uniknąć błędów w przyszłości, poszukują wiedzy i umiejętności wychowawczych.

Szkoła adresowana jest do wszystkich rodziców i wychowawców, czasem przestraszonych, czasem bezsilnych, z poczuciem winy, a przecież pełnych miłości i dobrych intencji; często samodzielnie poszukujących odpowiedzi na dręczące ich pytania. Szkoła może również wspierać te rodziny, w których już występują niepokojące objawy, jak wagary, agresja czy kontakt ze środkami uzależniającymi.

Dla wyjątkowych odbiorców doświadczeni pedagodzy i psychologowie „Szkoły dla Rodziców” przygotowali odrębne propozycje zajęć, są to zajęcia dla rodziców dzieci niepełnosprawnych, rodziców adopcyjnych oraz dla nauczycieli mających wśród uczniów dzieci, których

matka lub ojciec lub oboje rodzice dłuższy czas przebywają w celach zarobkowych za granicą, a dziecko pozostaje w kraju pod opieką pozostałego rodzica albo innych osób.

## Efekty nauczania

Program uświadamia rodzicom i wychowawcom, że skuteczność wychowania w dużej mierze zależy od nich samych. To ich system wartości oraz umiejętność wyciągania wniosków w zakresie skuteczności określonych metod wychowawczych mają największy wpływ na wychowanie.

Dzięki metodzie warsztatowej uczestnicy zajęć dość szybko zaczynają sami rozumieć, że ich problemem nie jest trudne dziecko, ale że przyczyna ich kłopotów wychowawczych często tkwi w nieprawidłowych relacjach z dzieckiem, które budują oni sami. Taka świadomość pozwala przyjąć na siebie odpowiedzialność za wychowanie dzieci.

Od momentu, gdy program wszedł w życie, przeszkolonych zostało około 5000 psychologów i pedagogów, z których część prowadzi na swoim terenie pracę z rodzicami i wychowawcami. Mimo upływu lat Program wciąż cieszy się niesłabnącą popularnością. Potwierdzeniem tego jest właśnie przeszkolona rzesza ludzi przygotowanych do stosowania w praktyce tego, czego doświadczyli i czego się nauczyli. Dzięki nim idea „Szkoły dla Rodziców i Wychowawców” coraz bardziej się rozpowszechnia. Zdarza się, że osoby biorące udział w zajęciach, same zaczynają się spotykać, tworzą grupy samopomocowe, a potem lokalne stowarzyszenia, które działają na rzecz zmian w środowisku wychowawczym.

W odpowiedzi na aktualne środowiskowe potrzeby podejmowane są różnorodne działania i inicjatywy wspomagające i poszerzające założenia Programu.

Przykłady takich działań to:

- powoływanie stowarzyszeń (ogólnopolskich i regionalnych);
- prowadzenie grup wsparcia dla absolwentów Szkoły, klubów dla rodziców, grup spotkaniowych;
- powstanie „Szkoły dla Babć” – popularność tej oferty wciąż rośnie;
- dotarcie z programem m.in. do takich grup, jak matki przebywające w więzieniu (Stalowa Wola) czy grupy rodziców romskich (Zakopane);
- coraz szersza współpraca z uczelniami wyższymi (zajęcia dla studentów) i placówkami (różnego szczebla) pomocy społecznej.

Szkoła działa nie tylko w kraju, ale i za granicą. Od 2008 roku jest realizowana na Litwie. Stało się to możliwe dzięki międzynarodowej umowie podpisanej przez Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej (obecnie ORE) z Poradnią Psychologiczno-Pedagogiczną w Wilnie i przeszkoleniu trzech grup psychologów litewskich.

Można powiedzieć, że „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców” przynosi wymierne efekty w postaci lepszego radzenia sobie z dziećmi i problemami wychowawczymi przy jednoczesnej rezygnacji ze stosowania przemocy i wykorzystywania władzy na korzyść zaufania do dziecka, akceptacji jego pragnień i odczuć, choć bez uległości i przesadnej troski.

W opiniach osób uczestniczących w warsztatach zajęcia miały pozytywny wpływ na jakość kontaktów emocjonalnych w rodzinie, a także podniosły skuteczność oddziaływań wychowawczych. Uczestnicy mówili o wyraźnym spadku poczucia bezradności wychowawczej oraz o zmniejszeniu tendencji do kierowania dzieckiem z pozycji władzy, bez liczenia się z jego odczuciami i pragnieniami. Stwierdzali również rozbudzenie potrzeby osobistego rozwoju, psychoedukacji albo też gotowość do podjęcia specjalistycznej terapii.

## Kamienie milowe Szkoły

### 1990

Pierwszy kontakt Zofii Śpiewak, psychologa z Gdańska, z amerykańskim wydaniem książki Adele Faber i Elaine Mazlish „Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały. Jak słuchać, żeby dzieci do nas mówiły” i pierwsze próby wykorzystania proponowanych w niej pomysłów i sugestii we własnym domu.

### 1991

Ukazuje się polskie wydanie książki Thomasa Gordona „Wychowanie bez porażek”. Gordon pokazuje, jak budować relacje między dorosłymi a dziećmi w duchu wychowania podmiotowego. W wychowaniu podmiotowym zarówno wychowawca, jak i wychowanek postrzegają samych siebie i siebie nawzajem jako podmioty wspólnego działania. Nawiguje się kontakt, wychowawca włącza się w aktywność wychowanka na zasadzie partnera, życzliwego doradcy, obserwatora, a nie nadzorca i kierownika. Opisuje też model rodziny wzajemnie się wspierającej, akceptującej i rozumiejącej, w której nie ma walki pokoleń.

Odbywają się pierwsze spotkania rodziców i pierwsze próby adaptacji amerykańskich koncepcji wychowawczych zawartych w książce „Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały...”. Warsztaty odbywają się w kilkunastoosobowych grupach, zorganizowanych i poprowadzonych niezależnie od siebie przez różne osoby profesjonalnie zajmujące się pomocą psychologiczną w Poznaniu i Gdyni. Rodzice wprowadzają w życie zaproponowane przez autorki metody komunikowania się z dziećmi. Prowadzą zapiski swoich dialogów z dziećmi, wymieniają się doświadczeniami. Efektem tych spotkań jest polskie wydanie książki Faber i Mazlish, wzbogacone suplementem autorstwa Zofii Śpiewak „Doświadczenia polskich rodziców”.

### 1992

Ukazuje się pierwsze polskie wydanie książki Faber i Mazlish „Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały. Jak słuchać, żeby dzieci do nas mówiły” – praktyczna wersja „Wychowania bez porażek”. Autorki uczą, jak stosować wychowanie podmiotowe w codziennych domowych sytuacjach.

### 1994

Po dwuletnim praktycznym stosowaniu we własnych rodzinach i wśród bliskich sposobów porozumiewania się proponowanych w poradniku „Jak słuchać...”, na bazie książki i własnych doświadczeń dwóch mam: Barbary Czekaj (psychiatra, psychoterapeutka) i Katarzyny Zawadzkiej (pedagog) – niezależnie od wcześniejszych spotkań rodziców w Poznaniu i Gdyni – w Gliwickiej KANIE rodzi się pomysł spotkań dla rodziców pod nazwą „Szkoła dla Rodziców”, które od tego czasu odbywają się tu regularnie.

Ukazuje się polskie wydanie książki Faber i Mazlish „Wyzwoleni rodzice, wyzwolone dzieci”.

### 1995

„Szkoła dla Rodziców” – jako skuteczna metoda – zostaje włączona do Programu Wczesnej Profilaktyki i Uzależnień, realizowanego przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Rozszerza się grupa odbiorców Szkoły i, co za tym idzie, także nazwa – powstaje „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców”. Okazuje się bowiem, że Program służy w takim samym stopniu i nauczycielom, i rodzicom.

Ukazuje się polskie wydanie książki A. Faber, E. Mazlish „Rodzeństwo bez rywalizacji”.

**1996**

Z inicjatywy Fundacji im. Mikołaja Reja w Warszawie, we współpracy z Centrum Metodycznym Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, zostaje opracowany Program Pomocy Rodzinie, którego celem jest szkolenie profesjonalistów (pedagogów i psychologów). Program jest tworzony w oparciu o koncepcję T. Gordona, książki A. Faber i E. Mazlish oraz na podstawie polskich doświadczeń, z myślą o dwóch grupach:

- rodzicach/wychowawcach, którzy doświadczają kłopotów wychowawczych w kontaktach z dziećmi;
- rodzicach, którzy swój udział w zajęciach traktują profilaktycznie – chcą uniknąć błędów w przyszłości, więc poszukują wiedzy i dobrych wzorców wychowawczych.

W ramach Programu zostaje przeszkolonych w Polsce około 2500 pedagogów i psychologów.

Powstają kolejne warsztaty „Szkoły dla Rodziców” w Poznaniu, Gdańsku, Gliwicach oraz w Krakowie.

Ukazuje się polskie wydanie książki A. Faber i E. Mazlish „Jak mówić, żeby dzieci się uczyły – w domu i w szkole”.

**1999**

Powstaje Stowarzyszenie na rzecz Rodziny Szkoła dla Rodziców i Wychowawców „Bez Porażek” z siedzibą w Warszawie. Główne cele stowarzyszenia to: wspieranie rodziny jako wspólnoty życia i miłości, promocja i rozwijanie umiejętności wychowawczych wśród rodziców i wychowawców, integracja i wspieranie środowiska realizatorów i uczestników warsztatów „Szkoły dla Rodziców i Wychowawców”, przeciwdziałanie zagrożeniom rodziny. CMPPP wydaje książkę Joanny Sakowskiej, „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców”, która zawiera materiały dla osób prowadzących zajęcia.

**2000**

I edycja kursu kwalifikacyjnego liderów „Szkoły dla Rodziców i Wychowawców”, zorganizowana przez CMPPP w Warszawie. Podstawowym celem kursu jest przygotowanie jego uczestników do pełnienia funkcji lidera z kwalifikacjami edukatorskimi na terenie poszczególnych województw.

**2003**

Powstaje internetowy bank danych o liderach i realizatorach „Szkoły dla Rodziców i Wychowawców”.

Ukazują się kolejne materiały szkoleniowe – „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców”, część II, materiały pomoc-

nicze dla realizatorów zajęć, autorstwa Joanny Sakowskiej i Ewy Puchały.

**2004**

II edycja kursu kwalifikacyjnego edukatorów-liderów „Szkoły dla Rodziców i Wychowawców” (zakończenie grudzień 2005).

**2006**

W dniach 14-15 listopada 2006 roku w Warszawie odbywa się ogólnopolska konferencja „Wychowywać to kochać i wymagać”, zorganizowana przez Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej. W konferencji uczestniczyło 150 osób, brali w niej udział przedstawiciele kuratoriów oświaty, urzędów marszałkowskich, urzędów wojewódzkich, pełnomocnicy ds. rozwiązywania problemów alkoholowych, liderzy programu „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców” oraz rodzice, nauczyciele i uczniowie. Konferencje regionalne dla realizatorów Programu w Brzegu Dolnym, Tyńcu, Wałbrzychu.

**2007**

Popularyzacja programu poprzez działania edukatorów (seminaria i konferencje regionalne; szkolenia realizatorów). Od 5 września do 5 grudnia 2007 roku, w ramach programu „Zero tolerancji dla przemocy w szkole”, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, przy aktywnym udziale liderów wojewódzkich oraz realizatorów Programu, organizuje serię szkoleń doskonalących umiejętności wychowawcze zgodnie z programem „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców”. Zostaje przeszkolonych 2233 rodziców i nauczycieli z 16 województw.

**2008**

Program „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców” zostaje wpisany w zadanie III.2.2. programu „Bezpieczna i przyjazna szkoła” – upowszechnianie wiedzy oraz doskonalenie umiejętności wychowawczych nauczycieli i rodziców. W ramach tego programu, przy aktywnym udziale liderów wojewódzkich oraz realizatorów programu, zostaje przeszkolonych 2797 osób, odbywa się 9 konferencji regionalnych, w których uczestniczy 1060 osób, oraz 14 seminariów regionalnych dla 285 osób.

Zostaje przeprowadzone pierwsze szkolenie psychologów w Wilnie (Joanna Sakowska) – przygotowanie do prowadzenia programu na Litwie.



**Tabela 1. Liczba przeszkolonych grup podstawowych i profesjonalistów oraz zorganizowanych konferencji i seminariów w latach 2007–2011**

Rok	Grupy podstawowe	Profesjonalisci	Konferencje i Seminaria
2007	338 grup: 4375 osób	33 grupy: 453 osoby	5 konferencji 8 seminariów
2008	299 grup: 3694 osoby	45 grup: 559 osób	18 konferencji 28 seminariów
2009	235 grup: 2676 osób	48 grup: 641 osób	9 konferencji 14 seminariów
2010	206 grup: 2489 osób	72 grupy: 949 osób	33 konferencje 19 seminariów
2011	360 grup: 4119 osób	53 grupy: 799 osób	8 konferencji 9 seminariów
<b>Razem:</b>	<b>1438 grup: 17 353 osoby</b>	<b>251 grup: 3401 osób</b>	<b>73 konferencje 78 seminariów</b>

### 2009

Zakończenie III edycji kursu kwalifikacyjnego dla edukatorów-koordynatorów programu.

Ukazał się dziewiąty numer zeszytów metodycznych programu „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców” autorstwa Marcina J. Sochockiego, pt. »Prezentacja rezultatów drugiego etapu ilościowych badań ewaluacyjnych „Szkoły dla Rodziców i Wychowawców” (edycja wrzesień–grudzień 2007) oraz zogniskowanych wywiadów grupowych z absolwentami „Rodzeństwa bez rywalizacji”«.

Na Litwie rusza „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców” – „Mokykla Tėvams ir Auklėtojams”. Program nabiera coraz większego rozmachu i staje się coraz bardziej znany.

### 2011

Rozpoczęcie starań (arkusz aplikacyjny) o rekomendację EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction Action) Europejskiego Banku Rekomendowanych Programów Profilaktycznych.

### 2012

Rekomendacja dla programu nadana przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Ośrodek Rozwoju Edukacji oraz wpis do bazy programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego jako spełniający standardy poziomu II – „Dobra praktyka”.

Do 2012 roku programem objęto ponad 150 tys. rodziców i wychowawców oraz ponad 6 tys. profesjonalistów. W okresie ostatnich pięciu lat zorganizowano 73 konferencje regionalne i 78 seminariów dla realizatorów. Kalendarium wydarzeń Szkoły znajduje się na stronie internetowej ORE [www.ore.pl](http://www.ore.pl).

### Podręczniki i lektury

1. „Jak mówić do nastolatków, żeby nas słuchały. Jak słuchać, żeby z nami rozmawiały”, A. Faber, E. Mazlish, Poznań 2006.
2. „Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały. Jak słuchać, żeby dzieci do nas mówiły”, A. Faber, E. Mazlish, Poznań 1992.
3. „Jak mówić, żeby dzieci się uczyły w domu i w szkole”, A. Faber, E. Mazlish, Poznań 1996.
4. „Rodzeństwo bez rywalizacji”, A. Faber, E. Mazlish, Poznań 1995.
5. „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców”, J. Sakowska, Warszawa 1999.
6. „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców”. Część II, E. Puchała, J. Sakowska, Warszawa 2003.
7. „Wychowanie bez porażek”, T. Gordon, Warszawa 1991.
8. „Wyzwoleni rodzice, wyzwolone dzieci”, A. Faber, E. Mazlish, Poznań 1994.

### Zeszyty metodyczne

- Nr 1. Krótki przegląd historii wychowania”, A. Rękawek, Warszawa, 2006.
- Nr 2. „Wychowywać to kochać i wymagać”, materiały z ogólnopolskiej konferencji, Warszawa 2008.
- Nr 3. „Liderzy – realizatorzy – beneficjenci”. Prezentacja wyników badań ewaluacyjnych „Szkoły dla Rodziców i Wychowawców” (edycja wrzesień – grudzień 2007), M. J. Sochocki, Warszawa 2008.
- Nr 4. „Wyjątkowe rodzicielstwo”. Scenariusze zajęć warsztatowych dla rodziców dzieci niepełnosprawnych, M. Górecka i in., Warszawa 2008.
- Nr 5. „Szkoła dla rodziców adopcyjnych”, J. Ciżmowska, Warszawa 2008.
- Nr 6. „Zeszyt do ćwiczeń dla uczestników warsztatów Szkoła dla Rodziców i Wychowawców”, A. Zajic i in., Warszawa 2008.
- Nr 7. „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców”. Niezbędnik dla uczestników warsztatów, A. Zajic i in., Warszawa 2008.
- Nr 8. „Szkoła wobec mobilności zawodowej rodziców i opiekunów”. Niezbędnik nauczyciela, E. Kozdrowicz, B. Walczak, Warszawa 2008.
- Nr 9. Prezentacja rezultatów drugiego etapu badań ewaluacyjnych „Szkoły dla Rodziców i Wychowawców” (edycja wrzesień – grudzień 2007) oraz zogniskowanych wywiadów grupowych z absolwentami „Rodzeństwa bez rywalizacji”, M. J. Sochocki, Warszawa 2009.
- Nr 10. Szkoła dla Rodziców i Wychowawców, cz. II, „Rodzeństwo bez rywalizacji”, czyli „Jak pomóc własnym dzieciom żyć w zgodzie, by samemu żyć z godnością”. Niezbędnik dla uczestników warsztatów, J. Basistowa, A. Zajic, K. Zawadzka, Warszawa 2009.
- Nr 11. Szkoła dla Rodziców i Wychowawców, cz. III, „Nastolatek”. Niezbędnik dla uczestników warsztatów, J. Sakowska, Warszawa 2011.

*Wyniki ankiet ewaluacyjnych programu „Fred goes net” są optymistyczne: 87% jego uczestników było zadowolonych lub zdecydowanie zadowolonych z udziału w programie, a aż 97% osób zarekomendowałoby program swoim kolegom i koleżankom. W programie tym zaobserwowano też niezwykle wysoki stopień retencji – utrzymywania się w programie, co nie jest wcale takie oczywiste w przypadku uczestnictwa w innych programach profilaktycznych. Tylko 5,4% uczestników, którzy rozpoczęli program, z różnych przyczyn nie udało się go ukończyć.*

# RAPORT Z EWALUACJI PROGRAMU WCZESNEJ INTERWENCJI WOBEC MŁODYCH UŻYTKOWNIKÓW SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH „FRED GOES NET”

*Elżbieta Stawecka, Dawid Chojecki  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

„Fred goes net” jest programem profilaktyki selektywnej, skierowanym do osób młodych, które używają substancji psychoaktywnych w sposób okazjonalny lub szkodliwy. Oparty jest na metodzie krótkiej interwencji profilaktycznej, prowadzonej w duchu dialogu motywującego. Celem zajęć jest podniesienie wiedzy uczestników na temat szkodliwości używania substancji psychoaktywnych oraz zachęcenie ich do oceny ryzyka, zmiany nastawienia i zachowania związanego z ich używaniem. Celem programu jest także zaprezentowanie młodym ludziom lokalnej oferty pomocy.

Aby zweryfikować efektywność działań realizowanych w ramach projektu „Fred goes net”, przeprowadzono jego ewaluację. Raport z ewaluacji programu sporządzono na podstawie ankiet nadesłanych przez realizatorów programu. Obejmują one okres od stycznia do grudnia 2011 roku. Uzyskane dane pochodzą z 16 placówek.

Ewaluacja skupiała się na odpowiedzi na następujące pytania:

- Czy za pomocą programu „Fred goes net” można trafić do młodych osób?
- Jakie instytucje najczęściej kierowały młodzież do programu?
- Jakie są cechy socjodemograficzne uczestników programu?
- Jakie są cechy uczestników programu w odniesieniu do używania przez nich substancji psychoaktywnych?
- Jakie korzyści wynikają dla nich z uczestnictwa w programie?

- Jak program „Fred goes net” jest oceniany przez uczestników?

Podczas ewaluacji wykorzystano dwa typy ankiet ewaluacyjnych: dokumentację uczestnika, zawierającą dane na jego temat (ankieta użytkownika) oraz ankietę uczestnictwa, za pomocą której zbierano oceny uczestników na temat programu oraz badano efekty, jakie on wywarł.

Ankiety dotyczące użytkowników były wypełniane podczas rozmowy wstępnej przez prowadzącego zajęcia, natomiast te związane z udziałem w programie wypełniali uczestnicy na zakończenie zajęć. Wszystko odbywało się z zachowaniem zasad anonimowości.

Z nadesłanych ankiet wynika, że w 2011 roku program „Fred goes net” ukończyło 1038 osób.

W grupie tej przeważali chłopcy. Stanowili oni 67% uczestników programu. Średnia wieku to 16,5 lat.

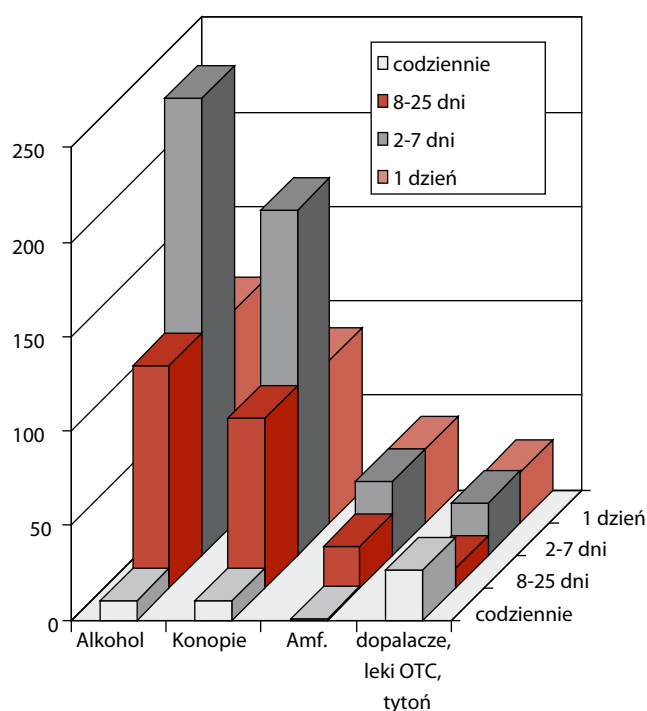
## Używanie narkotyków przez młodzież

Uczestnikom zadawano pytania na temat używania przez nich substancji psychoaktywnych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem i kiedykolwiek w życiu. Jak łatwo się domyślić, poza alkoholem (97% respondentów miała za sobą inicjację alkoholową) młodzież najczęściej sięgała po przetwory konopi indyjskich. 75,5% uczestników programu przynajmniej raz w życiu sięgnęło po marihuanę lub haszysz. Na trzecim miejscu znalazły się amfetamina i inne stymulanty –

28,3% młodych ludzi przyznało się do przynajmniej jednokrotnego zażycia amfetaminy lub jej pochodnych (np. tabletek ecstasy) w swoim życiu. Leki nasenne i uspokajające używane bez przepisu lekarza były wśród młodzieży trafiającej do programu rozpowszechnione na poziomie 8%. Kokaina, LSD i substancje wziewne rozpowszechnione były na tym samym poziomie, było to 4%. Najmniej popularnym narkotykiem była heroina, do której zażycia przynajmniej raz w życiu przyznało się 2% respondentów. Istotną kategorią były także inne, pozostałe substancje (głównie „dopalacze” oraz leki przeciwkaszlowe i na przeziębienie), do których użycia kiedykolwiek w życiu przyznało się 26% osób. W ciągu ostatnich 30 dni przed odnotowaniem młodzież najczęściej używała alkoholu (w 49% przypadków) i przetworów konopi indyjskich (w 40% przypadków). Przyglądając się danym z nadesłanych ankiet, widać podobieństwo natężenia używania poszczególnych substancji kiedykolwiek w życiu z używaniem ich w ciągu ostatnich 30 dni.

Dla 87% osób program „Fred goes net” był pierwszym programem profilaktyki narkotykowej, z którym miały one do czynienia w swoim życiu. W przypadku 7% ankiet brakowało danych dotyczących tej kategorii.

### Wykres 1. Używanie poszczególnych substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 30 dni przed odnotowaniem



## Ścieżki dostępu do programu

W projekcie badano także, w jaki sposób najczęściej młodzi ludzie trafiali do programu. To głównie za sprawą szkoły (30,6%) i rodziny (25,5%) uczestniczyli oni w zajęciach programu „Fred goes net”. Na trzeciej pozycji znajdowały się „pozostałe instytucje”, najprawdopodobniej głównie służba zdrowia, być może także straż miejska (21%). W dalszej kolejności znalazł się wymiar sprawiedliwości (10,8%), a na końcu policja (6,5%). Około 4% uczestników zgłosiło się samych do programu. W przypadku 1,4% ankiet brak było informacji na temat instytucji kierującej.

## Efekty zrealizowanego programu

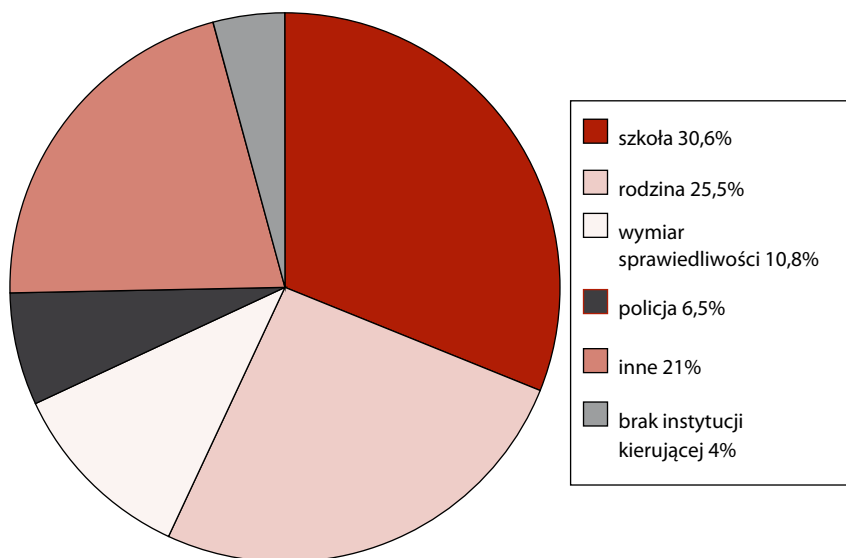
Bezpośrednio po zakończeniu programu uczestnicy wypełniali ankiety ewaluacyjne dotyczące ich satysfakcji z uczestnictwa w programie i efektów, jakie wywarł on na nich w sferze wiedzy i praktycznych umiejętności. Większość uczestników zadeklarowała, iż dzięki udziałowi w programie znacznie zwiększyła się ich wiedza na temat ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych (54%). W przypadku narkotyków 44% uczestników zadeklarowało, że dzięki programowi uległy zmianie ich przekonania na temat używania przez nich narkotyków; 43% młodych ludzi zadeklarowało, że zamierza ograniczyć używanie narkotyków, natomiast 38% całkowicie zaprzestać ich używania. Najniższy odsetek osób zadeklarował całkowitą abstynencję od alkoholu i było to 22% uczestników.

Połowa respondentów zadeklarowała także, iż nabyła ważne umiejętności rozwiązywania problemów związanych z alkoholem i narkotykami, natomiast 66% młodych ludzi stwierdziło, że wie, gdzie szukać pomocy w przypadku ewentualnych problemów. 47% uczestników (w przypadku narkotyków) oraz 44% (w przypadku alkoholu) zadeklarowało chęć dokonania zmian w swoim życiu po ukończeniu programu.

## Satysfakcja z uczestnictwa w programie

87% uczestników było zadowolonych lub zdecydowanie zadowolonych z udziału w programie. Aż 97% zarekomendowałoby program swoim kolegom i koleżankom. Z ankiet ewaluacyjnych wynika również, że tylko nie-

**Wykres 2. Instytucje kierujące młodzież do programu „Fred goes net”**

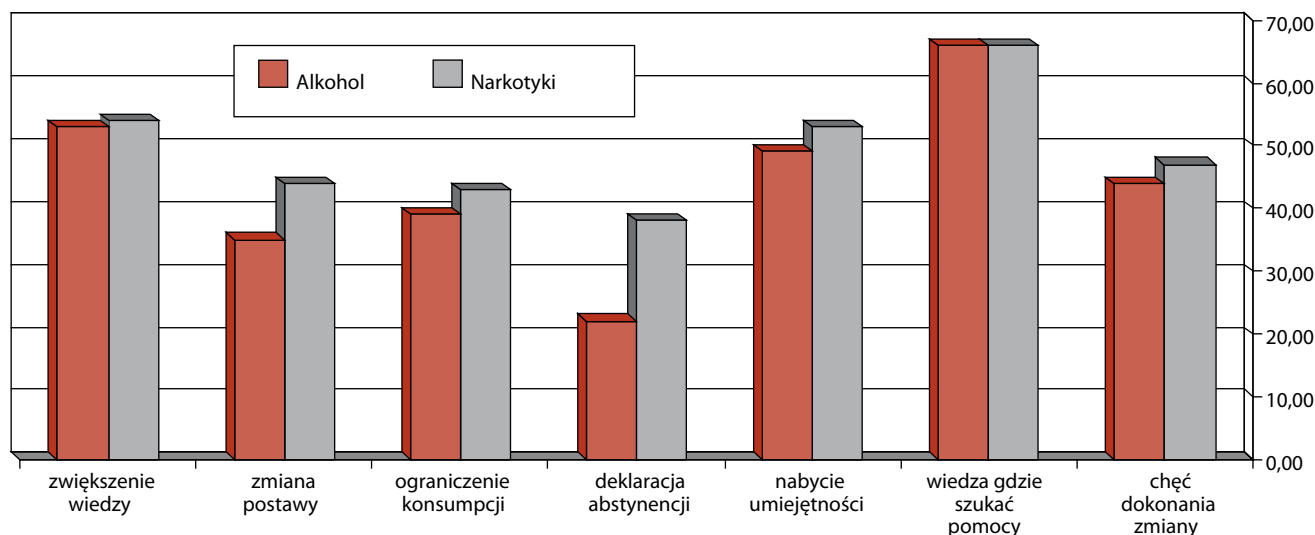


Bardzo ważne i znamienne jest to, że w przypadku programu „Fred goes net” zaobserwowano niezwykle wysoki stopień retencji – utrzymywania się w programie, co nie jest wcale takie oczywiste w przypadku uczestnictwa w innych programach profilaktycznych czy leczniczych. Tylko 5,4% (30 osób) uczestników, którzy rozpoczęli program, z różnych przyczyn nie udało się go ukończyć. W przypadku 6% nadesłanych ankiet odnotowano brak danych. Analizując cechy socjodemograficzne uczestników, którzy nie ukończyli programu, nie widać szczególnego wpływu wieku jako czynnika zwiększającego prawdopodobieństwo nieukończenia programu. Średnia wieku osób, które

wiele ponad 1% uczestników (13 osób) nie był w ogóle usatysfakcjonowany z udziału w programie. Najwięcej niezadowolonych stanowili 17-letni chłopcy (7 z 13), w przypadku dziewcząt tylko dwie zadeklarowały takie odpowiedzi. Statystyczny niezadowolony uczestnik programu był 17-letnim (dokładnie 16,85 lat) chłopcem. Można więc śmiało stwierdzić, że statystyczne cechy demograficzne (w tym przypadku wiek i płeć) nie różnicowały grupy niezadowolonych uczestników w stosunku do uczestników zadowolonych lub niezdecydowanych.

nie ukończyły programu (16,7 lat) jest bardzo zbliżona do średniej wieku wszystkich uczestników (16,5 lat). Wśród osób, które nie ukończyły programu, najczęściej jest 16- i 17-latków, ale był także 13-latek i 24-latek. Analizując powyższe dane, można stwierdzić, że program „Fred goes net” wywarł pozytywny wpływ na młodych ludzi. Zwiększył ich wiedzę na temat negatywnych konsekwencji sięgania po substancje psychoaktywne i zachęcił do zmiany postaw; wzbudził też oczekiwaną refleksję na temat używania przez nich substancji psychoaktywnych.

**Wykres 3. Ważniejsze efekty, jakie zostały osiągnięte dzięki programowi „Fred goes net”**



# HAZARD. NIE IGRAJ!

## OGÓLNOPOLSKA KAMPANIA SPOŁECZNA NA RZECZ ZAPOBIEGANIA PROBLEMOWEMU GRANIU W GRY HAZARDOWE WŚRÓD MŁODZIEŻY

*Danuta Muszyńska*

*Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

Z początkiem października 2012 roku ruszyła pierwsza ogólnopolska kampania zwracająca uwagę na ryzyko związane z rozpowszechnieniem gier hazardowych wśród młodzieży oraz na problemy, które wynikają z ich uprawiania. Mimo że uzależnienie od gier hazardowych, w powszechnej opinii, spostrzegane jest jako zjawisko stosunkowo marginalne, które dotyka głównie niewielkiej liczby dorosłych mężczyzn, to wyniki wskazują, że nadużywanie gier losowych, w których stawką są pieniądze, staje się coraz powszechniejsze wśród młodzieży. Potwierdzają to m.in. wyniki badań „Młodzież 2010”, badanie ESPAD z 2011 roku czy badanie CBOS z 2011 roku<sup>1</sup>. Rozpowszechnieniu zjawiska sprzyja stosunkowo szeroka oferta oraz duża dostępność różnego rodzaju gier hazardowych, co przy jednoczesnym braku świadomości zagrożenia związanego z ich uprawianiem z czasem może prowadzić do grania problemowego i negatywnych skutków dotyczących ważnych sfer życia.

Kampania prowadzona jest pod hasłem „Hazard. Nie igrzaj!”. Jej głównym celem jest zwrócenie społecznej uwagi na zjawisko rozpowszechnienia gier hazardowych wśród młodzieży i przekazanie młodym ludziom ważnego komunikatu na temat ryzyka, jakie podejmują, angażując się w granie na pieniądze. Celem kampanii jest również zwiększenie wiedzy na temat czynników ryzyka i czynników chroniących oraz upowszechnienie informacji na temat miejsc pomocy dla osób grających problemowo i ich bliskich.

Inauguracja kampanii zbiegła się z zakończeniem projektu badawczego finansowanego ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych dotyczącego oszacowania rozpowszechnienia oraz identyfikacji czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu oraz innych uzależnień behawioralnych. W warszawskiej siedzibie PAP podczas konferencji prasowej, obok prezentowania idei kampanii, jej przebiegu i kreacji, zostały ogłoszone wyniki tego pierwszego w Polsce badania w zakresie

problematyki uzależnień behawioralnych. Według raportu Fundacji CBOS, ponad 50 tys. Polaków jest uzależnionych od gier hazardowych, a blisko 200 tys. narażonych jest na ryzyko uzależnienia. Wyniki badań wskazują jednocześnie, że im młodszy gracz, tym bardziej jest zagrożony uzależnieniem. Wśród osób w wieku 15-34 lata odsetek graczy mających problem z hazardem jest najwyższy. Niepokojące są zwłaszcza statystyki w najmłodszej grupie osób do 18. roku życia, w której odsetek zagrożonych wynosi aż 34,7%<sup>2</sup>.

Te najświeższe dane są zatem kolejnym potwierdzeniem konieczności podjęcia działań ograniczających zjawisko w populacji młodzieży, dlatego głównym adresatem działań w ramach kampanii są młodzi ludzie w wieku 15-24 lata, ale pośrednio także osoby mające istotny wpływ na ich zachowanie i postawy, ze szczególnym uwzględnieniem rodziców, opiekunów i wychowawców. Zadaniem kampanii jest dotarcie do młodzieży z przekazem, że hazard to nie tylko gry w kasynie, gry na automatach o niskiej wygranej, ale wszelkie gry losowe, zdrapki, loterie czy konkursy SMS, które mogą prowadzić do istotnych szkód i problemów, m.in. strat materialnych, komplikacji finansowych, niepowodzeń szkolnych, problemów zawodowych, zaburzeń więzi w rodzinie, relacji w kontaktach ze znajomymi, ale także do uzależnienia i zaniedbania ważnych sfer życia. Głównym kanałem komunikacji kampanii, ze względu na grupę docelową, jest internet. Uruchomiona została strona internetowa [www.nieigrzaj.com.pl](http://www.nieigrzaj.com.pl), na której znajdą się informacje na temat działań podejmowanych w ramach kampanii, a także dedykowany profil na Facebooku, angażujący młodzież do aktywnego włączenia się w kampanię, m.in. poprzez różnorodne konkursy.

Reklamy będą obecne w największych portalach horyzontalnych, a krótkie spoty reklamowe będzie można obejrzeć na YouTube, VOD Onet oraz w sieci kin Multikino. Kampania „Hazard. Nie igrzaj!” finansowana jest ze środków Funduszu Rozwiązywania

Problemów Hazardowych i potrwa do końca października 2013 roku.

W kolejnych odsłonach kampanii ważnymi elementami strategii będą również działania ambientowe, jak np. wykonanie murali w największych miastach Polski z udziałem młodzieży, obecność vlepek, naklejek oraz plakatów w klubach, pubach i centrach rozrywki.

Za realizację kampanii odpowiedzialna jest, wybrana w drodze przetargu, agencja Value Media, którą wspiera Szkoła Mistrzów Reklamy oraz agencja Personal PR.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Wyniki badań „Młodzież 2010” – raport CBOS 2010 - <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545>  
Wyniki badań ESPAD 2011 – raport ESPAD 2011 - <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545>  
Wyniki badań CBOS 2011 – raport CBOS 2011 „Polak w szponach hazardu” 2011 - [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2011/K\\_064\\_11.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2011/K_064_11.PDF)
- <sup>2</sup> Pełna wersja raportu Fundacji CBOS dostępna jest na stronie Krajowego Biura [www.kbpn.gov.pl](http://www.kbpn.gov.pl) (podstrona HAZARD).

*Kwestie dotyczące penalizacji posiadania środków odurzających lub substancji psychotropowych od lat budzą wiele kontrowersji w naszym kraju. Tocząca się w tym zakresie dyskusja, skupia się głównie na tym, czy karanie za każde posiadanie wbrew przepisom prawa środków odurzających lub substancji psychotropowych jest właściwe, sprawiedliwe, społecznie pożądane.*

# ZMIANY W USTAWIE O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII – ARTYKUŁY 62 I 62A

Katarzyna Syroka-Marczewska  
prawnik

## Wprowadzenie

Pierwsza ustawa o zapobieganiu narkomanii z 1985 r.<sup>1</sup> nie przewidywała kary za posiadanie środków odurzających. Jednocześnie jednak zawierała sankcje karne wobec wszelkich czynności związanych z uczestnictwem w nielegalnym obrocie tymi środkami. W związku ze zmianami ustrojowymi, gospodarczymi, społecznymi i ekonomicznymi, wypracowano w 1997 roku nową ustawę dotyczącą narkomanii, ustawę z dnia 24 kwietnia 1997 r.<sup>2</sup> Ustawodawca wprowadził wówczas zapisy dotyczące karania za posiadanie substancji odurzających, jednocześnie depenalizując posiadanie niewielkich ilości wyłącznie na własny użytek. Po trzech latach nastąpiły kolejne zmiany i ustawą z dnia 26 października 2000 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii<sup>3</sup> zdecydowano się na penalizację posiadania każdej ilości narkotyku wbrew regulacjom prawnym. Należy zauważyć, że posiadanie środków odurzających i substancji psychotropowych jest dozwolone w ściśle określonych przez prawo przypadkach, np. środki odurzające grup

I-N i II-N oraz substancje psychotropowe grup II-P, III-P i IV-P mogą być używane wyłącznie w celach medycznych, przemysłowych lub prowadzenia badań. Z kolei środki odurzające, substancje psychotropowe lub ich preparaty oraz prekursory kategorii 1 może posiadać wyłącznie przedsiębiorca, jednostka organizacyjna lub osoba fizyczna uprawniona na podstawie przepisów ustawy, rozporządzenia 273/2004 lub rozporządzenia 111/2005. Ponadto, preparaty zawierające środki odurzające grup I-N, II-N i III-N lub substancje psychotropowe grup II-P, III-P i IV-P, które zostały dopuszczone do obrotu jako produkty lecznicze na podstawie przepisów prawa farmaceutycznego, może posiadać, w celach medycznych oraz do badań klinicznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, zakład opieki zdrowotnej niemający apteki szpitalnej, zakład leczniczy dla zwierząt oraz lekarz, lekarz dentyista lub lekarz weterynarii prowadzący praktykę lekarską, a także inny podmiot, którego działalność wymaga posiadania i stosowania tych preparatów.

Zgodnie z treścią art. 62 obecnie obowiązującej ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii<sup>4</sup> (dalej: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii), kto wbrew przepisom ustawy, posiada środki odurzające<sup>5</sup> lub substancje psychotropowe<sup>6</sup>, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa powyżej jest znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. Jednocześnie ustawodawca nie sprecyzował, w jaki sposób należy rozumieć sformułowania „znaczna ilość” czy „wypadek mniejszej wagi”, co w praktyce orzeczniczej powoduje różną wykładnię art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Ponadto, od 9 grudnia 2011 r. obowiązuje art. 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, który został wprowadzony przez ustawę z dnia 1 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw<sup>7</sup>. Przewiduje on możliwość umorzenia dochodzenia lub śledztwa, jeżeli przedmiotem czynu są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek sprawcy, pod warunkiem, że orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości. W tym przypadku ustawodawca również nie zdefiniował pojęcia „ilość nieznaczna”, co może generować trudności interpretacyjne.

## Uwagi na temat art. 62

Jak już wspomniano, regulacje prawne dotyczące penalizacji posiadania środków odurzających oraz substancji psychotropowych zostały zawarte w art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. W ocenie piśmiennictwa i judykatury należy wyodrębnić dwie interpretacje dotyczące przedmiotu ochrony, który wynika z omawianego przepisu. W myśl pierwszej wykładni przedmiotem ochrony jest zdrowie publiczne, zaś drugiej to interes ekonomiczny państwa w zakresie obrotu środkami odurzającymi lub psychotropowymi<sup>8</sup>. Z kolei podmiotem czynu zabronionego z art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii może być niewątpliwie każda osoba fizyczna, zdolna do ponoszenia odpowiedzialności karnej, zatem ma on charakter przestępstwa powszechnego. Przestępstwo, o którym mowa powyżej,

można popełnić tylko umyślnie, z zamiarem bezpośrednim lub z zamiarem ewentualnym.

Dla penalizacji posiadania środka odurzającego lub substancji psychotropowej znaczenie ma ilość narkotyku, pozwalająca na choćby jednorazowe użycie w dawce przyjętej za typową dla danego środka czy substancji, przy czym dla określenia tejże karalności nie ma znaczenia cel posiadania środka oraz okres dysponowania nim<sup>9</sup>. Zgodnie z ugruntowanym w doktrynie i orzecznictwie poglądem, warunkiem koniecznym do przyjęcia posiadania środków odurzających wbrew przepisom ustawy jest posiadanie takiego środka w ilości pozwalającej na co najmniej jednorazowe użycie, w dawce dla niego zdolnej wywołać inny niż medyczny skutek<sup>10</sup>.

W ocenie Sądu Najwyższego posiadaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej w rozumieniu art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jest każde władanie takim środkiem lub substancją, a więc także związane z jego użyciem lub zamiarem użycia<sup>11</sup>. Posiadaniem środka odurzającego jest każde dysponowanie narkotykiem bez względu na długość okresu jego posiadania przez sprawcę<sup>12</sup>. Osoba, która posiadała narkotyki na własny użytek i osobiście je użyła, podlega odpowiedzialności karnej na podstawie odpowiedniego ustępu art. 62, a brak sprawstwa można rozważać tylko w razie wykazania, że osobie, która użyła narkotyku, środek odurzający udostępniono w sposób niezwiązany z przejęciem przez nią władztwa nad tym narkotykiem, czy też podano jej narkotyk wbrew jej woli, a zatem gdy użycie środka narkotycznego miało miejsce bez jego posiadania<sup>13</sup>. Wydaje się, że posiadanie występuje zarówno, gdy chodzi o dysponowanie środkiem narkotycznym dla własnej konsumpcji, jak i w związku z chęcią wprowadzenia go do obrotu<sup>14</sup>. W przypadku posiadania znacznej ilości środków odurzających lub substancji psychotropowych, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10, a zatem jest to typ kwalifikowany przestępstwa z art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Zdaniem Sądu Najwyższego znaczna ilość narkotyków to taka, która wystarcza do jednorazowego odurzenia się co najmniej kilkudziesięciu osób<sup>15</sup>. Kryterium decydującym o tym, czy ilość środków odurzających jest „znaczna”, „nieznaczna” czy „zwykła”, są masa wagowa (gramy, kilogramy, tony, ilość porcji), rodzaj środka odurzającego (podział na narkotyki tzw. twarde i miękkie) i cel przeznaczenia (w celach handlowych, na potrzeby

własne)<sup>16</sup>. Ponadto, miarą „znaczności” w rozumieniu zarówno art. 48 ust. 3 ustawy z 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, jak i art. 62 ust. 2 ustawy z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, może być także stosunek ilości określonych środków do potrzeb jednego człowieka uzależnionego od tych środków i jeżeli przedmiotem czynu jest taka ilość tych środków, która mogłaby zaspokoić tego rodzaju potrzeby co najmniej kilkudziesięciu uzależnionych, to należy przyjąć, że jest tych środków znaczna ilość<sup>17</sup>. Art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oprócz sformułowania „znaczna ilość” zawiera równie trudne interpretacyjnie sformułowanie „w wypadku mniejszej wagi”, którego wykładnia ma wpływ na wymiar kary. Zgodnie z treścią omawianego przepisu w wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku, a zatem jest to typ uprzywilejowany przestępstwa z art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Zdaniem Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu przy rozstrzyganiu, czy zachodzi wypadek mniejszej wagi, ilość posiadanego środka odurzającego jest tylko jednym z elementów, który powinien być brany pod uwagę, i niewielka ilość środka bynajmniej nie musi, niejako automatycznie, prowadzić do uprzywilejowanej subsumcji<sup>18</sup>. O uznaniu konkretnego czynu zabronionego za wypadek mniejszej wagi decyduje całościowa ocena jego społecznej szkodliwości, jako zmniejszonej do stopnia uzasadniającego wymierzenie kary według skali zagrożenia ustawowego, przewidzianego w przepisie, wyodrębniającym wypadek mniejszej wagi w kategorii przestępstw określonego typu; na ocenie tej ważą przesłanki dotyczące zarówno przedmiotowej, jak i podmiotowej strony czynu<sup>19</sup>. Należy pamiętać, że nie stanowi przestępstwa czyn zabroniony, którego społeczna szkodliwość jest znikoma, co znajduje swoje uzasadnienie w brzmieniu art. 1 kodeksu karnego. W razie skazania za nielegalne posiadanie środków odurzających lub substancji psychotropowych oraz w razie umorzenia lub warunkowego umorzenia postępowania karnego orzeka się przepadek środka odurzającego lub substancji psychotropowej, nawet jeżeli nie był własnością sprawcy. Sąd, orzekając przepadek przedmiotów, może zarządzić ich zniszczenie. Z czynności zniszczenia sporządza się protokół. Zasady przechowywania i niszczenia środków odurzających lub substancji psychotropowych w postępowaniu karnym

reguluje Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 18 czerwca 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad i miejsca przechowywania w postępowaniu karnym przedmiotów i substancji stwarzających niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia oraz warunków i sposobów ich niszczenia<sup>20</sup>. W sytuacjach, w których orzeczenie przepadku przedmiotu przestępstwa oraz przedmiotów i narzędzi, które służyły lub były przeznaczone do jego popełnienia, nie jest możliwe, sąd może orzec przepadek ich równowartości, zgodnie z treścią art. 44 § 4 kodeksu karnego.

Sąd nie może orzec przepadku środka odurzającego lub substancji psychotropowej, jeżeli są one własnością osoby trzeciej, a sprawca uzyskał je:

- w drodze przestępstwa lub wykroczenia;
- wszedł w ich posiadanie w sposób rażąco naruszający obowiązki pracownicze;
- wszedł w ich posiadanie w sposób rażąco naruszający warunki umowy łączącej go z właścicielem tych środków.

Warto zauważyć, że sąd, orzekając przepadek, powinien precyzyjnie określić przedmioty nim objęte oraz wskazać osobę, wobec której stosuje środek karny i za jakie przestępstwo<sup>21</sup>.

Ponadto, w razie skazania m.in. za przestępstwo określone w art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, sąd może orzec na cele zapobiegania i zwalczania narkomanii nawiązkę w wysokości do 50 000 zł, przy czym przepis ten nie ma zastosowania wobec sprawcy, który jest osobą uzależnioną<sup>22</sup>.

Należy w tym kontekście zwrócić uwagę na regulacje zawarte w art. 71 i 72 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. W razie skazania osoby uzależnionej za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, sąd zobowiązuje wówczas skazanego do poddania się leczeniu lub rehabilitacji w podmiocie leczniczym i oddaje go pod dozór wyznaczonej osoby, instytucji lub stowarzyszenia. Z kolei w sytuacji, w której nastąpiło skazanie osoby uzależnionej na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, sąd może orzec umieszczenie sprawcy przed wykonaniem kary w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej. Czas pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej nie jest określony z góry, przy czym nie może przekroczyć dwóch lat. Po zakończeniu leczenia



lub rehabilitacji sąd rozstrzyga, czy orzeczoną karę pozbawienia wolności należy wykonać. Ponadto, w przypadku, gdy osoba uzależniona lub używająca szkodliwie substancji psychoaktywnej, której zarzucano popełnienie przestępstwa pozostającego w związku z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej, zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu, rehabilitacji lub udziałowi w programie edukacyjno-profilaktycznym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia, prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie. Po podjęciu postępowania prokurator, uwzględniając wyniki leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie edukacyjno-profilaktycznym, postanawia o dalszym prowadzeniu postępowania albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania.

Wracając do rozważań dotyczących art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, wydaje się, że sprzyja on walce z handlem narkotykami, ale także poprawia statystyki policji, prokuratury i sądownictwa – funkcjonariusze nazywają go „paragrafem statystycznym”<sup>23</sup>. Według M. Klinowskiego, praktyka stosowania tego przepisu przez organy postępowania przygotowawczego dowodzi, że błędem ustawodawcy było niesprecyzowanie zakresu niekaralnego posiadania konsumenckiego, w wyniku czego przedmiotem działań organów ścigania stali się okazjonalni konsumenci narkotyków, zaś ilość wykrytych i ukaranych poważnych przestępstw narkotykowych właściwie nie uległa zmianie<sup>24</sup>. W końcu ustawodawca zdecydował się na wprowadzenie przepisu, który umożliwia umorzenie postępowania również przed wszczęciem śledztwa lub dochodzenia w określonych okolicznościach, tj. art. 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o czym będzie mowa w dalszej części niniejszego opracowania.

## Uwagi na temat art. 62a

Artykuł 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii stanowi samodzielną (tzn. niewymagającą powoływania którejkolwiek z przesłanek zawartych w art. 17 § 1 kodeksu postępowania karnego<sup>25</sup>) podstawę prawną umorzenia dochodzenia lub śledztwa w sytuacji, gdy przedmiotem czynu są:

1. środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznaczej;
2. przeznaczone na własny użytek sprawcy;
3. orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości<sup>26</sup>.

Umorzenie dochodzenia lub śledztwa jest możliwe jedynie wtedy, gdy wszystkie wymienione przesłanki zostaną spełnione łącznie.

Jak już wspomniano, trudności interpretacyjne pojawiają się w związku z brakiem definicji pojęcia „ilość nieznacząca”. Przy ocenie, czy ujawniona ilość narkotyku jest nieznacząca, należy uwzględnić nie tylko jego wagę, ale także przesłanki wymienione w art. 115 § 2 kodeksu karnego<sup>27</sup>, tzn. przy ocenie stopnia społecznej szkodliwości czynu sąd bierze pod uwagę rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia. Art. 62a wprowadza do systemu prawnego nieznaną w procedurze karnej instytucję umorzenia postępowania przed jego wszczęciem. Takie umorzenie w myśl dyspozycji opisywanego przepisu wymaga ustalenia wszystkich elementów normatywnych warunkujących stwierdzenie, że zostało popełnione przestępstwo, a zatem konieczne jest stwierdzenie realizacji znamion typu czynu zabronionego opisanego w art. 62 ust. 1 lub 3 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, i to nawet mimo tego, że sprawca posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe w „ilości nieznaczej” i są one przeznaczone na jego „własny użytek”<sup>28</sup>. Konieczne jest ponadto stwierdzenie, że sprawca przekroczył próg wiekowy odpowiedzialności karnej, a także wykazanie braku okoliczności wyłączających winę (w rozumieniu prawa karnego materialnego) i braku okoliczności wyłączających bezprawność oraz ustalenie, że czyn jest społecznie szkodliwy w stopniu wyższym niż znikomy<sup>29</sup>. Wydaje się, że umorzenie postępowania przed jego wszczęciem dokonywane na podstawie art. 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii może łączyć się z przełamaniem domniemania niewinności przez organ umarzający postępowanie przed jego wszczęciem: umorzyć postępowanie przed postępowaniem można tylko w wypadku ustalenia, że

zostało popełnione przestępstwo, że zaktualizowały się wszystkie przesłanki odpowiedzialności karnej i przypisano sprawstwo, co z kolei może generować pytanie o zgodność przepisu z Konstytucją<sup>30</sup>. Bez wątplenia ustawodawca, podejmując decyzję o wprowadzeniu do porządku prawnego art. 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, dążył do rozwiązania problemu drobnej przestępczości w postaci posiadania nieznacznej ilości środków odurzających lub substancji psychotropowych. Najbliższe miesiące będą sprawdzianem funkcjonalności omawianego przepisu, o ile dalsze działania ustawodawcy nie zmienią modelu penalizacji posiadania narkotyków w Polsce.

## Zakończenie

Zjawisko narkomanii ma charakter wielopłaszczyznowy. Przedmiotem niniejszego opracowania jest analiza sytuacji prawnej w kontekście penalizacji posiadania środków odurzających i substancji psychotropowych. Dyskurs prowadzony w tym zakresie, który obecnie obserwujemy, powinien dotyczyć także roli, jaką ma spełniać ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, a co za tym idzie, jakie powinna oferować rozwiązania prawne. Z jednej strony istnieje możliwość skutecznej walki w problemem, ograniczając jego rozmiary i łagodząc negatywne konsekwencje związane z używaniem narkotyków, z drugiej zaś strony możliwe jest jedynie łagodzenie nastrojów społecznych i niebezpieczeństwo marginalizacji problemu<sup>31</sup>. Niewątpliwie ustawodawca powinien wykazać się dużą racjonalnością w wyborze narzędzi prawnych, których skuteczność weryfikują dostępne badania, statystyki, orzecznictwo i poglądy specjalistów.

## Przypisy

- <sup>1</sup> Ustawa z dnia 31 stycznia 1985 r. o zapobieganiu narkomanii (Dz.U. 1985, Nr 4, poz. 1).
- <sup>2</sup> Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 1997, Nr 75, poz. 468).
- <sup>3</sup> Ustawa z dnia 26 października 2000 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2000, Nr 103, poz. 1097).
- <sup>4</sup> Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity Dz.U.2012.124).
- <sup>5</sup> Środkiem odurzającym jest każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie środków odurzających stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.
- <sup>6</sup> Substancją psychotropową jest każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ

nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

- <sup>7</sup> Ustawa z dnia 1 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 117, poz. 678).
- <sup>8</sup> K. Łuczarski, A. Muszyńska, „Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz”, Warszawa 2008, komentarz on-line do art. 62, LEX SIGMA.
- <sup>9</sup> B. Kurzępa (w): „Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz”, A. Ważny (red.), Warszawa 2012, s. 434.
- <sup>10</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 19 września 2011 r., II Aka 123/10, KZS 2011/10/40.
- <sup>11</sup> Uchwała 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 21 stycznia 2011 r., I KZP 24/10, LEX nr 686664.
- <sup>12</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 31 stycznia 2012 r., II Aka 211/11, KZS 2012/4/34.
- <sup>13</sup> J. Raglewski w głosie do uchwały SN z 27 stycznia 2011 r., I KZP 24/10, za B. Kurzępa (w): „Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz”, A. Ważny (red.), Warszawa 2012, s. 418.
- <sup>14</sup> B. Kurzępa (w): „Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz”, A. Ważny (red.), Warszawa 2012, s. 436.
- <sup>15</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 lipca 2011 r., IV KK 127/11, LEX nr 897769.
- <sup>16</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 kwietnia 2000 r., II Aka 22/00, OSA 2001, nr 2, poz. 8.
- <sup>17</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 marca 2006 r., II KK 47/05, OSNKW 2006, nr 6, poz. 57.
- <sup>18</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu z dnia 27 czerwca 2012 r., II Aka 183/12, LEX nr 1213782.
- <sup>19</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 września 2002 r., II KK 79/00, LEX nr 56084.
- <sup>20</sup> Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 18 czerwca 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad i miejsca przechowywania w postępowaniu karnym przedmiotów i substancji stwarzających niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia oraz warunków i sposobów ich niszczenia (Dz.U. Nr 108, poz. 1025).
- <sup>21</sup> Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 11 kwietnia 2001 r., II Aka 219/00, Prokuratura i Prawo 2002, nr 2, poz. 30.
- <sup>22</sup> Osobą uzależnioną jest osoba, która w wyniku używania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych albo używania ich w celach medycznych znajduje się w stanie uzależnienia od tych środków lub substancji.
- <sup>23</sup> E. Kuźmierz, Z. Mielecka-Kubiś, J. Stasiowski, D. Wiszejko-Wierzbička, „Penalizacja posiadania narkotyków – działania instytucjonalne i koszty”, Instytut Praw Publicznych, Analizy i Opinie, 2009, nr 101, s. 6.
- <sup>24</sup> M. Klinowski, „Granice odpowiedzialności za posiadanie narkotyków”, Prokuratura i Prawo 2011, nr 3, s. 104.
- <sup>25</sup> Zgodnie z treścią art. 17§ 1 kodeksu postępowania karnego, nie wszczyna się postępowania, a wszczęte umarza, gdy: 1) czynu nie popełniono albo brak jest danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie jego popełnienia, 2) czyn nie zawiera znamion czynu zabronionego albo ustawa stanowi, że sprawca nie popełnia przestępstwa, 3) społeczna szkodliwość czynu jest znikoma, 4) ustawa stanowi, że sprawca nie podlega karze, 5) oskarżony zmarł, 6) nastąpiło przedawnienie karalności, 7) postępowanie karne co do tego samego czynu tej samej osoby zostało prawomocnie zakończone albo wcześniej wszczęte toczy się, 8) sprawca nie podlega orzecznictwu polskich sądów karnych, 9) brak skargi uprawnionego oskarżyciela, 10) brak wymaganego zezwolenia na ściganie lub wniosku o ściganie pochodzącego od osoby uprawnionej, chyba że ustawa stanowi inaczej, 11) zachodzi inna okoliczność wyłączająca ściganie.
- <sup>26</sup> B. Kurzępa (w): „Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz”, A. Ważny (red.), Warszawa 2012, s. 434.
- <sup>27</sup> Ibidem, s. 436.
- <sup>28</sup> A. Bojańczyk, T. Razowski, „W sprawie nieprzekraczalnych granic semantyki”, Prokuratura i Prawo 2011, nr 11, s. 148.
- <sup>29</sup> Ibidem.
- <sup>30</sup> Ibidem.
- <sup>31</sup> E. Kuźmierz, Z. Mielecka-Kubiś, J. Stasiowski, D. Wiszejko-Wierzbička, „Penalizacja posiadania narkotyków – działania instytucjonalne i koszty”, Instytut Praw Publicznych, Analizy i Opinie, 2009, nr 101, s. 8.

*Mija rok od wprowadzenia do polskiego prawodawstwa nowego instrumentu, którego założeniem było wyjście naprzeciw postulatowi, aby osobom uzależnionym, które trafiły do systemu karnego, umożliwić leczenie zamiast stosowania wobec nich represji karnych. Tym instrumentem jest Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie zbierania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych.*

## ROK FUNKCJONOWANIA EWIDENCJI SPECJALISTÓW

Dorota Wiczorek

Specjalistka ds. Szkoleń Certyfikowanych  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Rozporządzenie jest konsekwencją zapisu zawartego w nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, które zobowiązało sąd i prokuraturę do zebrania informacji na temat charakteru zażywania narkotyków przez podejrzanego. Osobami wyznaczonymi do zebrania tych informacji i sformułowania rekomendacji na temat zalecanej formy oddziaływania zostali specjaliści terapii uzależnień z certyfikatem wydanym przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Na podstawie diagnoz przygotowanych przez specjalistów sąd lub prokuratura może podjąć decyzję o umorzeniu lub zawieszeniu postępowania karnego w związku z zastosowaniem rekomendowanej formy oddziaływania (leczenie, edukacja, profilaktyka).

### Statystyki

Specjalistów posiadających certyfikat wydany przez Krajowe Biuro jest 817, do ewidencji specjalistów wpisanych zostało do chwili obecnej 145, co oznacza, że na współpracę z wymiarem sprawiedliwości zdecydowało się prawie 18% wszystkich uprawnionych.

We wniosku zgłoszeniowym specjalista wskazuje sądy rejonowe, z którymi chce współpracować w zakresie przyjmowania zleceń o zebraniu informacji na temat używania przez oskarżonego substancji psychoaktywnej – może to być jeden lub kilka sądów w odległości bliskiej miejsca zamieszkania specjalisty. Praktyka pokazuje, że są przypadki, gdy specjalista deklaruje współpracę ze wszystkimi sądami w województwie. Na ryc. 1 przedstawiona została liczba specjalistów działających na terenie danego województwa. Najniższy wskaźnik ma województwo opolskie (4 osoby), najwyższy mazowieckie – 26 terapeutów.

W kilku przypadkach specjalista terapii uzależnień zadeklarował współpracę z sądami znajdującymi się w różnych

województwach. Taka osoba na mapie jest wliczona zarówno do jednego, jak i drugiego województwa. Stąd suma specjalistów na mapie jest większa niż ogólna liczba specjalistów znajdujących się w ewidencji.

Z punktu widzenia realizacji przepisów ustawowych ważne jest, aby każdy sąd rejonowy w kraju posiadał choć jednego specjalistę, któremu mógłby zlecić przeprowadzenie wywiadu z oskarżonym. Jak pokazuje ryc. 2 w połowie województw sądy rejonowe mają zadeklarowanego przynajmniej jednego takiego specjalistę. W przypadku pięciu województw (mazowieckie, łódzkie, śląskie, dolnośląskie, pomorskie) sytuacja ta dotyczy 70% sądów. Najtrudniej sytuacja wygląda w trzech województwach: podkarpackim, wielkopolskim oraz warmińsko-mazurskim. Tu odsetek sądów w województwie, które mają reprezentanta wśród specjalistów z ewidencji nie przekracza 55%.

**Ryc. 1. Liczba certyfikowanych specjalistów terapii uzależnień w poszczególnych województwach deklarujących współpracę z sądami**



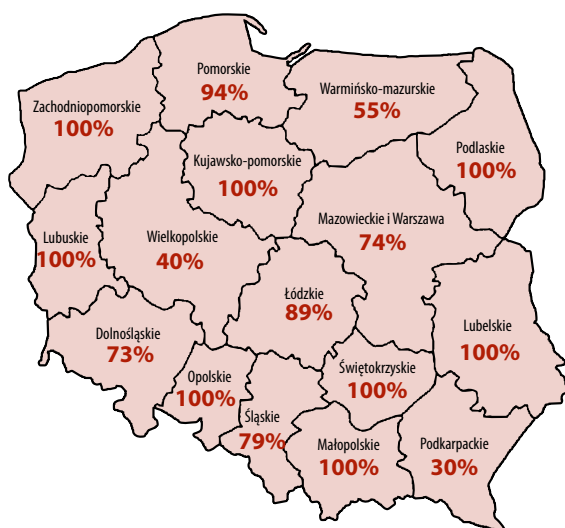
Krajowe Biuro podejmuje starania, aby zapewnić sądom dostęp do specjalistów. W tym celu wysyłane są mailingi do wszystkich placówek leczenia uzależnień oraz do specjalistów terapii uzależnień z informacją na temat ewidencji i zachętą do aplikowania.

## Rozporządzenie w praktyce

25 października 2012 roku odbyło się spotkanie specjalistów terapii uzależnień wpisanych do ewidencji z przedstawicielami Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Ministerstwa Sprawiedliwości. Służyło ono wyrażeniu opinii na temat dotychczasowej współpracy i wypracowaniu rekomendacji do działań na przyszłość dla wszystkich stron biorących udział w procesie zbierania informacji.

Z opinii i doświadczeń przekazanych podczas spotkania przez terapeutów wynika, że współpraca z przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości przebiega sprawnie, choć nie bez przejściowych trudności. Wynikają one m.in. z faktu, że przepisy dotyczące zbierania informacji nie są jeszcze w wystarczającym stopniu znane sędziom i prokuratorom. Niektóre przepisy rozporządzenia wymagają doprecyzowania i ujednoczenia sposobu ich interpretacji, by możliwe było wypracowanie spójnych zasad postępowania. Problemy związane są również z faktem, iż dotychczas osobami uprawnionymi do diagnoz i zbierania informacji na zlecenie sądów byli głównie biegli i kuratorzy. Wiele wątpliwości budzi także zapis w § 9 rozporządzenia, z którego wynika, że: „zbieranie informacji przeprowadza się w miejscu wskazanym przez organ zarządzający”. Przepis ten pozostawia bowiem pole do różnorodnych interpretacji. Zdarzają się takie sytuacje, kiedy sąd wystawia zlecenie zebrania informacji zawierające jedynie nazwisko i adres oskarżonego oraz termin, co sugeruje, że specjalista miałby zebrać te informacje w miejscu zamieszkania oskarżonego i nakłada na specjalistę obowiązek osobistego kontaktowania się z podejrzanym. Jest to sytuacja, która nie powinna mieć miejsca. Jednak w większości przypadków terapeutom udało się nawiązać dobrą współpracę z przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości. W wielu przypadkach musiały zostać przetarte nowe szlaki, żeby cały proces mógł sprawnie funkcjonować.

**Ryc. 2. Odsetek sądów w danym województwie, które mają zadeklarowanego do współpracy co najmniej jednego certyfikowanego specjalistę terapii uzależnień**



zanim przez organ zarządzający”. Przepis ten pozostawia bowiem pole do różnorodnych interpretacji. Zdarzają się takie sytuacje, kiedy sąd wystawia zlecenie zebrania informacji zawierające jedynie nazwisko i adres oskarżonego oraz termin, co sugeruje, że specjalista miałby zebrać te informacje w miejscu zamieszkania oskarżonego i nakłada na specjalistę obowiązek osobistego kontaktowania się z podejrzanym. Jest to sytuacja, która nie powinna mieć miejsca.

Jednak w większości przypadków terapeutom udało się nawiązać dobrą współpracę z przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości. W wielu przypadkach musiały zostać przetarte nowe szlaki, żeby cały proces mógł sprawnie funkcjonować.

Podczas spotkania zdiagnozowano kluczowe obszary problemowe, które wymagają interwencji bądź wprowadzenia zmian. Kwestie te będą przedmiotem działań Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Ministerstwa Sprawiedliwości, które zobowiązało się wystosować rekomendacje do sądów, prokuratur i policji w zakresie:

- sposobu interpretacji § 9 na temat miejsca i czasu zbierania informacji – rekomendacja, aby sądy i prokuratura przed wysłaniem zarządzenia skonsultowały miejsce i czas wywiadu ze specjalistą oraz wzięły odpowiedzialność za ustalenie miejsca zebrania informacji;
- określenia katalogu dokumentacji, którą sąd czy prokuratura powinny dołączyć do zarządzenia o zebraniu informacji przez specjalistę;
- przypomnienia o obowiązku wywiązywania się z 30-dniowego terminu płatności za zebranie danych;
- konieczności aktualizowania posiadanej wersji ewidencji;
- zabezpieczenia takiego miejsca przeprowadzenia wywiadu, aby nie była konieczna obecność funkcjonariusza policji w czasie jego trwania.

Wszelkie dane dotyczące ewidencji można znaleźć na stronie internetowej Krajowego Biura w zakładce KBPN/ Certyfikacja/Ewidencja specjalistów. Znajdują się tam również informacje dla specjalistów terapii uzależnień zainteresowanych przeprowadzaniem wywiadów na temat używania narkotyków przez oskarżonego. Zapraszamy do lektury tych materiałów zarówno specjalistów, którzy już figurują w ewidencji, jak i tych, którzy chcieliby zdobyć nowe doświadczenia podczas współpracy z wymiarem sprawiedliwości, podnieść swoje kwalifikacje zawodowe oraz uczestniczyć w ważnym procesie, dzięki któremu zatrzymane osoby uzależnione mają szansę zostać objęte leczeniem lub oddziaływaniami profilaktycznymi.

*Mijają cztery lata, od kiedy nowe narkotyki, zwane u nas „dopalaczami”, pojawiły się na większą skalę w Polsce i w Europie. Od 2008 roku nowe substancje psychoaktywne stały się drugą po marihuanie najczęściej używaną grupą substancji zarówno w populacji młodzieży, jak i w populacji ogólnej. W ciągu tych czterech lat parlamentarzyści czterokrotnie zmieniali prawo w celu ograniczenia zjawiska nowych substancji. Pod kontrolę prawną trafiło 51 substancji.*

# ZJAWISKO NOWYCH NARKOTYKÓW W ŚWIETLE ROZWIĄZAŃ PRAWNYCH W POLSCE – ANALIZA KRYTYCZNA

Michał Kidawa

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

## Wprowadzenie

W okresie ostatnich czterech lat w Polsce powstało i zniknęło ponad 1300 sklepów stacjonarnych handlujących tzw. dopalaczami oraz wiele sklepów internetowych. Sporo osób oferujących te substancje zyskało i straciło fortuny, a państwo polskie wydało niemało pieniędzy na ich analizy chemiczne oraz na implementację zmian prawnych związanych z kontrolą nowych substancji. Doszło także do pewnego rodzaju przewartościowania w społecznej percepcji zjawiska używania narkotyków w ogóle. Ludzie zaczęli zauważać różnicę pomiędzy szkodliwością różnych substancji, chętniej zaczęli przyznawać się do własnych doświadczeń z tymi substancjami. Ponadto, zaczęli zauważać, że państwo i jego instrumenty kontroli nie są jedynym wyznacznikiem tego, co jest bezpieczne. Można więc powiedzieć, że nie dość, że nowe substancje psychoaktywne zupełnie wyrzuciły polską scenę narkotykową, to stały się również prawdziwym testem dla sprawności reagowania organów państwowych.

Wiele już napisano na temat „dopalaczy” na łamach Serwisu. Artykuły te skupiały się głównie na opisie zjawiska i zaprezentowaniu dynamiki jego rozwoju w świetle badań populacyjnych lub na przedstawieniu „dopalaczy” w szerszym kontekście europejskim. Tym razem jednak chciałbym spojrzeć na to zjawisko z perspektywy reakcji instytucjonalnych i prawnych. Problematyka ta będzie tematem dwóch artykułów. Pierwszy, obecnie publikowany, jest próbą analizy krytycznej reakcji instytucjonalnych wobec nowych narkotyków oraz rozwiązań prawnych stosowanych w Polsce. Drugi zaś, który ukaże się w kolejnym numerze Serwisu, będzie próbą stworzenia zintegrowane-

go, kompleksowego systemu przeciwdziałania rozwojowi nowych narkotyków w Polsce w oparciu o rozwiązania stosowane w innych krajach.

## Prawo „dopalaczowe” w Polsce

W latach 2008–2012 doszło do czterech nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, których celem było ograniczenie dostępu do nowych narkotyków. Trzy z nich dotyczyły objęcia kontrolą prawną nowych substancji, jedna wprowadziła nowatorskie w Europie rozwiązania dotyczące kontroli prawnej nowych substancji psychoaktywnych. Na początek przyjrzymy się nowelizacjom wprowadzającym substancje pod kontrolę prawną.

W 2009 roku weszła w życie nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii<sup>1</sup>, która wprowadziła do załączników ustawy BZP, JWH-018 oraz 16 roślin<sup>2</sup> o działaniu psychoaktywnym. Prace nad nowelizacją rozpoczęły się rok wcześniej. Początkowo nowelizacja dotyczyła tylko BZP. Konieczność wprowadzenia tej substancji pod kontrolę prawną wynikała z Decyzji Rady Unii Europejskiej 2008/206/WSiSW z dnia 3 marca 2008 roku, dotyczącej uznania 1-benzylpiperazyny (BZP) za nową substancję psychoaktywną, którą należy objąć środkami kontroli i sankcjami karnymi<sup>3</sup>. Nowelizacja ta spowodowała dość duże zamieszanie. O ile wprowadzenie pod kontrolę BZP i zidentyfikowanego wcześniej w Polsce syntetycznego kannabinoidu JWH-018 nie budziło wątpliwości, o tyle wprowadzenie roślin – już tak. Ustawa narkotykowa zawiera głównie wykaz substancji psychoaktywnych. Na tego typu analizy nastawione są też wszystkie laboratoria organów ścigania. Z uwagi na fakt,

że w 2009 roku do załączników ustawy trafiły rośliny, a nie zawarte w nich substancje czynne, w pierwszej fazie funkcjonowania ustawy niewiele jednostek było przygotowanych do identyfikowania materiału roślinnego, który wymagał analiz botanicznych najczęściej bardzo rozdrobnionego materiału roślinnego, co w praktyce okazało się bardzo trudne lub prawie niemożliwe do przeprowadzenia. Ponadto, znajdujące się w wykazie rośliny w większości są roślinami egzotycznymi, trudnymi w hodowli, dlatego dostęp do materiału referencyjnego koniecznego przy ich identyfikacji był bardzo trudny. Można zatem zapytać: dlaczego ustawodawca zdecydował się na kontrolę tych roślin? Aby odpowiedzieć na to pytanie, wystarczy dotrzeć do opakowań mieszanek ziołowych dostępnych na rynku w tamtym okresie. Producenci deklarowali, że w skład tych produktów wchodziły owe egzotyczne rośliny. Najprawdopodobniej żadna z tych roślin nigdy nie była używana przy produkcji mieszanek do palenia. Wiele analiz prowadzonych za granicą, między innymi w Austrii i Niemczech, potwierdza to przypuszczenie. Większość ekspertów już w tamtym czasie wiedziała, że za psychoaktywne działanie tych mieszanek odpowiedzialne były syntetyczne kannabinoidy [związki naśladujące działanie tetrahydrokannabinolu (THC) zawartego w marihuanie], którymi natryskiwano obojętny materiał roślinny.

Trochę inną sytuację mieliśmy w przypadku szaławii wieszczej (*Salvia divinorum*), która stanowiła oddzielną kategorię produktów w sklepie z tzw. dopalaczami. Jednak także w tym przypadku można było się pokusić o wprowadzenie pod kontrolę substancji czynnej zawartej w tej roślinie (*Salwinoryna A*), a nie materiału roślinnego. Następne nowelizacje miały już trochę bardziej przemysłowy charakter. W czerwcu 2010 roku wprowadzono nowelizację ustawy<sup>4</sup>, w której do wykazu substancji kontrolowanych dodano mefedron oraz 9 syntetycznych kannabinoidów<sup>5</sup>. Do kolejnego rozszerzenia listy doszło na mocy nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z kwietnia 2011 roku<sup>6</sup>. W wyniku analiz chemicznych prowadzonych na próbkach zabezpieczonych przy okazji słynnej akcji zamknięcia sklepów z „dopalaczami” przez Inspekcję Sanitarną w październiku 2010 roku, wytypowano 23<sup>7</sup> nowe substancje psychoaktywne i wprowadzono je pod kontrolę prawną. Dla przypomnienia, 2 października 2010 roku Główny Inspektor Sanitarny wydał decyzję o zamknięciu sklepów, hurtowni oraz miejsc produkcji tzw. dopalaczy na podstawie przepisów ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej<sup>8</sup>. W ramach przeprowadzonej akcji zamknięto 1378 sklepów z „dopalaczami”.

Obecnie w konsultacjach międzyresortowych jest kolejna nowelizacja rozszerzająca wykaz substancji kontrolowanych ustawowo. Już w trakcie procedowania nowelizacji dopisywane są kolejne, więc trudno określić, jaka będzie ostateczna ich liczba. W mojej opinii w przyszłym roku możemy przekroczyć liczbę 100 substancji wprowadzonych pod kontrolę w ciągu zaledwie 4-5 lat.

Poza ww. ustawami w omawianym okresie wprowadzono zmianę prawa narkotykowego bardziej ogólnie podchodzącą do problemu nowych substancji. Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z października 2010 roku<sup>9</sup> zawierała kilka ciekawych rozwiązań. Przede wszystkim wprowadzono nową, bardzo szeroką definicję tzw. środka zastępczego, definiując go jako substancję pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślinę, grzyba lub ich część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych; do środków zastępczych nie stosuje się przepisów o ogólnym bezpieczeństwie produktów. Definicja odnosi się do substancji psychotropowych i środków odurzających, czyli do grup substancji zawartych w załącznikach do ustawy.

Ustawa wprowadziła zakaz wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych. Za złamanie przepisów ustawodawca przewiduje wysoką karę administracyjną od 20 000 do 1 000 000 złotych. Za kontrolę przestrzegania ww. przepisów odpowiada Główny Inspektor Sanitarny. Kary nakładane są w drodze decyzji właściwego miejscowo inspektora sanitarnego. Ponadto, wprowadzono przepis pozwalający właściwemu inspektorowi sanitarnemu na wycofanie produktu z rynku na okres 18 miesięcy w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że produkt może być niebezpieczny. W założeniu okres ten ma być przeznaczony na zbadanie i weryfikację szkodliwości produktu. Zgodnie z nowymi przepisami koszty postępowania oraz badań i analiz ponoszone są przez podmiot postępowania. W przypadku stwierdzenia, że produkt jednak nie stwarza zagrożenia dla zdrowia i życia ludzi, koszty są zwracane. Większość danych (Malczewski 2011) wskazuje na fakt, że ustawa wpłynęła na ograniczenie dostępności nowych substancji psychoaktywnych. Ale i w przypadku tej nowelizacji ustawodawca nie ustrzegł się błędów. Po pierwsze, ustawa definiuje środek zastępczy i zabrania wprowadzania

go do obrotu, ale nie wskazuje, kto powinien orzekać, co środkiem zastępczym jest, a co nie. Ponadto, nie jest wskazane także, kto, w jakim trybie oraz na podstawie jakich kryteriów i jakiej procedury ma rozstrzygać kwestie szkodliwości środków zastępczych. Ustawa nie wskazuje również, co powinno się stać z substancją, gdy zostanie stwierdzona jej szkodliwość. Problem w tym, że decyzja wydawana przez inspektorów sanitarnych w tym zakresie nie dotyczy substancji, tylko zawierających je produktów. Badania wielu instytucji wskazują, że produkty o tej samej nazwie często zawierają zupełnie inne substancje.

Wyżej wymienione problemy powodują, że przepisy są trudne w implementacji. W praktyce inspektorzy rzadko orzekają kary, gdyż nie mają żadnego wsparcia eksperckiego i jasnej definicji, co za środek zastępczy można uznać, a co nie. Ponadto, ocena taka leży poza ich kompetencjami. Także przepis o orzekaniu ich szkodliwości jest w praktyce przepisem martwym.

Przy analizie przepisów ustawy można zauważyć jeszcze jeden problem. Nawet w przypadku, gdy jakaś substancja zostanie uznana za środek zastępczy, to nie jest jasne, czy automatycznie powinna zostać wprowadzona do załączników ustawy i tym samym trafić pod kontrolę prawną. Ustawa niestety nie prezentuje zintegrowanej koncepcji przeciwdziałania zagrożeniom związanym z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Taka zintegrowana koncepcja była wypracowywana od 2009 roku w Ministerstwie Zdrowia<sup>10</sup> i zaowocowała projektem zmiany ustawy, który trafił do konsultacji międzyresortowych. Zawierała ona procedurę oceny ryzyka oraz wskazywała kto oraz w oparciu o jakie przesłanki podejmuje decyzję o wprowadzeniu substancji pod kontrolę. Niestety, z proponowanej wtedy koncepcji po wielu zmianach zachodzących w nowelizacji w ostatniej chwili zniknęła cała koncepcja oceny ryzyka. Pozostał jedynie element kontroli czasowej (18 miesięcy) w zmienionej formie, w pierwotnych założeniach dający czas na przeprowadzenie oceny ryzyka, a w obecnym prawie pozostaje on bez konkretnego i sensownego kontekstu.

Można jednak zapytać: po co wprowadzać kolejne zmiany, skoro ustawa jest skuteczna i zdecydowanie ograniczyła dostęp do nowych substancji psychoaktywnych? Duża część osób uważa, że należy po prostu identyfikować i wprowadzać jak najszybciej pod kontrolę prawną wszelkie substancje występujące w produktach nazywanych do niedawna „dopalaczami”. Jednak, czy szybkie wprowadzanie substancji pod kontrolę prawną jest dobrym rozwiązaniem?

## W poszukiwaniu optymalnego podejścia do problemu nowych narkotyków

Przy wielości związków występujących obecnie na rynku wprowadzanie na szybko substancji pod kontrolę prawną może spowodować pewne niepożądane konsekwencje. Tego typu działanie oparte jest na koncepcji, że każde niepożądane zjawisko można kontrolować tylko w oparciu o przepisy karne i nie przynosi to żadnych innych konsekwencji oprócz ograniczenia zjawisk. Takie podejście jest niedostosowane do dynamicznie zmieniającego się rynku nowych substancji. Po pierwsze, taka praktyka generuje bardzo duże koszty po stronie organów ścigania, które muszą szybko dostosowywać się do zmian przepisów. Konieczne jest doposażenie laboratoriów w dodatkowe, drogie wzorce substancji, szkolenie analityków, tworzenie testów do nowych narkotyków. Ponadto, wszystkie te wysiłki mogą pójść na marne przy bardzo szybko zmieniającej się ofercie tych substancji. W konsekwencji może zostać stworzone prawo, którego egzekwowanie będzie niemożliwe. Kolejnym argumentem przemawiającym za bardziej powściągliwym działaniem w sprawie wprowadzania nowych narkotyków do załączników ustawy narkotykowej jest celowość kontroli prawnej. Zbyt szybkie wprowadzanie substancji pod kontrolę prawną, bez dokładnej analizy związanych z nimi zagrożeń, może doprowadzić do sytuacji, w której na liście, obok tak groźnych substancji jak np. heroina, znajdą się substancje o wątpliwych właściwościach psychoaktywnych oraz nie stwarzające zagrożenia dla zdrowia publicznego. Posiadanie, produkcja oraz wprowadzanie do obrotu w przypadku obu kategorii tych substancji będzie obwarowane identycznymi sankcjami karnymi. Poza ww. argumentacją dotyczącą celowości kontroli oraz trudności w implementacji prawa jest jeszcze jeden argument przemawiający za zachowaniem pewnej ostrożności we wprowadzaniu substancji pod kontrolę. Każde działanie ze strony państwa, polegające na rozszerzeniu listy substancji kontrolowanych, powoduje wzmoczoną aktywność producentów w celu zsyntezowania nowej, niekontrolowanej substancji. Drobna modyfikacja struktury chemicznej może doprowadzić do zmiany działania oraz wzrostu zagrożenia dla potencjalnych użytkowników. Sytuacja taka wystąpiła już w przeszłości, kiedy to MDMA zostało zastąpione na rynku parametoksyamfetaminą (PMA) i parametoksymetamfetaminą (PMMA), które okazały się bardzo toksyczne.

Analizując wyżej zaprezentowaną argumentację oraz mając na uwadze rosnącą skalę zjawiska nowych, niekontrolowanych prawnie substancji psychoaktywnych uważam, że obecnie funkcjonujące mechanizmy wprowadzania substancji pod kontrolę prawną nie są wystarczające. Konieczne jest stworzenie nowego, bardziej efektywnego i dostosowanego do zmieniających się realiów systemu. W systemie takim proces decyzyjny dotyczący wprowadzania substancji pod kontrolę prawną, oparty na naukowej ocenie ryzyka, oraz precyzyjnie sformułowane procedury wydają się najistotniejszymi elementami.

## Kontekst europejski

Dodatkowym argumentem przemawiającym za wprowadzeniem procedury naukowej oceny ryzyka jest fakt, że większość państw europejskich stosuje procedury oceny ryzyka dotyczące nowych substancji psychoaktywnych. Najczęściej procedury te regulowane są w przepisach prawa. Procedury oceny ryzyka prowadzone są przez specjalnie do tego celu powołane niezależne zespoły eksperckie lub istniejące jednostki naukowe. Ocena ryzyka jest także mechanizmem ogólnoeuropejskim, przewidzianym w prawie unijnym dotyczącym kontroli substancji, na mocy decyzji Rady 2005/387/JHA z 10 maja 2005 roku<sup>11</sup>. Wymiana informacji pomiędzy państwami UE o nowych substancjach oraz ocena ryzyka są podstawowymi elementami przeciwdziałania rozwojowi zjawiska nowych narkotyków w Europie. Ocena dokonywana jest przez tzw. EMCDDA Scientific Committee, czyli panel ekspertów powołanych przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii reprezentujących różne dyscypliny naukowe, takie jak prawo, chemia, farmakologia, nauki społeczne. Ponadto, ocena dokonywana jest wedle z góry określonych kategorii oraz skal<sup>12</sup>. Na podstawie tej właśnie procedury przedstawia się rekomendacje o kontroli bądź zaniechaniu kontroli substancji psychoaktywnych Radzie Unii Europejskiej. Ona też ostatecznie podejmuje decyzję o poddaniu kontroli danej substancji.

Ostatnie doświadczenia związane z zalewem nowych substancji dobitnie pokazują, że system europejski działa zbyt wolno w kwestii mechanizmów podejmowania decyzji o wszczęciu oceny ryzyka oraz o ewentualnej kontroli substancji na szczeblu europejskim. Dodatkowo nie uwzględnia on specyfiki dotyczącej lokalnego rynku nowych substancji psychoaktywnych. Jest to kolejny argu-

ment świadczący o konieczności wypracowania rozwiązań w tym zakresie na poziomie krajowym.

## Podsumowanie i wnioski

Niniejsza analiza rozwiązań prawnych i instytucjonalnych nie powinna być traktowana jako oskarżenie i jednoznaczna krytyka wobec całości tych rozwiązań lub ich autorów. Nadzwyczajna sytuacja oraz duże zagrożenie dla zdrowia publicznego, jakie spowodowały tzw. dopalacze, wymagały szybkich i sprawnych działań. Podjęte działania zarówno instytucjonalne, jak i prawne przyniosły zakładany skutek. Udało się zdecydowanie ograniczyć rozwój zjawiska oraz dostępność nowych substancji. Jednak zjawisko nowych narkotyków nie zniknęło i konieczna jest rewizja i analiza krytyczna podejmowanych działań w celu poprawienia funkcjonowania rozwiązań, które same w sobie są niewątpliwie ciekawe i perspektywiczne. W mojej opinii w Polsce należy wypracować zintegrowane podejście do nowych substancji psychoaktywnych w oparciu o procedury oceny ryzyka oraz zaplanowane i klarowne procedury. Ocena ryzyka musi mieć charakter szybkiej procedury. Zbyt rozbudowana i długa procedura powoduje, że przestaje ona spełniać swoją podstawową funkcję, czyli zabezpieczać obywateli przed niebezpiecznymi dla ich zdrowia substancjami. Z pomocą mogą tutaj przyjść mechanizmy czasowej kontroli (istniejące już w pewnej formie w polskich przepisach prawa antynarkotykowego<sup>13</sup>), pozwalające na eliminację z rynku substancji, które są strukturalnie lub w działaniu zbliżone do narkotyków. Ponadto, na usprawnienie procedur kontroli nad rynkiem środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych może zdecydowanie wpłynąć stosowane w wielu krajach Europy prawo genetyczne oraz prawo analogowe. Przegląd i dokładny opis możliwych rozwiązań prawnych oraz propozycja modelu zintegrowanego podejścia do nowych substancji będzie tematem następnego artykułu.

## Bibliografia

- Kidawa M., „Prześciowa moda czy realne zagrożenie”, Serwis Informacyjny Narkomania nr 1/2009.
- Malczewski A., „Dopalacze”, marihuana, haszysz w populacji generalnej – wyniki badań», Remedium nr 3/2011.
- Malczewski A., „Polska młodzież a marihuana i „dopalacze”», Remedium nr 6/2011.
- Sierosławski J., „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych”, Europejski Program Badań Ankietowych w szkołach ESPAD, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011.



## Przypisy

- <sup>1</sup> Ustawa z dnia 20 marca 2009 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 63 poz. 520).
- <sup>2</sup> *Argyrea nervosa*, *Banisteriopsis caapi*, *Calea zacatechichi*, *Catha edulis*, *Echinopsis pachanoi*, *Kava kava*, *Leonotis leonurus*, *Mimosa tenuiflora*, *Mitragyna speciosa*, *Nymphaea caerulea*, *Peganum harmala*, *Psychotria viridis*, *Rivea corymbosa*, *Salvia divinorum*, *Tabernanthe iboga*, *Trichocereus peruvianus*.
- <sup>3</sup> Zgodnie z prawem każde z państw Unii Europejskiej ma rok na wprowadzenie kontroli substancji wymienionej w decyzji do prawa krajowego.
- <sup>4</sup> Ustawa z dnia 10 czerwca 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 143 poz. 962).
- <sup>5</sup> JWH-073, JWH-398, JWH-250, JWH-200, CP 47,497 oraz homologi C6, C8, C9, HU-210.
- <sup>6</sup> Ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. z 2011 r. Nr 105 poz. 614).
- <sup>7</sup> AM-694, JWH-007, JWH-019, JWH-081, JWH-122, JWH-203, JWH-210, RCS-4, MBZP, pFPP, TFMPP, BUTHYLONE, 4-EMC, 4-FMC, 4-MEC, FLUOROAMPHETAMINE, METAMPHETRAMONE,

METEDRONE, METHYLONE, NAPHYRONE, 2C-E, MDPEA, MDPV.

- <sup>8</sup> Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851, z późn. zm.).
- <sup>9</sup> Ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 8 października 2010 r. (Dz.U. z 2010 r. Nr 213; poz. 1396).
- <sup>10</sup> Rozwiązania takie były wypracowane przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Głównym Inspektorem Farmaceutycznym i Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii i przekazane w formie projektu ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i inspekcji handlowej do uzgodnień międzyresortowych już w 2010 roku (<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=&ma=16011> w dniu 7.12.2012). Nie posiadam informacji, dlaczego przy okazji innych zmian z projektu usunięto zespół ds. oceny ryzyka.
- <sup>11</sup> Decyzja Rady 2005/387/JHA z 10 maja 2005 r. w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych.
- <sup>12</sup> Kwestie te omówione zostaną szerzej w następnym artykule.
- <sup>13</sup> Ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 8 października 2010 r. (Dz.U. z 2010 r. Nr 213, poz. 1396).

## WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Spotkanie ekspertów na temat zbierania danych dotyczących leczenia, EMCDDA	19 września	Lizbona, Portugalia
Coroczne spotkanie EMCDDA ekspertów wskaźnika zgłaszalności do leczenia (TDI), EMCDDA	20-21 września	Lizbona, Portugalia
Konferencja ekspertów wojewódzkich ds. informacji o narkotykach i narkomanii, EMCDDA	24-25 września	Lizbona, Portugalia
Międzynarodowa konferencja dotycząca profilaktyki, Uniwersytet we Freiburgu	25-26 września	Frankfurt, Niemcy
Posiedzenie Horyzontalnej Grupy Roboczej ds. Narkotyków	3 października	Bruksela, Belgia
Akademia Baltic Reitox poświęcona ewaluacji krajowych strategii dotyczących narkotyków i narkomanii, EMCDDA	10-11 października	Lizbona, Portugalia
Coroczne spotkanie EMCDDA ekspertów wskaźnika choroby zakaźne związane z narkotykami (DRID), EMCDDA	11-12 października	Lizbona, Portugalia
Spotkanie techniczne dotyczące sprawozdawczości dla EMCDDA, EMCDDA	30 października	Lizbona, Portugalia
Coroczne spotkanie Heads of Reitox Focal Point, EMCDDA	28-30 listopada	Lizbona, Portugalia
Konferencja „Spice project”, Uniwersytet we Freiburgu	10 grudnia	Wiedeń, Austria
Spotkanie w ramach współpracy z Gruzją, KBPN	18-19 grudnia	Tbilisi, Gruzja

## SPOTKANIA KRAJOWE

VIII spotkanie programów redukcji szkód, CINN KBPN	18-19 września	Falenty k/Warszawy
V konferencja placówek uczestniczących w programie monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu problemu narkotyków (TDI), CINN KBPN	17-18 października	Warszawa
III szkolenie dla gmin dotyczące monitorowania problemu narkotyków na poziomie lokalnym, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Katowicach	25-26 października	Milówka
I Ogólnopolska Konferencja Narkotyki – Narkomania. Polityka, Nauka i Praktyka. Perspektywy Współpracy, Res Humane oraz KBPN	5-7 listopada	Konstancin-Jeziorna
Konferencja „Monitoring na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym – wyzwania i osiągnięcia”, CINN KBPN	4-5 grudnia	Warszawa

*Większość krajów europejskich nie posiada danych na temat rozpowszechnienia używania narkotyków przez kobiety w ciąży. Dostępne informacje pochodzą z pojedynczych badań, które opierają się na różnorodnej metodologii. Dla przykładu, badanie przeprowadzone w śródmiejskim szpitalu położniczym w Dublinie w 1992 roku wykazało, że u 4% kobiet w okresie prenatalnym i 6% w okresie postnatalnym wykryto metabolity narkotyków. Z kolei badanie bazujące na próbkach włosów pokazało, że 16% matek, które urodziły w szpitalu na Ibizie, zażywało nielegalne substancje psychoaktywne w trzecim trymestrze ciąży (Frigulus i wsp., 2012), mimo że tylko 2% mówiło o używaniu narkotyków podczas ciąży.*

## UŻYWANIE NARKOTYKÓW PRZEZ KOBIETY W CIĄŻY<sup>1</sup>

Rzeczywiste rozpowszechnienie używania narkotyków przez kobiety w ciąży jest trudne do oszacowania także z powodu różnic między krajami i poszczególnymi regionami. Dla przykładu, w Irlandii odnotowuje się większy odsetek pozytywnych wyników badań na obecność metabolitów narkotyków wśród kobiet rodzących, aniżeli wśród kobiet odbywających rutynowe wizyty lekarskie w okresie ciąży. Może to być spowodowane tym, że kobiety zażywające narkotyki rzadziej korzystają z opieki prenatalnej niż kobiety, które nie sięgają po substancje psychoaktywne. Na Łotwie 90% kobiet w ciąży w populacji ogólnej korzysta z opieki prenatalnej przed 12 tygodniem ciąży, natomiast w przypadku kobiet, które miały kontakt z narkotykami, odsetek ten kształtuje się na poziomie 70%. Natomiast Krajowy Rejestr Rodzących Matek w Czechach podaje, że rozpowszechnienie używania narkotyków wśród 1 mln matek w latach 2000–2009 kształtowało się na poziomie 1,8%.

### Zagrożenia związane z używaniem narkotyków podczas ciąży

Wszystkie substancje psychoaktywne, w tym alkohol, tytoń i niektóre leki na receptę, mogą negatywnie oddziaływać na ciążę, płód i noworodka. Jednak działanie tych substancji może się różnić (tabela 1). Może to być efektem nie tylko samej substancji, ale ogólnego słabego stanu zdrowia oraz stanu odżywienia ciężarnych kobiet.

Przedmiotem kilku badań przeprowadzonych w Holandii było krótko- i długookresowy wpływ używania przetworów konopi na nienarodzone dzieci. Do efektów krótkoterminowych można zaliczyć opóźniony

rozwój płodu, obwód głowy płodu poniżej normy i niską wagę urodzeniową dziecka (El Marroun i wsp., 2009). Skutek używania przetworów konopi (zwykle w połączeniu z tytoniem) na rozwój wewnątrzmaciczny wydawał się silniejszy aniżeli wpływ samego palenia tytoniu podczas ciąży (El Marroun i wsp., 2010). W wieku 18 miesięcy dziewczynki, ale nie chłopcy, które były narażone na używanie przetworów konopi lub tytoniu podczas ciąży matki, charakteryzowały się zwiększoną agresywnością i problemami uwagi, mimo iż ten drugi związek zniknął w przypadku zastosowania czynników zakłócających (El Marroun i wsp., 2011). Jednak w miarę rozwoju dziecka wymienione skutki mogą zanikać.

Zgodnie z tym co opisano w belgijskich i niemieckich krajowych raportach, przeprowadzone badania wykazały, że skurcz naczyń krwionośnych wskutek zażycia kokainy lub amfetaminy zmniejsza dopływ krwi do łożyska. Taka sytuacja może doprowadzić do poronienia w pierwszym trymestrze ciąży i pęknięcia łożyska, śmierci wewnątrzmacicznej i przedwczesnego porodu w trzecim trymestrze. Zaobserwowano również opóźniony rozwój płodu i zmniejszony obwód głowy. Mimo iż w ciągu pierwszych dwóch lat życia dziecka nie odnotowano innych efektów teratogennych<sup>2</sup>, niektóre badania wskazują na zwiększone występowanie śmierci łóżeczkowej oraz pewnych zaburzeń zachowania u dzieci, których matki podczas ciąży używały narkotyków.

Wyniki badań przeprowadzonych w Niemczech i Austrii wskazują, że teratogenne działanie opioidów nie jest tak silne jak w przypadku alkoholu czy tytoniu. Do anomalii podczas ciąży oraz przy porodzie należy zaliczyć: niewystarczający rozwój

płodu oraz wewnątrzmaciczny przyrost kości, śmierć wewnątrzmaciczną, przedwczesną śmierć, anomalie w odruchach noworodkowych oraz noworodkowy zespół abstynencyjny. W wyniku badania przeprowadzonego w Wiedniu stwierdzono dystrofię prenatalną i mikrocefalię odpowiednio u 21% i 14% noworodków, których matki używały heroiny w trakcie ciąży. W pierwszym roku życia zaobserwowano podwyższone ryzyko wystąpienia śmierci łóżeczkowej oraz opóźnień statomotorycznych. U niektórych dzieci mikrocefalia stwierdzona przy porodzie pozostała, skutkując zaburzeniami poznawczymi w stopniu lekkim. W badaniach brytyjskich u dzieci narażonych na wewnątrzmaciczne działanie opioidów po urodzeniu zaobserwowano szereg wad wzroku, w tym zez.

U iniekcyjnych użytkowników narkotyków obserwuje się ponadnormatywne rozpowszechnienie chorób przenoszonych przez krew, które z kolei mogą być przenoszone na płód (Gyarmathy i wsp.,

2009). Najczęściej występującą chorobą tego typu wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków jest wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C), którego przeniesienie w trakcie porodu uzależnione jest od kilku czynników. Istniejące dane wskazują, że przeniesienie WZW C z matki na dziecko występuje tylko podczas ciąży i porodu, natomiast nie w trakcie okresu karmienia piersią. Przeniesienie choroby z matki na dziecko w dużym stopniu zależy od obecności wirusowego RNA w krwi matki oraz tego, czy matka jest również zakażona HIV (Thomas i wsp., 1998). U matek seronegatywnych prawdopodobieństwo transmisji kształtuje się na poziomie 1-3%, jeśli matka ma negatywny wynik WZW C RNA, oraz na poziomie 4-6%, jeśli ten wynik WZW C RNA jest pozytywny. U matek jednocześnie zakażonych HIV i WZW C prawdopodobieństwo transmisji WZW C może sięgać nawet 41%, natomiast w odniesieniu do HIV jest również wysokie.

**Tabela 1. Zagrożenia dla zdrowia związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych podczas ciąży**

	Alkohol	Tytoń	Przetwory konopi	Pochodne amfetaminy	Kokaina	Opioidy
Niska waga urodzeniowa	+	+	+	+		+
Poronienie	+	+	+	+	+	
Śmiertelność okołoporodowa	+	+				+(a)
Komplikacje rozwojowe w dzieciństwie	+		+		+	
Choroby płodu	+		+	+	+	
Poród przedterminowy	+			+		+
Opóźniony rozwój płodu	+					
Hipotrofia wewnątrzmaciczna	+					+
Noworodkowy zespół abstynencyjny	+					+
Przedwczesne pęknięcie błon płodowych, przedwczesne oddzielenie łożyska				+	+	
Przedwczesny poród	+					
Depresja oddechowa						+

(a) W związku z odstawieniem.

Skutek używania powyższych substancji może ulec komplikacji wskutek łączenia wielu substancji i/lub występowania innych czynników związanych ze zdrowiem i stylem życia w wyniku używania narkotyków.

Źródło: A summary of the health harms of drugs, The Centre for Public Health, Faculty of Health & Applied Social Science, Liverpool John Moore's University, on behalf of the Department of Health and National Treatment Agency for Substance Misuse (2011).

## **Działania zaradcze wobec ciężarnych kobiet używających narkotyków**

Wobec ciężarnych użytkowniczek narkotyków stosuje się leczenie uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz programy opieki prenatalnej i postnatalnej. Substytucyjne leczenie uzależnienia od narkotyków u kobiet w ciąży stosowane jest jednak jedynie w przypadku opioidów w celu ustabilizowania życia uzależnionej oraz zachęcenia jej do korzystania z opieki prenatalnej i położniczej. Opieka prenatalna redukuje ryzyko powikłań ciążyowych i urodzeniowych, zwłaszcza w odniesieniu do noworodkowego zespołu abstynencyjnego, oraz zmniejsza prawdopodobieństwo defektów urodzeniowych.

### **Leczenie uzależnień od narkotyków**

Wiele użytkowniczek opioidów decyduje się na rzucenie nałogu w momencie otrzymania informacji o tym, że są w ciąży. Jednak odstawienie opioidów to wyjście wysoce ryzykowne, ponieważ powrót do używania w trakcie ciąży może skutkować słabymi wynikami badań w ramach opieki położniczej, a poważne objawy zespołu abstynencyjnego mogą doprowadzić do poronienia w pierwszym trymestrze bądź przedwczesnego porodu w trzecim trymestrze (WHO, 2009). Zatem ciężarne kobiety uzależnione od opioidów powinny zgłaszać się na leczenie substytucyjne, a te, które biorą w nim udział, powinny je kontynuować.

W 1999 roku, w każdym z trzech szpitali położniczych w Dublinie w celu zapewnienia wszystkim ciężarnym kobietom zażywającym opioidy opieki prenatalnej oraz dostępu do leczenia uzależnienia oraz stabilizacji w zakresie dawkowania metadonu uruchomiono pomoc wyspecjalizowanej położnej. Pierwsza diagnoza jest podstawą do natychmiastowego podjęcia leczenia. Główny nacisk kładziony jest na substytucję metadonową i ustabilizowanie dawek. Kobietom zaleca się doustne przyjmowanie metadonu przez cały okres ciąży. Istnieje opcja detoksykacji po pierwszym trymestrze, jednak nie wywiera się presji w kierunku zmniejszenia dawek bądź poddania się detoksykacji. Kobiety, które mają kłopoty z ustabilizowaniem dawek, mogą skorzystać z pomocy stacjonarnej w specjalistycznym ośrodku

leczenia uzależnień od narkotyków. W Wielkiej Brytanii istnieje szybka ścieżka dostępu do leczenia odwykowego dla kobiet w ciąży. Leczenie substytucyjne może być podjęte w dowolnym momencie ciąży z uwagi na jego mniejszą szkodliwość w porównaniu z używaniem narkotyku.

### **Wytyczne i standardy jakości w zakresie usług dla ciężarnych użytkowniczek narkotyków**

Leczenie substytucyjne w połączeniu z pracą społeczną i pomocą psychologiczną to rutynowa praktyka w leczeniu uzależnienia od heroiny u kobiety w ciąży (Mactier, 2011). Najpowszechniejszą substancją w tym zakresie w Europie jest metadon, chociaż w niektórych krajach stosowana jest buprenorfina oraz wolno uwalniająca się morfina. W wielu krajach, takich jak Niemcy, Irlandia, Łotwa, Holandia czy Wielka Brytania, głównym specyfikiem jest metadon, podczas gdy buprenorfina stosowana jest na przykład w Estonii czy Norwegii. W Niemczech, oprócz leków substytucyjnych w leczeniu ciężarnych kobiet uzależnionych od opioidów, stosuje się również diamorfinę. Jednak ma to miejsce głównie w przypadku osób z grupy wysokiego ryzyka i jest ściśle kontrolowane.

Zalecenia spełniają międzynarodowe standardy, a w niektórych krajach kobiety ciężarne mają pierwszeństwo w dostępie do leczenia. Między krajami mogą jednak występować różnice w procedurach dotyczących leczenia ciężarnych kobiet uzależnionych od opioidów. W wielu krajach leczenie substytucyjne zaleca się w każdym momencie ciąży, podczas gdy detoksykacja jest stanowczo odradzana, zwłaszcza w pierwszym trymestrze w celu zapobieżenia defektom urodzeniowym i poronieniu oraz w trzecim trymestrze w celu zmniejszenia ryzyka przedwczesnego porodu.

Osiem krajów poinformowało, że posiada wytyczne dotyczące usług dla ciężarnych użytkowniczek narkotyków oraz ich nowo narodzonych dzieci. Jeden kraj (Portugalia) przesłał informację o tym, że takie wytyczne są w trakcie opracowywania. Większość tych wytycznych odnosi się do leczenia substytucyjnego. W Niemczech, Irlandii, Rumunii i Wielkiej Brytanii wytyczne funkcjonują w ramach systemu leczenia odwykowego, w którym kobiety ciężarne stanowią

konkretną podgrupę, podczas gdy na Węgrzech, w Norwegii i Szwecji opracowano odrębne wytyczne. Trzy kraje, Niemcy, Holandia, Rumunia, posiadają dokumenty dotyczące standardów postępowania w odniesieniu do noworodkowego zespołu abstynencyjnego. W Holandii istnieją dwa osobne protokoły dotyczące diagnostyki, leczenia medycznego, wsparcia oraz leczenia lub opieki interdyscyplinarnej zarówno w odniesieniu do dziecka, jak i rodziców. W Irlandii standardy Służby Więziennej definiują postępowanie w zakresie leczenia medycznego, karmienia piersią oraz wsparcia psychologicznego. W Rumunii w ramach ogólnych standardów w substytucyjnym leczeniu uzależnienia od opioidów, istnieją zalecenia co do postępowania leczniczego oraz karmienia piersią noworodków, u których stwierdzono zespół abstynencyjny.

## Zespół abstynencyjny u noworodków

Najszerzej stosowanym w Europie lekiem w leczeniu substytucyjnym jest metadon. Niestety, do jego częstych skutków ubocznych należy zaliczyć noworodkowy zespół abstynencyjny. W badaniu matek, którym podano metadon podczas porodu, zespół abstynencyjny zaobserwowano u 28% noworodków, których matki otrzymały niskie dawki (5-30 mg), u 43% w przypadku dawek średnich (31-50 mg) oraz u 71% przy dawkach wysokich (51-95 mg) środka (Scully i wsp., 2004). Inne badania potwierdziły zależność między ekspozycją na metadon w trakcie ciąży a występowaniem zespołu abstynencyjnego wśród noworodków (Binder i Vavrinkova, 2008; Clear

i wsp., 2011). Biorąc pod uwagę częste występowanie zespołu abstynencyjnego wśród noworodków, których matki przyjmowały metadon w trakcie ciąży, warto przyjrzeć się innym formom leczenia substytucyjnego. W badaniu, w ramach którego ciężarne matki przyjmowały doustnie metadon, buprenorfinę i wolno uwalniającą się morfinę, 40% noworodków nie wymagało leczenia z powodu zespołu abstynencyjnego, ponieważ nie stwierdzono u nich żadnych objawów bądź miały one łagodny charakter (Ebner i wsp., 2007). Jednak 79% noworodków, których matkom podawano buprenorfinę, w porównaniu z 32% z grupy metadonowej i 18% z grupy morfino-owej, nie wymagało leczenia na skutek wystąpienia noworodkowego zespołu abstynencyjnego. W innym badaniu również stwierdzono, że noworodki, które były narażone na działanie buprenorfiny podczas ciąży ich matek, przebywały w szpitalu krócej, a leczenie zespołu abstynencyjnego trwało u nich także krócej, przy znacznie mniejszych dawkach morfiny, aniżeli dzieci, u których wystąpiła wewnątrzmaciczna ekspozycja na metadon (Jones i wsp., 2010). Chociaż w celu zweryfikowania cytowanych wyników potrzebne są kolejne badania, wielu autorów zaleca leczenie ciężarnych matek uzależnionych od opioidów buprenorfiną, zamiast metadonem (Binder i Vavrinkova, 2008; Kakko i wsp., 2008).

## Kompleksowe programy opieki prenatalnej i postnatalnej

W kilku krajach istnieją interdyscyplinarne, kompleksowe programy opieki prenatalnej i postnatalnej<sup>3</sup>. W celu zapewnienia prawidłowego funkcjonowania i zdrowego

### Noworodkowy zespół abstynencyjny

Używanie podczas ciąży kokainy, opioidów oraz prawdopodobnie innych narkotyków może prowadzić do wystąpienia u noworodka zespołu abstynencyjnego. Noworodkowy zespół abstynencyjny charakteryzuje się hipernadwrażliwością ośrodkowego układu nerwowego, patologią gastrojelitową, zaburzeniami oddychania oraz ogólnymi objawami typu ziewanie, kichanie i gorączka. Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii wskazały na rozpowszechnienie noworodkowego zespołu abstynencyjnego wśród 68% noworodków, których matki zażywały opioidy, przy jednoczesnym wskazaniu na występowanie związku między zażywaniem opioidów w trakcie ciąży a rozwojem zespołu w zależności od dawki (Scottish Executive, 2006). W cytowanych badaniach około połowa noworodków, u których początkowo nie stwierdzono objawów, rozwinęła opóźniony zespół abstynencyjny, mimo iż po rozpoczęciu leczenia wiele z tych dzieci funkcjonowało prawidłowo w 20. tygodniu ciąży. Około 25% z tych dzieci wymagało długoterminowej kontroli i opieki.

rozwoju matki oraz dziecka, lekarze, psycholodzy i pracownicy socjalni monitorują użytkowniczkę narkotyków oraz ich dzieci od fazy wczesnej ciąży do dzieciństwa. Przystępna poradnia rodzinna w Hvidovre w Danii jest specjalistycznym ośrodkiem dla kobiet w ciąży, które używają bądź używały narkotyków oraz rodzin z problemem narkotykowym (np. ojciec lub inni członkowie rodziny poza matką biorą narkotyki). Dzieci takich matek otrzymują kompleksową opiekę medyczno-psychologiczną do momentu rozpoczęcia edukacji szkolnej. W oparciu o ten model rząd duński finansuje funkcjonowanie poradni rodzinnych w całym kraju, które mają na celu pomagać ciężarnym użytkowniczkom narkotyków i ich dzieciom, które były narażone na działanie narkotyków, od urodzenia do wieku szkolnego. Duński Focal Point sprawozdał, że występowanie komplikacji ciążyowo-porodowych oraz defektów urodzeniowych u ciężarnych pacjentek używających narkotyków zmniejszyło się znacząco w wyniku uruchomienia kompleksowych programów opieki prenatalnej i postnatalnej.

Niektóre z tego typu programów, np. Benniena na Malcie, rozwijały się przez ponad dekadę, od punktu konsultacyjnego dla ciężarnych użytkowniczek narkotyków po ośrodki kompleksowej pomocy dla rodzin dotkniętych narkomanią. Na rosnące zjawisko ciężarnych użytkowniczek narkotyków rząd maltański odpowiedział stworzeniem interdyscyplinarnego komitetu roboczego do spraw matek nadużywających substancji psychoaktywnych, w skład którego weszli pracownicy socjalni, pediatrzy, położne ze wszystkich oddziałów położniczych, pielęgniarki środowiskowe, położne specjalizujące się w opiece prenatalnej oraz lekarze. Komitet ma za zadanie monitorować przyszłe matki z problemem narkotykowym oraz zapobiegać stosowaniu drastycznych środków, takich jak nakazy sądowe/opiekuńcze oraz dbać, by dziecko, o ile to możliwe, po urodzeniu wracało do rodziny.

W Finlandii stworzono system HAL. Jest to interdyscyplinarny model leczenia (narkotyki, alkohol, leki), w oparciu o który sieć poradni dla kobiet w ciąży w całym kraju świadczy dla nich pomoc psychospołeczną oraz medyczną. Dwie trzecie klientek HAL trafia tam z przychodni położniczych, natomiast reszta jest kierowana z poradni uzależnień lub innych instytucji, takich jak punkty pomocy doraźnej. Co roku wszystkie szpitale kliniczne świadczą usługi HAL dla ponad 400 matek nadużywających substancji psychoaktywnych, w tym mieści się kontrola ciąży (regularne testy na obecność narkotyków

i alkoholu oraz badania laboratoryjne w grupach wysokiego ryzyka typu WZW B, WZW C i HIV), pomoc psychiatryczna, psychologiczna oraz pediatryczna. Dzieci urodzone w ramach systemu HAL odbywają regularne wizyty kontrolne i odwiedzane są przez pracowników socjalnych do momentu osiągnięcia wieku szkolnego. W Norwegii, na wzór model duńskiego, powołano do życia ośrodki niskoprogowe nazywane ambulatoriami rodzinnymi. We współpracy z oddziałami opieki postnatalnej, placówkami opieki zdrowia psychicznego oraz innymi ośrodkami miejskimi świadczą one usługi z zakresu pomocy profilaktycznej dla ciężarnych użytkowniczek narkotyków oraz kontroli dzieci do okresu osiągnięcia przez nie wieku szkolnego.

Mobilny zespół do spraw uzależnień Szpitala Port Royal-Cochin w Paryżu ma na celu pomagać ciężarnym użytkowniczkom narkotyków w opanowaniu bądź doskonaleniu umiejętności wychowawczych. Zespół, który świadczy pomoc w trakcie ciąży, podczas porodu i w okresie połogu, składa się z pięciu profesjonalistów: psychiatry, lekarza ogólnego (obaj wyspecjalizowani w leczeniu uzależnień), pracownika socjalnego, pielęgniarki i położnej. Od 2010 roku we Francji uruchomiono 35 projektów mających na celu pomoc uzależnionym matkom i ich dzieciom, jak również przyszłym matkom i ich nienarodzonym dzieciom. W realizację tych projektów angażowane są wyspecjalizowane ośrodki leczenia uzależnień od narkotyków, ośrodki postrehabilitacyjne oraz placówki niskoprogowe we współpracy z poradniami położniczymi, oddziałami ratunkowymi oraz oddziałami systemu opieki społeczno-medycznej dla noworodków. Kilka szpitali w Austrii (zwłaszcza w Wiedniu i Innsbrucku) oferuje pomoc prenatalną, postnatalną, psychospołeczną oraz społeczną dla omawianej grupy kobiet. Po roku pilotażu, w roku 2010 w Klinicznym Szpitalu Psychiatrycznym Uniwersytetu w Innsbrucku uruchomiono na stałe program regularnych badań kontrolnych i pomocy dla ciężarnych kobiet odbywających opioidowe leczenie substytucyjne i dodatkowe usługi świadczone w ośrodku leczenia uzależnień. Wiele wiedeńskich szpitali oferuje kompleksową pomoc, w tym działania środowiskowe, celem nawiązania kontaktu z kobietami na wczesnym etapie ciąży. Dla przykładu, Projekt Kompleksowej Opieki w Szpitalu Klinicznym w Wiedniu bazuje na podejściu interdyscyplinarnym z wykorzystaniem lekarzy, pracowników socjalnych, farmaceutów, pielęgniarek i psychoterapeutów. W ramach

projektów oferowana jest opieka prenatalna i postnatalna. Kobiety ciężarne korzystają z pomocy psychiatrycznej i psychospołecznej, terapii metadonowej, morfinowej i buprenorfinowej. Noworodki ze stwierdzonym zespołem abstynencyjnym otrzymują natychmiastową pomoc. Natomiast wszystkie dzieci do osiągnięcia 6 lat odbywają regularne wizyty kontrolne, a w razie konieczności biorą udział w terapii (np. fizjoterapia czy terapia logopedyczna). W Holandii, w oparciu o American Nurse Family Partnership, opracowano i zaadaptowano do tamtejszych warunków program o nazwie „Ostrożność” (Voorzog). Projekt kierowany jest do bezdzietnych kobiet poniżej 25. roku życia używających narkotyków, oraz do tych, które są maksymalnie w 28 tygodniu ciąży. Po urodzeniu dzieci tych kobiet poddawane są kontroli przez dwa lata. W tym okresie rodziny uczestniczą w 60 wizytach domowych trwających średnio 60-90 minut, przy czym częstotliwość

wizyt maleje (na początku jest to raz w tygodniu, pod koniec projektu raz w miesiącu).

Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża w Hiszpanii realizuje program wizyt kontrolnych dla ciężarnych kobiet z grupy wysokiego ryzyka. Program ma na celu redukcję szkodliwych skutków używania narkotyków w odniesieniu do kobiet i ich nienarodzonych dzieci. Ciąża stanowi szansę na rozpoczęcie regularnych wizyt kontrolnych i leczenie uzależnienia, w tym leczenie substytucyjne; w razie konieczności istnieje możliwość wykonania badań pod kątem zakażeń i zapewnienia opieki psychiatrycznej. Szereg interdyscyplinarnych programów kompleksowej opieki dostępnych jest również w Niemczech. Dla przykładu program środowiskowy WIGWAM w Berlinie oferuje ciężarnym użytkowniczkom narkotyków interdyscyplinarną pomoc od 1987 roku. Oprócz pomocy prenatalnej, opieki położniczej, leczenia uzależnień

### **Profilaktyka zakażeń wertykalnych wśród noworodków zakażonych matek**

W porównaniu z zakażeniami HIV, nie istnieją skuteczne i bezpieczne metody zapobiegania transmisji WZW C z matki na dziecko, mimo że terapia antyretrowirusowa u matek seropozytywnych wykazała pewną redukcję transmisji obu wirusów (Gyarmathy i wsp., 2009). Wśród kobiet zakażonych tylko HIV, transmisja wskutek karmienia piersią, w trakcie ciąży i podczas porodu może zostać zredukowana do poziomu poniżej 1% w przypadku wczesnej diagnozy i skutecznego leczenia matki. Z kolei transmisja WZW B z matki na dziecko może być zażegnana poprzez terapię kombinowaną, z zastosowaniem immunoglobuliny anti-HBs oraz serii szczepień przeciw WZW B. Istnieją również doniesienia, że infekcje bakteryjne przenoszone drogą płciową, takie jak chlamydia, kiła czy rzeżączka mogą być skutecznie leczone antybiotykami, co również zapobiega transmisji wertykalnej.

### **Szczególne zjawiska i grupy**

Jedną z kwestii szczególnych jest porzucanie nowo narodzonych dzieci w szpitalu przez matki używające narkotyków. Bułgarski Focal Point donosi o tego typu zjawisku szczególnie wśród młodych Romek nadużywających narkotyków. W efekcie organizacja pozarządowa o nazwie „Naszym Dzieciom” organizuje wizyty w Płowdiwskim Szpitalu Ogólnym, gdzie dochodzi do wielu takich porzuceń. Wizyty mają na celu zapewnienie wsparcia emocjonalnego, psychologicznego i socjalnego kobietom z grupy ryzyka. Organizacja promuje reintegrację dzieci z ich biologicznymi rodzicami lub, jeśli to okaże się niemożliwe, wspiera rodziny zastępcze, zwłaszcza krewnych. Ponadto, pomoc dla ciężarnych bądź rodzących matek używających narkotyków polega na dostarczaniu żywności i artykułów pierwszej potrzeby dla dziecka, np. pieluch czy ubranek.

Grupą szczególną wśród ciężarnych użytkowniczek narkotyków są kobiety odbywające karę pozbawienia wolności. Kompleksowa pomoc prenatalna dla tej grupy istnieje w Zakładzie Karnym Mountjoy w Dublinie. Kobietom oferowane są badania na obecność HIV oraz, w przypadku wyników pozytywnych, odpowiednie leczenie. W ramach tego programu prowadzona jest również ścisła współpraca z lokalnymi organizacjami w celu przygotowania matki i jej nowo narodzonego dziecka do życia na wolności. Inną szczególną grupą są kobiety seropozytywne, u których do zakażenia dochodzi często drogą dożylną. W Estonii w celu zapobiegania transmisji zakażenia przez mleko matki, dzieci kobiet zakażone HIV mają dostęp do darmowego mleka modyfikowanego do momentu osiągnięcia przez nie 12. miesiąca życia.

(w tym leczenia stacjonarnego dla noworodków z zespołem abstynencyjnym), kobiety mogą korzystać z terapii substytucyjnej, opieki psychospołecznej, wizyt domowych i świadczeń socjalnych. W 2007 roku w Kassel uruchomiono Program Wczesnej Interwencji dla Ciężarnych Kobiet Nadużywających Substancji Psychoaktywnych (Fruehintervention fuer suchtmittelabhaengige Schwangere, KIDS). Ma on na celu jak najwcześniejsze dotarcie do uzależnionych ciężarnych kobiet po to, by móc kierować je do odpowiednich ośrodków opieki medyczno-socjalnej. W Portugalii, Zintegrowany Projekt Wsparcia Macierzyńskiego zapewnia szereg usług o całościowym i globalnym charakterze dla uzależnionych kobiet w ciąży i w porożu, a także dla ich dzieci. Program bazuje na modelu pomocy ambulatoryjnej w postaci leczenia, redukcji szkód czy reintegracji.

## **Polityka i rozwiązania legislacyjne wobec ciężarnych użytkowników narkotyków**

W niektórych krajach członkowskich ciąża stanowi kryterium kwalifikacyjne do podjęcia opioidowego leczenia substytucyjnego<sup>4</sup>. Rozpoczęcie leczenia wymaga zgody matki. Doniesienia z Finlandii i Szwecji mówią o trudnościach w legalnej ochronie płodu. Trudno jest zmusić przyszlą matkę do poddania się opiece z uwagi na fakt, iż prawa dziecka chronione są dopiero po jego urodzeniu. Istnieje ryzyko naruszenia prawa matki do samostanowienia. Mimo to w obu tych krajach niedawno pojawiły się inicjatywy dotyczące zmiany tego stanu rzeczy. W Holandii leczenie przymusowe w postaci nakazu opieki prenatalnej możliwe jest w momencie, gdy ciąża osiągnęła 24 tydzień. Istnieje również możliwość nałożenia nakazu na ciężarną użytkowniczkę narkotyków podjęcia leczenia w szpitalu psychiatrycznym, jednak takie rozwiązanie jest stosowane rzadko, ponieważ przepis ten został uchwalony głównie z myślą o leczeniu zaburzeń psychicznych. Jednak kluczowym problemem w omawianym zakresie jest sprzeczność prawa i/lub jego interpretacji: narażanie zdrowia dziecka a prawo rodzica do wychowywania dzieci. Choć matka ma prawo do ochrony lub pomocy, a powyższe przykłady pokazują, jak może z tego skorzystać, może jednak pojawić się obawa, że jeśli to zrobi, narazi się na ryzyko odebrania dziecka, co może skutkować tym, że będzie ukrywać ciążę. Tego

typu obawy pojawiły się w doniesieniach z Niemczech, Węgier, Holandii i Szwecji.

Chociaż w wielu krajach istnieją przepisy mówiące o obowiązku zgłaszania informacji mających związek z dobrem dziecka, nie było jasne, jak wiele z nich dotyczy dobra nienarodzonego dziecka. W Szwecji ten obowiązek nie odnosi się do dzieci nienarodzonych, natomiast w Finlandii od marca 2010 roku istnieje wymóg złożenia zawiadomienia o ciąży do ośrodka pomocy społecznej, w przypadku gdy istnieje uzasadniona potrzeba uzyskania przez dziecko pomocy natychmiast po urodzeniu. W Danii należy zgłaszać obawy o dobro nienarodzonych dzieci i obowiązek zgłaszania wykorzystywania dzieci odnosi się do wszystkich obywateli, bez względu na ich relacje z danym dzieckiem. W Wielkiej Brytanii (Anglia i Walia) nie ma obowiązku składania zawiadomień w omawianym zakresie, jednak profesjonaliści i władze lokalne mają obowiązek złożenia zawiadomienia w przypadku narażenia nienarodzonego dziecka na poważne ryzyko. W większości krajów obowiązek składania zawiadomienia lub podejrzeń co do tego, że dziecko jest „w potrzebie”, spoczywa głównie na profesjonalistach, na przykład pracownikach socjalnych (Słowenia), pracownikach systemu ostrzegania o zagrożeniach dziecka (Węgry) czy osobach pracujących z dziećmi (Szwecja). W Szwecji Służba Więzienna i Kuratoryjna ma obowiązek złożenia zawiadomienia w przypadku wystąpienia podejrzenia złego traktowania dziecka. W Niemczech zawodowy obowiązek złożenia zawiadomienia rodzi konflikt z obowiązkiem zachowania tajemnicy lekarskiej, chociaż nowe prawo – Bundeskinderschutzgesetz, które weszło w życie 1 stycznia 2012 roku – ma tę kwestię rozwiązać.

W Polsce, w przypadku gdy zachowanie rodzica uzależnionego od narkotyków skutkuje u dziecka utratą zdrowia, dziecko, zgodnie z kodeksem cywilnym, ma prawo do odszkodowania, nawet jeśli przedmiotowe działania miały miejsce podczas ciąży.

*Bibliografia do artykułu znajduje się w redakcji.*

## **Przypisy**

- <sup>1</sup> Fragment publikacji „Pregnancy, childcare and the family: key issues for Europe’s response to drugs”, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2012.
- <sup>2</sup> Skutki, które powodują deformacje rozwojowe płodu bądź w życiu noworodka.
- <sup>3</sup> Oprócz cytowanych przykładów, kompleksowe programy opieki funkcjonują w Belgii, Luksemburgu i Wielkiej Brytanii.
- <sup>4</sup> Patrz strona EMCDDA w części poświęconej formom leczenia w krajach europejskich.



Największą grupę zgłaszających się do leczenia z powodu używania narkotyków w 2011 roku stanowiły osoby w wieku 15-19 lat oraz 20-24 i 25-29 lat. W ostatnim roku widoczny jest spadek zgłoszeń osób w wieku 25-29 lat oraz 30-34 lata. W roku 2010 osoby z tych przedziałów wiekowych stanowiły odpowiednio 30,1% oraz 19,9% zgłaszających się do leczenia. W 2011 roku odsetki te wyniosły 21,8% dla osób w wieku 25-29 lat oraz 12,6% dla przedziału 30-34 lata.

## ZGŁASZALNOŚĆ DO LECZENIA Z POWODU NARKOTYKÓW W POLSCE

Katarzyna Sollich

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

Zgodnie z rekomendacjami Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii lista obszarów zbierania danych na temat narkotyków obejmuje rozpowszechnienie używania narkotyków w populacji generalnej i w poszczególnych jej segmentach, zgłaszalność do leczenia, zgony związane z narkotykami, choroby zakaźne związane z narkotykami oraz oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków.

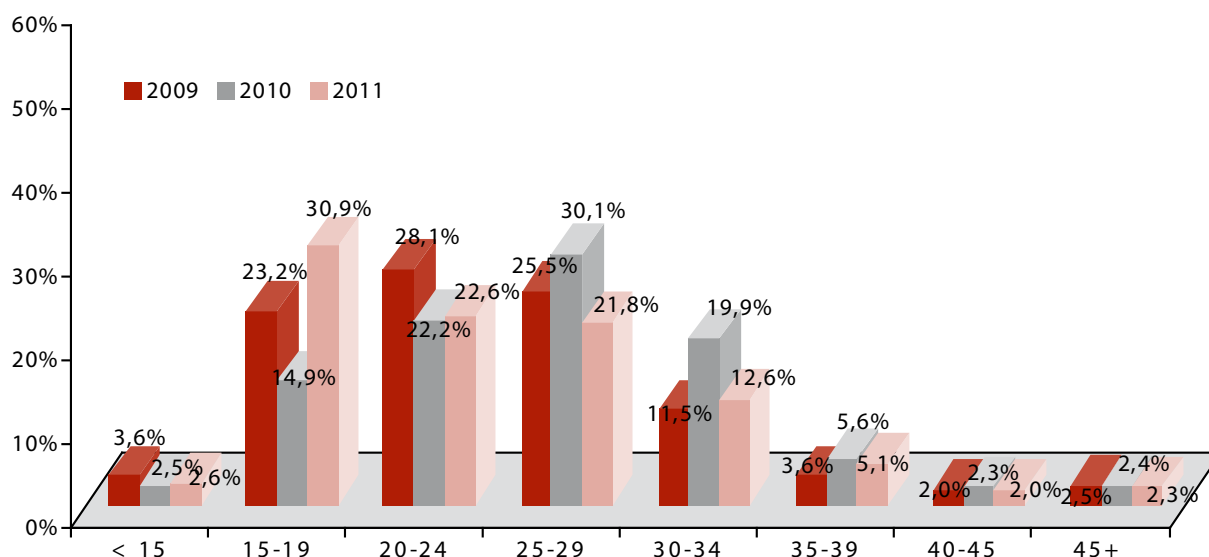
Aktualnie w Polsce w pełnym trybie zbierane oraz raportowane są dane z zakresu czterech głównych wskaźników. W obszarze monitorowania zgłaszalności do leczenia należymy do nielicznych państw, które nie wprowadziły jeszcze tego systemu jako krajowego regularnego monitoringu. Od roku 2008 funkcjonuje on jako projekt pilotażowy, z którego dane w roku 2012 Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

KBPN po raz czwarty sprawozdało do EMCDDA. Po raz drugi przedstawiono je natomiast w raporcie krajowym, który wydawany co roku przez Krajowe Biuro, przedstawia wyniki monitoringu zjawiska używania nielegalnych substancji psychoaktywnych oraz związanych z tym problemów.

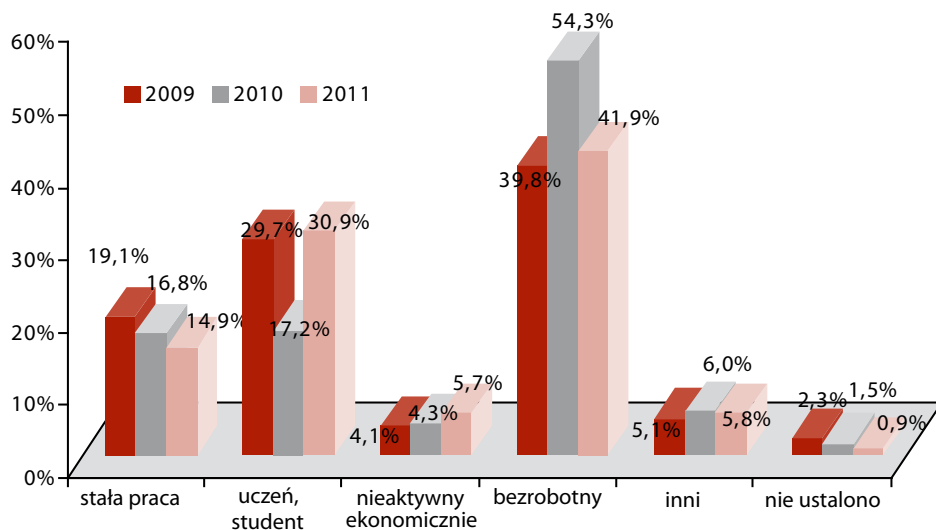
**Tabela 1. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychoaktywnych w latach 2009–2011**

Liczba pacjentów w poszczególnych latach	2009	2010	2011
Wszyscy pacjenci	1426	1342	1831
Pacjenci zgłaszający się do leczenia po raz pierwszy	570	364	788
Liczba placówek sprawozdających się	26	21	26

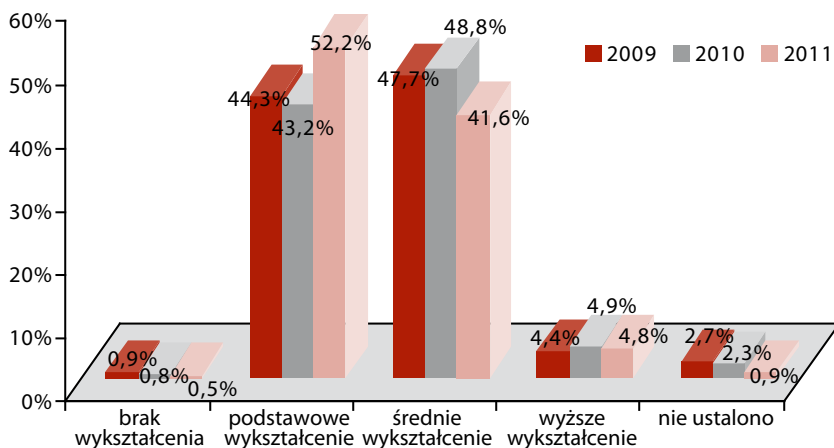
**Wykres 1. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychoaktywnych w latach 2009–2011 (odsetek wszystkich pacjentów według grupy wiekowej)**



**Wykres 2. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychoaktywnych w latach 2009–2011 (odsetek pacjentów w podziale na aktywność zawodową)**



**Wykres 3. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychoaktywnych w latach 2009–2011 (odsetek pacjentów w podziale na wykształcenie)**



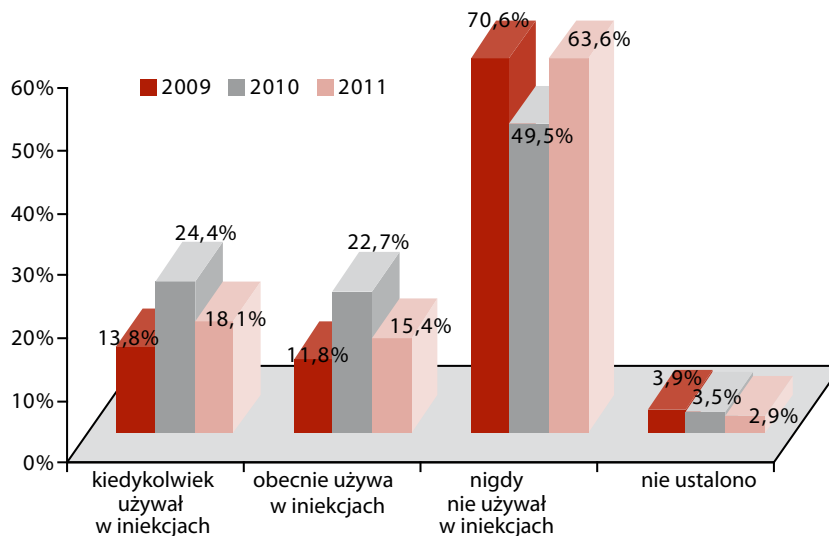
Ponieważ system monitorowania zgłaszalności do leczenia z powodu używania narkotyków (TDI – Treatment Demand Indicator) wciąż jest na etapie projektu, w którym udział poszczególnych podmiotów leczniczych jest dobrowolny (ma to regulować rozporządzenie ministra zdrowia), co wiąże się z różną częstotliwością oraz ilością przesyłanych do CINN informacji na temat zgłoszeń, należy ze szczególną ostrożnością analizować wszelkie wnioski płynące z jego wyników.

W 2011 roku dane w ramach projektu przesyłały do Krajowego Biura: 1 oddział detoksykacyjny, 1 oddział dzienny, 9 placówek ambulatoryjnych (w tym jedna prowadząca leczenie substytucyjne) oraz 15 ośrodków stacjonarnych. Łącznie przesłano dane 1831 osób, z czego 788 stanowili pacjenci, którzy podjęli leczenie po raz pierwszy w życiu. Razem do leczenia przyjęto 1461 mężczyzn i 369 kobiet. W jednym z analizowanych przypadków w kwestionariuszu przesłanym do Krajowego Biura sprawozdano, iż nie udało się ustalić płci pacjenta. W pozostałych latach liczba przesyłanych do Krajowego Biura kwestionariuszy pacjentów zależna była od aktywności oraz rodzaju placówek uczestniczących w systemie TDI.

Największą grupę zgłaszających się do leczenia z powodu używania narkotyków w 2011 roku stanowiły osoby w wieku 15-19 lat oraz 20-24 i 25-29 lat. W ostatnim roku widoczny jest spadek zgłoszeń osób w wieku 25-29 lat oraz 30-34 lata. W roku 2010 osoby z tych przedziałów wiekowych stanowiły odpowiednio 30,1% oraz 19,9% zgłaszających się do leczenia.

W roku 2011 odsetki te wyniosły 21,8% dla osób w wieku 25-29 lat oraz 12,6% dla osób w wieku 30-34 lata. Znacząco zwiększył się odsetek zgłaszających się osób z przedziału wiekowego 15-19 lat. W roku 2010 wyniósł on 14,9%. W roku 2011 wzrósł do 30,9%, co może mieć również związek z różnorodnością ofert placówek przesyłających dane w ramach systemu TDI. Wśród mężczyzn decydujących się na podjęcie leczenia z powodu używania substancji psychotropowych prawie 90% stanowili mężczyźni z grup wiekowych

**Wykres 4. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychoaktywnych w latach 2009–2011 (odsetek pacjentów w podziale na używanie narkotyków w iniekcjach)**



15-19, 20-24 oraz 25-29 lat. W przypadku obu płci w ciągu ostatnich trzech lat odnotowuje się stosunkowo małą liczbę zgłoszeń osób poniżej 15. oraz powyżej 35. roku życia.

Ponad 40% osób zgłaszających się do leczenia w roku 2011 było bezrobotnych. Mimo tak wysokiego wskaźni-

ka w grupie tej w porównaniu z rokiem poprzednim odnotowuje się znaczący spadek zgłoszeń.

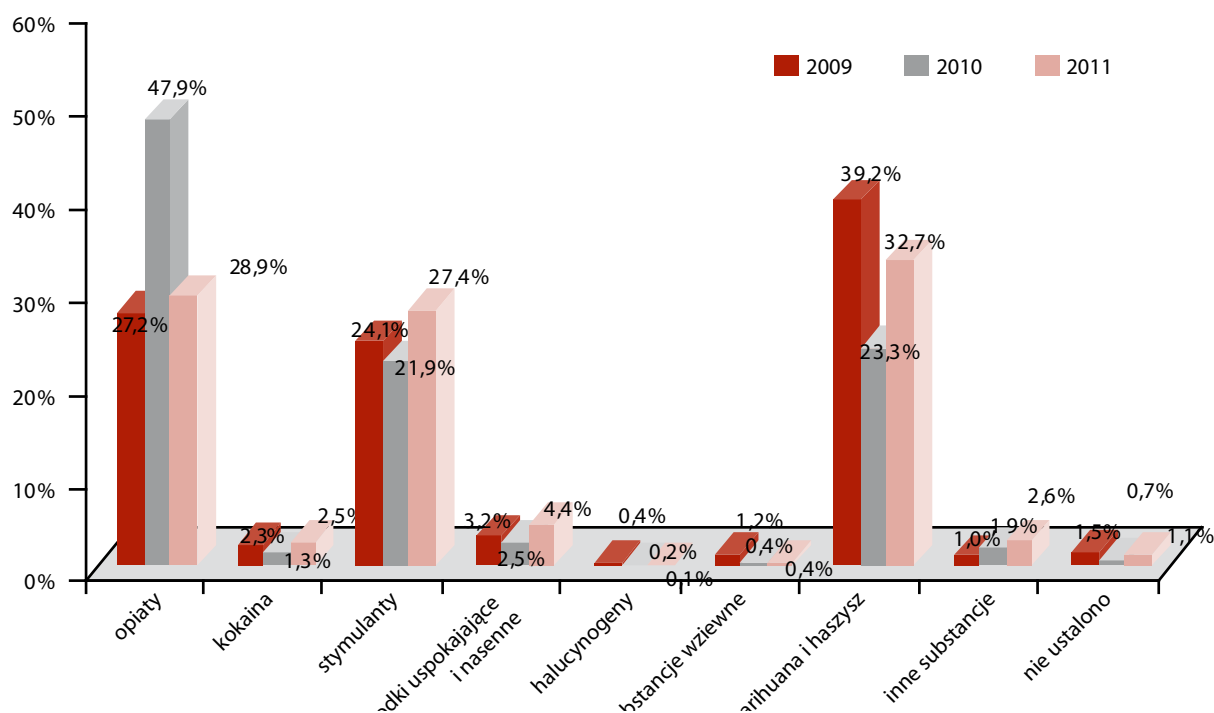
Osobami, które również licznie zgłaszały się z powodu problemowego używania narkotyków byli uczniowie i studenci (30,9%). Ich liczba jest porównywalna z danymi z roku 2009, natomiast przy porównaniu z danymi z roku 2010 widać zdecydowany wzrost zgłoszeń pacjentów o tej aktywności zawodowej.

W roku 2011, podobnie jak w roku 2010, najczęściej do leczenia zgłaszały się osoby posiadające wykształcenie podstawowe (52,2%) lub średnie (41,6%). Odsetek osób z pozostałych grup wyniósł niecałe 7%.

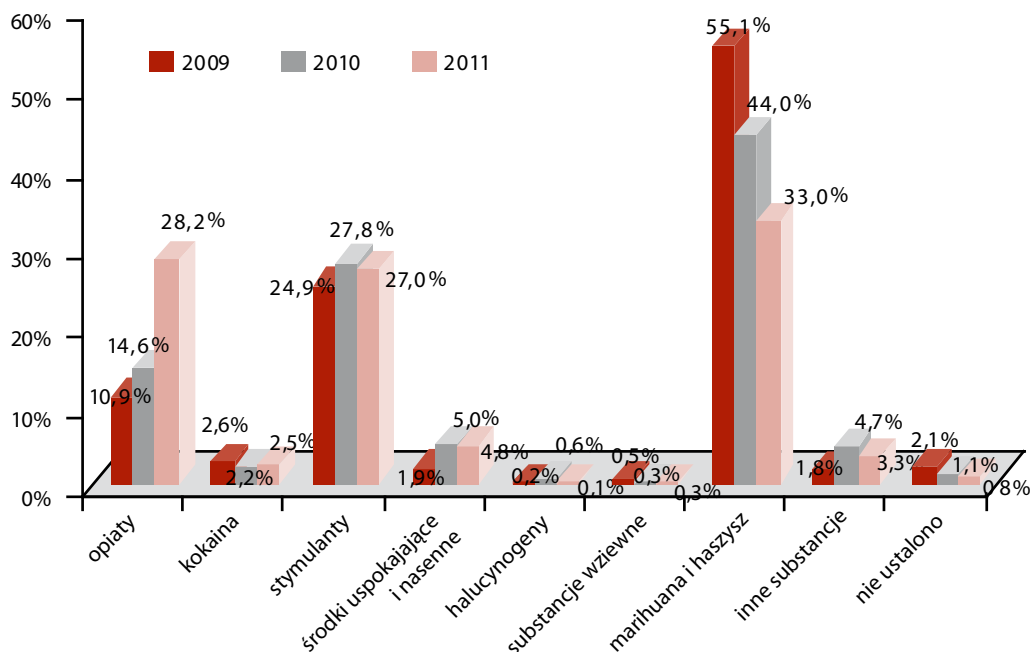
Jednym z istotnych obszarów zbierania danych z zakresu monitorowania

zgłaszalności do leczenia są dane na temat zachowań ryzykownych pacjentów. Gromadzone są informacje na temat używania narkotyków w iniekcjach, dzielenia się igłami i strzykawkami oraz wieku pierwszej iniekcji. Na podstawie informacji z roku 2011 widać, że wśród osób objętych monitorowaniem znacząco spadła liczba

**Wykres 5. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychoaktywnych w latach 2009–2011 (odsetek pacjentów w podziale na narkotyki podstawowy)**



**Wykres 6. Osoby zgłaszające się do leczenia lub rehabilitacji z powodu używania środków odurzających lub substancji psychoaktywnych w latach 2009–2011 (odsetek pacjentów zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy w podziale na narkotyki podstawowy)**



tych, którzy kiedykolwiek lub obecnie używają narkotyków w iniekcjach. Jednocześnie do 63,6% wzrósł odsetek osób, które nigdy nie używały substancji psychotropowych w ten sposób.

W przypadku ok. 3% osób nie ustalono używania substancji psychoaktywnych w iniekcjach; odsetek ten od trzech lat utrzymuje się na tym samym poziomie. Wśród pacjentów objętych monitorowaniem zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków w roku 2011 w przeciwieństwie do roku poprzedniego największą, ponad 30-procentową grupę stanowiły osoby zgłaszające jako narkotyk podstawowy marihuanę i haszysz. Kolejnymi wymienianymi przez pacjentów podstawowymi substancjami problemowymi okazały się opiaty (28,9%) oraz stymulanty (27,4%). Substancje te można uznać za dominujące, mimo różnorodności w poszczególnych latach placówek oraz danych, które przesyłały one w ramach monitoringu TDI.

Środki, takie jak: kokaina, leki uspokajające i nasenne, halucynogeny, substancje wziewne oraz inne substancje od 2009 roku podawane jako główna substancja problemowa występują u mniej niż 5% zgłaszających się do leczenia pacjentów.

W przypadku osób podejmujących leczenie po raz pierwszy w życiu najczęściej wymienianymi sub-

stancjami problemowymi są, tak samo jak w grupie wszystkich pacjentów zgłaszających się do leczenia, marihuana i haszysz, stymulanty oraz opiaty. Pozostałe substancje w grupie zgłaszanych jako problemowe nie przekraczają 5%.

Tak zbierane w ramach wskaźnika zgłaszalności do leczenia dane na temat charakterystyki społeczno-demograficznej osób poszukujących leczenia, rodzaju substancji psychoaktywnej, której używanie sprawia im najwięcej problemów, dominującego wzoru używania narkotyków oraz zachowań ryzykownych podejmowanych przez użytkowników narkotyków pozwalają na określenie, jakie osoby używają narkotyków w sposób problemowy, w jakim są wieku, gdzie mieszkają oraz jaki jest stan sceny narkotykowej. Informacje gromadzone w ramach systemu TDI przez placówki mogą służyć im jako baza danych o wszystkich pacjentach używających narkotyków zgłaszających się do leczenia. Po pełnym wdrożeniu projektu możliwe będzie natomiast zebranie danych, które po przeanalizowaniu na poziomie krajowym oraz regionalnym i lokalnym umożliwią kształtowanie polityki narkotykowej odpowiadającej potrzebom pacjentów i placówek przygotowujących dla nich ofertę terapeutyczną.

*Monitorowanie zjawiska narkotyków i narkomanii odbywa się m.in. poprzez zbieranie danych o osobach trafiających do systemu leczenia z powodu problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Pozwala to na zdobycie wiedzy o cechach charakterystycznych tych użytkowników narkotyków, którzy decydują się skorzystać ze specjalistycznej pomocy placówek leczniczych.*

## ZGŁASZALNOŚĆ DO LECZENIA Z POWODU NARKOTYKÓW W ŚWIETLE MONITORINGU I DANYCH NA POZIOMIE EUROPEJSKIM

Marta Struzik

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

### Monitorowanie zgłaszalności do leczenia na poziomie europejskim

Analiza sytuacji życiowej oraz problemów zdrowotnych i społecznych osób podejmujących leczenie z powodu narkotyków umożliwia śledzenie zmian zachodzących zarówno na scenie narkotykowej, jak też w zakresie podejmowanych przez użytkowników zachowań ryzykownych. Ponadto, pozwala na zestawienie rzeczywistej oferty leczniczej z potrzebami osób, do których jest ona kierowana. Zbieraniu powyższych danych służy wskaźnik Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) zwany wskaźnikiem zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków (TDI – Treatment Demand Indicator).

Metodologia monitorowania wskaźnika zgłaszalności do leczenia rozwijała się niemal przez 20 lat, przy czym początkowo oparta była na doświadczeniach poszczególnych krajów, które prowadziły swoje systemy zbierania danych z lecznictwa. W 1994 roku opublikowany został protokół Grupy Pompidou, który wprowadzał spójną metodę zbierania danych o osobach zgłaszających się do lecznictwa i został zaimplementowany na poziomie lokalnym

(w miastach) oraz na poziomie krajowym (początkowo w krajach Europy Zachodniej, później w krajach Europy Centralnej i Wschodniej). Wraz z powołaniem i utworzeniem Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii oraz przyjęciem przez

tę instytucję odpowiedzialności za zbieranie danych o narkotykach i narkomanii na poziomie europejskim rozpoczęto prace nad rewizją dotychczasowego protokołu monitorowania zgłaszalności do leczenia. W roku 2000 opublikowany został protokół standardowy monitorowania wersja 2.0 jako dzieło dwóch instytucji, a mianowicie EMCDDA i Grupy Pompidou. Wskaźnik zgłaszalności do leczenia, jak również pozostałe cztery kluczowe wskaźniki monitorowania, został formalnie przyjęty przez Zarząd EMCDDA oraz Radę Unii Europejskiej w 2001 roku. Od tego roku większość krajów Unii Europejskiej zaimplementowała systemy zbierania danych w ramach wskaźnika TDI, a analizy

dotyczące zgłaszalności do leczenia w sposób rutynowy wykorzystywane są w pracach prowadzonych przez EMCDDA.

W 2000 roku dane sprawozdawało 15 krajów członkowskich Unii Europejskiej. Od tej pory wzrosła zarówno

*Według danych europejskich w 2010 roku 472 tys. osób podjęło leczenie z powodu problemu z narkotykami, z czego 178 tys. (38%) stanowiły osoby rozpoczynające leczenie po raz pierwszy w życiu. Najwięcej osób zgłaszało heroinę jako narkotyk podstawowy. Na drugim miejscu znalazły się konopie indyjskie, i w tym przypadku odnotować można stałą tendencję wzrostową od roku 2007 (od 73 881 osób w 2007 roku do 106 047 osób w 2010 roku). Na kolejnych miejscach plasuje się kokaina oraz inne narkotyki.*

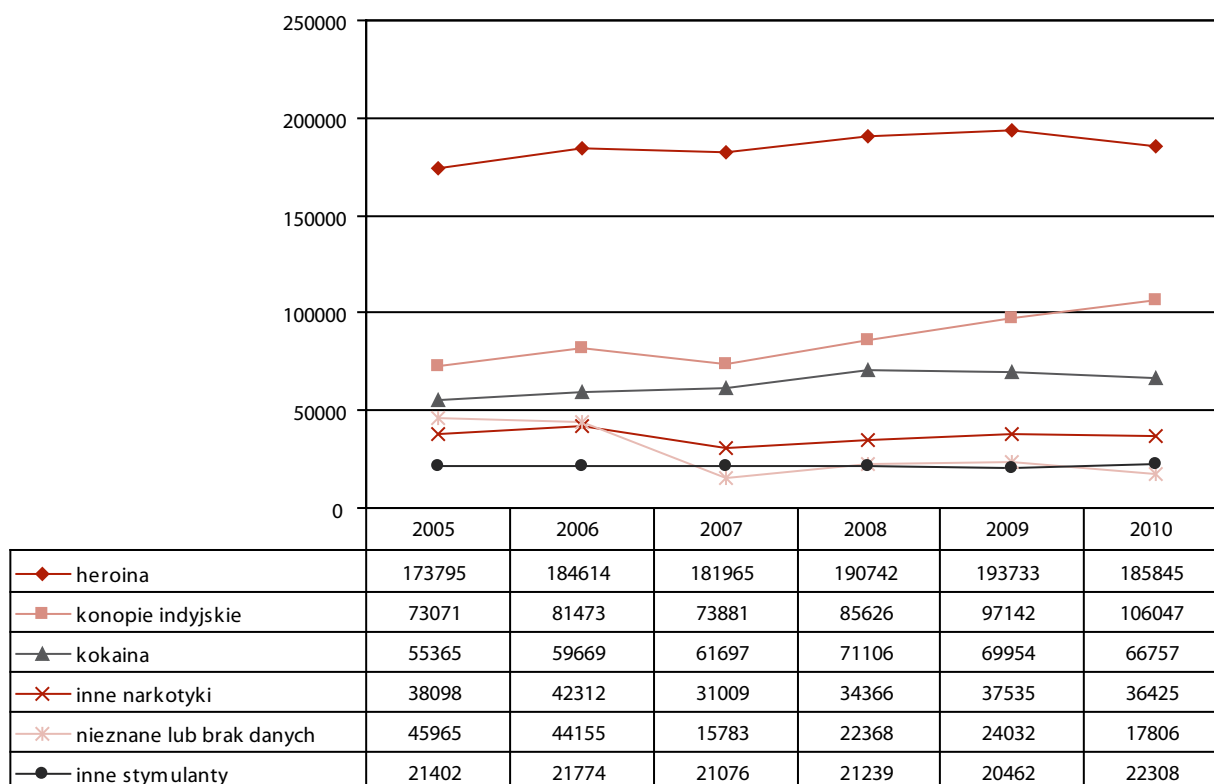
liczba krajów zbierających dane w ramach TDI jak też poprawiła się jakość gromadzonych informacji. W 2010 roku dane otrzymano z 29 krajów (27 państw członkowskich UE, Turcja i Chorwacja). Od 2011 roku do monitorowania dołączyła Norwegia. Informacje w ramach sprawozdawczości dotyczącej TDI pochodzą głównie z placówek stacjonarnych i ambulatoryjnych. Celem monitorowania zgłaszalności do leczenia jest zbieranie informacji o liczbie i charakterystykach osób podejmujących leczenie z powodu problemu narkotyków w specjalistycznych placówkach. W ramach tych charakterystyk zbiera się informacje m.in. o wzorach używania substancji psychoaktywnych, cechach społeczno-demograficznych oraz podejmowanych zachowaniach ryzykownych. Pośrednio dane służą gromadzeniu informacji o potrzebach leczniczych osób używających narkotyków. Protokół TDI wskazuje, jakie informacje o jakich osobach powinny być sprawozdawane w ramach systemu, tym samym wyznacza sposób oraz zakres zbieranych danych. Dopuszcza się, aby na poziomie poszczególnych krajów zbierać dodatkowo różne inne informacje. Niezbędne jest jednak, aby

docelowo uzyskać dane z obszarów rekomendowanych przez EMCDDA. System zbierania danych można zatem dostosowywać do krajowych potrzeb i czynić elastycznym w zależności od specyfiki danego państwa. Monitorowanie zakłada, że informacje pozyskiwane są jak najszybciej po zgłoszeniu się osoby do placówki leczniczej, ponieważ ważne jest, aby uchwycić sytuację użytkownika przed podjęciem leczenia.

W 2012 roku przyjęto nowy zrewidowany protokół monitorowania TDI (wersja 3.0), który został opracowany w wyniku zmian, jakie obserwuje się na przestrzeni ostatnich lat zarówno na scenie narkotykowej, jak też w obszarze problemów i potrzeb społecznych. Nowy protokół monitorowania TDI opiera się na kilku głównych założeniach:

- Monitorowanie różni się od projektów badawczych i badań *ad hoc* (monitoring zakłada zbieranie mniejszej liczby danych, ale w sposób systematyczny i regularny).
- Dane o różnym poziomie szczegółowości są niezbędne do podejmowania działań na różnych szczeblach, np. cele kliniczne, ewaluacja programów leczniczych,

**Wykres 1. Szacunkowa liczba osób rozpoczynających leczenie z powodu narkotyków w latach 2005–2010 według narkotyku podstawowego**



Źródło: EMCDDA Statistical Bulletin 2012.

planowanie zapotrzebowania na ofertę leczniczą na poziomie lokalnym czy też kształtowanie polityki antynarkotykowej na poziomie regionalnym, krajowym i europejskim.

- Odróżnia się proces zbierania danych od procesu ich sprawozdawania.
- System definiuje zarówno osoby podejmujące leczenie, jak też pojedyncze epizody lecznicze poszczególnych osób (zgodnie z protokołem TDI v. 3.0 raportowane są dane o osobach, nie o wszystkich epizodach leczniczych danej osoby. W przypadku gdy dana osoba podejmowała kilkakrotnie leczenie w danym roku, tylko jeden epizod, pierwszy w danym roku, jest raportowany do EMCDDA).
- Zgłoszenie się do leczenia i jego podjęcie w danym roku jest odróżniane od przypadków, w których dana osoba kontynuuje w kolejnym roku leczenie podjęte w roku poprzednim.

Protokół zawiera informacje o szeregu monitorowanych zmiennych, m.in. jak definiowany jest epizod leczniczy; co określane jest jako leczenie związane z narkotykami; jak rozumiana jest placówka lecznicza; jak definio-

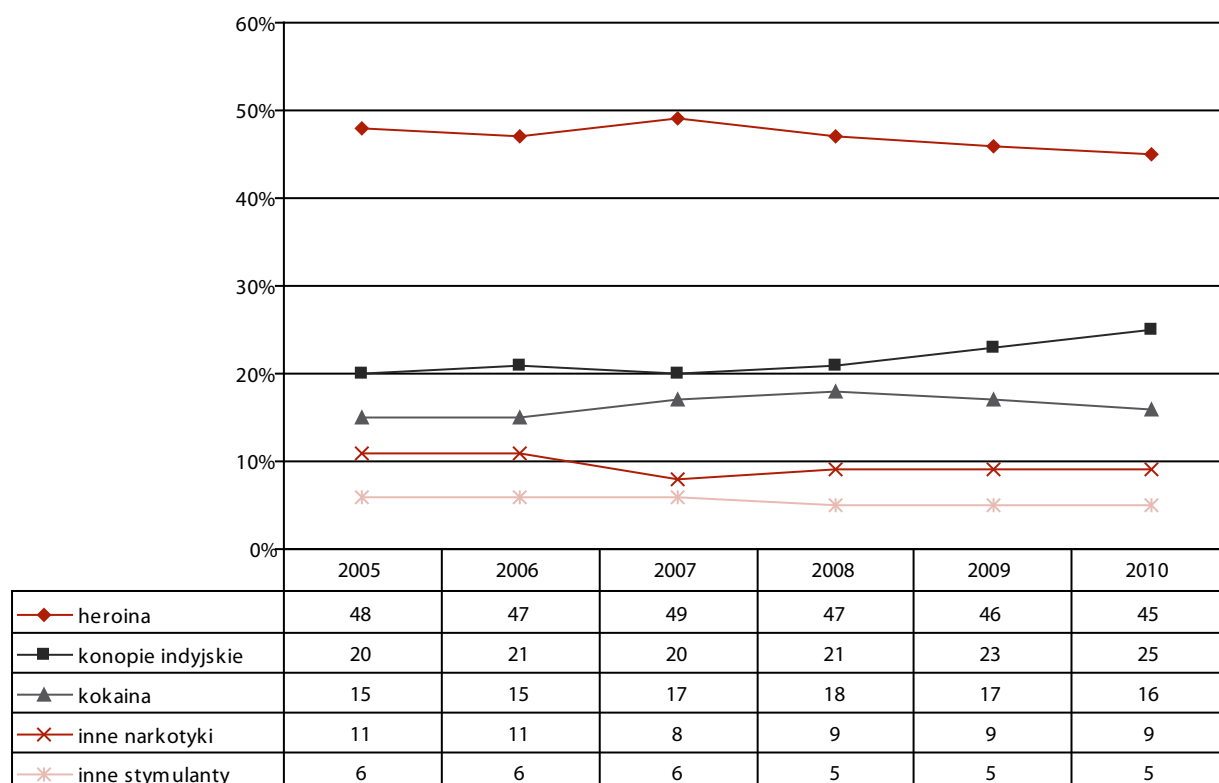
wany jest początek leczenia i jego zakończenie; czym jest narkotyk podstawowy i narkotyk dodatkowy. W protokole zamieszczono ponadto szczegółowe opisy zmiennych gromadzonych w ramach monitorowania, np. rok podjęcia leczenia, historia leczenia, aktywność zawodowa, wykształcenie, status zamieszkania, sposób przyjmowania narkotyku podstawowego.

W protokole omówiono również kwestie metodologiczne i etyczne związane ze zbieraniem danych, m.in. dbałość o wysoką jakość gromadzonych informacji, kontrolę tzw. podwójnego liczenia tych samych osób zgłaszających się do leczenia kilka razy do tej samej lub do różnych placówek, zapewnienie ochrony zbieranych danych oraz poszanowanie praw człowieka.

## Wyniki zgłaszalności do leczenia z powodu narkotyków w Europie

15 listopada 2012 roku ogłoszone zostało sprawozdanie roczne Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii dotyczące sytuacji narkotykowej w Europie. Opracowanie zawiera m.in. informacje

**Wykres 2. Odsetek osób rozpoczynających leczenie z powodu narkotyków w latach 2005–2010 według narkotyku podstawowego**



Źródło: EMCDDA Statistical Bulletin 2012.

o tendencjach w zakresie podejmowania leczenia z powodu problemu narkotyków. Dane zaprezentowane w sprawozdaniu pochodzą właśnie z systemu monitorowania zgłaszalności do leczenia TDI.

Według danych europejskich w 2010 roku odnotowano 472 tys. osób podejmujących leczenie z powodu problemu narkotyków, z czego 178 tys. (38%) stanowiły osoby rozpoczynające leczenie po raz pierwszy w życiu. Analizując szacunkowe liczby osób zgłaszających się do placówek leczenia uzależnień w krajach europejskich, odnotować można, że nadal najwięcej osób zgłasza heroinę jako narkotyk podstawowy. Drugą grupę stanowią osoby wskazujące konopie indyjskie jako substancje najbardziej problemowe i w przypadku tych substancji psychoaktywnych odnotować można stałą tendencję wzrostową od roku 2007 (od 73 881 osób w 2007 roku do 106 047 osób w roku 2010). Na kolejnych miejscach plasuje się kokaina oraz inne narkotyki. Najmniej osób na poziomie europejskim zgłasza problem z używaniem innych stymulantów (w tej kategorii mieści się amfetamina).

Podając analizę, jaki jest odsetek osób zgłaszających się do leczenia w podziale na rodzaj problemowej substancji, zauważyć można nieznaczny spadek w latach

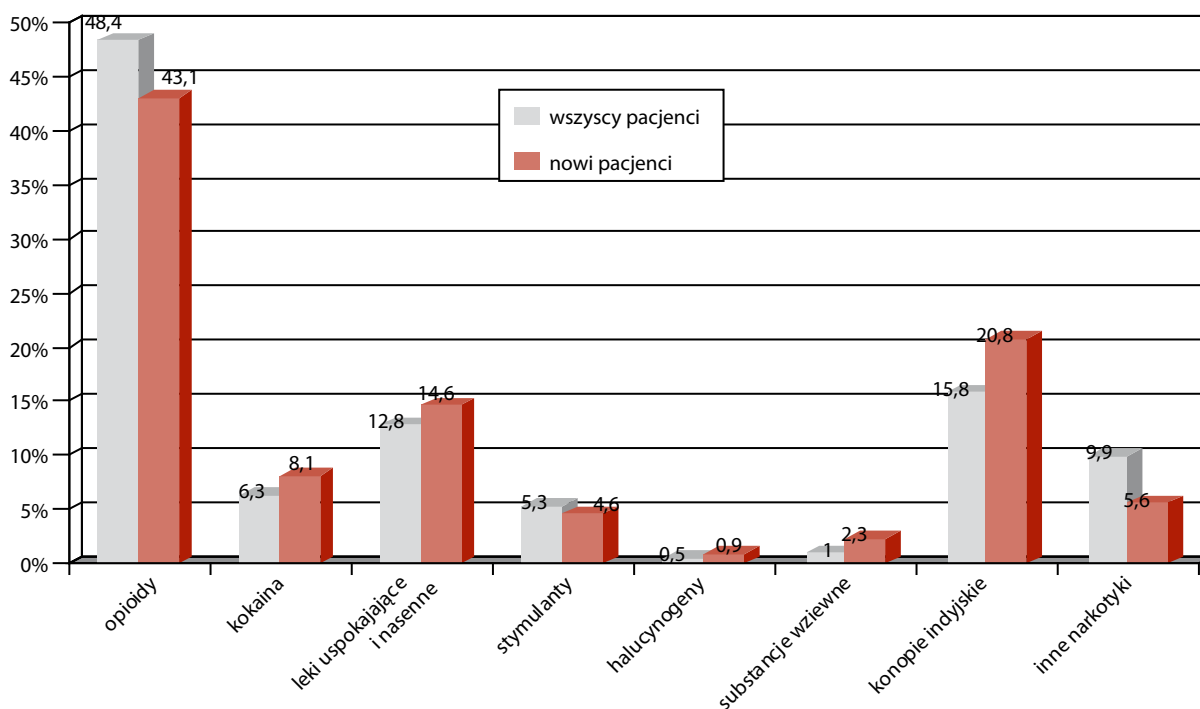
2007–2010 odsetka osób leczonych z powodu heroiny (z 49% w 2007 roku do 45% w 2010 roku). Potwierdza się z kolei wzrost w przypadku przetworów konopi. W latach 2005–2010 odsetek osób zgłaszających problem z używaniem konopi indyjskich wzrósł o 5 punktów procentowych. Od 2008 roku nieznacznie spadł odsetek osób problemowo używających kokainy (spadek o 2 punkty procentowe na przestrzeni lat 2008–2010). W przypadku innych narkotyków oraz innych stymulantów odsetki osób w latach 2008–2010 utrzymują się na tym samym poziomie.

## Zgłaszalność do placówek stacjonarnych

W 2010 roku na poziomie europejskim zarejestrowano ok. 50 tys. osób podejmujących leczenie w placówkach stacjonarnych z powodu problemu narkotyków.

Prawie połowa osób zgłaszających się do placówek stacjonarnych jako substancję najbardziej problemową zgłasza opioidy (48,4% wszystkich pacjentów). W przypadku osób, które podejmują leczenie po raz pierwszy, odsetek ten jest nieco niższy i wynosi 43,1%. W przypadku drugiej najbardziej problemowej substancji, a mianowicie konopi

**Wykres 3. Odsetek osób zgłaszających się do placówek stacjonarnych w podziale na narkotyk podstawowy oraz historię leczenia (dane za 2010 rok lub ostatni dostępny na poziomie danego kraju europejskiego)**



Źródło: EMCDDA Statistical Bulletin 2012. W Biuletynie Statystycznym EMCDDA zawarto także uwagi metodologiczne do prezentowanych danych.



indyjskich, wyższe odsetki odnotowuje się wśród osób podejmujących leczenie pierwszy raz w życiu (20,8% w porównaniu do 15,8% dla wszystkich pacjentów). Na trzecim miejscu znajdują się stymulanty, w przypadku których odnotowuje się również nieco większy udział wśród nowych pacjentów (14,6% w porównaniu do 12,8% dla wszystkich pacjentów).

## Zgłaszalność do placówek ambulatoryjnych

Zgodnie z danymi z 2010 roku, na poziomie europejskim odnotowano ok. 400 tys. osób rozpoczynających leczenie w specjalistycznych placówkach ambulatoryjnych z powodu problemu narkotyków.

W przypadku tego typu placówek najbardziej problemowymi substancjami zgłaszanymi przez pacjentów są opioidy, konopie indyjskie oraz kokaina. Ich kolejność zależy jednak od faktu, czy pacjenci podejmowali już wcześniej w swoim życiu jakiegokolwiek leczenie związane z narkotykami. Okazuje się bowiem, że wśród wszystkich pacjentów przeważają opioidy (48,3%), potem konopie indyjskie (26,8%) oraz kokaina (16,5%). Wśród nowych pacjentów na pierwszym miejscu znajdują się

przetwory konopi (39%), następnie opioidy (29,4%) i kokaina (22,5%). W przypadku pozostałych substancji odnotowywane odsetki osób są stosunkowo niższe i nie wykazują większych różnic w przypadku analiz dla wszystkich pacjentów i pacjentów pierwszorazowych. Więcej informacji na temat osób rozpoczynających leczenie z powodu narkotyków w krajach europejskich dostępnych jest w sprawozdaniu rocznym Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii z 2012 roku (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012>) oraz w tabelach i wykresach dotyczących wskaźnika zgłaszalności do leczenia TDI zawartych w Biuletynie Statystycznym 2012 opublikowanym na stronie internetowej EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/stats12#tdi:displayTables>).

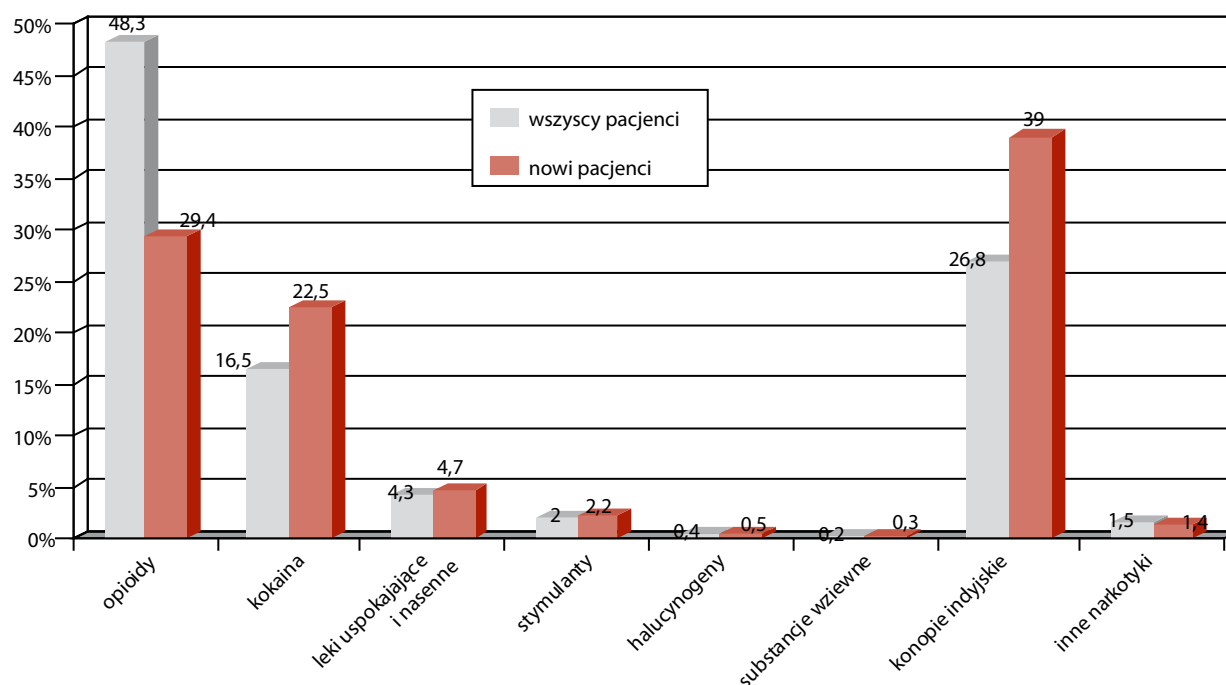
## Bibliografia

EMCDDA Statistical Bulletin 2012.

„Sprawozdanie roczne 2012 Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Stan problemu narkotykowego w Europie”, Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej.

„Treatment demand indicator (TDI) Standard protocol 3.0. Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries”, (2012) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

**Wykres 4. Odsetek osób zgłaszających się do placówek ambulatoryjnych w podziale na narkotyk podstawowy oraz historię leczenia (dane za 2010 rok lub ostatni dostępny na poziomie danego kraju europejskiego)**



Źródło: EMCDDA Statistical Bulletin 2012. W Biuletynie Statystycznym EMCDDA zawarto także uwagi metodologiczne do prezentowanych danych.

*W 2011 roku odnotowano najwyższy wskaźnik dotyczący liczby osób podejrzanych z powodu przestępstw narkotykowych – 29 146. Większość przestępstw stwierdzonych zostało popełnionych z powodu marihuany. Dane policji wskazują na rozwój krajowych upraw konopi zarówno na skalę przemysłową, jak i na użytek własny. W 2011 ujawniono ich rekordową liczbę – 609 upraw o powierzchni 10 593m<sup>2</sup>.*

## PRZESTĘPCZOŚĆ NARKOTYKOWA ORAZ NIELEGALNY RYNEK NARKOTYKÓW – TRENDY I ROZMIARY ZJAWISKA CZ. II

Artur Malczewski

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

Opublikowany w listopadzie raport roczny Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) przedstawia sytuację dotyczącą nielegalnego rynku narkotyków oraz przestępczości w Europie. Omawia on również sytuację na naszym kontynencie w odniesieniu do sytuacji na świecie.

### Przestępczość narkotykowa w Europie

Ostatnie informacje z EMCDDA, oparte na danych z 22 państw członkowskich (93% ludności Unii Europejskiej w wieku 15-64 lata), pokazują, że w latach 2005–2010 nastąpił wzrost liczby przestępstw stwierdzonych dotyczących narkotyków o ok. 15%. Jeżeli uwzględnimy wszystkie kraje raportujące dane, to w tym okresie odnotowano tendencje wzrostowe w zakresie liczby przestępstw stwierdzonych dotyczących narkotyków w 19 krajach oraz ogólny ich spadek w 7 krajach. Przestępstwa narkotykowe przedstawiane są w podziale na przestępstwa związane z używaniem i posiadaniem oraz z podażą narkotyków (produkcja, wprowadzanie do obrotu). Ostatnie dane pokazują, że nie doszło do większych zmian w proporcji przestępstw związanych z posiadaniem i używaniem oraz podażą narkotyków. W 2010 roku w większości krajów europejskich przestępstwa popełnione w związku z używaniem i posiadaniem narkotyków na własny użytek nadal stanowiły większość przestępstw narkotykowych. Według danych EMCDDA, najwyższy odsetek tego typu przestępstw zgłosiły: Hiszpania, Francja, Węgry, Austria i Turcja (85-93%). Szacuje się, że w latach 2005–2010 doszło

do wzrostu liczby przestępstw związanych z używaniem narkotyków w Europie o 19%, a w przypadku przestępstw związanych z podażą narkotyków o 17%. Konopie indyjskie nadal są narkotykiem, który jest najczęściej wymieniany w odniesieniu do zgłoszonych przestępstw związanych z narkotykami w Europie. W większości państw europejskich przestępstwa dotyczące konopi indyjskich stanowiły 50-90% zgłoszonych przestępstw w 2010 roku. Jedynie w czterech krajach przyczyną największej liczby przestępstw narkotykowych były inne substancje: w Republice Czeskiej i na Łotwie metamfetamina (54% i 34%), na Litwie i Malcie heroina (34% i 30%).

W latach 2005–2010 liczba przestępstw związanych z konopiami indyjskimi wzrosła w 15 krajach przedstawiających sprawozdanie, dając w efekcie szacunkowy wzrost o 20% na poziomie Unii Europejskiej. Według ostatnich danych United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), konopie są uprawiane na obszarze 172 krajów i terytoriów (dane za 2009 rok). Szacunki UNODC wskazują, że w 2008 roku globalna produkcja przetworów konopi oceniana była na 13 300-66 100 ton marihuany oraz 2200-9900 ton haszyszu. W przypadku przestępstw z powodu amfetaminy ostatni raport EMCDDA wskazuje na tendencję wzrostową. Szacuje się, że liczba przestępstw związanych z amfetaminą w Unii Europejskiej zwiększyła się w latach 2005–2010 o 24%. Jednakże najnowsze dane z ostatnich dwóch lat wskazują na stabilizację sytuacji. Inna tendencja występuje w przypadku przestępstw z powodu ecstazy. W tym samym czasie liczba przestępstw związanych z ecstazy spadła o 71%.

## Konfiskaty marihuany w Europie

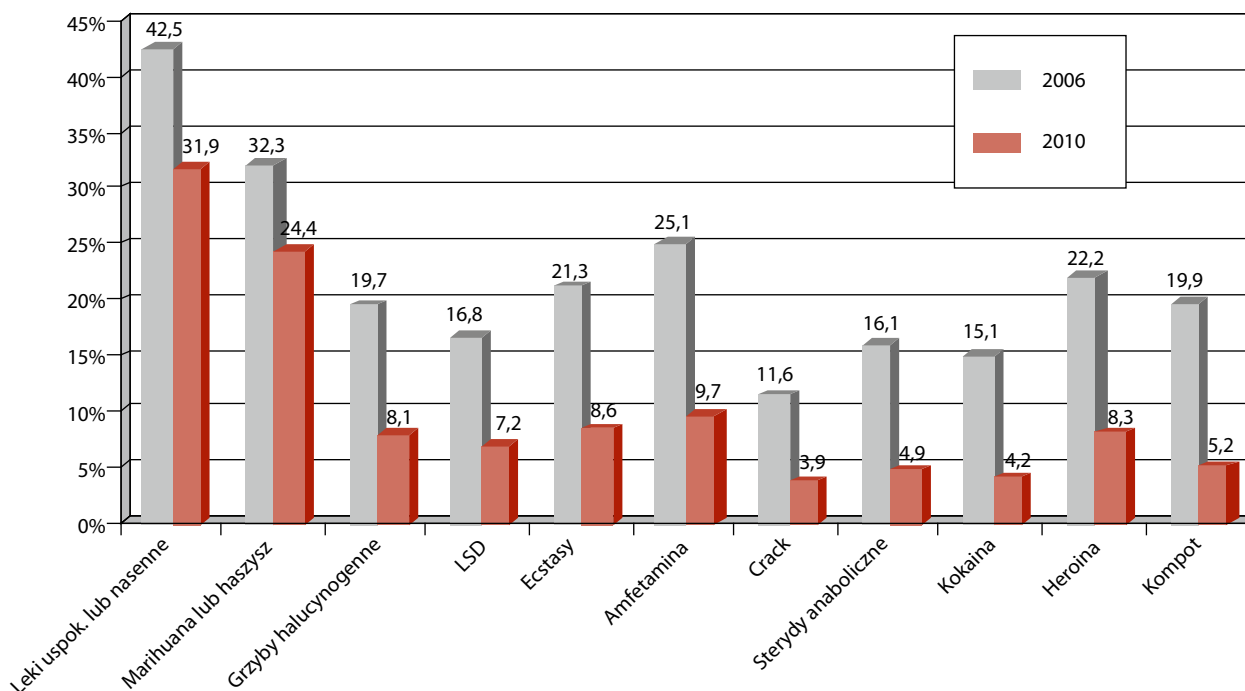
Znaczna część konopi indyjskich używanych w Europie pochodzi najprawdopodobniej z handlu wewnątrz regionalnego. Od kilku lat coraz popularniejsze są w Europie uprawy zarówno w pomieszczeniach, jak i na zewnątrz. Jak wynika z niedawno przeprowadzonej analizy EMCDDA, Szwajcaria i Rosja także są wymieniane jako źródła marihuany dostępnej w Europie. Albania oraz w mniejszym stopniu Kosowo, Macedonia i Serbia również dostarczają znaczne ilości marihuany skonfiskowanej w Europie Środkowej i Południowo-Wschodniej. Część marihuany w Europie pochodzi też z importu, tj. głównie z Afryki (zwłaszcza z Republiki Południowej Afryki) oraz, rzadziej, z obu Ameryk (szczególnie z Wysp Karaibskich). Według analiz UNODC, Afganistan wyparł Maroko z pozycji największego producenta haszyszu. Wielkość produkcji haszyszu w Afganistanie szacuje się na 1200–3700 ton rocznie. Liczba dokonanych w Europie konfiskat marihuany wzrasta od 2005 roku, i biorąc pod uwagę ten wskaźnik w 2010 roku, szacowany na 382 000 zabezpieczeń tego narkotyku, to przekroczył on po raz pierwszy liczbę konfiskat haszyszu. W 2010 roku przechwycono marihuanę w ilości szacowanej na 106 ton, z czego niemal połowę

(44 tony) skonfiskowano w Turcji. Były to rekordowe zabezpieczenia w tym kraju.

## Dostępność substancji psychoaktywnych według badań populacyjnych

Jednym z wymiarów oceny nielegalnego rynku narkotyków są wyniki badań ankietowych na temat dostępności narkotyków. Analizie poddano odpowiedzi respondentów dotyczące obszaru dostępności substancji psychoaktywnych, które zostały zebrane w pomiarach na dorosłej populacji mieszkańców w wieku 15-64 lata w roku 2006 i 2010. Badanie zostało zrealizowane przez Centrum Informacji KBPN, a wyniki dotyczące używania przedstawione zostały na łamach wcześniejszego numeru Serwisu. Wskaźnik ten jest źródłem informacji na temat spostrzeganej przez respondentów dostępności substancji psychoaktywnych, może służyć do analizy zmian dostępności w czasie, ponieważ oba badania zostały przeprowadzone według tej samej metodologii. Dane z 2010 roku wskazują na spadek w stosunku do roku 2006 deklarowanej przez badanych dostępności w przypadku wszystkich substancji psychoaktywnych. Największe

**Wykres 1. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych (odpowiedzi „łatwo” lub „bardzo łatwo” na pytanie, jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji) – odsetek respondentów w wieku 15-64 lata w 2006 i 2010 roku**



Źródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

spadki dotyczą amfetaminy (spadek o 15,4 punktów procentowych), „kompotu” (spadek o 14,7 punktów procentowych) oraz sterydów anabolicznych (spadek o 13,9 punktów procentowych).

Analizując dostępność substancji psychoaktywnych, warto podzielić badanych na grupę osób, która miała kontakt z substancjami psychoaktywnymi w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz tych, którzy go nie mieli. Opinia pierwszej grupy jest najprawdopodobniej bardziej wiarygodna, ponieważ ta grupa respondentów będzie wyrażała swoje doświadczenia. W obydwu grupach odsetek osób deklarujących łatwy lub bardzo łatwy dostęp do substancji psychoaktywnych zmniejszył się. Większy spadek odnotowano w grupie osób, które nie używały substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Wśród osób nieużywających wyższy spadek spostrzeżonej dostępności odnotowano w przypadku leków uspokajających i nasennych, przetworów konopi, LSD, cracku, kokainy oraz heroiny. Natomiast użytkownicy narkotyków częściej zgłaszali trudności w dostępie do ecstasy, amfetaminy oraz sterydów anabolicznych. Różnice w deklaracjach respondentów w dwóch pomiarach były zbliżone w przypadku grzybów halucynogennych i „kompotu”, tzn. odsetek zarówno użytkowników narkotyków, jak i osób, które nie miały takich doświadczeń, spadł w przypadku grzybów halucynogennych o ok. 11 punktów procentowych, a w przypadku kompotu o ok. 13 punktów procentowych.

W ramach badań szkolnych ESPAD, realizowanych co cztery lata, młodzież szkolna pytana jest o dostępność po-

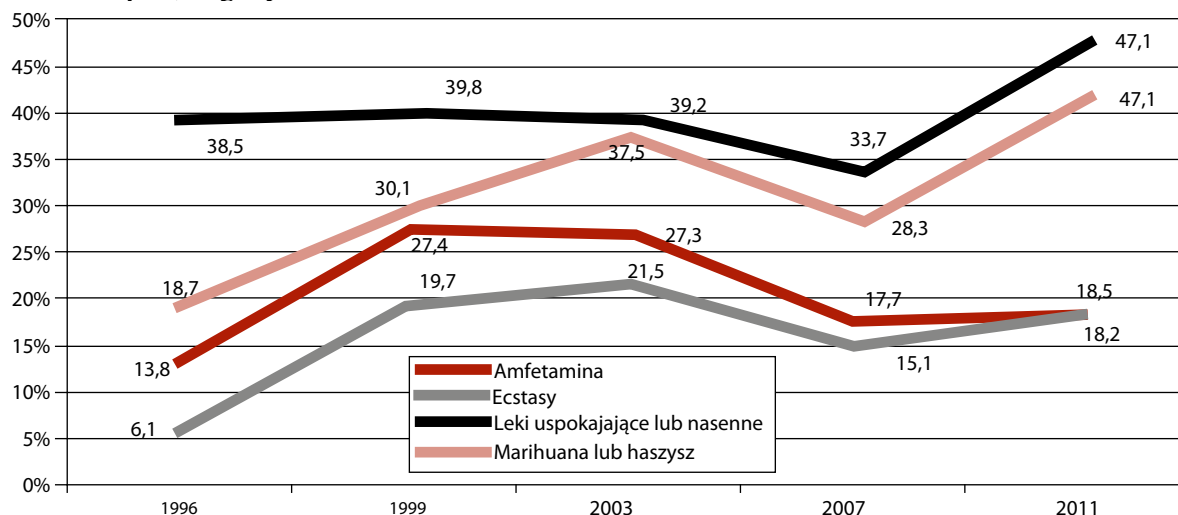
szczególnych narkotyków. Na wykresie 2 i 3 przedstawione zostały dane dotyczące deklaracji badanych uczniów, oceniających dostęp do marihuany, amfetaminy oraz ecstasy jako łatwy i bardzo łatwy. Wyniki prezentują pomiary wśród dwóch roczników: klas III gimnazjów oraz klas II szkół ponadgimnazjalnych. Według badanych, spośród substancji nielegalnych najłatwiej jest kupić marihuanę (41%), następnie amfetaminę i ecstasy (po 18%). W przypadku leków uspokajających i nasennych blisko połowa badanych określiła ich dostępność jako łatwą lub bardzo łatwą (47%). W latach 1995–2011 nastąpił wzrost dostępności powyższych substancji w obydwu grupach wiekowych. Jednakże wzrosty te miały różną dynamikę. Wśród 15-16-latków trzykrotnie zwiększyła się dostępność ecstasy, w mniejszym stopniu marihuany (ponad dwukrotnie), a najmniej amfetaminy i leków uspokajających i nasennych. Analizując dane dotyczące młodszej grupy wiekowej, warto zwrócić uwagę, że poza spadkiem w 2007 roku, dostępność marihuany cały czas wzrastała. W przypadku amfetaminy i ecstasy już pomiar z 2003 roku wskazał na zahamowanie trendu wzrostowego, a badanie z 2007 roku odnotowało spadek. Ostatnie wyniki z 2011 roku to lekki wzrost w przypadku ecstasy i stabilizacja dostępności amfetaminy. Podobne tendencje odnotowujemy w odniesieniu do starszej grupy (wykres 3). Prawie dwukrotny wzrost dostępności marihuany w latach 2005–2011. W 2011 połowa badanych 17-18-latków deklarowała dostęp do marihuany jako łatwy lub bardzo łatwy, a prawie co czwarty w odniesieniu do ecstasy i amfetaminy. Trendy dostępności w starszej grupie układały się podobnie do młodszej.

**Tabela 1. Ocena dostępności substancji psychoaktywnych (odpowiedzi „łatwo” lub „bardzo łatwo” na pytanie, jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji) – odsetek respondentów w 2006 i 2010 roku według używania substancji nielegalnych w czasie ostatnich 12 miesięcy**

	Używali		Nie używali	
	w czasie ostatnich 12 miesięcy		w czasie ostatnich 12 miesięcy	
	2006	2010	2006	2010
Leki uspokajające lub nasenne	45,4	41,7	42,4	30,8
Marihuana lub haszysz	81,2	73,6	30,7	18,7
LSD	35,9	29,8	19,1	5,6
Grzyby halucynogenne	35,8	24,2	16,2	5,3
Ecstasy	52,3	30,6	20,2	6,0
Amfetamina	59,7	35,4	23,9	6,8
Crack	17,5	13,2	11,4	2,8
Kokaina	21,3	16,7	16,0	3,5
Heroina	14,1	13,3	15,2	3,1
Sterydy anaboliczne	46,1	26,4	21,4	6,3
„Kompot”	24,2	10,7	17,7	4,6

Zródło: Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN.

**Wykres 2. Ocena dostępności poszczególnych substancji jako znacznej (substancje „bardzo łatwe” lub „dosyć łatwe” do zdobycia) w grupie 15-16 lat**



Źródło: ESPAD, Sierosławski 2011.

### Ceny detaliczne narkotyków

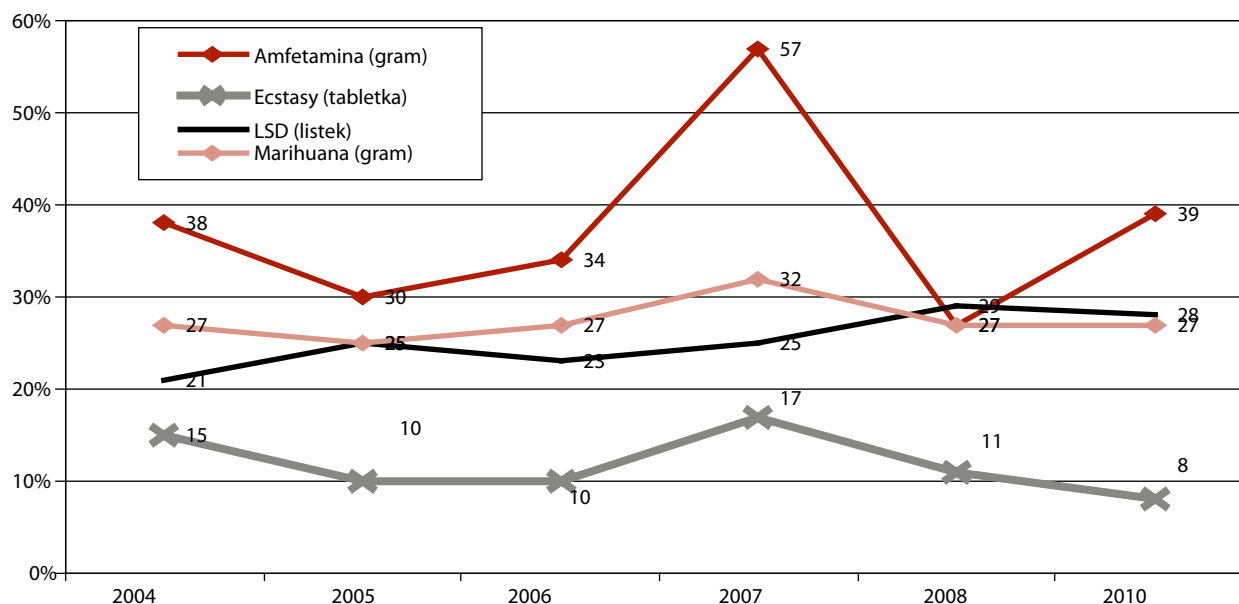
Dodatkowych informacji na temat możliwości zdobycia narkotyku dostarczają dane na temat ich cen na nielegalnym rynku. Ceny detaliczne pozwalają śledzić zmiany na scenie narkotykowej. Ich wzrost lub spadek jest sygnałem wzrostu lub spadku podaży. Warto zauważyć, że na cenę narkotyków ma wpływ szereg czynników, m.in.: zróżnicowanie terytorialne, czystość narkotyku, intensywność działań policyjnych, jak również sytuacja międzynarodowa. Porównując dane z 2004 roku do tych z 2010 roku (ostatnie

dostępne dane dotyczące średniej ceny narkotyków), odnotowujemy spadek prawie o połowę średniej ceny ecstasy (z 15 zł do 8 zł). Wzrosła natomiast cena LSD z 21 zł do 28 zł, a nie zmieniły się ceny amfetaminy (ok. 39 zł za 1 gram) oraz marihuany (27 zł za 1 gram).

Oprócz ceny średniej, policja raportowała w 2009 i 2011 roku cenę najczęściej występującą, czyli modalną. W tabeli 2 została przedstawiona także cena minimalna oraz maksymalna.

Ceny modalne nie uległy większej zmianie w latach 2009 i 2011. Odnotowano nieznaczny spadek ceny amfetaminy

**Wykres 3. Ocena dostępności poszczególnych substancji jako znacznej (substancje „bardzo łatwe” lub „dosyć łatwe” do zdobycia) w grupie 17-18 lat**



Źródło: ESPAD, Sierosławski 2011.

oraz LSD. Warto zwrócić uwagę na wzrost ceny minimalnej heroiny (prawie dwukrotny) oraz kokainy – prawie o 40%.

## Czystość narkotyków

Czystość narkotyków sprzedawanych na nielegalnym rynku różni się. Według raportu rocznego EMCDDA z 2012 roku zawartość THC w marihuanie w 2010 roku wynosiła od 1% do 12%, a w przypadku odmiany nazywanej „skun”, od 1% do 16%. W przypadku „skuna” średnią dotyczącą tego środka podały tylko trzy kraje: Szwecja 8%, Niemcy 15% oraz Holandia 16,5%.

W Polsce to Centralne Laboratorium Kryminalistyczne analizuje stężenie THC w marihuanie oraz czystość amfetaminy zabezpieczonej na nielegalnym rynku przez policję. Można powiedzieć, że od kilku lat odnotowujemy wzrost stężenia THC w marihuanie. Należy podkreślić, że niska średnia zawartość THC w marihuanie w latach 2004–2006 (na poziomie ok. 1%), mogła być efektem wliczania do średniej analizowanych próbek konopi włóknistych, w których zawartość THC jest znikoma.

Według polskiego prawa konopie zawierające więcej niż 0,2% THC, są zaliczane do narkotyków. W efekcie uwzględniania konopi włóknistych w obliczeniach, otrzymana średnia miała bardzo niską wartość. Po okresie spadku czystości amfetaminy w latach 2005–2010, ostatnie dane pokazują na niewielki jej wzrost w 2011 roku do 18%. W przypadku marihuany odnotowujemy systematyczny wzrost stężenia THC do 10% w 2011 roku. W 2011 roku czystość amfetaminy wahała się od 1% do 78%, a połowa analizowanych konfiskat miała więcej niż 13% (mediana). Stężenie THC w marihuanie wynosiło od 2% do 37%, a mediana 7%.

## Podsumowanie

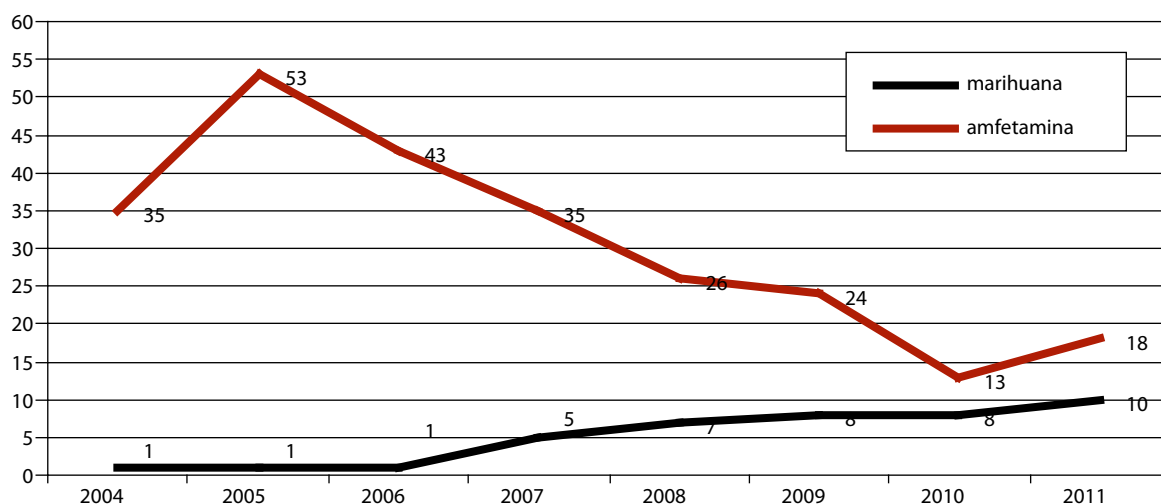
W 2011 roku odnotowano najwyższy wskaźnik dotyczący liczby osób podejrzanych z powodu przestępstw narkotykowych – 29 146. Większość przestępstw stwierdzonych zostało popełnionych z powodu marihuany. Wyniki monitorowania pokazują na nowe niepokojące tendencje dotyczące marihuany: wzrost używania marihuany

Tabela 2. Ceny minimalne, maksymalne oraz modalne narkotyków w latach 2009 i 2011

	marihuana (gram)		heroina (gram)		kokaina (gram)		amfetamina (gram)		ecstasy (tabletki)		LSD (listek)	
	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011
minimalna	16	20	100	190	128	180	20	25	8	8	12	15
maksymalna	52	30	360	300	260	250	100	35	28	15	44	30
modalna (najczęściej występująca)	28	25	200	200	200	202	36	30	12	11	24	19

Źródło: KGP.

Wykres 4. Średnie ceny narkotyków na nielegalnym rynku w latach 2004–2011 w złotych



Źródło: KGP.

i haszyszu. W 2011 roku ujawniono 1265 kg marihuany oraz 59 kg haszyszu, co jest mniejszą ilością niż w roku 2010, kiedy to odnotowano 1502 kg marihuany oraz 85 kg haszyszu. Należy podkreślić, że ujawnienia z roku 2010 był jednymi z większych w ciągu ostatnich lat.

Dane policji wskazują na rozwój krajowych upraw konopi zarówno na skalę przemysłową, jak i na użytek własny. Od kilku lat policja wykrywa coraz większą liczbę krajowych upraw konopi. W 2011 roku ujawniono ich rekordową liczbę – 609 upraw o powierzchni 10 593 m<sup>2</sup>.

Warto zwrócić uwagę, że marihuana sprzedawana na krajowym rynku jest coraz mocniejsza. Od kilku lat zwiększa się średnia zawartość THC w marihuanie.

W przypadku narkotyków syntetycznych odnotowano stabilizację w zakresie ich używania. Policja co roku wykrywa około 13-16 laboratoriów, które w ostatnich latach stają się coraz trudniejsze do zidentyfikowania. W poprzednim roku wykryto również dwa małe laboratoria metamfetaminy i zabezpieczono około 0,5 kg tego narkotyku.

Na scenie narkotykowej w Polsce nadal dominuje amfetamina. Nowym wyzwaniem dla służb zajmujących się zwalczaniem produkcji narkotyków syntetycznych jest pojawienie się pre-prekursora APAAN 2-phenylacetoacetonitrile, czyli substancji służącej do produkcji BMK, z którego następnie wytwarzana jest amfetamina. APAAN jest substancją legalną, która służy wyłącznie do produkcji BMK.

Poziom rozpowszechnienia kokainy w Polsce jest według badań populacyjnych niewielki. W przypadku tego narkotyku jesteśmy krajem tranzytowym i polskie grupy przestępcze zaangażowane są przede wszystkim w przemyt kokainy przez Polskę. Analizując rynek narkotykowy, należy również wziąć pod uwagę heroinę, która trafia na rynek europejski przede wszystkim z Afganistanu. Używanie heroiny w Polsce charakteryzuje tendencja spadkowa. Liczba osób problemowo używających heroiny szacowana jest w przedziale 10 400–19 800 (dane za 2009 rok).

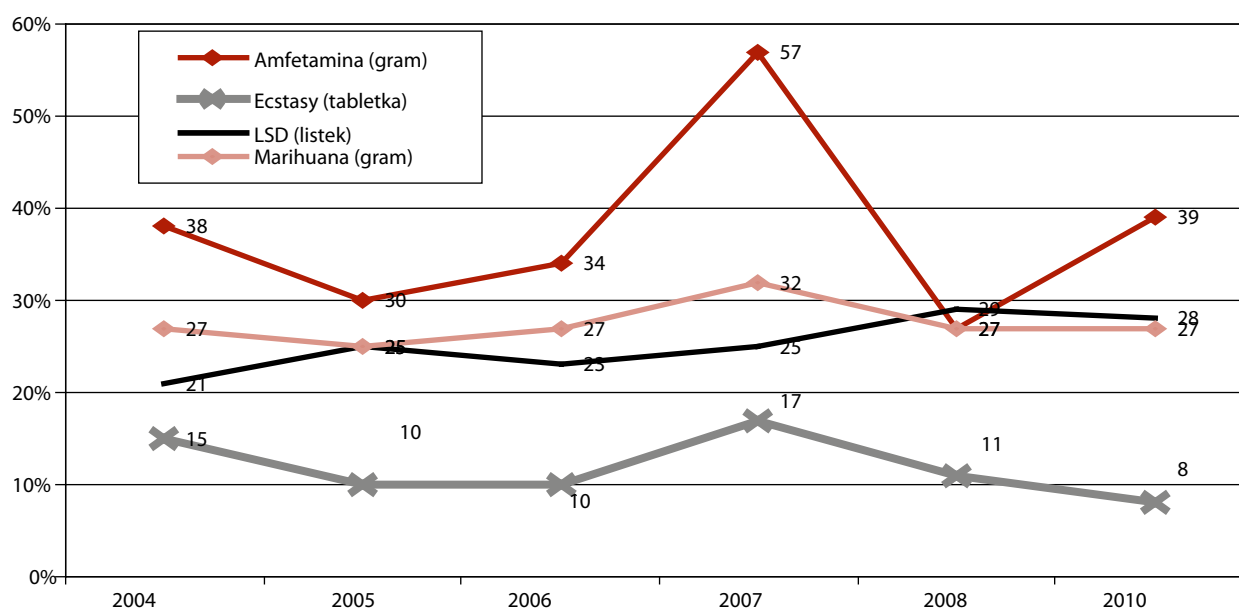
Opiaty są najpopularniejszą substancją wśród problemowych użytkowników narkotyków. W 2010 roku 70% odbiorców programów wymiany igieł używała opiatów. W 2010 roku w niektórych krajach w Europie, również w Polsce, nastąpił spadek dostępności heroiny. W 2011 roku skonfiskowano 51 kg tego narkotyku w naszym kraju. Dane z policyjnego systemu TEMIDA pokazują na spadek liczby przestępstw stwierdzonych z powodu heroiny z 2416 w 2008 roku do 1165 w 2011 roku. Stanowią one niewielki odsetek wszystkich spraw – około 1,5% w 2011 roku.

## Bibliografia

UNODC, World Drug Report (2010) (United Nations Publication, Sale No. E.10.XI.13).

EMCDDA (2012), Annual report 2012: the state of the drugs problem in Europe, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.

Wykres 5. Czystość amfetaminy oraz stężenie THC w marihuanie w latach 2004–2010



Źródło: CLK.



## RECENZJA MONOGRAFII POŚWIĘCONEJ PROBLEMATYCE UZALEŻNIEŃ

*doc. dr Joanna Zamecka*

*Katedra Socjologii Norm, Dewiacji i Kontroli Społecznej  
Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji  
Uniwersytet Warszawski*

Publikacja „Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów” jest obszerną monografią adresowaną do osób, które zawodowo pracują, lub zamierzają w przyszłości pracować, z ludźmi problemowo stosującymi narkotyki, uzależnionymi od narkotyków lub ich zamienników oraz od innych substancji psychoaktywnych (alkohol, nikotyna, leki). Publikacja ma w swoich założeniach:

1. Pogłębić wiedzę specjalistów i instruktorów terapii uzależnień w zakresie uwarunkowań, obrazu i następstw zjawiska uzależnienia

i problemowego używania substancji psychoaktywnych.

2. Rozwijać kompetencje i umiejętności specjalistów i instruktorów terapii uzależnień w zakresie standardów radzenia sobie z problemami, jakie rodzą te zjawiska.

3. Konkretyzować i propagować owe standardy w celu podwyższenia poziomu profesjonalizmu osób zawodowo zajmujących się terapią, opieką i wsparciem problemowych użytkowników narkotyków i osób uzależnionych. Kwestia profesjonalizacji kadr placówek zajmujących się leczeniem i readaptacją społeczną osób uzależnionych jest istotna z wielu względów. Pierwszym jest dynamika zjawiska konsumpcji substancji psychoaktywnych, powodowana m.in. rozwojem ich podaży (agresywną ekspozycją i łatwym dostępem do coraz szerszego i coraz bardziej urozmaicanego asortymentu zarówno „tradycyjnych”, jak i nowych rodzajów narkotyków i ich zamienników), zmiennością i różnorodnością rozpowszechnianych w kulturze wzorów ich używania i nadużywania oraz specyfiką szczególnych kategorii konsumentów, co z kolei kształtuje powiązany z podażą obraz popytu i jego problemowe dla tych kategorii następstwa. Innym znaczącym względem jest rozwój badań naukowych w wielu dyscyplinach, a w jego konsekwencji doskonalenie wiedzy dotyczącej wielorakich aspektów jak najszerszej rozumianej problematyki uzależnień. Postępy wiedzy wymagają bowiem ciągłej aktualizacji jej naukowo dowiedzionych ustaleń wśród osób zawodowo wykorzystujących tę wiedzę w praktyce. Przemiany dotychczasowego systemu profesjonalnego reagowania na całą gamę problemów doświadczanych przez użytkowników substancji psychoaktywnych i uzależnionych oraz próby rekonstrukcji tego systemu na bazie zredefiniowanych współcześnie wyzwań i priorytetów, to kolejne istotne powody, które uzasadniają konieczność rozpowszechniania wiedzy o takich, w dużej części innowacyjnych, rozwiązaniach wśród osób zawodowo działających w systemie. I choć wspomniana transformacja systemu nie oznacza totalnej jego zmiany, a raczej rozbudowę i przemodelowanie poszczególnych elementów składowych, o czym mowa we wstępie do monografii, ważne jest, aby terapeuci uzależnień rozpoznawali i rozumieli sens, znaczenie oraz potrzebę tych modyfikacji. Podstawowym zadaniem współczesnego systemu profesjonalnej odpowiedzi na problemy osób uzależnionych jest, zgodnie z deklaracją sformułowaną we wstępie publikacji, „możliwość oferowania osobom uzależnionym form pomocowych dostosowanych do różnych etapów rozwoju choroby uzależnienia i do postępów leczenia”. To ważne stwierdzenie, które wyznacza kierunek rozwoju całego wachlarza zróżnicowanych praktyk pomocowych i precyzuje priorytety nowoczesnej „ideologii” zawodowej terapeutów uzależnień. Lokuje osoby potrzebujące pomocy w centrum projektu oddziaływań; zobowiązuje do zapewnienia im łatwego dostępu do świadczeń, pełnego rozpoznania ich indywidualnych potrzeb oraz dostosowania do nich odpowiednich form oddziaływań, odpowiednich – tzn. takich, których zasadność i skuteczność została naukowo dowiedziona.



Interdyscyplinarna wiedza, na bazie której terapeuci uzależnień mają rozwijać swój profesjonalizm i doskonalić specjalistyczne umiejętności, została przedstawiona w ośmiu częściach : I. Wprowadzenie, II. Psychopatologia uzależnień, III. Teorie wyjaśniające uzależnienie od narkotyków, IV. Metody i formy leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od narkotyków, V. Znaczenie i formy reintegracji społecznej osób uzależnionych od narkotyków, VI. Organizacja systemu leczenia osób uzależnionych od narkotyków, VII. Grupy specyficzne a terapia osób uzależnionych od narkotyków i VIII. Specyfika pracy z osobami uzależnionymi.

Monografia jest udanym, zespołowym przedsięwzięciem podjętym na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, opublikowanym w czasie, w którym istnieje pilne zapotrzebowanie na publikację o takiej tematyce i takim charakterze. Jest, co warto podkreślić, pierwszym w Polsce całościowym opracowaniem materiałów szkoleniowych dla terapeutów uzależnień, w którym podjęta została próba określenia kanonu kształcenia adeptów tego relatywnie nowego zawodu, postawionych współcześnie wobec wielu nowych wyzwań. Z tego względu monografia jest publikacją niezmiernie znaczącą i potrzebną, zarówno dla osób prowadzących szkolenia specjalistów i instruktorów terapii uzależnień, jak i dla osób uczestniczących w takich szkoleniach z zamiarem pozyskania i doskonalenia swoich zawodowych kompetencji (wiedzy i umiejętności) oraz ich formalnego potwierdzenia. Uważam też, że ta cenna inicjatywa wydawnicza powinna mieć swoją kontynuację w kolejnych opracowaniach, które rozwiną lub uzupełnią podjęte w książce zagadnienia, a dzięki temu uszczegółowią precyzowane w niej standardy.

## NOWY PROJEKT PROFILAKTYCZNY

W lipcu 2012 roku Główny Inspektorat Sanitarny, we współpracy z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytutem Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie, Instytutem Medycyny Pracy im. Jerzego Nofera w Łodzi, rozpoczęła realizację projektu „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”. Program jest współfinansowany w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Program potrwa pięć lat, a jego głównym celem jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym. W ramach programu zorganizowane będą szkolenia dla personelu medycznego oraz nauczycieli, zrealizowane zostaną programy edukacyjne dla szkół ponadgimnazjalnych oraz zakładów pracy, powstanie elektroniczna platforma edukacyjna i przeprowadzona zostanie kampania społeczna. Przewiduje się, że wszystkimi działaniami zostanie objęta grupa 5 mln osób.

W dniach 22-26 października 2012 roku pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przeprowadzili ogólnopolskie badanie ankietowe pt. „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży”, realizowane w ramach projektu. Zostało ono przeprowadzone w 380 szpitalach na oddziałach położniczo-ginekologicznych. W badaniu wzięło udział 2913 kobiet. Wyniki posłużą określeniu skali zjawiska dotyczącego używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży oraz skutków zdrowotnych wynikających z ich używania dla potomstwa, a także opracowaniu programów edukacyjnych do szkół i zakładów pracy oraz realizacji kampanii społecznej w latach 2013–2016.

Główny Inspektorat Sanitarny oraz partnerzy projektu zakładają, że wielopłaszczyznowe działania szkoleniowe i edukacyjne oraz kilkuletnia kampania społeczna przyczynią się do zmiany negatywnych zachowań przyszłych matek oraz poprawy zdrowia ich potomstwa.

### Więcej o Szwajcarsko-Polskim Programie Współpracy na stronach:

[www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl)

[www.programszwajcarski.gov.pl](http://www.programszwajcarski.gov.pl)

[www.swiss-contribution.admin.ch/poland](http://www.swiss-contribution.admin.ch/poland)



# KONFERENCJA „PRACA Z RODZINAMI PACJENTÓW UZALEŻNIONYCH”

*Katarzyna Żylińska*

*Dział Lecznictwa i Certyfikacji*

*Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

Praca z rodzinami pacjentów uzależnionych to temat konferencji, która odbyła się w dniach 8-10 października 2012 roku w Jachrance. Organizowana wspólnie przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, cieszyła się ogromnym zainteresowaniem. O ważności i aktualności tematu świadczyła liczba zgłoszeń, która w tym roku dwukrotnie przewyższyła liczbę zaplanowanych miejsc.

Treścią konferencji były cztery zasadnicze obszary pracy z rodziną z problemem uzależnienia. Odnosiły się one do:

- problemów seksualnych osób uzależnionych (prowadzący: prof. dr Zbigniew Lew Starowicz – wykład i dr Sławomir Jakima – warsztaty);
- pracy z parą w terapii uzależnień (prowadząca: Jolanta Ryniak);
- pracy z rodziną dorosłego uzależnionego pacjenta (prowadzący: dr Krzysztof Gąsior);
- pracy z rodziną uzależnionego nastolatka i młodego dorosłego (prowadząca: Urszula Grodzka).

Zaproszeni specjaliści psychoterapii uzależnień szczególnie chwalili wykładowo-warsztatową formę konferencji. Dawało to możliwość poszerzenia wiedzy i wymiany doświadczeń w licznym gronie profesjonalistów. Szczególnie, że temat jest bardzo ważki i pełen wyzwań.

Wyjątkowym zainteresowaniem cieszył się wykład prof. Zbigniewa Lwa Starowicza i warsztaty dr. Sławomira Jakimy, które traktowały o problemach seksualnych osób problemowo używających różnych substancji psychoaktywnych. Temat ten jest często pomijany przy prowadzeniu terapii, natomiast jest bardzo newralgiczny i rzutuje na wiele sfer życia pacjenta, w tym oczywiście na relację z partnerem/partnerką. W sferze tej ciągle pokutuje wiele mitów i brakuje rzetelnej wiedzy. Wziąwszy pod uwagę fakt, że niewiele osób w Polsce korzysta z pomocy seksuologa (brak finansowania przez NFZ, bariery mentalne), ważne jest, aby terapeuci mieli podstawową wiedzę na ten temat i umieli w odpowiedni sposób rozmawiać na tematy intymne. Tym bardziej, że problemy w tej sferze mogą być przyczyną nawrotów. Ciekawym wątkiem był również temat uzależnienia od seksu.

Kolejnym ważnym tematem była praca z parą/małżeństwem, gdy jeden z partnerów jest uzależniony i jest w trakcie leczenia. Tu ważną konkluzją była potrzeba, a nawet konieczność pracy z partnerami/małżonkami już w trakcie terapii uzależnienia. Takie podejście daje możliwość rozszerzenia korzystnych zmian i wpływa na utrwalenie efektów leczenia. Duży nacisk kładziono na poszerzenie umiejętności uczestników w motywowaniu do terapii pary, jak też diagnozowaniu problemów w parze. Następnym istotnym tematem była praca z rodziną uzależnionego nastolatka i młodego dorosłego. Tu prezentowane metody pracy opierały się przede wszystkim na teorii dialogu motywującego W. Millera i S. Rollnicka. Ogromną siłą dialogu motywującego jest to, że pozwala wzbudzić gotowość i budować wewnętrzną motywację do zmian, nawet gdy osoba nie rozważa pewnych trudności w swoim życiu w kategoriach problemu. Pomaga również nawiązać współpracę i zwiększyć zaangażowanie w terapię, co jest kluczowe w przypadku rodziny uzależnionego nastolatka.

W przypadku pracy z całą rodziną dorosłego uzależnionego pacjenta, zdecydowanie odchodzi się od modelu deterministycznego na rzecz modelu interakcyjnego systemowego. Oznacza to przyjęcie założenia, że rozwój rodziny i poszczególnych jej członków zależy od dynamicznego oddziaływania zarówno czynników zagrożających, jak i ochronnych związanych z prężnością. Prężność rodzinna wpływa na pozytywną adaptację rodziny w zderzeniu z różnymi przeciwnościami losu czy stresującymi i traumatycznymi doświadczeniami. Składają się na nią: przekonania rodzinne (np. optymistyczna wizja życia, moralne i duchowe wartości), organizacja rodzinna i jej zasoby (np. elastyczna struktura, wzajemne wsparcie) i komunikacja w rodzinie (np. jasne sposoby komunikowania, umiejętność współpracy).

Ewaluacja konferencji wykazała dużą satysfakcję uczestników, która łączyła się ze spełnieniem pokładanych w spotkaniu oczekiwań. Wszyscy wyrażali opinie o wykorzystaniu poznanych treści w pracy zawodowej.

# NAGRODA ZA INNOWACJE W PROFILAKTYCE GRUPY POMPIDOU

Grupa Pompidou jest międzynarodową organizacją związaną z Radą Europy. Zrzesza 37 państw europejskich oraz, od niedawna, państwa basenu Morza Śródziemnego, w tym Tunezję, Liban, Maroko i in. Głównym celem Grupy jest tworzenie efektywnej polityki narkotykowej, zwłaszcza na szczeblu lokalnym, na którą składają się polityka, praktyka oraz nauka.

Jednym z promowanych obszarów działalności jest profilaktyka i aktywizacja młodzieży. Co dwa lata ogłaszany jest konkurs na innowacyjne programy, w których realizacji angażowani są młodzi ludzie. W 2012 roku odbyła się piąta edycja konkursu. Nagrodzono programy z Libanu, Niemiec i Hiszpanii.



## Youth Connection

Na pierwszym miejscu wśród zwycięzców znalazła się libańska organizacja Oum el Nour ([www.oum-el-nour.org](http://www.oum-el-nour.org)), zajmująca się przeciwdziałaniem uzależnieniom oraz terapią.

Wyróżniony przez Grupę Pompidou projekt polega na prowadzeniu szkoleń dla młodych ludzi, podczas których uczą się oni planowania i prowadzenia działań prewencyjnych w swoim środowisku. Program obejmuje osoby do 25. roku życia, czyli uczniów i studentów, którzy po rekrutacji odbywają warsztaty. Treningi dostarczają im wiedzy na temat substancji psychoaktywnych, czynników ryzyka i czynników chroniących przed uzależnieniami, skutecznych strategii profilaktycznych. Oprócz tego, prowadzone są treningi interpersonalne, zajęcia interaktywne w postaci np. tworzenia spektakli teatralnych i filmów czy praca w grupach nad planowaniem strategii działania. Po odbyciu szkolenia młodzi ludzie układają pod okiem trenerów plan akcji, którą chcą zrealizować, lub tworzą narzędzia profilaktyczne. Główny nacisk położony jest jednak na tworzenie przez młodzież klubów zajmujących się profilaktyką. Wszystkie realizowane w różnych miastach działania są prezentowane i omawiane na forum. Jak informują autorzy programu, w ciągu pięciu lat pracy przeskolono ponad 500 młodych działaczy, którzy stworzyli 25 klubów młodzieżowych, zrealizowali kilka filmów, spektakli, kampanii plakatowych itp. Więcej informacji o programach można znaleźć na stronie organizacji [www.oum-el-nour.org](http://www.oum-el-nour.org) w zakładce Programs > Prevention Programs.

## Trzeźwość jest sexy

Niemiecki program „Sober ist sexy” jest prowadzony przez młodych ludzi z organizacji Juvente ([www.juvente.de](http://www.juvente.de)). Zarówno zarządzanie organizacją, jak i wszelkie inicjatywy oraz ich realizacja należą do młodzieży. Działalność grupy skupiona jest wokół organizowania wyjazdów, wycieczek oraz akcji miejskich, na które składają się happeningi i eventy służące promocji hasła zdrowego stylu życia i czerpania przyjemności z życia bez udziału narkotyków. Oprócz tego, młodzi prowadzą kilka kampanii skierowanych do dorosłych, jedna z nich namawia np. do trzeźwości podczas świąt. Zasadą organizacji jest wspieranie wszelkich inicjatyw pochodzących od uczestników programu.

## Ai Laket!

Program Ai Laket ([www.ailaket.com](http://www.ailaket.com)) to hiszpańska inicjatywa skierowana do nowych subkultur młodzieżowych, skupionych wokół specyficznych przestrzeni miejskich. Miejsca, do których trafiają działacze Ai Laket to opuszczone przestrzenie komercyjne, które zostały przekształcone przez młodych ludzi w miejsca rozrywki, działań kulturalnych czy po prostu w świetlice, którymi sami zarządzają.

Na pracę organizacji składa się przede wszystkim docieranie do ludzi uczęszczających do tych miejsc, a następnie przygotowanie wybranych osób do prowadzenia działań w ich środowisku. Młodzi

działacze starają się tak opracować narzędzia i materiały profilaktyczne, aby odpowiadały one potrzebom środowisk, na rzecz których pracują.

Więcej informacji na temat programów oraz krótkie opisy wszystkich organizacji startujących w konkursie można znaleźć na stronie Grupy Pompidou, w zakładce Actions > Prevention Prize.

**Elementy wspomagające kampanię prowadzoną pod hasłem „Hazard. Nie igrzaj!”, o której piszemy na stronie 11.**



## Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii  
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65, e-mail: [kbpn@kbpn.gov.pl](mailto:kbpn@kbpn.gov.pl), <http://www.kbpn.gov.pl>  
Serwis Informacyjny NARKOMANIA jest notowany na liście Index Copernicus.

Adres redakcji:  
Fundacja PRAESTERNO  
ul. Widok 22/30  
00-023 Warszawa  
tel.: 22 621 27 98  
e-mail: [biuro@praesterno.pl](mailto:biuro@praesterno.pl)

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