



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 2 (86) 2019

NR 2

2019

SPIS TREŚCI

Prawo

MIĘDZY REPRESJĄ, PROFILAKTYKĄ I TERAPIĄ. POLITYKA NARKOTYKOWA W POLSCE – KONTEKST PRAWNY, SPOŁECZNY I ZDROWOTNY. CZĘŚĆ II

Paulina Celińska-Chomiuk..... 1

NIELETNI W SCHRONISKU. ANALIZA WYROKU EUROPEJSKIEGO TRYBUNAŁU PRAW CZŁOWIEKA W SPRAWIE GRABOWSKI PRZECIWKO POLSCE

Katarzyna Syroka-Marczewska 8

Profilaktyka

EUROPEJSKI PROGRAM PODNOSZENIA KOMPETENCJI DECYDENTÓW W ZAKRESIE PROFILAKTYKI UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH (EUPC)

Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Piotr Sędek..... 13

„MOJE ŻYCIE, MÓJ WYBÓR” – PIERWSZA EDYCJA PROGRAMU

Marcin J. Sochocki..... 18

Leczenie, redukcja szkód

OFERTA POMOCY DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI I REKOMENDACJE DLA JEJ POPRAWY

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska..... 21

CHEMSEX – SKUTECZNA ODPOWIEDŹ DOSTOSOWANA DO POTRZEB UŻYTKOWNIKÓW

Michał Muskata, Michał Pawłęga..... 27

Badania, raporty

POLSKA MŁODZIEŻ A SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE

Artur Malczewski..... 34

EUROPEJSKI RAPORT NARKOTYKOWY 2019

– NAJWAŻNIEJSZE ZAGADNIENIA 42

PSYCHIATRIA DZIECI I MŁODZIEŻY W POLSCE 46

Kampanie społeczne

KAMPANIA EDUKACYJNA KRZYWO WESZŁO

– ZMIENŹ USTAWIENIA. DRUGA ODSŁONA..... III i IV okładka

Uzależnienia to jeden z najważniejszych problemów zdrowia publicznego, dlatego reakcja karna na przestępstwa z nimi związane powinna uwzględniać rozwiązania prozdrowotne. Spójna polityka narkotykowa wymaga racjonalnego połączenia ingerencji prawnokarnej z środkami o charakterze leczniczym, terapeutycznym i profilaktycznym.

MIĘDZY REPRESJĄ, PROFILAKTYKĄ I TERAPIĄ

Polityka narkotykowa w Polsce – kontekst prawny, społeczny i zdrowotny. Część II

Paulina Celińska-Chomiuk

Prawniczka

Fundacja Praesterno

Program Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych

Art. 62 i 62a u.p.n.¹ – wyjątek od zasady legalizmu ścigania

Osobie zatrzymanej, która wbrew przepisom ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii posiada środki odurzające i substancje psychotropowe, grozi kara pozbawienia wolności do lat 3 (typ podstawowy – art. 62 ust. 1). W przypadku posiadania znacznej ilości narkotyków sprawcę można pozbawić wolności nawet do 10 lat (typ kwalifikowany – art. 62 ust. 2). Gdy jest to przypadek mniejszej wagi, można zastosować grzywnę, ograniczenie wolności lub jej pozbawienie do roku (typ uprzywilejowany – art. 62 ust. 3). Ustawa penalizuje posiadanie każdej ilości niedozwolonych środków, ale wskazuje jednocześnie wyjątek od zasady legalizmu ścigania: *Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62 ust. 1 lub 3, są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek sprawcy, postępowanie można umorzyć również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości².* Ustawa kryminalizuje podaż i popyt, ale wprowadza także możliwość odstąpienia od ścigania i karania niektórych przestępstw (depenalizacja). Takie skonstruowanie normy prawnej to wyraz racjonalności

i elastyczności prawa, to próba złagodzenia kary wobec osoby, która posiada narkotyki, ale nie musi być za to karana. Depenalizacja to wyraz europejskiego standardu w kształtowaniu polityki zorientowanej na wszechstronne łagodzenie skutków narkomanii, szczególnie w kontekście przestrzegania praw i wolności człowieka. Zaproponowane przez ustawodawcę podejście restrykcyjne i profilaktyczno-lecznicze może zbilansować obie formy interwencji: politykę karną zrównoważoną przez działania prozdrowotne. Powszechnie wiadomo, że art. 62 u.p.n. jest doskonałym narzędziem wysokich wyników statystycznych i pracy operacyjnej, służy m.in. do pozyskiwania od zatrzymanych informacji, od kogo nabyli substancje. Natomiast takie praktyki nie mają zasadniczego, efektywnego wpływu na ograniczenie popytu i podaży środków odurzających. Oportunizm ścigania drobnego posiadania pozwala na częstsze stosowanie tego przepisu, a co za tym idzie umarzanie postępowań w trybie art. 62a u.p.n. Tymczasem stosowany jest rzadko, a przy okazji stanowi „furtkę” do przesłuchań osób zatrzymanych w roli świadka. Wydaje się, że dowód z zeznań jest wystarczający do wszczęcia postępowania, a nie popełnienie faktycznego czynu zabronionego. Dlatego złagodzenie polityki karania za posiadanie niewielkich ilości narkotyków ma przede wszystkim sprzyjać stosowaniu oddziaływań profilaktycznych i interwencyjnych, poprawiać ekonomię

procesową, co umożliwi większe zaangażowanie w sprawę związane z poważną przestępczością narkotykową.

Dobrowolne poddanie się karze

W przypadku przestępstw narkotykowych, szczególnie posiadania, zgoda na samoukaranie w trybie art. 335 k.p.k.³ oznacza wyrok skazujący. Jak pokazuje praktyka, prokuratorzy w opozycji do sądów mają tendencję do wnioskowania o surowsze kary dla posiadaczy narkotyków. Co prawda większa zgodność dotyczy takiej samej kwalifikacji posiadania w wypadku spraw typu podstawowego i ilości znacznej, jednak największe różnice w poglądach prokuratorów i sędziów dotyczą tzw. przypadku mniejszej wagi. Wyroki proponowane przez prokuraturę są niejednokrotnie łagodzone w ostatecznym wyroku wydanym przez sąd. W sprawach kwalifikowanych przez sądy do trybu uprzywilejowanego (art. 62 ust. 3) prokuratorzy wcześniej domagają się kary surowszej, odpowiedniej dla typu podstawowego (art. 62 ust. 1), najczęściej kary pozbawienia wolności w zawieszeniu⁴. Jest to niezmiernie ważne w sytuacji, gdy oskarżony dobrowolnie poddaje się karze, a sąd zasądza wyrok jednoznaczny z tym zaproponowanym przez prokuratora. Oskarżony, uzgadniając karę z prokuratorem, przyznaje się do winy i akceptuje okoliczności faktyczne, a także wymiar kary. A to oznacza, że nie będzie mógł wnieść apelacji opartej na zarzutach: błędu w ustaleniach faktycznych i rażącej niewspółmierności kary⁵, a jedynie naruszenia prawa materialnego i procesowego. Prokurator ma obowiązek pouczyć podejrzanego o treści tego przepisu, brak takiego pouczenia nie może wywołać negatywnych skutków procesowych dla oskarżonego⁶. Ustawa przewiduje dwa tryby wniosku o skazanie bez rozprawy. W każdym przypadku muszą być spełnione wymogi formalne:

1. Wniosek prokuratora o skazanie zamiast aktu oskarżenia (art. 335 § 1 k.p.k.):
 - oskarżony przyznaje się do winy,
 - okoliczności popełnienia czynu i wina oskarżonego nie budzą wątpliwości w świetle wyjaśnień oskarżonego,
 - cele postępowania zostaną osiągnięte bez przeprowadzenia rozprawy.
2. Wniosek o skazanie dołączany do aktu oskarżenia w postępowaniu przyspieszonym (art. 335 § 2 k.p.k.):
 - okoliczności popełnienia przestępstwa i wina oskarżonego nie budzą wątpliwości,
 - oświadczenia dowodowe złożone przez oskarżonego nie były sprzeczne z dokonаныmi ustaleniami,
 - cele postępowania zostaną osiągnięte bez przeprowadzenia rozprawy.

Zasadnicza różnica dotyczy faktu, że w pierwszym trybie oskarżony przyznaje się do winy, a przy drugim rozwiązaniu nie potwierdza swojego sprawstwa, może odmówić odpowiedzi na pytania lub nie składa wyjaśnień, ale zgadza się na skazanie bez rozprawy. Wobec tego wymagane jest przeprowadzenie pełnego postępowania przygotowawczego w celu zebrania innych dowodów potwierdzających jego winę. Niezależnie od trybu nasuwa się jeszcze jeden wniosek: dobrowolne poddanie się karze i skazanie bez rozprawy nie zawsze jest rozwiązaniem dobrym dla oskarżonego, ale z pewnością pozwala na szybkie „zamknięcie” sprawy. Ogromne znaczenie dla oceny

Włączenie do procesu karnego certyfikowanego specjalisty terapii uzależnień jest wyrazem prozdrowotnej, racjonalnej polityki narkotykowej nakierowanej na oddziaływania lecznicze i terapeutyczne w tym procesie. (...) Udowodnienie silnego związku między uzależnieniem/szkodliwym użytkowaniem a popełnionym w związku z nim przestępstwem decyduje o kwalifikacji prawnej czynu i gwarantuje wykorzystanie oddziaływań leczniczych zamiast represji karnej.

funkcjonowania organów ścigania ma statystyka, w związku z czym prokuratorzy chętnie korzystają z tej instytucji, co gwarantuje zakończenie dużej ilości spraw w krótkim czasie. Wbrew pogładowi, że grzywna lub praca na cele społeczne to kara złagodzona, jest to nadal wyrok skazujący, wiążący się z dodatkowymi skutkami dla sprawcy. Wobec tego, o ile istnieją przesłanki do uzyskania rozstrzygnięcia korzystniejszego, warto wycofać wniosek o dobrowolne poddanie się

karze już na pierwszym posiedzeniu sądu w sprawie⁷ i wnieść o przeprowadzenie sprawy na zasadach ogólnych w celu należytej obrony.

Bezwarunkowe umorzenie postępowania

Umorzenie postępowania na podstawie art. 62a u.p.n. jest możliwe przy spełnieniu następujących przesłanek:

- posiadanie środków odurzających lub substancji psychotropowych w ilości nieznacznej,
- przeznaczonych na własny użytek sprawcy,
- orzeczenie wobec sprawcy kary jest niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu i stopień jego społecznej szkodliwości.

Brak tabeli wartości granicznych nastrocza wielu trudności interpretacyjnych pojęcia „nieznacznej ilości”, a praktyka organów w doprecyzowaniu tego znaczenia przekłada się na poziom umorzeń. Jak pokazują raporty, prokuratorzy rzadko kwalifikują przestępstwo posiadania jako przypadek mniejszej wagi albo wcale nie stosują tego przepisu⁸. Co więcej, dostępne orzecznictwo jest dość zróżnicowane pod tym kątem, ale można wskazać pewien podział, wynikający z rozróżnienia znaczeń „znacznej i nieznacznej ilości”⁹ i przyjąć, że ilość podstawowa to dawka jednorazowa wywołująca stan odurzenia. Mniejsza ilość będzie zatem oznaczała ilość nieznaczną. Jednak tak ukształtowany próg wydaje się zbyt rygorystyczny, bowiem wzorując się na rozwiązaniach europejskich, wartości graniczne oscylują na dużo wyższym poziomie. Podobne stanowisko wynikało z pierwotnej treści załącznika do projektu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w którym ustawodawca wskazał jako ilości nieznaczne *do 10 g marihuany, do 3 g haszyszu i do 0,25 g amfetaminy*¹⁰. Górna granica pojęcia ilości nieznacznej, o jakiej mowa w art. 62a u.p.n., musi być więc jakąś wielokrotnością dawki minimalnej. W innym wypadku pojęcie ilości nieznacznej byłoby określone zbyt wąsko i traciłoby jakikolwiek sens praktyczny. Podstawowa przy tym kwestia to to, aby pojęcia tego nadmiernie nie zawęzić, tak aby mogły mieścić się w nim podstawowe formy posiadania konsumenckiego, typowe ze względu na rodzaj środka, formy konsumpcji, stopień uzależnienia, wynikającą stąd tolerancję organizmu itp.¹¹. Wobec

tego można przyjąć, że ilość podstawowa (art. 62 ust. 1 u.p.n.) to ilość mniejsza od znacznej. W badaniach prowadzonych 10 lat temu prawie 40% prokuratorów za ilość znaczną uznało 21-50 porcji, 31% wskazywało 10 porcji narkotyku. Tylko 11% ankietowanych uznało 50 porcji za dolną granicę ilości znacznej. Natomiast 25% badanych przyznało, że ilość nieznaczna to nie więcej niż jedna porcja, 75% podawało co najwyżej 2 porcje¹². Nieco odmienny pogląd prezentowali sędziowie, uznając 50 porcji handlowych za dolną granicę ilości znacznej, chociaż 50% badanych wskazywało próg 30 porcji, a nawet 5 porcji substancji odurzającej (14% sędziów). Według nich maksymalna liczba porcji narkotyku, przy której można zastosować typ uprzywilejowany, to 6 porcji, a 50% wskazywało najwyżej 2 porcje¹³. Fakt prowadzenia postępowań w zasadzie w każdej sprawie dotyczącej posiadania niedużych ilości narkotyków może wskazywać, że praktyka wciąż jest taka sama. Organy wymiaru sprawiedliwości nadal zdecydowanie opowiadają się za karalnością posiadania każdej ilości substancji i nie zgadzają się na rozwiązania kompromisowe. Przesłanki umorzenia zależne są także od wielu innych warunków, m.in. od:

- rodzaju posiadanych środków,
- celu posiadania/zamiaru i motywacji sprawcy (na użytek własny/z przeznaczeniem handlowym): małe/duże ilości, ujawnienie sprzętu np. waga analityczna, woreczki strunowe, zamiar dokonania czynów następczych w postaci dystrybucji czy udzielania,
- sposobu popełnienia czynu (okoliczności zatrzymania): na „gorącym uczynku”, w trakcie rutynowej kontroli, na podstawie zeznań osób trzecich,
- stopnia społecznej szkodliwości (znikomy/wyższy niż znikomy/wysoki): rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody (narażenie własnego dobra czy zdrowia bez uszczerbku dla osób trzecich, tzw. przestępstwo bez ofiar, spowodowanie negatywnych konsekwencji lub zagrożenia dla innych),
- czyn nie realizuje znamion czynu zabronionego pod groźbą kary (art. 17 § 1 pkt 2 k.p.k.): *Wypełnienie znamienia przedmiotowego posiadania w rozumieniu przepisu art. 62 ust. 1 u.p.n. następuje, gdy posiadanie środka odurzającego lub substancji psychotropowej bezpośrednio związane jest z zamiarem wprowadze-*

nia do obrotu, udzielania, przewozu, wywozu, nie zaś z celem użycia¹⁴,

- niecelowości karania (dotychczasowa postawa i warunki osobiste): uprzednia karalność/brak konfliktów z prawem, pierwsza taka sytuacja, praca, studia, bezdomność,
- stosunku do substancji psychoaktywnych (używanie okazjonalne, szkodliwe, uzależnienie, przebyte leczenie/terapia),
- czynu dokonanego w związku z uzależnieniem/problemowym używaniem narkotyków,
- opinii specjalisty,
- obecności substancji w organizmie,
- wyjaśnienia sprawcy.

Te oraz inne okoliczności decydują o umorzeniu postępowania w sprawach dotyczących tzw. przestępstw narkotykowych, szczególnie posiadania środków odurzających. Trafne spostrzeżenie dotyczy także rozdzielenia głównych podstaw umorzenia:

- art. 17 § 1 pkt 3 k.p.k.: znikoma szkodliwość społeczna czynu – brak przestępstwa,
- art. 62a u.p.n.: przestępstwa dokonano, ale ukaranie sprawcy jest niecelowe.

Szczególnie ciekawy wniosek wypływa z faktu, że art. 62a u.p.n. może prowadzić do pogorszenia sytuacji oskarżonego. Chodzi o sytuacje, w których czyn nie jest przestępstwem z uwagi na znikomy stopień społecznej szkodliwości, postępowanie powinno zostać umorzone obligatoryjnie, a stosowany jest art. 62a, co potwierdza, że przestępstwo zostało popełnione, nie gwarantuje natomiast umorzenia postępowania, które w takim wypadku jest fakultatywne¹⁵.

Warunkowe umorzenie postępowania

Istotą warunkowego umorzenia postępowania jest odstąpienie od wymierzenia kary za popełnione przestępstwo i poddanie sprawcy próbie, która wynosi od roku do 3 lat. Oskarżony zachowuje status osoby niekaranej (tzw. czysta karta karna), ale informacja o tym ulega zatarciu dopiero po upływie 6 miesięcy od zakończenia okresu próby. Skorzystanie z tego środka probacyjnego jest uzależnione od spełnienia łącznie następujących przesłanek:

- przestępstwo zagrożone jest karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności¹⁶,
- wina i społeczna szkodliwość czynu nie są znaczne,

- okoliczności jego popełnienia nie budzą wątpliwości,
- sprawca nie był wcześniej karany za przestępstwo umyślne,
- jego właściwości i warunki osobiste oraz dotychczasowy sposób życia uzasadniają przypuszczenie, że pomimo umorzenia będzie przestrzegał porządku prawnego, w szczególności nie popełni przestępstwa¹⁷.

Sąd w okresie próby zobowiązuje sprawcę do naprawienia szkody i zadośćuczynienia za doznaną krzywdę lub zamiast tego orzeka nawiązkę. Pozostałe środki mają charakter fakultatywny m.in.: powstrzymanie się od nadużywania alkoholu lub używania innych środków odurzających, poddanie się terapii uzależnień, psychoterapii/psychoedukacji lub oddziaływaniom korekcyjno-edukacyjnym, dozór kuratora lub osoby godnej zaufania, zakaz prowadzenia pojazdów. Sąd wznawia postępowanie obligatoryjnie, jeżeli sprawca w okresie próby popełnił przestępstwo umyślne i został prawomocnie skazany. W przypadku rażącego naruszenia porządku prawnego, popełnienia przestępstwa (także w czasie po wydaniu orzeczenia o warunkowym umorzeniu, a przed jego uprawomocnieniem) uchylania się od dozoru, nałożonych obowiązków lub orzeczonego środka karnego, sąd może podjąć warunkowo umorzone postępowanie. Omawiana regulacja jest alternatywą wobec bardziej restrykcyjnych reakcji karnych, jednak w przypadku spraw narkotykowych jest stosowana rzadko. Wymóg niekaralności za przestępstwo umyślne jest ograniczeniem, które skutecznie uniemożliwia, szczególnie osobom uzależnionym, skorzystanie z tego środka probacyjnego. Wynika to przede wszystkim z faktu, że uzależnienie jest chorobą nierozzerwalnie związaną z naruszeniem prawa, determinującą czyny przestępcze (posiadanie, handel, produkcja narkotyków, nielegalne zdobywanie pieniędzy na narkotyki), które są przestępstwami umyślnymi. Warunkowe umorzenie, wiążące się z poddaniem sprawcy próbie, to obok innych rozwiązań alternatywnych, w tym leczniczych, wyraz racjonalnego podejścia w polityce narkotykowej. Chodzi o większe zrozumienie choroby uzależnienia i upowszechnianie idei „pomoc przed karą”, która w przypadku środków probacyjnych zapobiega skazaniu. Może być rozwiązaniem skierowanym także do osób uży-

wających narkotyków okazjonalnie lub szkodliwie, np. w sprawach dotyczących posiadania większych ilości tych środków. Okres próby to czas rehabilitacji za czyn motywujący do zmiany zachowania lub ograniczenia/zaprzestania używania. Na marginesie należy dodać, że brak uprzedniej karalności wcale nie gwarantuje warunkowego umorzenia, w miejsce którego w większości spraw nadal orzekana jest kara pozbawienia wolności w zawieszeniu.

Leczyć czy karać? Jak prawo karne wykorzystuje możliwości prozdrowotne

Włączenie do procesu karnego certyfikowanego specjalisty terapii uzależnień jest wyrazem prozdrowotnej, racjonalnej polityki narkotykowej nakierowanej na oddziaływania lecznicze i terapeutyczne w tym procesie. Zebranie informacji na temat używania przez podejrzanego/oskarżonego substancji psychotropowych jest obowiązkowe w każdej sprawie, w której zachodzi uzasadnione podejrzenie, że sprawca jest osobą uzależnioną lub używającą szkodliwie tych środków¹⁸. Ocena zdrowia oskarżonego, jego motywacji, warunków osobistych, sposobu życia ma fundamentalne znaczenie w procesie karnym, ponieważ wyznacza dalszy kierunek postępowania. Diagnoza pozwala na określenie wpływu problemu narkotykowego na dokonanie czynu, co przekłada się na wymiar kary i zastosowanie rozwiązań alternatywnych, zgodnych z zasadą „leczyć zamiast karać”. Udowodnienie silnego związku między uzależnieniem/szkodliwym używaniem a popełnionym w związku z nim przestępstwem decyduje o kwalifikacji prawnej czynu i gwarantuje wykorzystanie oddziaływań leczniczych zamiast represji karnej. Wobec tego *zaniechanie dokonania obligatoryjnej czynności dowodowej niezbędnej do określenia stopnia winy sprawcy zarzuconych przestępstw narkotykowych stanowi naruszenie art. 70a ust. 1. Przepis ten nakłada*

Polityka traktująca narkotyki jako problem prawnokarny, a nie społeczno-medyczny, powoduje tylko, że tracimy kontrolę nad tym zjawiskiem. Spowodowanie zmian w wiedzy, postawach i zachowaniach osób zdiagnozowanych jako użytkownicy substancji psychoaktywnych to postawienie możliwego do osiągnięcia, satysfakcjonującego celu: abstynencji lub ograniczenia używania.

*na organ procesowy obowiązek przeprowadzenia takiego dowodu, bo warunkuje on ustalenie winy sprawcy*¹⁹. Specjalista terapii uzależnień przed przystąpieniem do wywiadu musi uzyskać zgodę oskarżonego na badanie, która potwierdza jego wolę uczestnictwa w dalszych rekomendowanych oddziaływaniach terapeutycznych i leczniczych²⁰. Omawiana regulacja nie doczekała się pełnej implementacji, wynika to z nieznajomości samego przepisu lub niechęci do jego stosowania, związanej z wydłużeniem postępowania i wpływem na wyniki statystyczne. Polityka karna nie realizuje celów w obszarze zdrowia publicznego i ogranicza pomoc profilaktyczną i terapeutyczną, dlatego kształtowanie dobrych praktyk w tym zakresie jest jednym z wyzwań obecnego systemu.

Alternatywa lecznicza

Zawieszenie postępowania karnego na czas leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie edukacyjno-profilaktycznym jest rozwiązaniem skierowanym do osób uzależnionych i używających substancji psychoaktywnych szkodliwie, którzy popełnili przestępstwo w związku z używaniem tych środków. Górna granica ustawowego zagrożenia za ten czyn to 5 lat pozbawienia wolności. Pozytywnie ukończona

terapia gwarantuje warunkowe umorzenie postępowania, które w tym wypadku jest obligatoryjne, dodatkowo zniesiony został wymóg uprzedniej niekaralności sprawcy, wynikający z art. 66 k.k. W przypadku negatywnego wyniku leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie prokurator postanawia o dalszym prowadzeniu postępowania, w tym wypadku wniesienie aktu oskarżenia jest fakultatywne²¹. Pojęcie leczenia i rehabilitacji odnosi się do osób uzależnionych i dotyczy różnych sektorów lecznictwa uzależnień²², natomiast odpowiednie programy profilaktyczne kierowane są do osób szkodliwie używających środków odurzających²³. Podjęcie leczenia lub udział w programie należy udokumentować, dlatego bardzo ważne jest zaświadczenie stwierdzające, że pacjent został zakwalifikowany do terapii, ma zagwa-

rantowane miejsce leczenia lub rozpoczął stosowne leczenie. Z uwagi na to, że zawieszenie postępowania ma charakter fakultatywny, nie jest to mechanizm często wykorzystywany w procesie karnym. Jedną z okoliczności warunkujących jego zastosowanie jest długotrwała przeszkoda uniemożliwiająca prowadzenie postępowania²⁴, a w ocenie sądu *leczenie podjęte przez oskarżonego w żadnej mierze nie uniemożliwiało przeprowadzenie postępowania sądowego. Terapia oskarżonego miała bowiem charakter ambulatoryjny, a oskarżony miał swobodę wyboru dni, w których uczestniczył w zajęciach*²⁵. Wobec tak przedstawionej tezy, pod znakiem zapytania staje sama idea i celowość stosowania art. 72 ustawy, jak również diagnoza oskarżonego i zarekomendowana pomoc terapeutyczna. Decyzja o zawieszeniu może zapadnąć zarówno przed rozprawą, jak i na rozprawie, aż do chwili zamknięcia przewodu sądowego. Jednak w wielu sprawach im późniejsza decyzja oskarżonego o udziale w oddziaływaniach terapeutycznych, tym mniejsze szanse na skorzystanie z tej alternatywy. Wynika to z nastawienia organów wymiaru sprawiedliwości, które dopatrują się w takiej postawie manipulacji oskarżonego i postrzegają podjęcie przez niego leczenia jako przyjętą linię obrony jedynie na potrzeby toczącego się postępowania. Fakt uzależnienia/szkodliwego używania, próby wyjścia z nałogu, „ciąg narkotyczny”, zaburzenia psychiczne, popełnienie czynu w stanie odurzenia/głodu nie znajdują większego zrozumienia, wobec przekonania, iż obecna zmiana ma na celu polepszenie sytuacji procesowej w celu uzyskania spodziewanych korzyści z zawieszenia postępowania²⁶. Oczywiście takie sytuacje mogą się zdarzyć, jednak wysuwanie takich wniosków wobec każdej osoby uzależnionej będzie daleko posuniętym naruszeniem prawa. Niezależnie od ustalonej przez sąd chronologii wydarzeń, niepodjęcie dotychczas przez oskarżonego terapii lub rozpoczęcie leczenia w trakcie postępowania nie może stanowić negatywnej przesłanki zawieszenia postępowania. Nie należy zapominać o tym, że dla niektórych sprawców przestępstw kontakt ze specjalistą terapii uzależnień może być pierwszym w życiu, dodatkowo systemowa pomoc może rzeczywiście wpłynąć na zmianę zachowania. Spostrzeżenia wynikające z długoletniej praktyki skutecznego udzielania pomocy w leczeniu uzależnień wskazują, że praca terapeutyczna obejmuje osoby z różnymi problemami narkotykowymi: pomiędzy fazą eksperymentowania z narkotykami a fazą

uzależnienia, nadużywające narkotyków w sposób szkodliwy i chroniczny, uzależnione od tych środków, a nawet rekreacyjnych użytkowników. Osiągnięcie celu, jakim jest ograniczenie lub zaprzestanie używania, jest celem nadrzędnym wobec większości sprawców uzależnionych/szkodliwie używających narkotyków. Zawieszenie postępowania jest dla nich okresem próby, w trakcie której mogą pozytywnie ukończyć leczenie, a warunkowe umorzenie jest swoistą „nagrodą” za spełnienie tego postanowienia. Natomiast niepowodzenie w terapii i dalsze prowadzenie postępowania może realizować funkcję motywującą do zmiany nastawienia i mobilizować do podjęcia terapii. Przewidziane rozwiązania prozdrowotne są wyrazem prymatu leczenia i profilaktyki wobec osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem, ale nie gwarantują faktycznego dostępu do oddziaływań pomocowych. Alternatywy lecznicze istnieją w polskim systemie prawnym od ponad 20 lat, ale instytucje przewidziane w art. 70a i 72 ustawy są w praktyce martwe.

Programy rekomendowane

Właściwa interwencja i adekwatna reakcja to pierwszorzędnym i wymagane standardy w profilaktyce i leczeniu uzależnień. Na system lecznictwa w Polsce składa się: detoksykacja, rehabilitacja realizowana w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych, substytucja, leczenie antyretrowirusowe, programy redukcji szkód, postrehabilitacja, reintegracja, a także profilaktyka.

Szczególne znaczenie dla prezentowanych rozwiązań prozdrowotnych w procesie karnym mają programy rekomendowane. Program wczesnej interwencji „Fred goes net”²⁷ jest ofertą profilaktyki selektywnej skierowaną do młodych osób używających legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych, w szczególności tych z ryzykownymi wzorami używania, którzy weszli w konflikt z prawem. Uświadomienie młodym ludziom zagrożeń związanych z środkami odurzającymi może nie tylko zapobiec, ograniczyć czy przerwać zachowanie ryzykowne, ale także spowodować trwałą i świadomą zmianę postawy. Program „Fred goes net” to profilaktyka wykrywania, zapobiegania i zahamowania, mająca na celu ograniczanie rozmiarów używania i nadużywania środków odurzających. „Candis”²⁸ to indywidualny, krótkoter-

minowy program terapeutyczny dla użytkowników marihuany i haszyszu. Jego celem jest rozpoznanie swojego wzoru używania, dążenie do abstynencji lub redukcji używania i nauka skutecznego rozwiązywania problemów psychologicznych i społecznych. Te dwa kluczowe programy, prowadzone przez certyfikowanych specjalistów terapii uzależnień, mogą być z powodzeniem wykorzystane w polityce karnej, do której dzięki nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii dołączono komponenty lecznicze z zakresu polityki zdrowotnej.

Przestępczość może być przyczyną lub skutkiem narkomanii i odwrotnie – narkomania może być przyczyną lub skutkiem przestępczości. Ta zależność jest oczywista tylko w tym znaczeniu, że nabywanie, posiadanie, a nawet używanie narkotyków i one same stanowią przestępstwo systemu prohibicyjnego²⁹. To bardzo złożona interakcja, jednak nie sposób zgodzić się z poglądem, że narkomania jest czynem przestępczym, że uzależnienie to przestępstwo tak destrukcyjne i zagrażające, że *znalazły swoje odzwierciedlenie w normach prawnych i określonych rozwiązaniach organizacyjnych związanych z zapobieganiem tej patologii*³⁰. Takie stanowisko świadczyłoby o tym, że wszelka odpowiedzialność karna jest ustanowiona z powodu istnienia narkomanii i wymierzona w osoby uzależnione/używające narkotyków, że została stworzona jako odpowiedź na to zjawisko, a nie jako reakcja na przestępczość w ogóle. Wobec tego, od kiedy choroba jest przestępstwem? I od kiedy za chorowanie stosuje się kary?

Polityka traktująca narkotyki jako problem prawnokarny, a nie społeczno-medyczny, powoduje tylko, że tracimy kontrolę nad tym zjawiskiem³¹. Spowodowanie zmian w wiedzy, postawach i zachowaniach osób zdiagnozowanych jako użytkownicy substancji psychoaktywnych to postawienie możliwego do osiągnięcia, satysfakcjonującego celu: abstynencji lub ograniczenia używania. Uzależnienia to jeden z najważniejszych problemów zdrowia publicznego, dlatego reakcja karna na przestępstwa z nimi związane powinna uwzględniać rozwiązania prozdrowotne. Spójna polityka narkotykowa wymaga racjonalnego połączenia ingerencji prawnokarnej z środkami o charakterze leczniczym, terapeutycznym i profilaktycznym.

Przypisy

- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. 2005, Nr 179, poz. 1485, z późn. zm., dalej jako u.p.n.
- Art. 62a Ustawy z dnia 1 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2011, Nr 117, poz. 678.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2016 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego i innych ustaw z dnia 11 marca 2016 r., Dz.U. 2016, poz. 437.
- E. Kuźmicz, Z. Mielecka-Kubień, D. Wiszejko-Wierzbicka, „Karanie za posiadanie. Artykuł 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – koszty, czas, opinie”, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2009, s. 68.
- Art. 447 § 5 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego, Dz.U. 1997, Nr 89, poz. 555 z późn. zm., dalej jako k.p.k.
- Art. 16 k.p.k.
- Skoro oskarżony wyraził zgodę na wydanie wyroku skazującego bez przeprowadzania rozprawy, ma on prawo, aż do wydania takiego wyroku, wypowiedzieć się co do wszystkich jego elementów, a nawet jeżeli propozycję prokuratora uzna za niekorzystną, cofnąć wyrażoną wcześniej zgodę na rozpoznanie sprawy w zaproponowanym przez oskarżyciela publicznego trybie, Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 lutego 2013 r., III KK 252/12, LEX nr 1277741.
- Więcej na ten temat: M. Jankowski, S. Momot, „Stosowanie przepisu art. 62a ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii”, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2015, s. 180 i n.
- Zob. II AKa 205/06, III KK 257/06, II AKa 182/06, II AKa 83/07, II AKa 10/08, II AKa 132/00, II AKa 241/06, IV KK 127/08, II KK 235/08, II AKa 380/08, IV KK 26/11.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 29 września 2005 r., II AKa 217/05.
- K. Krajewski, „Wytyczne dotyczące stosowania art. 62 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii – posiadanie narkotyków”, Polska Sieć Polityki Narkotykowej, Warszawa 2014.
- E. Kuźmicz, Z. Mielecka-Kubień, D. Wiszejko-Wierzbicka, op. cit., s. 54.
- Ibidem, s. 69.
- P. Kładoczny (red.), B. Wilamowska, P. Kubaszewski, „Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz do wybranych przepisów karnych”, Warszawa 2013, s. 75.
- M. Jankowski, S. Momot, op. cit., s. 179.
- Przestępstwa narkotykowe typu podstawowego lub uprzywilejowanego, z wyłączeniem typu kwalifikowanego.
- Art. 66 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. 1997, Nr 88, poz. 553 z późn. zm., dalej jako k.k.
- Art. 70a u.p.n.
- Wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 26 czerwca 2013 r., II AKa 57/2013.
- Załącznik nr 2 – Wzór kwestionariusza – Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 stycznia 2012 r. w sprawie zbierania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, Dz.U. 2012, poz. 38, dalej jako „Rozporządzenie”.
- Uzależnione od wszystkich okoliczności sprawy, zwłaszcza powodów nieukończenia terapii, które w zależności od formy oddziaływań mogą być różne: złamanie abstynencji, nieprzestrzeganie zasad regulaminu, niestawiennictwo, choroba, hospitalizacja w szpitalu, okoliczności rodzinne/osobiste, inne ważne przeszkody itp.
- Detoksykacja, leczenie ambulatoryjne i stacjonarne, leczenie substytucyjne, leczenie antyretrowirusowe.
- Np. program terapeutyczny „Candis”, program wczesnej interwencji „Fred goes net”.
- Art. 22 § 1 k.p.k.
- Więcej na ten temat: Wyrok Sądu Okręgowego z dnia 7 listopada 2016 r., IV Ka913/16.
- Ibidem.
- <https://programfred.pl/>
- <https://www.candisprogram.pl/>
- J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, „Kryminologia”, Gdańsk 2005, s. 384.
- Por. M. Jędrzejko, „Człowiek zniewolony. Moralne aspekty narkomanii”, Warszawa 2003, s. 110-116.
- Z M. Balickim rozmawia J. Smoleński, „Skończmy te egzorcyzmy” (w:) „Polityka narkotykowa. Przewodnik Krytyki Politycznej”, Warszawa 2009, s. 227.

Przedmiotem niniejszego tekstu będzie analiza wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (ETPC) w sprawie Grabowski przeciwko Polsce, który został wydany w czerwcu 2015 roku. Europejski Trybunał stwierdził naruszenie przez Polskę prawa do wolności osobistej (art. 5 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności). Siedemnastoletni wówczas Maksymilian Grabowski został zatrzymany przez policję pod zarzutem popełnienia rozboju. Sąd wszczął postępowanie w tej sprawie i zdecydował o umieszczeniu nastolatka w schronisku dla nieletnich, ale legalność jego pobytu nie została zweryfikowana, mimo złożenia stosownego wniosku przez obrońcę nastolatka.

NIELETNI W SCHRONISKU

Analiza wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Grabowski przeciwko Polsce

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Uwagi ogólne

Bez wątplenia regulacje prawne dotyczące nieletnich powinny uwzględniać funkcje opiekuńczo-wychowawcze i dążyć do przeciwdziałania demoralizacji. Tworzenie wyodrębnionego sądownictwa dla nieletnich zostało zapoczątkowane w 1899 roku w Chicago w Stanach Zjednoczonych, gdzie utworzono specjalny sąd dla nieletnich z sędzią o dodatkowym pedagogicznym przygotowaniu¹. Postanowiono wówczas, że sąd ten powinien mieć swoją siedzibę w innym budynku niż sąd karny dla dorosłych, aby nie stygmatyzować nieletnich i nie dopuszczać do kontaktu ze zdemoralizowanymi, dorosłymi przestępcami². Rozwój sądownictwa dla nieletnich postępował wyjątkowo szybko zarówno na gruncie amerykańskim, jak i w Europie, gdzie pierwsze sądy dla nieletnich utworzono już w 1905 roku w Anglii i Danii.

W Polsce pierwsze, odrębne, wyspecjalizowane sądy dla nieletnich powstały w Warszawie, Łodzi oraz Lublinie w 1919 roku. Z czasem zostały one przekształcone w sądy rodzinne, funkcjonujące do dzisiaj.

Prawne sposoby oddziaływania na nieletniego

Zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa, tj. art. 6 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich³ (dalej upn), sąd rodzinny ma szeroki wachlarz możliwości oddziaływania⁴ wobec nieletnich. Należy ocenić to pozytywnie, ponieważ każda sprawa jest inna i wymaga

indywidualnego dopasowania w zakresie orzekanych sankcji. Sąd może m.in. udzielić nieletniemu upomnienia, ale także zobowiązać daną osobę do określonego postępowania, np. do naprawienia wyrządzonej szkody, do wykonania określonych prac lub świadczeń na rzecz pokrzywdzonego lub społeczności lokalnej, do przeproszenia pokrzywdzonego, do podjęcia nauki lub pracy, do uczestniczenia w odpowiednich zajęciach o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym, do powstrzymania się od przebywania w określonych środowiskach lub miejscach albo do zaniechania używania alkoholu lub innego środka w celu wprowadzania się w stan odurzenia. Ponadto sąd może ustanowić dla nieletniego nadzór rodziców⁵, opiekuna, kuratora albo organizacji młodzieżowej lub innej organizacji społecznej, zakładu pracy albo osoby godnej zaufania. Jeżeli wymagają tego okoliczności sprawy, nieletni może zostać skierowany do ośrodka kuratorskiego, a także do organizacji społecznej lub instytucji zajmujących się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym. Przepisy prawa umożliwiają uwzględnienie stanu zdrowia nieletniego. W razie stwierdzenia u nieletniego upośledzenia umysłowego, choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznych bądź nałogowego używania alkoholu albo innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia, sąd rodzinny może orzec umieszczenie nieletniego w szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie leczniczym. Jeżeli zachodzi potrzeba zapewnienia nieletniemu jedynie opieki wychowawczej, sąd

może orzec umieszczenie go w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, a w przypadku gdy nieletni jest upośledzony umysłowo w stopniu głębokim i wymaga jedynie opieki – w domu pomocy społecznej.

Bez wątplenia jedną z najbardziej dotkliwych dla nieletniego sytuacji jest umieszczenie go w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, w rodzinie zastępczej zawodowej albo umieszczenie w zakładzie poprawczym. Decyzja o umieszczeniu w zakładzie poprawczym⁶ jest podejmowana, jeżeli inne środki wychowawcze okazały się nieskuteczne lub nie rokują resocjalizacji nieletniego. Ponadto sąd rodzinny może orzec umieszczenie nieletniego w zakładzie poprawczym, jeżeli przemawia za tym wysoki stopień jego demoralizacji. W świetle upn istnieje możliwość umieszczenia nieletniego także w schronisku dla nieletnich, jeżeli zostaną ujawnione okoliczności przemawiające za umieszczeniem go w zakładzie poprawczym, a zachodzi uzasadniona obawa ukrycia się nieletniego lub zatarcia śladów czynu karalnego, albo jeżeli nie można ustalić tożsamości nieletniego. Reasumując, przesłanki umieszczenia w schronisku dla nieletnich w myśl art. 27 § 1 upn są następujące:

1. ujawnienie okoliczności przemawiających za umieszczeniem w zakładzie poprawczym,
2. uzasadniona obawa ukrycia się nieletniego lub zatarcia śladów czynu albo niemożność ustalenia tożsamości nieletniego.

Zastosowanie umieszczenia w schronisku dla nieletnich jest możliwe tylko w razie łącznego wystąpienia przesłanki wymienionej w pkt 1 i jednej z trzech sytuacji wymienionych w pkt 2⁷. Środek tymczasowy z art. 27 § 1 upn może być stosowany w trakcie całego postępowania. Organami uprawnionymi do jego stosowania są sędzia rodzinny, sąd rodzinny, sąd zwykły.

W postanowieniu o umieszczeniu w schronisku dla nieletnich sąd powinien określić czas jego zastosowania, przy czym przed skierowaniem sprawy na rozprawę nie może on przekroczyć 3 miesięcy⁸. Okres ten, w myśl art. 27 § 4 upn, może być przedłużony o dalsze 3 miesiące z uwagi „na szczególne okoliczności sprawy”. O przedłużeniu pobytu nieletniego w schronisku dla nieletnich sąd rodzinny orzeka na posiedzeniu, przy czym o terminie posiedzenia zawiadamia się strony i obrońcę nieletniego. Łączny pobyt nieletniego w schronisku dla nieletnich do chwili wydania postanowienia kończącego postępowanie w sprawie (w pierwszej instancji) nie może być dłuższy niż rok. Do okresu tego nie wlicza się nieusprawiedliwionej nieobecności nieletniego w schronisku dla nieletnich, trwającej dłużej niż

3 dni (spowodowanej np. ucieczką) ani okresu obserwacji psychiatrycznej (art. 27 § 6 upn).

Schroniska dzielą się na zwykłe oraz interwencyjne. Zgodnie z treścią § 28 rozporządzenia⁹ schroniska zwykłe są przeznaczone dla nieletnich umieszczonych w nich na podstawie art. 27 § 1 upn¹⁰ lub art. 74 § 2 upn¹¹. Z kolei schroniska interwencyjne są przeznaczone dla nieletnich umieszczonych w nich na podstawie art. 27 § 2 upn¹² lub nieletnich stwarzających poważne zagrożenie społeczne albo dla bezpieczeństwa schroniska zwykłego. Praca wychowawcza wobec nieletnich umieszczonych w schroniskach interwencyjnych jest ukierunkowana w szczególności na eliminowanie przyczyn zachowań agresywnych.

W schroniskach zwykłych liczba nieletnich w grupie wychowawczej i oddziale szkolnym powinna wynosić 10 osób, natomiast w schroniskach interwencyjnych 6 osób.

Grabowski przeciwko Polsce

Przedmiotem niniejszego tekstu będzie analiza wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (ETPC) w sprawie Grabowski przeciwko Polsce, który został wydany w czerwcu 2015 roku¹³. Europejski Trybunał stwierdził naruszenie przez Polskę prawa do wolności osobistej (art. 5 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności). Siedemnastoletni wówczas Maksymilian Grabowski został zatrzymany przez policję pod zarzutem popełnienia rozbój. Sąd wszczął postępowanie w tej sprawie i zdecydował o umieszczeniu nastolatka w schronisku dla nieletnich, ale legalność jego pobytu nie została następnie zweryfikowana, mimo złożenia stosownego wniosku przez obrońcę nastolatka. Sąd uznał bowiem, że ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich, po skierowaniu sprawy nieletniego na rozprawę, nie wymaga wydania odrębnego postanowienia o przedłużeniu okresu pobytu w schronisku. W efekcie mężczyzna spędził w nim 5 miesięcy więcej niż powinien. Warto w tym miejscu zauważyć, że Grabowski w związku z rozstrzygnięciem przez ETPC otrzymał 5000 euro za doznaną szkodę niemajątkową w związku z nielegalnym pozbawieniem go wolności.

Aktywność Rzecznika Praw Obywatelskich

Jak już wspomniano, okres pobytu w schronisku dla nieletnich nie może trwać dłużej niż 3 miesiące przed skierowaniem sprawy na rozprawę. Na problemy interpretacyjne w zakresie art. 27 upn zwracał już uwagę w 2013 roku

Rzecznik Praw Obywatelskich, przygotowując wystąpienie do ministra sprawiedliwości (z dnia 24 czerwca 2013 roku). Na podstawie napływających skarg Rzecznik Praw Obywatelskich poinformowała ministra sprawiedliwości, że sądy rodzinne, opierając się na art. 27 § 3 lub art. 27 § 6 w związku z art. 27 § 3 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich, przyjmują, że samo skierowanie sprawy do rozpoznania w postępowaniu poprawczym stanowi podstawę do przedłużenia pobytu nieletniego w schronisku dla nieletnich. W związku z tym Rzecznik Praw Obywatelskich zwróciła się do Sądów Okręgowych w Warszawie, Krakowie i Gdańsku z prośbą o informacje na temat praktyki orzeczniczej sądów rodzinnych w tym zakresie. Uzyskane informacje wskazywały, że zgodnie z powszechnie przyjętą interpretacją art. 27 § 3 upn, do przedłużenia pobytu nieletniego w schronisku dla nieletnich nie było konieczne wydanie odrębnego postanowienia w tym przedmiocie. Rzecznik Praw Obywatelskich uznała, że praktyka taka ma daleko idące konsekwencje w odniesieniu do nieletnich, których dotyczy. Zauważono, że przede wszystkim brak wydania przez sąd postanowienia o przedłużeniu pobytu nieletniego w schronisku, po skierowaniu sprawy na rozprawę do rozpoznania w postępowaniu naprawczym, skutkowało tym, że takie przedłużenie nie podlegało zaskarżeniu. Ponadto postanowienie sądu o skierowaniu sprawy na rozprawę nie określało długości pobytu nieletniego w schronisku dla nieletnich. Rzecznik Praw Obywatelskich podkreśliła, że umieszczenie nieletniego w schronisku dla nieletnich polega na pozbawieniu go wolności. Wskazała także, że brak precyzyjnych przepisów na gruncie ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich, prowadzący do rozbieżnej wykładni przez sądy, nie może pozbawiać nieletnich ochrony praw przysługujących im na gruncie Konstytucji. Rzecznik Praw Obywatelskich wniosła do ministra o rozważenie dokonania nowelizacji przepisu art. 27 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich, która mogłaby rozwiązać sygnalizowany problem.

W odpowiedzi z 22 lipca 2013 roku minister sprawiedliwości zgodził się z poglądem Rzecznika Praw Obywatelskich, że art. 27 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich w swoim obecnym brzmieniu nie chroni w wystarczającym stopniu praw nieletniego przed arbitralnym działaniem sądu w sytuacji skierowania sprawy nieletniego do rozpoznania w postępowaniu poprawczym. Umieszczenie w schronisku dla nieletnich jest pozbawieniem wolności. Każdorazowe przedłużenie czasu pobytu ponad okres wynikający z postanowienia o jego zastosowaniu powinno

być przedmiotem orzeczenia sądu rodzinnego. Minister poinformował Rzecznika, że podjęcie prace legislacyjne w celu rozwiązania poruszonego problemu. Zmiany przepisów w omawianym zakresie jednak nie nastąpiły i dwa lata później, tj. w 2015 roku, ETPC wydał rozstrzygnięcie, w którym podkreślił, że w Polsce powinny być gwarancje lepszego przestrzegania praw nieletnich w zakresie umieszczenia ich w schroniskach.

Realizacja wyroku

W wyroku wydanym 30 czerwca 2015 roku w sprawie Grabowski vs. Polska, Trybunał podkreślił, że art. 5 Konwencji gwarantuje fundamentalne prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego. W kontekście pozbawienia wolności szczególnie istotne jest zachowanie zasady pewności prawa. Standard „legalności” odnosi się również do „jakości prawa”, która oznacza, że w przypadkach, w których prawo krajowe dopuszcza możliwość pozbawienia wolności, powinno być to prawo dostępne, wystarczająco dokładne i przewidywalne w razie jego zastosowania, celem uniknięcia jakiegokolwiek ryzyka arbitralności.

W analizowanej sprawie pomiędzy datą utraty mocy postanowienia w sprawie umieszczenia w schronisku dla nieletnich a orzeczeniem sądu nakazującym zwolnienie, brak było orzeczenia sądowego, zezwalającego na dalsze pozbawienie wolności. W tym czasie nieletni nadal przebywał w schronisku dla nieletnich jedynie na tej podstawie, że sędzia wydał postanowienie o rozpoznaniu sprawy w postępowaniu poprawczym na podstawie art. 42 § 2 upn. Pozornie zawiła proceduralnie sprawa sprowadza się do tego, że nieletni przebywał w schronisku dłużej niż powinien, co bez wątplenia było dla niego dotkliwie. Z prawnego punktu widzenia powodem zaistniałej sytuacji może być niejasność przepisów upn i praktyka sądów rodzinnych, które przyjmowały, że postanowienie to samo w sobie stanowiło podstawę do przedłużenia pobytu nieletniego w schronisku.

Mając na uwadze powyższe, Trybunał stwierdził, po pierwsze, że ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich, z powodu braku precyzyjnych przepisów, nakładających na sądy rodzinne obowiązek wydania postanowienia o przedłużeniu pobytu w schronisku dla nieletnich w przypadku przyjęcia sprawy do rozpoznania w postępowaniu poprawczym oraz w sytuacji, gdy wcześniejsze postanowienie o umieszczeniu w schronisku dla nieletnich utraciło moc, nie spełnia kryterium „jakości prawa”. W tym miejscu

warto podkreślić, że brak odpowiednich przepisów upn we właściwym czasie pozwolił na rozwinięcie praktyki, zgodnie z którą przedłużenie pobytu w schronisku dla nieletnich było możliwe bez odpowiedniego orzeczenia sądu. Po drugie, Trybunał stwierdził, że praktyka opisana w przedmiotowej sprawie, zgodnie z którą nieletni umieszczani byli w schronisku dla nieletnich nie na podstawie konkretnego przepisu prawa lub orzeczenia sądu, pozostaje w sprzeczności z zasadą pewności prawa, znajdującą odzwierciedlenie w Konwencji, oraz stanowiącej jeden z podstawowych elementów składowych zasady rządów prawa. Trybunał zwrócił uwagę, że art. 27 § 6 upn stanowi, iż łączny pobyt nieletniego w schronisku dla nieletnich, do chwili wydania przez sąd pierwszej instancji postanowienia kończącego postępowanie w sprawie, nie może być dłuższy niż rok. Chociaż gwarancja ta jest ważna, w żaden sposób nie wpłynęła na polepszenie lub zmianę sytuacji M. Grabowskiego. Trybunał zwrócił uwagę, że po utracie mocy przez początkowe postanowienie o umieszczeniu skarżącego w schronisku dla nieletnich, nadal przebywał on w tym miejscu nie na podstawie postanowienia sądu przez 5 miesięcy i 2 dni.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 37 Konwencji o prawach dziecka, żadne dziecko nie może zostać pozbawione wolności w sposób bezprawny lub arbitralny. Ponadto każde dziecko pozbawione wolności ma prawo do podważenia legalności pozbawienia go wolności przed sądem lub innym organem.

Po zapadnięciu wyroku ETPC przepisy te nie zostały znowelizowane¹⁴, choć Trybunał w Strasburgu wskazał, że sąd powinien okresowo kontrolować, czy wciąż istnieją podstawy do pobytu nieletniego w schronisku. Władze polskie w celu upowszechnienia standardów wynikających z wyroku Grabowski przeciwko Polsce przesłały je do sądów i przeprowadzono szkolenia w zakresie praw nieletnich. Zgodnie z deklaracjami rządu zmiana Regulaminu urzędowania sądów powszechnych ma stanowić prawną barierę przed tym, aby nie powtarzały się sytuacje takie, jak ta badana przez ETPC. Jak słusznie zauważyła Helsińska Fundacja Praw Człowieka, gwarancje lepszego przestrzegania praw nieletnich w zakresie umieszczania ich w schroniskach powinny się znaleźć w ustawie, a nie tylko w regulaminie sądów¹⁵. Komitet Ministrów Rady Europy słusznie bowiem wskazał, że podjęte przez Polskę kroki wciąż nie są wystarczające do pełnego wykonania wyroku Trybunału i niezbędne są dalsze zmiany prawa w obrębie ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich¹⁶.

Patrząc na aktywność ustawodawcy w związku z omawianym wyrokiem, warto wskazać, że 17 kwietnia 2018 roku do marszałka Sejmu wpłynęła uchwała w sprawie wniesienia do Sejmu projektu ustawy o zmianie ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich (druk sejmowy 2521). 3 sierpnia 2018 roku rząd zajął stanowisko¹⁷ w tej sprawie, w którym inicjatywę ustawodawczą ocenił pozytywnie, gdyż stanowi ona próbę jednoznacznego uregulowania kwestii związanej z przedłużaniem pobytu nieletniego w schronisku dla nieletnich. Rada Ministrów rekomendowała projekt do dalszych prac legislacyjnych. Od 2018 roku brak jest dodatkowych informacji w tym zakresie na stronie internetowej Sejmu, na której istnieje możliwość śledzenia procesu legislacyjnego. Należy rozumieć, że sprawa od ponad roku jest w toku.

Uwagi końcowe

Jak już wspomniano, projekt ustawy o zmianie ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich (druk sejmowy nr 2521) zawiera propozycję nowelizacji przepisów art. 27 i art. 29 upn. Przepis art. 27 upn reguluje procedurę umieszczenia i przedłużania pobytu nieletniego w schronisku dla nieletnich. Projekt stanowi realizację postulatu zawartego w petycji P9-14/17 wniesionej do Senatu 19 kwietnia 2017 roku przez Helsińską Fundację Praw Człowieka w związku z treścią wytycznych sformułowanych przez Europejski Trybunał Praw Człowieka w wyroku z 30 czerwca 2015 roku w sprawie Grabowski przeciwko Polsce. Mimo podjęcia przez Ministerstwo Sprawiedliwości działań upowszechniania standardów wynikających z wyroku poprzez jego przetłumaczenie, przesłanie do sądów i prowadzenie szkoleń oraz zamieszczenie przepisów § 242 i § 243 w Regulaminie urzędowania sądów powszechnych¹⁸, wyraźna stała się potrzeba nowelizacji przepisów samej ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich. Proponowana zmiana art. 27 upn polega na zmianie treści § 3 tego przepisu, dodaniu do niego § 4a i § 4b oraz zmianie treści § 6. Proponowana zmiana art. 29 upn polega na zmianie jego treści. Zmiana treści art. 27 § 3 upn ma na celu wprowadzenie rozróżnienia postanowienia o umieszczeniu nieletniego w schronisku dla nieletnich, wydanego na podstawie art. 27 § 3 upn, od postanowień o przedłużeniu pobytu w schronisku dla nieletnich. Pojęcie określające cezurę czasową dla okresów pobytu i przedłużenia pobytu nieletniego w schronisku dla nieletnich „przed skierowaniem sprawy na rozprawę” zastąpiono określeniem „przed wyznaczeniem rozprawy”, zgodnie z art. 32m upn. Projektowany

art. 27 § 4a upn stanowi uregulowanie procedury przedłużania pobytu nieletniego w schronisku dla nieletnich po wyznaczeniu rozprawy. Zgodnie z nowym przepisem w zakresie tym należy stosować odpowiednio przepis art. 27 § 4 upn, a zatem po wyznaczeniu rozprawy możliwe będzie przedłużenie pobytu nieletniego w schronisku dla nieletnich, jeżeli zajdzie taka konieczność, ze względu na szczególne okoliczności sprawy na okres nieprzekraczający 3 miesięcy. W projektowanym art. 27 § 4b upn wskazano na konieczność określenia każdorazowo w postanowieniu o przedłużeniu pobytu nieletniego w schronisku dla nieletnich okresu pobytu nie dłuższego niż 3 miesiące. Projektowana zmiana art. 27 § 6 upn ma na celu zaliczenie do okresu pobytu nieletniego w schronisku dla nieletnich okresu obserwacji psychiatrycznej, jako okresu faktycznego pozbawienia wolności. Z kolei zmiana treści art. 29 upn ma na celu zagwarantowanie możliwości złożenia zażalenia na każde postanowienie dotyczące umieszczenia i przedłużenia pobytu nieletniego w schronisku dla nieletnich oraz wprowadza nakaz niezwłocznego rozpoznania zażalenia na postanowienie o umieszczeniu i przedłużeniu pobytu w schronisku dla nieletnich.

Jak już wspomniano, inicjatywa ustawodawcza stanowi próbę jednoznacznego uregulowania kwestii związanej z przedłużaniem pobytu nieletniego w schronisku dla nieletnich. Kluczową kwestią jest tempo wprowadzanych zmian w regulacjach prawnych, bo od wydania wyroku przez ETPC niebawem minie 4 lata, a ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich nadal obowiązuje w starej wersji.

Przypisy

- ¹ V. Konarska-Wrzošek, „Prawny system postępowania z nieletnimi w Polsce”, Warszawa 2013.
- ² Ibidem.
- ³ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich, Dz.U. 1982 Nr 35 poz. 228 z późn. zm. Przepisy ww. ustawy stosuje się w zakresie: 1) zapobiegania i zwalczania demoralizacji – w stosunku do osób, które nie ukończyły lat 18; 2) postępowania w sprawach o czyny karalne - w stosunku do osób, które dopuściły się takiego czynu po ukończeniu lat 13, ale nie ukończyły lat 17; 3) wykonywania środków wychowawczych lub poprawczych – w stosunku do osób, względem których środki te zostały orzeczone, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez te osoby lat 21.
- ⁴ Sąd może orzec zakaz prowadzenia pojazdów lub orzec przepadek rzeczy uzyskanych w związku z popełnieniem czynu karalnego. Ponadto sąd może zastosować inne środki zastrzeżone upn do właściwości sądu rodzinnego, jak również zastosować środki przewidziane w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym, z wyłączeniem umieszczenia w rodzinie zastępczej spokrewnionej, rodzinie zastępczej niezawodowej, rodzinnym domu dziecka, placówce wsparcia dziennego, placówce opiekuńczo-wychowawczej i regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej.
- ⁵ W wypadku gdy rodzice lub opiekun nieletniego uchylają się od wykonania obowiązków nałożonych na nich przez sąd rodzinny, sąd ten może wymierzyć im karę pieniężną w wysokości od 50 do 1500 złotych.

- ⁶ Umieszczenie nieletniego w zakładzie poprawczym można warunkowo zawiesić, jeżeli właściwości i warunki osobiste oraz środowiskowe sprawy, jak również okoliczności i charakter jego czynu uzasadniają przypuszczenie, że pomimo niewykonania środka poprawczego cele wychowawcze zostaną osiągnięte. Warunkowe zawieszenie następuje na okres próby, który wynosi od roku do lat 3; w okresie próby sąd stosuje do nieletniego środki wychowawcze. Jeżeli w okresie próby zachowanie nieletniego wskazuje na dalszą demoralizację albo jeżeli nieletni uchyla się od wykonywania nałożonych na niego obowiązków lub od nadzoru, sąd rodzinny może odwołać warunkowe zawieszenie i zarządzić umieszczenie nieletniego w zakładzie poprawczym. Jeżeli w okresie próby i w ciągu dalszych 3 miesięcy odwołanie warunkowego zawieszenia nie nastąpiło, orzeczenie o umieszczeniu w zakładzie poprawczym z mocy prawa uważa się za niebyłe.
- ⁷ P. Górecki, V. Konarska-Wrzošek, „Postępowanie w sprawach nieletnich. Komentarz”, Warszawa 2019, LEX on-line, komentarz do art. 27.
- ⁸ Wydając postanowienie o umieszczeniu w schronisku dla nieletnich, należy obligatoryjnie ustanowić dla nieletniego obrońcę, jeżeli nie ma on obrońcy z wyboru (art. 49 upn). Wyznaczenie obrońcy z urzędu powinno być dokonane jednocześnie z wydaniem postanowienia o umieszczeniu w schronisku dla nieletnich. Nieustanowienie obrońcy narusza prawo nieletniego do obrony i stanowi poważne uchybienie procesowe.
- ⁹ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2001 r. w sprawie zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich, Dz.U. 2001 Nr 124 poz. 1359 z późn. zm.
- ¹⁰ Zgodnie z tym przepisem nieletniego można umieścić w schronisku dla nieletnich, jeżeli zostaną ujawnione okoliczności przemawiające za umieszczeniem go w zakładzie poprawczym, a zachodzi uzasadniona obawa ukrycia się nieletniego lub zatarcia śladów czynu karalnego, albo jeżeli nie można ustalić tożsamości nieletniego.
- ¹¹ W razie gdy wykonanie orzeczenia o umieszczeniu nieletniego w zakładzie poprawczym natrafiłoby na niedające się usunąć przeszkody, sąd rodzinny stosuje nadzór kuratora, a w wyjątkowych wypadkach uznając, że ze względów wychowawczych jest to konieczne, może orzec umieszczenie nieletniego w schronisku dla nieletnich. Nieletni pozostaje w schronisku dla nieletnich do czasu umieszczenia go we właściwym zakładzie, jednakże pobyt w schronisku nie może wówczas przekroczyć 3 miesięcy.
- ¹² Umieszczenie nieletniego w schronisku dla nieletnich może nastąpić, gdy zostaną ujawnione okoliczności przemawiające za umieszczeniem go w zakładzie poprawczym, a nieletniemu zarzucono popełnienie czynu karalnego określonego w art. 134 (zamachu na Prezydenta), art. 148 § 1, 2 lub 3 (zabójstwo w typie podstawowym oraz odmianach kwalifikowanych), art. 156 § 1 lub 3 (ciężki uszczerbek na zdrowiu), art. 163 § 1 lub 3 (sprowadzenie zdarzenia powszechnie niebezpiecznego dla życia, zdrowia albo mienia), art. 166 (akt piractwa wodnego lub powietrznego), art. 173 § 1 lub 3 (sprowadzenie katastrofy), art. 189 (pozbawienie człowieka wolności), art. 189a (handel ludźmi), art. 197 § 3 lub 4 (zgwałcenie zbiorowe osoby poniżej lat 15 lub kazirodce), art. 198 (wykorzystanie seksualne osoby bezradnej lub nieopieczalnej), art. 200 (seksualne wykorzystanie małoletniego), art. 202 § 3, 4, 4a, 4b lub 4c (rozpowszechnianie, utrwalanie, przechowywanie, produkowanie pornografii, uczestniczenie w prezentacji treści pornograficznych z udziałem małoletniego), art. 204 § 3 (nakłanianie lub ułatwianie uprawiania prostytucji), art. 252 § 1 lub 2 (wzięcie lub przetrzymywanie zakładnika) i art. 280 k.k. (rozbój).
- ¹³ Treść wyroku jest dostępna na stronie internetowej Trybunału Konstytucyjnego <http://trybunal.gov.pl/polskie-akcenty-w-orzecznictwie-miedzynarodowym/rada-europy-europejski-trybunal-praw-czlowieka/w-sprawach-polskich/art/8541-sprawa-grabowski-przeciwko-polsce-skarga-nr-57722-12-wyrok-z-30-czerwca-2015-r/>, dostęp z dnia 04.06.2019 r.
- ¹⁴ Stan prawny na dzień 4 czerwca 2019 r.
- ¹⁵ <https://www.rp.pl/Rodzina/304269923-HFPC-postepowanie-ws-nieletnich-wciaz-niezgodne-ze-standardami-Strasburga.html>, dostęp z dnia 04.06.2019 r.
- ¹⁶ Ibidem.
- ¹⁷ Druk sejmowy o numerze 2521 jest dostępny na stronie internetowej www.sejm.gov.pl, dostęp z dnia 04.06.2019 r.
- ¹⁸ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 grudnia 2015 r. – Regulamin urzędowania sądów powszechnych (Dz.U. poz. 2316 z późn. zm.).

European Universal Prevention Curriculum (EUPC) to szkolenie z zakresu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, przeznaczone przede wszystkim dla władz samorządowych oraz osób decydujących o polityce ograniczania skutków używania substancji psychoaktywnych. Zostało ono opracowane przez międzynarodowy zespół ekspertów. Podstawowe założenie, na którym zbudowano program szkolenia, bazuje na tym, że profilaktyka to nauka w dużej mierze oparta na badaniach i korzystająca z wielu różnych teorii społecznych.

EUROPEJSKI PROGRAM PODNOSZENIA KOMPETENCJI DECYDENTÓW W ZAKRESIE PROFILAKTYKI UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH (EUPC)

Katarzyna Okulicz-Kozaryn

Piotr Sędek

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

W ciągu ostatnich 30 lat nastąpił znaczący postęp w zakresie profilaktyki zachowań ryzykownych młodzieży. Dotyczył on przede wszystkim wykorzystania przy opracowywaniu programów wiedzy teoretycznej i empirycznej z takich dziedzin, jak epidemiologia, psychologia, socjologia, etnografia czy medycyna oraz gromadzenia dowodów naukowych świadczących o skuteczności programów. Znalazło to odzwierciedlenie w konkluzjach Rady Europy, w których stwierdzono, że „Europa po latach doświadczeń i badań zgromadziła wystarczające dane na temat stopnia skuteczności różnych interwencji ograniczających popyt na środki odurzające, dzięki czemu można uzgodnić minimalne standardy jakościowe na szczeblu unijnym”¹. Te standardy, określone w Strategii antynarkotykowej UE na lata 2013–2020, przede wszystkim wskazują, że „działania muszą być oparte na dowodach, rzetelne naukowo i opłacalne oraz muszą dążyć do realistycznych i wymiernych wyników, które można poddać ocenie”².

Pomimo tak jednoznacznych zapisów w oficjalnych dokumentach, w wielu krajach europejskich profilaktyka stosowana w praktyce jest prowadzona głównie na bazie pewnych tradycji i niepotwierdzonych naukowo przekonań. Profilaktycy powszechnie stosują nieskuteczne lub niesprawdzone programy profilaktyczne, które nie opierają się na żadnych podstawach naukowych.

Odpowiedzią na tę sytuację jest European Universal Prevention Curriculum (EUPC). Jest to szkolenie z zakresu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, prze-

znaczone przede wszystkim dla władz samorządowych oraz osób decydujących o polityce ograniczania skutków używania substancji psychoaktywnych, opracowane przez międzynarodowy zespół ekspertów w ramach grantu Komisji Europejskiej³.

Co to jest EUPC?

Program jest efektem pracy międzynarodowego zespołu, skupiającego przedstawicieli jedenastu instytucji z dziewięciu państw europejskich. Korzystając z doświadczeń zebranych w USA w programie The Universal Prevention Curriculum (UPC), w ramach dwuletniego projektu UPC-ADAPT⁴ przygotowano program szkolenia, uwzględniający uwarunkowania europejskie i dostosowany do realizacji w krajach europejskich. Zawiera on podstawową wiedzę na temat profilaktyki, budowaną na bazie naukowego wkładu z różnych dziedzin. Z wielu dostępnych w oryginalnym szkoleniu obszarów tematycznych wybrano te, które w warunkach europejskich będą w największym stopniu odpowiadały potrzebom odbiorców i możliwościom ich wdrożenia. Prace w projekcie obejmowały trzy obszary: szkolenie e-learningowe, akademicki program kształcenia studentów (w pracy związanej z tymi dwoma modułami udział brali przedstawiciele Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie) oraz szkolenie dla osób mających wpływ na politykę w obszarze używania substancji psychoaktywnych i praktyków odpowiadających za ich

organizację i wdrożenie (w opracowanie tego modułu byli zaangażowani autorzy tego artykułu). W zamyśle mają one stanowić europejski standardowy program kształcenia specjalistów w zakresie profilaktyki.

Założenia EUPC

Podstawowe założenie, na którym zbudowano cały program szkolenia, bazuje na tym, że profilaktyka to nauka w dużej mierze oparta na badaniach i korzystająca z wielu różnych teorii społecznych. Współczesne rozumienie profilaktyki skutecznie łączy w sobie wymiar praktyczny z uznanymi podstawami teoretycznymi. Często jednak wymaga zmiany postrzegania oddziaływań profilaktycznych jako działań obejmujących wyłącznie dostarczenie wiedzy o konkretnym problemie lub próby aktywnego zagospodarowania wolnego czasu. Także przekonanie, że własne doświadczenie życiowe i płynące stąd wiedza i przekonania są wystarczającym argumentem za zaangażowaniem się w realizację działań profilaktycznych, jest niewystarczające do tego, aby podejmować oddziaływania profilaktyczne.

Szkolenie i pozostałe elementy programu przygotowano, korzystając z różnorodnych źródeł wiedzy i informacji. Główne z nich to „Międzynarodowe standardy profilaktyki używania narkotyków”⁵, opracowane przez UNODC (Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przystępczości), „Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków”⁶, przygotowane przez EMCDDA (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii), oraz dane i informacje zgromadzone m.in. w bazach danych tych instytucji⁷.

Cele EUPC

Celem nadrzędnym europejskiego szkolenia z zakresu profilaktyki jest ograniczenie zdrowotnych, społecznych oraz ekonomicznych problemów związanych z zachowaniami ryzykownymi, takimi jak używanie substancji psychoaktywnych. Cel ten jest realizowany poprzez rozwijanie kompetencji w zakresie profilaktyki osób mających bezpośredni lub pośredni wpływ na to, jakie działania profilaktyczne są realizowane na różnych szczeblach – lokalnym, regionalnym i krajowym.

Cele szczegółowe programu dotyczą:

1. Przekazania wiedzy pozwalającej podejmować decyzje dotyczące profilaktyki na podstawie najlepszych, obecnie dostępnych, dowodów naukowych.

2. Informowania o najbardziej efektywnych strategiach i interwencjach profilaktycznych.
3. Podniesienia standardów szkolenia osób pracujących w obszarze profilaktyki.
4. Wprowadzenia w Europie jednolitych standardów przygotowania do pracy w obszarze profilaktyki.

Adresaci szkolenia EUPC

Europejskie szkolenie z zakresu profilaktyki jest projektem skierowanym do osób, które bezpośrednio uczestniczą w podejmowaniu decyzji dotyczących wyboru konkretnych działań profilaktycznych, są odpowiedzialne za przygotowanie i wdrożenie programów profilaktycznych, ale także mają doświadczenie w ich realizacji i prowadzeniu. Do grona ważnych odbiorców należy zaliczyć osoby decydujące o kierunkach i sposobie podejmowania działań, np. polityków kształtujących rozwiązania w obszarze zdrowia publicznego, urzędników, którzy uczestniczą w procesie decyzyjnym lub odpowiadają za podejmowanie konkretnych działań oraz osoby opiniotwórcze, czyli wszystkich tych, którzy mają wpływ na opinię publiczną i/lub na decydentów.

Dlaczego decydenci, politycy i osoby opiniotwórcze są tak ważni?

Polityka kształtująca działania dotyczące ograniczenia skutków używania substancji psychoaktywnych jest realizowana na różnych poziomach. Na poziomie województw jest m.in. wyznaczana i zapisana w wojewódzkim programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i wojewódzkim programie przeciwdziałania narkomanii. Na poziomie gmin są to m.in. uchwalane corocznie gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, programy przeciwdziałania narkomanii czy wieloletnie strategie rozwiązywania problemów społecznych. Istotną częścią działań z tego obszaru jest realizacja programów profilaktycznych kierowanych do różnych grup społecznych i obejmujących różnorodne środowiska. Największą grupę odbiorców tych działań stanowią dzieci i młodzież.

W opisanym procesie wyznaczania i realizacji działań jest zaangażowana bardzo duża grupa osób. Od ich wiedzy, zrozumienia zachodzących procesów, ale także przekonania co do słuszności i skuteczności wprowadzanych rozwiązań zależy w praktyce dostępna oferta oddziaływań profilaktycznych. Od nich także zależy, czy osoby bezpośrednio

pracujące z dziećmi i młodzieżą (w szkołach, świetlicach, klubach itp.), będą odpowiednio przygotowane do tej pracy, wyposażone w niezbędne materiały i czy będą realizowały działania wysokiej jakości. W profilaktyce dobra koordynacja i organizacja działań oraz dawanie przez zwierzchników „zielonego światła” do realizacji interwencji opartych na dowodach naukowych są równie ważne, jak wprowadzanie konkretnych programów w szkołach i innych placówkach. Także efektywność wykorzystania dostępnych środków publicznych nie jest bez znaczenia. Świadczą o tym m.in. kontrole realizowane przez Najwyższą Izbę Kontroli. Już w 2013 roku NIK zwracał uwagę na różne nieprawidłowości w zakresie wykorzystania przez samorządy lokalne środków pochodzących z opłat za zezwolenia na handel napojami alkoholowymi. Do najczęściej popełnianych błędów należało wydatkowanie środków publicznych na działania tylko z pozoru związane z profilaktyką używania substancji psychoaktywnych, a w rzeczywistości realizujących zadania z zakresu kultury ogólnej lub kultury fizycznej⁸. W tym samym roku NIK zwracał uwagę, że „szkoły nie wykorzystują skutecznych i sprawdzonych programów profilaktycznych, rekomendowanych w europejskiej bazie programów EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction Action) czy krajowym Systemie Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego⁹. Dyrektorzy często nie mają o nich wiedzy”¹⁰. Również w 2019 roku NIK przeprowadził kontrolę różnych instytucji, której podstawowym celem było zbadanie, czy podmioty odpowiedzialne rzetelnie wykonują zadania na rzecz poprawy skuteczności profilaktyki uzależnień od alkoholu i narkotyków¹¹. Wyniki tej kontroli nie zostały jeszcze podane do publicznej wiadomości.

Zaangażowanie decydentów w profilaktykę używania substancji psychoaktywnych jest też ważne ze względu na złożony i długofalowy charakter zadań z tego zakresu. Praca profilaktyczna zaczyna się od zdiagnozowania problemu, opisanie grup odbiorców, wyznaczenia konkretnych celów, poprzez wybór konkretnych działań i ich realizatorów, po próby odpowiedzenia na pytanie o skuteczność wprowadzanych zmian. To ważne także dlatego, że realizując różnorodne działania, wiele osób oczekuje wyraźnych efektów natychmiast po ich zakończeniu. Tymczasem zmiana zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych jest zwykle procesem odłożonym w czasie i często efekty bieżących działań profilaktycznych (np. adresowanych do dzieci w młodszym wieku szkolnym)

będą widoczne dopiero po dłuższym czasie (np. gdy wejdą w okres dorastania lub później). Ta perspektywa i jej zrozumienie jest szczególnie trudne dla tych wszystkich, którzy na co dzień pracują zadaniowo i efekty podjętych działań przyzwyczaili się widzieć niemal natychmiast po ich zakończeniu.

Ramowy program EUPC

Szkolenie trwa 30 godzin zegarowych i jest podzielone na dwie części. Część pierwsza obejmuje 12 godzin szkolenia podstawowego, realizowanych w ciągu dwóch dni. Część druga to szkolenie zaawansowane, na które przypada pozostałe 18 godzin (trzy dni).

Główny przekaz EUPC to zrozumienie, że profilaktyka to nauka oparta na dowodach, a używanie substancji psychoaktywnych ma charakter rozwojowy. Niemniej istotne jest poszerzenie tradycyjnego zakresu działań kojarzonych z profilaktyką poprzez uwzględnienie czynników makro- i mikrospołecznych oraz cech indywidualnych, a także uwzględnienie potrzeb osób w każdym wieku (od urodzenia do dorosłości). Położono również nacisk na praktyczne umiejętności przydatne podczas promowania programów profilaktycznych o udowodnionej skuteczności.

Treści szkolenia podstawowego (12 godzin) koncentrują się wokół następujących tematów:

- Przegląd wiedzy naukowej, która leży u podstaw profilaktyki.
- Przegląd informacji niezbędnych przy podejmowaniu decyzji o wyborze interwencji profilaktycznych.
- Dostarczenie narzędzi ułatwiających przekonywanie zainteresowanych osób o wartości programów opartych na dowodach naukowych.
- Dostarczenie narzędzi ułatwiających koordynację i/lub monitorowanie działań w obszarze profilaktyki.
- Wprowadzenie do realizacji działań profilaktycznych w środowisku rodzinnym, szkolnym, zawodowym, w społeczności lokalnej oraz poprzez media.

Szkolenie zaawansowane (18 godzin), które jest kontynuacją i rozwinięciem szkolenia podstawowego, obejmuje takie tematy, jak:

- Profilaktyka w perspektywie rozwojowej.
- Kompleksowa profilaktyka w miejscu pracy.
- Wczesne rozpoznanie i krótka interwencja w miejscu pracy.
- Wspieranie profilaktyki w środowisku pracy.
- Wspieranie profilaktyki w społeczności lokalnej.

- Działania środowiskowe.
- Media w profilaktyce używania substancji psychoaktywnych.

Forma szkoleń EUPC

Przygotowując szkolenie, wiele uwagi poświęcono rozwiązaniu problemu obecnego we wszystkich krajach, czyli jak zachęcić do udziału i utrzymać w szkoleniu osoby z grupy docelowej. Z racji swoich funkcji i obowiązków są one bardzo zajęte i niezwykle trudno jest im znaleźć czas potrzebny na udział w obszernym projekcie szkoleniowym. Duży nacisk przy opracowaniu programu szkolenia i materiałów dydaktycznych położono na formę realizacji i kompetencje realizatorów.

Szkolenie w jak największym stopniu ma mieć charakter warsztatów, a poprzez zastosowane formy pracy i ćwiczenia angażować uczestników do aktywnego udziału. Umiejętnie zbudowana atmosfera pracy sprzyja lepszemu zrozumieniu i poznaniu omawianych tematów, wymianie doświadczeń oraz konfrontowaniu obiegowych opinii na temat realizowanych działań profilaktycznych z rekomendowanymi interwencjami opartymi na podstawach naukowych. Dobrze realizowane szkolenie pozwala na poruszenie kluczowych tematów i wątków w taki sposób, aby każdy z grupy maksymalnie 20 uczestników miał możliwość swobodnego odniesienia się i wypowiedzenia na tematy poruszane w jego trakcie. Z informacji uzyskanych od uczestników w czasie prac nad adaptacją szkolenia wynika, że atmosfera otwartej wymiany opinii i dyskusji stanowi jeden z ważnych jego elementów. Jednak kluczowym elementem szkolenia jest jego zawartość.

Standardy jakości EUPC

Jakość kształcenia realizatorów szkoleń jest ważnym elementem wyróżniającym EUPC spośród innych ofert szkoleniowych. Standardy wypracowane przez zespół projektowy UPC-Adapt oraz Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) obejmują kompetencje trenerów (na poziomie europejskim) oraz ściśle opisany sposób przeprowadzenia szkolenia. Cały proces wdrożenia szkoleń oraz przygotowania osób do ich realizacji jest nadzorowany przez EMCDDA.

Warunki, jakie muszą spełniać osoby, które chcą zostać realizatorami szkolenia, obejmują m.in. wykształcenie wyższe (preferowane nauki o zdrowiu i społeczne), posia-

daną wiedzę i umiejętności (znajomość programu EUPC, doświadczenie w profilaktyce i prowadzeniu szkoleń), osiągnięcia zawodowe (preferowane doświadczenie w badaniach naukowych związanych z profilaktyką). Oprócz elementów formalnych kandydaci muszą reprezentować postawy i cechy pozostające w zgodzie z kluczowymi elementami szkolenia, a odnoszące się do postaw zgodnych z zasadami etyki w profilaktyce, czynnego i konsekwentnie promowanego podejścia opartego na dowodach naukowych i badaniach ewaluacyjnych w profilaktyce oraz znajomości lokalnych (krajowych) uwarunkowań dotyczących profilaktyki. Nowi kandydaci na trenerów EUPC będą musieli też zdać centralny egzamin końcowy, obejmujący treści szkolenia. Będzie on podzielony na część teoretyczną i praktyczną, połączoną z obserwacją pracy trenera w trakcie szkolenia.

Korzyści z udziału w szkoleniu EUPC

Poza oczywistymi korzyściami wynikającymi z udziału w dobrze przygotowanym szkoleniu, w postaci znaczącego poszerzenia i uporządkowania wiedzy na temat szeroko rozumianej profilaktyki używania substancji psychoaktywnych i zdobycia konkretnych umiejętności praktycznych z zakresu planowania, koordynowania, promowania i ewaluacji działań profilaktycznych, EUPC może dać też bardziej formalne profity. Wynikają one z tego, że program szkolenia ma charakter międzynarodowy, a to oznacza, że certyfikat jego ukończenia będzie potwierdzeniem wiedzy i umiejętności na poziomie europejskim i będzie honorowany nie tylko w Polsce. Osoby, które wezmą udział w pełnym pięciodniowym szkoleniu (w Polsce lub w innym kraju) i zdadzą egzamin, otrzymają europejski certyfikat potwierdzający ukończenie szkolenia oraz zdobyte kwalifikacje. Uczestnicy dwudniowego szkolenia także otrzymają europejski certyfikat ukończenia szkolenia w wymiarze podstawowym (bez potwierdzenia kwalifikacji).

EUPC w Polsce

W Polsce w prace nad przygotowaniem szkolenia dla osób bezpośrednio decydujących o podejmowaniu i realizacji działań profilaktycznych, osób opiniotwórczych w tym obszarze, liderów mających wpływ na kształt polityki zdrowotnej na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym była zaangażowana Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Działania na poziomie krajowym rozpoczęły się od konsultacji wstępnych propozycji

treści i formy szkoleń z przedstawicielami grup docelowych adresatów programu EUPC, a więc z reprezentantami samorządów, ministerstw, organizacji pozarządowych i środowisk akademickich. Takie konsultacje, prowadzone równolegle w kilku krajach, pozwoliły uzgodnić ostateczną zawartość podręcznika EUPC. Jest to materiał wspólny dla wszystkich wersji programu (do szkoleń decydentów, akademickich i e-learningowych).

Kolejny etap prac polegał na przygotowaniu materiałów do prowadzenia szkoleń w języku angielskim. Materiały te zostały następnie przetłumaczone na języki narodowe, w tym na polski i przetestowane w ramach pilotażowych realizacji.

W Polsce, dzięki współpracy z pełnomocnikiem zarządu województwa opolskiego ds. profilaktyki i przeciwdziałania uzależnieniom oraz z Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej (MCPS), odbyły się dwa szkolenia pilotażowe. Pozwoliły one opracować ostateczną wersję szkolenia i materiałów szkoleniowych, adekwatną do warunków realizacji działań profilaktycznych w naszym kraju.

Instytucjami odpowiedzialnymi w Polsce za upowszechnianie programu zgodnie z wytycznymi EMCDDA są obecnie Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii. Akredytacje trenerskie, obok autorów niniejszego tekstu, posiadają dr Agnieszka Pisarska i dr hab. Krzysztof Ostaszewski z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Oznacza to możliwość realizacji szkoleń dla grup docelowych oraz kształcenia i egzaminowania przyszłych trenerów. Warto przy tym zaznaczyć, że EMCDDA może przyznać podobne uprawnienia innym instytucjom rekomendowanym przez instytucję już licencjonowaną lub National Focal Point (KBPN) albo Europejskie Towarzystwo Badań nad Profilaktyką (European Society for Prevention Research – EUSPR). Instytucje upowszechniające EUPC muszą cieszyć się dobrą opinią w zakresie rozwijania i promowania działań opartych na dowodach naukowych w dziedzinie profilaktyki oraz współpracować z innymi uznanymi organizacjami i placówkami badawczymi aktywnymi w dziedzinie profilaktyki.

Podsumowanie

Nad ostatecznym kształtem wdrożenia systemu szkoleń obowiązującym w Europie wciąż trwają prace. Potrzeba

upowszechniania efektów projektu w postaci „Europejskiego szkolenia z zakresu profilaktyki” dla osób bezpośrednio decydujących o podejmowaniu i realizacji działań profilaktycznych, osób opiniotwórczych w tym obszarze, liderów mających wpływ na kształt polityki zdrowotnej na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym oraz praktyków odpowiedzialnych za wdrażanie konkretnych rozwiązań sprawiła, że do czasu wypracowania ostatecznego modelu wdrożenia obowiązującego w Europie, możliwe są rozwiązania przejściowe.

Europejskie szkolenie koncentruje się na działaniach zapobiegających problemom powodowanym przez używanie substancji psychoaktywnych, chociaż jego treści mają ogólne zastosowanie do każdego ryzykownego zachowania i mogą stanowić inspirację do zapobiegania tym zachowaniom. Szkolenie jest częścią projektu łączącego naukę i działania praktyczne, stanowiącego znormalizowany na poziomie europejskim program nauczania. Zostało ono przygotowane, opierając się na badaniach z udziałem specjalistów ds. profilaktyki i dostosowane do potrzeb wskazanych grup odbiorców. Jest połączeniem sił i wiedzy reprezentowanej przez świat akademicki, społeczeństwo obywatelskie i decydentów. Daje szansę na dyskusję, uczenie się i podnoszenie kompetencji w ciągle rozwijającym się obszarze profilaktyki zachowań ryzykownych i używania substancji psychoaktywnych.

Przypisy

- ¹ Konkluzje Rady (2015) w sprawie realizacji planu działania UE w zakresie środków odurzających na lata 2013–2016 pod kątem minimalnych standardów jakościowych w ograniczaniu popytu na środki odurzające w Unii Europejskiej (<http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-11985-2015-INIT/pl/pdf>).
- ² [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012XG1229\(01\)&from=PL](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012XG1229(01)&from=PL)
- ³ HOME/2015/JDRU/AG/DRUG/8863 - UPCAdapt: Implementing a prevention training curriculum in Europe: Adaptation and Piloting.
- ⁴ Więcej informacji na stronie www.upc-adapt.eu
- ⁵ https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf
- ⁶ http://prevention-standards.eu/wp-content/uploads/2013/07/Europejskie_standardy_jakosci.pdf
- ⁷ http://www.emcdda.europa.eu/best-practice_en
- ⁸ <https://bip.nik.gov.pl/kontrola/wyniki-kontroli-nik/kontrola,10553.html>
- ⁹ Celem funkcjonowania systemu jest promowanie standardów jakości programów profilaktycznych, ich ocena, przyznawanie rekomendacji oraz prowadzenie bazy rekomendowanych programów profilaktycznych. Opis systemu oraz baza rekomendowanych programów jest dostępna m.in. na stronie www.programyrekomendowane.pl
- ¹⁰ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/zdrowie/nik-o-przeciwdzialaniu-narkomanii-w-szkolach.html>
- ¹¹ <https://www.nik.gov.pl/plik/id,18764.pdf>

W 2017 roku Fundacja Poza Schematami (FPS), z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), opracowała program „Moje życie, mój wybór”¹. Jest to program profilaktyczny dotyczący używania substancji psychoaktywnych i środków zastępczych, adresowany do młodzieży w wieku 13-16 lat z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Projekt przygotowano stosując się do zasad naukowej profilaktyki, z wykorzystaniem ilościowych i jakościowych badań ewaluacyjnych. W 2018 roku zrealizowano pierwszą edycję programu. W artykule prezentuję wybrane rezultaty badania jakościowego, którego celem było poznanie warunków wdrażania programu „Moje życie, mój wybór”.

„MOJE ŻYCIE, MÓJ WYBÓR” – PIERWSZA EDYCJA PROGRAMU

*Marcin J. Sochocki
Fundacja Poza Schematami*

Program „Moje życie, mój wybór” składa się z dwóch części: jednej przeznaczonej dla uczniów, drugiej dla ich rodziców/opiekunów. Zajęcia dla młodzieży obejmują dziewięć godzinnych spotkań, realizowanych raz w tygodniu. Część dla rodziców to półgodzinne spotkanie informacyjne (w przypadku nieobecności rodziców przekazuje im się list) oraz trzygodzinne spotkanie warsztatowe. Zaplanowano też część wspólną, czyli spotkanie podsumowujące udział w programie, w którym uczestniczą uczniowie, rodzice i realizatorzy. Dla osób, które chcą prowadzić zajęcia, organizowane są szkolenia. Dotychczas przeszkolono dwie grupy realizatorów (szkolenia zorganizowała KBPN z udziałem specjalistów FPS).

W artykule przedstawiam niektóre wyniki zogniskowanego wywiadu grupowego, który przeprowadziłem z ośmioma realizatorkami programu „Moje życie, mój wybór”². Przedmiotem badania była pierwsza, tzw. rutynowa edycja programu. Jak wspomniałem, podstawowym celem było poznanie warunków, w których dokonywano wdrożeń.

Zakres wdrożeń i odbiorcy

Respondentki stwierdziły, że w okresie od marca do listopada 2018 roku przeprowadziły od jednej do pięciu realizacji programu „Moje życie, mój wybór”. W uzasadnieniu mówiono, że wskazywana liczba wdrożeń wynikała z możliwości organizacyjno-logistycznych w danych placówkach. Relacjonowano także, że czasami z uwagi, iż była to pierwsza edycja

projektu i osoby badane nie miały jeszcze doświadczeń wdrożeniowych, zajęcia w jednej grupie prowadziły jednocześnie dwie lub trzy osoby. Poniżej, kursywą, przytaczam fragmenty wywiadu.

– Są oddziały klasowe, w których pracowałyśmy razem i takie, w których z różnych powodów logistycznych każda z nas pracowała sama.

– Pierwszy raz prowadziłam takie zajęcia, więc dla mnie to było coś nowego, i cieszę się, że byłam z bardziej doświadczonymi koleżankami, które, można powiedzieć, były mentorkami, dużo się od nich nauczyłam.

Program nie zawsze był wdrażany w grupie docelowej młodzieży, czyli uczniów w wieku 13-16 lat z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Mówiono, że zajęcia realizowano w starszych grupach wiekowych (do 20. roku życia), wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym, brali w nich też udział wychowankowie zakładu poprawczego. Osoby badane różnie oceniały efekty takich wdrożeń: stwierdzano, że były to zarówno udane próby, jak i nieudane (w tym niezakończone) realizacje. Mówiono, że program (po adaptacji) nadaje się także dla młodszej grupy wiekowej i planowano zrealizować zajęcia z uczniami poniżej 13. roku życia.

Respondentki twierdziły, że czasem problemem był brak umiejętności postępowania w sytuacjach trudnych wychowawczo, które pojawiały się podczas zajęć. W tym kontekście wypowiadające się osoby zwracały uwagę na zalety realizacji zajęć przez dwie osoby. Mówiono, że takie prowadzenie usprawnia organizację przebiegu

zajęć, ale także ma pozytywny wpływ na rozwiązywanie wychowawczo trudnych sytuacji.

– Zdarzył się przypadek tzw. bardzo trudnego wychowanka, ucznia, który robił „wszystko”, żeby skupić na sobie uwagę, w ten sposób, żeby uniemożliwić pracę i doprowadzić do popsucia atmosfery. To się odbywało poprzez wulgarnie słowa, trzaskanie czym się da, komentowanie, odsuwanie, rzucanie.

– Zazwyczaj prowadzenie przez dwie osoby polega na tym, że jedna jest wiodąca, a druga obserwująca i wkraczająca wtedy, kiedy jest taka potrzeba. We dwie lepiej się prowadzi. Pierwsza jest wiodąca, druga obserwująca. Jeśli druga zaczyna się angażować albo przerywać, to jest to sygnał dla tej wiodącej, że coś się dzieje z dynamiką grupy, że należy coś przewartościować, zmienić.

– Wkroczenie tej drugiej osoby z czasem stało się silnym wzmocnieniem dla takiej informacji, że one są dwie i dadzą radę.

Wypowiadające się osoby mówiły, że problem stanowiło zaangażowanie rodziców (opiekunów) w działania projektowe. Stwierdzano, że aktywność matek i ojców ograniczała się niekiedy do udziału w pierwszym spotkaniu. Warsztaty dla rodziców nie odbyły się lub przeobraziły w spotkania indywidualne.

– Rodzice przyszli na pierwsze spotkanie. Bo to tacy rodzice, którzy przychodzą na zebrania, no więc my byliśmy zadowolone. Fajnie, że wszyscy się stawili i... na tym się zakończyło.

– U nas na pierwsze zebranie rodzice przyszli: towarzyszyło im zaciekawienie, jak najbardziej, że z dziećmi mają brać udział w programie, super, że coś takiego będzie się odbywać w szkole, byli bardzo chętni. Na tym się jednak skończyło.

– Wszyscy rodzice byli zaproszeni, jednak nie stworzyliśmy grupy warsztatowej.

Program w oczach innych

Osoby badane były proszone o zrelacjonowanie opinii o projekcie osób i grup ważnych dla danej społeczności. Respondentki stwierdzały, że program był pozytywnie odbierany przez młodzież z grupy docelowej. Mówiono, że przez dyrekcję placówek program postrzegany był jako potrzebny i unikatowy. Podobnie był odbierany przez kadrę pedagogiczną.

Badane relacjonowały, że program „Moje życie, mój wybór” formalnie zaistniał w strukturze oddziaływań

profilaktycznych szkół. Stał się elementem szkolnych programów wychowawczo-profilaktycznych.

– Przychyłość ze strony dyrekcji była bardzo duża, żeby wprowadzić to w szkole, bo dla placówek szkolnictwa specjalnego mało jest takich programów. Dyrekcja była zainteresowana, żeby to wdrożyć, i żeby w dalszych latach program też funkcjonował w naszej szkole.

– Nauczyciele nas zapraszają: „Dlaczego nie w mojej grupie?”. Zapraszają także ci, którzy widzieli swoją klasę uczestniczącą w zajęciach, chcą żeby kontynuować, uważają, że to jest bardzo dobry pomysł.

– Uczniowie wręcz się pytali: „Proszę pani, a kiedy będziemy mieć zajęcia?”, „Kiedy panie przyjdą?”. (...) U nas zajęcia były bardzo pozytywnie odebrane.

Respondentki jako realizatorki programu

Respondentki proszone były o ocenę ewentualnego wpływu zaangażowania się w projekt na własne kompetencje profesjonalne. Wypowiadające się osoby mówiły, że program jest dla nich dużym ułatwieniem w pracy, gdyż jako jedyny znany im projekt został przygotowany z myślą o młodzieży, z którą pracują. Badane stwierdziły, że na podstawie zajęć „Moje życie, mój wybór” opracowały kolejny projekt profilaktyczny, adresowany do uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym.

– Dla nas to była duża pomoc, gdyż jest gotowe narzędzie, nie trzeba specjalnie modyfikować, przerabiać (bo prowadząc sporo różnych zajęć warsztatowych, najczęściej czerpiemy z programów, które są dla dzieci w normie i wtedy trzeba je okroić, uprościć, dostosować). Natomiast tutaj jest tak, że siadamy, czytamy scenariusz: „Aha, potrzebujemy to i to, trzeba w taki sposób”, idziesz z gotowcem.

– Nic nie trzeba dodatkowo wymyślać.

Subiektywna ocena programu

Osoby badane podczas wywiadu samorzutnie oceniały skuteczność realizowanych przez siebie zajęć. Dostrzegano wpływ projektu na poprawę relacji interpersonalnych między uczniami. Realizacja zajęć poprzez kształtowanie podmiotowych relacji z młodzieżą miała mieć pozytywny wpływ na budowanie więzi pomiędzy prowadzącymi a adolescentami.

Co czasem skutkowało tym, jak twierdziły uczestniczki wywiadu, że lepiej poznawały swoich podopiecznych i role pełnione przez nich w grupie. Odnotowywano też wpływ na zachowania młodych odbiorców – odmowa spożycia alkoholu.

Podkreślano, że program jest dobrze przygotowany i trafia w potrzeby młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Postulowano poszerzenie programu o kolejne zajęcia, celem utrwalenia wypracowywanych rezultatów. Mówiono, że szkoły specjalne są otwarte na realizację takiego projektu.

– Program zmienia relacje w grupie, pewne rzeczy porządkuje, zmienia. Po tym programie grupa funkcjonuje inaczej, on pozwolił na zmianę w pewnych relacjach, zmianę pewnych zachowań.

– Fajnie widać dynamikę, fajnie widać, kto jaką rolę pełni w tej grupie. Możemy się przyjrzeć, jak pracować z grupą, zobaczyć te role w procesie grupowym.

– Zajęcia dają zgodę i przestrzeń na mówienie o pewnych rzeczach. Na początku, jak młodzież słyszała hasło „substancje psychoaktywne”, to próbowali to trochę obśmiać, albo się popisać, rzucać hasła, slogany, czasem padały wulgaryzmy i patrzyli na naszą reakcję.

– Okres badawczy.

– Badanie, na ile rzeczywiście można z nami o tym porozmawiać, na ile poważnie podchodzimy do tego tematu. I jak zobaczyli, że nikt z nich się nie śmieje, że nikt ich nie krytykuje, tylko podejmujemy temat: „Dobrze, ale powiedz coś więcej, wyjaśnij, o co tobie chodziło”, to byli trochę zdziwieni: „Ale o co chodzi?”. Jednak potem fajnie wchodzili. Z zajęć na zajęcia zdobywałyśmy ich zaufanie na tyle, że dowiadywałyśmy się bardzo różnych rzeczy na temat doświadczeń osobistych, albo co widzieli, albo o innych kolegach z innej klasy. Oni poszli po całości: „A wie pani, że tamten to coś tam próbował, a tamten...”. Ale to też pokazuje, że z jednej strony mają wiedzę na temat substancji psychoaktywnych, różnych innych zagrożeń, ale z drugiej strony jest to bardzo powierzchowna wiedza. Oni tworzą pozę, że „my tu jesteśmy ekspertami” w tej dziedzinie, a tak naprawdę oni potrzebują i chcą o tym rozmawiać, tylko nie zawsze my, dorośli, jesteśmy na to gotowi. Nie zawsze mamy na to czas, nie zawsze mamy do tego przygotowanie, ochotę, czasem boimy się wywołać wilka z lasu.

– Uczennica, która brała udział w tych zajęciach, powiedziała: „Proszę pani, ja odmówiłam piwa”. Stwierdziłszy – jest sukces.

– U nas wychowawcy w swoich klasach często marnotrawią dodatkowe godziny wychowawcze. To jest na zasadzie: przesiedzieć, przeczekać, czymś zająć dzieci – bez pomysłu, bez struktury. Program „Moje życie, mój wybór” ma tę zaletę, że jest od początku do końca przemyślany i ma czytelne założenia oraz cele.

Podsumowanie

Program „Moje życie, mój wybór” był wdrażany przez wszystkie uczestniczki wywiadu. Liczba realizacji była uzależniona od autodiagnozy kompetencji realizatorek i możliwości logistyczno-organizacyjnych. Relacjonowano, że czasem nie podejmowano się samodzielnego wdrażania i korzystano ze wsparcia innych przeszkolonych osób. Sytuacja taka miała miejsce wówczas, gdy była to pierwsza realizacja tego rodzaju zajęć i badane chciały nabyć doświadczeń. Bywało i tak, że wspólne wdrożenia traktowano nie jako jednorazowe, ale stałe rozwiązanie, wówczas wskazywanym motywem było udzielanie sobie wsparcia – szczególnie w sytuacjach trudnych wychowawczo.

Badane mówiły, że czasem wdrażano zajęcia „Moje życie, mój wybór” w innych grupach młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną niż docelowi odbiorcy projektu. **Wynikało to z pozytywnej oceny jakości programu dokonanej przez realizatorki i świadczyło o zapotrzebowaniu na profesjonalne projekty profilaktyczne w tym środowisku.** „Moje życie, mój wybór” był jedynym takim projektem dostępnym w szkołach, gdzie pracowały respondentki. Dlatego uczestniczki wywiadu realizowały zajęcia także w innych grupach wiekowych młodzieży, z innym rodzajem niepełnosprawności intelektualnej, a także wśród wychowanków zakładu poprawczego. Zastosowana technika badawcza nie pozwala na konkluzywną ocenę tych wdrożeń. Respondentki różnie oceniały jakość takich realizacji.

W opisywanych wdrożeniach **najsłabszym elementem okazało się angażowanie rodziców w zajęcia warsztatowe.** Żadna z respondentek nie przeprowadziła takowych, głównie (jak mówiono) z uwagi na brak zainteresowania odbiorców. W jednym przypadku zorganizowano zajęcia indywidualne. Aktywne angażowanie rodziców w zajęcia z zakresu szkolnej profilaktyki adresowanej do nastolatków od lat stanowi problem także innych projektów. Na tym tle

rutynowe wdrożenia programu „Moje życie, mój wybór” (jak dotychczas) nie okazują się działaniami innowacyjnymi.

Zdaniem badanych projekt był **bardzo dobrze przyjmowany zarówno przez uczniów, jak i przez nauczycieli oraz dyrekcje szkół specjalnych**. Stawał się elementem szkolnych programów wychowawczo-profilaktycznych. Z perspektywy rozwoju projektu jest to ważna informacja. Potwierdza bowiem, że program może mieć dobrą recepcję w szkołach oraz że w opinii lokalnych decydentów spełnia wymagania formalne, konieczne do włączania go w strukturę szkolnych oddziaływań wychowawczych i profilaktycznych.

Przypisy

- ¹ Program „Moje życie, mój wybór” został opracowany w ramach realizacji zadania, które było współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia. Środki na opracowanie programu przyznano w wyniku konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Więcej informacji na temat powstania projektu na: <https://mojezyciemojwybor.pl/wp-content/themes/mojezyciemojwybor/document/raport.pdf> [dostęp 09.05.2019]. Na program składają się trzy publikacje K. Sochocka, K. Van Laere, „Moje życie, mój wybór. Materiały dla młodzieży”, FPS, Warszawa 2017; K. Sochocka, K. Van Laere, „Program profilaktyczny Moje życie, mój wybór. Podręcznik dla realizatora”, FPS, Warszawa 2017; K. Sochocka, K. Van Laere, „Moje życie, mój wybór. Materiały dla rodziców i opiekunów”, FPS, Warszawa 2017.
- ² Badanie było elementem „Seminarium dla realizatorów programu profilaktycznego *Moje życie, mój wybór*”, zorganizowanego przez KBPN w Warszawie, w listopadzie 2018 roku.

Zdecydowana większość osób z zaburzeniami hazardowymi nie poszukuje leczenia. Blisko trzy czwarte (71%) osób uprawiających patologicznie hazard nigdy nie szukało profesjonalnej pomocy ani nie korzystało z grup samopomocowych.

OFERTA POMOCY DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI HAZARDOWYMI I REKOMENDACJE DLA JEJ POPRAWY

Łukasz Wieczorek

Katarzyna Dąbrowska

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami

Wprowadzenie

W publikacjach dotyczących hazardu do jego opisu używa się różnych terminów: hazard problemowy (*problem gambling*), kompulsywny/przymusowy (*compulsive gambling*) i patologiczny (*pathological gambling*). Klasyfikacja DSM-5 wprowadziła nowy termin – zaburzenia hazardowe (*gambling disorders*), który używany jest coraz częściej.

Według różnych badań, głównie amerykańskich, od 70 do 90% dorosłej populacji miała do czynienia z hazardem w trakcie całego życia. Podobne odsetki występują w przypadku młodzieży. Badania prowadzone w różnych krajach przy użyciu nieco odmiennych instrumentów przesiewowych wskazują na rozpowszechnienie problemowego hazardu dotyczące ostatniego roku, wahające

się w przedziale od 0,3% w Szwecji do 5,3% w Hong Kongu. W Ameryce Północnej rozpowszechnienie hazardu problemowego w ostatnim roku jest bardzo podobne i waha się od 0,3 do 3,5%. W Polsce wskaźnik ten wynosi 0,7%.

Zdecydowana większość osób z zaburzeniami hazardowymi nie poszukuje leczenia. Blisko trzy czwarte (71%) osób uprawiających patologicznie hazard nigdy nie szukało profesjonalnej pomocy ani nie korzystało z grup samopomocowych. Nawet jeżeli uwzględniono materiały samopomocowe dostępne on-line lub w formie wydruku, to blisko połowa (47%) patologicznych graczy nie poszukiwała pomocy w związku z problemem hazardu. Dwa duże badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych, *Gambling Impact and Behavior Study*

i *National Epidemiological Survey on Alcohol*, pokazały, że odpowiednio 7,1% i 9,9% osób uprawiających patologicznie hazard poddało się profesjonalnemu leczeniu lub uczestniczyło w grupach samopomocowych w związku z problemem hazardu. Przyczyny, dla których hazardziści nie podejmują leczenia, mają charakter złożony, nakładają się tu czynniki społeczne, kulturowe, uwarunkowania indywidualne, a także niezadowolenie z istniejącej oferty.

Oferta leczenia dla osób uprawiających hazard w sposób problemowy i patologiczny jest w dużej mierze tożsama z ofertą terapeutyczną dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Formy pomocy obejmują leczenie stacjonarne, ambulatoryjne i wsparcie niemedyczne w formie oferty samopomocowej – Anonimowych Hazardzistów.

W ofercie specjalistycznej dominuje leczenie farmakologiczne, terapia behawioralna, poznawcza oraz poznawczo-behawioralna. Jest bardzo mało badań nad skutecznością krótkich interwencji oraz nauki grania kontrolowanego, które mogą być alternatywą dla tradycyjnego podejścia terapeutycznego.

Celem niniejszego artykułu jest analiza oferty pomocy dla osób z zaburzeniami hazardowymi oraz sformułowanie rekomendacji dla jej poprawy.

Metoda

W badaniach wykorzystano metody jakościowe – technikę wywiadu semistrukturyzowanego. Wywiady przeprowadzono z osobami z zaburzeniami hazardowymi, pracownikami socjalnymi, terapeutami zatrudnionymi w placówkach leczenia uzależnień, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej i z lekarzami psychiatrami. Łącznie przeprowadzono 90 wywiadów. Dobór respondentów był celowy. Kryteriami włączenia do badania dla osób z zaburzeniami hazardowymi była diagnoza zaburzenia postawiona przez lekarza psychiatrę. Z kolei w przypadku profesjonalistów, kryteriami włączenia do badania był status zatrudnienia w placówce, gdzie leczą się osoby z zaburzeniami hazardowymi i wykonywany zawód.

Przygotowano trzy rodzaje dyspozycji do wywiadów – dla osób z zaburzeniami hazardowymi, pracowników socjalnych oraz profesjonalistów zatrudnionych w sektorze medycznym.

Na prowadzenie badań terenowych otrzymano zgodę Komisji Bioetycznej (nr 24/2015), działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii.

Wyniki badania

Oferta pomocy

Oferta pomocy dla osób z zaburzeniami hazardowymi różni się w zależności od profilu placówki, którą reprezentowali respondenci. Na stosunkowo najskromniejszą ofertę mogą liczyć osoby zgłaszające się do lekarzy pierwszego kontaktu. Niewielu z nich miało wśród swoich pacjentów osoby, o których wiedzieliby, że cierpią na zaburzenia hazardowe. W większości przypadków lekarze POZ swoją rolę widzą w skierowaniu pacjenta do opieki specjalistycznej, głównie do psychologa lub psychiatry. Sami nie czują się zbyt kompetentni w temacie uzależnienia od hazardu. Lekarze POZ deklarują, że ich pomoc może polegać na zmotywowaniu do leczenia oraz wskazaniu miejsca, w którym można otrzymać pomoc specjalistyczną.

Mam wrażenie, że takie osoby nie szukają pomocy u internistów. (...) To znaczy, że tak jakby same sobie odpowiadają, że to nie jest kompetencja tej osoby, tego lekarza, tej specjalności. (POZ1802_M_1)

Lekarze psychiatry różnią się doświadczeniem w pracy z osobami z zaburzeniami hazardowymi. Część z nich nigdy tego rodzaju pacjentów nie leczyła. Oferują oni postawienie diagnozy, ale w zależności od ich kompetencji jest to diagnoza o różnym stopniu zaawansowania: od wstępnej diagnozy/rozpoznania po kompleksową diagnozę uzależnienia (obejmującą również współwystępowanie zaburzeń), pomoc w zakresie problemów psychiatrycznych: depresja, zaburzenia zachowania, myśli samobójcze, trudności w relacjach interpersonalnych oraz skierowanie do poradni leczenia uzależnień. Część lekarzy psychiatrów musiałaby poszukać odpowiedniej placówki w bazie danych, a część zna konkretne placówki lub terapeutów i współpracuje z nimi.

Wydaje mi się, że mało jest placówek tym się zajmujących, mało jest terapeutów. Jak do mnie trafiały rodziny i mówiły, że nie mogą znaleźć, bo tu mówią, że nie przyjmują, hazardem się nie zajmują. Ja miałem z tym problem, trudno mi było znaleźć ośrodki terapii, ale takiej zamkniętej dla osób uzależnionych od hazardu. To często jest traktowane

jako wspólny mianownik, uzależnienie i jeden wspólny tryb terapii. Jak mówię, z dostępnością takich miejsc jest problem, nawet w takim mieście, w którym jesteśmy. (PS2804_M_2)

Dość szeroką ofertą dysponują ośrodki pomocy społecznej. Nie są to jednak placówki, do których zgłaszają się osoby z zaburzeniami hazardowymi, stąd jest to oferta raczej niewykorzystywana przez tę grupę klientów. Może to być związane ze społecznym postrzeganiem tego typu instytucji – korzystanie z nich może stygmatyzować. Dodatkowo ośrodki pomocy społecznej kojarzone są jako placówki świadczące głównie pomoc finansową.

Myślę, że ten problem [zaburzeń hazardowych – autorzy] nie jest głównym problemem osób zgłaszających się do ośrodka. Myślę, że nie stanowi on przesłanki do tego, żeby osoby zgłaszały się, zwracały się z prośbą o pomoc. Myślę, że jest to problem nie występujący często. (OPS1201_K_2)

Wśród działań składających się na ofertę OPS-ów respondenci wymienili przeprowadzenie wywiadu socjalnego w celu zdiagnozowania potrzeb, motywowanie do podjęcia leczenia, skierowanie na leczenie, możliwość odbycia konsultacji prawnej, psychologicznej, psychiatrycznej, konsultacji z pracownikiem socjalnym specjalizującym się w dziedzinie uzależnień. Poza tym OPS-y stwarzają możliwość uzyskania pomocy finansowej oraz pomocy w znalezieniu pracy. *Mogę mu zaferować obiady. Jak ma kontrakt socjalny, to ma bilet, że może na terenie Warszawy poruszać się swobodnie i może przyjeżdżać na obiady. Więc jeden posiłek ma zapewniony. No i pomoc w formie talonów, żeby nie spieniżył. Wszystkie takie możliwości w obrębie zabezpieczenia materialnych potrzeb z niedawaniem pieniędzy, żeby nie kusilo, bo to byłoby bez sensu. Ale przede wszystkim nakierowanie się na terapię i egzekwowanie tego. (OPS1002_K_1)*

Stosunkowo najwięcej do zaferowania osobom z zaburzeniami hazardowymi mają ośrodki leczenia uzależnień. W zależności od placówki istnieje możliwość odbycia terapii ambulatoryjnej i stacjonarnej, indywidualnej i grupowej. Terapię poprzedza postawienie diagnozy. Oferowana przez ośrodki terapia w głównej mierze opiera się na założeniach terapii behawioralno-poznawczej lub czerpie z filozofii 12 Kroków. Celem leczenia jest utrzymywanie abstynencji.

Tak naprawdę programy leczenia oparte są na tym samym, ale jedne bardziej idą w jakiś system oddzia-

ływań poznawczo-behawioralnych, inne w programy Minnesota. To wszystko jest jakoś łączone. Te pierwsze miesiące pracy to tak czysto poznawczo-behawioralnie, no a później otwierają się płaszczyzny do dalszej pracy psychoterapeutycznej. (TR705_K_1)

W niektórych placówkach istnieje również możliwość terapii dla rodziny, konsultacji prawnej i z pracownikiem socjalnym.

Mamy prawnika również tutaj. Często [pacjenci – autorzy] korzystają z pomocy prawnej, takiej pomocy, za którą nie płacą. Tak średnio cztery, pięć osób w czasie dyżuru. On pracuje chyba od 16.00 w poniedziałki, więc te osoby gdzieś tam są zazwyczaj. Są to hazardziści. Częściej na pewno niż osoby uzależnione od substancji, dlatego że tam są duże straty finansowe i są problemy właśnie – banki, długi, kredyty, więc prawnik jest tutaj w stanie naprawdę trochę pomóc. Jest też na miejscu pracownik socjalny, więc też mogą korzystać z jego pomocy. Natomiast zdecydowanie rzadziej korzystają z pomocy pracownika socjalnego. Z pomocy prawnika często. (TR705_K_1)

Również tylko niektóre placówki proponują swoim pacjentom udział w warsztatach, które dotyczą szeroko rozumianych kompetencji społecznych, pozwalają uzyskać pogłębiony wgląd w źródła doświadczanych problemów. Warsztaty zwykle organizowane są w dni wolne od pracy. *Mamy sporo warsztatów i zawsze są one wypełnione osobami, pacjentami, także to wskazuje na to, że oni chcą z nich korzystać i chwala je sobie bardzo. Często jest tak, że jak wezmą udział w jednym, to chcą kolejne, kolejne i kolejne, i być w tym jakoś jeszcze bardziej i głębiej nad sobą pracować. (TR705_K_1)*

W zasadzie osoby z zaburzeniami hazardowymi leczone są w tych samych grupach co osoby z innymi uzależnieniami, głównie od alkoholu. Związane jest to z jednej strony z przeświadczeniem, że mechanizmy uzależnień są uniwersalne, a z drugiej z tym, że z powodu niewielkiej zgłaszalności do leczenia osób z takimi problemami trudno utworzyć grupę przeznaczoną wyłącznie dla nich.

Oferta pomocy postterapeutycznej

Oferta w zakresie opieki postterapeutycznej jest dość ograniczona. Pacjenci w zależności od poradni mogą liczyć na kontakt z terapeutą lub poradnią w razie wystąpienia sytuacji kryzysowej.

M: Myślał pan już co będzie po terapii?

No właśnie. Grupa wsparcia, siatka wsparcia przede wszystkim i mityngi, i trzeba żyć.

M: A nie będzie panu brakowało tej terapii?

Będzie i ja będę tam się na pewno pojawiał, bo to nie jest tak, że my kończymy terapię i nie możemy się pojawiać, tylko w każdym momencie, sygnalizując spotkania indywidualne, możemy normalnie przyjeżdżać i spotykać się, rozmawiać, co się dzieje w życiu. (H0806_M_1)

Dość powszechnie po zakończeniu terapii rekomenduje się udział w grupach Anonimowych Hazardzistów, gdzie pacjenci otrzymują wsparcie w utrzymaniu abstynencji. Osoby kończące leczenie mogą również czasem liczyć na udział w warsztatach dotyczących radzenia sobie z trudnymi emocjami i innymi ważnymi kwestiami pozwalającymi na dobre funkcjonowanie społeczne.

Bo terapia się kończy w pewnym momencie, są warsztaty tematyczne, które człowiek może sobie wybrać. Na przykład ja mam problem ze złością, drugi ma z nawrotami, trzeci ma inny i dobrze by było, żeby sobie wybrać tematyczne warsztaty dla siebie. Ale najważniejszy dla mnie jest program 12 Kroków, najbardziej mi pomaga program. (H1704_M_2)

Na ofertę postterapeutyczną kierowaną do osób z zaburzeniami hazardowymi, składa się możliwość konsultacji terapeutycznej po zakończeniu leczenia, udział w grupach Anonimowych Hazardzistów, a także udział w warsztatach rozwoju osobistego.

Pomoc pozamedyczna

Osoby z zaburzeniami hazardowymi, oprócz szukania pomocy czy podejmowania leczenia w specjalistycznych placówkach, szukają również pomocy poza systemem leczenia. Dość powszechne jest korzystanie z grup Anonimowych Hazardzistów, po zakończeniu terapii, by utrzymać jej pozytywne efekty, a w okresie oczekiwania na terapię, żeby podtrzymać motywację do leczenia. Udział w grupach jest często rekomendowany przez lekarza czy terapeutę jako oferta uzupełniająca. Osoby uczestniczące w grupach chwalą sobie możliwość spotkania ludzi z podobnymi doświadczeniami oraz wymiany informacji. Część osób zwraca się w kierunku religii czy ruchów religijnych. Jest to głównie religia katolicka, ale jeden z respondentów wymienił buddyzm.

Dużą pomoc okazało mi środowisko buddyjskie, czy też zmiana troszkę myślenia, światopoglądu. Ja jestem

ateistą, niewierzącym w Boga. Jednak buddyzm dawał pewne rozwiązania, takie rozsądniejsze wydawałoby mi się, gdzie czułem, i rzeczywiście czuję nadal, że daje mi możliwość niegrania, zmiany w ogóle. Ja muszę i chcę pracować nad sobą. (H2404_M_1)

Część osób upatruje szansy na powrót do zdrowia w niekonwencjonalnych metodach leczniczych, np. biorezonansie czy homeopatii.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi powszechnie poszukują pomocy w internecie. Jest on podstawowym źródłem pozyskiwania informacji o programach terapeutycznych, placówkach, naturze uzależnienia, ale również pozwala poznać opinie innych na temat konkretnych placówek czy terapeutów. Na forach internetowych istnieje możliwość wymiany doświadczeń i uzyskania wsparcia.

Dość intensywnie czytałem to forum dla hazardzistów, czasami posty umieszczałem na tym forum i to też było takie pomocowe, że mogę gdzieś dostać pomoc, wyrzucić z siebie parę rzeczy i to też fajna rzecz była. Także fora i czytanie też, szukanie pomocy, gdy coś się dzieje. (H1505_M_3)

Innym źródłem informacji są audycje w radio i telewizji poświęcone problematyce uzależnień, a także telefony zaufania.

Jest „12 Krok”, audycja w telewizji Republika, też „12 Krok” Rafała Porzezińskiego, w Plusie kiedyś była taka audycja Jacka Racięckiego. Przynajmniej mi to pomogło, bo ja często tego słuchałem i wiem, że dużo osób słucha tych audycji. Fajnie, że coś takiego jest. (H1505_M_3)

Również znajomi, osoby poznane na spotkaniach Anonimowych Hazardzistów mogą stanowić krąg oparcia.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi próbują radzić sobie z problemem bez wsparcia instytucjonalnego. Zdarza się, że podejmują próby samodzielnego przezwyciężenia nałogu, a jeden z lekarzy psychiatrów zwrócił uwagę na próby poprawy samopoczucia przy użyciu alkoholu i narkotyków.

Rekomendacje dla poprawy oferty pomocy

Potrzebę powstawania nowych wyspecjalizowanych programów lub ośrodków widzą w zasadzie wszystkie grupy respondentów, zarówno osoby cierpiące z powodu zaburzeń związanych z hazardem, jak i lekarze oraz terapeuci.

Więcej placówek, większa dostępność, większa wiedza, kolejność odwrotna. Na zasadzie uświadomienia problemu, pokazania, czym jest ten problem i możliwości działania przy większej dostępności terapeutów i ośrodków NFZ. Dostępność poradni prywatnych, wydaje mi się, że tam jest krótszy czas oczekiwania, natomiast może być problem z dofinansowaniem. (PS2804_M_2)

Jednak oprócz fizycznej dostępności leczenia kluczową rolę odgrywa zapewnienie dostępu do informacji o leczeniu. Potrzebę taką widzą przede wszystkim sami pacjenci, mimo iż wszyscy mają za sobą doświadczenia z leczeniem, a więc znaleźli drogę do leczenia. Informacja taka powinna być dostępna w środkach masowego przekazu, w internecie, ale także w miejscach uprawiania hazardu. Nie za bardzo słyszałem, że są jakieś kluby, gdzie mogę iść, sobie pomóc. Wydaje mi się, że później zawsze coś takiego może komuś zakiełkować; kurde mam przekichane teraz, ale jest gdzieś miejsce, gdzie mogę iść. (H1605_M_1)

Terapeuci zwracają przede wszystkim uwagę nie tylko na niedostateczną informację w mediach, ale także na brak wrażliwości na problemy hazardowe wśród innych specjalności, których przedstawiciele nie tylko nie kierują, ale nawet nie informują o możliwościach leczenia.

[Lekarze POZ – autorzy] mogą użyć swojego autorytetu do tego, żeby powiedzieć, tu jest w poradni psycholog, może pan z nim porozmawiać albo do psychiatrii musi pan pójść, że oni w ogóle powiedzą, że trzeba użyć psychologa albo psychiatrii. (TR1802_K_1)

W celu poprawy oferty pomocy osobom z zaburzeniami hazardowymi należałoby zintensyfikować współpracę międzyinstytucjonalną. Potrzebę współpracy, zwłaszcza między różnymi działami opieki, szczególnie ostro widać z perspektywy podstawowej opieki zdrowotnej.

Mamy tak mało kontaktów z innymi specjalistami, że tak naprawdę jest zapaść między lekarzami rodzinnymi, z którymi jednak pacjenci mają najwięcej kontaktu, a psychiatrami czy psychologami tymi rejonowymi, czy lekarzami rodzinnymi a ośrodkami pomocy społecznej, z którymi też niby powinniśmy współpracować. Nie ma tego kompletnie i generalnie, jeżeli udałoby się w jakiś sposób to poprawić, na pewno byłoby w jakiś sposób łatwiej na przykład kierować takie osoby tam i mieć poczucie, że one nie są wysyłane gdzieś i nie wiadomo, co się z nimi dzieje. (POZ1704_K_1)

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie ograniczają swojej roli do kierowania do specjalistów w zakresie hazardu. Chcieliby pacjentom z problemem hazardowym poświęcić nieco więcej czasu, którego im chronicznie brakuje. Proponują również testy przesiewowe, które pacjent wypełniałby przed wizytą. Rejestracja, która rejestruje pacjenta, to zanim trafi tutaj do mnie na tę kanapę, tutaj do gabinetu, to mógłby już ten test rozwiązać. Ja bym już wiedziała, o czym z pacjentem porozmawiać, niż to z czym do mnie przyszedł, myślę, że to mogłoby być pomocne. (POZ1704_K_1)

Pacjenci podkreślali potrzebę opracowania wyspecjalizowanych programów terapii. Nie wszyscy czuli się dobrze w grupach dla uzależnionych od alkoholu czy narkotyków.

Przydałby się w ogóle program leczenia hazardzistów. Ja się z takimi nie spotkałem. Ten, z którym gdzieś tam [nazwa placówki – autorzy] się korzysta, jest taki, bym powiedział, uniwersalny. Moim zdaniem bardzo byłoby przydatne, żeby istniała możliwość leczenia się w grupie samych hazardzistów. (H3003_M_2)

Według terapeutów nie chodzi tu o tworzenie nowych wyspecjalizowanych ośrodków, ale o specjalistyczne programy realizowane w istniejących placówkach leczenia uzależnień, a nawet w poradniach zdrowia psychicznego.

Kontrowersyjna kwestia redukcji szkód, stworzenie alternatywnych do paradygmatu abstynencyjnego podejść, pojawiła się prawie wyłącznie w wypowiedziach terapeutów, najbardziej doświadczonych z badanych profesjonalistów.

Taka grupa wstępna np. dla hazardzistów, którzy nie rezygnują z hazardu, ale bardziej taka grupa edukacyjna skoncentrowana na procesie. (TR2702_M_1)

Strategie redukcji szkód mogą również włączać pracowników sektora gier hazardowych, którzy czasami są szkoleni do prowadzenia krótkich interwencji.

Spośród specyficznych dla leczenia zaburzeń hazardowych elementów terapii, których brakuje w dostępnych programach, wymieniano kwestię braku umiejętności gospodarowania pieniędzmi oraz wychodzenia z długów. Absolutnie nieliczne są programy, które oferowałyby kompleksowość oddziaływań, na które składałoby się np. doradztwo finansowe, prawników, którzy by np. negocjowali z bankami restrukturyzację długu, rozkładanie tego długu na dłuższe okresy, zmniejszenie

odsetek, skonsolidowanie długów i te wszystkie rzeczy, z którymi normalny człowiek nie jest sobie w stanie poradzić, a co dopiero hazardzista. (PS2301_M_1)

Hazard, oprócz uszczuplenia budżetu, zaburza głęboko relacje w rodzinie. Z jednej strony znika wzajemne zaufanie, z drugiej – członkowie rodziny popadają we współuzależnienie. Według naszych respondentów objęcie terapią całej rodziny ma kluczowe znaczenie dla jej powodzenia. Mówią o tym nie tylko sami hazardziści, ale także psychiatrzy.

Jeśli chodzi o osoby współuzależnione, to jest mega istotna rzecz i brakująca. Bardzo tego brakuje w ofercie leczenia, ale to jest ważne też z punktu widzenia osób uzależnionych, żeby osoby bliskie też miały dostęp do takiego leczenia. (H3003_M_2)

Uzależnienia behawioralne, w tym hazard, podobnie jak uzależnienie od substancji, są zaburzeniami, które charakteryzuje znaczna częstotliwość nawrotów. Nawet po skutecznym leczeniu, po jakimś czasie pojawia się ryzyko ponownego podjęcia gry i utraty kontroli. Co więcej, nad uzależnionym od hazardu ciągle wisi ryzyko podjęcia innych zachowań kompulsywnych oraz uzależnienia od substancji. Dlatego też utrzymanie pozytywnych wyników leczenia wymaga zapewnienia jakichś form opieki postterapeutycznej, ciągłości opieki. Nie muszą to być złożone, kosztowne programy. Czasami wystarczy grupa wsparcia, organizująca co jakiś czas spotkania podtrzymujące w abstynencji.

Ja skończyłem terapię i nagle miałem taki rok, że faktycznie nie piłem, miałem jakąś wpadkę tam dwa razy z graniem, ale to też były jakieś mniejsze – jakiś tydzień czy coś takiego. Czulem się coraz bardziej samotny w swoim problemie, bo nie piłem załóżmy, nie grałem, ale nie miałem z kim o tym porozmawiać. (H1605_M_1)

Podsumowanie

Osoby z zaburzeniami hazardowymi nie poszukują wcale lub poszukują rzadko pomocy w podstawowej opiece zdrowotnej, w leczeniu psychiatrycznym, a także w ośrodkach pomocy społecznej. O ile w przypadku dwóch pierwszych rodzajów instytucji oferta nie jest zbyt bogata, o tyle OPS-y deklarują dość szeroki wachlarz usług, między innymi przeprowadzenie wywiadu socjalnego w celu zdiagnozowania potrzeb, motywowanie do podjęcia leczenia, skierowanie na leczenie, możliwość odbycia konsultacji

prawnej, psychologicznej, psychiatrycznej, konsultacji z pracownikiem socjalnym specjalizującym się w dziedzinie uzależnień. Poza tym jest możliwość uzyskania pomocy finansowej i pomocy w znalezieniu pracy. W placówkach leczenia uzależnień pacjent ma możliwość odbycia terapii ambulatoryjnej bądź stacjonarnej, indywidualnej lub grupowej. Oferta ta w niektórych przypadkach jest uzupełniona o możliwość terapii dla rodziny, konsultacji prawnej i z pracownikiem socjalnym oraz warsztatów rozwoju osobistego.

Na ofertę postterapeutyczną kierowaną do osób z zaburzeniami hazardowymi składa się możliwość konsultacji terapeutycznej po zakończeniu leczenia, udział w grupach Anonimowych Hazardzistów, a także udział w warsztatach rozwoju osobistego.

Osoby z zaburzeniami hazardowymi poszukują pomocy również poza systemem lecznictwa. Biorą udział we wspomnianych już spotkaniach Anonimowych Hazardzistów, szukają wsparcia w ruchach religijnych, czerpią informacje z audycji radiowych i telewizyjnych, korzystają z telefonów zaufania oraz forów internetowych. Zdarzają się próby samodzielnego przezwyciężenia problemu, a także próby poprawy samopoczucia przy użyciu alkoholu i narkotyków.

Wśród rekomendacji w zakresie poprawy oferty pomocy dla osób z zaburzeniami hazardowymi można wymienić te, które wiążą się z jej dostępnością oraz jakością i adekwatnością. W ramach poprawy dostępności rekomenduje się zwiększenie liczby programów dla osób z zaburzeniami hazardowymi, poprawę informacji na temat możliwości leczenia oraz kierowanie do leczenia przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i innych specjalistów. Z kolei wśród rekomendacji odnoszących się do jakości i adekwatności pomocy znalazły się: poprawa współpracy między profesjonalistami, instytucjami, oferta wielodyscyplinarna, zapewnienie minimalnej, odpowiedniej oferty w podstawowej opiece zdrowotnej, rozwój wyspecjalizowanych programów dla osób z zaburzeniami hazardowymi, w tym programów dla osób z zaburzeniami hazardowymi uzależnionych od substancji, poszerzenie oferty dla czynnych hazardzistów (programy grania kontrolowanego, zmiana wzoru, ograniczanie szkód), uczenie umiejętności zarządzania finansami, zapewnienie terapii rodzin, wsparcie dla ruchów samopomocowych/organizacji społecznych i zapewnienie opieki postterapeutycznej.

W artykule dzielimy się ponadrocznymi doświadczeniami z prowadzenia pilotażowych interwencji pn. #cojestbrane wśród użytkowników chemsex będących MSM¹ w Warszawie. Realizatorami projektu był zespół osób związanych z dwiema organizacjami pozarządowymi: Społecznym Komitetem ds. AIDS i Lambdą-Warszawa. Przedstawione w artykule informacje bazują na istniejącym piśmiennictwie międzynarodowym, w tym europejskich i krajowych badaniach dotyczących populacji MSM oraz używania narkotyków i NSP. Zostały one uzupełnione i dostosowane do polskiego kontekstu, wykorzystując także doświadczenia kliniczne autorów.

CHEMSEX – SKUTECZNA ODPOWIEDŹ DOSTOSOWANA DO POTRZEB UŻYTKOWNIKÓW

Michał Muskała

Community Health Worker (pol. środowiskowy pracownik ochrony zdrowia)

Społeczny Komitet ds. AIDS

Michał Pawłęga

Kierownik ds. zdrowia MSM

Społeczny Komitet ds. AIDS

Podstawa działań – kompetencja kulturowa

Użytkownicy chemsex, tak jak inni klienci, oczekują udzielenia im profesjonalnej pomocy. W odniesieniu do populacji MSM oznacza to uwzględnienie szczególnej kompetencji. Niezbędne jest bowiem wzięcie pod uwagę sposobu funkcjonowania osób należących do tej grupy – odmiennego od heteroseksualnej większości, uwzględnienie tych różnic w realizowanych interwencjach. Innymi słowy, by skutecznie pomagać, konieczne są dodatkowe kompetencje kulturowe, rozumiane jako umiejętność skutecznego negocjowania różnic międzykulturowych dla osiągnięcia praktycznych celów. Podobnych kompetencji kulturowych może wymagać praca z osobami należącymi do mniejszości etnicznych i narodowych czy osób z niepełnosprawnością. By lepiej zrozumieć, na czym one polegają, proponujemy odwołanie się do zaadaptowanego na potrzeby populacji MSM „Modelu kompetencji kulturowych w zapewnianiu opieki zdrowotnej”, opracowanego przez Josephę Campinha-Bacote (Campinha-Bacote, 2002).

W modelu tym kompetencje kulturowe są postrzegane jako proces (a nie jako punkt końcowy), w którym stale dąży się do osiągnięcia zdolności do skutecznej pracy

z osobami, rodzinami lub społecznościami z różnych środowisk kulturowych. Składają się na niego:

- **Świadomość kulturowa** oznaczająca proces samodzielnej oceny własnych stereotypów i uprzedzeń w odniesieniu do populacji MSM oraz dogłębnej eksploracji własnego środowiska kulturowego i zawodowego. Wiąże się ona również ze świadomością istnienia udokumentowanej m.in. homofobii i klasizmu w zapewnianiu opieki zdrowotnej.
- **Wiedza kulturowa** rozumiana jako proces, w którym personel ochrony zdrowia poszukuje i uzyskuje rzetelne informacje dotyczące światopoglądu populacji MSM oraz czynników biologicznych, w tym przekonań dotyczących zdrowia i wartości kulturowych, występowania i prevalencji chorób oraz efektywności leczenia.
- **Umiejętności kulturowe** oznaczające proces osiągania zdolności do przeprowadzenia oceny kulturowej w celu zebrania odpowiednich danych dotyczących zgłaszanego problemu, a także dokładne przeprowadzenie oceny fizycznej opartej na podstawach kulturowych.
- **Spotkania kulturowe** rozumiane jako proces, który zachęca personel ochrony zdrowia do bezpośredniego zaangażowania w interakcje kulturowe i inne rodzaje spotkań z klientami z populacji MSM. Dzięki temu możliwa jest modyfikacja istniejących przekonań na

temat tej grupy i zapobieżenie powstaniu ewentualnych stereotypów.

- **Pragnienia kulturowe** związane z motywacją personelu ochrony zdrowia: chęcią i pragnieniem zaangażowania się w proces rozwijania świadomości kulturowej dotyczącej populacji MSM i nabywania kompetencji kulturowych do pracy z osobami należącymi do tej grupy.

Oznacza to, że dla zapewnienia rzeczywistej przyjazności kulturowej danego podmiotu wobec MSM nie jest wystarczające zadeklarowanie poszanowania wartości, przekonań i działań podejmowanych przez klienta. Elementem składającym się na kompetentne kulturowo usługi jest wspomniana wcześniej świadomość kulturowa, obejmująca m.in. identyfikowanie i przeciwdziałanie występowaniu stygmatyzacji i dyskryminacji. Niezadbanie

Tabela 1. Analiza własnych przekonań i instytucjonalnego funkcjonowania w kontekście pracy z MSM.

Zakres	Zagadnienie
Strach przed zakażeniem HIV	<p>W jakim stopniu obawiał(a)byś się zakażenia HIV w następujących sytuacjach:</p> <ul style="list-style-type: none"> • korzystanie z tych samych naczyń z pacjentem HIV+, • korzystanie z tej samej toalety z pacjentem HIV+, • pomiar temperatury u pacjenta HIV+. <p>Czy podczas opieki nad osobą HIV+:</p> <ul style="list-style-type: none"> • unikasz kontaktu wzrokowego, • unikasz dotyku? <p>W jakim stopniu obawiasz się pracy z MSM, którzy są zakażeni HIV?</p>
Ocena społeczna	<p>Czy zgadzasz się z następującymi stwierdzeniami:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MSM żyjący z HIV mogli uniknąć zakażenia, gdyby tylko chcieli. • MSM mogą zmienić swoją orientację seksualną, jeżeli naprawdę tego chcą. • Czuję(a)bym wstyd, gdyby ktoś z mojej rodziny był gejem lub biseksualnym mężczyzną.
Przewidywanie stygmatyzacji	<p>Czy twoim zdaniem personel placówki ochrony zdrowia, w której pracujesz, obawia się ujawnienia swojej orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej z obawy przed reakcją innych?</p> <p>W jakim stopniu personel placówki ochrony zdrowia, w której pracujesz, jest gotowy do współpracy z MSM w ramach wykonywania swoich codziennych obowiązków?</p>
Postrzeżenie stygmatyzacji	<p>Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy w twoim miejscu pracy personel wypowiadał się w sposób negatywny o MSM lub osobach, które podejrzewają o bycie MSM?</p>
Doświadczenie stygmatyzacji (innej niż regulowana prawnie)	<p>Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inni ludzie wyrażali się o tobie niepocholebnie, ponieważ pracujesz z MSM? • Przyjaciele lub rodzina unikali kontaktów z tobą, ponieważ pracujesz z MSM? • Uważano, że jesteś osobą homo- lub biseksualną, ponieważ pracujesz z MSM?
Dyskryminacja (regulowana prawnie)	<p>Czy wykonał(a)byś test w kierunku HIV bez świadomej zgody?</p> <p>Czy (bez względu na swoje poglądy i przekonania) zachowujesz w tajemnicy informacje o pacjentach MSM i pacjentach żyjących z HIV?</p> <p>Czy jesteś gotowy(a) do pracy z pacjentami należącymi do następujących grup:</p> <ul style="list-style-type: none"> • używającymi narkotyków iniekcyjnie, • MSM, • świadczącymi usługi seksualne, • transpłciowymi? <p>Czy zgadzasz się z następującymi stwierdzeniami:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MSM narażają mnie na większe ryzyko chorób, • MSM angażują się w niemoralne zachowania, • nie mam przygotowania do pracy z MSM, • obawiam się, że ludzie pomyślą, że jestem osobą homo- lub biseksualną.
Resilience (pol. prężność, żywotność)	<p>Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zetknąłeś/zetknęłaś się w swoim miejscu pracy z upominaniem kogoś, kto nieodpowiednio potraktował lub wypowiadał się negatywnie o MSM?</p>

Opracowano na podstawie: Stangl i in., 2017.

o ten obszar może prowadzić w odniesieniu do klientów MSM do rezygnacji z leczenia, skutkować niską efektywnością realizowanych oddziaływań lub poszukiwaniem pomocy z dala od miejsca zamieszkania, gdzie klient ma poczucie anonimowości. Skuteczne zwalczanie stygmatyzacji w placówkach ochrony zdrowia wymaga podejmowania działań na poziomie indywidualnym, środowiskowym i politycznym (Dwyer, 2018). By móc zidentyfikować wyzwania związane z przygotowaniem się do pracy z użytkownikami chemsex (zarówno na poziomie indywidualnym, jak i instytucji), proponujemy przeanalizowanie kilku zagadnień dotyczących tej grupy klientów i odniesienie ich do własnych przekonań oraz funkcjonowania podmiotu zajmującego się profilaktyką lub leczeniem uzależnień.

Wrażliwość kulturowa – rozpocznij od siebie

Zdajemy sobie sprawę, że nabycie kompetencji do pracy z osobami z populacji MSM, jak i zmiany instytucjonalne w placówkach prowadzących oddziaływania profilaktyczne i terapeutyczne wobec MSM, wymagają czasu. Na początek proponujemy rozważenie wprowadzenia kilku prostych rozwiązań:

1. Pamiętaj, że każda klientka/klient różni się od innych. Nie zakładaj, że każdy MSM obawia się ujawnienia, ma trudność w nawiązywaniu relacji intymnych czy doznał przemocy.
2. Miej świadomość swojej orientacji psychoseksualnej, wynikającej z niej pozycji społecznej, a także własnych i funkcjonujących społecznie uprzedzeń i stereotypów.
3. Informuj o swojej afirmatywnej postawie wobec osób MSM w miejscu pracy (zespół pracowniczy, pacjentki/pacjentów) oraz rodzinę i znajomych. W miejscu pracy możesz umieścić małą tęczową flagę lub naklejkę – MSM będą wiedzieć, że przy tobie mogą się czuć komfortowo.
4. Sprzeciwiaj się wszelkim formom przemocy i dyskryminacji wobec osób MSM: wśród pacjentek/pacjentów, w zespole pracowniczym, w sytuacjach prywatnych. Kiedy jest to możliwe – reaguj, nazywając sytuację i podkreślając, że nie wyrażasz na nią zgody.
5. Używaj włączającego i afirmującego języka (np. nie homoseksualista, a osoba homoseksualna lub gej;

nie przyjaciel, a partner). Jeżeli nie wiesz, w jaki sposób o czymś mówić – zapytaj.

6. Dowiedz się, jak funkcjonuje społeczność MSM w twojej okolicy. Sprawdź, czy istnieją organizacje pozarządowe i jaka jest ich oferta, gdzie spotykają się MSM, kto specjalizuje się w pracy z tą grupą. Możesz nawiązać z nimi kontakt i włączyć się w ich działania.
7. Zadbaj o rozwój kompetencji do pracy ze społecznością MSM: wybierz się na wydarzenie organizowane przez społeczność LGBT² (np. Marsz Równości), dowiedz się więcej o społeczności LGB z dostępnej literatury, weź udział w warsztacie antydyskryminacyjnym, szkoleniu dotyczącym pracy terapeutycznej z osobami LGBT lub w superwizji dotyczącej pracy z tą społecznością (Pawłęga, 2018).

Jednym z zaproponowanych przez nas działań jest używanie wspomnianego już włączającego i afirmującego języka w komunikacji z klientem. Doświadczenia londyńskiej kliniki Dean Street 56 wskazują, że używanie przez personel ochrony zdrowia takiego języka przyczynia się do większej gotowości do ujawniania przez MSM informacji, w tym o podejmowanych kontaktach seksualnych, używaniu narkotyków w iniekcjach, liczbie partnerów oraz doświadczonych ryzykach (Stuart, 2014). Do najważniejszych z takich sformułowań należą:

- gej, homo- lub biseksualny mężczyzna **zamiast** homoseksualista, MSM, kochający inaczej,
- partner, chłopak **zamiast** przyjaciel, kolega,
- zakażenie HIV, życie z HIV, HIV+, bycie plusem **zamiast** zarażenie HIV, nosicielstwo, seropozytywność,
- kontakt seksualny bez zabezpieczenia **zamiast** ryzykowny seks, kontakt z ekspozycją na zakażenie HIV, seks bez gumy,
- infekcje przenoszone drogą płciową **zamiast** choroby weneryczne,
- insertywny/receptywny kontakt seksualny **zamiast** aktywny/pasywny kontakt seksualny,
- partner seksualny **zamiast** kochanek, przygodny partner,
- kontakt seksualny z wieloma partnerami **zamiast** grupówka, seksparty, domówka.

Identyfikacja klientów

Wiele osób odczuwa wstyd i lęk przed ujawnianiem doświadczeń związanych z używaniem substancji psy-

choaktywnych w kontaktach seksualnych personelowi ochrony zdrowia. Zdarza się, że pomimo odczuwania cierpienia, nie potrafią samodzielnie zidentyfikować jego przyczyny i nie wiążą go z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych połączonych z kontaktami seksualnymi.

Czynnikami, które zwiększają prawdopodobieństwo, że klient jest użytkownikiem chemsex, są:

- duża liczba partnerów seksualnych,
- bycie fistowanym,
- duże przerwy pomiędzy wykonywaniem badań w kierunku HIV/infekcji przenoszonych drogą płciową (STI),
- konsekwentne rezygnowanie z używania prezerwatyw podczas kontaktów seksualnych z partnerami o nieznanym statusie serologicznym,
- zachorowania na STI w ciągu ostatnich 6 miesięcy i zakażenie HCV,
- korzystanie z PEP³ w ostatnim czasie,
- nadużywanie GHB (ciąg trwający co najmniej 7 dni, w których GHB było przyjmowane codziennie),
- zakażenie HIV i niepodjęcie leczenia antyretrowirusowego,
- niska adherencja⁴ leczenia antyretrowirusowego.

Pomocne w zidentyfikowaniu użytkowników chemsex, zachęceniu ich do refleksji nad używaniem substancji psychoaktywnych i wstępnym określeniu zakresu interwencji może być zadanie kilku pytań (Stuart, 2018):

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy używałeś chems przed lub w trakcie kontaktu seksualnego?

- **Jeżeli tak – jakich?** Mefedron (katynony)/GHB/metamfetamina/ketamina/amfetamina/kokaina; zweryfikowanie, czy były to substancje powodujące zmniejszenie granic i zwiększenie potencjalnych ryzyk seksualnych; jeśli klient sięga po inne substancje, prawdopodobnie nie jest użytkownikiem chemsex.
- **Jeżeli tak – czy wstrzykiwałeś?** Zweryfikowanie, czy może być potrzebna interwencja dotycząca bezpieczniejszych iniekcji i infekcji innych niż przenoszonych drogą płciową.

Pytanie służące wywołaniu refleksji i motywacji do podjęcia zmiany, np. Kiedy ostatnio miałeś seks na trzeźwo? Czy jesteś zadowolony ze sposobu, w jaki używasz chems⁵? W jaki sposób używanie chems wpływa na twoje życie seksualne lub samopoczucie?

Kluczowe założenia skutecznej interwencji

Może się wydawać, że chemsex jest zagadnieniem dotyczącym używania przede wszystkim narkotyków. W szczególności u użytkowników problemowych negatywne następstwa używania substancji mogą przysłaniać problemowe uprawianie seksu, a także korzystanie z aplikacji randkowych. Wszystkie one w przypadku chemsex są wzajemnie powiązane i wzajemnie na siebie oddziałują. Zalecamy, by każdą interwencję odnosić jednocześnie do wszystkich z nich. W przeciwnym razie może się okazać, że podjęte oddziaływania okażą się mało skuteczne. Przykładowo: jest prawdopodobne, że klient używający problemowo chemsex, który zaprzestanie używania narkotyków, nadal będzie korzystał problemowo z aplikacji i kontaktów seksualnych. Ponieważ dotychczas łączył je razem z narkotykami, nie można wykluczyć, że bez zmiany wzorców ich używania w krótkim czasie powróci do używania substancji.

Należy także zwrócić uwagę, że nie każdy chemsex, podobnie jak nie każde korzystanie z narkotyków, jest problemowy. Oznacza to, że w wielu przypadkach nie będzie potrzebna interwencja terapeutyczna. Niezależnie od tego, czy chemsex ma charakter problemowy, czy też nie, stanowi on ważne wyzwanie dla zdrowia publicznego. Dlatego też w odniesieniu do każdego użytkownika rekomendujemy rozważenie oddziaływań adekwatnych do jego potrzeb i możliwości. Może to być interwencja profilaktyczna, jej specyficzna odmiana – redukcja szkód lub interwencja terapeutyczna i lecznicza.

Jak wynika z doświadczeń pracy z użytkownikami chemsex, w zależności od sytuacji klienta oraz jego motywacji do zmiany, skuteczne jest wykorzystanie jednej z dwóch strategii (por. Dwyer, 2018), tj.:

- **strategii ograniczenia ryzyka (ang. *harm reduction*)**, polegającej na zmniejszeniu lub złagodzeniu konsekwencji wynikających z określonego zachowania poprzez proces jego zmiany. Może to być strategia, usługa lub produkt, który ma na celu zmianę przyczyn, sposobu używania i/lub konsekwencji ryzykownych zachowań. Pierwotnie została ona opracowana i jest wykorzystywana w programach leczenia farmakologicznego, obejmujących wymianę sprzętu iniekcyjnego, przyjmowanie substancji zastępczych i ograniczanie lub eliminację użycia narkotyków. Strategia redukcji szkód seksualnych wywodzi się z tej

strategii i ma na celu zmniejszenie ryzyka transmisji infekcjami przenoszonymi drogą płciową podczas kontaktów seksualnych,

- **strategii eliminacji ryzyka (ang. *harm elimination*)**, definiowanej jako próba wyeliminowania wszelkich możliwych szkód i zachowań z nią związanych. Oznacza to przykładowo, że użytkownik narkotyków zaprzestaje używania substancji. Z wielu przyczyn – niebędących przedmiotem rozważań zawartych w tym artykule – eliminacja szkód nie jest strategią możliwą do zastosowania u części osób. Często zdarza się przecieź, że po skorzystaniu z terapii uzależnień klienci wracają do dotychczasowych wzorców używania.

Redukcja szkód związanych z chemsex

Strategię tę proponujemy zastosować w odniesieniu do każdego użytkownika chemsex, bez względu na postawione cele realizowanych interwencji. U części osób umożliwi ona zmniejszenie negatywnych skutków używania, u osób, które jako cel wybrały abstynencję, może być pomocna w przypadku wystąpienia nawrotu zakończonego używaniem substancji. W jej trakcie proponujemy uwzględnić następujące rozwiązania, dostosowane do specyfiki używania chemsex (Stuart, 2019):

- Regularne wykonywanie testów w kierunku infekcji przenoszonych drogą płciową (STI), w tym na HIV i WZW C (tzw. żółtaczkę C).
- Niepozwalanie nikomu, by wykonywał iniekcje.
- Określenie własnych granic – zdecydowanie przez klienta, co zrobi podczas kontaktu seksualnego połączonego z używaniem narkotyków. Ich wcześniejsze określenie nie gwarantuje zmniejszenia ryzyka, jednak może umożliwiać odniesienie się do własnych granic podczas używania.
- Ograniczenie czasu trwania chemsex – długie sesje mogą prowadzić do wystąpienia psychoz i halucynacji wynikających z używania substancji, także przez pewien czas po ich odstawieniu.
- Posiadanie prezerwatyw i lubrykantów oraz własnego sprzętu do iniekcji i zapoznanie się z zasadami dotyczącymi ich bezpieczniejszego wykonywania.
- Posiadanie informacji o PEP: lek może przepisać lekarz izby przyjęć w każdym oddziale chorób zakaźnych na terenie Polski.

Oddziaływania terapeutyczne związane z chemsex

Jak wspomnieliśmy, chemsex nie jest wyłącznie zagadnieniem dotyczącym używania narkotyków. Negatywne następstwa używania substancji, które zdecydowały o zgłoszeniu się klienta do placówki, mogą przysłańać współwystępujące problemowe uprawianie seksu, a także korzystanie z aplikacji randkowych. Zalecamy, by oddziaływania terapeutyczne i lecznicze odnosić jednocześnie do wszystkich z nich. Jednocześnie proponowane przez nas rozwiązania mogą stanowić „nakładkę” (uwzględniającą kontekst używania chemsex) na standardowe oddziaływania stosowane wobec wszystkich pacjentów używających problemowo substancji, aplikacji randkowych lub mających liczne kontakty seksualne.

Podjęta interwencja powinna w szczególności uwzględniać dodatkowe czynniki osłabiające i wzmacniające ją, związane z przynależnością do grupy mniejszościowej, składające się na model syndemiczny⁶.

Do **czynników osłabiających** zaliczyć można: odczuwanie wstydu dotyczącego podejmowanych kontaktów seksualnych, zagrożenie lub doświadczanie przemocy na tle orientacji seksualnej, używanie substancji jako strategii radzenia sobie z doświadczanym stresem mniejszościowym i zwiększoną zapadalnością na choroby przenoszone drogą płciową, w tym HIV.

Z kolei do **czynników wzmacniających** zalicza się: poczucie przynależności do społeczności MSM/LGBT, doświadczanie korzyści z bycia we wspólnocie oraz możliwość rozwijania pozytywnej (zdrowej) identyfikacji jako homo- lub biseksualny mężczyzna.

Kluczowymi zagadnieniami, które w związku z tym należy rozważyć w pracy z klientem, są (Kunelaki, 2016):

- Trauma doświadczona w okresie dorastania i homofobia występująca w społeczeństwie.
- Trauma związana z męskością i jej przeżywaniem jako homo- lub biseksualny mężczyzna.
- Trauma związana z (wczesnymi) doświadczeniami seksualnymi.
- Trauma związana z epidemią HIV.
- Trauma związana z nawiązywaniem kontaktów seksualnych za pomocą aplikacji.
- Trauma i stygmatyzacja związana z używaniem chemsex.
- Niska jakość życia seksualnego.

Trudnym wyzwaniem w kontekście pracy terapeutycznej z użytkownikami chemsex są zagadnienia związane z kontaktami seksualnymi, w szczególności próba zdefiniowania „trzeźwego seksu”. U wielu klientów podejmowanie aktywności seksualnej pod wpływem substancji zmienia postrzeganie roli kontaktów seksualnych w ich życiu, prowadzi do zaburzenia intymności i wykorzystywania ich jako strategii regulowania emocji. W efekcie po odstawieniu substancji podejmowanie kontaktów seksualnych bez narkotyków może sprawiać poważne trudności.

Wobec braku dowodów naukowych lub odniesień w literaturze, proponujemy definicję „trzeźwego seksu” inspirowaną pracą Remziye Kunelaki (Kunelaki, 2016) i opracowaną na podstawie Słownika Języka Polskiego (Sokół i in., 2019):

- **Trzeźwy:** niezamoczony alkoholem; rzeczowy, rozsądny; też: świadczący o czymś rozsądku; taki, który nie jest senny lub zaspany.
- **Seks:** ogół spraw i czynności związanych z zaspokajaniem popędu płciowego, czyjaś atrakcyjność seksualna.
- **Seks – synonimy:** tajemnice alkowy, pożycie, życie intymne, miłość, łóżko, te sprawy, te rzeczy, współżycie, to.
- **Próba definicji seksu na trzeźwo: Trzeźwość + Seks:** bycie obecnym i nie pod wpływem substancji psychoaktywnych oraz aktywność seksualna.
- **Próby synonimów seksu na trzeźwo:** seks intymny, seks w realu, związek pomiędzy ciałem i umysłem, akceptacja siebie i innych, spotkanie się z własnymi potrzebami seksualnymi, seks konsensualny.

Propozycja definicji: Seks na trzeźwo to seks, w którym nie występują chems (chemsex) i fantazje skierowane wobec przedmiotu oraz utrzymuje się związek między ciałem i umysłem.

Jak wspomnieliśmy, wielu klientów używających chemsex problemowo doświadczają trudności w podejmowaniu kontaktów seksualnych bez użycia narkotyków („na trzeźwo”). Wspominają oni w szczególności o lęku przed podjęciem kontaktu seksualnego bez substancji, powodującym trudności w osiągnięciu

erekcji oraz satysfakcji seksualnej. Z naszych doświadczeń wynika, że towarzyszy temu wystąpienie wszystkich trudności, które były tłumione pod wpływem substancji (np. lęk przed oceną i odrzuceniem oraz ujawnieniem statusu HIV, wyrzuty sumienia spowodowane podejmowaniem kontaktu seksualnego, traumatyczne doświadczenia dotyczące kontaktów seksualnych). W efekcie dla wielu klientów podjęcie kontaktu seksualnego jest stresującym doświadczeniem i skutkuje na początku procesu terapeutycznego powrotem do używania substancji i jeżeli dążą do abstynencji – jej złamaniem. Dobre efekty w pracy terapeutycznej przynosi wykluczenie kontaktów seksualnych z nieznanymi partnerami – w ich przypadku lęk związany z oceną, ujawnieniem statusu HIV oraz niepowodzeniem będzie największy. Naszych pacjentów zachęcamy szczególnie do podejmowania kontaktów seksualnych z osobą, z którą łączy ich bliska więź, mają do niej zaufanie, przestrzega ona ich granic i wie o możliwych trudnościach związanych ze współżyciem bez użycia substancji.

W rozwijaniu umiejętności podejmowania kontaktów seksualnych na trzeźwo pomoc może praca z klientem dotycząca następujących obszarów (Kunelaki, 2016):

- trudności ze skupieniem uwagi,
- potrzeba osiągnięcia wysokiej stymulacji,
- trudności z przeżywaniem uczuć, w tym intymności,
- trudności w budowaniu bliskości z innymi ludźmi,
- unikanie przeżywania trudnych uczuć,
- strach przed nudą i spokojem,
- skłonność do nadużywania siebie,
- wstyd związany z podejmowaniem kontaktu seksualnego.

Trzeźwa masturbacja

Często zdarza się, że klient nie ma partnera, a ma potrzeby seksualne, które chce realizować. Odradzamy zachęcanie klientów do całkowitej abstynencji seksualnej – osiągnięcie tego celu dla wielu osób jest bardzo trudne lub niemożliwe. W takiej sytuacji pomocne może być uczenie się trzeźwej aktywności seksualnej za pomocą masturbacji. By umożliwić odchodzić od wykorzystywania seksu jako strategii regulowania emocji i rozwijanie intymności proponujemy skorzystanie z następujących wskazówek:

- masturbacja bez pornografii,

- masturbacja bez fantazji (do podmiotu, a nie przedmiotu),
- rozwijanie w trakcie masturbacji umiejętności identyfikowania potrzeb ciała (np. rozpoznawanie stref erogennych i własnych potrzeb),
- podejmowanie masturbacji tylko wtedy, jeśli ciało wykazuje oznaki podniecenia, np. poranna erekcja,
- utrzymywanie w trakcie masturbacji związku między ciałem i umysłem.

Pomocne narzędzia i kontakty

W ostatnim czasie dostępne są w coraz większym stopniu narzędzia i oferty pomocowe skierowane do MSM, w tym używających chems. Mogą one stanowić istotne uzupełnienie podejmowanych interwencji, w szczególności w kontekście doświadczanych czynników osłabiających i wzmacniających:

- **w większości województw działają organizacje lub grupy kierujące swoją ofertą do osób LGBT** – część z nich oferuje poradnictwo psychologiczne, możliwość udziału w grupach wsparcia i rozwojowych czy zaangażowanie się w swoje działania i poznanie znajomych; posiadają one także kontakty do podmiotów świadczących profesjonalną pomoc osobom LGBT; aktualny wykaz organizacji można znaleźć na stronie www.rownosc.info,
- **wspólnoty AA i AN** – w założeniu są one otwarte dla wszystkich osób, bez względu na orientację psychoseksualną; w Polsce funkcjonuje kilka mityngów skierowanych do osób LGBT (AA – w Warszawie, AN – w Warszawie i we Wrocławiu) – szczegółowe informacje można znaleźć na stronach internetowych tych organizacji,
- **Ogólnopolski Telefon Zaufania dla lesbijek, gejów i ich bliskich** – tel. (22) 628 52 22 (pon.-pt. 18.00-21.00) udziela wsparcia kryzysowego i informacji o ofertach pomocy dla osób LGBT na terenie Polski,
- **organizacje pozarządowe** oferują działania skierowane do użytkowników chemsex, proponując konsultacje, grupy wsparcia i warsztaty. Są one obecnie realizowane w Warszawie (Społeczny Komitet ds. AIDS, www.skaid.org/cojestbrane, Fundacja Edukacji Społecznej www.fes.edu.pl) i we Wrocławiu (www.podwale-siedem.pl),
- **Plan Zdrowienia z Chemsex (Chemsex Care Plan)** opracowany przez Davida Stuarta ([\[art.org/care-plan-pl\]\(http://art.org/care-plan-pl\)\), umożliwia analizę wzorców używania, określenie celów zmiany, identyfikację charakterystycznych wyzwalaczy oraz skorzystanie z sugestii dotyczących zmiany.](http://www.davidstu-

</div>
<div data-bbox=)

W numerze 1/2019 Serwisu Informacyjnego Uzależnienia ukazał się artykuł „Chemsex – próba zdefiniowania zjawiska w Polsce”, stanowi on wprowadzenie do tematu MSM.

Przypisy

- ¹ MSM (ang. *men having sex with men*) – mężczyźni podejmujący kontakty seksualne z mężczyznami. Do grupy tej zalicza się mężczyzn homo- i biseksualnych oraz innych mężczyzn mających tego rodzaju kontakty seksualne. Termin MSM jest stosowany wyłącznie jako pojęcie epidemiologiczne, określające populację kluczową. Nie rekomendujemy jego stosowania w komunikacji z klientami.
- ² LGBT (ang. *lesbian, gay, bisexual and trans people*) – lesbijki, geje, osoby biseksualne i trans(płciowe).
- ³ PEP (ang. *post-exposure prophylaxis*) – profilaktyka poekspozycyjna na HIV. Polega ona na rozpoczęciu przyjmowania leków antywirusowych w krótkim czasie po ekspozycji na zakażenie. Pozwala ona na całkowite usunięcie HIV z organizmu.
- ⁴ WHO definiuje adherencję jako stopień, w jakim zachowanie człowieka – przyjmowanie leków, przestrzeganie diety i/lub wprowadzenie zmian stylu życia odpowiada rekomendacjom uzgodnionym z lekarzem.
- ⁵ Użytkownicy chemsex najczęściej określają narkotyki i NSP jako „chems”. Z naszych doświadczeń wynika, że część z nich nie identyfikuje, że przykładowo substancja GHB/GBL jest narkotykiem. Dlatego sugerujemy zadawanie pytań z użyciem określenia „chems”, które będzie prawdopodobnie bardziej zrozumiałe dla klientów.
- ⁶ Zostały one szczegółowo przedstawione w artykule „Chemsex – próba zdefiniowania zjawiska w Polsce”, Serwis Informacyjny Uzależnienia 1/2019.

Bibliografia

- Campinha-Bacote J., „The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care”, *J Transcult Nurs* 13, 2002, 181-184.
- Drabik L., Kubiak-Sokół A., Sobol E., „Słownik Języka Polskiego”, Wydawnictwa Naukowe PWN, Warszawa 2019.
- Dwyer B., „Promocja zdrowia seksualnego w społeczności MSM. Podręcznik edukatorski”, Terrence Higgins Trust, Londyn – Berlin – Warszawa 2018.
- Kunelaki R., „Guidelines for psychosexual therapists who work with issues around sober sex”.
- Pawłęga M., „Lesbijki, geje i osoby biseksualne – skuteczne pomaganie”, *Świat Problemów* 1/2019, 15-17.
- Stangl A., Brady L., Fritz K., S³TRIVE Technical Brief: Measuring HIV stigma and discrimination”.
- Stuart D., „Chemsex Care Plan”, <https://www.davidstuart.org/care-plan-pl> (dostęp: 07.06.2019).
- Stuart D., „Chemsex support starts with asking the right questions”, *Nursing Standard* 32, 2018, 26–27.
- Stuart D., „ChemSex and hepatitis C: a guide for healthcare providers”, Dean Street 56, Londyn 2014.

Jak wygląda skala używania narkotyków? Czy „dopalacze” są nadal popularne wśród młodzieży? Czy młodzież upija się coraz częściej? Na te pytania postaram się odpowiedzieć w poniższym artykule, odwołując się do opublikowanych właśnie danych z reprezentatywnych ogólnopolskich badań zrealizowanych wśród młodzieży w październiku 2018 roku.

POLSKA MŁODZIEŻ A SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE

Artur Malczewski

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

Pod koniec 2018 roku (1-30 października) przeprowadzono kolejne badanie dotyczące młodzieży w ramach współpracy Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) z Fundacją CBOS. W ogólnopolskiej losowej próbie badania „Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież – Młodzież 2018” wzięło udział 80 dziennych szkół ponadgimnazjalnych – liceów, techników (oraz liceów profilowanych, zawodowych lub technicznych) i zasadniczych szkół zawodowych (z wyłączeniem szkół specjalnych), w 69 miejscowościach. Badanie przeprowadzono metodą audytoryjną. Łącznie uzyskano 1609 wywiadów z uczniami, 94% z nich miało 18-19 lat.

Palenie papierosów przez polską młodzież

Badania realizowane w latach 1992–2003 wskazywały na stopniowy wzrost odsetka uczniów regularnie palących papierosy (z 23% do 31%), jednak w roku 2008 odnotowaliśmy spadek w tym zakresie (do 22%). Obecnie możemy mówić o spadku wartości tego wskaźnika – w 2018 roku regularne palenie deklarowało 18% badanych. Od 2010 roku odsetek niepalących utrzymuje się na podobnym

poziomie – około 60%, jednakże zmieniła się proporcja palących regularnie oraz palących w wyjątkowych sytuacjach. Osoby palące w wyjątkowych sytuacjach stanowią około 20-21% w ostatnich trzech latach, gdy liczba regularnie palących zmniejszyła się z 21% do 18%. Najmniej uczniów niepalących było w 2003 roku (50%). W 2008 roku 62% młodzieży twierdziło, że nie pali papierosów. To największy odsetek spośród odnotowanych we wszystkich dotychczasowych pomiarach. W ostatnim badaniu 60% uczniów odpowiedziało przecząco na pytanie o palenie papierosów (podobnie w 2016 roku – 59%). Niepalenie deklarowało 61% dziewcząt (60% w 2016 roku) i niewiele mniej chłopców – 59% (w 2016 roku – 58%). W roku 2018, podobnie jak w roku 2016, niepaląca młodzież to najczęściej uczniowie liceów ogólnokształcących i profilowanych (63%). We wszystkich dotychczasowych pomiarach najmniejsze odsetki niepalących odnotowywano wśród uczniów zasadniczych szkół zawodowych (w 2018 roku – 50%). W badaniu z 2018 roku, spośród uczniów uważających sytuację materialną swojej rodziny za dobrą nie paliło 53%, a spośród tych, którzy określili warunki materialne w rodzinie jako złe – 38%. W 2018 roku w przypadku podstawowego wykształcenia ojca papierosy paliło 48% badanych, wyższego – 40%, a naj-

Tabela 1. Palenie papierosów.

	IV '92	IV '94	IV '96	XII '99	XII '03	X '08	XI '10	XI '13	XI '16	X '18
	w procentach									
Tak, regularnie	23	27	25	30	31	22	23	21	21	18
Tak, ale tylko w wyjątkowych sytuacjach	18	15	15	17	18	16	17	21	20	21
Nie	59	58	60	54	50	62	59	58	59	60

Badania statutowe CBOS: 1992, 1994, 1996; badanie IPiN 1999; badania KBPN 2003–2018.

mniejszy odsetek odnotowano w przypadku rodziców z wykształceniem średnim – 35%. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, trudno uchwycić wyraźne różnice. Odsetek niepalących był najmniejszy w miastach liczących powyżej 500 tys. oraz od 20 tys. do niespełna 100 tys. mieszkańców – 57%, a największy w miastach poniżej 20 tys. Osoby mieszkające z obojgiem rodziców rzadziej deklarują palenie (36%) niż osoby mieszkające z jednym rodzicem (50%). Badani deklarujący złe warunki materialne częściej palą (53%) niż deklarujący warunki dobre (38%). Na wskaźniki związane z paleniem papierosów wpływ ma uczestnictwo w praktykach religijnych. Im silniejsze zaangażowanie religijne, tym więcej niepalących, a mniej regularnych palaczy. Wpływ tego czynnika na zachowania młodzieży odnotowano we wszystkich dotychczasowych badaniach. Wśród tych, którzy w ostatnim sondażu deklarowali, że uczestniczą w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu, palacze stanowią 31%, a wśród w ogóle niebiorących w nich

udziału – 47%. Najmniej palących jest wśród uczniów głęboko wierzących (26%) – wśród niewierzących pali 46%. Po papierosy rzadziej sięgają uczniowie otrzymujący bardzo dobre oceny – 71% spośród nich nie pali. Połowa uczniów mających niskie oceny (54%) pali papierosy.

Skala picia napojów alkoholowych

W badaniu przeprowadzonym w roku 2018, podobnie jak we wcześniejszych pomiarach, napoje alkoholowe okazały się najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, po którą sięgano częściej niż po papierosy czy narkotyki. W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie w 2018 roku 74% uczniów przynajmniej raz piło piwo (72% w 2016 roku), 62% – wódkę i inne mocne alkohole (63% w 2016 roku), a 43% – wino (41% w 2016 roku). W porównaniu z rokiem 2016 nastąpiła stabilizacja wskaźników dotyczących picia napojów alkoholowych. Częstość picia

Tabela 2. Picie napojów alkoholowych w ciągu ostatniego miesiąca.

	IV '92	IV '94	IV '96	XII'99	XII'03	X '08	XI '10	XI '13	XI '16	X '18
	w procentach									
Piwo										
Ani razu	47	40	31	25	15	22	24	27	28	23
1 raz	8	10	11	13	10	10	9	10	13	11
2–3 razy	11	18	18	22	22	23	21	23	23	23
4–5 razy	7	10	14	14	15	14	15	16	14	15
6 razy i więcej	10	18	23	20	24	25	26	22	21	22
Tak, bez podania ile razy	13	3	2	2	5	3	3	1	0	0
Wino										
Ani razu	59	59	67	75	44	67	67	65	59	53
1 raz	16	17	14	12	12	13	15	17	17	18
2–3 razy	11	15	13	7	10	10	11	12	16	17
4–5 razy	3	4	3	3	4	3	3	4	5	5
6 razy i więcej	2	4	3	2	4	2	2	2	3	3
Tak, bez podania ile razy	6	1	1	1	2	1	0	0	0	0
Wódka										
Ani razu	69	53	53	54	29	42	37	33	37	37
1 raz	10	18	17	17	17	19	20	21	20	20
2–3 razy	7	15	16	16	21	20	22	27	26	23
4–5 razy	3	7	6	5	7	8	10	12	10	10
6 razy i więcej	2	5	6	5	6	6	7	7	7	8
Tak, bez podania ile razy	6	2	1	3	2	1	2	1	0	0

Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ w tabeli nie uwzględniono braków danych.
Badania statutowe CBOS: 1992, 1994, 1996; badanie IPiN 1999; badania KBPN 2003–2018.

wymienionych trzech grup alkoholi w poszczególnych latach ilustruje tabela 2.

Piwo – najbardziej popularne

W roku 1992 picie piwa deklarowała niemal połowa uczniów (49%), w kolejnych latach odsetek ten rósł i w 2003 roku osiągnął rekordowy poziom 76%. Z badań przeprowadzonych w latach 2008 i 2010 wynika, że piwo piło trzech na czterech uczniów (odpowiednio 75% i 74%). Ostatni pomiar z 2018 roku wskazuje na zbliżoną wartość wskaźników picia piwa wśród młodzieży w stosunku do wcześniejszych pomiarów. Nie jest zaskakujące, że po piwo częściej sięgają uczniowie niż uczennice. W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie piwo piło 80% chłopców (w 2016 roku – 75%) i 70% dziewcząt (w 2016 roku – 69%).

Obecnie najwięcej młodzieży, która nie pije piwa, jest w liceach ogólnokształcących (30%) i profilowanych zawodowych lub technicznych (34%). Najmniej uczniów niepijących piwa jest w szkołach zawodowych – 23%. Piwo jest także popularniejsze wśród uczniów uważających się za dwójkowych i trójkowych – 79% (w 2016 roku – 79%) niż w grupie uczniów piątkowych i szóstkowych – 64% (w 2016 roku – 64%).

Piwo jest rzadziej wybierane przez młodzież wielkomiejską – nie pije go od 29% do 36% uczniów, w zależności od wielkości miasta. Natomiast na wsi piwa nie pije średnio co czwarty badany (22%).

Wyższe wykształcenie matki i ojca oznacza niższy odsetek deklarujących picie piwa. Najniższy odsetek deklarujących, że nie piją piwa, odnotowano wśród uczniów, którzy mieli ojca z wykształceniem zasadniczym zawodowym (19%), jak również wśród badanych, których matki miały wykształcenie podstawowe (22%). Wyższe wykształcenie rodziców oznacza wyższe odsetki uczniów deklarujących, że nie piją piwa – w przypadku ojca 31% i w przypadku matki – 27%.

Sytuacja materialna rodzin badanych nie jest czynnikiem różnicującym picie piwa.

Czynnikiem różnicującym młodzież w kwestii konsumpcji piwa jest zaangażowanie w praktyki religijne. Spośród badanych, którzy uczestniczą w nich kilka razy w tygodniu, 37% nie piło piwa w ciągu ostatniego miesiąca, a w grupie w ogóle nieuczestniczących w praktykach religijnych – 26%. Wśród osób głęboko

wierzących odsetek wyniósł 36%, a wśród osób niewierzących – 25%.

Wino – częściej pite przez dziewczyny

Wśród młodzieży szkolnej wino jest alkoholem najmniej popularnym. Interpretację danych dotyczących tego trunku utrudnia brak podziału na wina gronowe i owocowe, uniemożliwiający rozróżnienie odmiennych wzorów ich konsumpcji.

Wyniki badań pokazują, że zainteresowanie młodzieży winem malało do 1999 roku, kiedy to osoby niepijące wina stanowiły aż 75% ankietowanych. W roku 2003 nastąpił wzrost, ale kolejne dwa pomiary pokazały stabilizację trendu. Ostatnie badania wykazały wzrost konsumpcji wina. Jednak trend wzrostowy wyhamował w 2018 roku i odsetki, mimo iż rekordowe (43%), nie rosą już tak bardzo jak w poprzednich dwóch badaniach.

Analizując płeć osób sięgających po wino, należy odnotować wzrost jego spożycia wśród dziewcząt – z 27% w 2008 roku do 58% w 2016 roku, podczas gdy odsetek chłopców pijących wino utrzymywał się na podobnym poziomie – w 2008 roku – 29%, a w pomiarze z 2016 roku – 27%. Ostatnie wyniki to zahamowanie tendencji wzrostowej, a nawet jej spadek wśród dziewcząt (53% w 2018 roku) oraz stabilizacja wśród chłopców (31% w 2018 roku).

Wśród młodzieży, która nie pije wina, najwyższy odsetek niepijących odnotowano wśród uczniów zasadniczych szkół zawodowych – 67% (w 2016 roku – 72%).

Po wino najczęściej sięgają badani z miast liczących powyżej 500 tys. mieszkańców (61%). Ponadto uczniowie mający ojców z wyższym wykształceniem wino piją częściej (46%), niż uczniowie mający ojców z wykształceniem podstawowym (40%). Podobna zależność występuje w przypadku wykształcenia matki. W przypadku wyższego wykształcenia matki odsetek wynosi – 46%, a podstawowego – 38%.

Czynnikiem różnicującym młodzież w kwestii konsumpcji wina jest zaangażowanie w praktyki religijne, ale w mniejszym stopniu niż w przypadku piwa. Spośród badanych, którzy uczestniczą w nich kilka razy w tygodniu, 47% nie piło wina w ciągu ostatniego miesiąca, a w grupie w ogóle nieuczestniczących w praktykach religijnych – 44%. Wśród osób głęboko wierzących odsetek wyniósł 40%, a wśród osób niewierzących – 45%.

Wódka i inne mocne alkohole

W roku 1992 picie mocnych alkoholi w ciągu ostatniego miesiąca deklarowała ponad jedna czwarta badanej młodzieży (28%). W latach 1994–1999 utrzymywał się stabilny trend rozpowszechnienia picia wódki na poziomie około 46%. Po roku 1999 odnotowujemy jednak wzrost konsumpcji wódki i innych mocnych alkoholi. W roku 2003 po raz pierwszy ponad połowa badanych zadeklarowała picie wódki, a w 2013 roku odnotowano najwyższy odsetek takich deklaracji od początku realizacji pomiarów (68%). Najnowszy pomiar to stabilizacja wskaźnika osób pijących wódkę na poziomie 63%. Wyniki ostatniego badania pokazują, że – tak jak w latach ubiegłych – po mocne alkohole częściej sięgają uczniowie niż uczennice. W ostatnim miesiącu przed badaniem wódkę piło 65% chłopców (w 2016 roku – 65%) i 60% dziewcząt (w 2016 roku – 61%). Najwyższe odsetki uczniów pijących wódkę odnotowano wśród uczniów liceów ogólnokształcących (62%) oraz techników (64%). Wielkość miejscowości nie ma wpływu na wielkość odsetka osób deklarujących picie wódki. Wódka jest popularniejsza wśród uczniów uważających się za dwójkowych, trójkowych lub czwórkowych – 64% – niż w grupie uczniów piątkowych i szóstkowych – 58%.

Osoby oceniające warunki materialne swojej rodziny jako dobre częściej piją wódkę (66%), niż oceniający je jako złe (64%).

Nieco częściej sięgają po wódkę uczniowie, których matki mają wykształcenie zawodowe – 67%, niż dzieci matek z wykształceniem podstawowym – 58%. Badani, których ojcowie mają wykształcenie podstawowe lub gimnazjalne, piją wódkę częściej – 61%, a ci, których ojcowie legitymują się wykształceniem wyższym, rzadziej – 58%. Im lepsza sytuacja materialna rodzin respondentów, tym częstsze deklaracje konsumowania

wódki. Wśród tych, którzy oceniają swoje warunki materialne jako złe, po mocny alkohol sięga 56% badanych, a wśród określających je jako dobre – 64%. Największy odsetek badanych deklarujących picie wódki odnotowano wśród osób, które biorą udział w praktykach religijnych jeden, dwa razy w miesiącu (68%), a najmniejszy – wśród tych, które uczestniczą w nich kilka razy w tygodniu (56%).

Upijanie się polskiej młodzieży

Z najnowszego sondażu wynika, że co najmniej raz w ciągu miesiąca przed badaniem upiło się 44% uczniów (w 2016 taki sam odsetek). Odsetek badanych, którym zdarzyło się to co najmniej trzykrotnie, wyniósł 13%. Do upicia się częściej przyznawali się chłopcy (50%) niż dziewczęta (39%). W roku 2018 upijanie się najczęściej deklarowali uczniowie zasadniczych szkół zawodowych (51%, w roku 2016 – 52%). W publicznych liceach ogólnokształcących do upicia się w ciągu miesiąca przed badaniem przyznało się 44% ankietowanych, a w technikach – 43%. Widoczne jest także zróżnicowanie w zależności od statusu ucznia. Upija się więcej uczniów słabych (dwójkowych i trójkowych – 47%) niż tych, którzy uzyskują lepsze oceny (czwórkowi – 42%, piątkowi i szóstkowi – 40%). W ostatnim badaniu nie stwierdzono związku między wykształceniem rodziców a upijaniem się ich dzieci. W grupie młodzieży z rodzin uboższych w ciągu miesiąca przed badaniem upiło się 47% uczniów, natomiast wśród badanych deklarujących dobrą sytuację materialną – 45%. W przypadku uczniów deklarujących średnie warunki życia odsetek wyniósł 42%.

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, największe odsetki odnotowano w miastach liczących od 20 tys. do niespełna 500 tys. mieszkańców – 47%, a najmniejsze w miastach powyżej 500 tys. – 41%. Na opisywane

Tabela 3. Dostępność narkotyków.

	IV '94	IV '96	XII '99	XII '03	X '08	XI '10	XI '13	XI '16	XI '18
	w procentach								
Wiem o kilku miejscach, kilku osobach	17	21	37	44	31	30	28	26	25
Wiem o jednym miejscu, jednej osobie	5	7	6	5	4	5	5	5	5
Nie wiem, ale łatwo mógłbym się dowiedzieć	23	28	24	26	25	27	26	22	30
Nie wiem, ani gdzie, ani od kogo	55	44	33	24	40	38	41	47	48

Badania statutowe CBOS: 1994, 1996; badanie IPIŃ 1999; badania KBPN 2003–2018.

zachowania wpływ mają postawy religijne młodzieży. Wśród badanych, którzy uczestniczyli w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu, w miesiącu poprzedzającym sondaż upiło się 40%, a w grupie osób w ogóle nieuczestniczących w praktykach religijnych – 48%.

Dostępność narkotyków w opinii młodzieży

W badaniach ankietowych pytano uczniów o ocenę dostępności narkotyków. Ich odpowiedzi znajdują zastosowanie w monitorowaniu nielegalnego rynku narkotyków oraz działaniach służb odpowiedzialnych za walkę z przestępczością narkotykową. Młodzież pytana była o znajomość miejsc, gdzie można kupić narkotyki, o oferty kupna, sprzedaż narkotyków w szkołach oraz o to, czy trudno jest, w ich ocenie, zdobyć poszczególne substancje psychoaktywne.

W roku 1994 co piąty respondent (22%) wiedział, od kogo lub gdzie można kupić narkotyki, w 2003 roku – już niemal połowa (49%). Jednak od tego czasu maleje odsetek uczniów mających wiedzę o miejscach oferowania narkotyków. W roku 2016 odsetek takich wskazań wyniósł (31%). Ponadto odsetek badanych, którzy wiedzieli o kilku takich miejscach lub osobach, był najniższy od 1999 roku. Wyniki ostatniego badania pokazały zwiększenie się odsetka osób, które nie mają wiedzy, gdzie można kupić narkotyki – do 48%. Jest to najwyższy wskaźnik od 1994 roku.

Od roku 1996 uczniowie pytani byli także o sprzedaż narkotyków w szkole. Od tego czasu do roku 2003 na pytanie, czy na terenie ich szkoły można kupić narkotyki, blisko co trzeci badany odpowiadał przecząco, w 2008 roku – co drugi, a w 2010 – ponad połowa (55%). W ostatnich pomiarach odsetek badanych deklarujących, że na terenie szkoły nie sprzedaje się narkotyków, systematycznie rósł, osiągając w 2016 roku

60%. W ostatnim badaniu odnotowano dokładnie takie same wskaźniki jak w 2016 roku.

Analizując rozkłady odpowiedzi respondentów oceniających zdobycie substancji psychoaktywnych innych niż napoje alkoholowe jako niemożliwe, należy odnotować, że w przypadku większości tych substancji odsetki uczniów składających takie deklaracje mieściły się w granicach 15-34%. Odsetki badanych określających zdobycie większości substancji psychoaktywnych jako trudne kształtowały się na poziomie 21-31%. Najłatwiejsza do zdobycia spośród substancji nielegalnych była marihuana (44% badanych oceniało jej zdobycie jako łatwe). Warto zauważyć niewielki spadek dostępności „dopalaczy”. Według pomiaru z 2018 roku zmniejszył się odsetek osób oceniających dostęp do nich jako łatwy (spadek z 20% w 2013 roku do 13% w 2018 roku).

Używanie narkotyków od lat 90.

Uczniowie pytani byli o doświadczenia związane z używaniem narkotyków. Od roku 1992 odpowiadają na pytanie o kontakt z narkotykami w ciągu 12 miesięcy poprzedzających sondaż, a następnie, jeśli ich używali, proszeni są o wymienienie substancji psychoaktywnych, jakie zażywali. W roku 2008 po raz pierwszy mieli wskazać używane substancje psychoaktywne wymienione w ankiecie, wśród których były również „dopalacze”.

Uczniowie odpowiadali także na pytanie o kontakt z substancjami psychoaktywnymi: w ciągu 30 dni przed badaniem – co jest wskaźnikiem używania bieżącego (ang. *current use*); w ciągu ostatnich 12 miesięcy – jako wskaźnika używania aktualnego (ang. *recent use*); oraz kiedykolwiek w życiu – co jest wskaźnikiem eksperymentowania z narkotykami (ang. *lifetime experience*). Taki sposób zadawania pytań pozwala na dokładne określenie poziomu powszechności używania narkotyków. Ponadto poprzez zamieszczenie w ankiecie listy

Tabela 4. Sprzedaż narkotyków na terenie szkoły.

	IV '96	XII '99	XII '03	X '08	XI '10	XI '13	XI '16	XI '18
	w procentach							
Tak	14	27	26	10	9	8	7	7
Nie	37	30	37	50	55	58	60	60
Trudno powiedzieć	49	43	37	40	35	34	33	33

Badanie statutowe CBOS: 1996; badanie IPiN 1999; badania KBPN 2003–2018.

substancji zdefiniowany został termin „narkotyki”. Porównanie odpowiedzi na oba pytania stanowi materiał do pogłębionych analiz. W przypadku pytania z listą substancji odsetki uczniów deklarujących zażywanie narkotyków są wyższe niż wtedy, gdy proszono ich o wymienienie jakiegokolwiek narkotyku. Wynika to z faktu, że badani mogli wymienić tylko trzy substancje spośród tych, których używali.

W latach 1992–2003 odsetek uczniów, którzy używali narkotyków w ciągu ostatniego roku, systematycznie rósł (z 5% do 24%). W roku 2008 zmniejszył się on do 15%. Od tego czasu notujemy niewielki wzrost – do 18% w 2013 roku. Najnowszy sondaż to spadek do 16%. Z badań prowadzonych od 1992 roku wynika, że chłopcy mają kontakt z narkotykami częściej niż dziewczęta. W 2018 roku 20% uczniów i 14% uczennic odpowiedziało twierdząco na pytanie o używanie nielegalnych substancji. Najwyższy odsetek badanych zażywających narkotyki odnotowano w liceach profilowanych, zawodowych lub technicznych – 25%, a najniższy w technikum – 13%. Wśród uczniów dwójkowych i trójkowych kontakt z substancjami psychoaktywnymi miało 18% badanych i był to najwyższy odsetek, natomiast wśród uczniów piątkowych lub szóstkowych odnotowano odsetek najniższy – 14%. Zarówno wyższe wykształcenie ojca, jak i matki jest związane z najwyższymi odsetkami badanych używających narkotyków (22%). W roku 2018 najwięcej uczniów deklarujących zażywanie narkotyków mieszkało w miastach liczących powyżej 500 tys. mieszkańców (23%), o połowę mniejszy ich odsetek odnotowano wśród badanych mieszkających na wsi (12%). Czynnikiem chroniącym przed eksperymentowaniem z narkotykami jest udział w praktykach religijnych. Ta prawidłowość widoczna była również we wcześniejszych badaniach. Co piąty uczeń niepraktykujący religijnie deklaruował kontakt z narkotykami (21%). W przypadku osób biorących udział w praktykach religijnych kilka razy w tygodniu odsetek był niższy – 17%, a najniższy w przypadku osób

biorących w nich udział raz w tygodniu – 8%. Uczniowie, którzy deklarowali się jako głęboko wierzący, rzadziej sięgali po narkotyki (10%) niż niewierzący (27%).

Jakie narkotyki są najbardziej popularne?

W 2008 roku po raz pierwszy w kwestionariuszu zamieszczono pytania dotyczące używania przez młodzież poszczególnych narkotyków. Respondenci zostali poproszeni o zaznaczenie właściwej odpowiedzi na pytanie, czy używali wymieniony narkotyk „w ciągu ostatnich 30 dni”, „w ciągu ostatnich 12 miesięcy” lub „kiedykolwiek w życiu”. Osoby, które deklarowały używanie narkotyków „w ciągu ostatnich 30 dni”, były klasyfikowane równocześnie do kategorii używających narkotyków „w ciągu ostatnich 12 miesięcy” i „kiedykolwiek w życiu”. Z tego powodu odsetków odpowiedzi na te pytania nie można sumować. Rozkłady odpowiedzi zaprezentowane są w tabeli 6. W przedostatniej edycji badania wprowadzono drobne zmiany, mające na celu uproszczenie narzędzia badawczego – kokainę i crack połączono w jedną grupę, podobnie LSD i grzyby halucynogenne, skracając w ten sposób listę wielu substancji, które wymienione były w ankiecie wypełnianej przez respondentów. Najczęściej zażywane przez uczniów były marihuana i haszysz. Do przyjmowania ich „kiedykolwiek w życiu” przyznało się w 2018 roku 38% badanych, co oznacza spadek (o 4 punkty procentowe) w stosunku do roku 2016. Wyniki ostatniego pomiaru odnotowały niewielki spadek używania konopi indyjskich wśród osób eksperymentujących z tego typu substancjami. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających pomiar w roku 2018 marihuanę lub haszysz zażywał co piąty uczeń (20%, w 2016 roku – 21%), a w ciągu ostatnich 30 dni – co dziesiąty (10%, w 2016 roku – 9%). Zażywanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza kiedykolwiek w życiu zadeklarował co piąty uczeń (22%, w 2016 roku – 19%), w ciągu ostatnich 12 miesięcy – blisko co siódmy badany

Tabela 5. Używanie środków odurzających w ciągu ostatniego roku.

	IV '92	IV '94	IV '96	XII '99	XII '03	X '08	XI '10	XI '13	XI '16	XI '18
	w procentach									
Tak	5	10	10	18	24	15	16	18	17	16
Nie	95	90	90	82	76	85	84	82	82	83

Badania statutowe CBOS: 1992, 1994, 1996; badanie IPiN 1999; badania KBPN 2003–2018.

Tabela 6. Używanie poszczególnych narkotyków.

Substancje psychoaktywne	Nie, nigdy						Tak													
	Kiedykolwiek w życiu						W ciągu ostatnich 12 miesięcy						W ciągu ostatnich 30 dni							
	2008	2010	2013	2016	2018	2018	2008	2010	2013	2016	2018	2008	2010	2013	2016	2018				
w procentach																				
Marihuana lub haszysz	69,1	63,0	59,3	57,2	61,1	30,5	35,7	40,2	42,0	37,5	16,4	18,0	23,0	21,0	20,2	7,3	7,7	9,0	9,9	9,3
Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	77,9	78,4	79,6	80,2	76,6	21,8	19,9	19,7	18,6	22,0	11,2	9,6	11,0	9,2	13,7	4,7	3,8	5,1	4,4	6,3
Amfetamina	90,6	91,0	92,1	92,0	92,0	9,0	6,8	6,9	7,2	5,9	3,7	3,0	3,4	3,3	3,2	1,1	1,5	1,7	1,4	1,3
Ecstasy	94,3	94,8	96,7	95,3	94,3	5,5	3,5	2,6	3,9	4,2	3,0	1,4	1,4	1,9	1,8	1,1	0,8	1,0	0,9	1,1
Substancje wziewne	96,8	95,3	96,5	96,5	94,8	2,9	2,8	2,8	2,8	3,8	1,0	0,7	0,7	1,2	1,8	0,6	0,5	0,5	0,8	1,1
LSD lub inne halucynogenne (w 2013 r. i w 2016 r. razem z grzybami halucynogennymi)	97,5	94,9	95,1	94,9	94,2	2,3	3,3	4,4	4,3	4,4	1,3	1,4	1,8	2,2	2,2	0,5	0,7	1,1	1,1	1,2
Grzyby halucynogenne	96,1	94,7	-	-	-	3,6	3,4	-	-	2,0	1,4	1,4	-	-	-	1,1	0,6	-	-	-
Kokaina (w 2013 r. i 2016 r. razem z crackiem)	97,5	94,8	96	95,4	94,9	2,2	2,3	3,5	3,4	3,7	1,1	0,7	1,9	1,6	2,1	0,6	0,6	1,1	1,0	1,2
Crack	98,6	95,8	-	-	-	1,2	2,3	-	-	0,5	0,6	0,6	-	-	-	0,4	0,5	-	-	-
Relewin	99,1	96,7	98,5	97,1	97,0	0,8	1,4	1,0	1,7	1,6	0,4	0,4	0,4	0,7	1,1	0,3	0,3	0,2	0,6	0,9
Heroina	98,5	96,3	97,9	96,9	96,8	1,3	1,9	1,6	1,9	1,8	0,6	0,8	1,0	0,7	1,2	0,1	0,5	0,7	0,7	1,0
Leki przeciwkaszłowe lub na przeziębienie przyjmowane w celu odurzenia się	96,5	93,6	95,3	94,3	95,0	3,2	4,7	4,2	4,9	3,8	1,9	2,2	2,1	1,9	1,7	0,9	1,1	1,0	1,2	1,1
„Dopalacze” („legal highs”)	96,4	86,8	94,3	95,6	96,0	3,5	11,4	5,2	3,6	2,6	2,6	7,2	2,0	1,1	1,5	1,5	1,1	1,0	0,7	0,7
Dekstrometorfan (DXM)	98,8	97,0	98,1	97,0	96,8	1,0	1,3	1,4	1,8	1,6	0,6	0,4	0,8	0,8	0,9	0,5	0,2	0,1	0,6	0,5
Sterydy anaboliczne	96,4	95,2	97,1	95,7	96,3	3,4	2,9	2,2	2,9	2,2	1,9	0,9	1,2	1,5	1,3	0,7	0,5	0,7	1,3	0,9

Badania KBPN. W zestawieniu nie uwzględniono braków danych.

(14%, w 2016 roku 9%), a w ciągu ostatnich 30 dni – niemal co osiemnasty (6%, w 2016 roku 4%). W przypadku używania leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza odnotowano wzrost. Po marihuanie i haszyszu najbardziej rozpowszechnioną nielegalną substancją jest amfetamina. W roku 2008 do eksperymentów z tą substancją przyznało się 9% uczniów, a w ostatnich trzech pomiarach – 7%. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie w roku 2008 amfetaminę zażywało 4% uczniów, a w ostatnich trzech pomiarach – 3%, zaś wskaźniki dla zażywania w ciągu ostatnich 30 dni wynoszą 1% w roku 2008, 2% w roku 2010 i 2013 i 1% w roku 2016. Odsetek badanych, którzy sięgali po ecstazy, wyniósł 4% (w 2013 roku – 3%), 2% uczniów zadeklarowało eksperymentowanie z tą substancją w ciągu ostatniego roku (w 2008 roku – 3%, w 2010 i 2013 roku – 1%), a w ciągu ostatniego miesiąca – 1% we wszystkich latach.

W przypadku „dopalaczy” odnotowujemy spadek poziomu używania tych substancji. Odsetek badanych, którzy eksperymentowali z tymi środkami, jest taki sam jak w 2008 roku – ponad 3%. Używanie „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku i ostatniego miesiąca osiągnęło najniższy poziom od początku prowadzenia badań (po 1% uczniów).

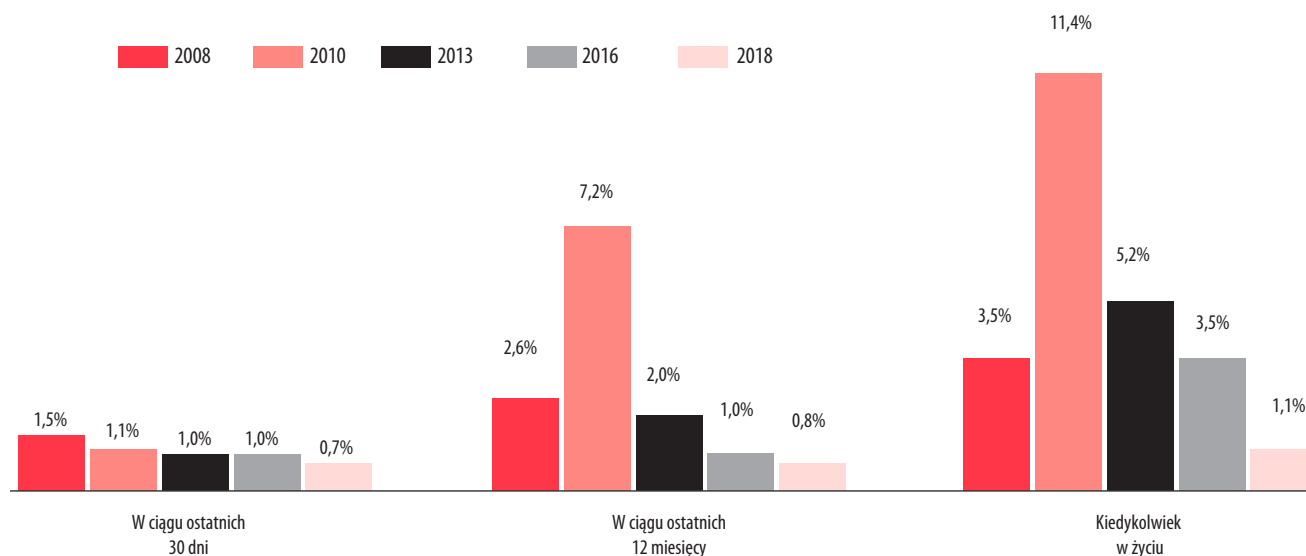
Podsumowanie

Wyniki ostatniego pomiaru z 2018 roku wskazują, że poziom palenia papierosów wśród młodzieży pozostaje

stabilny. W przypadku picia napojów alkoholowych w dłuższym okresie, od 1992 roku obserwujemy wzrost, ale w porównaniu do 2016 roku – stabilizację. Używanie narkotyków w ciągu ostatniego roku pozostaje na tym samym poziomie co we wcześniejszym pomiarze z 2016 roku. Najpopularniejsze były i pozostają marihuana lub haszysz oraz – co charakterystyczne – leki uspokajające i nasenne (niewymagające recepty od lekarza). W ciągu 12 miesięcy poprzedzających pomiar w roku 2018 marihuanę lub haszysz zażywał co piąty uczeń (20%, w 2016 roku – 21%), a w ciągu ostatnich 30 dni – co dziesiąty (10%, w 2016 roku – 9%). Zażywanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza kiedykolwiek w życiu zadeklarował co piąty uczeń (22%, w 2016 roku – 19%), w ciągu ostatnich 12 miesięcy – blisko co siódmy badany (14%, w 2016 roku 9%), a w ciągu ostatnich 30 dni – niemal co osiemnasty (6%, w 2016 roku – 4%). W ostatnim pomiarze odnotowano niewielki spadek używania konopi indyjskich wśród osób eksperymentujących z tego typu substancjami. W przypadku „dopalaczy” widać spadek poziomu używania tych substancji. Odsetek badanych, którzy eksperymentowali z tymi środkami, jest taki sam jak w 2008 roku – ponad 3%. Używanie „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku i ostatniego miesiąca osiągnęło najniższy poziom od początku prowadzenia badań, tj. od 2008 roku (po 1% uczniów).

Raport z badania jest dostępny na stronie CINN KBPN: <https://cinn.gov.pl/portal?id=166545>.

Wykres 1. Używanie „dopalaczy” (nowych substancji psychoaktywnych) przez młodzież .



Opublikowany został najnowszy raport Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), prezentujący ostatnie dane dotyczące problemu narkotyków i narkomanii w Europie. W niniejszym artykule przedstawiamy najważniejsze zagadnienia z raportu. Oficjalna prezentacja raportu w Polsce miała miejsce 23 lipca podczas konferencji Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Fundacji Res Humanae.

EUROPEJSKI RAPORT NARKOTYKOWY 2019 – NAJWAŻNIEJSZE ZAGADNIENIA

W raporcie EMCDDA zwraca się uwagę na niezmiennie wysoki poziom dostępności większości niedozwolonych substancji. Najnowsze dane pokazują, że w Europie (UE-28, Turcja i Norwegia) rocznie rejestruje się ponad 1 mln przypadków konfiskat narkotyków. Około 96 mln dorosłych w UE (w wieku od 15 do 64 lat) próbowało co najmniej raz w życiu narkotyków, a około 1,2 mln osób zostaje każdego roku poddanych leczeniu z powodu ich używania (UE-28). W 2018 roku w UE wykryto po raz pierwszy 55 nowych substancji psychoaktywnych, co oznacza, że EMCDDA monitoruje już ogółem 730 takich substancji.

Kokaina – czy rosnące zagrożenie?

Najnowsze dane dotyczące kokainy pokazują, że zarówno liczba konfiskat, jak i skonfiskowane ilości kokainy osiągają rekordowe poziomy. W 2017 roku w UE zgłoszono ponad 104 tys. konfiskat kokainy (98 tys. w 2016 roku), co oznacza 140,4 tony, czyli niemal dwukrotnie więcej, niż zdołano skonfiskować w 2016 roku (70,9 ton). Chociaż cena detaliczna kokainy pozostała stabilna, to jej czystość w sprzedaży ulicznej osiągnęła w 2017 roku najwyższy poziom w ciągu ostatniej dekady. Kokaina wwożona jest do Europy licznymi szlakami i w różny sposób, ale uwagę zwraca przede wszystkim wzrost wielkoskalowego przemytu z wykorzystaniem kontenerów używanych w żegludze morskiej. Według raportu EMCDDA istnieją dowody, które potwierdzają, że wykorzystanie mediów społecznościowych, ukrytych rynków „głębokiej sieci” (darknetu) i technik szyfrowania w coraz większym stopniu umożliwia mniejszym grupom i pojedynczym osobom udział w handlu narkotykami. Na rynku kokainy przedsiębiorczość przejawia się w innowacyjnych metodach dystrybucji. Jednym z przykładów jest istnienie „centrów obsługi telefonicznej” poświęconych

kokainie, których kurierzy zapewniają szybką i elastyczną dostawę. Metody te – stanowiące odzwierciedlenie potencjalnej „uberyzacji” handlu kokainą – wskazują na istnienie konkurencyjnego rynku, na którym sprzedający walczą ze sobą, oferując oprócz samego produktu dodatkowe usługi.

Kokaina jest najczęściej stosowaną niedozwoloną substancją pobudzającą w UE, którą w 2017 roku (dane szacunkowe) zażyło około 2,6 mln młodych dorosłych (w wieku od 15 do 34 lat).

Z przeprowadzonego niedawno badania dotyczącego pozostałości narkotyków w ściekach komunalnych wynika, że w latach 2017–2018 nastąpił wzrost stężenia metabolitów kokainy w 22 miastach spośród 38, dla których dostępne są dane za ten okres, co potwierdza tendencję wzrostową obserwowaną także w 2016 roku. W 2018 roku najwyższe standaryzowane wartości pozostałości kokainy na 1000 mieszkańców na dzień odnotowano w miastach w Belgii, Holandii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii. Najnowsze dane wskazują także na wzrost w niektórych miastach Europy Wschodniej, choć jest to wzrost z niskiego poziomu. Istnieją podstawy, by twierdzić, że wzrost podaży kokainy wiąże się z większą liczbą zgłaszanych problemów zdrowotnych. Według najnowszych szacunków około 73 tys. pacjentów rozpoczyna obecnie specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków w związku z problemami wynikającymi z używania kokainy. Szczególny niepokój budzi znajdująca się wśród nich grupa 11 tys. osób, które rozpoczęły leczenie w związku z problemami związanymi z używaniem cracku, będącego szczególnie szkodliwą formą konsumpcji kokainy. Liczba pacjentów uznanych za wymagających podjęcia po raz pierwszy leczenia w związku z uzależnieniem od kokainy wzrosła w latach 2014–2017 o 37%, co wskazuje na rosnące potrzeby w obszarze leczenia. W 2017 roku kokaina była również niedozwolonym środkiem odurzającym naj-

częściej zgłaszanym w wymagających nagłej interwencji medycznej przypadkach związanych z narkotykami, rejestrowanych przez sieć 26 wskaźnikowych szpitali w 18 krajach europejskich (Euro-DEN Plus). W Polsce z powodu kokainy leczenie nadal podejmuje niewielka grupa osób – tj. 2,5% wszystkich leczonych z powodu narkotyków. Ponadto rozpowszechnienie używania tej substancji jest na niskim poziomie – 0,7% wśród osób w wieku 15-64 lata.

Heroina: oznaki zmian na rynku

Heroina jest nadal najpowszechniejszym niedozwolonym opioidem na rynku narkotykowym w Europie, odpowiedzialnym w znacznym stopniu za koszty zdrowotne i społeczne ponoszone w związku z zażywaniem narkotyków. Ilość heroiny skonfiskowanej w UE wzrosła w 2017 roku do 5,4 tony, czyli o ponad tonę, a kolejne 17,4 tony skonfiskowała Turcja (z czego część byłaby przeznaczona na rynek unijny). Niepokojącą informacją jest konfiskata w 2017 roku na terytorium UE 81 ton prekursora heroiny, tj. bezwodnika octowego, oraz zatrzymanie dostaw 243 ton tego związku che-

micznego. Ponadto w ostatnich latach w państwach UE (Bułgaria, Czechy, Hiszpania i Holandia) odkryto laboratoria produkujące heroinę z morfiny przy użyciu tego prekursora. Czystość heroiny pozostaje na wysokim poziomie, a cena detaliczna jest stosunkowo niska (spadek w ciągu ostatniej dekady).

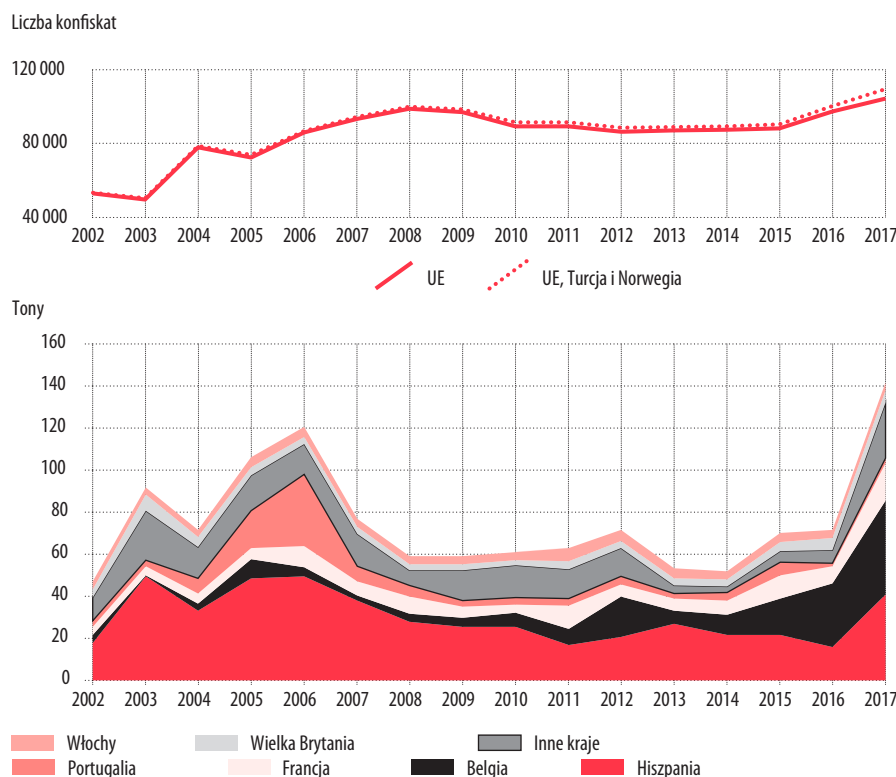
Zgodnie z globalną agendą na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030 celem Europy jest walka z wirusowym zapaleniem wątroby, stanowiącym zagrożenie dla zdrowia publicznego. Zapewnienie osobom przyjmującym heroinę lub inne narkotyki drogą iniekcji lepszego dostępu do profilaktyki, badania i leczenia HBV i HCV ma kluczowe znaczenie dla osiągnięcia tego celu, ponieważ to te osoby są najbardziej obciążone chorobą oraz najbardziej narażone na jej przenoszenie. W raporcie EMCDDA zwraca się uwagę na konieczność rozszerzenia działań mających na celu walkę z wirusowym zapaleniem wątroby, zwłaszcza w niektórych częściach Europy Wschodniej. W ramach działań mających na celu walkę z wirusowym zapaleniem wątroby Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wraz z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego oraz EMCDDA zorganizowało debatę, której zadaniem było

zidentyfikowanie barier w dostępie do testowania na HCV oraz do leczenia iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Celem spotkania w Warszawie było wypracowanie rozwiązań dla Polski, jak również opracowanie narzędzi do diagnozy sytuacji dla innych krajów UE.

Nowe opioidy syntetyczne: rosnące obawy

Obserwowaną obecnie w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie epidemię opioidów powoduje w dużym stopniu używanie opioidów syntetycznych, w szczególności fentanylu i jego pochodnych. Choć substancje te stanowią obecnie jedynie niewielką część rynku narkotykowego w Europie, to jednak budzą one coraz większe obawy, ponieważ ich używanie wiąże się z zatruciami

Wykres 1. Liczba konfiskat kokainy i skonfiskowane ilości: tendencje do 2017 roku lub ostatniego roku, za który dostępne są dane.



i zgonami. W 2018 roku w Europie wykryto 11 nowych opioidów syntetycznych, zazwyczaj występujących w formie proszków, tabletek i płynów. Ponieważ do wytworzenia tysięcy dawek do rozprowadzenia na ulicach wystarczy bardzo niewielka ilość surowca, substancje te łatwo jest ukryć i transportować, co z kolei stanowi wyzwanie dla organów ścigania i urzędów celnych.

Większość spośród 49 nowych opioidów syntetycznych, które monitoruje EMCDDA, stanowią pochodne fentanylu. W 2018 roku w Europie po raz pierwszy wykryto sześć pochodnych fentanylu (od 2009 roku wykryto ich łącznie 34). Według najnowszych danych 70% wszystkich konfiskat nowych opioidów syntetycznych dotyczy właśnie tych narkotyków o bardzo dużej sile działania. Zgłoszono ponad 300 przypadków konfiskaty karfentanylu, jednego z najsilniejszych środków odurzających z tej rodziny. W UE skonfiskowano również 4,5 kg N-fenetylo-4-piperidonu, czyli substancji chemicznej będącej prekursorem i wykorzystywanej do produkcji pochodnych fentanylu.

Dane uzyskane z monitorowania leczenia uzależnienia od narkotyków pokazują, że jedna na pięć osób (22%) rozpoczynających leczenie uzależnienia od narkotyków

w związku z uzależnieniem od opioidów wymienia obecnie jako główną substancję, od której jest uzależniona, dozwolony lub niedozwolony opioid syntetyczny, a nie heroinę. Oznacza to, że leki zawierające opioidy również odgrywają obecnie coraz większą rolę w problemie narkotykowym, z jakim zmagają się Europa.

Konopie indyjskie: nowa sytuacja w Europie

Konopie indyjskie są nadal najczęściej stosowanym niedozwolonym środkiem odurzającym w Europie, co wynika z danych dotyczących rozpowszechnienia używania, konfiskat i pojawiającego się zapotrzebowania na leczenie uzależnienia. Szacuje się, że w ciągu ostatniego roku konopi indyjskich używało 17,5 mln młodych Europejczyków w wieku od 15 do 34 lat (UE-28, dane szacunkowe z 2017 roku).

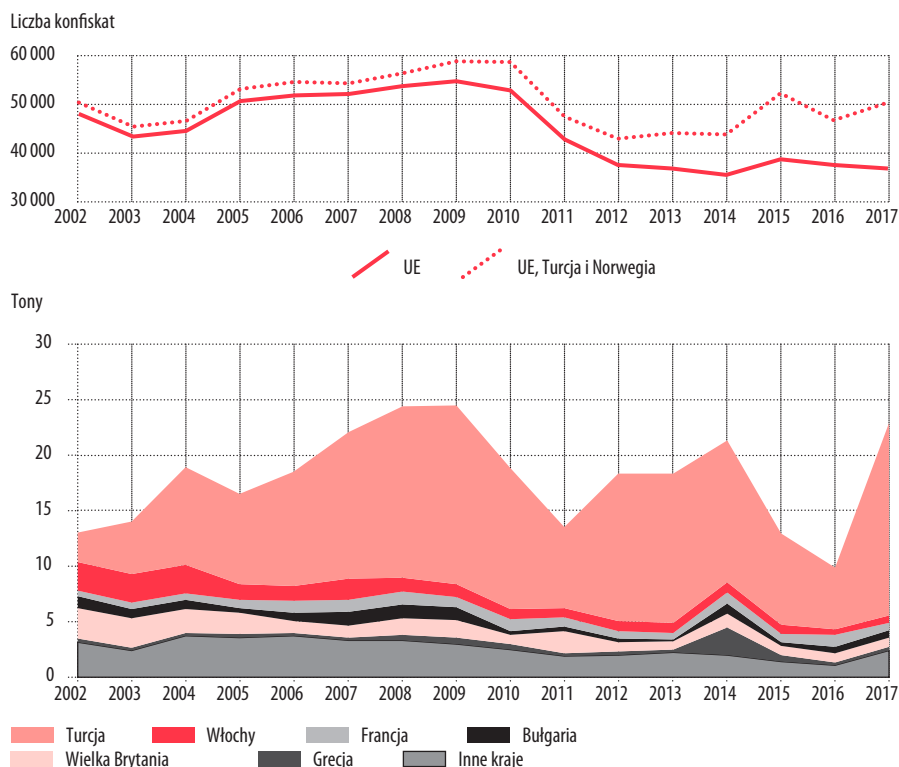
W 2017 roku państwa członkowskie UE zgłosiły 782 tys. konfiskat produktów z konopi indyjskich (marihuany, haszyszu, roślin i oleju), co sprawia, że jest to najczęściej konfiskowany środek odurzający w Europie. Ilości konfiskowanego haszyszu są ponaddwukrotnie większe

od ilości konfiskowanej marihuany (466 ton w porównaniu z 209 tona-

mi). Z badania przeprowadzonego niedawno przez EMCDDA wynika, że w ciągu ostatniej dekady typowa zawartość tetrahydrokannabinolu (THC) w marihuanie i haszyszu uległa podwojeniu, co wzbudza obawy dotyczące potencjalnych szkód. W przypadku haszyszu czynniki decydujące o wzroście średniej siły działania to m.in. wprowadzenie roślin o silnym działaniu oraz nowe techniki produkcji w Maroku, które to państwo jest głównym producentem haszyszu na rynek UE.

Szacuje się, że około 1% dorosłych (w wieku od 15 do 64 lat) w UE używa konopi indyjskich codziennie lub prawie codziennie. W 2017 roku około 155 tys. osób rozpoczęło w Europie leczenie uzależnienia od narkotyków w związku z problemami dotyczącymi używania tego

Wykres 2. Liczba konfiskat heroiny i skonfiskowane ilości: tendencje do 2017 roku lub ostatniego roku, za który dostępne są dane.



środka odurzającego; około 83 tys. z nich poddało się leczeniu po raz pierwszy. Konopie indyjskie są obecnie substancją najczęściej wymienianą jako główny powód zgłoszenia się do danego ośrodka przez osoby przyjmowane po raz pierwszy na specjalistyczne leczenie uzależnienia od narkotyków.

Konopie indyjskie: nowe produkty stwarzające dodatkowe wyzwania w złożonym obszarze polityki

Stworzenie legalnych rynków rekreacyjnych konopi indyjskich poza UE kształtuje innowacje w zakresie rozwoju produktów (np. e-płyny, produkty jadalne i koncentraty), które po części pojawiają się obecnie na europejskim rynku, gdzie stanowią nowe wyzwanie dla organów zajmujących się wykrywaniem i kontrolą narkotykową.

Konopie indyjskie zawierają wiele różnych związków chemicznych, z których najbardziej znane to tetrahydrokannabinol (THC) i kannabidiol (CBD). Jednym z przykładów szybkich zmian na rynku konopi indyjskich jest pojawienie się w sklepach ze zdrową żywnością lub w sklepach specjalistycznych w niektórych państwach UE produktów o niskiej zawartości THC. Sprzedaż odbywa się z wykorzystaniem propagowanego twierdzenia, że produkty te mają mniej niż 0,2% lub 0,3% THC, a zatem mają niewielki efekt odurzający lub nie mają go wcale, a tym samym nie podlegają obowiązującym przepisom dotyczącym kontroli środków odurzających. Niekiedy podkreśla się zawartość CBD w tych produktach jako substancji, która może mieć korzystne działanie. Obecnie dostępna jest szeroka gama produktów, w tym rośliny, mieszanki do palenia, pigułki, balsamy i kremy. Taka sytuacja powoduje problemy regulacyjne, ponieważ w niektórych państwach sprzedaż produktów o niskiej zawartości THC podlega karom przewidzianym przepisami karnymi, a w innych handel nimi jest możliwy bez żadnego zezwolenia.

Coraz większa rola Europy w produkcji narkotyków syntetycznych

Jak stwierdzono w raporcie, produkcja narkotyków syntetycznych w Europie zdaje się „wzrastać, dywersyfikować i nabierać innowacyjnych cech”. W celu

uzyskania substancji chemicznych niezbędnych do produkcji narkotyków syntetycznych wykorzystuje się nowe substancje. Celem tego jest uniknięcie wykrycia, lecz wiąże się to również z bardziej złożonym procesem przetwarzania (w wyniku którego mogą powstawać dodatkowe niebezpieczne odpady). Sytuacja ta znajduje odzwierciedlenie w zwiększonej liczbie konfiskat alternatywnych prekursorów, zarówno do wytwarzania MDMA, jak i amfetaminy i metamfetaminy, przy czym według najnowszych danych odnotowuje się wzrost w konfiskatach APAA i glicydowych pochodnych PMK.

W 2017 roku w UE zlikwidowano 21 laboratoriów MDMA (w 2016 roku było ich 11), przy czym wszystkie znajdowały się w Holandii. W Belgii odnotowano zrzuty odpadów chemicznych, które mogą sugerować, że w kraju tym odbywała się produkcja MDMA. Najnowsze dane pokazują, że zawartość MDMA w tabletkach „ekstazy” osiągnęła w 2017 roku najwyższy poziom od 10 lat. EMCDDA odnotowuje, że w 2017 roku w UE skonfiskowano 6,6 mln tabletek MDMA, co stanowi najwyższy wynik od 2007 roku. Monitorowanie otwartych źródeł informacji i działań w „głębokiej sieci” wskazuje na istotną rolę Europy w światowych dostawach MDMA. Świadczą o tym również konfiskaty w państwach sąsiadujących z UE. W Turcji we wspomnianym roku skonfiskowano więcej tabletek MDMA (8,6 mln) oraz więcej amfetaminy (6,6 tony) niż łącznie we wszystkich państwach członkowskich UE. Ponadto kraj ten skonfiskował wyjątkowo duże ilości metamfetaminy (658 kg), zbliżone do ilości skonfiskowanych w całej UE (662 kg).

Czystość metamfetaminy i amfetaminy jest na wyższym poziomie niż przed dekadą. Metamfetamina produkowana jest głównie w Czechach oraz na obszarach przygranicznych państw sąsiadujących; niewielka produkcja odbywa się również w Holandii. Z analizy ścieków komunalnych i innych danych wynika, że użycie metamfetaminy jest generalnie na niskim poziomie, i koncentrowało się ono głównie w Czechach i na Słowacji. Obecnie można jednak odnotować to zjawisko również na Cyprze, we wschodnich Niemczech, w Hiszpanii, Finlandii i Norwegii. Co się tyczy amfetaminy, to w 21 miastach spośród 38, dla których dostępne są dane dotyczące ścieków komunalnych za lata 2017 i 2018, odnotowano zwiększenie ilości wykrywanej amfetaminy.

Mobilne zdrowie: geolokalizacja i wirtualna rzeczywistość, nowe narzędzia w reakcji na problemy uzależnienia od narkotyków

Powszechne wykorzystanie urządzeń mobilnych oznacza, że aplikacje m-zdrowie (mobilne aplikacje dotyczące zdrowia) mają duży potencjał, by zwiększyć zasięg usług medycznych związanych z uzależnieniem od narkotyków. Jak wynika z raportu EMCDDA, tego rodzaju nowatorskie rozwiązania cyfrowe są coraz częściej stosowane w profilaktyce uzależnień, leczeniu uzależnienia od narkotyków i redukcji szkód. W raporcie przedstawiono szereg przykładów aplikacji m-zdrowie, mających różne przeznaczenie – od rozpowszechniania informacji (np. dostęp do usług) po wspieranie inter-

wencji (np. dzienniki zażywania narkotyków) i powrót do zdrowia (np. aplikacje samopomocowe). Jednym z przykładów innowacji jest wykorzystanie geolokalizacji do pomocy osobom przyjmującym narkotyki drogą iniekcji w znalezieniu miejsc oferujących programy wymiany igieł i strzykawek. Ogromna liczba stworzonych w Europie aplikacji m-zdrowie koncentruje się na rozpowszechnianiu informacji dotyczących redukcji szkód skierowanych do młodych użytkowników, zwłaszcza bywalców imprez. Chociaż obecnie dostępne są liczne aplikacje m-zdrowia, to z przeprowadzonego ostatnio badania EMCDDA wynika, że nie zawsze spełniają one wysokie standardy jakości czy są zgodne z przepisami o ochronie danych lub poddawane rzetelnej ocenie.

Redakcja

Sieć Obywatelska Watchdog opublikowała raport o psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce na podstawie danych uzyskanych z Ministerstwa Zdrowia, oddziałów NFZ oraz szpitali mających oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży¹.

PSYCHIATRIA DZIECI I MŁODZIEŻY W POLSCE

Sieć zbierała dane w reakcji na doniesienia mediów o katastrofalnej sytuacji psychiatrii dziecięcej – przepełnionych szpitalach, brakach kadrowych i wielomiesięcznym oczekiwaniu nawet na prywatną wizytę u specjalisty. Pytania do Ministerstwa Zdrowia skierowała po wystąpieniach Rzecznika Praw Dziecka i Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie złej sytuacji w psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce.

Na pytania Sieci odpowiedzi udzieliły wszystkie oddziały NFZ oraz 30 szpitali prowadzących oddziały dzienne lub/i całodobowe (4 szpitale nie odpowiedziały na skierowane do nich zapytanie).

Raport opracowany na podstawie uzyskanych danych donosi, iż „nie ma województwa, w którym wszystkie dzieci potrzebujące hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym są od razu przyjęte. W marcu 2019 roku, kiedy szpitale wypełniały naszą ankietę, na miejsce w szpitalach psychiatrycznych w całej Polsce czekało łącznie 634 pacjentów². Z powodu braku miejsc ponad 60% dzieci jest odsyłanych do innych placówek.

Dane NFZ pokazują, że w 2019 roku na ponad 7 mln dzieci do 18. roku życia w ofercie szpitalnej jest 1021 miejsc w opiece stacjonarnej (906 łóżek psychiatrycznych plus 115 dostawek). A zakłada się, że ok. 10% dzieci (czyli ok. 700 tys.) potrzebuje opieki psychiatrycznej. Podlasie nie ma w ogóle szpitala psychiatrycznego dla dzieci. Zła sytuacja jest – biorąc pod uwagę liczbę łóżek w przeliczeniu na liczbę dzieci w danym województwie – w Wielkopolsce (50 łóżek na 705 tys. dzieci), w Małopolsce (50 łóżek na 680 tys. dzieci) i na Podkarpaciu (24 łóżka na ponad 300 tys. dzieci). Najlepiej wypada województwo lubuskie, które dysponuje 90 miejscami dla dzieci (na 194 tys.). W porównaniu z rokiem 2018 w większości województw liczba łóżek w szpitalach dla dzieci i młodzieży nie uległa zmianie (w małopolskim i pomorskim – nieznacznie wzrosła, a w wielkopolskim i śląskim zmalała).

Obok opieki całodobowej dostępne są miejsca w 37 oddziałach dziennych psychiatrii dzieci i młodzieży. Według danych NFZ w całej Polsce jest 37 takich

działów. Jednak aż 5 województw nie dysponuje tego typu placówkami (lubuskie, opolskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie i zachodniopomorskie). Najlepiej pod tym względem wygląda województwo dolnośląskie, potem lubelskie, najgorzej – poza województwami bez tego typu oferty – podlaskie (11 miejsc na dziennych oddziałach psychiatrii dziecięcej na 218 tys. dzieci w województwie) i wielkopolskie (44 miejsca na 700 tys. dzieci). W porównaniu z 2018 rokiem w roku 2019 tylko w województwie wielkopolskim liczba miejsc na dziennych oddziałach wzrosła (z 29 do 44), natomiast w województwie śląskim miejsc ubyło (ze 132 zostało 81).

Oczekiwanie na wizytę w ambulatoryjnych poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży wynosi 2-3 miesiące (dane NFZ). Przychodnie deklarują, że w przypadkach pilnych pacjenci przyjmowani są natychmiast. Sieć sprawdziła, czy dane publikowane przez NFZ w Informatorze o terminach leczenia na stronie terminyleczenia.nfz.gov.pl, a dotyczące czasu oczekiwania na wizytę, są rzetelne. W każdym przypadku telefoniczna informacja z przychodni była istotnie rozbieżna z terminem podanym w Informatorze.

Na oddziałach całodobowych brakuje lekarzy psychiatrów ze specjalnością psychiatrii dzieci i młodzieży. Z danych zebranych ze szpitali wynika, że na 1 łóżko przypada 0,1 etatu specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży. Następuje też odpływ psychiatrów o tej specjalizacji (w szpitalach, w których uzyskano informacje, pracuje w 2019 roku 87 specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży wobec 96 zatrudnionych w 2018 roku). Szpitale starają się radzić sobie poprzez zatrudnianie lekarzy psychiatrów o innych specjalnościach lub rezydentów. Jednak nie likwiduje to niedoborów. Na przyszpitalnych oddziałach dziennych z obsadą specjalistów jest jeszcze gorzej niż na oddziałach całodobowych. Z zebranych danych wynika także, że zarówno na oddziałach całodobowych, jak i na oddziałach dziennych brakuje pielęgniarek.

Lepiej wygląda stan zatrudnienia psychologów, terapeutów i socjoterapeutów – zarówno na oddziałach całodobowych, jak i na oddziałach dziennych. Większość oddziałów całodobowych radzi sobie z zachowaniem ministerialnej normy 1 etatu na 10 łóżek. Z danych uzyskanych z 24 oddziałów wynika, że 21 z nich spełnia normę (1 jest bliski normy). W 2019 roku oddziały te zatrudniają 117 tego typu specjalistów, z wynikiem 3,9 etatu na oddział. 10 oddziałów dziennych, z których uzyskano dane zachowuje normę 1 etatu na 14 łóżek (1 jest bliski normy) W sumie oddziały te zatrudniają 44 tego typu specjalistów, z wynikiem 2,6 etatu na oddział.

Dane NFZ pokazują, że w 2019 roku na ponad 7 mln dzieci do 18. roku życia w ofercie szpitalnej jest 1021 miejsc w opiece stacjonarnej (906 łóżek psychiatrycznych plus 115 dostawek). A zakłada się, że ok. 10% dzieci (czyli ok. 700 tys.) potrzebuje opieki psychiatrycznej. Podlasie nie ma w ogóle szpitala psychiatrycznego dla dzieci. Zła sytuacja jest także w Wielkopolsce, Małopolsce i na Podkarpaciu.

Dokonany przez Sieć przegląd pokazuje, że sytuacja w psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce jest zła. Brakuje miejsc w szpitalach, na oddziałach miejskich i w poradniach zdrowia psychicznego. Zbyt mało jest specjalistów. Spore różnice występują między województwami. W Podlaskim – jak piszą autorki raportu – „ta opieka jest iluzoryczna, nie ma szpitala, jest jedynie 11 miejsc na oddziale dziennym i 5 poradni zdrowia psychicznego na ponad 200 tysięcy dzieci w całym województwie”. Raport wskazuje, że „W wielu innych województwach sytuacja jest tylko nieznacznie

lepsza. Aż pięć województw nie ma w ogóle oddziałów dziennych psychiatrii dziecięcej, a na miejsce w oddziałach całodobowych na przełomie marca i kwietnia tego roku czekało ponad 600 dzieci”.

Ministerstwo Zdrowia dostrzega tę złą sytuację. Raport Sieci donosi o powołaniu przez ministra zdrowia specjalnego Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, którego zadaniem jest naprawa sytuacji. Opracowany został nowy model opieki psychiatrycznej. Podstawową rolę ma w nim odgrywać sieć poradni psychologiczno-pedagogicznych wspieranych przez specjalistów. Ta rekomendacja wymaga uzgodnień i podjęcia współpracy z Ministerstwem Edukacji i kadrami nauczycielską oraz zmian legislacyjnych i modelu finansowania poradni i jednostek opieki psychiatrycznej. Nowy model będzie miał kształt piramidy:

- poziom pierwszy – najszerszy – to Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży, który będzie opierał się na poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Zakładany czas oczekiwania na wizytę nie będzie przekraczać 4 dni;
- drugi poziom – Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – będzie oferować specjalistyczną opiekę dzienną świadczoną przez psychiatrę dzieci i młodzieży/psychologa klinicznego, z możliwością uzyskania pomocy na oddziale dziennym;
- trzeci poziom – Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej – oferowany w najpoważniejszych sytuacjach w systemie całodobowych szpitalnych świadczeń psychiatrycznych.

Zmiana nowego modelu opieki nad dziećmi i młodzieżą ma na celu wczesne wychwycenie przypadków występowania zaburzeń psychicznych i skoordynowanie zadań instytucji już obecnie realizujących zadania w tym zakresie, ale działających w poszczególnych resortach. Chodzi o zlikwidowanie sytuacji polegającej na tym, że hospitalizacja na oddziale całodobowym jest pierwszym kontaktem młodego pacjenta z placówką pomocową. Sieć informuje, że na realizację planowanych zmian nie przeznaczono żadnych dodatkowych pieniędzy. W ocenie skutków regulacji pisze się, że „Zmiana nie wiąże się ze wzrostem wydatków na realizację świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Zmiana może spowodować relokację

środków finansowych między świadczeniodawcami wskutek zmian w strukturze i liczbie realizowanych świadczeń przez świadczeniodawców na poszczególnych poziomach referencyjnych”.³ Ostatnio (czerwiec 2019 roku) minister zdrowia Łukasz Szumowski przyznał, że były w tej dziedzinie zaniedbania, ale poinformował, że w ostatnim czasie po raz pierwszy od 10 lat zwiększono znacząco finansowanie psychiatrii dziecięcej: „To zawsze był – jak to się mówi – zapomniany przez Boga i ludzi obszar. W tej chwili to wzrosło bardzo. Chcemy jeszcze wzmocnić ten obszar, w związku z tym już drugi raz podnosimy wyceny świadczeń psychiatrycznych, żeby doprowadzić do poprawy sytuacji w szpitalach, przychodniach i wśród psychiatrów dziecięcych. Tych psychiatrów jest coraz więcej, ale jest ich drastycznie mało. To jest kilkaset osób na całą Polskę. Na szczęście liczba osób, która leczy dzieci, rośnie, i mam nadzieję, że będzie rosła coraz bardziej” – powiedział⁴.

Przypisy

¹ Pełny raport: https://siecobywatelska.pl/wp-content/uploads/2019/06/raport_6.pdf (dostęp 15.07.2019 r.).

² Roksana Maślankiewicz, Martyna Bójko „Psychiatria dzieci i młodzieży w Polsce”: <https://www.narkomania.org.pl/czytelnia/psychiatria-dzieci-i-mlodziezy-w-polsce/> (dostęp 16.07.2019 r.).

³ Roksana Maślankiewicz, Martyna Bójko, op. cit.

⁴ Minister zapowiada reformę psychiatrii dziecięcej <https://www.prawo.pl/zdrowie/psychiatria-dzieci-minister-zdrowia-zapowiada-zmiany,436875.html> (dostęp 16.06.2019 r.).

W papierowej wersji Serwisu Informacyjnego Uzależnienia nr 1/2019, w artykule Marcina J. Sochockiego i Bartłomieja Walczaka pt. UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH I PROFILAKTYKA W ŚRODOWISKU MŁODZIEŻY NIESŁYSZĄCEJ I SŁABOSŁYSZĄCEJ opuszczono odnośniki.

Autorów i czytelników przepraszamy.

Odnośniki zostały przywrócone w internetowej wersji artykułu dostępnej na stronie siu.praesterno.pl.

KAMPANIA EDUKACYJNA KRZYWO WESZŁO – ZMIENŲ USTAWIENIA. DRUGA ODSŁONA

Kampania ruszyła w listopadzie 2018 roku, obecnie trwa druga odsłona działań promocyjnych w internecie i przestrzeni miejskiej Warszawy, Wrocławia, Poznania, Krakowa i Łodzi.

Zadaniem kampanii jest dostarczenie treści edukacyjnych i profilaktycznych młodzieży i rodzicom, przy czym nacisk kładzie się na rzetelną informację o działaniu poszczególnych substancji psychoaktywnych i ryzyku związanym z ich przyjmowaniem.

KRZYWO WESZŁO...

Grupą docelową kampanii są wszystkie osoby w wieku 16-20 lat, zatem można ją zaliczyć do działań z zakresu profilaktyki uniwersalnej. Działania te dostosowano do specyfiki grupy, w szczególności przez dobór mediów i formę przekazania treści. Kampania jest widoczna przede wszystkim w internecie: gra na stronie krzywoweszlo.pl, animowane spoty reklamowe pojawiające się na YouTube, artykuły na popularnych serwisach internetowych, skierowane głównie do rodziców („Dlaczego nastolatek sięga po narkotyki”), ale budzące także duże zainteresowanie młodzieży, co znajduje odbicie w ich aktywności na profilu facebookowym @krzywoweszlo.

Co oznacza sformułowanie *krzywo weszło*? Pierwszy człon hasła kampanii odnosi się do ryzyka związanego z potencjalnym użyciem substancji psychoaktywnych i do samego **faktu** używania przez młodzież tych substancji. Faktu tego nie da się zignorować, umniejszyć ani pominąć nawet w działaniach skierowanych do **ogółu populacji** 16-20 lat.

Jeśli przyjrzeć się badaniom ESPAD (European School Survey Project), prowadzonym na grupach młodzieży w wieku 15-16 lat i 17-18 lat, to okaże się, że wśród młodszych respondentów blisko 1/4 choć raz w życiu próbowała nielegalnych substancji, najczęściej były to przetwory konopi (marihuana lub haszysz). W starszych klasach z substancjami z grupy cannabis miało do czynienia już 43% respondentów, przy czym **wśród chłopców wskaźnik ten wyniósł 49%**.

Używanie marihuany/haszyszu kiedykolwiek w życiu.						
Rok realizacji badania						
wiek	1995	1999	2003	2007	2011	2015
15-16 lat	8	14	18	16	23	24
17-18 lat	17,1	22,4	36,7	27,9	37,3	43

Na podobne tendencje wskazuje ostatni raport CBOS – KBPN „Młodzież 2018”, dotyczący 19-latków. Szerzej pisze o nim Artur Malczewski w niniejszym numerze SIU, tutaj jednak warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden fakt, którego nie należy ignorować.

Jest to powszechność używania leków uspokajających i nasennych bez wskazania lekarza, których użycie kiedykolwiek w życiu zadeklarowało 22% respondentów. Przy czym takie zachowanie jest domeną dziewcząt – w badaniu ESPAD 17% uczniów zadeklarowało użycie leków: 11% chłopców i 23% dziewcząt.

Podobnie jak w przypadku „dopalaczy” w 2010 roku, o popularności leków – ale i tym większym zagrożeniu – może przesądzać status ich „legalności”, z którym wiąże się skojarzenie braku szkodliwości. W przypadku leków dodatkowo pokutuje brak świadomości, że używane niewłaściwie, są takimi samymi środkami odurzającymi, jak alkohol, marihuana i heroina. Ta ostatnia substancja wymieniona jest nieprzypadkowo, ponieważ wiele leków zawiera syntetyczne opioidy, często wielokrotnie silniejsze od naturalnych opiatów, przez co można się nimi doprowadzić do stanu zbliżonego do odurzenia heroiną – najsilniej uzależniającym „tradycyjnym” narkotykiem.

Warto wskazać jeszcze na niebezpieczeństwo związane z możliwością nabywania leków w internecie, gdzie często sprzedawane są podróbki, zawierające w składzie nowe substancje psychoaktywne, tj. „dopalacze”. **Rośnie liczba zatruć fałszowanymi lekami – zwłaszcza sprzedawanymi jako benzodiazepiny!**

KRZYWO WESZŁO
ZMIENŲ USTAWIENIA

SAJKO

Psychodeliki to grupa substancji zmieniających percepcję.
LSD, MDMA, PSYLOCYBINA, MESKALINA I INNE

Ich działanie zależy od indywidualnych cech, przez co jest trudne do przewidzenia; może być długotrwałe i nieprzyjemne, jako tzw. bad trip.

UWAGA: efekty mogą powracać nawet miesiące po zacyciu.

ZIELONE

Substancje roślinne z aktywnym związkiem THC.
MARIHUANA, HASZYSZ, OLEJE KONOPNE

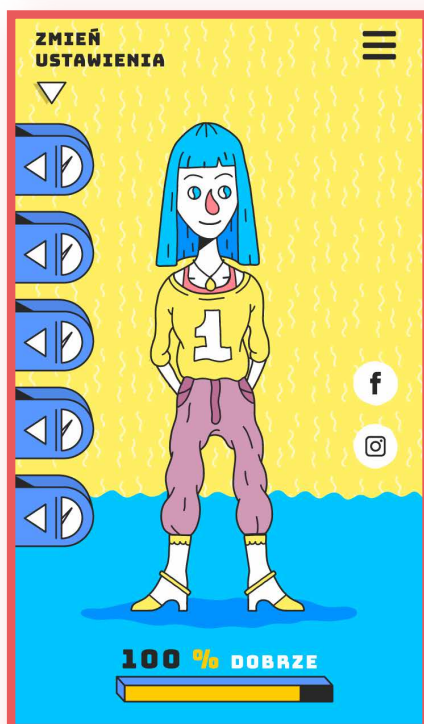
Częste używanie osłabia pamięć i utrudnia naukę; towarzyszy mu tzw. syndrom amotywacyjny – przewlekłe zniechęcenie do działania.

UWAGA: Wbrew powszechnej opinii, można się od nich uzależnić.

ZNAJ RYZYKO, NIE ULEGAJ PRESJI, ZNAJ ALTERNATYWY. ZMIENŲ USTAWIENIA.



... ZMIEN USTAWIENIA



Druga część hasła kampanii odnosi się do promowania prozdrowotnych postaw życiowych i umiejętności kierowania swoim postępowaniem. Odpowiadające tym zagadnieniom treści mają charakter poradników, z jednej strony odnoszących się do przekonań normatywnych, z drugiej przygotowujących młodego człowieka do podejmowania istotnych wyborów w samodzielny sposób, bez ulegania presji czy chwilowym impulsom.

Wśród porad znajdują się wskazówki dotyczące asertywności oraz omówienie **procesu podejmowania decyzji**, którego poznanie i przećwiczenie w swobodnych warunkach – choćby w formie lektury – pomoże nie popełnić błędu w momencie, gdy decyzję trzeba będzie podjąć „w czasie rzeczywistym”, wobec autentycznego dylematu.

Ostatni element kampanijnych treści odnosi się do osób, które zetknęły się z problemem narkotykowym czy to w odniesieniu do własnej osoby, czy do otoczenia. Oprócz testu „Czy masz problem”, są to materiały pomocowe – informacje o placówkach i numer telefonu zaufania dla młodzieży.

Wszystkie treści kampanii są dostępne po wyborze **w grze** na stronie krzywoweszlo.pl postaci, której ustawienia będziemy zmieniać, przesuwając suwaki ze stanu związanego z używaniem substancji reprezentowanej przez postać do przeciwieństwa tego stanu, czyli normy. Treści pojawiają się w menu po prawej stronie oraz w formie ‘tipów’ przy zmianie ustawień.

Redakcja



Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA

Wydawca:
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65
e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl
www.kbpn.gov.pl

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

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

Egzemplarz bezpłatny
Numery archiwalne na stronie:
www.sin.praesterno.pl