



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 4 (64) 2013

NR 4

2013

WPROWADZENIE

Drodzy Czytelnicy,

w 2013 roku mija dwadzieścia lat działalności Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Z tej okazji w bieżącym numerze Serwisu publikujemy kilka przeglądowych artykułów omawiających zmiany w okresie ostatnich kilkunastu lat w ważnych obszarach związanych z przeciwdziałaniem narkomanii: w polityce antynarkotykowej, systemie szkolenia i certyfikacji specjalistów uzależnień, instytucjonalnym systemie przeciwdziałania narkomanii, zmianach prawnych oraz zwalczaniu przestępczości narkotykowej. Dr Jacek Moskalewicz opisuje zmiany, jakie od lat 60. XX wieku miały miejsce w sposobie spostrzegania narkomanii w Polsce oraz wynikających z tego podejmowanych sposobach oddziaływań antynarkotykowych. Konkluzja artykułu jest pesymistyczna. Otóż zdaniem autora aktualna sytuacja osób uzależnionych w Polsce jest gorsza niż przed początkiem penalizacyjnych nowelizacji prawnych, które miały miejsce w 1997 roku.

Zmiany w przepisach prawnych dotyczących narkomanii opisuje bardziej szczegółowo prof. Krzysztof Krajewski. Zmiany te interpretowane są przez autora jako konsekwencja przewagi jednego z dwóch podstawowych paradygmatów postrzegania narkomanii: albo jako zjawiska opisywanego w kategoriach medycznych – choroby, albo jako zjawiska umieszczanego w paradygmacie przestępstwa i represji. Zdaniem autora Stany Zjednoczone w zdecydowanie większym stopniu lokują narkomanię w paradygmacie przestępstwa, podczas gdy Europa skłonna jest spostrzegać narkomanię jako chorobę. Na tym tle ciekawa jest interpretacja zmian dotyczących narkomanii w polskim prawie. Zaskakujące, że generalnie punitivny system PRL sytuował narkomanię w nurcie medycznym, podczas gdy nowelizacje prawa dokonane po roku 1989, szczególnie zmiany z roku 2000, zwiększyły represyjność regulacji prawnych, m.in. poprzez likwidację depenalizacji posiadania narkotyków na własny użytek.

Zespół autorów prezentuje artykuł dotyczący powstania i rozwoju w Polsce systemu szkolenia i certyfikacji kadry terapeutycznej. Pierwszy program szkoleniowy został zrealizowany w 2002 roku na podstawie przepisów prawnych wprowadzonych nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w 2000 roku. Aktualnie osoby zainteresowane zdobyciem tytułu instruktora lub specjalisty terapii uzależnień mogą skorzystać z oferty sześciu placówek szkoleniowych zlokalizowanych w całej Polsce. Ich lista została zamieszczona w artykule.

Dr Robert Sobiech zestawia wyniki trzech badań (z 1999, 2003 i 2012 roku) diagnozujących instytucjonalny system przeciwdziałania narkomanii funkcjonujący w Polsce na szczeblu ponadregionalnym. Porównanie różnic w wynikach w poszczególnych pomiarach wskazuje na rosnącą rolę Krajowego Biura w prowadzeniu wspólnych działań z organizacjami działającymi w sferze redukcji popytu i jednocześnie na spadek intensywności współpracy między innymi organizacjami. Ta tendencja zwiększa – zdaniem autora – ryzyko nadmiernego scentralizowania systemu i ograniczenia współpracy „poziomej” – między organizacjami prowadzącymi redukcję popytu na szczeblu ogólnopolskim. Ciekawe byłoby zdiagnozowanie powiązań między organizacjami działającymi lokalnie w obszarze redukcji popytu.

Życzę Państwu przyjemnej lektury
Piotr Jabłoński

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

W DIALOGU ZE SPOŁECZEŃSTWEM

Piotr Jabłoński..... 2

Konferencje

RELACJA Z II OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI NA TEMAT PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Marta Struzik..... 4

Szkolenia

SYSTEM SZKOLEŃ I CERTYFIKACJI – PERSPEKTYWA HISTORYCZNA I MOŻLIWOŚCI ROZWOJU

Bogusława Bukowska, Dorota Wieczorek, Czesław Czabała..... 7

Leczenie, redukcja szkód

EWOLUCJA OGRANICZANIA POPYTU NA NARKOTYKI W POLSCE – 30 LAT DOŚWIADCZEŃ

Jacek Moskalewicz..... 12

INSTYTUCJONALNY SYSTEM PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII W POLSCE W LATACH 1999–2012

Robert Sobiech 19

Prawo

PRAWO A ZMIENIAJĄCY SIĘ OBRAZ ZJAWISKA NARKOMANII

Krzysztof Krajewski 26

Redukcja podaży

ZWALCZANIE PRZESTĘPCZOŚCI NARKOTYKOWEJ W POLSCE Z PERSPEKTYWY OSTATNICH 20 LAT

Adam Rapacki 31

Profilaktyka

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI O PROFILAKTYCE NARKOMANII

Bogusława Bukowska 36

Badania, raporty

ROZPOWSZECZENIE I UWARUNKOWANIA UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH W POLSCE – CZĘŚĆ II

Barbara Badora, Magdalena Gwiazda, Marcin Hermann, Jolanta Kalka, Jacek Moskalewicz..... 40

Akcje społeczne

MIASTO WCIĄGA

Agnieszka Sieniawska..... 45

OGÓLNOPOLSKA KAMPANIA „PRZYJMUJE LEKI CZY BIERZE? LEKI BEZ RECEPTY – DO LECZENIA, NIE DO BRANIA”

Anna Misiurek, Anna Poleganow..... 46

W DIALOGU ZE SPOŁECZEŃSTWEM



Z okazji 20-lecia działalności Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z dyrektorem Piotrem Jabłońskim rozmawia Tomasz Kowalewicz.

– W 2013 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii obchodzi 20. rocznicę istnienia. Proszę powiedzieć, co uznaje Pan za największy sukces Krajowego Biura w ciągu tych

dwudziestu lat funkcjonowania. Co się udało?

– Staramy się nigdy nie tracić z pola widzenia naszych beneficjentów – osób, które sięgają po narkotyki, które są uzależnione, i ich rodzin. Myślę, że Biuru udaje się dzięki temu zachować humanistyczne podejście do problemu. Budujemy formalne struktury, ale nie zapominamy o tym, że one nie mają służyć samym sobie, ale mają przynosić korzyści, ulgę i pomoc tym osobom, które ze względu na używanie narkotyków, doświadczają różnego typu sytuacji – groźnych dla nich i ich zdrowia. We wszystkich działaniach Biura staramy się uwypuklać ten humanistyczny rys – zorientowanie na człowieka.

– Co jeszcze uznalby Pan za istotny sukces Biura?

– Drugą rzeczą, którą staramy się realizować, jest prowadzenie dialogu ze społeczeństwem. Ten dialog jest potrzebny po to, żeby zmieniać i kształtować nastawienie społeczne, podnosić poziom wiedzy i świadomości, znajdować takie formy działań, które – dzięki akceptacji w społeczeństwie – umożliwiają świadczenie realnej pomocy zarówno osobom uzależnionym, jak i tym, które są w ich otoczeniu. Akceptacja społeczna jest konsekwencją zmian postaw społecznych. A te zmiany są możliwe wyłącznie dzięki prowadzonemu ze społeczeństwem dialogowi. Nie można narzucić ich siłą.

– Czy słuszna jest teza, że Krajowe Biuro odstąpiło od wspierania długookresowego leczenia w zamkniętych ośrodkach na rzecz propagowania bardziej różnorodnych

i mniej czasochłonnych metod czy systemów oddziaływań leczniczych?

– Często argumentem na rzecz skracania programów leczniczych jest argument ekonomiczny. Zawsze uważaliśmy, że aspektu ekonomicznego nie można ignorować, jednak przede wszystkim trzeba się skupić na tym, co ludziom pomaga, jakie rodzaje leczenia są efektywne. Kiedyś dominowało przekonanie, że wszystkim służy jeden model – społeczności terapeutycznej. Już od wielu lat jesteśmy świadomi, że konieczne jest zróżnicowanie typów oddziaływań. Przede wszystkim osoby uzależnione przestały stanowić homogeniczną grupę konsumentów polskiej heroiny. Ci ludzie mają różnorodne potrzeby. Wielu z nich funkcjonuje w rolach społecznych i w związku z tym dominuje wśród nich potrzeba uzyskania takiego wsparcia, które pomoże im w tych rolach się utrzymać. Z doświadczenia, z dobrej praktyki, ale także z badań, wiemy, że jeśli ludzie nie wypadli z ról społecznych, to postęp terapii jest jakościowo lepszy, wzrasta prawdopodobieństwo poradzenia sobie z problemami, ponieważ jest się o co i na kim oprzeć, jest baza, na której można budować. Ci ludzie nie działają w próżni, mają jakieś wsparcie, mają jakieś ambicje. Mają też coś do stracenia i ciągle mają potencjał. Drugą przesłanką jest konieczność uwzględnienia zindywidualizowanych potrzeb. Przykładem może być konieczność oferowania programów dla kobiet. Większość ośrodków jest skoncentrowana na pomocy mężczyznom, bo około 70% uzależnionych od narkotyków to mężczyźni. Tym niemniej 30% pacjentów to kobiety i trzeba myśleć o tym, żeby powstawały także programy, które będą coraz odważniej brały pod uwagę ich potrzeby, także potrzeby kobiet wychowujących dzieci.

Pacjenci różnią się wiekiem. Inne potrzeby mają osoby młodościane, inne osoby z kilkudziesięcioletnim stażem uzależnienia, które wymagają nie tylko leczenia uzależnienia, ale również opieki medycznej. Zmieniły się wzory używania narkotyków. Dominujący kiedyś wzór uzależnienia od heroiny odszedł do przeszłości. Dziś dominuje mieszanie różnych środków legalnych – alkoholu i leków – z nielegalnymi. Ciągłe mamy też problem „dopalaczy”. Część z nich została wycofana z rynku, ale pojawiają się nowe. Ten mikś różnego

typu substancji powoduje, że znaczne grupy uzależnionych pacjentów spełniają równocześnie kryteria podwójnego rozpoznania psychiatrycznego. Niektóre ośrodki terapeutyczne sygnalizują, że kryterium podwójnej diagnozy psychiatrycznej obejmuje ponad 50% pacjentów, którymi się opiekują! Także dla tej kategorii podopiecznych trzeba mieć specyficzną ofertę.

– Czy ostatnia nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wpisuje się w ten sposób myślenia?

– Krajowe Biuro włożyło sporo wysiłku w zmianę regulacji prawnych dotyczących osób używających narkotyków i uzależnionych. Ostatnia nowelizacja wprowadziła elementy oportunistyki prawnego, które pozwalają dzisiaj prokuratorowi czy sędziemu umorzyć już wszczęte śledztwo, albo w ogóle nie wszczynać procedury prawnej w stosunku do osób, które posiadają niewielką ilość narkotyków na własny użytek. Ta regulacja, choć zakorzeniona w systemie egzekwowania prawa i związana bezpośrednio z resortem sprawiedliwości, za swoją filozofię wzięła bliskie nam motto: najpierw leczyć, potem karać. Działania Biura były ważne, ale osiągnięte efekty nie byłyby możliwe, gdyby nie jasna i zdecydowana formuła działania, jaką przyjęło Ministerstwo Sprawiedliwości.

Z pierwszych danych, jakie otrzymujemy, wynika, że około 30% osób zatrzymanych przez policję w związku z naruszeniem przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zamiast stanąć przed wymiarem sprawiedliwości, dostało szansę skorzystania z dobrodziejstw tej nowelizacji. Czyli że już w tysiącach osób można liczyć grupę, która w miejsce zapisu kryminalnego w swoim życiorysie, uzyskała dostęp do pomocy terapeutycznej.

– Mówiliśmy o sukcesach i osiągnięciach. A czy w 20-letniej historii Biura miały miejsce znaczące porażki?

– Kluczowym elementem jest dla Biura problem dostępności leczenia substytucyjnego. W dalszym ciągu jest ona niewystarczająca. Staramy się wpływać na decyzje różnych instytucji, w tym na politykę NFZ, który finansuje świadczenia zdrowotne i refunduje leki, zachęcamy także organizacje pozarządowe (czy w ogóle jednostki działające poza systemem finansów publicznych) do tego, żeby wdrażały programy leczenia substytucyjnego. Niestety, udaje się to tylko w niewielkim stopniu. Taki stan rzeczy wynika z wielu źródeł. Przede wszystkim ciągle jest to kwestia pewnej ideologii, sporu o cele działania. Wiele osób nadal zadaje sobie pytanie, czy programy substytucyjne są naprawdę leczeniem, czy nie jest

to wyłącznie forma redukcji szkód. Druga przeszkoda to przyzwyczajenia i niechęć części kadry do zmiany sposobu leczenia, wynikająca z przekonania, że skutecznie funkcjonuje w tym, co robi aktualnie i w związku z tym nie ma motywacji do wprowadzania zmian. Trzecia rzecz to stan ludzi potrzebujących leczenia substytucyjnego. Są to osoby starzejące się, bardzo często ciężko chore somatycznie, brutalnie mówiąc – umierające.

– To powinien być argument na rzecz rozszerzenia oferty leczenia substytucyjnego dla tej kategorii osób uzależnionych.

– Tak uważam. Choć liczba tego typu pacjentów systematycznie maleje w Polsce, to ciągle jest to grupa około 20 tys. osób. Ich leczenie pociąga za sobą największe koszty, często są to osoby zakażone żółtaczką czy mające wirusa HIV. Ta grupa, nawet jeśli się zmniejsza, to ciągle wymaga dużo uwagi i dużo pieniędzy.

– Powiedział Pan o sukcesach i o porażkach. Proszę jeszcze powiedzieć o wyzwaniach. Co czeka Biuro w najbliższym czasie?

– Wiele jest tych wyzwań. Zacząć muszę niestety od ekonomii. Ludzie działający w sferze publicznej zaczynają obserwować spadek wspierania przez państwo programów społecznych. Obserwujemy to także w obszarze przeciwdziałania narkomanii.

Narkomania nie jest wyspowym problemem społecznym. To jest problem, który przejawia się w różnych sferach życia społecznego – w zatrudnieniu, pomocy społecznej, edukacji, przemocy – wszędzie. Wskaźniki korzystania przez osoby uzależnione z pomocy społecznej nigdy nie były za wysokie, a w ostatnich latach spadają. Czy dlatego, że nie potrafimy dotrzeć z informacją, że te osoby mają prawo korzystać z tej pomocy, czy dlatego, że coś złego dzieje się w systemie? Wiemy, że pieniędzy na pomoc społeczną nie przybywa i dostępność do środków pomocowych się zmniejsza, co przekłada się na spadek korzystania z pomocy społecznej przez osoby uzależnione i ich rodziny. Coraz częściej słyszymy też od organizacji pozarządowych, że w konkursach organizowanych przez władze samorządowe narkotyki traktowane są jako mniej ważne.

A my uważamy, że skoro zaczęliśmy w polityce narkotykowej osiągać pewne sukcesy, to jest to czas, żeby podtrzymać ten wysiłek, który okazał się skuteczny, a nawet go zwiększyć, żeby wskaźniki dotyczące liczby osób uzależnionych, uży-

wania narkotyków (z wyjątkiem marihuany), wszystkie inne, utrzymać na osiągniętym poziomie lub spowodować ich dalszy spadek. Sukcesy, jakie osiągnęliśmy, na przykład spadek nowych zakażeń HIV, stabilizację sytuacji, jeśli chodzi o zgony w związku z narkotykami – wymagają dodatkowych inwestycji, żeby te dobre trendy utrzymać. Redukcja nakładów finansowych wcześniej czy później zaowocuje tym, że wskaźniki znowu pójdą w górę. Uważam, że to jest teraz największy problem.

– *Jakie jeszcze wyzwania stoją przed Krajowym Biurem?*

– Nie narzekamy na współpracę z samorządami, chcemy jednak zintensyfikować nasze wysiłki w kierunku nawiązania jeszcze lepszego dialogu. To głównie samorząd dysponuje środkami na profilaktykę. W tej chwili profilaktyka jest dzielona na antyalkoholową i antynarkotykową. Chcemy spowodować, żeby samorząd dostrzegł, że potrzebna jest jedna profilaktyka przeciwdziałająca politoksykomanii i żeby uwzględniał obie te grupy substancji w swojej polityce.

Zależy nam również na tym, żeby przekonywać samorząd do finansowania programów o dowiedzionej skuteczności, takich które przeszły ewaluację dokumentującą pozytywne zmiany pod wpływem oddziaływań. Chcemy też prze-

konywać samorząd do wspierania nie tylko profilaktyki uniwersalnej, skierowanej do ogółu młodzieży, ale żeby samorządy angażowały się również w inne formy profilaktyki. A także, żeby spostrzegły jako swój interes – wspieranie programów redukcji szkód. Środki, które przeznaczają samorządy na programy redukcji szkód są w tej chwili minimalne. I te programy są w Polsce zamykane. Głównie takie, które są zorientowane na stary typ narkomanii, czyli na przykład programy wymiany igieł i strzykawek. A uważamy, że są one bardzo potrzebne. Trzeba też myśleć o innych formach działań.

– *Na przykład o jakich?*

– Na przykład o profilaktyce prowadzonej w miejscach rozrywek, tam, gdzie zbierają się młodzi ludzie, gdzie używają „dopalaczy”, często mieszając substancje, co do których nie mamy żadnego rozeznania, jakie skutki powodują. Młodzi ludzie często zupełnie nie wiedzą, czym ryzykują, także mieszając alkohol z różnego typu lekami lub innymi substancjami. Udział samorządu w tego typu programach jest bardzo niewielki, prawie żaden, i to chcielibyśmy zmienić, to traktujemy jako nasze wyzwanie.

– *Dziękuję za rozmowę.*

W dniach 21-23 października 2013 roku w Konstancinie-Jeziornie odbyła się „II Ogólnopolska konferencja na temat przeciwdziałania narkomanii”. Obok organizacji pozarządowych zgromadziła ona przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Sprawiedliwości, ekspertów, naukowców i badaczy problematyki narkomanii. Konferencję zorganizowała, na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae”.

RELACJA Z II OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI NA TEMAT PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Marta Struzik

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

W tym roku mijają dwie dekady od powstania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, dlatego podczas sesji otwierającej spotkanie dyrektor Piotr

Jabłoński i jego zastępczyni Bogusława Bukowska przypomnieli misję i zadania Biura jako specjalistycznej agencji ministra zdrowia działającej w obszarze

narkotyków i narkomanii. Misją Biura jest podejmowanie i promowanie działań na rzecz zdrowia publicznego poprzez ograniczanie popytu na narkotyki, minimalizowanie szkód zdrowotnych wynikających z używania substancji psychoaktywnych oraz przeciwdziałanie marginalizacji społecznej użytkowników narkotyków. Aktywności te prowadzone są w oparciu o wyniki badań naukowych, dobrą praktykę, z poszanowaniem praw człowieka, sprawiedliwości społecznej i zasad państwa prawa. Krajowe Biuro realizuje zadania wynikające z Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii oraz z Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 roku w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016; udziela m.in. dotacji w imieniu ministra zdrowia, podejmuje inicjatywy legislacyjne, wspiera podnoszenie jakości działań profilaktycznych i rehabilitacyjnych, upowszechnia w profilaktyce i leczeniu metody o udokumentowanej skuteczności, zleca i wspiera badania naukowe, prowadzi informatyczne bazy danych, wspiera monitoring wojewódzki i gminny, współpracuje z samorządami, prowadzi edukację publiczną, współpracę międzynarodową oraz system certyfikowanych szkoleń. Krajowe Biuro zarządza ponadto Funduszem Rozwiązywania Problemów Hazardowych, którego środki przeznaczone są na realizację programów związanych z problematyką hazardu oraz innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych, określanych mianem uzależnień niechemicznych czy behawioralnych (m.in. uzależnienie od internetu, gier komputerowych, zakupów, seksu czy pracy). Pierwszego dnia konferencji odbyła się również sesja problemowa dotycząca kierunków leczenia substytucyjnego oraz sesja na temat społeczności terapeutycznych. W tym samym czasie miało miejsce posiedzenie Komisji ds. Etyki oraz Rady Naukowej. Swoje spotkania mieli także realizatorzy programu „Unplugged”, „FreD goes net” i „Candis” i osoby zainteresowane dyskusją na temat zasad pracy specjalistów wpisanych do ewidencji

i uprawnionych do zbierania informacji na temat używania przez oskarżonych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych.

Drugi dzień konferencji rozpoczął się od uroczystości związanej z 20-leciem działalności Krajowego Biura. Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radziejewicz-Winnicki wręczył dwudziestu osobom dyplomy uznania za ich wkład w przeciwdziałanie narkomanii. Wśród wyróżnionych znaleźli się: prof. dr hab. Jan Czesław Czabała, Jerzy Fiałkiewicz, Tomasz Kowalewicz, prof. dr hab. Krzysztof Krajewski, Jolanta Łazuga-Koczurowska, dr Andrzej May-Majewski, Grażyna Miros, dr

n. hum. Jacek Moskaiewicz, ks. Arkadiusz Nowak, dr Krzysztof Ostaszewski, Katarzyna Puławska-Popielarz, gen. Adam Rapacki, Barbara Robaszkiewicz, Kasia Malinowska-Sempruch, Janusz Sierosławski, dr n. med. Karina Steinbarth-Chmielewska, Bogusława Bukowska, Grażyna Tatomir-Derfla, Anna Radomska, Danuta Muszyńska.

W trakcie sesji skupiono się na historii i najważniejszych elementach polityki antynarkotykowej w zakresie przeciwdziałania narkomanii w Polsce. Dyskutowano też nad ewolucją zjawiska narkomanii, w tym sposobów spostrzegania problemu, jego społecznej definicji oraz zmianach w podejściu do profilaktyki i leczenia. Omówiono system szkoleń i certyfikacji osób profesjonalnie

zajmujących się terapią uzależnienia od narkotyków, podkreślając nowe wyzwania, w tym m.in. uwzględnienie w treściach nauczania zmian zachodzących w obszarze leczenia osób uzależnionych, określenia potrzeby integracji szkoleń z różnych zakresów, tj. uzależnienia od narkotyków, alkoholu czy też współpracy z podmiotami szkolącymi w dziedzinie psychoterapii. Sposób percepcji zjawiska używania narkotyków został w dalszej kolejności poddany historycznej analizie pod kątem stosowanych regulacji prawnych, traktowania zjawiska narkomanii poprzez pryzmat paradygmatu przestępstwa (zło, dewiacja) lub paradygmatu choroby (medyczny), dylematów doty-

Na zakończenie konferencji podjęto dyskusję panelową, której tematem była próba odpowiedzi na pytanie, czy polski model opieki i leczenia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych wymaga zmian. W trakcie dyskusji potwierdzona została potrzeba rozwoju oferty leczniczej dostępnej w naszym kraju. Jednocześnie podkreślano, że zmiana już się dokonuje, ważne jest jednak jej ukierunkowanie i stworzenie spójnego, systemowego podejścia do leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych w Polsce.

czących kontroli „dopalaczy”. Problematyka ograniczania zjawiska narkomanii była kontynuowana dzięki prezentacji na temat rozwoju struktur służby antynarkotykowej w Policji, wyników w zwalczaniu przestępczości narkotykowej w Polsce i udziału w inicjatywach międzynarodowych w tym obszarze. Sesję zakończyła prezentacja dotycząca instytucjonalnego systemu przeciwdziałania narkomanii w Polsce.

Analizując jakość i skuteczność w profilaktyce i terapii uzależnienia od narkotyków, omówiono z jednej strony zasady akredytacji w ochronie zdrowia i standardy akredytacyjne dla stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień, a z drugiej – moralne powinności terapeuty uzależnień. Dyskutowano także nad aktualnymi wyzwaniami stojącymi przed profilaktyką i lecnictwem związanymi z używaniem konopi indyjskich i uzależnieniem od opiatów. Standardy merytoryczne i formalne profilaktyki, system rekomendacji programów profilaktycznych oraz skuteczne podejścia w leczeniu uzależnienia od narkotyków to dalsze tematy poruszane w ramach dyskusji nad jakością prowadzonych interwencji.

Podczas konferencji omawiano wiele zagadnień ważnych dla specjalistów terapii uzależnień i profilaktyków. W trakcie sesji problemowych omawiano m.in.: skuteczne podejścia w terapii na przykładzie indywidualnego programu leczniczego dla użytkowników przetworów konopi indyjskich „Candis”, współczesne modele i praktyki programów postrehabilitacyjnych, kierunki leczenia substytucyjnego i wyzwania stojące przed współczesnymi społecznościami terapeutycznymi.

Szacuje się, że od 4 do 6% młodzieży w wieku 15-16 i 17-18 lat używa w Polsce przetworów konopi w sposób ryzykowny, który może doprowadzić do uzależnienia (wyniki badania ESPAD z 2011 roku). „Candis” to indywidualny krótkoterminowy program terapeutyczny dla osób mających problemy z powodu używania marihuany lub haszyszu, prowadzony w placówkach ambulatoryjnych. Celem programu jest rozpoznanie swoich problemów związanych z używaniem konopi, zaakceptowanie terapii i regularne uczestniczenie w leczeniu, dążenie do abstynencji lub redukcji używania, pozostawanie w abstynencji przy zastosowaniu działań profilaktycznych zapobiegających nawrotom, a także nauczenie się adekwatnego i skutecznego rozwiązywania problemów psychologicznych i społecznych. Dyskusję wzbogaciły też sesje poświęcone zasadom konstruowania i ewaluacji programów profilaktyki narkotykowej oraz przeglądowi oddziaływań profilaktycznych

o potwierdzonej skuteczności. Omawiano zachowania problemowe i zachowania ryzykowne młodzieży oraz podejścia teoretyczne wyjaśniające uwarunkowania takich zachowań. Tym samym dyskutowano zarówno nad czynnikami ryzyka, jak też czynnikami chroniącymi, tym, co w życiu jednostki powoduje, że funkcjonuje ona dobrze lub bardzo dobrze w niesprzyjających ku temu warunkach życiowych. Omawiano również procedurę konstruowania programów profilaktycznych, dostosowania prowadzonych oddziaływań do określonej grupy docelowej, a także poziomu profilaktyki. Podczas konferencji poruszono temat wyzwań wynikających ze zjawiska nowych substancji psychoaktywnych, jakie stoją przed instytucjami zajmującymi się problemem narkomanii. Debatowano też nad problematyką etyki w profilaktyce i terapii uzależnienia od narkotyków.

W trzecim dniu konferencji kontynuowano obrady w ramach sesji problemowych, które dotyczyły uzależnień behawioralnych, współczesnej postrehabilitacji, ewolucji programów redukcji szkód oraz skutecznych podejść w profilaktyce. Dyskutowano nad celem postrehabilitacji i nowymi kierunkami pomocy w obszarze readaptacji społecznej osób z problemem narkotykowym.

Na zakończenie obrad podjęto dyskusję panelową, której tematem była próba odpowiedzi na pytanie, czy polski model opieki i leczenia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych wymaga zmian. W trakcie dyskusji potwierdzona została potrzeba rozwoju oferty leczniczej dostępnej w naszym kraju. Jednocześnie podkreślano, że zmiana już się dokonuje, ważne jest jednak jej ukierunkowanie i stworzenie spójnego, systemowego podejścia do lecnictwa uzależnienia od substancji psychoaktywnych w Polsce. Zaakcentowano szczególnie potrzebę wzmacniania współpracy, wymiany doświadczeń oraz dbałości o jakość proponowanych świadczeń leczniczych. Wskazywano na potrzebę optymalizacji już dostępnego potencjału i dalsze wspieranie rozwoju zawodowego profesjonalistów pracujących w dziedzinie przeciwdziałania narkomanii.

W trakcie konferencji wielokrotnie wskazywano na rozwój, jaki dokonał się w czasie ostatnich 20 lat w obszarze przeciwdziałania narkomanii w Polsce. Podsumowując spotkanie, dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii zgłosił inicjatywę utworzenia międzyinstytucjonalnego ciała doradczego, które miałoby na celu usystematyzowanie zasad nowoczesnego systemu leczenia w Polsce.

Wiele lat doświadczeń we wdrażaniu szkoleń w dziedzinie uzależnienia od narkotyków pokazuje, że system ten ciągle się rozwija. Co pewien czas jest on modyfikowany w zależności od zidentyfikowanych deficytów. Traktowanie systemu szkoleń jako instrumentu służącego do podnoszenia jakości kształcenia terapeutów uzależnień, a w konsekwencji także jakości udzielanych przez nich świadczeń zdrowotnych, wymaga stałej analizy kierunków potencjalnych zmian i modyfikacji.

SYSTEM SZKOLEŃ I CERTYFIKACJI – PERSPEKTYWA HISTORYCZNA I MOŻLIWOŚCI ROZWOJU

Bogusława Bukowska, Dorota Wieczorek
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
Czesław Czabała
Instytut Psychologii Stosowanej
Akademia Pedagogiki Specjalnej

Historia systemu szkoleń

Środowisko terapeutów pracujących z osobami uzależnionymi od narkotyków co najmniej od połowy lat 90. zgłaszało potrzebę wprowadzenia systemu kształcenia w dziedzinie terapii uzależnienia od narkotyków, który z jednej strony sankcjonowałby wieloletnie doświadczenia osób z najdłuższym stażem pracy w terapii, a z drugiej umożliwiał zdobycie wiedzy i umiejętności osobom młodym, które dopiero co zaczęły pomagać pacjentom uzależnionym od narkotyków. W odpowiedzi na te oczekiwania Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w 2000 roku zainicjowało działania przygotowawcze związane z wprowadzeniem odpowiednich przepisów prawnych. Od początku prac koncepcyjnych nad systemem szkoleń i certyfikacji Krajowe Biuro postawiło na mocne umocowanie nowych przepisów w systemie prawnym. Dlatego podejmowało wiele starań, aby znalazły się one w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii. Determinacja Krajowego Biura w dążeniu do nadania nowym przepisom tak wysokiej rangi wynikała z doświadczeń z lat 90., kiedy to brak jasnych regulacji spowodował, iż rozpoczęty wówczas proces certyfikowania terapeutów zakończył się niepowodzeniem.

Prace nad nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii prowadzone w 2000 roku umożliwiły wprowadzenie przepisów, które choć bardzo ograniczone, to jednak dawały asumpt do kontynuowania

prac nad całościowymi rozwiązaniami. Rozpoczęto więc prace nad szczegółowymi zasadami, trybem i programem szkolenia, a także nad regulaminem zatwierdzania i certyfikowania specjalistycznego szkolenia w dziedzinie terapii i rehabilitacji uzależnienia od narkotyków przez ministra zdrowia. Powołano zespół do opracowania tych zasad w składzie: Piotr Adamiak, Bogusława Bukowska, Piotr Jabłoński, Marek Liciński, Jolanta Łazuga-Koczurowska, Elżbieta Rachowska, Karina Steinbarth-Chmielewska, Marek Zygałło. W wyniku jego prac w 2002 roku zostało podpisane porozumienie, w którym minister zdrowia powierzył dyrektorowi Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii prowadzenie postępowania certyfikującego w dziedzinie uzależnienia od narkotyków. W szczegółowym regulaminie tego postępowania określono kryteria oceny ofert programów szkoleniowych, ramowy program szkolenia, wymiar czasowy poszczególnych zagadnień oraz zasady i tryb weryfikacji wiedzy i umiejętności nabytych w trakcie szkolenia. Zaproponowano wówczas trzyetapową strukturę szkolenia (część teoretyczno-warsztatowa, staż kliniczny i superwizja kliniczna), która obowiązuje do dzisiaj.

Organem opiniodawczo-doradczym ministra zdrowia w sprawach dotyczących postępowania zatwierdzającego i certyfikującego program specjalistycznego szkolenia w dziedzinie uzależnienia od narkotyków

została Rada ds. Certyfikacji Programów Szkoleniowych, powoływana przez dyrektora Biura na trzy lata. Do udziału w pierwszej kadencji Rady w marcu 2002 roku zostali zaproszeni: Bogusława Bukowska, Czesław Czabała, Jolanta Łazuga-Koczurowska, Elżbieta Rachowska, Karina Steinbarth-Chmielewska i Tomasz Wolfart. W skład drugiej i jednocześnie ostatniej kadencji Rady, wybranej w 2005 roku, weszli: Czesław Czabała, Karina Steinbarth-Chmielewska, Bogusława Bukowska, Krzysztof Czekaj, Alicja Bukowska i Janusz Strzelecki.

Rada dokonywała oceny przedkładanych programów szkoleniowych i swoją opinię przedstawiała dyrektorowi Biura, który z kolei rekomendował ministrowi zdrowia do akceptacji programy, które spełniały wszystkie wymagane kryteria. Pierwsza rekomendacja została przyznana na początku 2002 roku szkoleniu, które zgłosiło Polskie Towarzystwo Psychologiczne oddział w Warszawie. Oferta obejmowała skróconą wersję szkolenia w trzech wariantach:

- wariant dla osób posiadających wyższe wykształcenie, które prowadziły rehabilitację pacjentów z uzależnieniami przez okres co najmniej 18 lat,
- wariant dla osób posiadających wyższe wykształcenie, które prowadziły rehabilitację pacjentów z uzależnieniami przez okres co najmniej 10 lat,
- wariant dla osób posiadających co najmniej średnie wykształcenie, które prowadziły rehabilitację pacjentów z uzależnieniami przez okres co najmniej 10 lat.

To pierwsze szkolenie odbyło się w Popowie w ośrodku Centralnego Zarządu Służby Więziennej. Uczestniczyło w nim około 50 najbardziej doświadczonych terapeutów uzależnień. Gościem honorowym, a równocześnie wykładowcą, był Martien Kooyman, który w 1972 roku założył w Holandii jedną z pierwszych społeczności terapeutycznych w Europie, nazwaną Emiliehoeve. Wszyscy słuchacze otrzymali certyfikaty z rąk ówczesnego wiceministra zdrowia Andrzeja Kosiniaka-Kamysza i Anny Ciupy reprezentującej Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Symboliczny certyfikat specjalisty terapii uzależnień z numerem 1 przyznano nieżyjącemu Markowi Kotańskiemu. Kolejne szkolenia były już organizowane w trybie pełnym. Rekomendacje do prowadzenia szkoleń przyznano: Instytutowi Psychologii Zdrowia, Polskiemu Towarzystwu Zapobiegania Narkomanii, Polskiej

Federacji Społeczności Terapeutycznych i Gdańskiej Wyższej Szkole Humanistycznej.

W 2005 roku została znowelizowana ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. W nowych przepisach zrezygnowano z powoływania Rady ds. Certyfikacji Programów Szkoleniowych. Opiniowanie programów specjalistycznego szkolenia powierzono Komisji Konkursowej, powoływanej corocznie przez dyrektora Krajowego Biura. Rekomendacje, dotychczas wydawane przez ministra zdrowia, udzielane są przez dyrektora Biura. Ustawa określiła katalog studiów, jakie umożliwiają ubieganie się o tytuł specjalisty, zapowiedziano wydanie rozporządzeń, które szczegółowo określą wymagania, jakie powinny spełniać podmioty prowadzące szkolenia w zakresie uzależnień, opisano ramowe programy szkoleń, tryb i sposób przeprowadzania egzaminu, skład komisji egzaminacyjnej oraz wzory certyfikatów. Regulacje te znalazły się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szkoleń w dziedzinie uzależnienia, podpisanym w roku 2006. Wprowadzono dwa moduły szkoleniowe:

- dla osób ze stażem pracy w terapii uzależnienia poniżej dwóch lat wprowadzono moduł I i jego kontynuację – moduł II; łącznie obejmują one nie mniej niż 690 godz. zajęć dydaktycznych dla specjalisty i 650 godz. dla instruktora. Jego uczestnicy są zobowiązani do odbycia minimum 30 godz. zajęć z psychopatologii i 100 godz. warsztatów, podczas których ćwiczone są umiejętności interpersonalne niezbędne w pracy terapeutycznej, nawiązywanie kontaktu terapeutycznego i podstawy pracy indywidualnej z pacjentem. Obowiązkowym elementem modułu I szkolenia jest również odbycie 120 godz. stażu klinicznego w jednej ze stacjonarnych rekomendowanych placówek, gdzie uczestnik szkolenia poznaje specyfikę pracy z osobami uzależnionymi od narkotyków i uczy się wykorzystywać poznane metody w praktyce,
- osoby ze stażem pracy w terapii uzależnienia powyżej dwóch lat przyjmowane są bezpośrednio na zajęcia modułu II. Obejmuje on nie mniej niż 440 godz. zajęć dydaktycznych dla specjalisty i 400 godz. dla instruktora. Moduł II obejmuje 50 godz. zajęć teoretycznych, 80 godzin treningów psychologicznych, 160 godz. warsztatów oraz staż (minimum 80 godz.) i superwizję (minimum 70 godz.). Powyższy

wymiar czasowy obowiązuje specjalistów terapii uzależnień, dla instruktorów liczba godzin jest w poszczególnych elementach odpowiednio niższa. W 2006 roku wraz z nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadzono przepis umożliwiający dyrektorowi Krajowego Biura dofinansowywanie szkoleń, w szczególności stażu i superwizji klinicznej pod warunkiem, że osoby ubiegające się o to dofinansowanie zatrudnione są w jednostkach prowadzących rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków. Od 2006 roku dofinansowaniem zostało objętych około 730 osób. Z kolei w nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii przeprowadzonej w 2011 roku wprowadzono przepis, który daje prawo do zdobywania uprawnień specjalisty terapii uzależnień wszystkim osobom, które uzyskały tytuł magistra, bez względu na kierunek ukończonych studiów. W celu zachęcenia uczestników szkoleń do przystępowania do egzaminu bezpośrednio po zakończeniu szkolenia, wprowadzono także limit czasu trwania szkolenia do czterech lat.

W kontekście historii systemu certyfikacji warto wspomnieć o innych ważnych aktach prawnych, które odnosiły się do zakresu uprawnień specjalistów terapii uzależnień. Mowa tu o Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w którym specjaliści terapii uzależnień bądź osoby będące w trakcie szkolenia uzyskały prawną podstawę do świadczenia usług kontraktowanych przez NFZ oraz zagwarantowano im identyczny status, jaki posiadali specjaliści psychoterapii uzależnienia od alkoholu. Kolejnym aktem prawnym, który dał specjalistom możliwość współpracy z wymiarem sprawiedliwości w zakresie opiniowania o uzależnieniu osoby oskarżonej, było wprowadzone w życie w 2012 roku rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie zbierania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych.

W ciągu 13 lat funkcjonowania systemu szkoleń Rada bądź Komisja Konkursowa 15 razy spotykały się, aby ocenić nadesłane na konkurs oferty programów specjalistycznego szkolenia. W wyniku tych prac wydano łącznie 28 rekomendacji dla 8 podmiotów. Część z nich oferuje szkolenia do tej pory, inne zrezygnowały. Obecnie osoby zainteresowane zdobyciem tytułu instruktora lub specjalisty terapii uzależnień mają do

dyspozycji sześć placówek szkoleniowych zlokalizowanych w całej Polsce:

- Instytut Psychologii Zdrowia w Warszawie,
- Stowarzyszenie Natanaleum (dawny program oferowany przez Katolicki Uniwersytet Lubelski),
- Polską Federację Społeczności Terapeutycznych w Gdańsku,
- Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, oddział w Katowicach,
- Towarzystwo Rozwoju Rodziny w Zielonej Górze,
- Instytut Edukacji i Terapii w Poznaniu.

Superwizje i staże kliniczne

Superwizja jest integralnym elementem kształcenia przyszłych specjalistów i instruktorów od początku istnienia systemu szkoleń certyfikujących. Jako element programu specjalistycznego szkolenia została zaproponowana w 2002 roku i ujęta w ramowym programie w porozumieniu pomiędzy dyrektorem Krajowego Biura i ministrem zdrowia. Założono wówczas, że powinna ona być prowadzona przez superwizorów, którzy będą rekomendowani przez KBPN, a jej wymiar czasowy powinien obejmować nie mniej niż 70 godz. dydaktycznych. Od tamtej pory odbyły się cztery konkursy mające na celu wyłonienie superwizorów. Pierwszy z nich miał miejsce w 2002 roku. Wymagania od kandydatów na superwizora były następujące: aktualne zatrudnienie w zakładzie opieki zdrowotnej, prowadzącym terapię i rehabilitację osób uzależnionych od narkotyków, co najmniej 15-letnie doświadczenie zawodowe, wykształcenie wyższe, doświadczenie w pracy szkoleniowej, dorobek w samodzielnym kierowaniu programem/programami terapeutycznymi dla osób uzależnionych od narkotyków, przestrzeganie zasad etyki zawodowej. Spośród 29 osób, które nadesłały wówczas swoje zgłoszenia, Komisja wybrała 13 superwizorów. Kolejny konkurs został ogłoszony dwa lata później, co było podyktowane koniecznością zwiększenia liczby superwizorów. Zmienione zostały niektóre wymagania. Wprowadzony został wymóg odbycia własnej superwizji klinicznej, szkoleń w dziedzinie uzależnienia od narkotyków oraz innych szkoleń przydatnych w psychoterapii. Zmniejszony został wymagany staż pracy z 15 do 8 lat. Doświadczenie poprzedniego konkursu pokazało, że utrzymanie wymogu tak długiego stażu było kryterium zbyt wygórowanym. Komisja wyłoniła

w tym konkursie 10 dodatkowych superwizorów i tym samym łączna ich liczba wyniosła 23 osoby.

Następny konkurs na superwizorów został przeprowadzony w roku 2008, w jego wyniku rekomendacje do prowadzenia superwizji klinicznej otrzymało 24 superwizorów. Pod koniec roku 2012 ogłoszono kolejny konkurs adresowany do osób, które po raz pierwszy ubiegały się o uzyskanie rekomendacji do prowadzenia superwizji klinicznej w ramach systemu szkoleń w dziedzinie terapii uzależnienia od narkotyków. Konkurs był organizowany przez Krajowe Biuro we współpracy z Polskim Towarzystwem Psychologicznym. Oprócz kryteriów formalnych, ocenie komisji zostały poddane również umiejętności superwizorskie. W tym celu wprowadzono wymóg nadesłania nagrania z przeprowadzonej przez siebie superwizji, która była oceniana przez Komisję Konkursową, składającą się z wysokiej klasy superwizorów i psychoterapeutów. W wyniku postępowania konkursowego Komisja wybrała pięciu nowych superwizorów. Ostatni konkurs, przeprowadzony w roku 2013, miał na celu przedłużenie ważności certyfikatów obecnym superwizorom. W ten sposób w chwili obecnej uczestnicy szkoleń mają do wyboru 26 superwizorów rekomendowanych do prowadzenia superwizji. Rekomendacje te obejmują również prowadzenie superwizji dla zespołów terapeutycznych. Superwizorzy są zobowiązani do uczestnictwa w seminariach organizowanych przez Krajowe Biuro, które w większości przypadków mają charakter superwizji superwizji. Proponowane są również spotkania organizacyjne mające na celu omówienie zasad współpracy superwizorów z Biurem oraz zasad prowadzenia superwizji, a także przedyskutowanie zgłoszonych przez superwizorów problemów dotyczących ich pracy superwizyjnej.

Obecnie Krajowe Biuro pracuje nad stworzeniem przejrzystego systemu automatycznego przedłużania rekomendacji, aby obecni superwizorzy nie musieli po raz kolejny brać udziału w konkursach.

Staże kliniczne, podobnie jak superwizje, są integralnym elementem szkolenia od początku istnienia systemu certyfikacji. Przeprowadzono cztery konkursy w celu wyłonienia placówek uzależnień, w których będą praktykować przyszli specjaliści i instruktorzy terapii uzależnień. Na początku było 13 takich ośrodków. Obecnie rekomendacje Krajowego Biura do prowadzenia staży posiada 16 placówek leczenia uzależnień, w tym 13 stacjonarnych i 3 ambulatoryjne. Krajowe

Biuro stara się regularnie proponować przedstawicielom ośrodków stażowych szkolenia mające na celu podwyższenie kompetencji zawodowych opiekunów stażystów, a tym samym podniesienie jakości szkolenia. Do tej pory oprócz spotkań organizacyjnych, mających na celu omówienie zasad współpracy, zorganizowano przedstawicielom rekomendowanych placówek szkolenia z dialogu motywującego i terapii poznawczo-behawioralnej. W planach są szkolenia dotyczące pracy z ofiarami nadużyć seksualnych i na temat terapii uzależnień behawioralnych.

Egzaminy certyfikujące

Egzaminy kończące szkolenie są organizowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W początkowym okresie obowiązek ich przeprowadzenia spoczywał na podmiotach szkolących. Osoby, które były absolwentami szkoleń organizowanych w latach 2002–2006, otrzymały certyfikaty specjalisty bądź instruktora terapii uzależnień z rąk kierowników poszczególnych programów. Sytuację tę zmieniła ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 2005 roku i Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2006 roku w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień. W myśl zapisów zatwierdzonych powyższymi aktami prawnymi egzamin jest organizowany centralnie przez Krajowe Biuro dwa razy w roku. Weryfikacja efektów szkolenia odbywa się dwuetapowo – podczas egzaminu pisemnego, który składa się z pytań testowych, oraz egzaminu ustnego, do którego podejść mogą jedynie osoby, które pozytywnie zaliczą egzamin testowy, a przygotowane przez nich studium przypadku uzyska pozytywną recenzję. Egzamin ustny polega na obronie owego studium przypadku oraz na ustnej odpowiedzi na pytania zadawane przez członków Komisji. Do egzaminu przystępuje rocznie od 124 do 172 osób; egzamin pisemny zdaje od 67% do 83% uczestników, a ustny od 75% do 85%.

Do tej pory certyfikaty specjalisty terapii uzależnień otrzymało łącznie 926 osób, natomiast tytuł instruktora terapii uzależnień uzyskało 256 osób.

Ewaluacja programów szkoleń

Od początku istnienia systemu szkoleń Krajowe Biuro zwraca baczną uwagę na jego jakość. Nadzoruje ono

kształcenie poprzez prowadzenie ewaluacji we wszystkich podmiotach, które prowadzą szkolenia. Ewaluacja przeprowadzana jest przez instytucje zewnętrzne pod kątem zgodności treści programu i realizatorów ze złożoną ofertą, jakości procesu wdrażania szkolenia oraz poziomu satysfakcji uczestników. Ewaluacją obejmowane są również wybrane ośrodki stażowe i superwizorzy pod kątem poziomu satysfakcji uczestników i zgodności superwizji i staży z ustalonymi zasadami. Na podstawie wyników badania jakości szkolenia opracowywane są rekomendacje pożądaných zmian. I tak wprowadzenie do systemu szkoleń np. modułu I przeznaczonego dla osób, których doświadczenie w pracy z osobami uzależnionymi było mniejsze niż dwa lata, było efektem wyników badań ewaluacyjnych. W ich trakcie zarówno słuchacze, jak i wykładowcy podkreślali bardzo zróżnicowany poziom wiedzy i umiejętności uczestników szkolenia w zależności od stażu pracy. Wprowadzenie modułu I miało zniwelować te różnice i wyrównać poziom kształcenia.

Refleksje na przyszłość

Wiele lat doświadczeń we wdrażaniu szkoleń w dziedzinie uzależnienia od narkotyków pokazuje, że system ten ciągle się rozwija. Co pewien czas jest on modyfikowany w zależności od zidentyfikowanych deficytów czy luk. Traktowanie systemu szkoleń jako instrumentu służącego do podnoszenia jakości kształcenia terapeutów uzależnień, a w konsekwencji także jakości udzielanych przez nich świadczeń zdrowotnych, wymaga stałej analizy kierunków potencjalnych zmian i modyfikacji.

W najbliższym czasie należy zastanowić się nad weryfikacją minimalnej podstawy programowej szkoleń. Ta, która obowiązuje, została przygotowana na początku lat 2000. Od tego czasu minęła już ponad dekada. W takiej dziedzinie jak terapia uzależnienia od substancji psychoaktywnych to długi czas, w którym pewne zagadnienia się zdezaktualizowały, a inne nabrały nowego znaczenia. Chcąc nadążyć za wynikami badań naukowych i aktualnym dyskursem w tej dziedzinie, niezbędne jest podjęcie prac nad zmodyfikowaniem programu szkolenia.

Inną kwestią wartą rozważenia jest zintegrowanie systemu szkoleń w dziedzinie uzależnienia od narkotyków i uzależnienia od alkoholu. Istniejący system prawny,

który sankcjonuje dwie odrębne ścieżki edukacyjne, nie znajduje uzasadnienia merytorycznego. Zakres wiedzy i umiejętności, które powinien posiadać terapeuta uzależnień, jest taki sam, bez względu na to, czy jego klientem jest osoba uzależniona od narkotyków czy alkoholu, tym bardziej, że klienci zgłaszający się obecnie do placówek leczenia uzależnień często mają doświadczenia w używaniu wielu substancji psychoaktywnych, a niejednokrotnie są też od wielu z nich uzależnieni.

Ostatnia sprawa, na którą warto zwrócić uwagę, to potrzeba większego zbliżenia pomiędzy terapeutami zajmującymi się problematyką uzależnienia od substancji psychoaktywnych a środowiskiem psychoterapeutów. Choć obecnie wiele osób skupionych jest na podkreślaniu różnic pomiędzy tymi grupami zawodowymi, to jednak w istocie więcej te środowiska łączy, niż dzieli. Cele terapii uzależnień i psychoterapii są ukierunkowane na zmianę zachowań i postaw pacjenta oraz na rozwój jego kompetencji emocjonalnych. Aby te cele osiągnąć, terapeuci uzależnień i psychoterapeuci używają wielu metod i technik wywodzących się z różnych szkół. Metody terapii stosowane w leczeniu uzależnienia od substancji psychoaktywnych wywodzą się z ogólnych szkół psychoterapii. Ich znajomość jest terapeutycznie uzależnienia od substancji psychoaktywnych niezbędna w prowadzeniu profesjonalnych działań. Dlatego ważne jest, aby terapeuci uzależnień nie ograniczali się wyłącznie do szkoleń w dziedzinie uzależnień, ale rozwijali swoją wiedzę i umiejętności w szerszym zakresie. Zarówno dla psychoterapeutów, jak i terapeutów uzależnień proces podnoszenia umiejętności zawodowych oznacza poddanie swojej pracy superwizji klinicznej. Na temat jej zasad i reguł warto byłoby podjąć wspólną dyskusję. Podobnie rzecz się ma w odniesieniu do zagadnień etycznych. Obecnie każde z wymienionych środowisk ma swój kodeks etyczny, choć ich szczegółowa analiza pokazuje, że nie ma między nimi istotnych różnic. Może warto byłoby zastanowić się nad opracowaniem wspólnych reguł i zasad w tych obszarach, które pozostają w kręgu zainteresowania każdego ze środowisk. Sądzymy, że przyczyniłoby się to do konsolidacji środowiska, wzbogaciło dyskusję o nowe argumenty i punkty widzenia oraz wzmocniło pozycję zawodową terapeutów i psychoterapeutów.

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych nie jest tylko jednostką chorobową. Narkomania, która jeszcze w latach 60. była definiowana jako jednostka chorobowa, w roku 1968 zmieniła swój status choroby i stała się problemem społeczno-politycznym. Przestała być problemem indywidualnym i stała się ekspresją przynależności do subkultury młodzieżowej. Przez wiele lat była problemem ukrytym, przemilczanym przez media, niedostrzeganym przez władze polityczne, żeby stać się przedmiotem gorącej debaty publicznej. Po latach funkcjonowania jako dobrze zdefiniowany problem społeczny, wymagający leczenia i rehabilitacji, uzyskała status groźnego zjawiska kryminalnego.

EWOLUCJA OGRANICZANIA POPYTU NA NARKOTYKI W POLSCE – 30 LAT DOŚWIADCZEŃ

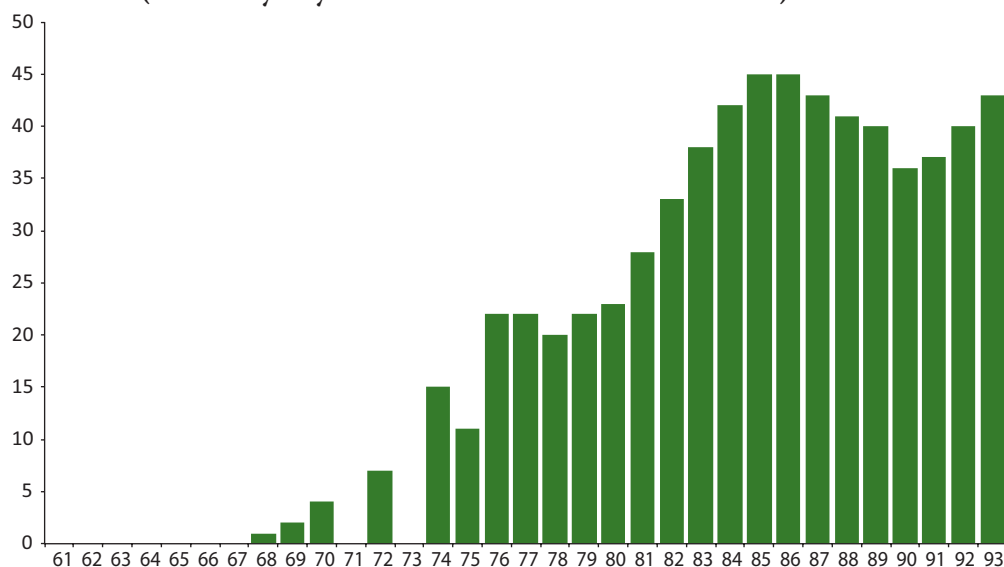
Jacek Moskalewicz
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Lata 50. i 60.

Początki problemu narkomanii w Polsce powojennej sięgają lat 50. i 60. XX wieku. Istniały wtedy w zasadzie dwie drogi do narkomanii. Dominowała droga jatrogenna. Uzależnienie pojawiało się u pacjentów poddawanych długotrwałej kuracji przeciwbólowej, najczęściej morfiną. Część uzależnionych z tamtych lat stanowili przedstawiciele zawodów o stosunkowo łatwym dostępie do leków psychoaktywnych, takich jak lekarze, pielęgniarki, sanitariusze, farmaceuci itp. Dopiero pod koniec lat 60. pojawiła się „trzecia droga”.

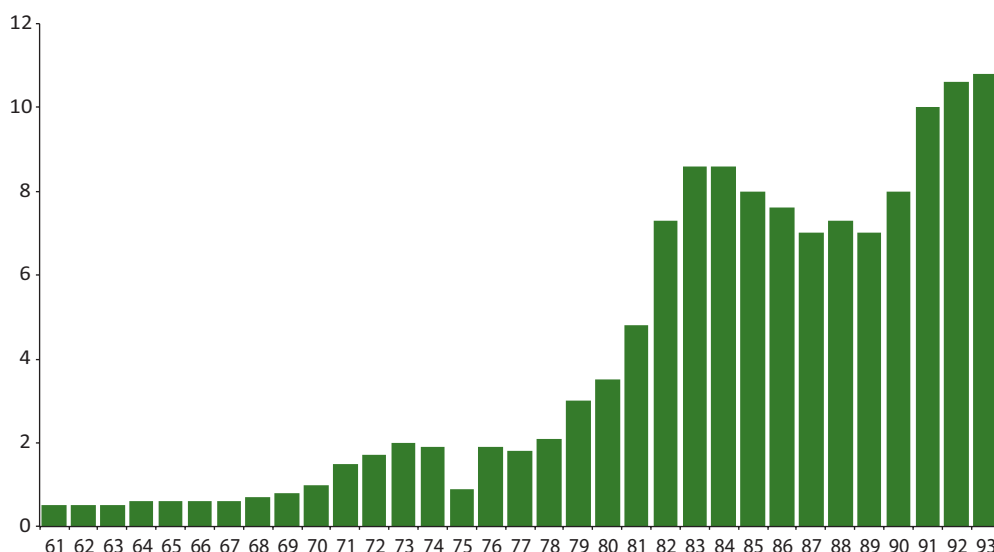
Branie narkotyków było wyrazem buntu młodych ludzi związanych z ruchem hippisów, buntu przeciwko dominującemu systemowi wartości, a niekiedy przeciwko istniejącemu porządkowi społeczno-politycznemu. Narkomania była również symbolem przynależności do pewnej subkultury. O społeczno-politycznym charakterze zjawiska świadczy fakt, że statystyki milicyjne na temat rozpowszechnienia zjawiska pojawiły się po raz pierwszy właśnie w roku 1968, roku demonstracji studenckich, które objęły większość ośrodków uniwersyteckich w kraju i w Europie. W rejestrach policyjnych figurowało wówczas kilkuset „narkomanów”. Podobne

Rycina 1. Osoby notowane przez milicję i policję w związku z narkomanią w latach 1968–1993 (kumulatywny wskaźnik na 100 000 mieszkańców)



dane przynosiły statystyki medyczne, które corocznie rejestrowały 400-600 osób hospitalizowanych z powodu uzależnień lekowych. Jedynym elementem ograniczania popytu na narkotyki było w tamtych czasach konwencjonalne leczenie w szpitalach psychiatrycznych, które nie prowadziły wyspecjalizowanych oddziałów leczenia uzależnień. Ze względu na to specyficzne miejsce leczenia

Rycina 2. Osoby leczone stacjonarnie z powodu uzależnień lekowych (lata 1961–1993)



narkomania postrzegana była nie tylko jako choroba jak każda inna, ale jako choroba psychiczna, z całym bagażem stygmatyzacji.

W odróżnieniu od tradycyjnych uzależnień lekowych, gdzie dominowała morfina i inne środki przeciwbólowe, młodzi ludzie zaangażowani w ruchy kontestacyjne używali innych dostępnych na rynku leków psychoaktywnych, w tym leków atropinizujących, wyciągów z opartych na opium lekach przeciwbólowych (krople Inoziemcewa), kodeiny. W niektórych kręgach popularne było wdychanie rozpuszczalników lotnych, w tym środków chemicznych używanych w pralniach chemicznych. W odpowiedzi na tę formę narkomanii władze wprowadziły serię ograniczeń w dostępie do tych leków; część z nich wycofano zupełnie ze sprzedaży, niektóre utrzymano w obrocie na specjalne recepty z wtórnikami. Ograniczenia okazały się skuteczne. Dostęp do leków został znacząco zmniejszony.

Jednak po kilku latach powstałą lukę wypełniło mleczko makowe, pozyskiwane z zielonych makówek maku, którego uprawa nie pozostawała w Polsce pod żadną kontrolą. Mankamentem tego nowego środka odurzającego była jego nietrwałość. Mleczko makowe można było zbierać na przełomie maja i czerwca. Po kilku tygodniach traciło swój potencjał psychoaktywny. Ograniczenie to zostało dość szybko przewyżczone dzięki wynalazkowi tzw. polskiej heroiny lub „kompotu”, wytwarzanego ze słomy makowej, którą można było łatwo pozyskać od rolników i przechowywać przez wiele miesięcy. Wynalazek „kompotu” na długie lata

ukszałtował polską scenę narkotykową. Jego niska cena, wynikająca z dużej dostępności i niskich cen surowca, stosunkowo prosta technologia wytwarzania (dostępna każdemu konsumentowi) i duży potencjał psychoaktywny przyniosły mu niezwykłą popularność i to nie tylko w Polsce, ale także w krajach położonych za naszą wschodnią granicą. Narkomania oparta na „kompocie” nie potrzebowała zinstytucjonalizowanego czarnego

ryнку – konsumenci byli zarazem producentami. Często „kompot” udostępniany był innym albo na zasadzie barterowej wymiany towarów za usługi, albo pożyczki: „dziś ja tobie – jutro ty mnie”. Nie było związanej ze współczesną narkomanią przestępczości i rozbudowanego czarnego rynku.

Lata 70. i 80.

W połowie lat 70. pojawiły się pierwsze specjalistyczne ośrodki leczenia narkomanów w Lubiążu na Dolnym Śląsku i w Garwolinie na Mazowszu. Liczba leczonych wzrosła kilkakrotnie w porównaniu z latami 60. W końcu w 1977 roku powstał pierwszy ośrodek leczenia oparty na zasadach społeczności terapeutycznej, zrywający ściśle więzy z psychiatrią. Ośrodek ten, usytuowany w Głoskowie koło Garwolina, dał początek ruchowi znanemu później pod nazwą „Monar” z jego charyzmatycznym przywódcą – Markiem Kotańskim. Mimo narastania zjawiska, problem narkomanii nie istniał w debacie publicznej. Jeszcze pod koniec lat 70. przyznawano, że problemem naszego społeczeństwa jest alkoholizm, natomiast narkomania jest plagą kapitalizmu – systemu, który nie oferuje młodym ludziom jasnych perspektyw. Wielka debata społeczno-polityczna, jaka zaczęła się w Polsce jesienią 1980 roku, po podpisaniu porozumień gdańskich, objęła również kwestię narkomanii. W odróżnieniu od innych problemów społecznych, za które obwiniano władze czy panujący system społeczno-polityczny,

narkomania została zdefiniowana jako zjawisko będące wyrazem konfliktu pokoleń, a po części skutkiem złego wpływu środowiska rówieśniczego. W liście do najwyższych władz uczniowie szkół warszawskich apelowali:

„My uczniowie szkół warszawskich jesteśmy w dramatycznej sytuacji... Niestety, na nauczycieli nie możemy liczyć. Rodzice nie chcą nas zrozumieć. Milicji boimy się, ale strach nie wystarcza do wyleczenia. Chcemy stworzenia podobnych ośrodków jak Monar”. Przy takiej definicji, społeczność terapeutyczna wydawała się idealnym rozwiązaniem. Leczenie młodego człowieka przez dwa lata z dala od rodziny i rówieśników, miało gwarantować głębokie przewartościowanie i powrót do społeczeństwa. Pierwsza połowa lat 80. to dynamiczny rozwój sieci społeczności terapeutycznych w Polsce. W 1981 roku oficjalnie zarejestrowano Młodzieżowy Ruch na rzecz Przeciwdziałania Narkomanii „Monar”. Niedługo potem powołano Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, którego celem miała być przede wszystkim profilaktyka, ale które także zakładało swoje ośrodki lecznicze oparte na idei społeczności terapeutycznej. Kolejną organizacją, która w swoich celach miała ograniczanie popytu na narkotyki, ale również leczenie i rehabilitację, było Towarzystwo Rodzin i Przyjaciół Dzieci Uzależnionych „Powrót z U”. Profilaktyka w tamtych latach zasadzała się w dużej mierze na odstraszeniu młodych ludzi od narkotyków. Jeden ze sloganów brzmiał: „Brać albo być”. Oznaczało to, że branie narkotyków jest równoznaczne ze śmiercią. Charakterystycznym elementem wystroju ośrodków monarowskich były klepsydry z nazwiskami pacjentów, którzy porzucili leczenie w Monarze.

W serii plakatów i ulotek Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii dominowały również hasła odstrasżające, takie jak: „Kompot z maku zabija” czy też „Palenie marihuany wywoła także u ciebie lęki i psychozy”. Jak się okazało, odstrasżające hasła nie spowodowały zahamowania fali narkomanii. Liczba uzależnionych leczonych w placówkach stacjonarnych wzrosła znacznie i w połowie lat 80. była czterokrotnie wyższa niż dziesięć lat wcześniej. Podobną dynamikę potwierdzały statystyki milicyjne. Równolegle toczyła się dyskusja publiczna nad kształtem polityki wobec narkomanii. Wyasygnowano odrębne środki na badanie tego zjawiska. W 1985 roku przyjęto pierwszą powojenną ustawę o zapobieganiu narkomanii, która w sposób komplekso-

wy regulowała kwestię ograniczenia podaży i popytu na narkotyki. Ustawa przyznawała priorytet oddziaływa-

Rycina 3. Ograniczanie popytu w latach 80. – edukacja przez odstrasżanie (Monar)



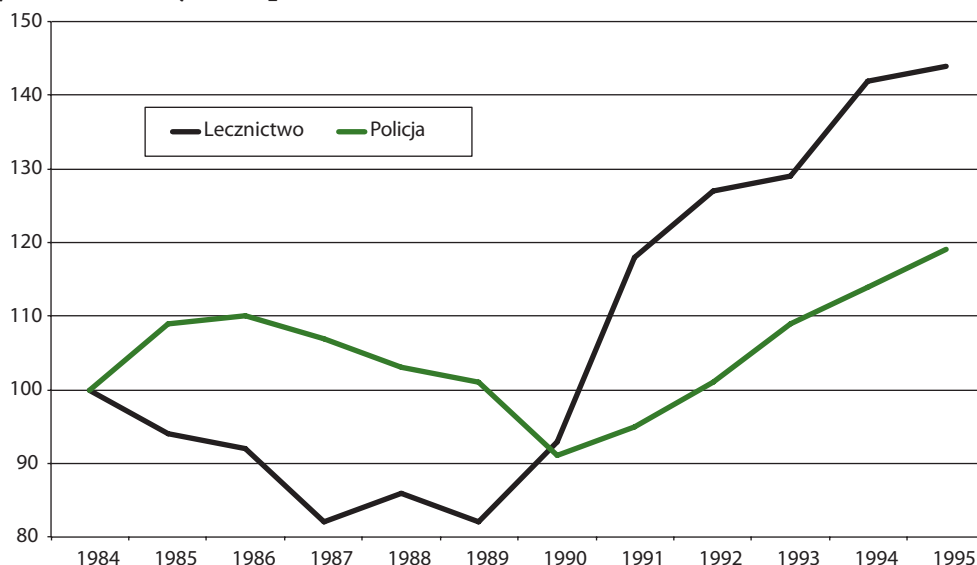
niom profilaktycznym i terapeutycznym. Jej sygnałem flagowym była depenalizacja posiadania narkotyków niezależnie od ich ilości. Była to najbardziej liberalna legislacja w Europie, której zasadniczym przesłaniem

Rycina 4. Ograniczanie popytu w latach 80. – edukacja przez odstrasżanie (Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii)



była społeczna inkluzja młodych ludzi uzależnionych od narkotyków. Krytycy przyjętych rozwiązań przewidywali, że ich liberalny charakter pobudzi rozwój narkomanii. Stało się jednak coś przeciwnego. Od połowy lat 80. dostępne wskaźniki sugerowały spadek rozpowszechnienia zjawiska narkomanii. W latach 1985–1989 liczba uzależnionych w lecznictwie spadała o 20%; podobny trend odnotowały statystyki milicyjne. Nie wzrosła również liczba zgonów z powodu zatrucia narkotykami, która w latach 1983–1989 utrzymywała się na poziomie ok. 100 zgonów rocznie. Przez kilka lat nie odnotowywano również wśród polskich narkomanów zakażeń HIV, mimo że wzór

Rycina 5. Trendy w rozpowszechnieniu narkomanii (lata 1984–1995)



używania narkotyków, tzn. ich iniekcyjne przyjmowanie, często w grupach przy użyciu tego samego sprzętu, stwarzał idealne warunki do wybuchu epidemii, które wcześniej zaobserwowano w takich miastach, jak Nowy Jork i Edynburg. Pierwszy przypadek zakażenia HIV wśród narkomanów zarejestrowano późnym latem 1988 roku. W 1989 roku odnotowano 400 zakażeń, a rok później ponad 600.

Kontrowersje wokół leczenia substytucyjnego

Prawie natychmiast w polityce zapobiegania narkomanii pojawiła się idea ograniczenia szkód. Równolegle z pierwszymi zakażeniami Monar zaczął realizować programy wymiany igieł i strzykawek, które początkowo pochodziły z darów zagranicznych. Szczęśliwie w tym samym czasie uruchomiono w Polsce pierw-

Tabela 1. Umieralność wśród uzależnionych od opiatów w latach 1983–1989

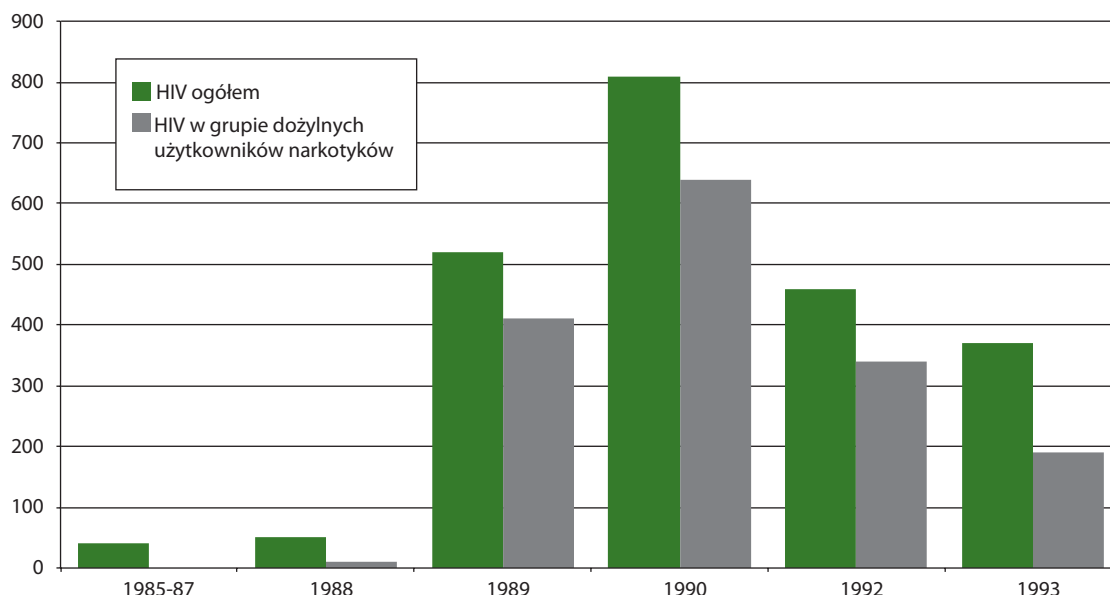
Rok	Liczba zgonów	Procent zgonów wśród zarejestrowanych konsumentów narkotyków
1983	110	0,8
1984	115	0,8
1985	109	0,7
1986	117	0,7
1987	68	0,4
1988	106	0,7
1989	110	0,7

sze wytwórnie sprzętu jednorazowego. Już od początku 1989 roku sprzęt jednorazowy udostępnili również publiczne zakłady opieki zdrowotnej, nie tylko specjalistyczne, ale także poradnie zdrowia psychicznego oraz stacje sanitarno-epidemiologiczne. Oprócz wymiany igieł i strzykawek programy oferowały bezpłatnie prezerwatywy i bogaty pakiet edukacyjny. Publikacje popularnonaukowe

na temat HIV, dróg przenoszenia i zapobiegania wirusowi były wydawane w dziesiątkach tysięcy egzemplarzy. Wymiana igieł i strzykawek była też zachętą do podjęcia leczenia. Wymieniono w sumie setki tysięcy kompletów igieł i strzykawek. Konsumenti narkotyków nie obawiali się korzystania z tych programów, ponieważ poziom kryminalizacji zjawiska był niewielki. Korzystanie z programów wymiany nie stwarzało ryzyka identyfikacji i późniejszej represji karnej. W 1992 roku liczba nowych zakażeń wśród narkomanów była niższa w porównaniu z rokiem 1989, a od 1993 roku przez kilka następnych lat ich liczba ustabilizowała się na poziomie 200-250 nowych zakażeń rocznie.

Kolejną odpowiedzią na epidemię HIV było uruchomienie pierwszego programu leczenia substytucyjnego w 1992 roku w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Następny program uruchomiono w Szpitalu Nowowiejskim w 1993 roku, a kolejny w Starachowicach, w ramach finansowanego przez Unię Europejską programu zapobiegania narkomanii „Odłot”. Leczenie substytucyjne napotkało szybko na opór środowiska związanego z konceptem społeczności terapeutycznej. Leczenie metadonem wydawało się wyzwaniem dla dominującego modelu leczenia opartego na abstynencji. Według niektórych terapeutów kuracja metadonem jest nieporozumieniem: „Kuracja metadonowa jako forma leczenia, jest naszym zdaniem, nieskuteczna – jest nieporozumieniem. Metadon jest narkotykiem powodującym uzależnienie, co zostało ponad wszelką wątpliwość naukowo dowiedzione (Brown, Weddington, 1990). Nie można pozbywać

Rycina 6. Zakażenia wirusem HIV w latach 1985–1993



się uzależnienia, uczyć się żyć na trzeźwo, przyjmując jednocześnie inny narkotyk – »naukowy«. Narkoman skuszony perspektywą atrakcyjnego dlań programu przestaje szukać optymalnych rozwiązań. Uczestnicząc w programie metadonowym, ma poczucie, że podjął walkę o tzw. normalne życie. Czuje się usprawiedliwiony, oczekuje uznania i akceptacji i jednocześnie może nadal »brać« – ale teraz już za pełnym przyzwoleniem prawa i medycyny. Z socjologicznego punktu widzenia jest to sytuacja zakłamana i demoralizująca. W konsekwencji jest szkodliwa i krzywdząca dla samych toksykomanów, którzy gdy zwracają się o pomoc do profesjonalistów, nie są w stanie sami obiektywnie ocenić swoich możliwości. Sądzimy, iż dla wielu z tych, którzy znajdą swoje miejsce w programie metadonowym, będzie to ostateczne przekreślenie szans na powrót do normalności. Nikt uzależniony od środków odurzających dobrowolnie nie rezygnuje z przysługującej mu dawki narkotyku, nie zamieni kuracji metadonowej na terapię psychologiczną, wymagającą wysiłku i zachowania abstynencji nawet wtedy, gdy zorientuje się, że obrona przez niego droga prowadzi donikąd (Karczyńska, Sękiewicz 1995)».

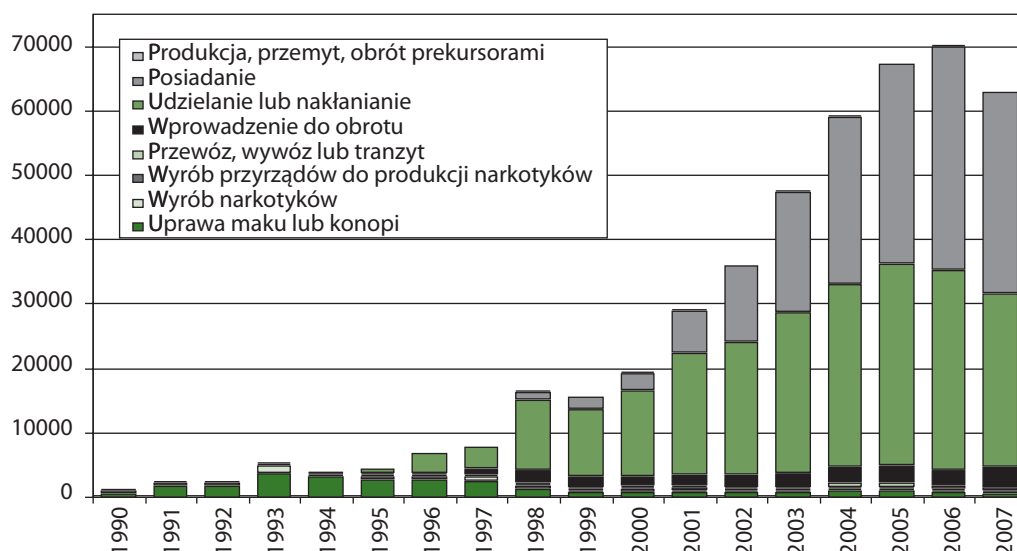
Terapia metadonowa w Polsce od początku miała charakter wysokoprogowy. Ostre kryteria włączenia do programu były nie tylko związane z naciskiem paradygmatu abstynencyjnego, ale też z naukowo-badawczym charakterem pierwszego programu. Codzienne wizyty w punktach metadonowych, częste testy na obecność innych narkotyków mogły być uzasadniane rygo-

rami badań naukowych. Warunki te zostały jednak utrwalone w kolejnych regulaminach i dokumentach. Warunkiem udziału w programach był początkowo wiek 21 lat i więcej, trzykrotne wcześniejsze nieudane próby leczenia oraz zgoda na poddanie się testom na obecność narkotyków w moczu. Powszechnie stosowane też mniejsze niż w innych krajach dawki metadonu. Udział w programie metadonowym coraz częściej przypominał podporządkowanie się instytucji kontroli społecznej niż leczenie.

Lata 90.

Transformacja ustrojowa lat 90. przyniosła większą integrację gospodarczą, społeczną i kulturową z krajami leżącymi na zachód od Polski. Wspólny wolny rynek powstał nie tylko dla produktów legalnych, ale także dla nielegalnych, takich jak narkotyki. Szczególną rolę odegrała tu wymienialność złotych i urealnienie kursu, co doprowadziło do relatywnego, istotnego zmniejszenia cen narkotyków z importu. Po raz pierwszy produkcja i obrót, w tym import narkotyków, weszły w ręce zorganizowanych grup przestępczych. Zmienił się radykalnie dyskurs publiczny i ton, w jakim media mówiły o narkomanii. Narkomania stała się przede wszystkim problemem przestępczości. Taka prezentacja problemu wynikała nie tylko z powodu rzeczywistego wzrostu przestępczości zorganizowanej, ale także po części z potrzeby odciążenia od wcześniejszej, »socjalistycznej» interpretacji zjawiska, a po części z pogoni mediów za sensacją, które robiły

Rycina 7. Liczba przestępstw stwierdzonych przez policję przeciwko ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 1990–2007



Źródło: Sierosławski 2008.

wszystko, aby utrzymać się na coraz trudniejszym rynku. Dotychczasowa działalność edukacyjna, której osią było straszenie potencjalnych użytkowników narkotyków, potwierdzała dramatyczny, sensacyjny obraz zjawiska. Mimo to liczba przestępstw związanych z narkomanią rosła stosunkowo wolno i jeszcze w połowie lat 90. nie przekraczała kilku tysięcy przypadków rocznie. Głównie były to przestępstwa związane z importem lub tranzytem narkotyków. W odróżnieniu od innych krajów, gdzie odsetek narkomanów w więzieniach wahał się w granicach 30-70%, w Polsce mieliśmy ich nie więcej niż kilkuset, co oznacza mniej niż 1% populacji więziennej. Sytuacja zmieniła się radykalnie po przyjęciu w 1997 roku ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, której większość artykułów dotyczyła ograniczania podaży. Wzrosły zagrożenia karne dla produkcji i wprowadzania do obrotu narkotyków. Penalizacją objęto także posiadanie narkotyków, oprócz niewielkich ilości na własny użytek. Nastąpił skokowy wzrost przestępczości, który zwiększył się jeszcze po przyjęciu nowelizacji ustawy w 2000 roku, która penalizowała posiadanie każdej ilości narkotyków. W latach 1977–2000 liczba stwierdzonych przez policję przestępstw przeciwko ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii zwiększyła się z 8 tys. do prawie 20 tys., a w latach 2000–2006 z niecałych 20 tys. do ponad 70 tys.

Równoległe z wprowadzeniem do polityki ograniczania popytu takich innowacji, jak programy wymiany igieł

i strzykawek czy leczenie substytucyjne, Polska otworzyła się na nowe idee profilaktyczne. Głęboki kryzys gospodarczy z początku lat 90. doprowadził do upadku duże zakłady przemysłowe, które niejednokrotnie były jedynym pracodawcą w mniejszych miastach. Wraz z dużymi zakładami pracy upadła też znaczna część wspieranej przez nie infrastruktury rekreacyjnej i kulturalnej. W wielu miastach zniknęły takie instytucje, jak domy kultury, zamykano kina, sale koncertowe, podupadały finansowane dotychczas przez przemysł kluby sportowe. Wysokie bezrobocie, brak perspektywy zatrudnienia dla młodych ludzi, brak dostępnych alternatyw kulturowych stwarzały idealne warunki do narastania problemów społecznych, takich jak przestępczość lub problemy związane z alkoholem, narkomanią. Powstało pytanie, czy społeczności lokalne będą w stanie sprostać tym nowym wyzwaniom. W tym kontekście uruchomiono modelowy program zapobiegania narkomanii w społecznościach lokalnych „Odłot”. Program miał odpowiadać na pytanie, czy zapobieganie narkomanii i innym problemom społecznym jest możliwe i wykonalne w społecznościach lokalnych dotkniętych kryzysem. Program „Odłot” uzyskał finansowanie z Unii Europejskiej i był realizowany w dwóch społecznościach lokalnych. Miał charakter kompleksowy – uruchamiał zasoby społeczności w zakresie profilaktyki pierwotnej, drugorzędowej, a także na polu leczenia i ograniczania szkód. W programie zerwano z dotychczasową retoryką straszenia przed konsekwen-

cjami narkomanii. Plakaty, na których przedstawiano wizerunek śmierci, piekła narkomańskiego, zastąpiono plakatami wzmacniającymi więzi społeczne i rodzinne, mobilizującymi energię społeczności. Do programu wprowadzono elementy edukacji rówieśniczej, szeroką ofertę alternatyw wolnego czasu oraz zmiany w systemie opieki nad uzależnionymi, uwzględniające ich potrzeby i oczekiwania. W jednej ze społeczności uruchomiono trzeci w Polsce program substytucyjny i stworzono możliwości zatrudnienia uzależnionych, mimo panującego wysokiego bezrobocia. W drugiej społeczności podstawowa opieka zdrowotna podjęła działania w zakresie ograniczenia szkód. Program wykazał, że istnieje duży potencjał profilaktyczny, nawet w społecznościach lokalnych dotkniętych kryzysem. Stwierdzono, że podjęte działania ograniczyły używanie substancji, w tym alkoholu, i wpłynęły na zmniejszenie przestępczości wśród nieletnich. Polska mogła stać się pionierem we wprowadzaniu środowiskowych, kompleksowych programów zapobiegania narkomanii. Podsumowujący doświadczenia programu pakiet prewencyjny trafił do ponad tysiąca gmin w Polsce. Zainteresowanie pakietem było tak duże, że przygotowano dodruk na zasadach komercyjnych, który trafił do tysiąca kolejnych gmin. Pakiet przetłumaczono na bułgarski, wykorzystywano go także na Litwie i w Czechach. Jednak, podobnie jak w przypadku próby utrzymania lub implementacji nowoczesnych rozwiązań legislacyjnych, leczniczych i w zakresie ograniczania szkód, ta propozycja znalazła stosunkowo niewielu naśladowców. Zamiast działań odwołujących się do potencjału całej społeczności lokalnej, z programu implementowano przede wszystkim gotowe scenariusze zajęć profilaktycznych prowadzonych w szkołach. Mimo ich ograniczonej skuteczności w zakresie zmiany zachowań, wypracowane w ramach programu „Odłot” szkolne programy profilaktyczne zmieniły stopniowo charakter zajęć profilaktycznych, na których młodzież otrzymywała rzetelną wiedzę o narkotykach, uczyła się asertywności i ćwiczyła umiejętności życiowe, dzięki którym młodzi ludzie mogli podejmować bardziej świadome decyzje w zakresie eksperymentowania z narkotykami. Z czasem zmieniła się też edukacja wizualna. Zaniechano straszenia śmiertelnymi konsekwencjami używania narkotyków. Pojawiły się komunikaty pozytywne, zachęcające do stylu życia wolnego od narkotyków – „Odleć z nami nie z narkotykami”, przekonujące, że silniejsze więzi między rodzicami a dziećmi stanowią ważny czynnik

chroniący – „Blżej dziecka – dalej od narkotyków”. W ostatnich latach zaadaptowano do warunków polskich kilka najlepszych, uznanych za skuteczne w badaniach ewaluacyjnych, programów zagranicznych.

Co dalej?

Wszystkie te przedsięwzięcia mają jednak ograniczoną skuteczność. Polityka wobec narkotyków nie dysponuje najbardziej efektywnymi instrumentami, takimi jak ograniczanie dostępności fizycznej i ekonomicznej, które udowodniły swoją skuteczność w polityce wobec alkoholu i tytoniu. Prohibicja pozostawiła w arsenale polityki wobec narkotyków najbardziej kosztowne i najmniej skuteczne strategie działania – ściganie, informację i leczenie.

Co gorsza, w leczeniu w bardzo ograniczonym zakresie stosuje się nowoczesne metody leczenia farmakologicznego, w tym leczenie substytucyjne. Istniejąca oferta zorganizowana jest wokół wysokoprogowych programów obejmujących opieką zdecydowaną mniejszość uzależnionych, u których istnieją wskazania do takiego leczenia. Programy te nie zawsze są atrakcyjne dla potencjalnych pacjentów, którzy traktują je bardziej jako instytucję kontroli społecznej niż miejsca, w których prowadzi się terapię. Brak jest możliwości otrzymywania środka substytucyjnego u lekarzy rodzinnych czy w aptekach. Nie ma mowy o podawaniu metadonu dożylnie ani tym bardziej o leczeniu substytucyjnym heroiną.

Nie jest wykorzystywany potencjał strategii redukcji szkód. Z jednej strony redukcja szkód nie stanowi priorytetu w polityce wobec narkomanii, z drugiej strony potencjalni klienci nie są zainteresowani tą ofertą tak bardzo jak kiedyś. Uboga sieć programów redukcji szkód sprawia, że dojazd do nich jest i czasochłonny, i kosztowny. Co więcej, penalizacja posiadania narkotyków i intensywna działalność operacyjna policji spowodowały, że narkomani w Polsce są w coraz większym stopniu „populacją ukrytą”, która czuje się ścigana, społecznie wykluczona, odrzucona i nie ma zaufania nie tylko do organów ścigania, ale również do systemu pomocy. Inaczej niż w czasach, kiedy Polska była pionierem nowoczesnej polityki wobec narkomanii, uzależnieni od narkotyków są przedmiotem marginalizacji i wykluczenia, które obejmują coraz większe segmenty naszego społeczeństwa.

Badania pokazują, że Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii jest kluczową instytucją integrującą i koordynującą działania systemu przeciwdziałania narkomanii. W 2012 roku współpracowało ono niemal ze wszystkimi badanymi organizacjami (25 spośród 29 badanych podmiotów).

INSTYTUCJONALNY SYSTEM PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII W POLSCE W LATACH 1999–2012

Robert Sobiech
Uniwersytet Warszawski

Zdecydowana większość analiz dotyczących problemu narkomanii koncentruje się na diagnozach skali problemu, grupach ryzyka, przyczynach występowania problemów. W ostatnim dziesięcioleciu pojawiły się badania ewaluacyjne oceniające skuteczność prowadzonych interwencji, w szczególności programów profilaktycznych. Stosunkowo rzadko prowadzi się natomiast analizy systemu przeciwdziałania narkomanii czy zasobów organizacji realizujących narodowe strategie przeciwdziałania narkomanii.

Pierwszy projekt badawczy analizujący system przeciwdziałania narkomanii został zrealizowany w Polsce i w trzech innych krajach Europy Środkowej pod koniec lat 90¹. Cztery lata później, w 2003 roku, badania powtórzone, przedstawiając analizę ówczesnego systemu przeciwdziałania narkomanii i zmiany, które zaszły od czasu zrealizowania pierwszego badania². Przeobrażenia zjawiska narkomanii, zmiany prawa czy członkostwo Polski w Unii Europejskiej sprawiły, że pod koniec 2012 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zdecydowało się na przeprowadzenie kolejnej diagnozy.

Cele i zakres badania

Celem badania było dokonanie pogłębionej charakterystyki polskich organizacji prowadzących działania na rzecz ograniczania popytu na narkotyki. Diagnoza obejmowała m.in. charakterystykę sytuacji finansowej i źródeł finansowania organizacji, pracowników i poziomu zatrudnienia, ocenę zmian zachodzących w organizacjach, postawy wobec problemu narkomanii i analizę kluczowych relacji istniejących pomiędzy organizacjami.

Badaniem objęto wszystkie polskie organizacje prowadzące programy w zakresie redukcji popytu na narkotyki

działające na szczeblu ogólnopolskim. Podstawowym źródłem informacji były wywiady prowadzone z liderami badanych organizacji (kadra kierownicza instytucji administracji publicznej, osoby kierujące organizacjami pozarządowymi). Wywiady realizowane były metodą wspomaganego komputerowo wywiadu telefonicznego (CATI). Badania zrealizowano w okresie od 20 listopada do 10 grudnia 2012 roku.

Charakterystyka organizacji działających w sferze redukcji popytu

W 2012 roku działania w sferze redukcji popytu na szczeblu ogólnopolskim prowadziło 31 organizacji³, spośród których w badaniu udział wzięło 29 podmiotów. W porównaniu z badaniami prowadzonymi w przeszłości nie odnotowano istotnych zmian dotyczących liczby aktywnych organizacji. W badaniach z 2003 roku uczestniczyły 32 organizacje, w badaniach prowadzonych w 1999 roku – 38 organizacji. Polski system przeciwdziałania narkomanii charakteryzuje się zarówno obecnością organizacji o wieloletnim doświadczeniu, jak i otwartością na obecność nowych podmiotów. W okresie pomiędzy 1999 a 2012 rokiem większość organizacji (19) kontynuowała działania w sferze redukcji popytu. W okresie 1999–2003 sześć organizacji zaprzestało prowadzenia działań. Spośród 32 organizacji uczestniczących w badaniach w 2003 roku, 11 organizacji zakończyło swoją działalność w tej dziedzinie⁴, pojawiło się natomiast 10 nowych podmiotów.

System przeciwdziałania narkomanii opiera się w znaczącym stopniu na działalności organizacji pozarządowych. W 1999 roku organizacje te stanowiły 68% wszystkich podmiotów zajmujących się redukcją popytu na szczeblu

ogólnokrajowym. W kolejnych badaniach odnotowano systematyczny spadek udziału organizacji pozarządowych w tym obszarze. W 2003 roku stanowiły one ponad dwie trzecie (65,6%) badanych organizacji, zaś w 2012 roku 58,6%. Ten spadek był spowodowany zaprzestaniem działań w sferze redukcji popytu przez część organizacji pozarządowych. Nie zmieniła się natomiast liczba instytucji administracji rządowej. W każdym okresie objętym badaniem przeciwdziałaniem narkomanii zajmowało się 10-11 instytucji⁵.

Dla większości badanych organizacji problem narkomanii jest jedną z wielu sfer aktywności. W 2012 roku 28% organizacji prowadziło działalność wyłącznie w sferze redukcji popytu (organizacje ekskluzywne). Zdecydowana większość oprócz działań dotyczących redukcji popytu prowadziła także inne formy działalności (organizacje inkluzywne). Podobny stan rzeczy utrzymuje się od 1999 roku (27% organizacji ekskluzywnych w pierwszych badaniach i 31% w 2003 roku).

Zasoby finansowe

Badania wykazały znaczący wzrost środków finansowych organizacji przeznaczanych na redukcję popytu w porównaniu z sytuacją z 2003 roku⁶. W 2012 roku średni budżet organizacji przeznaczany na działania związane z redukcją popytu zwiększył się z 319 tys. do 813 tys. euro. W okresie ostatnich 13 lat odnotowano systematyczny wzrost nakładów w całym systemie. W okresie od 1999⁷ do 2003 roku przeciętny budżet przeznaczony na działania redukcji popytu zwiększył się z 267 tys. do 319 tys. euro. Znaczący wzrost środków finansowych dotyczył jedynie części badanych organizacji. W porównaniu z 2003 rokiem zwiększenie zasobów finansowych miało miejsce przede wszystkim wśród organizacji pozarządowych. W 2012 roku średnia wysokość budżetu na redukcję popytu w organizacjach pozarządowych wynosiła 985 tys. euro, podczas gdy w instytucjach administracji publicznej 615 tys. euro.

Dysponowanie przez organizacje pozarządowe znacząco większymi funduszami na działania w sferze redukcji popytu jest jedną z najbardziej istotnych zmian w funkcjonowaniu systemu⁸. W latach 1999–2003 zwiększenie funduszy dotyczyło niemal wyłącznie instytucji administracji publicznej, w niewielkim stopniu organizacji pozarządowych. W 2012 roku (podobnie jak w 1999 i 2003 roku) blisko 40% organizacji pozarządowych

dysponowało budżetami nieprzekraczającymi 50 tys. euro. Informacje o posiadanych zasobach finansowych wskazują na znaczące wzmocnienie pozycji organizacji o największym doświadczeniu w działaniach dotyczących redukcji popytu. W 2012 roku średni budżet organizacji, które rozpoczęły działania przed 1989 rokiem, wynosił 1,3 mln euro, budżet organizacji rozpoczynających działalność w okresie 1990–1994 – 378 tys. euro, zaś budżet organizacji, które rozpoczęły działania po 1994 roku jedynie 22 tys. euro.

Zdecydowanej poprawie uległa sytuacja finansowa organizacji inkluzywnych (prowadzących działania zarówno w sferze redukcji popytu, jak i w innych dziedzinach). W porównaniu z 2003 rokiem odnotowano blisko czterokrotny wzrost środków finansowych posiadanych przez organizacje inkluzywne.

Znacząca pozycja organizacji pozarządowych w systemie przeciwdziałania narkomanii jest w dużym stopniu efektem finansowania ich działalności przez administrację publiczną. W porównaniu z 2003 rokiem, odnotowano znaczące zwiększenie finansowania organizacji pozarządowych ze środków otrzymywanych od administracji publicznej. W 2012 roku 83% środków finansowych organizacji pozarządowych przeznaczonych na działania w sferze redukcji popytu pochodziło od administracji publicznej (64% od administracji rządowej i 19% od administracji samorządowej), podczas gdy w 2003 roku było to 60%. Środki pozyskane bezpośrednio z funduszy Unii Europejskiej stanowiły jedynie 2% przychodów organizacji pozarządowych.

Pracownicy i wolontariusze

Informacje dotyczące liczby pracowników zatrudnionych przy realizacji działań na rzecz redukcji popytu wskazują na podobny poziom zatrudnienia w całym analizowanym okresie. W 1999 roku badane organizacje zatrudniały przeciętnie 50 osób, w 2003 roku – 58 osób, zaś w 2012 roku – 48 osób. W miarę upływu czasu w sposób istotny zmieniał się poziom zatrudnienia w sektorze rządowym i pozarządowym. W 1999 roku instytucje administracji publicznej zatrudniały przeciętnie 56 osób, zaś organizacje pozarządowe 46 osób. W 2003 roku odnotowano znaczący spadek liczby zatrudnionych w instytucjach administracji publicznej (21 osób) i wzrost zatrudnienia w sektorze pozarządowym (77 osób). W 2012 roku nastąpił znaczący wzrost zatrudnienia w administracji publicznej

(66 osób) przy jednoczesnym spadku liczby pracowników zatrudnianych w organizacjach pozarządowych (37 osób). W ostatniej dekadzie w działania na rzecz redukcji popytu zaangażowanych było od 1,2 tys. do 1,7 tys. pracowników badanych organizacji. W 2003 roku działania w sferze redukcji popytu realizowało 1760 pracowników (w tym 1550 pracowników organizacji pozarządowych), zaś w 2012 roku 1288 pracowników (w tym 627 pracowników organizacji pozarządowych).

Zmiany poziomu zatrudnienia wynikały w znacznej części z fluktuacji pracowników zatrudnianych przez organizacje inkluzywne (30 osób w 1999 roku, 60 osób w 2003 roku i 31 osób w 2012 roku⁹). Zatrudnienie w organizacjach ekskluzywnych utrzymywało się na podobnym poziomie (od 52 do 58 osób). Informacje dotyczące liczby pracowników potwierdziły kluczową pozycję organizacji o najdłuższym okresie aktywności i coraz mniejsze możliwości działania organizacji o najkrótszym okresie aktywności. W 2003 roku organizacje, które rozpoczęły swoją działalność przed 1989 rokiem, zatrudniały przeciętnie 75 osób, zaś 4 lata później 78 osób. W tym samym okresie odnotowano znaczący spadek liczby pracowników organizacji, które rozpoczęły działalność w okresie 1990–1994 (z 60 do 23 osób) oraz jeszcze większy spadek zatrudnienia w organizacjach o najkrótszym okresie działalności (z 25 osób do 3 osób). Badania przeprowadzone w 2012 roku ujawniły znaczący spadek liczby wolontariuszy pracujących przy działaniach w sferze redukcji popytu prowadzonych przez organizacje pozarządowe¹⁰. W 1999 roku w działaniach redukcji popytu prowadzonych przez organizacje pozarządowe uczestniczyło przeciętnie 91 wolontariuszy, w 2003 roku 96 wolontariuszy, zaś w 2012 jedynie 52. Zmniejszenie wolontariuszy miało miejsce przede wszystkim w organizacjach, które rozpoczęły swoje działania w okresie 1990–1994, a także w organizacjach o najkrótszym okresie działalności.

Ocena zmian funkcjonowania organizacji

Ostatnie lata to okres pozytywnych zmian dla większości organizacji prowadzących działania w sferze redukcji popytu. W 2012 roku 60% organizacji dostrzegало poprawę funkcjonowania swoich organizacji w obszarze przeciwdziałania narkomanii w okresie ostatnich trzech lat. 21% badanych wskazało na znaczącą poprawę funkcjonowania, zaś 39% na nieznaczącą poprawę. Pozytywne zmiany pojawiały się częściej wśród organizacji pozarządowych

(29% wskazań na znaczącą poprawę) niż w przypadku instytucji administracji publicznej (9% wskazań na znaczącą poprawę). Na pogorszenie funkcjonowania wskazywało 36% instytucji administracji publicznej i 12% organizacji pozarządowych.

Znacząca poprawa miała miejsce częściej wśród organizacji inkluzywnych, prowadzących także działania w innych dziedzinach (24%), niż wśród organizacji ekskluzywnych (12%), a przede wszystkim wśród organizacji o budżetach przekraczających 100 tys. euro.

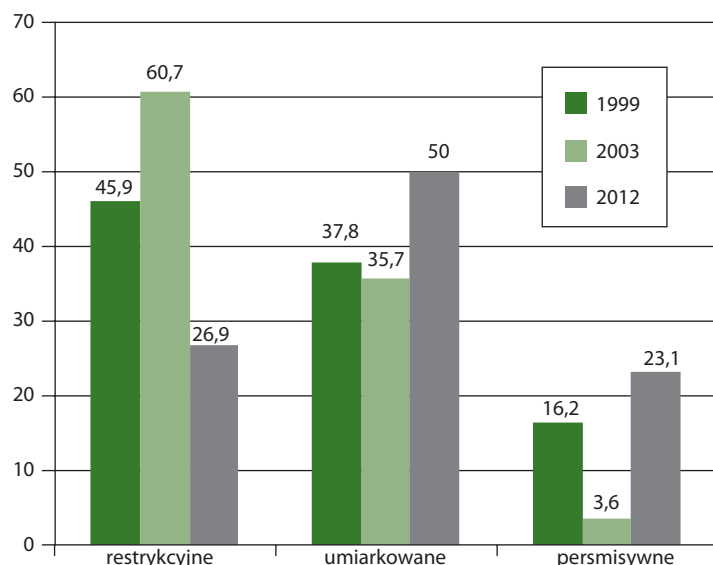
Za najważniejsze pozytywne zmiany w działalności organizacji uznano zwiększenie kwalifikacji personelu – 28% wskazań, poszerzenie oferty programowej – 24% wskazań, a także poprawę sytuacji finansowej i lepsze warunki pracy – 16% wskazań.

Za najważniejsze negatywne zmiany funkcjonowania organizacji, jakie dokonały się w okresie ostatnich trzech lat, uznano przede wszystkim problemy i ograniczenia związane z pozyskiwaniem środków finansowych. Na problemy związane z finansowaniem działań wskazywało 63% badanych organizacji.

Postawy wobec problemu narkomanii

Badania przeprowadzone w 2012 roku wykazały znaczącą liberalizację postaw badanych organizacji wobec problemu narkomanii¹¹. Pod koniec lat 90. pracownicy¹² polskich organizacji działających w sferze redukcji popytu w porównaniu z innymi krajami wyróżniali się silną aprobatą restrykcyjnych poglądów dotyczących samego zjawiska, jak i kierunków przeciwdziałania. W 1999 roku postawy permissywne charakteryzowały pracowników 16% organizacji, zaś pracownicy 46% organizacji byli zwolennikami poglądów restrykcyjnych (wykres 1). Postawy restrykcyjne zdecydowanie przeważały wśród organizacji pozarządowych i organizacji o najdłuższym okresie działalności. W badaniach z 2003 roku odnotowano zdecydowaną dominację poglądów restrykcyjnych. Poglądy permissywne reprezentowało jedynie 4% badanych organizacji, poglądy umiarkowane (będące połączeniem obu opcji) 35% organizacji. Postawy restrykcyjne charakteryzowały pracowników 61% organizacji.

Badania prowadzone w 2012 roku odnotowały znaczące zwiększenie permissywnych postaw wobec problemu narkomanii. Postawy takie reprezentowało 23% organizacji, 50% organizacji charakteryzowało się postawami umiarkowanymi, a jedynie 27% było zwolennikami po-

Wykres 1. Postawy wobec problemu narkomanii (%)

głódów restrykcyjnych. Znaczące różnice postaw wobec problemu występowały pomiędzy pracownikami instytucji administracji publicznej a pracownikami organizacji pozarządowych. W instytucjach administracji publicznej dominowały postawy umiarkowane (60% organizacji) bądź persmisywne (40% organizacji). W żadnej z nich nie odnotowano postaw restrykcyjnych. Diametralnie odmienne podejście do problemu charakteryzowało pracowników organizacji pozarządowych. 47% organizacji pozarządowych charakteryzowało się postawami restrykcyjnymi, 40% umiarkowanymi, a jedynie 13% postawami persmisywnymi.

Relacje pomiędzy organizacjami

Integracja organizacji uczestniczących w systemie przeciwdziałania narkomanii jest, razem ze zróżnicowaniem działań systemu, jednym z istotnych elementów determinujących jego skuteczność i trwałość. Opisywane zmiany organizacji wchodzących i wychodzących z systemu nawiązują pytanie o mechanizmy wewnętrznej integracji systemu. Szczególnie istotne wydają się zmiany zachodzące na przestrzeni ostatnich dziewięciu lat, a więc w okresie,

Tabela 1. Wskaźniki gęstości sieci dla wybranych obszarów relacji

	Wspólne działania	Nieformalna komunikacja	Współpraca strategiczna
Badanie 2003	0,29	0,43	0,22
Badanie 2012	0,28	0,34	0,20

kiedy kilkanaście organizacji działających na poziomie ogólnopolskim zaprzestało działalności w sferze redukcji popytu bądź kontynuowało działalność jedynie w skali lokalnej. Stąd też przedmiotem badania było odtworzenie istniejących relacji pomiędzy organizacjami w trzech kluczowych obszarach funkcjonowania systemu: prowadzenie wspólnych działań, nieformalna komunikacja i współpraca strategiczna¹³.

Podstawowym kryterium oceny relacji była gęstość sieci, ilustrująca stosunek faktycznie istniejących relacji pomiędzy organizacjami a potencjalnymi relacjami¹⁴. Analiza relacji zachodzących pomiędzy organizacjami (tabela 1) wykazuje, że pomimo licznych zmian organizacji uczestniczących w systemie, nie zmieniła się struktura relacji w badanych obszarach. W 2012 roku prowadzenie wspólnych działań charakteryzowało się podobnym natężeniem jak w 2003 roku. Podobny brak zmian odnotowano w przypadku współpracy strategicznej. Jedyną sferą relacji, w której zarejestrowano znaczące osłabienie wzajemnych kontaktów była nieformalna komunikacja pomiędzy organizacjami.

Zastosowanie analizy sieciowej pozwoliło także na odtworzenie wewnętrznej struktury relacji pomiędzy organizacjami i na określenie znaczenia poszczególnych organizacji w relacjach z innymi uczestnikami systemu¹⁵.

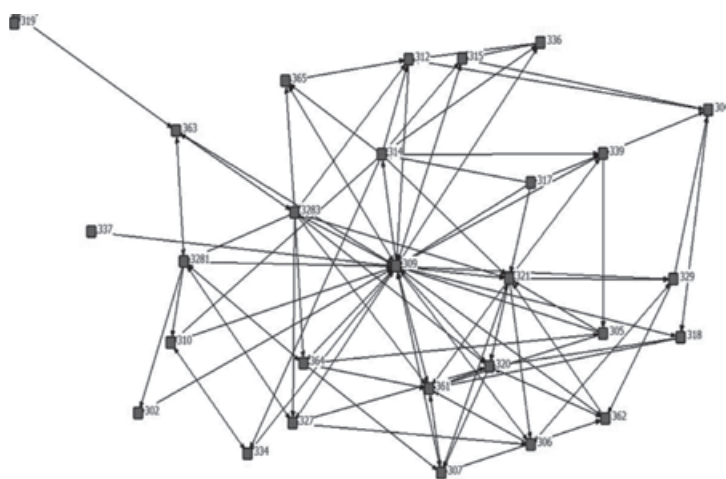
Podejmowanie wspólnych działań

Analiza wspólnych działań podejmowanych przez badane organizacje w 2012 roku (wykres 2) ujawnia dominującą rolę Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (organizacja 309). W 2012 roku Krajowe Biuro prowadziło działania niemal ze wszystkimi (89%) badanymi organizacjami (25 spośród 29 badanych organizacji). Znacznie mniejszą aktywność odnotowano w przypadku organizacji 3283, podejmującej wspólne działania z 39% organizacji oraz w przypadku organizacji 314, prowadzącej wspólne działania z co trzecią organizacją (36%). Prowadzenie wspólnych działań z ponad 25% badanych organizacji odnotowano także w przypadku dwóch innych organizacji (3281, 320). Pozostałe organizacje współpracowały jedynie z niewielką częścią innych podmiotów.

W porównaniu z sytuacją z 2003 roku (wykres 3), szczególnie istotną zmianą relacji pomiędzy uczestnikami systemu był znaczący wzrost roli Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W 2012 roku Biuro prowadziło wspólne działania ze zdecydowaną większością

(89%) organizacji, natomiast w 2003 roku z ponad połową (58%). W 2003 roku najbardziej aktywną organizacją w tym obszarze była organizacja 21, prowadząca działania z 71% organizacji. Wysoki poziom aktywności miał miejsce w przypadku organizacji 8 (52%), 14 i 20 (45%) oraz organizacji 1 (42%). Kluczowa pozycja Krajowego Biura, będącego najważniejszym aktorem wspólnych działań podejmowanych w sferze redukcji popytu, wydaje się być nie tylko konsekwencją formalno-prawnej pozycji Biura, ale przede wszystkim znaczącego zwiększenia zakresu współpracy w ciągu ostatnich dziewięciu lat. Niepokojącym zjawiskiem wydaje się natomiast znaczące zmniejszenie się zakresu wspólnych działań podejmowanych przez organizacje, które dziewięć lat wcześniej były znaczącymi centrami współpracy z innymi uczestnikami systemu. Istotnym elementem systemu przeciwdziałania narkomanii są organizacje pośredniczące w relacjach pomiędzy innymi

Wykres 2. Wspólne działania (2012 rok)



Wykres 3. Wspólne działania (2003 rok)



organizacjami bądź w wymianie informacji pomiędzy niepowiązаныmi ze sobą podmiotami. Organizacje te, zwane brokerami systemu, kontrolują zazwyczaj przepływ informacji w swoim otoczeniu, decydując zarówno o wiedzy dotyczącej funkcjonowania systemu, jak i o zakresie współpracy z innymi podmiotami. W im większym stopniu dana organizacja pełni rolę brokera pomiędzy innymi organizacjami, tym większą rolę odgrywa ona w systemie¹⁶. Analiza wspólnych działań podejmowanych przez badane organizacje wykazała, że w 2012 roku kluczową organizacją pośredniczącą było Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (organizacja 309). W tymże roku Krajowe Biuro pośredniczyło w 52% bezpośrednich relacji pomiędzy innymi podmiotami. Jedynie kilka organizacji pełniło podobną rolę w obszarze wspólnych działań. Tak np. drugim brokerem systemu była organizacja 363, pośrednicząca jedynie w 7% możliwych bezpośrednich relacji z innymi podmiotami. Pozostałe organizacje tylko wyjątkowo pełniły rolę brokerów kontrolujących interakcje i informacje przekazywane pozostałym uczestnikom systemu.

Odmienną sytuację odnotowano w badaniach z 2003 roku. W tym okresie Krajowe Biuro było jednym z kilku ważnych brokerów systemu, ale o znacznie słabszej pozycji niż w 2012 roku (pośredniczenie w 9% relacji). W 2003 roku kluczowymi brokerami systemu były trzy inne organizacje (organizacja numer 21, 1 i 20), pośredniczące w 10-25% relacji innych organizacji.

Znaczący wzrost roli Krajowego Biura jako najbardziej aktywnego podmiotu we wspólnych działaniach podejmowanych w sferze redukcji popytu, a zarazem organizacji w największym stopniu kształtującej wzajemne relacje dotyczące prowadzenia wspólnych działań, przekonuje o kluczowej pozycji Biura w integracji systemu przeciwdziałania narkomanii. Z drugiej strony dominująca pozycja Biura jako kluczowego brokera systemu, silnie wpływającego na przepływ informacji i interakcje pomiędzy uczestnikami systemu, wydaje się być efektem spadku zainteresowania prowadzeniem wspólnych działań ze strony innych organizacji, co w konsekwencji może być znaczącym ograniczeniem dla powstawania lokalnych koalicji czy porozumień zintegrowanych wokół innych kluczowych organizacji. Należy jednak pamiętać, że opisywany stan rzeczy dotyczy wyłącznie organizacji działających

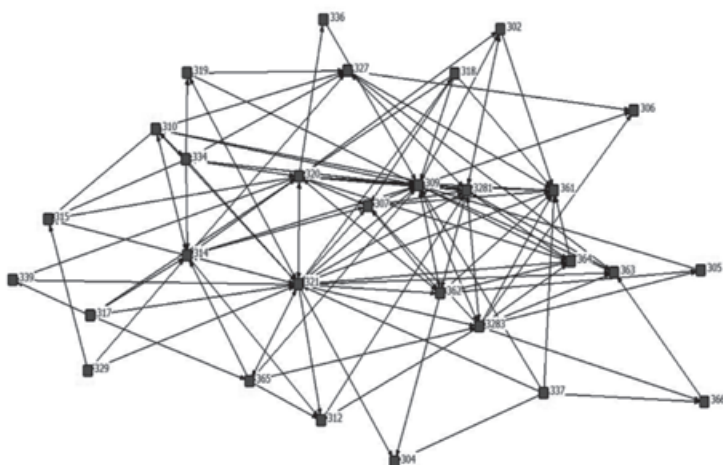
na szczeblu ogólnopolskim. Stąd też pożądanym wydaje się przeprowadzenie podobnej analizy wśród organizacji prowadzących działania w sferze redukcji w skali lokalnej.

Nieformalna komunikacja

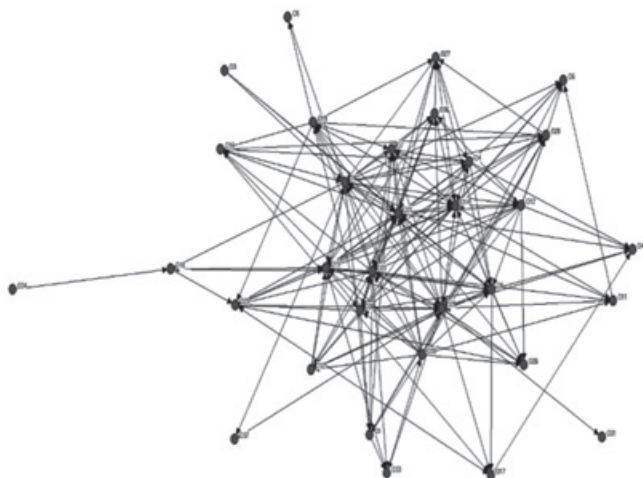
W porównaniu z sytuacją z 2003 roku znaczące zmiany relacji odnotowano także w przypadku nieformalnej komunikacji (nieformalnej wymiany informacji dotyczących działań wobec problemu narkomanii) mającej miejsce pomiędzy badanymi organizacjami (wykresy 4 i 5). Ta komunikacja była jedyną sferą badanych relacji, w której miało miejsce znaczące zmniejszenie częstości interakcji (gęstości sieci) w porównaniu z sytuacją z 2003 roku.

W 2012 roku nieformalna wymiana informacji prowadzona była najczęściej z pracownikami organizacji 321 oraz z pracownikami Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W przypadku organizacji 321 prowadzenie

Wykres 4. Nieformalna komunikacja (2012 rok)



Wykres 5. Nieformalna komunikacja (2003 rok)



nieformalnej komunikacji deklarowało 76% organizacji, w przypadku Krajowego Biura 71% organizacji. Obie organizacje były także najbardziej znaczącymi aktorami w tej sferze w poprzednich badaniach. W 2003 roku z organizacją 321 komunikowało się 68% organizacji, zaś z Krajowym Biurem 74% organizacji. W porównaniu z sytuacją sprzed dziewięciu lat odnotowano znaczący spadek liczby organizacji, z którymi kontaktowała się większość badanych organizacji. W 2003 roku siedem organizacji prowadziło nieformalną komunikację z blisko połową wszystkich organizacji, podczas gdy w 2012 roku blisko połowa badanych organizacji (46%) kontaktowała się jedynie z dwiema organizacjami (3281 i 3283).

Znaczące ograniczenie nieformalnej komunikacji pomiędzy uczestnikami systemu wydaje się świadczyć o zwiększonej formalizacji systemu i redukowaniu wielu z istniejących uprzednio powiązań pomiędzy badanymi organizacjami.

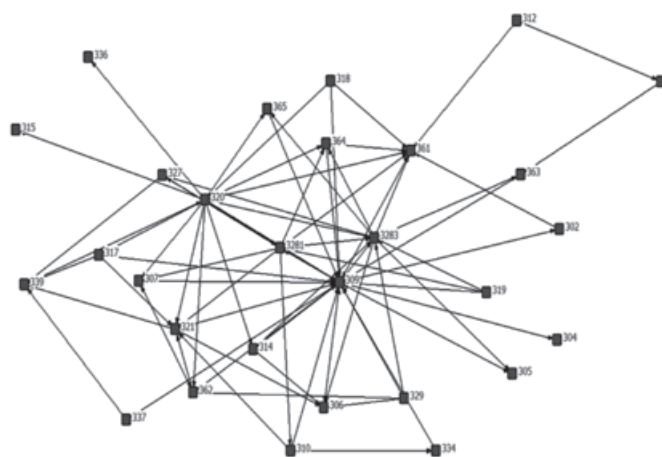
Wskazuje ono także na prawdopodobne zjawisko zmniejszenia się liczby organizacji pełniących w przeszłości rolę środowiskowych liderów, koncentrujących zainteresowanie i aktywność pozostałych uczestników systemu. W przeciwieństwie do sfery wspólnych działań, w obszarze nieformalnej komunikacji występowała jedynie niewielka liczba znaczących brokerów. W 2012 roku rolę kluczowych brokerów nieformalnej wymiany informacji pełniły Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (pośredniczenie w relacjach 26% organizacji) i organizacja 321 (pośredniczenie w relacjach 20% organizacji).

Współpraca strategiczna

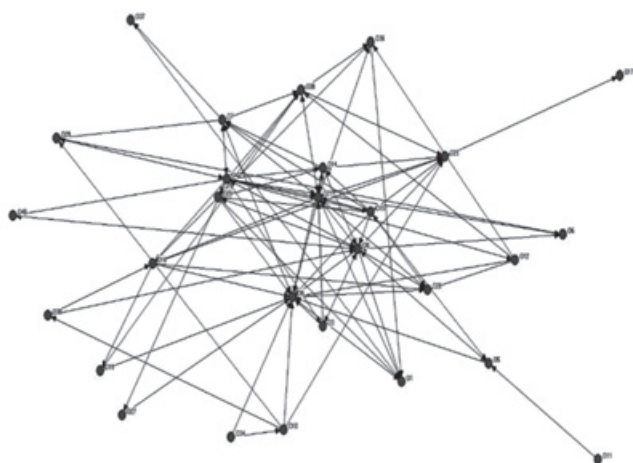
Ważną sferą relacji uczestników systemu jest sfera współpracy strategicznej, rozumianej jako konsultowanie się z innymi organizacjami przed podjęciem ważnych decyzji dotyczących własnych działań wobec problemu narkomanii (wykres 6 i 7). W 2012 roku najważniejszą organizacją, z którą konsultowane były kluczowe decyzje, było Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Przeprowadzenie takich konsultacji deklarowała zdecydowana większość organizacji (82%). Tylko dwie organizacje odgrywały znaczącą rolę we współpracy strategicznej – organizacja 320 (konsultacje z 54% wszystkich organizacji) i organizacja 3283 (konsultacje z 50% wszystkich organizacji). W porównaniu z 2003 rokiem odnotowano istotne zwiększenie znaczenia

Krajowego Biura. W 2003 roku konsultowanie ważnych decyzji z Biurem miało miejsce wśród 51% organizacji. Zmieniła się też pozycja kluczowych organizacji. W 2003 roku oprócz Krajowego Biura podobny zakres konsultacji odnotowano w przypadku czterech innych organizacji. Wzmocnienie pozycji Krajowego Biura dotyczyło także zwiększenia znaczenia Biura jako organizacji pośredniczącej (brokera) w wymianie informacji dotyczących strategicznych decyzji podejmowanych przez inne organizacje. W 2003 roku Biuro pośredniczyło w 17% bezpośrednich relacji z innymi podmiotami, a w 2012 roku w 49% takich relacji. W 2012 roku Biuro było jedyną organizacją o tak szerokich możliwościach wpływu na inne organizacje. Kolejna organizacja (320) pośredniczyła jedynie w 22% relacji, a więc blisko dwukrotnie rzadziej niż miało to miejsce w przypadku Krajowego Biura. Pozostałe organizacje pełniły rolę brokera bardzo rzadko.

Wykres 6. Współpraca strategiczna (2012 rok)



Wykres 7. Współpraca strategiczna (2003 rok)



Analiza relacji dotyczących współpracy strategicznej potwierdza sformułowaną poprzednio tezę o dominującej pozycji Krajowego Biura, przy jednoczesnym zmniejszeniu znaczenia pozostałych organizacji. Znacząca pozycja Krajowego Biura przekonuje, że jest ono kluczową instytucją integrującą i koordynującą działania systemu przeciwdziałania narkomanii. Z drugiej strony ograniczenie wielu form interakcji z innymi uczestnikami systemu przez znaczną część organizacji mających kluczowe pozycje w relacjach rejestrowanych w 2003 roku, niesie ryzyko nadmiernego scentralizowania systemu i ograniczenia współpracy realizowanej w ramach nieformalnych powiązań czy w wybranych sferach działań dotyczących redukcji popytu. Znaczące zmniejszenie się częstotliwości zakresu nieformalnej współpracy, zarejestrowane w badaniach w 2012 roku, wydaje się być jednym z istotnych sygnałów wskazujących na możliwość kontynuacji opisywanego trendu. Należy jednak pamiętać, że prezentowane badanie dotyczyło wyłącznie relacji pomiędzy organizacjami działającymi na szczeblu ogólnopolskim. Brak wiedzy o relacjach zachodzących pomiędzy wieloma organizacjami działającymi w sferze redukcji popytu w skali lokalnej sprawia, że nieuprawnione jest przeniesienie wyników niniejszego badania na interakcje zachodzące w obrębie całego systemu.

Przypisy

- ¹ Projekt „Developing Social Research Capacities in Drug Control” został prowadzony w Czechach, na Węgrzech, w Polsce i Słowenii. Badaniem objęto wszystkie organizacje prowadzące działania dotyczące redukcji popytu, działające na szczeblu krajowym i wybrane organizacje o zasięgu lokalnym. Badania zostały zrealizowane w ramach projektu European Center for Social Welfare Policy and Research finansowanego przez United Nations International Drug Control Programme. Koordynatorami projektu byli prof. Partick Kenis i dr Robert Sobiech. Wyniki zostały opublikowane w książce „Institutional Responses to Drug Demand in Central Europe. An Analysis of Institutional Developments in the Czech Republic, Hungary Poland and Slovenia”, Kenis Patrick, Mass Flip, Sobiech Robert (eds.), European Centre Vienna Ashgate, Alderhot, 2001.
- ² Sobiech R., „Ciągłość i zmiana. Polski system popytu na narkotyki”, Serwis Informacyjny Narkomania nr 4, 2008, s. 7-12 oraz Sobiech R., „Instytucjonalny system przeciwdziałania narkomanii w 2003 roku”, <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=165957>.
- ³ Podstawą opracowania listy organizacji były informacje pochodzące z istniejących baz danych, wskazania pracowników organizacji uczestniczących w kolejnych badaniach oraz informacje uzyskane z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- ⁴ Dwie organizacje nie wzięły udziału w badaniu prowadzonym w 2012 roku.
- ⁵ W każdym z trzech prowadzonych badań ogólnopolską działalność w sferze redukcji popytu prowadziła jedna firma prywatna. Kategorię „firmy prywatne” pominięto w dalszych obliczeniach uwzględniających status organizacji.
- ⁶ Należy pamiętać, że dane dotyczące wysokości budżetów przeznaczonych na redukcję popytu, nie były podawane przez wszystkie badane organizacje. W 1999 roku informację o posiadanych środkach finansowych otrzymano od 27 organizacji, w 2003 roku od 24 organizacji, zaś w 2012 roku od 25.

⁷ W badaniach międzynarodowych prowadzonych w 1999 roku organizacje podawały dane dotyczące swoich budżetów w euro. W kolejnych badaniach prowadzonych w Polsce konsekwentnie stosowano przeliczenie na euro. Pierwsze badania prowadzono wiosną 1999 roku, stąd też dane na temat budżetów organizacji dotyczą roku 1998.

⁸ Przy interpretacji danych dotyczących wysokości budżetów organizacji pozarządowych należy pamiętać, że jedna z badanych organizacji (organizacja ekskluzywna) dysponowała budżetem o wysokości ponad 11 mln euro, co znacząco zawyża średnie wartości budżetów organizacji pozarządowych. Tym niemniej w 2012 roku 7 innych organizacji pozarządowych dysponowało budżetami powyżej 100 tys. euro, w tym trzy organizacje dysponowały budżetami o wartości od 630 tys. do 1,2 mln euro.

⁹ Średnia liczba pracowników w organizacji.

¹⁰ Instytucje administracji publicznej jedynie w sporadycznych przypadkach korzystały z usług wolontariuszy.

¹¹ Do analizy postaw wobec problemu narkomanii zastosowano skalę permissywności – restrykcyjności opracowaną i przetestowaną przez ekspertów brytyjskich. Do budowy skali wykorzystano pytania 32-39 kwestionariusza wywiadu wykorzystywanego w opisywanych badaniach. Szczegółowy opis metody obliczenia wyników zawarty został w pracy Institutional Responses to Drug Demand in Central Europe. An Analysis of Institutional Developments in the Czech Republic, Hungary Poland and Slovenia, (Kenis Patrick, Mass Flip, Sobiech Robert (eds.), European Centre Vienna Ashgate, Alderhot, 2001).

¹² Respondenci proszeni byli o ocenę postaw pracowników zaangażowanych w działania wobec problemu narkomanii w swoich organizacjach

¹³ Jako wskaźnik prowadzenia wspólnych działań przyjęto odpowiedzi na pytanie: Czy Pana(i) organizacja w 2012 roku uczestniczyła

w innych wspólnych działaniach dotyczących problemu narkomanii redukcji razem z wymienionymi [wszystkie organizacje uczestniczące w badaniu] organizacjami? Wskaźnikiem nieformalnej komunikacji były odpowiedzi na pytanie: Czy w 2012 roku pracownicy Pana(i) organizacji wymieniali (na nieformalnych zasadach) informacje dotyczące działań wobec problemu narkomanii z pracownikami wymienionych [wszystkie organizacje uczestniczące w badaniu] organizacjami? Za wskaźnik współpracy o charakterze strategicznym uznano odpowiedzi na pytanie: Czy Pana(i) organizacja w 2012 roku konsultowała się z wymienionymi [wszystkie organizacje uczestniczące w badaniu] organizacjami przed podjęciem ważnych decyzji dotyczących własnych działań wobec problemu narkomanii?

¹⁴ Wskaźnik gęstości sieci (network density) przybiera wartości od 0 (brak relacji) do 1 (każda organizacja utrzymuje relacje ze wszystkimi pozostałymi organizacjami).

¹⁵ Za wskaźnik znaczenia organizacji przyjęto actor centrality index, przedstawiający relacje z innymi podmiotami, przybierający wartości od 0 (brak relacji z innymi aktorami) do 1 (aktor utrzymuje relacje z wszystkimi innymi aktorami). W niniejszym tekście wskaźnik przedstawiono w procentach.

¹⁶ Pozycję organizacji jako brokera, kształtującego relacje pomiędzy innymi organizacjami, przedstawia wskaźnik betweenness centrality. Ilustruje on liczbę przypadków, w których dana organizacja pośredniczy (znajduje się na najkrótszej „ścieżce” powiązań pomiędzy pozostałymi organizacjami). W wersji standaryzowanej wskaźnik ten przybiera wartości od 0 (organizacja nie znajduje się na najkrótszej „ścieżce” powiązań pomiędzy innymi organizacjami) do 1 (organizacja znajduje się na wszystkich najkrótszych „ścieżkach” powiązań pomiędzy wszystkimi organizacjami).

Czym jest narkomania i jak może być postrzegana i definiowana? Jako choroba? Zachowanie niemoralne? Zachowanie dewiacyjne? Problem społeczny? Przejaw patologii społecznej? Przestępstwo? Czy też jest to może po prostu przejaw opętania przez złe moce? Wszystkie te sposoby interpretowania zjawiska narkomanii występowały w historii, a wiele spośród nich – może poza konstrukcjami demonologicznymi – występuje do dzisiaj, po części jako konkurencyjne paradygmaty postrzegania narkomanii, mające jednak także ogromne konsekwencje w obszarze tego, co dzisiaj nazywa się przeciwdziałaniem narkomanii.

PRAWO A ZMIENIAJĄCY SIĘ OBRAZ ZJAWISKA NARKOMANII

Krzysztof Krajewski
Katedra Kryminologii
Uniwersytet Jagielloński

Regulacje prawne zakazujące wszelkich form tzw. rekreacyjnego używania pewnych substancji psychoaktywnych i ograniczające ich legalne zastosowania do wąskiego kręgu przypadków mających uzasadnienie medyczne lub naukowe, regulacje posługujące się w dodatku szeroko prawem karnym jako podstawowym gwarantem przestrzegania powyższych zakazów stały się w XX w. standardowym sposobem rozwiązywania problemów indywidualnych i społecznych wywoływanych przez środki odurzające i substancje psychotropowe. Taka perspektywa patrzenia na zjawisko narkomanii i stwarzane przez nie problemy

utrzymała się w świadomości społecznej i postrzegana jest właściwie jako niemająca alternatywy. Problem w tym, że zjawisko używania rozmaitych substancji psychoaktywnych dla celów rekreacyjnych, a więc po prostu „dla przyjemności”, towarzyszy ludzkości od zarania dziejów. I dotyczy to nie tylko substancji legalnych, takich jak alkohol, ale także środków innych, dzisiaj traktowanych jako nielegalne i wysoce szkodliwe. Rozmiary tego zjawiska, jego charakterystyka i negatywne konsekwencje indywidualne i społeczne ulegały oczywiście istotnym zmianom, co nie było bez znaczenia dla sposobu jego

postrzegania. Nie zmienia to jednak faktu, że oceny tego zjawiska i sposoby reagowania na nie ulegały na przestrzeni wieków zasadniczym zmianom. Dwudziestowieczny, prohibicyjny sposób postrzegania problemu należy w związku z tym traktować w zasadzie tylko jako jeden z etapów na drodze ewolucji sposobów społecznego postrzegania i definiowania problemu narkotyków.

W tym procesie wskazać można bardzo wiele etapów, na których społeczna percepcja zjawiska ulegała istotnym zmianom. Czym jest bowiem narkomania, jak może być postrzegana i definiowana? Jako choroba? Zachowanie niemoralne? Zachowanie dewiacyjne? Problem społeczny? Przejaw patologii społecznej? Przestępstwo? Czy też jest to może po prostu przejaw opętania przez złe moce? Wszystkie te sposoby interpretowania zjawiska narkomanii występowały w historii, a wiele spośród nich – może poza konstrukcjami demonologicznymi – występuje do dzisiaj, po części jako konkurencyjne paradygmaty postrzegania narkomanii, mające jednak także ogromne konsekwencje w obszarze tego, co dzisiaj nazywa się przeciwdziałaniem narkomanii.

Zło moralne, przestępstwo czy choroba?

Używanie substancji psychoaktywnych w celach rekreacyjnych znane było w Europie już w średniowieczu i dotyczyło tak substancji „importowanych” (głównie poprzez kontakty z Orientem w trakcie wypraw krzyżowych), jak i substancji dostarczanych przez rośliny występujące w Europie. Dobitym przykładem tego ostatniego może być zapewne sabat czarownic. Swego czasu historycy zwrócili uwagę na to, że stałym elementem ikonografii sabatu czarownic jest kocioł, w którym czarownice „coś ważą”. Wszystko wskazuje na to, że nie chodziło bynajmniej o szatańską siarkę, lecz o wywar z roślin zawierających różne substancje psychoaktywne. Sabaty czarownic były zapewne pierwotną formą zbiorowych kontaktów z substancjami psychoaktywnymi, a nie z szatanem. Nie bez powodu jedną ze zdolności, jakie czarownice miały otrzymywać od szatana – potwierdzaną zeznaniami składanymi w procesach o czary – była zdolność latania (w tym na miotle). Jak wiadomo wyobrażenie latania stanowi jeden z efektów wielu substancji halucynogennych. Ówczesna interpretacja całego zjawiska miała jednak czysto demonologiczny charakter, a przeciwdziałanie sprowadzało się do bezwzględnej represji.

Pierwszym okresem, w którym używanie substancji psychoaktywnych pochodzących spoza obszaru Europy stało się zjawiskiem powszechniejszym, był niewątpliwie wiek XIX i epoka romantyzmu. To romantyzm spopularyzował używanie opium jako środka stymulacji zdolności twórczych. Użytkownikami tego środka byli najwięksi europejscy twórcy epoki romantyzmu: poeci od Lorda Byrona, poprzez Juliusza Słowackiego, po Charlesa Baudelaire’a, czy kompozytorzy jak Hector Berlioz. Jeden z najbardziej znanych utworów tego ostatniego, *Symfonia fantastyczna* op. 14 w części IV (*Marsz na miejsce stracenia*) oraz V (*nomen omen: Sabat czarownic*), bezpośrednio odwołuje się do doświadczeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, co kompozytor przedstawił jednoznacznie w swoim komentarzu do utworu. A losy Charlesa Baudelaire’a pod wieloma względami przypominają losy wielu dwudziestowiecznych muzyków rockowych znanych z problemów z narkotykami. Sposób patrzenia w owych czasach na to zjawisko był jednak na pewno zupełnie odmienny.

Problem narkotyków i narkomanii zaczął wkraczać na szerszą skalę w życie społeczeństw Europy i Ameryki Północnej w drugiej połowie XIX w., wraz z postępami w wyodrębnianiu półsyntetycznych środków odurzających, takich jak morfina, heroina czy kokaina. To one stały się źródłem autentycznych problemów, aczkolwiek początkowy stosunek do szerokiego posługiwania się nimi w różnych celach terapeutycznych lub pseudoterapeutycznych był – jak na dzisiejsze standardy – szokująco liberalny. Masowe używanie morfiny w chirurgii wojskowej m.in. w czasie wojny krymskiej (1853–1856), wojny francusko-pruskiej (1870–1871), a szczególnie w trakcie wojny secesyjnej w USA (1861–1865), stało się błogosławieństwem dla dziesiątków tysięcy rannych żołnierzy, „wyprodukowało” jednak także olbrzymią liczbę uzależnionych. Morfinę podawano nie tylko rannym, ale także jako środek „poprawy nastroju żołnierzy”, a uzależnienie od morfiny określano mianem „choroby żołnierskiej”. W połowie XIX w. zaczynano już zdawać sobie sprawę z tego, że używanie takich substancji, jak morfina, heroina czy kokaina może skutkować przede wszystkim uzależnieniem. Pomimo to były one nadal dostępne bez większych ograniczeń. Firma Bayer reklamowała swoje dwa najważniejsze wówczas produkty: aspirynę i heroinę (tę ostatnią jako środek na kaszel). W USA powszechnie dostępne były różne środki na wszelkie dolegliwości zawierające opiaty. A włoski producent wina Angelo Mariani

swoim winem, zawierającym kokainę, zdobył nie tylko rynki Europy i Ameryki Północnej, ale także bardzo prominentnych klientów i wielbicieli swego produktu. Należeli do nich m.in. brytyjska królowa Wiktoria i papież Leon XIII, który przyznał zresztą Marianiemu specjalny papieski medal. Nawet gdy na przełomie XIX i XX w. używanie narkotyków i uzależnienie zaczęły być coraz częściej problematyzowane, zjawiska te postrzegano przede wszystkim w kategoriach medycznych i chorobowych. To wówczas wytworzył się sposób postrzegania, definiowania i traktowania zjawiska narkomanii, który można określić jako paradygmat medyczny, paradygmat choroby. Ukoronowaniem takiego podejścia były niewątpliwie konkluzje powstałego w 1925 roku w Wielkiej Brytanii tzw. Raportu Rollestona: narkomania jest chorobą, jako choroba powinna pozostać w kompetencji lekarzy (a nie policji i sądów), którzy powinni mieć prawo wystawiania recept na narkotyki osobom uzależnionym. To ostatnie traktowano jako metodę terapeutyczną, określaną mianem terapii podtrzymującej¹.

W czasach, gdy w Wielkiej Brytanii Raport Rollestona w pewnym sensie sankcjonował paradygmat medyczny w podejściu do problemu narkomanii, w USA – gdzie dominował on także na przełomie XIX i XX w. – ogromne postępy uczynił już konkurencyjny paradygmat zła moralnego, dewiacji i przestępstwa. Narkotyki coraz częściej postrzegano jako kulturowo obce zagrożenie, a ich użytkowników jako wymagających zdecydowanej reakcji represyjnej, takiej samej jak w przypadku przestępstw. Podejście takie zaczęło powoli zwyciężać nie tylko w USA i legło u podłoża systemu prohibicji narkotykowej, w ramach którego coraz to wyraźniej wśród instrumentów społecznej reakcji na problemy stwarzane przez narkotyki i narkomanię prymat zdobywała represja, a przynajmniej stała się ona nieodłącznym atrybutem polityki narkotykowej, w tym polityki realizowanej wobec użytkowników nielegalnych substancji psychoaktywnych.

„Zwycięstwo” paradygmatu zła moralnego i przestępstwa w definiowaniu zjawiska narkomanii i społecznej reakcji na nie nigdy nie oznaczało oczywiście całkowitego porzucenia paradygmatu choroby. Oddziaływania terapeutyczne wobec użytkowników narkotyków zaczęły jednakże splatać się nierozzerwalnie z oddziaływaniami represyjnymi, tworząc sytuację w zasadzie nieznaną w przypadku innych zjawisk chorobowych. Warto przy tym pamiętać o różnicach w tym zakresie pomiędzy polityką narkotykową realizowaną w różnych częściach

czy krajach świata. Jest powszechnie znanym faktem, że polityka narkotykowa w USA jest w o wiele większym stopniu zdominowana przez represję realizowaną tak po stronie podaży, jak i popytu (czego efektem jest m.in. olbrzymi udział osób mających problemy z narkotykami w populacji więziennej), niż ma to miejsce w Europie. W państwach UE mamy z reguły do czynienia z realizacją znacznie bardziej zrównoważonego podejścia, w ramach którego – szczególnie po stronie popytu – próbuje się znaleźć *modus vivendi* pomiędzy terapią a represją.

Postrzeganie problemu narkomanii w Polsce

Na tym tle warto zwrócić uwagę na to, że sposób postrzegania i definiowania problemu narkomanii w Polsce w okresie ostatnich 50 lat przeszedł również znamiennej ewolucję, co znalazło także odbicie w regulacjach prawnych obowiązujących w różnych okresach. W latach 70. i 80., gdy narkomania typu opiatowego stała się w Polsce po raz pierwszy na szerszą skalę poważnym problemem, była ona postrzegana przede wszystkim z perspektywy paradygmatu choroby i jej leczenia. Było to dość niezwykle, jako że dla władz komunistycznych represja, i to surowa, zawsze była standardową metodą reakcji na wszelkie problemy społeczne. To, że w roku 1985, a więc bezpośrednio po okresie stanu wojennego, gdy nieustannie nasilano represję karną nie tylko za działalność opozycyjną, ale – może nawet przede wszystkim – za pospolite przestępstwa, przyjęto ustawę o zapobieganiu narkomanii, dającą wyraźnie prymat profilaktyce i terapii nad represją, było zapewne wynikiem wpływu, jaki na proces jej tworzenia uzyskały organizacje społeczne zajmujące się terapią (które miały już wówczas w Polsce silną pozycję) oraz środowiska medyczne. Równocześnie z jakichś – niezbyt zresztą jasnych – powodów władze komunistyczne nie widziały najwyraźniej w problemie narkomanii okazji do kolejnego pokazu siły i zdecydowania w bezpardonowej walce z „negatywnymi zjawiskami społecznymi”.

Ten stan rzeczy uległ zmianie po roku 1990. Przemiany zjawiska narkomanii, jakie nastąpiły w Polsce po tej dacie, obejmowały początkowo przede wszystkim sferę podaży. Wyrażało się to w pojawieniu się zjawiska zorganizowanej przestępczości narkotykowej zaangażowanej przede wszystkim w produkcję amfetaminy, ale także w tranzyt narkotyków (głównie heroiny) przez terytorium Polski do Europy Zachodniej. Taka perspektywa zaczęła wyznaczać

charakter dyskusji na temat zmian w ustawodawstwie dotyczącym narkotyków i narkomanii, jaka toczyła się przez ostatnie 23 lata w Polsce. Niewątpliwie ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z roku 1997 była jeszcze w tym zakresie wynikiem pewnego kompromisu. Przebudowa szeregu przepisów, w tym przepisów karnych, z punktu widzenia potrzeb zwiększenia efektywności represji w zwalczaniu nielegalnej podaży narkotyków nie oznaczała jeszcze przyznania takiej samej rangi tejże represji w odniesieniu do popytu i użytkowników. Ciągłe starano się w tej kwestii pozostawić jak najwięcej przestrzeni przede wszystkim działaniom terapeutycznym. Ten stan rzeczy uległ radykalnej zmianie z chwilą przyjęcia w roku 2000 noweli do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, która zlikwidowała depenalizację posiadania narkotyków na własny użytek. Pamiętać trzeba, że potrzebę tej zmiany uzasadniano przede wszystkim koniecznością ułatwienia policji zwalczania nielegalnej podaży, a ostrzeżenia przed konsekwencjami, jakie proponowane zmiany mogą przynieść dla użytkowników, którzy staną się przedmiotem intensywnego zainteresowania policji, zbywano najczęściej stwierdzeniami typu: „gdzie drwa rąbią, tam wióry lecą”. W ten sposób definiowanie problemu narkomanii z perspektywy potrzeb zwalczania podaży i nieodłącznej takiemu podejściu absolutyzacji represji, stało się podstawowym wyznacznikiem polskiego ustawodawstwa dotyczącego narkotyków i narkomanii po roku 2000 i nowa ustawa z roku 2005 niewiele tu zmieniła. Nawet jeśli w tej ustawie wprowadzono lub rozszerzono wiele rozwiązań sprzyjających podejściu terapeutycznemu, leczniczemu, w praktyce pozostały one często zdominowane przez działania represyjne.

Na tym tle można sobie zadać pytanie: czy w ostatnich latach w Polsce można dostrzec jakieś zmiany zachodzące w sposobie postrzegania zjawiska narkomanii? Trudno tutaj o jednoznaczną odpowiedź. Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii dokonana w roku 2011 może świadczyć o tym, że z takimi zmianami mamy rzeczywiście do czynienia. Wprowadzenie możliwości umorzenia w pewnych sytuacjach spraw o tzw. drobne posiadanie narkotyków i rozbudowa przepisów o leczeniu i profilaktyce, akcentująca konieczność diagnozowania w procesie karnym problemów narkotykowych osób podejrzanych i oskarżonych o popełnienie przestępstw, mogą być na pewno zwiastunami przywracania równowagi zdecydowanej zachwianej nowelizacją z roku 2000. Pierwsze dane dotyczące stosowania nowych przepisów

mogą być oceniane optymistycznie, aczkolwiek z ostatecznymi ocenami trzeba na pewno jeszcze poczekać. Czy to wszystko oznacza perspektywę zmniejszenia nacisku na działania o charakterze represyjnym?

Tutaj znowu pojawia się bardzo wyraźnie kwestia zależności pomiędzy typem stosowanej reakcji a postrzeganiem problemu będącego przedmiotem owej reakcji. W tym wypadku chodzi przede wszystkim o relację pomiędzy dominującym typem użytkownika narkotyków a reakcją wobec zjawiska. W okresie międzywojennym i powojennym, do lat 60., na świecie i w Polsce mieliśmy najczęściej do czynienia z tzw. narkomanem ustabilizowanym społecznie, będącym użytkownikiem opiatów lub kokainy. Był to najczęściej przedstawiciel klasy średniej, w średnim wieku, o relatywnie wysokim statusie społeczno-ekonomicznym, niepopołniający przestępstw pospolitych (kradzieże, włamania, rozboje). Taka charakterystyka sprzyjała niewątpliwie definiowaniu problemu w kategoriach medycznych, a przynajmniej nie dawała podstaw do przyznawania prymatu represji. Ten stan rzeczy zaczął ulegać zmianie w latach 70. i 80. początkowo w USA, a następnie w Europie Zachodniej, najpierw w związku z eksplozją używania heroiny, a później kokainy crack. Drastycznemu obniżeniu uległ wiek inicjacji narkotykowej, a zjawisko stało się endemiczne w ramach klasy niższej i grup społecznych określanych mianem *underprivileged* (dyskryminowanych, niekorzystających z pełnej partycypacji społecznej), mających często także ponadprzeciętny udział w innych problemach społecznych (takich jak np. ubóstwo czy przestępczość). W takim stanie rzeczy szerokie posługiwanie się wobec takich użytkowników narkotyków represją karną było niejako ułatwione. Głęboko zmarginalizowani społecznie, niezdolni do normalnego pełnienia podstawowych ról społecznych, mający często przeszłość kryminalną, narkomani tego okresu byli wręcz naturalnym przedmiotem represji karnej.

Na tym tle warto zwrócić uwagę na zmiany, jakie badania odnotowują w ostatnim czasie w charakterystyce zjawiska narkomanii i użytkowników narkotyków. Z jednej strony wciąż istnieje niewątpliwie grupa zmarginalizowanych użytkowników narkotyków funkcjonujących w warunkach wykluczenia społecznego. Są to często osoby o niskim wykształceniu, dotknięte bezdomnością, pozostające bez regularnego zatrudnienia i – poza intensywnym używaniem narkotyków, takich jak heroina, kokaina-crack czy amfetamina – mające także bogatą kartę kryminalną. Z drugiej strony mamy jednak coraz

częściej do czynienia z grupą społecznie zintegrowanych użytkowników narkotyków. Są oni najczęściej młodszy niż poprzednia grupa, lepiej wykształceni, są w dobrym stanie zdrowia, mają gdzie mieszkać, posiadają często rodziny, stałe źródła dochodu i nie mają na swym koncie szczególnych kłopotów z policją. Nawet relatywnie długie kariery użytkowników narkotyków – przede wszystkim cannabis – nie wpływają w ich wypadku negatywnie na ich pozycję społeczną i zdolność normalnego pełnienia ról społecznych. Reprezentują oni zamożną część społeczeństwa, a u większości z nich używanie substancji psychoaktywnych jest po prostu formą udziału we wzorach konsumpcji charakteryzujących współczesne społeczeństwa ponowoczesne². Istnienie tych dwóch odmiennych światów współczesnej konsumpcji narkotyków, każe zadać ważne pytanie: na ile wzory społecznej reakcji wobec problemu narkotyków i narkomanii ukształtowane w latach 60. i 70. ubiegłego stulecia, u podłoża których leżał w znacznym stopniu obraz zjawiska zdominowanego wówczas przez społecznie zmarginalizowanych użytkowników opiatów, są adekwatne w stosunku do tej nowej grupy społecznie zintegrowanych, rekreacyjnych użytkowników narkotyków? Już wcześniej wiele osób zadawało sobie pytanie, na ile wzory społecznej reakcji wobec narkomanii, oparte przede wszystkim na paradygmacie przestępstwa i represji i marginalizujące paradygmat choroby, przynoszą więcej szkód niż pożytku, ponieważ nie pomagają osobom uzależnionym przełamać ich wykluczenia społecznego, a wręcz je pogłębiają? W nowej sytuacji sprawa staje się o tyle ważna, że w tym wypadku tradycyjne wzory reakcji społecznej mogą stawać się podstawowym źródłem inicjacji procesu wykluczenia społecznego skądinąd nieźle zintegrowanych społecznie osób.

To nie jest jedyna wątpliwość, jaką współczesny rozwój zjawiska używania substancji psychoaktywnych przynosi w stosunku do dotychczasowych instrumentów kontroli zjawiska narkomanii. Kolejnym przykładem mogą tu być tzw. nowe substancje psychoaktywne, w tym *legal highs* czy też „dopalacze”. Abstrahuję tu od problemu szkodliwości tych substancji, która często jest bardzo słabo rozpoznana, ma niejasny charakter i zdaje się wiązać raczej z ich ostrą i przewlekłą toksycznością, a nie potencjałem do wywoływania uzależnienia. Ponieważ substancje te używane są jednak w celach takich samych jak narkotyki, tj. dla wywoływania określonego efektu psychoaktywnego, rodzi się tendencja do traktowania

ich przede wszystkim jako elementu problemu współczesnej narkomanii i reagowania na nie przy pomocy instrumentarium przewidzianego dla kontroli środków odurzających i substancji psychotropowych. Oznacza to poddawanie tych substancji kontroli poprzez wciąganie ich na listy substancji kontrolowanych, co skutkuje nie tylko automatycznym poddaniem ich reżimowi kontrolnemu przewidzianemu dla „tradycyjnych” narkotyków, ale także coraz szersze rozciąganie odpowiedzialności karnej i działań represyjnych, w tym także w odniesieniu do ich użytkowników za ich posiadanie. Rodzi się pytanie: czy takie postępowanie ma sens i czy istnieją tu jakieś granice wyścigu pomiędzy ustawodawcą a „projektantami” nowych substancji psychoaktywnych? Czy w wielu wypadkach nie byłoby lepiej, prościej i taniej w stosunku do niektórych przynajmniej z tych substancji posłużyć się innymi instrumentami: ustawodawstwem farmaceutycznym, prawem ochrony konsumenta, przepisami dotyczącymi bezpieczeństwa produktów itp.? Czy takie rozwiązania nie dałyby skutecznych instrumentów w stosunku do sieci sklepów zajmujących się dystrybucją takich substancji, pozwalając na ich eliminację z rynku, bez potrzeby nieuchronnego uciekania się do nieustannego rozszerzania zakresu kryminalizacji użytkowników takich substancji? Pojawia się pytanie: czy kryminalizacja ta jest tak samo uzasadniona jak w przypadku dobrze znanych środków, takich jak heroina czy kokaina?³

Szukanie nowych rozwiązań

Wydaje się, że w Europie mamy do czynienia z poszukiwaniem jakichś nowych, bardziej elastycznych rozwiązań, które stworzyłyby szanse kontrolowania podaży tych substancji, ale niekoniecznie w taki sam sposób jak tradycyjnych narkotyków i bez kryminalizacji ich użytkowników. Dobrym przykładem może tu być austriacka ustawa o nowych substancjach psychoaktywnych z 2011 roku, która tworzy zupełnie nową kategorię substancji kontrolowanych – właśnie nowych substancji psychoaktywnych – których kontrola zależy od decyzji ministra zdrowia, ale których kryminalizacja uregulowana jest całkowicie odrębnie niż kryminalizacja czynności, których przedmiotem są środki odurzające lub substancje psychotropowe i zawężona jest do czynności po stronie podaży.

Również planowane zmiany w prawie europejskim zdają się zmierzać w tym kierunku. Planowane nowe Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie nowych

substancji psychoaktywnych (które miałyby zastąpić Decyzję Rady 2005/387/WSiSW z dnia 10 maja 2005 roku w sprawie wymiany informacji, oceny ryzyka i kontroli nowych substancji psychoaktywnych) przewiduje bowiem klasyfikację takich substancji na trzy grupy: substancje o niskim zagrożeniu (brak kontroli), substancje o średnim zagrożeniu (kontrola obrotu) oraz substancje o wysokim zagrożeniu (kryminalizacja). Tylko ta ostatnia grupa substancji podlegałaby Decyzji Ramowej Rady 2004/757/WSiSW z dnia 25 października 2004 roku ustanawiającej minimalne przepisy określające znamiona przestępstw i kar w dziedzinie nielegalnego handlu narkotykami.

W tym kontekście należy stwierdzić, że rozwiązania przyjęte w Polsce w 2010 roku w postaci specjalnych regulacji dotyczących kontroli nowych substancji psychoaktywnych i „dopalaczy” narzędziami administracyjnymi jako środków zastępczych, co do zasady zmierzały w dobrym kierunku, próbowały bowiem stworzyć nowy, pośredni mechanizm kontrolny. Problem w tym, że w praktyce mamy wciąż do czynienia z procesem poddawania coraz

to nowych substancji kontroli przewidzianej przez ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii dla środków odurzających i substancji psychotropowych poprzez wciąganie ich na listy stanowiące załączniki do tej ustawy. Nowe przepisy pozwoliły więc na zamknięcie sieci z „dopalaczami”, ale nie rozwiązały w sposób długofalowy problemu „wyścigu” pomiędzy ustawodawcą a producentami. W obszarze kontroli nowych substancji psychoaktywnych wciąż stosowane jest przede wszystkim instrumentarium stworzone dla celów kontroli tradycyjnych narkotyków. Powstaje pytanie, czy jest to zawsze uzasadnione i proporcjonalne do stwarzanego przez te substancje zagrożenia dla zdrowia publicznego?

Przypisy

- ¹ Por. np. A.S. Trebach, „The Heroin Solution”, The Yale University Press, New Haven 1982.
- ² Por. I. Eisenbach-Stangl, J. Moskalewicz, B. Thorn (red.), „Two Worlds of Drug Consumption in Late Modern Societies”, Ashgate, Farnham 2009.
- ³ Por. B. Hughes, A.R. Winstock, „Controlling new drugs under marketing regulations”, *Addiction*, vol. 107 (2012), s. 1894-1899.

Patrząc na doświadczenia ostatnich 20 lat, wydaje się, że aktualnie obowiązujący model prawny, charakteryzujący się prymatem podejścia profilaktycznego wobec użytkowników narkotyków, połączonego z leczeniem, rehabilitacją i resocjalizacją osób uzależnionych, jest optymalny. Sankcje karne wobec narkomanów powinny być stosowane tylko w ostateczności, kiedy uczestniczą oni w dużym narkobiznesie i nie chcą podjąć leczenia.

ZWALCZANIE PRZESTĘPCZOŚCI NARKOTYKOWEJ W POLSCE Z PERSPEKTYWY OSTATNICH 20 LAT

gen. Adam Rapacki - w przeszłości:

Dyrektor Biura do Walki z Przestępczością Narkotykową KGP

Zastępca Komendanta Głównego Policji

Podsekretarz Stanu w MSW

Duża dynamika procesów politycznych i zmian społecznych, jakie nastąpiły w ciągu ostatnich 20 lat w Polsce, miała wpływ na działania prawne i organizacyjne podejmowane w zakresie zwalczania przestępczości narkotykowej. Należy również pamiętać, że zwalczanie przestępczości narkotykowej jest także uwarunkowane skutecznością działań realizowanych w innych obszarach przeciwdziałania narkomanii, w szczególności edukacyjnym, prewencyjnym i profilaktycznym. Ważną dziedziną

jest również leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych oraz ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych. Współzależność obszarów przeciwdziałania narkomanii wynika z istnienia ścisłej relacji pomiędzy podażą narkotyków, warunkowaną rozwojem nielegalnych upraw i produkcji narkotyków, a wzrostem liczby osób uzależnionych i eksperymentujących. Kluczową rolę jest koordynacja działań wszystkich instytucji zajmujących się przeciwdziałaniem narkomanii.

Rycina 1. Obszary przeciwdziałania narkomanii



Narkomanii, a wykonawczo zadanie to znakomicie wypełnia Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Otwarcie granic

Produkcja i obrót narkotykami stanowią w Polsce jedno z głównych źródeł zysku dla przestępczości zorganizowanej. W działalność narkotykową angażowała się większość grup przestępczych, które dążyły do stworzenia własnych źródeł zaopatrzenia (kanałów przemytu lub produkcji). Największym zainteresowaniem wśród polskich grup przestępczych cieszą się: amfetamina (produkcja, obrót, przemyt), marihuana (przemyt, własne uprawy), heroina (przemyt) i kokaina (przemyt). Determinantami, które w ostatnim dwudziestoleciu miały znaczący wpływ na poziom zagrożenia przestępczością narkotykową w Polsce, były szeroko rozumiane uwarunkowania polityczno-prawne. Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej i do Układu z Schengen spowodowało zniesienie ograniczeń dotyczących przepływu towarów oraz osób na granicach z innymi państwami unijnymi, co w sposób naturalny zwiększyło możliwości przemytu narkotyków zarówno z Polski, jak i do Polski z państw członkowskich. Możliwość swobodnego przekraczania granicy w ramach obszaru Schengen stanowi ważne uwarunkowanie dla podaży narkotyków oraz organizacji laboratoriów służących do ich produkcji w Polsce.

Czynnikiem implikującym zagrożenia narkotykowe pozostaje fakt graniczenia Polski na wschodzie z Fe-

deracją Rosyjską, Białorusią i Ukrainą. Obecnie nasza wschodnia granica państwowa jest jednym z najdłuższych odcinków unijnej granicy lądowej. Zaostrzenie kontroli na granicy zewnętrznej UE spowodowało jej uszczelnienie, ale także skutkuje wzrostem zapotrzebowania na usługi zorganizowanych grup przestępczych, gdyż tylko ich działania mogą zapewnić skuteczność przerzutu narkotyków. Wydaje się, że usytuowanie geograficzne predysponuje Polskę do pełnienia roli obszaru tranzytowego w międzynarodowym przemyśle narkotyków. Na szczęście nieduże zajęcia narkotyków na naszych granicach nie potwierdzają tej tezy, znacznie większy przemyt odbywa się poprzez terytoria innych państw europejskich.

Zmiany prawne i organizacyjne

Wśród czynników prawnych warunkujących podaż narkotyków w Polsce należy wymienić m.in. politykę karną rozumianą jako penalizację czynów związanych z narkotykami, zagrożenie karą w przypadku ich popełnienia oraz zakres uprawnień ustawowych Policji i innych służb w odniesieniu do wykrywania i ścigania przestępstw narkotykowych.

Pierwszą kompleksową regulacją problematyki narkotyków i narkomanii w naszym kraju była Ustawa z dnia 31 stycznia 1985 roku o zapobieganiu narkomanii. Jej przepisy koncentrowały się na kryminalizacji czynów dotyczących nielegalnej podaży narkotyków. Nie penalizowano natomiast takich czynów jak nabywanie narkotyków i ich posiadanie.

Kolejna regulacja, tj. Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, wprowadziła w art. 48 ustawy kryminalizację posiadania środków odurzających lub substancji psychotropowych. Przy czym art. 48 ust. 4 przewidywał niepodleganie karze sprawcy, który posiada na własny użytek nieznaczną ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych (tzw. depenalizacja drobnego posiadania). W praktyce policyjno-prokuratorskiej oznaczało to, że sprawy o tego rodzaju posiadanie nie powinny być wszczynane, a wszczęte – umarzane.

Obecnie w Polsce podstawowym aktem prawnym z zakresu prawa antynarkotykowego jest Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, penalizująca liczne czyny narkotykowe, w tym posiadanie niewielkiej ilości narkotyków. Art. 62 ust. 3

ustawy przewiduje w wypadku spraw mniejszej wagi podleganie sprawcy karze grzywny, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. W praktyce policyjno-prokuratorskiej ówczesne rozwiązanie oznaczało konieczność wszczęcia i prowadzenia procedury karnej wobec czynów polegających na posiadaniu niewielkiej ilości narkotyków. Powodowało to, że blisko 50% wszystkich przestępstw stwierdzonych z ustawy dotyczyło posiadania narkotyków. Często zdarzało się, że osoby eksperymentujące zupełnie niepotrzebnie popadały w konflikt z prawem. Dopiero nowelizacja ustawy z 2011 roku w art. 62a dała możliwość umorzenia postępowania przed jego wszczęciem, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu i niski stopień jego społecznej szkodliwości.

Z danych ujętych w tabeli 2. wynika, że w strukturze przestępczości narkotykowej dominują występkę polegające na posiadaniu narkotyków. W tym miejscu można postawić pytanie o zdolności operacyjne krajowych organów ścigania do zwalczania poważnych zagrożeń związanych z produkcją czy przemysłem narkotyków. Na początku lat 90. jedną z przeszkód skutecznego zwalczania zorganizowanej przestępczości narkotykowej był brak podstaw prawnych do wykonywania działań policyjnych zarówno o charakterze operacyjno-rozpoznawczym, jak i procesowym. Obecnie polski system zwalczania przestępczości zorganizowanej dysponuje odpowiednimi środkami prawnymi. Przede wszystkim poszerzono zakres i możliwości stosowania przez Policję techniki operacyjnej. Zdecentralizowano sposób zarządzania kontroli operacyjnych, dzięki czemu odsunięto polityków od podejmowania indywidualnych decyzji w tym zakresie, a nadzór nad zasadnością środków sprawuje prokuratura i niezależne sądy.

W 1995 roku otwarto drogę do tzw. zakupu kontrolowanego, umożliwiono także wprowadzanie policjantów „pod przykryciem” do środowisk przestępczych, stosowanie dostawy niejawnie nadzorowanej. Istota niejawnego nabycia lub przejęcia narkotyków, czyli zakup kontrolowany, polega na wejściu w ich posiadanie przez osoby reprezentujące organy ścigania. Z kolei niejawnie nadzorowana dostawa narkotyków polega na dopuszczeniu ich przemieszczania, przechowywania lub obrotu nimi w celu ujawnienia wszystkich osób zaangażowanych w przemyt (organizatorów, kurierów, pośredników).

W tym samym roku wprowadzono instytucję świadka incognito. Zgodnie z zasadą ujętą w art. 184 k.p.k., pozwala ona na utajnienie danych osoby zeznającej, co ma uniemożliwić ewentualne zastraszenie świadka. Równolegle nauczyliśmy się umiejętnie wykorzystywać materiały uzyskane w drodze czynności operacyjno-rozpoznawczych w procesie karnym. Obecnie większość materiałów operacyjnych z podsłuchów, operacji specjalnych, obserwacji jest z powodzeniem wykorzystywana w procesie. Po przekształceniu na materiał procesowy stanowią one znakomite dowody. W 1997 roku weszła w życie ustawa o świadku koronnym dotycząca sprawców, którzy popełnili przestępstwa w zorganizowanej grupie przestępczej, a dzięki ujawnieniu ich okoliczności w trybie przewidzianym w ustawie uniknęli odpowiedzialności za swoje czyny. Stosowanie instytucji świadka koronnego pozwoliło na rozbicie kilkudziesięciu zorganizowanych grup narkotykowych. Stworzony system uprawnień policyjnych pozwolił na bezpieczne zrealizowanie kilkuset operacji antynarkotykowych, w tym wielu o charakterze międzynarodowym. Doświadczenie ostatnich 20 lat pokazuje, że istnieje również zależność pomiędzy skutecznością zwalczania

Tabela 1. Statystyka przestępczości narkotykowej w Polsce w latach 1990–2012

Rok	1990	1995	2000	2005	2010	2012
	Ustawa 1985		Ustawa 1997		Ustawa 2005	
Przestępstwa stwierdzone	1105	4284	19 649	67 560	72 375	76 358
Podejrzani	504	3597	6639	28 170	26 865	29 340
Nieletni	2	50	1354	3629	4119	4595
Skazani	231	1864	2878	20 164	20 132 (10 853 posiadanie)	(11 227 posiadanie)

Źródło: Dane z Komendy Głównej Policji, dane na temat skazanych – Ministerstwo Sprawiedliwości.

Tabela 2. Przestępstwa narkotykowe stwierdzone w latach 1990–2012

Rok	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Posiadanie	niekaralne	niekaralne	2815	30 899	33 599	35 878
Handel (sprzedaż)	10	2150	14 170	28 140	18 449	18 706
Udzielanie innej osobie	126	731	13 278	31 332	12 354	13 193
Przemyt	1	69	383	643	803	843
Produkcja	557	392	400	456	202	251
Nielegalna uprawa maku, konopi indyjskich	382	2780	814	875	1164	1855

Źródło: Dane z Komendy Głównej Policji.

nia przestępstw narkotykowych a liczbą kierowanych do tych zadań policjantów, wielkością dedykowanych środków materiałowo-sprzętowych oraz kształtem przyjętych rozwiązań organizacyjnych. Związek ten uwidacznia się bardziej w zdolności danej antynarkotykowej struktury organizacyjnej do realizacji spraw związanych z działalnością międzynarodowych zorganizowanych grup przestępczych niż na tle ogólnych danych statystycznych.

Współpraca międzynarodowa

Wsparciem w zwalczaniu przestępczości narkotykowej była także współpraca z organami ścigania

i wymiaru sprawiedliwości innych państw. Ważną rolę w tym zakresie odgrywała międzynarodowa współpraca policyjna w ramach takich platform, jak: Europol, Schengen, Baltcom czy Interpol. Skuteczna współpraca operacyjna sprzyjała ograniczeniu zjawiska ukrywania się przestępców w Polsce przed organami wymiaru sprawiedliwości innych państw oraz wielokrotnie pozwalała na lokalizowanie i zatrzymywanie za granicą rodzimych przestępców. Należy przy tym podkreślić, że ani Europol, ani Interpol nie są uprawnione do prowadzenia samodzielnych działań operacyjnych lub śledczych, nie posiadają również żadnych uprawnień o charakterze nadzorczym w stosunku do takich czynności prowadzonych przez policje krajowe. W praktyce ciężar zwalczania

Tabela 3. Struktury antynarkotykowe Policji w latach 1990–2013

Poziom	KGP	KWP	KRP/KMP/KPP	KP
Okres				
1990–1992	Oddział ds. Narkomanii i Innych Patologii Społecznych	sekcje w wydziałach kryminalnych	sekcje, stanowiska w ogniach kryminalnych	
1994–1996	Wydział ds. Narkotyków Biura do Walki z Przestępczością Zorganizowaną	terenowe wydziały Biura do Walki z Przestępczością Zorganizowaną samodzielne stanowiska, zespoły w wydziałach kryminalnych KWP	sekcje, stanowiska w wydziałach kryminalnych	
1997–2000	Biuro ds. Narkotyków	terenowe wydziały Biura ds. Narkotyków KGP samodzielne stanowiska, zespoły w wydziałach kryminalnych KWP	sekcje w wydziałach kryminalnych	
2000–2013	Wydział do Zwalczania Zorganizowanej Przestępczości Narkotykowej CBS	terenowe wydziały d/w ze zorganizowaną przestępczością narkotykową CBS KGP Wydział d/w z Przestępczością Narkotykową KSP samodzielne sekcje, zespoły wydziałów kryminalnych KWP	referaty, sekcje, zespoły, samodzielne stanowiska w wydziałach kryminalnych	zagadnienie w ogniach kryminalnych

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 4. Narkotyki zabezpieczone przez Policję w latach 1991–2012

Rodzaj narkotyku	Amfetamina (kg)	Marihuana (kg)	Haszysz (kg)	Heroina (kg)	Kokaina (kg)	LSD (szt)	Ecstasy (szt)	Laboratoria narkotyków syntetycznych
Rok								
1991	5,1	8	8000	14,5	213,2	bd	bd	bd
1995	18,8	2086,6	10 000,1	66,4	383,2	bd	bd	8
2000	141,6	70,2	5,5	119,3	4,1	3659	14 183	14
2005	308,6	201,4	72,5	41,13	12,8	2157	487 001	20
2010	518,1	1324,2	85,4	24,6	110,9	803	269 298	13
2012	593,8	1276,1	38,5	35,1	210,1	29 173	31 044	15

Źródło: KGP.

międzynarodowej przestępczości narkotykowej spoczywa na krajowych służbach policyjnych. Nie ujmując to jednak waloru wspierającego, koordynacyjnego, analitycznego policyjnym inicjatywom międzynarodowym.

W ostatnim latach na szczególną uwagę w tym obszarze zasługują polskie inicjatywy – projekty „Narkotyki syntetyczne w ramach platformy EMPACT” (ang. *European Multidisciplinary Platform Against Criminal Threats*) i Międzynarodowe Centrum Szkoleniowe do Zwalczania Nielegalnych Laboratoriów Narkotykowych przy Centrum Szkolenia Policji w Legionowie (ang. *International Training Center for Combating Clandestine Laboratories – ITCCCL*).

EMPACT zrzesza państwa UE i państwa trzecie realizujące operacyjne działania w zakresie przyjętych przez Radę UE priorytetów zwalczania zorganizowanej i poważnej przestępczości. To z inicjatywy Polski zwalczanie narkotyków syntetycznych zostało przyjęte jako jeden z priorytetów dla służb policyjnych UE na najbliższe lata. W centrum ITCCCL (istnieją tylko dwa takie centra na świecie) zrekonstruowano kilkadziesiąt laboratoriów, za pośrednictwem których można poznać różne metody produkcji narkotyków syntetycznych. Wyposażenie pracowni pozwala na prowadzenie ćwiczeń praktycznych w warunkach zbliżonych do naturalnych, a zajęcia prowadzone są w języku angielskim (w przypadku szkoleń skierowanych do państw członkowskich UE) i rosyjskim (w przypadku szkoleń skierowanych do państw Europy Wschodniej, Azji Centralnej oraz Kaukazu).

Nowe zagrożenia

Nowym zjawiskiem rozwijającym się równolegle do przestępczości narkotykowej, stała się produkcja

i obrót środkami zastępczymi, tzw. dopalaczami. Dynamiczny wzrost podaży „dopalaczy” przypadł na lata 2008–2010 (w październiku 2010 roku w Polsce funkcjonowało ponad 2000 sklepów z „dopalaczami”). W październiku 2010 roku decyzją Głównego Inspektora Sanitarnego z obrotu wycofano wyroby, które mogły stwarzać zagrożenie dla życia i zdrowia osób. Wprowadzona ustawa antydopalaczowa oraz działania kontrolno-represyjne doprowadziły do likwidacji funkcjonujących sklepów i znacznie ograniczyły skalę zjawiska. Obecnie odnotowuje się wzrost sprzedaży „dopalaczy” przez internet (zarówno przez sklepy internetowe, jak też ogłoszenia prywatne). Większość tego typu sklepów jest zlokalizowana poza granicami Polski. Producenci „dopalaczy” wprowadzają jednak nowe substancje, wyprzedzając rozwiązania prawne. Warto zaznaczyć, że polskie doświadczenia w walce z dopalaczami są wykorzystywane przy opracowywaniu regulacji unijnych.

Patrząc na doświadczenia ostatnich 20 lat, wydaje się, że aktualnie obowiązujący model prawny, charakteryzujący się prymatem podejścia profilaktycznego wobec użytkowników narkotyków, połączonego z leczeniem, rehabilitacją i resocjalizacją osób uzależnionych, jest optymalny. Sankcje karne wobec narkomanów powinny być stosowane tylko w ostateczności, kiedy uczestniczą oni w dużym narkobiznesie i nie chcą podjąć leczenia. Organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości powinny koncentrować się na zwalczaniu zorganizowanej przestępczości związanej z produkcją, przemysłem i wprowadzaniem do obrotu narkotyków oraz legalizowaniem środków finansowych związanych z przestępczością narkotykową.

„Profilaktyka narkomanii w szkole” to temat kontroli przeprowadzonej w 2012 roku przez Najwyższą Izbę Kontroli. Izbę interesowała m.in. działalność szkół i organów je prowadzących, wybrane aspekty tworzenia i wdrażania planów przeciwdziałania narkomanii na szczeblu gminnym i wojewódzkim oraz proces przygotowania, koordynowania, wdrażania i monitorowania Krajowych Programów Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006–2010 i 2011–2016.

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI O PROFILAKTYCE NARKOMANII

Bogusława Bukowska

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Kontrolą objęto m.in. 32¹ szkoły (24 kształcenia ogólnego i 8 artystycznych) oraz Ministerstwo Edukacji Narodowej, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego, Ośrodek Rozwoju Edukacji MEN, Centrum Edukacji Artystycznej, osiem urzędów miast i komend policji, siedem organizacji pozarządowych. Izba przeprowadziła także badanie ankietowe, w którym uczestniczyło 9250 uczniów, 2161 nauczycieli i 56 pedagogów i psychologów szkolnych.

Szkolne Programy Profilaktyki

Kontrolerzy NIK stwierdzili, że we wszystkich skontrolowanych szkołach kształcenia ogólnego w okresie objętym kontrolą opracowano Szkolne Programy Profilaktyki (SPP). W ich przygotowanie zwykle byli zaangażowani psychologowie/pedagodzy szkolni, którzy stanowili trzon zespołów powoływanych przez dyrektorów szkół do tego zadania.

Stwierdzone nieprawidłowości w ich planowaniu i wdrażaniu polegały m.in. na podejmowaniu działań w sposób nieskoordynowany, co skutkowało kilkukrotnym uczestniczeniem tych samych grup uczniów w zajęciach profilaktycznych, a pomijanie innych grup, niezrealizowaniu części działań zaplanowanych w SPP oraz prowadzeniu działań w sposób incydentalny.

Wszystkie 24 skontrolowane szkoły kształcenia ogólnego przeprowadziły diagnozę zjawiska używania substancji psychoaktywnych przez młodzież. Zastrzeżenia dotyczyły m.in. takich przypadków, gdy SPP został przygotowany na podstawie diagnozy opracowanej 10 lat wcześniej, bez jakiegokolwiek jej późniejszej weryfikacji (jeden przypadek) lub zastosowania w jednej ze szkół imiennych ankiet, w których pytano uczniów o czyny zabronione, jak posiadanie

czy rozprowadzanie środków odurzających. Oczywistym jest, że uzyskane w ten sposób informacje są niewiarygodne i nieprzydatne do opracowania diagnozy sytuacji. Tak przeprowadzone badanie jest także niezgodne ze standardami etycznymi dotyczącymi badań ankietowych. Warto podkreślić, że wszystkich uczniów ze skontrolowanych szkół, u których stwierdzono używanie narkotyków, objęto dodatkowymi działaniami profilaktycznymi lub zapewniono im i ich rodzinom pomoc psychologiczno-pedagogiczną.

Negatywna ocena jakości działań profilaktycznych

Najwyższa Izba Kontroli ustaliła, że choć we wszystkich skontrolowanych szkołach kształcenia ogólnego prowadzone były zajęcia z profilaktyki narkomanii dla uczniów, to *zaplanowane i wdrażane przez dyrektorów kontrolowanych szkół działania profilaktyczne były powierzchowne i nierzetelne*. W wielu szkołach nie przykładano należytej wagi do jakości realizowanych działań. Zaledwie w 10 szkołach wdrażano programy, których skuteczność została potwierdzona w obiektywnych badaniach ewaluacyjnych. W większości szkół profilaktyka narkomanii ograniczała się do *poruszania tego zagadnienia przez nauczycieli w trakcie zajęć dydaktycznych i godzin wychowawczych, oglądania filmów i spektakli profilaktycznych, organizacji konkursów literackich i plastycznych, a więc działań o nieznanym lub niskiej skuteczności (...)*. Nawet w tych szkołach (12 szkół z 32 skontrolowanych), w których zdiagnozowano ryzyko sięgania przez uczniów po narkotyki, nie zaplanowano działań profilaktycznych dla uczniów z grup wysokiego ryzyka. Izba zidentyfikowała kilka przyczyn tego stanu rzeczy. Po pierwsze, dyrektorzy większości szkół wyrażali pogląd, że

w ich placówkach problem narkotyków nie występuje i w konsekwencji *nie dostrzegali potrzeby większej dbałości o jakość profilaktyki*. Izba ustaliła także, że w 30% skontrolowanych szkół ich dyrektorzy nie zapewnili nauczycielom, pedagogom i psychologom szkolnym możliwości uczestniczenia w odpowiednich szkoleniach podnoszących poziom ich kompetencji w zakresie problematyki narkomanii. W podsumowaniu NIK stwierdza, że *brak odpowiedniego przygotowania nauczycieli do przeciwdziałania problemowi narkomanii w szkołach w znaczącym stopniu utrudniał rzetelną realizację działań w tym zakresie (...)*.

Izba zwróciła także uwagę, że na przeszkodzie szerszego wykorzystania programów profilaktycznych o udokumentowanej skuteczności leżało opóźnienie w utworzeniu bazy programów rekomendowanych², za co odpowiedzialne było Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Ośrodek Rozwoju Edukacji MEN.

Wśród uczniów skontrolowanych szkół NIK przeprowadził badania ankietowe weryfikując, ilu z nich uczestniczyło w zajęciach profilaktycznych w okresie ostatnich dwóch lat oraz jaki był ich poziom satysfakcji z uczestnictwa w tych zajęciach. Wyniki badania wskazują, że działaniami profilaktycznymi w badanym okresie szkoły objęły średnio połowę ankietowanych uczniów, przy czym najwięcej w szkołach ponadgimnazjalnych (54,4%), a najmniej w podstawowych (45,4%). Około 75% uczniów oceniło te zajęcia jako „bardzo ciekawe” lub „raczej ciekawe”, pozostali uczniowie (ok. 25%) ocenili je jako „raczej nudne” lub „bardzo nudne”.

W informacji o wynikach kontroli Izba zwróciła także uwagę na trudności w ewaluacji podejmowanych przez szkoły interwencji. W skontrolowanych szkołach działania ewaluacyjne ograniczały się do oceny, w jakim stopniu zaplanowane w SPP zadania zostały zrealizowane, jaki był poziom satysfakcji uczniów z zajęć profilaktycznych lub analizowano, czy w szkole wystąpiły „incydenty związane z narkotykami”. W opinii Izby tego typu ewaluacja nie daje odpowiedzi na pytanie, czy podejmowane przez szkoły działania profilaktyczne przyczyniają się do rzeczywistej zmiany zachowania i postaw uczniów.

Działania w obliczu zagrożenia „dopalaczami”

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła zaangażowanie szkół kształcenia ogólnego w odpowiedzi na zagrożenie tzw. dopalaczami. We wszystkich skontrolowanych szkołach działania profilaktyczne w tym zakresie

były prowadzone bądź na podstawie gotowych scenariuszy zajęć dostarczonych przez MEN, bądź innych materiałów dydaktycznych. Warto zwrócić uwagę, iż szkoły podjęły temat „dopalaczy” w odpowiedzi na apel ówczesnej minister edukacji narodowej skierowany w październiku 2010 roku do dyrektorów szkół, aby ci pilnie przeanalizowali SPP i dostosowali ich treść do zagrożeń związanych z tym zjawiskiem. W marcu 2011 roku minister edukacji narodowej przekazała szkołom opracowanie pn. „Profilaktyka używania nowych narkotyków tzw. dopalaczy przez młodzież”. Oferta działań profilaktycznych adresowanych do dyrektorów szkół, kadry pedagogicznej, rodziców i uczniów została przygotowana przez kilka instytucji m.in. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Główny Inspektorat Sanitarny. Oferta była szeroko wykorzystana przez placówki oświatowe.

Wnioski NIK adresowane do dyrektorów szkół były następujące:

- formułowanie w SPP celów i zadań w sposób pozwalający na dokonanie oceny stopnia ich realizacji,
- realizacja wszystkich zaplanowanych w SPP działań,
- dokonywanie ewaluacji podejmowanych działań profilaktycznych pod kątem ich skuteczności i adekwatności,
- wykorzystywanie przy tworzeniu SPP ofert programów profilaktycznych, których skuteczność została obiektywnie potwierdzona,
- uwzględnienie profilaktyki uzależnień w planach doskonalenia zawodowego nauczycieli.

Wnioski NIK adresowane do minister edukacji narodowej i dyrektora ORE:

- kontynuowanie działań zmierzających do wdrożenia i upowszechnienia w gimnazjach programów profilaktyki uniwersalnej opartych na naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności.

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Przedmiotem kontroli NIK była także działalność Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii m.in. w zakresie programowania oraz wdrażania działań dotyczących zapobiegania narkomanii, koordynowania, monitorowania i sprawozdawania z ich realizacji, a także wdrażania objętych kontrolą zadań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii (KPPN) i przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Izba pozytywnie oceniła działania Krajowego Biura, szczególnie w zakresie koordynowania realizacji Krajowych Programów Przeciwdziałania Narkomanii, współpracy z organami administracji publicznej i organizacjami pozarządowymi oraz wdrażania działań wynikających z obu KPPN (...). NIK uważnie analizowała tryb prac nad przygotowaniem Krajowych Programów Przeciwdziałania Narkomanii oraz ich strukturę. W wyniku przeprowadzonej kontroli stwierdzono, że sposób opracowywania KPPN nie budzi zastrzeżeń. Kolejne rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie KPPN zostały przygotowane z zachowaniem obowiązujących zasad współpracy z innymi podmiotami oraz w odpowiednich terminach. Równocześnie NIK zwróciła uwagę na kilka istotnych, szczegółowych kwestii dotyczących samej koncepcji KPPN.

Problem ze wskaźnikami realizacji KPPN

W opinii Izby sposób sformułowania wskaźników realizacji KPPN budzi wątpliwości. Główne zastrzeżenie dotyczyło braku sformułowania ich wartości docelowych, co uniemożliwiło dokonanie pełnej oceny, czy cele KPPN zostały osiągnięte. Zdaniem Izby każdemu celowi w KPPN powinien być przypisany określony, mierzalny wskaźnik. I tak, jeśli jednym z celów KPPN było *zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki*, to należało przyjąć i zapisać w KPPN konkretną wartość dla zahamowania tego tempa, np. o 25%.

Tymczasem w obowiązujących Krajowych Programach porzeczano na sformułowaniu celu i wskazano źródło wskaźników, którym miały być kolejne badania ESPAD i populacji generalnej, nie wskazując jednak dokładnie, jaki poziom zahamowania będzie uznany za satysfakcjonujący po zakończeniu realizacji KPPN.

Niewłaściwy sposób sformułowania wskaźników realizacji KPPN wyrażał się także w ich nadmiernej liczbie, co z kolei powodowało, zdaniem Izby, czasochłonność monitorowania realizacji KPPN dla wszystkich zaangażowanych w ten proces podmiotów.

Szacowanie wydatków KPPN

Istotna uwaga NIK dotyczyła procesu sprawozdawania kwot wydatkowanych na realizację KPPN. Izba zwróciła uwagę, że sposób ich estymacji skutkuje *brakiem wiarygodności danych i ich porównywalności na przestrzeni lat*. Tym samym dane te nie mogły posłużyć żadnym pogłębionym

analizom czy informacji co do rzeczywistych nakładów ponoszonych na przeciwdziałanie narkomanii.

NIK dostrzegła i pozytywnie oceniła wysiłki Krajowego Biura podejmowane na rzecz ujednolicenia tej metodologii. Jednakże z uwagi na brak zainteresowania innych podmiotów wdrożeniem zaproponowanej metodologii, sposób zbierania danych na temat wydatków pozostał niezmieniony przez cały okres obowiązywania KPPN na lata 2006–2010 i pierwszy rok obowiązywania KPPN na lata 2011–2016. Wstrzemięźliwość innych resortów w stosowaniu metodologii opracowanej przez KBPN wynikała z faktu, że zaproponowany sposób zbierania i ewidencjonowania wydatków na KPPN był dość skomplikowany i czasochłonny.

Pozytywne aspekty oceny

Przedmiotem kontroli NIK w Krajowym Biurze była także terminowość przygotowywanych sprawozdań z realizacji KPPN. W tym zakresie stwierdzono, że Krajowe Biuro wywiązywało się ze swoich obowiązków w sposób rzetelny i terminowy.

Izba kontrolowała także zgodność organizowanych przez Krajowe Biuro otwartych konkursów ofert z przepisami ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, nie stwierdzając w tym względzie żadnych uchybień. Uznanie NIK uzyskało zaangażowanie Krajowego Biura na rzecz wdrażania do praktyki metod o udokumentowanej w badaniach naukowych skuteczności, adekwatnych do zidentyfikowanych potrzeb. Wśród programów, których wdrażanie zostało zainicjowane przez Krajowe Biuro, należy wymienić program profilaktyki uniwersalnej adresowany do młodzieży gimnazjalnej „Unplugged”, program profilaktyki selektywnej „Fred goes net” oraz program „Candis”, którego odbiorcami są osoby problemowo używające przetworów konopi.

Podsumowując, NIK stwierdziła, że *Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii z należytą starannością i zaangażowaniem, pomimo ograniczonych zasobów kadrowych, realizowała zadania z zakresu koordynacji i wdrażania działań wynikających z KPPN*.

Stwierdzone uchybienia czy nieprawidłowości w zakresie merytorycznej realizacji KPPN nie miały wpływu na końcową pozytywną ocenę w tym zakresie.

Zalecenia NIK dla Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii dotyczyły m.in:

- rzetelnego i kompletnego sprawozdawania z realizacji KPPN, zapewniając odbiorcom pełną informację o podejmowanych działaniach,
- kontynuowania prac nad sformułowaniem jednolitej metodologii szacowania kosztów realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii w celu zapewnienia większej wiarygodności sprawozdawanych danych finansowych oraz ich porównywalności na przestrzeni lat.

Refleksje na temat ustaleń NIK

Z zadowoleniem należy odnotować fakt, że NIK zainteresowała się zagadnieniem szkolnej profilaktyki używania narkotyków przez młodzież. Kompleksowość przeprowadzonej kontroli, biorąc pod uwagę chociażby wybór instytucji, których działalność została poddana kontroli, wydaje się warta odnotowania. Izba zwróciła uwagę na kilka ważnych kwestii osłabiających skuteczność działań profilaktycznych prowadzonych przez szkoły. Przede wszystkim zwraca uwagę, że dyrektorzy większości szkół nie dostrzegali konieczności *większej dbałości o jakość działań profilaktycznych*, często uzasadniając, że w ich placówkach problem narkotyków nie występuje. Taki pogląd jest zaskakujący w kontekście wyników badań epidemiologicznych, które wskazują, że problem używania i eksperymentowania z narkotykami w Polsce ma tendencje wzrostowe. Przypomnijmy, że na podstawie ogólnopolskich badań ESPAD z 2011 roku do używania przetworów konopi w okresie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem przynawało się 20,0% uczniów w wieku 15–16 lat, w starszej grupie wiekowej – 17–18 lat, wskaźnik ten wyniósł 28,5%.

Wydaje się, że dopóki dyrektorzy szkół nie zmienią swoich opinii na temat zagrożeń związanych z używaniem narkotyków przez uczniów, dopóty profilaktyka narkomanii lub innych zachowań problemowych dzieci i młodzieży będzie spychana na margines oddziaływań wychowawczych i profilaktycznych szkoły. Izba jednoznacznie negatywnie oceniła także jakość działań profilaktycznych proponowanych przez szkoły. W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że w Polsce od wielu lat toczy się dyskusja na temat wdrażania programów o udokumentowanej skuteczności, które stawiają szkołom większe wymagania, ale zapewniają wysoką jakość działań profilaktycznych. Z doświadczeń Krajowego Biura wynika, że szkoły wykazują znikome zainteresowanie wdrażaniem programów o zweryfikowanej

w badaniach naukowych skuteczności. Na zaproszenie Krajowego Biura skierowane do dyrektorów warszawskich szkół gimnazjalnych dotyczące bezpłatnego przeszkolenia nauczycieli w zakresie wdrażania programu profilaktyki uniwersalnej „Unplugged”, odpowiedziały tylko jedna szkoła. Trzeba również stwierdzić, że urzędy gmin, które są płatnikami działań profilaktycznych, również nie zwracają należytej uwagi na jakość i skuteczność programów, które finansują. Właściwie ani samorządy, ani szkoły nie mają motywacji, aby korzystać z banku programów rekomendowanych. MEN do tej pory twierdziło, że nie może rekomendować programów, ponieważ decyzje w tej sprawie należą do dyrektorów szkół. Dyrektorzy szkół bardzo często decydowali się na akcje i działania o niskiej skuteczności (np. konkursy, festyny, spektakle profilaktyczne), a płatnik w postaci gminy, finansował te działania. Najkorzystniej na tym bałaganie wychodzili oferenci licznych „usług profilaktycznych”, które z profilaktyką opartą na dowodach miały niewiele wspólnego. Na zakończenie tego wątku rozważań warto dodać, że pomimo wszystkich uchybień stwierdzonych przez Izbę, system oświatowy dysponuje ogromnym potencjałem, który może być wykorzystany w służbie profilaktyki. Istnieje duża grupa nauczycieli przygotowanych do prowadzenia działań profilaktycznych oraz są określone ramy prawne, które mogą wspierać proces ich realizacji. System ten wymaga jednak korekt, aby uczynić go bardziej efektywnym. Kontrola przeprowadzona w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii zwróciła uwagę na kolejne ważne kwestie, wśród których na szczególną uwagę zasługują dwie. Pierwsza dotyczy wskaźników realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii. Należy zgodzić się z postulatem NIK, że wskaźniki powinny być wyrażone w sposób mierzalny i weryfikowalny. W odniesieniu do wskaźników realizacji poszczególnych działań KPPN postulat ten jest łatwy do spełnienia i powinien być uwzględniony w kolejnych Krajowych Programach. I tak np. jeśli działaniem ma być opublikowanie materiałów edukacyjnych adresowanych do szkół gimnazjalnych, to należy podać liczbę planowanych publikacji. Wówczas po zakończeniu okresu sprawozdawczego łatwo będzie stwierdzić, czy działanie zostało wykonane zgodnie z planem. Sprawa się jednak komplikuje, gdy mówimy o wskaźnikach realizacji celów KPPN. Na jakich przesłankach oprzeć się przy określaniu wskaźnika zahamowania tempa rozpowszechniania używania substancji psychoaktywnych

przez młodzież. Czy wskaźnik 25% jest wystarczający? I jakie znaleźć merytoryczne uzasadnienie dla 25-procentowego zahamowania tempa wzrostu popytu na narkotyki?

Kolejna ważna sprawa, na którą zwrócił uwagę NIK, to kwestia metodologii szacowania wydatków na realizację KPPN. I znowu trudno nie zgodzić się z postulatem Izby, iż sposób gromadzenia tego typu danych powinien być przejrzysty i wiarygodny. Jednakże wypracowanie takiej metodologii nie byłoby konieczne, gdyby państwo wprowadziło zasady budżetu zadaniowego, który zobowiązywałby wszystkie podmioty publiczne do właściwego księgowania wydatków nie tylko na przeciwdziałanie narkomanii, ale także na wiele innych programów społecznych. Zobowiązanie Krajowego Biura do opracowania takiej metodologii wydaje się mieć wymiar wyłącznie akademickiego ćwiczenia, które ma małe szanse na wdrożenie go do praktyki. Krajowe Biuro nie pełni bowiem żadnych

funkcji nadzorczych czy kontrolnych wobec innych resortów i jednostek samorządu terytorialnego i dlatego nie może być gwarantem wdrożenia opracowanej metodologii. Chcąc doprowadzić do rzeczywistej zmiany w sposobie sprawozdawania wydatków, NIK powinien wykorzystać pewniejsze mechanizmy wdrażania zmian niż dobra wola resortów.

Fragmety wyróżnione kursywą pochodzą z „Informacji o wynikach kontroli. Profilaktyka narkomanii w szkołach” opracowanej przez NIK (KPB-4101-01-00/2012, Nr ewid. 152/2013/P/12/094/KPB).

Przypisy

¹ 24 szkoły kształcenia ogólnego obejmowały – 8 szkół podstawowych, 8 gimnazjów, 8 szkół ponadgimnazjalnych.

² Baza programów rekomendowanych powstała z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z ORE, PARPA i Pracownią Pro-MiPiN. Obecnie w bazie znajduje się 9 programów. Więcej informacji na ten temat można znaleźć na stronie internetowej www.kbpn.gov.pl.

Studia nad uzależnieniami behawioralnymi należą w Polsce do rzadkości. Brakuje walidowanych w warunkach polskich testów przesiewowych, nie prowadzono badań na populacji generalnej, lecznictwo zdobywa pierwsze doświadczenia, wykorzystując w dużej mierze dorobek terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych. Prezentowane w tym artykule badania¹ trzeba traktować jako przedsięwzięcie eksploracyjne, pierwszy krok w kierunku budowania tradycji badawczej. Ich wyniki posłużą zapewne jako wyjściowy punkt odniesienia, swego rodzaju „benchmark” do kolejnych badań.

ROZPOWSZECHNIENIE I UWARUNKOWANIA UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH W POLSCE – CZĘŚĆ II

Celem zrealizowanych badań, oprócz oceny rozpowszechnienia problemów związanych z uzależnieniami behawioralnymi, było określenie ich uwarunkowań, komponentów społeczno-demograficznych oraz mechanizmów powstawania tych problemów, ich narastania, prób przezwyciężenia i doświadczeń z lecznictwem.

Sprostanie tym celom wymagało zastosowania tzw. mieszanych technik badawczych (*mixed methods*), w których badania ilościowe i jakościowe tworzą komplementarną całość. W ujęciu ilościowym przeprowadzono badania ankietowe na liczącej ponad

4 tys. respondentów reprezentatywnej próbie losowej mieszkańców Polski w wieku 15 lat i więcej. Badania jakościowe obejmowały zogniskowane wywiady grupowe, zwane grupami fokusowymi, oraz pogłębione wywiady indywidualne. Łącznie przeprowadzono czternaście zogniskowanych wywiadów grupowych z hazardzistami, dwa z młodymi osobami uzależnionymi od internetu i po cztery wywiady indywidualne z zakupoholikami i pracoaholikami. Co więcej, dokonano systematycznej obserwacji kilku miejsc oferujących gry hazardowe, w tym kasyn i salonów gier na automatach.

Badania ankietowe pozwoliły na oszacowanie odsetka osób zagrożonych uzależnieniami behawioralnymi w populacji ogólnopolskiej oraz umiejscowienia ich w strukturze społecznej. Uzyskaliśmy cenne dla polityki społecznej dane, na podstawie których można ocenić rozmiary zagrożenia różnymi uzależnieniami behawioralnymi, ich lokalizację w różnych segmentach społeczeństwa, podjąć decyzje co do rodzaju i wielkości potrzebnych środków zaradczych i ich alokacji.

Badania jakościowe dały możliwość lepszego zrozumienia mechanizmów wchodzenia w uzależnienie, czynników ryzyka i czynników chroniących, ocenę dostępności i wreszcie ocenę sposobów radzenia sobie z problemami, w tym rolę bliskich i leczenia. Badania jakościowe dały nieporównanie więcej materiału do sformułowania rekomendacji dla polityki społecznej i zdrowotnej.

Poniżej przedstawione zostaną wnioski z przeprowadzonych badań i rekomendacje w zakresie działań w obszarze czterech badanych uzależnień behawioralnych: hazardu, uzależnienia od internetu, zakupoholizmu i pracoholizmu. Omawiając każde z tych zagadnień osobno, trzeba pamiętać, że mechanizmy uzależnienia są podobne, zarówno na poziomie społeczno-kulturowym, jak i neurotransmisji. Co więcej, te badania potwierdziły również wyraźną tendencję do współchorobowości, występowania różnych uzależnień, w tym uzależnień od substancji i behawioralnych jednocześnie, a także do ich substytucji – zamieniania jednych drugimi.

Tym, co jeszcze łączy uzależnienia behawioralne, zwłaszcza hazard, zakupoholizm i uzależnienie od sieci, jest ich negatywna percepcja społeczna. W świadomości społecznej funkcjonują one nie jako choroba, poważne uszkodzenie zdrowia, a jako fanaberia, „głupota”, skaza moralna, w najlepszym razie przypadłość, której ofiara jest sama sobie winna. Źródeł uzależnień behawioralnych upatruje się zatem w jednostce, w jej słabościach, a nie w uwarunkowaniach strukturalnych, dostępności czy też często w promocji dóbr i usług tworzących przestrzeń do zachowań kompulsywnych, które mogą prowadzić do uzależnienia.

Mimo pozornej nieuchronności uzależnień behawioralnych, władze publiczne mają do dyspozycji wiele strategii, które mogą zmniejszać zakres tych zjawisk i problemów z nimi związanych, w tym ograniczanie dostępności, informacja i edukacja, leczenie i ograniczanie szkód.

Ograniczanie dostępności to strategia najbardziej obiecująca, jednocześnie zaś najtrudniejsza do wprowadzenia w gospodarce rynkowej, nie tylko ze względu na potężne grupy interesów, ale także kierunki rozwoju rynku stwarzającego jednostkom tyle nowych szans co nowych zagrożeń, w tym zagrożeń dla zdrowia publicznego.

Informacja o tych zagrożeniach, edukacja publiczna łamiąca monopol reklamy, przełamywanie stereotypów czy też umożliwianie obywatelowi dokonywanie racjonalnego wyboru jest obowiązkiem władz publicznych. Trzeba jednak pamiętać, że kampanie edukacyjne nie wpływają na zmianę zachowań. Mogą natomiast zjednywać społeczne poparcie dla strategii o uznanej skuteczności, w tym ograniczania dostępności, i zachęcać do szukania pomocy.

Leczenie uzależnień może być skuteczne. Jest to jednak strategia kosztowna, wymagająca ogromnych nakładów. Należy preferować metody leczenia o potwierdzonej naukowo skuteczności i optymalnych kosztach, w tym krótkie interwencje.

Hazard

Jak wynika z badań ankietowych, blisko jedna czwarta mieszkańców Polski w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie grała na pieniądze. Zdecydowana ich większość grała w gry liczbowe, zdraпки, loterie, konkursy. Tylko nieliczni spośród nich grali na automatach (1%), zawierali zakłady bukmacherskie (0,8%), byli w kasynie (0,4%).

Istotnie statystycznie różnice między graczami i niegraczami ze względu na płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania i status ekonomiczny w większości przypadków nie przekraczają kilku punktów procentowych. Można powiedzieć, że grający pojawiają się na wszystkich poziomach struktury społecznej i we wszystkich kategoriach demograficznych.

Ryzyko uzależnienia jest relatywnie niewysokie. Wśród ogółu grających w ciągu ostatniego roku około 1% ma poważny problem z hazardem, a w przypadku mniej niż 4% możemy mówić o umiarkowanym poziomie ryzyka uzależnienia. Niemniej oznacza to, że blisko 300 tys. Polaków dotyczy umiarkowany poziom ryzyka uzależnienia, a około 75 tys. ma poważny problem z hazardem². Liczby te będą rosły wraz ze zwiększaniem się liczby grających.

Dostępność automatów do gry i kasyn jest istotnym czynnikiem ryzyka. Kilku uczestników grup fokusowych przyznało, że zainstalowanie automatów do gry w ich sklepie lub lokalu spowodowało, że gra szybko ich wciągnęła, a potem doprowadziła do uzależnienia. Podobnie bywalcy kasyn podkreślają, że długie godziny otwarcia dają możliwość grania o dowolnej porze, w każdej wolnej chwili. Lokale otwarte 24 godziny na dobę stwarzają warunki do gry przez kilka dni z rzędu, aż do kompletnego wycieńczenia, a często „spłukania się do ostatniego grosza”. Alkohol dostępny w miejscach gry lub możliwość przynoszenia własnego alkoholu do salonów gier zwiększa skłonność do ryzyka, podejmowania lekkomyślnych decyzji.

Obserwacja miejsc gry, kasyn i salonów gier prowadzi do wniosku, że rejestracja graczy w kasynach na podstawie dowodu osobistego lub sprawdzanie dokumentu tożsamości zapobiega agresji, powoduje, że gracze zachowują się powściągliwie, prawie nie ma awantur. Możliwość uzyskania pożyczki u działających na miejscu lichwiarzy lub pobrania gotówki z bankomatu zwiększa też ryzyko przegrania dużych sum. Co więcej, zapożyczanie się u lichwiarzy grozi poważnymi konsekwencjami, w tym zatargami ze światem przestępczym.

Doświadczenia lecznicze uczestników grup fokusowych sugerują, że w lecznictwie ciągle stosuje się metody konfrontacyjne, kładzie się nacisk na uświadamianie pacjentowi powagi szkód i problemów, jakie wiążą się z grą. Metody konfrontacyjne od dawna uznawane są w leczeniu uzależnień i w psychiatrii za nieskuteczne, zniechęcające do leczenia, mające negatywny wpływ na stosunki terapeuty–pacjent. W wypowiedziach pacjentów nie widać nawet śladów stosowania nowoczesnych form leczenia: dialogu motywującego czy zarządzania nagrodami (*contingency management*).

Rekomendacje

Ograniczanie dostępności:

- zmniejszyć liczbę punktów, w których można grać, zwłaszcza na automatach,
- ograniczyć niepełnoletnim dostęp do gier, w tym również do gier hazardowych nie na pieniądze (np. monopol, automaty zręcznościowe),
- wprowadzić zakaz sprzedaży alkoholu w punktach gier, kasynach itp.,

- ograniczyć godziny otwarcia,
- wprowadzić limity wielkości przegranej/wygranej,
- uniemożliwić pożyczki na dalszą grę, w tym dostęp do bankomatów i lichwiarzy „na miejscu”.

Ograniczenia indywidualne:

- rejestrowanie graczy na podstawie dowodu osobistego,
- zakaz dalszej gry graczom „spłukany” (analogicznie do zakazu podawania alkoholu nietrzeźwym).

Informacje:

- zapewnienie informacji o zagrożeniach związanych z grami hazardowymi.

Leczenie:

- zapewnienie dostępu do leczenia, w tym leczenia współchorobowości (równoczesne uzależnienie od hazardu, alkoholu, narkotyków),
- zaniechanie technik konfrontacyjnych na rzecz terapii motywacyjnej,
- zapewnienie terapii rodzin,
- poparcie dla ruchów samopomocowych.

Ograniczanie szkód:

- *cassino out-reach* (odpowiednio przeszkoleni pracownicy–terapeuci działający w miejscach gier, kasynach itp.),
- zapewnienie możliwości odwiezienia „spłukanych” graczy do miejsca zamieszkania.

Uzależnienie od internetu

Z raportu z badań ankietowych wynika, że około 60% mieszkańców Polski korzysta z internetu, spośród których zaledwie 0,3% to uzależnieni od internetu, a 2,5% – zagrożeni uzależnieniem. Oznacza to ponad 60 tys. osób uzależnionych i pół miliona zagrożonych. Problem ten dotyczy głównie ludzi młodych do 34. roku życia. Stanowią oni blisko 90% wszystkich zidentyfikowanych w próbie osób zagrożonych, przy czym zdecydowana większość to dzieci i młodzież w wieku poniżej 25 lat. Wśród nastolatków co dziesiąty należy do grupy zagrożonych lub uzależnionych. Spędzają oni w sieci średnio ponad trzy godziny dziennie, jednak jest

wśród nich duża grupa użytkowników spędzających większość swego czasu w internecie.

Rekomendacje

Ograniczanie dostępności

Strategia ograniczania dostępności skuteczna w odniesieniu do problemów związanych z nadużywaniem substancji, tutaj nie będzie przydatna. Dostęp do internetu jest coraz bardziej warunkiem *sine qua non* funkcjonowania we współczesnym świecie. Zakładanie specjalnych ograniczników czasu korzystania z internetu jest łatwe do obejścia.

Informacje

Szkoła, oprócz technicznej umiejętności korzystania z internetu, powinna uczyć racjonalnego z niego korzystania. Należy opracować odpowiednie szkolenia dla nauczycieli, którzy byliby w stanie w sposób atrakcyjny przekazać zasady racjonalnego używania internetu. Odpowiednie kursy adresowane do starszych użytkowników powinny być również dostępne w sieci. Warto rozważyć, czy edukacja rówieśnicza (*peer education*) nie byłaby skutecznym rozwiązaniem, ponieważ problem ma charakter zdecydowanie pokoleniowy.

Alternatywy

Szkoła, władze lokalne i rodzice powinni zapewnić atrakcyjną, konkurencyjną dla internetu ofertę spędzania wolnego czasu.

Leczenie

Leczenie i/lub pomoc w przezwyciężaniu zagrożeń związanych z internetem powinni w pierwszej kolejności podejmować pedagodzy i psycholodzy szkolni. Należy im zapewnić odpowiednie przeszkolenie.

Uzależnienie od zakupów

Według wyników badań ilościowych symptomy uzależnienia od zakupów wykazało około 3,5% badanych, co przekłada się szacunkowo na ponad milion ludzi w badanej populacji. Większość z nich stanowią kobiety, wyraźnie nadreprezentowane są osoby z wyższym wykształceniem, z grup o najwyższych dochodach. Podobnie jak w przypadku problemów z siecią, zakupoholizm dominuje wśród nastolatków i młodych dorosłych, na których zachowania zakupowe ma wpływ

przede wszystkim presja marketingu, w tym ekspansja reklamy, promocji i stałych wyprzedaży.

Trudności z rekrutacją do badań jakościowych zakupoholików, których poszukiwano w placówkach leczenia uzależnień, sugerują, że w Polsce problemy z uzależnieniem od zakupów nie są jeszcze w pełni zdefiniowane w kategoriach uzależnień, nie nastąpiła ich medykalizacja. Zaskakujące jest, że nie udało się dotrzeć do ludzi młodych, zwłaszcza młodych kobiet, wśród których co piętnasta zdradza symptomy zakupoholizmu.

Rekomendacje

Ograniczanie dostępności

Strategia zmniejszania dostępności uznawana za skuteczną w odniesieniu do zapobiegania uzależnieniom od substancji ma – w warunkach współczesnej gospodarki rynkowej – ograniczone możliwości. Wymagałaby głębokiej debaty nad rolą reklamy, ograniczenia jej treści do obiektywnej, porównywalnej informacji o produkcie, wprowadzenia zakazu odwoływania się w reklamie do takich wartości, jak: sukces osobisty, seks, pożądane style życia, wykluczenie tzw. ekspozycji niedobrowolnej (*involuntary exposure*), tzn. billboardów, reklam w mediach elektronicznych itp. Ograniczenie dostępności, wprowadzenie stałych cen, ograniczenie wyprzedaży stanowiłyby wyzwanie – spotkałyby się z ogromnym oporem przemysłu, handlu i mediów, które swoje funkcjonowanie budują głównie na reklamie.

Informacje:

- potrzebne są odpowiednie programy edukacyjne, zwłaszcza dla dzieci i młodzieży, uczenie racjonalnych zakupów, gospodarowania kieszonkowym, umiejętności właściwej interpretacji reklam, dystansu do przekazywanych przez nie treści,
- poparcie ruchów społecznych kontestujących reklamę,
- zapewnienie informacji o zagrożeniach związanych z zakupoholizmem.

Leczenie:

- zapewnienie dostępu do leczenia, w tym leczenia współchorobowości,
- zaniechanie technik konfrontacyjnych na rzecz terapii motywacyjnej,
- zapewnienie terapii rodzin,
- poparcie dla ruchów samopomocowych.

Pracoholizm

Wyniki badań ilościowych nad pracoholizmem są dobrym przykładem tego, że stosowanie testów przesiewowych w badaniach populacyjnych może prowadzić do przeszacowania rozmiarów zjawiska. Zwłaszcza wtedy, kiedy symptomami uzależnienia są w dużej mierze zachowania powszechnie aprobowane i dopiero ich wystąpienie z dużym natężeniem, w pewnym syndromie, może wskazywać na rzeczywisty problem. Według przeprowadzonych badań ankietowych około 10% Polaków ma rzeczywisty problem z uzależnieniem od pracy. Oprócz nastolatków i osób w wieku emerytalnym, symptomy pracoholizmu pojawiają się z podobną częstością we wszystkich kategoriach badanych w wieku produkcyjnym.

Pracowitość jako wartość nie jest wynalazkiem kultury współczesnej. Zdobyła ona wysoką pozycję w kulturze protestanckiej, stanowiła fundament moralny etosu mieszczańskiego. Jednak, jak wynika z wywiadów jakościowych, pracoholizm jest produktem współczesnej kultury korporacyjnej (a szerzej – współczesnego rynku pracy), wymuszającej pracowitość i zaangażowanie przede wszystkim poprzez utrzymywanie stanu permanentnej niepewności zatrudnienia, statusu materialnego, zabezpieczenia dzieci. Oprócz poczucia niepewności kultura korporacyjna oferuje szeroki wachlarz nagród: od redukcji tej niepewności, poprzez wysokie gratyfikacje finansowe, możliwości awansu w hierarchii służbowej i prestiżowej. O roli współczesnego, pełnego niepewności rynku pracy w powstawaniu pracoholizmu świadczy fakt, że odsetki respondentów mających rzeczywisty problem z uzależnieniem od pracy są porównywalne we wszystkich grupach zawodowych, w tym wśród kadry kierowniczej. Wyraźnie wyższe odsetki takich osób są wśród pracujących na własny rachunek, którzy mogą mieć szczególnie silne poczucie niepewności.

Wywiady z osobami dotkniętymi pracoholizmem wskazują wyraźnie, że kultura korporacyjna stawia wymagania, które mogą prowadzić do tego uzależnienia. Ludzie, zwłaszcza młodzi, o wysokiej motywacji do pracy, otrzymują zadania, które wymagają od nich ogromnego zaangażowania, pracy poza ustalonymi godzinami, pełnej dyspozycyjności, ciągłego myślenia o pracy i czekających ich wyzwaniach. Osiągnięcia w pracy są wysoko nagradzane, natomiast porażki grożą redukcją albo, w najlepszym razie, utratą prestiżu. Sukcesy osiągane kosztem permanentnego stresu uruchamiają mechanizm uzależnienia. Praca staje się

celem samym w sobie, podnosi adrenalinę, daje poczucie sprawstwa, władzy. Pracoholik kontynuuje swój styl pracy mimo szkód zdrowotnych, problemów rodzinnych, groźby utraty partnera. Brak nowych wyzwań jest dla niego bolesny, pojawiają się symptomy zespołu odstawienia, stany psychotyczne, lęki.

Rekomendacje

Ograniczanie ryzyka pracoholizmu w miejscu pracy:

- analiza organizacji pracy (i szerzej – kultury korporacyjnej) pod kątem ryzyka pracoholizmu w każdym zakładzie pracy, korporacji,
- opracowanie zakładowych (korporacyjnych) programów zapobiegania pracoholizmowi, w tym przestrzeganie godzin pracy, zakaz wymagania pracy w weekendy, podczas urlopów, zwolnień lekarskich,
- zapobieganie spiętrzeniom w pracy poprzez kroczący system odbioru zadań cząstkowych.

Informacje:

Zapewnienie informacji o zagrożeniach związanych z pracoholizmem:

- w mediach,
- w miejscu pracy,
- w szkole.

Leczenie:

- włączenie leczenia pracoholizmu do zakładowych (korporacyjnych) programów pomocy pracownikom (*Employee Assistance Programme*),
- zapewnienie dostępu do leczenia, w tym leczenia współchorobowości (równoczesne uzależnienie od pracy, alkoholu, narkotyków).

Ograniczanie szkód:

- zapewnienie dłuższych urlopów na stanowiskach zagrożonych pracoholizmem,
- przyznawanie krótkich urlopów wypoczynkowych po zakończeniu zadania.

Przypisy

¹ „Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych”. Opracował zespół w składzie: Barbara Badora, Magdalena Gwiazda, Marcin Herrmann, Jolanta Kalka, Jacek Moskaiewicz. Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2012.

² W tym artykule doprecyzowano niektóre oszacowania rozpowszechnienia uzależnień behawioralnych w populacji w wieku 15 lat i więcej wg wyników ostatniego spisu powszechnego.

40 warszawskich klubów przystąpiło do akcji społecznej „Miasto wciąga”. W toaletach tych klubów można znaleźć imitacje narkotyków. Jest to pierwsza odsłona akcji społecznej Fundacji Inspiratornia.

MIASTO WCIĄGA

Agnieszka Sieniawska

Koordynator działań prawnych

Polska Sieć Polityki Narkotykowej

„Miasto wciąga” to akcja społeczna realizowana w klubach, a konkretnie w... toaletach. Jest to nietypowa i pierwsza taka akcja w Polsce, która polega na umieszczaniu wlepek imitujących różne rodzaje narkotyków (np. marihuanę, amfetaminę, ecstasy) na ścianach, podłogach i na umywalkach. Wlepki są tej samej wielkości co prawdziwe narkotyki. Mają one na celu skupienie uwagi adresata na tekście na nich zawartym. Obok imitacji narkotyku, na wlepcie znajduje się adres e-mail, na który każdy może anonimowo napisać, aby zasięgnąć porady profilaktycznej lub prawnej związanej z używaniem narkotyków¹.

Czemu wlepki i czemu w klubach? Z badań Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych wynika, że największą grupą osób używających narkotyków są osoby młode, o wykształceniu średnim i wyższym, mieszkające właśnie w dużych miastach, a miejscem, gdzie często odbywa się przyjmowanie narkotyków są kluby nocne, w których spędzają one czas wolny lub bawią się w weekend.

Młodzi ludzie, którzy eksperymentują z narkotykami, niejednokrotnie nie zdają sobie sprawy z konsekwencji takiego zachowania. Nie mają świadomości, że przy tak restrykcyjnym prawie, jakie mamy (art. 62.1 ustawy

o przeciwdziałaniu narkomanii: Kto, wbrew przepisom ustawy, posiada środki odurzające lub substancje psychotropowe, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3), typowy przestępca narkotykowy to nie diler (bo jego trudniej złapać), ale właśnie uczestnik zabawy, student, mężczyzna w wieku 19-27 lat, złapany z małą ilością marihuany w weekend wieczorem, w parku lub pod klubem muzycznym.

Według danych Ministerstwa Sprawiedliwości, za posiadanie niewielkiej ilości substancji psychoaktywnych na własny użytek karę więzienia w zawieszeniu orzeka się wobec 9 tys. osób rocznie, a wyroki bezwzględnego pozbawienia wolności wobec 500 osób. Tymczasem w wielu państwach europejskich, które kładą nacisk przede wszystkim na działania profilaktyczne, edukacyjne i terapeutyczne – dopuszczono możliwość niekarania za posiadanie małych ilości na własny użytek, przesuwając w ten sposób problem uzależnienia od narkotyków z prawa karnego na obszar zdrowia publicznego. Polska nadal jest niechlubnym przykładem prawa, które nie tylko łamie życiorysy, ale i wymusza ukrywanie przez wielu ludzi problemu, jaki mają z narkotykami. Narkotyki to w naszym społeczeństwie temat zmitologizowany, wokół którego narosło sporo stereotypów i który łączy się z dużym



Naklejki „Nie daj się zakodować” i „Nie wkreśl się” oraz ich umieszczenie na umywalce w jednym z klubów.

poziomem lęku. Ludzie boją się i wstydzą mówić, że „biorą” albo, że są uzależnieni. Nie szukają pomocy, ponieważ boją się konsekwencji ujawnienia prawdy. Te kluby, które zechciały przystąpić do akcji, wiedzą, że nie ma sensu udawać, że problemu nie ma. Chcą pomóc swoim klientom. Dzięki temu możemy być bliżej tych osób, które potrzebują pomocy lub po prostu porady. W ramach projektu „Miasto wciąga” udzielane były nie tylko nieodpłatne porady świadczone na rzecz osób, które mają problemy prawne z powodu posiadania małych ilości narkotyków, ale i porady profilaktyczne. Przez okres trwania akcji (luty–czerwiec 2013 roku) odbywały się dyżury prowadzone anonimowo on-line

i na miejscu, w klubach. Każdy zainteresowany nadal może napisać na adres miastowciaga@gmail.com. Akcja była realizowana z funduszy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, zaś partnerami, którzy przystąpili do niej, były m.in. kluby: Bazar, Huśtawka, Ferment, Czysta Ojczyzna, Jerozolima, Miasto, Remont, Black Sheep, Częstki Elementarne, Fajka, Pewex, Harenda, OSIR, Plan B, Powiększenie, Galeria, Lenistwo, Saturator, Znajomi Znajomych, Stereo, Chłodna 25, Makulatura czy Zakątek.

Przypisy

¹ Wlepki można zobaczyć na stronie akcji na Facebooku <https://www.facebook.com/pages/Miasto-Wci%C4%85ga/145862148906950>

W latach 2006–2007 pojawiły się pierwsze doniesienia na temat ostrych zatruc wśród młodzieży, spowodowanych pozamedycznym użyciem leków. W opinii toksykologów, lekarzy i terapeutów uzależnień zjawisko to może się nasilać. W odpowiedzi na ten problem w październiku 2013 roku ruszyła ogólnopolska kampania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii „Przyjmuje leki czy bierze? Leki bez recepty – do leczenia, nie do brania”.

OGÓLNOPOLSKA KAMPANIA „PRZYJMUJE LEKI CZY BIERZE? LEKI BEZ RECEPTY – DO LECZENIA, NIE DO BRANIA”

Anna Misiurek, Anna Poleganow
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Raporty i opracowania przygotowane na podstawie badań przeprowadzanych przez instytucje i placówki badawcze dostarczają informacji dotyczących m.in. zachowań zdrowotnych młodzieży. Dane na temat rozpowszechnienia przyjmowania poszczególnych substancji psychoaktywnych, w tym także leków w celach pozamedycznych, zbierane są w trakcie badań epidemiologicznych prowadzonych w ramach projektów międzynarodowych (np. Europejski Program Badań Ankietowych na temat Alkoholu i Narkotyków – ESPAD czy Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) i krajowych, realizowanych np. przez Instytut Psychiatrii i Neurologii (badania mokotowskie) czy Fundację CBOS (seria badań „Młodzież”). Ich celem jest przede wszystkim śledzenie trendów przyjmowania substancji psychoaktywnych, analiza wskaźników ich rozpowszechnienia oraz opis wybranych zachowań.

Z analizy dostępnych badań wynika, że stosowanie poszczególnych leków wśród młodzieży jest zjawiskiem dość powszechnym (por. Pisarska, 2007). Dane zebrane w ramach projektu ESPAD wskazują, iż w 2011 roku wśród uczniów trzecich klas gimnazjum 15,5% badanych deklaroowało użycie chociaż raz w życiu leków nasennych i uspokajających bez przepisu lekarza (Sierosławski, 2011). Z badań „Młodzież 2010” wynika natomiast, że prawie 5% uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych przyznało się do stosowania kiedykolwiek w życiu leków przeciwnowotworowych lub na przeziębienie przyjmowanych w celu odurzenia się (CBOS, 2011). W latach 2006–2007 pojawiły się pierwsze doniesienia o ostrych zatruciach wśród młodzieży, spowodowanych pozamedycznym użyciem leków. W opinii toksykologów, lekarzy oraz terapeutów uzależnień zjawisko to może się nasilać. Wiąże się z tym

kilka aspektów – leki bez recepty są łatwo dostępne, są stosunkowo tanie i można je kupić nie tylko w aptece, ale także w kiosku, supermarkecie czy na stacji benzynowej. Po drugie, dość często uważa się je za niegroźne substancje o niezbyt silnym działaniu – świadczy to poniekąd o niskiej wiedzy na temat stosowania tego typu lekarstw (Łukasik i in., 2009).

W celu pogłębienia wiedzy na temat ww. problemu, Krajowe Biuro zleciło przeprowadzenie badania jakościowego. Badanie, zrealizowane przez Millward Brown, zostało przeprowadzone na przełomie maja i czerwca 2013 roku i dotyczyło stosowania przez młodzież leków nasennych i uspokajających z grupy benzodiazepin oraz leków dostępnych bez recepty zawierających dekstrometorfan, pseudoefedrynę/efedrynę i kodeinę w celach pozamedycznych. Celem projektu był opis zjawiska używania przez młodzież tych substancji oraz wypracowanie rekomendacji zmierzających do jego przeciwdziałania.

Badanie podzielono na dwa etapy. W pierwszym przeprowadzony został panel ekspercki, w którym wzięli udział pracownicy administracji rządowej, centralnej, poradni i ośrodków terapeutycznych, pedagog oraz przedstawiciele organizacji pozarządowych¹. Celem panelu było zebranie pogłębionych informacji na temat analizowanego zjawiska oraz wskazówek dotyczących dalszej części badania. W trakcie dyskusji poruszano problem odurzania się przez młodzież narkotykami i zwrócono uwa-

gę na zjawisko nowych substancji psychoaktywnych. W drugim etapie projektu przeprowadzono badania jakościowe z następującymi grupami respondentów:

- farmaceutami – osoby ze średnim lub wyższym wykształceniem farmaceutycznym (technik lub magister farmacji), zatrudnione w aptekach w Warszawie, Katowicach i Opolu,
- rodzicami – osoby posiadające przynajmniej jedno dziecko w wieku 15-19 lat, zamieszkałe w Warszawie, Katowicach i Opolu,

- młodzieżą – osoby w wieku 15-19 lat, zamieszkałe w Warszawie, Katowicach i Opolu, które użyły leków do odurzenia się minimum dwa razy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, uczestniczące w programie profilaktycznym lub terapeutycznym.

Badanie zostało zrealizowane w Katowicach, Opolu i Warszawie. Z młodzieżą przeprowadzono pogłębione wywiady indywidualne, w Katowicach zrealizowano siedem wywiadów, w Warszawie sześć, w Opolu pięć. Z rodzicami i farmaceutami przeprowadzono zogniskowane wywiady grupowe (dziesięcioosobowe) według scenariusza, po jednym wywiadzie dla obydwu grup respondentów w każdym z trzech miast.

Wyniki

Na podstawie zebranego materiału badawczego można sformułować kilka wniosków. Po pierwsze, najmniejszą

Najmniejszą wiedzę na temat zjawiska odurzania się lekami dostępnymi bez recepty posiadają rodzice. Mają oni co prawda świadomość, że wśród substancji psychoaktywnych przyjmowanych w celu odurzania się znajdują się również leki ogólnodostępne, jednak większość badanych przyznała, iż nie potrafiłaby rozpoznać, czy ich dziecko jest pod wpływem jakiegoś środka oraz odpowiednio w takiej sytuacji zareagować.

wiedzę na temat zjawiska odurzania się lekami dostępnymi bez recepty posiadają rodzice. Mają oni co prawda świadomość, że wśród substancji psychoaktywnych przyjmowanych w celu odurzania się znajdują się również leki ogólnodostępne, jednak większość badanych przyznała, iż nie potrafiłaby rozpoznać, czy ich dziecko jest pod wpływem jakiegoś środka oraz odpowiednio w takiej sytuacji zareagować. Z badań wynika także, iż sięganiu po substancje psychoaktywne sprzyjają zaburzone relacje rodzinne. Brak kontroli i wsparcia ze strony rodziców, nieumiejętne orga-

nizowanie czasu dziecku mogą skłaniać nastolatków – zdaniem autorów raportu – do eksperymentów ze środkami odurzającymi.

W przeciwieństwie do rodziców, badana młodzież posiada dużą wiedzę na temat poszczególnych substancji psychoaktywnych. Informacje dotyczące działania leków czy ich szkodliwości czerpie głównie z internetu bądź od swoich rówieśników. Należy zaznaczyć, że z przeprowadzonych wywiadów wynika, iż młodzi niekiedy ignorują sygnały o szkodliwości stosowania farmaceutyków nie-

zgodnie z przeznaczeniem. Ponadto, zdaniem ekspertów oraz farmaceutów, popularność wykorzystywania leków w celach pozamedycznych wzrosła po fali medialnych doniesień na ten temat. Można zatem przypuszczać, że prezentowanie młodzieży informacji na temat zagrożeń związanych ze stosowaniem leków w celach pozamedycznych spowodowałoby – paradoksalnie – wzrost zainteresowania nastolatków tym tematem.

Z badań wynika również, że farmaceutom brakuje narzędzi, za pomocą których mogliby odmówić sprzedaży danego leku, gdyby mieli podejrzenie, iż byłby on wykorzystany w celach pozamedycznych. Jest to związane z dwoma czynnikami. Po pierwsze, obowiązujące przepisy prawne uniemożliwiają odmowę sprzedaży leku bez recepty każdemu pacjentowi powyżej 13. roku życia. Po drugie, ze względów ekonomicznych stwarzałyby to negatywne skutki dla właścicieli aptek. Ponadto farmaceuti zaznaczyli, iż nie ma sensu informowanie klientów o potencjalnie uzależniającym czy szkodliwym działaniu leków. Informacje takie powinny być przekazywane wyłącznie na życzenie klientów lub za pośrednictwem plakatów zawierających numery infolinii lub dane adresowe placówek udzielających pomocy osobom uzależnionym.

Reakcja

W odpowiedzi na narastający problem, jakim jest używanie przez nastolatków leków w celach pozamedycznych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zainauguowało kampanię „Przyjmuje leki czy bierze? Leki bez recepty – do leczenia, nie do brania”. Jej celem jest zwiększenie wiedzy rodziców i nauczycieli na temat ryzyka związanego ze zjawiskiem odurzania się lekami.

W ramach kampanii przygotowane zostały dwie publikacje, które dostępne są w wersji elektronicznej na stronie www.przyjmujelekicybierze.pl:

- poradnik **„O lekach, marihuanie, dopalaczach bez historii” skierowany do rodziców**. Publikacja ukierunkowana jest zarówno na zwiększenie wiedzy, jak również doskonalenie umiejętności wychowawczych. Porusza m.in. zagadnienia związane ze zjawiskiem odurzania się lekami, używania marihuany, „dopalaczy” oraz przeciwdziałania im poprzez nawiązywanie poprawnych relacji z dorastającym dzieckiem,

- **scenariusz spotkań z rodzicami „Szkoła i rodzice wobec zagrożeń substancjami psychoaktywnymi” skierowany do nauczycieli**. Stanowi on gotowe narzędzie dla nauczyciela do pracy profilaktycznej z rodzicami. Pokazuje, w jaki sposób nawiązywać współpracę z rodzicami, umożliwiającą zgodne działanie szkoły i domu, objaśnia również, w jaki sposób wzmocnić ochronę uczniów w okresie dojrzewania przed zagrożeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych.

Kampania prowadzona jest pod patronatem honorowym ministra zdrowia i ministra edukacji narodowej w partnerstwie takich instytucji, jak: Ośrodek Rozwoju Edukacji, Główny Inspektorat Farmaceutyczny, Główny Inspektorat Sanitarny oraz Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Do partnerstwa przystąpiły kuratoria oświaty i urzędy marszałkowskie, które w ramach swoich środków odpowiadać będą za dystrybucję materiałów kampanijnych na terenie swoich województw. Do współpracy zaproszono również organizacje pozarządowe, których zadaniem będzie prowadzenie zajęć edukacyjnych dla rodziców i nauczycieli na terenie kraju.

Bibliografia

- Centrum Badania Opinii Publicznej, „Młodzież 2010”. Opinie i diagnozy, nr 19, Warszawa 2011.
- Łukasik M.I., Witek A., Buczak A., „Stosowanie środków przeciwbólowych przez młodzież szkolną”, Wyd. UMCS, Lublin 2009.
- Millward Brown, „Zjawisko używania przez młodzież w celach pozamedycznych leków nasennych i uspokajających oraz leków dostępnych bez recepty zawierających dekskloetorfan, pseudoefedrynę/efedrynę oraz kodeinę”, Warszawa 2013.
- Pisarska A., „Stosowanie leków bez zalecenia lekarza oraz wybrane problemy związane ze zdrowiem warszawskich nastolatków”, IPIŃ, Warszawa 2007.
- Sierosławski J., „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011.

Przypisy

- ¹ W panelu eksperckim wzięli udział przedstawiciele następujących instytucji i organizacji: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Krajowy Konsultant ds. Toksykologii, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Główny Inspektorat Farmaceutyczny, Pomorskie Centrum Toksykologii Zakładu Toksykologii Klinicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Komenda Wojewódzka Policji w Katowicach, Poradnia Profilaktyki i Pomocy Rodzinie Polskiego Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii w Bydgoszczy, Poradnia Monar w Łodzi, Centralne Biuro Śledcze, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Ministerstwo Sprawiedliwości.

„Przyjmuje leki czy bierze?” Leki bez recepty - do leczenia, nie do brania”

Tak brzmi nazwa ogólnopolskiej kampanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Głównym celem kampanii jest zwiększenie wiedzy rodziców i nauczycieli na temat ryzyka używania leków dostępnych bez recepty przez dzieci i młodzież w celach pozamedycznych. Ponadto kampania ma za zadanie przeciwdziałanie negatywnym skutkom tego zjawiska, które pomimo niewielkiej jeszcze skali ma trend wzrostowy. Kampania jest skierowana do rodziców dzieci w wieku 15-19 lat oraz nauczycieli szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych.

O LEKACH, MARIHUANIE, DOPALACZACH BEZ HISTERII

Poradnik przeznaczony jest dla wszystkich rodziców. Dla tych, którzy już zetknęli się z używaniem przez dzieci narkotyków, a także dla tych, którzy chcą dowiedzieć się więcej, choć nie mają tego problemu.



SZKOŁA I RODZICE WOBEC ZAGROŻEŃ SUBSTANCJAMI PSYCHOAKTYWNYMI

Głównym celem programu jest nawiązanie przez nauczyciela-wychowawcę efektywnej współpracy, umożliwiającej zgodne działanie szkoły i domu, oraz wzmocnienie ochrony uczniów w okresie dojrzewania przed zagrożeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych.



HONOROWY PATRONAT



Ministerstwo
Zdrowia



MINISTER
EDUKACJI
NARODOWEJ

ORGANIZATOR



Krajowe Biuro do Spraw
Przeciwdziałania Narkomanii

PARTNERZY KAMPANII



OŚRODEK
ROZWOJU
EDUKACJI

Urzędy Marszałkowskie
Kuratoria Oświaty

więcej informacji na temat kampanii pod adresem www.przyjmujelekiczubierze.pl

II OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NA TEMAT PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

*Relacja
z konferencji
- strona 4.*



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Wydawca: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65, e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl, <http://www.kbpn.gov.pl>

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

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

Pismo bezpłatne