



Ministerstwo Zdrowia



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 3 (71) 2015

NR 3

2015

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

USTAWA O ZDROWIU PUBLICZNYM

Wywiad z minister Beatą Małecką-Liberą 1

Nowe trendy

MEDYCZNE UŻYWANIE KONOPI

Piotr Jabłoński..... 3

Współpraca międzynarodowa

MARIHUANA, STYMULANTY ORAZ „DOPALACZE” W POLSCE I W EUROPIE

Artur Malczewski 5

Prawo

DOZÓR ELEKTRONICZNY ZA POSIADANIE NARKOTYKÓW

Katarzyna Syroka-Marczewska..... 9

LEGALIZACJA CANNABIS W STANACH COLORADO I WASZYNGTON W USA ORAZ W URUGWAJU

Krzysztof Krajewski 13

POLITYKA NARKOTYKOWA W PORTUGALII I JEJ IMPLIKACJE DLA POLITYKI NARKOTYKOWEJ W POLSCE

Krzysztof Grabowski 18

Profilaktyka

DOPALACZE KRADNĄ ŻYCIE – KAMPANIA EDUKACYJNO-INFORMACYJNA MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I KOMENDY GŁÓWNEJ POLICJI

Filip Łobodziński 24

STANDARDY JAKOŚCI I „DOPALACZE” NA MIĘDZYNARODOWEJ KONFERENCJI W WARSZAWIE

..... 28

Leczenie, redukcja szkód

MINIMALNE STANDARDY UNII EUROPEJSKIEJ W REDUKCJI POPYTU NA NARKOTYKI

Agnese Zile-Weisberga, Artur Malczewski 30

Uzależnienia behawioralne

TELEPSYCHIATRIA W LECZENIU UZALEŻNIEŃ BEHAVIORALNYCH

Marek Krzystanek, Roman Wojnar..... 35

Badania, raporty

STOSOWANIE LEKÓW PRZEZ UCZNIÓW GIMNAZJALNYCH – WYNIKI BADAŃ MOKOTOWSKICH 2012

Agnieszka Pisarska 37

UZALEŻNIENIA OD ZACHOWAŃ – SOCJODEMOGRAFICZNE CZYNNIKI RYZYKA I ZWIĄZKI Z UZALEŻNIENIEM OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Jolanta Kalka 43

Recenzja

ZACHOWANIA RYZYKOWNE MŁODZIEŻY W PERSPEKTYWIE MECHANIZMÓW RESILIENCE

Sławomir Pietrzak 48

Akcje społeczne

DOPALACZE KRADNĄ ŻYCIE..... III okładka

Publikacje profilaktyczne

MATERIAŁY PROFILAKTYCZNE KBPN DOTYCZĄCE „DOPALACZY” IV okładka



USTAWA O ZDROWIU PUBLICZNYM

Z minister Beatą Małecką-Liberą, Pełnomocnikiem Rządu ds. Projektu Ustawy o Zdrowiu Publicznym, rozmawia Tomasz Kowalewicz.

– Trwają prace nad przyjęciem ustawy o zdrowiu publicznym. Czego ta ustawa ma dotyczyć?

– Ustawa o zdrowiu publicznym to oczekiwany od kilkunastu lat akt prawny, który wypełnia pustkę legislacyjną dotyczącą zdrowia publicznego w Polsce. Nowoczesna polityka zdrowotna państwa nie może skupiać się wyłącznie na interwencjach medycznych. Musi obejmować także działania prozdrowotne. Jest to nie tylko warunek zahamowania postępującego szybko wzrostu kosztów leczenia, ale przede wszystkim wymóg zachowania zdrowia obywateli i zapewnienia rozwoju społeczeństwa i państwa.

– Co zmienia ustawa w działaniach prozdrowotnych państwa?

– Ta ustawa to krok milowy w naszym systemie opieki zdrowotnej. Sam fakt, że jako Pełnomocnik Rządu ds. Projektu Ustawy o Zdrowiu Publicznym w Ministerstwie Zdrowia pracowałam nad tą ustawą, już wywołał debatę na temat istoty zdrowia publicznego, profilaktyki, edukacji zdrowotnej, konieczności dbania o siebie, a o taką debatę do tej pory w Polsce było bardzo trudno, bo zdrowie publiczne było niedostrzegane i nierozumiane, mało kto się nim interesował. Teraz zdrowie publiczne wreszcie istnieje w przestrzeni społeczno-medialnej. Już nie mówimy tylko o zawałach, o nowotworach i cukrzycy, a o zdrowym społeczeństwie. Zaczynamy dyskutować, w jaki sposób zapobiegać chorobom i do nich nie dopuszczać, a wyzwania mamy wiele – na przykład dynamiczne starzenie się naszego społeczeństwa czy plaga chorób cywilizacyjnych. Dotychczas zmagaliśmy się z chorobami zakaźnymi, ale z tym się uporaliśmy, właśnie poprzez profilaktykę i szczepienia; teraz natomiast mamy plagę chorób cywilizacyjnych, które bezpośrednio związane są ze stylem

życia, z tym, co jemy, czy jesteśmy aktywni fizycznie, czy palimy, czy oddychamy czystym powietrzem.

Te czynniki między innymi doprowadzają do wielu chorób, takich jak cukrzyca, nadciśnienie, udary. Pracujemy na te choroby całymi latami, właśnie złym stylem życia, a potem konieczna jest błyskawiczna interwencja medyczna, żeby człowieka zachować przy życiu, bo już niestety nie w zdrowiu!

– Jakie są zatem najważniejsze cele, które definiuje ustawa o zdrowiu publicznym?

– Ustawa określa katalog zadań, których realizacja ma na celu poprawę stanu zdrowia populacji naszego kraju:

- monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
- promocję zdrowia;
- profilaktykę chorób;
- działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego;
- rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
- obszar aktywności fizycznej.

– W rankingach Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia Polska zajmuje dalekie, 31 miejsce

wśród 37 sklasyfikowanych państw. Czy działania, które zostaną podjęte na gruncie ustawy o zdrowiu publicznym, zmienią tę sytuację?

– Polityka zdrowotna jest obecnie realizowana poprzez szereg programów Ministerstwa Zdrowia i programów zdrowotnych NFZ. Wiele innych ministerstw ma także swoje programy prozdrowotne. Samorządy również realizują zadania własne. W 2014 roku zrealizowały niemal trzy tysiące programów zdrowotnych, ukierunkowanych przede wszystkim na zapobieganie chorobom przewlekłym, poprawę stanu zdrowia dzieci i młodzieży oraz profilaktykę alkoholizmu. Ta złożoność i różnorodność podejmowanych działań, mających wpływać na poprawę zdrowia mieszkańców naszego kraju, wymaga lepszej koordynacji i wsparcia. Dlatego celem ustawy jest stworzenie warunków dla skoordynowanych działań umacniających zdrowie oraz zapobiegających zachorowaniom i przedwczesnym zgonom. Koordynacja jest istotą ustawy o zdrowiu publicznym. Bo mimo wielu wysiłków, w Polsce nadal występują dysproporcje w stanie zdrowia, które mają odzwierciedlenie chociażby w długości życia mieszkańców poszczególnych regionów. Różnice w długości życia pomiędzy regionami, miastami, a czasem dzielnicami miast są szokujące i sięgają kilkunastu lat. Jeśli do tego dodamy jakość życia wynikającą ze stanu zdrowia po nałożeniu czynników społeczno-ekonomicznych, obraz będzie jeszcze gorszy. Ta sytuacja nie jest wyjątkowa w Polsce – borykają się z nią wszystkie państwa rozwinięte, choć niektóre w mniejszym stopniu. Zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu jest jednym z zakładanych celów ustawy.

– Ustawa przewiduje powstanie Narodowego Programu Zdrowia. Jakie obszary obejmie ten program?

– Ustawa o zdrowiu publicznym, stanowiąc nową podstawę prawną dla Narodowego Programu Zdrowia (NPZ), jest także niewątpliwie nowym otwarciem dla tego dokumentu. Pragnę podkreślić, że NPZ i opisane w nim interwencje krajowe uwzględniają nie tylko polskie, ale też obserwowane w Europie i na świecie trendy epidemiologiczne i demograficzne, a także są zgodne z międzynarodowymi zaleceniami i zobowiązaniami dotyczącymi zdrowia. Wśród strategicznych dokumentów europejskich, z którymi Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020 jest zgodny, należy wskazać przede wszystkim dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia oraz strategię

Unii Europejskiej pt. „Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu”, uzupełnianą przez dokumenty wykonawcze.

NPZ, będąc podstawowym dokumentem polityki zdrowia publicznego, wyznacza cele i najważniejsze działania podejmowane na rzecz poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa. Celem strategicznym NPZ jest wydłużenie życia w zdrowiu naszego społeczeństwa i poprawa jakości życia, a także ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu. W celach operacyjnych NPZ (służących realizacji celu strategicznego) położyliśmy szczególny nacisk na przeciwdziałanie najważniejszym czynnikom ryzyka zdrowotnego determinującym zdrowie ludzi, a w katalogu zadań niezbędnych do realizacji tych celów wskazaliśmy inicjatywy zmierzające do poprawy stanu zdrowia i jakości życia zarówno całej populacji, jak i jej szczególnie zagrożonych grup.

Cele operacyjne dotyczą takich obszarów, jak poprawa sposobu żywienia i stanu odżywienia społeczeństwa, profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami, wspieranie zdrowia psychicznego, kształtowanie środowiska sprzyjającego zdrowiu oraz podejmowanie działań sprzyjających zdrowemu i aktywnemu starzeniu się.

– W jaki sposób będzie finansowana realizacja Narodowego Programu Zdrowia?

– Realizacja NPZ, jako rozporządzenia Rady Ministrów wydawanego na podstawie przepisów ustawy o zdrowiu publicznym, będzie finansowana ze środków będących w dyspozycji ministrów (w tym z państwowych funduszy celowych i środków europejskich), państwowych jednostek organizacyjnych, NFZ oraz jednostek samorządu terytorialnego.

W odniesieniu do ministra zdrowia będą to środki do tychczas przeznaczane na programy zdrowotne (około 800 mln), ale również nowe środki będące w dyspozycji ministrów – 140 mln złotych. Od 2017 roku NFZ na zdrowie publiczne, realizowane w postaci świadczeń profilaktycznych, będzie przeznaczał 1,5%, tj. około 1 mld złotych – bez uszczerbku dla finansowanych obecnie świadczeń opieki zdrowotnej.

Jednostki samorządu terytorialnego będą również uczestniczyć w realizacji programów zdrowotnych na własnym terenie.

– ***Jak wygląda kalendarz uchwalania ustawy i wprowadzania Narodowego Programu Zdrowia?***

– 11 września br. Sejm przegłosował ustawę większością głosów. Teraz zajmie się nią Senat, a następnie zostanie ona przedłożona do podpisu prezydentowi. Ustawa musi zostać uchwalona w tym roku. Planowany termin wejścia w życie przepisu delegującego obowiązek przyjęcia przez Radę Ministrów Narodowego Programu Zdrowia to 1 stycznia 2016 roku.

– ***Co ustawa o zdrowiu publicznym zmieni w obszarach przeciwdziałania narkomanii i przeciwdziałania alkoholizmowi?***

– Ustawa wzmocni przede wszystkim działania polegające na promocji zdrowia i profilaktyce. Przez połączenie wysił-

ków w jednej strategii zwiększy się możliwość efektywnego i skutecznego rozwiązywania problemów. Natomiast dotychczasowe kierunki działań związane z przeciwdziałaniem narkomanii czy też profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych będą oczywiście kontynuowane.

– ***Czy wprowadzenie ustawy zwiększy, czy zmniejszy fundusze na walkę z narkomanią i alkoholizmem?***

– Z pewnością dotychczasowe środki budżetowe przeznaczane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na działania zostaną uzupełnione i zwiększone o kwoty wynikające z wprowadzanej ustawy.

– ***Dziękuję za rozmowę.***

Ostatnie lata przynoszą rosnącą liczbę doniesień ze świata nauki i medycyny o skuteczności zastosowania przetworów konopi indyjskich w terapii niektórych jednostek chorobowych. Najbardziej przekonującymi klinicznie są pozytywne rezultaty stosowania kannabinoidów w niesieniu ulgi pacjentom cierpiącym z powodu wzmożonego napięcia mięśniowego, działań niepożądanych chemioterapii (np. nudności) czy pomoc w terapii osób chorych na AIDS.

MEDYCZNE UŻYWANIE KONOPI

Piotr Jabłoński

Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W ciągu ostatnich lat znacząca liczba krajów europejskich i pozaeuropejskich wprowadziła do swoich systemów legislacyjnych i rozwiązań programowych mechanizmy umożliwiające rozszerzenie stosowania kannabinoidów do celów medycznych, czyli tzw. medycznej marihuany. Pod pojęciem tym kryje się stosowanie różnego rodzaju typów i postaci preparatów medycznych zawierających głównie tetrahydrokannabinol (THC) i kannabidiol (CBD), jak również korzystanie z własnych, indywidualnych upraw konopi indyjskich.

Medyczne zastosowanie kannabinoidów było powszechnie znane i praktykowane od zamierzchłych wieków w kulturach wielu krajów. W XIX wieku w kulturze europejskiej i w USA przetwory konopi indyjskich stały się częstym składnikiem leków i preparatów, jednakże pod jego koniec zaczęły być wypierane przez nowe, syntetyczne farmaceutyki, takie jak aspiryna czy barbiturany. Ostatnie lata

przynoszą rosnącą liczbę doniesień ze świata nauki i medycyny o skuteczności zastosowania przetworów konopi indyjskich w terapii niektórych jednostek chorobowych. W grupie chorób somatycznych wskazuje się na skuteczność leczenia kannabinoidami pacjentów cierpiących z powodu bólu przewlekłego (związanego m.in. z chorobą nowotworową czy w opiece nad osobami w stanach terminalnych), astmy, jaskry czy stwardnienia rozsianego. Najbardziej przekonującymi klinicznie są pozytywne rezultaty stosowania kannabinoidów w niesieniu ulgi pacjentom cierpiącym z powodu wzmożonego napięcia mięśniowego, działań niepożądanych chemioterapii (np. nudności) czy pomoc w terapii osób chorych na AIDS. Coraz większe oczekiwania związane są z leczeniem problemów neurologicznych, a szczególnie padaczki lekoopornej. Swoje doświadczenia wnosi tu również strona polska za pośrednictwem dr. Jerzego Jarosza, stosującego kannabinoidy w działalno-

ści Fundacji Hospicjum Onkologicznego św. Krzysztofa czy dr. Marka Bachańskiego, który w Centrum Zdrowia Dziecka zajmował się leczeniem padaczki występującej u dzieci kannabinoidami. Działania te zostały szczególnie doceniane przez rodziców dzieci doświadczających czasami ponad 100 napadów epileptycznych w czasie doby, gdyż taka terapia pozwala na ograniczenie występowania napadów, w zależności od pacjenta, nawet o 50-90%.

Jednocześnie trzeba zauważyć, że świat medycyny artykułuje potrzebę ostrożności w dwóch kwestiach związanych z medyczną marihuaną: palenia, jako drogi wprowadzenia substancji do organizmu, oraz samodzielnego uprawiania krzewów marihuany i pozyskiwania w ten sposób materiału niegwarantującego kontroli jakości. Dodatkowo w celu podkreślenia i uwypuklenia medycznego zastosowania przetworów konopi indyjskich środowiska naukowe i medyczne coraz powszechniej posługują się terminami „medyczne używanie konopi/kannabinoidów” (*medical use of cannabis*) lub „medyczne konopie/kannabinoidy” (*medical cannabis*). Służy to m.in. zaznaczeniu różnicy pomiędzy stosowaniem tych substancji do celów terapeutycznych a tzw. używaniem rekreacyjnym marihuany. Coraz powszechniejsze stosowanie przetworów konopi w medycynie powoduje narastanie oczekiwań, głównie ze strony osób zainteresowanych ich klinicznymi właściwościami (osób chorych, ich rodzin i bliskich, lekarzy i terapeutów), co do upowszechniania terapii kannabinoidami i redukcji barier w ich dostępności. Wśród tych barier wymienia się restrykcje prawne, ograniczony dostęp do zarejestrowanych leków oraz ich wysoką cenę. Jednym ze sposobów zmniejszenia barier ekonomicznych jest podnoszony postulat uregulowania problemu upraw roślin zawierających THC i CBD, tj. danie prawa osobom chorym do samodzielnego uprawiania konopi w określonych ilościach i stosowania ich przetworów. Rozwiązania takie istnieją w wielu krajach i realizowane pod kontrolą nie nastroczają w opinii tych państw problemów w kontekście funkcjonowania polityki zdrowia publicznego oraz walki z narkotykami i narkomanią. Problematyka medycznego stosowania kannabinoidów jest również przedmiotem zainteresowania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która z jednej strony podkreśla szkody, jakie mogą wynikać z problemu nadużywania czy uzależnienia od marihuany lub haszyszu, z drugiej zaś potwierdza terapeutyczne działanie niektórych substancji wykazane w kilku kontrolowanych badaniach. WHO świadoma jest statusu prawnego kannabinoidów (nielegalności np. obrotu nimi, zgodnie z powszechnie ratyfikowaną przez kraje

całego świata Konwencją Narodów Zjednoczonych z 1961 roku), jednakże z medycznego punktu widzenia uznaje, że badania w tej dziedzinie powinny być kontynuowane.

Obecnie w Polsce wchodzimy w okres wzmożonej dyskusji nad stosowaniem kannabinoidów w celach medycznych. Istotnym elementem utrudniającym racjonalną analizę problemu są obawy, że pod szyldem „medyczna marihuana” może kryć się próba zaakceptowania tzw. używania rekreacyjnego konopi indyjskich. Warto w tym miejscu przywołać badania przeprowadzone w sześciu krajach, które dopuściły do uprawiania marihuany do celów medycznych (*Growing medicine: Small-scale cannabis cultivation for medical purposes in six different countries* w: „International Journal of Drug Policy”), które potwierdzają, iż zdecydowana większość uprawiających konopie medyczne (*the medical growers*) posiadała diagnozę lekarską i wielu z nich cierpiało na poważne lub medycznie uzasadnione dolegliwości. Wydaje się jednak, że na obecnym etapie powinniśmy w Polsce skupić się na *sensu stricte* medycznym zastosowaniu przetworów konopi indyjskich. Potrzeby lecznicze poważnie chorych osób i problemy ich rodzin powinny skłonić do przeprowadzenia wnikliwej analizy zasadności zniesienia barier dostępności leków o potencjalnej i dowiedzionej skuteczności. W dyskusję tę włączył się już Trybunał Konstytucyjny, który w zgodzie ze stwierdzeniem, że brak dostępu do leczenia bólu może być uznany za naruszenie standardów praw człowieka, zasygnalizował Sejmowi RP konieczność podjęcia działań zmierzających do uregulowania kwestii medycznego wykorzystania kannabinoidów, bez przesądzania o sposobie takiego uregulowania.

Zagadnienie tzw. rekreacyjnego używania konopi indyjskich wymaga stałej uwagi i adekwatnego reagowania ze strony instytucji państwa, mimo to ten trudny problem nie powinien stanowić przeszkody w rozdzieleniu problemu medycznego od całościowej polityki antynarkotykowej. Tak jak stwierdza WHO, również i my w Polsce musimy prowadzić dyskusję i badania nad medycznymi kannabinoidami, a przede wszystkim pochylić się nad potrzebami leczniczymi osób, dla których te substancje mogą stać się skutecznym, bezpiecznym i dostępnym lekiem, umożliwiającym poprawę stanu ich zdrowia i podniesienie jakości życia. Myślenie takie znajduje zrozumienie w wielu instytucjach i organizacjach w Polsce, a głosem wiodącym w tej dyskusji powinny być opinie i analizy świata nauki i medycyny.

Konopie indyjskie są najczęściej używanym narkotykiem w Europie. Według raportu EMCDDA około 19,3 mln dorosłych w wieku 15-64 lata zgłaszało ich użycie w ciągu ostatniego roku, z tego 14,6 mln stanowiły młode osoby dorosłe (w wieku od 15 do 34 lat). Szacuje się, że około 1% wszystkich dorosłych to osoby używające konopi indyjskich codziennie lub prawie codziennie.

MARIHUANA, STYMULANTY ORAZ „DOPALACZE” W POLSCE I W EUROPIE

Artur Malczewski

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

Każdego roku Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) publikuje raport na temat sytuacji narkotykowej w Europie. Tegoroczny raport został zaprezentowany na początku czerwca podczas międzynarodowej konferencji zorganizowanej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej¹. Artykuł przedstawia wybrane informacje z raportu, uzupełnione o dane dotyczące Polski oraz sytuację w zakresie „dopalaczy” w naszym kraju.

Marihuana najpopularniejszy narkotyk

Konopie indyjskie są najczęściej używanym narkotykiem w Europie. Według raportu EMCDDA około 19,3 mln dorosłych w wieku 15-64 lata zgłaszało ich użycie w ciągu ostatniego roku, z tego 14,6 mln stanowiły młode osoby dorosłe (w wieku od 15 do 34 lat). Szacuje się, że około 1% wszystkich dorosłych to osoby używające konopi indyjskich codziennie lub prawie codziennie. Według niektórych badań odnotowujemy malejące lub stabilne rozpowszechnienie używania konopi indyjskich w Niemczech, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii. Z kolei wzrost ich użycia obserwuje się w Bułgarii, Francji i czterech krajach skandynawskich (Danii, Finlandii, Szwecji i Norwegii). Łącznie najnowsze wyniki badań sondażowych wskazują na rozbieżne tendencje dotyczące używania konopi w ciągu ostatniego roku wśród młodych osób dorosłych. W Polsce ostatnie badania w populacji generalnej, zrealizowane na przełomie 2014/2015 roku wśród 15-64-latków przez Fundację CBOS, wskazują na zmniejszenie się używania marihuany i haszyszu w ciągu ostatniego roku prawie

o połowę – z 9,6% w 2010 roku do 4,6% w 2014 roku. Znaczne rozpowszechnienie tego narkotyku w Europie ma odzwierciedlenie w liczbie osób rozpoczynających leczenie z powodu narkotyków. Największa grupa wśród osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy wskazuje na konopie jako podstawowy narkotyk będący przyczyną problemu zarówno w Europie, jak i w Polsce. Ogólna liczba osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy ze względu na problemy z konopiami indyjskimi wzrosła w Europie z 45 tys. w 2006 roku do 61 tys. w 2013 roku. W Polsce, według danych dotyczących zgłaszalności do leczenia, co druga osoba, która rozpoczęła leczenie po raz pierwszy w 2013 roku, zrobiła to z powodu używania marihuany. Choć pacjenci rozpoczynający leczenie z powodu konopi najczęściej zgłaszają się z własnej inicjatywy (34%), to w raporcie EMCDDA wskazano, że mniej więcej jedną czwartą rozpoczynających leczenie stanowiły osoby skierowane do niego przez sądy. Dowody wskazują na skuteczność interwencji psychospołecznych w leczeniu problemów związanych z zażywaniem narkotyków i takie interwencje są szeroko stosowane w przypadku problemów związanych z konopiami. Chociaż jest to rzadkie, spożycie konopi indyjskich może spowodować konieczność nagłej interwencji medycznej, w szczególności w przypadku stosowania dużych dawek. W niedawnym badaniu, przeprowadzonym w placówkach udzielających pomocy w nagłych wypadkach, zidentyfikowano wzrost liczby takich przypadków związanych z konopiami (w latach 2008–2012) w 11 z 13 analizowanych krajów europejskich. Raport EMCDDA podkreśla ważną rolę, jaką konopie odgrywają w statystykach przestępczości narkotykowej – 80% liczby konfiskat dotyczy właśnie konopi, a ich używanie lub

posiadanie na własny użytek stanowi ponad 60% ogółu zgłoszonych przestępstw związanych z narkotykami w Europie. Raport EMCDDA odnotowuje, że liczba konfiskat marihuany przekroczyła w 2009 roku liczbę konfiskat haszyszu, a różnica między nimi stale się powiększa. W 2013 roku w Unii Europejskiej zgłoszono 671 tys. konfiskat konopi indyjskich, z czego 431 tys. dotyczyło marihuany, a 240 tys. haszyszu. O tej tendencji decyduje prawdopodobnie w dużej mierze coraz większa dostępność marihuany wytwarzanej w wielu krajach Europy w ramach produkcji krajowej, co przekłada się na rosnącą liczbę konfiskat roślin konopi. Ilość haszyszu konfiskowanego w Unii Europejskiej, w odróżnieniu od Polski, jest nadal znacznie większa od ilości marihuany (460 ton w stosunku do 130 ton). W Polsce w 2014 roku zabezpieczono 2720 kg marihuany (w 2013 roku 1243 kg) oraz prawie 99 kg haszyszu (w 2013 roku 208 kg). Według danych Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego Policji (CLKP) średnie stężenie THC w marihuanie w 2014 roku wynosiło 11%.

Narkotyki stymulujące

Raport EMCDDA podkreśla, że w Europie dostępnych jest bardzo wiele środków pobudzających, w tym kokaina, amfetamina, ecstasy i coraz większa liczba syntetycznych narkotyków skierowanych do podobnych grup konsumentów. Najpopularniejszym nielegalnym narkotykiem pobudzającym używanym w Europie jest nadal kokaina, chociaż większość jej użytkowników koncentruje się w niewielkiej liczbie zachodnich państw UE. Około 3,4 mln dorosłych w wieku od 15 do 64 lat używało kokainy w ciągu roku, przy czym 2,3 mln z tej liczby stanowią młode osoby dorosłe (15-34 lata). Tylko w kilku krajach zgłoszone rozpowszechnienie kokainy wśród młodych osób dorosłych w ubiegłym roku przekroczyło 3%. Według najnowszych danych można zaobserwować spadek użycia kokainy. Spośród krajów, które prowadzą badania od 2012 roku, osiem zgłosiło niższe oszacowania, a trzy wyższe niż w poprzednim porównywalnym sondażu.

Rozpowszechnienie amfetamin (czyli amfetaminy i metamfetaminy) pozostaje w Europie ogólnie niższe od kokainy – około 1,6 mln dorosłych używało ich w ciągu roku, przy czym 1,3 mln z tej liczby stanowią młode osoby dorosłe. W opublikowanym raporcie EMCDDA opisano nowe prawidłowości dotyczące użycia metam-

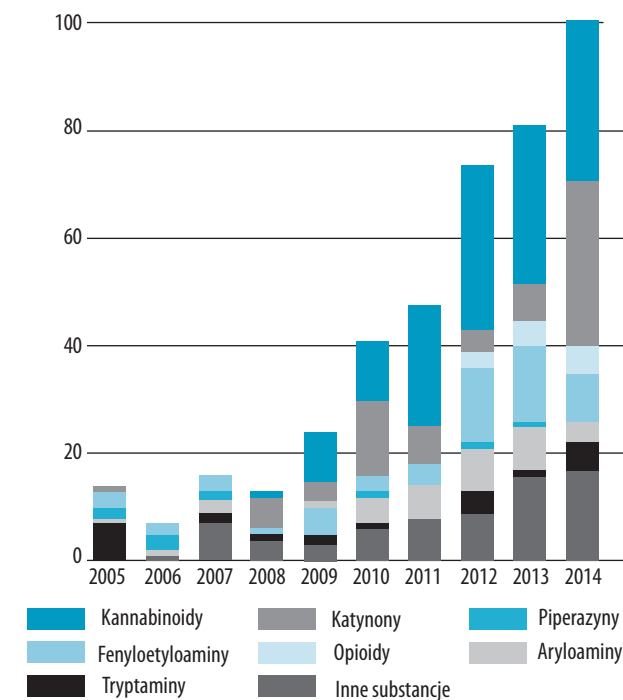
fetaminy. Na przykład w Republice Czeskiej w latach 2007–2013 zaobserwowano wyraźne zwiększenie liczby przypadków ryzykownego używania metamfetaminy, przyjmowanej głównie drogą iniekcji. W Republice Czeskiej szacowana liczba użytkowników tego środka wzrosła z około 21 tys. do ponad 34 tys. W pewnej liczbie krajów europejskich zgłasza się też przypadki przyjmowania metamfetaminy drogą iniekcji wraz z innymi substancjami pobudzającymi (np. syntetycznymi katynonami) w niewielkich grupach mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami. Zjawisko to, tzw. slamming, budzi niepokój ze względu na połączenie ryzykownych praktyk zarówno w odniesieniu do używania narkotyków, jak i zachowań seksualnych. Około 2,1 mln dorosłych w wieku od 15 do 64 lat używało ecstasy w ciągu ubiegłego roku, z czego 1,8 mln to były młode osoby dorosłe. Po okresie, w którym tabletki sprzedawane jako ecstasy miały wśród konsumentów opinię zafałszowanego produktu o niskiej jakości, obecnie powszechniej dostępne jest MDMA w postaci proszku i tabletek o wysokiej czystości. Według danych CLKP w 43% analizowanych tabletek znajdowało się MDMA. Warto wspomnieć, że na początku lipca 2015 roku w Polsce odnotowano trzy przypadki zgonów osób po zażyciu tabletek ecstasy zawierających PMMA. Wszystkie miały miejsce w województwie pomorskim. Tabletki miały trójkątny kształt, pomarańczowy kolor oraz oznaczone były logo „S” (Superman). Na początku XXI wieku tabletki zawierające PMMA oraz PMA spowodowały zgony w Polsce i w Europie głównie z powodu hiperkaliemii. Syntetyczne katynony (np. mefedron, pentedron i MDPV) są już teraz stale obecne na rynku nielegalnych środków pobudzających w niektórych krajach europejskich i często bywają używane zamiennie z amfetaminą i ecstasy. Przyjmowanie syntetycznych katynonów drogą iniekcji, chociaż nie jest powszechne w Europie, stanowi niepokojący lokalny problem w grupach użytkowników narkotyków wysokiego ryzyka w niektórych krajach. Rosnące zapotrzebowanie na leczenie związane z używaniem tych substancji zgłoszono na Węgrzech, w Rumunii i w Wielkiej Brytanii.

Co tydzień dwa „nowe narkotyki”

Nowe substancje psychoaktywne („nowe narkotyki”, często sprzedawane jako „dopalacze”) wykrywano

w ubiegłym roku w UE w liczbie około dwóch tygodniowo. W 2014 roku do systemu wczesnego ostrzegania zgłoszono łącznie 101 nowych substancji (wzrost z 81 w 2013 roku), co oznacza kontynuację tendencji wzrostowej pod względem liczby substancji zgłoszonych w ciągu roku (wykres 1.). Zwiększyło to ogólną liczbę substancji monitorowanych przez EMCDDA do ponad 450, z czego ponad połowę zidentyfikowano w ostatnich trzech latach. W 2014 roku w wykazie zgłoszonych substancji ponownie dominowały dwie grupy: syntetyczne katynony (31 substancji) oraz syntetyczne kannabinoidy (30 substancji), często sprzedawane jako legalne zamienniki środków pobudzających i konopi indyjskich. Są to dwie największe grupy substancji monitorowanych przez system wczesnego ostrzegania, które łącznie stanowią prawie dwie trzecie nowych narkotyków zgłoszonych w 2014 roku. Zgodnie z najnowszymi danymi, w 2013 roku w UE zgłoszono około 35 tys. konfiskat nowych środków psychoaktywnych (choć liczbę tę należy traktować jako oszacowanie minimalne ze względu na brak rutynowych raportów w tym zakresie). Spośród nich najczęściej konfiskowano syntetyczne kannabinoidy i syntetyczne katynony. Ostatnie badania i sondaże dostarczają pierwszych informacji na temat używania nowych substancji psy-

Wykres 1. Wykrywanie nowych substancji psychoaktywnych w Europie.



Zródło: Raport EMCDDA.

choaktywnych. Dziewięć krajów uwzględnia obecnie rozpowszechnienie tych środków w swoich badaniach dotyczących narkotyków. W większości krajów UE rozpowszechnienie tych substancji wydaje się niskie. Nawet ograniczone ich użycie może jednak stanowić problem ze względu na silną toksyczność niektórych z nich. Reakcje w obszarze zdrowotnym i w wymiarze społecznym na nowe środki psychoaktywne mają coraz większy rozmach i zakres i zaczynają odpowiadać podejściom stosowanym w przypadku znanych narkotyków (np. edukacja na temat narkotyków, interwencje internetowe oraz programy wymiany igieł i strzykawek).

Sytuacja w Polsce

Badania ilościowe przeprowadzane w Polsce wskazują na nieznaczny poziom rozpowszechnienia używania „dopalaczy” (nowych substancji psychoaktywnych). Badania ankietowe, zrealizowane na przełomie 2014/2015 roku przez Fundację CBOS, wskazują, że kiedykolwiek w życiu sięgało po te substancje około 2% populacji osób w wieku 15-64 lata. Ostatnie badania przeprowadzone wśród młodzieży w 2013 roku także wskazują na niewielki odsetek takich użytkowników – około 3,5%. Jednakże w 2014 roku odnotowano rekordową liczbę interwencji medycznych – około 2500 zatruc było spowodowanych prawdopodobnie nowymi substancjami psychoaktywnymi (Ośrodek Kontroli Zatruc – Warszawa). Warto również zwrócić uwagę, że „dopalacze” zastępują tradycyjne narkotyki wśród osób zażywających narkotyki w iniekcjach. Według badań Centrum Informacji KBPN wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków w 2008 roku 61% z nich zażywało amfetaminę w ciągu ostatniego miesiąca. Po pojawieniu się „dopalaczy” w 2014 roku używanie amfetaminy zmniejszyło się do 39% w ciągu ostatniego miesiąca, a po mefedron, który jest jednym z nielicznych „dopalaczy” na rynku po delegalizacji, sięgnęło 37% badanych. Po zamknięciu sklepów z „dopalaczami” pod koniec 2010 roku przez 2-3 lata dominowała sprzedaż internetowa. Jednakże w ubiegłym roku działało około 100 sklepów stacjonarnych, które raczej powinny być nazwane punktami sprzedaży. Rynek nowych substancji psychoaktywnych zmienił się i zamiast sklepów w ramach sieci sprzedaży, które miały szyldy informujące, co oferują, pojawiły się punkty, które czasami sprzedawały towar spod lady. W 2014

i 2015 roku sprzedają zajęły się również lombardy, hot-spoty, sexshopy itd. Było to efektem działań Inspekcji Sanitarnej, która kontrolowała sklepy, nakładała kary i starała się zamykać nowe punkty sprzedaży. Nakładane kary były jednak trudne do wyegzekwowania, ponieważ sklepy odwoływały się od nich lub/i zamykały firmę, aby następnie prowadzić sprzedaż pod innym szyldem. Najbardziej popularnymi „dopalaczami” w ubiegłym roku były syntetyczne kannabinoidy (AM-2201, UR 144) oraz syntetyczne katynony (takie jak pentedron, brefedron, alfa PVP). Pierwsze działają podobnie do marihuany, a drugie do amfetaminy. W Polsce i w Europie oferowane były one w sprzedaży zarówno jako *research chemicals* (odczynniki chemiczne), jak i gotowe produkty (czyli mieszanki ziołowe nasączone syntetycznymi kannabinoidami), np. Mocarz czy Kosiarz. Nowe substancje psychoaktywne produkowane są głównie w Chinach, Indiach i innych krajach azjatyckich. Trafiają do Polski bezpośrednio z Azji lub przez kraje europejskie, jak Belgia czy Hiszpania. Delegalizacja jednej substancji powoduje pojawienie się następnych. Niektóre z krajów UE starają się zwalczać rynek „dopalaczy”, wprowadzając prawo generyczne (rodzajowe). W efekcie kontroluje się grupę substancji o podobnej strukturze chemicznej, zamiast delegalizacji pojedynczych substancji. Takie rozwiązanie jest na pewno skuteczniejsze niż prawo indywidualne, które jest w Polsce. Jednakże Wielka Brytania, która ma prawo rodzajowe, wprowadza właśnie dodatkowe przepisy, które mają wzmocnić dotychczasowe rozwiązania.

Rynek „dopalaczy” w Polsce

Z analiz przeprowadzonych w ramach projektu I-TREND w 2014 roku, realizowanego przez Uniwersytet SWPS, wynika, że czystość „dopalaczy” sprzedawanych na rynku bardzo się różni. Zawartość substancji psychoaktywnej w kilkunastu analizowanych próbkach wynosiła od 20% do 99%, przy podobnych cenach. W efekcie użytkownik, nie wiedząc o tym, otrzymywał o wiele silniejszy produkt. Ponadto dystrybutorzy sprzedawali substancje chemiczne inne niż deklarowali, np. zamiast alfa PVP oferowano petedron. W celu uniknięcia takich sytuacji niektórzy z nich wysłali własne produkty do krajowych laboratoriów. Widać zatem, że rynek „do-

palaczy” może być jeszcze bardziej nieprzewidywalny niż rynek narkotyków. Może to wynikać z faktu, że „dopalacze” są prawdopodobnie tańsze w produkcji i sprzedaży niż tradycyjne narkotyki. Interes był na tyle dochodowy, że niektórych właścicieli stać było na wynajęcie profesjonalnych modelek do kręconych na stronę internetową filmów reklamowych. W czerwcu jeden ze sklepów internetowych oferujący Mocarza i inne „dopalacze” przy zakupie jednego produktu – drugi oferował gratis. Działania dystrybutorów „dopalaczy” miały na celu pozbycie się substancji psychoaktywnych, które za chwilę byłyby nielegalne². Tym bardziej, że w sprzedaży pojawiły się już kolejne nowe substancje nieobjęte przewidywaną kontrolą. Po wprowadzeniu nowych przepisów przez policję i Inspekcję Sanitarną podjęte zostały działania mające na celu zamknięcie punktów sprzedaży „dopalaczy”. Zostały one powtórzone po gwałtownym wzroście liczby zatruc na Śląsku. Strona jednego z głównych sprzedawców przestała wtedy działać, według informacji na stronie – z powodu przedłużonego urlopu³. Niewątpliwie skuteczna kontrola rynku „dopalaczy” jest trudnym zadaniem, i to nie tylko w Polsce. Irlandia, która wprowadziła rozwiązania antydopalaczowe oparte na prawie generycznym, nadal, według badania Eurobarometr zleconego przez Komisję Europejską w 2011 i 2014 roku, odnotowuje najwyższy w Europie⁴ poziom używania „dopalaczy” wśród 15–24-latków.

Co dalej?

Warto wykorzystać doświadczenie i wiedzę polskich i zagranicznych ekspertów, którzy mogą pomóc w diagnozowaniu sytuacji i planowaniu dalszych działań w przeciwdziałaniu dystrybucji nowych substancji psychoaktywnych. Niektórzy z polskich naukowców uczestniczą w ocenie ryzyka nowych substancji psychoaktywnych w ramach prac EMCDDA. Należy podkreślić, że nie ma obecnie w Europie gotowych rozwiązań i wiele krajów ma problemy z kontrolą rynku „dopalaczy”. Mimo że rynki „dopalaczowe” w różnych krajach są podobne (sprzedaż internetowa oraz w niektórych sprzedaż stacjonarna), to każdy kraj ma swoją specyfikę prawną, kulturową i społeczną. Jednym ze słabych punktów obecnego systemu w Polsce jest brak informacji z centrów toksykologicznych, jakie nowe substancje psychoaktywne

powodują zatrucia. Sklepy z „dopalaczami” sprzedają produkty, które pod tą samą nazwą kryją różne substancje psychoaktywne. Z powodu braku wyników badań płynów ustrojowych w przypadku ostrych zatruć i zgonów, trudno jest jednoznacznie określić, jaka nowa substancja psychoaktywna spowodowała zatrucie. W przypadku licznych wydarzeń z lipca tego roku, o których donosiły media, jedno z podstawowych pytań brzmiało: Czy były to substancje objęte kontrolą 1 lipca, czy pojawiły się nowe, jeszcze groźniejsze? Brak wyników badań płynów ustrojowych powoduje, że możemy podejrzewać, iż to „dopalacze” zabezpieczone u sprzedawców spowodowały zatrucia. CLKP i Narodowy Instytut Leków wykryły w zabezpieczonych „dopalaczach” nową substancję psychoaktywną MDMB-CHIMICA, która była w Mocarzu, jak również w innym produkcie sprzedawanym w lipcu 2015 roku. Nie wiadomo

jednak, czy to ta nowa substancja odpowiadała za lipcowe zatrucia. W innych zabezpieczonych próbkach wykryto inne syntetyczne kannabinoide, które zostały zdelegalizowane 1 lipca. W celu uzyskania jednoznacznych informacji, co jest przyczyną zgonu, warto rozważyć wypracowanie szybkich i skutecznych metod identyfikacji substancji powodujących wzrost zagrożenia dla zdrowia publicznego. Propozycja takiego systemu została przygotowana przez Krajowe Biuro.

Przypisy

- ¹ Informacje na temat konferencji „Minimalne standardy w redukcji popytu na narkotyki” znajdują się w jednym z artykułów zamieszczonych w tym numerze Serwisu Informacyjnego NARKOMANIA.
- ² Od 1 lipca 2015 roku na mocy nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii kontrolą objęto 114 nowych substancji psychoaktywnych.
- ³ Stan na 11 sierpnia 2015 roku.
- ⁴ Wyniki Eurobarometru dotyczące nowych substancji psychoaktywnych zostały przedstawione w publikacji Krajowego Biura na temat „dopalaczy”: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=104937>.

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

DOZÓR ELEKTRONICZNY ZA POSIADANIE NARKOTYKÓW

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Uwagi ogólne dotyczące odpowiedzialności karnej za posiadanie narkotyków

Zgodnie z Ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii¹ (dalej: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii), kto wbrew przepisom ustawy, posiada środki odurzające² lub substancje psychotropowe³, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa powyżej, jest znaczna ilość środków odurzających lub substancji psychotropowych, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. W wypadku mniejszej wagi, sprawca podlega grzywnie, karze

ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. Jednocześnie ustawodawca nie sprecyzował, w jaki sposób należy rozumieć sformułowania „znaczna ilość” czy „wypadek mniejszej wagi”, co w praktyce orzeczniczej powoduje różną wykładnię art. 62 ww. ustawy.

Dla penalizacji posiadania środka odurzającego lub substancji psychotropowej znaczenie ma ilość narkotyku pozwalająca na choćby jednorazowe użycie w dawce przyjętej za typową dla danego środka czy substancji, przy czym dla określenia tejże karalności nie ma natomiast znaczenia cel posiadania środka oraz okres dysponowania nim⁴. Warunkiem koniecznym do przyjęcia posiadania środków odurzających wbrew

przepisom ustawy jest posiadanie takiego środka w ilości pozwalającej na co najmniej jednorazowe użycie, w dawce dla niego zdolnej wywołać inny niż medyczny skutek⁵. Jak zauważył Sąd Najwyższy, posiadaniem jest każde władanie takim środkiem lub substancją, a więc także związane z jego użyciem lub zamiarem użycia⁶. Posiadaniem środka odurzającego jest każde dysponowanie narkotykiem bez względu na długość okresu jego posiadania przez sprawcę⁷. Warto w tym kontekście zwrócić uwagę, że od 9 grudnia 2011 roku obowiązuje art. 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii⁸, który przewiduje możliwość umorzenia dochodzenia lub śledztwa, jeżeli przedmiotem czynu są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek sprawcy, pod warunkiem, że orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości. Umorzenie dochodzenia lub śledztwa jest możliwe jedynie wtedy, gdy wszystkie wymienione wyżej przesłanki zostaną spełnione łącznie. W tym przypadku ustawodawca również nie zdefiniował pojęcia „ilość nieznaczna”, co może generować trudności praktyczne.

Mając powyższe na uwadze, warto zastanowić się nad charakterem odpowiedzialności karnej osób uzależnionych oraz celowością i skutecznością ich karania. Jak ustalić właściwą proporcję pomiędzy posługiwaniem się represją wymierzoną przeciwko przestępczości osób uzależnionych, opartą na przepisach prawa karnego, a postępowaniem obejmującym leczenie i rehabilitację tych osób⁹. Polski ustawodawca, starając się wyjść naprzeciw postulatom leczenia, zawarł przepisy dające możliwość realizacji w postępowaniu karnym ww. celów (tj. celów leczniczych). Jednym z przepisów realizujących założenia idei koncentracji na leczeniu osób uzależnionych w przypadku popełnienia przez nich czynów zabronionych jest art. 72 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii¹⁰ oraz środki zabezpieczające szczegółowo opisane w rozdziale dziesiątym Kodeksu karnego (dalej: kk).

Warunkowe zawieszenie wykonania kary

W sprawach karnych, które dotyczą posiadania środków odurzających lub substancji psychotropowych,

niekiedy zostają wydawane wyroki skazujące na karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania, przy czym nowelizacja Kodeksu karnego¹¹ wprowadza znaczne zmiany w tym zakresie.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, sąd może warunkowo zawiesić wykonanie kary pozbawienia wolności orzeczonej w wymiarze nieprzekraczającym roku, jeżeli sprawca w czasie popełnienia przestępstwa nie był skazany na karę pozbawienia wolności i jest to wystarczające dla osiągnięcia wobec niego celów kary, a w szczególności zapobieżenia powrotowi do przestępstwa. Ponadto, sąd, zawieszając wykonanie kary, bierze pod uwagę postawę sprawcy, jego właściwości i warunki osobiste, dotychczasowy sposób życia oraz zachowanie się po popełnieniu przestępstwa. Zawieszenie wykonania kary następuje na okres próby, który wynosi od roku do 3 lat i biegnie od uprawomocnienia się wyroku. Warto w tym kontekście zwrócić uwagę, że zawieszając wykonanie kary, sąd zobowiązuje np. do informowania sądu lub kuratora o przebiegu okresu próby, wykonywania pracy zarobkowej, do nauki lub przygotowania się do zawodu, powstrzymania się od nadużywania alkoholu lub używania innych środków odurzających, poddania się terapii uzależnień, poddania się terapii, w szczególności psychoterapii lub psychoedukacji, uczestnictwa w oddziaływaniach korekcyjno-edukacyjnych, powstrzymania się od przebywania w określonych środowiskach lub miejscach. Jeżeli w okresie próby dojdzie do ponownego popełnienia przestępstwa, tzn. osoba ponownie zostanie zatrzymana w związku z posiadaniem narkotyków, wówczas sąd zarządza wykonanie kary.

Dozór elektroniczny przed i po 1 lipca 2015 roku

Do dnia 1 lipca 2015 roku przepisy przewidywały możliwość wykonania kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego, jeżeli długość kary nie przekraczała jednego roku, co oznaczało jej odbycie poza zakładem karnym, najczęściej w miejscu zamieszkania, z możliwością opuszczania tego miejsca do 12 godzin na dobę¹². Odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego wymagało aktywności ze strony skazanego, tj. złożenia wniosku o zezwolenie na odbycie kary pozbawienia wolności poza zakładem karnym oraz zgody sądu.

Obecnie taka możliwość wynika z art. 14 Ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, który stanowi, że w stosunku do skazanych, wobec których przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy orzeczono prawomocnie karę pozbawienia wolności i którzy spełniają warunki określone w ustawie o wykonywaniu kary pozbawienia wolności poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego, stosuje się przepisy dotychczasowe. Oznacza to, że osoby prawomocnie skazane np. za posiadanie narkotyków przed 1 lipca 2015 roku, dalej będą mogły złożyć wniosek o udzielenie zgody na odbywanie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego na dotychczasowych zasadach. Wniosek taki powinien zawierać oznaczenie prawomocnego wyroku skazującego na karę pozbawienia wolności, która ma zostać odbyta w systemie dozoru elektronicznego (poprzez podanie nazwy sądu, daty wydania oraz prawomocności wyroku, sygnatury sprawy), wskazanie, czy skazany już odbywa karę pozbawienia wolności, czy jeszcze nie został osadzony, wskazanie adresu, pod którym skazany ma odbywać karę pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego, oświadczenia osób dorosłych zamieszkujących ze skazanym, w którym wyrażają zgodę na odbycie przez niego kary pozbawienia wolności w danym lokalu, w systemie dozoru elektronicznego oraz uzasadnienie. Uzasadnienie wniosku powinno zawierać wskazanie argumentów przemawiających za tym, aby sąd udzielił zgody na odbycie kary w systemie dozoru elektronicznego, m.in. opis sytuacji zawodowej, rodzinnej, dotychczasowe zachowanie skazanego itd. Wniosek wraz z uzasadnieniem powinien zostać złożony do sądu penitencjarnego (sądu okręgowego) właściwego dla miejsca zamieszkania lub osadzenia w zakładzie karnym.

Głównym celem nowelizacji jest zmiana obecnej struktury orzekanych kar, w tym ograniczenie możliwości pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem wykonania tej kary. W ocenie Ministerstwa Sprawiedliwości, kara zawieszona (orzekana w Polsce w przypadku około 60% wszystkich kar) jest traktowana w odbiorze społecznym jako fikcja skazania, a lepsze efekty w tym względzie przynoszą sankcje wolnościowe – grzywny bądź kary ograniczenia wolności, które są dla sprawcy bar-

dziej odstrasżające i dolegliwie niż kara pozbawienia wolności w zawieszeniu¹³.

Odwroceniu obecnej struktury kar na rzecz kar wolnościowych ma służyć m.in. ograniczenie możliwości orzekania kary pozbawienia wolności w zawieszeniu. Znacznie poszerzona została także możliwość orzekania kar alternatywnych w stosunku do kary pozbawienia wolności. Wprowadzona została dyrektywa określająca pierwszeństwo kar wolnościowych wobec kary pozbawienia wolności, w tym również wobec kary w zawieszeniu, co oznacza, że kara pozbawienia wolności będzie mogła zostać orzeczona dopiero wtedy, gdy żadne inne kary lub środki nie mogą spełnić celów kary. Nowelizacja kk ma zwiększyć elastyczność kary ograniczenia wolności oraz skuteczność kary grzywny poprzez obowiązkowe wpisanie zalegającego dłużnika do rejestru dłużników i Biur Informacji Gospodarczej. Ustawodawca przewidział także wiele możliwości zamiany orzeczonych kar pozbawienia wolności w zawieszeniu na kary wolnościowe, takie jak grzywna lub kara ograniczenia wolności, tzn. zarządzenia kary zawieszony, w przypadku rażącego naruszenia porządku prawnego w okresie próby; prawomocnego skazania, na wniosek skazanego, gdy nie zarządzono wykonania kary – na grzywnę do 730 stawek dziennych lub karę ograniczenia wolności w formie obowiązku wykonywania nieodpłatnej kontrolowanej pracy na cele społeczne do 4 lat; prawomocnie orzeczonej i prawomocnie zarządzonej kary pozbawienia wolności – z zastrzeżeniem, że dotyczy to wyłącznie kary do roku pozbawienia wolności i nie sprzeciwia się temu waga i rodzaj czynu zabronionego przypisanego skazanemu.

Elektroniczna kontrola miejsca pobytu

Omawiana nowelizacja kk wprowadziła także nowy katalog środków zabezpieczających, tj. elektroniczną kontrolę miejsca pobytu, terapię, terapię uzależnień, pobyt w zakładzie psychiatrycznym lub innym zakładzie zamkniętym¹⁴. Środek zabezpieczający i sposób jego wykonywania powinien być odpowiedni do stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego, który sprawca może popełnić oraz prawdopodobieństwa jego popełnienia, a także uwzględnić

potrzeby i postępy w terapii lub terapii uzależnień. Sąd może zmienić orzeczone wobec sprawcy środki zabezpieczający lub sposób jego wykonywania, jeżeli poprzednio orzeczone środki stały się nieodpowiedni lub jego wykonywanie nie jest możliwe. Warto w tym kontekście zauważyć, że czasu stosowania środka zabezpieczającego nie określa się z góry. Środki zabezpieczające (w tym także elektroniczną kontrolę miejsca pobytu) można orzec wobec sprawcy m.in. w razie skazania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka. Sprawca, wobec którego orzeczono elektroniczną kontrolę miejsca pobytu, ma obowiązek poddania się nieprzerwanej kontroli miejsca swojego pobytu sprawowanej za pomocą urządzeń technicznych, w tym noszonego nadajnika. Warto w tym kontekście zwrócić uwagę, że elektroniczna kontrola miejsca pobytu będzie mogła zostać zastosowana jako jedna z form kary ograniczenia wolności, nie będzie natomiast formą wykonywania kary pozbawienia wolności.

Uwagi końcowe

Nowelizacja kk, która weszła w życie 1 lipca 2015 roku, bez wątplenia wprowadza znaczne zmiany w zakresie instytucji dozoru elektronicznego, który ma mieć szersze zastosowanie niż do tej pory. Dla przykładu zakaz zbliżania się do określonych osób może być kontrolowany w systemie dozoru elektronicznego oraz orzekając zakaz wstępu na imprezę masową za czyn popełniony w związku z masową imprezą sportową, sąd może orzec obowiązek przebywania skazanego w czasie trwania niektórych imprez masowych objętych zakazem w miejscu stałego pobytu lub w innym wyznaczonym miejscu, z zastosowaniem systemu dozoru elektronicznego. Najbliższe miesiące obowiązywania nowych przepisów pokażą, jak funkcjonują one w praktyce oraz jakie (ewentualnie) generują problemy i wątpliwości. Regulacje prawa karnego są często traktowane jako gwarant celu ograniczania konsumpcji środków odurzających i substancji psychotropowych. Należy zatem zastanowić się nad faktyczną zdolnością prawa karnego do zabezpieczenia owego celu, do objęcia jego oddziaływaniem osób uzależnionych¹⁵.

Przypisy

- ¹ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U.2012.124 z późn. zm.
- ² Środkiem odurzającym jest każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie środków odurzających stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.
- ³ Substancją psychotropową jest każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.
- ⁴ B. Kūrępa (w:) „Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz” (red.) A. Ważny, Warszawa 2012, s. 434.
- ⁵ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 19 września 2011 r., II AKa 123/10, KZS 2011/10/40.
- ⁶ Uchwała 7 sędziów Sądu Najwyższego z dnia 21 stycznia 2011 r., I KZP 24/10, LEX nr 686664.
- ⁷ Wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 31 stycznia 2012 r., II AKa 211/11, KZS 2012/4/34.
- ⁸ Przepis został wprowadzony przez ustawę z dnia 1 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. Nr 117, poz. 678.
- ⁹ A. Muszyńska, „Zawieszenie postępowania karnego wobec osoby uzależnionej od środków odurzających według ustawy z 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii”, Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego, tom XXII, s. 104.
- ¹⁰ Zgodnie z treścią artykułu 72 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, jeżeli osoba uzależniona lub używająca substancje psychoaktywne szkodliwe, której zarzucono popełnienie przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, podda się leczeniu i rehabilitacji lub udziałowi w programie profilaktyczno-leczniczym prowadzonym przez zakład opieki zdrowotnej lub inny podmiot działający w ochronie zdrowia, prokurator może zawiesić postępowanie do czasu zakończenia leczenia. Po podjęciu postępowania prokurator, uwzględniając wyniki leczenia postanawia o dalszym prowadzeniu postępowania albo występuje do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania, przy czym warunkowe umorzenie postępowania jest możliwe jedynie wobec sprawcy przestępstwa zagrożonego karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności. Na postanowienie o dalszym prowadzeniu postępowania podejrzanemu przysługuje zażalenie. Zastosowanie represji jest więc uzależnione od niepowodzenia realizacji celów leczniczych, ale pozytywny wynik leczenia nie przesądza o decyzji prokuratora dotyczącej wystąpienia do sądu z wnioskiem o warunkowe umorzenie postępowania. Podejrzanemu może pomyśleć, czy wybiera poddanie się leczeniu i w wypadku jego pomyślnego wyniku skorzystania z redukcji odpowiedzialności karnej, czy też woli tradycyjny tryb postępowania, tzn. wniesienie aktu oskarżenia i procedowanie w tym zakresie.
- ¹¹ Mowa o nowelizacji wprowadzonej Ustawą z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, Dz.U.2015.396.
- ¹² Ustawa z dnia 7 września 2007 r. o wykonywaniu kary pozbawienia wolności poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego (Dz. U. z dnia 18 października 2007 r.) szczegółowo regulowała tę kwestię, ale od 1 lipca 2015 r. już nie obowiązuje, a dozór elektroniczny został ujęty w przepisach kk.
- ¹³ <http://ms.gov.pl/pl/informacje/news,6717,zmiana-filozofii-karnia--sejm-uchwalil.html>
- ¹⁴ Więcej na temat nowych środków zabezpieczających w następnych numerach Serwisu Informacyjnego Narkomania.
- ¹⁵ A. Muszyńska, „Narkomani. Sprawcy czynów karalnych”, Kraków 2004, s.120.

Legalizacja cannabis w stanach Colorado i Waszyngton była wynikiem oddolnych inicjatyw obywatelskich. Po spełnieniu stosownych wymogów w obu stanach przeprowadzono referenda nad szczegółowymi propozycjami legislacyjnymi. Legalizacja konopi w drodze odwołania się do referendum stała się możliwa w USA w związku z zasadniczą zmianą postaw Amerykanów wobec konopi, jaka nastąpiła na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat.

LEGALIZACJA CANNABIS W STANACH COLORADO I WASZYNGTON W USA ORAZ W URUGWAJU

Krzysztof Krajewski
Katedra Kryminologii
Uniwersytet Jagielloński

Status prawny konopi, ale także innych substancji psychoaktywnych, przybierać może cztery formy. Pierwsza to prohibicja, czyli całkowity zakaz używania *cannabis* do celów innych niż naukowo-badawcze lub medyczne, co implikuje karalność wszelkich czynności wykraczających poza te zastosowania. Jest to podejście najczęściej występujące dzisiaj na świecie i w zasadzie wymagane przez system międzynarodowej kontroli środków odurzających i substancji psychotropowych obowiązujący globalnie w ramach trzech konwencji ONZ dotyczących narkotyków i narkomanii (z lat 1961, 1971 i 1988).

Druga możliwość to dekryminalizacja lub depenalizacja użytkowników *cannabis*. System taki co do swej istoty jest systemem prohibicyjnym i wszelkie czyny związane ze stwarzaniem podaży konopi stanowią w jego ramach przestępstwa, a legalny do nich dostęp do celów innych niż naukowe lub medyczne jest niemożliwy. W odniesieniu jednak do popytu, tj. czynów związanych z używaniem *cannabis* (takich jak posiadanie, nabywanie czy uprawa na własny użytek), ma miejsce wycofanie represji karnej poprzez całkowitą ich dekryminalizację (czyny takie przestają w ogóle stanowić przestępstwa) bądź też depenalizację (czyny takie pozostają przestępstwami, ale wobec sprawców nie stosuje się konsekwencji prawnokarnych). Tę formę polityki prohibicji określić można mianem „prohibicji miękkiej”, w odróżnieniu od poprzednio wskazanej, która jest „prohibicją twardą”.

Trzeci możliwy status prawny *cannabis* to legalizacja do celów medycznych. Oznacza to, iż osoby dotknięte

pewnymi schorzeniami mogą legalnie nabywać, posiadać i używać *cannabis* oraz istnieją miejsca legalnej dystrybucji tej substancji. Kwestia dostępu do tzw. medycznej marihuany (*medical marihuana*) jest od lat przedmiotem kontrowersji w wielu krajach, ale w coraz większej ich liczbie jest to dopuszczalne. Programy te są często uważane za przejaw „medykalizacji” polityki wobec marihuany, stanowiącej coś na kształt trzeciej drogi pomiędzy prohibicją (niezależnie od tego, czy „twardą”, czy „miękką”) a całkowitą legalizacją dla celów rekreacyjnych. Taką ocenę może uzasadniać kształt niektórych programów udostępniania marihuany w celach medycznych realizowanych przede wszystkim w USA czy w Kanadzie. Są one często oparte na liberalnych zasadach stwarzających dostęp do marihuany szerokiemu kręgowi osób niekoniecznie cierpiących na jakiegokolwiek schorzenia uzasadniające używanie *cannabis*, które palą marihuanę w sposób czysto rekreacyjny. Stąd też często programy dostępu do medycznej marihuany traktuje się jako *de facto* legalizację w celach rekreacyjnych, tyle że dokonywaną „tylnymi drzwiami”.

Programy dostępu do *cannabis* w celach terapeutycznych są obecnie realizowane m.in. w 22 stanach USA oraz na całym terytorium Kanady¹. Najstarszy i największy taki program funkcjonuje w Kalifornii. 5 listopada 1996 roku miało tam miejsce referendum stanowe, które większością 56% oddanych głosów zaakceptowało tzw. *Proposition 215*. W systemie konstytucyjnym stanu Kalifornia oznaczało to automatyczne przyjęcie ustawy mającej oficjalną nazwę *Compassionate Use Act*

(nazwa niezbyt łatwa do przełożenia na język polski, ale oznaczająca mniej więcej tyle co ustawa o używaniu uzasadnionym względami miłosierdzia czy też współczucia, litości). Ustawa ta dekryminalizowała posiadanie, uprawianie i używanie konopi przez osoby, które „mogą czerpać korzyści z medycznego używania marihuany” i posiadają pisemną lub ustną rekomendację lekarską. Ustawa wśród schorzeń uzasadniających lekarską rekomendację palenia marihuany wymienia m.in. choroby nowotworowe, wyniszczenie (charłactwo), HIV i AIDS, artretyzm, chroniczne bóle, migreny, epilepsję oraz stwardnienie rozsiane. Pacjent musi być rezydentem stanu Kalifornia i otrzymuje na podstawie rekomendacji lekarskiej specjalną kartę identyfikacyjną uprawniającą do uprawiania lub nabywania marihuany. Konopie na potrzeby medyczne swoich członków mogą legalnie uprawiać specjalnie zarejestrowane kolektywy (*collectives*) i spółdzielnie (*cooperatives*) działające na zasadzie *non-profit*. Marihuanę mogą także uprawiać sami pacjenci lub osoby będące ich opiekunami. Od roku 2004 prawo przewiduje dopuszczalne limity uprawy i posiadania medycznej marihuany przez pacjentów lub ich opiekunów: 8 uncji suszu lub 6 dojrzałych (12 niedojrzałych) roślin, chyba że rekomendacja lekarska obejmuje większe ilości. Marihuanę można także nabywać w bardzo licznych punktach dystrybucji (tzw. *dispensaries*). Ich status prawny jest jednak często niejasny. W zasadzie muszą one także działać na zasadzie *non-profit*, tzn. nie wolno im przyjmować zapłaty za nabywany towar. Ale przyjmują one wpłaty (wyłącznie w gotówce), określane jako darowizny. Szacuje się, że w Kalifornii jest około 750 000–1 125 000 użytkowników medycznej marihuany, co stanowi ok. 2–3% populacji stanu. Wydaje się więc, iż dostęp do medycznej marihuany wykracza tam daleko poza rzeczywiste potrzeby terapeutyczne. Równocześnie trzeba podkreślić, że od 2013 roku posiadanie mniej niż 1 uncji (tj. 28,5 g) marihuany zostało w Kalifornii całkowicie zdekryminalizowane. Czyn taki podlega jedynie niewielkiej tzw. grzywnie cywilnej (*civil fine*)². Powstaje oczywiście pytanie: czy ta pośrednia droga „medykalizacji” ma sens, szczególnie w dłuższej perspektywie czasowej? Dla wielu jedynym rzeczywistym sposobem rozwiązania dylematów polityki wobec *cannabis* jest całkowita legalizacja tej substancji, stanowiąca czwartą możliwość uregulowania prawnego statusu tej substancji³. Tylko ona oznacza bowiem

„normalizację”, nie jedynie „medykalizację” używania tej substancji i skuteczne rozwiązywanie stwarzanych przez nią problemów indywidualnych i społecznych. Legalizacja oznacza nie tylko dopuszczenie używania, posiadania, nabywania, uprawy itp. konopi do celów czysto rekreacyjnych, ale także, a może przede wszystkim, stworzenie stosownych możliwości legalnego ich nabywania, co implikuje konieczność istnienia systemu legalnej dystrybucji (legalnym staje się więc nie tylko popyt, ale także podaż).

Abstrahując od wszelkich za i przeciw takiego rozwiązania dotyczących oceny ewentualnej szkodliwości indywidualnej i społecznej przetworów konopi, trzeba stwierdzić, że podstawowa dzisiaj przeszkoda na drodze do takiego rozwiązania ma charakter formalny i wynika z postanowień konwencji ONZ stojących twardo na gruncie prohibicji. W szczególności chodzi o treść art. 4 ust. 3 Jednolitej Konwencji o Środkach Odurzających z roku 1961. Zgodnie z tym przepisem „Strony podejmą takie kroki prawne i administracyjne, które uznają za konieczne (...), aby uwzględniając postanowienia niniejszej konwencji ograniczyć zbiór, wyrób, wywóz, przywóz, rozprowadzanie, obrót, użycie i posiadanie środków odurzających wyłącznie do celów leczniczych i naukowych”. W ostatnich latach coraz więcej krajów zaczyna jednak kwestionować takie rozwiązanie. Jednak bariery na drodze ewentualnej zmiany postanowień konwencji ONZ są w praktyce właściwie nie do pokonania. Wymagałoby to w gruncie rzeczy jednomyślności wszystkich stron tej konwencji, a w lutym 2015 roku było to 185 państw. Stąd od lat obserwować można proces, który D. Bewley-Taylor określa mianem „łagodnej dezercji” (*soft defection*): wiele krajów świata zaczyna po prostu ignorować postanowienia konwencji i poszukiwać nowych rozwiązań⁴. Przykładami są wspomniane zabiegi dekryminalizacyjne czy depenalizacyjne w większości krajów Europy, czy programy medycznej marihuany w USA i Europie. Najdalej idącym wyłamaniem się z reżimu prohibicyjnego są jednak eksperymenty z legalizacją dostępu do *cannabis*.

Za przykład takiego rozwiązania podawana jest najczęściej Holandia. Nie jest to jednak do końca zasadne. W Holandii nie ma bowiem żadnych przepisów regulujących legalny dostęp do przetworów konopi. *Coffee shops*, sprzedaż przez nie marihuany, nabywanie i posiadanie jej przez klientów są jedynie tolerowane

przy wykorzystaniu pewnych specyficznych rozwiązań holenderskiej procedury karnej. Inaczej mówiąc, organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości nie ścigają takich czynów, ale formalnie pozostają one nadal przestępstwami. Dlatego w przypadku Holandii mówi się najczęściej o quasi-legalizacji, a nie o rzeczywistej legalizacji marihuany. Pierwsze przypadki rzeczywistej legalizacji marihuany miały miejsce dopiero w ubiegłym roku w dwóch stanach USA, a mianowicie w Colorado oraz w Waszyngtonie, a także w Urugwaju⁵. We wszystkich tych wypadkach uprawa, przetwarzanie, sprzedaż, nabywanie, posiadanie i używanie konopi stały się pod pewnymi warunkami czynnościami całkowicie legalnymi, a warunki owej legalności zostały uregulowane przez obowiązujące prawo. W rzeczywistości mamy tu więc do czynienia z legalizacją w formie ściśle regulowanego przez dany stan czy kraj rynku, a nie z legalizacją o charakterze żywiolowym, tj. całkowicie wolnorynkowym.

Co ciekawe, w przypadku obu stanów USA legalizacja była wynikiem oddolnych inicjatyw obywatelskich. Po spełnieniu stosownych wymogów w Colorado i Waszyngtonie przeprowadzono bowiem referenda nad szczegółowymi propozycjami legislacyjnymi⁶. Legalizacja konopi w drodze odwołania się do referendum stała się możliwa w USA w związku z zasadniczą zmianą postaw Amerykanów wobec *cannabis*, jaka nastąpiła na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat. O ile w 1970 roku ponad 80% Amerykanów było przeciwnych legalizacji marihuany, to dzisiaj około 55% jest zwolennikami takiego rozwiązania. O ile jeszcze w 2006 roku 50% Amerykanów było zdania, że palenie marihuany jest moralnie naganne, to w 2014 roku było to już tylko 32%. W 2006 roku tylko około 35% uważało, że palenie marihuany nie jest w ogóle kwestią podlegającą ocenie moralnej. Dzisiaj jest to już 50%⁷. W takim stanie rzeczy w referendum przeprowadzonym w Colorado 6 listopada 2012 roku większość głosujących (55,32% przy frekwencji wynoszącej 68,55% uprawnionych) opowiedziało się za proponowaną przez *Colorado Amendment 64* legalizacją konopi. W konsekwencji parlament stanowy dokonał zmiany konstytucji stanowej i przyjął specjalną ustawę w tej kwestii, która została podpisana przez gubernatora. Wprowadza ona system regulacji (reglamentacji) rynku *cannabis*, który ma być nadzorowany przez administrację stanową, a konkretnie tamtejszą admi-

nistrację skarbową (*Colorado Department of Revenue*). Przepisy przewidują stanowe licencjonowanie uprawy, przetwarzania i sprzedaży detalicznej konopi przez podmioty prywatne, przy czym konkretna firma może być aktywna tylko w jednym z tych obszarów. Przepisy przewidują wysokie opłaty za uzyskanie stosownych licencji: 2750 USD dla producentów i przetwórców, oraz 5000 USD dla sprzedawców detalicznych, 2750 USD za coroczne odnowienie licencji dla producentów i przetwórców i 3750 dla sprzedawców detalicznych. Obrót marihuaną jest opodatkowany podatkiem akcyzowym w wysokości 15%, naliczanym na każdym etapie od uprawy do sprzedaży detalicznej i dodatkowo 10-procentowym podatkiem od sprzedaży detalicznej (*sale tax*), ponad istniejące podatki stanowe i lokalne. Takie rozwiązania mają stanowić barierę fiskalną dla nadmiernego rozwoju „biznesu konopnego”. Niekiedy jednak twierdzi się, że są one po prostu przejawem poszukiwania przez stan w czasach kryzysu budżetowego dodatkowych źródeł dochodu.

W stosunku do osób ubiegających się o uzyskanie powyższych licencji istnieje obowiązek sprawdzenia ich przeszłości kryminalnej, uzyskania informacji o stanie majątkowym i płaconych podatkach, oraz pobrania odcisków palców (tzw. *background investigation*). Ma to na celu zapobieżenie wejściu na legalny rynek grup przestępczych. Licencje mogą uzyskać wyłącznie osoby będące minimum dwa lata rezydentami stanu Colorado. Co ciekawe, brak jest jednoznacznych ograniczeń dotyczących reklamy produktów *cannabis*. Jest to jednak wynik specyfiki sytuacji prawnej w USA. Problem w konstytucyjnej doktrynie tzw. swobody wypowiedzi komercyjnych (*commercial free speech*), którą chroni orzecznictwo Sądu Najwyższego USA i która w zasadzie nie dopuszcza istotnych ograniczeń swobody reklamy. Twórcy przepisów obowiązujących w Colorado obawiali się w związku z tym, że w przypadku wprowadzenia ograniczeń w tym zakresie, nie mówiąc o całkowitym zakazie reklamy, mogą one zostać skutecznie zakwestionowane w sądach, jako sprzeczne z konstytucją federalną.

Podkreślić wreszcie należy, że samorządy lokalne na szczeblu miast i powiatów mogą wprowadzać dowolne ograniczenia dotyczące lokalizacji punktów sprzedaży *cannabis*. Mogą także na terenie swojej jurysdykcji całkowicie zabronić tworzenia takich punktów. Dlatego według wstępnych ocen dokonywanych przed

wejściem w życie omawianych regulacji, punkty dystrybucji będą najprawdopodobniej powstawać przede wszystkim w większych ośrodkach miejskich, gdzie nie ma oporu ze strony społeczności lokalnych przeciwko ich tworzeniu.

Po stronie konsumentów ustawodawstwo stanu Colorado dopuszcza nabywanie i posiadanie marihuany przez osoby, które ukończyły 21. rok życia. Legalne jest posiadanie do 1 uncji (tj. 28,5 g) *cannabis*. Ta sama ilość stanowi limit dopuszczalnej pojedynczej dziennej transakcji. Osoby nie będące mieszkańcami Colorado mogą posiadać i nabywać 1/4 powyższej ilości. Posiadanie marihuany powyżej dozwolonej ilości stanowi tzw. drobne przestępstwo narkotykowe (*drug petty offence*), zagrożone symboliczną w zasadzie grzywną w wysokości do 100 USD. Przepisy przewidują zakaz konsumpcji w punktach sprzedaży i w miejscach publicznych. Istnieje także zakaz sprzedaży i wszelkich innych form obrotu pomiędzy godziną 24:00 a 8:00. Naruszenia tych ograniczeń stanowią występki (*misdemeanors*) zagrożone grzywną do 100 USD i obowiązkiem prac publicznych (*community service*) w wymiarze do 24 godzin. Przepisy dopuszczają także możliwość indywidualnej uprawy konopi w liczbie maksimum 6 roślin, w tym 3 w stanie kwitnienia. Wreszcie jednoznacznie uregulowana jest kwestia progu stężenia THC we krwi, które uzasadnia odpowiedzialność za kierowanie pojazdem mechanicznym pod wpływem środka odurzającego. Wynosi ono 5 ng THC/1 ml.

Sytuacja w stanie Waszyngton

Podobne rozwiązania przewidziane są w stanie Waszyngton. Również tam stosowne referendum, będące wynikiem inicjatywy obywatelskiej, odbyło się 6 listopada 2012 roku. W jego wyniku 56% uczestników referendum (przy frekwencji wynoszącej 81% uprawnionych do głosowania) wypowiedziało się za propozycją legalizacji marihuany w kształcie zawartym w *Washington Initiative 502*. Przyjęcie tej propozycji było równoznaczne z automatyczną zmianą ustawodawstwa stanowego, ale przyjęto także specjalne dodatkowe akty wykonawcze. Podobnie jak w Colorado, stan Waszyngton wprowadził system regulacji (reglamentacji) rynku konopi poprzez uprawniony do tego organ administracji stanowej w postaci *Washington State Liquor Control Board*,

tj. organ zajmujący się rynkiem napojów alkoholowych. Oznacza to system licencjonowania przez administrację stanową uprawy, przetwarzania i sprzedaży detalicznej konopi przez podmioty prywatne. Również w Waszyngtonie obowiązuje zasada, że konkretna firma może być aktywna tylko w jednym z tych obszarów. Opłaty licencyjne są znacznie niższe niż w Colorado: 250 USD za pierwotny wniosek i 1000 USD za coroczne odnowienie licencji dla każdego podmiotu. Wyższy jest natomiast podatek akcyzowy, wynoszący 25% i naliczany na każdym etapie obrotu (uprawa, przetwarzanie i sprzedaż detaliczna). Co ciekawe, w przeciwieństwie do Colorado, stan Waszyngton nie dopuszcza w ogóle indywidualnej, „domowej” uprawy konopi.

Podobnie jak w Colorado sprawdza się przeszłość kryminalną wnioskodawców, zbiera na ich temat informacje majątkowe i podatkowe oraz pobiera odciski palców, a wszystko to na koszt wnioskodawcy. Również w stanie Waszyngton, z tych samych względów co w Colorado, brak jest wyraźnych ograniczeń dotyczących reklamy produktów *cannabis*. Istnieją jednak wyraźne przepisy zakazujące lokalizacji punktów sprzedaży w pewnej odległości od szkół, placów zabaw itp. Tak samo istnieje zakaz konsumpcji w punktach sprzedaży i w miejscach publicznych. Naruszenie tych zakazów zagrożone jest „grzywną cywilną” w wysokości do 50 USD.

Minimalny wiek uprawniający do nabywania *cannabis* to, podobnie jak w Colorado, 21 lat. Dopuszczalne jest nabywanie i posiadanie do 1 uncji (28,5 g) konopi. Ta sama ilość stanowi dopuszczalny limit pojedynczej, dziennej transakcji, ale nie ma w tym zakresie ograniczeń dla osób nie będących rezydentami stanu. Posiadanie *cannabis* powyżej dopuszczalnej ilości stanowi występki (*misdemeanor*) zagrożony grzywną do 1000 USD lub pozbawieniem wolności do 90 dni, a więc grożące kary są znacznie wyższe niż w Colorado. Wreszcie, podobnie jak w Colorado, stężenia THC we krwi powyżej 5 ng THC/1 ml powoduje odpowiedzialność za kierowanie pojazdem mechanicznym pod wpływem środka odurzającego.

Rozwiązania przyjęte w obu stanach, poza kwestią ich ewentualnej oceny merytorycznej, rodzą istotne kontrowersje natury prawnej. Przede wszystkim powstaje kwestia ich zgodności ze zobowiązaniami międzynarodowymi USA. Ma to szczególne znaczenie w świetle faktu, że na arenie międzynarodowej wła-

dze USA są jednym z najzagorzalszych zwolenników „twardej prohibicji” i zawsze bezlitośnie piętnowały wszelkie od niej odstępstwa. Stany Zjednoczone są jednak krajem federalnym, a konstytucja USA zawiera w zasadzie domniemanie kompetencji na rzecz stanów, a nie władz federalnych. Co prawda prawo stanowe powinno być zgodne ze zobowiązaniami międzynarodowymi USA, tj. ratyfikowanymi przez Kongres traktatami i umowami międzynarodowymi. Sądy amerykańskie stają jednak często na stanowisku, iż bezwzględny wymóg zgodności prawa stanowego z traktatami międzynarodowymi dotyczy przede wszystkim tych, które obowiązują *ex proprio vigore*, tj. bezpośrednio i nie wymagają implementacji do prawa krajowego. W przypadku traktatów i innych aktów prawa międzynarodowego wymagających takiej implementacji, a takimi są konwencje ONZ dotyczące narkotyków i narkomanii, sprawa nie jest już tak oczywista, co pozostawia otwarte pole różnym interpretacjom tej kwestii prawnej.

Drugi problem to kwestia zgodności rozwiązań przyjętych w Colorado i Waszyngtonie z prawem federalnym. Zgodnie z konstytucją USA prawo stanowe nie może być także sprzeczne z prawem federalnym. Ale zgodnie z tą samą konstytucją federacja nie ma możliwości zmuszenia stanów do kryminalizowania określonych zachowań, albowiem tworzenie prawa karnego jest przede wszystkim kompetencją stanów. Federacja ma tu tylko uprawnienia subsydiarne. Istnieje co prawda możliwość zastąpienia stanowego prawa karnego egzekwowanego przez władze stanowe, federalnym prawem karnym egzekwowanym przez władze federalne. Ale tutaj też istnieją granice wynikające nie tylko z możliwych kłopotów związanych z nadmierną ingerencją w kompetencje stanów (chronione rygorystycznie przez orzecznictwo Sądu Najwyższego), ale także z czysto „fizycznych” możliwości władz federalnych w tym zakresie. Wszystkie te kontrowersje znajdują odzwierciedlenie w wyraźnych zmianach postaw władz federalnych wobec programów medycznej marihuany, jakie miały miejsce w ostatnich latach. O ile za kadencji prezydenta George’a W. Busha administracja federalna podejmowała liczne działania przeciwko takim programom, dokonując aresztowań i wnosząc akty oskarżenia do sądów federalnych (przede wszystkim w Kalifornii), to od momentu objęcia władzy przez prezydenta Baracka

Obamę takie akcje zaczęły powoli zanikać. Od 2009 roku władze federalne w zasadzie nie ingerują w stanowe programy medycznej marihuany. Natomiast w sierpniu 2013 roku Departament Sprawiedliwości wydał specjalne oświadczenie stwierdzające, że władze federalne w zasadzie nie będą ingerować w stanach, które zalegalizują *cannabis* do celów rekreacyjnych, określając jednak także pewne nieprzekraczalne granice takiej tolerancji.

Sytuacja w Urugwaju

Inaczej przedstawia się geneza reform dokonanych w Urugwaju. Zainicjował je w lipcu 2012 roku prezydent Jose Mujica, który uzasadniał potrzebą położenia tamy rozwojowi zorganizowanej przestępczości narkotykowej. Inicjatywie tej sprzeciwiało się jednak 58–66% społeczeństwa. Parlament przyjął jednak stosowne regulacje, tworząc państwowy monopol na uprawę, przetwarzanie i sprzedaż detaliczną *cannabis*. Utworzono również agencję państwową powołaną do regulacji rynku konopi, a mianowicie *Institute for Regulation and Control of Cannabis* (IRCCA). Monopol państwa ma być jednak realizowany przez system licencji dla producentów i licencjonowanie sprzedaży detalicznej. Ta ostatnia ma odbywać się w aptekach. Kwestia opłat licencyjnych nie została uregulowana bezpośrednio, ale mają one być pobierane. Obrót *cannabis* ma być także opodatkowany podatkiem VAT.

W stosunku do osób ubiegających się o licencję na uprawę istnieje – podobnie jak w USA – obowiązek zebrania stosownych informacji o karalności, majątku, zobowiązaniach podatkowych itp. Uprawa, przetwarzanie i nabywanie dopuszczalne jest tylko w przypadku osób zamieszkujących na stałe w Urugwaju. Ma zostać także wprowadzony specjalny rejestr osób uprawiających, przetwarzających i nabywających konopie. W przeciwieństwie do USA obowiązywać ma całkowity zakaz reklamy produktów *cannabis* w jakiegokolwiek postaci. IRCCA ma także prawo wydawania stosownych regulacji mających na celu ochronę młodzieży i przeciwdziałanie używaniu konopi w sposób sprzeczny z prawem.

Minimalny wiek uprawniający do nabywania *cannabis* to 18 lat. Obowiązujące w Urugwaju prawo dopuszcza legalne posiadanie do 40 g *cannabis* i możliwość nabycia miesięcznie do 40 g tej substancji, po 10 g ty-

godniowo. Co ciekawe, brak jest jakichkolwiek sankcji za naruszenie powyższego limitu. Dopuszczalna jest prywatna uprawa domowa do 6 roślin. Publiczna konsumpcja podlega takim samym ograniczeniom jak palenie tytoniu. Obowiązuje także jednoznaczny zakaz używania *cannabis* w miejscu pracy. Wreszcie jakakolwiek zawartość THC we krwi stanowi podstawę do pociągnięcia do odpowiedzialności karnej za prowadzenie pojazdu mechanicznego pod wpływem środka odurzającego.

Pomimo zgromadzenia pierwszych doświadczeń związanych z funkcjonowaniem przedstawionych rozwiązań (przede wszystkim w USA), jest jeszcze zbyt wcześnie na ich ocenę. Podstawowe będą dwie kwestie. Po pierwsze, czy rynek legalny rzeczywiście będzie konkurencyjny w stosunku do rynku nielegalnego? Po drugie, czy nie dojdzie jednak do wzrostu rozmiarów używania *cannabis*?

Przypisy

- ¹ Por. np. B. Fischer, S. Kuganesan, R. Room, „Medical Marihuana programs: Implications for cannabis control policy – Observations from Canada”, *International Journal of Drug Policy*, t. 26 (2015), nr 1, s.15-19.
- ² Podobne formy dekryminalizacji posiadania marihuany obowiązują dzisiaj, poza Kalifornią, w 14 innych stanach USA.
- ³ Por. R. Room, B. Fischer, W. Hall, S. Lenton, P. Reuter „Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate”, Oxford 2010, a także D. Bewley-Taylor, T. Blickman, M. Jelsma, „The Rise and Decline of Cannabis Prohibition. The History of Cannabis in the UN Drug Control System and Options for Reform”, Transnational Institute, Amsterdam, Swansea 2014, opracowanie dostępne na stronie <http://www.tni.org/rise-and-decline> (dostęp 24.06.2015).
- ⁴ D. Bewley-Taylor, „International Drug Control. Consensus Fractured”, Oxford 2012.
- ⁵ Por. R. Room, „Legalizing a market for cannabis for pleasure: Colorado, Washington, Uruguay and beyond”, *Addiction*, t. 109 (2014), nr 3, s. 345-359 oraz B. Pardo, „Cannabis policy reforms in the Americas: A comparative analysis of Colorado, Washington, and Uruguay”, *International Journal of Drug Policy*, t. 25 (2014), nr 4, s. 727-735.
- ⁶ W listopadzie 2014 roku referenda takie przeprowadzono także na Alasce, w Oregonie oraz w Dystrykcie Federalnym Columbia, tj. obszarze, na którym znajduje się stolica USA, miasto Waszyngton. W dwóch pierwszych wypadkach legalizacja *cannabis* znalazła aprobatę większości. W dystrykcie Columbia inicjatywa przepadła, ale minimalną liczbą głosów.
- ⁷ Por. *The Economist* z dnia 12 lipca 2014 roku, s. 34-35.

Reforma prawa narkotykowego w Portugalii z 2001 roku wciąż budzi emocje. Dyskusyjne jest, czy państwa europejskie powinny brać przykład z Portugalii, czy przeciwnie, należy zachować status quo w krajowych politykach narkotykowych. Żeby móc z pożytkiem rozmawiać o wpływie portugalskiej reformy na dyskusje o polskim prawie narkotykowym, warto przyjrzeć się temu, co właściwie stało się w Portugalii w 2001 roku.

POLITYKA NARKOTYKOWA W PORTUGALII I JEJ IMPLIKACJE DLA POLITYKI NARKOTYKOWEJ W POLSCE

Krzysztof Grabowski
Poradnia MONAR w Krakowie

Polityka narkotykowa sprzed 2001 roku

Początkowo reakcja społeczna na problem narkotyków i narkomanii w Portugalii była podobna jak w innych państwach. Sprowadziła się do uchwalenia i stosowania wobec handlarzy i konsumentów kar równoległe ze stosowaniem profilaktyki, terapii, leczenia i rehabilitacji. Co jest interesujące, bardzo szeroko skryminalizowano czyny po stronie popytu na narkotyki. Jak pisze Hannah Laqueur, nie tylko posiadanie, lecz również używanie i nabywanie narkotyków stanowiły przestępstwa.

Ustawowe zagrożenie karą za te czyny nie było jednak wysokie. Posiadanie narkotyków zagrożone było karą grzywny lub karą do 3 miesięcy pozbawienia wolności. Jeżeli sprawca posiadał narkotyki w ilości przekraczającej przeciętne potrzeby konsumpcyjne jednej osoby na trzydniowy okres – ustawowe zagrożenie wzrastało do kary jednego roku pozbawienia wolności¹. Ponadto użytkownicy narkotyków rzadko mieli stawiane zarzuty popełnienia przestępstwa po stronie popytu. Jak podaje Glenn Greenwald, w 2000 roku taki zarzut postawiono ok. 1500 osobom². W znacznej większości spraw osoby te zostały skazane na karę

pozbawienia wolności w zawieszeniu lub grzywnę. Bezwzględne kary pozbawienia wolności należały do rzadkości³.

Ten kształt polityki narkotykowej przyniósł umiarkowane efekty. Przede wszystkim nie udało się zredukować rozmiarów konsumpcji tzw. twardych narkotyków. Zasadniczym problemem nie były jednak umiarkowane efekty odstraszenia od używania narkotyków za pomocą prawa karnego, ale efekty uboczne przyjętych rozwiązań. Nawet bowiem niskie zagrożenie karami pozbawienia wolności i rzadkie ich stosowanie wywierały pewną presję na użytkowników, która łącznie z innymi czynnikami, w tym przede wszystkim efektami długotrwałego używania narkotyków, spychała ich do podkultury narkomańskiej. Użytkownicy funkcjonujący w ramach takiej podkultury byli praktycznie pozbawieni jakiegokolwiek pomocy medycznej, socjalnej i terapeutycznej. Miejsca, w których gromadzili się użytkownicy narkotyków, były pozbawione podstawowych mediów, w tym wody i prądu. W takich miejscach zagrożenie dla życia i zdrowia stanowiło nie tylko samo użycie narkotyku, ale także warunki i sposób jego użycia. Użytkownicy narkotyków, w tym przede wszystkim iniekcjni, dzielili się igłami i strzykawkami, co sprzyjało rozprzestrzenianiu się wirusów HIV i HCV⁴.

Powołanie komisji w 1999 roku

Świadomość występowania negatywnych konsekwencji kryminalizacji czynów po stronie popytu wpłynęła na pojawienie się idei zmiany polityki narkotykowej. Kształt nowej polityki narkotykowej miał zostać zaproponowany przez specjalnie do tego powołaną komisję. Komisja składała się ze specjalistów z zakresu prawa, medycyny i psychologii. Jej celem była analiza ówczesnej polityki narkotykowej Portugalii, ocena jej skuteczności i efektów ubocznych oraz ewentualne sformułowanie postulatów zmiany tej polityki. Komisja pracowała w oparciu o efekty wysłuchania publicznego. W jego ramach osoby zajmujące się polityką narkotykową miały możliwość wypowiedzenia się na temat jej obecnego kształtu. Symptomatyczne jest to, że tym razem nie pominięto osób najżywościej zainteresowanych kształtem ustawodawstwa narkotykowego, a mianowicie użytkowników narkotyków. Użytkownicy

tych substancji wyraźnie skrytykowali karanie za czyny po stronie popytu. Uzasadnili to nie tylko dyskomfortem psychicznym używania narkotyków w sytuacji ich nielegalnego statusu, ale chodziło także o negatywne efekty, które dotyczyły ochrony zdrowia publicznego w Portugalii. Użytkownicy raportowali, że boją się kontaktować z przedstawicielami służby zdrowia. Ponadto skazanie za posiadanie narkotyków wywierało długofalowe konsekwencje dla życia użytkownika. Było ono odnotowane w specjalnym rejestrze. Pracodawcy przy ocenie pracownika często wymagali zaświadczenia o niekaralności. Ludzie skazani za posiadanie narkotyków mieli problemy ze znalezieniem pracy. Taki stan rzeczy krytykowano jako niepotrzebne wykluczanie ludzi, którzy mogą być użyteczni dla społeczeństwa⁵.

Po ośmiu miesiącach prac komisja przedstawiła raport, w którym zaproponowała dekryminalizację posiadania, używania i nabywania narkotyków. Równolegle miano powołać specjalny organ nazywany w języku portugalskim *Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência* (nazwę można przetłumaczyć jako Komisja Odwodzenia od Używania Narkotyków⁶). Przed komisję mieli być kierowani użytkownicy narkotyków, wobec których następnie stosowano by wpisane w politykę zdrowotną oddziaływania, takie jak profilaktyka, terapia, leczenie i rehabilitacja. Zawarta w raporcie rekomendacja dekryminalizacji dotyczyła nie tylko tzw. miękkich narkotyków, ale wszystkich, w tym również heroiny i kokainy. Komisja spojrzała na problem używania narkotyków pragmatycznie. Nie chodziło o forsowanie za pomocą prawa karnego ideału człowieka nieużywającego narkotyków, lecz o ochronę ludzkiego zdrowia. Zdawano sobie sprawę, że choć używanie narkotyków jest ryzykowne, wielu ludzi z różnych względów, chociażby z powodu chęci przeżycia przyjemności, zawsze będzie po nie sięgać. Dlatego podstawą rekomendacji było przyjęcie zasady leczyć zamiast karać⁷.

Rząd Portugalii zareagował na rekomendację komisji w sposób rzadko spotykany w polityce. Zamiast przejść do porządku dziennego nad rekomendacjami komisji i uchwalić prawo niebudzące kontrowersji, przyjął praktycznie wszystkie propozycje komisji i zmienił portugalskie prawo narkotykowe. Nowe prawo weszło w życie 1 lipca 2001 roku⁸.

Obawy przed złagodzeniem polityki narkotykowej

Początkowo społeczeństwo portugalskie było niechętnie pełnej dekryminalizacji popytu na narkotyki. Portugalczycy obawiali się, że ich kraj stanie się magnesem przyciągającym użytkowników narkotyków z całego świata. Jak pisała Kasia Malinowska-Sempruch, Portugalia miała od tej pory oferować „słońce, plaże i narkotyki”⁹. Niechętni dekryminalizacji popytu byli także funkcjonariusze policji. Artur Domoślowski mówi o trzech przyczynach takiego stanu rzeczy. Po pierwsze, wielu funkcjonariuszy policji w narkotykach widziało czyste zło, z którym należy bezwzględnie walczyć. Nie byli psychicznie przygotowani do przyjęcia łagodniejszego podejścia do użytkowników tych substancji. Po drugie, użytkownicy narkotyków stanowili niekiedy źródło informacji dla policji. Wraz z wejściem w życie reformy zmniejszyła się możliwość uzyskiwania informacji z tych źródeł. Trzecim głównym powodem oporu przed zmianą miał być strach przed zmniejszeniem nakładów osobowych i finansowych na policję. Służbie tej miała bowiem ubywać część obowiązków, co mogło pociągnąć za sobą redukcję etatów¹⁰.

Obecna rola policji wobec użytkowników narkotyków

Dekryminalizacja popytu na narkotyki nie oznaczała jednak, że czyny tworzące popyt zupełnie przestano kwalifikować pod kątem zgodności z prawem. Pozostały one bezprawne, przestały jednak być traktowane jako przestępstwa. Krzysztof Krajewski pisze, że dopuszczenie się tych czynów stanowi naruszenie prawa o charakterze administracyjnym zbliżone do statusu polskich wykroczeń¹¹. Utrzymanie bezprawności czynów po stronie popytu wiąże się z pewnymi konsekwencjami. Osoba na ulicy może zostać zatrzymana przez policję, która może ją przeszukać pod kątem posiadania narkotyków. W przypadku ujawnienia narkotyków spisuje się protokół, zatrzymuje narkotyki i przekazuje je do analizy. Celem tych czynności nie jest zgromadzenie dowodów umożliwiających skazanie danej osoby przez sąd, lecz ustalenie, czy posiadacz jest handlarzem narkotyków czy użytkownikiem. Od tego ustalenia zależy, czy trafi on przed sąd, czy też jego sprawa zostanie skierowana do wspomnianej Komisji Odwodzenia¹².

Komisje Odwodzenia od Używania Narkotyków

Komisja Odwodzenia jest powołana do rozpatrywania spraw użytkowników narkotyków. O traktowaniu zatrzymanego jako użytkownika decyduje przede wszystkim ujawniona przy nim ilość narkotyków. W przypadku posiadania narkotyków w ilości nieprzekraczającej przeciętnego zapotrzebowania na 10 dni konsumpcji zatrzymany kierowany jest do Komisji Odwodzenia¹³. Określenie przeciętne zapotrzebowanie na 10 dni konsumpcji jest bardzo nieprecyzyjne i może być różnie interpretowane, w zależności od chociażby poglądów członków komisji. Dlatego wprowadzono kryterium uzupełniające. Określono wartości graniczne najbardziej popularnych na czarnym rynku narkotyków. Przyjęto, że tak określona granica stanowi dla marihuany 25 gramów, dla haszyszu 5 gramów, dla kokainy 2 gramy oraz 1 gram dla heroiny¹⁴.

W skład Komisji Odwodzenia wchodzi: prawnik, terapeuta i pracownik socjalny. Stawiennictwo przed komisją odbiega od stawiennictwa w sądzie w charakterze oskarżonego. Spotkanie z Komisją Odwodzenia nie ma charakteru rozprawy. Nie ma wyraźnego podziału na oskarżonego i sędziów. Użytkownik siada przy jednym stole z członkami komisji. Może przyjść na spotkanie z własnym prawnikiem. Jeśli nie przekroczył 18. roku życia – obecność prawnika jest obowiązkowa¹⁵.

Praca Komisji Odwodzenia skupia się na kilku obszarach ważnych dla ochrony zdrowia użytkownika narkotyków. Przede wszystkim komisja stara się ustalić, co stanowi główną przyczynę używania narkotyków przez użytkownika. Następnie analizie poddaje się długość i intensywność używania, rodzaj używanych narkotyków, otoczenie społeczne użytkownika itp. Komisja ma za zadanie ustalić, czy użytkownik tylko eksperymentuje z narkotykami, czy używa ich okazjonalnie, a może jest już od nich uzależniony. W zależności od diagnozy może ona zaproponować różne oddziaływania: od programów profilaktycznych, poprzez terapię i leczenie, aż po oddziaływania o charakterze rehabilitacji¹⁶.

Przyjmuje się, że jednym z podstawowych celów pracy komisji jest zidentyfikowanie osób uzależnionych i zaproponowanie im leczenia. Te osoby bowiem stwarzają największy problem społeczny. Komisja nie nakłada na nie obowiązku leczenia. Zgoda na podjęcie lecze-

nia znacznie jednak polepsza sytuację użytkownika. Dzięki takiej zgodzie użytkownik może uniknąć bardziej dolegliwych środków. Środki te mogą być także nakładane na osoby, które nie stawiają się przed komisją lub w inny sposób ją ignorują. Zalicza się do nich: grzywny, obowiązek prac społecznych, zakaz prowadzenia pojazdów mechanicznych lub cofnięcie świadczeń pomocy społecznej. Można stwierdzić, że Komisjom Odwodzenia obok wpisanych w politykę zdrowotną oddziaływań przysługują także uprawnienia do stosowania środków represyjnych. W tym zakresie ich kompetencje zbliżone są do kompetencji sądów¹⁷. W odniesieniu do eksperymentujących lub okazjonalnych użytkowników – jak pisze A. Domosławski – początkowo nie proponuje się szczególnych oddziaływań. Można powiedzieć, że poza samym stawiennictwem przed komisją i rozmową z jej członkami nic kłopotliwego nie spotyka użytkownika. Reakcja społeczna w zasadzie ogranicza się do uświadomienia użytkownikowi pewnego problemu i przysłowiowego pogrożenia mu palcem¹⁸.

Mimo spełnienia formalnych warunków w postaci posiadania narkotyków w ilości nieprzekraczającej przeciętnego zapotrzebowania na 10 dni konsumpcji, Komisja Odwodzenia może przekierować sprawę do rozstrzygnięcia sądu. Obowiązek przekierowania sprawy do sądu obciąża komisję na przykład w razie ustalenia, że ma do czynienia z handlarzem narkotyków. Przepływ osób, które zostały zatrzymane za posiadanie, jest możliwy także w drugą stronę, a mianowicie od sądu do komisji. Jeżeli sędzia stwierdzi, że mimo posiadania ilości przekraczającej przeciętne zapotrzebowanie na 10 dni konsumpcji, oskarżony nie handlował nimi, lecz posiadał je na własne potrzeby, powinien sprawę przekierować do Komisji Odwodzenia. Można więc stwierdzić, że w zakresie kierowania użytkownika narkotyków przed odpowiedni organ ustawodawstwo narkotykowe w Portugalii cechuje się dużą elastycznością¹⁹.

Przeciwdziałanie podaży narkotykowej

Komisje Odwodzenia są organami podlegającymi Ministerstwu Zdrowia. Ministerstwo Sprawiedliwości po reformie z 2001 roku zachowało wiele kompetencji w obszarze polityki narkotykowej. W jego strukturach

funkcjonuje Gabinet Planowania, Koordynacji i Walki z Narkotykami, zajmujący się przede wszystkim przeciwdziałaniem podaży narkotykowej. Trzeba bowiem jeszcze raz podkreślić, że reforma polityki narkotykowej w Portugalii polegała na dekryminalizacji i przekierowaniu spraw użytkowników narkotyków do Komisji Odwodzenia, które w jak największym stopniu miały stosować oddziaływania wpisane w politykę zdrowotną. W żadnym razie reformy z 2001 roku nie należy traktować jako legalizacji narkotyków. Wytwarzanie, przemysł i handel narkotykami pozostały przestępstwami ściganymi przez organy wymiaru sprawiedliwości²⁰.

Efekty reformy polityki narkotykowej

Podstawowym rezultatem wprowadzonych w 2001 roku zmian w polityce narkotykowej było ułatwienie korzystania z wpisanych w politykę zdrowotną oddziaływań leczniczych. Za ułatwieniem korzystania z takich oddziaływań poszedł rzeczywisty udział w nich użytkowników narkotyków. Jak podaje A. Domosławski w 2010 roku zanotowano rekordową liczbę osób leczących się w związku z używaniem narkotyków (40 tys. osób²¹).

Następnym pozytywnym efektem reformy prawa narkotykowego był spadek nowych zakażeń wirusami HIV i HCV wśród użytkowników narkotyków, jak również spadek liczby śmiertelnych przedawkowań wśród członków tej grupy społecznej. Jak podaje A. Domosławski, w 2000 roku było 2758 nowych przypadków zakażeń wirusem HIV, z czego 52% (1420 osób) stanowili użytkownicy narkotyków. W 2008 roku odnotowano 1774 przypadki nowych zakażeń, z czego tylko 20% (352 osoby) zażywało narkotyki²². G. Greenwald pisze, że w 1999 roku odnotowano 400 zgonów związanych z używaniem narkotyków, w 2006 roku liczba ta wynosiła 290²³.

Oczywiście na zmniejszenie się rozpowszechnienia wirusów HIV i HCV wśród używających narkotyków wpływ miało więcej czynników. Wśród nich wymienić należy szeroką dostępność programów wymiany igieł i strzykawek oraz możliwość podjęcia leczenia substytucyjnego metadonem. Nie można jednak zaprzeczyć, że reforma prawa narkotykowego z 2001 roku zmniejszyła lęk użytkowników narkotyków przed skorzystaniem z pomocy przedstawicieli służby zdrowia. W przeszłości zdarzały się sytuacje, gdy użytkownik przedawkowywał

narkotyki. Osoby używające z nim narkotyków były się wezwać karetkę pogotowia. Wraz z nią mógł bowiem przyjechać patrol policji. W razie pojawienia się policji uczestnicy zdarzenia byliby zatrzymani i groziłaby im odpowiedzialność karna. Po reformie sytuacja takich osób znacznie się polepszyła. Zostają wezwane przed organ, którego celem jest udzielenie im pomocy, a nie stosowanie kar²⁴.

Konsekwencją, której chciano uniknąć, było zwiększenie poziomu użycia narkotyków w społeczeństwie portugalskim. Wzrost poziomu użycia narkotyków był też argumentem przeciwników zmian. Warto zatem przyjrzeć się, czy reforma z 2001 roku wpłynęła na wzrost użycia narkotyków w Portugalii. Odpowiedź na to pytanie przynoszą raporty Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Analizując niedawno wydany raport, należy stwierdzić, że poziom użycia narkotyków w Portugalii nie odbiega znacząco od poziomu użycia narkotyków w innych państwach europejskich, w tym również tych, które stosują restrykcyjną politykę narkotykową. Jak pokazują badania EMCDDA z 2009 roku, spośród 28 państw objętych badaniem tylko 8 miało niższy poziom użycia marihuany od Portugalii. W przypadku użycia narkotyków rodzących większe ryzyko dla zdrowia konsumenta, porównanie na rzecz Portugalii wypada jeszcze korzystniej. Raport z tego samego roku pokazuje, że spośród 27 przebadanych pod kątem użycia amfetaminy i ekstazy państw, tylko cztery miały niższy poziom użycia tych substancji psychotropowych niż Portugalia²⁵.

Implikacje dla polityki narkotykowej w Polsce

Dekryminalizacja czynów po stronie popytu i przekierowanie tych spraw z sądów do Komisji Odwodzenia było w 2001 roku eksperymentem. Od tego czasu minęło 14 lat i brak jest sygnałów, żeby Portugalia zamierzała powrócić do poprzednich rozwiązań. Bo i wydaje się, że nie ma ku temu powodów. Portugalia na pewno nie stała się mekką dla narkoturystów spragnionych używania w komfortowych warunkach narkotyków. Portugalczycy w zachłyśnięciu wolnością nie rzucili się masowo do konsumpcji narkotyków. Można stwierdzić, że reforma z 2001 roku w żaden sposób nie wstrząsnęła tym państwem.

Doświadczenia portugalskie w zakresie przeciwdziałania narkomanii budziły różne reakcje w Europie. W zakresie podejścia do narkotyków Portugalia, obok takich państw jak Holandia i Czechy, zaczęła się wyróżniać na tle większości państw stosujących bezwzględnie kryminalizację czynów mających za przedmiot narkotyki. Czy Polska powinna dołączyć do wciąż wąskiej grupy państw, które poluzowały restrykcyjną politykę narkotykową? Odpowiedź na to pytanie jest złożona.

Przede wszystkim państwa są związane konwencjami ONZ regulującymi sposób, w jaki należy traktować narkotyki. Konwencje ONZ nakładają na państwa-sygnatariuszy obowiązek kryminalizacji nie tylko podaży narkotykowej, lecz także posiadania narkotyków na własny użytek. Początkowo organ ONZ International Narcotics Control Board skrytykował reformę jako naruszającą przede wszystkim zobowiązanie Portugalii do kryminalizacji posiadania narkotyków²⁶. Później jednak ONZ zmieniła swoją ocenę reformy prawa portugalskiego. Uznano, że nielegalny status posiadania, który jak wspomniano przejawia się obowiązkiem pewnej interwencji ze strony policji, jak i orzeczeniem przypadku ujawnionych narkotyków, spełnia nałożone przez konwencje ONZ zobowiązania międzynarodowe²⁷.

Chyba najważniejszą okolicznością, od której powinno się uzależniać ewentualne skorzystanie z portugalskich doświadczeń, jest poziom użycia narkotyków w tym państwie. A ten, jak już wspomniano, po wprowadzonych zmianach nie wzrósł gwałtownie. Jak pokazuje opracowanie K. Krajewskiego, mimo znacząco różnych polityk narkotykowych poziom użycia narkotyków w ostatniej dekadzie w Polsce i w Portugalii wykazuje spore podobieństwa. W opracowanej na podstawie badań European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs przez K. Krajewskiego analizie, interesująco kształtuje się też poziom oceny dostępności konopi indyjskich. W opiniach młodych Portugalczyków między 1999 a 2003 rokiem dostępność minimalnie wzrosła i od tamtego czasu utrzymuje się praktycznie na tym samym poziomie. Jest jednak znacznie mniejsza niż w Polsce. Polska restrykcyjna polityka narkotykowa nie przyniosła spodziewanego rezultatu w postaci ograniczenia dostępności narkotyków. Liczba przestępstw dotyczących produkcji, przemytu i handlu narkotykami oraz skazań za nie po 2000 roku wzrosła nieznacznie.

A dodać trzeba, że jednym z powodów penalizacji posiadania nieznacznych ilości narkotyków na własny użytek w 2000 roku w Polsce było ułatwienie w ściąganiu handlarzy narkotyków. Reforma z 2000 roku niewątpliwie wpłynęła na zwiększenie liczby skazań za posiadanie narkotyków, które od 2001 roku zaczęły dynamicznie rosnąć²⁸. Właśnie ta ostatnia kwestia diametralnie różni Polskę i Portugalię. W Portugalii bowiem sądy nie zajmują się już posiadaniem narkotyków na własny użytek. Można w tym miejscu postawić hipotezę, że w Polsce przecenia się rolę prawa karnego w powstrzymywaniu przed konsumpcją narkotyków. Zapomina się o innych powodach abstynencji lub przynajmniej rzadkiego używania narkotyków, jakimi są np. dbałość o zdrowie, zaangażowanie w rodzinę i pracę, system moralny odrzucający osiągnięcie w ten sposób przyjemności. Przykład portugalski pokazuje, że mimo braku kar, ludzie masowo nie sięgają po narkotyki.

Być może pewien poziom używania narkotyków, niezależnie od polityki narkotykowej, jest poziomem, poniżej którego nie da się znacząco zejść (co bynajmniej nie oznacza, że nie należy próbować ograniczyć konsumpcji narkotyków). Natomiast można zmniejszyć szkody związane z reakcją społeczną na konsumpcję narkotyków poprzez wycofanie prawa karnego. Zresztą wymiar sprawiedliwości nie musi być wyłączony z tego obszaru rzeczywistości społecznej. Funkcjonariusz policji jest czasem tą osobą, która pierwsza ma kontakt z użytkownikami narkotyków, zwłaszcza tymi, którzy poza problemem z używaniem narkotyków mają jeszcze inne, np. żebrzą na ulicy. Chodzi jednak o to, aby w dalszym etapie nie było prowadzone postępowanie karne, tak jak w przypadku kradzieży czy rozbojów, lecz zastosowano wpisane w politykę zdrowotną oddziaływania o charakterze leczniczym. Czy ma to zrobić nowo powołany organ, czy może istniejąca instytucja – jest kwestią do dyskusji.

W dyskusji na temat sensu powołania w Polsce organu o podobnym składzie i kompetencjach jak Komisje Odwodzenia na pewno powinno wziąć się pod uwagę koszty takiego przedsięwzięcia. Zapewnienie lokalu dla komisji i wynagrodzenia dla jej pracowników będzie stanowić poważne obciążenie dla budżetu państwa. Ponadto w Portugalii działalność komisji napotkała na pewne przeszkody – była przez niektórych użytkowników narkotyków po prostu ignorowana. Komisje

nie mają uprawnień do stosowania takich środków perswazji, jakie posiada sąd. W chwili obecnej Komisje Odwodzenia w zakresie kompetencji są władne zastosować środki dyscyplinowania użytkowników narkotyków. Trzeba jednak dostrzec fakt, iż w przypadku odmawiających leczenia i ignorujących Komisje Odwodzenia użytkowników narkotyków, komisje zamieniają się w sąd ze znacznie uboższym zakresem kar. Powołując podobny organ w Polsce, należałoby go wyposażyć w kompetencje pozwalające mu radzić sobie także w trudniejszych sprawach. Niezbędną zmianą byłaby także dekryminalizacja posiadania narkotyków. Reforma polityki narkotykowej podobna do portugalskiej miałaby sens wtedy, gdyby uwolniono użytkowników spod presji organów ściągania i przekierowano ich do organów stosujących oddziaływania z zakresu polityki zdrowotnej.

Przypisy

- H. Laqueur, „Uses and abuses of decriminalization of drug in Portugal”, *Journal of the American Bar Foundation „Law and Social Inquire”* 2014, s. 6.
- G. Greenwald, „Drug decriminalization: Lessons from Creating Fair and Successful Drug Policies”, *Cato Institute* 2009, s. 9.
- H. Laqueur, „Uses and abuses...”, s. 3.
- „Narkotyki w Portugalii. Czy dekryminalizacja się sprawdziła?”, *Monar na bajzlu*, jesień 2009, s. 34-35.
- G. Greenwald, „Drug decriminalization...”, s. 6-7.
- Tak tłumaczy K. Krajewski. Zob. K. Krajewski, „Polska i portugalska polityka narkotykowa. Próba porównania efektów”, *Serwis Informacyjny Narkomania* 3(63), s. 12.
- M. Kowalski, „Zawieszenie broni”, *Magazyn mnb*, zima 2010/2011, s. 35-36.
- 30/2000, 29 listopada 2000.
- M. Kowalski, „Zawieszenie...”, s. 34.
- A. Domośławski, „Polityka narkotykowa w Portugalii. Korzyści wynikające z dekryminalizacji używania narkotyków”, *Global Drug Policy Program*, 2011, s. 35.
- K. Krajewski, „Polska i portugalska polityka narkotykowa...”, s. 12. Podobnie w anglojęzycznej literaturze C.E. Hughes, A. Stevens, „What can we learn from Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs?”, *British Journal of Criminology* 2010 (50), s. 1001.
- G. Greenwald, „Drug decriminalization...”, s. 2-4, H. Laqueur, „Uses and abuses...”, s. 7.
- H. Laqueur, „Uses and abuses...”, s. 7, G. Greenwald, „Drug decriminalization...”, s. 2.
- H. Laqueur, „Uses and abuses...”, s. 7.
- A. Domośławski, „Polityka narkotykowa w Portugalii...”, s. 26.
- G. Greenwald, „Drug decriminalization...”, s. 5.
- G. Greenwald, „Drug decriminalization...”, s. 5.
- A. Domośławski, „Polityka narkotykowa w Portugalii...”, s. 25-28.
- A. Domośławski, „Polityka narkotykowa w Portugalii...”, s. 26.
- G. Greenwald, „Drug decriminalization...”, s. 2-3.
- A. Domośławski, „Polityka narkotykowa w Portugalii...”, s. 30.
- A. Domośławski, „Polityka narkotykowa w Portugalii...”, s. 30.
- G. Greenwald, „Drug decriminalization...”, s. 17.
- G. Greenwald, „Drug decriminalization...”, s. 16-17.
- Statistical Bulletin 2010 EMCDDA, „Life time prevalence of drug use in nationwide surveys among general population”.
- „Report of the International Narcotic Control Board for 2001”, s. 167-169.
- „World Drug Report for 2009”, s. 183.
- K. Krajewski, „Polska i portugalska polityka narkotykowa...”, s. 16-17.

Każdy, kto rozpoczyna kampanię przeciwko dopalaczom, na starcie musi stawić czoło językowi. Słowo „dopalacz” ma bowiem aurę podobną do „pokrzepiacz”, „doping”. Sugeruje, że substancja – w istocie wysoce szkodliwa – dodaje rzekomo energii i poprawia nastrój. I niewiele zmienia, jeśli w oficjalnych dokumentach wstawimy to słowo w cudzysłów.

DOPALACZE KRADNĄ ŻYCIE – KAMPANIA EDUKACYJNO-INFORMACYJNA MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I KOMENDY GŁÓWNEJ POLICJI

Filip Łobodziński

Departament Komunikacji Społecznej
Ministerstwo Spraw Wewnętrznych

Co się kryje w języku?

Przy planowaniu kampanii „Dopalacze kradną życie” przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Komendę Główną Policji pojawiło się kilka istotnych przeszkód, których pokonanie decydowało o skuteczności całej akcji. Stara prawda mówi, że same szlachetne intencje i finanse to za mało, aby planowane działanie się powiodło. Żeby kampania była skuteczna, musi przede wszystkim postawić sobie konkretne cele oraz prawidłowo zidentyfikować przeszkody, które stoją na drodze jej realizacji. W przypadku walki z dopalaczami przeszkody te są różnej natury. Jedną z podstawowych kryje się w samym języku.

Dawno już minęły czasy, gdy słowo „dopalacz” znane było stosunkowo nielicznym osobom, zainteresowanym mechaniką lotnictwa. O tym pierwotnym znaczeniu pamiętają też tylko oni. A jednak słowo „dopalacz” znają dziś niemal wszyscy. Niestety. Bo znają je w zupełnie innym kontekście.

Proceder handlu środkami psychoaktywnymi, które znajdują się poza oficjalnie znaną listą narkotyków, a mają działanie podobne, na świecie ma już sto lat. W przestrzeni publicznej dopalacze zaistniały w latach 70. ubiegłego wieku, ale zdecydowany rozwój branży datuje się od kolejnej dekady. To wtedy wytwórcy zaczęli eksperymentować z modyfikacjami istniejących i nielegalnych narkotyków bądź też z ich mieszkankami. Rozprowadzane produkty miały wywoływać efekty analogiczne do skutków zażycia typowych narkotyków, ale zarazem skrywać swoją mroczną stronę pod płaszczykiem substytutów diety bądź substancji

pozornie zupełnie nieprzeznaczonych do zażywania. Jednak prawdziwa eksplozja ich popularności nastąpiła wraz z masowym handlem internetowym, a więc na przełomie tysiącleci. W Polsce zjawisko to wybuchło niewiele później. Obecnie dilerka odbywa się zarówno w sieci, jak i w realu. Obcojęzyczne odpowiedniki „dopalaczy”, środków psychoaktywnych, można określić jako eufemizmy, chłodno definiujące typ produktu – narkotyki sztuczne (*designer drugs*, *Designerdroge*, *дизайнерские наркотики*), nowe produkty syntetyczne (*nouveaux produits de synthèse*). Oczywiście funkcjonują też określenia potoczne, np. *party pills* (pigułki imprezowe) bądź *herbal highs* (ziołowe odloty), terminy będące w obiegu także w Polsce. Jednak w wyszukiwarkach wyraźnie i często pojawiają się powyższe nazwy oficjalnie. Ten żargon skrywa istotę działania owych substancji niemal równie dobrze, jak widniejące na ich opakowaniach sugestie dotyczące zastosowania. „Sól do kąpieli”, „minerał do roślin”, „kadzidelko”, „nawilżacz powietrza”, „klej” czy „przedmiot kolekcjonerski” (do „kolekcjonowania przez nos”, jak był uprzejmy powiedzieć kilka lat temu w wywiadzie telewizyjnym jeden ze sprzedawców) – to tylko niektóre z najpopularniejszych. Perfidie potęguje fakt, że na opakowaniach dopalaczy widnieje z reguły absolutnie mylący napis „produkt nie jest przeznaczony do spożycia”, co producentom i sprzedawcom pozwala umyć ręce, bo przecież „zastrzegali”. Tymczasem powszechna wiedza w tym środowisku – wśród sprzedających i kupujących – jest taka, że produkt służy wyłącznie spożyciu, choć drogi przyswajania przez organizm są bardzo różne.

Co innego jednak niedopowiedzenia, a co innego zaś jawna perswazja. O tym, że branża narkotykowa jest na całym świecie nieustannie o krok przed ustawodawcą i wymiarem sprawiedliwości, wiadomo. Jest to związane przede wszystkim z koniecznością ścisłego określenia substancji zakazanych – a nowe (choć często ze starych komponentów) pojawiają się niemal bez przerwy. Polskę jednak inwazja syntetycznych substancji psychoaktywnych zaskoczyła do tego stopnia, że nawet nie zdążyliśmy „oswoić” problemu jakąś oficjalną, techniczną nazwą. Wprawdzie od pewnego czasu stosuje się termin „nowe substancje psychoaktywne”, ale żeby każdy zrozumiał, o czym mowa, trzeba użyć określenia „dopalacze”. Polska Wikipedia, owszem, zaznacza w definicji, że to zbiorcza „**potoczna** [wyróżnienie autora] nazwa różnego rodzaju produktów” itd., jednak pomimo owej „potoczności” nazwa weszła do języka oficjalnego. Gdy pięć lat temu ówczesny premier Donald Tusk ogłaszał walkę, „nawet na granicy prawa”, z rzezonymi substancjami i ich sprzedawcami, musiał posłużyć się słowem „dopalacze”, by dotrzeć do szerokiego odbiorcy. To szczególnie sytuacja komunikacyjna, bo walcząc z nadużywaniem alkoholu lub nikotynizmem, urzędnicy nie mówią przecież „gorzała” ani „szlugi”.

A dlaczego ma to takie znaczenie? Przyjrzyjmy się samemu słowu „dopalacz”. Zostało ono zapożyczone z dziedziny fizyki i mechaniki, gdzie oznacza urządzenia powodujące przyrost mocy silnika samolotowego bądź samochodowego, przy maksymalnym wykorzystaniu właściwości energetycznych paliwa i nierzadko przy obniżaniu toksyczności wydalanych spalin. Pierwotny więc ma znaczenie w pełni pozytywne. Dopalacz pozwala na lepsze osiągi, podnosi walory pojazdu, dodaje energii.

Zatem sytuację, gdy substancje wysoce szkodliwe dla zdrowia, a nawet życia, są powszechnie określane tak korzystnym terminem – należy uznać za porażkę. Na zmianę tego stanu jest już za późno. Obudziliśmy się w świecie, gdzie nierozpoznane wcześniej zagrożenie funkcjonuje i ma się świetnie, a na dodatek jesteśmy zmuszeni nazywać je w sposób emocjonalnie dodatni. Słowo „dopalacz” ma bowiem aurę podobną do „pokrzepiacz”, „doping”. Sugeruje, że substancja – de facto naprawdę wysoce szkodliwa – dodaje rzekomo energii i poprawia nastrój. I niewiele zmienia, jeśli w oficjalnych dokumentach wstawimy nasze słowo w cudzysłów. Ono i tak zabrzmi, przebijając się wraz ze swą głęboką zawartością semantyczną.

To pierwsza, rzadko uświadamiana bariera, na którą napotyka każdy, kto rozpoczyna kampanię przeciwko dopalaczom. Na starcie bowiem musi stawić czoło samemu językowi i dodatkowo odwrócić znaczenie słowa, przystawić mu lustro jak bazyliżkowi. Zdemaskować je. Inaczej niż z techniczno-obojętnymi „narkotykami” lub otwarciem pejoratywnymi „uzależnieniami”.

Ta bariera może być utrudnieniem, ale podsuwa też pewne pomysły kreacyjne pod kątem kampanii. Oto można bowiem odnieść się do rzekomo pozytywnego działania dopalaczy i obnażyć stojące za nim groźne oszustwo. Stąd wzięły się hasła kampanii i działań prowadzonych w regionalnych ośrodkach pod auspicjami Policji: „Dopalacze mogą wypalić” (KWP we Wrocławiu) czy „Dopalacze oferta śmierci” (KMP w Elblągu). Stąd też mocne hasło koordynowanej przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych kampanii, które powstało w środowisku młodzieżowym, zgrupowanym w ramach policyjnego programu „Profilaktyka a Ty” – „Dopalacze kradną życie”.

Inspiracją do jego powstania było przekonanie autorów, że wszelkie substancje odurzające – przede wszystkim alkohol i narkotyki – mają wspólną cechę: celem ich dobrowolnego przyjmowania jest sztuczne poprawienie samooceny, wytworzenie fałszywego przekonania, że zażywający jest lepszy, przystojniejszy, silniejszy i weselszy niż w rzeczywistości. Efekt działania dopalacza – krótkotrwałą euforię – szybko zastępuje jednak objawami ciężkiego, nierzadko śmiertelnego zatrucia. Tym samym pozbawia delikwenta możliwości korzystania z życia. „Kradnie życie”.

Niska świadomość

Pozostałe dwie bariery dotyczą warstwy samego przekazu oraz jego formy. Pierwsza została zidentyfikowana jako wciąż niska świadomość tego, czym naprawdę są dopalacze i jak dewastujące dla organizmu i psychiki konsekwencje ma ich używanie. Nieświadomość ta dotyczy zarówno młodzież, będącą na celowniku handlarzy substancjami psychoaktywnymi, jak i rodziców i nauczycieli. Dlatego przekaz musi być kompleksowy, obejmować treści edukacyjne i uświadamiające, przekazane sugestywnie, obrazowo i zarazem kompetentnie, przy tym w sposób zróżnicowany, w zależności od grupy odbiorców. Inaczej komunikujemy się z młodzieżą, inaczej z jej opiekunami. Najważniejsza grupa docelowa to oczywiście młodzież, która z racji dużego popytu na nowe doznania i owoce

zakazane bywa szczególnie podatna na uleganie tym, którzy chcą jej sprzedać dopalacze. Skąd młodzi czerpią wiedzę o dopalaczach? Najczęściej z internetu. Tam też odbywa się gros transakcji sprzedaży–kupna. Zatem wiedza o prawdziwym obliczu nowych substancji psychoaktywnych jest często wycinkowa i skoncentrowana jedynie na obietnicach, pozyskiwana z przekazów o charakterze perswazyjnym, nakłaniającym do używania dopalaczy.

Komunikacja antydopalaczowa musi zatem działać w sposób co najmniej równie wyrazisty, konkretny i poglądowy. Nie może operować wyłącznie językiem znanym z ulotek dołączanych do leków aptecznych: „mogą wystąpić objawy...”, „niekiedy dochodzi do...” itp. Współtwórcom kampanii „Dopalacze kradną życie” zależało na mocnym uderzeniu, ale zarazem w pełni zgodnym z rzeczywistością.

W przypadku spotu „Taki z ciebie Mocarz” było to o tyle łatwiejsze, że złowroga rzeczywistość sama podsunęła główny przekaz fabularny: kompletna utrata kontroli nad sobą, wreszcie utrata życia. Kreacja również była niezwykle sugestywna, wytwarzała świadomie nieprzyjemne, opresyjne wrażenie w kontekście tytułowego dopalacza. Tytuł i finałowe hasło to także, całkiem zresztą udana, próba zagrania ironią, odbicia się od pozytywnej w przekazie nazwy handlowej środka psychoaktywnego. Środka, przypomnijmy, który swe ofiary posłał do grobu.

Obok z konieczności lapidarnego, skrótowego, półminutowego spotu, pod szyldem „Dopalacze kradną życie” wyprodukowano także ulotki, broszury i inne materiały edukacyjne. Ich forma pozwala na szersze i głębsze potraktowanie tematu. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii opracowało i wydało drugą edycję publikacji pod nazwą „Nowe narkotyki – dopalacze. Informator dla rodziców, nauczycieli i pedagogów”. Publikacja ta w czytelny, poglądowy i zrozumiały sposób wyjaśnia istotę zagadnienia od A do Z, a więc: co to są dopalacze, jakie przyjmują formy, jak są sprzedawane, jak działają i dlaczego są tak groźne, co na ich temat mówi prawo, wreszcie – jak reagować, gdy zetkniemy się z ofiarą dopalacza i gdzie szukać pomocy.

Ponieważ to ostatnie w dramatycznej chwili ma szczególne znaczenie, twórcy akcji „Dopalacze kradną życie” prezentują numery infolinii i telefonów alarmowych w środkach komunikacji miejskiej. Informacje o akcji, o tym, jak można poszerzyć wiedzę i gdzie szukać ratunku, znalazły się także w części warszawskich taksówek.

Pobocznym, ale nie mniej istotnym elementem poszerzania rzetelnej wiedzy na temat działania dopalaczy jest ogłoszony w końcu lipca 2015 roku konkurs dla organizacji pozarządowych na ogólnopolskie zadanie publiczne o charakterze informacyjno-edukacyjnym, z naciskiem na media społecznościowe. Scenariusz ma skupiać się zarówno na ilustracji skutków zażycia dopalaczy, jak i na metodach postępowania otoczenia wobec ofiary, wreszcie na profilaktyce. Termin składania ofert minął 19 sierpnia, rozstrzygnięcie wkrótce.

Drugie zadanie – z pewnością nie mniej trudne do wykonania – to skuteczność dotarcia do grup docelowych. Te bowiem, w szczególności ofiary dopalaczy (potencjalne i nie tylko), mogą z daleko posuniętą rezerwą lub wręcz wrogością reagować na komunikaty wysyłane przez tzw. czynniki oficjalne – Policję, instytucje rządowe, nawet środowisko lekarskie. Z tego powodu forma przekazu musi być – szczególnie dla młodego odbiorcy:

- atrakcyjna, by zwrócił na nią uwagę;
- wiarygodna, czyli komunikowana przez osoby, które pozostają w jego kręgu słyszalności;
- rozpowszechniana kanałami, z których młodzież najczęściej korzysta.

Zagadnienie to jest bardzo złożone. Rzecz bowiem zarówno w samym przekazie, jak i sposobie jego transmitowania.

Kto komunikuje i gdzie?

Jednym z najistotniejszych elementów kampanii „Dopalacze kradną życie” jest nadanie funkcji twórcy/nadawcy osobom, które mogą być autorytetami dla potencjalnych ofiar groźnych substancji psychoaktywnych. Z jednej strony pojawiła się więc – częsta w przypadku akcji społecznych – rola ambasadorów. Przyjęli ją gwiazdor koszykówki Marcin Gortat (nie pierwszy raz angażuje się w działania antydopalaczowe) i animator kultury, działacz charytatywny Jerzy Owsiak. Od razu na początku kampanii zdjęcia z jej hasłem zrobili sobie dziennikarka telewizyjna Anna Popek i piłkarze drużyny Podbeskidzie. Z drugiej – i to ma równie fundamentalne znaczenie – wspomniany spot „Taki z ciebie Mocarz” został przygotowany i zrealizowany przez wolontariuszy programu „Profilaktyka a Ty”. Fakt, że program działa pod auspicjami Komendy Głównej Policji, a więc instytucji wśród części młodzieży kontrowersyjnej, nie stał się odium dla samego filmu. O ile bowiem poprzednie spoty, przygotowane m.in. przez Głównego Inspektora Sanitarnego, wywołały

w internecie falę krytyki i drwin, o tyle ocena Mocarza jest w znacznej mierze bardzo pozytywna. Wynika to z faktu, że występujące w filmie osoby nie zachowują się sztucznie, a bardzo oszczędny dialog wypada również naturalnie. Nie mogło być zresztą inaczej, skoro twórcy wywodzą się z tej samej grupy społecznej, do której spot jest adresowany.

Na pozytywny odbiór spotu wpłynęła także rozpowszechniona prawdziwa informacja, że został przygotowany i zrealizowany całkowicie za darmo – kosztował jedynie montaż.

Skuteczność to nie tylko kwestia, kto komunikuje, ale również – gdzie. Kampania „Dopalacze kradną życie” korzysta ze wszystkich popularnych mediów – nie tylko tradycyjnych (papierowych i elektronicznych), ale także z mechanizmu rozchodzącej się fali, typowego dla portali i narzędzi społecznościowych (YouTube, Twitter, Facebook, Instagram itd.). Dla przykładu – w pierwszym tygodniu funkcjonowaniu profilu „Dopalacze kradną życie” na Twitterze miał on już ponad 200 fanów, na znacznie popularniejszym FB – ponad 5000 fanów. Liczby te należy znacznie pomnożyć, gdy podliczymy kliknięcia, interakcje, udostępnienia itp.

Nie zapominamy też o kanałach bardziej tradycyjnych. Dla przykładu – spot został przekazany do kin do wyświetlania przed seansami. Ma to znaczenie nie tylko przy widowni młodzieżowej, ale i rodzinnej. Pozytywnie zareagowały już kina w Sosnowcu i Ostrowi Mazowieckiej, a na tym z pewnością nie koniec.

Marketing wirusowy

Jednym z najefektywniejszych sposobów szerokiego docierania na zasadzie „podaj dalej” jest technika tzw. marketingu wirusowego, działającego dzięki dzieleniu się komunikowaną treścią przez jednych odbiorców z następnymi. Stąd pomysł zapożyczony z akcji „Ice Bucket Challenge”, namawiający adresatów: „Masz 10 sekund, by pokazać nam swoją pasję! Jeśli uważasz tak jak my, że «dopalacze kradną życie», powiedz to na końcu filmu i nominuj 3-5 osób”. Akcja społecznościowa pod sztandarem „PaT Life’s Challenge”, rozwijana od końca lipca 2015 roku poprzez Facebook, stopniowo nabiera impetu. Przy tego rodzaju kampaniach, o ogólnopolskim zasięgu, wymagających zestrojenia wielu przedsięwzięć, wielu inicjatyw – w dużej mierze oddolnych – i całej palety zastosowanych mediów, niebagatelne znaczenie ma prawidłowa

koordynacja. Głównym patronem kampanii „Dopalacze kradną życie” jest Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Dlatego to w jego murach 29 lipca 2015 roku kampania została oficjalnie zainicjowana poprzez podpisanie Paktu Społecznego Przeciwko Dopalaczom i stosownej deklaracji. Na zaproszenie minister Teresy Piotrowskiej w inauguracji wzięli udział m.in. premier Ewa Kopacz, ministrowie Borys Budka, Andrzej Halicki i Marian Zembala, przedstawiciele Ministerstwa Edukacji Narodowej, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Komendanta Głównego Policji. Akcję wsparli dodatkowo m.in.: Rzecznik Praw Dziecka, Związek Harcerstwa Polskiego, Polskie Radio, TVP, Miasto Stołeczne Warszawa, Główny Inspektor Sanitarny, ks. Arkadiusz Nowak, Onet.pl, Rządowe Centrum Bezpieczeństwa oraz sprofilowana uczelnia Pedagogium. Polskie Radio zresztą nie porzuciło na sygnowaniu Paktu, a zaangażowało się także w produkcję i emisję trzech spotów radiowych bezpośrednio związanych z kampanią „Dopalacze kradną życie”.

Istotna jest też ogólnodostępna wiedza o coraz większym zasięgu kampanii. Dlatego opracowana została interaktywna mapa społecznych i instytucjonalnych inicjatyw antidopalaczowych, która pokazuje, gdzie i jakie działania są planowane lub już realizowane. A trzeba przyznać, że są to przykłady najrozmaitsze – ulotki, plakaty, zdjęcia, filmy, działania teatralne, konkursy, spotkania informacyjno-edukacyjne, publikacje, integracyjne imprezy sportowe i artystyczne, akcje wiralowe, piosenki itp.

Inicjatywa „Dopalacze kradną życie” nie jest jedyną akcją przedsięwziętą w walce przeciwko nowym substancjom psychoaktywnym. Jest jednak pierwszą na szeroką skalę skoordynowaną kampanią, która łączy wiele środowisk i sposobów komunikowania, polegającą w równej mierze na działaniach zaplanowanych i realizowanych odgórnie przez instytucje publiczne, jak i na wszelkiego rodzaju przedsięwzięciach inicjowanych oddolnie, przez lokalne i regionalne społeczności, firmy i osoby prywatne. Ma ona na celu, co podkreślało wielu sygnatariuszy Paktu Społecznego, przede wszystkim edukację i informację, a nie formułowanie zakazów czy nakazów. Dlatego tak ogromna rola programu „Profilaktyka a Ty”, której istotą działania jest komunikacja pozytywna, promowanie postaw pożądanych, epatowanie przede wszystkim tym, co w życiu dobre i cenne – komunikacja oparta na słowie „tak”. Gdy bowiem wypowiemy „tak” dla życia i piękna, gdy zrobimy to w sposób przekonujący, powszechny i donośny, tym samym łatwiej powiemy „nie” dopalaczom.

Głównym tematem konferencji dla przedstawicieli samorządu, która odbyła się w dniach 10-11 czerwca tego roku, były minimalne standardy jakości w redukcji popytu na narkotyki. Zostały one opracowane w trakcie włoskiej i łotewskiej prezydencji w Unii Europejskiej na przełomie 2014 i 2015 roku.

STANDARDY JAKOŚCI I „DOPALACZE” NA MIĘDZYNARODOWEJ KONFERENCJI W WARSZAWIE

W konferencji udział wzięło blisko 150 osób z 10 państw, które w czasie dwudniowego spotkania zapoznały się z ponad 20 prezentacjami, z czego połowę przygotowali zagraniczni eksperci z Holandii, Austrii, Wielkiej Brytanii, Łotwy, Belgii oraz Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA). Od 2008 roku co roku Krajowe Biuro organizuje ogólnopolską konferencję dla jednostek samorządu terytorialnego. Ostatnie trzy miały charakter międzynarodowy i były realizowane we współpracy z Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej.

Pierwsza sesja tegorocznej konferencji miała na celu przedstawienie najnowszych badań i raportów dotyczących uzależnień. Dr Alessandro Pirona z EMCDDA zaprezentował Europejski Raport Narkotykowy EMCDDA 2015. Stanowił on analizę takich zagadnień, jak: podaż narkotyków, ich używanie oraz związane z tym problemy zdrowotne i społeczne, reakcje na problemy narkotykowe oraz prowadzenie polityki antynarkotykowej w Europie.

Przedstawicielki Fundacji CBOS, Jolanta Kalka i Magdalena Gwiazda, oraz Artur Malczewski z Centrum Informacji KBPN omówili wyniki badania „Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych”. Informacje na temat minimalnych standardów przedstawiła osoba odpowiedzialna za ich opracowanie w trakcie łotewskiej prezydencji, Agnese Zile-Veisberga (Krajowy Koordynator ds. Narkotyków z Łotwy). Minimalne standardy zostaną wydane jako konkluzje Rady Europejskiej jesienią 2015 roku.

Wśród prelegentów konferencji byli również m.in. koordynatorzy projektu Europejskich Standardów w Profilaktyce Uzależnień – prof. Harry Sumnall

z Wielkiej Brytanii i Angelina Brotherhood z Austrii. Jedną z sesji podczas konferencji dotyczyła kwestii związanych z marihuaną. Dr Jean-Paul Grund (autor publikacji „Coffe shops i kompromis”) omówił założenia polityki narkotykowej w Holandii. Dużym zainteresowaniem cieszyła się sesja dotycząca „dopalaczy”. Pierwszy prelegent, prof. Harry Sumnall z Brytyjskiego Komitetu Doradczego do Spraw Nadużywania Narkotyków (ang. *UK Advisory Council on the Misuse of Drugs*), przedstawił pogląd, że w przypadku „dopalaczy” nie warto stosować działań z zakresu profilaktyki uniwersalnej wobec użytkowników NSP, ponieważ zbyt mało osób na tym skorzysta. W jego opinii bardziej zasadne jest stosowanie bardziej selektywnych i ukierunkowanych form redukcji popytu adresowanych do konkretnych grup.

Prof. Piotr Sałustowicz z Uniwersytetu SWPS przedstawił wybrane wyniki projektu I-TREND (finansowanego przez Dyrektoriat Generalny ds. Sprawiedliwości Komisji Europejskiej) dotyczące nowych substancji psychoaktywnych. Wyniki badania on-line pokazały, że prawie połowa użytkowników „dopalaczy” w Polsce nie wiedziała, jaką dokładnie substancję zażyła ostatnim razem. Respondenci raczej używali „dopalaczy” w domu w towarzystwie znajomych. Większość nowych substancji psychoaktywnych zażywana była w celu interakcji z innymi i socjalizacji, odurzenia oraz z chęci zrelaksowania się; w przypadku halucynogenów również w celu zmiany percepcji. Prawie połowa respondentów przyznawała się do odczuwania negatywnych efektów ubocznych po zażyciu „dopalaczy”, głównie agresji, trudności z oddychaniem i duszności, bólu mięśni i skurczy, szczykościsku oraz przegrzania. Badania zostały przeprowadzone w Polsce w drugiej połowie 2014 roku na próbie ponad 1100 użytkowników „dopalaczy”.

Dr Jean-Paul Grund z Uniwersytetu w Utrechcie odniósł się w swojej prezentacji do „dopalaczy” w internecie. Użytkownicy i sprzedawcy narkotyków oraz „dopalaczy” w internecie będą nadal tworzyli grupę pierwszych beneficjentów (ang. *early adopters*) postępu technologicznego, który radykalnie zmienia środowisko użytkowników narkotyków, handel i produkcję narkotyków oraz „dopalaczy”. Służby odpowiedzialne za profilaktykę narkomanii i redukcję szkód stoją przed dużym wyzwaniem w zakresie ich instytucjonalnego funkcjonowania. Przystawianie nowych rozwiązań IT odgrywa kluczową rolę w skutecznym komunikowaniu się z użytkownikami NSP oraz dostarczaniu tym osobom aktualnych informacji z zakresu redukcji szkód. Michał Kidawa z Centrum Informacji KBPN odniósł się w swoim wystąpieniu do sytuacji w Polsce dotyczącej „dopalaczy”. Wynikiem konferencji było wypracowanie wniosków dotyczących wdrażania minimalnych standardów, które zostały przedstawione na Grupie Roboczej ds. Narkotyków w Brukseli przez dyrektora KBPN Piotra Jabłońskiego w lipcu 2015 roku. Minimalne Standardy oraz Europejskie Standardy w Profilaktyce mogą być wsparciem dla osób zajmujących się redukcją popytu na narkotyki. Wymagają one jednak współpracy ze strony praktyków w ich wdrażaniu, w szczególności na poziomach krajowych. Głównym wyzwaniem w promowaniu jakości w redukcji popytu jest kwestia wspierania specjalistów w korzystaniu i wdrażaniu

standardów jakości w praktyce. W tym celu mogą być przygotowane kolejne dokumenty na poziomie krajowym lub regionalnym w oparciu o konsensus ze specjalistami pracującymi w tym obszarze. Istnienie standardów nie zawsze przekłada się na politykę czy praktykę. Ich wykorzystanie może być na niskim poziomie, nawet jeśli świadomość ich wartości i zgoda na nie wśród grupy docelowej była wysoka. Standardy, które są zrozumiałe, łatwe do wdrożenia i nie wymagają zbyt wielu zasobów, mają większą szansę stosowania. Nie mniej istotne jest to, aby były one w czytelny sposób oparte na dowodach naukowych. Ponadto powinny im towarzyszyć strategie wdrożeniowe. Bardzo ważnym elementem we wdrażaniu minimalnych standardów w redukcji popytu wydaje się zbudowanie krajowego konsensusu w odniesieniu do tego procesu. Obecnie dzieje się to w Belgii. Minimalne standardy będą wdrażane w postaci szerokich konsultacji ze specjalistami w formie grup fokusowych oraz badań on-line. Warto podkreślić, że minimalne standardy są dokumentem pokazującym ważne dla Europy wartości, jak to, że np. interwencje muszą być dopasowane i realizowane w zgodzie z zasadami etycznymi, z poszanowaniem praw człowieka, zasady poufności i różnic kulturowych. Będą zatem nie tylko dokumentem do dalszego wykorzystania przez praktyków, ale mogą być traktowane jako deklaracja polityczna Unii Europejskiej.

Redakcja

OTWARTY KONKURS OFERT NA REALIZACJĘ W 2016 ROKU ZADAŃ Z ZAKRESU PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, zgodnie z zarządzeniem nr 8/2015 z dnia 7 września 2015 roku, ogłasza **otwarty konkurs ofert na realizację w 2016 roku zadań w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom i patologiom społecznym w dziedzinie narkomanii.**

W konkursie mogą uczestniczyć organizacje pozarządowe niedziałające w celu osiągnięcia zysku, tj. podmioty wymienione w art. 3 ust. 2 Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w tym stowarzyszenia, fundacje oraz osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, jeżeli ich cele statutowe obejmują prowadzenie działalności pożytku publicznego.

Termin składania ofert upływa dnia **30 września 2015 roku o godz. 17.00.**

Postępowanie konkursowe będzie prowadzone w terminie od 7 września 2015 roku do 30 listopada 2015 roku. Ogłoszenie o wynikach konkursu zostanie zamieszczone w terminie do dnia **30 listopada 2015 roku** na stronie Krajowego Biura, w jego siedzibie oraz w Biuletynie Informacji Publicznej.

Szczegółowa informacja na temat konkursu została opublikowana na stronie www.kbpn.gov.pl.

Opracowanie standardów redukcji popytu na narkotyki nie jest łatwym zadaniem, nie tylko dlatego, że standardy te obejmują wiele obszarów, ale również dlatego, że obraz problemu narkotykowego stale się zmienia – jest inny nie tylko na poziomie krajowym czy regionalnym, ale nawet poszczególnych miast. Dlatego na poziomie europejskim można mówić wyłącznie o standardach minimalnych.

MINIMALNE STANDARDY UNII EUROPEJSKIEJ W REDUKCJI POPYTU NA NARKOTYKI

Agnese Zile-Veisberga

Krajowy Koordynator ds. Narkotyków

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych Łotwy

Artur Malczewski

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

W codziennym życiu istotną rolę odgrywa zapotrzebowanie na odpowiedniej jakości produkty i usługi, począwszy od bezpiecznych i ergonomicznych domów, po proszek do prania i wizyty u fryzjera. Termin „jakość” niesie inne znaczenie dla przedsiębiorców, zwykłych klientów czy producentów, jednak ogólnie rzecz biorąc, można powiedzieć, że jakość określa charakterystyczne cechy danej rzeczy lub osoby. Przy opisywaniu określonych produktów lub usług wiąże się z nimi pewien stopień doskonałości.

Standardy to szereg środków i działań wykorzystywanych do zapewnienia odpowiedniej jakości. Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna (*International Organization of Standardization*) definiuje standardy jako dokumenty określające wymagania, specyfikacje, wytyczne i cechy charakterystyczne, które mogą być spójnie wykorzystywane do tego, aby materiały, produkty, procesy i usługi były odpowiednie do danego celu.

Standardy jakości w redukcji popytu na narkotyki

Ograniczanie popytu na narkotyki obejmuje szereg obszarów z dziedziny zdrowia publicznego, takich jak zapobieganie, interwencja na wczesnym etapie, leczenie, rehabilitacja, reintegracja społeczna, jak również ograniczanie ryzyka i szkód. Jest to dziedzina ściśle powiązana z systemami opieki zdrowotnej w każdym

kraju. Standardy jakości w redukcji popytu na narkotyki zapewniają, że wszystkie te działania i usługi są dostosowane i świadczone zgodnie z potrzebami grupy docelowej oraz że osiągają pożądaną skuteczną, np. ograniczenie zażywania narkotyków w grupie ryzyka, ograniczenie chorób zakaźnych wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji itd.

Chociaż standardy nie są panaceum na wszystkie problemy związane z narkomanią, mogą one stanowić użyteczne narzędzie przy opracowywaniu i wdrażaniu skutecznych programów. Niewątpliwie warunkiem koniecznym dla opracowania takich standardów jest analiza dotychczasowych doświadczeń i najlepszych praktyk, jak również obserwacja realizacji określonych działań. Środki te mogą przyczynić się do zapewnienia skuteczności i efektywności prowadzonych działań. Ponadto wdrożenie standardów może ograniczyć ryzyko szkodliwej interwencji, w szczególności biorąc pod uwagę fakt, że wiele programów ograniczania narkomanii ma na celu zmianę nastawienia i zachowania grupy docelowej, lub mówiąc prościej, pracę „na umysłach ludzi”.

Należy również podkreślić, że w ramach działań mających na celu redukcję użycia narkotyków w wielu krajach coraz istotniejsze stają się aspekty ekonomiczne, co oznacza, że poza osiągnięciem pożądanego wyniku, bardzo istotne jest jak najefektywniejsze kosztowo ich osiągnięcie, a w takiej sytuacji szereg standardów może odgrywać bardzo istotną rolę. Na przykład wprowadze-

nie określonych standardami selektywnych środków profilaktycznych wśród młodocianych z grupy ryzyka sprawi, że wymagania takiej interwencji zostaną spełnione, zostaną zaangażowani profesjonaliści, proces takiej interwencji będzie monitorowany, a wyniki rozpowszechniane, innymi słowy, realizacja wszystkich tych kroków znacząco ograniczy ryzyko marnowania środków finansowych na nieskuteczną interwencję. Opracowanie standardów redukcji popytu na narkotyki nie jest łatwym zadaniem, nie tylko dlatego, że standardy te obejmują wiele obszarów, ale również dlatego, że obraz problemu narkotykowego stale się zmienia i jest inny nie tylko na poziomie krajowym czy regionalnym, ale nawet poszczególnych miast. Zatem unijne standardy muszą być szersze i całościowe, aby zagwarantować ich dopasowanie do wielorakich problemów związanych z narkotykami istniejących w różnych krajach, a nawet regionach, dlatego na poziomie europejskim można mówić wyłącznie o standardach minimalnych.

Opracowanie minimalnych standardów jakości

Tworzenie standardów jakości w UE w zakresie redukcji popytu na narkotyki ma długą i bogatą historię. Od kilku dekad kraje wdrażają działania interwencyjne, programy i projekty, których celem jest reagowanie na problemy związane z narkotykami poprzez skuteczne zapobieganie, leczenie i redukcję powiązanego z nimi ryzyka i szkód. Poszczególne kraje opracowały własne technologie, wytyczne i kryteria jakościowe, w celu zapewnienia możliwie największej efektywności i wydajności działań i usług interwencyjnych. Jednym z przykładów dość szczegółowych standardów krajowych mogą być np. Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce, które są zaleceniami Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego.

W ciągu ostatnich kilku lat kwestia wytycznych lub standardów w zakresie redukcji popytu na narkotyki zyskała na znaczeniu również na poziomie międzynarodowym

i opublikowanych zostało szereg międzynarodowych wytycznych i standardów, na przykład w roku 2008 WHO opublikowała „Wytyczne kierunkowe dla skoordynowanych programów HIV i gruźlicy skierowanych do osób używających narkotyków również iniekcyjnie” (Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users), w roku 2012 UNODC opublikowała dokument „Treatnet: Standardy leczenia uzależnień od narkotyków i powiązanych usług” (*Standards for drug dependence treatment and care service*); w roku 2013 UNODC opublikowała wyniki systematycznego przeglądu dotyczącego „Standardów zapobiegania narkomanii” (*Standards for Drug Prevention*), zaktualizowanego w roku 2015.

Ideę minimalnych standardów w redukcji popytu na narkotyki na poziomie Unii Europejskiej wzmocniono

przy opracowaniu i wdrożeniu Europejskiego planu działania w zakresie narkotyków na lata 2009–2012. Działanie 17. obejmowało opracowanie i wdrożenie wytycznych w zakresie dobrych praktyk/standardów zapobiegania, leczenia, ograniczania szkód, jak również działań i usług odwykowych. Uzgodniono, że standardy takie promowałyby wysoką jakość działań w krajach członkowskich UE, jak również w krajach trzecich i innych regionach jako europejska flagowa strategia oparta na faktach.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) zgromadziło już

wiele danych na temat doświadczeń w przedmiotowym zakresie z krajów członkowskich UE. Ponadto Uniwersytet w Liverpoolu wdrożył projekt „Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków” (EDPQS).

W ramach Planu Działań UE w zakresie narkotyków, Komisja Europejska sfinansowała Projekt EQUUS – „Minimalne standardy jakości w redukcji popytu na narkotyki”. Powyższy projekt realizowany był przez Szwajcarski Instytut ds. Zdrowia Publicznego i Uzależnień Uniwersytetu w Zurichu (ISGF). Jego wyniki zostały uwzględnione przy przygotowywaniu euro-

Ważnym krokiem w upowszechnianiu standardów powinno być nakreślenie działań mających na celu ich promowanie. Do tego potrzebni będą praktycy, ale również niezbędne są kroki na szczeblu politycznym. Zaplanowanie na poziomie europejskim środków finansowych na implementację standardów będzie stanowić na pewno wsparcie dla tych działań.

Minimalne standardy UE w redukcji popytu na narkotyki

I. Profilaktyka

- Działania profilaktyczne (środowiskowe, uniwersalne, selektywne i wskazujące) skierowane są do ogółu populacji, do grup społecznych zagrożonych ryzykiem wystąpienia problemów związanych z nadużywaniem substancji oraz do grup społecznych/osób z rozpoznanymi problemami w tym zakresie. Celem tych działań może być zapobieganie, odsuwanie w czasie oraz redukcja zażywania narkotyków, jego eskalacji i/lub jego negatywnych konsekwencji w ogóle społeczeństwa i/lub podgrupach społecznych; działania te bazują na ocenie i są dostosowane do potrzeb grup docelowych.
- Osoby odpowiedzialne za opracowanie działań profilaktycznych posiadają kompetencje i wiedzę specjalistyczną w zakresie zasad zapobiegania, teorii i praktyki, oraz są wyszkolonymi i/lub wyspecjalizowanymi ekspertami cieszącymi się wsparciem instytucji publicznych (instytucji społecznych, ochrony zdrowia i socjalnych) lub pracującymi dla akredytowanych i uznanych instytucji lub organizacji pozarządowych.
- Osoby wdrażające działania profilaktyczne mają dostęp i opierają się na dostępnych programach bazujących na obiektywnych danych i/lub na kryteriach jakościowych dostępnych na poziomie lokalnym, krajowym i międzynarodowym.
- Działania profilaktyczne stanowią część spójnego długofalowego planu zapobiegania, są odpowiednio monitorowane na bieżąco, co pozwala na wprowadzanie niezbędnych korekt, są poddawane ocenie, a wyniki są rozpowszechniane, aby umożliwić korzystanie z nowych doświadczeń.

II. Redukcja ryzyka i szkód

- Działania w zakresie redukcji ryzyka i szkód, w tym między innymi działania związane z chorobami zakaźnymi i śmiercią w wyniku zażycia narkotyków, mają realistyczne cele, są szeroko dostępne i dostosowane do potrzeb grup docelowych.
- Odpowiednie działania interwencyjne, informacyjne i ostrzegające są oferowane zgodnie z charakterystyką i potrzebami użytkowników usług, bez względu na ich stan leczenia.
- Interwencje są dostępne dla wszystkich osób potrzebujących, również w sytuacjach podwyższonego ryzyka.
- Interwencje bazują na dostępnych, obiektywnych danych naukowych i doświadczeniu oraz są realizowane przez wykwalifikowanych i/lub wyszkolonych pracowników (w tym wolontariuszy), którzy stale rozwijają swoje kwalifikacje zawodowe.

III. Leczenie

- Odpowiednie leczenie oparte na obiektywnych danych jest dostosowane do charakterystyki i potrzeb usługobiorców i szanuje godność, odpowiedzialność i gotowość na zmianę danej osoby.
- Leczenie jest dostępne dla wszystkich zgłaszających się osób potrzebujących i nie jest ograniczone charakterystyką osobową ani społeczną, bądź okolicznościami, czy też brakiem zasobów finansowych osób korzystających z tych usług. Leczenie jest realizowane w uzasadnionych terminach i w kontekście ciągłości opieki zdrowotnej.
- W leczeniu i działaniach w zakresie integracji społecznej cele są wyznaczane krok po kroku i poddawane okresowej kontroli, a w przypadku nawrotu następuje odpowiednia interwencja.
- Działania i usługi w zakresie leczenia i integracji społecznej opierają się na świadomej zgodzie, są skupione na pacjencie i wspierają go.
- Leczenie jest realizowane przez wykwalifikowanych specjalistów i wyszkolony personel, którzy stale rozwijają swoje kwalifikacje zawodowe.
- Interwencje i usługi w zakresie leczenia są zintegrowane w ramach ciągłej opieki zdrowotnej i obejmują, w odpowiednich sytuacjach, usługi wsparcia społecznego (edukacji, mieszkania, szkolenia zawodowego, opieki społecznej), których celem jest społeczna integracja danej osoby.
- Usługi w zakresie leczenia zapewniają dobrowolne testy na obecność chorób zakaźnych przenoszonych przez krew, doradztwo dotyczące zachowania obciążonego ryzykiem oraz wsparcie w chorobie.
- Usługi w zakresie leczenia są monitorowane, a działania i ich rezultaty są poddawane regularnej ocenie wewnętrznej i/lub zewnętrznej.

Zasady całościowe

Opracowując ww. standardy zauważono, że niektóre z nich są istotne w każdym obszarze, zdefiniowano zatem szczególne zasady całościowe:

- istnieją minimalne standardy UE w zakresie redukcji popytu na narkotyki, wyznaczające potrzebę poszanowania zasad etycznych, praw człowieka, poufności, charakterystyki kulturowej i społecznej, w tym kwestii płci i nierówności w zakresie zdrowia;
- interwencje wdrażające te standardy muszą być odpowiednio zaprojektowane, monitorowane i oceniane;
- interwencje wdrażające ww. standardy powinny bazować na ocenie potrzeb i powinny być dostosowane do potrzeb grup docelowych.

pejskich standardów jakości w redukcji popytu na narkotyki w trakcie włoskiej i łotewskiej prezydencji. Na początku tworzenia standardów powołano grupę ekspertów, przede wszystkim w obszarze leczenia oraz redukcji szkód. Następnie dokonano przeglądu istniejących standardów i wytycznych (w profilaktyce, leczeniu, redukcji szkód i readaptacji społecznej) oraz przeanalizowano obszary, które wymagają uzupełnienia. Do prac zakwalifikowano 350 dokumentów (259 dla leczenia i rehabilitacji oraz 91 dokumentów dla redukcji szkód). Spośród nich wyselekcjonowano 29 dokumentów dla leczenia i rehabilitacji oraz 9 dokumentów dla redukcji szkód. Następnie przygotowany został mechanizm osiągania konsensusu i prowadzenia konsultacji. Lista opracowana na bazie przeglądu dokumentów została poddana konsultacjom w ramach ankiety on-line za pomocą metody delphi. Do wypełnienia ankiety zaproszono 514 specjalistów zajmujących się tematyką narkotyków (udział wzięło w dwóch turach 241 osób). Rezultaty tego projektu zostały przedstawione podczas konferencji w Brukseli w czerwcu 2011 roku.

Opracowanie standardów jakości Unii Europejskiej wymagało uwzględnienia różnic pomiędzy poszczególnymi krajami w obszarze problemu narkotyków, systemów opieki zdrowotnej, czynników kulturowych i społeczno-ekonomicznych. Budowanie konsensusu w trakcie konsultacji partnerskich odgrywało kluczową rolę w przygotowaniu europejskiego systemu minimalnych standardów jakości w redukcji popytu na narkotyki, dlatego też Komisja Europejska przeprowadziła szerokie konsultacje podczas opracowywania dokumentu, jak np. spotkanie kierowników Focal Pointów w EMCDDA. Ponadto w połowie 2011 roku w Brukseli zorganizowano konferencję dotyczącą standardów, w której udział wzięło ponad 120 osób¹: od praktyków, przedstawicieli organizacji pozarządowych, badaczy, po osoby zajmujące się polityką narkotykową. Celem spotkania była konsultacja projektu podstawowych standardów. Lista standardów omówiona w trakcie konferencji została zawarta w raporcie końcowym z projektu *Working Paper European Conference Building an EU Consensus for Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction*, który jest dostępny na stronie Komisji Europejskiej². W czasie opracowywania nowej Strategii UE na lata 2013–2020 oraz Planu Działań UE w zakresie narkotyków na lata 2013–2016, idea minimalnych Standardów UE w zakresie redukcji popytu na narkotyki została

lepiej zdefiniowana, a Działanie 9. Planu Działania wyraźnie wezwało do uzgodnienia i rozpoczęcia wdrażania minimalnych standardów jakości w Unii Europejskiej, które pomagają uzupełnić lukę pomiędzy nauką i praktyką w zakresie: profilaktycznych działań środowiskowych, uniwersalnych, selektywnych i wskazujących; wczesnego wykrywania i interwencji; działań w zakresie redukcji ryzyka i szkód, oraz działań w zakresie leczenia, integracji społecznej i regeneracji. Opracowania standardów podjęła się Horyzontalna Grupa Robocza ds. Narkotyków (HDG)³ podczas prezydencji włoskiej w roku 2014, we współpracy z ekspertami zewnętrznymi oraz EMCDDA. W tym samym roku ustanowiona została grupa ekspertów, która do końca 2014 roku zaproponowała 20 minimalnych standardów: 5 w obszarze zapobiegania; 5 w obszarze redukcji ryzyka i szkód oraz 10 w obszarze leczenia⁴. Standardy w swym charakterze zostały przygotowane jako zasady do wykorzystania przy opracowywaniu i wdrażaniu działań interwencyjnych w obszarze redukcji popytu na narkotyki. Na podstawie tej propozycji opracowano robocze wnioski Rady⁵ do przyjęcia przez Radę Unii Europejskiej.

Wnioski Rady dotyczące minimalnych standardów

W 2015 roku, w trakcie łotewskiej prezydencji w UE, Horyzontalna Grupa Robocza prowadziła dyskusje nad proponowanymi wnioskami Rady. Pokazały one, że uzgodnienie minimalnych standardów nie jest sprawą łatwą i mimo tego, że kraje członkowskie wspierają tę inicjatywę, występują istotne różnice między krajowymi systemami ochrony zdrowia a praktyką w obszarze popytu na narkotyki. Kraje członkowskie UE przy pracach nad dokumentem odnosiły się do swojej krajowej perspektywy. Pojawiła się np. propozycja jednego standardu dla każdego obszaru, czyli w sumie trzech. W obszarze profilaktyki zgłaszane były obawy, że podkreślenie kwestii wdrażania działań opartych na obiektywnych danych (*evidence based*) może spowodować, iż wiele obecnie realizowanych programów nie będzie mogło być wdrażanych, jeśli standardy zostaną w pełni wdrożone. Polska delegacja na HDG od początku wspierała prace nad standardami. W czerwcu 2015 roku została zorganizowana przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) i Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej (MCPS) konferencja

na ten temat, w której wzięło udział ponad 150 osób, a wnioski zostały przedstawione na lipcowym HDG. Kluczowym elementem w osiągnięciu sukcesu, oprócz dużego zaangażowania łotewskiej prezydencji, było wsparcie Komisji Europejskiej i EMCDDA.

Ostatecznie w lipcu 2015 roku Horyzontalna Grupa Robocza ds. Narkotyków zatwierdziła Robocze Wnioski Rady w zakresie wdrożenia europejskiego Planu Działań w zakresie narkotyków na lata 2013–2016 odnoszącego się do minimalnych standardów w redukcji popytu na narkotyki w Unii Europejskiej⁶. Wstępnie Rada Unii Europejskiej przyjmie te wnioski do końca września 2015 roku.

Celem Wniosków Rady jest wspieranie krajów członkowskich we wprowadzaniu skoordynowanego, opartego na najlepszych praktykach i właściwego jakościowo podejścia w zakresie redukcji popytu na narkotyki. Jest to polityczne stanowisko krajów członkowskich UE odnoszące się do minimalnych standardów jakości w zakresie redukcji popytu na narkotyki. Wyznacza ono uzgodnione standardy, jak również sposób ich wdrożenia oraz taktykę działania w przyszłości.

Wdrożenie i przyszłe działania

Minimalne standardy jakości są stanowiskiem politycznym wzywającym do wprowadzenia wspólnych praktyk w UE w celu zapewnienia odpowiedniej jakości realizowanych interwencji i usług w zakresie redukcji popytu na narkotyki. Nie są one prawnie wiążące, w przeciwieństwie do decyzji, dyrektyw i rozporządzeń. Standardy te służą jako odgórne lub polityczne wsparcie dla krajów lub specjalistów chcących wprowadzić standardy w swoich krajach i podnieść jakość świadczonych usług.

Standardy te stanowią również minimalne ramy odniesienia, jednak każdy kraj może wprowadzać wyższe standardy, dostosowując je do sytuacji panującej w danym kraju. Ponieważ istnieć mogą określone problemy związane z narkomanią obecne tylko w jednym konkretnym kraju i rozwiązanie takich problemów można opracować przy użyciu europejskich podstawowych standardów jakości i dodaniu nowych, bardziej sprecyzowanych zasad. Czerwcową konferencją KBPN i MCPS pokazano, że osoby zajmujące się przeciwdziałaniem

narkomanii mogą stanowić wsparcie w ich wdrażaniu i dostosowaniu do lokalnego kontekstu.

Kolejnym krokiem w upowszechnianiu standardów powinno być zaplanowanie działań mających na celu ich promowanie. Do tego potrzebni będą praktycy, ale również niezbędne są działania na szczeblu politycznym. Zaplanowanie na poziomie europejskim środków finansowych na implementację standardów będzie stanowić na pewno wsparcie dla tych działań. Jednak ich krajowe czy lokalne wdrażanie również będzie wymagać wsparcia finansowego ze strony krajowych czy lokalnych podmiotów.

Pomimo tego, że minimalne standardy UE wyznaczają pewne ramy, praca ta pozostawia otwarte drzwi dla programów innowacyjnych, co w przypadku redukcji popytu na narkotyki jest sprawą kluczową. Jedynym czynnikiem ograniczającym może być to, że takie nowe i innowacyjne działania, programy i usługi muszą być monitorowane, poddawane ocenie, a wyniki należy rozpowszechniać, aby umożliwić wszystkim zainteresowanym korzystanie z nowych doświadczeń.

Na poziomie Unii Europejskiej kolejnym krokiem byłoby monitorowanie i ocena wdrożenia standardów. Wyniki zostaną poddane ocenie w 2016 roku, gdy przeprowadzona zostanie ostateczna ocena Planu Działań UE na lata 2013–2016 oraz okresowa ocena Strategii UE w zakresie narkotyków. Na podstawie wyników oceny Rada Unii Europejskiej podejmie decyzję co do dalszych kroków.

Przypisy

- ¹ Podczas konferencji miały miejsce dwie polskie prezentacje. Artur Malczewski przedstawił wyniki dyskusji nad standardami jednej z konferencyjnych grup roboczych, a Piotr Jabłoński zaprezentował polski system akredytacji placówek leczniczych.
- ² Dostępny pod adresem: http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/equs_main_report_en.pdf
- ³ Horyzontalna Grupa Robocza ds. Narkotyków została ustanowiona w 1997 roku i jest odpowiedzialna za prowadzenie i zarządzanie pracami Rady nad kwestiami narkotyków. Realizuje ona prace zarówno legislacyjne, jak i prace nad ogólną strategią w dwóch głównych obszarach: redukcja podaży narkotyków oraz redukcja popytu na narkotyki. Prace te skupiają się na trzech interdyscyplinarnych kwestiach: koordynacji, współpracy międzynarodowej oraz badaniach, monitoring i ocenie.
- ⁴ Dokument z tych prac jest dostępny pod adresem: http://www.consilium.europa.eu/register/en/content/out/?&typ=ENTRY&i=ADV&DOC_ID=ST-10118-2015-INIT
- ⁵ Rada UE negocjuje i uchwała nie tylko akty prawne, ale również takie dokumenty jak wnioski. Rada wykorzystuje te dokumenty do wyrażania stanowiska politycznego w kwestiach związanych z obszarami działania UE. Tego rodzaju dokumenty wyznaczają jedynie zaangażowanie lub stanowisko polityczne – nie są one ujmowane w traktatach. Nie są zatem prawnie wiążące.
- ⁶ Dostępny pod linkiem: http://www.consilium.europa.eu/register/en/content/out/?&typ=ENTRY&i=ADV&DOC_ID=ST-11271-2015-INIT

Na naszych oczach dokonuje się wirtualny krok w przyszłość medycyny. Postęp w leczeniu ludzi jest obecnie możliwy dzięki nowym technologiom komunikacyjnym. Wykorzystanie tych metod w formie smartfonu, tabletu, komputera osobistego czy internetu nazywa się telemedycyną.

TELEPSYCHIATRIA W LECZENIU UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH

*Marek Krzystanek, Roman Wojnar
Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach*

Telemedycyna transformuje rzeczywistość z realności długich kolejek w poczekalniach poradni i gabinetów w rzeczywistość wirtualną, w której lekarz jest dostępny potencjalnie zawsze i wszędzie, czeka na pacjenta i aktywnie wychodzi do niego, pytając, jak jeszcze może mu pomóc.

Telemedycyna jest również postacią nowego trendu w medycynie, nazywanego transhumanizmem. Dzięki osiągnięciom technologicznym i naukowym (nanotechnologia, nowe leki, technologie teleinformacyjne, mikroprocesory itp.) możliwe staje się przekraczanie granic biologicznych, zaprogramowanych w polach morficznych (związanych z dziedziczeniem formatywnym), kształtujących nasze ciało biologiczne.

Wykorzystanie techniki w pomaganiu

Pierwsze próby wprowadzenia telemedycyny w polskiej psychiatrii miały miejsce 14 lat temu, kiedy przez rok prowadzono porady internetowe dla pacjentów psychiatrycznych. Miały one charakter motywowania ich do podjęcia decyzji o umówieniu się na wizytę z psychiatrą lub prowadzenia edukacji medycznej. Wyniki wskazywały na popularność tej formy opieki medycznej w psychiatrii, jednak w tamtym czasie stan technologii nie pozwalał jeszcze na rozwinięcie skrzydeł telepsychiatrii (Krzystanek i Krupka-Matuszczyk, 2013).

Pomimo upływu czasu zarówno lekarze, jak i pacjenci w Polsce nadal nie są do końca przygotowani na wprowadzenie telemedycyny do psychiatrii. Wyniki badań własnych i dr. Bartłomieja Kubackiego, prezentowane w czasie konferencji psychiatrycznej w Wiśle w 2014 roku, wskazują, iż większość lekarzy nie widzi możliwości wdrożenia u siebie telemedycyny i nie jest tym

zainteresowana oraz że jedynie niewielki odsetek wizyt pacjentów psychiatrycznych może mieć postać telewizyt. Natomiast większość pacjentów uważa za bardziej satysfakcjonujące spotkanie w gabinecie, a 42,1% nie wie, czy może zaufać lekarzowi, który udziela porad przez internet. Oznacza to potrzebę popularyzacji telemedycyny wśród lekarzy w naszym kraju.

Wychodząc naprzeciw temu, powstała inicjatywa stworzenia platformy telemedycznej do leczenia pacjentów psychiatrycznych. Projekt uzyskał dofinansowanie z Narodowego Centrum Badań i Rozwoju (nr POIG.01.04.00-04-219/12) i doprowadził do powstania oryginalnego produktu medycznego, który może być wykorzystany również w leczeniu uzależnień behawioralnych.

Stworzona platforma telepsychiatryczna wychodzi naprzeciw poszukiwaniu kompleksowych form oddziaływań, obejmujących, poza leczeniem biologicznym, poprawę współpracy w leczeniu, intensyfikację psychoedukacji i poprawę funkcjonowania poznawczego pacjentów.

Platforma telemedyczna jest instalowana na tablecie lekarza i smartfonie pacjenta.

Umożliwia ona lekarzowi:

- prowadzenie telewizyt pomiędzy lekarzem i pacjentem,
- badanie skalami psychometrycznymi,
- zbieranie wywiadu obiektywnego od opiekuna,
- prowadzenie notatek z obserwacji,
- prowadzenie psychoedukacji z użyciem wideo- i audiobooków,
- prowadzenie treningów funkcji poznawczych z monitorowaniem poziomu funkcji poznawczych pacjentów,
- prowadzenie kalendarza wizyt z rejestracją kolejnej wizyty,

- wpisanie planu terapii lekowej (leków, postaci farmaceutycznej, dawki i pory stosowania),
- wpisanie liczby postaci farmaceutycznej leku przepisywanych na wizytach w poradni bądź gabinecie lekarskim,
- monitorowanie przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów,
- monitorowanie wykorzystania ilości zużytych pomiędzy wizytami postaci farmaceutycznych leków,
- planowanie wizyt w poradni/gabinecie,
- śledzenie przebiegu leczenia w postaci graficznych raportów,
- raportowanie zdarzeń niepożądanych.

Korzystając z tej aplikacji, pacjent może:

- sprawdzić aktualny plan terapii lekami z uwzględnieniem nazwy handlowej, postaci farmaceutycznej, dawki i pory podania,
- zamówić wizytę w poradni/gabinecie,
- odbierać powiadomienia o zbliżającej się wizycie w poradni/gabinecie, zbliżającym się dniu badania skalą psychometryczną przez lekarza i o konieczności zażycia leku z monitorowaniem przed i po zaplanowanej godzinie zażycia,
- wykonywać treningi poznawcze,
- oglądać i odsłuchiwać wideo- lub audiobooki przesyłane przez lekarza.

Jak dotąd na świecie ukazały się jedynie trzy artykuły, które dokumentują skuteczność telemedycyny w leczeniu uzależnień behawioralnych. Jedno badanie pochodzi z Australii, opisuje przypadek 31-letniej kobiety uzależnionej od gier na automatach. Była ona leczona telemedycznie poprzez wideokonferencje z terapeutą. Łącznie odbyła 6 sesji, następnie obserwowano pacjentkę przez cztery lata. W tym czasie pacjentka była cały czas edukowana i miała stały kontakt z pielęgniarką środowiskową. Zdaniem autorów terapia telemedyczna patologicznego hazardu może być skuteczną formą leczenia (Oakes i in., 2008).

Kolejne badanie przeprowadzono w Finlandii. W latach 2007–2011 obserwowano grupę 471 osób z problemami z hazardem. W grupie tej 64% osób było uzależnionych od hazardu, pozostali byli na granicy uzależnienia bądź w grupie ryzyka uzależnienia. 224 osoby ukończyły ośmiotygodniową telemedyczną psychoterapię poznawczo-behawioralną. W grupie tej zidentyfikowano duży odsetek mężczyzn uzależnionych od hazardu, mających także problem z nadużywaniem alkoholu,

a wcześniejszy wiek wystąpienia objawów uzależnienia jest związany z częstszymi zaburzeniami poznawczymi (Castrén i in., 2013).

Trzecie badanie przeprowadziło dwóch badaczy australijskich, Rodda i Lubman (2012). Pacjenci byli w nim poddawani przez 4-6 tygodni terapii poznawczo-behawioralnej przez telefon. Badanie przeprowadzono w latach 2008–2010. W grupie 230 osób (56% stanowiły kobiety) 81,7% było uzależnionych od gry na automatach. Większość osób była kierowana do programu z powodu trudności związanych z udziałem w terapii bezpośrednio w gabinecie. Autorzy stwierdzili, że metoda może być skuteczna, jednak wymaga dalszych badań.

Telepsychiatria może stworzyć nowe możliwości dla leczenia uzależnień behawioralnych. Może być wykorzystana do różnorodnych form terapii przydatnych w leczeniu uzależnień, takich jak terapia wglądowa, wspomniana terapia poznawczo-behawioralna czy terapia motywująca. Poprzez wideorozmowy może się odbywać nieograniczone przestrzenią wsparcie, osoby uzależnione mogą otrzymywać materiały psychoedukacyjne (wideobooki, audiobooki, teleprezentacje). Telemedycyna umożliwia tworzenie telesieciowych grup wsparcia i społeczności telesieciowych. Pacjenci mogą również wykonywać treningi funkcji poznawczych, które u osób uzależnionych mogą być osłabione. Najbliższa przyszłość pokaże, na ile rozwiązania telemedyczne zdomowią się w Polsce i jakie perspektywy otworzą się dzięki nim dla leczenia uzależnień behawioralnych. Platforma telepsychiatryczna będzie wdrażana do leczenia uzależnień behawioralnych w nowo tworzonym Dziennym Oddziale Klinicznym Uzależnień Behawioralnych Kliniki Rehabilitacji Psychiatrycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Zachęcamy do śledzenia polskich doniesień o telemedycznym leczeniu uzależnień.

Bibliografia

- Castrén S., Pankakoski M., Tamminen M., Lipsanen J., Ladouceur R., Lahti T., „Internet-based CBT intervention for gamblers in Finland: experiences from the field”, *Scand J Psychol* 2013; 54: 230-235.
- Krzystanek M., Krupka-Matuszczyk I., „Telepsychiatria – internetowe porady psychiatryczne”, *Psychiatria Polska* 2003; 37, 1073-1082.
- Oakes J., Battersby M.W., Pols R.G., Cromarty P., „Exposure therapy for problem gambling via videoconferencing: a case report”, *J Gambl Stud* 2008; 24: 107-118.
- Rodda S., Lubman D., „Ready to change: a scheduled telephone counselling programme for problem gambling”, *Australasian Psychiatry* 2012; 20: 338-342.

Wielu 15-latków doświadcza dolegliwości bólowych i negatywnych stanów emocjonalnych, takich jak trudności w zasypianiu, zdenerwowanie czy przygnębienie i zły nastrój. Dane z badań mokotowskich wskazują, że część nastolatków stosuje wtedy leki, jednocześnie wielu młodych ludzi radzi sobie ze swoimi problemami, szczególnie z negatywnymi stanami emocjonalnymi, bez sięgania po farmaceutyki. Jednym z rozwiązań służącym wspieraniu młodych ludzi w ich zmaganiach z wyzwaniami dnia codziennego jest wdrażanie programów promocji zdrowia psychicznego. Celem takich programów powinno być kształtowanie i wzmacnianie zachowań korzystnych dla zdrowia, w tym umiejętności radzenia sobie w trudnych czy stresujących sytuacjach bez stosowania leków.

STOSOWANIE LEKÓW PRZEZ UCZNIÓW GIMNAZJALNYCH – WYNIKI BADAŃ MOKOTOWSKICH 2012

Agnieszka Pisarska
Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Przyjmowanie leków dostępnych tylko z zalecenia lekarza oraz tych, które można kupić bez recepty, uznawane jest w literaturze za jedno z szerokiego spektrum zachowań ryzykownych młodzieży (Andersen i wsp., 2006). Istnieją ku temu przynajmniej dwa powody. Po pierwsze, rozmaite farmaceutyki były i nadal są wykorzystywane jako środek odurzający. Początek problemu narkomanii w Polsce, który miał miejsce w latach 60. i 70. XX wieku, nazywany jest „epoką leków”, ponieważ substancjami używanymi w tym czasie w celach narkotycznych były głównie leki przeciwbólowe, uspokajające i nasenne (Moskalewicz i Świątkiewicz, 1995). W okresie transformacji ustrojowej gwałtownie wzrosła dostępność, a tym samym rozpowszechnienie używania nielegalnych substancji psychoaktywnych, takich jak marihuana, amfetamina czy środki halucynogenne. W badaniach epidemiologicznych dotyczących tej problematyki respondenci pytani są więc obecnie o używanie całej gamy rozmaitych substancji, w tym również leków psychotropowych, uspokajających i nasennych (jak w badaniach mokotowskich) lub leków przyjmowanych w celu odurzania się (jak w projekcie „Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej” – HBSC) (Ostaszewski i Pisarska, 2013; Tabak, 2006). Wyniki wspomnianych badań wskazują, że problem stosowania leków jako substytutu narkotyków dotyczy jednak

niewielu nastolatków. Zarówno wśród gimnazjalistów, jak i uczniów szkół ponadgimnazjalnych odsetek respondentów potwierdzających przyjmowanie leków z powodu ich właściwości odurzających nie przekracza 3% badanych (Ostaszewski i Pisarska, 2013; Tabak, 2006). Drugim powodem, dla którego sięganie po leki należy traktować jako zagrożenie dla zdrowia dorastających, jest powszechność stosowania przez młodzież środków farmakologicznych w celu radzenia sobie z dolegliwościami somatycznymi i psychicznymi. Z wcześniejszych badań wiadomo, że około 40-50% nastolatków przyjmuje leki przeciwbólowe przynajmniej 1-2 razy w miesiącu. Mniej rozpowszechnione jest stosowanie leków z powodu negatywnych stanów emocjonalnych, takich jak trudności w zasypianiu czy zdenerwowanie (Pisarska i Ostaszewski, 2006; Pisarska 2011). Porównania międzynarodowe wskazują jednak, że najwyższe odsetki nastolatków biorących leki uspokajające i nasenne odnotowywane są wśród polskiej młodzieży, zwłaszcza dziewcząt (Hibell i wsp., 2011). Zachowania ryzykowne są bardziej powszechne wśród uczniów uczęszczających do gimnazjów publicznych niż niepublicznych. W badaniach prowadzonych wśród warszawskich gimnazjalistów stwierdzono, że młodzież ze szkół niepublicznych, przynajmniej na początku edukacji gimnazjalnej, rzadziej sięga po substancje psychoaktywne, takie jak alkohol, papierosy czy narkotyki (Ostaszewski i wsp., 2011). Różnice pomiędzy uczniami szkół publicz-

nych i niepublicznych pod względem takich zachowań jak przyjmowanie leków nie były dotychczas analizowane w *badaniach mokotowskich*. Przedmiotem tej pracy stała się więc odpowiedź na pytanie, czy młodzież z gimnazjów publicznych różni się od swoich rówieśników ze szkół niepublicznych w zakresie rozpowszechnienia stosowania leków. W celu poszerzenia wiedzy o problemach zdrowia somatycznego i psychicznego młodzieży w badaniach uwzględniono także pytania o doświadczanie przez uczniów dolegliwości bólowych, trudności w zasypianiu, zdenerwowania, przygnębienia oraz braku energii. W artykule zaprezentowano dane zebrane podczas ostatniej z ośmiu zrealizowanych dotychczas rund badań mokotowskich.

Metoda

Metodologia *badania mokotowskich* została przedstawiona szczegółowo w monografii wydanej przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, a ponadto jest ona dostępna na stronie internetowej Instytutu (Ostaszewski i wsp., 2013). W skrócie można powiedzieć, że *badania mokotowskie* to badania ankietowe prowadzone co cztery lata wśród gimnazjalistów z Warszawy. Losowanych jest około 55% klas III ze wszystkich publicznych i niepublicznych gimnazjów znajdujących się na obszarze Mokotowa, Ursynowa i Wilanowa. Badania prowadzone są metodą audytoryjną przez ankieterów spoza szkoły. Respondenci są informowani o celu i procedurze badań, zapewniani o anonimowości odpowiedzi pojedynczych uczniów, klas i szkół oraz proszeni są o zgodę na udział w badaniu. Przed rozpoczęciem badań zgodę na udział dzieci w projekcie muszą także wyrazić ich rodzice.

W ostatniej rundzie badań, które przeprowadzono w 2012 roku, na pytania dotyczące przyjmowania leków odpowiedziało łącznie 935 15-letnich uczniów, w tym 476 (50,9%) dziewcząt i 452 (49,1%) chłopców. Siedmiu uczniów nie podało informacji o płci. Zdecydowana większość uczniów uczęszczała do szkół publicznych, w szkołach niepublicznych uczyło się około 13% uczestników *badania mokotowskich*.

Do pomiaru częstości przyjmowania leków zastosowano pytanie odnoszące się do sięgania w ostatnim miesiącu przed badaniem po leki z powodu takich dolegliwości, jak ból głowy, ból brzucha, trudności w zasypianiu, zdenerwowanie, przygnębienie i zły nastrój oraz brak energii. Zostało ono opracowane na podstawie pytania wykorzystywanego w latach 1990–1998 w ankiecie HBSC (Pisarska, Ostaszewski, 2006). Wskaźnikiem okazjonalnego stosowania leków było ich używanie jeden bądź dwa razy w ostatnim miesiącu. Z kolei sięganie po leki przynajmniej kilka razy w ciągu ostatniego miesiąca przyjęto za wskaźnik częstego używania wymienionych w pytaniu farmaceutyków.

W celu uproszczenia prezentacji wyników utworzono sumaryczny wskaźnik, tj. przyjmowanie leków z powodu negatywnych stanów emocjonalnych, oznaczający, że respondent stosował w ostatnim miesiącu leki z powodu trudności w zasypianiu bądź zdenerwowania albo przygnębienia i złego nastroju.

Pytanie o dolegliwości bólowe i negatywne stany emocjonalne było bardzo podobne do pytania o leki i odnosiło się do doświadczania w ostatnim miesiącu bólu głowy i bólu brzucha oraz trudności w zasypianiu, zdenerwowania, przygnębienia i złego nastroju oraz braku energii. Zastosowano analogiczne, jak w przypadku leków, wskaźniki

Tabela 1. Przyjmowanie leków przez młodzież z gimnazjów publicznych i niepublicznych (%).

Rodzaj dolegliwości	Okazjonalne przyjmowanie (1-2 razy w ostatnim miesiącu)		Częste przyjmowanie (kilka, kilkanaście lub więcej razy w ostatnim miesiącu)	
	Gimnazja publiczne	Gimnazja niepubliczne	Gimnazja publiczne	Gimnazja niepubliczne
Ból głowy	30,4	29,2	19,8	32,3***
Ból brzucha	24,9	17,6	17,8	23,7
Negatywne stany emocjonalne	8,1	10,9	7,0	4,7
Brak energii	4,7	6,2	3,8	2,3

Braki danych wahały się od 0,8% do 3,5%.

*** $p < 0,001$ (porównanie dotyczy uczniów gimnazjów publicznych i niepublicznych).

doświadczania dolegliwości bólowych i negatywnych stanów emocjonalnych oraz sumaryczny wskaźnik „doświadczanie negatywnych stanów emocjonalnych”. Do oceny istotności różnic wyników ze względu na płeć oraz typ szkoły (gimnazja publiczne vs. niepubliczne) zastosowano test chi-kwadrat.

Wyniki

Stosowanie leków z powodu dolegliwości bólowych i negatywnych stanów emocjonalnych

Ponad połowa 15-letnich gimnazjalistów z Warszawy sięgała w ostatnim miesiącu przed badaniem po leki z powodu bólu głowy. Okazjonalnie (tj. 1 lub 2 razy w ostatnim miesiącu) leki te przyjmowała około 1/3 badanych uczniów. W przypadku tego wskaźnika nie stwierdzono różnic pomiędzy uczniami gimnazjów publicznych i niepublicznych. Porównanie danych dotyczących częstego używania leków z powodu bólu głowy wskazuje natomiast, że znacznie więcej uczniów gimnazjów niepublicznych niż publicznych potwierdziło przyjmowanie tych farmaceutyków kilka lub więcej razy w ostatnim miesiącu (tabela 1). Leki z powodu bólu brzucha stosowało w ostatnim miesiącu około 40% respondentów. W przypadku tych farmaceutyków różnice w rozpowszechnieniu dotyczyły tylko dziewcząt. Okazało się bowiem, że nieco więcej uczennic z gimnazjów publicznych sięgało po te środki okazjonalnie, natomiast więcej dziewcząt z gimnazjów niepublicznych brało takie leki często, czyli przynajmniej kilka razy w ostatnim miesiącu (dane nieprezentowane w tabeli).

Przyjmowanie leków z powodu negatywnych stanów emocjonalnych jest mniej rozpowszechnione niż sięganie po leki przeciwbólowe. W ostatnim miesiącu przed badaniem takie farmaceutyki brało około 15% badanych uczniów. Odsetki uczniów gimnazjów publicznych i niepublicznych stosujących takie leki okazjonalnie, często były do siebie zbliżone. Leki z powodu braku energii stosowało w ostatnim miesiącu około 9% badanych uczniów, przy czym około 4-5% przyjmowało takie leki okazjonalnie zaś 2-4% sięgało po te środki często. Nie stwierdzono istotnych różnic w rozpowszechnieniu przyjmowania leków z powodu braku energii pomiędzy uczniami z gimnazjów publicznych i niepublicznych.

Znacznie więcej dziewcząt niż chłopców często przyjmowało leki z powodu bólu głowy oraz bólu brzucha. Również więcej dziewcząt sięgało okazjonalnie po leki „na ból brzucha”, natomiast odsetki chłopców i dziewcząt potwierdzających okazjonalne używanie leków z powodu bólu głowy były zbliżone. Dziewczęta częściej niż chłopcy sięgały po leki z powodu negatywnych stanów emocjonalnych, odnosi się to zarówno do okazjonalnego, jak i częstego przyjmowania takich farmaceutyków. Nie stwierdzono różnic pomiędzy uczniami i uczennicami w zakresie okazjonalnego oraz częstego używania leków z powodu braku energii (tabela 2).

Doświadczanie przez młodzież dolegliwości bólowych, negatywnych stanów emocjonalnych oraz braku energii

Dolegliwości bólowe, negatywne stany emocjonalne oraz uczucie braku energii są powszechne wśród 15-letnich uczniów warszawskich gimnazjów. Bólu

Tabela 2. Przyjmowanie leków przez chłopców i dziewczęta z gimnazjów warszawskich (%).

Rodzaj dolegliwości	Okazjonalne przyjmowanie (1 lub 2 razy w ostatnim miesiącu)		Częste przyjmowanie (kilka, kilkanaście lub więcej razy w ostatnim miesiącu)	
	Chłopcy	Dziewczęta	Chłopcy	Dziewczęta
Ból głowy	28,1	32,2	12,2	30,3***
Ból brzucha	13,6	33,1***	7,0	29,7***
Negatywne stany emocjonalne	4,1	12,3***	3,7	9,2***
Brak energii	4,8	5,1	4,5	2,8

Braki danych wahały się od 0,8% do 4,0%.

*** $p < 0,001$ (porównanie dotyczy chłopców i dziewcząt).

głowy w ostatnim miesiącu doświadczyło prawie 70% badanych gimnazjalistów. Około 31-34% respondentów potwierdziło, że w ostatnim miesiącu sporadycznie cierpiało z powodu bólu głowy, zaś 34-42% skarżyło się na częste bóle głowy. Nie było różnic w tym zakresie pomiędzy uczniami szkół publicznych i niepublicznych (tabela 3).

Bóle brzucha w ostatnim miesiącu potwierdzało 65% gimnazjalistów, przy czym około 35% doświadczało takich problemów sporadycznie, zaś około 29-36% – często. Podobnie jak w przypadku bólów głowy, nie stwierdzono tu istotnych różnic pomiędzy uczniami szkół publicznych i niepublicznych. Najwięcej uczniów skarżyło się na trudności w zasypianiu, zdenerwowanie bądź przygnębienie i zły nastrój – połowa respondentów sporadycznie odczuwała przynajmniej jeden z tego rodzaju dolegliwości. Większość, bo prawie 77%, skarżyła się na częste doświadczanie negatywnych stanów emocjonalnych. Brak energii sporadycznie dokuczał 26-30% badanych nastolatków, zaś często doświadczało tego problemu 41% uczniów gimnazjów publicznych i 54% uczniów gimnazjów niepublicznych ($p < 0,01$) (tabela 2). Tak więc nastoletnia młodzież z gimnazjów niepublicznych – szczególnie chłopcy, istotnie częściej niż ich rówieśnicy z gimnazjów publicznych odczuwała brak energii.

Znacznie więcej dziewcząt niż chłopców skarżyło się na częste bóle głowy. Z kolei nieco więcej chłopców niż dziewcząt doświadczało takich dolegliwości sporadycznie. Bóle brzucha, z oczywistych względów, znacznie częściej dokuczały dziewczętom, choć warto zauważyć, że 30% chłopców doświadczało bólu brzucha

okazjonalnie, zaś 15% miało takie problemy zdrowotne przynajmniej kilka razy w miesiącu. Dziewczęta znacznie częściej niż chłopcy potwierdzały częste doświadczanie negatywnych stanów emocjonalnych, natomiast chłopcy częściej niż dziewczęta mieli tego rodzaju trudności sporadycznie. Ponadto znacznie więcej dziewcząt niż chłopców często odczuwało brak energii. Brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy dziewczętami i chłopcami stwierdzono jedynie w przypadku sporadycznego doświadczania braku energii.

Omówienie wyników

Podobnie jak w poprzednich rundach *badania moko-towskich* około połowa warszawskich gimnazjalistów potwierdziła przyjmowanie leków z powodu bólu głowy przynajmniej 1-2 razy w ostatnim miesiącu. Okazało się przy tym, że częste sięganie po te leki jest bardziej powszechne wśród uczniów gimnazjów niepublicznych niż publicznych. Nieco mniej uczniów stosowało leki z powodu bólu brzucha, brało je w ostatnim miesiącu około 40% naszych respondentów. Przyjmowanie leków z powodu trudności w zasypianiu albo zdenerwowania czy przygnębienia było znacznie mniej powszechne niż używanie leków przeciwbólowych. Należy jednak przypomnieć, że leki przeciwdziałające negatywnym stanom emocjonalnym stosowało około 15% badanych uczniów. Najmniej rozpowszechnione było przyjmowanie leków z powodu braku energii. Badania zrealizowane w naszej Pracowni w ubiegłych latach dostarczyły informacji o rodzajach leków przyjmowanych przez młodzież (Pisarska i Ostaszewski, 2006; Pisarska,

Tabela 3. Doświadczanie przez młodzież z gimnazjów publicznych i niepublicznych dolegliwości bólowych i negatywnych stanów emocjonalnych (%).

Rodzaj dolegliwości	Sporadyczne doświadczanie dolegliwości (1 lub 2 razy w ostatnim miesiącu)		Częste doświadczanie dolegliwości (kilka, kilkanaście lub więcej razy w ostatnim miesiącu)	
	Gimnazja publiczne	Gimnazja niepubliczne	Gimnazja publiczne	Gimnazja niepubliczne
Ból głowy	34,4	30,8	34,4	41,5
Ból brzucha	34,8	35,4	28,6	36,2
Negatywne stany emocjonalne	55,9	55,8	70,9	76,7
Brak energii	26,3	31,3	40,6	54,2**

Braki danych wahały się od 0,8% do 2,1%.

** $p < 0,01$; (porównanie dotyczy uczniów gimnazjów publicznych i niepublicznych).

2011). Farmaceutykami najczęściej stosowanymi przez nastolatki w przypadku takich dolegliwości, jak ból głowy czy brzucha były leki na bazie paracetamolu (głównie Apap) i ibuprofenu (Ibuprom) oraz drotaweryny (No-spa), a następnie farmaceutyki na bazie kwasu acetylosalicylowego (Aspiryna). W przypadku trudności w zasypianiu, zdenerwowania czy przygnębienia i złego nastroju młodzi ludzie najczęściej sięgali po zioła (głównie melisę) i preparaty ziołowe, takie jak Persen, Kalms, Nervosol oraz leki przeciwbólowe (głównie Apap). Środkami używanymi w przypadku braku energii były witaminy i preparaty mineralne. Wymieniane przez uczestników badań farmaceutyki są więc lekami dostępnymi bez recepty, jedynie nieliczni respondenci podawali nazwy leków dostępnych z zalecenia lekarza. Należy tu jednak podkreślić, że leki dostępne bez recepty nie są całkowicie bezpieczne, a ich przyjmowanie w niewłaściwy sposób może prowadzić do wielu niepożądanych i poważnych następstw, łącznie ze śmiertelnym zatruciem (Schmidt, 2005). W przypadku, gdy dzieci i młodzież doświadczają przejściowych i niezbyt poważnych problemów zdrowotnych, rolę ich lekarzy pełnią rodzice. Z naszych wcześniejszych badań wiadomo, że nastolatki otrzymują leki przeciwbólowe najczęściej od swoich rodziców (Pisarska i Ostaszewski, 2006; Pisarska, 2011). Niestety, wiadomo również, iż rodzice nieposiadający wykształcenia medycznego zazwyczaj nie dysponują dostateczną wiedzą o lekach (także tych dostępnych bez recepty), ich właściwym zastosowaniu, dawkowaniu i możliwych zagrożeniach związanych z ich przyjmowaniem bez nadzoru lekarza (Simon i Weinkle, 1997; Żołnierczuk-Kieliszek i Chem-

perek, 2001). Młodzież sięga także po leki samodzielnie, korzystając z zasobów domowych apteczek bądź kupując potrzebne farmaceutyki w aptecce albo w zwykłym sklepie. Zdarza się także, iż nastolatki dzielą się lekami ze swoimi rówieśnikami (Pisarska i Ostaszewski, 2006; Pisarska, 2011). Wiedza nastolatków o lekach jest również niedostateczna, a niekiedy wręcz fałszywa (French i James, 2008). Samoleczenie dzieci i młodzieży może więc stanowić istotne zagrożenie dla ich zdrowia.

Dolegliwości bólowe, negatywne stany emocjonalne oraz brak energii okazały się być problemem wielu badanych 15-latków – przy czym najwięcej gimnazjalistów skarżyło się na częste doświadczanie przynajmniej jednego z negatywnych stanów emocjonalnych – trudności w zasypianiu, zdenerwowanie lub przygnębienie i zły nastrój. Dane z ogólnopolskich badań HBSC również wskazują, że tego rodzaju problemy zdrowia somatycznego i psychicznego są powszechne wśród młodzieży (Mazur i wsp., 2011). Dolegliwości bólowe i negatywne stany emocjonalne towarzyszą młodym ludziom na co dzień – ale, jak się okazuje, wielu nastolatków nie ucieka się w takich przypadkach do brania leków. W opisywanych tu *badaniach mokotowskich* ponad 70% uczniów potwierdzało częste doświadczanie przynajmniej jednego z negatywnych stanów emocjonalnych, ale zarazem jedynie 5-7% nastolatków często sięgało z takich powodów po leki.

Porównanie danych zebranych wśród uczniów gimnazjów publicznych i niepublicznych wskazuje, że więcej uczniów szkół niepublicznych sięga po leki przeciwbólowe. Wyjaśnienie tego wyniku wymaga dalszych badań. Być może zarówno szkoła, jak i rodzice

Tabela 4. Doświadczanie przez chłopców i dziewczęta z gimnazjów warszawskich dolegliwości bólowych i negatywnych stanów emocjonalnych (%).

Rodzaj dolegliwości	Sporadyczne doświadczanie dolegliwości (1-2 razy w ostatnim miesiącu)		Częste doświadczanie dolegliwości (kilka, kilkanaście lub więcej razy w ostatnim miesiącu)	
	Chłopcy	Dziewczęta	Chłopcy	Dziewczęta
Ból głowy	37,1	30,6*	22,8	47,3***
Ból brzucha	30,4	39,1**	15,0	43,3***
Negatywne stany emocjonalne	59,6	52,2*	61,0	81,9***
Brak energii	28,4	26,1	30,9	53,4***

Braki danych wahały się od 0,8% do 2,4%.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; (porównanie dotyczy chłopców i dziewcząt).

stawiają uczniom gimnazjów niepublicznych wyższe wymagania – uczniowie tych szkół są bardziej zmęczeni – co sprzyja dolegliwościom bólowym i sięganiu z tego powodu po leki. Potwierdzeniem dla tego przypuszczenia jest wynik wskazujący na to, że uczniowie gimnazjów niepublicznych istotnie częściej skarżą się na brak energii.

Stosowanie leków jest bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców. Na dolegliwości somatyczne i psychiczne również znacznie częściej skarżą się dziewczęta niż chłopcy. Potwierdzają to wyniki wielu badań – w tym przytaczane tu dane z HBSC (Woynarowska i wsp. 2002; Mazur i wsp., 2011). Wymienianymi w literaturze powodami tego zjawiska są między innymi mniejsza tolerancja i niższy próg odczuwania bólu oraz uwarunkowania kulturowe sprzyjające większej u kobiet otwartości w mówieniu o własnym zdrowiu oraz gotowości do szukania pomocy medycznej (Bradbury, 2003; Wool i Barsky, 1994).

Wnioski

Wielu 15-latków doświadcza dolegliwości bólowych i negatywnych stanów emocjonalnych, takich jak trudności w zasypianiu, zdenerwowanie czy przygnębienie i zły nastrój. Dane z *badania mokotowskich* wskazują, że część nastolatków stosuje wtedy leki, jednocześnie wielu młodych ludzi radzi sobie ze swoimi problemami, szczególnie z negatywnymi stanami emocjonalnymi, bez sięgania po farmaceutyki. Jednym z rozwiązań służącym wspieraniu młodych ludzi w ich zmaganiach z wyzwaniami dnia codziennego jest wdrażanie programów promocji zdrowia psychicznego. Celem takich programów powinno być kształtowanie i wzmacnianie zachowań korzystnych dla zdrowia, w tym umiejętności radzenia sobie w trudnych czy stresujących sytuacjach bez stosowania leków. Warto też dbać o klimat szkoły, sprzyjający dobremu samopoczuciu psychicznemu uczniów.

Bibliografia

Andersen A., Holstein B.E., Hansen E.H., „Is medicine use in adolescence risk behavior? Cross-sectional survey of school-aged children from 11 to 15”, *Journal of Adolescents Health*, 39, 2006, 362-366.
 Bradbury J., „Why do men and women feel and react pain differently?”, *Lancet*, 361, 14, 2003, 2052-2053.
 French D.P., James D.H., „Reasons for the use of mild analgesics among English students”, *Pharmacy World & Science*, 30, 2008, 79-85.

Hibell B., Guttormsson U., Ahlstrom S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Kraus L., „The 2011 ESPAD Report. Substance use among students in 36 European Countries”, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Drug Trafficking in Drugs (Pompidou Group), 2011.

Mazur J., Woynarowska B., Małkowska-Szkutnik A., Kołło H., Tabak I., Kowalewska A., Dzielska A., „Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny”, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 2011; dostęp: http://www.imid.med.pl/klient2/pliki/hbhc_rap1.pdf

Moskalewicz J., Świątkiewicz G., „Drug abuse as social problem: historical notes and current developments” (w:) S. Engemann, W. Schneider (eds.) *Drogen ohne grenzen: Entwicklungen und Probleme Akzeptierender Drogenpolitik und Drogenhilfe in Europa am Beispiel Deutschland/Netherland. Studien zur Qualitativen Drogenforschung und Akzeptierenden Drogenarbeit: Band 4, Verlang für Wissenschaft und Bildung, Muenster, 1995, 271-278.*

Ostaszewski K., Rustecka-Krawczyk A., Wójcik M., „Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I–III”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011.

Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A., Raduj J., Biechowska D., „Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2013.
 Pisarska A., Ostaszewski K., „Stosowanie wybranych leków przez 15-letnich uczniów szkół warszawskich”, *Alkoholizm i Narkomania*, 19, 1, 2006, 53-70.

Pisarska A., „Stosowanie przez młodzież leków o działaniu psychoaktywnym: rozpowszechnienie i uwarunkowania”, rozprawa doktorska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011.

Ostaszewski K., Pisarska A., „Trendy w używaniu substancji psychoaktywnych w latach 1984–2012: Substancje psychoaktywne inne niż alkohol” (w:) Ostaszewski K. i wsp. (red.), *Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2013.

Pisarska A., Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Raduj J., „Alkohol, nikotyna, narkotyki i leki – wyniki badań mokotowskich 1988–2012”, *Serwis Informacyjny Narkomania*, 4 (68), 2014, 28-34.

Schmidt L.E., „Age and paracetamol self-poisoning”, dostęp: <http://gut.bmj.com/cgi/content/full/54/5/686>

Simon H.K., Weinkle D.A., „Over-the-counter medications. Do parents give what they intend to give?”, *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 151, 7, 1997, 654-656.

Tabak I., „Używane innych substancji psychoaktywnych” (w:) B. Woynarowska i A. Oblacińska (red.) *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006.

Woynarowska B., Lutze I., Mazur J., „Zmiany w zdrowiu i samopoczuciu psychospołecznym młodzieży szkolnej w okresie transformacji ustrojowej”, *Przegląd Pediatryczny*, 32, 3, 2002, 218-222.

Wool C.A., Barsky A.J., „Do women somatize more than men?”, *Psychosomatics*, 35, 1994, 445-452.

Żołnierczuk-Kieliszek D., Chemperek D., „Zakres samoleczenia dzieci w środowisku miejskim”, *Zdrowie Publiczne*, 111, 2, 2001, 128-132.

Od początku lat 90. XX wieku oferta gier hazardowych na polskim rynku szybko rosła. Pojawiły się kasyna, automaty do gry, wreszcie szeroka gama gier hazardowych dostępnych w internecie. Oprócz rosnącej podaży, zwiększał się także popyt na hazard. Pojawiły się nowe, atrakcyjne, aprobowane społecznie cele konsumpcyjne, jednak środki do ich realizacji pozostały poza zasięgiem wielu ludzi. Jedną z dróg osiągnięcia tych celów są dla wielu Polaków gry; dla milionów – gry liczbowe, dla setek tysięcy – hazard.

UZALEŻNIENIA OD ZACHOWAŃ – SOCJODEMOGRAFICZNE CZYNNIKI RYZYKA I ZWIĄZKI Z UZALEŻNIENIEM OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Jolanta Kalka
Fundacja CBOS

W społecznym odbiorze na czele listy najbardziej niebezpiecznych uzależnień, które zagrażają życiu człowieka, są narkomania, alkoholizm i nikotynizm. W dalszej kolejności w badaniu „Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych” znalazły się uzależnienia behawioralne, a spośród nich za najbardziej niebezpieczny uznano patologiczny hazard¹.

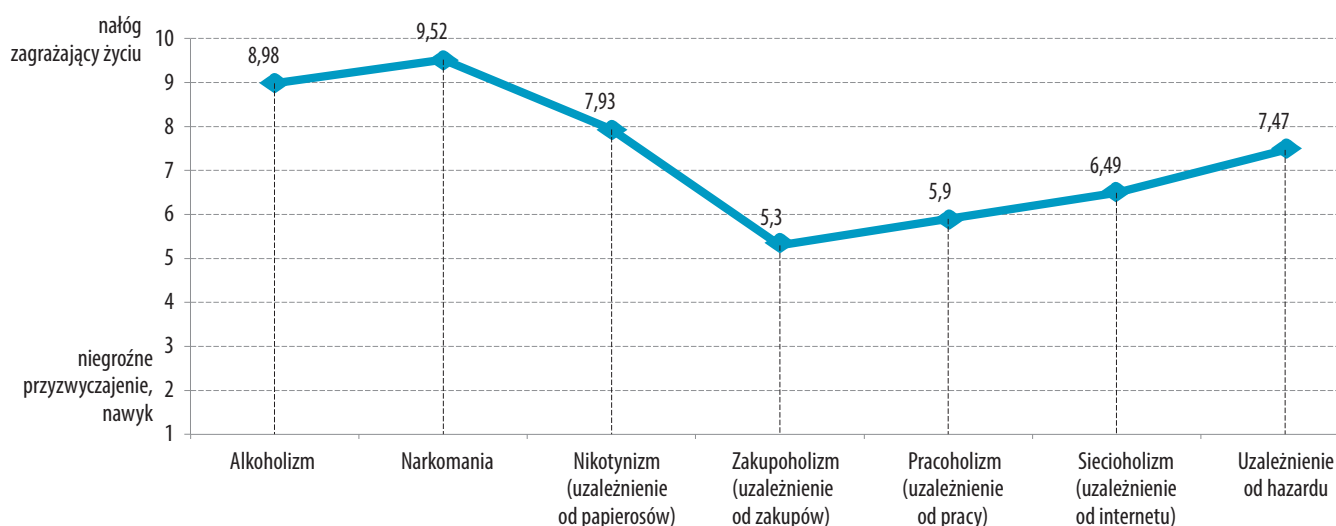
Wśród badanych uzależnień behawioralnych najbardziej rozpowszechniony jest pracoholizm, który może

dotknąć wszystkich. Zastosowany w badaniu test screeningowy Bryana E. Robinsona definiuje pracę nie tylko w kategoriach aktywności zawodowej, ale szerzej – jako spectrum zachowań związanych z wypełnianiem obowiązków.

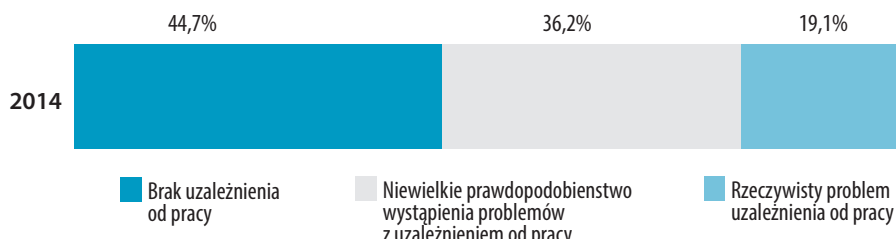
Test ten wskazuje, że obecnie dla blisko jednej piątej Polaków (19,1%) mających 15 lat i więcej uzależnienie od pracy stanowi rzeczywisty problem, a w przypadku ponad jednej trzeciej ankietowanych (36,2%) istnieje zagrożenie wystąpieniem takiego problemu.

Rozwinięty pracoholizm dotyka przede wszystkim Polaków w średnim wieku (średnia: 45 lat, media-

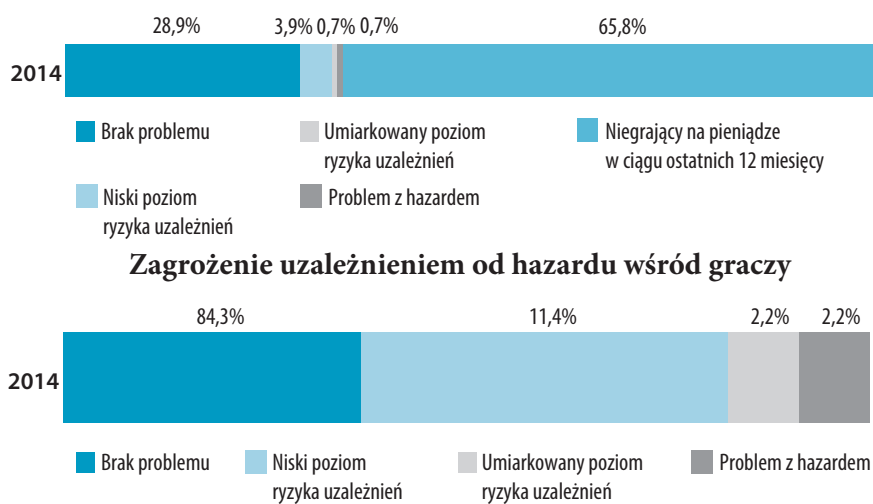
Rys. 1. Jaka jest Pana(i) opinia na temat różnego rodzaju uzależnień? Odpowiadając proszę posłużyć się skalą, na której 1 oznacza „niegroźne przyzwyczajenie, nawyk”, a 10 – „nałóg zagrażający życiu”.



Rys. 2. Zagrożenie pracoholizmem w polskim społeczeństwie.



Rys. 3. Zagrożenie uzależnieniem od hazardu w polskim społeczeństwie.



na: 44 lata). Symptomy zagrożenia pracoholizmem najczęściej wykazują natomiast nieco młodsze osoby, w wieku ok. 40 lat.

Nasilenie uzależnieniem od pracoholizmu jest zróżnicowane w zależności od posiadanego statusu zawodowego: sprzyja mu przede wszystkim praca na własny rachunek, zarówno poza rolnictwem, jak i w rolnictwie, gdzie odsetki osób zdradzających objawy występowania realnego problemu wynoszą odpowiednio 29% i 25%. Najwyższy poziom zagrożenia pracoholizmem odnotowano wśród kadry kierowniczej i specjalistów z wyższym wykształceniem (46,7%).

Drugim – wg kryterium zasięgu rozpowszechnienia – jest uzależnienie od hazardu. Symptomy zagrożenia tym uzależnieniem występują u 5,3% ogółu Polaków w wieku 15+, w tym 0,7% to osoby wysoce zagrożone uzależnieniem od hazardu². Wśród grających w gry na pieniądze realny problem z hazardem może mieć 2,2% graczy. Warto dodać, że co trzeci Polak w wieku 15+ gra w jakieś gry na pieniądze (34,2%), najczęściej są to: gry liczbowe Totalizatora Sportowego (26,8%), a w dalszej kolejności zdrażki (13,3%), loterie/konkursy

SMS-owe (7,4%) oraz automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi (4,5%). Wśród Polaków w wieku 15 lat i więcej 7,1% osób gra w jakąś grę na pieniądze co najmniej dwa razy w tygodniu.

Od początku lat 90. XX wieku oferta gier hazardowych na polskim rynku szybko rosła. Pojawiły się kasyna, automaty do gry, wreszcie szeroka gama gier hazardowych dostępnych w internecie. Oprócz rosnącej podaży, zwiększał się także popyt na hazard. Pojawiły się nowe, atrakcyjne, aprobowane społecznie cele konsumpcyjne, jednak środki do ich realizacji pozostały poza zasięgiem wielu ludzi. Jedną z dróg osiągnięcia tych celów są dla wielu Polaków gry; dla milionów – gry liczbowe, dla setek tysięcy – hazard.

Gry, w zależności od ich potencjału uzależniającego, można podzielić na dwie kategorie: ni-

skiego i wysokiego ryzyka. Do tych pierwszych należą gry liczbowe Totalizatora Sportowego (TS), zdrażki, loterie, do drugich: automaty, gry w kasynie, zakłady bukmacherskie, gry w internecie i wyścigi konne.

Najsilniejszym bodźcem do gry są czynniki natury finansowo-konsumpcyjnej. Dla jednych graczy jest to możliwość zdobycia większych pieniędzy na codzienne wydatki, dla innych – na wydatki „ekstra”. Lecz przyczyny grania różnią się w zależności od rodzaju uprawianej gry – np. osoby preferujące automaty i osoby wybierające gry liczbowe TS mają inną strukturę motywacji. Wśród osób grających na automatach kluczową rolę odgrywają czynniki psychologiczne, to znaczy towarzyszące grze emocje oraz potrzeba zabicia nudy, chęć poczucia adrenaliny, żeby „coś się działo”. W motywacjach osób grających w gry Totalizatora Sportowego taką pierwszoplanową rolę odgrywają czynniki finansowe. Gry „bezproblemowe” lub bezpieczniejsze w znacznie mniejszym stopniu angażują gracza emocjonalnie niż gry „problemowe”.

Na uzależnienie od hazardu bardziej narażeni są mężczyźni niż kobiety: symptomy zagrożenia uzależnieniem

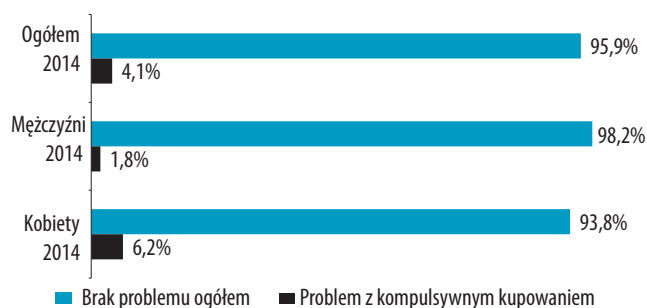
można zaobserwować u 21,4% grających mężczyzn i u 9,1% kobiet. Grupą podwyższonego ryzyka jest młodzież w wieku 18–24 lata, wśród której odnotowano najwyższy odsetek osób zagrożonych uzależnieniem od gier na pieniądze (26,7%). 1,5% badanych graczy przyznało, że w ich przypadku gra jest formą nałogu. Wiadomo, że hazard niesie za sobą ryzyko poważnych zaburzeń psychicznych i jest jedynym uzależnieniem behawioralnym klasyfikowanym w X Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD X) jako hazard patologiczny. Oszacowanie liczby Polaków cierpiących z powodu patologicznego hazardu nie jest proste. Podobnie jak w przypadku innych uzależnień, ludzie, chcąc uniknąć stygmatyzacji, szukają pomocy medycznej w ostateczności. Osób leczonych z rozpoznaniem „hazard patologiczny” jest zapewne o wiele mniej niż rzeczywista ich liczba. Dodatkowo, leczenie patologicznego hazardu jest jeszcze w Polsce słabo rozwinięte. Oszacowania na podstawie badań ankietowych w populacji generalnej mają też swoje ograniczenia. Szacowane odsetki są bardzo małe, wahają się od ułamków procenta do maksymalnie dwóch-trzech procent i są narażone na duży błąd.

Alternatywną metodologią szacowania rzadkich w populacji zjawisk są metody multiplikacyjne, jedną z nich jest metoda punktu referencyjnego lub benchmark. Mając do dyspozycji punkt referencyjny (liczba osób leczonych w 2013 roku) i współczynnik oszacowania uzyskany w badaniach ankietowych³, można oszacować liczbę osób uprawiających patologiczny hazard w Polsce na 27 955⁴.

Zakupoholizm

Problem zakupoholizmu może dotyczyć 4,1% populacji Polaków będących powyżej 15. roku życia⁵. Dane

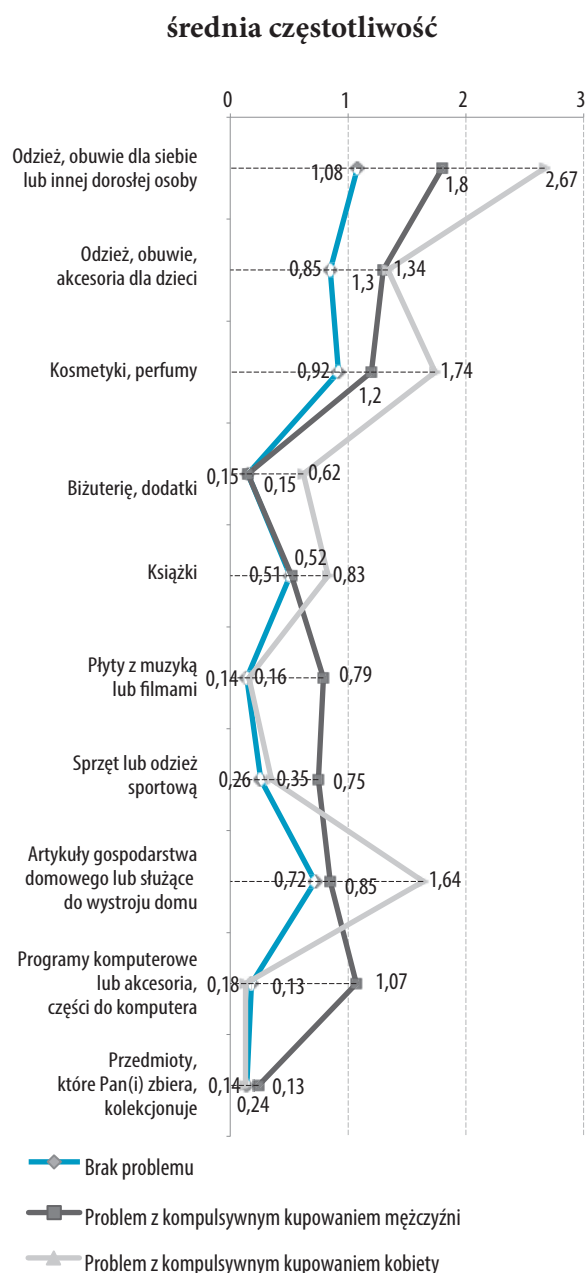
Rys. 4. Kompulsywne zakupy – zasięg zjawiska w społeczeństwie.



empiryczne potwierdzają potoczną wiedzę: to częściej problem kobiet (6,2%) niż mężczyzn (1,8%). Podobnie jak w przypadku hazardu, płeć stanowi istotny czynnik ryzyka.

Obok płci, drugim czynnikiem ryzyka jest wiek: to problem dotyczący przede wszystkim ludzi młodych. Wśród badanych mających problem z kompulsywnym kupowaniem osoby, które nie ukończyły 25. roku życia stanowią 30,6%, a kolejne 26,7% to osoby w przedziale wiekowym 25–34 lata.

Rys. 5. Ile razy w ciągu ostatniego miesiąca kupował(a) Pan(i):



Osoby zdradzające symptomy uzależnienia od zakupów zainteresowane są określonymi rodzajami produktów. W obszarze ich szczególnego zainteresowania są:

- odzież, obuwiu dla siebie lub innej dorosłej osoby,
- kosmetyki, perfumy,
- biżuteria, dodatki,
- artykuły gospodarstwa domowego lub służące do wystroju domu.

Uzależnienie od internetu

Wiek jest istotnym czynnikiem ryzyka także w przypadku uzależnienia od internetu. Badania wskazują, że w populacji Polaków powyżej 15. roku życia 67,9% korzysta z internetu; w grupie tej zdecydowanie dominują przeciętni użytkownicy, niemający w codziennym życiu problemów związanych z korzystaniem z sieci. Wyniki testu screeningowego⁶ wskazują, że symptomy uzależnienia od internetu ma 1,3% Polaków, co stanowi 1,9% korzystających z sieci. Wśród najmłodszych badanych użytkowników internetu, czyli osób w wieku 15-17 lat, 6,2% wykazuje zagrożenie uzależnieniem bądź uzależnienie od sieci, natomiast wśród użytkowników z grupy wiekowej 18-24 lata zagrożonych uzależnieniem jest 4,7%. Zagrożenie uzależnieniem od internetu dotyka w tym samym zakresie i kobiety (2,0%), i mężczyzn (1,9%).

W ramach różnych form aktywności prowadzonych w internecie można wyróżnić takie, w przypadku których aktywność uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem jest znacznie wyższa od przeciętnej. Należą

do nich przede wszystkim słuchanie muzyki dostępnej w internecie oraz aktywność na portalach społecznościowych, forach i w grupach dyskusyjnych.

Uzależnienia behawioralne i używanie substancji psychoaktywnych

Odrębne analizy poświęcono współwystępowaniu uzależnień behawioralnych i konsumpcji środków psychoaktywnych. Szczególną uwagę poświęcono marihuanie i haszyszowi ze względu na ich relatywnie największe rozpowszechnienie: kiedykolwiek w życiu używało ich 16,2% badanych, w tym 4,6% w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

W przypadku każdego z omawianych uzależnień behawioralnych odsetek konsumentów marihuany i haszyszu jest wyższy w grupach ryzyka i wśród osób już uzależnionych niż wśród badanych wolnych od problemu. Analizując wartości współczynników korelacji między częstotliwością przyjmowania marihuany/haszyszu a indeksami uzależnienia od pracy, zakupów, hazardu i sieci, należy uznać, że choć zależność występuje, to nie jest ona silna.

Istnieje także związek między używaniem amfetaminy a uzależnieniem od gier hazardowych. Kontakt z amfetaminą zadeklarowało 13,6% osób uzależnionych od gier na pieniądze, wśród nieuzależnionych amfetaminy próbowało 1,6% graczy. Zakupo- i sieciololicy także częściej deklarują konsumpcję amfetaminy niż osoby nieuzależnione⁷, ale jedyną zależnością potwierdzoną w analizie korelacji jest związek hazardu z amfetaminą – choć niewielki, jest

on istotny statystycznie ($r_{\text{Pearsona}}=0,17$; $p<0,01$). W przypadku pozostałych wymienionych na liście substancji psychoaktywnych (heroina, kokaina, ecstasy, LSD, grzyby halucynogenne, „kompot”, substancje wziewne, dopalacze)

Rys. 6. Zagrożenie uzależnieniem od internetu w polskim społeczeństwie.



Tabela 1. Czy w ciągu całego życia zdarzyło się Panu(i) używać marihuany lub haszyszu?

	Uzależnienie od pracy	Uzależnienie od zakupów	Uzależnienie od hazardu	Uzależnienie od internetu i zagrożenie uzależnieniem
Korelacja Pearsona	,082**	,101**	,111**	,096**
Istotność (dwustronna)	,000	,000	,001	,000
N	2491	2491	854	2491

* Korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).

** Korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie).

stwierdzono występowanie istotnych różnic w ich konsumpcji między osobami niemającymi i mającymi uzależnienia behawioralne tylko w odniesieniu do hazardu.

Leki uspokajające lub nasenne dostępne wyłącznie na receptę nieco częściej niż osoby nieuzależnione zażywali pracoholicy i hazardziści. W przypadku internetu wystąpiła odwrotna sytuacja: leki zażywają częściej przeciętni użytkownicy internetu niż osoby z grupy ryzyka. Przyczyn tego stanu rzeczy można upatrywać m.in. w strukturze wiekowej siecioholiców, wśród których przeważają ludzie młodzi, rzadziej niż dorośli korzystający z farmaceutyków. Jednak na tym poziomie analiz nie stwierdzono, by opisane różnice, były istotne statystycznie.

Natomiast biorąc pod uwagę wszystkie substancje psychoaktywne łącznie (czyli narkotyki + leki nasenne i uspokajające) można przekonać się, że zarówno w przypadku pracoholizmu, uzależnienia od zakupów, hazardu i siecioholizmu odsetki badanych mających doświadczenia z substancjami psychoaktywnymi są wyższe w przypadku osób uzależnionych niż dla niemających problemu z nałogiem. Te różnice konsumpcji są istotne statystycznie.

Spośród analizowanych uzależnień behawioralnych wyróżnia się uzależnienie od gry na pieniądze; to nałogowi gracze mają największą skłonność do używania różnych środków psychoaktywnych. W tym sensie potwierdza się potoczne przekonanie Polaków, że najbardziej ryzykowny i niebezpieczny w tej kategorii uzależnień jest hazard.

Można jednak postawić tezę, że zagrożenia związane z uzależnieniami behawioralnymi – poza hazardem – są społecznie niedoceniane między innymi dlatego, że jest to stosunkowo nowy problem. Rozwój tego typu uzależnień wiąże się z przejściem do gospodarki rynkowej, która dała nieznane przedtem możliwości konsumpcyjne, a z drugiej strony całkowicie zmieniła rynek pracy – pojawił się problem bezrobocia, trudności w znalezieniu stałej pracy itp. Kolejny ważny czynnik to upowszechnienie dostępu do internetu, którego jednym z następstw było pojawienie się wcześniej nieznanymi form zaburzeń. Prawdopodobnie jest tylko kwestią czasu, kiedy ryzyka związane z tymi uzależnieniami będą poważniej niż obecnie zagrażać zdrowiu Polaków.

Przypisy

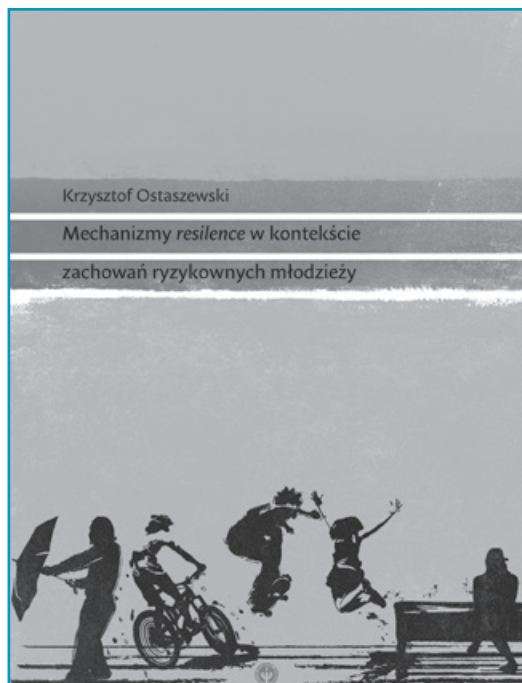
- ¹ Badanie „Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych(...)” zostało zrealizowane w okresie od listopada 2014 r. do lutego 2015 r., na ogólnopolskiej próbie losowej (PESEL) reprezentatywnej dla osób 15+, N=2502; bezpośredni wywiad ankietarski wspomagany był komputerowo (CAPI). Badanie zostało zlecone przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.
- ² W diagnozie poziomu uzależnienia zastosowano Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (CPGI).
- ³ Współczynnik oszacowania (wartość mnożnika) uzyskano pytając respondentów, czy znają ludzi spełniających kryteria „bycia hazardzistą” oraz czy osoby te leczyły się stacjonarnie lub ambulatoryjnie z powodu problemów z hazardem.
- ⁴ Jest to iloczyn liczby leczonych i współczynnika oszacowania.
- ⁵ Uzależnienie od zakupów diagnozowano przy pomocy testu: Valence, d’Astous and Fortier Compulsive Buying Scale.
- ⁶ Wykorzystano: Internet Addiction Test (Young).
- ⁷ 5,1% zakupoholiców miało kontakt z amfetaminą, wśród nieuzależnionych – 1,8% próbowało tego narkotyku; w grupie siecioholiców 5,7% miało kontakt z amfetaminą, wśród nieuzależnionych – 1,8%; w grupie siecioholiców 6,1% miało kontakt z dopalaczami – wśród nieuzależnionych 1,3%.

Tabela 2. Używanie leków psychoaktywnych na receptę kiedykolwiek w życiu.

	Uzależnienie od pracy		Uzależnienie od zakupów		Uzależnienie od hazardu		Uzależnienie od internetu i zagrożenie uzależnieniem	
	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak
nie	79,0%	74,4%	78,2%	77,1%	78,2%	73,4%	78,0%	88,7%
tak	21,0%	25,6%	21,8%	22,9%	21,8%	26,6%	22,0%	11,3%

Tabela 3. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu.

	Uzależnienie od pracy		Uzależnienie od zakupów		Uzależnienie od hazardu		Uzależnienie od internetu i zagrożenie uzależnieniem	
	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak
nie	67,6%	60,3%	66,9%	50,8%	66,3%	55,1%	66,4%	53,5%
tak	32,4%	39,7%	33,1%	49,2%	33,7%	44,9%	33,6%	46,5%



ZACHOWANIA RYZYKOWNE MŁODZIEŻY W PERSPEKTYWIE MECHANIZMÓW RESILIENCE

Sławomir Pietrzak
psycholog

Książka dr. Krzysztofa Ostaszewskiego dotycząca problematyki zachowań ryzykownych młodzieży, jest wartościową pozycją, która powinna znaleźć się w bibliotece każdej osoby zajmującej się profilaktyką. Spójny i logiczny układ książki oraz jej przystępny język to bardzo istotne atrybuty tej publikacji. Autor dużą wagę przywiązuje do wyjaśniania zagadnień teoretycznych, używając do tego celu bardzo dobrej, moim zdaniem, metody graficznego przedstawiania najważniejszych modeli teoretycznych. Ryciny stanowią zawsze podsumowanie najistotniejszych założeń przedstawionych koncepcji i są idealnym uzupełnieniem wiadomości zawartych w książce.

W rozdziale pierwszym publikacji zostały przedstawione różne koncepcje zachowań młodzieży związanych z wiekiem dojrzewania. Dowiemy się o teorii zachowań problemowych i teorii zachowań ryzykownych Richarda Jessora, zachowaniach antyspołecznych w ujęciu koncepcji Terrie Moffitt oraz w ujęciu modelu rozwoju społecznego Davida Hawkinsa i Josepha Weisa. Poznamy także taksonomię zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych Thomasa Achenbacha (koncepcja zachowań internalizacyjnych i eksternalizacyjnych). W rozdziale tym omówiono także syndrom zachowań ryzykownych.

W rozdziale drugim dr. Krzysztof Ostaszewski prezentuje koncepcję *resilience*, w tym odkrycie zjawiska oraz jego główne elementy składowe, tj. ryzyko i pozytywną adaptację. Autor szczegółowo opisuje, czym są czynniki ryzyka i czynniki chroniące oraz przedstawia kilka modeli wyjaśniających działanie czynników chroniących. Koncepcja *resilience* jest przedstawiona także w ujęciu rozwojowym oraz w kontekście różnic indywidualnych.

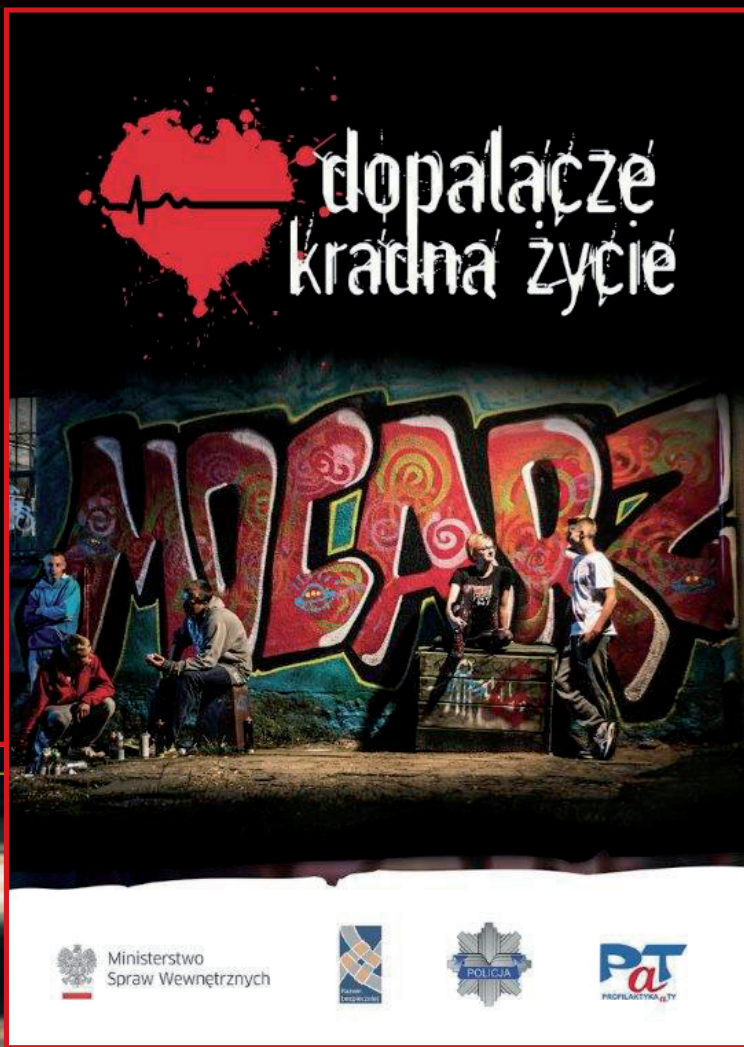
Rozdział trzeci jest poświęcony profilaktyce pozytywnej. Kompleksowo opisuje on koncepcję pozytywnego rozwoju młodzieży jako alternatywy dla podejścia skoncentrowanego na problemach. Znajdziemy tutaj krótki opis koncepcji „Five Cs” Richarda Lerner oraz konsekwencje wprowadzenia „pozytywnego” podejścia dla praktyki pracy z młodzieżą, w szczególności dla profilaktyki zachowań ryzykownych. Autor wskazuje tutaj także konieczność integracji profilaktyki pozytywnej z systemem edukacyjnym oraz przedstawia kluczowe elementy profilaktyki pozytywnej: dobre relacje młodzieży z rodzicami, nauczycielami i znaczącymi osobami dorosłymi, a także relacje z rówieśnikami i otoczeniem społecznym. Rozdział ten powinien być obowiązkową lekturą dla nauczycieli i wszystkich osób decydujących o kształcie systemu edukacyjnego.

W kolejnych trzech rozdziałach możemy zapoznać się z badaniami własnymi autora dotyczącymi zachowań ryzykownych młodzieży i modeli *resilience*.

Rozdział siódmy to obowiązkowa pozycja dla profilaktyków i osób decydujących o budowaniu strategii profilaktycznych szkoły lub samorządu lokalnego. W rozdziale tym przedstawiono wnioski i rekomendacje dotyczące profilaktyki zachowań ryzykownych młodzieży. Autor podkreśla wagę profilaktyki pozytywnej, istotną rolę oddziaływań rodziców, budowanie więzi pomiędzy młodzieżą, nauczycielami i środowiskiem szkolnym. Wskazuje również na inne czynniki chroniące, takie jak rozwijanie działalności prospołecznej, rozwijanie talentów i zainteresowań czy też angażowanie się w projekty społeczne. Autor podkreśla również, że dla wzmocnienia skuteczności oddziaływań profilaktycznych korzystać należy ze sprawdzonych i opartych na wiedzy programów profilaktycznych.

Książka Krzysztofa Ostaszewskiego to niezbędne dla każdego profilaktyka kompendium wiedzy z zakresu zachowań ryzykownych młodzieży. Jest bardzo dobrym podręcznikiem akademickim, który poleciłbym również wszystkim nauczycielom i pedagogom. Dzięki wiedzy zawartej w publikacji będziemy mogli lepiej przygotować się do wyzwań związanych z wychowaniem młodych ludzi.

dopalacze kradna życie



KONKURS PRZYTOMNI

Nakręć film, dołącz do paktu przeciwko dopalaczom i powiedz innym: **DOPALACZE KRADNA ŻYCIE**

Jak wziąć udział w konkursie?

1. Zbierzcie grupę znajomych
2. Wybierzcie opiekuna
3. Nakręćcie 30-40 sekundowy spot
4. Wyślijcie nagranie do siedziby Ministerstwa Spraw Wewnętrznych przy ul. Batorego 5, 02-591 Warszawa z dopiskiem „Przytomni”

Na zgłoszenia macie czas do 30 września 2015 r.

Do wygrania atrakcyjne nagrody:

- I miejsce - 10 000 zł
- II miejsce - 8 000 zł
- III miejsce - 6 000 zł
- Nagroda Internautów - 4 000 zł

Konkurs jest jednoetapowy i otwarty dla wszystkich uczniów szkół średnich i szkół ponadgimnazjalnych z wyłączeniem osób studiujących. Każda grupa może zgłosić się do konkursu jedną drużyną, składającą się z dowolnej liczby uczestników i co najmniej jednego opiekuna. Szczegóły oraz regulamin konkursu dostępne są na stronie internetowej: www.msw.gov.pl

Ministerstwo
Spraw Wewnętrznych

29 lipca 2015 roku ruszyła kampania edukacyjno-informacyjna Dopalacze kradną życie. Jej inicjatorami są Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Komenda Główna Policji. Ambasadarami akcji są koszykarz Marcin Gortat i animator kultury, działacz charytatywny Jerzy Owsiak. Kampania korzysta ze wszystkich popularnych mediów – nie tylko tradycyjnych (papierowych i elektronicznych), ale także portali i narzędzi społecznościowych (YouTube, Twitter, Facebook, Instagram itd.). Przygotowany na tę okazję spot „Taki z ciebie Mocarz” będzie wyświetlany w kinach przed seansami.

Więcej informacji na temat kampanii w artykule zamieszczonym na s. 24.

Redakcja

MATERIAŁY PROFILAKTYCZNE KBPN DOTYCZĄCE „DOPALACZY”



CZY ZNASZ PRAWDĘ O „DOPALACZACH”?

Edukacyjno-informacyjna ulotka skierowana jest do młodzieży. Zawiera najważniejsze informacje o nowych narkotykach oraz o zasadach postępowania w sytuacji zagrożenia życia.

INFORMATOR DLA RODZICÓW, NAUCZYCIELI I PEDAGOGÓW

Edukacyjna broszura dla rodziców i nauczycieli zawierająca najważniejsze informacje o nowych substancjach psychoaktywnych, zwanych potocznie „dopalaczami”. W publikacji omówiono w sposób przystępny status prawny „dopalaczy”, zagrożenia zdrowotne i społeczne wynikające z ich używania, a także wskazano na możliwości uzyskania pomocy specjalistycznej dla osób używających lub ich rodzin. Wersja elektroniczna dostępna jest na portalu www.kbpn.gov.pl.



O LEKACH, MARIHUANIE, DOPALACZACH BEZ HISTERII

Publikacja ta ma na celu zwiększenie wiedzy rodziców na temat problemu używania substancji psychoaktywnych przez młodzież, jak również zwiększenie ich umiejętności wychowawczych. Porusza m.in. zagadnienia związane ze zjawiskiem odurzania się lekami, używania marihuany i „dopalaczy”. Wersja elektroniczna dostępna jest na portalu www.kbpn.gov.pl.

Redakcja

Serwis Informacyjny NARKOMANIA

Pismo jest finansowane ze środków Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), Fundacji Praesterno i funduszy EOG. Udział środków finansowych KBPN stanowi wkład własny Fundacji Praesterno do projektu realizowanego w ramach programu Obywatele dla Demokracji.



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

Numery archiwalne na stronie: sin.praesterno.pl

Pismo bezpłatne