



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

ISSN 1233-9318

NR 3 (75) 2016

NR 3

2016

SPIS TREŚCI

Prawo

WYKORZYSTYWANIE MARIHUANY W CELACH MEDYCZNYCH

Jarosław Pinkas, Piotr Jabłoński, Michał Kidawa, Waldemar Wierzba 1

REFLEKSJE DOTYCZĄCE ROZWIĄZAŃ PRAWNYCH W USTAWIE O ZDROWIU PUBLICZNYM Z PERSPEKTYWY SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Sławomir Pietrzak 5

WPŁYW UZALEŻNIENIA NA SYTUACJĘ PRAWNĄ OSOBY UZALEŻNIONEJ

Katarzyna Syroka-Marczewska 10

ANALIZA KIERUNKÓW ROZWIĄZAŃ PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH KONTROLI NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Michał Kidawa, Artur Malczewski 15

Profilaktyka

TWORZENIE LOKALNYCH PROGRAMÓW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. WYKORZYSTANE SZANSE, NIEWYKORZYSTANE MOŻLIWOŚCI

Ewelina Ornaf..... 22

Leczenie, redukcja szkód

INIEKCYJNI UŻYTKOWNICY SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH – IDENTYFIKACJA PROBLEMÓW I POTRZEB NA PRZYKŁADZIE PIĘCIU POLSKICH MIAST

Magdalena Bartnik..... 24

CO MOŻNA WYKORZYSTAĆ W PROGRAMACH PROFILAKTYKI WSKAZUJĄCEJ? DOŚWIADCZENIA Z REALIZACJI PROGRAMU „NARKOTYKI. NA GORĄCYM UCZYNKU”

Krzysztof Grabowski..... 29

Badania, raporty

UŻYWANIE NARKOTYKÓW PRZEZ POLSKĄ MŁODZIEŻ

Janusz Sieroślawski..... 35

NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE W POLSCE I W EUROPIE 42

Konferencje

WNIOSKI I REKOMENDACJE Z III OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI „NARKOTYKI – NARKOMANIA. POLITYKA, NAUKA, PRAKTYKA. DYLEMATY LOKALNEJ POLITYKI NARKOTYKOWEJ”

Piotr Jabłoński, Anna Borucka..... 46

Internet

PROFILAKTYKA I TERAPIA UZALEŻNIEŃ. ZASOBY INTERNETOWE III i IV okładka

Pochopne wprowadzanie szerokiego dostępu do marihuany w celach medycznych może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie publiczne. Nie zmienia to faktu konieczności kontynuowania badań (także w formie terapii eksperymentalnej) nad zastosowaniem przetworów konopi w celach terapeutycznych, ponieważ wydaje się, że mogą one mieć potencjalne zastosowanie w terapii wspomagającej leczenie wielu schorzeń. Natomiast konieczne jest zdecydowane oddzielenie w dyskursie publicznym kwestii zastosowania marihuany w medycynie od „ocieplania społecznego wizerunku” tej substancji i dyskusji o liberalizacji prawa narkotykowego w odniesieniu do marihuany.

WYKORZYSTYWANIE MARIHUANY W CELACH MEDYCZNYCH¹

Jarosław Pinkas

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Piotr Jabłoński, Michał Kidawa

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Waldemar Wierzba

Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

Marihuana na scenie narkotykowej w Polsce i w Europie

Używanie

Marihuana jest najpopularniejszą substancją psychoaktywną w Europie. Według Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) 16,6 mln (13,3%) młodych Europejczyków w wieku 15-34 lata używało w ostatnim roku przetworów konopi. Tendencje w poszczególnych krajach europejskich są zróżnicowane. Spośród państw, które prowadziły badania sondażowe od 2013 roku, osiem zgłosiło wzrost wskaźnika używania marihuany, jedno spadek, a cztery trend stabilny. Sondaże w krajach o względnie wysokim odsetku osób używających marihuany, takich jak Niemcy, Hiszpania czy Wielka Brytania wskazują na stabilizację trendu używania tej substancji. Wzrosty odnotowano we Francji i w krajach o niskim odsetku, takich jak Finlandia, Szwecja czy Bułgaria. Znaczny wzrost od 2011 roku (dane dostępne od tego roku) odnotowano w Republice Czeskiej (EMCDDA, 2016).

W ostatnich latach również w Polsce zaobserwowano wzrost poziomu używania konopi indyjskich.

Ostatnia edycja ogólnopolskiego audytoryjnego badania ankietowego na temat używania alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną, realizowanego w ramach międzynarodowego projektu ESPAD, została przeprowadzona w Polsce w 2015 roku na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwowej Agencji Rozwiązywania

Problemów Alkoholowych (Sierosławski, 2015). Badanie wykonano na reprezentatywnej próbie uczniów klas trzecich gimnazjum i klas drugich szkół ponadgimnazjalnych. Dane wskazują, że najbardziej popularne substancje nielegalne, po które sięga młodzież, to marihuana i haszysz (tabela 1. i 2.). Przy prezentacji wyników badań użyto wskaźnika używania substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy, jako wskaźnika najlepiej odzwierciedlającego aktualny poziom używania ww. substancji wśród młodzieży. Do używania przetworów konopi w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się w 2015 roku 19% młodszych uczniów i 32% uczniów starszych. W porównaniu z dość wysokim wzrostem odnotowanym w 2011 roku, w ostatnim okresie obserwuje się nieznaczny spadek w młodszej grupie wiekowej, w starszej zaś wzrost o 3 punkty procentowe.

W przypadku pozostałych rodzajów narkotyków nie odnotowano zdecydowanych różnic pomiędzy pomiarami z 2007, 2011 i 2015 roku.

Kolejnym źródłem informacji na temat rozpowszechnienia używania narkotyków wśród młodzieży szkolnej są wyniki projektu badawczego pn. „Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – Młodzież 2013”, który został zrealizowany przez Fundację CBOS we współpracy z Krajowym Biurem (Malczewski, 2014). Badanie objęło ogólnopolską losową próbę 1360 uczniów w wieku 18-19 lat. Przy prezentacji wyników badań, podobnie jak w przypadku opisywanych powyżej wyników badań ESPAD, uwzględniono wskaźnik używania substancji psychoaktywnych w ciągu

ostatnich 12 miesięcy, jako najlepiej odzwierciedlający aktualny poziom używania ww. substancji wśród młodzieży. W badaniu przeprowadzonym w 2013 roku poziom konsumpcji większości narkotyków był zbliżony do pomiaru z 2010 roku. Wyjątek stanowią marihuana i haszysz, których używanie wzrosło w porównaniu z wcześniejszym badaniem. W 2013 roku do używania marihuany lub haszyszu w ciągu ostatniego roku przyznało się 23% badanych (w 2010 roku było to 18%).

Rynek i przestępczość

Według danych Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) marihuana i jej przetwory znalazły się także na pierwszym miejscu pod względem liczby i ilości konfiskat. Według najnowszego raportu EMCDDA w UE w 2014 roku odnotowano 229 tys. konfiskat haszyszu i 453 tys. konfiskat marihuany. Łącznie w tym okresie skonfiskowano 574 tony haszyszu i 139 ton marihuany. W porównaniu do lat poprzednich wskaźniki dotyczące konfiskat marihuany systematycznie rosną (EMCDDA, 2016). Autorzy raportu zwracają również uwagę na coraz częstsze występowanie marihuany o dużej sile działania (podwyższonym poziomie THC i obniżonym CBD).

Marihuana i jej przetwory znajdują się także na pierwszym miejscu pod względem popełnianych przestępstw. W UE spośród zgłoszonych ok. 1,6 mln przestępstw, 57% było związanych z przetworami konopi. Największy udział w tych przestępstwach miało posiadanie, a marihuana stanowiła trzy czwarte wszystkich przestępstw o posiadanie.

Leczenie i nagłe interwencje medyczne

Cytowany już raport EMCDDA wskazuje na tendencję wzrostową w przypadku osób zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy z powodu używania marihuany w Europie, a także na zmiany w zakresie wzorów używania tego środka. Ogólna liczba takich osób wzrosła z 45 tys. w 2006 roku do 69 tys. w 2014 roku, przy czym odsetek osób używających przetworów konopi codziennie wzrósł w tym okresie z 46% do 54%. W Polsce spośród wszystkich osób, które zgłosiły się po raz pierwszy do leczenia w 2014 roku 44,6% zrobiło to z powodu marihuany.

Dane Europejskiej Sieci ds. Nagłych Przypadków Związanych z Narkotykami (Euro-DEN) wskazują na używanie przetworów konopi jako trzecią przyczynę nagłych interwencji medycznych. W 2014 roku w Europie 16% interwencji spośród 5409 zostało podjętych w związku z używaniem konopi indyjskich; wyższe wskaźniki dotyczyły tylko kokainy – 17% i heroiny – 24%. Stały wzrost liczby nagłych interwencji związanych z użyciem konopi odnotowuje np. Hiszpania. Według autorów raportu EMCDDA „siła działania zarówno haszyszu, jak i marihuany jest ponadprzeciętnie wysoka, co jest niepokojące, ponieważ może narazić konsumentów na większe ryzyko ostrych i przewlekłych problemów zdrowotnych”.

Możliwe zastosowanie marihuany w celach medycznych

W grupie chorób somatycznych wskazuje się na skuteczność leczenia kannabinoidami pacjentów cierpiących z powodu bólu przewlekłego (związanego m.in. z chorobą nowotworową czy w opiece nad osobami w stanach terminalnych), układu oddechowego (astmy), chorób oczu (jaskry) czy stwardnienia rozsianego. Jako najbardziej przekonujące klinicznie wskazuje się na pozytywne rezultaty stosowania kannabinoidów w niesieniu ulgi pacjentom cierpiącym z powodu wzmożonego napięcia mięśniowego, działań niepożądanych chemioterapii (np. nudności) czy pomoc w terapii osób chorych na AIDS (Jabłoński, 2015). W większości przypadków istnieją badania świadczące o możliwej skuteczności przetworów konopi w terapii ww. chorób i towarzyszących objawów, ale ich wyniki często budzą wiele wątpliwości ze względu na

Tabela 1. Odsetek uczniów w wieku 15-16 lat, którzy używali poszczególnych środków w ciągu ostatnich 12 miesięcy – wyniki badania ESPAD.

| Substancja | 1995 | 1999 | 2003 | 2007 | 2011 | 2015 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|
| Marihuana, haszysz | 7 | 12 | 15 | 11 | 20 | 19 |
| Substancje wziewne | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 |
| Ecstasy | - | - | 2 | 1 | 2 | 3 |

Źródło: IPIŃ, ESPAD, 2015.

Tabela 2. Odsetek uczniów w wieku 17-18 lat, którzy używali poszczególnych środków w ciągu ostatnich 12 miesięcy – wyniki badania ESPAD.

| Substancja | 1995 | 1999 | 2003 | 2007 | 2011 | 2015 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|
| Marihuana, haszysz | 10 | 17 | 26 | 17 | 29 | 32 |
| Substancje wziewne | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| Ecstasy | - | - | 4 | 3 | 3 | 2 |

Źródło: IPIŃ, ESPAD, 2015.

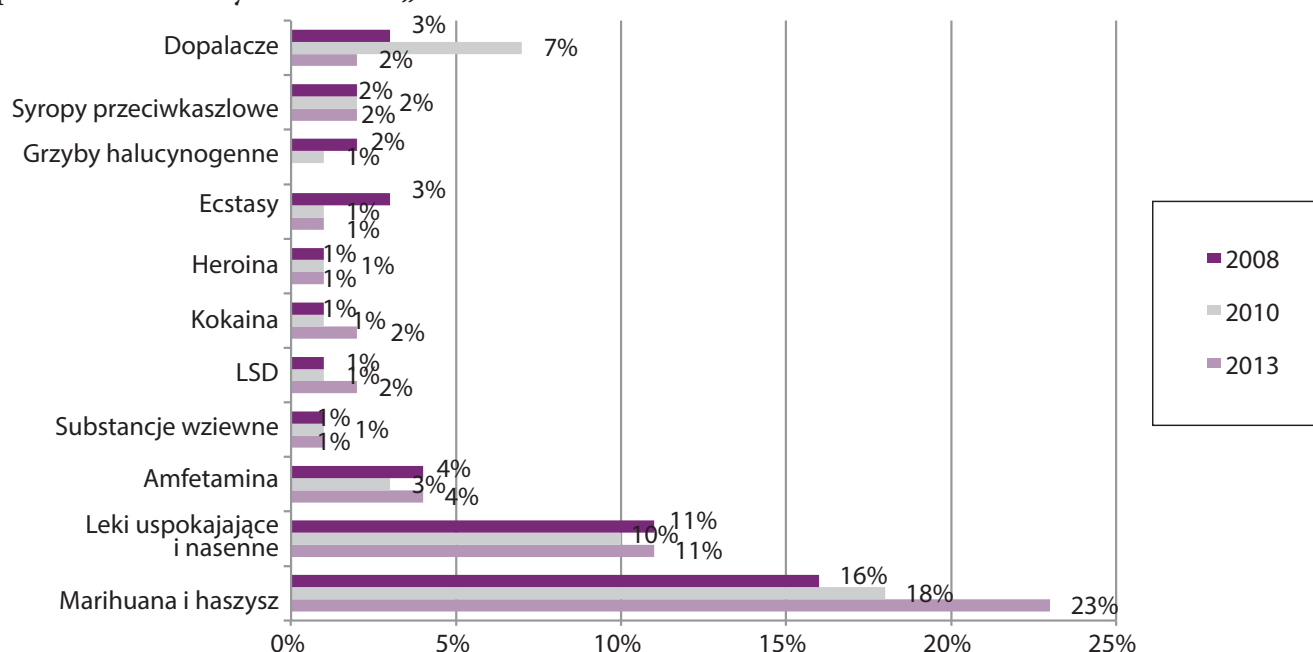
niską liczbę analizowanych przypadków bądź inne ograniczenia metodologiczne. Dlatego skuteczność zastosowania marihuany w leczeniu wymienionych schorzeń nie została w pełni dowiedziona. Jak pisze Matts: „istnieje wiele twierdzeń o terapeutycznych efektach marihuany, tylko niewiele z nich jest poparta dowodami” (Matts, 2016).

Dyskusja na temat zastosowania marihuany w celach leczniczych

Dyskusja na temat marihuany stosowanej do celów medycznych odbywa się na całym świecie. Ma swoich zwolenników i przeciwników. Dzieli także środowisko naukowe. Niewątpliwie istnieje wiele badań dostarczających obiecujących wyników w zakresie skuteczności leczenia opartego na marihuanie. Jednak porównywalna liczba badań wskazuje na nieefektywność takiego leczenia. Każde z tych badań ma ograniczenia metodologiczne, jest realizowane na zbyt małych próbach bądź jest oparte na błędnych założeniach, lub też świadczy o jedynie potencjalnej skuteczności marihuany w leczeniu. Jak twierdzi prof. Mazurkiewicz-Beldzińska z Kliniki Neurologii Rozwojowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, „nie mamy żadnych danych, że marihuana działa terapeutycznie, jak również nie ma żadnych danych, że nie działa” („Służba Zdrowia”, 2015). Beldzińska w swojej wypowiedzi zwraca uwagę na istotne kwestie toczącej się dyskusji społecznej: „Moim zdaniem

w przypadku tzw. medycznej marihuany mamy do czynienia z paradoksalną sytuacją, w której przy pomocy dzieci próbuje się uzyskać przyzwolenie społeczne na marihuanę dla dorosłych. Jeśli mieszają się do tego grupy ludzi, którzy lobbują za marihuaną, to jesteśmy w dwóch różnych miejscach. My mówimy o leczeniu pochodnymi marihuany, natomiast legalizacja marihuany z tym leczeniem nie ma nic wspólnego”. W podobny sposób problem formułuje dr Habrat z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie: „Daleko bardziej interesującą kwestią jest pozamedyczne funkcjonowanie wyników badań naukowych. Wydaje się, że wyniki pozytywne mają małe znaczenie kliniczne, natomiast odgrywają znaczną rolę w poprawie wizerunku całokształtu zagadnień związanych z używaniem marihuany” (Habrat, 2015). Habrat zwraca uwagę także na potencjalne niepożądane konsekwencje nieprzemyślanego wprowadzenia szerokiego dostępu do marihuany w celach leczniczych: „Najlepszym tego przykładem są obserwowane procesy społeczne w niektórych stanach USA, w których wyniki badań nie przełożyły się na lepszy dostęp osób chorych do preparatów zawierających odpowiednio dobrane pod kątem klinicznym, farmaceutycznie czyste i stosownie dawkowane kannabinoide, lecz dość łatwym dostępem do marihuany bez wskazań lekarskich, bez kontroli dawkowania i czasu stosowania oraz monitorowania działań niepożądanych”. Nie można jednak ze stuprocentową pewnością podważać możliwości stosowania marihuany w leczeniu. Takie stano-

Wykres 1. Odsetek uczniów w wieku 18-19 lat, którzy używali poszczególnych środków w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem – wyniki badania „Młodzież”.



Źródło: Fundacja CBOS „Młodzież 2013”.

wisko przyjęła większość narodowych i międzynarodowych organizacji zajmujących się sektorem zdrowia publicznego. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) z jednej strony podkreśla szkody, jakie mogą wynikać z problemu nadużywania czy uzależnienia od marihuany lub haszyszu, z drugiej zaś potwierdza terapeutyczne działanie niektórych kannabinoidów wykazane w kilku kontrolowanych badaniach. WHO jest świadome statusu prawnego kannabinoidów (nielegalności na mocy Konwencji Narodów Zjednoczonych z 1961 roku), jednakże z punktu widzenia medycznego uznaje, że badania w tej dziedzinie winny być kontynuowane.

Konsekwencje zastosowania marihuany w terapii

Kilka krajów europejskich i część stanów w USA zdecydowało się na dopuszczenie zastosowania marihuany do celów leczniczych. Przyjęto jednak różne modele dystrybucji. Poza kwestiami terapeutycznymi podjęto próby ewaluacji, jak takie zmiany wpłynęły na konsumpcję marihuany w społeczeństwie. Badania te także nie dają jednoznacznego obrazu. Cerda i in. (2012) dokonali analizy danych z badań populacji generalnej w Stanach Zjednoczonych, porównując rozmiary używania i nadużywania marihuany oraz uzależnienia od jej przetworów w stanach, które wprowadziły prawo zezwalające na terapeutyczne wykorzystanie marihuany i w stanach, które nie wprowadziły takiego prawa. Wyniki analizy wykazały wyższe odsetki osób używających i uzależnionych od marihuany w stanach z prawem pozwalającym na medyczne wykorzystanie marihuany niż w stanach, które nie wprowadziły takiego prawa. Jednak różnice te nie zostały stwierdzone w przypadku używania konopi w ostatnim roku. Może to sugerować, że stany, które wprowadziły zmiany prawne umożliwiające stosowanie marihuany do celów leczniczych, charakteryzowały się wyższym odsetkiem używania marihuany już przed wprowadzeniem zmian. Nie można jednakże wykluczyć, że wprowadzenie takich zmian prawnych może się przyczynić do wzrostu poziomu używania poprzez zmianę norm społecznych dotyczących postrzegania bezpieczeństwa i akceptacji używania marihuany, ale to wymaga dalszych prac badawczych.

Niektóre analizy sugerują, że wpływ wprowadzenia prawa dopuszczającego stosowanie marihuany w celach medycznych na rozmiar używania marihuany w celach niemedycejskich w populacji jest zależny od szczegółowych wdrożonych rozwiązań prawnych. Zagadnienie to było

przedmiotem badania przeprowadzonego w Stanach Zjednoczonych w 2015 roku (Pacula i in., 2015). Prawo w Stanach Zjednoczonych w tym zakresie wprowadza różne regulacje w poszczególnych stanach, takie jak m.in. prowadzenie rejestru osób leczonych medyczną marihuaną, pozwolenie na „domową” uprawę marihuany, sprzedaż marihuany w specjalnych punktach tzw. dispensaries. Dane dotyczące używania marihuany poddane analizie pochodziły z rejestru zgłoszeń do leczenia (TEDS Treatment Episode Data Set) w latach 1992–2011 oraz badań młodzieży przeprowadzonych w latach 1997–2011 (National Longitudinal Survey of Youth). Analizy wykazały, że w stanach dopuszczających dispensaries w porównaniu ze stanami, które nie stosują takiego rozwiązania, istnieje większe ryzyko wzrostu używania marihuany w celach niemedycejskich oraz związanych z tym negatywnych konsekwencji.

Wprowadzenie leczenia marihuaną może doprowadzić do „wypływu” tego typu substancji na rynek nielegalny i w konsekwencji używania „medycznej” marihuany w celach niemedycejskich. Szulc, analizując konsekwencje zdrowotne używania marihuany oraz stanowisko psychologów wobec legalizacji marihuany, wskazał na opracowanie Salomonsena-Sautela i in., którzy dowodzą, że 74% nastolatków w Stanach Zjednoczonych używało w ten sposób „cudzej”, tzw. medycznej marihuany (Szulc, 2013).

W związku z powyższym przy rozważaniach nad medycznym zastosowaniem marihuany należy uwzględnić również potencjalny wpływ takiego rozwiązania na poziom pozamedycjskiego używania marihuany w populacji, szczególnie, że jak wskazują badania, popyt na przetwory konopi w społeczeństwie polskim jest równie wysoki jak w innych krajach europejskich. Może to doprowadzić do finansowania przez system lecznictwa pozamedycjskiego używania marihuany.

Podsumowanie

Z przedstawionej analizy wynika, że zbyt pochopne wprowadzanie szerokiego dostępu do marihuany w celach medycznych może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie publiczne. Nie zmienia to faktu konieczności kontynuowania badań (także w formie terapii eksperymentalnej) nad zastosowaniem przetworów konopi w celach terapeutycznych, ponieważ wydaje się, że mogą one mieć potencjalne zastosowanie w terapii wspomagającej leczenie wielu schorzeń. Natomiast konieczne jest zdecydowane oddzielenie w dyskursie publicznym kwestii zastosowania marihuany

w medycynie od „ocieplania społecznego wizerunku” tej substancji i dyskusji o liberalizacji prawa narkotykowego w odniesieniu do marihuany. Jedynym kryterium do zastosowania marihuany w leczeniu powinna być jej skuteczność, a procedury jej dopuszczenia nie powinny odbiegać od procedur dopuszczania do obrotu innych leków. Dyskusję na temat zastosowania marihuany w leczeniu powinno się pozostawić lekarzom, a kwestie legalności nie powinny w żaden sposób wpływać na ocenę wartości terapeutycznych tej substancji.

Bibliografia

- Cerda M., Wall M., Keyes K. M., Galea S., Hasin D., „Medical marijuana laws in 50 states: Investigating the relationship between state legalization of medical marijuana and marijuana use, abuse and dependence”, *Drug and Alcohol Dependence*, 120(1-3), 2012.
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, „Europejski raport narkotykowy 2016: Tendencje i osiągnięcia”, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luxemburg 2016.
- Habratt B., „Marihuana, jej preparaty farmaceutyczne i ich analogi w zastosowaniu medycznym”, *Farmakologia kannabinoidów*, XXXII szkoła zimowa Instytutu Farmakologii PAN, Kraków 2015.

- Jabłoński P., „Medyczne używanie konopi”, *Serwis Informacyjny Narkomania*, nr 3 (71), 2015.
- Kielar M., „Marihuana na ziemi niczyjej”, *Służba Zdrowia*, nr 93-100 (4494-4501), 2015.
- Malczewski A., „Młodzież a substancje psychoaktywne w Młodzież 2013”, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2014.
- Metts J., „Medical marijuana: A treatment worth trying”, *The Journal of Family Practice*, Vol.65, No. 3, 178, 2016.
- Pacula R., Powell D., Heaton P., Seigny E., „Assesing the effects of medical marijuana laws on marijuana use: the devil is in the details”, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25558490 (dostęp z dnia 24.08.2016).
- Sierosławski J., „Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną województwa wielkopolskiego. Badanie ankietowe (ESPAD)”, Warszawa 2015.
- Szulc M., *Konsekwencje zdrowotne używania marihuany w świetle badań oraz propozycja ujednoczenia stanowiska psychologów wobec problemu legalizacji konopi, sformułowana w oparciu o Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa*, *Alkoholizm i Narkomania*, Tom 26, nr 4, 2013.

Przypisy

- ¹ Pierwsza publikacja w wersji angielskojęzycznej: *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2016, Vol. 23, No3, 521-524.

2 grudnia 2015 roku weszła w życie Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym¹. Zmienia ona istotnie sposób realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień oraz innych zadań związanych z przeciwdziałaniem uzależnieniom od substancji psychoaktywnych przez jednostki samorządu terytorialnego.

REFLEKSJE DOTYCZĄCE ROZWIĄZAŃ PRAWNYCH W USTAWIE O ZDROWIU PUBLICZNYM Z PERSPEKTYWY SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Sławomir Pietrzak
Psycholog

Tworzenie strategii rozwiązywania problemów uzależnień

Przed wejściem w życie ustawy o zdrowiu publicznym jednostki samorządu terytorialnego były zobowiązane do opracowywania swojej strategii działań w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom w formie gminnego programu przeciwdziałania narkomanii oraz gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Programy te musiały uwzględniać zadania i kierunki określone w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii oraz Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Ustawa o zdrowiu publicznym zmienia brzmienie art. 10 ust. 2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii². Obecnie wójt (burmistrz, prezydent miasta) w celu realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii nadal opracowuje projekt gminnego programu przeciwdziałania narkomanii, biorąc jednakże pod uwagę

cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia. Ustawa zmienia również treść ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi³ dotyczącą tworzenia gminnych programów. Realizacja zadań związanych z przeciwdziałaniem alkoholizmowi jest prowadzona tak jak dotychczas, w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, uwzględniającego teraz cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, określone w Narodowym Programie Zdrowia. Sposób tworzenia gminnych programów nie ulegnie więc zmianie – jednostki samorządu terytorialnego nadal będą miały dużą swobodę we wskazywaniu działań, jakie mają zamiar podejmować w celu ograniczenia problemów wynikających z uzależnienia, ale nadal działania te muszą uwzględniać cele i kierunki strategiczne określone w aktach normatywnych opracowanych na szczeblu centralnym. Samorządy będą zobowiązane uwzględniać w swoich programach, począwszy od tych uchwalanych na rok 2017, cele określone w Narodowym Programie Zdrowia⁴.

Zadania dotyczące przeciwdziałaniu uzależnieniom zostały zawarte w celu operacyjnym „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi”, na który składają się następujące zadania: „Krajowy program przeciwdziałania narkomanii”, „Krajowy program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych”, „Program zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych” oraz „Program Przeciwdziałania Uzależnieniom Behawioralnym”.

Jednostki samorządu terytorialnego mogą realizować jako zadania własne jedynie te, które zostały zapisane w zadaniach: „Krajowy program przeciwdziałania narkomanii”, „Krajowy program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych”, „Program zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych”. Zadania związane z profilaktyką i przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym nadal pozostają w gestii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, będącego dysponentem Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

Sposób finansowania i zlecenia zadań

Ustawa o zdrowiu publicznym wprowadza znaczące zmiany w sposobie finansowania zadań, które zostały zapisane w Narodowym Programie Zdrowia.

Artykuł 13 ustawy określa, że zadania z zakresu zdrowia publicznego są finansowane ze środków pozostających w dyspozycji: ministra właściwego do spraw zdrowia, innych ministrów lub centralnych organów administracji rządowej oraz agencji wykonawczych i innych państwowych jednostek organizacyjnych, w tym Narodowego Funduszu Zdrowia, realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz jednostek samorządu terytorialnego.

Z kolei art. 14 tej ustawy określa sposób przekazywania środków finansowych realizatorom działań: „Powierzenie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez odpowiedniego dysponenta środków, o których mowa w art. 13, odbywa się w trybie konkursu ofert ogłaszanego przez tego dysponenta”. Zgodnie z ustawą możliwe jest przekazanie środków realizatorowi zadania z pominięciem konkursu ofert, ale jedynie w przypadku, gdy w Narodowym Programie Zdrowia określono podmiot właściwy do realizacji tego zadania oraz wskazano, że powierzenie jego realizacji następuje na wniosek tego podmiotu składany do odpowiedniego dysponenta środków.

Zapisy art. 14 oznaczają, że do ogłaszanego przez jednostkę samorządu terytorialnego konkursu mogą zgłaszać się, zgodnie z art. 3 ust. 2 ustawy, podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w ustawie, w tym organizacje pozarządowe, podmioty lecznicze, osoby prawne, a także osoby fizyczne.

Istotne dla samorządów zapisy zawiera również ust. 4 art. 14, mówiący o tym, że: „Do wyboru realizatorów zadań nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych⁵ oraz przepisów o prowadzeniu działalności pożytku publicznego na podstawie zlecenia realizacji zadań publicznych, o których mowa w rozdziale 2 działu II ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie⁶”.

Ustawa o zdrowiu publicznym nie wyklucza jednak możliwości stosowania innych niż wymienione wyżej ustawy przy zlecaniu zadań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom. Ustawą, z której w szczególności mogą korzystać jednostki samorządu terytorialnego, jest ustawa o działalności leczniczej⁷, której art. 38 ust. 2 wskazuje, że jednostka samorządu terytorialnego może nałożyć na podmiot leczniczy, będący spółką kapitałową, w której jedynym albo większościovym udziałowcem albo akcjonariuszem jest ta jednostka, lub samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej lub samorządową jednostką budżetową, dla których ta jednostka jest podmiotem tworzącym, obowiązek wykonania określonego zadania. Takim zadaniem może być

na przykład realizacja programu promocji zdrowia lub profilaktyki chorób.

Podstawowym trybem zlecenia zadań według ustawy jest tryb konkursowy. Tak, jak wspomniano wcześniej, możliwe jest również przekazanie środków realizatorowi zadania z pominięciem konkursu ofert, ale jedynie w przypadku, gdy w Narodowym Programie Zdrowia określono podmiot właściwy do realizacji tego zadania oraz wskazano, że powierzenie jego realizacji następuje na wniosek tego podmiotu składany do odpowiedniego dysponenta środków. W ogłoszeniu o konkursie ofert jednostki samorządu terytorialnego muszą dokładnie określić nazwę zadania będącego przedmiotem konkursu ofert; wysokość środków przeznaczonych na jego realizację; terminy i warunki realizacji zadania; kryteria oceny ofert; miejsce i termin składania ofert; termin rozstrzygnięcia konkursu ofert; termin i sposób ogłoszenia wyników konkursu ofert; sposób odwołania się od rozstrzygnięcia konkursu ofert; poziom i sposób obliczania minimalnego współfinansowania zadania przez podmiot ogłaszający konkurs, jeżeli współfinansowanie zadania jest warunkiem otrzymania środków; wykaz dokumentów, które należy dołączyć do oferty; informację o możliwości odwołania konkursu ofert przed upływem terminu na złożenie ofert oraz możliwości przedłużenia terminu złożenia ofert i terminu rozstrzygnięcia konkursu ofert oraz sposób złożenia oferty i dodatkowych dokumentów. W konkursie ofert można zamieścić także opis sposobu oceny ofert w zakresie każdego z kryteriów oceny ofert oraz sposób i terminy przekazania środków na rzecz realizatorów zadań.

Zapisy ustawy pozostawiają znaczną swobodę dysponentom w zakresie ustalania warunków konkursu. Nie określają m.in., jak długo może być realizowane zadanie, jednakże analiza zapisów projektu Narodowego Programu Zdrowia wskazuje, że zadania winny być realizowane w sposób ciągły przez okres realizacji Programu. Wydaje się więc, że maksymalny czas realizacji zadania, na którego realizację ogłaszany jest konkurs, nie może przekroczyć daty końcowej obowiązywania Narodowego Programu Zdrowia.

Ustawa nie precyzuje wszystkich istotnych z punktu widzenia jednostek samorządu terytorialnego elementów procesu zlecenia zadań z zakresu zdrowia publicznego. W ustawie brakuje zapisów dotyczących minimalnego czasu publikacji ogłoszenia konkursowego w Biuletynie Informacji Publicznej, co może (ale nie musi) ograniczać dostępność ogłoszenia dla potencjalnych oferentów. Brak jest również zapisów dotyczących obowiązku składania

przez realizatorów zadań sprawozdań z realizacji umowy. Jest to o tyle istotne, że art. 17 ust. 5 ustawy o zdrowiu publicznym wskazuje, że do środków przekazywanych na podstawie umowy, w zakresie nieuregulowanym w ustawie, stosuje się przepisy o finansach publicznych dotyczące dotacji, co implikuje konieczność precyzyjnego rozliczenia przekazanych środków.

Ustawodawca nie wskazał również rozwiązania polegającego na określeniu w przepisach wykonawczych (np. w rozporządzeniu ministra zdrowia) ramowego wzoru umowy i sprawozdania, tak jak miało to miejsce np. w przepisach wykonawczych do ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w związku z czym pozostawił dysponentom środków dużą dowolność w zakresie formy umowy zawieranej z wykonawcami umowy.

W związku z powyższym wydaje się, że w ogłoszeniu konkursowym dysponenti środków powinni zamieszczać informację o konieczności złożenia przez realizatora zadania sprawozdania z jego wykonania (zapis taki winien znaleźć się również w zawartej umowie). Wskazane byłoby również zamieszczanie (np. jako załączników do ogłoszenia) wzoru umowy i sprawozdania.

Obowiązki sprawozdawcze jednostek samorządu terytorialnego

Ustawa o zdrowiu publicznym nakłada na jednostki samorządu terytorialnego dodatkowe obowiązki sprawozdawcze w zakresie problematyki uzależnień. Dotychczas gminy składały następujące sprawozdania z działalności w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom:

1. Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – sprawozdanie z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (PAR-PA-G1);
2. Krajowemu Biuru ds. Przeciwdziałania Narkomanii – informację z realizacji działań podejmowanych w danym roku, wynikających z gminnego programu przeciwdziałania narkomanii;
3. Radzie Gminy (Miasta) – raport z wykonania w danym roku gminnego programu przeciwdziałania narkomanii i efektów jego realizacji.

Dotychczasowe obowiązki sprawozdawcze zostały utrzymane. Dodatkowo, od roku 2017, jednostki samorządu terytorialnego mają za zadanie przekazywać właściwemu wojewodzie, do dnia 31 marca każdego roku, roczną

informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Wojewoda ma prawo zweryfikować przekazaną przez samorządy informację pod względem zgodności realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego celów i podjętych lub zrealizowanych zadań z celami operacyjnymi i zadaniami służącymi do ich realizacji, określonymi w Narodowym Programie Zdrowia. Na podstawie dostarczonych przez gminy informacji wojewoda przygotowuje i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zbiorczą informację na temat realizacji celów określonych w Narodowym Programie Zdrowia.

Zmiany na lepsze i trochę niepokoju

Niewątpliwie ustawa o zdrowiu publicznym wprowadza nowe spojrzenie na sprawy związane z rozwiązywaniem problemów uzależnień. Wiele zaproponowanych w ustawie rozwiązań daje dużo większe możliwości lepszego i efektywniejszego działania na rzecz osób uzależnionych. Wydaje się, że najważniejszym z nich jest uwzględnienie w procedurze konkursowej wszystkich rodzajów podmiotów realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego. Art. 3 ust. 2 ustawy mówi, iż: „W realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego mogą uczestniczyć podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w art. 2, w tym organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie”. W praktyce jednak może się okazać, że z katalogu tego zostaną wyłączone osoby fizyczne, gdyż z reguły prowadzą one tzw. uproszczoną księgowość, zaś przepisy prawa obligują podmioty otrzymujące dotacje ze środków publicznych do prowadzenia wyodrębnionej księgowości. Istnieje więc bardzo duże prawdopodobieństwo, że z tego względu wiele osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą nie będzie przystępowało do ogłaszanych przez jednostki samorządu terytorialnego konkursów.

Równie ważną, pozytywną zmianą jest wprowadzenie trybu konkursowego do wyboru realizatorów zadań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom. Procedura konkursowa może przyczynić się do znacznej poprawy jakości działań w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom, w szczególności oddziaływań profilaktycznych. Podniesie ona znacząco transparentność działań jednostek samorządu terytorialnego, z uwagi na konieczność precyzyjnego określenia

kryteriów oceny ofert w ogłaszanych konkursie. Samorządy zyskują również możliwość korzystania z kryterium ekonomicznego przy ocenie oferty, co powinno przełożyć się na efektywniejsze wydatkowanie środków publicznych. Należy oczywiście pamiętać o tym, że kryterium ekonomiczne nie powinno być kryterium jedynym lub najważniejszym. Kolejną szansę na poprawę jakości realizowanych przez samorządy działań, zwłaszcza w zakresie profilaktyki uzależnień, przynoszą zapisy Narodowego Programu Zdrowia. Nakładają one bowiem na samorządy zadania związane z poszerzaniem i udoskonalaniem oferty i wspieraniem realizacji programów profilaktycznych o naukowych podstawach lub potwierdzonej skuteczności, w tym w szczególności zalecanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych, a także zadania związane z upowszechnianiem standardów jakości w zakresie profilaktyki narkomanii.

Również wyłączenie przy realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego stosowania przepisów ustawy o zamówieniach publicznych (w tym brak konieczności stosowania przepisów ustawy o zamówieniach publicznych do zamówień o wartości nieprzekraczającej 30 tys. euro), powinno przyczynić się do wycofania się z „rynku” przeciwdziałania narkomanii, a zwłaszcza profilaktyki uzależnień, podmiotów oferujących tanie „oddziaływania profilaktyczne”, takie jak teatry profilaktyczne, festyny, pogadanki i inne działania o niskiej lub niesprawdzonej skuteczności.

Niestety, niektóre zapisy ustawy mogą utrudnić realizację zadań dotyczących przeciwdziałania uzależnieniom. Przykładem takiego utrudnienia może być realizacja zadań, które nie zostały uwzględnione w konkursach ogłaszanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Dotychczas ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie umożliwiała organizacjom pozarządowym ubieganie się o realizację zadania publicznego z własnej inicjatywy w trybie art. 12⁸ oraz art. 19a⁹ ustawy. O ile w przypadku art. 12 nie ma żadnych przeciwwskazań do przyjęcia wniosku organizacji i ogłoszenia na jego podstawie konkursu, zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym, to w przypadku art. 19a nie ma możliwości jego stosowania w stosunku do zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Wątpliwości rodzi również art. 18 ustawy, w którym zapisano, że nie mniej niż 10% środków przeznaczonych na realizację zadań NPZ przeznacza się na zadania z zakresu:

1. monitorowania i oceny stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa;

2. identyfikacji i analizy rozpowszechnienia czynników stanowiących zagrożenie stanu zdrowia społeczeństwa;
 - identyfikacji przyczyn nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
 - inicjowania i prowadzenia badań naukowych:
 - zmierzających do oceny związku między potencjalnymi czynnikami szkodliwymi dla zdrowia lub innymi czynnikami ryzyka a stanem zdrowia ludności,
 - dotyczących oceny skuteczności i efektywności działań z zakresu zdrowia publicznego, obejmujących testowanie skuteczności zadań z zakresu zdrowia publicznego polegających na promocji zdrowia lub profilaktyce chorób innych niż określone w NPZ.

Zapisy Narodowego Programu Zdrowia (który jest jednakże aktem prawnym niższego rzędu) wskazują, że zadania z tym związane będą realizowane głównie przez administrację centralną. Jedynym zadaniem z zakresu monitorowania problemów uzależnień na poziomie lokalnym, uwzględnionym w Narodowym Programie Zdrowia, jest przeprowadzanie badań według metodologii ESPAD. Oczywiście jest, że koszt takich badań jest nieporównywalnie niższy niż 10% budżetu przeznaczanego na rozwiązywanie problemów uzależnień. Warto więc zastanowić się nad zaangażowaniem przynajmniej części tych środków na diagnozę środowiska lokalnego, która to diagnoza jest niezbędna do przygotowania przez szkoły programu profilaktycznego szkoły, o którym mowa w rozporządzeniu ministra edukacji narodowej¹⁰.

Warto również pamiętać o tym, że zadania określone w ramach celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia (jeżeli nie wskazano inaczej), są zadaniami, które uznaje się jako zadania własne podmiotów uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego i są finansowane ze środków pozostających w ich dyspozycji. W przypadku zadań związanych z przeciwdziałaniem alkoholizmowi oraz przeciwdziałaniem narkomanii właściwe ustawy ustalają źródła finansowania działań z tym związanych. Inaczej jest w przypadku zadań związanych z zapobieganiem następstwom zdrowotnym używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych. Narodowy Program Zdrowia nakłada na samorządy zadanie związane z prowadzeniem profilaktyki tytoniowej, nie wskazując jednak źródeł finansowania takich działań. Patrząc jednak pragmatycznie – zadania te to przede wszystkim prowadzenie profilaktyki uniwersalnej, a programy profilaktyki uniwersalnej dotyczą

szerokiego spektrum uzależnień i skupiają się w znacznej mierze na budowaniu umiejętności chroniących przed wszystkimi zachowaniami ryzykownymi.

Wnioski

Ustawa o zdrowiu publicznym daje samorządom duże możliwości w zakresie kreowania i realizowania polityki związanej z uzależnieniami. Wymaga jednak od nich dużego zaangażowania w procedury związane ze zlecaniem zadań z zakresu zdrowia publicznego, precyzyjnego przygotowywania zapisów konkursów oraz umów z realizatorami zadań. Dobrze wykorzystana ustawa o zdrowiu publicznym z pewnością przyczyni się do poprawy jakości świadczeń oferowanych osobom uzależnionym.

Co jest równie ważne, umiejscowienie zadań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom w zapisach ustawy o zdrowiu publicznym i zapisach Narodowego Programu Zdrowia może oznaczać, że rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami będzie się coraz bardziej przesunąć z obszaru prawa karnego do obszaru zdrowia publicznego.

Przypisy

- ¹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2015 r. poz. 1916).
- ² Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2016 r. poz. 224 z późn. zm.).
- ³ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2016 r. poz. 487).
- ⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. z 2016 poz. 1492).
- ⁵ Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 2164).
- ⁶ Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2016 r. poz. 239 z późn. zm.).
- ⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.).
- ⁸ Art. 12 ust. 1. Organizacja pozarządowa oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 mogą z własnej inicjatywy złożyć wniosek o realizację zadania publicznego, także takiego, które jest realizowane dotychczas w inny sposób, w tym przez organy administracji publicznej. Wniosek zawiera w szczególności:
 - ¹⁾ opis zadania publicznego przeznaczonego do realizacji;
 - ²⁾ szacunkową kalkulację kosztów realizacji zadania publicznego.
- ⁹ Art. 19a ust. 1. Na podstawie oferty realizacji zadania publicznego, o której mowa w art. 14, złożonej przez organizację pozarządową lub podmioty wymienione w art. 3 ust. 3, organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego uznając celowość realizacji tego zadania, może zlecić organizacji pozarządowej lub podmiotom wymienionym w art. 3 ust. 3, z pominięciem otwartego konkursu ofert, realizację zadania publicznego o charakterze lokalnym lub regionalnym, spełniającego łącznie następujące warunki:
 - ¹⁾ wysokość dofinansowania lub finansowania zadania publicznego nie przekracza kwoty 10 000 zł;
 - ²⁾ zadanie publiczne ma być realizowane w okresie nie dłuższym niż 90 dni.
- ¹⁰ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii (Dz.U. z 2015 r. poz. 1249).

Uzależnienie od narkotyków może znacząco wpływać na sytuację prawną osoby uzależnionej. Nietrudno wyobrazić sobie sytuację, w której osoba uzależniona zaciąga kredyt albo inne zobowiązanie finansowe w celu zakupu środków odurzających lub substancji psychotropowych. Ponadto uzależnienie może negatywnie wpływać na zachowanie osoby uzależnionej, np. powodować większą agresję, pobudzenie itd.

WPŁYW UZALEŻNIENIA NA SYTUACJĘ PRAWNĄ OSOBY UZALEŻNIONEJ

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Przedmiotem niniejszego opracowania będą kwestie związane z ubezwłasnowolnieniem osoby uzależnionej oraz tzw. wyrzucenie z domu. Pod tym pojęciem z jednej strony możemy odwoływać się do treści art. 13 ust. 2 Ustawy z dnia 21 czerwca 2001 r. o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego¹, zgodnie z którym współlokator może wytoczyć powództwo o nakazanie przez sąd eksmisji małżonka, rozwiedzionego małżonka lub innego współlokatora tego samego lokalu, jeżeli ten swoim rażąco nagannym postępowaniem uniemożliwia wspólne zamieszkiwanie. Z drugiej strony mamy środek zabezpieczający w postaci zakazu przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, kontaktowania się z określonymi osobami, zbliżania się do określonych osób lub opuszczania określonego miejsca pobytu bez zgody sądu.

Ubezwłasnowolnienie

Ubezwłasnowolnienie polega na pozbawieniu albo ograniczeniu przez sąd zdolności do czynności prawnych danej osoby z uwagi na chorobę osoby lub problemy psychiczne².

Istnieją dwa rodzaje ubezwłasnowolnienia:

- ubezwłasnowolnienie całkowite oznacza zupełne pozbawienie danej osoby zdolności do czynności prawnych, czynności te podejmuje zamiast niej opiekun; osoba ubezwłasnowolniona nie może samodzielnie dokonywać m.in. żadnych transakcji (zakupów, darowizn itp.), z wyjątkiem drobnych, bieżących sprawunków, np. może kupić gazetę;
- ubezwłasnowolnienie częściowe polega na tym, że ubezwłasnowolniony może osobiście podejmować

czynności prawne, ale zgodę na konkretną transakcję musi wyrazić jego kurator; osoba ubezwłasnowolniona częściowo może samodzielnie rozporządzać swoim zarobkiem i przedmiotami oddanymi do jej swobodnego użytku (np. może sprzedać otrzymane radio, rower itp.).

W ocenie Sądu Najwyższego ubezwłasnowolnienie jest instytucją powołaną w wyłącznym interesie osoby chorej, która z przyczyn określonych w art. 13 § 1 kodeksu cywilnego nie jest w stanie kierować swoim postępowaniem albo z przyczyn określonych w art. 16 § 1 kodeksu cywilnego potrzebuje pomocy w prowadzeniu spraw życia codziennego. Instytucja ubezwłasnowolnienia nie służy dobru wnoszącego o ubezwłasnowolnienie i rodziny tegoż wnoszącego³. Uwzględniając element interesu osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, należy uznać, że dla rozstrzygnięcia wniosku konieczne jest rozważenie i ustalenie dwóch przesłanek: po pierwsze, czy stwierdzony u tej osoby stan zaburzeń psychicznych wyłącza jej zdolność kierowania swym postępowaniem czy też tylko ją ogranicza i w jakim zakresie, po drugie, w razie przyjęcia istnienia pierwszej przesłanki, czy ubezwłasnowolnienie całkowite względnie częściowe jest celowe ze względu na osobiste i majątkowe stosunki tej osoby⁴. Ustalenie istnienia obu wymienionych przesłanek ubezwłasnowolnienia należy oprzeć na wszechstronnej i wnikliwej ocenie zebranego materiału, który powinien obejmować – obok opinii biegłego (lub biegłych) psychiatry⁵ – dowody z zeznań osób, z którymi uczestnik postępowania, którego dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, pozostaje w stałym lub częstym kontakcie osobistym (członkowie rodziny, sąsiedzi, znajomi, współpracownicy, lekarze, którzy

leczyli lub leczą uczestnika itp.), dokumenty dotyczące leczenia, pobytu w szpitalu itp.⁶. Ponadto, zgodnie z treścią art. 545 § 4 kodeksu postępowania cywilnego, kto zgłosił wniosek o ubezwłasnowolnienie w złej wierze lub lekkomyślnie, podlega karze grzywny.

Istnienie choroby psychicznej lub innej wskazanej w art. 13 § 1 kodeksu cywilnego nie jest przesłanką wystarczającą do orzeczenia ubezwłasnowolnienia całkowitego. Musi jej jeszcze towarzyszyć powiązana przyczynowo z tymi przyczynami niemożność kierowania swoim, szeroko rozumianym, postępowaniem przez osobę fizyczną, której wniosek dotyczy. Przez pojęcie „niemożność” należy rozumieć brak świadomego kontaktu z otoczeniem oraz brak możliwości intelektualnej oceny swojej sytuacji, swojego zachowania i wywołanych nim następstw⁷. Zatem sam fakt uzależnienia nie będzie wystarczający, aby dana osoba została ubezwłasnowolniona. Decydujące będą okoliczności danej sprawy i zebrany materiał dowodowy⁸. Zgodnie z innym orzeczeniem Sądu Najwyższego: „choroba psychiczna sama przez się nie stanowi wystarczającej przesłanki ubezwłasnowolnienia, lecz może je uzasadniać tylko wówczas, gdy chory psychicznie nie jest w stanie kierować swym postępowaniem. Nie każda zaś choroba psychiczna pociąga za sobą taki skutek. Zależy to od rodzaju i stopnia nasilenia choroby oraz od indywidualnych objawów występujących u danej osoby. Opinia więc biegłego psychiatry, obok stwierdzenia u badanego choroby psychicznej (bądź niedorozwoju albo innych zaburzeń psychicznych), powinna zawierać szczegółową ocenę zakresu jego zdolności kierowania swoim postępowaniem, opartą na gruntownej i wnikliwej analizie jego zachowania się i postępowania, kontaktów z ludźmi, w stosunkach rodzinnych, w pracy itp.”⁹.

Tym samym proces orzekania o ubezwłasnowolnieniu jest procesem złożonym, wieloetapowym. Sąd nie może poprzestać tylko na zapoznaniu się z argumentami wnioskodawcy, lecz musi ustalić, czy dana osoba rzeczywiście cierpi na wskazane we wniosku schorzenie oraz czy schorzenie to uniemożliwia lub przynajmniej utrudnia prowadzenie spraw tej osobie.

Warto w tym kontekście zwrócić uwagę na stanowisko Sądu Apelacyjnego w Białymstoku, który stwierdził, że normy zachowań nieodpowiadające przyjętym w społeczeństwie kanonom obyczajowym i moralnym (wstąpienie do sekty religijnej, zmiana światopoglądu i dotychczasowego trybu życia), jeśli nie wiążą się

z przyczyną w postaci niedorozwoju umysłowego, choroby psychicznej bądź zaburzeń psychicznych, nie uzasadniają ubezwłasnowolnienia osoby, która takie zachowanie prezentuje¹⁰. Jak już wspomniano, sytuację każdej osoby uzależnionej należy rozpatrywać indywidualnie. Bez wątplenia zażywanie substancji odurzających i środków psychotropowych może w różny sposób wpływać na zdrowie poszczególnych osób. Nie bez znaczenia będzie także fakt, jak długo trwało dane uzależnienie.

Chcąc doprowadzić do ubezwłasnowolnienia osoby uzależnionej, należy w pierwszej kolejności złożyć wniosek o ubezwłasnowolnienie oraz wykazać, że na skutek uzależnienia od narkotyków dana osoba nie potrafi pokierować swoim postępowaniem. Decydujące zdanie w tej kwestii będzie miał biegły psychiatra, który będzie weryfikował, jaki jest stan zdrowia osoby uzależnionej.

Wniosek o orzeczenie ubezwłasnowolnienia, zgodnie z art. 545 § 1 kodeksu postępowania cywilnego, może zgłosić:

- a. małżonek osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie;
- b. jej krewni w linii prostej oraz rodzeństwo;
- c. jej przedstawiciel ustawowy.

Krewni osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, nie mogą zgłaszać tego wniosku, jeżeli osoba ta ma przedstawiciela ustawowego.

Warto wyjaśnić, że wniosek o ubezwłasnowolnienie częściowe można zgłosić już na rok przed dojściem do pełnoletności osoby, której dotyczy ten wniosek.

Do wniosku należy dołączyć odpis skrócony aktów stanu cywilnego osoby, która ma być ubezwłasnowolniona, oraz osoby, która występuje z takim wnioskiem. We wniosku należy zaznaczyć, czy stan zdrowia uczestnika umożliwia mu osobiste stawienie się w sądzie celem wysłuchania. Od wniosku sąd pobiera opłatę w wysokości 40 zł. Wnioskodawca już we wniosku powinien uprawdopodobnić stan zdrowia uczestnika, wskazujący na brak możliwości pokierowania swoim postępowaniem.

Uczestnikami postępowania o ubezwłasnowolnienie są z mocy samego prawa, prócz wnioskodawcy, osoba, której dotyczy wniosek, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie. Postępowanie toczy się z udziałem prokuratora. Ponadto organizacje pozarządowe, do

których zadań statutowych należy ochrona praw osób niepełnosprawnych, udzielanie pomocy takim osobom lub ochrona praw człowieka, mogą wstąpić do postępowania w każdym jego stadium.

Zgodnie z treścią art. 547 kodeksu postępowania cywilnego, osobę uzależnioną, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, należy wysłuchać niezwłocznie po wszczęciu postępowania. Wysłuchanie powinno odbyć się w obecności biegłego psychologa oraz – w zależności od stanu zdrowia osoby, która ma być wysłuchana – biegłego lekarza psychiatry lub neurologa. W celu wysłuchania osoby, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, sąd może zarządzić przymusowe sprowadzenie tej osoby na rozprawę albo wysłuchać ją przez sędziego wyznaczonego. Na postanowienie sądu o przymusowym sprowadzeniu osoby na rozprawę przysługuje zażalenie. Niemożność porozumienia się z osobą, której dotyczy wniosek o ubezwłasnowolnienie, stwierdza się w protokole po wysłuchaniu biegłego lekarza i psychologa uczestniczących w posiedzeniu. W ocenie Sądu Najwyższego ubezwłasnowolnienie ogranicza w tak wysokim stopniu podstawowe prawa i wolności osobiste człowieka, że wszelkie uchybienia postępowania godzące w gwarancję procesową osoby, której dotyczy postępowanie o ubezwłasnowolnienie, zapewniającą tej osobie w toku tego postępowania możliwość obrony jej praw, powodują nieważność postępowania o ubezwłasnowolnienie¹¹.

W sprawach o ubezwłasnowolnienie właściwy jest sąd okręgowy miejsca zamieszkania osoby, której postępowanie dotyczy. Jak już wspomniano, sąd obligatoryjnie przeprowadza dowód z opinii biegłego psychiatry.

W ocenie Sądu Najwyższego obserwacja lekarska osoby, która ma być ubezwłasnowolniona z powodu zaburzenia psychicznego wywołanego zależnością od środków narkotycznych, powinna być dostosowana do rzeczywistych potrzeb. Osoby takiej nie należy umieszczać w zamkniętym zakładzie leczniczym wówczas, gdy wynik potrzebny do oceny istnienia u niej takiego zaburzenia czy jego braku, może być uzyskany w drodze obserwacji prowadzonej w inny sposób, np. w warunkach ambulatoryjnych¹².

Eksmisja

Eksmisja może nastąpić w przypadku przewidzianym w art. 13 ust. 2 ustawy o ochronie praw lokatorów, który

stanowi, że współlokator może wytoczyć powództwo o nakazanie przez sąd eksmisji małżonka, rozwiedzionego małżonka lub innego współlokatora tego samego lokalu, jeżeli ten swoim **rażąco nagannym postępowaniem uniemożliwia wspólne zamieszkiwanie**.

Ponadto jeżeli lokator wykracza w sposób rażący lub uporczywy przeciwko porządkowi domowemu, czyniąc uciążliwym korzystanie z innych lokali w budynku, inny lokator lub właściciel innego lokalu w tym budynku może wytoczyć powództwo o rozwiązanie przez sąd stosunku prawnego uprawniającego do używania lokalu i nakazanie jego opróżnienia.

W rozumieniu wskazanego przepisu współlokatorem jest każda osoba, która wraz z lokatorem była stroną umowy zawartej z właścicielem, a także osoba, która z mocy ustawy taki tytuł nabywa. Decydującym kryterium jest zatem wspólne zamieszkiwanie w jednym lokalu bez względu na to, czy osoby te mają oddzielne tytuły, czy samodzielne, czy też wreszcie pochodne do zajmowania lokalu¹³. Zgodnie z poglądami orzecznictwa i literatury za rażąco naganne powinny być uznane między innymi takie zachowania, które dotyczą tzw. sfery psychicznej osoby, a więc zachowania polegające na lżeniu, wyszydzaniu, straszeniu czy zadawaniu cierpienia współlokatorowi. Chodzi tutaj też o cierpienia fizyczne, takie jak bicie, duszenie czy inne zadawanie bólu. Ponieważ pojęcie „rażąco nagannego zachowania” jest pojęciem nieostrym, warto w tym zakresie odnieść się do wykładni językowej i rozważyć znaczenie słów składających się na ten zwrot, które nadaje im język polski. Zgodnie ze słownikiem języka polskiego słowo „rażący” ma dwa znaczenia. Jedno z nich to wyraźny, oczywisty, niewątpliwy, bezsporny, bardzo duży. Mając na uwadze, że przymiotnik „naganne” oznacza zasługujące na naganę, potępienie, stwierdzić należy, iż zwrot „rażąco naganne zachowanie” oznacza każde zachowanie o ujemnych cechach, które jest zachowaniem oczywiście zasługującym na społeczne potępienie. Zachowanie rażąco naganne to niewątpliwie zachowanie sprzeczne z zasadami ustalonego porządku domowego oraz zasadami współżycia społecznego, a więc ogólnie przyjętymi i powszechnie aprobowanymi normami postępowania. Oceniając, czy dane zachowanie nosi cechę rażącej naganności, należy posługiwać się oceną obiektywną, nie zaś subiektywnymi odczuciami osoby pokrzywdzonej. Ustawa wymaga zatem wykazania, iż naganne zachowanie współlokatora ma charak-

ter rażąco i uniemożliwia wspólne zamieszkiwanie. Przez rażąco naganne postępowanie uniemożliwiające wspólne zamieszkiwanie należy rozumieć powtarzające się, o dużym nasileniu złej woli, zachowanie jednego z lokatorów, powodujące, że wspólne zamieszkiwanie z nim w jednym lokalu nie jest możliwe¹⁴.

W ocenie sądu złożenie wniosku o ubezwłasnowolnienie nie może być traktowane jako jedna z okoliczności mieszcząca się w hipotezie „rażąco naganne postępowanie uniemożliwiającego wspólne zamieszkiwanie”¹⁵. Należy podkreślić, że okoliczności danej sprawy będą decydujące, czy zostanie orzeczona eksmisja. Sam fakt uzależnienia od narkotyków, nie będzie wystarczający. Jeżeli konkretna osoba, która jest uzależniona od narkotyków jest zdemoralizowana i ma np. patologiczny wpływ na swoje dzieci, z którymi mieszka, a pod wpływem narkotyków jest wulgarna i nie zwraca uwagi na ich dobro, wówczas wydaje się, że przesłanka rażąco naganne zachowania zostaje spełniona.

Przy pomocy powództwa windykacyjnego, opartego na art. 222 § 1 kodeksu cywilnego, istnieje możliwość egzekwowania prawa własności, doprowadzając do opróżnienia lokalu. Na tej podstawie sąd wyda orzeczenie nakazujące osobie uzależnionej od narkotyków opuszczenie lokalu, jednocześnie rozstrzygając, czy przysługuje mu prawo do lokalu socjalnego. Należy w tym miejscu wyjaśnić, że sąd nie może orzec o braku uprawnienia do otrzymania lokalu socjalnego wobec: kobiety w ciąży, małoletniego, niepełnosprawnego lub ubezwłasnowolnionego oraz sprawującego nad taką osobą opiekę i wspólnie z nią zamieszkałą, obłożnie chorych, emerytów i rencistów spełniających kryteria do otrzymania świadczenia z pomocy społecznej, osoby posiadającej status bezrobotnego, osoby spełniającej przesłanki określone przez radę gminy w drodze uchwały – chyba że osoby te mogą zamieszkać w innym lokalu niż dotychczas używany.

Po uzyskaniu orzeczenia sądu nakazującego opuszczenie lokalu, może się okazać, że osoba uzależniona od narkotyków nadal nie chce opuścić mieszkania. W takiej sytuacji potrzebne będzie wszczęcie postępowania egzekucyjnego, w którym to komornik doprowadzi do opróżnienia lokalu. Zgodnie z art. 1046 § 1 kodeksu postępowania cywilnego, komornik wezwie osobę uzależnioną od narkotyków do dobrowolnego opuszczenia lokalu w wyznaczonym stosownie do okoliczności terminie, po którego upływie dokona czynności potrzebnych

do wprowadzenia w posiadanie osób uprawnionych. Na tym etapie może wystąpić kilka wariantów dalszego przebiegu sprawy. Na mocy art. 1046 § 4 kodeksu postępowania cywilnego, jeżeli osoba uzależniona od narkotyków ma tytuł prawny do innego mieszkania, w którym może zamieszkać (w tym lokalu socjalnego), wtedy zostanie ona usunięta przez komornika do tego mieszkania. Jeżeli takiego tytułu nie posiada, wówczas komornik wstrzyma się z dokonaniem czynności do czasu, gdy na jego wniosek gmina (właściwa ze względu na miejsce położenia opróżnianego lokalu), wskaże dłużnikowi tymczasowe pomieszczenie. Wstrzymanie czynności komornika z tego powodu nie może jednak trwać dłużej niż 6 miesięcy. Po upływie tego terminu komornik usunie dłużnika do noclegowni, schroniska lub innej placówki zapewniającej miejsca noclegowe. Mając powyższe na uwadze, należy podkreślić, że tzw. wyrzucenie z domu osoby uzależnionej jest możliwe, przy spełnieniu określonych prawem wymogów. Bez wątplenia jest to proces długotrwały.

Środki zabezpieczające

Środki zabezpieczające mogą być orzekane tylko po popełnieniu czynu, a nie przed jego popełnieniem, tzn. nie można ich orzekać wtedy, gdy stwierdzimy, że osoba jest niebezpieczna, czyli jest prawdopodobne, że popełni ona czyn w przyszłości. Mając to na uwadze, należy podkreślić, że sytuacja osoby uzależnionej od narkotyków będzie zależeć od jej zachowania i tego, czy popełniła przestępstwo. Katalog środków zabezpieczających znajduje się w rozdziale X kodeksu karnego¹⁶ (dalej: kk). Zgodnie z treścią art. 93a kk środkami zabezpieczającymi są elektroniczna kontrola miejsca pobytu, terapia, terapia uzależnień, pobyt w zakładzie psychiatrycznym. Tytułem środka zabezpieczającego można orzec nakaz i zakazy określone w art. 39 pkt 2-3 kk, tj.: a) zakaz zajmowania określonego stanowiska, wykonywania określonego zawodu lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej, b) zakaz prowadzenia działalności związanej z wychowaniem, leczeniem, edukacją małoletnich lub z opieką nad nimi, c) zakaz przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, kontaktowania się z określonymi osobami, zbliżania się do określonych osób lub opuszczania określonego miejsca pobytu bez zgody sądu, d) zakaz wstępu na imprezę masową, e) zakaz wstępu do ośrod-

ków gier i uczestnictwa w grach hazardowych, f) nakaz okresowego opuszczenia lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym, g) zakaz prowadzenia pojazdów. Zatem zastanawiając się nad tym, czy osoba uzależniona może zostać „wyrzucona z domu” należy odpowiedzieć twierdząco, przy jednoczesnym zastrzeżeniu, że okoliczności danej sprawy są decydujące. Ponadto, jak już wspomniano, środek zabezpieczający w postaci zakazu przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, kontaktowania się z określonymi osobami, zbliżania się do określonych osób lub opuszczania określonego miejsca pobytu bez zgody sądu będzie mógł zostać orzeczony jedynie wtedy, gdy zostało popełnione przestępstwo.

Warto w tym miejscu podkreślić, że czasu stosowania środka zabezpieczającego nie określa się z góry. Ponadto w każdej chwili sąd może zmienić orzeczony wobec sprawcy środek zabezpieczający lub sposób jego wykonywania, jeżeli poprzednio orzeczony stał się nieodpowiedni lub jego wykonywanie nie jest możliwe. Środki zabezpieczające mogą zostać orzeczone wobec określonych kategorii sprawców, wśród których znajdują się osoby skazane za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka. Ponadto środki zabezpieczające można orzec w stosunku do sprawcy, wobec którego umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 kk, w razie skazania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 kk, w razie skazania za przestępstwo określone w art. 148 kk (zabójstwo), art. 156 kk (ciężki uszczerbek na zdrowiu), art. 197 kk (zgwalcenie), art. 198 kk (wykorzystanie seksualne osoby bezradnej), art. 199 § 2 kk (doprowadzenie małoletniego do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania innej czynności seksualnej poprzez nadużycie stosunku zależności lub wykorzystanie jej krytycznego położenia) lub art. 200 § 1 kk (obcowanie z małoletnim poniżej lat 15, dopuszczenie się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadzenie do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania) popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych oraz wobec skazanych na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX (przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu),

XXIII (przestępstwa przeciwko wolności), XXV (przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności) lub XXVI (przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece), popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia.

Przypisy

- ¹ Ustawa z dnia 21 czerwca 2001 r. o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego, Dz.U.2014.150 z późn. zm.
- ² <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/co-jest-ubezw%C5%82asnowolnienie>
- ³ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 29 grudnia 1983 r. I CR 377/83.
- ⁴ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 listopada 1976 r. I CR 384/76.
- ⁵ Orzecznictwo Sądu Najwyższego wskazuje na konieczność dokonania przez biegłego psychiatrę szczegółowej oceny zdolności kierowania swoim postępowaniem opartej „na gruntownej i wnikliwej analizie jego zachowania się i postępowania, kontaktów z ludźmi, w stosunkach rodzinnych, w pracy itp.” (postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 19 sierpnia 1971 r., I CR 297/71).
- ⁶ Ibidem.
- ⁷ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2013 r. I CSK 122/13.
- ⁸ Strony są obowiązane wskazywać dowody dla stwierdzenia faktów, z których wywodzą skutki prawne, a sąd może dopuścić dowód niewskazany przez stronę. Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania, na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału (art. 233 kodeksu postępowania cywilnego). Jak słusznie zauważył Sąd Apelacyjny, z dyrektywy art. 233 kodeksu postępowania cywilnego wynika obowiązek sądu polegający na wyprowadzeniu z zebranego w sprawie materiału dowodowego wniosków logicznie prawidłowych i reguła ta nie będzie zachowana, jeżeli wnioski wyprowadzone przez sąd przy ocenie dowodów nie układają się w logiczną całość zgodną z doświadczeniem życiowym, lecz pozostają ze sobą w sprzeczności, a także gdy nie istnieje logiczne powiązanie wniosków z zebranych w sprawie materiałem dowodowym (wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 16 marca 2016 r., III AUa 1791/15). W przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 17 lutego 2016 r., III AUa 985/15).
- ⁹ Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 19 sierpnia 1971 r., I CR 297/71.
- ¹⁰ Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 20 września 1994 r. I ACr 143/94.
- ¹¹ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 1978 r. IV CR 515/77.
- ¹² Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 grudnia 1983 r. II CR 398/83.
- ¹³ Wyrok Sądu Rejonowego dla Wrocławia-Śródmieścia we Wrocławiu z dnia 14 listopada 2014 r. I C 285/14.
- ¹⁴ Wyrok Sądu Rejonowego w Kłodzku z dnia 20 listopada 2012 r. I C 821/12.
- ¹⁵ Wyrok Sądu Okręgowego w Elblągu z dnia 23 stycznia 2013 r. I Ca 423/12.
- ¹⁶ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz.U.1997.88.553 z późn. zm.

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie modeli prawnych kontroli nowych substancji psychoaktywnych (NSP) stosowanych w Europie i na świecie, które mają za zadanie redukcję podaży tych substancji. Pokusiliśmy się także o próbę krytycznej analizy wspomnianych modeli kontroli NSP w kontekście możliwości ich zastosowania w polskim systemie prawnym. W opracowaniu zastosowano technikę SWOT, która polega na pogrupowaniu posiadanych informacji na cztery kategorie czynników strategicznych: mocne i słabe strony oraz szanse i zagrożenia. Należy jednak zauważyć, że przedstawiona analiza nie jest opisem szczegółowym konkretnego rozwiązania prawnego, ale jedynie wskazaniem ogólnych kierunków możliwych zmian prawnych.

ANALIZA KIERUNKÓW ROZWIĄZAŃ PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH KONTROLI NOWYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

*Michał Kidawa, Artur Malczewski
Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

Nie ma obecnie jednego modelu zorientowanego na ograniczenie podaży nowych substancji psychoaktywnych w Europie, który można by było określić jako wzorcowy. Rozwiązania prawne wobec nowych substancji psychoaktywnych opierają się na różnych rodzajach kontroli – od całkowitej delegalizacji, np. w Irlandii czy na Łotwie, do próby kontroli rynku i dopuszczenia do sprzedaży nowych substancji w Nowej Zelandii, gdzie przez pewien czas sklepy mogły legalnie sprzedawać wybrane nowe substancje psychoaktywne o niskim ryzyku szkód.

Sytuacja w Polsce

Badania szkolne ESPAD i badania Komisji Europejskiej Eurobarometr wskazują na stabilizację trendu w zakresie używania nowych substancji psychoaktywnych w Polsce. Według najnowszych badań ESPAD z 2015 roku do używania „dopalaczy” kiedykolwiek w życiu przyznało się 10% badanych 15-16-latków. W 2011 roku odsetek ten wyniósł 11%. Podobne wyniki dały badania w starszej grupie wiekowej (17-18 lat), gdzie odsetki te wyniosły odpowiednio 16% w 2011 roku i 13% w 2015 roku (ESPAD, 2015). Co najmniej stabilizację zjawiska rozpowszechnienia używania „dopalaczy” w Polsce potwierdzają także badania europejskie, prowadzone w ramach projektu Eurobarometr (2014 rok). W pierwszej połowie 2011 roku Polska (9%) zajmowała drugie, po Irlandii, miejsce pod względem rozpowszech-

nienia używania „dopalaczy” przez młodzież w wieku 15-24 lata w Europie. W kolejnym pomiarze, przeprowadzonym w 2013 roku, odsetek osób używających „dopalaczy” w naszym kraju pozostał na tym samym poziomie (9%). A trzeba podkreślić, że w zdecydowanej większości krajów UE odnotowano znaczące wzrosty, do 13% w Słowenii i Hiszpanii czy nawet do 22% w Irlandii (Eurobarometr, 2014). Obecnie Polska plasuje się w średniej europejskiej. Pomimo że wyniki powyższych badań sugerują stabilizację trendu w zakresie rozpowszechnienia używania „dopalaczy”, to jednak zwiększa się liczba zatruć nowymi substancjami. Według danych Ośrodka Kontroli Zatruć z Warszawy, w 2015 roku odnotowano 7238 podejrzeń zatruć „dopalaczami”, w tym 1966 przypadków tylko w lipcu 2015 roku (w związku z tzw. moczarem). Ta fala zatruć wystąpiła także zaraz po zdelegalizowaniu 114 substancji w ramach nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, która weszła w życie 1 lipca 2015 roku. Liczba ta była zdecydowanie niższa w latach poprzednich. W 2013 roku wyniosła 1079 przypadków, a w 2014 roku 2513 (Burda, 2016). Pomimo podejmowanych działań i wysiłku wielu służb nowe substancje psychoaktywne są w dalszym ciągu sprzedawane w punktach stacjonarnych i przez internet. Dane Inspekcji Sanitarnej świadczą o systematycznie zwiększającej się liczbie podmiotów oferujących sprzedaż nowych substancji psychoaktywnych (GIS, 2016). Inspektorzy sanitarni wskazują na problemy proceduralne

dotyczące egzekwowania kar jako źródle takiego stanu rzeczy. Ponadto substancje i produkty zawierające NSP są sprzedawane za pośrednictwem internetu, który jest bardzo trudny do kontroli.

Cel zmiany

Kluczowe dla wyboru określonego modelu prawnego lub kombinacji rozwiązań prawnych zaprezentowanych poniżej jest określenie celu, jaki przyświeca ustawodawcy, czyli zmiany, jaką chciałby osiągnąć. Polityka Polski w obszarze problemu narkotyków i narkomanii oparta jest na następujących istotnych obszarach: redukcja podaży, redukcja popytu oraz redukcja szkód. Określenia wymaga kwestia priorytetu podejmowanych działań. Biorąc pod uwagę stabilny trend używania NSP, wydaje się, że jednym z głównych celów jest ograniczenie szkód zdrowotnych związanych z używaniem nowych substancji psychoak-

tywnych lub/i ograniczenie podaży NSP. Roboczo cele można zdefiniować w następujący sposób:

1. Ograniczenie liczby zatruć i zgonów z powodu NSP – perspektywa zdrowia publicznego.
2. Zmniejszenie rynku NSP, w tym przede wszystkim sprzedaży stacjonarnej i internetowej – perspektywa ograniczenia podaży.
3. Zmniejszenie rynku NSP: sklepów stacjonarnych – perspektywa ograniczenia podaży.

Istniejące rozwiązania prawne stosowane na świecie można podzielić na:

- prawo generyczne – przewiduje obejmowanie kontrolą prawną nie tylko konkretną substancję i jej sole, estry czy izomery, ale szerszą grupę substancji. Do grupy takiej włączane są związki strukturalnie podobne do interesującej nas substancji, ale w których pierścieniach podmieniony został jakiś podstawnik,

Tabela 1. Analiza SWOT aktualnej sytuacji prawnej.

| Mocne strony: | Słabe strony: |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Takie uregulowania prawne zakładają adekwatność reakcji państwa do zagrożenia powodowanego przez konkretną substancję. • Jest zbliżona filozofią do przepisów funkcjonujących na poziomie UE. • Brak kar dla użytkowników NSP – posiadanie nie jest karalne – przepisy nie są zatem wymierzone w użytkowników, ale w producentów i handlarzy. • Rekomendacje kontroli przez Zespół ds. Oceny Ryzyka oparte na konsensusie przedstawicieli różnych instytucji. • Angażuje różne służby w zwalczanie NSP: Służbę Celną czy Inspekcję Sanitarną. | <ul style="list-style-type: none"> • Proces delegalizacji substancji jest skomplikowany i powolny – potrzebny jest złożony proces decyzyjny, co ma być wpisane do listy w rozporządzeniu ministra zdrowia, a co powinno być wpisane do załączników ustawy. • Uregulowania są mało reaktywne, ponieważ opierają się przede wszystkim na pojedynczym wpisywaniu substancji do rozporządzenia ministra zdrowia czy ustawy. • Przepisy są mało odporne na bezwładność systemów administracji publicznej – szybkość delegalizacji/umieszczenia na liście MZ zależy od szybkości działania instytucji publicznych. • Prawo pomija policję, która jest główną instytucją w Polsce zajmującą się redukcją podaży narkotyków i posiada narzędzia do walki z przestępczością narkotykową: działania operacyjne, przeszukania, aresztowanie itd. • Zapisy prawne są niejasne i niezrozumiałe, np. niejasny związek między definicją nowej substancji psychoaktywnej a środka zastępczego (obie są zagrożone tą samą sankcją). • Brak szkodliwości jako jednoznacznego kryterium klasyfikacji substancji. |
| Szanse: | Zagrożenia: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pozwala na wdrażanie polityki opartej na przesłankach naukowych poprzez podejmowanie decyzji o kontroli prawnej substancji na podstawie procedury oceny ryzyka dokonywanej przez ekspertów z wielu dziedzin nauki. • Pozwala na różnicowanie kontroli wobec NSP – rekomendacje Zespołu ds. Oceny Ryzyka (ZOR): kontrola administracyjna rozporządzenie MZ, kontrola karna – załącznik do ustawy. | <ul style="list-style-type: none"> • Trudność w egzekwowaniu kar (w przypadku sankcji administracyjnych). • Wymaga ścisłej współpracy i koordynacji pomiędzy różnymi służbami (dodatkowe obciążenie dla administracji publicznej), np. wsparcie policji przy kontroli sklepów przez Inspekcję Sanitarną. • Może być nieskuteczna, np. rosnąca liczba zatruć w latach 2013–2015, działające sklepy z NSP. |

Nowe prawo (*blanket ban*) przeciwko nowym substancjom psychoaktywnym w Wielkiej Brytanii

Ustawa o substancjach psychoaktywnych z 2016 roku, uchwalona przez brytyjski parlament na początku roku, weszła w życie w maju. Ustawa została skonstruowana w taki sposób, aby uniemożliwić producentom i dostawcom nieustannie zastępowanie kontrolowanych substancji psychoaktywnych środkami pozostającymi poza ustawową kontrolą. Brytyjskie rozwiązania wzorowane są na irlandzkich (opartych na prawie analogowym), które zostały wprowadzone, aby zamknąć sklepy z „dopalaczami” w Irlandii.

Wielka Brytania, podobnie jak Irlandia w przeszłości, jest krajem, gdzie nowe substancje są oferowane i w internecie, i w sklepach stacjonarnych.

Nowa ustawa definiuje substancję psychoaktywną jako „każdą substancję, która jest w stanie wywołać skutek psychoaktywny u osoby, która ją zażyje”. Oznacza to substancje, która poprzez swoje stymulujące lub depresyjne działanie na ośrodkowy układ nerwowy wpływa na funkcjonowanie psychiczne człowieka lub jego stan emocjonalny. Ustawa wyraźnie wyłącza: narkotyki kontrolowane, produkty medyczne, alkohol, nikotynę, produkty tytoniowe, kofeinę oraz żywność. Inne substancje mogą również być wyłączone w przyszłości. Zbyt szeroki zakres ustawy był przez niektórych ekspertów krytykowany.

Ustawa zakazuje wytwarzania, udzielania (lub posiadania z zamiarem udzielania), importowania i eksportowania substancji psychoaktywnej z zamiarem lub świadomością, że będzie ona zażywana dla wywołania skutków psychoaktywnych.

Przestępstwa polegające na udzielaniu substancji psychoaktywnych będą podlegać ostrzejszym sankcjom karnym w razie wystąpienia następujących okoliczności: bliskość szkoły, wykorzystanie osoby małoletniej jako kuriera lub popełnienie przestępstwa w instytucji penitencjarnej. Kary maksymalne przewidziane ustawą to siedem lat pozbawienia wolności w przypadku aktu oskarżenia lub rok pozbawienia wolności w przypadku trybu orzekania przyspieszonego. Ponadto w przypadku posiadania substancji na własny użytek (z wyjątkiem terenu instytucji penitencjarnej) przestępstwa się nie stwierdza. Podobnie jak polskie rozwiązania nowa brytyjska ustawa wymierzona jest zatem w sprzedawców i handlarzy, a nie w użytkowników. Wejście w życie nowych rozwiązań było przekładane i ostatecznie zostały one wdrożone 26 maja.

Nowa ustawa obowiązuje równolegle ze znowelizowaną ustawą o nadużywaniu narkotyków z 1971 roku oraz związanym z nią systemem Obejmowania Narkotyków Kontrolą Czasową (Źródło: DrugNet 94, Brendan Hughes and Angela Scrutto).

- prawo analogowe – kontrolą prawną obejmuje się substancje mające podobne (do pierwotnej substancji już objętej kontrolą) właściwości chemiczne. Bierze się pod uwagę także rodzaj efektów, jakie dana substancja wywołuje lub może wywołać. A jeżeli efekty są zbliżone lub mogą być zbliżone do skutków wywołanych przez wyjściową substancję psychoaktywną – związek taki jest obejmowany kontrolą prawną,
- prawo indywidualne – kontrolą prawną obejmuje się konkretną substancję chemiczną (a także jej sole, estry i izomery) (Kidawa, 2011).

Innym elementem różnicującym może być rodzaj sankcji. Można je podzielić na sankcje administracyjne (kary finansowe) i karne. Z kombinacji tych dwóch cech stworzyliśmy kilka modeli i przeprowadziliśmy analizę SWOT pod kątem możliwości ich wykorzystania w polskim systemie

prawnym. Analizie poddaliśmy także przepisy obecnie stosowane w Polsce (tabela 1.).

Analiza obecnej sytuacji prawnej

Obecne przepisy zakładają adekwatność działań ze strony organów państwowych wobec powodowanych przez konkretne substancje zagrożeń dla zdrowia publicznego. W prawie funkcjonuje bardzo ogólna definicja środka zastępczego, według której jest to „produkt zawierający co najmniej jedną nową substancję psychoaktywną lub inną substancję o podobnym działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów

Tabela 2. Analiza SWOT prawa analogowego z zastosowaniem sankcji karnych – *blanket ban*.

| Mocne strony: | Słabe strony: |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Kontrola wszystkich NSP – w tym nowo pojawiających się związków – duża reaktywność. Brak konieczności ciągłych nowelizacji u.o.p.n. o nowe substancje pojawiające się na rynku. Zwalczanie rynku nowych substancji w kompetencjach przygotowanej do redukcji podaży policji. | <ul style="list-style-type: none"> Nadregulacja – nieadekwatny poziom kontroli w stosunku do zagrożenia powodowanego przez substancje. Trudność w stworzeniu ogólnej definicji ustawowej NSP i określeniu jej podstawowych kryteriów (psychoaktywność?, szkodliwość? – jakie kryteria). Dodatkowe obciążenie dla policji. |
| Szanse: | Zagrożenia: |
| <ul style="list-style-type: none"> Możliwość znacznego ułatwienia ścigania wprowadzania do obrotu oraz produkcji NSP, także w przypadku małej skali. Likwidacja legalnej lub quasi-legalnej sprzedaży NSP. Ograniczenie dostępu do NSP. Pozytywny efekt PR wprowadzenia takiego prawa. Odciążenie Inspekcji Sanitarnej, której zadania przejąłaby w dużym stopniu policja. Jasne zdefiniowanie roli policji w stosunku do NSP, która obecnie posługuje się art. 165 Kodeksu karnego. Likwidacja punktów sprzedaży stacjonarnej NSP, co miało miejsce w Irlandii. | <ul style="list-style-type: none"> Rozwiązanie może zostać uznane za niekonstytucyjne – niespełniające reguły dookreśloności prawa. Mogą się pojawić trudności w interpretacji, które substancje wchodzi w zakres definicji prawa analogowego. Trudności w postępowaniu procesowym – konieczność udowodnienia przez organy policji i prokuratury, że dana substancja mieści się w zakresie definicji. Możliwe ograniczenie wolności gospodarczej, ponieważ kontrolą mogą być objęte substancje wykorzystywane w gospodarce. Ukrycie zjawiska – zepchnięcie NSP do czarnego rynku – rozdrobnienie rynku – dark net, trudności w dotarciu do użytkowników NSP. Może spowodować powrót do stosowania przez użytkowników „starych”, tradycyjnych narkotyków. Możliwy wzrost zatruc i zgonów tuż przed oraz zaraz po wprowadzeniu nowelizacji. |

odrębnych; do środków zastępczych nie stosuje się przepisów o ogólnym bezpieczeństwie produktów”. Wprowadzanie do obrotu oraz produkcja środków zastępczych są obwarowane sankcją administracyjną. Odpowiedzialność za stosowanie przepisów spada na Inspekcję Sanitarną. Dodatkowo od 1 lipca 2015 roku funkcjonuje Zespół ds. Oceny Ryzyka. W założeniu ma on oceniać substancje pod względem ryzyka, jakie powoduje ich używanie oraz rekomendować ministrowi zdrowia dalsze kroki w zakresie ich kontroli. W przypadku substancji o umiarkowanym ryzyku Zespół może rekomendować umieszczenie ich w wykazie nowych substancji psychoaktywnych. Oprócz pojedynczych substancji Zespół może rekomendować umieszczenie w tym wykazie grupy chemicznej obejmującej więcej niż jedną substancję (rozwiązanie prawa generycznego). Wykaz ten w założeniu ma stanowić dodefiniowanie/operacjonalizację szerokiej definicji środka zastępczego, co stanowi ułatwienie w procesie orzekania (po identyfikacji substancji), czy dana substancja mieści się w ww. definicji. W założeniu miało to uprościć pracę inspektorom sanitarnym, którzy nie zawsze posiadają wystarczającą wiedzę chemiczną. Zespół może także,

w przypadku substancji najbardziej niebezpiecznych, zarekomendować ministrowi zdrowia zdelegalizowanie substancji. Wtedy zostają one dodane do załączników ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i są kontrolowane tak samo jak narkotyki.

Proponowane kierunki zmiany – prawo analogowe z zastosowaniem sankcji karnych – *blanket ban*

Jedna ze zmian mogłaby iść w kierunku wprowadzenia ogólnych zapisów (zbliżonych do obecnej definicji środka zastępczego) dotyczących zakazu wprowadzania do obrotu i produkcji NSP. Za złamanie przepisów obowiązywałaby sankcja karna identyczna bądź zbliżona do kar przewidzianych za produkcję i wprowadzanie do obrotu narkotyków. Posiadanie pozostałoby poza zakresem penalizacji. W praktyce oznaczałoby to utrzymanie już funkcjonujących rozwiązań prawnych, ale zastąpienie sankcji administracyjnych sankcjami karnymi i przeniesienie kompetencji w zakresie zwalczania NSP na organy ścigania (policję, prokuraturę).

Tabela 3. Analiza SWOT rozwiązań generycznych z zastosowaniem sankcji karnych.

| Mocne strony: | Słabe strony: |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pozwala na ograniczenie konieczności ciągłych nowelizacji u.o.p.n. – szybki instrument. • Uproszczenie systemu, ponieważ obejmuje on większość NSP. | <ul style="list-style-type: none"> • Nie obejmuje wszystkich substancji, w szczególności z grupy syntetycznych kannabinoidów. • Konieczność wypracowania bardzo precyzyjnych definicji, których zrozumienie wymaga eksperckich opinii. • W dalszym ciągu konieczność modyfikacji prawa. |
| Szanse: | Zagrożenia: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ograniczenie legalnej lub quasi-legalnej sprzedaży NSP. • Ograniczenie dostępu do NSP dla użytkowników. • Likwidacja punktów sprzedaży stacjonarnej NSP. | <ul style="list-style-type: none"> • Najprawdopodobniej spowoduje konieczność modyfikacji NSP przez producentów i handlarzy (poszukiwania nowych grup chemicznych), co w konsekwencji może wpłynąć na pojawienie się bardziej niebezpiecznych związków. • Rozwiązanie może zostać uznane za niekonstytucyjne – niespełniające reguł dookreśloności prawa. |

Nowa Zelandia

W odpowiedzi na rozprzestrzenianie się zjawiska „dopalaczy” rząd Nowej Zelandii opracował nowe przepisy regulujące produkcję i sprzedaż substancji psychoaktywnych „niskiego ryzyka”. Ustawa o substancjach psychoaktywnych została przyjęta w lipcu 2013 roku. Zobowiązuje ona wytwórców do finansowania wstępnych i właściwych badań klinicznych gotowych produktów przed ich oficjalnym zatwierdzeniem i wprowadzeniem na rynek celem udowodnienia ich niskiego ryzyka. Nowe podejście ma na celu ograniczenie popytu na substancje stanowiące potencjalne ryzyko zarówno dla osób indywidualnych, jak i całego społeczeństwa. Ministerstwo Zdrowia oszacowało, że badania kliniczne pojedynczego produktu mogą kosztować nawet 2 mln dolarów nowozelandzkich (1,25 mln euro) i trwać od roku do 2 lat. Producent zobowiązany jest również do uiszczenia opłaty w wysokości 175 tys. dolarów nowozelandzkich na rzecz regulatora, aby uzyskać zgodę na przeprowadzenie badania danego produktu. Wprowadzono również szereg dodatkowych ograniczeń. Sprzedaż zatwierdzonych produktów można prowadzić wśród osób powyżej 18. roku życia i nie może ona odbywać się w sklepach spożywczych, monopolowych ani na stacjach benzynowych. Reklama ma ograniczać się jedynie do terenu punktu handlowego, natomiast inne formy promocji są zakazane. Opakowania produktów winny jasno wymieniać zawarte w nich składniki oraz wskazywać na zagrożenia dla zdrowia. Dystrybucja jakichkolwiek substancji psychoaktywnych niedopuszczonych do oficjalnego obrotu zagrożona jest karą do 2 lat więzienia, natomiast posiadanie tego typu substancji na własny użytek zagrożone jest cywilną karą grzywny w wysokości 300 dolarów nowozelandzkich (tzn. nie następuje skazanie z mocy prawa karnego). W myśl tego typu rozwiązania substancję psychoaktywną można zdefiniować jako produkt, którego głównym celem jest wywołanie działania psychoaktywnego i który nie jest przedmiotem innych przepisów prawa (np. alkohol, tytoń, leki ziołowe). Od lipca 2013 roku do czasu opracowania obecnych przepisów obowiązywały przepisy przejściowe, które zniesiono odpowiednią poprawką w maju 2014 roku po fali doniesień o negatywnych skutkach zażywania produktów i zakłóceniach porządku publicznego wokół dystrybuujących je sklepów. Przedmiotowa poprawka wprowadziła moratorium na przyjmowanie wniosków do czasu wprowadzenia nowych przepisów, a także zakaz uwzględniania we wnioskach wyników badań na zwierzętach. Nowe przepisy definiujące produkt oraz wnioski o udzielenie licencji weszły w życie w listopadzie 2014 roku (Źródło: POD EMCDDA 2015). Nowe rozwiązania napotkały na problemy w implementacji, ponieważ otrzymanie licencji na sprzedaż nowych substancji warunkowane jest koniecznością przeprowadzenia badań na zwierzętach, które z kolei z powodów etycznych nie są dozwolone w przypadku tego typu substancji.

Tabela 4. Analiza SWOT modelu nowozelandzkiego.

| Mocne strony: | Słabe strony: |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Uproszczenie systemu. • Możliwość regulowania przez państwo rynku NSP. • Ograniczenie ryzyka zdrowotnego dla użytkowników poprzez dopuszczenie do sprzedaży mniej ryzykownych NSP pod względem rodzaju substancji, stężenia, zanieczyszczeń (standardy produkcji tak jak dla leków). • Dochody dla państwa ze sprzedaży NSP. • Możliwość monitorowania rynku NSP: sprzedawców, produktów, dochodów itd. | <ul style="list-style-type: none"> • Przyzwolenie na używanie NSP. • Brak akceptacji części społeczeństwa dla takiego rozwiązania. • Wysokie koszty administrowania całym systemem. |
| Szanse: | Zagrożenia: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Kontrola rynku NSP. • Ograniczenie występowania bardziej szkodliwych NSP. • Ograniczenia liczby zatruć pojawiających się w wyniku delegalizacji NSP. • Używanie mniej ryzykownych nowych substancji może ograniczyć używanie narkotyków i alkoholu. | <ul style="list-style-type: none"> • Wzrost poziomu używania substancji legalnych i nielegalnych. • Mogące wystąpić uzależnienia oraz szkody zdrowotne. • Częściowa odpowiedzialność państwa za wprowadzane produkty. • Trudne do oszacowania długoterminowe szkody z powodu używania NSP o niskim ryzyku. |

Proponowane kierunki zmiany – prawo generyczne z zastosowaniem sankcji karnych

Wprowadzenie definicji generycznych grup związków do załączników ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Za złamanie przepisów groziłyby sankcje karne. Posiadanie pozostałoby poza zakresem penalizacji. Prawo generyczne zostało wprowadzone przez szereg krajów europejskich, zarówno takich, które miały lub mają duży problem z NSP (np. Węgry czy Łotwa), jak również takich, gdzie NSP nie były zbyt popularne (np. Finlandia, Francja, Bułgaria czy Litwa). W tym roku rozwiązania generyczne wprowadzi Estonia.

Proponowane kierunki zmiany – model nowozelandzki

Model nowozelandzki został opisany w ramce na stronie 19. Co do zasady zakłada on reglamentowaną i kontrolowaną przez państwo sprzedaż NSP.

Utrzymanie status quo ze zmianami w istniejących przepisach

Model ten zakłada utrzymanie filozofii obecnie istniejących przepisów, z wprowadzeniem rozwiązań poprawiających ich funkcjonowanie w praktyce. Ma na celu podniesienie ich przejrzystości i efektywno-

ści, głównie w obszarze zdrowia publicznego. Model zakłada:

- Usprawnienie mechanizmów oceny ryzyka poprzez określenie jasnych kryteriów wyboru substancji do oceny, kryteriów samej oceny, większe zaangażowanie środowisk stricte naukowych oraz przyspieszenie i usprawnienie procedury.
- Wprowadzenie definicji generycznych do wykazów publikowanych w rozporządzeniu ministra zdrowia definiujących, jakie substancje to nowe substancje psychoaktywne.
- Stworzenie centralnego systemu rejestracji zatruć dostępnego dla organów ścigania.
- Wymiana informacji z organami ścigania o zatruciach (organy policji i prokuratury) w celu zapewnienia podstaw do stosowania art. 165 Kodeksu karnego (wsparcie szkoleniami prokuratorów i sędziów).
- Szybka ścieżka legislacyjna – szybkie wprowadzanie niewielkiej liczby substancji do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii przy jednoczesnym unikaniu wprowadzania dużej liczby substancji jednocześnie.

Wnioski i rekomendacje

Wybór określonego modelu prawnego wymaga przede wszystkim określenia celu, jaki chcemy osiągnąć. W naszej opinii jednym z kluczowych obszarów z perspektywy zdrowia publicznego wymagającym pilnej interwencji jest ograniczenie liczby zatruć oraz innych konsekwencji

Tabela 5. Analiza SWOT utrzymania status quo ze zmianami w istniejących przepisach

| Mocne strony: | Słabe strony: |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Adekwatność działania do zagrożenia. Wdrażanie polityki opartej na dowodach naukowych. Modyfikacja obecnego systemu prawnego bez konieczności jego fundamentalnych zmian, które mogą okazać się niezgodne z konstytucją, jak np. w przypadku oparcia legislacji na prawie generycznym czy analogowym. Poprawa działania EWS i raportowania do EMCDDA. | <ul style="list-style-type: none"> Koszty. Brak natychmiastowego, spektakularnego efektu. Konieczność wystąpienia kilku czynników: szybkiego działania systemu, racjonalności sprzedawców (wycyfywanie substancji bardziej niebezpiecznych). System może być dość skomplikowany i wymagać dobrej współpracy różnych służb i instytucji. |
| Szanse: | Zagrożenia: |
| <ul style="list-style-type: none"> Sterowanie rynkiem w kierunku substancji bezpieczniejszych (<i>harm reduction</i> w polityce narkotykowej). Redukcja liczby zatruć i zgonów z powodu NSP. | <ul style="list-style-type: none"> Brak środków finansowych. Brak współpracy między instytucjami. |

zdrowotnych związanych z używaniem NSP (głównie psychozy, problemy psychiczne, rzadziej uzależnienie). Analiza dotyczy rozwiązań prawnych, które mają na celu redukcję podaży. Warto równocześnie wprowadzić rozwiązania z zakresu redukcji popytu, w szczególności z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej oraz redukcji szkód.

Niezależnie od określenia celów czy modelu, można wyznaczyć kilka priorytetowych obszarów, które powinny być uwzględnione podczas projektowania nowych rozwiązań prawnych, np.:

- podniesienie reaktywności systemu na pojawiające się zagrożenia dla zdrowia i życia jednostki,
- stworzenie systemu wymiany informacji o zagrożeniach pomiędzy sektorem zdrowia publicznego a organami ścigania.

Ponadto w celu uniknięcia wzrostu zagrożenia dla zdrowia publicznego należy także brać pod uwagę doświadczenia z lipcowej nowelizacji, które zaowocowały wystąpieniem serii zatruć związanych z tzw. mocarzem. Wskazane wydaje się pozostawienie okresu adaptacyjnego – nie natychmiastowa zmiana, ale powolne dochodzenie do zmiany – oraz w miarę możliwości przeprowadzenie pilotażu wprowadzanych rozwiązań. Należałoby także dokładnie przeanalizować rozwiązania z innych krajów europejskich pod kątem ich skuteczności i możliwości adaptacji na gruncie polskiego prawa. Ponadto obecnie przynajmniej kilka krajów, w szczególności Wielka Brytania, wprowadziły nowe rozwiązania prawne. Warto prześledzić efekty ich wdrożenia. Przy wyborze rozwiązania proponujemy zwrócenie uwagi na krótkofalowe i długofalowe konsekwencje określonych rozwiązań oraz

przeprowadzenie szerokiej interdyscyplinarnej dyskusji przed wprowadzeniem jakichkolwiek zmian. Wydaje się, że na obecny moment wysiłki ustawodawcy powinny skupić się na usprawnieniu istniejących mechanizmów oraz zbieraniu informacji o długofalowych efektach zmian wprowadzonych w innych krajach europejskich. Warto pracować nad możliwością przygotowania nowych rozwiązań prawnych. Zjawisko nowych substancji psychoaktywnych jest bardzo dynamiczne i radykalne zmiany mogą doprowadzić do czasowego lub stałego wzrostu zagrożenia dla zdrowia publicznego.

Bibliografia

- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny, Dz.U. 1997, Nr 88, poz. 553.
- Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii, tekst jednolity z dnia 26 stycznia 2016 roku, Dz.U. z 2016 roku poz. 224.
- Sierosławski J., „Prezentacja raportu ESPAD 2015”, ppt.
- Raport YOUNG PEOPLE AND DRUGS 2014 Flash Eurobarometer 401 http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_401_en.pdf.
- POD EMCDDA: Legal approaches to controlling new psychoactive substances: <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/controlling-new-psychoactive-substances>
- Malczewski A., „»Dopalacze« w Europie – sposoby reakcji na problem”, *Remedium* nr 5, 2016.
- Kidawa M., „Nowe narkotyki oraz dopalacze w kontekście europejskim i światowym”, *Serwis Informacyjny Narkomania* nr 3, 2011.
- Hughes B., Scrutto A., „Upcoming UK law to control distribution of NSP DrugNET Europa 94”, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drugnet/94>.
- Główny Inspektorat Sanitarny, Dane z działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sprawie dopalaczy w latach 2011–2015, <http://gis.gov.pl/zdrowie/dopalacze/dane-statystyczne>, z dnia 14.06.2015.
- Burda P. [2016], Ośrodek Kontroli Zatruć-Warszawa, dane niepublikowane

Przedstawiamy wnioski opracowane na podstawie ustaleń z sesji plenarnej, która miała miejsce podczas III Ogólnopolskiej Konferencji „Narkotyki – Narkomania. Polityka, Nauka i Praktyka. Dylematy lokalnej polityki narkotykowej”. Konferencja odbyła się w dniach 27-29 czerwca 2016 roku w Raszynie – Falentach. Wnioski opracowała grupa robocza, w skład której weszło ok. 30 przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego.

TWORZENIE LOKALNYCH PROGRAMÓW PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII. WYKORZYSTANE SZANSE, NIEWYKORZYSTANE MOŻLIWOŚCI

Ewelina Ornaf

Ośrodek Profilaktyki i Integracji Społecznej

Miejskiego Centrum Pomocy Społecznej w Pabianicach

W ramach III Ogólnopolskiej Konferencji „Narkotyki – Narkomania. Polityka, Nauka i Praktyka. Dylematy lokalnej polityki narkotykowej”, zorganizowanej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Polską Fundację Pomocy Humanitarnej Res Humanae, przeprowadzona została sesja „Tworzenie lokalnych programów przeciwdziałania narkomanii”.

Podczas spotkania skoncentrowano się na trzech obszarach:

- współpracy międzyinstytucjonalnej,
- poprawie efektywności decyzji w obszarze przeciwdziałania narkomanii i tworzeniu optymalnych, efektywnych programów,
- problemach, z którymi borykają się jednostki samorządu terytorialnego.

Współpraca międzyinstytucjonalna

Obszary współdziałania (sukcesy, potencjalne możliwości)

Według uczestników warsztatu współpraca międzyinstytucjonalna powinna być budowana w oparciu o zintegrowany, wielopłaszczyznowy system, uwzględniający zarówno decydentów, jak i praktyków na wszystkich szczeblach oraz organizacje pozarządowe.

Niezmiernie istotny jest bezpośredni kontakt pomiędzy przedstawicielami instytucji współpracujących, drożny przepływ informacji, systematyczna wymiana doświadczeń.

Podejmowane działania powinny być kompleksowe, zakładać budowanie gminnych, miejskich sieci wsparcia oraz współpracę interdyscyplinarną.

Współpraca ta powinna opierać się na wzajemnej edukacji grup zawodowych, stałym podnoszeniu kwalifikacji i doskonaleniu umiejętności realizatorów działań.

Bariery we współpracy międzyinstytucjonalnej

Zdaniem uczestników niejednokrotnie do współpracy zapraszane są te same instytucje, tworząc hermetyczne, szczelnie zamknięte grupy, nieuwzględniające potrzeb środowiskowych i działań kompleksowych.

Podczas prób stworzenia współpracy międzyinstytucjonalnej często pojawia się element rywalizacji, dążenie do przeforsowania własnego punktu widzenia, realizacji własnych celów (np. finansowych) lub osiągnięcia sukcesu za wszelką cenę. Przedstawiciele zespołów interdyscyplinarnych często prezentują rozbieżność celów i dążeń, wynikającą prawdopodobnie z odmiennego punktu widzenia, braku zainteresowania pogłębianiem wiedzy i dalszym rozwojem, lękiem przed oceną własnej pracy.

Często zgłaszanym problemem, szczególnie przez gminy poniżej 15 tys. mieszkańców, są braki kadrowe, co uniemożliwia efektywną realizację założonego planu.

Jako problem jawi się również nadrzędność instytucjonalna w zespołach interdyscyplinarnych, wynikiem której

niejednokrotnie są naciski na działania spektakularne, efektowne, ale nie efektywne.

Poprawa efektywności decyzji w obszarze przeciwdziałania narkomanii i tworzenie optymalnych, efektywnych programów

Najbardziej skuteczny, efektywny wydaje się model integrujący obszar polityczny z eksperckim, co umożliwiłby łatwiejszy dostęp do funduszy, wprowadzanie działań systemowych opartych na wiedzy merytorycznej oraz zapewnienie ich ciągłości. Model ten powinien opierać się na lokalnych zasobach instytucjonalnych, angażować zarówno jednostki miejskie/gminne, jak i organizacje pozarządowe oraz zakładać ścisłą współpracę międzyinstytucjonalną. Optymalny, efektywny program powinien być oparty na diagnozie problemów społecznych, a jego założenia i planowane działania powinny być ukierunkowane na proces. Powinien uwzględniać potrzeby środowiskowe oraz etapy rozwojowe adresatów. Powinien też być oparty na wiedzy i doświadczeniu realizatorów, lokalnych specjalistów, w związku z czym zasadne wydaje się inwestowanie w ich rozwój.

Działania powinny być realizowane na wszystkich szczeblach profilaktyki (uniwersalnej, selektywnej, wskazującej), uwzględniać edukację publiczną, profilaktykę szkolną, realizację standaryzowanych programów profilaktycznych i wczesnej interwencji, terapię oraz reintegrację społeczną, programy redukcji szkód.

Profilaktyka uniwersalna powinna zaczynać się jak najwcześniej, a realizowane działania powinny być nakierowane na rozwój umiejętności i kompetencji życiowych (w tym relacji interpersonalnych, umiejętności odmawiania – asertywności, umiejętności radzenia sobie ze stresem i problemami), kształtowanie systemu wartości oraz promowanie zdrowego stylu życia. Niezmiernie ważne jest unikanie przypadkowości w zakresie podejmowanych działań oraz w doborze ich realizatorów.

Problemy, z którymi borykają się jednostki samorządu terytorialnego

Głównym problemem zgłaszanym przez mniejsze gminy (ok. 15 tys. mieszkańców) jest utrudniony dostęp lub brak dostępu do wsparcia specjalistycznego dla osób używających substancji psychoaktywnych oraz zaplecza lokalowego.

Większość przedstawicieli gmin do 100 tys. mieszkańców zgłasza utrudniony dostęp do specjalistycznego wsparcia psychologicznego i terapeutycznego dla dzieci i młodzieży, najczęściej związany z długimi terminami oczekiwania lub oddaleniem od miejsca zamieszkania. W wielu gminach nie istnieje oferta psychiatryczna dla osób niepełnoletnich. Poważnym problemem jest też zapewnienie anonimowości adresatom działań wspierających, terapeutycznych.

Jednostki samorządu terytorialnego niejednokrotnie zmagają się z poczuciem osamotnienia i bezradności w zakresie przeciwdziałania narkomanii, co często prowadzi do realizacji działań skoncentrowanych na wzbudzeniu lęku, krótkich procedur lub działań nakierowanych wyłącznie na jeden rodzaj substancji. Przykładem może być nasilona sytuacja rozprzestrzeniania środków zastępczych na terenie niektórych gmin, wynikająca m.in. z braku narzędzi prawnych pozwalających na podjęcie skutecznych działań prewencyjnych w kierunku ograniczenia podaży. W takim przypadku realizacja złożonych i systemowych działań profilaktycznych daje wymierne efekty w zakresie redukcji popytu (szczególnie wśród ludzi młodych), co nie zmienia faktu, że dystrybucja tych środków jest kontynuowana. Presja społeczna spowodowana poczuciem zagrożenia wzrasta, a co za tym idzie często podejmowane są działania incydentalne. Podobnie wygląda sytuacja procedur prawnych w zakresie orzekania o przymusowym leczeniu, które są niejednoznaczne, niezwykle rzadko stosowane, a to w wielu przypadkach powoduje nasilenie problemów oraz cierpienie i poczucie bezradności rodzin.

Większość gmin zgłasza też utrudnienia w dostępie do programów redukcji szkód, najczęściej spowodowane lękiem, ograniczoną akceptacją tego typu działań ze strony społeczeństwa i decydentów oraz brakiem instytucji, organizacji skłonnych je realizować.

W wielu gminach nie są realizowane bądź są realizowane w bardzo ograniczonym zakresie programy z obszaru reintegracji społecznej, czego główną przyczyną są prawdopodobnie ograniczone środki finansowe przeznaczone na inne działania uznane jako priorytetowe.

Na poziomie profilaktyki uniwersalnej jako najważniejszy problem uznano niewielkie zainteresowanie ze strony rodziców problematyką z zakresu uzależnień, co może być spowodowane lękiem, przekonaniem, że „problem nie dotyczy moich bliskich”, niewłaściwymi formami przekazu.

Wskazywano również na liczne problemy we współpracy pomiędzy samorządami gmin a starostwami powiatowymi – brak wzajemnego wsparcia zarówno finansowego, jak i w zakresie współpracy merytorycznej, co skutkuje utrudnieniami we wprowadzaniu kompleksowych, systemowych rozwiązań adekwatnych do potrzeb na wszystkich poziomach profilaktyki.

Codzienną pracę praktyków utrudnia presja instytucji nadrzędnych dotycząca sporządzania odpowiednich statystyk.

Znacznym problemem wydają się być również stosunkowo niskie wynagrodzenia pracowników instytucji samorządowych oraz ograniczony system motywacyjny.

Podsumowanie

Szansą na osiągnięcie coraz lepszych wyników w obszarze przeciwdziałania narkomanii jest:

- tworzenie lokalnych systemów współpracy międzyinstytucjonalnej oraz poszukiwanie wspólnych rozwiązań,
- współpraca z ościennymi gminami, przedstawicielami starostw powiatowych oraz samorządów wojewódzkich i instytucji na szczeblu krajowym,
- ułatwiony dostęp do programów standaryzowanych oraz szkoleń,
- zapewnienie działań uwzględniających potrzeby społeczne, uwarunkowania środowiskowe, ukierunkowanych na proces,
- koncentracja na działaniach długofalowych, spójnych, dających wymierne efekty, a nie efektownych i incydentalnych,
- uwzględnianie potrzeb i problemów adresatów w celu wprowadzania odpowiednich działań.

Prowadzone do tej pory badania wśród populacji iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych były najczęściej badaniami ilościowymi. Brakowało informacji pochodzących od samych użytkowników, które umożliwiłyby identyfikację ich najważniejszych potrzeb oraz problemów i uwzględniłyby charakterystykę psychospołecznych aspektów ich funkcjonowania. Uzyskanie takiej wiedzy mogłoby się przyczynić do lepszego planowania działań pomocowych skierowanych do tej grupy odbiorców.

INIEKCYJNI UŻYTKOWNICY SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH – IDENTYFIKACJA PROBLEMÓW I POTRZEB NA PRZYKŁADZIE PIĘCIU POLSKICH MIAST

Magdalena Bartnik
Fundacja Redukcji Szkód

Metoda, tworzenie grup fokusowych

Badanie „Iniekcyjni użytkownicy substancji psychoaktywnych – identyfikacja problemów i potrzeb na przykładzie pięciu polskich miast: Warszawa, Kraków, Gdańsk, Poznań i Lublin” zostało zrealizowane w ramach projektu badawczego współfinansowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Odbyło się ono między lipcem a październikiem 2015 roku w pięciu polskich miastach: Warszawie, Gdańsku, Krakowie, Poznaniu

i Lublinie. Metodą wykorzystaną w badaniu był zogniskowany wywiad grupowy (FGI). Liczebność grup wahała się między 7 a 9 osób, z podziałem według płci. W wywiadzie brały udział osoby pełnoletnie, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie przyjmowały substancje psychoaktywne w formie iniekcji. Rekrutacją do badania zajmowali się tzw. liderzy środowiskowi – czynni użytkownicy lub pacjenci programów substytucyjnych, utrzymujący kontakt z lokalnym środowiskiem użytkowników iniekcyjnych.

Założenia i cele badania

W badaniu przyjęto pewne założenia. Podejmowanie ryzykownych zachowań jest ściśle związane z tym, jak osoba używająca substancji psychoaktywnych funkcjonuje, jakimi zasobami dysponuje i które jej potrzeby są zaspokojone. Jak wiemy, istnieje pewna hierarchia potrzeb, począwszy od najbardziej podstawowych aż po wyższe. W tym ujęciu zaspokojenie potrzeb podstawowych jest warunkiem pojawienia się potrzeb wyższego rzędu. W ramach przeprowadzanych wywiadów wykorzystano uproszczony model Abrahama Masłowa. Potrzeby zostały ujęte w trzech kategoriach. Potrzeby podstawowe związane z sytuacją bytową i funkcjonowaniem z dnia na dzień (zaspokojenie ich jest konieczne dla utrzymania się człowieka przy życiu m.in. jedzenie, picie, ogrzanie się, odzież, schronienie i odpoczynek), potrzeby związane z szeroko rozumianym bezpieczeństwem (zaspokojenie ich zapewnia stabilizację życiową i pozwala na planowanie najbliższej przyszłości – posiadanie stałego miejsca zamieszkania, zabezpieczenie przed chorobą – dostęp do opieki medycznej i bezrobociem – gwarancja zatrudnienia) i potrzeby wyższego rzędu (psychiczne i społeczne), które mają charakter emocjonalny i wynikają z psychiki człowieka oraz jego stosunku do otoczenia społecznego. Celem badania było, po pierwsze, zidentyfikowanie potrzeb iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych, których zaspokojenie stanowiłoby bodziec do rezygnacji z ryzykownych zachowań i podjęcie leczenia uzależnienia. Po drugie, wskazanie czynników mogących mieć wpływ na poprawę bezpieczeństwa związanego z iniekcyjnym przyjmowaniem substancji psychoaktywnych oraz kontaktami seksualnymi. Trzecim celem było zidentyfikowanie problemów i braków, które blokują zaspokajanie potrzeb istotnych w procesie wychodzenia z uzależnienia. Realizatorem badania zależało na stworzeniu możliwie pełnego obrazu funkcjonowania iniekcyjnych użytkowników substancji psychoaktywnych w kontekście profilaktyki zakażeń HIV i HCV oraz ograniczania szkód zdrowotnych.

Rynek substancji psychoaktywnych

Badani mówili, że choć era „komputu” minęła, a iniekcyjnie biorący są mniej widoczni w przestrzeni publicznej (ze względu na zmianę sposobu pozyskiwania środków, likwidację punktów wymiany igieł i strzykawek), nie znaczy to jednak, że grupa ta zanika. Na rynku pojawiły

się nowe substancje (tzw. dopalacze), przyjmowane w formie iniekcji. Środkami nadal używanymi jest heroina, amfetamina oraz metadon (w stężonej formie łatwiejszy do wstrzyknięcia). Iniekcyjne używanie jest częste w przypadku osób młodych, dwudziestoparoletnich. Pierwszą substancją przyjmowaną przez nich w ten sposób są często właśnie dopalacze. Czarny rynek metadonowy według badanych jest bardzo duży i nie da się go w pełni wyeliminować. Żadne zmiany w przepisach tego nie zmienią. Jest to związane m.in. z tym, że bardzo wielu pacjentów programów substytucyjnych odsprzedaje część swojej dawki, aby mieć pieniądze na najpotrzebniejsze rzeczy. Alkohol jest powszechnie stosowaną substancją w środowisku osób będących na substytucji (w programie lub kupujących substytut na czarnym rynku).

Zakażenia HIV/HCV

Wszyscy badani przynajmniej raz w życiu wykonali test w kierunku HIV i HCV. Testowanie się jest motywowane raczej ciekawością niż troską o zdrowie. Motywacją do wykonania testu jest także znalezienie partnera spoza środowiska, któremu nie chce się wyrządzić krzywdy, narodziny dziecka i założenie rodziny. Jest bardzo duża świadomość zagrożeń związanych z iniekcyjnym przyjmowaniem substancji przy bardzo niskiej wiedzy na temat HIV i HCV. Zakażenia są traktowane jak ryzyko zawodowe, wpisane w iniekcyjne używanie. Osoby zakażone z reguły dbają o to, żeby nie zakazić osób zdrowych, ale w kontaktach z osobami ze środowiska są mniej uważne. Kontakty seksualne bez zabezpieczenia są normą.

Potrzeby podstawowe – zaspokojenie głodu substancji

Pierwszą, podstawową potrzebą jest zaspokojenie głodu substancji. Osoby w ciągu potrafią wydać wszystkie pieniądze na zakup substancji psychoaktywnych, zapominając o jedzeniu czy konieczności znalezienia miejsca do spania. Dla pacjentów substytucyjnych szczególnie istotne jest poczucie bezpieczeństwa związane z regularnym dostępem do substancji. Leki substytucyjne zapewniają komfort fizyczny i pozwalają poczuć się normalnie („Absolutnie żadnej przyjemności z tego nie mam, kompletnie nic. Piję metadon po to, żeby się fizycznie dobrze czuć. Odkręcam tę buteleczkę i tak się modlę nad nią. Tak nie cierpię samego smaku, ale siedzę i czasem pół godziny się

zbieram zanim szybko wypiję, odstawię, popiję wodą. To jest po prostu lek” kobieta, 59 lat, Gdańsk). Substytut to jednak za mało (dawka przepisywana przez lekarzy nie zawsze jest wystarczająca i często nie pozwala normalnie funkcjonować, pacjenci odsprzedają część swojej dawki). Niemal każdy przyjmuje jakąś dodatkową substancję (benzodiazepiny, alkohol, marihuana, amfetamina, dopalacze), żeby zabić głód psychiczny („Zresetować się, zrzucić z siebie balast codziennego życia i poczuć się jakoś inaczej” mężczyzna, 26 lat, Gdańsk). Dla wielu istotne jest nie tylko samo działanie substancji, ale też klimat i adrenalina towarzyszące używaniu. Stąd bardzo ciężko jest im się ograniczyć wyłącznie do substytutu. Zachowanie całkowitej abstynencji jest bardzo trudne i „wpadki” są często nie do uniknięcia.

Dostęp do igieł i strzykawek

Z zaspokojeniem głodu substancji wiąże się dostęp do czystego sprzętu iniekcyjnego. W niektórych miastach jest to bardzo trudne. Kraków spośród pięciu badanych miast wypada na tym tle najlepiej – od bardzo dawna funkcjonuje tam program wymiany igieł i strzykawek, cieszący się ogromną popularnością. W aptekach zdarza się, że sprzęt można dostać nawet za darmo. Stosunkowo dobra sytuacja jest także w Lublinie i Poznaniu. W obu miastach bez większych trudności można kupić igły i strzykawki w aptekach, z serwisu wymiany przy programach substytucyjnych korzysta niewiele osób. Z kolei w Gdańsku w bardzo wielu aptekach nie można kupić sprzętu (pracownicy odmawiają lub oferują nieodpowiedni sprzęt – np. za duże igły). Najtrudniej jest w dzielnicach turystycznych, niemożliwe jest to w godzinach nocnych. Z programu wymiany nikt nie korzysta (jest on częścią programu substytucyjnego). Respondenci mówili, że brakuje miejsc, w których można zutylizować zużyte igły i opatrunki. W Warszawie, gdzie zapotrzebowanie jest największe, bardzo trudno znaleźć aptekę, która sprzedawałaby odpowiednie igły i strzykawki. Pracownicy odmawiają sprzedaży. Według badanych podstawowym problemem nie jest cena sprzętu, ale dostęp do niego („Skoro mam na towar, znajdę też pieniądze na nowy sprzęt” kobieta, 26 lat, Warszawa). W przypadku używania nowych substancji, liczba zastrzyków się zwiększa, potrzeba więc więcej sprzętu niż kiedyś (przy używaniu heroiny czy amfetaminy). Użytkownicy mają także problemy z żyłami, potrzebują dużego zapasu igieł do wkłuć.

Ocena programów substytucyjnych

Badani zgadzali się z tym, że idea leczenia substytucyjnego jest dobra, jednak formuła programów nie pozwala często na zmianę ich funkcjonowania. Sposób organizacji leczenia podtrzymującego nie odpowiada na rzeczywiste potrzeby pacjentów i wzmacnia poczucie stygmatyzacji. Wszyscy wskazywali ograniczony dostęp do leczenia, konieczność regularnego zgłaszania się do programów, szczególnie uciążliwe są dojazdy z mniejszych miejscowości. Mówili, że otrzymywanie metadonu w programie jest czasem trudniejsze niż zdobycie heroiny czy czarnorynkowego metadonu. Paradoksalnie bardziej opłaca się kupowanie substytutów na czarnym rynku niż codzienny dojazd do ośrodka. Wielu miało negatywne doświadczenia, mówiło o uzależnieniu od programów i lekarzy („Doktor ma dobry humor, to wypisze mi metadon na miesiąc, żebym mogła pojechać z córką na wakacje; jak nie ma humoru, to na wakacje nie jadę” kobieta, 34 lata, Poznań), „smyczy metadonowej” („Oni nie leczą ludzi, oni po prostu zakładają obrożę” mężczyzna, 40 lat, Kraków). Duże programy wzmacniają uzależnienie środowiskowe. Badani mówili o kruchym poczuciu bezpieczeństwa („Teraz np. dostałam metadon na 2 tygodnie. I jadę pociągiem i powiedzmy ktoś mi ukradnie ten plecak. Ja nie wiem, co ja bym zrobiła. Musiałabym od razu iść do szpitala, bo tu mi nie uwierzą, nie wydadzą. Mogłabym umrzeć. Jak nie wypiję metadonu, to jest tragedia” kobieta, 30 lat, Gdańsk). W większości wywiadów badani podkreślali, że w programach dostają tylko sam substytut, a to za mało. Oferta terapeutyczna (terapia uzależnień) jest zbyt uboga, jej jakość jest bardzo niska. Brakuje innych oddziaływań, które pomogłyby w poprawie funkcjonowania: wsparcia i pomocy w zdobyciu mieszkania czy pracy, które są niezbędne, jeśli ktoś chce zmienić swoje życie. Brakuje szerszych oddziaływań, wychodzących poza terapię uzależnień.

Potrzeby podstawowe – bezpieczne miejsce do spania, przebywania, jedzenie

Kolejną potrzebą, po zaspokojeniu głodu substancji, jest bezpieczne miejsce do spania („Ciepłe, pewne schronienie, gdzie nikt ci nie będzie przeszkadzał i skąd nikt cię nie wyrzuci” kobieta, 53 lata, Warszawa; „Najbardziej wykań-

czające jest tułanie się, jak ktoś nie ma gdzie spać, to nie ma życia w ogóle” mężczyzna, 38 lat, Gdańsk). Dach nad głową bywa ważniejszy niż zdobycie substancji – dotyczy to w szczególności osób utrzymujących się z kradzieży (muszą być względnie zadbane, aby nie rzucać się w oczy). Większość badanych doświadczyło lub doświadcza bezdomności (część tuła się po znajomych, z dnia na dzień mogą wylądować na ulicy). Badani podkreślali dramatyczny brak placówek (noclegowni, hosteli) zarówno dla czynnie biorących, jak i osób w programach („Bardziej komfortowe jest gdzieś tam siedzieć u kogoś na klatce niż łązić po tych noclegowniach, prosić się, żeby cię gdzieś tam przyjęli, mówić że »nie, absolutnie nic nie używam, jestem w porządku«” mężczyzna, 27 lat, Gdańsk). Pacjenci substytucyjni są bardzo często traktowani jak osoby nietrzeźwe. Oprócz potrzeby stworzenia miejsc do spania, badani mówili również o potrzebie miejsc dziennego pobytu, gdzie można by zrobić pranie, przygotować coś do jedzenia, odpocząć, poczuć bezpiecznie („Wszędzie przeganiają, nigdzie nie można odetchnąć” kobieta, 38 lat, Warszawa; „Najlepiej, jakbyśmy zniknęli” mężczyzna, 37 lat, Warszawa). Najlepiej gdyby w takim miejscu można było skorzystać z pomocy psychologa, pracownika socjalnego, prawnika. Jeśli chodzi o jedzenie, nie jest ono postrzegane jako priorytet – nocleg jest potrzebą ważniejszą i trudniejszą do zaspokojenia („Wolą być głodni, ale mieć gdzie spać” kobieta, 35 lat, Warszawa; „Na narkotykach można przetrwać cały dzień bez jedzenia” mężczyzna, 37 lat, Warszawa).

Potrzeby związane z bezpieczeństwem – praca zarobkowa

Praca zarobkowa jest dla badanych tym, co mogłoby mieć największy wpływ na zmianę ich funkcjonowania („Praca jest dla mnie najważniejsza. Dałaby mi wszystko. Wtedy miałabym po co żyć” kobieta, 33 lata, Poznań). Daje poczucie stabilizacji, jest bodźcem do wprowadzenia pozytywnych zmian w życiu. Samodzielne utrzymanie się, ale przede wszystkim uniezależnienie się od pomocy innych, rodziny, zaufanie ze strony pracodawcy podnoszą samoocenę i dają poczucie godności. Jest to także szansa na zmianę otoczenia i nowe kontakty. Badani pozostający bez pracy deklarowali, że żyją z dnia na dzień i nie myślą, co będzie dalej. Skupiają się na przetrwaniu. Według nich, każdy kto czułby się na siłach, przyjąłby ofertę pracy. Większość utrzymuje się z zasiłku socjalnego i rent lub pracuje

na czarno (w związku ze sprawami sądowymi, komornik często zabiera większość wykazywanej pensji). Motywacją do podjęcia pracy jest zdecydowanie mniejsza w grupie użytkowników mieszkających z rodzicami i mających oparcie w rodzinie. Pacjenci substytucyjni mają trudność w znalezieniu i utrzymaniu pracy (ze względu na godziny funkcjonowania programów, niechęć ze strony pracodawcy) („Ja przez pół roku musiałam się w pracy zwalniać, kombinować, kręcić, bo tam, gdzie byłam, metadon był tylko trzy razy w tygodniu w porannych godzinach i trzeba się było dostosować. A praca też czasem jest od 7.00 do 15.00. W pracy nie mówiłam, że piję metadon, bo to się też źle kojarzy, od razu z narkomanią” kobieta, 43 lata, Gdańsk).

Potrzeby związane z bezpieczeństwem – stałe miejsce zamieszkania, dostęp do opieki zdrowotnej, poradnictwo prawne i pomoc w załatwianiu spraw urzędowych

Kolejną wskazywaną potrzebą z obszaru bezpieczeństwa jest stałe miejsce zamieszkania: „własny kąt”, poczucie niezależności i decydowania o sobie. Badani mówili, że nie musi to być własne mieszkanie, wystarczy pokój. Równie ważną potrzebą jest dostęp do opieki zdrowotnej („Będąc wśród normalnych ludzi, człowiek chce jakoś się do nich upodobnić” kobieta, 37 lat, Gdańsk). Badani mają trudność z dostępem do lekarza pierwszego kontaktu, brakuje też „zwykłego” lekarza w programach i serwisach. Także opieki psychiatrycznej – zajęcia się zaburzeniami psychicznymi współwystępującymi z uzależnieniem. Problemem jest dostęp do leczenia HIV i HCV (czynne używanie dyskwalifikuje – osoby dwudziestokilkuletnie zakażone HIV nie otrzymują żadnego leczenia, ponieważ czynnie biorą). Brakuje oferty dla starzejącej się populacji iniekcyjnych użytkowników (bardzo schorowanej) oraz dla kobiet. W szczególności dotyczy to opieki ginekologicznej i sytuacji, gdy osoba używająca jest w ciąży („W ogóle nie ma czegoś takiego, że się edukuje, kobiety nie mają wiedzy, jedna przez drugą się dowiaduje, nie wiadomo, co jest bezpieczne w ciąży” kobieta, 38 lat, Gdańsk). Istotną potrzebą jest również poradnictwo prawne i pomoc w załatwianiu spraw urzędowych. Niemalże wszyscy badani mieli lub mają sprawy karne za posiadanie substancji psychoaktywnych, handel narkotykami czy kradzieże, ponad połowa trafiła do aresztu w ciągu 12 miesięcy po-

przedzających badanie („Każda osoba czynnie używająca ma na pieńku z prawem” mężczyzna, 46 lat, Poznań; „Ganiają wokół własnego ogona” mężczyzna, 38 lat, Gdańsk). Użytkownicy nie mają wiedzy na temat własnych praw, nie dają sobie rady z nadmierną biurokracją w przypadku załatwiania spraw urzędowych. Potrzebują osoby, która by ich pokierowała, pomogła w wypełnieniu dokumentów czy towarzyszyła im w urzędach i szpitalach („My nie mamy prawników, pieniędzy na prawników, nikogo, kto by nas pokierował. Niektórzy to zaczynają od dokumentów, jak człowiek np. nie miał kilkanaście lat dowodu osobistego. Chodzi o załatwianie podstawowych rzeczy. Nam się ciężko do czegokolwiek zebrać” kobieta, 36 lat, Gdańsk).

Potrzeby wyższego rzędu – rozwijanie zainteresowań, samoakceptacja i reintegracja

Badani mieli wielką trudność ze wskazaniem potrzeb wyższego rzędu. Nie wiedzą, co mogliby zrobić z „nowym” życiem, w którym nie musieliby się przejmować zaspokojeniem głodu narkotykowego czy znalezieniem miejsca do spania („Uczucia się powypalały” mężczyzna, 37 lat, Warszawa; „Narkotyki zabierają bardzo dużo” mężczyzna, 49 lat, Kraków). Osoby, które zaczęły przyjmować substancje psychoaktywne w bardzo młodym wieku, nie wiedzą, czym się interesują, jakie mają hobby, kim są. Starsi uważają, że jest już za późno na powrót do „normalnego” życia, czują się innymi ludźmi.

Według badanych kluczem do trzeźwego życia jest zmiana środowiska oraz akceptacja samego siebie, a źródłem uzależnienia jest niskie poczucie własnej wartości („Przez osoby spoza problemu postrzegani jesteśmy jako trędowaci” kobieta, 31 lat, Warszawa; „Cały czas słyszą, że są beznadziejne” kobieta, 33 lata, Kraków; „Nie mogą na siebie patrzeć” kobieta, 35 lat, Warszawa). Pacjenci substytucyjni doświadczają braku akceptacji (rodziny, lekarzy, pracowników socjalnych). Substytucja postrzegana jest jako kontynuacja używania („W polskich warunkach, jeśli bierzesz metadon, traktują cię jak ćpuna” kobieta, 33 lata, Warszawa). Nie potrafią nikomu zaufać. Z jednej strony chcieliby poznać ludzi spoza środowiska i nawiązać nowe znajomości, z drugiej – boją się odrzucenia, boją się mówić o swojej przeszłości – nie chcą opierać nowych relacji na kłamstwie („Człowiek niby wie, że nie ma napisane na czole, że grzeje, jednak to jest dziwne uczucie i nie wiadomo, co robić” kobieta, 40 lat, Gdańsk; „Za głęboko jestem

w tym bagnie, żeby z tego wyjść, nie umiem normalnie żyć w społeczeństwie, tyle lat jestem w ćpuńskim towarzystwie, że tylko z narkomanami mam wspólny język. Nie mogę się dogadać z normalnymi ludźmi, nie interesują mnie ich sprawy” mężczyzna, 43 lata, Kraków). Według nich terapia skoncentrowana na uzależnieniu to za mało. Wszyscy mówili o potrzebie szerszego zajęcia się różnymi aspektami swojego funkcjonowania psychicznego – nie tylko ich używaniem. Badani mówili o głębokim poczuciu wstydu, doświadczeniu traum. Pacjenci substytucyjni często nie chcą rozmawiać z psychiatrą lub terapeutą uzależnień na tematy osobiste w obawie, że w skutek swoich zwierzeń stracą „przywileje”. Wskazywali na potrzebę „bezzstronnego” terapeuty, z którym można pracować nie tylko i wyłącznie w obrębie używania („Porozmawiać tak po prostu, o sobie, o życiu, o innych problemach” kobieta, 23 lata, Gdańsk). Potrzebne jest większe wsparcie psychologiczne, rodzaj coachingu – aby odzyskać wiarę w siebie, poznać swoje mocne strony, radzić sobie z agresją i brakiem asertywności. Badani mówili o potrzebie miejsc, w których można spędzić wolny czas i nawiązać znajomości z osobami spoza programów substytucyjnych czy w ogóle spoza środowiska użytkowników – rodzaju świetlic integracyjnych.

Konkluzje – ograniczanie ryzykownych zachowań i leczenie uzależnienia

Narkotyki zapewniają przyjemność wyłącznie na początku, później są traktowane jako forma kompensacji (żeby przetrwać dzień). Zaspokojenie potrzeb bytowych mogłoby w sposób bezpośredni przełożyć się na zmniejszenie zapotrzebowania na substancje. Częściej jednak realizacja potrzeb wpłynęłaby nie tyle na ilość przyjmowanych substancji, ile na sposób ich używania.

Czynnikami prowadzącymi do ograniczenia ryzykownych zachowań związanych z iniekcyjnym używaniem substancji byłby szeroki, bezpłatny dostęp do czystego sprzętu („Korzystaliby z nowych igieł i strzykawek, niezależnie od stopnia skrętu i chęci przygrzania”, „Kiedy sprzęt byłby pod ręką, tylko idiota by nie wziął czystego” kobieta, 33 lata, Poznań). Rozwiązaniem byłoby tworzenie punktów wymiany, automaty z igłami i strzykawkami instalowane przy stacjach benzynowych czy w centrach handlowych, edukowanie pracowników aptek. Istnieje potrzeba wprowadzenia osobnych punktów testowania

dla użytkowników iniekcyjnych. W rozmowach przywoływany był przykład Holandii i pokoje bezpiecznych iniekcji. Zdaniem badanych sprawdziłyby się one w Polsce, zwłaszcza w dużych miastach („Na pewno by było mniej chorób, zakażeń, ludzie by bardziej o siebie dbali, nie byłoby obcinania nóg, tych ropniaków wszystkich. Nie chodziliby, po chodnikach nie byłoby igieł” kobieta, 38 lat, Gdańsk). Rozpoczęcie leczenia substytucyjnego jest według badanych warunkiem myślenia o własnym zdrowiu, także w kontekście dalszego przyjmowania iniekcyjnego – pacjenci dobierający substancje iniekcyjnie, robią to mniej ryzykownie („Jeśli jestem tutaj na programie i dobieram iniekcyjnie, to się to robi dużo bezpieczniej, już się nie jest na głodzie, na skręcie, nie ma już tego ciśnienia i pośpiechu, głowa jest wolniejsza, więc człowiek się troszczy bardziej o warunki” mężczyzna, 26 lat, Gdańsk). Rozwiązaniem byłyby programy niskoprogowe, bardziej elastyczne godziny funkcjonowania programów (aby nie kolidowały z pracą), dostęp do innych substytutów (buprenorfina), substytut dostępny w aptekach („Metadon

powinien być w aptekach, nie na smyczy” mężczyzna, 46 lat, Poznań). Optymalnym rozwiązaniem byłaby pełna refundacja leków, ale duża grupa badanych deklarowała, że wolałaby zapłacić za substytut w aptece, niż wiązać się z programem. Posiadanie pracy i stałego miejsca zamieszkania ogranicza skłonność użytkowników do podejmowania ryzykownych zachowań (mają za dużo do stracenia, bardziej dbają o zdrowie, są ostrożniejsi). Bezdomność wyniszcza i zobojętnia na wszystko (zdrowie nie ma znaczenia, ważne jest tylko, by przetrwać). W kontekście podejmowania leczenia uzależnienia potrzeba jest zintegrowanych, szerokich oddziaływań – psychoterapii, coachingu, pomocy w uzyskaniu mieszkania i renty, aktywizacji zawodowej, warsztatów rozwojowych. Szczególnie potrzebna jest specjalna oferta skierowana do kobiet i starzejącej się populacji użytkowników.

Raport z badania jest dostępny na stronie internetowej <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166447>

W literaturze tematu dużo miejsca poświęca się standardom jakości w profilaktyce uzależnień od substancji psychoaktywnych. Formułuje się wymogi w zakresie celów, działań i ewaluacji programów profilaktycznych. Spełnienie ich wpływa na ocenę merytoryczną ofert realizacji takich programów. Doświadczenia praktyczne w stosowaniu programów profilaktycznych także mogą stanowić bogate źródło wiedzy. W artykule przedstawiam doświadczenia z realizacji programu profilaktyki wskazującej „Narkotyki. Na gorącym uczynku”.

CO MOŻNA WYKORZYSTAĆ W PROGRAMACH PROFILAKTYKI WSKAZUJĄCEJ? DOŚWIADCZENIA Z REALIZACJI PROGRAMU „NARKOTYKI. NA GORĄCYM UCZYNKU”

Krzysztof Grabowski
Poradnia MONAR w Krakowie

Grupa docelowa w programach profilaktyki wskazującej

Programy profilaktyki wskazującej kierowane są do specyficznej grupy odbiorców. Dorota Macander wskazuje, że tworzą ją osoby, u których z powodu używania substancji psychoaktywnych stwierdza się wysokie ryzyko wystąpienia szkód zdrowotnych i społecznych¹. W innym

źródle podaje się, że profilaktyką wskazującą „są działania kierowane do jednostek, u których rozpoznano pierwsze objawy zaburzeń lub szczególnie zagrożonych rozwojem problemów wynikających z używania substancji psychoaktywnych, w związku z uwarunkowaniami biologicznymi, psychologicznymi czy społecznymi”². Powyższą definicję uzupełnia się stwierdzeniem, że odbiorcami działań profilaktyki wskazującej są osoby

używające substancji psychoaktywnych okazjonalnie lub problemowo bez diagnozy uzależnienia. Zgodnie ze standardami Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii wskaźnikiem używania okazjonalnego jest użycie przynajmniej raz w ciągu ostatnich 12 miesięcy substancji psychoaktywnej³. Zdefiniowanie używania problemowego jest już trudniejsze. Definicji tego wzorca używania narkotyków nie zawarto w Ustawie z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii⁴. Na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii można przeczytać, że przez problemowe używanie substancji psychoaktywnych rozumie się długotrwałe używanie wywołujące poważne problemy natury zdrowotnej i społecznej. Przy czym nieistotna jest używana substancja psychoaktywna. Za problemowego użytkownika, oczywiście po zdiagnozowaniu wyżej wskazanych problemów, może być uznany użytkownik opiatów, stymulantów, ale także przetworów cannabis⁵.

Profilaktyka używania substancji psychoaktywnych

Okazjonalne lub problemowe używanie substancji psychoaktywnych jest traktowane jako niepożądane zjawisko społeczne. Społeczeństwo od zawsze próbowało na różne sposoby radzić sobie z tym zjawiskiem. Przez większość okresów rozwoju społecznego używanie substancji psychoaktywnych było zarezerwowane dla wybranej grupy społecznej (kapłanów, szamanów) i używanie tych substancji przez inne osoby było tabu. W XIX wieku zaobserwowano wzrost używania rekreacyjnego substancji psychoaktywnych. Od tego czasu zaczęto podejmować działania mające na celu zahamowanie i ograniczenie tego zjawiska. Zasadniczo te działania można podzielić na te wpisane w politykę karną państwa i te wpisane w politykę zdrowotną⁶. Profilaktyka niewątpliwie wpisuje się w politykę zdrowotną państwa. Jak pisze Macander: „(...) profilaktyka to działanie, które ma na celu zapobieganie pojawieniu się lub rozwojowi niekorzystnego zjawiska. Jest też jednym ze sposobów reagowania na zjawiska społeczne, które oceniane są jako szkodliwe i niepożądane. Ta ocena skłania do traktowania takich zjawisk w kategoriach zagrożeń i podejmowania wysiłków w celu ich eliminacji lub choćby ograniczenia. Powszechnie uważa się, że skuteczna profilaktyka jest optymalnym

sposobem hamowania rozwoju lub ograniczania skali zjawisk uznanych za dolegliwe społecznie. Głównie z tego względu jest znacznie bardziej opłacalna niż kosztowne działania zaradcze, konieczne w sytuacji, gdy wzrasta skala niepożądanych zjawisk. Zgodnie z takim rozumieniem profilaktyka używania substancji psychoaktywnych to zmniejszanie ryzyka ich używania poprzez opóźnienie lub przeciwdziałanie inicjacji, niedopuszczanie do poszerzania się kręgu osób – szczególnie ludzi młodych – eksperymentujących z legalnymi i nielegalnymi substancjami⁷.

W tym ujęciu profilaktyka wskazująca stosowana wobec osób używających okazjonalnie lub problemowo substancji psychoaktywnych ma przede wszystkim na celu przeciwdziałanie intensyfikacji używania substancji psychoaktywnych. Przeciwdziała się zatem zwiększaniu ilości konsumowanych substancji psychoaktywnych, przejściu z substancji niosących mniejsze ryzyko na niosące większe ryzyko (np. z marihuany na „brown sugar”), jak również zmianie sposobu używania na bardziej ryzykowny (np. z wciągania przez nos na podawanie dożylnie). Ostatecznie chodzi o stworzenie obszaru, w ramach którego będzie można podejmować działania mające na celu redukcję poziomu używania.

Zasięg i skuteczność programów profilaktyki wskazującej

Programy profilaktyczne finansowane są zarówno z budżetu jednostek samorządu terytorialnego, jak i budżetu centralnego. Nakłady na programy profilaktyczne zostały znacznie zwiększone dzięki włączeniu gmin w finansowanie przeciwdziałania narkomanii. Jak pisze Artur Malczewski: „We wdrażaniu Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii ważną rolę pełnią jednostki samorządu terytorialnego. W jego ramach gminy przeznaczyły 64 mln na przeciwdziałanie narkomanii. Z 64 mln złotych wydanych na Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii w 2009 roku, 55 mln przeznaczono na profilaktykę⁸. Pozwoliło to w 2009 roku na objęcie przekazem profilaktycznym ponad 2 mln odbiorców. Rokrocznie także są ogłaszane konkursy na realizację zadań w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom i patologiom społecznym w dziedzinie narkomanii. Zadania w zakresie profilaktyki zajmują pierwsze pozycje i na nie też wydatkuje się największe ilości środków finansowych.

Skuteczność programów profilaktycznych stanowi jedną z najbardziej istotnych ich cech. Jest też niezwykle trudna do określenia. Trudno kategorycznie stwierdzić, że zahamowanie używania substancji psychoaktywnych jest wynikiem udziału w programie profilaktycznym. Przede wszystkim wynika to z faktu, że odbiorca programu znajduje się pod wpływem wielu czynników wpływających na indywidualny wzór używania substancji psychoaktywnych, np. wpływu rodziny, najbliższego otoczenia. Jest też dość powszechnie znany proces wyrastania z narkotyków, nasilający się po ukończeniu 30. roku życia, w literaturze angielskiej określanej jako *mature-out*. W tym kontekście udział w programie profilaktycznym jest tylko jednym z czynników wpływających na wzór używania narkotyków. Dlatego być może lepiej odwołać się do danych epidemiologicznych, ukazujących poziom używania substancji psychoaktywnych w danym roku. W tym zakresie najbardziej porównywalne są dane zawarte w raportach „European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs”. Dane z ostatnich lat pokazują, że w Polsce od 2007 roku notuje się systematyczny wzrost poziomu używania przetworów cannabis. Dla przykładu można wskazać, że do użycia ich przynajmniej raz w roku, co jak już wspomniano jest wskaźnikiem używania okazjonalnego, przyznało się w 2007 roku 17% ankietowanych w grupie wiekowej 17-18 lat. W 2011 roku kontakt z tymi narkotykami przynajmniej raz w roku miało już 29% respondentów, a w 2015 roku użytkownikami okazjonalnymi można nazwać 32% młodzieży w tym wieku⁹.

Wzrost poziomu użycia przetworów cannabis niekoniecznie powinien być traktowany jako dowód na nieskuteczność programów profilaktycznych. Trudno bowiem stwierdzić, jak wyglądałyby dane epidemiologiczne, gdyby takich programów w ogóle nie prowadzono. Niewątpliwie jednak jest dowodem

na to, że w ostatnich latach nie udało się zahamować wzrostu poziomu okazjonalnego używania przetworów cannabis. Wpływ na to ma wiele czynników, wśród nich przede wszystkim należy wskazać pozostawienie poza oddziaływaniem profilaktycznym pewnej części odbiorców, którzy używają tych substancji.

Grupy społeczne objęte w niewystarczający sposób przekazem profilaktycznym

Na podstawie własnych doświadczeń mogę wskazać dwie grupy zainteresowane używaniem przetworów cannabis, które są w sposób niewystarczający objęte oddziały-

waniem profilaktycznym. Po raz pierwszy na dużą skalę spotkałem się z członkami jednej z tych grup podczas IV Dni Konopi w Kurozwękach, odbywających się w dniach 9-11 września 2016 roku¹⁰. Program tego spotkania obejmował referaty dotyczące przede wszystkim właściwości leczniczych przetworów cannabis, ale także wykorzystania tych roślin w przemyśle. Referatom towarzyszyły prezentacje produktów na bazie tych roślin, w tym kosmetyków, artykułów spożywczych i materiałów budowlanych. W programie jednak nie było prezentacji dotyczących właściwości rekreacyjnych przetworów cannabis. Niemniej jednak z każdego wystąpienia dało się wyodrębnić praktycznie tylko i wyłącznie pozytywny komunikat na temat przetworów

cannabis. Ta ocena jeszcze bardziej była widoczna podczas prywatnych rozmów. Abstrahując od faktycznych właściwości przetworów cannabis, które rzeczywiście znajdują wiele zastosowań w medycynie, przemyśle i w celach rekreacyjnych¹¹, należy stwierdzić, że takie podejście jest niepełne. Ta konstatacja jest szczególnie zasadna, jeżeli weźmie się pod uwagę używanie przetworów cannabis w celach rekreacyjnych. Używanie tego narkotyku w takich celach, podobnie jak każdej innej

Program „Narkotyki. Na gorącym uczynku” zakłada model współpracy między terapeutą i prawnikiem. W pierwszym etapie dokonuje się wstępnej analizy problemów emocjonalnych i prawnych odbiorcy. Następnie terapeuta motywuje do skorzystania z oferty programu. Często przy tym wykorzystuje się konflikt z prawem jako element przydatny do wzbudzenia refleksji na temat dotychczasowego stylu życia. Nowe postrzeganie tego życia ułatwia podjęcie pracy nad utrwaleniem zmiany.

substancji psychoaktywnej, rodzi ryzyko dla zdrowia. Niestety nie było nikogo, kto by zwrócił uwagę na ten aspekt używania przetworów cannabis.

Wrażenie braku skutecznego przekazu profilaktycznego odniosłem także obserwując korzystających z internetowych forów narkotykowych, przede wszystkim hyperreal.info. Okazję ku temu miałem, pracując m.in. w oferującej pomoc osobom używającym substancji psychoaktywnych poradni internetowej¹². Wtedy doświadczyłem zmasowanej aktywności forumowiczów. Polegała ona na jednoczesnym zadawaniu szczegółowych pytań. Po pewnym czasie, korzystając z ich zmęczenia, przeprowadziłem z nimi wywiady pogłębione. Okazało się, że cechuje ich bardzo negatywna ocena profilaktyki narkotykowej. Wiąże się z nią nieufność i zamknięcie na jakikolwiek przekaz profilaktyczny. Warto zauważyć, że forum hyperreal.pl każdego roku notuje dziesiątki tysięcy postów. Nie trzeba dodawać, jak potencjalnie liczną grupę odbiorców oddziaływań profilaktycznych stanowią użytkownicy tego i podobnych portali. W tej chwili wydaje się, że przekaz profilaktyczny do nich nie dociera.

Program „Narkotyki. Na gorącym uczynku”

Do grona m.in. takich odbiorców kierowany jest finansowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii program profilaktyki wskazującej „Narkotyki. Na gorącym uczynku”. Jest on realizowany w Poradni Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień Stowarzyszenia Monar w Krakowie. W ramach tego programu prowadzi się zajęcia informacyjno-edukacyjne, interwencje kryzysowe, zajęcia dla rodzin oraz konsultacje prawne. Pierwszy moduł, obejmujący zajęcia informacyjno-edukacyjne, interwencje kryzysowe i zajęcia dla rodzin, jest prowadzony przez terapeutę. W swojej pracy terapeuta opiera się na trzech fundamentach: dobrowolności, braku nacisku i podążaniu za pacjentem. Terapeuta nie wywiera presji w kierunku zmiany pacjenta. Tworzy płaszczyznę wzajemnego zaufania, nastawioną na szczerą i niemoralizującą przekaz. Głównym założeniem programu jest współpraca terapeuty i prawnika. Współpraca przedstawicieli różnych zawodów jest coraz częściej stosowanym modelem w profilaktyce, leczeniu i rehabilitacji użytkowników substancji psychoaktywnych na zachodzie Europy.

Przykładem państwa, gdzie taki model jest stosowany, jest Portugalia. Od ponad 10 lat funkcjonują tam tzw. Komisje Odwodzenia, w skład których wchodzi: terapeuta, prawnik i pracownik socjalny¹³. W Polsce dominujące programy profilaktyczne, takie jak „Fred goes net” czy „Candis”, bazują zasadniczo na pracy jednego specjalisty, a mianowicie terapeuty. Nie zawsze jest to pomoc wystarczająca do rozwiązania problemów użytkownika substancji psychoaktywnych. Przeciętny zgłaszający się po pomoc użytkownik tych substancji obok problemów natury psychosomatycznej jest obciążony także komornikiem, sprawą karną i niezapłaconymi alimentami. Nawet najlepsza terapia w niewielkim stopniu pomoże, jeżeli problemy prawne pozostaną nierozwiązane. Poszerzona oferta sprzyja trwałym zmianom w życiu pacjenta.

Model współpracy między terapeutą i prawnikiem został wypracowany w trakcie poprzednich edycji programu. W pierwszym etapie dokonuje się wstępnej analizy problemów emocjonalnych i prawnych odbiorcy. Następnie terapeuta motywuje do skorzystania z oferty programu. Często przy tym wykorzystuje się konflikt z prawem jako element przydatny do wzbudzenia refleksji na temat dotychczasowego stylu życia. Nowe postrzeganie dotychczasowego życia ułatwia podjęcie pracy nad utrwaleniem zmiany. Następnie dochodzi do spotkania terapeuty z prawnikiem, w ramach którego każdy z nich przedstawia swoją perspektywę postrzegania problemów okazjonalnego użytkownika substancji psychoaktywnych. Warunkiem koniecznym dalszej pomocy jest wypracowanie konsensusu między psychologiem a prawnikiem. Uzgadnianie stanowiska między nimi następuje pod nieobecność odbiorcy, który otrzymuje wypracowaną ofertę pomocy. Odbiorca może ją zaakceptować albo odrzucić. Akceptacja oferty powoduje przejście do kolejnego etapu pomocy, polegającego na prowadzeniu równoległych działań przez terapeutę i prawnika, uzupełnianych w razie potrzeby konsultacjami.

Realizacja programu napotyka na pewne przeszkody. Przede wszystkim wskazać należy na nastawienie niektórych odbiorców, którzy przychodzą do programu wyłącznie w celu wzięcia udziału w zajęciach informacyjno-edukacyjnych albo tylko po pismo od prawnika. W pewnych sytuacjach jest to wystarczające. W innych jednak trzeba poświęcić dodatkowy czas na motywowanie odbiorcy do szerszego zajęcia się swoim

problem. Ponadto odbiorcy na potrzeby dokumentacji niezbyt chętnie ujawniają szczegóły ze swojego życia. Samo dokumentowanie wdrażania programu stanowi odrębny problem. Dokumentacja obejmuje szereg danych. Są one potrzebne przede wszystkim do ewaluacji. Niemniej jednak ich zbieranie zabiera coraz więcej czasu, który mógłby być poświęcony odbiorcy.

Co można wykorzystać w przekazie profilaktycznym?

W toku działań terapeuty przede wszystkim stosuje się strategię informacyjną. Użytkownicy substancji psychoaktywnych niejednokrotnie wiedzą więcej o efektach działania tych substancji niż osoby prowadzące programy profilaktyczne. Jednocześnie występują obszary niewiedzy, które dla dobra odbiorców wymagają uzupełnienia, np. stan wiedzy kobiet-użytkowniczek substancji psychoaktywnych na temat związku pomiędzy używaniem narkotyków a szansą zajścia w ciążę. Otóż spory odsetek kobiet-użytkowniczek uważa, że zażywanie narkotyków wyklucza zajście w ciążę¹⁴. Przekazywanie stosownej wiedzy stanowi istotny element działań w ramach programu „Narkotyki. Na gorącym uczynku”. Należy podkreślić, że realizatorzy opierają się na obiektywnych informacjach na temat substancji psychoaktywnych, ich używania i zagrożenia uzależnieniem. W programie nie przyjmuje się wstępnego założenia, że substancje psychoaktywne są substancjami bezwzględnie złymi. Unika się przez to nadmiernego moralizowania. Dzięki temu odbiorca unika wrażenia, że ma do czynienia ze zbudowanym na przestrożach i zakazach jednostronnym przekazem. Innymi słowy dąży się do uniknięcia wrażenia, że przekaz profilaktyczny ma charakter wyraźnie tendencyjny lub perswazyjny. Taki sposób konstruowania przekazu jest wskazywany przez młodych odbiorców jako trudny do przyjęcia. Otwarcie na odbiorcę i partnerskie podejście

do niego tworzy odpowiedni klimat do prowadzenia dialogu¹⁵.

W toku działań terapeuty strategia informacyjna jest uzupełniana przez strategię edukacyjną. Wykonując przewidziane w programie działania, terapeuta pomaga w rozwinięciu potrzebnych umiejętności psychologicznych, m.in. takich jak: stawianie granic, reagowanie na niepowodzenia, radzenie sobie z emocjami, oraz umiejętności społecznych (nawiązywanie kontaktu z ludźmi, rozwiązywanie konfliktów, opieranie się naciskom otoczenia). U podstaw realizacji tej strategii leży założenie, że używanie substancji psychoaktywnych często stanowi próbę radzenia sobie z własnymi emocjami bądź z-

Konsultacje prawne także są nastawione na profilaktykę. W ich ramach formułuje się przekaz dotyczący istniejącego stanu prawnego w obszarze narkotyków i narkomanii, w szczególności sankcji karnych za przestępstwa narkotykowe, w tym posiadanie na własny użytek. Ponadto wskazuje się, jak przepisy prawa karnego będą stosowane w praktyce. Informuje się o poszczególnych etapach postępowania karnego i możliwości polepszenia sytuacji procesowej oskarżonego.

głuszanie niesatysfakcjonujących relacji z pozostałymi członkami społeczeństwa. W tym sensie używanie substancji psychoaktywnych stanowi zastępczą metodę radzenia sobie z trudnościami. Brak umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami i brak umiejętności społecznych utrudnia tworzenie właściwych, a więc sprawiających satysfakcję i użytecznych dla społeczeństwa relacji społecznych¹⁶. Stosowanie strategii informacyjnej i edukacyjnej pozwala na przekształcenie motywacji zewnętrznej na wewnętrzną. Ten efekt jest niezwykle istotny dla profilaktyki. Do programu często zgłaszają się bowiem odbiorcy, którzy nastawieni są na konkretny cel. Przykładowo potrzebują

zaświadczenia o podjęciu terapii. Jest ono następnie wykorzystywane na potrzeby postępowania karnego, aby pokazać, że odbiorca podjął starania w celu ograniczenia używania narkotyków. Dołączenie takiego zaświadczenia ma pewne znaczenie dla toczącego się procesu karnego. Sąd przy wymierzaniu kary ma obowiązek brać pod uwagę wszystkie istotne okoliczności, a więc także udział w programie profilaktycznym. Odbiorcy są świadomi wartości takiego zaświadczenia i wykazują sporą aktywność w celu jego zdobycia. Jest to jednak instrumentalne podejście do udziału w programie i nie jest korzystne dla przekazu profilaktycznego. Dlatego

pracuje się nad zmianą motywacji zewnętrznej na wewnętrzną. Czyni się to przede wszystkim poprzez stosowanie dialogu motywującego i ukierunkowanie programu na proces samopoznania. Dzięki udziałowi w zajęciach informacyjno-edukacyjnych odbiorca zaczyna dostrzegać wartość własnego zdrowia i unika zachowań, które stanowią dla niego zagrożenie.

Konsultacje prawne także są nastawione na profilaktykę. W ich ramach formułuje się przekaz dotyczący istniejącego stanu prawnego w obszarze narkotyków i narkomanii, w szczególności sankcji karnych za przestępstwa narkotykowe, w tym posiadanie na własny użytek. Ponadto wskazuje się, jak przepisy prawa karnego będą stosowane w praktyce. Informuje się o poszczególnych etapach postępowania karnego i możliwości polepszenia sytuacji procesowej oskarżonego. Odbiorcy otrzymują informacje na temat konsekwencji kolejnych zatrzymań przez policję za przestępstwa narkotykowe, w szczególności są informowani, że skazanie za kolejne przestępstwo będzie się wiązać z realnym zagrożeniem wymierzenia kary pozbawienia wolności. Odwoływanie się w toku przekazu do groźących sankcji karnych za przestępstwa narkotykowe zazwyczaj wzbudza strach u odbiorców. Z różnych względów realizatorom programu bliższe jest motywowanie pozytywne odbiorców. Niemniej jednak oczywiste jest, że strach przed wyobrażoną karą ma wpływ na zachowania człowieka. W odniesieniu do użytkowników substancji psychoaktywnych można zauważyć, że psuje to komfort używania tych substancji i działa hamująco na poziom używania¹⁷.

Ewaluacja

Co roku program jest poddawany ewaluacji. W II półroczu 2015 roku informacje od odbiorców zbierano przez telefon. Na 63 wykonane połączenia, telefon odebrały 24 osoby, którym zadano m.in. poniższe pytania:

1. Czy ograniczył Pan/Pani, używa tyle samo lub intensywniej substancji psychoaktywnych?
2. Czy po konsultacji prawnej ponownie wszedł Pan/Pani w konflikt z prawem?

Dwanaście osób stwierdziło, że ograniczyło używanie, troje, że używa tyle samo. Nikt nie powiedział, że używa więcej. W dziewięciu wypadkach telefon odebrał ktoś inny¹⁸. Odpowiedzi na drugie pytanie wyglądały następująco: jedna osoba ponownie złamała

prawo, jedna nie potrafiła się określić, natomiast 22 przestrzegały prawa.

Program poddano również ewaluacji procesu. Badano przede wszystkim zadowolenie odbiorców z kontaktu z realizatorami programu. Spośród osób, które skorzystały z działań oferowanych w programie, 23 wyraziły zadowolenie z kontaktu, jedna osoba nie była zadowolona, natomiast żadna z osób ankietowanych nie wybrała odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

Przypisy

- ¹ D. Macander, „Profilaktyka uzależnień w szkołach”, Serwis Informacyjny Narkomania 1 (36), 2007, s. 17-18.
- ² Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 9/2016 Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z dnia 2 września 2016 r.
- ³ J. Sierosławski, „Analiza wzorów używania narkotyków oraz związanych z tym problemów wśród okazjonalnych użytkowników narkotyków”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007, s. 4.
- ⁴ Dz.U. 2016 Nr 2 poz. 224 – tekst jednolity.
- ⁵ <http://www.kbnp.gov.pl/portal?id=459814>
- ⁶ K. Krajewski, „Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii”, Zakamycze, Kraków 2001, s. 19-46; K. Freiske, R. Sobiech, „Narkomania. Interpretacja problemu społecznego”, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1987, s. 91-95.
- ⁷ D. Macander, „Profilaktyka uzależnień w szkołach”, Serwis Informacyjny Narkomania 1 (36), 2007, s. 18.
- ⁸ A. Malczewski, „Europejskie standardy jakości programu profilaktycznego – cz. 1”, Serwis Informacyjny Narkomania 4 (52), 2010, s. 2.
- ⁹ J. Sierosławski, „Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież w 2015 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków w szkołach”, prezentacja znajdująca się na stronie internetowej: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=907006>
- ¹⁰ <https://dnikonopi.pl/strona-glowna/>
- ¹¹ Najnowszy przegląd badań dotyczących właściwości przetworów cannabis można znaleźć w: M. Earlwine, „Zrozumieć marihuanę. Nowe spojrzenie na badania naukowe”, Cień Kształtu, Warszawa 2014.
- ¹² <http://www.narkomania.org.pl/>
- ¹³ K. Grabowski, „Polityka narkotykowa w Portugalii i jej implikacje dla polityki narkotykowej w Polsce”, Serwis Informacyjny Narkomania 3, 2015, s. 20.
- ¹⁴ A. Kolbowska, „Używanie narkotyków a płęć”, Serwis Informacyjny Narkomania 1 (36), 2007.
- ¹⁵ M. Maj, T. Kowalewicz, „Młodzież wobec narkotyków”, Serwis Informacyjny Narkomania 3 (47), 2009, s. 36-42.
- ¹⁶ D. Macander, „Profilaktyka uzależnień...”, s. 19.
- ¹⁷ K. Krajewski, „Sens i bezsens prohibicji. Prawo karne wobec narkotyków i narkomanii”, Zakamycze, Kraków 2001, s. 68-79; K. Freiske, R. Sobiech, „Narkomania. Interpretacja problemu społecznego”, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1987, s. 290-304.
- ¹⁸ Telefon był odbierany przez inne osoby w związku z wiekiem części odbiorców programu. Część odbiorców programu to osoby nieletnie przychodzące z rodzicami lub osoby pełnoletnie, które z różnych względów stawiają się w miejscu realizacji programu z rodzicami. W kontakcie z takimi osobami czasami podawany jest telefon kontaktowy rodzica. W sytuacji, gdy współrozmówcą był rodzic, badania skuteczności programu w zakresie popytu na narkotyki nie miały sensu. Rodzic bowiem nie posiada wystarczającej wiedzy na temat wzoru używania narkotyków przez jego dziecko i może udzielić błędnej odpowiedzi.

W maju i czerwcu 2015 roku w ramach międzynarodowego projektu „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD) zrealizowano audytoryjne badanie ankietowe na losowej próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (15-16 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (17-18 lat) naszego kraju. Jego celem jest monitorowanie natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych, a także ocena czynników wpływających na ich rozpowszechnienie, ulokowanych zarówno po stronie popytu na te substancje, jak i ich podaży. W artykule zostaną zaprezentowane wyniki badania dotyczące młodszej grupy wiekowej respondentów (15–16-latków), które odnoszą się tylko do narkotyków.

UŻYWANIE NARKOTYKÓW PRZEZ POLSKĄ MŁODZIEŻ

*Janusz Sierosławski
Instytut Psychiatrii i Neurologii*

Po raz pierwszy badanie ESPAD wykonano w 1995 roku z inicjatywy Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), działającej przy Radzie Europy. Ostatnia jego edycja, z 2015 roku, jest już szóstym pomiarem tych badań, powtarzanych co 4 lata. W 2015 roku badanie zostało zrealizowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, przy współpracy Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Metoda

Badanie ESPAD jest realizowane metodą ankiety wypełnianej audytoryjnie przez respondentów. Ankieterzy rekrutowani są spoza systemu oświaty i wychowania. W procedurze badania bardzo duży nacisk kładzie się na zapewnienie respondentom maksimum poczucia bezpieczeństwa i pełnej anonimowości.

Próba zawsze dobierana jest losowo według schematu klastrowego, tzn. losowane są klasy szkolne, w których badaniami obejmowani są wszyscy obecni uczniowie. Wielkość prób w poszczególnych latach była zróżnicowana. Zawsze jednak przekraczała liczbę 2400 dla jednego rocznika, co zapewnia reprezentatywność nie tylko dla wszystkich uczniów, ale także dla chłopców i dziewcząt osobno.

W 2015 roku ważona próba ogólnopolska liczyła 3526 uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych i 2770

uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych, chociaż w sumie zebrano 25 982 ankiety. Ta duża różnica wynika z włączenia do próby ogólnopolskiej ankiet z prób wojewódzkich oraz miejskich, z województw i miast, które dołączyły do badania.

Wyniki

Przetwory konopi

Przetwory konopi, czyli marihuana i haszysz, to najbardziej rozpowszechnione substancje nielegalne. Mimo to większość gimnazjalistów nigdy po nie nie sięgała. W 2015 roku chociaż raz w ciągu całego życia używało tych substancji 25% gimnazjalistów z klas trzecich (wykres 1.).

Aktualne, okazjonalne używanie substancji nielegalnych, czego wskaźnikiem jest używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy, także stawia przetwory konopi na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia. W klasach trzecich gimnazjum używało tego środka 19% uczniów. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – 10% ankietowanych.

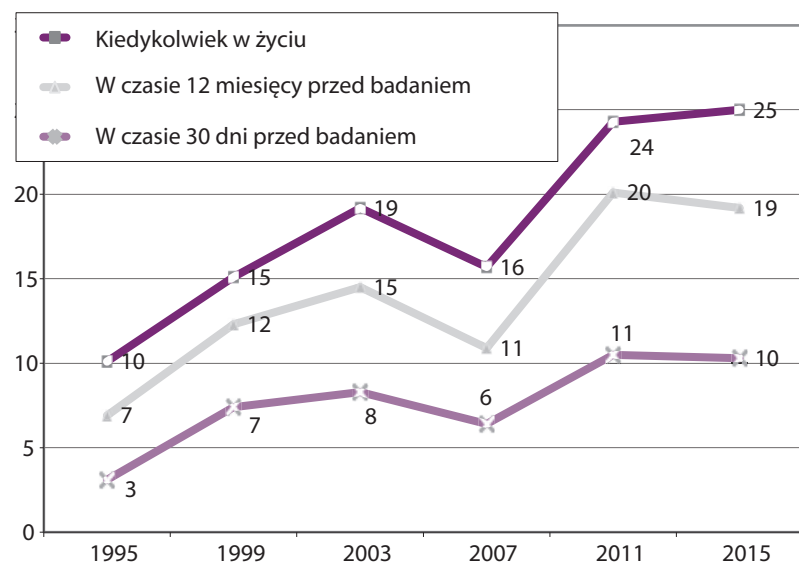
W latach 1995–2003 mieliśmy do czynienia z wyraźnym trendem wzrostowym odsetka uczniów, których udziałem stały się doświadczenia z przetworami konopi. Wzrost między rokiem 1999 a 2003 był trochę mniejszy niż w poprzednim czterolecu, chociaż osłabienie tempa wzrostu nie było zbyt znaczne. W 2007 roku nastąpił znaczny spadek odsetka eksperymentują-

cych z przetworami konopi. Ale w 2011 roku nastąpił gwałtowny wzrost, i to do nienotowanego dotychczas poziomu, a w 2015 roku obserwujemy zahamowanie tego wzrostu. Podobne trendy obserwujemy, spoglądając na dwa pozostałe wskaźniki używania, tzn. używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem.

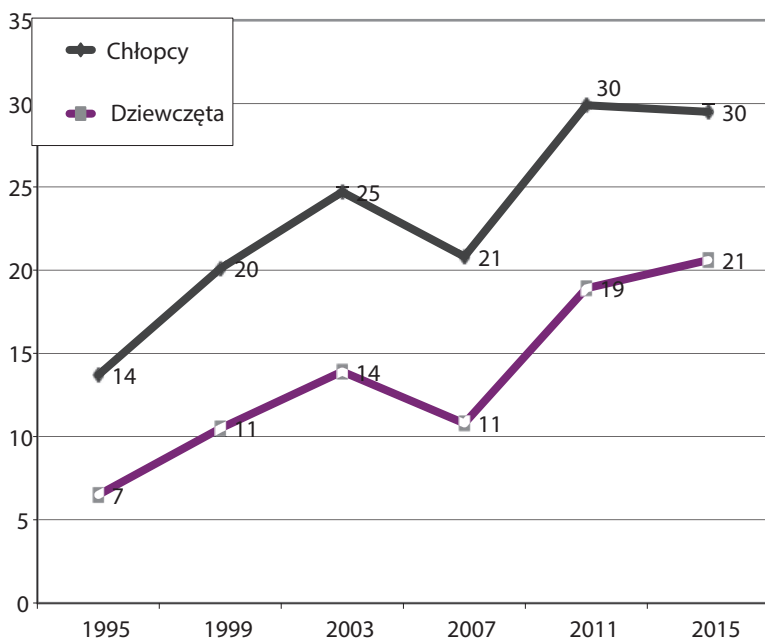
Zarówno eksperymentowanie z substancjami nielegalnymi, jak i ich okazjonalne używanie jest bardziej

rozpowszechnione wśród chłopców niż wśród dziewcząt (wykres 2.). W 1995 roku odsetek chłopców, którzy chociaż raz w życiu używali przetworów konopi, był ponad dwukrotnie większy od analogicznego odsetka wśród dziewcząt. Zróznicowanie zmian w rozpowszechnieniu używania tych substancji wśród chłopców i dziewcząt nie układa się w stały czytelny trend, chociaż porównując dane z 2007 roku, możemy zaobserwować lekkie zmniejszenie się nadwyżki chłopców nad dziewczętami w stosunku do 1995 roku.

Wykres 1. Używanie przetworów konopi przez uczniów klas trzecich gimnazjum (wiek 15-16 lat, %).



Wykres 2. Używanie przetworów konopi kiedykolwiek w życiu wg płci (%).



W ostatnich czterech latach odsetek sięgających po marihuanę lub haszysz wśród chłopców wzrósł o niespełną połowę, podczas gdy wśród dziewcząt niemal o trzy czwarte. W efekcie względna różnica między chłopcami i dziewczętami uległa zmniejszeniu, przybierając wartość najniższą od początku badań ESPAD.

Podobne trendy obserwujemy spoglądając na dynamikę odsetków chłopców i dziewcząt, którzy używali przetworów konopi w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Zjawisko doganiania chłopców przez dziewczęta w zakresie używania przetworów konopi, tak charakterystyczne dla zmian w rozpowszechnieniu konsumpcji alkoholu czy palenia tytoniu, nie przebiega zatem wedle podobnego schematu i jest znacznie mniej zaawansowane.

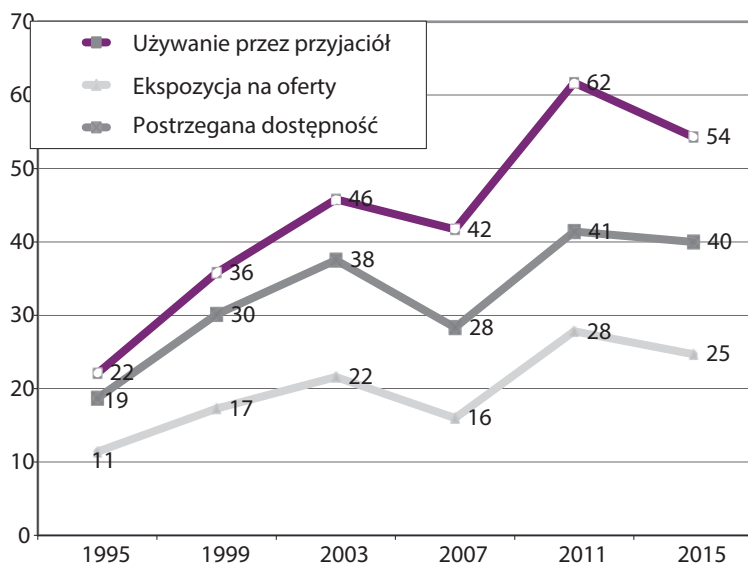
Począwszy od 2011 roku do badania ESPAD włączono czteropytaniowy test przesiewowy na problemowe używanie przetworów konopi (Okulicz-Kozaryn, Sierosławski, 2007).

Rozkłady odpowiedzi na pytania testu pokazują, że 10% uczniów samodzielnie dokonywało zakupu marihuany. W przypadku 7% gimnazjalistów palenie jest nie tylko elementem życia towarzyskiego, ale zdarza się też w samotności. Warto zauważyć, że z powodu używania marihuany lub haszyszu 5% badanych chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy nie poszło do szkoły lub spóźniło się do niej. Często odczuwana potrzeba palenia marihuany pojawiła się u 6% badanych.

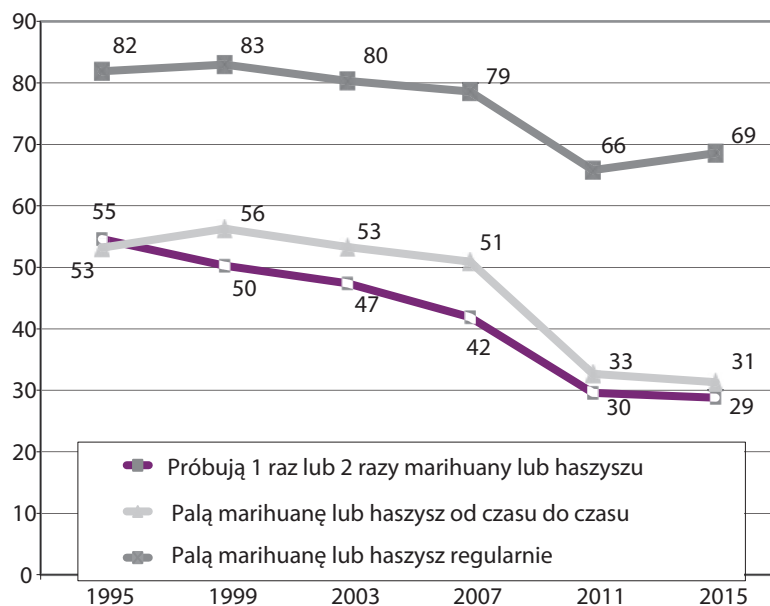
Pozytywny wynik testu przesiewowego, czyli potwierdzenie co najmniej 2 symptomów, uzyskało 7% gimnazjalistów. Oznacza to, że co czternasty 15–16-latek używał marihuany w sposób, który może już rodzić problemy.

Każdy z symptomów problemowego używania przetworów konopi deklarowany był częściej przez chłopców niż przez dziewczęta. Także wartość progową testów osiągało więcej chłopców niż dziewcząt.

Wykres 3. Używanie przez przyjaciół, postrzegana dostępność oraz ekspozycja na oferty przetworów konopi (wiek 15-16 lat, %).



Wykres 4. Ocena ryzyka związanego z używaniem przetworów konopi – „duże ryzyko” (wiek 15-16 lat, %).



Wśród uczniów klas trzecich gimnazjów problemowe używanie przetworów konopi może być udziałem 9% chłopców i 5% dziewcząt.

W 2015 roku odnotować trzeba wzrost potwierdzeń poszczególnych symptomów problemowego używania konopi w stosunku do 2011 roku. Największy wzrost wystąpił w przypadku palenia samotnego. Zwiększyły się także odsetki uczniów z pozytywnym wynikiem testu.

W badaniu ESPAD zastosowano trzy wskaźniki dostępności poszczególnych substancji: postrzegana dostępność, ekspozycja na oferty oraz używanie substancji przez przyjaciół badanego. Pierwszy to zadeklarowanie łatwego bądź bardzo łatwego dostępu do substancji, drugi – to otrzymywanie propozycji zakupu, otrzymania bądź użycia substancji, zaś trzeci – to posiadanie w swoim otoczeniu przyjaciół używających substancji.

W 2007 roku obserwowaliśmy załamanie trendu wzrostowego wszystkich tych wskaźników, trwającego od początku badań ESPAD. Zarówno ocena dostępności substancji, jak i ekspozycja na propozycje, czy używanie przez przyjaciół w 2007 roku spadły. W 2011 roku odnotować jednak trzeba ich wyraźny wzrost. W 2015 roku jedynie używanie przez przyjaciół wyraźnie spadło, zaś pozostałe dwa wskaźniki utrzymały się na poziomie stabilizacji.

Przedmiotem badania była także ocena ryzyka związanego z używaniem przetworów konopi. Na czterostopniowej skali od „nie ma ryzyka” do „duże ryzyko” badani ocenili ryzyko zaszkodzenia sobie w wyniku eksperymentowania z marihuaną lub haszyszem, ich okazjonalnego używania oraz używania regularnego. Odsetki badanych wybierających odpowiedź „duże ryzyko” zestawiono na wykresie 4.

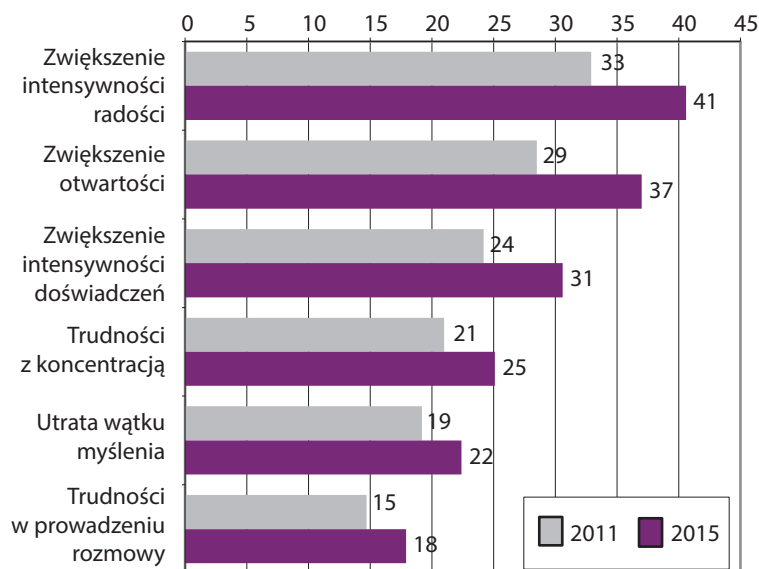
W 1995 roku zdecydowana większość respondentów (82%) była przekonana o dużym ryzyku związanym z regularnym paleniem marihuany lub haszyszu. Mniej gimnazjalistów dostrzegało duże ryzyko okazjonalnego palenia lub eksperymentowania, ale była

to nadal ponad połowa badanych. W 1999 roku nie odnotowano większych zmian, poza tym, że spadł nieco odsetek uznających za bardzo ryzykowne już pierwsze próby z tymi substancjami. Kolejne pomiary ujawniły trend spadkowy każdego z tych wskaźników. W efekcie w 2011 roku tylko 30% respondentów oceniało ryzyko eksperymentowania z przetworami konopi jako duże. Podobny odsetek (33%) respondentów dostrzegał wysokie ryzyko okazjonalnego sięgania po przetwo-

ry konopi. Nawet regularne palenie marihuany lub haszyszu oceniane było jako bardzo ryzykowne przez 66% badanych. W 2015 roku udało się zatrzymać te niekorzystne tendencje.

W badaniu w 2011 roku po raz pierwszy zadano pytanie o oczekiwania związane z używaniem przetworów konopi. W ostatnim pomiarze powtórzono je. Rozkłady odpowiedzi zamieszczono na wykresie 5. Badani częściej za całkiem prawdopodobne lub pewne

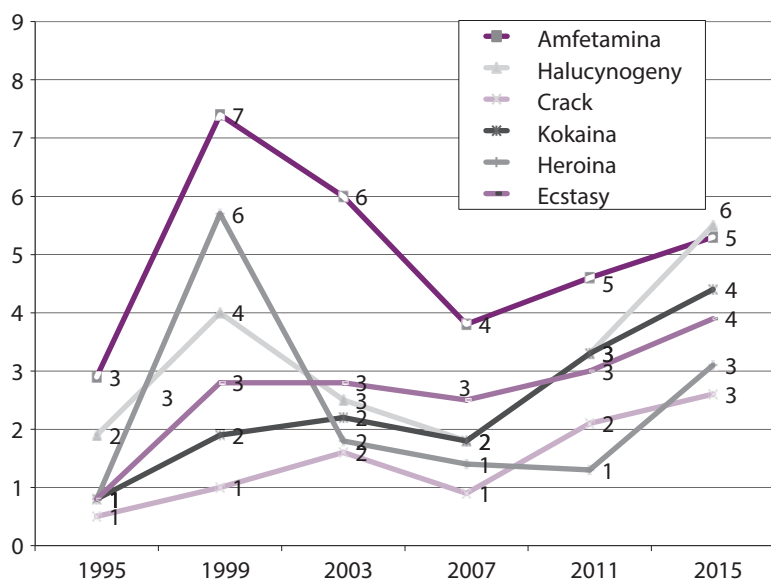
Wykres 5. Oczekiwania wobec marihuany prezentowane przez uczniów w wieku 15-16 lat (%).



uważali konsekwencje pozytywne niż negatywne. W 2015 roku wśród pozytywnych oczekiwań na pierwszym miejscu znajduje się zwiększenie intensywności radości (41%), na drugim – zwiększenie otwartości (37%), a na trzecim zwiększenie intensywności doświadczeń (31%). Najczęściej oczekiwaną konsekwencją negatywną były trudności z koncentracją (25%), a następnie – utrata wątku myślenia (22%) oraz trudności w prowadzeniu rozmowy (18%). Porównanie wyników z 2011 i 2015 roku ujawnia zwiększenie się odsetków badanych potwierdzających poszczególne oczekiwania, zarówno te pozytywne, jak i negatywne, przy czym w większym stopniu te pierwsze.

Inne narkotyki

Wykres 6. Używanie substancji nielegalnych innych niż przetwory konopi kiedykolwiek w życiu przez 15–16-latków (%).



Do substancji nielegalnych innych niż przetwory konopi zaliczamy takie środki, jak amfetamina, halucynogeny, crack, kokaina, heroina, ecstasy. Wszystkie one, jako powodujące większe szkody zdrowotne, są bardziej niebezpieczne niż przetwory konopi. Trendy w zakresie sięgania po te substancje kiedykolwiek w życiu zaprezentowano na wykresie 6.

Rozpowszechnienie sięgania po amfetaminę i LSD po wzroście w latach 1995–1999, w 2003 roku trochę spadło. W 2007 roku notujemy kontynuację spadku. W 2011 roku oba wskaźniki wzrosły. Ostatni pomiar z 2015 roku przyniósł dalszy wzrost rozpowszechnienia eksperymentowania z tymi substancjami.

Rozpowszechnienie eksperymentowania z takimi środkami, jak ekstazy czy kokaina wzrastało w latach 1995–1999. W dwóch następnych pomiarach ustabilizowało się na bardzo niskim poziomie. W 2011 roku zarówno odsetki eksperymentujących z ekstazy, jak i z kokainą wzrosły. Wzrost ten był kontynuowany także w 2015 roku.

Osobnego komentarza wymagają wyniki odnoszące się do heroiny. Odsetek sięgających po tę substancję bardzo wzrósł w latach 1995–1999, a następnie spadł w 2003 roku do poziomu niewiele wyższego niż w 1995 roku. Za gwałtowny skok tego wskaźnika w 1999 roku w pewnym stopniu mogła być odpowiedzialna zmiana w kwestionariuszu ESPAD. W 1995 roku pytano ogólnie o używanie heroiny, natomiast w 1999 roku pytano osobno o używanie heroiny do palenia (tzw. brown sugar) i heroiny „białej”. W 2003 roku powrócono do wersji sprzed ośmiu lat. Heroina „brown sugar” pojawiła się w naszym kraju na większą skalę w drugiej połowie lat 90. W tym samym czasie na naszej scenie narkotykowej zagościły nowe odmiany przetworów konopi o zwiększonej zawartości THC, tzw. skun. Wśród młodzieży na temat tej substancji krążyły różne mity. Nie można zatem wykluczyć, że niektórzy młodzi ludzie, mówiąc o swoich doświadczeniach z narkotykami, mylili te substancje. Dla popularności „brown sugar” nie bez znaczenia był też zapewne efekt nowości, nowa modna substancja z etykietą względnie bezpiecznej mogła prowokować do spróbowania. Trudno zatem powiedzieć, jaki wkład we wzrost odsetka stwierdzony w badaniu w 1999 roku miały zmiany w kwestionariuszu, a jaki był rzeczywisty wzrost rozpowszechnienia. Wyniki badania z 2007 roku potwierdziły incydentalny bądź artefaktualny charakter wyników z 1999 roku. Odsetki eksperymentujących z heroiną odnotowane w 2007 roku niewiele odbiegały od stwierdzonych w 2003 roku, podobnie stało się w 2011 roku. W 2015

roku odnotować trzeba nieznacznie wyższe odsetki potwierdzających doświadczenia z tą substancją. Porównując wyniki z 2015 roku z wynikami z poprzednich edycji, trzeba stwierdzić powrót do trendu wzrostowego eksperymentowania z niektórymi przynajmniej substancjami, po jego załamaniu się w 2007 roku. Nadal jednak rozpowszechnienie eksperymentowania z narkotykami innymi niż marihuana czy haszysz utrzymuje się na niskim poziomie.

Dopalacze

Problem „dopalaczy” (smart drugs, legal highs), nazywanych też nowymi substancjami psychoaktywnymi (NSP), pojawił się w Europie w połowie poprzedniej dekady. W Polsce zaczął narastać w drugiej połowie tej dekady. Problem „dopalaczy” rozwijał się na styku świata substancji legalnych i nielegalnych. „Dopalacze” oferowane są w większości krajów europejskich. Wszędzie problem ten jest przedmiotem troski władz i zaniepokojenia społecznego (PAN, 2010). Nasza wiedza na temat „dopalaczy” jest niepełna, zarówno w wymiarze farmakologicznym, jak i społeczno-kulturowym (EMCDDA). Brak nawet precyzyjnej naukowej

Z używaniem „dopalaczy” wiąże się wiele zagrożeń. Są to nowe, nieprzebadane substancje przyjmowane według nowych, nierozpoznanych wzorów. Brak doświadczeń z tymi substancjami zwiększa ryzyko powikłań zdrowotnych u użytkowników. W 2010 roku szpitale informowały o licznych przypadkach zatrucia, w tym śmiertelnych. Zgłaszały też, że z powodu trudności w określeniu obrazu toksykologicznego używanych „dopalaczy”, utrudnione było niesienie pomocy osobom, które przedawkowały.

definicji tych substancji.

„Dopalacze” określić można jako preparaty zawierające w swym składzie substancje psychoaktywne nieobjęte kontrolą prawną. Niektóre z nich są pochodzenia roślinnego, inne – syntetycznego. „Dopalacze” w zasadzie cieszą się statusem legalności, jednak obrot nimi odbywa się na zasadach pewnego wybiegu, stanowiącego ominięcie prawa. W Polsce, jeszcze do października 2010 roku, „dopalacze” sprzedawane były jak produkty kolekcjonerskie, w innych krajach bywają sprzedawane jako kładzidełka, sole do kąpiel, odświeżacze powietrza itp. Zawsze opatrzone są informacją, że nie są przeznaczone do spożycia przez człowieka, co pozwala omijać przepisy o bezpieczeństwie produktów wprowadzonych do obrotu. Jednocześnie równolegle

do oficjalnego statusu produktu reklamuje się go jako dostawcy niezapomnianych wrażeń.

Z używaniem „dopalaczy” wiąże się wiele zagrożeń. Są to nowe, nieprzebadane substancje przyjmowane według nowych, nierozpoznanych wzorów. W efekcie brak doświadczeń z tymi substancjami zwiększa ryzyko powikłań zdrowotnych u użytkowników. Co do niektórych z tych substancji można przypuszczać, że są bardziej niebezpieczne niż ich nielegalne odpowiedniki, inne mogą się okazać całkiem niegroźne. W 2010 roku szpitale informowały o licznych przypadkach zatruc, w tym śmiertelnych. Zgłaszały też, że z powodu trudności w określeniu obrazu toksykologicznego używanych „dopalaczy”, utrudnione było niesienie pomocy osobom, które przedawkowały. W 2015 roku pojawiła się następna fala zatruc. Potrzeba rozpoznania epidemiologicznego fenomenu „dopalaczy” skłoniła do wprowadzenia w 2011 roku do badania ESPAD kilku pytań na temat kontaktów z tymi substancjami. W 2011 roku, zgodnie z oczekiwaniami, niemal wszyscy badani słyszeli o „dopalaczach” (94%). Jednak tylko 15% badanych było kiedykolwiek w sklepie, w którym były one dostępne. Odsetki respondentów, którzy dokonywali zakupów „dopalaczy”, były jeszcze niższe – 8%.

W 2011 roku podstawowym miejscem zakupu „dopalaczy” były sklepy z tymi substancjami (6%). Za pośrednictwem internetu takich zakupów dokonywało tylko 2% badanych, zaś 4% zaopatrywało się w „dopalacze” z innych źródeł. W 2015 roku nie nastąpiły większe zmiany. W sklepach z „dopalaczami” zakupów dokonało 5% badanych, w internecie – 3%, a w innych miejscach 6%.

W 2015 roku do używania „dopalaczy” chociaż raz w życiu przyznało się 10% gimnazjalistów. Odsetek aktualnych użytkowników jest trochę niższy – wynosi 7%. W czasie ostatnich 30 dni po substancje te sięgało tylko 4% badanych. Te niskie odsetki wiązać można ze znacznym ograniczeniem dostępności „dopalaczy”

w konsekwencji zamknięcia sklepów z tymi substancjami jesienią 2010 roku. Wyniki te nie odbiegają znacząco od tych uzyskanych w 2011 roku.

Używanie „dopalaczy” jest dość silnie różnicowane przez płeć badanych. Kiedykolwiek w życiu „dopalaczy” używało 13% chłopców i 8% dziewcząt, w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem – 9% chłopców i 5% dziewcząt, natomiast w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem – 4% chłopców i 2% dziewcząt (wskaźnik „używających” chłopców jest dwukrotnie wyższy niż dziewcząt).

Omówienie wyników i wnioski

Istotnym czynnikiem sprzyjającym używaniu substancji psychoaktywnych są oczekiwania wobec tych substancji. Młodzież spodziewa się raczej konsekwencji pozytywnych palenia marihuany niż skutków negatywnych. Takie wzory antycypacji stanowią istotny czynnik ryzyka używania substancji i są wyzwaniem dla działań profilaktycznych. Programy edukacyjne skierowane na zmianę tych oczekiwań mogą się przyczynić do zmniejszenia rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży.

Wyniki badania z 2015 roku na tle wyników z poprzednich edycji ESPAD skłaniają do sformułowania kilku wniosków i rekomendacji.

Polska młodzież, w świetle wyników badania zrealizowanego w 2015 roku, jest nadal mocno zagrożona przez legalne substancje psychoaktywne.

W 2007 roku rozpowszechnienie używania przetworów konopi spadło po wieloletnim trendzie wzrostowy, ale w 2011 roku nastąpił wzrost, zaś w 2015 roku – stabilizacja. Powrót do tendencji wzrostowej w 2011 roku sugerował, że spadek wskaźników odnotowany w poprzedniej edycji miał raczej charakter fluktuacji losowej niż

początku odwrócenia tendencji wzrostowej. Jedną z hipotez wyjaśniających dynamikę wskaźników w latach 2003–2011 mógłby być niższy poziom przyznawania się respondentów do używania substancji nielegalnych w 2007 roku, wynikający z klimatu politycznego w tamtym okresie, prowadzącego do większej restrykcyjności polityki wychowawczej systemu edukacji. Wedle tej hipotezy spadek wskaźników w 2007 roku miałby charakter pozorny, w rzeczywistości zaś mielibyśmy do czynienia z kontynuacją trendu wzrostowego, maskowaną niższym poziomem raportowania przez respondentów.

Inną hipotezą jest rzeczywisty spadek rozpowszechnienia, spowodowany wspomnianym wcześniej mechanizmem, wynikającym z konkurencyjnej, szeroko dostępnej oferty „dopalaczy”. Nagłe i radykalne zahamowanie dostępu do tych substancji w 2010 roku mogło spowodować ponowne skierowanie się popytu w stronę przetworów konopi. Niezależnie od tego, znaczne rozpowszechnienie używania przetworów konopi pozostaje sporym wyzwaniem dla profilaktyki. Szczególnie niepokojący jest rosnący odsetek badanych używających przetworów konopi wedle wzoru problemowego używania. Oznacza to potrzebę rozbudowy oferty wczesnej interwencji i pomocy dla problemowych użytkowników marihuany lub haszyszu.

Zahamowanie niekorzystnych tendencji w zakresie problemu przetworów konopi zaobserwowane w 2015 roku może oznaczać efekt nasycenia. Nie bez znaczenia są też zapewne działania profilaktyczne. Zahamowanie niekorzystnych tendencji w postrzeganiu ryzyka związanego z używaniem marihuany można próbować przypisać przynajmniej w części efektom przekazów profilaktycznych.

Brak wzrostu rozpowszechnienia używania „dopalaczy” dostarcza argumentów przemawiających za tezę, że fala zatruć w pierwszej połowie roku raczej miała charakter incydentalny. Wiązać ją można raczej z delegalizacją szeregu tych substancji niż ze wzrostem rozpowszechnienia używania tych substancji.

Badanie ESPAD pozwoliło na pomiar czynników chroniących i czynników ryzyka używania substancji psychoaktywnych przez młodzież (Kafetzopoulos, 2006).

Jednym z podstawowych czynników ryzyka sięgnięcia przez nastolatka po substancje psychoaktywne jest ich duża dostępność. Brak dostępu do substancji ma walor chroniący. Mimo zahamowania tendencji wzrostowej, nadal znaczna frakcja nastolatków z klas trzecich gimnazjum jest zdania, że zdobycie marihuany lub haszyszu jest bardzo łatwe lub dość łatwe. Największe ryzyko po stronie podaży substancji stwarza ekspozycja na propozycje. Osoby, które spotykają się z takimi propozycjami, są narażone na zwiększone ryzyko. Wyniki badania sugerują, że jeśli w grę wchodzi używanie przetworów konopi, to w ostatnich latach mamy do czynienia ze stabilizacją pod tym względem. Jednym z czynników ryzyka jest obracanie się w kręgach użytkowników takich

substancji. Zwłaszcza gdy kontakty towarzyskie lub przyjacielskie ograniczają się do osób, które palą tytoń, piją alkohol lub używają narkotyków, ryzyko przejścia takiego wzoru zachowań jest dość wysokie. Więcej niż połowa młodzieży przyjaźni się z użytkownikami marihuany lub haszyszu. Osoby te są narażone na dyfuzję wzorów kulturowych dalekich od standardów abstynencji.

Innym czynnikiem wpływającym na zachowania w obszarze substancji psychoaktywnych są przekonania o ryzyku konsekwencji zdrowotnych oraz innych szkód związanych z ich używaniem. Można założyć, iż w przypadku większości młodzieży przekonanie co do dużego ryzyka szkód w wyniku używania substancji będzie sprzyjać ich unikaniu, zaś przekonaniu o ich nieszkodliwości będzie sprzyjać podejmowanie decyzji o sięganiu po nie. W tym sensie przekonania te stanowią mogą czynnikiem ryzyka bądź czynnikiem chroniący. Młodzież zdaje się prawidłowo identyfikować poziom zagrożenia związany z różnymi wzorami używania substancji psychoaktywnych, chociaż niepokój może budzić niedocenywanie ryzyka związanego z używaniem przetworów konopi.

Istotnym czynnikiem sprzyjającym używaniu substancji psychoaktywnych są oczekiwania wobec tych substancji. Młodzież spodziewa się raczej konsekwencji pozytywnych palenia marihuany niż skutków negatywnych. Takie wzory antycypacji stanowią istotny czynniki ryzyka używania substancji i są wyzwaniem dla działań profilaktycznych. Programy edukacyjne skierowane na zmianę tych oczekiwań mogą się przyczynić do zmniejszenia rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży.

Bibliografia

- EMCDDA. Action on new drugs. <http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>
- Kafetzopoulos E., „Risk and protective factors in adolescent and youth drug use” (w:) „Young people and Drugs. Care and Treatment”, Pompidou Group, Council of Europe, Strasbourg 2006.
- Okulicz-Kozaryn K., Sierosławski J., „Validation of the „problematic use of narcotics” (PUN) screening test for drug using adolescents”, *Addictive Behaviors* 32 (2007).
- PAN (2010), Stanowisko Wydziału VI Nauk Medycznych PAN w sprawie „dopalaczy” http://www.aktualnosc.pan.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=462:stanowisko-wydziau-vi-nauk-medycznych-pan-w-sprawie-dopalaczy&catid=14:dokumenty-i-owiadczenia-w-sprawach-publicznych&Itemid=19

Niedawno ukazał się raport Głównego Inspektoratu Sanitarnego za lata 2013–14 na temat nowych substancji psychoaktywnych (NSP), popularnie określanych jako „dopalacze”. Danych z 2015 roku dostarcza raport roczny EMCDDA oraz badanie młodzieży szkolnej ESPAD 2015. Pomimo wielu publikacji, wiedza na temat nowych substancji psychoaktywnych wydaje się nadal fragmentaryczna. Artykuł prezentuje najważniejsze fakty z powyższych opracowań.

NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE W POLSCE I W EUROPIE

Porządek prawny

„Dopalacze”, których nazwa pochodzi od jednego z pierwszych i największych sklepów internetowych sprzedających te substancje w Polsce, funkcjonują w przepisach prawnych jako środki zastępcze lub nowe substancje psychoaktywne.

To pierwsze pojęcie wprowadziła ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z 29 lipca 2005 roku, definiując je jako „substancję w każdym stanie fizycznym, która jest trucizną lub środkiem szkodliwym, używaną zamiast lub w takich samych celach innych niż medyczne jak środek odurzający lub substancja psychotropowa”, która nie znajdowała się na listach kontrolowanych środków odurzających bądź leków psychotropowych.

W tym samym roku europejska Rada ds. Wymiaru Sprawiedliwości i Spraw Wewnętrznych¹ użyła sformułowania nowe substancje psychoaktywne, określając je jako „środek odurzający lub nowy lek psychotropowy, który nie został zamieszczony w wykazach załączonych do Jednolitej Konwencji ONZ o środkach odurzających z 1961 r. oraz Konwencji ONZ o substancjach psychotropowych z 1971 r., lecz może stanowić porównywalne zagrożenie dla zdrowia publicznego, tak jak substancje znajdujące się w tych wykazach”. Wcześniej (od 1999 roku) funkcjonował jeszcze termin nowe narkotyki syntetyczne, który nadal pojawia się w nieco skróconej formie, jako nowe narkotyki.

W polskim prawodawstwie określenie nowe substancje psychoaktywne funkcjonuje od nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w 2010 roku, będącej reakcją na nagły rozwój rynku „dopalaczy” w Polsce.

Obecnie nowa substancja psychoaktywna to „substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym, o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, określona w przepisach wydanych na podstawie art. 44b ust. 2”.

Z kolei środek zastępczy definiowany jest jako „produkt zawierający co najmniej jedną nową substancję psychoaktywną lub inną substancję o podobnym działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych; do środków zastępczych nie stosuje się przepisów o ogólnym bezpieczeństwie produktów”.

Art. 44b mówi o zakazie obrotu NSP, odwołując się do **wykazu nowych substancji psychoaktywnych obejmującego te substancje lub ich grupy**, sporządzanego przez ministra ds. zdrowia.

Należy zaznaczyć, że dopiero ta nowelizacja dokonała delegalizacji obrotu NSP, przy czym produkcja i handel „dopalaczami” objęte są odpowiedzialnością administracyjną i mogą skutkować karą do 1 mln zł; produkcja

Art. 44b 1. Zakazuje się wytwarzania, przywozu i wprowadzania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

1) środków zastępczych;

2) nowych substancji psychoaktywnych.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz nowych substancji psychoaktywnych obejmujący te substancje lub ich grupy, uwzględniając wpływ tych substancji na zdrowie lub życie ludzi lub możliwość spowodowania szkód społecznych.

i handel narkotykami „tradycyjnymi” nadal podlegają prawu karnemu, tzn. pociągają za sobą groźbę więzienia.

Kontrola NSP

Większość danych w publikacjach tematycznych obejmuje okres do 2014 roku. Nowsze informacje pochodzą z raportów omawiających NSP w szerszym kontekście używania substancji psychoaktywnych, jak raport roczny EMCDDA czy badanie ESPAD.

Rośnie ilość nowych substancji przechwytywanych przez policję i służby celne. W latach 2013–2014 w Europie i Turcji dokonano niemal 50 tys. przechwyceń rocznie; w 2012 roku było to niecałe 25 tys., a w 2011 roku – 15 tys. Najczęściej przechwytywano **syntetyczne kannabinoidy** oraz **pochodne katynonu**. Te pierwsze stanowiły w 2014 roku **60%** wszystkich konfiskat. W 2013 roku przejęć było mniej, jednak ilość osiągnęła 1,6 tony, w 2014 roku skonfiskowano 1,3 tony, co łącznie daje prawie 3 razy więcej niż w latach 2011–2012.

Katynony stanowiły w 2014 roku **30%** przechwyconych substancji – było to ok. 1 tony. Ta ilość przechwyconych substancji utrzymuje się od 2011 roku na zbliżonym poziomie, podczas gdy ilość przechwytywanych kannabinoidów gwałtownie rosła – z 200 kg w 2011 roku

do 1,6 tony w 2013 roku, a w ostatnim roku spadła do 1,3 tony.

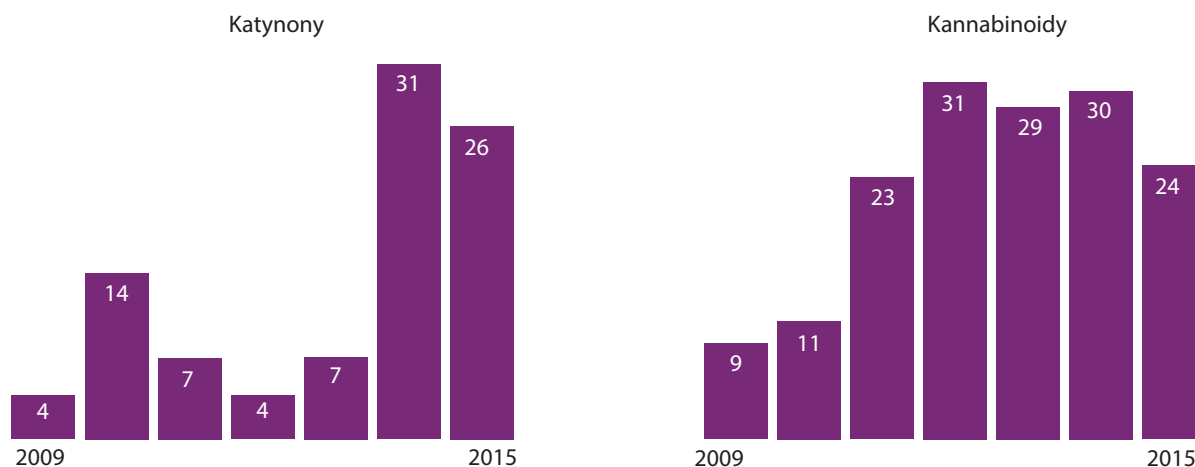
Kilkakrotnie, w stosunku do poprzednich lat, wzrosła ilość wykrytych nowych pochodnych katynonów. W latach 2014–2015 wykryto ich nawet więcej niż kannabinoidów, które wcześniej zdecydowanie dominowały wśród NSP. Można więc mówić o dużym wzroście popularności stymulantów wśród nowych narkotyków. Podobne trendy rysują się w **Polsce**. Ze wszystkich przebadanych przez GIS substancji w latach 2013–14, na ponad 2000 skierowanych do analizy próbek (skonfiskowano ich ponad 50 tys.), **995** stanowiły katynony, a **924** kannabinoidy. Jeszcze jedna widoczna grupa to fenyloetyloaminy, wykryte tylko w 2014 roku w **84** próbkach.

Dane Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego Policji z pierwszej połowy 2014 roku wskazują na znacznie większą częstotliwość występowania katynonów: spośród 2304 przebadanych próbek stanowiły one ponad 55%, gdy kannabinoidy 30%. Należy przy tym wskazać, że średnia waga próbek wynosiła 1,9 grama, co wskazuje na pochodzenie ich od detalicznych użytkowników z „ulicy”.

Warto dodać, że w 2014 roku Państwowy Inspektorat Sanitarny nałożył na sprzedawców kary w wysokości

Od 2008 roku ilość przejęć syntetycznych kannabinoidów wzrosła dwustukrotnie. Znaczna część kannabinoidów przechwytywanych w ilościach hurtowych, ma postać proszku, a nie kojarzonego z „legalną marihuaną” suszu roślinnego. Proszek rozpuszczany jest w roztworach chemicznych, którymi dopiero nasącza się susze roślinne.

Wykres 1. Wykrycie nowych substancji psychoaktywnych w latach 2009–2015.



Źródło: Raport roczny EMCDDA, 2016.

Oprócz kannabinoidów i katynonów identyfikowane grupy nowych substancji psychoaktywnych to:

- fenyletyloaminy – substancje z grupy amfetamin, o działaniu stymulującym lub halucynogennym, widoczne na rynku europejskim od 2012 roku, w Polsce dopiero od 2014 roku (w 2013 roku nie wykryto żadnej substancji z tej grupy),
- opioidy – odpowiedniki heroiny, stosunkowo mało popularne, lecz bardzo groźne, ze względu na dużą, często wielokrotnie większą od heroiny siłę działania, przez co znacznie wzrasta możliwość przedawkowania,
- tryptaminy – substancje halucynogenne,
- benzodiazepiny – również substancje o rosnącej w ostatnich dwóch latach częstotliwości wykrywania; są to substancje z grupy popularnych leków uspokajających/nasennych.

Wykryto również obecność ponad 50 substancji o prawdopodobnym działaniu psychoaktywnym, których jednak nie da się przypisać do żadnej z powyższych grup substancji.

Tabela 1. Użycie NSP w Europie w ciągu ostatnich 12 miesięcy (%). 14 mln zł – 3 mln zł więcej niż w 2013 roku. Ale w 2015 roku było to już 25 mln zł.

| Kraj | Mieszanki ziołowe | Proszek/kryształy/tabletki | Inne | Jakakolwiek substancja |
|------------|-------------------|----------------------------|------|------------------------|
| Polska | 7 | 2 | 2 | 8 |
| Estonia | 7 | 1 | 1 | 8 |
| Chorwacja | 5 | 1 | 1 | 6 |
| Bułgaria | 5 | 1 | 1 | 6 |
| Irlandia | 4 | 1 | 1 | 5 |
| Włochy | 4 | 1 | 1 | 5 |
| Litwa | 3 | 1 | 1 | 4 |
| Francja | 3 | 1 | 1 | 4 |
| Czechy | 3 | 1 | 1 | 4 |
| Monako | 3 | 0 | 1 | 4 |
| Malta | 3 | 1 | 1 | 3 |
| Rumunia | 3 | 0 | 0 | 3 |
| Gruzja | 2 | 1 | 1 | 3 |
| Węgry | 2 | 1 | 0 | 3 |
| Ukraina | 2 | 0 | 1 | 3 |
| Słowacja | 2 | 0 | 0 | 3 |
| Słowenia | 2 | 1 | 0 | 2 |
| Austria | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Szwecja | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Grecja | 1 | 0 | 0 | 2 |
| Finlandia | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Dania | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Holandia | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Belgia | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Portugalia | 0 | 0 | 0 | 1 |

Najpopularniejsze związki

Obecnie na liście nowych substancji psychoaktywnych znajduje się ponad **560 pozycji**, z czego **70% pojawiło się po 2010 roku**. Jak podaje EMCDDA, w 2014 roku w Europie zgłoszono wykrycie rekordowej liczby 101 substancji, rok później było to niewiele mniej, bo 98. Największą grupę stanowią syntetyczne kannabinoidy – jest ich ponad 160. Drugą grupą są katynony ze 103 związkami na liście substancji kontrolowanych.

Wśród użytkowników kannabinoidy są znacznie bardziej popularne niż katynony. Badanie młodzieży szkolnej ESPAD 2015 wykazuje nawet kilkakrotnie większą popularność mieszanek ziołowych od substancji w formie proszku. W Polsce, która jest na **pierwszym miejscu wśród użytkowników NSP wśród uczniów**, stosunek ten wynosił 7:2, w Estonii (drużga za Polską) 7:1.

W Polsce z NSP kiedykolwiek w życiu zetknęło się 10% badanej młodzieży (po równo dziewczęta i chłopcy). Najczęściej przechwytywane związki w Europie to:

- kannabinoidy: AM-2201, 5F-UR-144 (115 kg), 5F-AKB48 (114 kg),
- katynony: 3-MMC (pochodna mefedronu, jednego z najpopularniejszych nowych stymulantów) (341 kg), 4-MEC (201 kg), pentedron (197 kg), alfa-PVP (115 kg) – te cztery substancje stanowiły 80% wszystkich skonfiskowanych z tej grupy,
- opioidy: AH-7921 i MT-45.

Szczegółowe informacje o tych substancjach znajdują się w ocenach ryzyka (*Risk assessment*) EMCDDA i w raportach łączonych (*Joint reports*) EMCDDA i Europolu.

Najczęściej wykrywane związki w Polsce to:

- kannabinoidy: MDMB-CHMICA i AB-CHMICA oraz UR-144 i 5-FUR-144,
- katynony: pentedron, 3-MMC, 4-EEC,
- 25I-NBOMe – silny psychodelik, sprzedawany jako odpowiednik LSD.

Opisy tych substancji można znaleźć na stronie i w raporcie GIS².

Ryzyka i zatrucia

Oprócz opioidów największe niebezpieczeństwo stwarzają syntetyczne kannabinoidy. Ich siła działania może być znacznie większa od naturalnego cannabis, co więcej, również efekt może być inny, gdy np. zagospodarowują znacznie większą ilość receptorów kannabinoidowych niż naturalne THC, co może prowadzić nawet do śmierci. Moc sprzedawanych substancji zależy też od stopnia rozcieńczenia substancji, którą nasąca się susz. Jeśli w postaci czystej, sprowadzanej hurtowo z Chin, dany kannabinoid jest 800 razy silniejszy niż marihuana, to niedostateczne rozcieńczenie go w płynnym roztworze czyni ze sprzedawanej mieszanki ziołowej narkotyku o całkowicie innych właściwościach niż zastępowana substancja.

W opiniach użytkowników zamieszczanych na forach widać było przesunięcie specyfiki działania ze stymulantów na kannabinoidy i odwrotnie: po wypaleniu suszu relacjonowane były nadmierne pobudzenie, drgawki itp., podczas gdy po „stymulantach” zgłaszano stan rozluźnienia, senność, osłabienie.

W Polsce jedna z mieszanek, pod znaną w całej Europie nazwą „Mocarz”, przyczyniła się w 2015 roku do śmierci prawie 20 osób w ciągu miesiąca. Zawierała prawdopodobnie kannabinoid MDMB-CHMICA, który zastąpił inny syntetyk po jego delegalizacji.

Dodatkowym zagrożeniem są zabiegi marketingowe. Zdarza się np. że stymulanty występują pod nazwą różnego rodzaju środków wspomagających proces uczenia,

koncentrację itp., przez co trafiają do osób, które nie spróbowałyby tradycyjnych narkotyków.

Najważniejszym zagrożeniem dla użytkowników wydaje się jednak podstawianie zastępników pod tradycyjne narkotyki lub ich odpowiednik. W rzeczywistości ich działanie jest co najwyżej podobne, a może być nie tylko silniejsze, ale też bardziej toksyczne; mogą działać dłużej, powodować inne skutki uboczne i inaczej wchodzić w interakcje z innymi substancjami – stąd coraz częstsze zatrucia u rekreacyjnych użytkowników.

Ilości substancji nieznanego pochodzenia i dynamika zjawiska wprowadzają w dziedzinie wiedzy o „dopalaczach” wrażenie pośpiechu, nadmiaru i chaosu, widocznych także w fachowych publikacjach. Dodatkowo wrażenie to potęgują doniesienia prasowe, które nastawione są na sensację.

Tymczasem wydaje się, że mogą one stanowić czynnik zmieniający scenę narkotykową – przede wszystkim z perspektywy szkód zdrowotnych.

Odsetek 10% uczniów, którzy próbowali NSP to dużo. Dodatkowo 7% nie wie, czy używało tych środków. Większość paliło mieszanki, jednak podział na narkotyki miękkie i twarde nie ma tutaj zastosowania – te 17% uczniów faktycznie nie wiedziało czego używa i było wystawione na ryzyko zatrucia.

Wydaje się, że w powszechnym obiegu powinny znaleźć się rzeczowe informacje o nowej sytuacji narkotykowej, mechanizmach i źródłach niebezpieczeństwa oraz zasadach redukcji ryzyka zatrucia.

Redakcja

Przypisy

¹ Decyzja 2005/387/WsiSW z 10 maja 2005 roku.

² <http://gis.gov.pl/zdrowie/dopalacze/materialy-edukacyjne>

W 2014 roku EMCDDA ogłosiła 16 tzw. alertów zdrowotnych (*health alerts*), w reakcji na pojawienie się niebezpiecznej dla zdrowia lub życia substancji. Wśród nich znalazły się cztery kannabinoidy:

- MDMB-CHMICA – odpowiedzialny w tym roku za zgony i silne zatrucia w Szwecji i Austrii,
- MDMB-FUBINACA – odpowiedzialny za serię zatruć w Federacji Rosyjskiej,
- ADB-PINACA – kilkaset zatruć w USA,
- 5F-PB-22 – zgony w USA.

Do równie poważnych konsekwencji doprowadziły w tym czasie opiat MT-45 i katynon 4,4'-DMAR.

III Ogólnopolska Konferencja „Narkotyki – Narkomania. Polityka, Nauka, Praktyka. Dylematy lokalnej polityki narkotykowej”, zorganizowana przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Polską Fundację Pomocy Humanitarnej „Res Humanae”, odbyła się w dniach 27-29 czerwca 2016 roku w Falentach pod Warszawą. W konferencji uczestniczyło ponad 150 osób z całej Polski. Byli to przede wszystkim przedstawiciele urzędów wojewódzkich i marszałkowskich oraz reprezentanci władz gminnych i organizacji pozarządowych.

WNIOSKI I REKOMENDACJE Z III OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI „NARKOTYKI – NARKOMANIA. POLITYKA, NAUKA, PRAKTYKA. DYLEMATY LOKALNEJ POLITYKI NARKOTYKOWEJ”

*Piotr Jabłoński, Anna Borucka
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii*

Głównym celem konferencji była wymiana doświadczeń dotyczących upowszechniania dobrej jakości działań z zakresu profilaktyki, redukcji szkód, leczenia i reintegracji osób uzależnionych organizowanych oraz finansowanych (współfinansowanych) przez samorządy. Poniższe wnioski i rekomendacje stanowią efekt dyskusji podczas sesji plenarnych i tematycznych konferencji, w których brali udział przedstawiciele samorządów wojewódzkich, gmin miejskich i wiejskich, organizacji pozarządowych oraz publicznych instytucji centralnych.

Wnioski i rekomendacje

Uczestnicy konferencji rekomendują:

- Inicjowanie i nawiązanie współpracy przez jednostki samorządu terytorialnego (JST)** z instytucjami, organizacjami i placówkami realizującymi zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii jako **kluczowy** warunek poprawienia jakości, komplementarności i w konsekwencji efektywności tych zadań.
- Budowanie i rozwijanie różnych form współpracy między JST a organizacjami pozarządowymi (NGO)**, w ramach której samorząd pełniłby rolę lidera w wyznaczaniu kierunków polityki narkotykowej dostosowanej do potrzeb danej społeczności lokalnej. Polityka ta powinna opierać się między innymi na tworzeniu sieci bezpośrednich kontaktów ludzi z różnych instytucji i organizacji. Celem jest opracowanie systemu wzajemnie uzupełniających się działań skierowanych do osób zagrożonych narkomanią oraz uzależnionych od narkotyków (np. możliwość korzystania z hosteli, pomocy prawnej, opieki ambulatoryjnej, wczesnej interwencji). Wiąże się to z koniecznością podnoszenia kwalifikacji pracowników samorządów i wyposażania ich w aktualną wiedzę na temat profilaktyki narkomanii oraz skutecznych form pomocy osobom uzależnionym. W praktyce powinno to oznaczać:
 - zbieranie informacji na temat działających na danym terenie organizacji pozarządowych i wykonywanych przez nich zadaniach z zakresu profilaktyki narkomanii i terapii uzależnień (bez względu na to, czy są finansowane przez samorząd czy też nie);
 - dokonywanie analizy zebranych informacji w oparciu o: (1) kryteria merytoryczne, które służą do oceny komplementarności i skuteczności profilaktyki oraz systemu pomocy osobom uzależnionym (np. jakie formy profilaktyki i pomocy są mało lub w ogóle niedostępne); (2) kryteria ekonomiczne, które będą sprzyjały ocenie, na ile środki zaangażowane w realizację zadań związanych z przeciwdziałaniem narkomanii są wydatkowane w sposób racjonalny;
 - zaproszenie przedstawicieli NGO do dyskusji na temat wniosków z wykonanej analizy/diagnozy i wynikających z nich zadań.
- Wykorzystanie przez JST racjonalnego podejścia w procesie podejmowania decyzji**, które powinno się przyczynić do tworzenia skutecznych i efektywnych lokalnych strategii przeciwdziałania narkomanii.

Proces podejmowania decyzji powinien obejmować:

- wykorzystanie: (1) aktualnej wiedzy – opartej na naukowych podstawach – na temat skutecznych strategii profilaktycznych, terapeutycznych, postępowania postrehabilitacyjnego, reintegracji społecznej, redukcji szkód zdrowotnych i społecznych, (2) dobrych praktyk w wyżej wymienionym zakresie oraz (3) informacji uzyskanych z diagnozy lokalnych problemów i analizy potrzeb danej społeczności;
 - zastosowanie podejścia opartego na: (1) kompleksowym systemie pomocy dla użytkowników substancji psychoaktywnych, obejmującym: konsultacje, leczenie, postępowanie postrehabilitacyjne, reintegrację społeczną i redukcję szkód; (2) długofalowym ograniczaniu ryzyka i szkód wyrządzanych przez alkohol, nikotynę, narkotyki i tzw. nowe substancje psychoaktywne, również w kontekście ich związków z uzależnieniami behawioralnymi.
4. **Rozpatrywanie problematyki narkomanii w szerszym kontekście zagrożeń dla zdrowia publicznego.** Przy ograniczonych możliwościach ekonomicznych traktowanie przez JST **problemu narkomanii z podobną uwagą jak inne problemy zdrowotne**, stanowi ważny element lokalnej polityki chroniącej zdrowie obywateli.
 5. **Nawiązanie współpracy przez JST z innymi gminami, instytucjami wojewódzkimi i centralnymi**, w ramach wzajemnych powiązań administracyjnych, geograficznych oraz instytucjonalnych, umożliwi z jednej strony zaplanowanie efektywniejszego rozdysponowania środków finansowych przez organy centralne i wojewódzkie, a z drugiej będzie sprzyjało lepszemu wykorzystaniu potencjału działających lokalnie organizacji pozarządowych.
 6. **Tworzenie konsorcjów przez organizacje pozarządowe** daje szansę na wniesienie istotnego wkładu na rzecz racjonalnego wykorzystania środków i zasobów organizacji poprzez:
 - zintegrowanie form pomocy osobom uzależnionym od narkotyków z włączeniem postępowania postrehabilitacyjnego, reintegracji społecznej, redukcji szkód;
 - efektywniejszy podział zadań, uwzględniający kompetencje i doświadczenie organizacji oraz posiadane przez nie zasoby oraz środki finansowe.
 7. **Wprowadzanie innowacji w dziedzinie polityki narkotykowej na poziomie lokalnym**, rekomendowanych w Deklaracji Warszawskiej z 2016 roku, które odnoszą się do takich kluczowych zagadnień, jak:
 - działania, które powinny być podejmowane przez samorządy na rzecz poprawy zdrowia publicznego, obejmujące również przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób używających narkotyków;
 - mechanizmy wdrażania strategii opartych na naukowych podstawach, których celem jest ograniczenie szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (<http://urbandrugpolicies.com/pl/podpisz-deklaracje-warszawska/>).
 8. **Podniesienie jakości współpracy JST ze szkołami**, której stałymi elementami powinno być:
 - przekazywanie szkołom informacji na temat diagnozy problemów lokalnych;
 - zaproszenie przedstawicieli szkół do udziału w tworzeniu gminnych programów/strategii;
 - wykorzystanie lokalnych zasobów do wspomaganie szkół w ich pracy profilaktycznej.
 9. **Zainicjowanie współpracy międzyinstytucjonalnej** z udziałem samorządów, instytucji centralnych, NGO, szkół oraz ekspertów i praktyków, ukierunkowanej na:
 - wzajemną edukację obejmującą wymianę informacji i doświadczeń;
 - wypracowanie wspólnego stanowiska w kwestiach dotyczących strategii zapobiegania narkomanii;
 - promowanie wspólnie ustalonych rozwiązań;
 - wdrażanie skutecznych i sprawdzonych działań w zakresie profilaktyki (czerpanie z Systemu Rekomendacji Programów Promocji Zdrowia i Profilaktyki, www.programyrekomentowane.pl).
 10. **Opracowanie przez Ministerstwo Zdrowia przewodnika do ustawy o zdrowiu publicznym**, zawierającego interpretację przepisów prawnych dotyczących powierzania przez **podmioty publiczne i jednostki samorządu terytorialnego** realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym przeciwdziałania narkomanii.

Podsumowanie

Szeroki zakres powyższych rekomendacji wskazuje, że wstępnym i koniecznym warunkiem do tego, by nie pozostały one jedynie na papierze, jest podjęcie rzeczywistej współpracy między wszystkimi zainteresowanymi

stronami (jednostki samorządu terytorialnego, instytucje i organizacje). Przełożenie sformułowanych rekomendacji na praktykę wymaga następnie opracowania i przyjęcia wspólnej koncepcji, uwzględniającej systemowe podejście do rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i uzależnień. Uzgodniona koncepcja powinna w równym stopniu obejmować działania zarówno z zakresu profilaktyki (uniwersalnej, selektywnej i wskazującej), jak i leczenia, redukcji szkód oraz reintegracji społecznej osób uzależnionych.

Kolejnym zadaniem, jakie stoi przed przedstawicielami różnych instytucji i organów samorządowych, którzy chcieliby wcielić w życie opracowane rekomendacje, jest określenie wspólnych priorytetów. Przy podejmowaniu decyzji o ich wyborze należy uwzględnić poziom aktualnej wiedzy na temat zagadnień związanych z profilaktyką, leczeniem, redukcją szkód i reintegracją społeczną. Dlatego

bardzo ważne jest kształcenie pracowników poszczególnych instytucji czy organizacji według jednolitych standardów. Umożliwi to wówczas prowadzenie merytorycznej dyskusji na temat priorytetów. Jednak bez próby tworzenia więzi między praktykami, członkami gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, przedstawicielami placówek naukowych, przedstawicielami samorządów i instytucji centralnych, zadanie to wydaje się trudne bądź wręcz niemożliwe do zrealizowania.

Kluczową sprawą dla wdrażania w życie mechanizmów systemowych jest także zagwarantowanie utrzymania ich stałości. Wymaga to między innymi stabilności pracy zespołów, które zajmują się problematyką uzależnień. Jednocześnie oznaczałoby to również potrzebę monitorowania przyjętych rozwiązań, po to, by je modyfikować i udoskonalać na podstawie analizy ich funkcjonowania w dłuższym okresie.

III Ogólnopolska Konferencja

„Narkotyki – Narkomania. Polityka, Nauka i Praktyka. Dylematy lokalnej polityki narkotykowej”

III Konferencja „Narkotyki – Narkomania. Polityka, Nauka i Praktyka. Dylematy lokalnej polityki narkotykowej” odbyła się w dniach 27-29 czerwca 2016 roku w Falentach pod Warszawą. Uczestniczyło w niej ponad 150 osób. Byli to przede wszystkim przedstawiciele władz lokalnych z urzędów wojewódzkich i marszałkowskich oraz reprezentanci gmin z całej Polski, w szczególności tych małych i średnich.

Konferencja Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii została przygotowana przez Fundację „Res Humanae”. Program tego wydarzenia opracował Komitet Naukowy konferencji, skupiający ekspertów z obszaru narkomanii.

Konferencję otworzyli Jarosław Pinkas, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, i Barbara Wilamowska, pełnomocnik Ministra Sprawiedliwości. Wykład inauguracyjny wygłosił prof. dr hab. Kazimierz Frieske z Uniwersytetu Warszawskiego.

Program konferencji był nakierowany przede wszystkim na omówienie potrzeb i kierunków rozwoju w zakresie przeciwdziałania narkomanii na poziomie lokalnym, wypracowanie instrumentów współpracy pomiędzy instytucjami publicznymi, samorządowymi i pozarządowymi, analizę aktualnej sceny narkotykowej i lepszą integrację środowisk zajmujących się problematyką uzależnień. Oprócz pięciu sesji plenarnych odbył się także panel dyskusyjny „Porozmawiajmy o realiach” oraz specjalna sesja plenarna „Nowe substancje psychoaktywne”.

Bardzo istotna była również praca w mniejszych grupach – odbyło się osiem równoległych sesji tematycznych poświęconych bardziej szczegółowym zagadnieniom i cztery grupy warsztatowe „Wykorzystane szanse – niewykorzystane możliwości”, w podziale uzależnionym od wielkości jednostek samorządowych i organizacji pozarządowych. Każda z grup pracowała nad takimi kwestiami, jak: wskazanie barier instytucjonalnych uniemożliwiających współpracę, szukanie potencjalnych możliwości współdziałania i określenie mocnych i słabych stron w tych kwestiach.

Zmieniająca się scena narkotykowa oraz podejście do problemów zdrowia publicznego wymaga konsekwentnego, stałego analizowania sytuacji i programowych dyskusji praktyków oraz osób odpowiedzialnych za wdrażanie programów zapobiegania narkomanii. W kontekście wszystkich analizowanych zjawisk dotyczących narkomanii bardzo istotna jest rola regionalnych i lokalnych samorządów. To one kreują politykę w zakresie przeciwdziałania narkomanii w bliskim otoczeniu odbiorców. Są też liczącym się źródłem finansowania programów profilaktycznych.

Bezpośrednim efektem konferencji było wypracowanie przez uczestników sesji plenarnych i zespołów problemowych wniosków i rekomendacji, które ułatwią kreowanie polityki przeciwdziałania narkomanii w kolejnych latach.

Redakcja

PROFILAKTYKA I TERAPIA UZALEŻNIEŃ. ZASOBY INTERNETOWE

WWW.PROFNET.ORG.PL

W okresie od marca 2014 roku do kwietnia 2016 roku Fundacja Praesterno w partnerstwie z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Wydziałem Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego i Polskim Towarzystwem Zapobiegania Narkomanii prowadziła projekt „PROFNET. Wsparcie organizacji pozarządowych realizujących profilaktykę uzależnień”. Projekt uzyskał dotację w ramach II edycji programu Obywatele dla Demokracji, finansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego (tzw. Funduszy EOG), wdrażanego przez Fundację im. Stefana Batorego w partnerstwie z Polską Fundacją Dzieci i Młodzieży. Dorobek projektu został zamieszczony na stronie www.profnet.org.pl. Zachęcamy do skorzystania z tych zasobów.

Na stronie dostępna jest baza 1004 organizacji pozarządowych działających w obszarze profilaktyki uzależnień. Możliwe jest wyszukiwanie organizacji wg województwa, rodzaju realizowanych działań oraz adresata – grupy docelowej. Istnieje możliwość przesłania danych tych organizacji, które jeszcze nie zostały wprowadzone do bazy.

Istotnym zasobem strony są materiały e-learningowe (Szkolenia on-line). Skorzystanie z kursów wymaga zarejestrowania się. Dostępne są następujące kursy:

1. Teoria profilaktyki. Cykl wykładów, prowadzonych przez dra hab. Krzysztofa Ostaszewskiego, dotyczy przede wszystkim podstaw teoretycznych profilaktyki. Przybliżane są współczesne koncepcje psychologiczno-pedagogiczne funkcjonujące w świecie nauki. Omawiane są czynniki chroniące przed zachowaniami ryzykownymi i czynniki zwiększające ryzyko rozwoju problemu. Charakteryzowane są „skuteczne i nieskuteczne” strategie profilaktyczne oraz przekazywana jest wiedza, jak stworzyć autorski program oparty na podstawach naukowych.
2. Szkoła i profilaktyka – to cykl wykładów poświęconych zagadnieniom związanym z działaniami profilaktycznymi na terenie szkoły. Anna Borkowska – kierownik Wydziału Wychowania i Profilaktyki Ośrodka Rozwoju Edukacji omawia m.in. kwestie związane z realizacją obowiązkowego Programu Profilaktyki oraz przepisy prawne i procedury obowiązujące w szkołach – dotyczące uczniów i pracowników placówek. Poza kwestiami prawnymi, autorka wiele miejsca poświęca praktyce postępowania w sytuacjach problemowych, wskazuje na różnice między wychowaniem a profilaktyką, przedstawia zasady dokonywania diagnozy umożliwiającej prowadzenie systemowych działań profilaktycznych w szkole.
3. Skuteczne programy profilaktyczne. Anna Radomska – kierownik Działu Profilaktyki i Edukacji Publicznej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – opisuje system rekomendacji programów profilaktycznych oraz analizuje kilka programów, które uzyskały rekomendację. System ma na celu promowanie standardów profilaktyki oraz upowszechnianie samorządów o sprawdzonej skuteczności, które decydenci na szczeblu samorządów lokalnych czy szkół mogą wdrażać w swoich placówkach.
4. Substancje psychoaktywne: prawo – polityka – leczenie. W tej sekcji Bogusława Bukowska – zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – porusza szereg ogólnych kwestii dotyczących problematyki uzależnień, m.in.: ramy prawne działań antynarkotykowych, dane epidemiologiczne, dostępne w Polsce metody leczenia osób uzależnionych od przetworów konopi, politykę narkotykową w wybranych krajach z uwzględnieniem różnic w podejściu do problemu.

Nagrania wszystkich wykładów są wzbogacone prezentacjami, które uruchamiają się przy inicjalizacji nagrania wideo. Ponadto do kursu Teoria profilaktyki został opracowany test umożliwiający sprawdzenie stopnia opanowania wiedzy prezentowanej w tym dziale.

PROFILAKTYKA I TERAPIA UZALEŻNIEŃ. ZASOBY INTERNETOWE



WWW.PSYCHOLOGIA.EDU.PL

Początki Instytutu Psychologii Zdrowia sięgają lat 80. XX wieku. A od roku 2000 Instytut posiada odrębną osobowość prawną. Jerzy Mellibruda – współtwórca Instytutu – pisze, że „podstawowym celem działalności Instytutu jest innowacyjne stosowanie wiedzy i metod psychologicznych do rozwiązywania problemów osobistych i zdrowotnych”. Cel ten w pełni realizuje także portal Instytutu Psychologii Zdrowia.

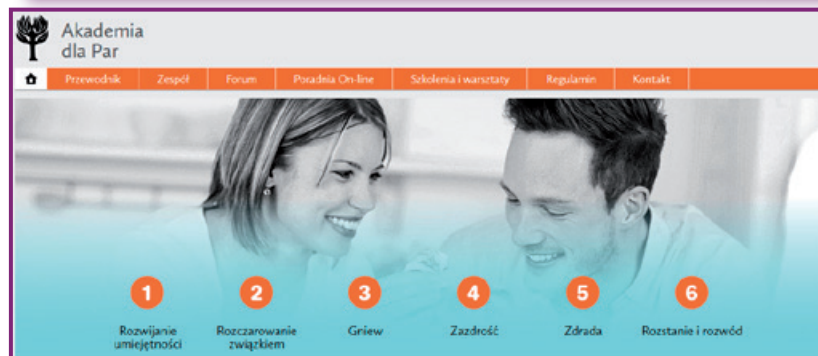
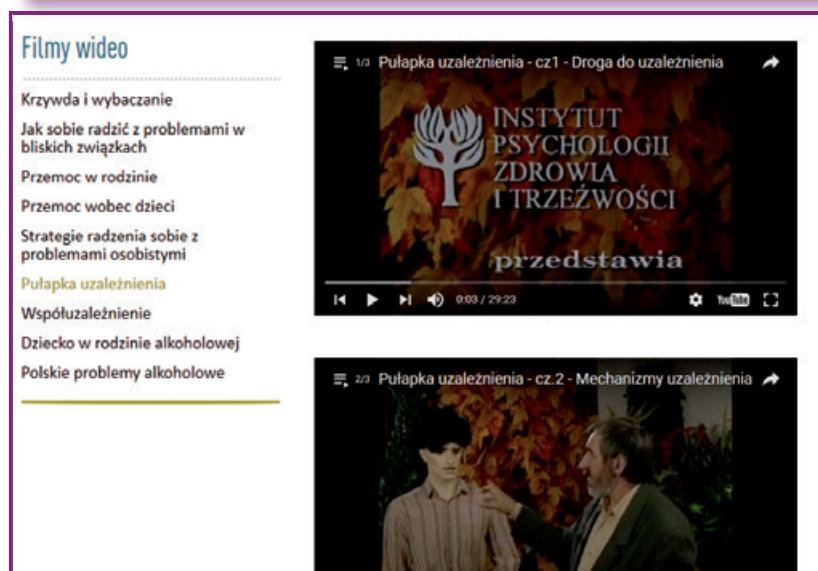
Cele edukacyjne wypełnia przede wszystkim obszerny dział Czytelnia, w którym zgromadzono blisko 1000 artykułów popularno-naukowych poświęconych problematyce uzależnień, przemocy, psychologii zdrowia, profilaktyki, psychoterapii i psychoedukacji.

Treści pisane uzupełniają cykl wykładów wideo profesora Jerzego Mellibrudy, obejmujący takie zagadnienia jak: krzywda i wybaczenie; jak sobie radzić z problemami w bliskich związkach; przemoc w rodzinie; przemoc wobec dzieci; strategię radzenia sobie z problemami osobistymi.

Łącznie *Filmy wideo* to blisko 18 godzin nagrań! Oferta edukacyjna portalu obejmuje też – w dziale *Księgarnia* – możliwość zakupu książek, e-booków i filmów z wykładami o tematyce psychologicznej. Z okazji 25 lat Wydawnictwo IPZ obniżyło ceny wybranych książek z serii współczesnej psychoterapii.

W dziale *Akademia dla par* można przejść szkolenie e-learningowe zawierające bloki tematyczne, przygotowane przez zespół specjalistów, dotyczące zagadnień istotnych dla związków: jak rozwijać umiejętności potrzebne do bycia w związku, rozczarowanie związkiem, gniewny związek, zazdrość, zdrada, rozstanie i rozwód. Tematyka kursów nie dotyczy bezpośrednio problematyki uzależnień, ale niewątpliwie problemy w relacjach partnerskich mogą mieć związek zarówno z uzależnieniem, jak i współuzależnieniem. Zakup sześciu tematycznych modułów treściowych to wydatek zaledwie 60 zł. Gorąco zachęcamy do zapoznania się z pełną zawartością portalu IPZ.

Redakcja



Serwis Informacyjny NARKOMANIA

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

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

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

Numery archiwalne na stronie: sin.praesterno.pl

Pismo bezpłatne