



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 2 (74) 2016

NR 2

2016

WPROWADZENIE

Drodzy Czytelnicy,

w numerze przedstawiamy obszerną relację z konferencji na temat miejskich polityk narkotykowych – UDPC 2016, która odbyła się w lutym 2016 roku w Warszawie. Tematyka koncentrowała się wokół polityki narkotykowej w przestrzeni miejskiej. Spotkanie miało charakter międzynarodowy i międzysektorowy, skupiając reprezentantów różnych środowisk aktywnych w działaniach antynarkotykowych. Dorobkiem konferencji było opracowanie jednolitych wytycznych do wdrażania racjonalnej polityki narkotykowej na szczeblach lokalnych w dokumencie nazwanym Deklaracją Warszawską, także prezentowaną w tym numerze Serwisu. Deklaracja Warszawska została przedstawiona w marcu bieżącego roku w Wiedniu podczas obrad Komisji ds. Narkotyków Organizacji Narodów Zjednoczonych (Commission on Narcotic Drugs) i była anonsowana przez polską delegację w kwietniu tego roku w Nowym Jorku na Sesji Specjalnej Zgromadzenia Ogólnego ONZ (UNGASS), poświęconej polityce narkotykowej. W artykule polecam szczególnie prezentację najlepszych miejskich dokonań antynarkotykowych w wybranych miastach w Kanadzie i Europie.

W kontekście działań międzynarodowych warto spojrzeć na opisywany przez Ireneusza Siudema regionalny system profilaktyki uzależnień funkcjonujący w województwie lubelskim. Jego celem jest prowadzenie – w skali regionu (województwa) – zintegrowanego systemu oddziaływań, opartego na międzygminnych i międzypowiatowych porozumieniach umożliwiających jednolite i uzupełniające się działania, z włączeniem – na poziomie wojewódzkim – procedur wymiany informacji i konsultacji. Autor podkreśla, że system nie wymaga tworzenia nowych struktur. Jego efektywność zależy od zgodnego współdziałania wszystkich poziomów istniejącej struktury – od lokalnego po wojewódzki. Wdrażany od 1999 roku system sprawdził się i jest wart upowszechnienia.

Polecam prezentowane w numerze materiały relacjonujące aktualne dane dotyczące problematyki środków psychoaktywnych. Artykuł Artura Malczewskiego sygnalizuje ukazanie się raportu EMCDDA z 2016 roku, zawierającego kompleksową analizę najnowszych tendencji w zakresie narkotyków występujących w 28 państwach członkowskich UE oraz w Turcji i Norwegii. Publikowane dane umożliwiają umieszczenie w kontekście europejskim konkretnych informacji dotyczących danego kraju. Na przykład liczba zgonów w Polsce w 2014 roku bezpośrednio spowodowanych narkotykami (279 zgonów) stanowi 4% zgonów związanych z przedawkowaniem narkotyków w krajach UE (6800 zgonów w 2014 roku). Prezentowane liczby umożliwiają też śledzenie dynamiki zmian na przestrzeni ostatnich lat. Raport dokumentuje m.in. tezę, iż spożycie najpopularniejszego w Europie narkotyku – konopi indyjskich – wykazuje tendencję wzrostową: w ośmiu z trzynastu państw dysponujących oszacowaniami z ostatnich lat nastąpił wzrost używania konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku w grupie wiekowej 15-34 lata. Janusz Sierosławski omawia wyniki badań diagnozujących wzory picia alkoholu w Polsce, przeprowadzonych przez CBOS na przełomie 2014 i 2015 roku. Tylko co dziesiąty Polak w wieku 15-64 lata utrzymywał w okresie 12 miesięcy przed badaniem abstynencję (nie wypił żadnego napoju alkoholowego). Z drugiej strony 6,3% populacji w badanej grupie wiekowej pije alkohol nadmiernie (to znaczy powyżej 12 l czystego alkoholu rocznie). Najczęściej pije się w naszym kraju piwo, najrzadziej wino. Wódka zajmuje pośrednie miejsce. Anna Borkowska koncentruje się na nowym w naszym kraju zjawisku – korzystaniu z papierosów elektronicznych i sygnalizuje niebezpieczeństwa związane z ich używaniem. E-papierosy są szczególnie popularne wśród nastolatków. W latach 2011–2014 liczba osób eksperymentujących z e-papierosami wzrosła w Polsce niemal czterokrotnie, zaś grupa regularnych użytkowników zwiększyła się ponad pięć razy. Coraz bardziej popularne wśród młodzieży jest używanie e-papierosów do wdychania innych substancji niż nikotyna (np. kannabinoidów). Autorka wskazuje na powszechne, błędne przekonanie, że e-papierosy – ponieważ nie zawierają szeregu szkodliwych substancji obecnych w papierosach tradycyjnych – są bezpieczne i podaje wyniki badań pokazujących, że w płynach stosowanych w e-papierosach znajdują się substancje rakotwórcze i szkodliwe dla zdrowia. Na koniec pragnę zwrócić Państwu uwagę na prezentację nowego interaktywnego serwisu internetowego przygotowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, promującego programy profilaktyczne oparte na podstawach naukowych, o sprawdzonej skuteczności – www.programyrekomentowane.pl.

*Życzę Państwu przyjemnej lektury
Piotr Jabłoński*

SPIS TREŚCI

Polityka narkotykowa

MIEJSKIE POLITYKI NARKOTYKOWE KLUCZEM DO SKUTECZNEJ STRATEGII PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

Agnieszka Sieniawska..... 2

DEKLARACJA WARSZAWSKA 10

Prawo

UPADŁOŚĆ KONSUMENCKA OSOBY UZALEŻNIONEJ OD NARKOTYKÓW. WYBRANE ZAGADNIENIA

Katarzyna Syroka-Marczewska 12

Profilaktyka

OCENA SKUTECZNOŚCI PROGRAMU FRED GOES NET

Robert Rejniak 18

Współpraca międzynarodowa

EUROPEJSKIE STANDARDY W PROFILAKTYCE NA LITWIE

Artur Malczewski 25

Badania, raporty

UŻYWANIE PAPIEROSÓW ELEKTRONICZNYCH PRZEZ MŁODZIEŻ

Anna Borkowska..... 27

WZORY PICIA NAPOJÓW ALKOHOLOWYCH W POLSCE. WYNIKI BADANIA ANKIETOWEGO 2014/2015

Janusz Sierosławski..... 34

OPIATY, STYMULANTY ORAZ KONOPIE W EUROPIE – NAJNOWSZY RAPORT EMCDDA

Artur Malczewski 38

Regiony

REGIONALNY SYSTEM PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

Ireneusz Siudem..... 42

Recenzja

BADANIA NAD UZALEŻNIENIAMI BEHAWIORALNYMI 48

Internet

PROFILAKTYKA WYSOKIEJ JAKOŚCI:

WWW.PROGRAMYREKOMENDOWANE.PL III i IV okładka

W lutym 2016 roku w Warszawie odbyła się II Międzynarodowa Konferencja na temat Miejskich Polityk Narkotykowych – UDPC 2016. Głównymi organizatorami wydarzenia było Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Miasto Stołeczne Warszawa i Polska Sieć Polityki Narkotykowej, przy wsparciu Open Society Foundations. Wśród partnerów merytorycznych znalazły się nie tylko organizacje pozarządowe, jak Krytyka Polityczna czy Helsińska Fundacja Praw Człowieka, ale także Warszawski Uniwersytet Medyczny i Radio TOK FM. Było to jedno z największych międzynarodowych wydarzeń poświęconych polityce narkotykowej w przestrzeni miejskiej.

MIEJSKIE POLITYKI NARKOTYKOWE KLUCZEM DO SKUTECZNEJ STRATEGII PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

*Agnieszka Sieniawska
Polska Sieć Polityki Narkotykowej*

Głównymi celami konferencji były: profesjonalizacja miejskich polityk narkotykowych, poprawa jakości współpracy międzysektorowej, transfer wiedzy pomiędzy europejskimi miastami oraz promocja i upowszechnianie miejskich polityk narkotykowych opartych na dowodach naukowych. Konferencja została zorganizowana z myślą o integracji i współpracy pracowników samorządów, polityków, lokalnych decydentów, przedstawicieli jednostek realizujących programy przeciwdziałania narkomanii, funkcjonariuszy policji, prokuratorów, pracowników służby więziennej, działaczy organizacji pozarządowych oraz naukowców.

Pierwsza taka konferencja (Urban Drug Policies in the Globalised World) odbyła się w 2010 roku w Pradze. Wówczas to ogłoszono dokument pod nazwą Deklaracja Praska – 7 Principles for Urban Drug Policies¹. Misją warszawskiej konferencji było wywołanie dyskusji na temat wyzwań, jakie stoją przed lokalną polityką narkotykową w kontekście krajowej i międzynarodowej polityki narkotykowej. Uczestnicy zastanawiali się nad wypracowaniem strategii finansowania programów redukcji szkód w dużych miastach europejskich. W ostatnich latach ze względu na kryzys finansowy, jaki dotknął całą Europę, wiele miast zrezygnowało bądź w znacznym stopniu ograniczyło środki przekazywane na realizację zadań z tego obszaru. Często problemem nie jest jednak brak środków finansowych, lecz

ich niewłaściwe dystrybuowanie. Konferencja była okazją do przyjrzenia się problemowi i opracowania jednolitych wytycznych do wdrażania racjonalnej polityki narkotykowej na szczeblach lokalnych w dokumencie nazwanym Deklaracją Warszawską, która została zaprezentowana na posiedzeniu Commission on Narcotic Drugs w Wiedniu (marzec 2016 roku) i na Specjalnej Sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ – UNGASS 2016.

Polityka narkotykowa na poziomie miasta – najlepsze miejskie praktyki w Europie

Miasto jest przestrzenią najwyraźniej obrazującą problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych – otwarte sceny narkotykowe w parkach czy na miejskich placach są w pierwszej kolejności zauważane przez społeczności lokalne. Jak pokazują doświadczenia krajów europejskich, to właśnie impuls lokalny jest inicjatorem realnych zmian. Zdarza się, że to, jakie decyzje i rozwiązania są wdrażane na poziomie lokalnym, jest motorem zmian prawa narkotykowego na poziomie krajowym, a nawet międzynarodowym.

Oto przykłady kilku dobrych praktyk w zakresie miejskich i ogólnokrajowych polityk narkotykowych.

Vancouver

To jedyne miasto w Ameryce Północnej, gdzie używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych nie jest przestępstwem. W 2003 roku uruchomiono tu pierwszy i jedyny działający legalnie do dziś punkt iniekcyjny „Inside”. Oprócz podstawowej funkcji, jaką jest przyjmowanie narkotyków drogą iniekcji w bezpiecznych i higienicznych warunkach, Centrum pełni także rolę małej przychodni i oddziału detoksykacyjnego. Można tu uzyskać poradę dotyczącą odpowiedniego sposobu i miejsca leczenia, a nawet informacje na temat pomocy socjalnej czy mieszkaniowej. Od 2003 roku w „Inside” ani razu nie doszło do przypadku śmiertelnego przedawkowania, w rejestrze pomocy odnotowano ponad 12 tys. klientów i dokonano ok. 2 mln iniekcji, co przełożyło się na spadek przedawkowań w sąsiedztwie Centrum o 35%, natomiast z perspektywy całego Vancouver o 9%. Jest to ogromny sukces z zakresu zdrowia publicznego i niezwykle ważne jest skorzystanie z tego typu inicjatyw na poziomie lokalnym przez inne miasta. Podstawową funkcją pokoi iniekcyjnych jest ochrona przed śmiertelnym przedawkowaniem, ograniczanie konsumpcji narkotyków w miejscach publicznych i bezpośredniego kontaktu z osobami uzależnionymi. Obecnie w Europie tego typu projekty są realizowane w Niemczech, Holandii, Szwajcarii, Hiszpanii i Norwegii. W Polsce przez pewien czas w Krakowie istniał jeden nadzorowany pokój higieniczny dla bezdomnych osób uzależnionych, który jednak z uwagi na przepisy prawne penalizujące posiadanie narkotyków na własny użytek, zawiesił działalność.

Portugalia

Państwo to od prawie 15 lat prowadzi politykę narkotykową sytuując ją w obszarze zdrowia publicznego, pozostawiając prawo karne z właściwymi mu poważniejszymi problemami prawnymi odpowiednim organom. Eksperci, którzy dokonali przełomowych reform, już na początku swojej działalności przyjęli zasadniczy postulat zmiany kwalifikacji posiadania narkotyków z przestępstwa kryminalnego na wykroczenie administracyjne. W 2001 roku zdekryminalizowano posiadanie i używanie narkotyków,

uznając, że posiadanie na własny użytek jest domeną zdrowia publicznego, nie zagadnieniem z obszaru ochrony porządku publicznego. Należy podkreślić, że był to efekt pracy komisji, w skład której wchodziła specjaliści z różnych dziedzin – lekarze, socjologowie, psychologowie, prawnicy i działacze społeczni. Nowe podejście skutkowało zaskakującą zmianą, jaką było stworzenie tzw. Komisji Odwodzenia, które jako instytucje zdrowia publicznego, a nie resortu sprawiedliwości zastąpiły sądy i policję. Uznano bowiem, że człowiek uzależniony powinien być traktowany jak pacjent, a nie przestępca. Dodatkowo ideą, która przyświecała pracy Komisji było założenie: „Walczymy z chorobą, a nie z pacjentem”. Każda z 18 prowincji Portugalii ma jedną Komisję Odwodzenia, złożoną z trzech osób: prawnika, przedstawiciela służby zdrowia i pracownika socjalnego.

W Portugalii zatrzymani przez policję użytkownicy narkotyków są spisywani, pozbawiani substancji i zwalniani, przy czym każdorazowo są zobowiązani do stawienia się przed Komisją. Spotkania z Komisją odbywają się w zwykłym pokoju, w którym prowadzony jest wywiad, mający na celu uzyskanie jak najwięcej informacji o osobie: dlaczego zażywa narkotyki i jakie, czy jest to spowodowane chorobą, w jakich warunkach żyje itp. To po prostu rozmowa, a nie rozprawa sądowa. Młodym, rekreacyjnym użytkownikom uświadamia się szkodliwość używania narkotyków i konsekwencje, jakie wiążą się z ich przedawkowaniem, zaś osobom uzależnionym wskazuje się różne metody redukcji szkód i zaleca leczenie. Wezwana osoba może liczyć na wsparcie terapeuty i psychologa. Niezwykle istotne jest, aby nie od razu skazywać na kary, w tym karę pozbawienia wolności. Portugalskie Komisje Odwodzenia podczas pierwszego spotkania zawsze zawieszają postępowanie i nie nakładają żadnych kar. Przy ponownym zatrzymaniu okazjonalnego konsumenta stosuje się karę pieniężną, przy kolejnym podwyższoną kwotowo. Inne możliwe sankcje to: nakaz prac społecznych, regularne zgłaszanie się przed Komisją, wstrzymanie wypłaty środków z pomocy społecznej, dla osób uzależnionych nakaz podjęcia sześciotygodniowej terapii grupowej. Co więcej, prawo zakazuje zasądzania grzywny w stosunku do osoby uzależnionej, gdy nie stać jej na opłatę. Chociaż niewypełnienie nałożonych obowiązków może skutkować oddaniem sprawy do

sądu, najważniejsza dla Komisji jest chęć współpracy i to w wielu przypadkach wystarcza, by sprawa dalej toczyła się na dotychczasowych warunkach.

W Portugalii praca ulicznych ekip to jedno z najważniejszych działań w ramach redukcji szkód. Użytkownikom narkotyków rozdaje się małe apteczki ze strzykawkami i igłami, a także środkami higienicznymi. Wnioski płynące z doświadczeń Portugalii pokazują, że strategie wdrażane na poziomie lokalnym zapobiegają narkomanii i ograniczają zażywanie narkotyków. Inicjatywy na tym niższym szczeblu, w obrębie miast, maksymalnie wykorzystują możliwości, jakie daje im sfera zdrowotna.

Zurych

Kolejny przykład wzorcowych działań zainicjowanych na poziomie lokalnym dotyczy Zurychu. W latach 80. w mieście wydzielono specjalną strefę dla użytkowników narkotyków – tzw. Park Igieł. Każdego dnia przychodziło do niego nawet 1000 użytkowników. Klęska tradycyjnych rozwiązań siłowych, ściganie i karanie, a więc kryminalizacja, jako odpowiedź na problemy z zakresu zdrowia publicznego, nie była dla mieszkańców rozwiązaniem ani dobrym, ani skutecznym. Zgoda władz na świadczenie usług medycznych dla bywalców Parku Igieł była krokiem w kierunku zmiany podejścia do problemu narkomanii w mieście. Działania medyczne, a nie represje i kary stały się odpowiedzią na wysoką śmiertelność, przedawkowania i rosnącą liczbę zakażeń HIV wśród narkomanów. W ramach pilotażowego programu w ciągu blisko 15 lat udzielono pomocy w ok. 7 tys. przypadków przedawkowań, przeprowadzono tysiące szczepień, rozdano ok. 10 mln strzykawk. Jednak wciąż utrzymujące się wysokie wskaźniki przestępstw i zgonów w przestrzeni publicznej spowodowały zamknięcie Parku Igieł. W obliczu problemu z narkotykami Szwaj-

caria okazała się być państwem zadającym pytania i szukającym odpowiedzi, elastycznie reagującym na zmiany. Politykę narkotykową w tym kraju oparto na koncepcji „czterech filarów”: profilaktyce, terapii, redukcji szkód i działaniach policji.

W miastach zaczęto uruchamiać pierwsze programy redukcji szkód: pokoje iniekcyjne, niskoprogo-

we programy metadonowe, punkty wymiany igieł i strzykawk i terapię heroinową (koncepcja kontrolowanego podawania heroiny osobom głęboko uzależnionym od opiatów, wykazującym odporność na wszelkie formy terapii substytucyjnej. Leczenie wspomagane heroiną jest obecnie możliwe także w Niemczech, Danii, Holandii, Hiszpanii, Belgii i Luksemburgu).

Szwajcaria to bardzo dobry przykład sukcesu w zrównoważeniu polityki karnej przez działania prozdrowotne. We wschodniej części Szwajcarii w kantonie Saint Gall wszystkie przypadki łamania prawa związane z narkotykami karane są jedynie grzywną administracyjną, zaś odpowiedzialność karna dotyczy handlu tymi

środkami. Działania wypracowane na poziomie miasta (Zurychu) przez społeczność lokalną stały się inspiracją do zmiany podejścia w polityce narkotykowej na poziomie całego kraju.

Hiszpania

W kraju tym posiadanie narkotyków na własne potrzeby nigdy nie było traktowane jako przestępstwo, jednak istniała sprzeczność legislacyjna. Otóż Sąd Najwyższy uznał, że wspólna konsumpcja narkotyków przez osoby uzależnione nie narusza prawa, a z drugiej strony wprowadzona w 1992 roku ustawa o bezpieczeństwie publicznym uznała posiadanie i używanie narkotyków w miejscach publicznych za przestępstwo. W Katalonii wypracowano nowatorskie

Miasto jest przestrzenią najwyraźniej obrazującą problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych – otwarte sceny narkotykowe w parkach czy na miejskich placach są w pierwszej kolejności zauważane przez społeczności lokalne. Jak pokazują doświadczenia krajów europejskich, to właśnie impuls lokalny jest inicjatorem realnych zmian. Zdarza się, że to, jakie decyzje i rozwiązania są wdrażane na poziomie lokalnym, jest motorem zmian prawa narkotykowego na poziomie krajowym, a nawet międzynarodowym.

podejście, które kładzie nacisk przede wszystkim na zdrowie publiczne, nie wprowadza penalizacji, a co najważniejsze – zachowuje równowagę pomiędzy indywidualną wolnością jednostki a dobrem społeczności lokalnej.

Katalonia to najlepszy przykład reakcji społeczeństwa obywatelskiego. W latach 90. w Barcelonie, a więc znowu na poziomie miasta, utworzono tzw. społeczne kluby konopne – niekomercyjne stowarzyszenia mające na celu uprawę konopi tylko na potrzeby swoich członków. Od 2010 roku obserwuje się regularny wzrost liczby nowych społecznych klubów konopnych, szacuje się, że w połowie 2014 roku w Katalonii działało ich ok. 400, z czego 250 w samej Barcelonie. Liczba ich członków w mieście wynosi ok. 165 tys. Z punktu widzenia społeczności lokalnej kluby realizują postulat redukcji szkód:

- zapewniają przestrzeń do prywatnej konsumpcji,
- zmniejszają sprzedaż i używanie w miejscach publicznych,
- zmniejszają aktywność policji i redukują wydatki w tym zakresie,
- zmniejszają spożycie marihuany wśród wszystkich grup konsumentów,
- umożliwiają kontakt organizacji pozarządowych i programów redukcji szkód z użytkownikami,
- umożliwiają chorym dostęp do medycznej marihuany.

Barcelona stała się centrum wydarzeń i lokalnych inicjatyw jako odpowiedź na potrzeby nowej polityki narkotykowej. Już w latach 80. rada miejska Barcelony zorganizowała pierwszy okrągły stół, czego efektem było porozumienie w sprawie miejskiego planu narkotykowego. Był to początek nowatorskich rozwiązań, działań w zakresie zdrowia i redukcji szkód w społecznościach lokalnych, a przede wszystkim jasne przesłanie, że problemu narkotyków nie można wykorzystywać jako „broni politycznej”. W 2003 roku władze Barcelony otworzyły pierwszy pokój iniekcyjny w centrum miasta, a w 2004 roku w tej samej dzielnicy drugi taki punkt, natomiast w 2010 roku ostatecznie postanowiono, że każda z dziesięciu dzielnic Barcelony będzie miała swój własny pokój iniekcyjny. Skutkiem tego jest polepszenie się stanu zdrowia użytkowników i poprawa bezpieczeństwa społeczności lokalnych. W Katalonii gwarantem rozwoju i sukcesu polityki narkotykowej są m.in.

działania oparte na redukcji szkód skierowane do problemowych użytkowników narkotyków, powstanie społecznych klubów konopnych oraz edukacja jako alternatywne działanie wobec sankcji administracyjnych nakładanych na młodzież poniżej 18. roku życia za konsumpcję narkotyków.

Polska perspektywa a granice karalności

Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie pod względem humanitarności i racjonalności prawa narkotykowego, ale za to jedno z pierwszych pod względem jego surowości. Obecnie obowiązująca ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii (UPN) wprowadziła całkowitą penalizację posiadania każdej ilości narkotyków, za które grozi kara pozbawienia wolności do lat 3, choć nie wyklucza wyjątków od zasady legalizmu ścigania w przypadkach posiadania nieznacznych ilości narkotyków przeznaczonych na własny użytek sprawcy.

W 2015 roku wszczęto ponad 30 tys. postępowań karnych z UPN, z czego prawie 27 tys. z art. 62 za posiadanie marihuany (ponad 2 tys. zatrzymanych stanowili nieletni). 54% skazanych z art. 62 na karę pozbawienia wolności to odbywający karę po raz pierwszy, zaś w populacji więziennej stanowią oni blisko 52%. Polska wydaje rocznie blisko 90 mln złotych na pokrycie kosztów związanych z egzekwowaniem art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, szczególnie w odniesieniu do małych ilości marihuany przeznaczonej na własny użytek.

Tymczasem w Czechach posiadanie narkotyku, które wypełnia znamiona czynu karalnego, definiuje się poprzez tzw. ilość większą niż niewielka. Czechy powiększyły liczbę krajów Unii, które zdekriminalizowały niektóre wykroczenia związane z marihuaną. Wprowadzono formalne rozróżnienie narkotyków, wskutek czego sprawy o posiadanie niewielkich ilości marihuany mają „lżejszy” status. Posiadanie 15 g marihuany nie skutkuje żadnymi sankcjami, a przydomowa uprawa jest tolerowana do 5 roślin. Czeski kodeks karny posiada legalną definicję ilości większej niż niewielka dla poszczególnych narkotyków.

Ustawa portugalska także dokładnie określa, jaką ilość substancji wolno posiadać, by nie podlegać zarzutowi o handel narkotykami. Ogólnie za taką ilość uważa

się dawki narkotyków wystarczające na 10-dniową ich konsumpcję przez jedną osobę. Prawo jasno określa dopuszczalną ilość narkotyków, wyłączając w tym zakresie odpowiedzialność karną.

Austriackie prawo rozróżnia posiadanie narkotyków na własny użytek i posiadanie na handel. Wysokość wyroku zależy od kilku kryteriów: ilość mała czy duża, częstotliwość używania, rodzaj substancji. W Danii używanie narkotyków również nie jest karane. Posiadanie np. do 10 g haszyszu jest karane grzywną, dopiero posiadanie większej ilości niż

dozwolona i określona przez prawo, skutkuje pozbawieniem wolności. Na Węgrzech funkcjonuje jedna z bardziej restrykcyjnych ustaw antynarkotykowych, jednak i tu prawo określa dozwolone limity – wprowadza legalną definicję tzw. małej ilości. W Szwecji karanie za posiadanie oraz inne przestępstwa związane z narkotykami jest zależne od stopnia szkodliwości. Niewielki stopień szkodliwości społecznej odnosi się do posiadania i używania na własny rachunek. W Belgii posiadanie do 3 g marihuany lub jednej hodowanej rośliny jest karane grzywną. W Niemczech posiadanie marihuany w ilości mniejszej niż 10 g najczęściej kończy się zawieszeniem postępowania z powodu niskiej szkodliwości społecznej.

Z kolei w Norwegii kara grzywny nakładana jest za posiadanie do 15 g marihuany, posiadanie większej ilości jest

przestępstwem. Francja ustanowiła wyłącznie kary administracyjne za posiadanie niewielkich ilości (3-10 g) marihuany.

Także Włochy wprowadziły rozróżnienie pomiędzy marihuaną a innymi narkotykami, co przekłada się na funkcjonowanie prawa i praktykę sądową. Posiadanie marihuany, haszyszu czy leków powodujących uzależnienie w niedużej ilości na własny użytek,

w pierwszej kolejności zobowiązuje zatrzymanego do nieużywania tych substancji w przyszłości, otrzymuje on ostrzeżenie i zostaje zwolniony. Kolejne zatrzymanie może prowadzić do utraty prawa jazdy, pozwolenia na broń, aresztu domowego z nakazem meldowania się na posterunku policji przynajmniej dwa razy w tygodniu i odebraniem paszportu.

Tabela ilości granicznych to proste rozwiązanie, nietrudne do stworzenia, precyzujące definicję nieznaczącej ilości narkotyków. Wydaje się, że w Polsce także konieczne jest doprecyzowanie tego pojęcia

i wprowadzenie wartości progowych narkotyków, tak jak ma to miejsce w innych państwach.

Redukcja szkód w Polsce

W 2012 roku 700 tys. Europejczyków leczyło się z powodu uzależnienia od opiatów, korzystając z terapii substytucyjnej. Liczba problemowych użytkowników narkotyków w Polsce jest szacowana na 72-128 tys. osób, z czego ok. 11-18 tys. to użytkownicy opioidów. Z programów leczenia substytucyjnego korzysta 2396 osób, a to zaledwie 10% wszystkich potencjalnych pacjentów, co daje Polsce jeden z najniższych wskaźników w Unii Europejskiej i jedno z ostatnich miejsc wśród krajów członkowskich. W państwach Unii średni poziom dostępu do leczenia substytucyjnego to 40% zapotrzebowania. W większości

województw działa jeden program (w Warszawie jest ich aż siedem, ale na Podlasiu i Podkarpaciu nie ma żadnego). Dla przykładu w Wielkiej Brytanii leczy się ponad 150 tys. osób, we Francji ok. 120 tys. pacjentów, a we Włoszech z tej formy leczenia korzysta 110 tys. chorych. Powszechnie wiadomo, że terapia substytucyjna pomaga zachować życie, obniża zachorowalność, zapobiega chorobom zakaźnym i umożliwia powrót do

Programy wymiany igieł i strzykawek to te działania interwencyjne, które w ostatnich latach w Polsce zmniejszają swój zasięg działania. Obecnie funkcjonuje tylko 13 programów w 12 miastach. W 2004 roku wydano ponad 700 tys. igieł i strzykawek, w 2014 roku już tylko 170 tys. Większość krajów UE umożliwia wymianę sprzętu iniekcyjnego w więzieniach, ale w Polsce w placówkach penitencjarnych taka forma redukcji szkód nie istnieje. Co więcej, nie dostrzegamy potrzeby zapewnienia uzależnionym pokoi, w których mogliby dokonywać iniekcji w bezpiecznych i higienicznych warunkach.

właściwej kondycji psychicznej i fizycznej. Leczenie substytucyjne w Polsce jest nadal na bardzo niskim poziomie. W dalszym ciągu istnieje bezwzględny obowiązek regularnego stawiennictwa, by odebrać lek. Praktyka jest taka, że substytut jest podawany pacjentowi przez lekarza, pielęgniarkę lub farmaceutę w jednorazowych dawkach dziennych i jest przyjmowany w ich obecności. Nadal nie ma możliwości wydania leku na podstawie recepty ze zwykłej apteki, a to wciąż utrzymuje wysokoprogowy charakter tej metody leczenia. W wielu krajach lekarze praktyki ogólnej są uprawnieni do przepisywania swym pacjentom metadonu i to jest przykład leczenia substytucyjnego o charakterze niskoprogowym. Obecnie toczy się dyskusja nad zasadnością wprowadzenia w Polsce rozwiązań na wzór innych krajów Europy i umożliwienie pacjentom odpłatnego pozyskania leku substytucyjnego na receptę.

Nie podejmujemy natomiast w Polsce tematu leczenia heroina. Koncepcja kontrolowanego podawania heroiny osobom głęboko uzależnionym od opiatów, wykazującym odporność na wszelkie formy terapii substytucyjnej, jest obecnie możliwa w Szwajcarii, Niemczech, Danii, Holandii, Hiszpanii czy Belgii.

Wirus HIV jest jednym z największych wyzwań systemu opieki zdrowotnej; AIDS to ciężka choroba z dużym stopniem śmiertelności, dlatego fundamentalnym obowiązkiem jest leczenie i pomoc ludziom żyjącym z HIV. Leczenie antyretrowirusowe opiera się w Polsce na sieci poradni, 99% pacjentów jest leczonych ambulatoryjnie, a leczeniem szpitalnym objętych jest okresowo 1% chorych. W Polsce żadna poradnia leczenia ARV nie jest przygotowana i nie ma zagwarantowanych innych usług do prowadzenia bezpośrednio podawanej terapii antyretrowirusowej (DAART). Przygnębiający jest fakt, że zaledwie 2% ludzi, u których rozpoznaje się AIDS, było wcześniej leczonych antyretrowirusowo.

Szczepienia, testowanie i poradnictwo bywa nazywane „profilaktyką drugorzędną”, a jednak to właśnie testy na obecność przeciwciał anti-HIV są jedną z najskuteczniejszych metod zapobiegania epidemii. W 2014 roku w Polsce funkcjonowało 31 punktów konsultacyjno-diagnostycznych. Na terenie całego kraju wykonuje się ok. 200 tys. testów i jest to bardzo niski poziom testowania. Francuski system opieki zdrowotnej wykonuje ok. 5 mln testów rocznie, w Wielkiej Brytanii w samych placówkach

Urban Drug Polices Conference 2016 w liczbach:

- 3 głównych organizatorów – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Urząd Miasta Stołecznego Warszawa i Polska Sieć Polityki Narkotykowej.
- 15 partnerów, w tym Warszawski Uniwersytet Medyczny, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Eurasian Harm Reduction Network, Open Society Foundations, Radio TOK FM.
- 178 uczestników z całej Polski, w tym połowa urzędników miejskich, przedstawiciele społeczeństwa obywatelskiego, nauki, instytucji państwowych – agend rządowych, policji, więziennictwa.
- 46 uczestników z Europy, w tym przedstawiciele urzędów miast, agend rządowych oraz NGO. Kraje: Estonia, Hiszpania, Dania, Austria, Litwa, Łotwa, Węgry, Słowacja, Portugalia, Anglia, Niemcy, Szwajcaria, Holandia.
- 74 prelegentów, w tym 31 prelegentów zagranicznych.
- 482 podpisy pod Deklaracją Warszawską.
- 7 konferencji/wydarzeń promocyjno-wdrażających Deklarację Warszawską: 3 konferencje KBPN (maj, czerwiec, wrzesień 2016), CND, UNGASS, Bruksela, Parlament Europejski.
- 14 materiałów prasowych, w tym TOK FM (5 wejść na antenę), TVN 24 (2 wejścia), Panorama, Fakty, Wiadomości, Gazeta Wyborcza.

chorób skórnych i przenoszonych drogą płciową robi się rocznie milion testów, w Czechach liczba ta wynosi 350 tys.

Programy wymiany igieł i strzykawek to te działania interwencyjne, które w ostatnich latach w naszym kraju zmniejszają swój zasięg działania. Obecnie funkcjonuje tylko 13 programów w 12 miastach. W 2004 roku wydano ponad 700 tys. igieł i strzykawek, w 2014 roku już tylko 170 tys. Większość krajów Unii Europejskiej umożliwia wymianę sprzętu iniekcyjnego w więzieniach, ale w Polsce w placówkach penitencjarnych taka forma redukcji szkód nie istnieje.

Co więcej, nie dostrzegamy potrzeby zapewnienia uzależnionym pokoi, w których mogliby dokonywać iniekcji w bezpiecznych i higienicznych warunkach. Taka pomoc w Polsce, z uwagi na art. 58 UPN, może być wedle prawa przestępstwem, rozumianym jako umożliwianie użycia narkotyków. Podstawową funkcją pokoi iniekcyjnych jest ochrona przed śmiertelnym przedawkowaniem, ograniczanie konsumpcji narkotyków w miejscach publicznych i bezpośredniego kontaktu z uzależnionymi. Obecnie w Europie działa kilkadziesiąt tego typu projektów (w Niemczech, Holandii, Szwajcarii, Hiszpanii i Norwegii).

Nie bez przyczyny podałam przykładowe statystyki dotyczące programów redukcji szkód realizowanych na terenie Polski. Polską narkofobię obrazuje także częstotliwość przepisywania leków narkotycznych w przypadkach leczenia/uśmierzenia bólu czy w warunkach opieki paliatywnej. Z powodu bólu występującego w chorobie nowotworowej co roku cierpi ok. 100 tys. Polaków i pomimo że opioidowe leki przeciwbólowe są dostępne, ich wykorzystanie jest niskie. Traktowane są one jak środki narkotyczne, a nie jak leki. Jako jedyny kraj Unii Europejskiej nakładamy na lekarzy obowiązek używania specjalnych, różowych recept z wtórnikami do ich wypisania. A mając nawet taką możliwość, na Mazowszu zaledwie 4% lekarzy występuje o recepty, które umożliwiają przepisanie opioidów.

Kopenhaga i program „ulicznych prawników”

Gadejuristen (ang. *Street Lawyers*) to inaczej Prawnicy Ulicy, czyli nazwa organizacji założonej

w 1998 roku w Kopenhadze, która świadczy usługi prawne dla osób używających narkotyków na ulicy, szczególnie bezdomnych. Praca ekip prawniczych na ulicach Kopenhagi była odpowiedzią na codzienną praktykę policji, która systematycznie łamała prawa osób uzależnionych od narkotyków: prawo do ochrony zdrowia, do prywatności, prawa socjalne, prawo do godności i wolności od poniżającego traktowania.

Najważniejszym aspektem pracy było określenie potrzeb klientów. W obliczu dramatycznego wzrostu liczby zgonów spowodowanych przedawkowaniem narkotyków, od samego początku celem organizacji było utworzenie pokoi iniekcyjnych – bezpiecznych miejsc, gdzie uzależnieni mogliby w higienicznych warunkach dokonywać iniekcji, a także stworzenie możliwości leczenia heroiną. Nanna Gotfredsen, założycielka i działaczka *Gadejuristen* niejednokrotnie podkreślała podczas warszawskiej konferencji, że najgorsze w polityce narkotykowej jest to, że jest ona kształtowana i organizowana w miejscu odległym od osób uzależnionych. Dobra polityka narkotykowa powinna być sformułowana lokalnie, dostosowana i tworzona w ścisłej współpracy z tymi, którzy potrzebują w związku z uzależnieniem konkretnych oddziaływań.

W 2011 roku pomimo sprzeciwu i braku zgody władz, wdrożono program – na ulice Kopenhagi wyjechał pierwszy społeczny „narkobus”, czyli stary ambulans przerobiony na publiczną „wstrzykiwalnię”. Ta pomoc była pierwszą inicjatywą mobilnego nadzoru iniekcji dokonywanych w higienicznych warunkach przez osoby uzależnione od narkotyków. Wysłużony niemiecki ambulans przystosowany do nowych zadań mieści jednocześnie trzech klientów, lekarza i pielęgniarkę. To czyste i przyjemne miejsce, gdzie osoby uzależnione mogą bezpiecznie zażyć substancje. Efektem jest malejące ryzyko śmiertelnego przedawkowania i rozprzestrzeniania takich chorób, jak AIDS.

Prawnicy *Street Lawyers* są praktykami, widzą o wiele więcej niż przeciętny obywatel, bo naprawdę wchodzą w środowisko uzależnionych. Jak twierdzi Nanna Gotfredsen, jeśli jedyne, co proponujemy osobom zażywającym narkotyki, które nierzadko mają także problemy ze zdrowiem psychicznym, to wykluczenie społeczne, represje karne i napiętnowanie, to reali-

zujemy postulat strategii zastraszania, skutecznie pozbawiamy ich pomocy, łamiemy prawa człowieka i przyznajemy sobie prawo do niehumanitarnego traktowania innych ludzi.

W 5,5-milionowej Danii żyje ok. 33 tys. osób uzależnionych od narkotyków, z czego 13 tys. to grupa największego ryzyka – osoby regularnie wstrzykujące sobie heroinę. Często używają one substancji na ulicach, w bramach, na squatach – słowem daleko od szpitala czy jakiegokolwiek punktu pomocy. Także z tego powodu Dania ma jeden z największych wskaźników śmierci z przedawkowania w Europie – co roku w ten sposób umiera ok. 300 osób. Dlatego od 2013 roku każdy Duńczyk sięgający po twarde narkotyki, ma dostęp do zestawu pierwszej pomocy, zawierającego strzykawkę, instrukcję obsługi i dawkę leku o nazwie Naloxon (znanego w Polsce jako Narcan). Jest to substancja blokująca śmiertelne skutki przedawkowania. Wstrzyknięta dożylnie działa po dwóch minutach, podskórnie czy domięśniowo trochę dłużej. Nawet jeśli karetka przyjedzie po kilkudziesięciu minutach, szansa odratowania uzależnionego znacznie wzrasta dzięki lekowi.

Przez 15 lat w Danii prowadzono rozmowy dotyczące pomieszczeń do iniekcji. Większość polityków była zdania, że ta forma redukcji szkód charakteryzuje się propagowaniem legalizacji narkotyków. Jak podkreśla Nanna Gotfredsen, stworzenie w Kopenhadze bezpiecznych miejsc do dożylnego przyjmowania narkotyków nie jest kontrowersyjne, jest racjonalne i odpowiada na potrzeby sceny narkotykowej w mieście. To przykład ochrony praw człowieka, poprzez zapewnienie ludziom dostępu do opieki zdrowotnej, pomocy lekarskiej, dokonania iniekcji przy zachowaniu najwyższych standardów bezpieczeństwa właśnie na poziomie miasta. Wydaje się, że sukcesy organizacji Prawników Ulicy wywołują reakcję nieco wyżej, właśnie na szczeblu centralnym. Nowy projekt duńskiej ustawy narkotykowej stanowi, że władze lokalne mogą zezwolić osobom uzależnionym na przyprowadzenie do pokoju przyjaciela, który pomógłby im dokonać iniekcji, w przypadku gdy nie są w stanie dokonać jej samodzielnie. Jest to efekt kilkunastoletniej walki *Gradejuristen* o prawa człowieka, bezpieczeństwo osób uzależnionych, a także o prawne usankcjonowanie nadzorowanych miejsc zażywania narkotyków.

Efekt konferencji – Deklaracja Warszawska

Deklaracja Warszawska jest wynikiem konsensusu przyjętego na konferencji i wspólnie opracowanym stanowiskiem przedstawicieli władz lokalnych i krajowych, decydentów, naukowców, organów ścigania, reprezentantów społeczeństwa obywatelskiego, użytkowników substancji psychoaktywnych oraz instytucji prowadzących programy leczenia i redukcji szkód. Dokument opiera się na siedmiu postulatach zebranych i opisanych w 2010 roku w Deklaracji Praskiej, która została opracowana podczas pierwszego międzynarodowego spotkania na rzecz wymiany doświadczeń we wdrażaniu miejskich polityk narkotykowych opartych na dowodach naukowych. Deklaracja Warszawska była wkładem w Specjalną Sesję Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych (UNGASS 2016) i została zaprezentowana podczas wystąpienia polskiego wiceministra zdrowia Marka Tombarkiewicza.

Postulat wdrażania Deklaracji Warszawskiej został zaprezentowany także w Wiedniu, w marcu 2016 roku, na spotkaniu Commission on Narcotic Drugs przez Piotra Jabłońskiego, dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Polska Sieć Polityki Narkotykowej planuje dalsze prace na rzecz implementacji Deklaracji Warszawskiej poprzez m.in. szkolenia w polskich miastach oraz promowanie Deklaracji w instytucjach Unii Europejskiej poprzez zorganizowanie wysłuchania obywatelskiego w Parlamencie Europejskim oraz spotkania w Komitecie Regionów UE.

Relacja ze wszystkich paneli Urban Drug Policies Conference jest dostępna na stronie <http://urbandrugpolicies.com/pl/filmy>.

Formularz dostępny na <http://urbandrugpolicies.com/pl/podpisz-deklaracje-warszawska/> umożliwi podpisanie Deklaracji Warszawskiej.

Przypisy

¹ Dane na dzień 7 stycznia 2016 roku.

DEKLARACJA WARSZAWSKA

Deklaracja Warszawska jest stanowiskiem przedstawicieli władz lokalnych i krajowych, decydentów, naukowców, organów ścigania, reprezentantów społeczeństwa obywatelskiego, użytkowników substancji psychoaktywnych oraz instytucji prowadzących programy leczenia i redukcji szkód. Dokument opiera się na 7 postulatach zebranych i opisanych w 2010 roku w Deklaracji Praskiej, która została opracowana podczas pierwszego międzynarodowego spotkania na rzecz wymiany doświadczeń we wdrażaniu miejskich polityk narkotykowych opartych na dowodach naukowych. Chcemy, aby Deklaracja była naszym wkładem w Specjalną Sesję Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych (UNGASS) dotyczącą narkotyków, która odbędzie się w kwietniu 2016 roku, a także by kontynuować debatę o polityce narkotykowej po tym wydarzeniu.

**POLISH DRUG
POLICY
NETWORK**



Używanie nielegalnych substancji psychoaktywnych w przestrzeni miejskiej stanowi wyzwanie w dziedzinie zdrowia publicznego i wymaga rozwijania efektywnych, opartych na dowodach naukowych strategii. Kluczowy jest rozwój miejskich programów redukcji szkód, odpowiednio dostosowanej oferty, tj. terapii dla osób uzależnionych oraz pracy terapeutycznej dla osób nadużywających, a także właściwej profilaktyki i edukacji zamiast rozwiązań opartych na systemie prawnokarnym. Powyższe działania są szansą nie tylko na poprawę jakości życia osób używających narkotyków, ale również na poprawę jakości zdrowia publicznego całego społeczeństwa. Przestrzeń miejska stanowi bowiem mikrokosmos, w którym obserwować można zarówno dynamikę zmian na nielegalnym rynku substancji, jak i monitorować i ewaluować wszystkie podejmowane działania. Wyniki z obserwacji prowadzonych działań powinny być przekazywane z poziomu samorządów do właściwych instytucji krajowych i międzynarodowych. Niepodważalne są negatywne efekty kryminalizacji użytkowników narkotyków i odmawiania adresowanych do nich interwencji zdrowotnych. Tego typu działania doprowadziły do licznych negatywnych konsekwencji, w tym rozprzestrzeniania krwiopochodnych wirusów i innych chorób zakaźnych, a także ograniczenia dostępu do możliwości zatrudnienia i edukacji. Działania dotyczące użytkowników narkotyków powinny uwzględniać prawa człowieka i pacjenta oraz opierać się na dowodach naukowych i zrozumieniu. Taka polityka wpłynie na podniesienie jakości zdrowia publicznego

oraz podniesie poziomu bezpieczeństwa całej społeczności. Za Deklaracją Praską powtarzamy, że świat wolny od narkotyków wydaje się być celem niemożliwym do osiągnięcia. Substancje psychoaktywne istniały wśród ludzi od tysiącleci i tak pozostanie – ze wszystkimi tego negatywnymi i pozytywnymi konsekwencjami. Dlatego przy tworzeniu polityk narkotykowych należy postępować pragmatycznie. Realnym celem do osiągnięcia jest minimalizowanie negatywnych skutków używania oraz handlu narkotykami.

My, Sygnatariusze Deklaracji Warszawskiej, niniejszym wzywamy do następującego:

1. Rola i odpowiedzialność samorządów lokalnych powinna być jasno określona w procesie tworzenia i wdrażania miejskich polityk narkotykowych. Swoje działania powinny regularnie i w sposób formalny konsultować ze wszystkimi podmiotami zajmującymi się problematyką narkotykową, w tym celu należy stworzyć odpowiednie fora oraz harmonogram działań. Zapewni to skuteczne partnerstwo pomiędzy władzami lokalnymi, społecznością lokalną, grupami wyznaniowymi, specjalistami z obszarów powiązanych z problematyką narkotykową, usługodawcami, organizacjami pozarządowymi i użytkownikami substancji psychoaktywnych. Koordynatorem takiego procesu powinien być właściwy urzędnik bądź inny podmiot posiadający odpowiednie doświadczenie.
2. Samorządy powinny realizować polityki, programy i działania w oparciu o dowody naukowe, w ramach

- których będą eksperymentować i wprowadzać innowacje. Takie pragmatyczne podejście jest odpowiedzią na potrzeby społeczności lokalnej. Doświadczenia Frankfurtu, Zurychu, Lizbony czy Vancouver pokazują, jak ogromne korzyści przynoszą innowacje w polityce narkotykowej. Dobrym przykładem są stworzone w tych miastach zintegrowane centra redukcji szkód, które nie tylko chronią zdrowie użytkowników substancji psychoaktywnych, ale również podnoszą jakość zdrowia publicznego i bezpieczeństwo całego miasta. Na innowacje na poziomie lokalnym, krajowym i międzynarodowym powinny wpływać wszystkie zaangażowane w nie podmioty, m.in. władze lokalne, policja, służba zdrowia, organizacje pozarządowe, beneficjenci oraz środowisko naukowe.
3. Karanie za posiadanie niewielkich ilości narkotyków na własny użytek nie powinno być głównym celem działania policji i innych organów ścigania. Należy przewartościować wskaźniki policyjnych sukcesów, tak aby nie promowały one zatrzymań użytkowników substancji psychoaktywnych oraz zatrzymań za drobne przestępstwa narkotykowe, ale zintegrowane działania na rzecz poprawy jakości zdrowia publicznego, gdyż to bezpośrednio przyczyni się do wzrostu bezpieczeństwa całej społeczności. Potrzeba jasno określonych wytycznych zbierających najskuteczniejsze policyjne praktyki oraz opisujące skuteczne mechanizmy współpracy i kooperacji pomiędzy organami ścigania a służbą zdrowia oraz opieką społeczną. Policjanci oraz prokuratorzy powinni być odpowiednio przeszkoleni i uwrażliwieni na problem narkomanii, a także dysponować wiedzą na temat dostępności programów profilaktycznych, edukacyjnych, oferty z zakresu redukcji szkód, leczenia i wsparcia socjalnego, aby w jak najlepszy sposób odpowiedzieć na potrzeby społeczności lokalnej.
 4. Na poziomie lokalnym należy zadbać o mechanizmy gwarantujące ochronę i respektowanie praw człowieka osób używających substancji psychoaktywnych. Powinny być wdrażane w ramach istniejących i dostępnych mechanizmów, takich jak Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Prawa te obejmują, ale nie ograniczają się wyłącznie do: prawa do najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego, prawa do prywatności, prawa do wolności od dyskryminacji, prawa do wolności od tortur, prawa do rzetelnego procesu sądowego i zakazu arbitralnych zatrzymań.
 5. Kompleksowe podejście i szeroki wachlarz usług zdrowotnych i socjalnych – zawierający programy redukcji szkód – powinien być dostosowany do indywidualnych cech, potrzeb, preferencji i okoliczności życiowych osób używających narkotyków. Leczenie musi odbywać się wyłącznie na zasadzie dobrowolności, a działania profilaktyczne tworzone w oparciu o dowody naukowe. Programy te powinny być opracowywane w poszanowaniu praw człowieka i z zachowaniem unijnych minimalnych standardów zmniejszenia popytu. Samorządy powinny skutecznie przeciwdziałać stygmatyzacji i dyskryminacji osób używających narkotyków, szczególnie podczas korzystania przez nie z pomocy socjalnej oraz opieki zdrowotnej. Należy opracować mechanizmy zabezpieczające ciągłość opieki, niezależnie od zmiennej sytuacji życiowej beneficjentów. Oprócz stałej dostępności, programy powinny reagować na specyficzne potrzeby różnych grup wiekowych, kobiet, mniejszości etnicznych, imigrantów, osób świadczących usługi seksualne i środowisk LGBTQ. Informacje o dostępnej ofercie powinny być skonstruowane i rozpowszechniane w sposób przyjazny, bez straszenia i stygmatyzacji, dbając o poszanowanie godności ich odbiorców i wykorzystując edukację rówieśniczą (ang. *peer-to-peer*).
 6. Gminy powinny tworzyć przepisy i wytyczne zmniejszające zagrożenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych pojawiające się w nocnych klubach, a także podczas innych wydarzeń i imprez rozrywkowych. Samorządy powinny się zatroszczyć o współpracę pomiędzy podmiotami sektora prywatnego, organizacjami pozarządowymi, użytkownikami substancji i policją. Przygotowane przepisy i wytyczne powinny gwarantować, że właściciele klubów nocnych, a także organizatorzy imprez rozrywkowych, festiwali i innych wydarzeń, podczas których zachodzi prawdopodobieństwo stosowania substancji psychoaktywnych, zagwarantują kompleksowy pakiet usług. Chodzi tu o kompleksowe działania w celu zapobiegania oraz ograniczania szkód, a także podniesienia bezpieczeństwa w przypadku używania narkotyków podczas takich imprez przez wprowadzenie testów,

- interwencje oparte o bezpośrednie interakcje, rozpowszechnianie materiałów z informacjami na temat bezpieczniejszego używania substancji oraz powszechny dostęp do zimnej wody pitnej. Właściciele klubów i organizatorzy imprez powinni szkolić swoich pracowników, w jaki sposób postępować z osobami używającymi narkotyków.
7. Władze lokalne powinny zabezpieczyć i zagwarantować fundusze na działania i programy redukcji szkód, leczenie, reintegrację społeczną oraz profilaktykę i edukację opartą na dowodach naukowych, a także fundusze na szkolenia podnoszące kwalifikacje właściwych urzędników. Należy uwzględnić w powyższym pracę ze społecznościami dotkniętymi zjawiskiem narkomanii i rodzinami osób używających narkotyków. Wydatki na politykę narkotykową powinny być zbilansowane oraz racjonalnie rozdzielone pomiędzy system prawno-karny oraz pomoc socjalną i opiekę zdrowotną, a wszystko to powinno być oparte na solidnej ocenie potrzeb. Te środki finansowe powinny być przydzielane w sposób przejrzysty oraz w konsultacji ze społeczeństwem obywatelskim.
 8. Do roli samorządów należy uwrażliwianie i edukowanie swoich mieszkańców w celu zmniejszenia stygmatyzacji i dyskryminacji osób używających narkotyków, a także informować ich o korzyściach płynących z tworzenia programów redukcji szkód i kompleksowego leczenia uzależnień. W celu unikania i rozwiązywania konfliktów powinny istnieć specjalne fora umożliwiające dialog pomiędzy usługodawcami, mieszkańcami i władzami dzielnic, organami ścigania oraz samymi użytkownikami.
 9. Władze lokalne powinny stworzyć mechanizmy monitorowania i oceny wszystkich lokalnych polityk, usług i programów, które dotyczą narkotyków. Monitoring powinna przeprowadzać niezależna grupa ekspertów współpracujących ze społeczeństwem obywatelskim, beneficjentami tych programów oraz środowiskami akademickimi. Ewaluacja powinna, z uwzględnieniem lokalnego kontekstu, badać wartość realizowanych polityk z punktu widzenia zdrowia publicznego, poszanowania praw człowieka oraz poprawy bezpieczeństwa społeczności lokalnej. Takie działania powinny stanowić integralną część planów budżetowych gmin.
 10. Aby ułatwić wymianę najlepszych praktyk i przykładów skutecznych polityk opartych na dowodach naukowych, zaleca się systematyczne partnerstwo oraz stały przepływ informacji, horyzontalnie pomiędzy samorządami oraz wertykalnie, na poziomie regionalnym, krajowym i międzynarodowym.

Upadłość konsumencka dotyczy tylko osób, które nie prowadzą działalności gospodarczej. Jest to rozwiązanie polegające na tym, że pozbywamy się swoich długów, ale jednocześnie tracimy majątek, który został przez nas dotychczas zgromadzony. Każdorazowo przed wszczęciem takiego postępowania warto się zastanowić, co będzie dla nas bardziej korzystne, ponieważ niejednokrotnie wierzyciele są otwarci na polubowne zakończenie sprawy.

UPADŁOŚĆ KONSUMENCKA OSOBY UZALEŻNIONEJ OD NARKOTYKÓW. WYBRANE ZAGADNIENIA

Katarzyna Syroka-Marczewska
prawnik

Wprowadzenie

Osoby uzależnione od narkotyków mogą ogłosić upadłość konsumencką na warunkach przewidzianych w Ustawie

z dnia 28 lutego 2003 r. Prawo upadłościowe (dalej p.u.n.)¹. Należy podkreślić, że tzw. **upadłość konsumencka dotyczy tylko osób, które nie prowadzą działalności gospodarczej**. W odniesieniu do poruszanej problematyki

obowiązujące przepisy nie wprowadzają wymogu posiadania pełnej zdolności do czynności prawnych. Konsumencką zdolność upadłościową mogą mieć osoby, które w ogóle nie mają zdolności do czynności prawnych i które mają ograniczoną zdolność do czynności prawnych; można sobie wyobrazić sytuację, w której osoba fizyczna uzależniona od narkotyków zaciągnęła zobowiązanie, mając pełną zdolność do czynności prawnych, a następnie została ubezwłasnowolniona². Za osobę niemającą pełnej zdolności do czynności prawnych będzie działał – odpowiednio – opiekun albo kurator.

Obowiązujące przepisy nie przewidują konstrukcji wspólnej upadłości konsumenckiej małżonków. Warto w tym kontekście wskazać na treść art. 37 § 1 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, który stanowi, że zgoda drugiego małżonka jest potrzebna do dokonania wyliczonych w tym przepisie czynności. W przypadku problemów finansowych obojga małżonków należałoby złożyć dwa odrębne wnioski o ogłoszenie upadłości każdego z małżonków, z wnioskiem o połączenie obu spraw do wspólnego rozpoznania na zasadzie art. 219 Kodeksu postępowania cywilnego w zw. z art. 35 ustawy Prawo upadłościowe³.

Upadłość konsumencka jest to rozwiązanie polegające na tym, że pozbywamy się swoich długów, ale jednocześnie tracimy majątek, który został przez nas dotychczas zgromadzony. Każdorazowo przed wszczęciem takiego postępowania warto się zastanowić, co będzie dla nas bardziej korzystne, ponieważ niejednokrotnie wierzyciele są otwarci na polubowne zakończenie sprawy.

Uzależnienie od narkotyków może prowadzić do sytuacji, w której zaciągane są kolejne zobowiązania finansowe (np. kredyty, pożyczki), ponieważ dana osoba potrzebuje pieniędzy na zakup substancji psychotropowych, środków odurzających lub środków zastępczych. Mogą to być zarówno kredyty w bankach, szybkie pożyczki na dowód, jak i długi u znajomych i rodziny. Po odbyciu leczenia pojawia się potrzeba (chęć) rozpoczęcia wszystkiego od początku, ale powstałe w przeszłości długi to uniemożliwiają i wtedy warto rozważyć złożenie wniosku o ogłoszenie upadłości. Z drugiej strony nie trudno wyobrazić sobie scenariusz polegający na tym, że uzależnienie negatywnie wpływa na sferę majątkową danej osoby, która nie dochodzi swoich należności od dłużników, będąc ich wierzycielem. Przy takich założeniach może się okazać, że osoba w wyniku swojej aktywności odzyska pieniądze. Warto w tym kontekście

wyjaśnić, że w przypadku niewypłacalności dłużnika, wierzycielowi przysługuje wniesienie do sądu tzw. skargi pauliańskiej⁴, która ma na celu ochronę przez wyzbyciem się przez dłużnika majątku.

Wniosek o ogłoszenie upadłości – wymogi

Wniosek o ogłoszenie upadłości składa się na formularzu, którego wzór znajduje się w Rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 grudnia 2015 r. w sprawie określenia wzorów formularzy wniosku o ogłoszenie upadłości osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej⁵. Wniosek powinien zawierać następujące informacje:

- imię i nazwisko, miejsce zamieszkania oraz numer PESEL dłużnika, a jeśli dłużnik nie posiada numeru PESEL – dane umożliwiające jego jednoznaczną identyfikację,
- wskazanie miejsc, w których znajduje się majątek dłużnika,
- wskazanie okoliczności, które uzasadniają wniosek i ich uprawdopodobnienie,
- aktualny i zupełny wykaz majątku z szacunkową wyceną jego składników,
- spis wierzycieli z podaniem ich adresów i wysokości wierzytelności każdego z nich oraz terminów zapłaty (może być także tylko jeden wierzyciel – przypis autorki),
- spis wierzytelności spornych z zaznaczeniem zakresu, w jakim dłużnik kwestionuje istnienie wierzytelności; wskazanie wierzytelności w spisie wierzytelności spornych nie stanowi jej uznania,
- listę zabezpieczeń ustanowionych na majątku dłużnika wraz z datami ich ustanowienia, w szczególności hipotek, zastawów i zastawów rejestrowych,
- oświadczenie dłużnika, że nie zachodzą okoliczności będące podstawą do oddalenia wniosku.

Upadłość ogłasza się w stosunku do dłużnika, który stał się niewypłacalny. Dłużnik jest niewypłacalny, jeżeli utracił zdolność do wykonywania swoich wymagalnych zobowiązań pieniężnych. Domniemywa się, że dłużnik utracił zdolność do wykonywania swoich wymagalnych zobowiązań pieniężnych, jeżeli opóźnienie w wykonaniu zobowiązań pieniężnych przekracza trzy miesiące.

Sprawy o ogłoszenie upadłości rozpoznaje sąd upadłościowy w składzie jednego sędziego zawodowego.

Podstawy oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości

Sąd **oddala** wniosek o ogłoszenie upadłości, jeżeli dłużnik doprowadził do swojej niewypłacalności lub istotnie zwiększył jej stopień umyślnie bądź wskutek rażącego niedbalstwa. W przypadku osób uzależnionych od narkotyków trudno mówić o umyślności, jednakże składając wniosek, warto zastanowić się nad materiałem dowodowym (np. świadkowie), który przekona sąd do tego, że nasz wniosek powinien zostać uwzględniony. Nie bez znaczenia będzie sytuacja osobista, zawodowa czy odbycie leczenia odwykowego.

Należy pamiętać, że sąd **oddala** także wniosek o ogłoszenie upadłości, jeżeli w okresie dziesięciu lat przed dniem zgłoszenia wniosku w stosunku do dłużnika prowadzono postępowanie upadłościowe, które zostało umorzone z innych przyczyn niż na wniosek dłużnika; ustalony dla dłużnika plan spłaty wierzycieli uchylono, ponieważ obowiązki w nim określone nie były wykonywane; dłużnik, mając taki obowiązek, wbrew przepisom ustawy nie zgłosił w terminie wniosku o ogłoszenie upadłości; czynność prawna dłużnika została prawomocnie uznana za dokonaną z pokrzywdzeniem wierzycieli, **chyba że przeprowadzenie postępowania jest uzasadnione względami słuszności lub względami humanitarnymi**.

Kolejną przesłanką powodującą oddalenie wniosku o ogłoszenie upadłości jest sytuacja, w której w okresie dziesięciu lat przed dniem zgłoszenia wniosku w stosunku do dłużnika prowadzono postępowanie upadłościowe, w którym umorzono całość lub część jego zobowiązań, chyba że do niewypłacalności dłużnika lub zwiększenia jej stopnia doszło pomimo dochowania przez dłużnika należytej staranności lub przeprowadzenie postępowania jest uzasadnione względami słuszności lub względami humanitarnymi. Wniosek o ogłoszenie upadłości zostaje także oddalony, jeżeli dane podane przez dłużnika we wniosku są niezgodne z prawdą lub niepełne, chyba że niezgodność lub niepełność nie są istotne lub przeprowadzenie postępowania jest uzasadnione względami słuszności lub względami humanitarnymi.

Jak widać, ustawodawca posługuje się klauzulami generalnymi – „względy słuszności” i „względy humanitarne”, które umożliwiają rozpatrzenie wniosku o ogłoszenie upadłości ze względu na specyfikę danej sprawy, co należy ocenić pozytywnie. Powoływanie się na wspomniane klauzule może być podnoszone we wnioskach, które są

składane przez osoby uzależnione od narkotyków, odwołując się do konkretnych okoliczności, np. odbyte leczenie, zrozumienie popełnionych błędów w przeszłości, chęć znalezienia nowej pracy itp.

Postanowienie o ogłoszeniu upadłości

Jeżeli wniosek o ogłoszenie upadłości zostanie uwzględniony, wówczas sąd wydaje postanowienie o ogłoszeniu upadłości, w którym wymienia: imię i nazwisko, miejsce zamieszkania, adres oraz numer PESEL dłużnika (upadłego), a jeżeli upadły nie posiada numeru PESEL – dane umożliwiające jego jednoznaczną identyfikację; określa, że upadły jest osobą nieprowadzącą działalności gospodarczej; wzywa wierzycieli upadłego do zgłaszania wierzytelności w terminie trzydziestu dni od dnia obwieszczenia postanowienia o ogłoszeniu upadłości w Rejestrze; wzywa osoby, którym przysługują prawa oraz prawa i roszczenia osobiste ciężące na nieruchomości należącej do upadłego, jeżeli nie zostały ujawnione w księdze wieczystej, do ich zgłaszania w terminie trzydziestu dni od dnia obwieszczenia postanowienia o ogłoszeniu upadłości w Rejestrze, pod rygorem utraty prawa powoływania się na nie w postępowaniu oraz wyznacza sędziego-komisarza i syndyka⁶. O ogłoszeniu upadłości powiadamia się właściwą izbę skarbową oraz właściwy oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Jeśli majątek niewypłacalnego dłużnika nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania albo w masie upadłości brak jest płynnych funduszy na ich pokrycie, koszty te pokrywa tymczasowo Skarb Państwa. Oczywiście syndyk zwraca Skarbowi Państwa wypłacone kwoty niezwłocznie po wpływie do masy upadłości funduszy wystarczających na pokrycie kosztów postępowania. Umożliwienie prowadzenia postępowania mimo braku środków upadłego na pokrycie kosztów tego postępowania stanowi istotne *novum*, ponieważ do tej pory częstą przyczyną oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości konsumenckiej był właśnie brak środków i majątku na pokrycie kosztów upadłości⁷. Po ogłoszeniu upadłości syndyk zwraca się do naczelnika urzędu skarbowego właściwego dla upadłego z wnioskiem o udzielenie informacji dotyczących upadłego, mających wpływ na ocenę jego sytuacji majątkowej, w szczególności dotyczących okoliczności powodujących powstanie po stronie upadłego obowiązku podatkowego w okresie pięciu lat przed dniem zgłoszenia wniosku o ogłoszenie

upadłości, oraz zasięga informacji w Krajowym Rejestrze Sądowym, czy upadły jest współnikiem spółek handlowych, jak również, czy w okresie dziesięciu lat przed dniem zgłoszenia wniosku o ogłoszenie upadłości sprawował funkcję członka organu spółek handlowych i czy w stosunku do tych spółek ogłoszono upadłość. Syndyk informuje sędziego-komisarza o niezgodności informacji uzyskanych w sposób, o którym mowa powyżej, z danymi podanymi przez upadłego we wniosku o ogłoszenie upadłości.

Warto zwrócić uwagę, że jeżeli w skład masy upadłości wchodzi lokal mieszkalny albo dom jednorodzinny, w którym zamieszkuje upadły, a konieczne jest zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych upadłego i osób pozostających na jego utrzymaniu, z sumy uzyskanej z jego sprzedaży wydziela się upadłemu kwotę odpowiadającą przeciętnemu czynszowi najmu lokalu mieszkalnego w tej samej lub sąsiedniej miejscowości za okres **od dwunastu do dwudziestu czterech miesięcy**. Kwotę, o której mowa powyżej, na wniosek upadłego, określa sędzia-komisarz, biorąc pod uwagę potrzeby mieszkaniowe upadłego, w tym liczbę osób pozostających na jego utrzymaniu, zdolności zarobkowe upadłego, sumę uzyskaną ze sprzedaży lokalu mieszkalnego albo domu jednorodzinnego oraz opinię syndyka. Na postanowienie sędziego-komisarza przysługuje zażalenie.

Zakończenie postępowania upadłościowego

Sąd umarza postępowanie na wniosek upadłego. Jeżeli upadły nie wskaże lub nie wyda syndykowi całego majątku, niezbędnych dokumentów lub w inny sposób nie wykonuje ciążących na nim obowiązków, sąd, z urzędu albo na wniosek syndyka lub wierzyciela, po wysłuchaniu upadłego, syndyka, a w razie potrzeby także wierzycieli, umarza postępowanie, chyba że uchybienie przez upadłego ciążącym na nim obowiązkiem nie jest istotne lub przeprowadzenie postępowania jest uzasadnione względami słuszności lub względami humanitarnymi⁸.

Po wykonaniu ostatecznego planu podziału, a gdy z uwagi na brak majątku upadłego plan podziału nie został sporządzony – po zatwierdzeniu listy wierzytelności, i po wysłuchaniu upadłego, syndyka i wierzycieli, sąd **ustala plan spłaty wierzycieli**. Ustalając plan spłaty wierzycieli, sąd bierze pod uwagę:

- możliwości zarobkowe upadłego,

- konieczność utrzymania upadłego i osób pozostających na jego utrzymaniu, w tym ich potrzeby mieszkaniowe,
- wysokość niezaspokojonych wierzytelności i realność ich zaspokojenia w przyszłości.

W postanowieniu o ustaleniu planu spłaty wierzycieli sąd określa, w jakim zakresie i w jakim czasie, nie dłuższym niż trzydzieści sześć miesięcy, upadły jest obowiązany spłacać zobowiązania uznane na liście wierzytelności, niewykonane w toku postępowania na podstawie planów podziału, oraz jaka część zobowiązań upadłego powstałych przed dniem ogłoszenia upadłości zostanie umorzona po wykonaniu planu spłaty wierzycieli. Zobowiązania powstałe po ogłoszeniu upadłości i niewykonane w toku postępowania uwzględnia się w planie spłaty wierzycieli w pełnej wysokości, przy czym ich spłata może być rozłożona na raty na czas nie dłuższy niż przewidziany na wykonanie planu spłaty wierzycieli. Tymczasowo pokrytymi przez Skarb Państwa kosztami postępowania sąd obciąża upadłego. Koszty te uwzględnia się w planie spłaty wierzycieli w pełnej wysokości, przy czym ich spłata może być rozłożona na raty na czas nie dłuższy niż przewidziany na wykonanie planu spłaty wierzycieli.

W okresie wykonywania planu spłaty wierzycieli upadły nie może dokonywać czynności prawnych dotyczących jego majątku, które mogłyby pogorszyć jego zdolność do wykonania planu spłaty wierzycieli⁹. Ponadto upadły jest obowiązany składać sądowi corocznie, do końca kwietnia, sprawozdanie z wykonania planu spłaty wierzycieli za poprzedni rok kalendarzowy, w którym wykazuje osiągnięte przychody, spłacone kwoty oraz nabyte składniki majątkowe o wartości przekraczającej przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ostatni kwartał okresu sprawozdawczego, ogłoszone przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Do sprawozdania upadły dołącza kopię złożonego rocznego zeznania podatkowego.

Istnieje możliwość zmiany planu spłaty wierzycieli. Dotyczy to sytuacji, w których upadły nie może wywiązać się z obowiązków określonych w planie spłaty wierzycieli i wówczas sąd¹⁰ na jego wniosek, po wysłuchaniu wierzycieli, może zmienić plan spłaty wierzycieli. Sąd może przedłużyć termin spłaty wierzytelności na dalszy okres nieprzekraczający osiemnastu miesięcy. Ponadto, jeżeli brak możliwości wywiązania się z obowiązków określonych w planie spłaty wierzycieli ma charakter trwały i wynika z okoliczności niezależnych od upadłego, sąd¹¹, na wniosek upadłego, po wysłuchaniu wierzycieli, może

uchylić plan spłaty wierzycieli i umorzyć niewykonane zobowiązania upadłego. W razie istotnej poprawy sytuacji majątkowej upadłego w okresie wykonywania planu spłaty wierzycieli, wynikającej z innych przyczyn niż zwiększenie się wynagrodzenia za pracę lub dochodów uzyskiwanych z osobiście wykonywanej przez upadłego działalności zarobkowej, każdy z wierzycieli oraz upadły może wystąpić z wnioskiem o zmianę planu spłaty wierzycieli. O zmianie planu spłaty wierzycieli sąd orzeka po wysłuchaniu upadłego i wierzycieli objętych planem spłaty. Po wykonaniu przez upadłego obowiązków określonych w planie spłaty wierzycieli sąd wydaje postanowienie o stwierdzeniu wykonania tego planu i umorzeniu zobowiązań upadłego powstałych przed dniem ogłoszenia upadłości i niewykonanych w wyniku wykonania planu spłaty wierzycieli.

Należy podkreślić, że nie podlegają umorzeniu zobowiązania o charakterze alimentacyjnym, zobowiązania wynikające z rent z tytułu odszkodowania za wywołanie choroby, niezdolności do pracy, kalectwa lub śmierci, zobowiązania do zapłaty orzeczonych przez sąd kar grzywny, a także do wykonania obowiązku naprawienia szkody oraz zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, zobowiązania do zapłaty nawiazki lub świadczenia pieniężnego orzeczonych przez sąd jako środek karny lub środek związany z poddaniem sprawcy próbie, jak również zobowiązania do naprawienia szkody wynikającej z przestępstwa lub wykroczenia stwierdzonego prawomocnym orzeczeniem oraz zobowiązania, których upadły umyślnie nie ujawnił, jeżeli wierzyciel nie brał udziału w postępowaniu.

W razie niewykonywania przez upadłego obowiązków określonych w planie spłaty wierzycieli sąd z urzędu albo na wniosek wierzyciela, po wysłuchaniu upadłego i wierzycieli objętych planem spłaty wierzycieli, uchyła plan spłaty wierzycieli, chyba że uchybienie obowiązkowi jest nieznaczne lub dalsze wykonywanie planu spłaty wierzycieli jest uzasadnione względami słuszności lub względami humanitarnymi.

Jeśli osobista sytuacja upadłego w oczywisty sposób wskazuje, że nie byłby on zdolny do dokonania jakichkolwiek spłat w ramach planu spłaty wierzycieli, **umarza zobowiązania upadłego bez ustalenia planu spłaty wierzycieli**. Postanowienie o ustaleniu planu spłaty wierzycieli albo umorzeniu zobowiązań upadłego bez ustalenia planu spłaty wierzycieli doręcza się wierzycielom. Na postanowienie przysługuje zażalenie.

Uprawomocnienie się postanowienia o ustaleniu planu spłaty wierzycieli albo umorzeniu zobowiązań upadłego bez ustalenia planu spłaty wierzycieli **oznacza zakończenie postępowania**.

Zawarcie układu

Jeżeli zostanie uprawdopodobnione, że w drodze układu zostaną osiągnięte cele postępowania, sędzia-komisarz, na wniosek upadłego, postanowieniem zwołuje zgromadzenie wierzycieli w celu zawarcia układu. Układ ma zatem gwarantować przede wszystkim oddłużenie upadłego i dopiero w dalszej kolejności zaspokojenie wierzycieli w możliwie jak najwyższym stopniu. Cel układu w postaci oddłużenia jest możliwy do osiągnięcia przy wykorzystaniu instytucji układu, albowiem zgodnie z art. 270 ust. 1 pkt 3 p.u.n. propozycje układowe mogą obejmować zmniejszenie sumy długów. Przy czym dopóki układ nie zostanie wykonany, dopóty, w wyniku jego uchylecia przez sąd upadłościowy, dojdzie do restytucji (odżycia) wierzytelności w pierwotnej wysokości (art. 305 p.u.n.). Zgodnie z art. 271 ust. 1 p.u.n. układ może przewidywać również zaspokojenie wierzycieli poprzez likwidację majątku upadłego (układ likwidacyjny). Likwidacja przeprowadzana jest według przepisów ustawy o likwidacji masy upadłości, chyba że układ przewiduje przejęcie majątku upadłego przez wierzycieli lub inny sposób likwidacji. Zatem układ w upadłości konsumenckiej może mieć charakter zarówno restrukturyzacyjny, jak i likwidacyjny. Zbycie składników majątkowych obciążonych rzeczowo w ramach układu likwidacyjnego nie ma skutku sprzedaży egzekucyjnej (art. 313 p.u.n.).

Zwołując zgromadzenie wierzycieli, sędzia-komisarz może wstrzymać likwidację majątku upadłego, w szczególności lokalu mieszkalnego albo domu jednorodzinnego, w którym zamieszkuje upadły. Wniosek o zwołanie zgromadzenia wierzycieli złożony po zakończeniu likwidacji masy upadłości pozostawia się bez rozpoznania.

Układ może zostać przyjęty wyłącznie **za zgodą upadłego**.

Zakończenie

Nowelizacją przepisów Ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe i naprawcze¹² dokonaną m.in. w dniu 5 grudnia 2008 roku do obrotu prawnego zostało wprowadzone nowe postępowanie upadłościowe dotyczące osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej, potocznie określane mianem „upadłości konsumenc-

kiej”. Nowelizacja ta wprowadziła do ustawy nowy Tytuł V – „Postępowanie upadłościowe wobec osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej”. Jak wynika z uzasadnienia do projektu nowelizacji, podstawowym celem wprowadzenia tej instytucji prawnej była możliwość przeprowadzenia postępowania upadłościowego stwarzającego tym osobom szansę na dalsze życie „bez obciążeń”, czego konsekwencją jest zwolnienie niewypłacalnego dłużnika ze zobowiązań¹³. Postępowanie uregulowane ustawą wobec osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej należy prowadzić tak, aby umożliwić umorzenie zobowiązań upadłego niewykonanych w postępowaniu upadłościowym, a jeśli jest to możliwe – zaspokoić roszczenia wierzycieli w jak najwyższym stopniu. Zatem zaspokojenie roszczeń wierzycieli w upadłości konsumenckiej może nastąpić tylko o tyle, o ile jest to możliwe. Ergo, jeżeli nie jest to możliwe, nie dojdzie do zaspokojenia wierzycieli, może jednak dojść do oddłużenia; pierwszoplanowe znaczenie ma zatem oddłużenie upadłego¹⁴.

Warto zwrócić uwagę, że umorzenie długów w wyniku upadłości nie rodzi skutków podatkowych i nie można mówić o powstaniu przychodu podlegającego opodatkowaniu¹⁵. Zaprzeczeniem zasady racjonalnego prawotwórstwa byłoby bez wątpienia stworzenie takich norm, w realizacji których zwolnienie ze zobowiązań (przy upadłości konsumenckiej) skutkowałoby powstaniem nowych zobowiązań – wynikających z prawa podatkowego. Uznanie przez prawodawcę, iż umorzenie długów w wyniku upadłości rodzi skutki podatkowe, spowodowałoby zapewne wprowadzenie stosownego zwolnienia do ustawy podatkowej¹⁶. Na zakończenie warto podkreślić, że osoby uzależnione od narkotyków mają możliwość złożenia wniosku o upadłość konsumencką, pod warunkiem, że spełniają wymagania, o których była mowa powyżej. Jak już wspomniano, wzór takiego wniosku stanowi załącznik rozporządzenia ministra sprawiedliwości. Jeżeli osoba zainteresowana skorzystaniem z upadłości konsumenckiej ma problemy z wypełnieniem wniosku lub dodatkowe pytania, zawsze istnieje możliwość skorzystania z pomocy prawnika, zarówno odpłatnie, jak i w ramach systemu nieodpłatnej pomocy prawnej, który funkcjonuje w całej Polsce od 1 stycznia 2016 roku¹⁷.

Przypisy

¹ Ustawa z dnia 28 lutego 2003 r. Prawo upadłościowe, Dz.U.2015.233 z późn. zm.

² A. Witosz, A.J. Witosz (red.), Prawo upadłościowe i naprawcze. Komentarz, Warszawa 2014, LEX, komentarz on-line do art. 491 (1), teza 8.

³ Ibidem, teza 14.

⁴ Szczegółowe informacje dotyczące skargi pauliańskiej znajdują się w artykule 527 Kodeksu cywilnego.

⁵ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 grudnia 2015 r. w sprawie określenia wzorów formularzy wniosku o ogłoszenie upadłości osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej, Dz.U.2015.2276.

⁶ Sąd ustala wynagrodzenie syndyka w postępowaniu prowadzonym, biorąc pod uwagę wysokość funduszy masy upadłości, stopień zaspokojenia wierzycieli, nakład pracy, zakres czynności podejmowanych w postępowaniu, stopień ich trudności oraz czas trwania postępowania. Wynagrodzenie syndyka ustala się w wysokości od jednej czwartej przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego do jego dwukrotności. W szczególnie uzasadnionych przypadkach sąd może ustalić wynagrodzenie syndyka w wysokości do czterokrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa powyżej, jeżeli jest to uzasadnione zwiększonym nakładem pracy syndyka wynikającym w szczególności ze stopnia skomplikowania postępowania oraz liczby wierzycieli. W przedmiocie wynagrodzenia syndyka oraz zwrotu jego wydatków orzeka sąd upadłościowy w składzie jednego sędziego zawodowego.

⁷ P. Biezuński, Postępowanie po ogłoszeniu upadłości konsumenckiej, Komentarz praktyczny, LEX, ABC nr 210534.

⁸ Przepis stosuje się odpowiednio w przypadku, gdy podstawa do oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości ujawni się po ogłoszeniu upadłości.

⁹ W szczególnie uzasadnionych przypadkach sąd, na wniosek upadłego, może wyrazić zgodę na dokonanie albo zatwierdzić dokonanie czynności prawnej, o której mowa.

¹⁰ Na postanowienie sądu przysługuje zażalenie, a od postanowienia sądu drugiej instancji skarga kasacyjna.

¹¹ Na postanowienie sądu przysługuje zażalenie, a od postanowienia sądu drugiej instancji skarga kasacyjna.

¹² Dz.U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1361, z późn. zm.

¹³ Pismo z dnia 24 maja 2012 r. Podsekretarz Stanu, DD3/0602/39/IMD/12/BMI9-6540, Biul. Skarb. 2012/3/14-15.

¹⁴ R. Adamus, Zaspokojenie wierzyciela rzeczowego w upadłości konsumenckiej, Przegląd Prawa Handlowego, nr 2 z 2015 r., s. 34.

¹⁵ Pismo z dnia 24 maja 2012 r. Podsekretarz Stanu, DD3/0602/39/IMD/12/BMI9-6540, Biul. Skarb. 2012/3/14-15.

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ W jednym z ostatnich numerów Serwisu Informacyjnego Narkomania z 2016 r. znajdują się szczegółowe informacje dotyczące systemu nieodpłatnej pomocy prawnej. Na terenie całego kraju powstało ponad 1500 punktów nieodpłatnej pomocy prawnej określanych przez jednostki samorządu terytorialnego i usytuowanych w gminnych lub powiatowych lokalach. Punkt nieodpłatnej pomocy prawnej może być usytuowany w jednym albo większej liczbie gminnych lub powiatowych lokalach, w ramach posiadanych zasobów. Punkty są otwarte zazwyczaj przed 4 godzinami dziennie 5 dni w tygodniu, tj. od poniedziałku do piątku. Dokładne adresy oraz godziny przyjęć mogą Państwo znaleźć na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości <https://darmowapomocprawna.ms.gov.pl/pl/nieodplatna-pomoc-prawna/mapa-punktow-pomocy/>

Rozwój programów selektywnych nie następował bez oporów. Przy wdrażaniu tego typu programów zawsze istnieje obawa przed stygmatyzacją grup docelowych i budowaniem wobec nich uprzedzeń ze strony przedstawicieli niektórych instytucji czy społeczności lokalnej. Dlatego też autorzy programu „Fred goes net” starali się tak dostosować zarówno treści, jak i procedury realizacji, aby uchronić jego uczestników przed tymi zagrożeniami.

OCENA SKUTECZNOŚCI PROGRAMU FRED GOES NET

Robert Rejniak

Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii w Bydgoszczy

Wczesne krótkie interwencje jako skuteczna metoda profilaktyczna budzą wiele wątpliwości. Nauczyciele, wychowawcy czy szkolni pedagodzy zdają sobie sprawę z potrzeby przeprowadzenia interwencji wobec ucznia zażywającego substancje psychoaktywne, ale jak ona wygląda i jak przebiega poza szkołą – to już dalszy etap wtajemniczenia. Podobnie policjant, podejmuje czynności interwencyjne i przekazuje sprawę dalej – do sądu lub prokuratury. Te kroki to jednak dopiero początek interwencji.

Skuteczność wczesnej krótkiej interwencji przedstawię na przykładzie programu „Fred goes net”, który w Polsce jest już realizowany od siedmiu lat.

Jeśli mamy mówić o skuteczności wczesnej interwencji, to musi być spełnione kilka warunków, spośród których najważniejsze to określenie grupy docelowej, czyli ostatecznych odbiorców. Od kilku już lat w naszym kraju funkcjonuje nowy podział profilaktyki na: uniwersalną, selektywną i wskazującą. Program „Fred goes net” odnosi się do działań w obszarze profilaktyki selektywnej. Są to działania adresowane do jednostek lub grup osób, które są w stopniu wyższym niż przeciętny narażone na rozwój problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych. Selektywność zakłada, że tylko mniejszość spośród młodych ludzi, którzy próbują narkotyków, będzie miała poważne problemy z narkotykami lub uzależni się od nich, a eksperymentowanie z substancjami psychoaktywnymi jest słabym predyktorem uzależnienia. Podczas gdy profilaktyka uniwersalna traktuje grupy docelowe w sposób ogólny, profilaktyka selektywna koncentruje się na zagrożonych grupach młodzieży, osobach, które cechuje wysoka ekspozycja na czynniki ryzyka.

Rozwój programów selektywnych nie następował bez oporów. Przy wdrażaniu tego typu programów zawsze istnieje obawa przed stygmatyzacją grup docelowych i budowaniem wobec nich uprzedzeń ze strony przedstawicieli niektórych instytucji czy – ogólnie – społeczności lokalnej. Dlatego też autorzy programu „Fred...” starali się tak dostosować zarówno treści, jak i procedury realizacji, aby uchronić jego uczestników przed tymi zagrożeniami.

Obserwowane w naszym kraju modele konsumpcji pokazują wyraźnie, że młodzi ludzie – poza legalnymi substancjami, takimi jak alkohol czy leki – eksperymentują również z nielegalnymi, przede wszystkim z marihuaną. Ostatnie lata to również problem z używaniem narkotyków zastępczych (tzw. dopalaczy), które czasem są legalne, a kilka miesięcy później zostają zdelegalizowane. Można przy tym wyjść z założenia, że u części z nich chodzi o ryzykowne bądź szkodliwe zażywanie.

Wielu zażywających nielegalne środki psychoaktywne było odnotowywanych przez policję już przy pierwszym eksperymencie, zanim dowiedzieli się o tym rodzice lub inne bliskie im osoby. Polskie przepisy prawne dają możliwość zawieszenia wobec takich osób postępowania, a ustawodawca również tutaj chciał podkreślić znaczenie dewizy „pomoc zamiast kary”. Takie rozwiązanie, chociaż znajduje się w prawie, było rzadko spotykane w praktyce, być może ze względu na brak adekwatnej na tym etapie oferty pomocy.

Cechą wczesnej interwencji jest to, że pełni ona rolę chroniącą i kierowana jest do osób, które nie czują takiej konieczności i z tego powodu same nie zwróciły się jeszcze o pomoc. Wczesna interwencja pozwala na opanowanie umiejętności identyfikacji ryzyka, co

sprawia, że młodzi ludzie w odpowiedzialny sposób podchodzą do substancji psychoaktywnych. Odkrycie faktu używania substancji powinno skutkować odpowiednim działaniem zaradczym, a takim działaniem jest właśnie interwencja zdrowotna.

Myślą przewodnią programu „Fred...” jest wczesne wyjście z krótką, trafną i możliwie dobrowolnie przyjmowaną ofertą, skierowaną do osób młodych (13-21 lat), którzy z powodu zażywania substancji zostali odnotowani po raz pierwszy przez policję, szkołę, szpital lub zostali ujawnieni przez rodzinę.

Do podstawowych zasad programu „Fred goes net” należy wczesna reakcja, możliwie jak najszybciej po pierwszym kontakcie z narkotykiem, aby w odpowiednim czasie zrealizować cele profilaktyki uzależnień, tzn. zwiększyć umiejętność radzenia sobie w sytuacjach ryzykownych. Ważną zasadą jest to, aby interwencja była krótka, ponieważ nastawienie odbiorców jest takie, że tylko krótka oferta zostanie przez nich zaakceptowana. Młodzi ludzie niechętnie, a nawet wrogo, nastawiają się wobec długoterminowych działań profilaktycznych i uczestnictwo w kilkumiesięcznym programie z powodu „przypadkowego” incydentu z narkotykami jest dla nich niewyobrażalne, nieadekwatne i krzywdzące. Istnieją również badania, które dowodzą, że krótkie interwencje mają istotny wpływ na zmianę podejścia do używek, wpływają na częstotliwość zażywania, a nawet abstynencję. Kolejna, ale jednocześnie chyba najistotniejsza zasada jest taka, że oferta powinna być dobrowolna. Może wydawać się to sprzeczne z tym, że młody człowiek jest skierowany do programu przez sąd rodzinny, prokuraturę lub policję. Jednakże mimo sądowego przymusu można podczas rozmowy wstępnej wykorzystać zewnętrzną presję instytucji i „przekuć” ją na refleksję na temat konsekwencji kontaktów z substancjami, zaciekać wyjątkowością formy zajęć i przygotować lepsze warunki do osiągnięcia celu profilaktycznego.

Cele programu „Fred goes net” to:

- Zachęcenie użytkownika narkotyków do zastanowienia się nad kwestią używania substancji.
- Skonfrontowanie osoby używającej narkotyków z własnymi ograniczeniami i ich wpływem na zachowanie.
- Dostarczenie informacji na temat substancji psychoaktywnych, efektów ich działania i ryzyka, jakie niosą.

- Zmotywowanie do zmiany postaw i zachowania.
- Umożliwienie podjęcia decyzji w oparciu o samoocenę i ocenę ryzyka.
- Informowanie na temat możliwych form pomocy. Może się wydawać, że zawartość merytoryczna programu w niczym nie odbiega od naszych standardowych oddziaływań edukacyjnych czy profilaktycznych w obszarze uzależnień, jednakże z uwagi na wykorzystywane podstawy teoretyczne z konkretnych nurtów psychoterapii oraz zastosowane techniki i metody, wprowadzające niezwykłą dynamikę pracy grupy, sugerowane działania stają się wartościowym narzędziem pracy.

Dialog motywujący we wczesnej interwencji

Interwencja jest prowadzona w duchu i na zasadach podejścia dialogu motywującego.

Zgodnie z koncepcją W. Millera i S. Rollnicka:

- Interwencja krótkoterminowa, wykorzystująca dialog motywujący, może zredukować zachowania ryzykowne, wpłynąć na poprawę utrzymania młodych ludzi w leczeniu oraz poprawę wyników leczenia nadużywania substancji psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych.
- Dialog motywujący jest szczególnie przydatny w konstruowaniu programów profilaktycznych oraz interwencji ukierunkowanych na zmniejszenie zachowań zagrażających zdrowiu i/lub życiu wśród młodzieży (narkotyki, niebezpieczne zachowania seksualne, zachowania ryzykowne itp.).

Badania naukowe wykazały skuteczność DM w pracy z młodzieżą nadużywającą substancji psychoaktywnych poprzez krótkie interwencje (np. program „Fred...”). Jednakże terapeuta nie idzie za młodym pacjentem tam, gdzie on chce, lecz raczej prowadzi go w kierunku maksymalnego wykorzystania własnego potencjału. Dialog motywujący opiera się na potrzebie empatii, szczerości i współpracy. Młodego człowieka należy szanować jako „eksperta ds. samego siebie”, który posiada wszelkie zasoby (jak np. wartości, zdolności i umiejętności), które są potrzebne do wprowadzenia zmian przy pomocy terapeuty lub bez niego. Bez przyjęcia takiej postawy, techniki, których się uczymy, pozostaną martwe.

Kolejnymi elementami skutecznej interwencji jest terapeutyczne zaangażowanie i rozpoznanie, na którym etapie motywacji do zmiany jest młody człowiek.

Zaangażowanie terapeutyczne

Terapeutyczne zaangażowanie jest wstępnym warunkiem tego wszystkiego, co nastąpi potem. Proces nawiązania relacji pomagania opartej na zaufaniu i wzajemnym szacunku. Wtedy następuje też porozumienie co do celów terapii i rozpoczyna się współpraca nad uzgodnionymi zadaniami na rzecz osiągnięcia tych celów. Zaangażowanie jest bardzo ważnym warunkiem utrzymania w terapii.

Niezależnie od świadczonych usług zaangażowanie się pacjenta odgrywa rolę decydującą. W badaniach nad psychoterapią stwierdzono, że jakość przymierza terapeutycznego pomiędzy klientem a terapeutą pozwala przewidzieć zarówno kontynuowanie terapii, jak i jej skuteczność. Ludzie, którzy są aktywnie zaangażowani, częściej pozostają w terapii, przestrzegają jej zasad i odnoszą korzyść z terapii.

Trzeba jednak pamiętać, że motywacja nie jest stałą cechą charakteru, którą się ma lub nie. Jest procesem zmieniającym się w czasie i będącym wynikiem wielu zmiennych (danej sytuacji, otoczenia, wewnętrznych przekonań osoby, jej wartości, gotowości itp.). Badacze motywacji Prochaska i DiClemente wyróżnili sześć stadiów motywacji do zmiany. Kluczem do sukcesu jest dobre rozpoznanie, na którym etapie procesu zmiany znajduje się aktualnie osoba, której pomagamy. Dzięki temu możemy dostosować nasze oddziaływanie do jej potrzeb i możliwości. I w ten właśnie sposób jest skonstruowany program „Fred goes net”.

Młodzi ludzie trafiający do programu wczesnej interwencji najczęściej znajdują się na pierwszych dwóch etapach motywacji do zmiany:

- **prekontemplacji** – bardzo wyraźnie nie wyrażają jeszcze żadnej potrzeby zmiany swego podejścia do substancji, są nawet czasem zafascynowani narkotykiem, a sytuację „przyłapania” traktują jako pech, okazują bunt wobec świata dorosłych, złość, są bardzo negatywnie nastawieni do jakiegokolwiek formy pomocy, niekiedy traktują skierowanie do programu jako formę kary i mają poczucie krzywdy. Narkotyk lub alkohol kojarzą przede wszystkim z przyjemnością, zabawą i relaksem,
 - **kontemplacji** – ten etap dotyczy osób skierowanych do programu przez policję lub osób, które w wyniku skutków zdrowotnych (zatrucie, zapaść, utrata przytomności) trafiły do szpitala. Towarzyszy im ambiwalencja. Co prawda sygnalizują pierwsze wątpliwości dotyczące ich problemowego zachowania, ale pozostają jeszcze bardzo niezdecydowane. Nastolatek jest rozdarty pomiędzy przyjemnymi efektami a nieprzyjemnymi skutkami zażywania, pomiędzy atrakcją i destrukcją, pomiędzy dalszym braniem/piciem a jego ograniczeniem czy zakończeniem.
- Dlatego też bardzo ważnymi okazują się zasady, którymi kierują się realizatorzy programu „Fred goes net”:
- **okazywanie empatii** – zrozumienie punktu widzenia nastolatka w takim stopniu, jak to tylko możliwe, aby w szczególności dopuścić ambiwalentne nastawienie. Przy czym „rozumieć” nie oznacza to samo, co „zgadzać się” albo „pozwalać”. Często młodzi ludzie prowokują dorosłych, wyrażając swoje poglądy, niejednokrotnie sprzeczne z normami oraz zasadami społecznymi i prawnymi,
 - **rozwój rozbieżności** – określenie dysproporcji, sprzeczności i różnic pomiędzy obecną sytuacją, konkretnymi faktami i skutkami zażywania a tym, jak się subiektywnie wydaje i czego by te osoby sobie życzyły,
 - **podążanie za oporem** – zasada ta mówi o tym, że im bardziej ktoś z zewnątrz próbuje naciskać na osobę, tym bardziej nie idzie ona w wyznaczonym kierunku. Opór, zgodnie z podejściem DM, jest traktowany jako problem pomagającego, a nie podopiecznego. Opór może służyć często jako obrona przed pomocą – „leczeniem” pozbawionym szacunku. Oznacza to, że podstawowym zadaniem pomagającego jest od początku rozumienie oporu nie jako brakującej motywacji, lecz jako wskazówki dla nieuwzględnianego ambiwalentnego nastawienia. Opór jest zjawiskiem interakcyjnym: wymaga od osoby pomagającej analizy własnej strategii, a jednocześnie siła oporu może być pozytywnie wykorzystywana,
 - **wspieranie poczucia własnej skuteczności** – zasadniczy cel interwencji to wzmocnienie wiary i zaufania młodego człowieka do samego siebie. Po zakończeniu zajęć nastolatek będzie bardziej przekonany, że ma zasoby, umiejętności i wiedzę,

które sprawią, że poradzi sobie z określonym problemem i pojawiającymi się przy tym możliwymi trudnościami.

Badania skuteczności programu

Już w fazie pilotażowej wdrażania programu „Fred goes net” w Polsce uzyskaliśmy obiecujące wyniki ewaluacji, która była realizowana przez niezależną instytucję – Instytut Badawczy Fogs w Kolonii. Ewaluacja skupiała się na odpowiedzi m.in. na następujące pytania: Czy za pomocą programu „Fred goes net” można trafić do młodych osób?, Jakiego typu korzyści osiągają młode osoby dzięki udziałowi w programie?, Jakie efekty są osiągane?, Jak program „Fred goes net” jest oceniany przez uczestników? Do badania wykorzystano dwa typy ankiet ewaluacyjnych: dokumentację uczestnika, zawierającą dane na jego temat, oraz ankietę uczestnictwa, za pomocą której zbierano oceny uczestników dotyczące programu oraz badano efekty, jakie on wywarł.

Wyniki na tym etapie były bardzo satysfakcjonujące, ponieważ zdecydowana większość uczestników zadeklarowała, że dzięki udziałowi w programie znacznie zwiększyła się ich wiedza na temat ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych oraz że uległy zmianie ich przekonania na temat używania przez nich narkotyków i alkoholu.

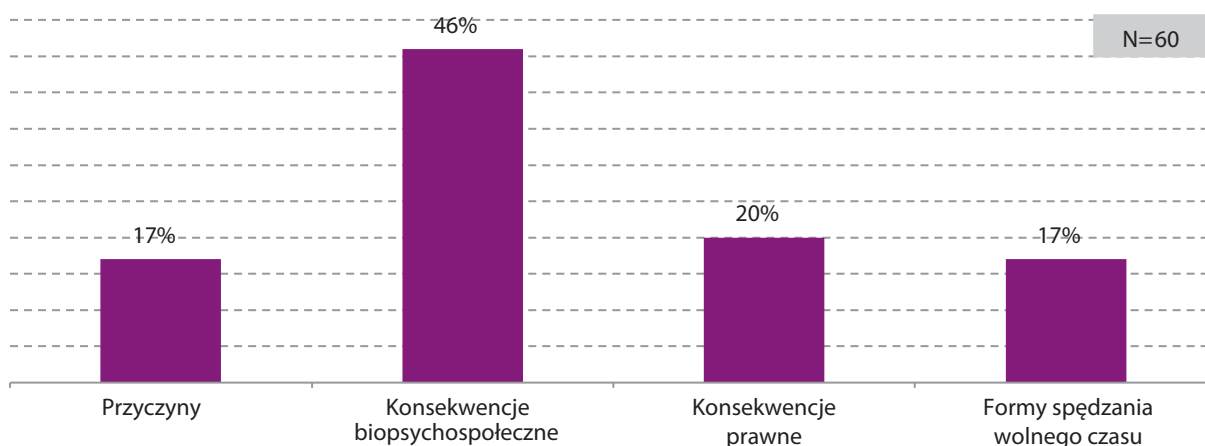
Większość zadeklarowała, że zamierza ograniczyć (71%) używanie narkotyków. Łatwo się domyślić, że mniej osób zadeklarowało całkowite zaprzestanie ich używania (w Polsce mniej więcej co drugi uczestnik wyraził taki zamiar). Najniższy odsetek osób zadeklarował całkowitą abstynencję od alkoholu. Trudno jednak oczekiwać od nastolatka, by stwierdził, że już nigdy się nie napije. Osoby takie stanowiły blisko 1/4 uczestników (w Polsce było to ponad 28%).

Większość uczestników zadeklarowała także, że nabyła ważne umiejętności w zakresie rozwiązywania problemów i wiedzę na temat tego, gdzie szukać pomocy, gdy zaszłaby taka potrzeba. Na bardzo wysokim poziomie była też satysfakcja z uczestnictwa w programie: 97,7% osób spośród badanych w Polsce zarekomendowałoby program swoim kolegom i koleżankom.

Badając efekty bezpośrednie po zakończeniu programu, trudno było nie zgodzić się z tym, że program „Fred goes net” wywarł jednoznacznie pozytywny wpływ na młodych ludzi – nie tylko zwiększył ich wiedzę, ale także zmienił postawy i wzbudził tak oczekiwaną refleksję na temat używania przez nich substancji psychoaktywnych.

W związku z powyższym pokusiliśmy się o badanie skuteczności programu wczesnej interwencji „Fred goes net” po co najmniej roku od zakończenia programu.

Wykres 1. Czy podczas zajęć grupowych, spotkań z terapeutą dowiedzieliście się czegoś, co do dzisiaj wydaje się dla was ważne i ma wpływ na postawę wobec substancji psychoaktywnych? (odpowiedzi 85% respondentów).



Ocena skuteczności programu

Badanie skuteczności programu „Fred...” udało się zrealizować dzięki pomocy Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy w ramach pracy licencjackiej jednej ze studentek. Była to niewielka losowa próba 60 osób, które ukończyły program co najmniej 12 miesięcy przed badaniem. Wiek badanych to 15-19 lat.

Celem naszych badań było podjęcie próby oceny skuteczności programu „Fred goes net” na podstawie opinii jego uczestników po roku od ukończenia programu oraz zidentyfikowanie i określenie zmian zachodzących w uczestniku i jego środowisku po roku od ukończenia przez niego programu.

Przed badaniami sformułowano następujący problem główny: Czy program „Fred goes net” jest skuteczną formą oddziaływania na osoby mające problemy z używkami?

Biorąc pod uwagę problem główny, przed badaniami postawiono następujące problemy szczegółowe:

- Czy uczestnicy programu wspominają uczestnictwo w nim jako doświadczenie pozytywne czy raczej negatywne?
- Czy, a jeśli tak, to czego uczestnicy dowiedzieli się podczas udziału w programie, co miało potem wpływ na zmianę ich stosunku wobec używek?

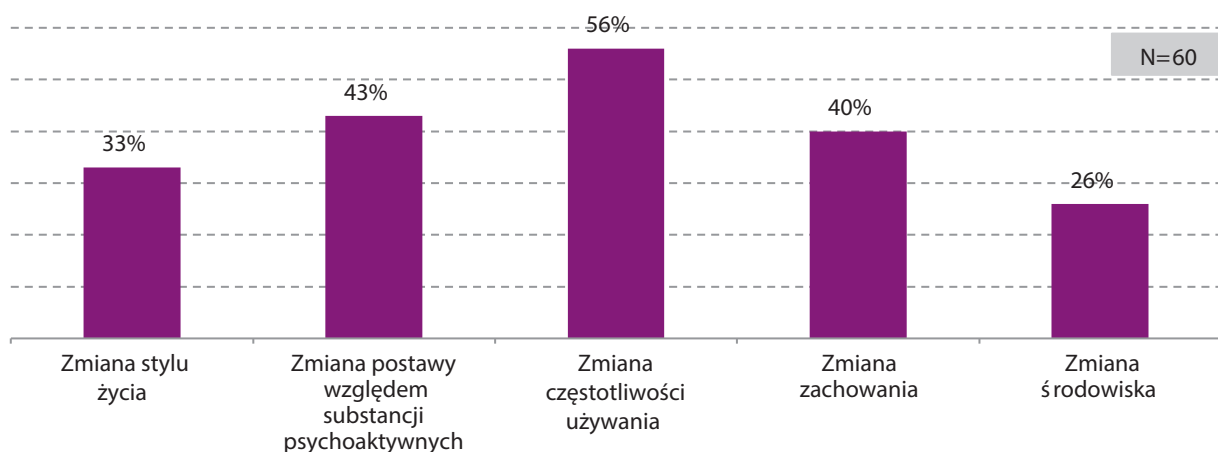
- Czy, a jeśli tak, to jakie zmiany zaszły w uczestnikach po ukończeniu programu oraz w jakim stopniu zmienił się ich stosunek wobec używek?
- Czy uczestnictwo w programie miało wpływ na funkcjonowanie uczestników w rodzinie, szkole oraz na ich sytuację prawną?
- Czy, a jeśli tak, to jak zmieniła się częstotliwość zażywania narkotyków i picia alkoholu przez uczestników po ukończeniu programu?

Narzędziem badawczym była ankieta, którą wykorzystano w bezpośrednich wywiadach z respondentami. W badaniu wzięły udział młode osoby przyłapane w związku z używaniem narkotyków (48 osób) i na picie alkoholu (12 osób). Wyniki okazały się bardzo ciekawe.

Na pytanie: „Jak po roku określasz swoje wrażenia z uczestnictwa w programie?”, 90% ankietowanych określiło je jako „zdecydowanie dobre” i „raczej dobre”. Może to świadczyć o pozytywnych wspomnieniach z uczestnictwa i czasu spędzonego na zajęciach. Zapytaliśmy również uczestników, czy podczas zajęć grupowych i na spotkaniach z terapeutą dowiedzieli się czegoś, co do dzisiaj wydaje im się ważne i ma wpływ na ich postawę wobec substancji psychoaktywnych. Tutaj również zdecydowana większość, bo aż 85%, odpowiedziało, że „tak”.

Ankietowani mieli także określić, co było dla nich ważne podczas programu. Najwięcej, bo aż 46% osób, stwierdziło, że były to treści związane z biopsycho-

Wykres 2. Jakiego rodzaju zmiany nastąpiły w waszym życiu?



społecznymi konsekwencjami zażywania narkotyków bądź picia alkoholu. 20% odpowiedziało, że najważniejsze dla nich były kwestie dotyczące konsekwencji prawnych podejmowanych zachowań, a 17% wskazało na rozmowy na temat alternatywnych form spędzania czasu wolnego. Natomiast treści dotyczące przyczyn sięgania po środki odurzające i osobistych motywów skłaniających do używania utkwily w pamięci również 17% uczestników.

Zależało nam również, aby dowiedzieć się, jak duża zmiana zaszła w życiu absolwentów programu wczesnej interwencji po co najmniej roku od jego ukończenia. Większość uczestników (61%) uznała, że zmiana ta była „raczej duża”, a 31%, że „zdecydowanie duża”. Można by więc sądzić, że niewiele jest programów, które by w ten sposób odebrało aż 92% uczestników. Tym bardziej zaciekawieni byliśmy, w jakich obszarach życia dokonały się takie zmiany.

Zapytaliśmy badanych, jakiego rodzaju zmiany nastąpiły w ich życiu. Pytanie to miało na celu sprawdzenie, jaki typ zmiany dokonał się w życiu uczestników po roku od ukończenia przez nich programu „Fred goes net”. Pytanie to było wielokrotnego wyboru. Warto podkreślić, że dzięki wielokrotności wyboru uczestnik mógł określić, w ilu i w jakich sferach jego życia dokonała się zmiana. Niejednokrotnie ankietowani zaznaczali 3 a nawet 4 odpowiedzi. Ponadto zdarzyły się przypadki, które udowodniły, że zmiana może dokonać się nawet we wszystkich wymienionych sferach. Jest to niezwykle ważne pytanie, bowiem uczestnik musiał samodzielnie, racjonalnie oraz świadomie

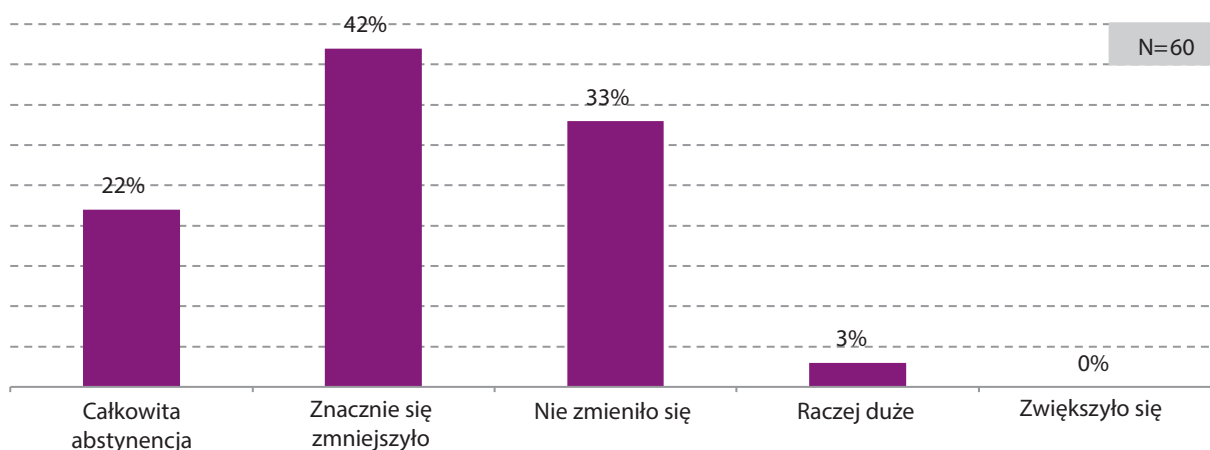
spojrzeć na zmianę, jaka się w nim dokonała przez czas od ukończenia programu.

Zapytaliśmy młodzież o zmianę funkcjonowania w szkole. 47% respondentów uznało, że w tym obszarze nastąpiła poprawa. Dotyczyło to zarówno frekwencji, kontaktów z rówieśnikami, nauczycielami, jak również poprawy ocen. 23% nie potrafiło określić, czy program miał wpływ na poprawę ich funkcjonowania w szkole, a 30% uznało, że zdecydowanie nie miał on wpływu.

Obszarem, o który również pytaliśmy młodzież, było funkcjonowanie w domu i w rodzinie. Tutaj zdecydowanie, bo aż 70% ankietowanych odpowiedziało, że lepiej funkcjonuje, tylko 17%, że nie, a 13% nie potrafiło tego określić. Większość młodych osób trafiających do programu „Fred...” za pośrednictwem policji, szkoły czy służby zdrowia przyznawało, że przez to pogorszyły się ich relacje z rodzicami. Dotyczyło to utraty zaufania, kłótni, napiętej sytuacji, ograniczeń i konsekwencji nakładanych przez najbliższych. Wydaje się więc, że deklaracja poprawy funkcjonowania w domu u tak dużej grupy absolwentów jest jednym z najbardziej pożądanych efektów programu profilaktycznego.

Zapytaliśmy również młodych ludzi, czy uczestnictwo w programie miało wpływ na złagodzenie konsekwencji w sądzie lub na policji. Spośród wszystkich osób, które miały kłopoty związane z prawem, aż 95% potwierdziło, że udział w programie poprawił ich sytuację prawną. Może to świadczyć o tym, że zajęcia są dobrze odbierane przez wymiar sprawiedliwości i organy ścigania, które przychylnie odnoszą się do aktywności młodych ludzi

Wykres 3. Spożywanie alkoholu po roku.



w kierunku poprawy swojego zachowania i zmiany postawy wobec używek i łamania prawa.

Z punktu widzenia celu profilaktycznego najciekawsze wydaje się uzyskanie informacji, w jaki sposób po roku zmieniała się częstotliwość używania substancji psychoaktywnych. Najpierw zapytaliśmy, jak częstotliwość picia alkoholu wyglądała po trzech miesiącach od ukończenia programu. 67% młodych osób uznało, że znacznie się zmniejszyła, a 13% deklaroowało całkowitą abstynencję, 15% uważało, że ich częstotliwość używania alkoholu się nie zmieniła.

Gdy pytanie dotyczyło spożywania alkoholu po roku, to aż 64% uważało, że nastąpiła zdecydowana zmiana częstotliwości picia (42% uznało, że znacznie się zmniejszyła, a 22% deklaroowało całkowitą abstynencję). 33% uważało, że ich częstotliwość używania alkoholu się nie zmieniła.

Na pytanie o używanie narkotyków po trzech miesiącach od zakończenia programu, aż 56% osób uznało, że częstotliwość ich używania znacznie się zmniejszyła, a 35% stwierdziło, że zachowuje całkowitą abstynencję. Po roku od zakończenia programu aż 55% młodych osób uznało, że częstotliwość używania przez nich narkotyków znacznie się zmniejszyła, a 35% zachowuje całkowitą abstynencję. Reasumując, pożądana pozytywna zmiana częstotliwości używania po roku wystąpiła u 90% uczestników.

Na koniec zbadaliśmy, czy udział w programie wczesnej interwencji miał wpływ na podjęcie decyzji

o korzystaniu z innych form pomocy psychologicznej lub dalszej terapii. Aż 70% pytanym powiedziało, że korzystali z pomocy psychologów, terapeutów, kontynuowali dalszą terapię w kierunku rozwoju osobistego, uczestniczyli w treningach umiejętności komunikacji, asertywności itp.

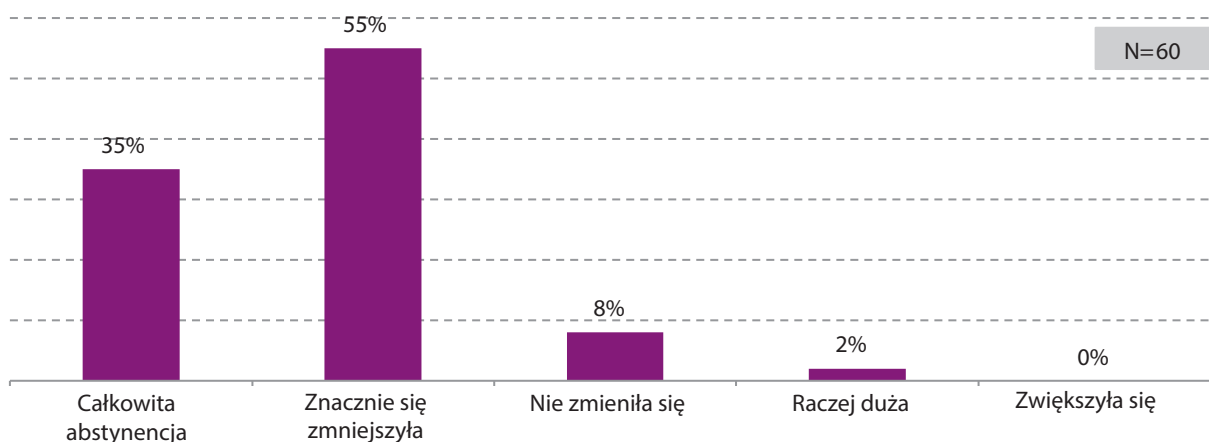
Podsumowanie i wnioski

Pomimo że była to tylko niewielka próba badanych, można się pokusić o stwierdzenie, że wczesna interwencja może mieć istotny wpływ na postawę i zachowanie młodych ludzi w związku z używaniem przez nich substancji psychoaktywnych. Okazuje się, że kilka godzin „szytej na miarę” interwencji sprawia, że następuje trwała zmiana, nie tylko zadeklarowana przez uczestników bezpośrednio po zakończeniu zajęć, ale także w dłuższej perspektywie czasowej.

Bibliografia

- Flążyńska M., „Program Fred goes net i jego skuteczność w ocenach uczestników”, praca licencjacka pod kierunkiem dr n. hum. A. Latoś, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, 2015.
- Miller W.R., Rollnick S., „Dialog motywujący”, Kraków 2013.
- Naar-King S., Suarez M., „Wywiad motywujący z młodzieżą i młodymi dorosłymi”, Kraków 2012.
- Prochaska J., Norcross J., DiClemente C., „Zmiana na dobre”, Warszawa 2008.
- Rejniak R., „Profilaktyka selektywna – program wczesnej interwencji Fred goes net”, Serwis Informacyjny Narkomania, 3/2008.

Wykres 4. Częstotliwość używania środków psychoaktywnych innych niż alkohol po roku od ukończenia programu.



Od kilku lat polski Reitox Focal Point z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii współpracuje z Focal Pointami w krajach bałtyckich. Europejska Sieć Focal Pointów monitoruje problem narkotyków i narkomanii, ale również współpracuje z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) w promocji dobrych i sprawdzonych rozwiązań z zakresu profilaktyki, leczenia i redukcji szkód¹.

EUROPEJSKIE STANDARDY W PROFILAKTYCE NA LITWIE

Artur Malczewski

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

Corocznie organizowane są seminaria w ramach współpracy z krajami bałtyckimi, mające na celu wymianę doświadczeń i analizę sytuacji w obszarze problemu narkotyków i narkomanii oraz podejmowanych działań w naszym regionie. We wrześniu ubiegłego roku odbyła się konferencja Reitox Baltic Academy, która dotyczyła nowych substancji psychoaktywnych. Została ona zorganizowana przez polski Focal Point we współpracy z EMCDDA i krajami bałtyckimi. W konferencji wzięli udział eksperci z Polski, Litwy, Łotwy, Estonii, EMCDDA oraz Gruzji. W tym roku przedstawiciel polskiego Focal Pointa został zaproszony na konferencję Vilnius International Communicable Disease Week (26 czerwca – 1 lipca 2016 roku), gdzie zaprezentował sytuację wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków i podejmowane działania z zakresu redukcji szkód w Polsce. Udział w konferencji był również okazją, aby zorganizować szkolenie dla litewskich specjalistów zajmujących się profilaktyką na temat Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce². Litewski odpowiednik Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – Departament Kontroli Narkotyków, Alkoholu oraz Tytoniu (DKNAT) wyraził w ubiegłym roku zainteresowanie wdrażaniem Europejskich Standardów na Litwie. Polska od samego początku uczestniczyła w pracach nad opracowaniem i rozpowszechnianiem standardów w ramach europejskich projektów³ finansowanych ze środków Unii Europejskiej. W pierwszym europejskim projekcie polską instytucją było Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), w drugiej fazie wiodącym partnerem było Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, wspierane przez KBPN. W ciągu ostatnich kilku lat kilkudziesięciu ekspertów z kilku-

nastu krajów europejskich pracowało nad Europejskimi Standardami. W efekcie powstał podręcznik prezentujący te standardy (w języku angielskim, polskim⁴, węgierskim i szwedzkim), jego krótka wersja (wydana w kilkunastu językach, w tym po polsku) oraz cztery poradniki (tzw. toolkits w języku angielskim) adresowane do różnych grup docelowych. Jeden z poradników został przetłumaczony na język grecki.

W ramach poradników opracowany został pakiet szkoleniowy dla osób, które chcą wykorzystać Europejskie Standardy w praktyce. W zależności od potrzeb, szkolenie może trwać od trzech godzin do dwóch dni. W ramach drugiej fazy projektu w kilku krajach przeprowadzono szkolenia pilotażowe dla różnych grup odbiorców. Polska była jedynym krajem, gdzie zrealizowano dwudniowe szkolenie; zorganizowało je Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej przy wsparciu KBPN. Po zakończeniu projektu odbyły się kolejne szkolenia w Warszawie, Katowicach i Poznaniu, finansowane ze środków samorządów województw. Powyższe doświadczenia były pomocne w przeprowadzeniu szkolenia na Litwie. W Polsce główną grupą docelową dla wdrażania Europejskich Standardów były jednostki samorządu terytorialnego, które zajmują się finansowaniem działań profilaktycznych na poziomie lokalnym. Na Litwie grupa uczestnicząca w szkoleniu, które odbyło się 30 czerwca w Wilnie, składała się z przedstawicieli różnych środowisk, m.in. urzędników szczebla centralnego i samorządowego (Wilno), reprezentantów organizacji pozarządowych, studentów. Łącznie w szkoleniu uczestniczyło ponad 20 osób, z których sześć na co dzień zajmowało się prowadzeniem zajęć profilaktycznych. Zakres tematyczny

Tabela 1. Europejskie Standardy składające się z 35 komponentów.

Kwestie wspólne
A: Trwałość i finansowanie
B: Wzajemna komunikacja i udział interesariuszy
C: Organizacja i rozwój personelu
D: Etyczny wymiar profilaktyki uzależnień od narkotyków
1. Ocena potrzeb
1.1 Przegląd antynarkotykowych strategii i ustawodawstwa
1.2 Ocena używania narkotyków i potrzeb społeczności
1.3 Określenie potrzeby – uzasadnienie interwencji
1.4 Rozpoznanie grupy docelowej
2. Ocena zasobów
2.1 Ocena grupy docelowej i zasobów społeczności
2.2 Ocena własnego potencjału
3. Ramy programu
3.1 Zdefiniowanie grupy docelowej
3.2 Zastosowanie modelu teoretycznego
3.3 Określenie celów strategicznych, programowych i cząstkowych
3.4 Określenie miejsca realizacji
3.5 Odwołanie się do dowodów skuteczności
3.6 Ustalenie harmonogramu
4. Konstrukcja interwencji
4.1 Projektowanie z myślą o jakości i skuteczności
4.2 Działania w przypadku wyboru istniejącej interwencji
4.3 Dopasowanie interwencji do grupy docelowej
4.4 Działania w przypadku planowania ewaluacji końcowych
5. Zarządzanie i mobilizacja zasobów
5.1 Zaplanowanie programu – przedstawienie planu projektu
5.2 Określenie wymagań finansowych
5.3 Powołanie zespołu do realizacji programu
5.4 Rekrutacja i utrzymanie uczestników
5.5 Przygotowanie materiałów do realizacji programu
5.6 Opis programu
6. Realizacja i monitoring
6.1 Działania w przypadku interwencji pilotażowej
6.2 Realizacja interwencji
6.3 Monitoring w fazie realizacji
6.4 Modyfikacje w fazie realizacji
7. Ewaluacje końcowe
7.1 Działania w przypadku ewaluacji wyniku
7.2 Działania w przypadku ewaluacji procesu
8. Rozpowszechnianie i doskonalenie
8.1 Decyzja czy program powinien być kontynuowany
8.2 Rozpowszechnianie informacji o programie
8.3 Działania w przypadku raportu końcowego

treningu, oprócz wykładów na temat Europejskich Standardów, obejmował zajęcia warsztatowe w grupach. Uczestnicy wykorzystywali standardy m.in. do próby oceny i weryfikacji przedstawionych im projektów profilaktycznych, a na końcu sami próbowali przygotować zarys programu profilaktycznego, wykorzystując niektóre standardy. Przedstawiciele organizacji pozarządowych wskazali na trzeci i czwarty komponent Europejskich Standardów jako kluczowe z ich punktu widzenia.

Szkolenie odbyło się w urzędzie miasta Wilna w języku angielskim, ale niemal wszystkie materiały uczestnicy otrzymali w języku litewskim. W szkoleniu brali udział również pracownicy Departamentu Kontroli Narkotyków, Alkoholu oraz Tytoniu, którzy wykorzystując doświadczenia ze szkolenia, planują przeszkolić jeszcze w tym roku co najmniej 30 osób. Pakiet szkoleniowy Europejskich Standardów został uzupełniony o informacje na temat teorii i strategii profilaktycznych oraz standardów UNODCP.

Podobne szkolenie zostanie przeprowadzone na Łotwie w ramach współpracy z tamtejszym Focal Pointem. W październiku 2016 roku Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej wraz z Krajowym Biurem zorganizują coroczną międzynarodową konferencję dla przedstawicieli gmin, której jednym z celów będzie prezentacja polskich wersji trzech poradników (tzw. toolkits). W konferencji udział wezmą, oprócz polskich, m.in. eksperci z Włoch, Litwy i EMCDDA. Osoby zainteresowane udziałem w konferencji mogą się kontaktować z autorem artykułu za pośrednictwem e-maila: artur.malczewski@kbpn.gov.pl

Przypisy

- ¹ Informacje o dobrych praktykach znajdują się na portalu EMCDDA Best Practice: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>
- ² Szkolenia ze strony litewskiej koordynowała Rūta Gedminienė, a zajęcia poprowadził Artur Malczewski. Na stronie NTAKD znajduje się informacja o szkoleniu: <http://ntakd.lrv.lt/lt/naujienos/departamentas-organizavo-mokymus-specialistams-kaip-kokybiskai-vykdyti-psichoaktyviu-ju-medziagu-vartojimo-prevencija>
- ³ Strona projektu znajduje się pod adresem: <http://prevention-standards.eu> i jest cały czas aktualizowana.
- ⁴ Podręcznik dostępny jest na stronie Centrum Informacji KBPN: http://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=454227

Od 2005 roku, gdy w Chinach powstała pierwsza fabryka produkująca elektroniczne papierosy, mogliśmy obserwować niezwykle dynamiczny rozwój tej gałęzi przemysłu, osiągającej obecnie wartość rynkową szacowaną na ponad 3 mld dolarów, w której coraz większy udział ma przemysł tytoniowy. Lawinowo rośnie także liczba użytkowników e-papierosów, w tym najmłodszych.

UŻYWANIE PAPIEROSÓW ELEKTRONICZNYCH PRZEZ MŁODZIEŻ

Anna Borkowska

Wydział Wychowania i Profilaktyki
Ośrodek Rozwoju Edukacji

Elektroniczne papierosy są powszechnie reklamowane przez producentów jako środki, dzięki którym możemy skutecznie rzucić palenie lub jako zdrowsza alternatywa dla zwykłych papierosów. Producenci zapewniają, że są one bezpieczne zarówno dla palących, jak i biernych palaczy.

Czy na pewno? Czy e-papierosy są rzeczywiście bezpieczniejsze niż tradycyjne wyroby tytoniowe? Czy są bezpieczne dla młodych ludzi? Czy są raczej tylko kolejnym pomysłem przedstawicieli tytoniowego biznesu na pozyskanie nowych konsumentów? Dzisiaj trudno jednoznacznie odpowiedzieć na te pytania. Wiele ważkich kwestii dotyczących używania e-papierosów wciąż pozostaje nierozstrzygnięta. Badania naukowe dotyczące ich szkodliwości i wpływu na zdrowie są niejednoznaczne.

Czym są e-papierosy?

E-papierosy to zasilane baterią urządzenia inhalacyjne, które nie zawierają tytoniu, lecz preparat w postaci płynu, tzw. liquid, składający się z nikotyny, glikolu propylenowego, gliceryny, wody oraz substancji smakowych. E-papieros składa się z:

- kartridża – wymiennego pojemnika na płyn, który można uzupełniać,
 - atomizera (parownika) – miejsca zawierającego grzałkę, gdzie płyn jest podgrzewany i zamienia się w parę; jego cząsteczki zmieszane z powietrzem są wdychane przez użytkownika,
 - źródła zasilania – akumulatora lub bezpośredniego podłączenia do kontaktu lub USB,
 - diody (opcjonalnie) imitującej żarzenie się papierosa.
- Podczas używania e-papierosa w ogrzonym pojemniku z płynem następuje zamiana roztworu inhalacyjnego

na wdychany przez użytkownika aerozol. Nikotyna dostarczana jest do organizmu bez procesu spalania, który ma miejsce w przypadku palenia tradycyjnych papierosów, dzięki czemu we wdychanym aerozolu brak jest szeregu toksycznych substancji tworzonych w tym procesie.

Liquidy używane w papierosach elektronicznych zawierają różne dawki nikotyny: od zera do 3,6%. Od połowy 2016 roku, zgodnie z dyrektywą Unii Europejskiej, gotowe liquidy będą mogły zawierać maksymalnie 20 mg/ml nikotyny (2,0%); zakazane mają być także papierosy z dodatkami smakowymi. Obecnie do e-liquidów często dodawane są substancje aromatyczne, które nadają e-papierosom charakterystyczny „smak”: owoców, ziół, kawy lub bardziej egzotyczne, takie jak ananas czy guma balonowa.

Większość e-papierosów jest wytwarzana w kształcie przypominającym tradycyjne papierosy. Na rynku można jednak znaleźć również e-papierosy przypominające kształtem przedmioty codziennego użytku, takie jak długopisy, USB, rysiki do iPada itp.

Krótką historia e-papierosa

Pierwsze pomysły na stworzenie bezpiecznego dla zdrowia palacza papierosa sięgają połowy XX w. i były próbą odpowiedzi firm tytoniowych na coraz częstsze informacje o szkodliwości nikotyny i innych substancji wchodzących w skład papierosów. W latach 60. koncern tytoniowy Phillip Morris zrealizował projekt „Premiere”, a następnie „Acord”, w ramach których został opracowany prototyp e-papierosa. Stworzony wówczas papieros naśladował smak tytoniu bez obecności popiołu, dymu i wytwarzał o 83% mniej rakotwórczych związków niż tradycyjne wyroby, nadal jednak emi-

tował tlenek węgla i zawierał nikotynę. Produkt nie został dobrze przyjęty przez konsumentów, a ciągłe problemy techniczne sprawiły, że firma zrezygnowała z kontynuowania projektu.

Współczesny e-papieros powstał dopiero w 2003 roku. Opracował go chiński farmaceuta Lik Hon, który podjął pracę nad stworzeniem bezpiecznego wdychania nikotyny po tym, jak jego ojciec-palacz zmarł na raka płuc. E-papieros został wprowadzony na rynek przez jego pracodawcę – Golden Dragon Holdings. Firma zmieniła później nazwę urządzenia na „Ruyan”, co w wolnym tłumaczeniu oznacza „przypominający palenie”, w celu lepszego dopasowania go do wymagań klientów. W 2005 roku, po uzyskaniu wymaganych zezwoleń, rozpoczęła się produkcja e-papierosów i eksport do innych krajów.

W Polsce e-papierosy pojawiły się w 2006 roku, ale prawdziwa ekspansja tych produktów na naszym rynku nastąpiła w latach 2008–2009, kiedy powstało najwięcej firm handlujących e-papierosami.

Rozpowszechnienie używania e-papierosów na świecie

Od czasu pojawienia się na rynku e-papierosów obserwujemy lawinowy wzrost liczby ich użytkowników. Dane WHO wskazują, iż w krajach Ameryki Północnej, Unii Europejskiej i w Korei Płd., latach 2008–2012, co najmniej dwukrotnie zwiększyła się zarówno liczba osób dorosłych używających e-papierosów, jak i adolescentów. W 2012 roku ponad 7% obywateli Unii Europejskiej powyżej 15. roku życia przyznawało się do palenia e-papierosów. W samej Wielkiej Brytanii w okresie od 2012 do 2015 roku liczba użytkowników e-papierosów wzrosła z 700 tys. aż do 2,6 mln (ASH, 2015).

E-papierosy zyskały wyjątkową popularność wśród młodych ludzi. W USA w 2011 roku e-papierosów używało 1,4% gimnazjalistów i 2,7% uczniów szkół średnich, podczas gdy w 2012 roku paliło już odpowiednio 4,7% i 10% uczniów tych szkół. Większość użytkowników e-papierosów stanowiła młodzież paląca wcześniej tradycyjne papierosy. Wśród nastolatków, którzy nigdy wcześniej nie palili papierosów, obserwowany wzrost nie był tak duży. W tej grupie do palenia przyznało się 0,5% gimnazjalistów i 0,7% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. W 2014 roku zanotowano dalszy wzrost liczby młodych użytkowników e-papierosów w USA

–13% młodzieży szkół średnich przyznało się wówczas do używania tych środków (CDCP, 2016).

W Wielkiej Brytanii w 2013 roku 7% młodych ludzi w wieku 11-18 lat przyznało, iż przynajmniej raz w życiu korzystało z elektronicznych papierosów. W 2015 roku liczba ta wzrosła do 13%. Regularne (raz w miesiącu lub częściej) używanie e-papierosów jest stosunkowo rzadkie i dotyczy 2,4% młodzieży, która już wcześniej paliła papierosy zawierające tytoń (ASH, 2015).

Polski fenomen

Polska jest swego rodzaju fenomenem wśród innych państw. W żadnym innym kraju problem używania e-papierosów nie osiągnął takiej skali, jak w naszym kraju. Na polskim rynku e-papierosy pojawiły się po raz pierwszy w 2006 roku i od tego czasu obserwujemy stały wzrost liczby ich użytkowników, szczególnie w grupie nastolatków i młodych dorosłych.

Wyjątkowo chętnie po e-papierosy sięgają uczniowie gimnazjów. Pedagodzy obserwują, iż w polskich szkołach wykształciła się moda na e-palenie. Coraz więcej uczniów przychodzi do szkoły z elektronicznymi papierosami, zdarza się, że uczniowie palą podczas przerw między lekcjami. Szkoły próbują radzić sobie z tym problemem, wprowadzając do regulaminów zapisy o zakazie używania e-papierosów.

Obserwacje nauczycieli potwierdzają badacze. Badania porównawcze przeprowadzone w 2011 roku i w 2014 roku wśród uczniów w wieku 15-19 lat wskazują, iż liczba polskich nastolatków, którzy próbowali e-papierosa, wzrosła od 2011 roku sześciokrotnie. Nawet 30% uczniów w wieku od 15 do 19 lat regularnie pali elektroniczne papierosy, a 60% co najmniej raz próbowało. Pierwsze badanie dotyczące używania e-papierosów przeprowadzone w 2011 roku na grupie ponad 2 tys. polskich uczniów, wskazało, iż 23% młodzieży w wieku 15-19 lat przynajmniej raz w życiu paliło elektroniczne papierosy, a 8,2% używało ich regularnie (Goniewicz i Zielińska-Danch, 2012). Częściej po e-papierosy sięgali chłopcy, mieszkańcy dużych miast, którzy wcześniej palili tradycyjne papierosy, oraz dzieci, których rodzice palą.

Ponad połowa badanych (54,8%) uważała, że e-papierosy są dużo bezpieczniejsze niż zwykłe papierosy.

Badanie porównawcze przeprowadzone w latach 2013–2014 na grupie ok. 2 tys. uczniów, wskazało na

znaczący wzrost liczby młodych użytkowników e-papierosów (Goniewicz i in., 2014). Do doświadczeń z e-papierosami przyznało się 62% uczniów w wieku 15-19 lat. 30% ankietowanych zadeklarowało, że pali regularnie. Jednocześnie 72,4% uczniów regularnie używających e-papierosów paliło również zwykłe papierosy (w 2011 roku było to 65,3%).

Wyniki cytowanych badań wskazują na znaczny wzrost popularności e-papierosów wśród polskich nastolatków w ostatnich latach. Wydaje się jednak, że nie stały się one alternatywą dla tradycyjnych papierosów, po które nadal chętnie sięgają uczniowie polskich szkół.

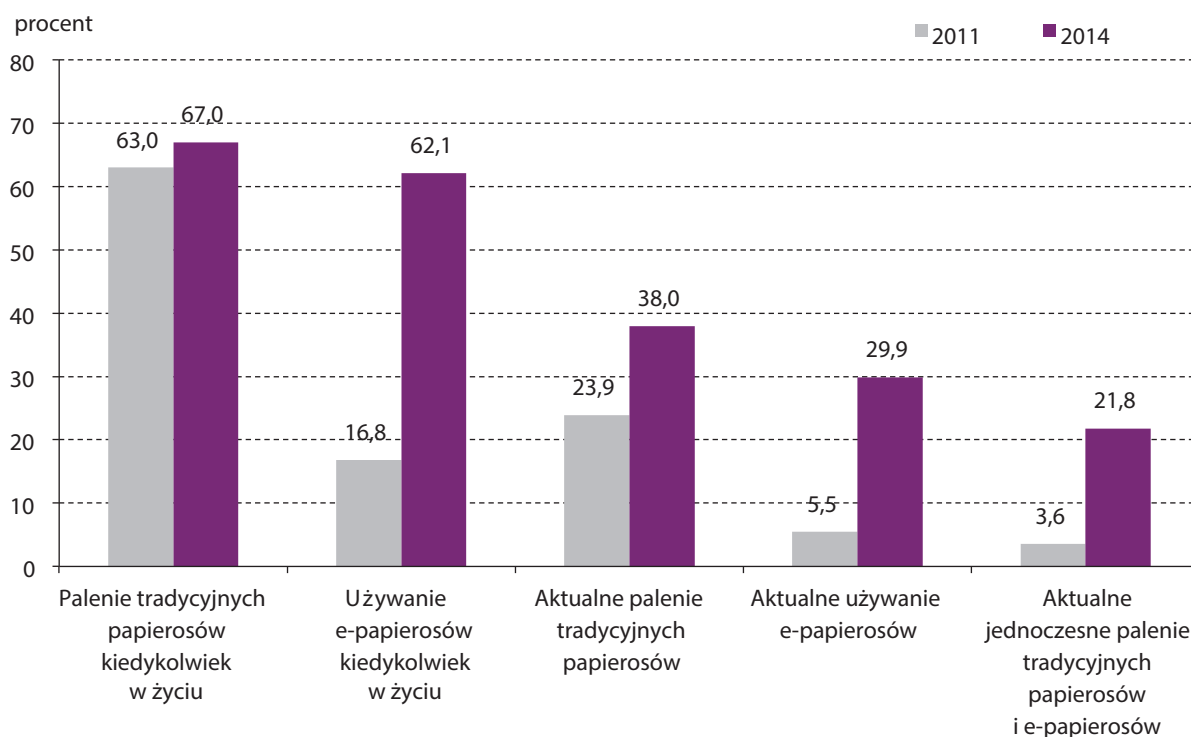
Kim są użytkownicy e-papierosów?

Większość użytkowników elektronicznych papierosów stanowią dorośli, zazwyczaj palący również tradycyjne papierosy. Najczęściej traktują oni e-papierosy jako środek wspomagający rzucanie palenia bądź jako bezpieczniejszy i tańszy zamiennik zwykłego papierosa. Przegląd dostępnych badań wskazuje na odmienne wzory używania e-papierosów przez młodzież i dorosłych palaczy.

W przypadku młodzieży używanie e-papierosów nie zawsze łączy się z paleniem papierosów tradycyjnych, choć jak wskazują najnowsze badania, jest to zjawisko bardzo częste. Po e-papierosy sięgają zarówno ci, którzy wcześniej palili, jak i nowi użytkownicy, którzy nigdy wcześniej nie eksperymentowali z nikotyną. Również w odróżnieniu od dorosłych, młodzi ludzie nie używają e-papierosów, aby rzucić palenie. Najczęstszym motywem sięgania po elektroniczne papierosy jest ciekawość, chęć wypróbowania technologicznej nowinki, reklamowanej jako zdrowsza alternatywa dla palaczy, jak też łatwa dostępność e-papierosów dla osób poniżej 18. roku życia. Nie bez znaczenia jest także możliwość palenia w miejscach niedostępnych dla zwykłych palaczy oraz mniejsze ryzyko wykrycia przez dorosłych (e-papierosy nie wydzielają charakterystycznego zapachu i dymu).

Palenie e-papierosów jest ponadto postrzegane przez młodzież jako mniej ryzykowne i atrakcyjne społecznie zachowanie, co pozwala osłabiać negatywne przekonania na temat wpływu e-papierosów na zdrowie lub obawy przed uzależnieniem od nikotyny, ułatwiając tym samym inicjację nikotynową.

Wykres 1. Używanie e-papierosów i papierosów tradycyjnych wśród polskich nastolatków (15-19 lat) w latach 2011 i 2014.



Źródło: Goniewicz M.L. i in., „Rise in Electronic Cigarette Use Among Adolescents in Poland”, *Journal of Adolescent Health*, nr 5/2014, s. 713-715.

Wielu nastolatków traktuje palenie jako powód do dumy i źródło lansu. Dla części eksperymentowanie z e-papierosami pozwala zaspokajać potrzebę poszukiwania nowych, intensywnych wrażeń i doświadczeń. E-papierosy są symbolem buntu przeciwko codziennej rutynie i autorytetowi dorosłych.

Na dużą popularność e-papierosów wśród młodzieży niewątpliwie ma wpływ nowoczesny design, bogaty wybór oferowanych aromatów oraz możliwość zakupów on-line.

Czy e-papierosy są tak bezpieczne, jak obiecują producenci?

Papierosy elektroniczne reklamowane są przez producentów jako nieszkodliwe produkty, jednak do tej pory nie zostały przebadane wystarczająco dokładnie. Choć wydaje się, iż prawdopodobnie są znacznie mniej szkodliwe niż tradycyjne papierosy, to nieznany jest długofalowy wpływ ich używania na zdrowie zarówno palących, jak i biernych palaczy. Nie została także w pełni potwierdzona ich skuteczność we wspomaganiu rzucania palenia.

Stosunkowo niedługa obecność e-papierosów na rynku, jak również długi okres pojawiania się chorób kojarzonych z paleniem, takich jak np. zachorowania na nowotwory, powoduje, iż jednoznaczne dowody na temat wpływu e-papierosów na zdrowie ich użytkowników nie będą dostępne jeszcze przez wiele lat. Coraz częściej jednak pojawiają się wstępne doniesienia z badań nad e-papierosami.

Opublikowany w 2014 roku raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) podejmuje próbę dokonania kompleksowej oceny e-papierosów opartej na analizie wniosków z dostępnych badań naukowych. Jak podaje WHO, e-papierosy mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie użytkowników, szczególnie tych najmłodszych. Niepokojące dane na temat e-papierosów znajdują także potwierdzenie w raporcie amerykańskiej Agencji do spraw Żywności i Leków (FDA). Wstępne badania próbek kilkunastu płynów stosowanych w e-papierosach przeprowadzone już w 2009 roku, wykazały obecność w niektórych produktach substancji rakotwórczych i szkodliwych dla zdrowia.

Głównym składnikiem e-papierosów jest nikotyna – substancja psychoaktywna o silnych właściwościach uzależniających. Mimo iż sama nie jest substancją

rakotwórczą, może działać jak aktywator nowotworów, przyczyniając się do zwiększenia prawdopodobieństwa zachorowania na niektóre rodzaje raka. Alkaloid ten jest także jednym z głównych czynników ryzyka chorób serca. Nikotyna szkodzi zwłaszcza osobom w okresie dojrzewania i intensywnego wzrostu, wywiera negatywny wpływ na płód. W zależności od czasu narażenia matki, dawki i drogi podania, nikotyna doprowadza do zmniejszenia masy urodzeniowej, a także zmian w tkance płucnej i wad rozwojowych kośćca. Jakkolwiek ekspozycja na toksyczne substancje jest w przypadku dobrej jakości e-papierosów znacznie mniejsza niż w przypadku zwykłych papierosów, to nadal nie wiadomo, w jakim stopniu e-papierosy obniżają zagrożenie dla zdrowia.

Aerozol wydychany przez użytkownika e-papierosa nie jest tylko, jak zapewnniają producenci, „czystą parą wodną”, ale zawiera substancje rakotwórcze i szkodliwe dla zdrowia, co prawda w dwukrotnie mniejszym stężeniu niż tradycyjny dym papierosowy. W niektórych produktach jednakże stwierdzono obecność substancji rakotwórczych, takich jak formaldehyd, oraz innych substancji toksycznych, jak akroleina, na poziomie takim samym jak w dymie papierosowym (WHO, 2014). Używany do rozcieńczania nikotyny glikol propylenowy może powodować podrażnienie górnych dróg oddechowych, oczu oraz zapalenie spojówek.

Substancje psychoaktywne w e-papierosach

Papierosy elektroniczne mogą być używane do wdychania innych substancji niż nikotyna. Przynajmniej część substancji psychoaktywnych może być przyjmowana w postaci roztworu do inhalacji, czyli może być używana z wykorzystaniem e-papierosów.

Na rynku syntetyczne narkotyki oferowane są w formie wkładów do e-papierosów. E-liquidy najczęściej zawierają kannabinoidy. Po odpowiedniej modyfikacji e-papierosy mogą być używane do palenia marihuany w postaci wysoce stężonego oleju haszyszowego, wosku z wysoką zawartością THC czy suszu. Polski rynek oferuje szeroką gamę tego rodzaju produktów. W internecie działa szereg sklepów sprzedających e-jointy, liquidy z kannabinoidami, akcesoria do palenia. Wiele stron zamieszcza instrukcje, jak domowym sposobem wykonać e-liquidy z suszu konopi lub jak przystosować e-papierosy do wdychania substancji halucynogennych, np. DMT (dimethyltryptamina).

Ten sposób przyjmowania narkotyków przy użyciu e-papierosów staje się coraz bardziej popularny wśród nastolatków. W 2014 roku zespół badaczy z Yale University przebadał ponad 3800 uczniów szkół ponadgimnazjalnych z Connecticut (Morean, 2014). 28% uczniów z tej grupy przyznało się do używania e-papierosów, z czego aż 19% stwierdziło, że wykorzystuje e-papierosy do palenia marihuany lub podobnych substancji zawierających THC¹. Autorzy raportu wskazują, iż e-papierosy oferują młodzieży nowy, bardziej dyskretny sposób używania narkotyków. Ponieważ e-papierosy pozwalają w zasadzie na bezdymną inhalację, bez charakterystycznego zapachu, można bez obawy używać ich w każdym miejscu, bez strachu, że dowiedzą się o tym dorośli. Odkrycie, jaką substancję wdycha użytkownik e-papierosów, jest właściwie niemożliwe bez sprawdzenia składu e-liquidu.

Slim. Charged. Ready To Go, czyli strategie marketingowe producentów

Reklama e-papierosów jest powszechnie obecna w większości krajów, a jej głównym medium jest internet. Tylko w 2014 roku koncerny produkujące e-papierosy wydały na kampanie reklamowe 115 mln dolarów (w 2011 roku był to wydatek „zaledwie” 6,4 mln dolarów). Jedynie kilka państw, jak np. Holandia, Kanada czy Brazylia zakazały reklamowania tych urządzeń. E-papierosy reklamowane są przez producentów jako dobra, bezpieczna alternatywa dla uzależnionych od nikotyny. Według reklam nie zawierają substancji smołistych, co jest główną wadą tradycyjnych papierosów, są więc zdrowsze i bezpieczniejsze dla użytkowników. Ich dodatkową zaletą jest to, że można je palić właściwie wszędzie. Producenci nie wspominają o tym, że e-papierosy sprzyjają mocniejszemu uzależnieniu się, choćby dlatego, że pomagają uniknąć przykrych konsekwencji palenia – przykrego zapachu, dymu itp. Reklamy e-papierosów pojawiają się w telewizji, internecie, na portalach społecznościowych. Reklamują je osoby publiczne i celebryci. Firmy produkujące e-papierosy sponsorują imprezy sportowe i kulturalne. Metody marketingu e-papierosów nie różnią się od sprawdzonych wzorów wykorzystywanych przez koncerny tytoniowe. E-papieros jest w reklamach nieodłącznym atrybutem dorosłości, niezależności, wolności, możliwości wyboru, nowoczesnego i mod-

nego stylu życia na podobieństwo celebrytów. Hasła reklamowe adresowane do młodzieży nawiązują do stałych tematów: niezależności, buntu (*Rise From the Ashes – Powstań z popiołów*), wolności (*Take Back Your Freedom – Odzyskaj wolność*) i seksu (*Slim. Charged. Ready To Go – Szczupła. Naładowana. Gotowa*), które były używane do sprzedaży papierosów tradycyjnych. Palacze są bombardowani niepotwierdzonymi lub wyolbrzymionymi komunikatami o bezpieczeństwie i skuteczności e-papierosów w ograniczaniu palenia. Powszechną strategią marketingową skierowaną głównie do młodzieży jest dodawanie do e-papierosów substancji smakowych, takich, które mogą być szczególnie atrakcyjne dla nastolatków – coli, czekolady, owoców.

Tymczasem wielu badaczy wyraża obawy, iż korzystanie z papierosów elektronicznych przez osoby młode może prowadzić do sięgnięcia po papierosy tradycyjne, choć w kwestii tej nie ma na razie jednoznacznego rozstrzygnięcia. Część badań wskazuje jednak, że u uczniów, którzy przeszli wczesną inicjację nikotynową przy użyciu e-papierosów, prawdopodobieństwo rozpoczęcia palenia tradycyjnych papierosów w ciągu następnego roku jest znacznie wyższe niż u uczniów nie używających e-papierosów (Rigotti, 2015; Bullen i in., 2013). Dodatkowo zwraca się uwagę na fakt, iż większość młodych ludzi, jak również ich rodziców, jest przekonana, że e-papierosy są całkowicie bezpieczne w odróżnieniu od papierosów produkowanych na bazie tytoniu, co może ułatwiać sięganie po te produkty, a tym samym otwierać drogę do uzależnienia (Bullen i in., 2013). Badania focusowe przeprowadzone w Minnesocie z udziałem 66 młodych dorosłych w wieku 18-24 lata, ujawniły, iż większość z nich postrzegala e-papierosy jako bezpieczniejsze niż papierosy tradycyjne (Choi i in., 2012). Ponad połowa polskich nastolatków (54,8%) w badaniu przeprowadzonym przez Śląski Uniwersytet Medyczny i Queen Mary University of London, wierzyła, że e-papierosy są dużo bezpieczniejsze niż zwykłe papierosy (Goniewicz, Zielińska-Danch, 2012). 84% użytkowników e-papierosów przyznało, że używa papierosów elektronicznych, ponieważ są przekonani, iż są bezpieczniejsze niż zwykłe papierosy (Etter i Bullen, 2011).

Z uwagi na fakt, iż używanie e-papierosów szczególnie poważnie zagraża zdrowiu osób niepełnoletnich oraz stwarza poważne zagrożenie uzależnienia od nikotyny,

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w raporcie z 2014 roku postuluje wprowadzenie zakazu reklamowania papierosów elektronicznych i sprzedaży ich osobom nieletnim.

Zakazywać czy nie?

Od chwili pojawienia się e-papierosów na rynku ich dystrybucja przez wiele lat nie podlegała żadnym ograniczeniom. W związku z coraz częściej pojawiającymi się kontrowersjami dotyczącymi wpływu e-papierosów na zdrowie, wiele krajów wprowadziło zakaz sprzedaży e-papierosów, inne ściśle regulują ich dystrybucję.

Sprzedaż e-papierosów zawierających nikotynę jest zabroniona w Australii, Hongkongu, Brazylii. W Austrii e-papieros uznany jest za urządzenie medyczne, kartridże z nikotyną nie mogą być sprzedawane bez licencji. W USA Food and Drug Administration (FDA) zakwalifikowała w 2011 roku e-papierosy jako produkt tytoniowy, który podlega ścisłej regulacji. Na Łotwie sprzedaż jest dozwolona jedynie osobom, które ukończyły 18 lat².

W większości krajów UE, w tym w Polsce, e-papieros nie podlega żadnym obostrzeniom prawnym. Oferowane na polskim rynku inhalatory nie należą do wyrobów tytoniowych, w związku z tym nie podlegają przepisom ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Oznacza to, że import, sprzedaż i używanie papierosów elektronicznych są dozwolone. W odróżnieniu od tradycyjnych papierosów, produkty te są dostępne nawet dla osób niepełnoletnich.

Obecnie w Polsce trwają prace nad wprowadzeniem regulacji dotyczących sprzedaży i używania e-papierosów. Projektowana aktualnie nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych to wynik dostosowania polskiego prawa do unijnego (w momencie pisania tego artykułu projekt nowelizacji ustawy został przyjęty przez Radę Ministrów i był na etapie czytania w komisji sejmowej). 20 maja tego roku weszła w życie dyrektywa Unii Europejskiej³ dotycząca wyrobów tytoniowych, której zapisy odnoszą się m.in. do kupowania i sprzedawania e-papierosów oraz płynów z nikotyną do ponownego ich napełniania. Zgodnie z dyrektywą UE na opakowaniach e-papierosów (e-liquidach) mają znajdować się informacje o składzie, zawartości nikotyny, a tak-

że ostrzeżenia zdrowotne. Wprowadza się też zakaz promowania e-papierosów w mediach oraz wszelkich form publicznego lub prywatnego wsparcia imprez lub osób działających w celu promowania e-papierosów. Dyrektywa nie reguluje kwestii sprzedaży osobom niepełnoletnim, pozostawiając te regulacje do decyzji poszczególnych państw członkowskich.

Polski projekt nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych⁴ przewiduje zakaz sprzedaży papierosów elektronicznych osobom niepełnoletnim. Papierosy elektroniczne, podobnie jak tradycyjne, nie będą mogły być palone w miejscach publicznych, np. na przystankach autobusowych, w tramwajach i pociągach, halach sportowych, szpitalach, szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych, lokalach gastronomicznych oraz na placach zabaw. Zabronione będzie również reklamowanie e-papierosów, podobnie jak wyrobów tytoniowych. Ich producenci i importerzy nie będą mogli sponsorować imprez sportowych, kulturalnych, oświatowych i zdrowotnych. Projekt przewiduje też zakaz sprzedaży detalicznej i kupowania przez internet e-papierosów i płynów z nikotyną.

Wprowadzono także odpowiednie wymagania techniczne dla tych produktów, które będą musiały być przestrzegane przez ich producentów lub importerów. Zgodnie z projektem zakazem sprzedaży zostaną objęte również papierosy „smakowe”, z wyjątkiem papierosów mentolowych. Skład e-papierosów będzie podlegał kontroli Inspektora ds. Substancji Chemicznych. Producenci będą zobowiązani do umieszczania na opakowaniach papierosów elektronicznych ostrzeżeń zdrowotnych oraz informacji o wszystkich zawartych w nich składnikach i ich ilościach.

Podsumowanie

- E-papierosy zawierają nikotynę – substancję o silnych właściwościach uzależniających.
- E-papierosy są mniej szkodliwe od papierosów konwencjonalnych, jednak nie są całkowicie bezpieczne – zawierają rakotwórcze związki chemiczne, jak karbonyle, specyficzne dla tytoniu N-nitrozoaminy (ang. TSNAs) oraz cząsteczki metali.
- Stopień toksyczności e-papierosów różni się w zależności od producenta.

- E-papierosy mogą być użytecznym środkiem ograniczającym negatywne skutki palenia wyrobów tytoniowych u osób dorosłych, które nie są w stanie zrezygnować z palenia.
- Używane są zazwyczaj przez osoby dorosłe, które pragną ograniczyć palenie papierosów produkowanych z tytoniu, jednak w ostatnich latach obserwujemy ich rosnącą popularność wśród nastolatków.
- W Polsce obserwuje się rosnącą liczbę nastolatków używających e-papierosów. W latach 2011–2014 liczba osób eksperymentujących z e-papierosami wzrosła niemal czterokrotnie, zaś grupa regularnych użytkowników zwiększyła się ponad pięć razy.
- Wielu ekspertów wyraża niepokój, iż w przypadku najmłodszych użytkowników e-papierosy mogą pełnić funkcję produktu otwierającego drogę do palenia tradycyjnych papierosów i uzależnienia od nikotyny.
- Sprzyja temu powszechne przekonanie młodych ludzi o mniejszej szkodliwości używania e-papierosów.
- Papierosy elektroniczne mogą być używane do wdychania innych substancji niż nikotyna, np. kannabinoidów. Ten sposób ich używania staje się coraz bardziej popularny wśród młodzieży.

Przypisy

- ¹ M.E. Morean, G. Kong, D.R. Camenga, D.A. Cavallo, S. Krishnan-Sarin, „High School Students Use of Electronic Cigarettes to Vaporize Cannabis”, *Pediatrics*, Volume 136, number 4, October 2015.
- ² E-Cigarette Laws Worldwide <http://www.ecigarette-politics.com/electronic-cigarettes-global-legal-status.html>
- ³ Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie zbliżenia przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich w sprawie produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych i powiązanych wyrobów oraz uchylających dyrektywę 2001/37/WE, LEX 1476, http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/dir_201440_pl.pdf
- ⁴ Projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych [http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/48D30611A1569A82C1257F9C002E-E767/\\$File/432.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/48D30611A1569A82C1257F9C002E-E767/$File/432.pdf)

Bibliografia

ASH, (2015), *Use of electronic cigarettes among children in Great Britain*, [HTTP://WWW.ASH.ORG.UK/FILES/DOCUMENTS/ASH_959.PDF](http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_959.pdf)

Bullen C., Howe C., Laugesen M., McRobbie H., Parag V., Williman J., Walker N., „Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomized controlled trial”, *The Lancet*, t. 382, nr 16, 2013, s.1629-1637.

Centers for Disease Control and Prevention, „E-cigarette Ads and Youth”, 2016.

Chapman S.L.C., Wu L., (2014), „E-Cigarette Prevalence and Correlates of Use among Adolescents versus Adults: A Review and Comparison”, *Journal of Psychiatric Research*, nr 54, 2014, s. 43-54.

Choi K., Fabian L., Mottey N., Corbett A., Forster J., „Young adults' favorable perceptions of snus, dissolvable tobacco products, and electronic cigarettes: Findings from a focus group Study”, *American Journal of Public Health*, nr102, 2012, s. 2088-2093.

Cho J.H., Shin E., Moon S., „Electronic-Cigarette Smoking Experience Among Adolescents”, *Journal of Adolescent Health*, nr 49, 2011, s. 542-546.

Dockrell M., Morison R., Bauld L., McNeill A., „E-Cigarettes: Prevalence and Attitudes in Great Britain”, *Nicotine & Tobacco Research*, t. 15, nr 10, 2013, s. 1737-1744.

Etter J.F., Bullen C., „Electronic cigarette: users profile, utilization, satisfaction and perceived efficacy”, *Addiction*, nr 106, 2011, s. 2017-2028

Fairchild A.L., Bayer R., Colgrove J., „The Renormalization of Smoking? E-Cigarettes and the Tobacco »Endgame«”, *The New England Journal Of Medicine*, t. 370, nr 4, 2014, s. 293-295.

Farsalinos K.E., Polosa R., „Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review”, *Therapeutic Advances in Drug Safety*, t. 5(2), 2014, s. 67-86.

Goniewicz M.L., Knysak J., Gawron M., Kosmider L., Sobczak A., Kurek J., Prokopowicz A., Jablonska-Czapla M., Rosik-Dulewska C., Havel C., Jacob P., Benowitz N., „Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes”, *Tobacco Control*, 2013, s. 1-7.

Goniewicz M.L., Hajek P., McRobbie H., „Nicotine content of electronic cigarettes, its release in vapour and its consistency across batches: regulatory implications”, *Addiction*, nr 109, 2012, s. 500-507.

Goniewicz M.L., Gawron M., Nadolska J., Balwicki L., Sobczak A., „Rise in Electronic Cigarette Use Among Adolescents in Poland”, *Journal of Adolescent Health*, nr 55, 2014, s. 713-715.

Goniewicz M.L., Zielinska-Danch W., „Electronic Cigarette Use Among Teenagers and Young Adults in Poland”, *Pediatrics*, t. 130, nr 4, 2012, s. 879-885.

Grana R., Benowitz N., Glantz S.A., „E-Cigarettes A Scientific Review”, *Circulation*, *Journal of the American Heart Association*, nr 129, 2014, s.1972-1986.

McGill N., „Research on e-cigarettes examining health effects: Regulations due”, *The Nation's Health*, t. 43, nr 5, 2013, s. 1-10.

McRobbie H., „Electronic cigarettes”, *National Centre for Smoking Cessation and Training (NCSCCT)*, 2014.

Morean M.E., Kong G., Camenga D.R., Cavallo D.A., Krishnan-Sarin S., „High School Students' Use of Electronic Cigarettes to Vaporize Cannabis”, *Pediatrics*, t. 136, nr 4, 2015, s. 611-616.

Pierce J.P., Choi W.S., Gilpin E.A., Farkas A.J., Berry C.C., „Tobacco Industry Promotion of Cigarettes and Adolescent Smoking”, *The Journal of the American Medical Association*, t. 279, nr 7, 1998, s. 511-515.

Rigotti N.A., „E-Cigarette Use and Subsequent Tobacco Use by Adolescents. New Evidence About a Potential Risk of e-Cigarettes”, *The Journal of the American Medical Association*, t. 314, nr 7, 2015, s. 673-674.

Wagner T.L., Siegel M., Borrelli B., „Electronic cigarettes: achieving a balanced perspective”, *Addiction*, t. 107, nr 9, 2012, s. 1545-1548.

WHO, „Electronic nicotine delivery systems. Report by WHO”, *WHO Framework Convention on Tobacco Control*, 2014.

Zdecydowana większość Polaków pije alkohol. Odsetek konsumentów jakichkolwiek napojów alkoholowych wynosi 89,7%. Największym zainteresowaniem cieszy się piwo (89,7%), nieco mniejszym wino (76,5%), a najmniej popularne są napoje spirytusowe (66,3%). Grupa osób pijących nadmiernie nie przekracza 7% populacji w wieku 15-64 lata.

WZORY PICIA NAPOJÓW ALKOHOLOWYCH W POLSCE. WYNIKI BADANIA ANKIETOWEGO 2014/2015

Janusz Sierosławski
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

Napoje alkoholowe należą do najpowszechniej spożywanego dóbr konsumpcyjnych. Jednocześnie jest to towar szczególnego rodzaju. Jego specyfika polega na tym, że z picciem może się wiązać wiele negatywnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych. Wynika to z psychoaktywnej funkcji alkoholu. W każdej niemal kulturze istnieje jakaś substancja o tych właściwościach, której używanie jest powszechnie akceptowane, chociaż obwarowane licznymi ograniczeniami regulowanymi przez zespół norm. Te normy odnoszą się do częstości jej używania, ilości przyjmowanej jednorazowo, okoliczności, w jakich można po nią sięgać. Dla naszego kręgu kulturowego taką substancją jest właśnie alkohol. Jeśli używany jest w zgodzie z normami, powstanie negatywnych konsekwencji jest mniej prawdopodobne, jeśli owe normy się przekracza, prawdopodobieństwo przykrych konsekwencji rośnie. Gotowość do przestrzegania tych norm jest warunkowana z jednej strony społecznym klimatem wokół picia, a z drugiej – polityką państwa sprzyjającą konsumpcji alkoholu lub nastawioną na jej ograniczanie. Z perspektywy zdrowia publicznego istotne wydają się nie tylko postawy wobec samego picia, ale przede wszystkim zachowania w tym obszarze. Jak pokazują wyniki wielu badań i analiz polskich i zagranicznych ryzyko powstawania szkód jest silnie warunkowane przez poziom spożycia oraz wzór picia. Częstotliwość sięgania po napoje alkoholowe, ich rodzaj, ilość spożywana przy jednej okazji, wreszcie okoliczności picia w znacznym stopniu decydują o poziomie ryzyka, jakie niesie picie. Dogodnym narzędziem monitorowania wzorów picia są badania ankietowe na reprezentatywnych próbach

mieszkańców. Badania ankietowe populacji generalnej na temat alkoholu mają w Polsce powojennej długą tradycję, sięgającą początku lat 60. (Święcicki, 1964). Wyniki badań ogólnopolskich, których nazbierało się już kilkanaście, nie są porównywalne. Decydują o tym różnice w populacjach objętych badaniem, schematach dobierania próby, sposobach pytania o picie i algorytmach szacowania spożycia, wreszcie w szczegółach procedur zbierania danych, takich jak stopień przygotowania ankieterów, rodzaj ich szkolenia, stopień szczegółowości instrukcji, poziom kontroli ich pracy itp.

Ostatnie tego typu badanie zostało przeprowadzone przez CBOS na przełomie 2014 i 2015 roku na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W badaniu zastosowano metodę wywiadów kwestionariuszowych, realizowanych przez ankieterów w drodze indywidualnych osobistych kontaktów (*face-to face interview*), przy wsparciu komputerowym (Computer Assisted Personal Interview – CAPI). Badaną populacją byli mieszkańcy Polski w wieku 15-64 lata. Próba badawcza, składająca się z 1126 respondentów, została dobrana losowo (próba gospodarstw domowych).

Na podstawie wyników tego badania można prześledzić w miarę aktualne wzory picia w naszym kraju.

Średnie roczne spożycie alkoholu

Podstawowym, najbardziej ogólnym wskaźnikiem wzoru picia jest wielkość rocznego spożycia napojów alkoholowych w przeliczeniu na stuprocentowy etanol. Na poziomie populacji operuje się wskaźnikiem średniego rocznego spożycia alkoholu przypadającego na jednego mieszkańca.

Dla oszacowanie tego parametru pomiaru spożycia alkoholu posłużono się metodą „częstość-ilość”, w wersji pytania o różne typy napojów alkoholowych z osobną, bazującą na pytaniach o przeciętną częstotliwość picia poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz typowe ilości wypijane jednego dnia. Średnie roczne spożycie alkoholu wyliczono poprzez przemnożenie średnich ilości przez liczbę przypadków picia każdego z typów napojów alkoholowych w czasie ostatnich 12 miesięcy, estymowaną na podstawie częstotliwości picia, a następnie w przeliczeniu na stuprocentowy alkohol i zsumowanie. Ten sposób pomiaru spożycia alkoholu został przetestowany w 10 krajach Europy, w tym w Polsce, w ramach unijnego projektu „Standardized measurement of alcohol-related troubles” – SMART) i został zaproponowany jako standard (Moskalewicz, Sierosławski, 2010). W projekcie tym sprawdzono w sumie cztery metody pomiaru konsumpcji alkoholu, ale ta okazała się najlepsza.

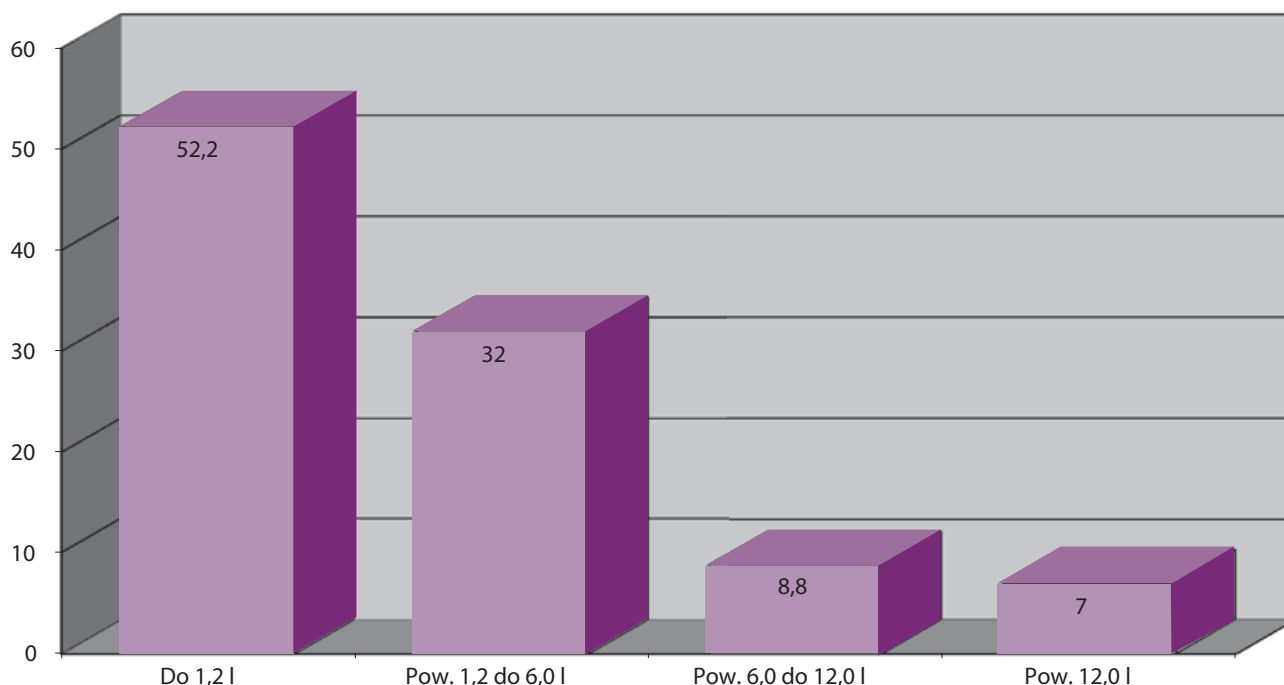
Do napojów spirytusowych w tym oszacowaniu zostały włączone wódki, koniaki, brandy itp., a także koktajle sporządzane na bazie napojów spirytusowych oraz bimber. Do win, poza winem gronowym, zostały zaliczone wina owocowe, szampan i wino domowe. Do piw wszystkie gatunki tego napoju, łącznie z piwem ciemnym, ale z pominięciem piwa bezalkoholowego. Na potrzeby oszacowań

przyjęto, że średnia zawartość alkoholu w piwie wynosi 5,8%, w winie – 12,5%, a w napojach spirytusowych – 40%. Średnie spożycie wszystkich napojów alkoholowych ogółem oszacowane w badaniu wynosi 3,39 litra stuprocentowego alkoholu per capita. Jest ono bardzo niskie, znacznie poniżej spożycia rejestrowanego w statystykach sprzedaży. Taki wynik nie jest zaskoczeniem. Metoda ankietowa zawsze daje znacznie zaniżone oszacowania (Jasiński, 1990; Midanik, 1982). Można natomiast założyć, że niedoszacowanie jest podobne w różnych grupach społeczno-demograficznych oraz że zaniżone wyniki z próby odzwierciedlają, przynajmniej w przybliżeniu, rozkład spożycia napojów alkoholowych.

Wzory picia

Za konsumenta danego napoju alkoholowego przyjmowano osobę, która piła dany napój chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy. Popularność poszczególnych napojów alkoholowych jest zróżnicowana. Największym zainteresowaniem konsumentów cieszy się piwo (89,7%), nieco mniejszym wino (76,5%), a najmniej popularne są napoje spirytusowe (66,3%). Odsetek konsumentów jakichkolwiek napojów alkoholowych wynosi 89,7%. Oznacza to, że abstynenci, definiowani jako osoby, które w czasie ostatnich 12 miesięcy

Wykres 1. Konsumenti napojów alkoholowych wg poziomu rocznego spożycia w przeliczeniu na 100% alkoholu (odsetek badanych).



przed badaniem nie piły żadnego napoju alkoholowego, stanowią 10,3%.

Wzory picia napojów alkoholowych są wyznaczone przez typ napoju, częstość picia i wielkość spożycia przy jednej okazji, definiowaną jako ilość danego napoju wypitego jednego dnia.

Ogólna średnia liczba dni, w których pito jakiegokolwiek napój alkoholowy wynosi 52. Można zatem powiedzieć, że przeciętny konsument alkoholu pije, z grubsza, raz na tydzień. Ta średnia częstość przybiera różne wartości dla poszczególnych napojów alkoholowych. Najczęściej pije się piwo, konsumenci tego trunku piją go także średnio co 7 dni. Konsumenci wina sięgają po ten napój rzadziej, bo średnio co 30 dni. Wódkę natomiast pije się średnio co 24 dni. Do podobnych wniosków prowadzi analiza odsetków badanych, którzy piją co najmniej raz w tygodniu. Odsetek ten jest wielokrotnie większy w przypadku piwa (29,0%) niż wina (5,1%) czy napojów spirytusowych (5,0%).

Odsetek pijących piwo co najmniej raz w tygodniu niewiele odbiega od odsetka pijących jakiegokolwiek napój alkoholowy z taką częstością (28,7%).

Średnia dzienna konsumpcja piwa wynosi 757 ml. 39,0% konsumentów tego napoju pije go w ilościach równych jednej półlitrowej butelce czy puszcze. Odsetki konsumentów przekraczających tę miarę (29,1%) są niewiele niższe, niż odsetki wypijających mniej niż pół litra (31,9%). Więcej niż litr piwa przy jednej okazji wypija prawie 11,0% badanych. Średnia konsumpcja wina przypadająca na jeden dzień picia tego trunku wynosi 246 ml. Ponad połowa konsumentów wina (54,1%) wypija średnio 101-300 ml tego napoju. Odsetek wypijających mniej niż ta miara jest wyższy (27,8%) niż odsetek badanych, którzy ją przekraczają (18,1%).

Jeśli pije się napoje spirytusowe, to średnio jednego dnia wypija się 187 ml. Największa frakcja badanych wypija średnio między 100 a 200 ml (32,7%). Odsetek tych, którzy wypijają więcej niż 200 ml jednego dnia (41,5%) jest znacznie wyższy niż tych, którzy wypijają mniej niż 100 ml (25,8%). Porównanie częstości picia oraz wielkości spożycia jednorazowego wina i wódki wskazuje na wyraźną przewagę tego drugiego napoju. Napoje spirytusowe pije się nieco częściej niż wino. Wprawdzie miary spożycia w ciągu przeciętnego dnia picia nie są ze sobą bezpośrednio porównywalne ze względu na inną zawartość alkoholu, to jednak po przeliczeniu na stuprocentowy alkohol wyraźnie widać, że w postaci wódki wypijana jest znacznie ponad dwukrotnie większa ilość alkoholu (75 ml czystego alkoholu) niż w postaci wina (31 ml czystego alkoholu). Ilość

alkoholu wypijanego jednego dnia pod postacią piwa (44 ml czystego alkoholu) jest nieco większa niż analogiczna ilość wypijana pod postacią wina i znacznie mniejsza w porównaniu z napojami spirytusowymi. Jednak znacznie większa częstość picia piwa powoduje, że spożycie tego napoju przewyższa spożycie napojów spirytusowych w sensie ilości stuprocentowego alkoholu.

Rozkład spożycia alkoholu

Średnia konsumpcja alkoholu per capita kryje bardzo duże zróżnicowania, widoczne, gdy spojrzymy na cały rozkład. Na jej podstawie nie dowiemy się, ile pije przeciętny mieszkaniec naszego kraju. Na wykresie zaprezentowano odsetki badanych przyporządkowane do poszczególnych poziomów konsumpcji, z pominięciem abstynentów.

Kształt rozkładu wykazuje silnie skośny charakter. Stosunkowo niskie spożycie, nie przekraczające 1,2 l czystego alkoholu rocznie, stwierdzamy u 52,2% konsumentów alkoholu. Na poziomie 1,2-6,0 l rocznego spożycia alkoholu lokuje się 32,0% jego konsumentów. Znaczne ilości, powyżej 12 l alkoholu rocznie, spożywa 7,0% pijących. Jeśli weźmiemy pod uwagę, że średnie spożycie dla konsumentów alkoholu wynosiło 3,77 l, to oszacować możemy, że poniżej tego poziomu pije znacznie ponad połowa konsumentów. Osoby, których roczną konsumpcję wylicza się na poziomie przekraczającym 12 l, traktuje się jako nadmiernie pijące. Jeśli tę grupę odniesiemy do wszystkich badanych, to możemy oszacować proporcję nadmiernie pijących na 6,3%.

Granica picia nadmiernego, na poziomie 12 l, została przyjęta arbitralnie. Podstawy empiryczne ma natomiast próg średniego rocznego spożycia alkoholu zróżnicowany ze względu na płeć. Czynniki biologiczne decydują o różnicach w metabolizmie alkoholu, a to z kolei skłania do zróżnicowania progów. Wyniki wielu badań wskazują, że względne ryzyko doświadczania problemów zdrowotnych związanych z alkoholem rośnie wraz ze wzrostem konsumpcji. To względne ryzyko zaczyna rosnąć wykładniczo, gdy dzienna konsumpcja napojów alkoholowych u mężczyzny przekracza poziom 40 g czystego etanolu, zaś u kobiet – 20 g (WHO, 2000). Odpowiada to w dużym przybliżeniu 16 l rocznego spożycia alkoholu dla mężczyzn i 9 l dla kobiet. Takie też granice picia nadmiernego przyjęto dla dalszych analiz. Według takich kryteriów do nadmiernie pijących zalicza się 5,2% wszystkich badanych i 5,8% konsumentów alkoholu.

Do oszacowania rozpowszechnienia nadużywania alkoholu w badaniu zastosowano także krótki czteropytaniowy test przesiewowy o nazwie The Rapid Alcohol Problem Screen (RAPS), opracowany w USA dla potrzeb identyfikacji osób z problemem alkoholowym w placówkach pierwszej pomocy medycznej (Cherpitel, 2000). Test ten sprawdził się w projekcie SMART w 10 krajach, w tym w Polsce, i jest rekomendowany jako standard do badań ankietowych (Moskalewicz, Sierosławski, 2010).

Pozytywna odpowiedź na każde z pytań testu jest punktowana jednym punktem, zatem zakres zmienności testu wyznaczony jest przez 0 oraz 4 punkty. Test nie był jeszcze walidowany w Polsce dla populacji generalnej, jednak doświadczenia projektu SMART sugerują, iż uzyskanie 2 lub więcej punktów może wskazywać na problem alkoholowy. Próg 2 punktów osiągnęło 6,9% badanych, czyli odsetek niemal identyczny, jak wypijających powyżej 12 l czystego alkoholu w ciągu roku.

Nadmierne spożycie alkoholu ze względu na cechy społeczno-demograficzne

Nadmierna konsumpcja alkoholu jest silnie różnicowana pod względem wielu zmiennych społeczno-demograficznych. W grupie osób pijących nadmiernie jest cztery razy więcej mężczyzn (8,6%) niż kobiet (2,1%).

Rozpowszechnienie picia nadmiernego wiąże się z wiekiem. Najwyższe rozpowszechnienie takiego wzorca występuje w grupie wiekowej 25-34 lata (7,6%). W miarę przechodzenia do starszych grup wiekowych odsetek pijących nadmiernie powoli spada. Najniższy odsetek pijących nadmiernie odnotowuje się w najmłodszej grupie wiekowej – 15-24 lata (2,2%).

Rozpowszechnienie picia nadmiernego jest zależne od stanu cywilnego badanych. Za to zróżnicowanie odpowiedzialna jest przede wszystkim grupa osób rozwiedzionych, w której obserwujemy wyraźnie wyższy odsetek nadmiernie pijących (12,7%) niż w pozostałych kategoriach. Wielkość miejscowości zamieszkania respondentów także wiąże się statystycznie z picciem nadmiernym, jednak kształt tej zależności ma charakter nieregularny. Najwyższym odsetkiem pijących nadmiernie odznaczają się miasta liczące ponad 500 tys. mieszkańców (14,8%), a następnie miasta z liczbą mieszkańców z przedziału 20-50 tys. (7,2%), najniższym zaś miasta poniżej 20 tys. mieszkańców (2,6%).

Wykształcenie badanych nie jest statystycznie związane z nadużywaniem alkoholu. Pijących nadmiernie spotykamy w podobnym odsetku we wszystkich kategoriach wykształcenia. Pod względem rozpowszechnienia picia nadmiernego na czoło wysuwają się bezrobotni (7,1%). Najniższe odsetki pijących nadmiernie spotykamy wśród osób niepracujących zajmujących się domem (1,1%), uczniów i studentów (1,1%). Picie nadmierne wiąże się w sposób istotny statystycznie z przynależnością społeczno-zawodową. Najwyższy wskaźnik pijących nadmiernie występuje w grupie osób z rodzin pracowników fizycznych (6,4%). Najniższy wśród osób z rodzin przedsiębiorców (1,8%) i rolników indywidualnych (2,3%).

Wskaźniki sytuacji materialnej zastosowane w badaniu sugerują, że picie nadmierne wiąże się bądź z kiepską sytuacją materialną, bądź z bardzo dobrą. Wskaźnik wielkości dochodów na osobę w rodzinie wskazuje także na wyższy odsetek pijących nadmiernie w grupie o najwyższych dochodach. Generalnie rozpowszechnienie picia nadmiernego jest najniższe w grupie środkowej.

Pewnym uzupełnieniem powyższych analiz są dane, które pokazują zależność statystyczną picia nadmiernego od stosunku do religii. Wśród osób deklarujących się jako wierzące i praktykujące, odsetek pijących nadmiernie (2,2%) jest niemal pięciokrotnie niższy niż wśród pozostałych badanych (10,6%).

Incydentalne picie ekscesywne

Nadmierne picie mierzone wielkością rocznej konsumpcji alkoholu przekraczającej w przypadku mężczyzn 16 l i kobiet 9 l czystego alkoholu w ciągu roku odnosi się do ogólnej wielkości spożycia alkoholu. Inną miarą nadmiernego picia jest częstotliwość picia ekscesywnego, które może prowadzić do nietrzeźwości.

Przyjmuje się, że takim progiem nadmiernego spożycia przy jednej okazji jest wypicie co najmniej 6 standardowych porcji alkoholu (10 g czystego alkoholu), czyli w sumie 60 g czystego alkoholu (Eurobarometer, 2007; WHO, 2000; Sierosławski, Foster, Moskalewicz, 2013). Odpowiada to w przybliżeniu sześciu szklankom piwa o pojemności 250 ml, sześciu kieliszkom wina o pojemności 100 ml lub sześciu kieliszkom wódki bądź innego napoju spirytusowego o pojemności 30 ml.

Picie nadmierne przy jednej okazji zdarzało się 43,1% badanych. Dla większości z nich miało to charakter incydentalny. Jednak 3,1% respondentów piło w ten sposób

co najmniej raz w tygodniu, w tym 1,8% co najmniej co drugi dzień. Średnia liczba nadmiernych konsumpcji przypadająca na badanego, który doświadczał *binge drinking*, wynosi 20, co oznacza, że tego typu konsumpcja zdarzała się średnio prawie co 18 dni.

Wnioski

W obrazie spożycia alkoholu w naszym kraju dominuje piwo, wino stanowi margines. Generalnie z rozkładów częstotliwości picia i ilości wypijanej w ciągu jednego dnia można wyczytać różne funkcje pełnione przez poszczególne napoje alkoholowe. Wino wydaje się pełnić bardziej funkcje symboliczne. Wódka pozostaje w swojej tradycyjnej roli podstawowego okazjonalnego napoju alkoholowego i dla wielu pełni funkcje intoksykacyjne. Picie piwa ma bardziej codzienny charakter, jak się wydaje, i czasem zastępuje napoje orzeźwiające.

Zdecydowana większość mieszkańców naszego kraju zalicza się do konsumentów alkoholu, natomiast frakcja pijących nadmiernie nie przekracza 7% populacji w wieku 15-64 lata.

Bibliografia

- Cherpitel C., „A brief screening instrument for problem drinking in the emergency room: The RAPS4”, *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 2000.
- Eurobarometer, „Attitudes towards Alcohol”, Special Eurobarometer 272b/Wave 66.2 – TNS Opinion & Social, 2007.
- Jasiński J., „Podstawowe problemy metodologiczne badań nad spożyciem alkoholu przeprowadzonych w populacji generalnej”, *Alkoholizm i Narkomania*, zima 1990.
- Midanik L., „The validity of Self-Reported Alcohol Consumption and Alcohol Problems: A Literature Review”, *British Journal of Addiction*, vol. 7, 1982.
- Moskalewicz J., Sierosławski J., „Drinking population survey – guidance document for standardized approach”, Institute of Psychiatry and Neurology, Warsaw 2010.
- Sierosławski J., Foster J., Moskalewicz J., „Survey of European drinking surveys. Alcohol survey experiences of 22 European countries”, *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, vol. 20, nr 5, 383-398.
- Święcicki A., „Spożycie napojów alkoholowych w Polsce w świetle badań ankietowych”, *Archiwum Kryminologii*, t. II, 1964.
- WHO, International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, World Health Organization, Geneva 2000.

Raport EMCDDA z 2016 roku zawiera kompleksową analizę najnowszych tendencji w zakresie narkotyków występujących w 28 państwach członkowskich UE oraz w Turcji i Norwegii. Stanowi on też przypomnienie, że nadal nie przewyżczyliśmy części problemów z przeszłości, a wciąż pojawiają się nowe zagrożenia, zwłaszcza rozwój rynku syntetycznych narkotyków – powiedziała przewodnicząca Zarządu EMCDDA Laura d'Arrigo podczas jego ogłoszenia.

OPIATY, STYMULANTY ORAZ KONOPIE W EUROPIE – NAJNOWSZY RAPORT EMCDDA

Artur Malczewski

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

„Europejski raport narkotykowy 2016: tendencje i osiągnięcia” zawiera kompleksową analizę najnowszych tendencji w zakresie sytuacji narkotykowej w 28 państwach członkowskich Unii Europejskiej oraz w Turcji i Norwegii. W publikacji omówiono kwestie dotyczące podaży i rynku narkotyków, rozpowszechnienia i trendów w używaniu substancji psychoaktywnych oraz problemy zdrowotne związane z narkotykami i działania zaradcze

z tym związane. Wraz z raportem udostępnione zostały „Perspektywy dotyczące narkotyków” (Perspectives on Drugs – POD), tj. interaktywne artykuły internetowe na temat konkretnych zagadnień w dziedzinie narkotyków. Do głównych tematów poruszonych w tym roku należą: zmiany na europejskim rynku haszyszu, przemyt kokainy do Europy, strategie zapobiegania nielegalnemu wykorzystaniu leków do substytucyjnego leczenia uzależnienia

od opioidów oraz współwystępowanie używania narkotyków i zaburzeń psychicznych. W pakiecie informacyjnym znajduje się również „Biuletyn statystyczny 2016”, zawierający pełny zestaw danych europejskich stanowiących podstawę raportu, oraz przeglądy krajowe z danymi i analizami dotyczącymi poszczególnych krajów¹.

Wzrost liczby zgonów spowodowanych przedawkowaniem: heroina i inne opioidy w centrum uwagi

Szacuje się, że w 2014 roku w UE doszło do co najmniej 6800 zgonów spowodowanych przedawkowaniem narkotyków, głównie heroiny i innych opioidów, co stanowi niewielki wzrost w porównaniu do roku 2013. W Polsce liczba zgonów bezpośrednio spowodowanych narkotykami w 2014 roku wyniosła 279, z czego 190 dotyczyło mężczyzn. Średnia wieku osób, które przedawkowały w naszym kraju, to 38 lat. W przypadku polskich zgonów nie mamy informacji o substancji, która go spowodowała. W raporcie EMCDDA pojawiły się także doniesienia o niepokojącym wzroście liczby przypadków zgonów w krajach od dłuższego czasu borykających się z problemem opioidów (np. w Irlandii, na Litwie, w Szwecji i Wielkiej Brytanii). Przyczyny zwiększonej liczby zgonów wskutek przedawkowania są niejasne, ale może na to wpływać wiele czynników: większa dostępność i czystość heroiny, starzenie się użytkowników oraz zmiany wzorów konsumpcji, w tym zażywanie syntetycznych opioidów i leków. Przypadki przedawkowania zdarzają się najczęściej wśród starszych użytkowników opioidów (35-50 lat), ale wzrost liczby zgonów z tego powodu jest w niektórych krajach (np. w Szwecji) dostrzegalny także wśród osób poniżej 25. roku życia, co wskazuje na potrzebę dokładniejszej analizy. W wielu krajach

użytkownicy opioidów mają dostęp do Naloksonu, leku stosowanego w przypadku przedawkowania. Dostęp do niego odbywa się przez programy realizowane w społecznościach lokalnych.

Choć najpowszechniej przyjmowanym opioidem ciągle pozostaje heroina, to jednak coraz częściej obserwuje się także nadużywanie opioidów syntetycznych. Raport EMCDDA podaje, iż rośnie liczba państw zgłaszających, że najważniejszymi narkotykami przyjmowanymi przez osoby podejmujące leczenie są opioidy syntetyczne. Opioidy syntetyczne są stosowane w leczeniu substytucyjnym (np. metadon i buprenorfina), pojawiają się też regularnie w raportach toksykologicznych i są związane ze znaczną częścią zgonów spowodowanych przedawkowaniem w niektórych krajach, np. w Irlandii, Francji, Finlandii i Wielkiej Brytanii.

Raport EMCDDA zawiera dane na temat nagłych interwencji szpitalnych. Choć narkotykiem najczęściej zgłaszanym w tym obszarze jest heroina, to w niektórych krajach wskazuje się również na kokainę, inne substancje stymulujące i konopie indyjskie.

Leczenie uzależnienia od narkotyków oraz zakażenia

Szacuje się, że w Unii Europejskiej w 2014 roku leczeniu uzależnienia od narkotyków poddanych było 1,2 mln osób (1,5 mln osób uwzględniając

także Norwegię i Turcję). Leczeniem substytucyjnym objętych było około 644 tys. osób używających opioidów (680 tys. uwzględniając Norwegię i Turcję). Wyzwaniem w leczeniu pozostaje współwystępowanie zażywania narkotyków z zaburzeniami psychicznymi. Raport EMCDDA podkreśla, że utrzymuje się długoterminowy spadek liczby nowych przypadków HIV diagnozowanych wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w UE. W 2014 roku odnotowano 1236 nowych przypadków zakażenia wśród osób wstrzykujących sobie narkotyki. Jest to najniższa liczba

Okolo 16,6 mln mlodych Europejczykow (w wieku od 15 do 34 lat) uzywalo konopi indyjskich w ciagu ostatniego roku. Chociaz poziom spozycia rozni sie miedzy krajami, to ogolnie w Europie nie wydaje sie on malec, a w niektórych przypadkach wida tendencje rosnaca. W osmiu z trzy-nastu państw dysponujacych niedawnymi oszacowaniami (od 2013 roku) wskazano na wzrost uzywania konopi indyjskich w tej grupie wiekowej w ciagu ostatniego roku.

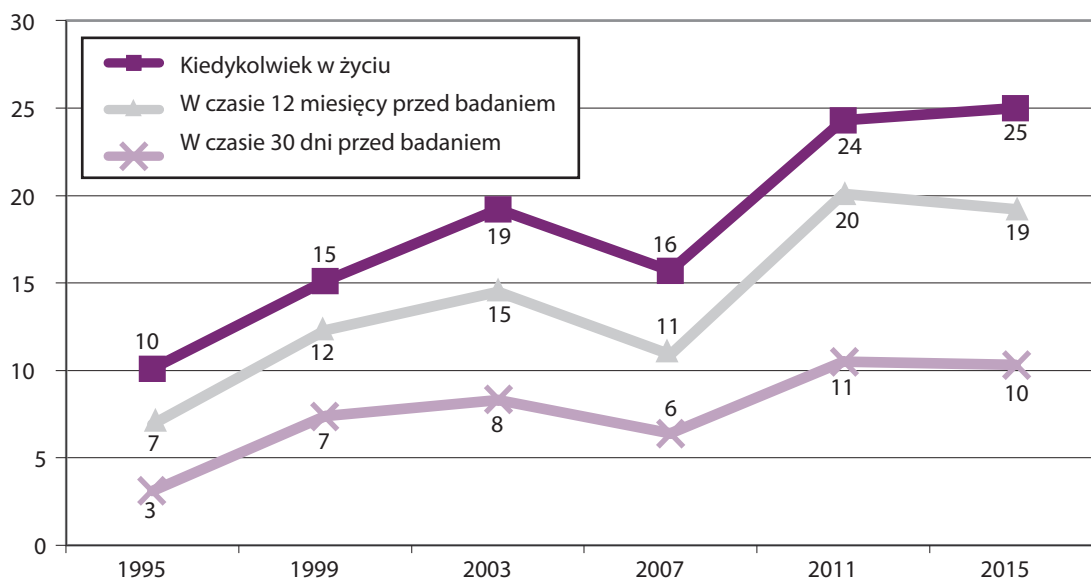
od ponad dekady. Mimo to w 2015 roku doniesiono o lokalnych ogniskach epidemiologicznych wirusa HIV w niektórych zmarginalizowanych grupach społecznych w Irlandii, Luksemburgu i Wielkiej Brytanii (Szkocji). W wielu przypadkach do powstania takich ognisk przyczyniły się zmiany wzorów przyjmowania narkotyków, a zwłaszcza częstsze wstrzykiwanie substancji pobudzających. W raporcie stwierdza się, że „w sposób priorytetowy należy traktować identyfikację lokalnych wzorców przyjmowania stymulantów i reakcję na nie oraz związane z tym problemy”. Wśród osób przyjmujących narkotyki drogą iniekcji w Europie najwyższe wskaźniki zakażenia odnotowywane są w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu C – w krajowych próbkach pobranych w latach 2013–2014 wirusem HCV zakażonych było od 15 do 84% użytkowników. Według badań CINN KBPN wśród klientów programów niskoprogowych z 2014 roku, którzy używali narkotyków w iniekcjach w ciągu ostatniego miesiąca, 47% było zakażonych wirusem HIV, a wirusowe zapalenie wątroby typu C dotyczyło 70% osób z tej grupy. Chociaż nowe leki stosowane w leczeniu zakażeń wirusem HCV stają się coraz bardziej dostępne, to jednak zapewnienie dostępu do diagnostyki i leczenia pozostaje zasadniczym wyzwaniem dla specjalistów zajmujących się osobami przyjmującymi narkotyki drogą iniekcji.

Substancje stymulujące

Najnowsze wnioski z analizy ścieków, danych o konfiskatach i sondaży wskazują na regionalne różnice w przyjmowaniu stymulantów w Europie. W krajach Europy Zachodniej i Południowej wyższe jest spożycie kokainy (gdyż tam trafia ona na kontynent i tamtędy prowadzą szlaki przerzutowe), podczas gdy w Europie Północnej i Wschodniej prym wiodą amfetaminy (amfetamina i metamfetamina). W Polsce analizy ścieków są prowadzone w województwie wielkopolskim, z finansowanym wsparciem urzędu marszałkowskiego. W raporcie EMCDDA stwierdzono, że „problemy związane z używaniem środków pobudzających stają się coraz bardziej wyraźne”. W ciągu ostatniej dekady w Europie odnotowano 50-procentowy wzrost liczby osób podejmujących leczenie po raz pierwszy i deklarujących użycie substancji z grupy amfetamin jako głównego narkotyku. Wynika to w dużej mierze ze wzrostu użycia amfetamin w Niemczech, a także, choć w mniejszym stopniu, metamfetamin w Republice Czeskiej.

W raporcie EMCDDA zwrócono uwagę, że mimo powszechności przyjmowania narkotyków drogą iniekcji, to jednak ta forma ich przyjmowania się zmniejszyła. Problemem stało się obecnie wstrzykiwanie środków pobudzających, takich jak substancje z grupy amfetamin,

Wykres 1. Używanie przetworów konopi przez uczniów w wieku 15-16 lat (%).



Źródło: Sierosławski, KBPN, PARPA, IPiN.

czy w niektórych krajach nowe substancje psychoaktywne. Według danych Centrum Informacji KBPN z badań zrealizowanych wśród odbiorców programów wymiany igieł i strzykawek wynika, że 60% osób, które zażywały narkotyki w iniekcjach, sięgało po nowe substancje psychoaktywne. W 2014 roku prawie połowa (47%) osób zgłaszających się po raz pierwszy na leczenie, w przypadku których podstawowym narkotykiem były amfetaminy, wskazała wstrzykiwanie jako główną drogę podania. Pewna liczba państw zgłosiła też przypadki wstrzykiwania metamfetaminy i katynonów wraz z innymi narkotykami (np. GHB) wśród niewielkich grup mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami. Ten tak zwany „slamming” jest związany z częstym występowaniem ryzykownych zachowań seksualnych, co wskazuje na potrzebę zacieśnienia współpracy i podejmowania wspólnych działań przez służby odpowiedzialne za przeciwdziałanie narkomanii oraz działające w obszarze zdrowia seksualnego.

Najczęściej stosowaną nielegalną substancją pobudzającą w Europie pozostaje kokaina – około 2,4 mln młodych osób dorosłych w wieku od 15 do 34 lat zażywało ją w ciągu ostatniego roku. Kokainę jako narkotyk podstawowy wskazało 60 tys. pacjentów, którzy rozpoczęli leczenie uzależnienia w 2014 roku, a wśród osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy było ich 27 tys. Przemysł kokainy do Europy jest przedmiotem opublikowanej analizy przez EMCDDA w ramach tzw. POD (Perspektywy dotyczące narkotyków), dostępnej na stronie agencji.

Konopie indyjskie – najpopularniejszy narkotyk

Około 16,6 mln młodych Europejczyków (w wieku od 15 do 34 lat) używało konopi indyjskich w ciągu ostatniego roku. Chociaż poziom spożycia różni się między krajami, to ogólnie w Europie nie wydaje się on maleć, a w niektórych przypadkach widać tendencję rosnącą. W ośmiu z trzynastu państw dysponujących niedawnymi oszacowaniami (od 2013 roku) wskazano

na wzrost używania konopi indyjskich w tej grupie wiekowej w ciągu ostatniego roku. Koszty zdrowotne i społeczne zażywania konopi indyjskich są najbardziej widoczne wśród osób używających ich często lub długotrwale (szacuje się, że około 1% dorosłych Europejczyków używa ich codziennie lub prawie codziennie). Siła działania marihuany i haszyszu jest większa niż tych produktów przyjmowanych w przeszłości, co może zwiększać ryzyko związane z ich zażywaniem. Według ostatniego badania ESPAD, zrealizowanego wśród młodzieży, trend wzrostowy używania konopi uległ zahamowaniu.

Dane dotyczące osób rozpoczynających leczenie związane z przyjmowaniem konopi indyjskich pozwalają zrozumieć charakter oraz skalę zjawiska ich konsumpcji w Europie, które wiążą się z wysokim ryzykiem

wystąpienia szkód. Liczba osób rozpoczynających leczenie po raz pierwszy ze względu na problemy z konopiami indyjskimi wzrosła z 45 tys. w 2006 roku do 69 tys. w 2014 roku. Zwiększenie się zapotrzebowania na leczenie może być związane z różnymi czynnikami, takimi jak zmiany w zwykłym i intensywnym używaniu konopi, dostępność bardziej szkodliwych produktów o większej sile działania, różne praktyki w zakresie kierowania pacjentów na leczenie i większa dostępność leczenia.

Konopie indyjskie są najczęściej konfiskowanym narkotykiem w Europie – dotyczy ich ponad trzy czwarte przypadków (78%). Liczba konfiskat marihuany przekroczyła w 2009 roku liczbę konfiskat haszyszu, a różnica między nimi stale się powiększa. Mimo to ilości haszyszu konfiskowanego w UE są nadal znacznie większe od zgłaszanych ilości marihuany (574 ton w stosunku do 139 ton), a najnowsze dane wskazują na jego wzrost. Zmiany na europejskim rynku haszyszu omówiono w nowej analizie towarzyszącej raportowi, tzw. POD (Perspektywy dotyczące narkotyków).

Przypisy

¹ Przedstawione w raporcie dane statystyczne dotyczą 2014 roku lub ostatniego roku, za który dostępne są dane.

REGIONALNY SYSTEM PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

Ireneusz Siudem

Towarzystwo Nowa Kuźnia

Prace nad stworzeniem wojewódzkiego systemu profilaktyki uzależnień rozpoczęły się w 1999 roku. Głównym celem tych działań było zainicjowanie współpracy międzyinstytucjonalnej na bazie nowej struktury województwa, powstałej po reformie samorządowej. Stopniowe zwiększanie roli i samodzielności samorządów, w tym nowo powstałych powiatów, dawało szansę na wzrost zaangażowania i odpowiedzialności lokalnych władz za działania związane z przeciwdziałaniem narkomanii.

Realizacji tego zadania posłużył program pn. „Zintegrowane systemy profilaktyki uzależnień”, który w 2000 roku stał się częścią Strategii Rozwoju Województwa Lubelskiego. Swoją popularność zawdzięczał on głównie zawartym w nim rozwiązaniom systemowym, polegającym na kreowaniu współpracy pomiędzy instytucjami działającymi na każdym poziomie struktury samorządowej, czyli poziomie gminnym, powiatowym i wojewódzkim oraz inicjowaniu współpracy pomiędzy tymi poziomami (Gabrysiak, 1987; Siudem, 2015, 2016).

Program jest realizowany do dnia dzisiejszego, aktualnie przez Towarzystwo Nowa Kuźnia. Obecnie jest narzędziem pełniącym dwie zasadnicze funkcje: pierwszą z nich jest utrzymywanie i rozbudowa struktury instytucjonalnej systemu, druga funkcja ma na celu zwiększanie wiedzy i kompetencji uczestników systemu, umożliwiających realizację wysokiej jakości oddziaływań profilaktycznych.

Zintegrowane systemy profilaktyki – cele i wdrażanie programu

Głównym celem programu jest wdrożenie systemu zintegrowanych działań w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom na poszczególnych poziomach struktury samorządowej. Chodzi tu głównie o ustrukturalizowanie oddziaływań przez wprowadzenie wojewódzkiego systemu, który umożliwi inwentaryzację działań, ocenę ich skuteczności i jednocześnie zwiększanie ich jakości oraz szybkie wprowadzenie oddziaływań do miejsc szczególnie zagrożonych (Siudem, 2001, 2015).

Szczegółowe zadania programu to:

1. Podjęcie przez wykonawców działań profilaktycznych funkcji doradczej dla władz i decydentów w środowisku lokalnym.
2. Określenie priorytetów działań na danym terenie istotnych dla planowania w sferze rozwoju zasobów ludzkich, inwestycji i środków finansowych.
3. Wykonanie analizy – diagnozy problemów, wykorzystując punkt widzenia i stanowisko różnych uczestników systemu.
4. Dostosowanie oferty działań do potrzeb, wynikających z rozpoznania środowiska.
5. Zwiększenie dostępności pomocy (w tym czasu uzyskania pomocy) przez odpowiednie usytuowanie instytucji, placówek i działań pomocowych w środowisku oraz przez dookreślenie ich kompetencji i zakresów działań.
6. Zwiększenie jakości działań przez przyjęcie przez członków systemu określonych standardów.
7. Usprawnianie i rozbudowa systemu przez włączanie nowych członków, tworzenie podsystemów oraz integrację innych systemów pomocy.

Jeśli założy się, że obszarem realizacji programu jest województwo, to stworzenie spójnego systemu umożliwiającego szybką reakcję na problemy społeczne, wdrażanie skutecznych programów oraz ewaluację, wymaga dostosowania zadań do poszczególnych poziomów i kompetencji struktury samorządowej (gmina, powiat, województwo) i jednocześnie wdrożenia komplementarnych działań w różnych sferach życia społecznego (Siudem, 2005, 2015, 2016).

Wdrażanie wojewódzkiej struktury w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom składa się z dwóch głównych elementów, będących jednocześnie zadaniami programu. Pierwszym jest stworzenie zaplanowanej struktury systemu, drugim jest określenie i realizacja działań w oparciu o stworzoną strukturę (Siudem, 2001, 2015).

Istotą pierwszego elementu jest stworzenie ogólnej struktury systemu przez przygotowanie przedstawicieli poszczególnych poziomów samorządów terytorialnych do planowania, inicjowania i koordynowania działań w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom. Chodzi tu głównie o dokonanie inwentaryzacji bazy profilaktycznej i terapeutycznej na

poszczególnych poziomach samorządów terytorialnych, dokonanie inwentaryzacji zaplecza osobowego w strukturach administracji samorządowej, instytucji profilaktyki i terapii oraz organizacji pozarządowych.

Ważną częścią tego etapu jest zainicjowanie tworzenia porozumień międzygminnych, międzypowiatowych, określających standardy współpracy w ramach realizacji programów profilaktycznych oraz stworzenie na poziomie wojewódzkim procedur wymiany informacji i konsultacji. Kluczową rolę na tym etapie ma ukazanie przedstawicielom poszczególnych instytucji oraz władz samorządowych opłacalności współpracy w tym zakresie, czyli stworzenie sytuacji, w której system współpracy będzie strukturą pożądaną zarówno dla realizatorów – wykonawców działań, jak i dla władz, polityków, decydentów.

Zainicjowania współpracy pionowej dokonują władze konkretnego środowiska (miasta, powiatu, gminy), zobowiązane prawem do realizacji określonych zadań, np. takich, jak przeciwdziałanie narkomanii. Odbywa się to przez powołanie grupy ekspertów, rady znajdującej się pod kierownictwem tych władz, służącej im doświadczeniem w określonym zakresie. Jako przykład można tu podać miejskie lub gminne zespoły ds. narkomanii. Taką właśnie strukturą są gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych. Czasami powoływane są grupy mające szerszy zakres zadań i kompetencji, np. miejskie zespoły ds. patologii społecznych itp. W skład takich zespołów mogą wchodzić przedstawiciele oświaty, służby zdrowia, pomocy społecznej, policji, związków wyznaniowych, rodziców, wymiaru sprawiedliwości, organizacji pozarządowych i innych (Siudem, 2001, 2015, 2016). Zespoły mogą być powoływane na długi okres lub jednorazowo – do realizacji określonego zadania, np. wykonanie diagnozy środowiska lokalnego. Istotne jest, że władza, jako zlecający zadania, decyduje o wykorzystaniu ich efektów, w tym o udostępnieniu do informacji publicznej (Siudem, 2001, 2015, 2016).

Organizację działania i strukturę takiej grupy określa wewnętrzny regulamin lub statut, zatwierdzany przez władzę powołującą zespół. Do głównych zadań takich struktur należy: doradzanie decydentom, czyli np. radzie gminy, w zakresie realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem uzależnieniom. W szczególności chodzi tu o:

1. Przygotowanie kompleksowej i wieloaspektowej diagnozy dla środowiska lokalnego, określającej źródła zagrożenia, etiologię, dynamikę rozwoju, zakres zjawiska oraz jego skutki zdrowotne i społeczne.

2. Określenie – inwentaryzację zasobów własnych, rozumianych jako potencjał ludzki i instytucjonalny, zdolny do działań w zakresie ograniczania zjawiska.
3. Formułowanie priorytetowych celów działań, a co za tym idzie opracowanie określonej w czasie strategii działań, adekwatnej do rozpoznanego zagrożenia, uwzględniającej potencjał własny oraz plany jego rozwoju.
4. Opiniowanie programów działań, instytucji i organizacji ze względu na ich poziom merytoryczny oraz zgodność z przyjętą przez władzę lokalną strategią przeciwdziałania uzależnieniom.
5. Przedstawianie władzom zapotrzebowań i analiz finansowych związanych z realizacją zadań gminy.

Na uwagę zasługuje fakt, że jednym z zadań takiego zespołu może być inicjowanie współpracy pomiędzy instytucjami. Przykładem takich działań jest przygotowanie i ogłoszenie konkursu na zadania, stawiając wymóg jego realizacji przez kilka niezależnych prawnie podmiotów.

Dość częstym rozwiązaniem na poziomie gmin i województw jest powołanie pełnomocnika. Z idealnego punktu widzenia pełnomocnikiem ds. uzależnień powinna być osoba samodzielnie odpowiadająca za powierzone jej zadania, bezpośrednio podlegająca powołującej ją władzy. Do zadań takiej osoby należy zwykle wytypowanie i stworzenie zespołu ekspertów oraz koordynacja ich pracy. Eksperci, będąc jednocześnie przedstawicielami poszczególnych instytucji i organizacji, mają możliwość wpływania na politykę przeciwdziałania uzależnieniom, uwzględniając interesy instytucji, które reprezentują. Pełnomocnik, jako osoba niezależna, ma możliwość obiektywnej oceny pracy członków zespołu (Siudem, 2005, 2015, 2016).

W praktyce pełnomocnikami są pracownicy określonych resortów i instytucji, np. pomocy społecznej (niemający stosownych pełnomocnictw). Osoba taka w pierwszej kolejności podlega kierownictwu pomocy społecznej, a co za tym idzie, realizuje jej zadania. Sytuacja taka, z punktu widzenia skuteczności tworzenia i koordynowania systemu współpracy, nie jest korzystna, gdyż ogranicza możliwości niezależnych działań, mających za zadanie integrować w ramach systemu pozostałe instytucje, np. policję, oświatę, służbę zdrowia itd. Współpraca pozioma, będąca oddolnym sposobem tworzenia systemu, powstaje z inicjatywy specjalistów, terapeutów, przedstawicieli organizacji i instytucji (Siudem, 2001, 2015). Konieczność współpracy jest podyktowana najczęściej spostrzeżeniem braków, niedostatków w polityce, utrudniających lub nawet uniemożliwiających prowadzenie skutecznych

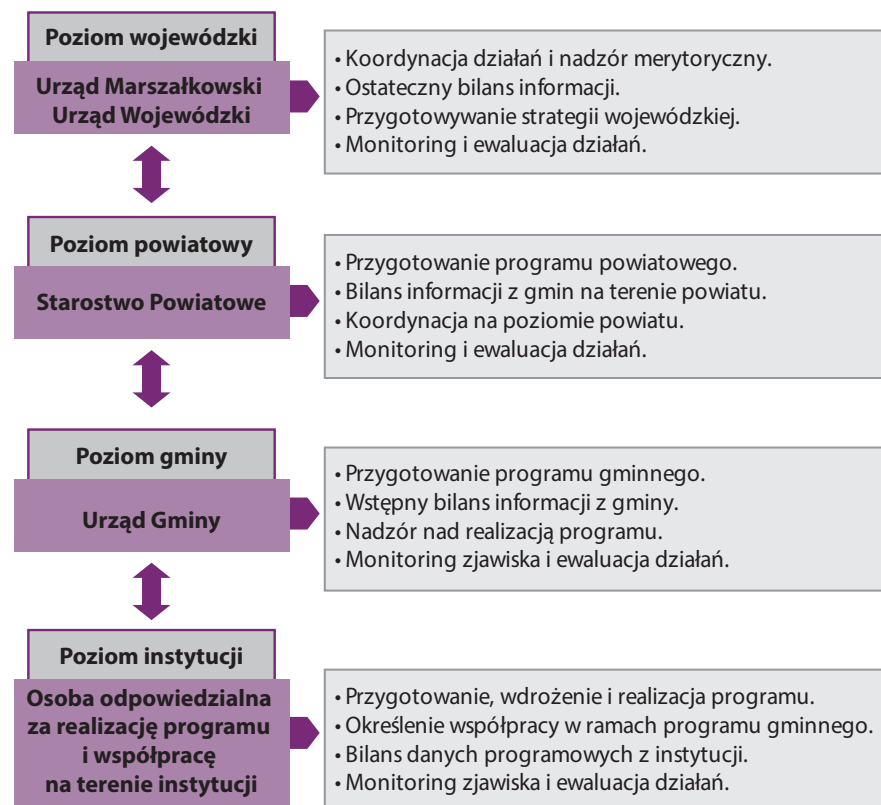
działań. Często jest związana z problemem niedostrzeganym lub bagatelizowanym przez władze lokalne.

W efekcie powstają grupy osób, obierające mniej lub bardziej trwałe formy działania. Do tego typu zadań grup należy m.in. wywieranie wpływu na decydentów w celu kreowania polityki przeciwdziałania uzależnieniom. Typowe jest też koncentrowanie współpracy wokół konkretnych zagadnień, np. określonego typu profilaktyki, leczenia i rehabilitacji, redukcji szkód, opracowania standardów świadczenia pomocy, rozwoju systemu współpracy, podnoszenia kwalifikacji kadry, pertraktacji z władzami itp.

Współpraca pozioma może przybierać formę tematyczną i indywidualną. Istotą tej pierwszej jest podjęcie wspólnych działań w zakresie konkretnych zagadnień (Siudem, 2001, 2015), np.:

1. Badanie zasobów związanych z profilaktyką, leczeniem dostępnych w danym regionie.
2. Tworzenie systemu współpracy w ramach istniejących zasobów.
3. Zarządzanie działaniami profilaktycznymi przez wybraną instytucję (wykorzystując potencjał całego systemu).
4. Stworzenie informatora o miejscach pomocy w określonym zakresie.
5. Prowadzenie szkoleń.

Rys. 1. Model struktury wojewódzkiej.



6. Prowadzenie badań ewaluacyjnych, opracowywanie raportów z badań, ocenianie ofert działań.

7. Propagowanie oferty systemu w środowisku lokalnym. Forma indywidualna, określana również jako „case management indywidualny”, polega na wybraniu i określeniu placówek najbardziej kompetentnych w konkretnej dziedzinie, np. pracy z rodzinami, profilaktyce wskazującej, diagnozie. Następnie szczegółowym określeniu zadań tych placówek w systemie oraz opracowaniu sposobu i zakresu wykorzystania innych placówek dla case managementu.

W efekcie osoba objęta opieką w danym systemie porusza się pomiędzy instytucjami w zależności od sytuacji (rodzaju dysfunkcji, wieku, potrzeb, wymaganej pomocy), wraz z środkami koniecznymi do prowadzenia z nią pracy (pochodzącymi z budżetu gminy). Przykładem sytuacji idealnej, w tym wypadku, byłoby objęcie stałą opieką instytucjonalną człowieka wymagającego pomocy na wszystkich poziomach jego rozwoju, niezależnie od miejsca zamieszkania, typu szkoły, podejmowanej pracy (Siudem, 2001, 2015).

Programy profilaktyczne, powstające w ramach opisywanej struktury, zakładają współpracę poziomą, na poziomie lokalnym – wykonawczym, jak i pionową – pomiędzy samorządowymi instytucjami gminy, powiatu i województwa. Uproszczony model struktury pionowej wraz z ogólnymi

zadaniami na każdym poziomie został przedstawiony na rys. 1.

Szczegółowe rozwiązania zależą od sposobów działania wypracowanych w poszczególnych województwach. Chodzi tu m.in. o przepływ informacji pomiędzy urzędami, sprawowanie nadzoru nad realizacją programów, określenie roli powiatów w całym systemie oraz inne zadania, szczególnie te, które dotychczas nie zostały uregulowane ustawowo. Radzenie sobie w takich sytuacjach ułatwia inicjatywa zaproponowana w programie „Zintegrowane systemy profilaktyki” o nazwie COŚ, czyli Centrum Oddziaływań Środowiskowych.

Z przedstawionego na rys. 2 schematu, wynika, że wojewódzka strategia w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom jest wypadkową strategii powiatowych, a te – gminnych. Taki system może działać sprawnie m.in. ułatwiając tworzenie lokalnych programów profilaktycznych

oraz przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi poziomami struktury samorządowej, dzięki organom skupiającym przedstawicieli różnych instytucji. W tym przypadku jest to COŚ – Centrum Oddziaływań Środowiskowych, stanowiące podstawowy element całego systemu.

COŚ to zespół ludzi – przedstawicieli władz, instytucji, mieszkańców określonego terenu (wsi, osiedla, dzielnicy), tworzących i realizujących lokalny program przeciwdziałania uzależnieniom. COŚ tworzone jest podczas wdrażania całego wojewódzkiego programu w poszczególnych gminach i powiatach z inicjatywy wdrażających program, czyli w tym wypadku Towarzystwa Nowa Kuźnia, we współpracy z władzami wojewódzkimi oraz lokalnymi. Należy podkreślić, że powołanie Centrum i uczestnictwo w jego pracach

jest całkiem dobrowolne. Dlatego jego działania w danym środowisku zależą od świadomości i rangi problemu, jakim są m.in. uzależnienia oraz skuteczności osób wdrażających program. Dobrowolność daje również szansę na osiągnięcie dobrej współpracy oraz pojawienie się inicjatyw dotychczas niewymaganych i nieuregulowanych prawnie, jak np. sprawozdawczość gmin wobec starostw powiatowych.

Podstawowym celem działania każdego Centrum Oddziaływań Środowiskowych jest dążenie do stworzenia możliwie najlepszych warunków do prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży, tj. umożliwienie im zarówno stymulacji rozwoju, realizacji zainteresowań, jak i zapewnienie pomocy w problemach osobistych i rodzinnych. COŚ jako struktura merytoryczna wspiera pracę lokalnych władz

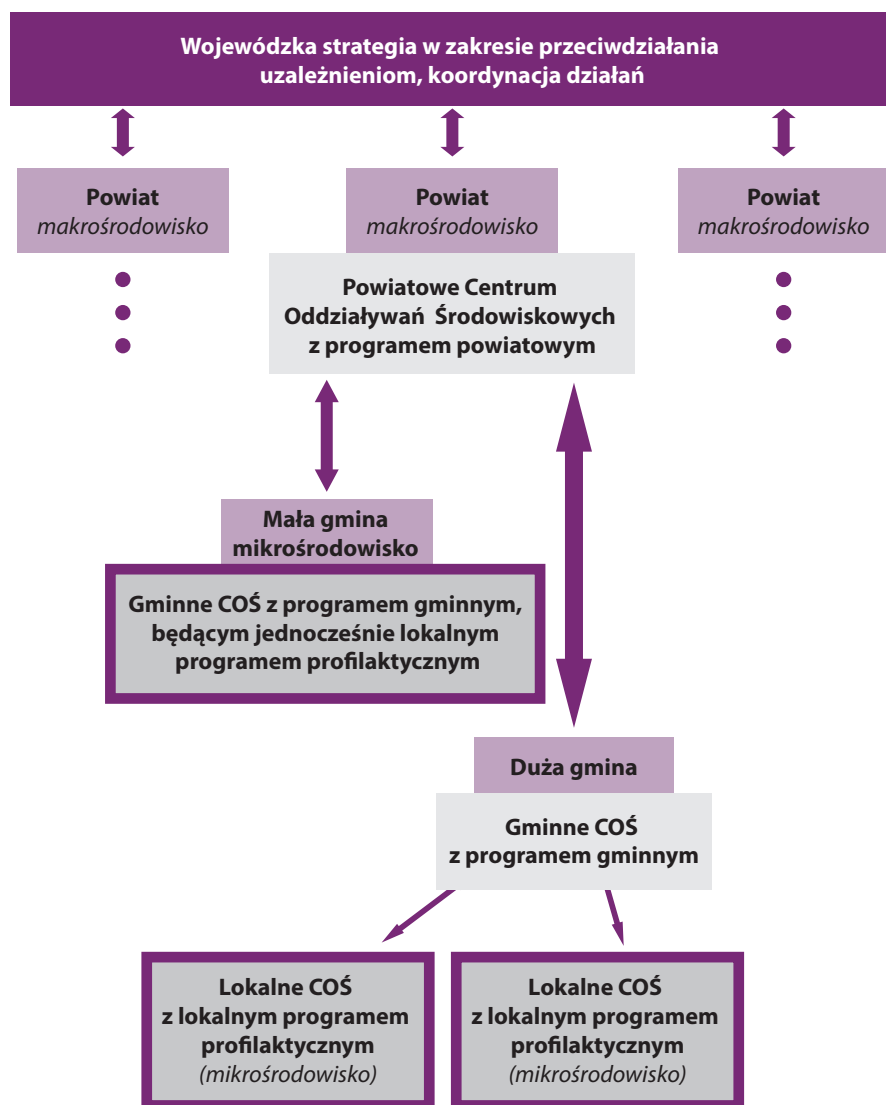
w zakresie przeciwdziałania patologiom społecznym. Organ ten rekomenduje lokalne inicjatywy profilaktyczne, szkolne i programy środowiskowe, wsparcie dla rodzin, akcje trzeźwościowe, organizację czasu wolnego itp. Na wniosek COŚ mogą być wprowadzane nowe działania, w zależności od potrzeb społeczności lokalnej, włącznie z uruchamianiem nowych instytucji.

Dzięki działaniom COŚ, łatwiej starać się o środki lokalne, wojewódzkie i fundusze Unii Europejskiej, gdzie preferuje się i wspiera rozwiązania systemowe oraz rozwój demokracji lokalnej. Przykładowy skład lokalnego Centrum Oddziaływań Środowiskowych został przedstawiony na rys. 3.

Planowanie i realizacja działań na bazie stworzonej struktury

Na poprzednim etapie wdrażania programu dominowały zadania organizacyjne, tworzące ramy systemu. Na kolejnym – głównym celem jest „nasylenie” stworzonej struktury wysokiej jakości działaniami merytorycznymi o charakterze środowiskowym, dostosowanymi do lokalnej specyfiki i typu zagrożeń. Etap ten to cykl szkoleń adresowanych do

Rys. 2. Model struktury wojewódzkiej z uwzględnieniem COŚ (Siudem, 2007, 2015, 2016).



Grubą linią (—) zaznaczono podstawowy, lokalny poziom funkcjonowania programu profilaktycznego w strukturze wojewódzkiej.

władz oraz ich przedstawicieli, pracowników instytucji – realizatorów działań na poszczególnych poziomach samorządów terytorialnych, pracowników merytorycznych urzędów samorządowych, przedstawicieli organizacji pozarządowych.

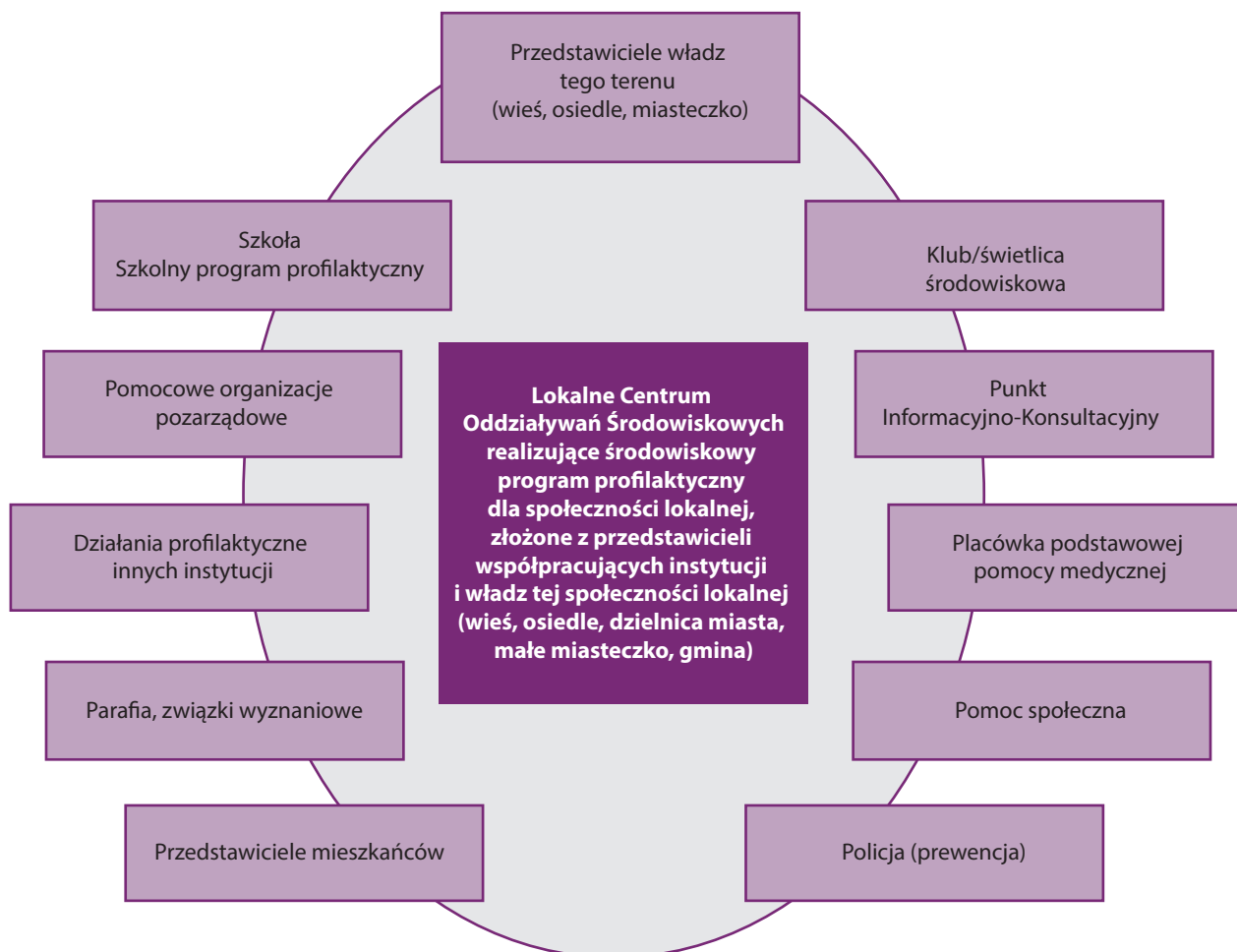
Celem tych szkoleń jest:

1. Dostarczenie podmiotom decyzyjnym wiedzy o sposobach i możliwościach diagnozy negatywnych zjawisk społecznych.
2. Dostarczenie podmiotom decyzyjnym oraz wykonawcom (poszczególne poziomy systemu) wiedzy o środowiskowych formach przeciwdziałania patologiom i możliwościach ich wprowadzania.
3. Zapoznanie lokalnych władz (stanowiących strukturę systemu) z ofertą instytucji i organizacji pozarządowych.
4. Zapoznanie odbiorców usług z metodami oceny efektywności działań w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom.
5. Zapoznanie wykonawców programów z nowatorskimi rozwiązaniami w zakresie profilaktyki uzależnień.

Opisywany program jest realizowany w województwie lubelskim od 1999 roku. Na przestrzeni tych lat w szkoleniach wzięli udział przedstawiciele wszystkich gmin i powiatów, niektórzy kilka razy. W większości z nich powstały profesjonalne, przyjęte przez władze do realizacji, strategie przeciwdziałania patologiom społecznym, które uwzględniają profilaktykę uzależnień. Zaangażowanie środowisk lokalnych we wdrażanie programu szacuje się na poziomie 80% (Siudem, 2015). Jako bezpośrednie, ogólne efekty programu wymienić można:

1. Powstanie wojewódzkiej struktury w zakresie przeciwdziałania patologiom.
2. Zaimplementowanie w dużej części gmin profesjonalnych, długofalowych programów profilaktycznych, spełniających standardy, umożliwiającymi porównanie prowadzonych w różnych miejscach działań, bilansowanie danych o zagrożeniach, dokonanie oceny skuteczności i efektywnej wymiany doświadczeń.
3. Zwiększenie integracji społeczności lokalnej wokół problemów związanych z patologiami, zwiększenie

Rys. 3. Lokalne Centrum Oddziaływań Środowiskowych (Siudem, 2007, 2015, 2016).



odpowiedzialności i udziału mieszkańców w rozwiązywaniu lokalnych problemów.

4. Zwiększenie kompetencji i umiejętności merytorycznych przedstawicieli administracji samorządowej w zakresie systemowego przeciwdziałania patologicznym zjawiskom.

W zakresie funkcjonowania lokalnych programów profilaktycznych bezpośrednimi efektami programu są:

1. Zwiększenie skuteczności działań profilaktycznych i terapii.
2. Zwiększenie dostępności oferty profilaktycznej i pomocowej dla mieszkańców.
3. Rozbudowa zaplecza merytorycznego (bazy lokalowej i osobowej).

W zakresie wojewódzkiego systemu zapobiegania patologiom przede wszystkim wymienić można:

1. Usprawnienie wojewódzkiej struktury w zakresie profilaktyki uzależnień.
2. Zintegrowanie działań profilaktycznych pionu ochrony zdrowia i oświaty z innymi programami przeciwdziałania patologiom na poziomach gmin, powiatów i województwa.
3. Zwiększenie wiedzy związanej z profilaktyką uzależnień pracowników gminnych, powiatowych wydziałów zdrowia, oświaty i pomocy społecznej.
4. Zainicjowanie tworzenia wojewódzkiego systemu bilansowania informacji, umożliwiającego koordynację działań na poszczególnych poziomach struktury samorządowej, dokonywanie ewaluacji działań, monitoringu zjawisk oraz działań prowadzonych w środowiskach lokalnych.
5. Usprawnienie sprawozdawczości.

Podsumowanie

Program od 1999 roku realizowało Lubelskie Towarzystwo Zapobiegania Patologiom Społecznym Kuźnia, a następnie Towarzystwo Nowa Kuźnia dzięki współpracy i wsparciu m.in. Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Lubelskiego Urzędu Marszałkowskiego, Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej, Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego oraz władz powiatów i gmin województwa lubelskiego.

Wdrażanie opisywanego programu pozwala w sposób systemowy realizować profilaktykę uzależnień. Aktualnie jest to jedyny skuteczny sposób działania, biorąc pod uwagę psychospołeczną etiologię patologii społecznych, czyli ich

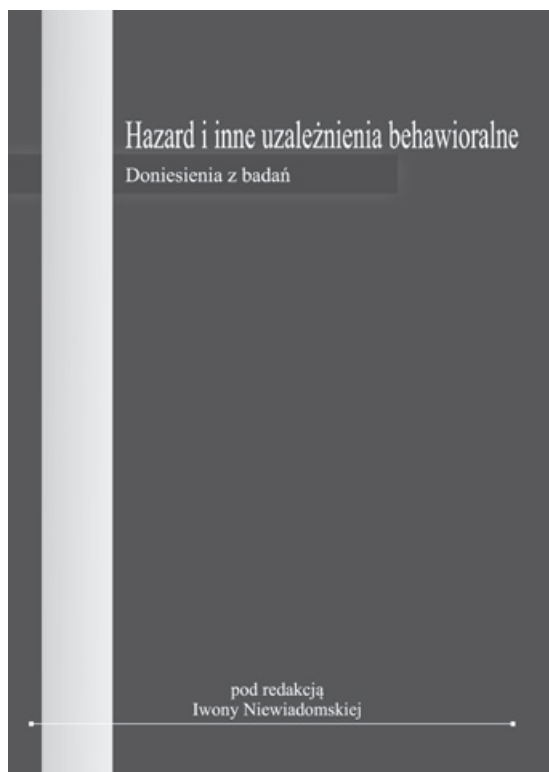
przyczyny głęboko zakorzenione w strukturze społecznej, często w tradycjach, a nawet w kulturze określonych grup ludzi (Świątkiewicz, 2002; Siudem, 2006).

Szeroki zakres i zasięg proponowanych w ramach programu działań jest adekwatny do powszechnie występujących zjawisk patologicznych i znacznie wykracza poza klasyczną profilaktykę, co umożliwi koncentrację na uniwersalnych mechanizmach psychopatologii i eliminowanie ich, zanim dojdzie do ekspozycji ich objawów (Świątkiewicz, 2002; Siudem, 2009).

Warto podkreślić, że niniejszy program, będąc propozycją nowego systemu, zakłada wykorzystanie istniejącej struktury samorządowej i instytucjonalnej oraz kompetencji osób znajdujących się w tej strukturze. Dotyczy to wszystkich poziomów działań, od lokalnych począwszy, na województwie skończywszy. Program nie wymaga tworzenia nowych struktur instytucjonalnych i kompetencji, lecz zakłada lepsze wykorzystanie i profilowanie tych istniejących, dbając przede wszystkim o wysoką jakość oddziaływań i utrzymanie kompatybilności działań w systemie.

Bibliografia

- Gabrysiak J., „Środowiskowa profilaktyka uzależnień” (materiał wewnętrzny), Towarzystwo Zapobiegania Patologiom Społecznym Kuźnia, Warszawa 1987.
- Siudem I., „Zintegrowane systemy profilaktyki uzależnień w Strategii Rozwoju Województwa Lubelskiego” *Problemy Narkomanii*, nr 1, 2001.
- Siudem I., „Lokalne systemy współpracy w zakresie zapobiegania narkomanii”, *Biuletyn Wojewódzki. Problemy Społeczne*, ROPS, Lublin 2005.
- Siudem, I., „Zakres zjawiska używania oraz postaw i zachowań wobec substancji psychoaktywnych”, *Biuletyn Wojewódzki. Problemy Społeczne*, ROPS, Lublin 2006.
- Siudem I., „Środowiskowe formy pomocy osobom z zaburzeniami w przystosowaniu” (w:) Pospiszyl I., Konopczyński M. (red.), „Resocjalizacja w stronę środowiska otwartego”, *Pedagogium*, APS, Warszawa 2007.
- Siudem I., „Psychospołeczny kontekst młodzieżowej narkomanii” (w:) Kwiatkowska G., Filipiak M. (red.), „Psychologiczne i społeczne dylematy młodzieży XXI wieku”, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2009.
- Siudem I., „Zintegrowane systemy profilaktyki uzależnień” (w:) Parysiewicz B.M., Komsta-Tokarzewska K., Wyżlic M. (red.), „Zachowania ryzykowne – diagnoza, profilaktyka i terapia”, KUL, Lublin 2015.
- Siudem I., „Współpraca międzyinstytucjonalna jako podstawa profilaktyki w środowisku lokalnym”, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna, Jarosław 2016 (artykuł w druku).
- Świątkiewicz G., „Profilaktyka w społecznościach lokalnych” (w:) Świątkiewicz G. (red.), „Profilaktyka w środowisku lokalnym”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002.



BADANIA NAD UZALEŻNIENIAMI BEHAVIORALNYMI

Wydana w 2015 roku pod redakcją Iwony Niewiadomskiej publikacja pt. „Hazard i inne uzależnienia behawioralne: doniesienia z badań”, zawiera zbiór artykułów prezentujących wyniki badań nad uzależnieniami behawioralnymi. Wydanie pozycji było współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia. Również zdecydowana większość prezentowanych badań była współfinansowana z tego źródła.

Redaktorka wydania podkreśla we wstępie, że publikacja (...) stanowi odpowiedź na trzy ważne zjawiska społeczne. Pierwsze z nich polega na tym, że społeczeństwo polskie coraz częściej jest narażone na ryzyko występowania uzależnień behawioralnych. Drugie zjawisko jest związane ze zmianami w konceptualizacji hazardu i innych uzależnień behawioralnych (...). Zjawisko trzecie odnosi się do sposobu odpowiedzi polskiej polityki w obszarze ochrony zdrowia publicznego na współczesne zagrożenia cywilizacyjne oraz na nowoczesne podejście do zjawiska uzależnień, które swoim zakresem zaczęło obejmować również uzależnienia behawioralne. Mechanizm ten polega na tym, że Minister Zdrowia uruchomił Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych. A jednym z ważnych zadań

Funduszu jest wspieranie badań naukowych, służących pogłębieniu wiedzy w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego i patologicznego.

Książka dzieli się na dwie części. Pierwsza – „Badania służące opracowaniu narzędzi do pomiaru wybranych aspektów uzależnień behawioralnych” – prezentuje sześć artykułów poświęconych sposobom adaptacji lub też konstruowania metod służących do pomiaru wybranych aspektów uzależnień behawioralnych. Jolanta Jarczyńska opisuje rezultaty badań mających na celu dokonanie polskiej adaptacji testu przesiewowego (SOGS-RA) do oceny poziomu zagrożenia hazardem problemowym u młodzieży szkolnej. Jacek Buczny i Ewa Międzobrodzka przedstawiają wyniki prac nad adaptacją Kwestionariusza GACS do pomiaru uzależnienia od hazardu. Iwona Niewiadomska i Agnieszka Palacz-Chrisidis prezentują projekt umożliwiający uzyskanie adaptacji czterech narzędzi badawczych, służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem. Jacek Pyżalski, Alicja Petrykowska i Piotr Plichta opisują badania dotyczące opracowania nowego narzędzia do pomiaru zaangażowania w hazard adolescentów. Grażyna Wąsowicz i Małgorzata Styśko-Kunkowska opisują wybrane rezultaty prac na temat zagrożenia młodzieży w wieku 13-19 lat uzależnieniem behawioralnym związanym z aktywnością w Internecie. Na koniec części pierwszej Zofia Mielecka-Kubień omawia niektóre metody badania wpływu kasyn na sytuację ekonomiczno-społeczną lokalnych społeczności, podkreślając zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki istnienia kasyn. Część druga publikacji zawiera teksty prezentujące badania wybranych aspektów uzależnień behawioralnych. Agnieszka Palacz-Chrisidis przedstawia badania diagnozujące zachowania hazardowe młodzieży szkół średnich województwa lubelskiego, przeprowadzone w latach 2013–2014 przez Stowarzyszenie Natanaelum. Agnieszka Pisarska, Krzysztof Ostaszewski, Joanna Raduj i Magdalena Wójcik koncentrują się na diagnozie opinii warszawskich uczniów i ich rodziców na temat problemów nastolatków związanych z hazardem na podstawie badań jakościowych – wywiadów grupowych i telefonicznych wywiadów indywidualnych. Jolanta Kalka opisuje w dwóch artykułach wyniki reprezentatywnych dla ogółu społeczeństwa polskiego badań na temat uzależnień behawioralnych, przeprowadzonych przez CBOS w 2012 i w 2014 roku. Bernadeta Lelonek-Kuleta omawia badania dotyczące psychologicznych i społecznych wyznaczników funkcjonowania mężczyzn uzależnionych od gry na automatach losowych oraz wspólnie z Joanną Chwaszcz prezentuje wyniki ogólnopolskich badań szacujących świadczenie w Polsce pomocy terapeutycznej dla patologicznych hazardzistów i ich rodzin. Obie autorki, w zespole z Iwoną Niewiadomską, opisują badania identyfikujące podmiotowe korelaty ryzykownego korzystania z Internetu.

Omawiana monografia wypełnia lukę w ofercie wydawniczej dotyczącej relacji z empirycznych badań prowadzonych w obszarze uzależnień behawioralnych. Publikacja jest dostępna w Fundacji Res Humanae. Zachęcamy do zapoznania się z nią.

Redakcja

PROFILAKTYKA WYSOKIEJ JAKOŚCI: WWW.PROGRAMYREKOMENDOWANE.PL

Profilaktyka zachowań niepożądanych obejmuje wiele rodzajów oddziaływań skierowanych do dzieci, młodzieży, młodych dorosłych i ich bliskich, w różnych środowiskach (szkoła, miejsce zamieszkania, rodzina), na różnych etapach rozwoju i w odniesieniu do różnego rodzaju zagrożeń. Odpowiednio prowadzona, nie tylko zapobiega powstawaniu problemów, ale wpływa na rozwój młodych ludzi i na jakość ich przyszłego życia.

System rekomendacji programów profilaktycznych powstał kilka lat temu w celu promocji i rozwoju dobrej profilaktyki w naszym kraju. Niedawno uruchomiona strona internetowa **www.programyrekomendowane.pl** jest zarówno efektem dotychczasowych prac, jak i narzędziem realizacji dalszych zadań Systemu, którego cele to: promowanie standardów jakości w profilaktyce, ocena programów profilaktycznych, przyznawanie im rekomendacji oraz stworzenie bazy programów rekomendowanych.

STANDARDY JAKOŚCI



Na promocję standardów jakości składa się kilka elementów. Przede wszystkim jest to dostarczanie wiedzy i podstaw teoretycznych dotyczących skuteczności profilaktyki oraz prezentacje skutecznych programów.

Zagadnienia teoretyczne znaleźć można w dwóch działach: pierwszy to **System rekomendacji**, gdzie obok informacji o działaniu systemu i procedurze, są także informacje o poziomach rekomendacji i wniosku aplikacyjny, w zakładce **Standardy opisu** znajduje się omówienie zasad uzyskania rekomendacji oraz objaśnienie wymogów stawianych dobrym programom – od diagnozy, przez ustalenie celów i założenia oraz dobór działań, do przeprowadzenia ewaluacji. Szczególnie warto tu zwrócić uwagę na prezentację **modelu logicznego** programu.

Drugi dział, **Profilaktyka**, poświęcony jest w całości wiedzy o profilaktyce. Jest to kompendium, zawierające omówienie najważniejszych zagadnień związanych z profilaktyką:

W zakładce **Teoria** znajdują się opisy kilkunastu koncepcji teoretycznych, na których można opierać programy.

W zakładce **Strategie** omówiono, w formie zwięzłych definicji, poziomy profilaktyki oraz wyszczególniono skuteczne strategie profilaktyczne, czyli typy działań o sprawdzonej skuteczności.

Zakładki **Program** i **Ewaluacja** zawierają omówienie, również w formie krótkich definicji, najważniejszych terminów związanych z konstruowaniem celów, założeń programu profilaktycznego oraz planowaniem ewaluacji.

W każdej zakładce znalazły się dodatkowo zbiory odnośników do źródeł wiedzy na temat poszczególnych zagadnień. Kolejne działy – **Standardy** oraz **Programy** – zawierają informacje dotyczące skutecznych programów.

W pierwszym z nich omówione są rodzaje programów i strategii o udowodnionej skuteczności, podzielone według kategorii wiekowych: okres prenatalny i niemowlęcy, okres przedszkolny, wczesnoszkolny (6-11 lat), adolescencji (11-19 lat) i młodzi dorośli. Dla każdej z grup utworzono oddzielną podstronę z omówieniem wybranych strategii i programów.



Dział **Programy** zawiera prezentacje realizowanych w Polsce programów profilaktycznych, które uzyskały rekomendacje. Zostały one podzielone według tzw. poziomów profilaktyki na grupy: promocja zdrowia, profilaktyka uniwersalna, selektywna, wskazująca.

W opisach znajdują się informacje o grupie docelowej, celach i założeniach danego programu, opis prowadzonych działań oraz wyniki badań skuteczności. W zakładce **Więcej informacji** można znaleźć wykaz publikacji związanych z podstawami teoretycznymi, jak i realizacją programu.

PRYZNANIE REKOMENDACJI

W zakładce **Wyślij wniosek** istnieje możliwość złożenia aplikacji on-line o uzyskanie rekomendacji. Wniosek musi spełniać wymogi przedstawione we wspomnianych powyżej Standardach opisu (dział System rekomendacji).

W tym samym dziale omówiona jest procedura udzielania rekomendacji, w której znajdują się m.in. kryteria oceny wniosków. Uwzględnia się 10 kryteriów, w których można uzyskać po maksimum 5, 10 lub 15 punktów.

PROFILAKTYKA WYSOKIEJ JAKOŚCI: WWW.PROGRAMYREKOMENDOWANE.PL c.d.

Te najwyżej pozycjonowane dotyczą określenia założeń i celów programu (m.in. z uwzględnieniem koncepcji teoretycznych, przy użyciu modelu logicznego) oraz przeprowadzenia ewaluacji formatywnej lub wyniku. Za ewaluację procesu czy opis problemu uzyskać można od 10 punktów, natomiast najniżej punktowane są pozycje dotyczące nakładów i grup docelowych.



Rekomendacje można uzyskać na jednym z **trzech poziomów**: program obiecujący (min. 50 punktów), dobra praktyka (od 65 punktów), program modelowy (od 80 punktów). Na wszystkich poziomach wymagane jest wykorzystanie sprawdzonych koncepcji teoretycznych i odpowiednich strategii oraz budowa programu według modelu logicznego. Różnice w kryteriach zaczynają się dopiero na poziomie ewaluacji, czyli badania skuteczności programu.

Dla uzyskania statusu **programu obiecującego** wystarczają pozytywne wyniki przeprowadzonej ewaluacji procesu.

Jako **dobra praktyka** traktowany będzie program, w którym przeprowadzono badania, pozwalające ocenić i podnieść jakość poszczególnych elementów programu (ewaluacja formatywna) oraz oceniające skuteczność oddziaływań na uczestników (ewaluacja wyniku).

Program modelowy wykazuje dodatkowo pozytywne oddziaływanie nie tylko w trakcie i bezpośrednio po realizacji, ale też w dłuższym terminie, co bada się kilka miesięcy po zakończeniu programu (tzw. ewaluacja odroczone). Oprócz praktycznego, przystępnego omówienia wszystkich powyższych zagadnień oraz załączonych bibliografii, w serwisie znajduje się **Biblioteka**, zawierająca wybór publikacji do pobrania oraz linki do przydatnych stron internetowych.

System rekomendacji powstał przy współpracy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ośrodka Rozwoju Edukacji oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Obecnie w bazie znajduje się ponad dwadzieścia programów rekomendowanych. Mamy nadzieję na rozwój bazy – pamiętając, że liczy się jakość, a nie ilość!

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