



Serwis Informacyjny

UZALEŻNIENIA

ISSN 2543-8816

NR 1 (89) 2020

NR 1

2020

SPIS TREŚCI

Prawo

TAJEMNICA ZAWODOWA PSYCHOLOGA

Katarzyna Syroka-Marczewska 1

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

Paulina Celińska-Chomiuk..... 5

Profilaktyka

ASAP PROJEKT. ANALIZA SYSTEMÓW PROFILAKTYCZNYCH W EUROPIE

Artur Malczewski 11

Uzależnienia behawioralne

PRZYCZYNY CYBERPRZEMOCY RÓWIEŚNICZEJ W NARRACJI ADOLESCENTÓW

Anna Szuster 16

Leczenie, redukcja szkód

NAKŁADY NFZ NA LECZENIE OSÓB UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH INNYCH NIŻ ALKOHOL. PROGRAMY LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

Jacek Charmast..... 22

Analiza

WPLYW DRUGIEGO PRZEJŚCIA DEMOGRAFICZNEGO NA WIARYGODNOŚĆ SZACUNKU NATĘŻENIA PROCESÓW ZWIĄZANYCH Z NARKOMANIĄ

Tomasz Michalski..... 31

Badania, raporty

UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ PROBLEMOWYCH UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW I ZAGROŻENIA Z TYM ZWIĄZANE

Łukasz Wieczorek..... 34

NARKOTYKI, NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE I PROBLEMY ZWIĄZANE Z SUBSTANCJAMI PSYCHOAKTYWNYMI – RAPORT KBPN

Artur Malczewski 39

ORGANIZACJA I WARUNKI PRACY PRACOWNIKÓW SOCJALNYCH W GMINACH.

WYNIKI KONTROLI NIK 48 i III okładka

KORONAWIRUS. JAK ZAPOBIEGAĆ ZAKAŻENIU IV okładka

Przypadki zwolnienia psychologa z zachowania poufności zostały ściśle określone w ustawie o zawodzie psychologa. Psycholog nie będzie zobowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej tylko, jeżeli poważnie zagrożone jest życie klienta lub innych osób, albo gdy stanowią tak przepisy innych ustaw.

TAJEMNICA ZAWODOWA PSYCHOLOGA

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Uwagi ogólne

Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej wynikać może przede wszystkim z przepisów prawa. Konstytucja w art. 49 stanowi, że „zapewnia się wolność i ochronę tajemnicy komunikowania się. Ich ograniczenie może nastąpić jedynie w przypadkach określonych w ustawie i w sposób w niej określony”. Uzupełnieniem powyższej normy jest treść art. 51 ust. 1 Konstytucji, zgodnie z którym, nikt nie może być obowiązany inaczej niż na podstawie ustawy do ujawniania informacji dotyczących jego osoby. Jak wiadomo, ustawodawca nie reguluje prawnie zasad wykonywania wszystkich funkcjonujących w życiu społecznym zawodów, wydaje się zatem, że jeśli decyduje się na taki krok, jest to wyrazem szczególnej troski o należyte spełnianie wiążących się z danym zawodem obowiązków¹. Dotyczy to w szczególności zawodu psychologa, który zgodnie z **art. 14 ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów**² (dalej: ustawa o zawodzie psychologa) **ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z klientem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.**

Osoby, które sięgają po narkotyki, wkraczają na niebezpieczną ścieżkę, która rozpoczynając się okazjonalnym używaniem narkotyku, może się zakończyć uzależnieniem³, niosącym ze sobą poważne konsekwencje zdrowotne, społeczne, zawodowe, a także problemy z prawem (nie tylko z powodu faktu, że w świetle polskiego prawa nieuprawnione posiadanie każdej ilości narkotyku lub substancji psychotropowej⁴ jest przestępstwem, ale też i dlatego, że potrzeba zdobycia środków na narkotyki popycha wielu ludzi do popełniania czynów zabronionych)⁵. Uzależnienie może także wymagać pracy terapeutycznej, która może być terapią finansowaną ze środków publicznych albo prywatnie przez osobę uzależnioną. Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie określenia wykazu specjalności lekarskich oraz zawodów niemedycznych uprawniających do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych⁶ lekarz psychiatra, psychiatra dzieci i młodzieży oraz lekarz medycyny rodzinnej ma prawo leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych.

Z kolei jedynie psycholog oraz pedagog posiadają uprawnienia do prowadzenia rehabilitacji osób uzależnionych. Jeżeli terapia jest prowadzona przez lekarza psychiatrę, wówczas będą miały zastosowanie przepisy ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty⁷ (art. 40⁸) oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego⁹ (art. 50 i n.)¹⁰. Osoba uzależniona może jednak odpłatnie i na własny koszt korzystać z pomocy psychoterapeuty, którego znalazła w internecie albo został jej polecony przez rodzinę lub przyjaciół, znajomych. W tym miejscu należy podkreślić, że **nie każdy psychoterapeuta jest psychologiem**. Psychoterapeutami mogą być osoby, które ukończyły studia wyższe (niekoniecznie studia psychologiczne) i odbyły odpowiednie szkolenie z zakresu psychoterapii¹¹. Oznacza to, że żaden akt prawny nie reguluje aktualnie tajemnicy zawodowej psychoterapeuty. Tajemnica zawodowa znajduje odzwierciedlenie w kodeksach etycznych poszczególnych towarzystw psychoterapii lub odpowiednich stowarzyszeń, które nie mają jednak rangi ustawowej. Nadzór merytoryczny sprawuje Polska Rada Psychoterapii¹², której celem od dwunastu lat jest dbanie o wysokie standardy kształcenia psychoterapeutów i prowadzenie psychoterapii w Polsce.

Zawód psychologa

Wykonywanie zawodu psychologa polega na świadczeniu usług psychologicznych, a w szczególności na diagnozie psychologicznej, opiniowaniu, orzekaniu, psychoterapii oraz udzielaniu pomocy psychologicznej. Zgodnie z powyżej wskazaną ustawą psychologowie tworzą samorząd zawodowy, a osoby wykonujące zawód psychologa i psychologowie-stażysci stają się członkami samorządu psychologów z mocy prawa. Aby uzyskać prawo do wykonywania zawodu psychologa obligatoryjnie należy dokonać wpisu na listę psychologów odpowiedniej Regionalnej Izby Psychologów. Warto zaznaczyć, że wpis poprzedza konieczność spełnienia łącznie szeregu wymogów, przykładowo odbycia podyplomowego stażu zawodowego, pod merytorycznym nadzorem psychologa posiadającego prawo wykonywania zawodu, które mają za zadanie weryfikować kwalifikacje i przeprowadzić swego

rodzaju selekcję osób ubiegających się o otrzymanie prawa do wykonywania zawodu psychologa¹³. Dopiero od tego momentu, zgodnie z ustawą, psycholog ma prawo świadczyć usługi psychologiczne. Psycholog każdorazowo powinien poinformować klienta o celu postępowania, jego przebiegu, wynikach i sposobie ich udostępniania oraz powinien uzyskać akceptację planowanych czynności.

Jak już wspomniano, psycholog ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z klientem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu (art. 14 ustawy o zawodzie psychologa). „Przy tak szeroko ujętym zakresie obowiązywania tajemnicy psychologa objęte nią będą nie tylko wiadomości związane ze stanem zdrowia psychicznego klienta, lecz także wszelkie inne informacje dotyczące klienta uzyskane przez psychologa w związku z wykonywanym zawodem, w tym informacje związane z życiem rodzinnym czy stanem majątkowym klienta. W szczególności należy zaś uznać, że **tajemnicą objęta jest sama informacja o fakcie korzystania z usług psychologa**. Co więcej, zakres tajemnicy zawodowej psychologa rozciąga się na wszelkiego rodzaju informacje o kliencie, o których psycholog dowiedział się w związku z prowadzoną działalnością psychologiczną, bez względu na sposób ich uzyskania lub formę utrwalenia. Tajemnicą psychologa objęte będą więc zarówno informacje uzyskane bezpośrednio od klienta, jak również od innych osób, bez względu na rodzaj nośnika, na jakim zostały one utrwalone, tj. w formie protokołu, nagrania dźwiękowego lub obrazu czy też notatki sporządzonej przez psychologa podczas świadczenia usług psychologicznych. Tajemnica zawodowa psychologa obejmuje informacje uzyskane nie tylko od klienta, ale także od osób trzecich. Wystarczającą przesłanką dla zaistnienia obowiązku przestrzegania tajemnicy zawodowej jest stwierdzenie związku pomiędzy wykonywanym zawodem a uzyskaniem określonych informacji¹⁴. Nie jest też istotne, czy psycholog powziął wiadomości zgodnie z wolą klienta, czy wbrew jego woli¹⁵. Co prawda, przytoczone powyżej tezy z orzecnictwa sądów powszechnych odnoszą się do tajemnicy radcy prawnego, jednakże ze względu na podobieństwo regulacji ustawowej oraz charakteru obu zawodów nie ma przeszkód, aby uznać, że tezy zawarte w orzeczeniach Sądu Najwyższego dotyczą również tajemnicy zawodowej psychologa. Należy także pamiętać, że obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej psychologa jest nieograniczony w czasie, co oznacza, że wiąże on psychologa, choćby ten zaprzestał wykonywania zawodu, został pozbawiony prawa jego wykonywania, a nawet po śmierci klienta¹⁶.

Szczególnym rodzajem tajemnicy zawodowej psychologa jest wynikający z art. 50 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego obowiązek zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym psycholog poweźmie wiadomość w związku z wykonywaniem

czynności przewidzianych w ww. ustawie. Ten rodzaj tajemnicy ma charakter bezwzględny, co oznacza, że nie ma możliwości zwolnienia z niej nawet przez prokuratora czy sąd. W orzecznictwie uznaje się, że tajemnicą określoną w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego objęte są wszystkie osoby, które działały dla ochrony zdrowia psychicznego. Tajemnica ta obejmuje zatem również przedstawicieli innych zawodów niż lekarz psychiatra. W konsekwencji **psycholog wykonujący czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego będzie zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym poweźmie wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności**¹⁷. Wskazać należy, że obowiązek zachowania tajemnicy odnosi się względem wszystkich osób poddanych badaniom i leczeniu w jej trybie, a nie tylko do tych, u których stwierdzono zaburzenia psychiczne¹⁸.

W kodeksach etycznych także zawarto obowiązek przestrzegania tajemnicy zawodowej. Jeżeli pacjent/klient ma mieć zaufanie do terapeuty i bez obaw mówić o trudnościach, to musi mieć głębokie przekonanie, że to, co mówi i robi, pozostanie w gabinecie i nie zostanie przekazane innym osobom¹⁹.

Okoliczności, w których kontakt z psychologiem nie ma dobrowolnego charakteru, nie zwalniają psychologa z poszanowania praw i godności bezpośredniego odbiorcy. Może dotyczyć to przymusowego leczenia psychiatrycznego oraz terapii małoletniej osoby uzależnionej. Wówczas zgodę na udział w terapii wyrażają rodzice dziecka. Nie oznacza to jednak przyzwolenia na przekazywanie dokładnej relacji z terapii. Psycholog powinien **skupić się jedynie na ogólnych wskazówkach i zaleceniach, jednocześnie informując dziecko o zamiarze rozmowy z rodzicami**. Prawidłowy proces terapeutyczny wymaga, aby pacjent czuł się bezpiecznie w relacji z terapeutą. Psycholog w swoich działaniach zawodowych powinien zachować bezstronność i obiektywność. Ponadto powinien być uważny na sytuację konfliktu ról i konfliktu interesów. Jednocześnie wskazane jest, aby unikał podtrzymywania nierealistycznych oczekiwań i dostarczał tym samym pacjentowi zgodnych z prawdą i wyczerpujących informacji, aby ten mógł w sposób świadomy podjąć decyzję w zakresie skorzystania z jego usług. W sytuacjach, w których psycholog nie jest w stanie zachować bezstronności, powinien zakończyć współpracę z daną osobą.

Zwolnienie psychologa z tajemnicy zawodowej

Przypadki zwolnienia psychologa z zachowania poufności zostały ściśle określone w ustawie o zawodzie psychologa. **Psycholog nie będzie zobowiązany do zachowania tajemnicy zawodowej tylko,**

jeżeli poważnie zagrożone jest życie klienta lub innych osób, albo gdy stanowią tak przepisy innych ustaw. Podobną regulację zawierają zasady etyczne i zgodnie z treścią Kodeksu Etycznego Psychologa, który został zatwierdzony przez Walne Zgromadzenie Delegatów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego 2 grudnia 2018 roku, tajemnica zawodowa może zostać uchylona, jeśli istnieje poważne zagrożenie życia lub zdrowia osób, lub gdy tak stanowią przepisy prawa powszechnego. Tytułem przykładu ustawy, która przewiduje zwolnienie psychologa z poufności, jest ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie²⁰. Na jej podstawie, pomimo obowiązku zachowania informacji w tajemnicy, psycholog, który w związku z wykonywaniem swoich obowiązków zawodowych powziął podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie czy nadużyć względem dzieci, powinien niezwłocznie zawiadomić o tym policję lub prokuratora. Jednocześnie terapeuta powinien uczynić wszystko, co możliwe, aby pacjent otrzymał pomoc adekwatną do sytuacji, jak również zachęcić go do wzięcia pełnej odpowiedzialności za krzywdy, które wyrządził innym²¹.

Psychologa nie będzie obowiązywała tajemnica zawodowa także w przypadku zwolnienia go z obowiązku zachowania poufności przez prokuratora lub sąd. Zgodnie z art. 180 § 1 kodeksu postępowania karnego²² osoby obowiązane do zachowania tajemnicy zawodowej związanej z wykonywaniem zawodu mogą odmówić zeznań co do okoliczności, na które rozciąga się ten obowiązek, chyba że sąd lub prokurator zwolnią te osoby z obowiązku zachowania tajemnicy, jeżeli ustawy szczególne nie stanowią inaczej. Koniecznym argumentem do zwolnienia z tajemnicy zawodowej jest uznanie, że zeznania terapeuty objęte poufnością są niezbędne dla prawidłowego wyrokowania w sprawie. Warto w tym miejscu podkreślić, że policja nie ma uprawnień do zwolnienia psychologa z tajemnicy. Jeżeli organy ścigania zwracają się o udostępnienie informacji albo notatek z sesji dotyczących pacjenta, terapeuta nie ma obowiązku ich przekazywania. W procesie cywilnym na podstawie art. 261 § 2 kodeksu postępowania cywilnego²³ psycholog może odmówić odpowiedzi na zadane pytanie, jeżeli zeznanie miałoby być połączone z pogwałceniem istotnej tajemnicy zawodowej. W odróżnieniu od spraw karnych, kodeks postępowania cywilnego nie przewiduje możliwości zwolnienia psychologa z zachowania tajemnicy zawodowej przez jakikolwiek organ procesowy, co oznacza, że psycholog obowiązany jest odmówić odpowiedzi na zadane pytanie, jeżeli dotyczy ono okoliczności objętej tajemnicą zawodową psychologa. Analizując szereg przepisów dotyczących tajemnicy zawodowej, należy dojść do przekonania, że są one niejasne i nieprecyzyjne. Nie usprawiedliwia to jednak ich interpretacji w sposób niezgodny z interesem jednostki²⁴.

Co istotne, ustawa o zawodzie psychologa wśród przypadków zwolnienia psychologa z zachowania poufności nie wymienia sytuacji, w której tajemnica może zostać zniesiona na prośbę samego klienta. Oznacza to, że osoba, której świadczona jest pomoc psychologiczna, nie może zwolnić psychologa z obowiązku zachowania tajemnicy. Psycholog zaś nie może zeznawać w postępowaniu sądowym na okoliczność objętą tajemnicą zawodową bez zwolnienia go z tajemnicy przez właściwy organ, nawet na prośbę samego klienta²⁵.

W sytuacji, gdy do psychologa zwraca się prawnik, adwokat, radca prawny z pytaniem, czy dana osoba korzysta z jego pomocy albo z bardziej szczegółowymi pytaniami, terapeuta nie jest zobligowany do udzielenia jakiegokolwiek informacji w tym zakresie.

Odpowiedzialność psychologa za naruszenie tajemnicy zawodowej

W przypadku naruszenia zasad poufności członkowie samorządu psychologów podlegają **odpowiedzialności dyscyplinarnej**. Postępowanie nie może zostać wszczęte, jeżeli od chwili popełnienia czynu upłynęły 3 lata. Postępowanie dyscyplinarne toczy się przed Regionalną Komisją Dyscyplinarną. Regionalny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przed wniesieniem sprawy do Regionalnej Komisji Dyscyplinarnej przeprowadza postępowanie przygotowawcze polegające na zebraniu niezbędnych informacji od osób i instytucji. Niezależnie od wyników tego postępowania wniesienie sprawy następuje nie później niż w ciągu 90 dni od wpłynięcia wniosku.

Przepisy prawa przewidują kary dyscyplinarne, do których należy upomnienie, nagana z ostrzeżeniem, zawieszenie w prawie wykonywania zawodu na czas od 3 do 12 miesięcy oraz skreślenie z listy psychologów z pozbawieniem prawa wykonywania zawodu. W praktyce samorząd psychologów niestety nie funkcjonuje zbyt sprawnie i ta odpowiedzialność jest iluzoryczna. Może prowadzić to do sytuacji, w których osoby wykonują swoje czynności bez prawa do wykonywania zawodu, a prywatne praktyki są prowadzone przez magistrów psychologii bez żadnego doświadczenia. Świadomość pewnej bezkarności może mieć także negatywny wpływ na jakość świadczonych usług psychologicznych. Polskie Towarzystwo Psychologiczne zauważa te problemy i stale podejmuje rozmowy oraz wystosowuje pisma do ustawodawcy, na razie bez rezultatów. „Na tle powyższego rodzi się pytanie o to, w jaki sposób można dochodzić swoich praw do czasu, aż ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologa nabierze bardziej realnego charakteru. Oczywiście zawsze pozostają ogólne, sprawdzone przepisy kodeksu cywilnego²⁶. Odpowiedzialność psychologa na gruncie prawa cywilnego może

przybrać formę zarówno odpowiedzialności kontraktowej²⁷ – czyli takiej, która swoje źródło ma w niewykonaniu bądź nieprawidłowym wykonaniu umowy łączącej pacjenta i psychologa, jak i deliktowej²⁸ – z tzw. czynu zabronionego, w myśl ogólnej zasady, że kto ze swojej winy wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia²⁹.

W bardzo ograniczonym zakresie w grę może wchodzić odpowiedzialność karna psychologa, który popełnił przestępstwo. Wspomnianej odpowiedzialności podlega ten tylko, kto popełnia czyn zabroniony pod groźbą kary przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia, o ile społeczna szkodliwość tego czynu jest wyższa niż znikoma³⁰, a sprawcy można przypisać bezprawność oraz winę. Przestępstwami, jakich dopuścić się może psycholog w trakcie swojej aktywności zawodowej, będą przede wszystkim np. narażenie człowieka na niebezpieczeństwo (art. 160 kk³¹), nieudzielenie pomocy (art. 162 kk) oraz spowodowanie ciężkiego, średniego albo lekkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 kk i art. 157 kk). Trudno wyobrazić sobie jednak sytuację, w której naruszenie tajemnicy zawodowej przez terapeutę będzie wiązało się z popełnieniem przestępstw, o których mowa powyżej. W przypadku przekroczenia poufności, możemy rozważać odpowiedzialność psychologa z art. 233 kk, czyli składanie fałszywych zeznań poprzez mówienie nieprawdy lub zatajanie prawdy.

Uwagi końcowe

Przewidziane w aktach normatywnych obowiązki zachowania pewnych informacji w poufności stanowią realizację norm wynikających z Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności zawartych w art. 30 (przyrodzona i niezbywalna godność człowieka), w art. 31 (ochrona prawna wolności człowieka), w art. 47 (prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym) i 51 (prawo do zachowania w tajemnicy informacji dotyczących swojej osoby)³². Tajemnica zawodowa jest jedną z immanentnych cech zawodów zaufania publicznego, a jej podstawowym zadaniem w przypadku psychologów jest przeprowadzenie nieskrępowanego procesu diagnostycznego i terapeutycznego.

Przypisy

- ¹ M. Rusinek, „Tajemnica zawodowa i jej ochrona w polskim procesie karnym”, Warszawa 2007, s. 44.
- ² Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, Dz.U. 2001 nr 73 poz. 763 z zm.
- ³ Zgodnie z treścią art. 1 pkt. 29 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. 2005 Nr 179 poz. 1485 z późn. zm., uzależnienie od środków odurzających lub substancji psychotropowych to zespół zjawisk psychicznych lub somatycznych wynikających z działania środków odurzających lub substancji psychotropowych na organizm ludzki, charakteryzujący się zmianą zachowania lub innymi reakcjami psychofizycznymi i koniecznością używania stale lub okresowo tych

środków lub substancji w celu doznania ich wpływu na psychikę lub dla uniknięcia następstw wywołanych ich brakiem.

- ⁴ Zgodnie z treścią art. 1 pkt 25 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, substancją psychotropową jest każda substancje pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy.
- ⁵ Strona Ministerstwa Sprawiedliwości, <https://www.ms.gov.pl/pl/dzialalnosc/przeciwdzialanie-narkomanii/>, dostęp z dnia 02.12.2019 r.
- ⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2000 r. w sprawie określenia wykazu specjalności lekarskich oraz zawodów niemedycznych uprawniających do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych. Dz.U. 2000 Nr 70 poz. 830.
- ⁷ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarz dentystry, Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152 z późn. zm.
- ⁸ Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Przepisu nie stosuje się, gdy: 1) tak stanowią ustawy; 2) badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje; 3) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób; 4) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia; 5) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu; 6) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń. Ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. Warto zwrócić uwagę, że lekarz, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w pkt 1-5, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417 z późn. zm. Osoba bliska wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia. Zwolnienia z tajemnicy lekarskiej nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska. W przypadku sporu między osobami bliskimi zgodę na ujawnienie tajemnicy wyraża sąd, o którym mowa w art. 628 Kodeksu postępowania cywilnego w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub lekarza. Lekarz może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o ujawnienie tajemnicy lub sprzeciwiająca się jej ujawnieniu jest osobą bliską. Sąd, wyrażając zgodę na ujawnienie tajemnicy, może określić zakres jej ujawnienia.
- ⁹ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535 z późn. zm.
- ¹⁰ Osoby wykonujące czynności wynikające z niniejszej ustawy są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, stosownie do odrębnych przepisów. Obowiązek zachowania tajemnicy nie dotyczy: 1) lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi; 2) właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej; 3) osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie, w jakim to jest niezbędne; 4) Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Agencji Wywiadu, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Policji, Żandarmerii Wojskowej, Straży Granicznej, Służby Więziennej, Służby Ochrony Państwa i ich upoważnionych pisemnie funkcjonariuszy lub żołnierzy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych; 5) policjanta, upoważnionego pisemnie przez kierownika jednostki organizacyjnej Policji, prowadzącego czynności operacyjno-rozpoznawcze w zakresie poszukiwań i identyfikacji osób. Warto w tym kontekście podkreślić, że w dokumentacji dotyczącej badań lub przebiegu leczenia osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, nie utrwała się oświadczeń obejmujących przyznanie się do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary np. posiadanie lub zażywanie narkotyków. Zasadę tę stosuje się również do dokumentacji dotyczącej badań przeprowadzonych na żądanie uprawnionego organu. Ponadto nie wolno przesłuchiwać osób obowiązanych do zachowania tajemnicy, stosownie do przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, jako świadków na okoliczność wypowiedzi osoby, wobec której podjęto leczenie psychiatryczne, co do popełnienia przez nią czynu zabronionego pod groźbą kary.
- ¹¹ Psychoterapeutą jest absolwent specjalistycznego całonocnego podypłomowego szkolenia w psychoterapii, trwającego co najmniej 4 lata (standardy szkolenia określone zostały przez Polską Radę Psychoterapii – min.

- 1200 godz. szkolenia teoretycznego i praktycznego, zawierającego terapię własną, superwizję i staż kliniczny). Psychoterapeuta (również psychoterapeuta w trakcie szkolenia) może prowadzić psychoterapię z pacjentami o różnych diagnozach w formie psychoterapii indywidualnej, grupowej, małżeńskiej/par i rodzin. Warunkiem rozpoczęcia specjalistycznego podyplomowego szkolenia w psychoterapii jest posiadanie dyplomu magistra. Po uzyskaniu zaświadczenia potwierdzającego ukończenie całonocnego podyplomowego szkolenia w psychoterapii i spełnieniu dodatkowych wymogów, psychoterapeuta może ubiegać się o dokument zwany certyfikatem psychoterapeuty w stowarzyszeniu zawodowym, którego jest członkiem. Studia z zakresu medycyny, psychologii, jak również specjalizacja z psychiatrii, psychologii klinicznej nie przygotowują do prowadzenia psychoterapii. Odrębny zawód, inny niż zawód psychologa, psychologa klinicznego, lekarza psychiatrii, specjalisty psychoterapii uzależnień, terapeuty środowiskowego, <https://prp.org.pl>, dostęp z dnia 02.12.2019 r.
- ¹² Organizacja zrzeszająca stowarzyszenia działające na terenie Polski, akredytujące lub prowadzące podyplomowe systematyczne i całościowe szkolenia w psychoterapii, oraz posiadające procedurę certyfikacyjną prowadzącą do uzyskania certyfikatu lub jego odpowiednika. Celem PRP jest dbanie o wysokie standardy kształcenia psychoterapeutów i prowadzenia psychoterapii w Polsce. Od ponad 12 lat PRP aktywnie uczestniczy w przygotowaniu i opiniowaniu rozwiązań legislacyjnych dotyczących zawodu psychoterapeuty, psychoterapii oraz zdrowia psychicznego, <https://prp.org.pl>, dostęp z dnia 02.12.2019 r.
- ¹³ <http://www.prawo.egospodarka.pl/132142,Martwe-przepisy-czyli-ustawa-o-zawodzie-psychologa,1,92,1.html>, dostęp z dnia 02.12.2019 r.
- ¹⁴ Postanowienie Sądu Najwyższego dnia 2 czerwca 2011 r., sygn. akt SDI 13/11.
- ¹⁵ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2012 r., sygn. akt SDI 32/12.
- ¹⁶ R. Minc, Opinia prawna nt. tajemnicy zawodowej psychologa z dnia 15.06.2017 r., <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=713>, dostęp z dnia 02.12.2019 r.
- ¹⁷ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 2005 r., sygn. akt I KZP 6/05.
- ¹⁸ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 stycznia 2008 r., sygn. akt V KK 230/07.
- ¹⁹ A. Fiutak, „Pomoc psychologiczna. Prawo i etyka w zawodach terapeuty i psychiatrii”, Warszawa 2016.
- ²⁰ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Dz.U. z 2015 r. poz. 1390 z późn. zm.
- ²¹ A. Fiutak, „Pomoc psychologiczna. Prawo i etyka w zawodach terapeuty i psychiatrii”, Warszawa 2016, s. 139.
- ²² Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego, Dz.U. 1997 Nr 89 poz. 555 z późn. zm.
- ²³ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego, Dz.U. 1964 Nr 43 poz. 296 z późn. zm.
- ²⁴ K. Flaga-Gieruszyńska, „Instytucja tajemnicy w postępowaniu cywilnym”, Rejent nr 1(81), 1998 r.
- ²⁵ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2012 r., sygn. akt SDI 32/12.
- ²⁶ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz.U. 1964 Nr 16 poz. 93 z późn. zm.
- ²⁷ Zgodnie z treścią art. 471 kodeksu cywilnego, dłużnik obowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.
- ²⁸ Zgodnie z treścią art. 415 kodeksu cywilnego, kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.
- ²⁹ <http://www.prawo.egospodarka.pl/132142,Martwe-przepisy-czyli-ustawa-o-zawodzie-psychologa,1,92,1.html>, dostęp z dnia 02.12.2019 r.
- ³⁰ Przy ocenie stopnia społecznej szkodliwości czynu sąd bierze pod uwagę rodzaj i charakter naruszonego dobra, rozmiary wyrządzonej lub grożącej szkody, sposób i okoliczności popełnienia czynu, wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków, jak również postać zamiaru, motywację sprawcy, rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia.
- ³¹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz.U. 1997 Nr 88 poz. 553 z późn. zm.
- ³² Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 2005 r., sygn. akt I KZP 6/05.

Karanie użytkowników narkotyków nadal w większości przypadków jest nastawione na represję karną aniżeli oddziaływania terapeutyczne, profilaktyczne i edukacyjne. Humanizacja prawa narkotykowego, wprowadzając rozwiązania prozdrowotne, alternatywne do karania, miała na celu wypracowanie standardów w postępowaniu karnym, które gwarantowałyby sprawcom przestępstw narkotykowych skorzystanie w pierwszej kolejności z tych mechanizmów. Dopiero, gdy te oddziaływania zawiodą, nie są wykorzystywane lub nie roszą na przyszłość, należy sięgać po środki karne.

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

Paulina Celińska-Chomiuk

Prawniczka, Fundacja Praesterno

Program Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych Stowarzyszenie JUMP '93

Bezwzględna kara pozbawienia wolności

Kara pozbawienia wolności jest najbardziej restrykcyjną reakcją państwa na przestępstwo, jednak w kontekście polityki narkoty-

kowej powoduje poważne szkody społeczne, psychiczne i moralne. Skazani to najczęściej użytkownicy narkotyków i drobni handlarze, a także osoby uzależnione. W przypadku młodych osób skazywanych za przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii¹

mamy do czynienia z realną stygmatyzacją i marginalizacją społeczną. Jak pokazuje statystyka, kara pozbawienia wolności dotyka szczególnie tych, których najłatwiej zdiagnozować, czyli okazjonalnych konsumentów, osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych i szkodliwie ich używających. Czyli sprawców, którzy z powodu używania środków odurzających i problemów z tym związanych dopuszczają się przestępstw narkotykowych wielokrotnie, często złapani na „gorącym uczynku” w trakcie rutynowej kontroli. Według danych z Ministerstwa Sprawiedliwości w 2015 roku policja stwierdziła 46 431 przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zakończonych w postępowaniach przygotowawczych, a w 2016 roku 51 323. Wskaźniki wykrywalności sprawców przestępstw narkotykowych stwierdzonych przez policję to 96,0 dla 2015 roku i 96,1 dla 2016 roku².

Humanizacja polityki karania za posiadanie narkotyków miała przede wszystkim stworzyć podstawy tego, by w stosunku do tej kategorii sprawców zaczęto stosować rozwiązania alternatywne do karania o charakterze terapeutycznym i leczniczym, a także probacyjne. I chociaż polski system karny wyraźnie wskazuje katalog tzw. przestępstw narkotykowych (art. 53-68 u.p.n.), nadal mamy do czynienia z faktycznym stosowaniem represji karnej za używanie narkotyków, które nie jest czynem stypizowanym w ustawie. Te oraz inne zachowania, np. posiadanie małych ilości na własny użytek, nadal podlegają sankcji karnej, natomiast rozwiązania alternatywne do kary pozbawienia wolności są stosowane w bardzo małym zakresie.

W 2015 roku policja i prokuratura stwierdziła i zakończyła w postępowaniach przygotowawczych 46 819 przestępstw z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a w 2016 roku było to 51 602 sprawy³. Natomiast w 2017 roku zarejestrowano 64 575 przestępstw stwierdzonych za naruszenie u.p.n. Najwięcej przestępstw (39 388, 61%) dotyczyło art. 62 (posiadanie narkotyków). Następnie 12 811 przestępstw (20%) dotyczyło art. 59 (handel), a 6632 sprawy (10%) stanowiły czyny z art. 58 (udzielanie). W 2017 roku odnotowano wzrost liczby podejrzanych z ustawy do 30 121 osób (29 434 osoby w 2016 roku). Najwyższy odsetek stanowili podejrzani z art. 62 – 83%, na drugim miejscu podejrzani z art. 59 – 5%⁴.

W 2015 roku ogółem skazano 16 403 osoby za przestępstwa narkotykowe, 8303 osoby otrzymały karę w zawieszeniu, natomiast 1820 osób skazano na karę bezwzględnego pozbawienia wolności. Najczęściej orzekany wymiar kar to jeden rok pozbawienia wolności – 1612 z zawieszeniem i 232 bez zawieszenia. Natomiast w 2016 roku ogółem skazano 19 446 osób, z których 5639 otrzymało karę w zawieszeniu, a 2257

osób skazano na karę bezwzględnego pozbawienia wolności. Najczęściej orzekany wymiar kar to także jeden rok pozbawienia wolności – 1886 z zawieszeniem i 417 bez zawieszenia. Z kolei w 2017 roku prawomocnie skazano 17 603 osoby, 3962 z nich otrzymało karę w zawieszeniu, a 2668 bezwzględnie pozbawiono wolności. Również i w tym roku dominował jeden rok pozbawienia wolności – 1718 z zawieszeniem i 522 bez zawieszenia⁵. Warto dodać, że kolejne, najczęściej orzekane wymiary kary pozbawienia wolności to – od jednego roku do 2 lat i 6 miesięcy (dla ww. lat).

Jak pokazuje powyższa analiza, poziom kryminalizacji użytkowników narkotyków jest nadal dość wysoki, dotyka sprawców drobnych przestępstw narkotykowych, wobec których nadużywa się kary więzienia lub stosuje niewspółmiernie surowe sankcje. Warto także odwołać się do kolejnego problemu, jakim jest fakt, że najwyższy odsetek osób, które podejmowały leczenie, zgłasza problemy z marihuaną jako przyczynę rozpoczęcia leczenia z powodu uzależnienia⁶. A jak powszechnie wiadomo, największa liczba postępowań i skazań dotyczy właśnie posiadania konopi. Kwestia marihuany od dłuższego czasu stanowi „trzon” burzliwych dyskusji wokół całego problemu narkotyków, narkomanii i kryminalizacji. W obecnym stanie wydaje się, że karanie za posiadanie w polskim systemie przebiega jednotorowo. Choć istnieją przesłanki, by różnicować odpowiedzialność karną, taka praktyka jest bardzo rzadka. Nils Christie dobitnie ukazuje paradoks irracjonalnego dobierania przez władzę dogodnych przestępstw⁷. Odzwierciedleniem tego jest dobieranie „dogodnych wrogów”⁸. Jednym z nich jest marihuana, a konkretnie jej posiadanie. Cały proceder zaostrenia prawa karnego miał być wymierzony przeciwko handlarzom narkotyków, tymczasem stał się narzędziem represji karnej skierowanej wobec użytkowników, młodych ludzi okazjonalnie/szkodliwie używających marihuany. Co więcej, znaczną część populacji więziennej stanowią osoby uzależnione od narkotyków, które dopuszczają się drobnych przestępstw narkotykowych lub innych związanych z uzależnieniem wielokrotnie, co nadaje im status recydywisty. Wobec tego każda kolejna sprawa karna zaostri sankcję, a to powoduje, że osobie uzależnionej bardzo trudno uzyskać rozwiązanie alternatywne do kary pozbawienia wolności. Dodatkowo w warunkach izolacji penitencjarnej właściwe i skuteczne leczenie nie jest możliwe, nie przynosi pożądanego rezultatu i nie zabezpiecza najważniejszych wskazań terapeutycznych. Długi czas oczekiwania na terapię i niewystarczająca liczba programów leczenia uzależnień to tylko niektóre z obecnych problemów więziennictwa.

Te oraz wiele innych problemów związanych z nieefektywną polityką narkotykową wskazuje, że od dawna postulowane rekomendacje nie doczekały się pełnej implementacji. Zmiana podejścia do problemu narkotyków i narkomanii, a co za tym idzie postępowania z użytkownikami miała ograniczyć stosowanie wobec nich represji karnoprawnych na rzecz oddziaływań z zakresu polityki zdrowotnej. Jednak nadal przeciwdziałanie narkomanii i problemów z tym związanych mierzone jest ilością wykrytych przestępstw, wagą skonfiskowanych substancji, liczbą skazanych czy wysokością kar. Konfrontacja zapisów prawa z błędną, nieadekwatną praktyką ukazuje paradoks obecnego kształtu polityki narkotykowej w Polsce. Rozwiązania alternatywne dla kar za przestępstwa narkotykowe, mogą być stosowane nie tylko na etapie postępowania sądowego, a także już po skazaniu, ale nadal pozostają przepisami martwymi, niezależnie od tego, że wszelkie przesłanki są spełnione. Tu należy zadać pytanie: czy w tak funkcjonującym porządku prawnym można mówić o przemyślanej i racjonalnej polityce narkotykowej zorientowanej na działania edukacyjne, profilaktyczne, probacyjne, terapeutyczne i lecznicze?

Art. 71 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii

Przepis ten wprowadza szczególne rozwiązanie, zgodne z zasadą „leczyć zamiast karać”, które jako jedno z niewielu działań prozdrowotnych umożliwia osobie skazanej podjęcie leczenia lub rehabilitacji przed wykonaniem kary pozbawienia wolności. Tym samym zawieszając wykonanie sankcji na czas leczenia w odpowiednim podmiocie leczniczym. Z punktu widzenia aktualnych rozwiązań kodeksowych ten artykuł jest precedensowy, wyznacza bowiem nowe podejście w realizacji celów polityki zdrowotnej, która w myśl ustawodawcy ma stanowić integralną część polityki narkotykowej w Polsce. Stanowi ponadto pewnego rodzaju kompromis, łącząc dwa odmienne profile postępowania z użytkownikami narkotyków popełniającymi przestępstwa w związku z uzależnieniem/szkodliwym używaniem – represyjne i terapeutyczno-lecznicze. W przypadku orzeczenia kary pozbawienia wolności w zawieszeniu sąd obligatoryjnie orzeka o leczeniu lub rehabilitacji skazanego, a ponadto oddaje go pod dozór wyznaczonego podmiotu. Jednym z warunków zastosowania tej alternatywy jest zgoda skazanego na podjęcie terapii, co oczywiście nasuwa wniosek, że nieodłącznym komponentem takiego działania powinno być włączenie do sprawy specjalisty terapii uzależnień, który taką zgodę uzyskalby w trakcie stosownych

badania i wywiadu z oskarżonym. Taka kolejność gwarantowałaby właściwe wykorzystanie tej alternatywy zdrowotnej, tymczasem w wielu sprawach diagnoza oskarżonego w ogóle nie ma miejsca. W takim przypadku sąd, zawieszając wykonanie kary, nie ma gwarancji, że skazany podejmie właściwe leczenie, może przecież nie wyrazić zgody na terapię, wobec tego taką ewentualność należy ustalić przed orzeczeniem tego środka. Ta sama zasada dotyczy ust. 3 art. 71, w myśl którego sąd, orzekając karę bezwzględnej pozbawienia wolności, może umieścić osobę uzależnioną przed wykonaniem tej kary w odpowiednim podmiocie leczniczym, przy czym decyzja sądu w tym przypadku jest fakultatywna, a skazany także musi wyrazić zgodę na leczenie. Czas leczenia nie może być dłuższy niż 2 lata, natomiast w zależności od zakładu leczniczego może być prowadzone ambulatoryjnie lub stacjonarnie. Tu należy zwrócić uwagę na fakt, że środek orzeczony na podstawie art. 71 powinien być wykonywany w odpowiednim zakładzie opieki zdrowotnej. Rozporządzenie z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania w przedmiocie leczenia lub rehabilitacji osób uzależnionych, skazanych za przestępstwa pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych⁹ nie wskazuje wprost takich zakładów, ani też nie zawiera listy tego typu podmiotów. Odwołuje się po prostu do pojęcia zakładu opieki zdrowotnej prowadzącego leczenie lub rehabilitację osób uzależnionych, który określa mianem zakładu (§ 1 ust. 2). Wobec tego, analizując art. 71, należy rozdzielić dwa rodzaje leczenia – dla ust. 1 będą to w zasadzie wszystkie podmioty realizujące terapię ambulatoryjnie, a dla ust. 3 będą to placówki prowadzące leczenie odwykowe w warunkach zamkniętych. Na taki podział wskazuje fakt, że zawieszając wykonanie kary pozbawienia wolności, sąd jednocześnie oddaje skazanego pod dozór wyznaczonej osoby, instytucji lub stowarzyszenia. Natomiast orzekając bezwzględną karę pozbawienia wolności, sąd takiego dozoru nie stosuje, bowiem środek zabezpieczający ma być po prostu wykonywany w warunkach zbliżonych do odbywania kary w zakładzie, w tym znaczeniu chodzi o ośrodki leczenia uzależnień o charakterze zamkniętym. Co więcej, okres pobytu w zakładzie leczenia odwykowego liczony jest na poczet orzeczonej kary pozbawienia wolności¹⁰. Należy także pamiętać, iż w zależności od okoliczności danej sprawy, np. dostępności oferty leczniczej w danym regionie, sąd może dla celów zdrowotnych i rehabilitacyjnych zaakceptować nieznaczne modyfikacje w zakresie wybranej formy leczenia i jego miejsca. Środek alternatywny przewidziany w art. 71 może być także realizowany w warunkach stacjonarnych, w podmiocie leczniczym, który nie

ma charakteru zamkniętego¹¹. Co do zasady leczenie lub rehabilitacja osób uzależnionych, skazanych za przestępstwa pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych na karę pozbawienia wolności prowadzone są w zakładzie wskazanym w orzeczeniu sądu. Jednak nic nie stoi na przeszkodzie, by skazany sam wskazał podmiot, w którym chciałby podjąć leczenie. W przypadku ust. 3 art. 71 jest to nawet pożądane, ponieważ uzyskanie przez niego zaświadczenia o zakwalifikowaniu na terapię czy zagwarantowanym miejscu leczenia stanowi promesę przyjęcia do ośrodka w przypadku pozytywnej decyzji sądu w tym przedmiocie. Wobec tego taka aktywność ze strony skazanego, zadbanie o swoje przyjęcie na odpowiednie leczenie, może być gwarantem skorzystania z alternatywy leczniczej wskazanej w art. 71 ust. 3, którą sąd może, ale nie musi stosować.

Art. 73a – przerwa w karze na czas leczenia

Przepis art. 73a umożliwia udzielenie skazanemu przerwy w wykonywaniu kary pozbawienia wolności w celu podjęcia leczenia lub rehabilitacji. Przy czym muszą być spełnione wszystkie poniżej wskazane warunki:

- przemawiają za tym względy lecznicze i wychowawcze,
- skazany:
 - jest osobą uzależnioną od środków odurzających lub substancji psychotropowych,
 - odbywa karę pozbawienia wolności za przestępstwo popełnione w związku z używaniem narkotyków,
 - wykaże, że ma zagwarantowane miejsce leczenia lub rehabilitacji w odpowiednim podmiocie leczniczym odpowiadającym jego potrzebom terapeutycznym,
 - wraza zgodę na leczenie,
 - do końca odbycia kary pozbawienia wolności zostało nie więcej niż 2 lata.

Nowelizacja ustawy wprowadziła wiele rozwiązań z zakresu polityki zdrowotnej, te szczególne środki probacyjne umożliwiają także podjęcie leczenia lub rehabilitacji już po skazaniu w trakcie odbywania kary – poza zakładem karnym. Pozwala to na zniwelowanie obecnych niedoborów więziennictwa w zakresie dostępnych programów leczenia uzależnień, a także gwarantuje utrzymanie i kontynuowanie procesu terapeutycznego rozpoczętego na wolności. W zasadzie wniosek o przerwę w odbywaniu kary można złożyć od razu, takie podejście uzasadnia fakt przerwania leczenia, bardzo długi czas oczekiwania na terapię w więzieniu, a także ograniczone formy leczenia. Terapia substytucyjna jest prowadzona w każdej

jednostce penitencjarnej, a liczba miejsc nie jest limitowana. Natomiast w całym kraju jest 16 oddziałów terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od środków odurzających lub substancji psychotropowych o łącznej liczbie miejsc 607. Czas oczekiwania osadzonego na miejsce w zakładzie karnym z oddziałem terapeutycznym aktualnie wynosi średnio ok. 14 miesięcy dla osób uzależnionych od narkotyków¹². Powszechnym problemem więziennictwa jest także niewystarczająca liczba miejsc na oddziałach terapeutycznych, tak więc nie każdy zdiagnozowany więzień ma szansę na udział w 6-miesięcznym cyklu terapii uzależnień. Obejmowany jest zamiast tego tzw. krótką interwencją. Zgodnie z § 22 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 roku w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych¹³ w przypadku skazanego uzależnionego, skierowanego do systemu terapeutycznego poza oddziałem terapeutycznym, indywidualny program terapeutyczny polega na zastosowaniu krótkiej interwencji lub terapii krótkoterminowej. Krótka interwencja obejmuje co najmniej 3-5 sesji z psychologiem penitencjarnym, podczas których następuje autodiagnozowanie problemu u osadzonego, udzielenie mu podstawowych informacji na temat uzależnienia, negatywnych skutków dalszego zażywania substancji psychoaktywnej oraz wzbudza się motywację do podjęcia leczenia po opuszczeniu jednostki penitencjarnej. Terapia krótkoterminowa obejmuje co najmniej 10 sesji, w tym program krótkiej interwencji. Jak wskazano w odpowiedzi na interpelację, liczba osadzonych, u których zdiagnozowano uzależnienie od alkoholu lub narkotyków w 2017 roku, wynosiła ok. 21 600 na 73 807 wszystkich osadzonych. Przeszkody w podjęciu właściwego leczenia podczas odbywania kary pozbawienia wolności związane są przede wszystkim z czasem oczekiwania na terapię, niewystarczającą liczbą miejsc na oddziałach terapeutycznych, a także z wymiarem kary. Szczególna sytuacja dotyczy osób osadzonych w aresztach śledczych, skazani mają tu możliwość terapii, są kierowani do odpowiedniego oddziału terapeutycznego, chyba że termin końca kary uniemożliwia realizację terapii, wtedy osadzonego obejmuje się krótką interwencją. Natomiast wobec osób tymczasowo aresztowanych realizowany jest proces diagnozy uzależnienia, a dopiero po uprawomocnieniu się wyroku skazującego kierowani są na terapię.

W 2018 roku 3172 skazanych zakwalifikowanych do oddziałów terapeutycznych przebywało na tych oddziałach, z czego 512 osób to uzależnieni od środków odurzających lub psychotropowych. Natomiast 854 osoby mimo zakwalifikowania do oddziału terapeutycznego przebywało poza

tymi oddziałami, z czego 169 stanowiły osoby uzależnione¹⁴. Główne przyczyny tego stanu rzeczy to przede wszystkim trwające w tym czasie leczenie skazanego i związane z tym hospitalizacje/inne zabiegi, toczące się postępowania w innych sprawach lub oczekiwanie na transport. Warto dodać, że tzw. inne przyczyny przebywania poza oddziałem terapeutycznym wskazane w statystyce CZSW to aż 522 przypadki. Wydaje się, że pod tym pojęciem kryją się nie leczenia poza zakładem karnym i skraca „kolejki” oczekujących na miejsce w oddziale terapeutycznym. Przerwa w karze na czas leczenia jest jednym z nielicznych rozwiązań prozdrowotnych przeznaczonych dla osób odbywających karę za przestępstwa popełnione w związku z używaniem środków odurzających. Co więcej, jest rozwiązaniem korzystniejszym, skazani z krótkim wymiarem kary mogą korzystać z tego przepisu od razu, a przy dłuższym pozbawieniu wolności mogą uzyskać przerwę zanim nabędą uprawnienia do warunkowego przedterminowego zwolnienia. Po wykorzystaniu przerwy w karze sąd penitencjarny, uwzględniając wyniki leczenia, warunkowo zwalnia skazanego z odbycia reszty kary, niezależnie od tego, czy są spełnione przesłanki z art. 78 k.k.¹⁵.

System dozoru elektronicznego

Karę pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego wykonuje się jako dozór stacjonarny¹⁶, łącznie muszą być spełnione następujące warunki:

- kara pozbawienia wolności nie przekracza roku,
- przestępstwo nie zostało dokonane w warunkach recydywy wielokrotnej¹⁷,
- jest to wystarczające do osiągnięcia celów kary,
- skazany ma miejsce stałego pobytu,
- osoby pełnoletnie mieszkające z nim wyraziły zgodę na SDE¹⁸,
- warunki techniczne nie stoją na przeszkodzie odbywania kary w tym systemie¹⁹.

W ramach dozoru skazany jest zobowiązany pozostawać we wskazanym przez sąd miejscu w wyznaczonym czasie, odbierać połączenia przychodzące do rejestratora stacjonarnego, umożliwić sądowemu kuratorowi zawodowemu wejście do mieszkania, gdzie zainstalowano rejestrator oraz udzielać osobom upoważnionym wyjaśnień przy użyciu rejestratora. Sąd penitencjarny określa przedziały czasu w ciągu doby i w poszczególnych dniach tygodnia, w których skazany ma prawo oddalić się z miejsca stałego pobytu lub innego wskazanego miejsca na okres nieprzekraczający 12 godzin dziennie, w szczególności w celu:

- świadczenia pracy,
- wykonywania praktyk religijnych,
- sprawowania opieki nad osobą małoletnią, niedołązną lub chorą,
- kształcenia,
- udziału w zajęciach kulturalno-oświatowych/sportowych,
- komunikowania się z obrońcą, pełnomocnikiem oraz wybranym przez siebie przedstawicielem²⁰,
- komunikowania się z podmiotami, których celem jest uczestnictwo w wykonywaniu orzeczeń, pomoc w readaptacji skazanych, a także Fundusz Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej,
- utrzymywania więzi z rodziną lub innymi, bliskimi osobami,
- dokonania niezbędnych zakupów.

W sytuacji uzasadnionej względami zdrowotnymi, rodzinnymi lub osobistymi kurator sądowy może zezwolić skazanemu na opuszczenie miejsca wykonywania dozoru stacjonarnego na okres nieprzekraczający jednorazowo 7 dni. Wobec skazanego, który nie powrócił w określonym czasie, uchyla się zezwolenie na odbycie kary pozbawienia wolności w SDE. Ponadto sąd penitencjarny cofa zgodę na dozór, jeżeli skazany nie zgłosi w odpowiednim terminie gotowości do instalacji środków technicznych, uchyla się od niezwłocznego zainstalowania rejestratora/założenia nadajnika, naruszy porządek prawny/popełni przestępstwo lub uchyla się od nałożonych obowiązków. W tych przypadkach skazany jest doprowadzany do zakładu karnego, zaś ponowne złożenie wniosku o odbycie kary w tym systemie, w tej samej sprawie jest niedopuszczalne. Ta alternatywa jest szczególnie ważna dla osób uzależnionych, które przerywają obecną terapię i proces readaptacji społecznej. Umożliwia nawiązanie ponownego kontaktu z terapeutą i powrót do wymaganej formy leczenia. W innych przypadkach dla wielu skazanych to jedyna możliwość zadbania o dotychczasowe potrzeby rodziny i zachowania aktywności zawodowej. Jednak obostrzenie dotyczące wymiaru kary znacznie zawęży liczbę skazanych, którzy mogą starać się o dozór. Co więcej, wielu uzależnionych sprawców przestępstw to osoby bezdomne, które znajdują się pod opieką organizacji pozarządowych prowadzących hostele, noclegownie, schronienia. W takim wypadku założenie rejestratora jest niemożliwe. Stowarzyszenia czy inne podmioty niechętnie zgadzają się na taki monitoring w miejscu pracy placówki, tym bardziej trudna do uzyskania byłaby w takim wypadku zgoda od wszystkich jej mieszkańców.

Koszt za odbywanie kary przez jednego skazanego w SDE wynosi 10,86 zł/doba, średniomiesięcznie 331 zł, czyli 8-krotnie

mniej niż koszty związane z wykonywaniem kary izolacyjnej, które wynoszą ok. 3100 zł miesięcznie. W 2016 roku wykorzystano zaledwie 22% miejsc do odbywania kary w tym systemie, podczas gdy do dyspozycji pozostawało 12 500 miejsc na dobę²¹. W 2017 roku 35 tys. skazanych złożyło wnioski o SDE, a w 2018 roku 37 tys. osób (5 tys. uzyskało pozytywną decyzję sądu w tej sprawie²²). Sądy penitencjarne udzielają zezwolenia jedynie co trzeciemu skazanemu, co stanowi około 30% osób, które mogłyby odbywać karę w ten sposób²³. Brak jest natomiast konkretnych danych pozwalających określić, jaki procent skazanych występujących z wnioskiem o SDE stanowią osoby uzależnione.

Uzależnienia to jeden z najważniejszych problemów zdrowia publicznego, choć Polska coraz pewniej podąża w kierunku prozdrowotnej, racjonalnej polityki narkotykowej, to potencjał oddziaływania leczniczego nie jest wykorzystywany w pełni. Dotyczy to zarówno poszczególnych segmentów leczenia uzależnień, jak i alternatyw leczniczych przewidzianych w prawie karnym. Karanie użytkowników narkotyków nadal w większości przypadków jest nastawione na represję karną aniżeli oddziaływania terapeutyczne, profilaktyczne i edukacyjne. Humanizacja prawa narkotykowego, wprowadzając rozwiązania prozdrowotne, alternatywne do karania, miała na celu wypracowanie standardów w postępowaniu karnym, które gwarantowałyby sprawcom przestępstw narkotykowych skorzystanie w pierwszej kolejności z tych mechanizmów. Dopiero, gdy te oddziaływania zawiodą, nie są wykorzystywane lub nie rokują na przyszłość, należy sięgać po środki karne. Tymczasem rozwiązania powszechne, np. odroczenie kary, warunkowe zawieszenie wykonania kary, przedterminowe zwolnienie, dozór elektroniczny i alternatywy dedykowane osobom uzależnionym/szkodliwie używającym narkotyków (np. powołanie w procesie specjalisty terapii uzależnień, zawieszenie postępowania na czas leczenia, zawieszenie kary pozbawienia wolności na czas leczenia, przerwa w karze na czas leczenia) – są wykorzystywane stosunkowo rzadko lub wcale. Wnioski płynące z innych państw jasno wskazują, że właściwe reakcje pomocowe wydłużają życie, redukują wykluczenie społeczne i skutecznie obniżają odsetek przestępstw popełnianych w związku z uzależnieniem. Rozsądnym wydaje się zatem identyfikowanie zażywania narkotyków i spraw z tym związanych w kategoriach problemu zdrowotnego i karnego, dopiero wtedy wielosektorowe oddziaływania pozwolą na wypracowanie równowagi tych dwóch systemów reakcji. Rewizja prawa narkotykowego powinna faktycznie wpłynąć na rozwój alternatywnych sposobów postępowania prawnego wobec osób popełniających przestępstwa narkotykowe, zwłaszcza

że istnieje wiele programów gwarantujących użytkownikom narkotyków udział w odpowiednich formach leczenia. Jedyną odpowiedzią na kryzys w dziedzinie zdrowia publicznego wynikający z problemów narkotykowych jest wdrażanie polityki alternatywnej wobec tej opartej na prohibicji. Takie podejście ukształtuje standardy współpracy wymiaru sprawiedliwości z resortem zdrowia, a działania prozdrowotne będą stanowić jeden z dwóch równoprawnych elementów polityki narkotykowej. Skuteczna strategia ograniczania popytu na narkotyki, przeciwdziałania uzależnieniom i rozwiązywania problemów karnych z tym związanych powinna opierać się na ochronie zdrowia, a człowiek uzależniony powinien być traktowany jak pacjent, a nie przestępca.

Przypisy

- 1 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.
- 2 „Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej”, Warszawa 2017, s. 152.
- 3 Ibidem, s. 150.
- 4 „Raport o stanie narkomanii w Polsce 2018”, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2018, s. 22.
- 5 „Statystyka sądowa – Prawomocne osądzania osób dorosłych w latach 2013-2017 (a także osądzania w I instancji sądów powszechnych 2018)”, J. Kowalczyk (red.), Departament Strategii i Funduszy Europejskich, Warszawa 2019, s. 36.
- 6 „Raport o stanie...”, op. cit., s. 8.
- 7 N. Christie, „Dogodna ilość przestępstw”, Warszawa 2004, s. 110.
- 8 N. Christie, „Dogodni wrogowie” (w:) M. Fajst, M. Płatek (red.), „W kręgu kryminologii romantycznej”, Warszawa 2004, s. 99-112.
- 9 Dz.U. 2006, Nr 239, poz. 1738.
- 10 Art. 63 k.k.
- 11 Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 15 maja 2014 r., III KK 460/13.
- 12 Odpowiedź na interpelację nr 25147 w sprawie osób uzależnionych i zapewnienia im odpowiednich warunków do terapii z 23 października 2018 roku, <http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=B5UHPZ>.
- 13 Dz.U. 2013, poz. 1967.
- 14 „Roczna informacja statystyczna za rok 2018”, Ministerstwo Sprawiedliwości Centralny Zarząd Służby Więziennej, file:///C:/Users/User/Downloads/rok%202018.pdf.
- 15 Przesłanki warunkowego przedterminowego zwolnienia: odbycie 1/2 kary, 2/3 kary (recydywa zwykła), 3/4 (recydywa wielokrotna), 15 lat kary (25 lat pozbawienia wolności), 25 lat kary (dożywocie).
- 16 Kontrola przebywania skazanego w określonych dniach tygodnia i godzinach we wskazanym przez sąd miejscu.
- 17 64 § 2 k.k.
- 18 Jeżeli skazany zamieszkuje wspólnie z inną osobą lub osobami pełnoletnimi, warunkiem rozpoczęcia dozoru stacjonarnego jest uprzednia pisemna zgoda tych osób złożona do sądu, obejmująca także umożliwienie podmiotowi dozoru przeprowadzenie czynności kontrolnych. Cofnięcie zgody po wydaniu postanowienia o udzieleniu skazanemu zezwolenia na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego jest nieskuteczne (art. 43h § 3 k.k.w.).
- 19 Art. 43la k.k.w.
- 20 Osoba godna zaufania, np. przedstawiciel organizacji, fundacji, stowarzyszenia.
- 21 <https://nawokandzie.ms.gov.pl/numer-29/aktualnosci-numer-29/system-dozoru-elektronicznego-w-praktyce.html>.
- 22 <https://www.rp.pl/Prawo-karne/305299917-Nowelizacja-prawa-karnego-dozor-elektroniczny-bardziej-powszechny.html>.
- 23 K. Daniel, „System dozoru elektronicznego – praktyka stosowania”, Security, Economy & Law Nr 1/2019 (XXII), (16-34) DOI: 10.24356/SEL/22/2, s. 17; http://security-economy-law.pl/wpcontent/uploads/2019/04/SEL_22_16-34.pdf.

Jednym z głównych celów projektu „Promocja i wsparcie zintegrowanego i wszechstronnego podejścia do prowadzenia profilaktyki narkotykowej w oparciu o analizę różnych modeli systemów profilaktycznych” jest szkolenie europejskich decydentów, osób opiniotwórczych i polityków w zakresie najskuteczniejszych interwencji profilaktycznych opartych na dowodach naukowych w celu poprawy jakości działań profilaktycznych.

ASAP PROJEKT. ANALIZA SYSTEMÓW PROFILAKTYCZNYCH W EUROPIE

Artur Malczewski

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

W 2018 roku rozpoczęto realizację międzynarodowego projektu pt. „Promocja i wsparcie zintegrowanego i wszechstronnego podejścia do prowadzenia profilaktyki narkotykowej w oparciu o analizę różnych modeli systemów profilaktycznych” (*Building effective drug prevention results across Europe, based on prevention systems analysis and widespread professional training*), którego skrócona angielska nazwa to ASAP. Projekt finansowany jest przez Komisję Europejską i jest przewidziany do realizacji w ciągu dwóch lat. W ramach projektu wdrażanych jest sześć komponentów, mających m.in. na celu analizę działań profilaktycznych w Europie, promocję standardów oraz szkolenie osób zajmujących się profilaktyką. Przedsięwzięcie jest koordynowane przez organizację ALISA z Genui (Włochy), a uczestniczy w nim 10 krajów: Włochy, Polska, Belgia, Grecja, Słowenia, Litwa, Łotwa, Estonia, Chorwacja, Węgry, oraz trzy instytucje międzynarodowe: EMCDDA, UNODC i EUSPR. W Polsce prace koordynuje Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Celem projektu ASAP jest:

- promowanie systemowego i kompleksowego podejścia do profilaktyki poprzez zidentyfikowanie kluczowych podmiotów zajmujących się profilaktyką oraz przeprowadzanie analizy systemów profilaktycznych w krajach UE,
- podnoszenie kompetencji i umiejętności pracowników w zakresie standardów jakości profilaktyki poprzez projektowanie i wdrażanie dwuwarstwowego procesu szkoleniowego (szkolenie dla trenerów-mistrzów oraz specjalistów w zakresie profilaktyki),
- dostosowanie standardów jakości profilaktyki w różnych systemach krajowych z zastosowaniem istniejących wytycznych,
- wdrożenie mechanizmów umożliwiających trwałość działań projektu poprzez tworzenie sieci interesariuszy (wspieranej przez Virtual Community Platform – VCP), głównie poprzez stworzenie platformy internetowej dla osób zajmujących się profilaktyką.

Wyniki projektu ASAP po raz pierwszy zostały przedstawione podczas „10th EUSPR Conference” w Belgii we wrześniu 2019 roku. Przedstawiciel Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii Krajowego Biura (CINN KBPN) zaprezentował wyniki komponentu drugiego (WorkPackage2), który miał na celu mapowanie instytucji oraz systemów profilaktycznych w Europie. Drugi raz wyniki projektu zostały przedstawione podczas 63. sesji Komisji ds. Narkotyków ONZ w Wiedniu 6 marca br., gdzie jako prelegenci wzięli udział eksperci z ALISA Region Liguria, CINN KBPN, EMCDDA oraz UNODC¹.

System szkoleń w ramach projektu ASAP

Jednym z głównych celów projektu jest szkolenie europejskich decydentów, osób opiniotwórczych i polityków w zakresie najskuteczniejszych interwencji profilaktycznych opartych na dowodach w celu poprawy jakości działań profilaktycznych. W ramach komponentu trzeciego, który dotyczy systemu szkoleń, stworzono profil trenera, ściśle powiązany z analizą systemu profilaktyki. Trener będzie realizował następnie szkolenia w krajach uczestniczących w projekcie. Ponadto opracowano program nauczania, który zostanie wykorzystany do szkolenia trenerów, w oparciu o E-UPC i EDPQS (Europejskie standardy jakości zapobiegania narkomanii), wzbogacone o treści dotyczące nauczania i szkolenia innych specjalistów w dziedzinie profilaktyki. Pierwsze szkolenie odbyło się we wrześniu 2019 roku w Lizbonie, a drugie w lutym 2020 w Tallinie, we współpracy z EMCDDA (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii). Szkolenie zostało przeprowadzone zgodnie z metodologią szkoleń trenerskich (TOT – *training of trainers*), aby zapewnić szerszy wpływ i zasięg szkolenia w krajach europejskich. Obejmuje ono zarówno naukę na zajęciach, jak i na odległość (ang.

blended learning). W tym celu opracowane zostały cyfrowe materiały wspierające działania e-learningowe. W efekcie przeszkolenia trenerzy z kilkunastu krajów zrealizują szkolenia krajowe. W Polsce szkolenia będzie organizować Centrum Informacji KBPN.

Międzynarodowe badania systemów profilaktycznych

W ramach drugiego komponentu projektu ASAP, którego liderem jest Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (CINN), podjęte zostały działania, które miały na celu:

1. Określenie kluczowych interesariuszy w profilaktyce uzależnień od narkotyków w państwach członkowskich UE.
2. Analizę różnych modeli (w tym instytucji wraz z zakresem obowiązków) systemów profilaktycznych oraz zdefiniowanie ich głównych cech.
3. Opracowanie wytycznych służących adaptacji standardów jakości (minimalne standardy jakości oraz Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków) w państwach członkowskich UE posiadających różne systemy profilaktyczne.

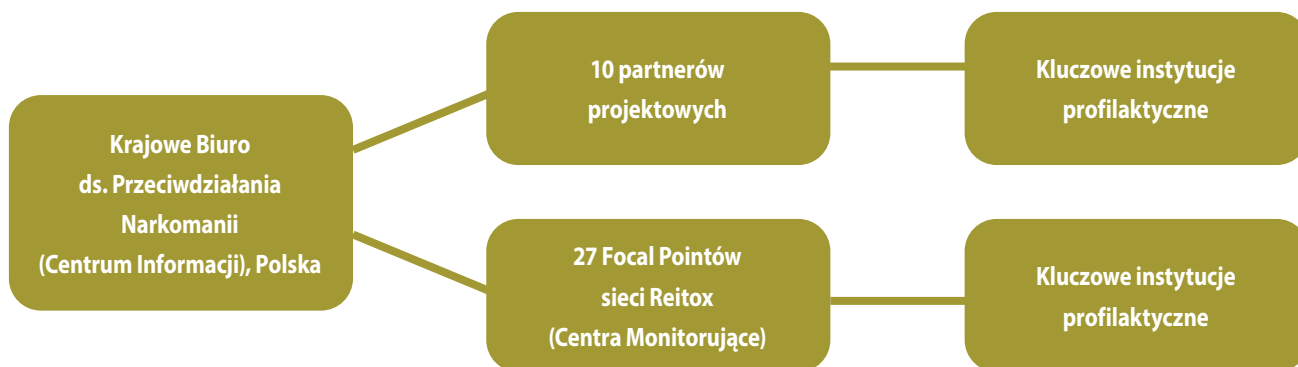
W ramach realizacji działania 1. i 2. projektu przeprowadzone zostały międzynarodowe badania ilościowe, które miały na celu zidentyfikowanie i opisanie kluczowych instytucji zajmujących się profilaktyką w krajach Unii Europejskiej. Ponadto podjęto próbę analizy przedstawienia różnych modeli systemów profilaktycznych w krajach Unii Europejskiej. Podstawą teoretyczną obu badań ankietowych była ogólna teoria systemów Von Bertalanffy z 1968. Celem tego podejścia jest wychwycenie prawidłowości oraz zasad, które mogą być zastosowane do wszystkich typów systemów. W myśl tych założeń obszar profilaktyki można zdefiniować jako system złożony z wielu komponentów, które wielorako na siebie oddziałują. Drugim modelem teoretycznym był system profilaktyki opisany przez Europejskie

Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, obejmujący definicją pięć głównych komponentów: organizacja (*organisation*), badania i kontrola jakości (*research and quality control*), interwencje (*interventions*), zasoby ludzkie (*workforce*), grupa docelowa (*target group*). W celu opisu systemów profilaktycznych oraz kluczowych instytucji przeprowadzone zostały dwa badania, które składały się z dwóch części:

- przeglądu literatury, w tym workbooków dla EMCDDA (czyli krajowych raportów Reitox Focal Pointów – RFP) w obszarze profilaktyki oraz najlepszych praktyk, a także kwestionariuszy sprawozdawczych (*structure questionnaires*) przesyłanych przez (RFP) do EMCDDA,
- ankiet dla państw członkowskich UE do wypełnienia przez RFP/partnerów w projekcie albo krajowych koordynatorów ds. narkotyków w przypadku analizy systemów profilaktycznych.

Jak już wspomniano, w ramach komponentu drugiego projektu ASAP zostały opracowane i przeprowadzone dwa badania ilościowe. Pierwsze koordynowane przez CINN KBPN, które miało na celu zidentyfikowanie i opisanie kluczowych instytucji zajmujących się profilaktyką w kilkunastu krajach Unii Europejskiej. W jego ramach Reitox Focal Pointy oraz partnerzy projektowi zostali poproszeni o stworzenie listy kluczowych instytucji. W kolejnych kroku do kluczowych instytucji zajmujących się profilaktyką w krajach Unii Europejskiej wysłana została ankieta, którą można było wypełnić on-line lub w postaci papierowej. Następnie ankietę były odsyłane do Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, które następnie analizowało zebrany materiał i opracowało raport końcowy. Było to pierwsze tego typu badanie w UE, dlatego też Centrum Informacji KBPN przygotowało pierwszą wersję ankietę, którą przekonsultowano z partnerami projektu z Włoch, Grecji i Łotwy. Następnie ankieta została poddana pilotażowi w Belgii, Słowenii i Estonii. Kolejna wersja została skonsultowana z EMCDDA oraz pozostałymi partnerami z projektu.

Wykres 1. Schemat zbierania danych w ramach mapowania kluczowych instytucji profilaktycznych w krajach Unii Europejskiej – pierwsze badanie w ramach drugiego komponentu.



Drugie badanie dotyczące analizy systemów profilaktycznych przyjęło inny model zbierania danych. Ankieta, opracowana przez partnerów z Węgier, została wysłana do krajowych koordynatorów ds. narkotyków w krajach Unii Europejskiej (założono otrzymanie jednej ankiety z jednego kraju). Finalna wersja ankiety została wysłana do wszystkich krajów UE. W przypadku 10 krajów biorących udział w projekcie ankiety otrzymali zarówno partnerzy projektowi, jak również Reitox Focal Pointy.

W ramach opracowania metodologii projektu przygotowana została definicja kluczowych interesariuszy/podmiotów w obszarze profilaktyki uzależnień. Do tego typu instytucji zaliczono:

- podmioty finansujące, realizujące, koordynujące programy profilaktyczne (np. instytucje na poziomie krajowym, władze lokalne, organizacje pozarządowe) zarówno realizatorzy, jak i sponsorzy – za instytucje kluczowe uważa się takie, które sfinansowały co najmniej kilka programów,
- podmioty realizujące lub opracowujące programy profilaktyczne (np. organizacje pozarządowe) – za instytucje kluczowe uważa się takie, które zrealizowały i/lub opracowały co najmniej dwa programy,
- podmioty w obszarze profilaktyki uzależnień odpowiedzialne za opracowywanie strategii, planów działania, jednostki o charakterze doradczym wdrażające standardy jakości w profilaktyce narkotykowej lub prowadzące krajowy rejestr programów profilaktycznych o udokumentowanej skuteczności bądź system ośrodków certyfikujących,
- podmioty, które tworzą lub adaptują programy profilaktyczne (np. organizacje pozarządowe lub uczelnie) – za instytucje kluczowe uważa się takie, które opracowały co najmniej jeden program oparty na dowodach naukowych,
- podmioty odpowiedzialne za prowadzenie badań w obszarze profilaktyki uzależnień (np. uczelnie, instytuty) – za instytucje kluczowe uważa się takie, które uczestniczyły w co najmniej jednym międzynarodowym projekcie z obszaru profilaktyki uzależnień od narkotyków i/lub zrealizowały co najmniej jedno badanie ewaluacyjne wyniku programu profilaktycznego z zastosowaniem grupy kontrolnej,
- podmioty prowadzące szkolenia w obszarze profilaktyki uzależnień – za instytucje kluczowe uważa się takie, które przeprowadziły co najmniej kilka szkoleń.

W ramach opisanego badania w maju i czerwcu 2018 roku zebrano dane na temat kluczowych interesariuszy w obszarze profilaktyki uzależnień od narkotyków. Podsumowując wyniki ankiet:

- otrzymano ponad 100 kwestionariuszy z 20 państw członkowskich UE (Włochy, Polska, Belgia, Grecja, Słowenia, Litwa, Łotwa, Estonia, Chorwacja, Węgry, Finlandia, Szwecja, Por-

tugalia, Niemcy, Holandia, Bułgaria, Rumunia, Cypr, Dania oraz Luksemburg),

- sporządzono raport główny i 20 raportów krajowych. Raporty krajowe zawierały szczegółowe informacje na temat ponad 120 instytucji z obszaru profilaktyki uzależnień w UE wraz z danymi teleadresowymi.

W ramach zebranych danych projektu ASAP opisane zostały kluczowe instytucje zajmujące się profilaktyką w 20 krajach Unii Europejskiej.

Działania z zakresu profilaktyki we Flandrii (Belgia)

W Belgii profilaktyka narkotykowa należy do kompetencji lokalnych wspólnot i rządów regionalnych. Każda administracja wspólnotowa i regionalna jest upoważniona do wdrażania własnej polityki w obszarze profilaktyki w celu zaspokojenia szczególnych potrzeb regionu. Cele zdrowotne dotyczące odżywiania, aktywności fizycznej, tytoniu, alkoholu, narkotyków, leków psychoaktywnych, hazardu z 2015 roku zostały zweryfikowane i zintegrowane w ramach globalnego planu działań na rzecz zdrowia. W ramach globalnego planu działań na rzecz zdrowia we Flandrii wybrano ogólny cel zdrowotny: „Flamandowie są zdrowsi w 2025 roku”. Koncentruje się on na zdrowiu we wszystkich obszarach i łączy różne zakresy tematyczne. Ten globalny plan działania na rzecz zdrowia jest wynikiem procesu obejmującego analizy środowiskowe, oceny polityki, udział społeczeństwa i specjalistów oraz spis strategii i działań zapobiegawczych opartych na dowodach naukowych. Niniejszy dokument strategiczny określa wytyczne dotyczące zintegrowanej i globalnej polityki narkotykowej w Belgii. Polega ona na tym, że wszystkie właściwe podmioty, każdy ze względu na swoją specyfikę i kompetencje, pracują w sposób skoordynowany nad realizacją celów polityki. System profilaktyki uzależnień od narkotyków w Regionie Flamandzkim (Belgia) funkcjonuje na wielu poziomach. Departament profilaktyki w Agencji ds. Opieki i Zdrowia Rządu Flandrii koordynuje wszelkie działania dotyczące promocji zdrowego stylu życia oraz zapobiegania chorobom i zaburzeniom. Ponadto, flamandzkie centrum informacji o alkoholu i innych narkotykach, VAD, jest oficjalnym partnerem rządu w kwestii alkoholu i narkotyków. Za zapobieganie używaniu tytoniu odpowiada konsorcjum czterech organizacji: dwie organizacje promocji zdrowia (VIGL i VRGT) oraz dwie organizacje z obszaru profilaktyki chorób nowotworowych (*Stichting Tegen Kanker i Kom Op Tegen Kanker*).

Struktura realizacji interwencji profilaktycznych we Flandrii w obszarze tytoniu, alkoholu i narkotyków obejmuje wiele organizacji (rola kluczowa):

- organizacje partnerskie: VAD, Flamandzki Instytut Zdrowego Życia,
- organizacje prowadzące działania w terenie: CGG na poziomie regionalnym (tytoń, alkohol i narkotyki) oraz 'De Sleutel',
- konsultacje regionalne w kwestiach zdrowia (Logos),
- trenerów z zakresu promocji zdrowia oraz pracowników z obszaru działań socjalnych i opiekuńczych,
- realizatorów działań profilaktycznych na szczeblu lokalnym i międzymiastowym.

Włochy – koordynacja na poziomie centralnym

Włoskie krajowe strategie i polityki dotyczące narkotyków są zawarte w Krajowym Planie Działania dotyczącym Narkotyków (KPDN), który został opracowany przez Departament ds. Polityki Przeciwdziałania Narkomanii Prezydencji Rady Ministrów. Profilaktyka jest uwzględniona w pierwszym z dwóch głównych zagadnień (zmniejszenie popytu; zmniejszenie podaży). Jednakże ostatni KPDN pochodzi z 2013 roku, od tej pory nie został opracowany nowy dokument. We Włoszech proces wdrażania krajowych strategii profilaktyki obejmuje wiele instytucji (DAP, Regiony/Autonomiczne, Prowincje, Lokalne Służby Zdrowia – ASL, Służby Publiczne ds. Uzależnień oraz organizacje pozarządowe) na różnych szczeblach planowania, które funkcjonują na podstawie zdefiniowanych zadań, obowiązków i kompetencji. Rząd centralny oraz ministerstwa pełnią rolę koordynacyjną. Odpowiadają również za tworzenie krajowych polityk. Wśród instytucji rządowych kluczowe podmioty zajmujące się profilaktyką uzależnień to Ministerstwo Edukacji, Szkolnictwa Wyższego i Badań, Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

Zadaniem regionów jest określanie i tworzenie uregulowań systemowych na szczeblu lokalnym: zalecanym modelem organizacyjnym jest struktura ministerialna (Departament ds. Uzależnień od Narkotyków), w ramach której można skutecznie zarządzać wszystkimi kwestiami związanymi z narkomanią. We Włoszech nacisk kładziony jest na integrację służb ochrony zdrowia i opieki społecznej. Krajowe Porozumienie między Rządem a Regionami (1999) akcentuje zasadę współpracy między publiczną służbą zdrowia a wszystkimi innymi certyfikowanymi podmiotami prywatnymi oraz organizacjami pozarządowymi zajmującymi się kwestiami dotyczącymi obszaru uzależnień. Oprócz służb ochrony zdrowia interwencje profilaktyczne prowadzone są w innych obszarach, takich jak edukacja i wymiar sprawiedliwości (w szczególności w odniesieniu do ludzi młodych). Różne instytucje służby zdrowia i opieki społecznej, wymiaru sprawiedliwości odpowiedzialne za zwalczanie przestępczości wśród nieletnich, wolontariaty, szkoły, fundacje bankowe, organizacje

pozarządowe, szkoły, władze miejskie, lokalne i regionalne zaczynają realizować interwencje profilaktyczne. Obecnie we Włoszech nie ma odrębnego planu działania w obszarze profilaktyki uzależnień. Jednakże istnieją krajowe programy działań profilaktycznych, które definiują działania w obszarze profilaktyki nadużywania alkoholu i wyrobów tytoniowych. Krajowy Program Działań Profilaktycznych na lata 2014–2019 zawiera akapit ściśle związany z profilaktyką uzależnień (od narkotyków). W Programie główny nacisk położony jest na profilaktykę narkomanii oraz zachowań prowadzących do uzależnień niezwiązanych z używaniem substancji psychoaktywnych, np. hazardu. We Włoszech nie ma konkretnego rejestru interwencji profilaktycznych i nie ma dostępnej bazy danych interwencji profilaktycznych. Istnieje jednak na przykład baza danych interwencji promujących zdrowie, która obejmuje również interwencje profilaktyczne prowadzone przez Centrum Promocji Zdrowia regionu Piemont.

Ważna rola działań lokalnych w Grecji

Obecnie w Grecji krajowa strategia antynarkotykowa jest w trakcie przeglądu (ostatnia taka strategia obowiązywała do 2012 roku). Greckie Ministerstwo Zdrowia opracowało jednak krajowy plan strategiczny dotyczący uzależnień (listopad 2018 roku), w którym opisano główne priorytety. Ten dokument, zatytułowany „Strategiczne priorytety Ministerstwa Zdrowia w zakresie reagowania na uzależnienia”, dotyczy wszystkich substancji: alkoholu, narkotyków, tytoniu, a także innych zachowań uzależniających i ryzykownych (tj. internetu, hazardu, zastraszania). Zapobieganie jest kluczowym priorytetem w tym dokumencie. W szczególności jednym z głównych celów jest wdrożenie uniwersalnych oraz selektywnych interwencji i łączność 75 centrów profilaktycznych z podstawowym systemem opieki zdrowotnej. Wynika to z tego, że znaczna część zadań z zakresu profilaktyki uzależnień w Grecji jest realizowana w ramach krajowej sieci 75 centrów profilaktycznych. Centra te są współfinansowane przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji. Centra profilaktyczne działają w ramach współpracy między Organizacją Przeciw Narkotykom (OKANA) a samorządami lokalnymi i lokalnymi interesariuszami. Samorzady lokalne pełnią kluczową rolę w tworzeniu planów i strategii wychodzących naprzeciw potrzebom w obszarze lokalnym. Rolą OKANA jest koordynacja funkcjonowania centrów profilaktycznych na obszarze całego kraju. Profilaktyka szkolna jest koordynowana przez Ministerstwo Edukacji, natomiast interwencje profilaktyczne w szkołach są wdrażane głównie w szkołach podstawowych i średnich w kontekście programów edukacji zdrowotnej z dobrowolnym udziałem zarówno nauczycieli, jak i uczniów. Interwencje są realizowane głównie przez nauczycieli szkół podstawowych i średnich we współpracy z centrami profi-

laktycznymi w celu zapewnienia nauczycielom szkoleń i wsparcia. Monitorowaniem interwencji w obszarze profilaktyki uzależnień od narkotyków zajmuje się Greckie Centrum Dokumentowania i Monitorowania Narkotyków i Alkoholu (EKTEPN), które pełni również rolę greckiego Focal Pointa sieci Reitox EMCDDA, a także jest częścią Uniwersyteckiego Instytutu Badawczego Zdrowia Psychicznego, Neuronauk i Medycyny Precyzyjnej (UMHRI).

Estonia – zaangażowanie różnych instytucji w profilaktykę

Profilaktyka zażywania substancji jest częścią różnych strategii w Estonii. Jest ona uwzględniona w Krajowym Planie Ochrony Zdrowia (w obecnym planie, który trwa od 2009–2020 oraz w nowym planie obejmującym lata 2020–2030), a także jest częścią Strategii Bezpieczeństwa Wewnętrznego (obecny plan obejmuje lata 2015–2020, a nowy plan lata 2020–2030). Narodowy Plan Zdrowia koncentruje się na różnych substancjach – alkoholu, wyrobach tytoniowych i narkotykach oraz podkreśla znaczenie promocji zdrowia, leczenia i ograniczania szkód. Strategia Bezpieczeństwa Wewnętrznego obejmuje zapobieganie i tworzenie bezpiecznego środowiska, jako jeden ze swoich celów, i koncentruje się na współpracy międzysektorowej i profilaktyce na poziomie społeczności. Profilaktyka narkomanii była jednym z trzech głównych filarów objętych estońską Białą Księgą Polityki Zapobiegania Narkomanii na lata 2014–2018, jednak biała księga nie jest już aktualna i obecnie nie jest jasne, czy zostanie opracowany nowy dokument krajowy. W 2014 roku opracowano dwa ważne dokumenty polityczne: Zieloną Księgę w sprawie polityki tytoniowej i Zieloną Księgę w sprawie polityki alkoholowej. Dokumenty te określają zasady, które należy wziąć pod uwagę przy zmianie ustawodawstwa i strategii w dziedzinie tytoniu i alkoholu na poziomie lokalnym i krajowym. Wdrożenie tych zaleceń jest różne i wymaga silniejszych działań adwokacyjnych w Estonii. W Estonii nie ma obecnie organu koordynującego zapobieganie zażywaniu substancji – różne ministerstwa i organizacje wdrażają różne inicjatywy profilaktyczne, poziom współpracy jest różny w poszczególnych ministerstwach i jest raczej sporadyczny. Większość odpowiednich ministerstw i organizacji (np. Ministerstwo Spraw Społecznych, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Ministerstwo Sprawiedliwości, Ministerstwo Edukacji, Estońska Rada Podatkowa i Celna, Narodowy Instytut Rozwoju Zdrowia, Rada Policji i Straży Granicznej, Estońska Rada Ubezpieczeń Społecznych) jest reprezentowana w Komisji Rządowej ds. Zapobiegania Zażywaniu Substancji, ale nie ma planu działania i celów strategicznych, które kierowałyby jej pracą. Różne komitety i rady spotykają się, aby osiągnąć różne cele (np. zapobieganie przestępstwom, bezpieczeń-

stwo w społecznościach lokalnych), ale zapobieganie używaniu substancji nie jest samodzielnym obszarem wyznaczonym do realizacji, a praca w tym obszarze jest często fragmentaryczna. Według opinii partnera projektowego z ASAP wszystkie sektory i organizacje w Estonii nie do końca zdefiniowały swoją rolę i zakres obowiązków w zakresie profilaktyki zażywania substancji, co może wyjaśniać, dlaczego skuteczne interwencje profilaktyczne nie są systematycznie realizowane i wspierane. Decyzje dotyczące profilaktyki narkomanii są podejmowane zarówno na poziomie lokalnym, regionalnym, jak i krajowym. Podczas gdy poziom krajowy decyduje, które interwencje profilaktyczne należy dostosować lub wspierać, to poziom lokalny jest niezależny w podejmowaniu decyzji, które interwencje wdrożyć i sfinansować.

Kto zajmuje się profilaktyką uzależnień w Europie?

Przegląd kluczowych instytucji zajmujących się profilaktyką uzależnień w Unii Europejskiej z dwudziestu krajów, które wzięły udział w badaniu, pokazuje, że pewne kwestie w tym obszarze są podobne.

Warto odnotować szerokie spektrum podmiotów zajmujących się profilaktyką uzależnień w Unii Europejskiej – od organizacji pozarządowych przez jednostki samorządowe po instytucje centralne. W wielu krajach znaczącą rolę pełnią instytucje centralne (np. Polska, Litwa, Rumunia, Bułgaria, Estonia, Węgry, Włochy), ale również ważne są aktywności prowadzone na poziomie lokalnym, przede wszystkim podejmowane przez samorządy (np. Polska, Bułgaria, Węgry, Litwa, Łotwa, Portugalia). Jednym z kluczowych elementów działań z zakresu redukcji popytu w profilaktyce jest aktywność organizacji pozarządowych, które często wspierają działania instytucji centralnych, a nawet czasem je zastępują (np. Chorwacja, Węgry, Polska, Słowenia, Litwa, Belgia). W niektórych krajach policja aktywnie działa w obszarze profilaktyki uzależnień (np. Luksemburg, Szwecja, Polska, Łotwa, Węgry). Aktywność kluczowych instytucji uzupełniają działania ośrodków badawczych i uczelni na polu edukacji i ewaluacji (np. Polska, Chorwacja, Belgia, Węgry, Włochy). Warto odnotować implementację Europejskich standardów jakości w profilaktyce przez instytucje centralne, szczególnie w krajach postkomunistycznych (np. Chorwacja, Polska, Litwa, Łotwa). Oprócz poziomu lokalnego i centralnego ważne są działania z obszaru profilaktyki podejmowane przez instytucje działające na poziomie regionów (np. Polska, Grecja, Belgia, Niemcy, Włochy).

Przypisy

¹ Szczegółowe informacje o projekcie na stronie projektu: <http://asap-training.eu/>

Mysł, że technologia istotnie wpływa na ludzkie funkcjonowanie – a szerzej – na cywilizację, od wieków była obecna w dyskursie naukowym. Psychologów interesują następstwa rozwoju technologii, m.in. w obszarze funkcjonowania mózgu odpowiedzialnego za to, co człowiek czuje, myśli i robi.

PRZYCZYNY CYBERPRZEMOCY RÓWIEŚNICZEJ W NARRACJI ADOLESCENTÓW

Anna Szuster

Wydział Psychologii

Uniwersytet Warszawski

Sposoby korzystania z sieci multiplikują się, a ludzie poświęcają jej coraz więcej czasu i uwagi. Międzynarodowe badania wskazują, że 30% wolnego czasu spędzane jest on-line, choć dane te nie obejmują telefonów komórkowych i innych urządzeń przenośnych. Jednocześnie wraz ze wzrostem wykorzystania internetu maleje czas poświęcany na czytanie publikacji drukowanych (Carr, 2013), a czytanie staje się przywilejem, jak trafnie określiła to noblistka Olga Tokarczuk (2019 wykład noblowski).

Sieć – przestrzeń zachowań społecznych

Wraz z upowszechnieniem nowoczesnych technologii zwiększa się potencjalna dostępność także negatywnych doświadczeń, które mogą mieć wpływ na rozwój i funkcjonowanie młodzieży (Pyżalski, 2012; Wojtasik, 2008). Lista niewłaściwych sposobów wykorzystania internetu jest długa – od oszustw elektronicznych, poprzez publikacje szkodliwych treści, po używanie technologii komunikacyjnych jako narzędzi do realizacji działań agresywnych, także w kontekście relacji rówieśniczych (Pyżalski, 2009, 2012; Wojtasik, 2008). Brak nadzoru dorosłych w sieci sprzyja eskalacji zagrożeń – w tym także elektronicznej przemocy rówieśniczej (Kirwil, 2011). Co więcej, w cyfrowej rzeczywistości kompetencje dorosłych okazują się niewystarczające do przewidywania i efektywnego zapobiegania negatywnym zachowaniom. Dane zebrane w trakcie badań jakościowych realizowanych w ramach programu IMPACT¹ wyraźnie pokazały bezradność szkoły, nauczycieli i rodziców wobec problemu cyberprzemocy wyrażającej się głównie w interwencji (często nieadekwatnej, bo niedostosowanej do „technologii” problemu). Profilaktyka natomiast przejawia się w działaniach niedostosowanych do oczekiwań młodzieży, co sprawia, że jest mało efektywna (Szuster, Barlińska, Pyżalski, Plichta, 2015).

Cyberprzemoc obejmuje różne zachowania on-line realizowane przez sprawców lub świadków, których celem jest krzywdzenie innych (Law, Shapka, Hymel, Olson, Waterhouse, 2012). Najczęściej wskazywane to: wyzywanie, rozpowszechnianie kompromitujących materiałów, nękanie, straszenie, szantażowanie z użyciem sieci. Cyfrowa platforma kontaktów determinuje werbalny charakter przemocy, który jest udziałem ok. 52% polskich nastolatków, a 57% publikuje albo rozsyła ośmieszające, kompromitujące zdjęcia lub filmy (Wojtasik, 2007).

Uwarunkowania cyberprzemocy

Jak każde zachowanie społeczne, cyberprzemoc jest determinowana **wieloczynnikowo**. Część badań wskazuje na **wpływ narzędzi elektronicznych oraz sieci cyfrowej na umysł**, w tym na sposób przetwarzania informacji. Narzędzia cyfrowe sprzyjają impulsywności, wielozadaniowości, przerzutności uwagi, nasilają powierzchowność przetwarzania informacji. Zapośredniczony charakter komunikacji cyfrowej sprzyja angażowaniu się w zachowania wzmacniające przemoc elektroniczną. Inne rezultaty badań podnoszą **kwestię kompetencji psychologicznych**, tj. empatii (afektywnej, poznawczej), zdolności przyjmowania perspektywy, egocentryzmu, kontroli, samosterowności oraz znaczenia **płci, doświadczeń przemocy z perspektywy świadka, ofiary i sprawcy**.

Kilka słów o metodzie

Większość badań korelacyjnych czy eksperymentalnych nie uwzględnia subiektywnej perspektywy osób zaangażowanych w relacje o charakterze cyberprzemocy, stanu ich świadomości, wiedzy, sposobu, w jaki postrzegają sytuację i wnioskują na temat przyczyn swoich zachowań. Poznanie perspektywy drugiej

strony wydaje się kluczowe dla pełnego zrozumienia zarówno uwarunkowań zjawiska, jak i efektywnej profilaktyki.

Jednym z etapów realizacji programu IMPACT było zebranie jakościowych danych, które ukierunkowałyby poszukiwania efektywnych metod oddziaływań ograniczających negatywne zachowania rówieśnicze. Badania zrealizowano metodą wywiadu standaryzowanego, zawierającego pytania otwarte, dające możliwość swobodnej wypowiedzi uczniom i nauczycielom, co umożliwiło poznanie tego, jak postrzegają oni przyczyny i tło zjawiska cyberprzemocy. Zaprezentowane wyniki analiz dotyczące spostrzeganych przyczyn cyberprzemocy rówieśniczej opierają się na kategoryzacji opisów raportowanych przez respondentów.

„Ich słowami”²: jak uczniowie i nauczyciele postrzegają przyczyny cyberprzemocy

Analiza wypowiedzi wskazuje na to, że niemal wszyscy uczniowie nie tylko mieli kontakt ze zjawiskiem cyberprzemocy, ale sami mają dobrze sprecyzowane **pojęcia na to, co jest źródłem zjawiska**. Potrafią je także **nazwać, choć wypowiedzi różnią się poziomem komunikatywności**. Od strony formalnej wypowiedzi mają najczęściej slangowy i skrótowy charakter, dominują określenia specyficzne dla języka młodzieżowego. Różnice dotyczyły liczby wskazywanych powodów oraz tego, czy ich źródłem były własne doświadczenia czy też były to informacje pośrednie, np. rówieśnicy czy obserwacja, wnioskowanie.

Sytuacje off-line jako źródło cyberprzemocy

Analiza treści wypowiedzi wskazuje, że geneza przemocy rówieśniczej w przestrzeni cyfrowej ma swoje **źródło w sytuacjach off-line, w sytuacjach realnego kontaktu twarzą w twarz**, przemoc jest przenoszona i rozwijana w przestrzeni cyfrowej. Oddaje to wypowiedź jednej z nauczycielek: „To był konflikt, który już trwał, to nie było tak, że to się zaczęło w internecie”. Bywa, że spostrzegane źródła cyberprzemocy zanurzone są w **przeszłości** i odżywają w nowych warunkach, np. w szkole gimnazjalnej. Ilustruje to wypowiedź nauczyciela: „To były porachunki z podstawówki”.

Przyczyny konfliktów są różnorodne: banalne kłótnie i nieporozumienia w szkole, które potem są kontynuowane w postaci wpisów w internecie: „(...) koleżanki się pokłóciły w szkole i zrobiły sobie wojnę i potem wysyłały obraźliwe wiadomości na Facebooku”. Internet bywa wykorzystywany jako forum publicznego piętnowania sposobu, w jaki rówieśnicy zwracają

się do siebie: „Umieszczaliśmy na zdjęciach to, co sama mówiła do nas, np. „tępa dzida”.

Także wzajemne sympatie i antypatie są manifestowane i eskalowane w internecie: „w sumie to nigdy nie przepadałyśmy za sobą. To była książka z biblioteki i ona ją pożyczyła (...) pani zwróciła jej uwagę, po roku, że jej nie oddała i ona powiedziała, że dała mi (książkę-AS), żeby ją oddała, a ja nie oddałam. A potem, jak byłam w bibliotece, to pani powiedziała, że książka się znalazła, że ona ją oddała”.

Przyczyną aktów cyberprzemocy bywa interwencja rodziców, to wyzwała komentarze rówieśników o charakterze cyberprzemocowym: „(...) w ten sam dzień w którym moja mama była w szkole wyjaśnić tę sprawę z książką, to pojawiły się te (napastliwe – AS) pytania. To słownictwo pasowało do tej dziewczyny”.

Specyfika sytuacji off-line, które generują przejawy cyberprzemocy

Powtarzającą się kategorią sytuacji off-line, które indukują przejawy cyberprzemocy, są **bezpośrednie konflikty interpersonalne**. Stają się one źródłem negatywnych emocji i zachowań ukierunkowanych na poniżenie, ośmieszenie czy nękanie partnera. Zazdrość sprzyja obrażaniu się, a w konsekwencji znajduje ujście w przestrzeni cyfrowej w postaci wpisów i komentarzy o charakterze cyberprzemocowym. „One stwierdziły, że ona, ta ich przyjaciółka, ma inne przyjaciółki. Bo ona im tak powiedziała, że ma jeszcze inne przyjaciółki. (...) nie mogły tego zaakceptować”. „(...) pokazała »skryny« rozmów, jak mnie przezywały. Moja przyjaciółka też się przyznała, że (...) obgadywała mnie, bo wtedy czuła się obrażona”.

Konflikty i antypatie bywają także źródłem hejtu. „Mam dwóch kolegów poza obrębem szkoły, nie lubią się, kiedyś się przyjaźnili, ale coś tam jednemu z nich odwaliło (...), bo się wdał w narkotyki, papierosy, alkohol (...). I oni się bardzo hejtowali na Facebooku, że ty jesteś taki, śmaki, owaki. Jeden wstawiał post, że ty taki jesteś, weźcie i polajkujcie, jeśli go nie lubicie, a drugi napisał, że jeśli go nie lubicie to mi też polajkujcie i komentarze się zaczęły, cała konwersacja, a później doszło do tego, że się przestali odzywać i do dzisiaj nie utrzymują kontaktu”. „(...) po prostu ktoś komuś coś brzydkiego namalował na zdjęciu, przerabiając je, albo podpisy dodawali do zdjęć, że ty jesteś taki, śmaki i owaki”. Okres adolescencji to czas nawiązywania pierwszych **relacji intymnych**. Konflikt w takich relacjach oraz zazdrość generuje impulsywne zachowania partnerów, które ujawniane są w internecie: „(...) zdarzyło się, że kolega i koleżanka się pokłócili i wtedy ten kolega znalazł jej konto, hasła (...) i zamieścił jej (...) zdjęcie, takiej grubej, i potem wszyscy się tam śmiali z tego

w komentarzach”, „był jej były chłopak (...) po prostu ze złości, przez to, że z nią zerwał czy coś tam i tak się stało”. „Chodziło o chłopaka, że w związku niby go odbiłam koleżance, to napisała o tym na Facebooku”.

Cyberprzemoc jest efektem tego, jak grupa rówieśnicza ocenia relacje między parterami. „Było przez takiego chłopaka z klasy. Bo ja z nim byłam. One mówiły, że on się stara, a ja się nie starałam. (...) One stwierdziły, że ja go źle traktuję, w ogóle on był po ich stronie. Zaczął być dla mnie taki chamski. Wcześniej mówił co innego, a teraz wymyślał sobie różne rzeczy”. Grupa rówieśnicza pełni rolę swoistych sekundantów takiego związku, a problemy i trudności szybko stają się przedmiotem ocen.

Reasumując, rozmówcy wskazywali, że źródłem elektronicznej agresji rówieśniczej były konflikty, sytuacje trudne w relacjach off-line. Sprawy te często miały charakter typowych problemów dla tej grupy wiekowej, np. kłótnie o względy dziewczyny/chłopaka, zazdrości, zdrady, bycie obrażonym, szukanie wsparcia u dorosłych. Przenikanie się obu przestrzeni cyfrowej i realnej jest wyraźnie spostrzegane i doświadczane, a ich interakcja generuje okoliczności, które wyzwalają różne przejawy cyberprzemocy. Znakomicie widać to w wypowiedzi jednego z uczniów: „Twoje życie w internecie przekłada się na twoje życie osobiste, tutaj w szkole, poza szkołą”. Potwierdzają to także wypowiedzi nauczycieli: „To był konflikt, który już trwał, to nie było tak, że to się zaczęło w internecie. (...) potem kolejny etap to był właśnie internet (...)”. „Czasami umiem się pokłócić w realnym życiu i czasami to się przeniesie. A czasami bywa tak, że się pokłóca w internecie”.

Przemoc w sytuacji on-line może wyjaśniać obserwowany przez nauczycieli jej spadek w sytuacjach bezpośredniego kontaktu. „Być może przeniesienie się agresji do internetu jest przyczyną tego, że obserwujemy w badaniach i jako nauczyciele w realu jej zmniejszenie, tyle że ona jest gdzie indziej”.

Wygląd zewnętrzny i odmienność jako źródło cyberprzemocy

Wygląd zewnętrzny to najbardziej dostępny bodziec, na który ludzie reagują ze szczególną wrażliwością (por. Zebrowitz, 1999). Ma on wpływ na kształtowanie wyobrażeń na temat innych ludzi, w nim upatrywane są skłonności do określonych zachowań, cech charakteru czy osobowości (Liggett, 1974).

Cechy wyglądu zewnętrznego stają się przedmiotem agresji w sieci. Odstępstwo od tzw. normalnych rysów twarzy jest błyskawicznie rozpoznawane i bywa przedmiotem złośliwego komentowania odmienności fizycznej rówieśników niepełnosprawnych w sieci: „(...) są to dzieciaki z klas integracyjnych,

(...) to one właśnie są najczęściej przyczyną żartów, bo dla nich one odbiegają od nich, więc to jest osoba, z której się można pośmiać, pożartować, taka inność” czy wulgarnego komentowania innych wyrazistych cech fizyczności: „Gruba, tłusta świnia, głupia blondynka”.

Źródłem negatywnych komentarzy bywa zdjęcie celowo zniekształcone czy przerabiane. „Zrobił na lekcji zdjęcie. Na zdjęciu wyglądałem, jakbym grzebał w nosie. Od razu udostępnił zdjęcie na Facebooka. Dopisał od razu komentarz: »jaka świnia siedzi na lekcji«. (...) dziewczyna wrzuciła tam zdjęcie i ktoś je obraźliwie przerobił”.

„W szkole podstawowej moje zdjęcia też przerabiali, ale usuwali szybko (...). Tu też często robią zdjęcia na przerwach sobie nawzajem, po treningu albo jak ktoś śpi i później je przerabiają”. Także ograniczona sprawność fizyczna: „(...) powodem były filmy kręcone przez dziewczynę, która nie ćwiczyła, ona była zresztą dosyć perfidną osobą, która po prostu kręciła swoje koleżanki, na wf-ie. Filmowana (AS) dziewczyna była wyjątkowo niesprawna i później (zamieszczony AS) był filmik, jak się ona siłuje, próbuje przeskoczyć przez kozła, robić różne inne rzeczy”.

Takie przejawy cyberprzemocy są subiektywnie odbierane przez adolescentów jako głęboko raniące, mają ogromny potencjał wiktyimizacyjny, młodzi ludzie są wobec tego zupełnie bezbronni.

Motywy autowaloryzacyjne w służbie cyberprzemocy

Okres adolescencji naznaczony jest silną koncentracją na własnej osobie. Mechanizmy związane z obrazem siebie odpowiadają za utrzymanie i podniesienie samooceny, a potrzeba wyróżnienia się w grupie rówieśniczej poprzez działanie, które skupia zainteresowanie rówieśników, stanowi przyczynę aktów o charakterze przemocy.

„Mało się kolegowaliśmy. Różnimy się, on lubi błyszczeć, mnie to niepotrzebne” (ten właśnie motyw „lubi błyszczeć” stał się źródłem zachowań o charakterze cyberprzemocy wobec kolegi, który tak właśnie postrzega przyczynę ataku na siebie).

„Myślałam, że to będzie właśnie takie fajne, że będę czuć się lepiej, że on i tak jest obiektem kpin, ale nie pomyślałam, że to nie jest w porządku”.

Także potrzeba odreagowania porażki, np. przegranej, staje się impulsem krzywdzenia innych w sieci. „Tak samo jak inni ludzie dogryzałem, jak się wkurzy człowiek, że przegra 6:0, a można było łatwo wygrać. Jeśli pani by zagrała kiedyś i polubiła jakąś grę i się wygrywa i wygrywa, i nagle przegra, to jest taki wybuch”.

Specyfika przestrzeni cyfrowej jako źródło cyberprzemocy

Przestrzeń cyfrowa i narzędzia elektroniczne tworzą szczególnie warunki sprzyjające negatywnym i nieaprobowanym zachowaniom rówieśniczym.

Poczucie anonimowości, jakie daje sieć, sprzyja podejmowaniu zachowań łamiących normy społeczne: „(...) tam mogli się poczuć, myślały, że będą anonimowe, bezkarne”. Tworzy zarazem dogodne ramy dla tych, którzy w realnej przestrzeni mają nikłe szanse na zareagowanie agresją: „Osoby nieśmiała szybciej odpyskują coś w internecie niż w realu”.

Wpływ społeczny/wpływ grupy rówieśniczej

Silny egocentryzm z jednej strony i konformizm z drugiej sprzyjają podatności na wpływ społeczny (Schaffer, 2006). Grupa społeczna stanowi punkt odniesienia dla formowania obrazu własnej osoby, zaspokaja podstawowe potrzeby społeczne przynależności i afiliacji, zaś możliwość dokonywania porównań społecznych dostarcza kryteriów oceny i wartościowania zarówno siebie, jak i rówieśników (Festinger, 1954).

Analizowane wypowiedzi potwierdzają wpływ autorytetu grupy rówieśniczej na angażowanie się we wspieranie bądź sprawstwo cyberprzemocy. Powszechność jakiegoś zachowania w grupie sankcjonuje normę grupową. Krytycyzm wobec większości jest ograniczony, dominuje konformizm, dopasowanie i często bezrefleksyjne powielanie zachowań grupy rówieśniczej. „Wszyscy to robimy tak dla śmiechu i nikt się nie obraża. W ogóle mi nie przyszło do głowy, że on się może pogniewać. Mnie też przecież robili takie żarty, no może trochę było mi głupio, ale jak zobaczyłem, że wszyscy to robią, to wyluzowałem i nie robiłem sprawy”. „Część osób mówiła, że to przesada, bo wszyscy tak robią i tylko ja się obraziłem”.

„(...) nie wiem, jakim cudem ona mogła się obrazić, wszyscy koledzy się dziwili”.

„Jak dziewczyny i chłopcy zaczęli to wszystko przypominać, to byłam naprawdę załamana, nie radziłam sobie... płakałam”.

„Działa grupowa presja”.

Wypowiedzi ofiar wskazują, że nawet, gdy pojawia się wątpliwość wobec krzywdzenia innych, nie zmienia to zachowania. Mimo dyskomfortu, zachowania są powielane w obawie przed krytyką grupy. Takie mechanizmy wyraziście ujmuje wypowiedź uczennicy: „Część mówiła, że dawno czuli, że jest im głupio, jak ich dotyczą takie komentarze ze zdjęciami, ale nie wychylali się, bo nikt się nie wychylał. Z tego zaczęło wyglądać, że nie wszyscy dobrze się bawili”.

„Ja nie interweniuję w żaden sposób, bo potem będzie na mnie wina zrzucona, ja tylko będę miał problem”.

Często u podstaw powstawania takiej grupy leży strach i obawa przed wykluczeniem z grona rówieśników. Ujawnia to wypowiedź nauczycielki: „Jedna osoba lubi gnębić innych. Koleżanki dołączały do niej, by same nie były gnębione. I ona też sama namawiała koleżanki przeciwko koleżance. W grupie mają większą siłę, czują się mocne”.

Bywa, że źródłem cyberprzemocy jest grupa, której celem jest krzywdzenie (rozumiane oczywiście jako dobra zabawa). Subiektywnie jest to odbierane przez ofiarę jako szczególnie dojmujące. „Założyli grupę [na Facebooku] i ponizali mnie na tej grupie w większym gronie osób. Ja się strasznie czułam. Byłam słaba psychicznie i każda jakaś obelga mnie mocno ruszała. No, jak czytam te wszystkie komentarze na grupie i to wszystko, to sama przyznam, że do szkoły nie chciałam chodzić, po prostu się pokazywać”.

Dystansowanie się wobec grupy rówieśniczej postrzegane jest jako wyłamywanie się i bywa karane w sieci, to tworzy swoiste błędne koło cyberprzemocy. Dobrze ilustruje to wypowiedź wskazująca na powody cyberprzemocy: „Jakby się nie izolowała od innych...” (to nie stałaby się przedmiotem niewybrednych żartów – komentarz AS). Grupa karze także za łamanie norm nakazujących nieinformowanie dorosłych o działaniach rówieśniczych: „Wiedzieliśmy, że rozmawia (z dorosłymi w tej sprawie). Powinna była porozmawiać z nami”.

Wypowiedź nauczyciela znakomicie pointuje ten przejaw wpływu społecznego: „Myślę, że jest ogromny lęk przed tym, żeby nie być tym samym, co osoba wyśmiana, gdzieś tam się trzymają tych, którzy tak fajnie i śmiesznie się zachowują”.

Reasumując, analiza wypowiedzi wskazuje na spostrzeganie grupy rówieśniczej jako źródła norm regulujących zachowania. W części normy są przyjmowane bezrefleksyjnie, a zachowanie nie budzi wstydu, współczucia dla ofiar. W części natomiast normy i związane z nimi zachowania budzą refleksję. Młodzi ludzie dostrzegają oznaki cierpienia innych, co budzi pewien dyskomfort, ale nie zmienia ich zachowania.

Empatia – regulator zachowań w przestrzeni cyfrowej

Komunikacja zapośredniczona ogranicza możliwość korzystania z naturalnych, niewerbalnych wskazówek dominujących w bezpośrednim kontakcie *face to face*. Wskazuje się, że ten rodzaj komunikacji „wprowadza w błąd” mechanizmy neuronalne w korze przedczołowej, monitorujące i automatycznie korygujące zachowanie własne i partnera podczas interakcji (Goleman,

2008). Takie cechy interakcji są źródłem deficytów empatii. Wyróżnikiem stanu empatii jest to, że pojawia się w reakcji na inną niż własna sytuację, na sytuację innej osoby (Hoffman, 2006; Baron-Cohen, 2011). Ta dwuogniskowość perspektywy wyznacza specyfikę zjawiska. Wywiady dają okazję wglądu w to, jak postrzegane i interpretowane jest cierpienie innych oraz jakie wyzwała reakcje.

Deficyt w zakresie empatycznego reagowania adolescentów przychylnością na dyskomfort rówieśnika często jest wskazywany w wypowiedziach nauczycieli i bywa różnie identyfikowany, np. jako nieświadomość: „Myszę, że w ogóle najczęściej wynika to z nieświadomości, ale nie tylko z nieświadomości tego, że można złamać prawo, ale z braku świadomości, w jaki sposób człowiek może skrzywdzić drugiego człowieka”; okrucieństwo: „Młodzież jest okrutna” czy żartem „Dla niego to był dobry żart”. To wskazuje, że w warunkach zapośredniczonego kontaktu z cierpieniem innych w ograniczonym stopniu uruchamiane są pierwotne mechanizmy empatii afektywnej. Brakuje bowiem bezpośredniego kontaktu z uniwersalnym bodźcem (tj. ekspresja mimiczna, ton głosu, gestykulacja), który automatycznie generuje awersyjne pobudzenie (Preston, de Wall, 2002). Z kolei zaawansowane mechanizmy odpowiedzialne za aktywizację empatii poznawczej (Decety, Yoder, 2006) są ograniczane. Chodzi, z jednej strony, o właściwości narzędzi cyfrowych nasilających powierzchowność i impulsywność, z drugiej o specyfikę rozwojową okresu adolescencji, która ujawnia się w postaci deficytów hamowania, kontroli i autodystansowania się. Wymownym tego przejawem jest to, że nawet własne, negatywne doświadczenia w roli ofiary nie warunkują przychylnego reagowania empatią: „Było mi bardzo głupio, po prostu, że jak ja mogłam tak zrobić skoro inni mnie tak traktowali, skoro wiedziałam, jak ta osoba musi się czuć. Po prostu taki nieprzemyślany chyba ruch”. Innymi słowy, jeden z podstawowych mechanizmów uczenia przez własne doświadczenia, warunkujący reagowanie empatią poznawczą (Hoffman, 2006), jest ograniczony w przestrzeni cyfrowej.

Deficyty empatii nie są identyfikowane w wypowiedziach adolescentów. Wnioskowanie o empatii ma charakter pośredni. Świadczą o tym wypowiedzi ilustrujące reaktywny charakter własnych zachowań na krzywdę innego, nie stanowią one przedmiotu refleksji: „Tak to było zdjęcie i co tu powiedzieć... No miałam okazję, no to się pośmiałam”.

Cierpienie innego często nie jest dostrzegane, uświadamiane, tym bardziej nie jest antycypowane. Świadczy o tym fakt, że nawet interwencja zewnętrzna nie wyzwała empatii, ale lęk koncentrujący się na Ja: „Mówiły, że żałują, ale się bały. Przeprosiły na siłę, z musu, bo się wystraszyły (...)”. „Przeprosiłem ją

na Facebooku niby z mojej inicjatywy, żeby był spokoj”, „Lepiej było [przeprześć –AS] przez internet”.

Wypowiedzi nauczycieli potwierdzają to, że sytuacje krzywdzenia innych nie wyzwalają empatii, to sprzyja cyberprzemocy. Wskazują także na mechanizmy generalizacji Ja, czyli używanie własnych stanów do przewidywania stanów innych: „Dla niego to był żart, on tego nie odbierał jako coś złego zrobionego kole-dze (...) myślał, że kolega też się będzie z tego śmiał. Na takiej zasadzie. On w ogóle w tym nie widział nic złego”. Ujawnia to zarazem brak indywidualnych standardów oceny sytuacji innego i kierowanie się dominującymi standardami grupowymi: „W ogóle mi nie przyszło do głowy, że on się może pogńiewać. Mnie też przecież robili takie żarty, no może trochę było mi głupio, ale jak zobaczyłem, że wszyscy to robią, to wyluzowałem i nie robiłem sprawy”. „Koledzy mówili, jakim cudem ktoś się mógł o to obrazić”. Odwołanie się do standardów grupowych zmienia percepcję sytuacji krzywdzenia rówieśnika, wpływa na jej ocenę, sankcjonuje negatywne zachowania, dostarcza także kryteriów dla reinterpretacji konsekwencji krzywdzenia innych w niezagrażających, neutralizujących kategoriach. To zaś blokuje reagowanie empatią.

Wypowiedzi sprawców cyberprzemocy wskazują na powierzchowność, ogólnikowość, nieadekwatność interpretacji: „No przecież po to się takie żarty wysyła. To jakby rodzaj zabawy, rozmowy, ciekawe, co ten drugi wymyśli? Takie zawody, ale w gruncie rzeczy to żarty”.

Kategorie używane do opisu stanu innej osoby, jej dyskomfortu mają niespecyficzny, ogólnikowy charakter: „czuła się słabo” „chyba tak niefajnie mu było”. Do rzadkości należą te, które adekwatnie nazywają emocje i stany ofiary: „Mógł się poczuć odrzucony, smutny”. Analiza języka wskazuje na trudności w nazywaniu stanów rówieśnika w kategoriach afektywnych (emocji czy nastroju). To istotny czynnik hamujący aktywizację empatii poznawczej, u podstaw której leży pojęciowy.

Ten deficyt w nazywaniu stanów afektywnych rówieśnika nie wynika z braku znajomości tych kategorii, ale z ich dostępności. Świadczy o tym asymetria między opisami sprawców i ofiar. Ofiary precyzyjnie, selektywnie i adekwatnie nazywają doświadczane stany afektywne: „Zrobiło mi się **smutno, przykro**, że tak mnie **ośmieszył**, (...) także **wstyd** – w końcu ktoś jakby gmerał przy moim zdjęciu, wykorzystał to, przerobił tylko po to, żeby była zabawa (...). potem chyba byłem już tylko zły (...)”. „Byłam naprawdę **żałamana, nie radziłam sobie... Płakałam**”. „Dla mnie to bardziej zdrowotnie, bo to było stresujące (...). Ja w ogóle generalnie tak choruję trochę, ale jeszcze jak on tak zaczął, to się nasiliło, to wszystko. To miałam straszne **bóle głowy**. Takie wręcz do utraty przytomności prawie”. Perspektywa opisu ofiar

przez sprawców jest niespecyficzna, ogólnikowa, nieadekwatna (por. wyżej).

Bywa, że przemoc jest reinterretowana, w rezultacie zmienia swoje oblicze: „Przecież nikt się nie pobił, nikt nie zrobił nikomu krzywdy”. To wskazuje, że konsekwencje fizycznej przemocy off-line są bezpośrednio dostępne i mają większy potencjał regulacyjny. Podczas gdy w przemocy on-line brak tych spektakularnych przejawów, zatem jej oznaki są trudniej dostrzegane i łatwiej podlegają reinterretacji.

Procesy kontroli

Specyfikę okresu adolescencji wyznaczają dysproporcje między osiągniętymi zdolnościami poznawczymi a motywacją do kontroli i antycypacji własnych działań. Warunki zapośredniczonego kontaktu wzmacniają tę rozbieżność, co sprawia, że nastolatki on-line zachowują się w sposób, w jaki nie zachowałyby się w sytuacji off-line. Analiza wypowiedzi nauczycieli potwierdza deficyty kontroli i hamowania: „A jak się wkurzą, albo biją się, tłuką, albo biorą telefon i piszą do siebie. Chyba na Messengerze”. „Teraz ostatnio, była bójka, a też się wzięła z Facebooka, bo chłopcy tak sobie mocno pocisnęli, że jak się w realnym życiu spotkali, to się skończyło bójką. (...) Ta trójka stwierdziła, że prowokowali i przeprosili, oni nie powinni prowokować, a tamten wałnąć, inaczej nie powinien dać się sprowokować i ustaliliśmy, że tu ma słaby punkt i daje się sprowokować, a pięści mu się gotują, to ma zrobić w tył zwrot i iść do mnie albo do koleżanki”.

Wypowiedzi adolescentów wskazują, że ich zachowanie w sieci cechuje brak refleksji nad konsekwencjami: „Nie pomyślałem, że ktoś inny może czuć”. Impulsywność i reaktywność przejawia się powszechnie używanymi wulgaryzmami: „Zobaczyłem, że ona umieściła film i we mnie obudziła się natura śmieszka i właśnie napisałem do niej »ty kurwo«”. Dominują negatywne, wulgarne wyrażenia: „(...) Masz ryj jak wyrzygany, przeterminowany kotlet z wiewiórki”; „Czego cię pało w szkole nie było?”; „Nie mogę patrzeć na twój ryj, chyba jesteś ciota”. W większości przytaczanych wypowiedzi widoczne są kłopoty z jasnym, logicznym formułowaniem myśli, przyczynowo- skutkowym formułowaniem zależności. Zawierają dużą liczbę wtrąceń i dygresji, co sprawia, że wywód jest zagmatwany i mało komunikatywny. Wypowiedzi wskazują na dominację automatycznej regulacji, deficyty kontroli uwagi, których rezultatem jest brak selektywności, a zachowania mają rutynowy i powtarzalny charakter: „Ja na przykład jestem w takiej grupce na Facebooku »Poszukiwacze Fejmu«, i tam (...) lajkujemy sobie nawzajem zdjęcia. Nawet nie patrzę na to, co tam jest, tylko klikam od razu: lajk, lajk, lajk”. Wymowna w tym kontekście jest poniższa sekwencja wypowiedzi:

„Znaczy nie zastanawiasz się, co lajkujesz tylko lajkujesz, jak leci?”

U2: Ja ogólnie wszystko lajkuję.

Z: A czemu?

U: A czemu mam nie lajkować?

Z: A zdarzyło się czegoś nie zalajkować?

U: Jak ominęłam, to tak”.

Analiza wypowiedzi wskazuje, że cierpienie i krzywda rówieśników nie uruchamia empatii hamującej agresję. Ograniczenia w zakresie kompetencji hamowania i kontroli oraz dominujące przejawy impulsywności współwystępują z deficytem reagowania empatią poznawczą, której podstawą są ośrodki znajdujące się w korze przedczołowej odpowiedzialne za hamowanie.

Zamiast zakończenia

Nasi rozmówcy opowiadali o swoich wrażeniach, odczuciach, doświadczeniach, zachowaniach, ale przełożenie tych treści na strategię oddziaływań leży po stronie badacza, który uwzględni także inne dane z tego obszaru. Zatem ważne jest zachowanie ostrożności wobec wypowiedzi respondentów z powodu złożoności postaw i zachowań młodzieży, jak i doświadczeń czy zdarzeń, które opisują. Na przykład fakt atrakcyjności internetu nie powinien decydować o wyłącznym wykorzystaniu tego medium w oddziaływaniach edukacyjnych, a oceniana jako „nudna” forma wykładu nie powinna być eliminowana. Obie mają bowiem swoje walory i deficyty. To zależy bowiem od treści przekazu – medium wydaje się drugorzędne.

Ponadto tylko część doświadczeń została nazwana przez młodzież. Do części doświadczeń nie mają bowiem dostępu (postawy nieświadome), części nie potrafią zwerbalizować.

Warto pamiętać, że badania jakościowe służą raczej rozumieniu rzeczywistości, a nie jej pomiarowi, temu służą badania ilościowe. Dane narastają lawinowo, a szanse na ich syntezę nie rosną, co uzasadnia analizy jakościowe. Mamy nadzieję, że zaprezentowane rezultaty o charakterze jakościowym dostarczą nowego wglądu w złożoność zjawiska cyberprzemocy rówieśniczej.

Przypisy

¹ Program IMPACT – pierwszy na gruncie polskim zintegrowany projekt przeciwdziałania cyberprzemocy, łączący aspekty psychologiczny (UW), pedagogiczny (IMP) i technologiczny (PW) z aplikacyjnym wdrożeniem przez dwóch partnerów z sektora NGO (Fundacja Praesterno i Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę). Projekt finansowany przez NCBIR z konkursu Innowacje Społeczne no. /IS-2/31/NCBiR/2015.

² „Ich słowami” – użycie fragmentu tytułu współautorskiego artykułu: Barlińska J., Plichta P., Pyżalski J., Szuster A., „Ich słowami – obraz pomocy w sytuacjach cyberprzemocy rówieśniczej z perspektywy uczniów”, Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, 2018, vol. 17, nr 4.

Bibliografia dostępna w redakcji.

W opinii większości zainteresowanych rozwojem substytucji polskich specjalistów, konieczne jest daleko idące uproszczenie zasad i zmiana modelu jej prowadzenia. Kwestia lokowania jej blisko pacjenta jest tu kluczowa dla rozstrzygnięć w wyborze modelu, a finansowanie może być planowane dopiero w dalszej kolejności. Sensowna reforma może bowiem koszty świadczenia znacząco obniżyć, dodatkowo obejmując opieką zdecydowanie większą liczbę osób.

NAKŁADY NFZ NA LECZENIE OSÓB UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH INNYCH NIŻ ALKOHOŁ. PROGRAMY LECZENIA SUBSTYTUCYJNEGO

Jacek Charmast

Prezes Stowarzyszenia JUMP '93

Koordynator programu Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych

Czy dzisiaj, po blisko 30 latach od utworzenia pierwszego programu metadonowego w Polsce, można powiedzieć, że NFZ angażuje już wystarczające nakłady finansowe na leczenie substytucyjne? Czy nadal niedobór finansowania jest największym problemem tego obszaru? Nie ma prostej odpowiedzi na to pytanie. Oczywiście, substy-

tucja opioidowa jest nadal nieobecna w województwach podkarpackim i podlaskim, mogłaby też w wielu innych miejscach mieć szersze zastosowanie, jednak jej problemy są bardziej złożone. To nie brak środków jest główną przeszkodą dla jej rozwoju, ale przepisy prawa, przepisy zniechęcające potencjalnych świadczeniodawców i wręcz

Tabela 1. Nakłady NFZ na leczenie uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (wydatki z podziałem na kontraktowane produkty – świadczenia).

Nazwa świadczenia	2015	2016	2017	2018	2019
Świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol	12 590 625	11 836 709	12 611 721	13 227 054	13 428 454
Krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	15 427 684	15 382 124	15 338 246	16 343 812	17 307 925
Świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	61 623 844	58 408 508	58 626 802	60 485 773	60 870 683
Program leczenia substytucyjnego	20 582 992	20 537 216	22 304 306	23 297 442	21 419 657
Leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji)	11 290 020	11 008 046	11 056 027	11 006 290	11 402 440
Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	2 780 459	2 703 809	3 456 490,7	3 461 069	3 676 534,7
Świadczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelu	3 380 245,8	3 242 748	362 6075,7	3 875 327,3	4 017 276,5
Świadczenia terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych z współistniejącymi zaburzeniami psychiatrycznymi (podwójna diagnoza)	8 452 982	10 827 264	11 332 172	12 651 189	12 454 489
Razem	136 130 868	133 948 441	138 353 858	144 349 975	144 579 478
Udział procentowy nakładów na leczenie substytucyjne w nakładach ogółem.	15%	15%	16%	16%	14%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

zamykające drogę do udostępnienia leczenia w mniejszych miejscowościach. W opinii większości zainteresowanych rozwojem substytucji polskich specjalistów, konieczne jest daleko idące uproszczenie zasad i zmiana modelu jej prowadzenia. Kwestia lokowania jej blisko pacjenta jest tu kluczowa dla rozstrzygnięć w wyborze modelu, a finansowanie może być planowane dopiero w dalszej kolejności. Sensowna reforma może bowiem koszty świadczenia znacząco obniżyć, dodatkowo obejmując opieką zdecydowanie większą liczbę osób. Co do przedmiotu tego opracowania to nakłady NFZ przez ostatnią dekadę rosną wolno i nic istotnego tu się nie dzieje, poza może jednym wyjątkiem. Chodzi o Warszawę, która obejmuje opieką ponad 1000 pacjentów, z blisko 2500 osób leczonych w całym kraju. Dodatkowo koszty ponoszone w Warszawie przez świadczeniodawców są relatywnie wyższe niż w innych regionach kraju, stąd nakłady MOW NFZ stanowią niemal połowę całego krajowego finansowania przeznaczonego dla programów leczenia substytucyjnego. W Warszawie mamy jednak do czynienia z innym czynnikiem osłabiającym lecnicstwo substytucyjne niż brak środków finansowych. O tym w dalszej części tego opracowania.

Tabela 1. jest próbą odpowiedzi na pytanie, czy biorąc pod uwagę, że zwiększenie dostępu do leczenia

substytucyjnego było od lat priorytetem krajowych strategii przeciwdziałania narkomanii, to czy jest ono też priorytetem dla płatnika. Otóż nie jest. Przedmiotowe nakłady od lat rosną tak samo jak wszystkie inne, od dekady stanowią ok. 15% całości finansowania NFZ na świadczenia narkotykowe. Istnieją natomiast różne polityki wobec substytucji na poziomie województw. Niektóre oddziały NFZ przez lata wręcz broniły się przed udostępnieniem tego świadczenia i nie ogłaszały konkursów. Oddział Pomorski został przez kampanię społeczną wręcz zmuszony w 2011 roku do ogłoszenia konkursu. Obecnie, wśród największych miast wojewódzkich tylko w Białymstoku i w Rzeszowie nikt nie świadczy terapii substytucyjnej, nie są ogłaszane konkursy i nie widać też zainteresowanych prowadzeniem tego świadczenia. Nie ma tam prawdopodobnie już nawet potencjalnych pacjentów, bo większość z nich bądź zmarła, bądź na stałe wyjechała, by skorzystać z leczenia w Warszawie, Krakowie, Lublinie czy w innych miejscach. Do Warszawy migrują najchętniej, bo tylko w tym mieście istnieją jakieś możliwości uzyskania dachu nad głową w schronisku dla bezdomnych.

Kwoty z tabeli 2. wskazują na to, że na poziomie województw prawie wszędzie mamy do czynienia w powolnymi wzrostami, ale tylko gdzieś niegdzie wykraczają one poza

Tabela 2. Nakłady na leczenie substytucyjne w Polsce.

Oddział NFZ	Wartość umów				
	2015	2016	2017	2018	2019
Dolnośląski	2 738 800	2 532 248	2 989 976	3 287 888	2 390 808
Kujawsko-Pomorski	778 473	975 307	1 295 069	1 346 638	1 210 366
Lubelski	977 314	1 040 809	1 251 552	1 244 737	1 231 780
Lubuski	1 465 659	1 685 718	1 745 514	1 646 838	694 980
Łódzki	669 819	698 809	906 017	1 243 682	887 178
Małopolski	610 907	662 307	690 238	702 646	721 231
Mazowiecki	9 420 354	8 932 131	9 236 510	9 430 677	9 892 449
Opolski	353 776	328 965	335 324	352 407	225 715
Podkarpacki	0	0	0	0	0
Podlaski	0	0	0	0	0
Pomorski	414 758	404 632	494 993	642 014	682 130
Śląski	1 514 196	1 571 112	1 633 239	1 690 362	1 647 666
Świętokrzyski	330 152	350 680	338 552	352 554	366 333
Warmińsko-Mazurski	295 562	311 808	297 804	260 175	315 202
Wielkopolski	388 541	414 625	418 291	433 833	480 000
Zachodniopomorski	624 682	628 065	671 228	662 992	673 821
Razem	20 582 992	20 537 216	22 304 306	23 297 442	21 419 657

Zródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

poziom inflacji, co może przekładać się na wzrosty liczby pacjentów. Cieszy szybszy niż gdzie indziej rozwój programu substytucyjnego w Gdańsku, Łodzi, Wrocławiu, bo tam zapotrzebowanie na leczenie jest nadal znaczące. Co do roku 2019, to kwota nakładów prawdopodobnie jeszcze wzrośnie, po rozliczeniu przez NFZ części „nadwykonań” kontraktów.

W grudniu 2019 roku otrzymaliśmy z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) aktualne dane dotyczące liczby pacjentów wszystkich programów substytucyjnych (PS), które przedstawiono w tabeli 4. Zestawiając poprzednie tabele, widzimy, że liczba pacjentów w 2019 roku jest znacznie niższa od liczby pacjentów w kilku poprzednich latach. O co więc chodzi, skoro dane NFZ pokazują wzrosty nakładów? Otóż dane za okres 2005–2017 dotyczą liczb pacjentów, którzy zostali zarejestrowani w systemie ewidencji KBPN, czyli także tych osób, które pojawiły się w programach substytucyjnych choćby tylko epizodycznie. Natomiast dane z roku ubiegłego dotyczą osób, które leczyły się w momencie zadania pytania o aktualną liczbę pacjentów w leczeniu. Wydaje się, że druga tabela bliżej koresponduje z interesującym nas przedmiotem opisu.

Co to jest leczenie substytucyjne?

Substytucja lekowa jest uważana powszechnie przez specjalistów za najskuteczniejsze narzędzie pomocy osobom uzależnionym od opioidów. W krajach Unii Europejskiej na ok. 1,5 mln osób leczonych z powodu uzależnienia blisko połowa objęta jest właśnie terapią substytucyjną. Najpowszechniej stosowanym w tej terapii lekiem jest metadon. W Europie i w krajach wysokiej kultury medycznej stosowane są także inne niż metadon farmaceutyki substytucyjne, niekiedy w zakresie od niego szerszym. Takim konkurentem jest buprenorfina, dominujący lek substytucyjny we Francji i w niektórych krajach skandynawskich. Buprenorfina w porównaniu z metadonem jest lekiem bezpieczniejszym, niepowodującym senności, działa też znacznie od niego dłużej. Lek ten, ze względu na swoje walory farmakologiczne, proponowany jest pacjentom utrzymującym pełniej abstynencję i wyso-

ko funkcjonującym społecznie. Niestety, metadon jest w Polsce przepisywany aż ponad 95% pacjentów, czyli także tym osobom, dla których dostępna przecież i u nas buprenorfina, byłaby bardziej wskazana¹.

Codziennie podawanie indywidualnie dobranej dawki leków substytucyjnych przywraca leczonej osobie normalne życie, uwalnia od objawów abstynencyjnych, pozwala zdrowieć. Ogromne znaczenie ma tu efekt trwającego ponad dobę działania leku, który pozwala przyjmować tylko jedną jego dawkę dziennie. Dla porównania, cykl działania najpopularniejszych ulicznych opiatów nie przekracza 6 godzin, co zmusza uzależnionych do przyjmowania kilku doz dziennie. Rosnące dawki, niedający się przełamać bez ogromnego dyskomfortu cykl ich przyjmowania, bardzo wysokie ceny narkotyków ulicznych wymuszają na użytkownika opiatów intensywne działania w celu ich zdobycia, głównie działania przestępcze. Natomiast pacjent w leczeniu substytucyjnym, choć nadal pozostaje uzależniony od opioidów, to używa teraz czystego farmakologicznego preparatu pod nadzorem lekarskim, dzięki czemu pozyskiwanie opiatów ulicznych przestaje go dotyczyć, nie pochłania wszystkich jego sił i zasobów, nie degraduje zdrowotnie, pozwala podjąć naukę lub pracę, leczyć choroby towarzyszące uzależnieniu. Taki pacjent może dożyć starości i coraz częściej dożywa. Dzisiaj w polskich programach substytucyjnych już leczą się osoby, które przekroczyły 60. rok życia, a w Europie osoby nawet o dziesięć, piętnaście lat starsze. Niezwykle istotna, choć mało opisywana jest zmiana, jaka zachodzi w najbliższej rodzinie osoby podejmującej leczenie, bo rodzina także odzyskuje swoje życie. Teraz parę słów o słabszych stronach tej metody, które uwidaczniają się zazwyczaj wtedy, gdy leczenie substytucyjne jest źle prowadzone, niewłaściwie zorganizowane, nie wspierają go programy readaptacji społecznej, działania opiekuńcze, leczenie HIV i HCV, gdy zakłada się ograniczenia czasowe w podawaniu opioidów i dlatego dąży bez zgody pacjenta do całkowitej abstynencji. Warto tu mocno podkreślić, że w przypadku przerwania terapii substytucyjnej pacjent na ogół powraca do przyjmowania ulicznych opiatów i wszystkiego, co się z tym wiąże. Nie należy też mieć złudzeń, że substytucja metadonem czy

Tabela 3. Liczba pacjentów leczonych substytucyjnie w Polsce.

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Liczba pacjentów	750	1221	1230	1525	1951	2129	2181	2213	2455	2586	2564	2601	2685	2797

Zródło: Raport o stanie narkomanii w Polsce 2018, KBPN, Warszawa 2018.

buprenorfiną likwiduje całkowicie potrzebę sięgania po narkotyki czy leki, bo pewien margines gorzej lub lepiej tolerowanego dyskomfortu pojawia się u osoby leczonej. Ponadto znaczna część pacjentów wymaga dodatkowo leczenia psychiatrycznego w związku z różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi, które nie zawsze przynosi oczekiwane skutki. Schemat polegający na samoleczeniu każdego dyskomfortu ulicznymi narkotykami, jest niestety mocno zakodowany w głowie osoby uzależnionej. Leki substytucyjne przede wszystkim nie dają efektu tzw. haju, powodują też różne skutki uboczne, takie jak ospałość, potliwość, obniżają libido i różne zindywidualizowane, a niepożądane efekty. Niemniej jednak zapotrzebowanie na nielegalne opiaty u osób leczonych to problem całko-

wicie marginalny. Inne substancje, które się pojawiają, to najczęściej alkohol, stymulanty, benzodiazepiny oraz kannabinoidy. Z obserwacji warszawskich wynika, że możliwy jest podział pacjentów na trzy mniej więcej równe liczebnie grupy, pierwsza to pacjenci wysoko funkcjonujący indywidualnie i społecznie, podejmujący pracę lub naukę, rozwijający swoje pasje; druga grupa to osoby mające epizody słabszego funkcjonowania; i trzecia grupa, złożona głównie z osób długotrwale wykluczonych społecznie, osób niemal stale naruszających kontrakt terapeutyczny. W przypadku tej ostatniej grupy mówimy o używaniu nielegalnych narkotyków, o iniekcjach, kradzieżach i łamaniu prawa. Mimo wszystko nawet te występki i czyny karalne mają w przypadku pacjentów

Tabela 4. Liczba pacjentów w programach leczenia substytucyjnego (stan na grudzień 2019 roku).

Program leczenia substytucyjnego	Liczba pacjentów
Młodzieżowy Ośrodek Rehabilitacji Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności, Kazuń-Bielany (mazowieckie)	0
Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, Warszawa	106
NZOZ Ośrodek Leczenia Uzależnień „Eleuteria”, ul. Dzielna 7, Warszawa	205
Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, ul. Nowowiejska 27, Warszawa	210
NZOZ Poradnia Profilaktyczno Rehabilitacyjna „Mały Rycerz”, ul. Brzeska 13, Warszawa	195
Centrum Profilaktyki i Terapii Uzależnień VOLTA-MED Sp. z o.o. ul. Kijowska 7/3, Warszawa	271
Poradnia Leczenia Uzależnień PUNKT, ul. Jagiellońska 34, Warszawa	44
Centrum Medyczo-Diagnostyczne, Siedlece	21
Ośrodek Leczenia Uzależnień, Lublin	120
Centrum Profilaktyki Uzależnień, Poznań	50
SP ZOZ Szpital Psychiatryczny im. Babińskiego, Łódź	115
SPS ZOZ „Zdroje”, Szczecin	62
Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień, Gdańsk	79
Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej, Starachowice	41
Poradnia Terapii Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych, Wrocław	280
Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia od Substancji Psychoaktywnych, Chorzów	131
NZOZ Poradni ds. Uzależnień, Częstochowa	34
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera, Kraków	78
Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Świecie	76
NZOZ „Medseven” – Poradnia Leczenia Uzależnień	36
Lubuski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień NZOZ „LOPiT”, Zielona Góra	118
SP ZOZ Poradnia Terapii Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych „Nowy Dworek”, Kostrzyń	71
WS SP ZOZ Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych, Zgorzelec	67
NZOZ Poradnia ds. Uzależnień, Opole	36
NZOZ Przychodnia Psychoterapii Profilaktyki i Leczenia Uzależnień, Poradnia Terapii Uzależnienia od Środków Psychoaktywnych i Leczenia Substytucyjnego, Olsztyn	25
Łącznie	2471

Źródło: KBPN.

substytucyjnych zakres znacznie mniejszy w porównaniu z okresem sprzed leczenia. Należy pamiętać, że leczenie substytucyjne metadonem umożliwia przede wszystkim poprawę jakości życia i stanu zdrowia, leczenie HIV i HCV, gruźlicy, chorób wenerycznych, wyleczenie infekcji skórnych, ropni, uzębienia, grzybicy... Poprawa stanu zdrowia jest niezwykle ważna w procesie reintegracji społecznej, która powinna być wspierana przez odpowiednie programy rozwoju osobistego, terapii, uzawodowienia, przeciwdziałania bezdomności, przeciwdziałania wykluczeniu cyfrowemu, samotności, przez programy senioralne. Tylko wtedy efektywność leczenia substytucyjnego będzie znacząco rosła.

Leczenie substytucyjne w Warszawie

Pobieżna obserwacja działania warszawskich programów substytucyjnych może skłonić do konstatacji, że mają one wiele wad, może zbyt wiele, ale wnikliwшему obserwatorowi nie umknie także wniosek, że wady te wynikają głównie z przyjętego w Polsce modelu tej terapii. Kolejną przyczyną problemów substytucji w uzyskaniu większej efektywności jest bardzo słabo rozwinięty sektor readaptacji społecznej. A co do zalet. W latach 2004–2006 m.st. Warszawa we współpracy z KBPN i NFZ podjęło działania, w efekcie których z wielokrotnością liczbę miejsc terapii substytucyjnej. Początkowo podwojono wyjściowy stan 200 miejsc, by dzisiaj przekroczyć próg tysiąca. W 2020 roku stołeczne programy substytucyjne

obejmują opieką aż 40% spośród wszystkich osób leczonych metadonem i buprenorfiną w naszym kraju. Tymi działaniami miasto Warszawa, NFZ, KBPN i ich mniejsi partnerzy przyczynili się do wyeliminowania handlu „kompotem” oraz do istotnego zredukowania popytu na heroinę. W związku z tymi zmianami znacznie spadła też bezdomność narkotykowa oraz liczba iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Miasto spektakularnie poprawiło swój wizerunek i bezpieczeństwo, a zwłaszcza wizerunek swojego Centrum, gdzie w okolicach dworców Śródmieścia i Pałacu Kultury i Nauki kwitł dotąd handel narkotykami. Handel ten na wiele lat częściowo zamarł, częściowo rozproszył się, jednak od kilku lat łapie drugi oddech i rozkwita po drugiej stronie Wisły – w dzielnicy Praga-Północ, jednej z najmniejszych w Warszawie. Stosunkowo liczne stołeczne programy substytucyjne były jeszcze do niedawna dość rozproszone, dwa w Śródmieściu, po jednym w dzielnicy Wola, Mokotów, Praga-Północ. Był to pod wieloma względami racjonalny rozkład i dogodna dla wielu pacjentów sytuacja od strony komunikacyjnej. Ale po 2016 roku wiele zaczęło się zmieniać w związku z szybką postępującą koncentracją miejsc leczenia po drugiej stronie Wisły, właśnie na Pradze-Północ.

Dlaczego taka koncentracja jest dla pacjentów, miasta i otoczenia niekorzystna? Programy substytucyjne należą do tych działalności związanych z pomocą i leczeniem, które w znacznej mierze dotyczą najtrudniejszych przypadków, osób z długą historią uzależnienia, historią

Tabela 5. Liczba pacjentów warszawskich programów substytucyjnych w 2019 roku.

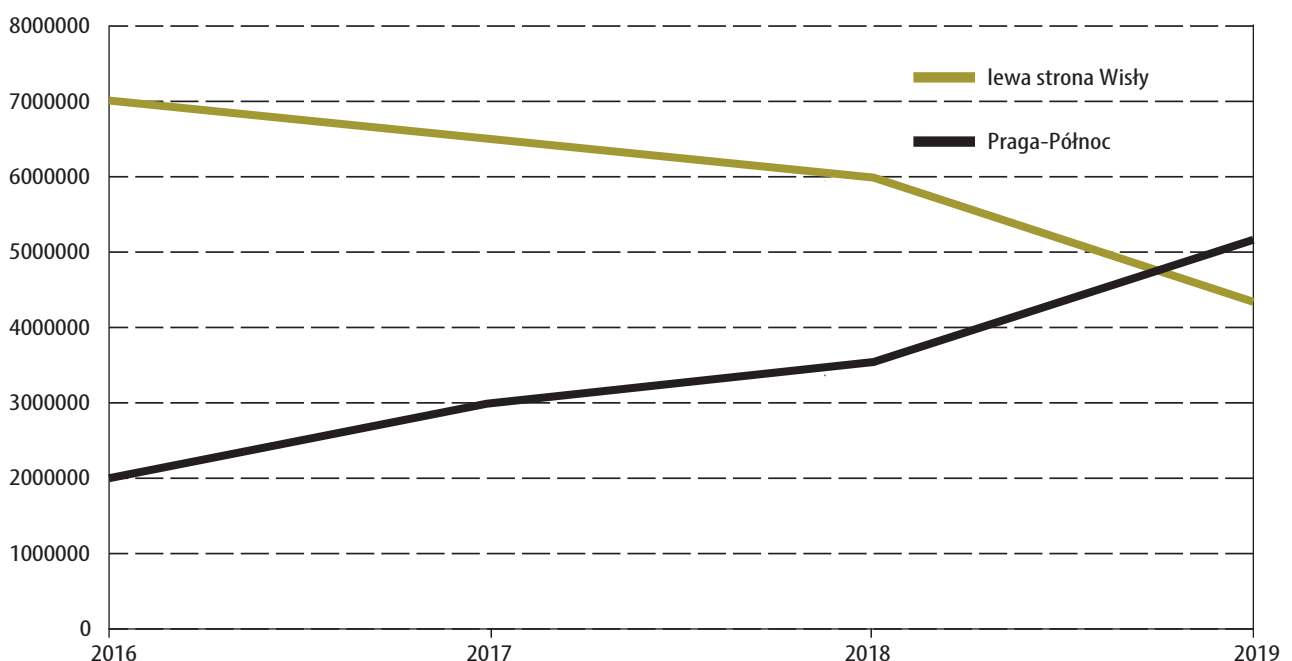
Warszawskie i mazowieckie programy substytucyjne	Liczba pacjentów	Liczba pacjentów leczonych w lewobrzeżnej Warszawie	Liczba pacjentów leczonych w dzielnicy Warszawa Praga-Północ
Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, Warszawa	106	106	0
NZOZ Ośrodek Leczenia Uzależnień, „Eleuteria”, ul. Dzielnia 7, Warszawa	205	205	0
Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, ul. Nowowiejska 27, Warszawa	210	210	0
NZOZ Poradnia Profilaktyczno Rehabilitacyjna „Mały Rycerz”, ul. Brzeska 13, Warszawa	195	0	195
Centrum Profilaktyki i Terapii Uzależnień VOLTA-MED Sp. z o.o. ul. Kijowska 7/3, Warszawa	271	0	271
Poradnia Leczenia Uzależnień PUNKT, ul. Jagiellońska 34, Warszawa	44	0	44
Razem	1031	521	510

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KBPN.

przestępczą, osób wykluczonych społecznie, bezdomnych, zakażonych HIV i HCV, osób z zaburzeniami psychicznymi, z wieloma innymi schorzeniami. Średni wiek osób leczonych substytucyjnie jest znacznie wyższy od wieku osób leczonych w społecznościach terapeutycznych, w których przeważają osoby przed 30. rokiem życia. W substytucji dominują zdecydowanie osoby powyżej 30 lat. Pacjent substytucyjny z długą historią wykluczenia społecznego przeważnie z trudem przystosowuje się do regulaminu placówki, ma problemy z respektowaniem kontraktu terapeutycznego. Jest zatem niezwykle istotne, by takim „trudnym działalnościami” – nastawionym na pomoc trudnym i nieprzystosowanym społecznie przypadkom – jak programy substytucyjne, zapewnić maksimum bezpieczeństwa i spokojnej pracy. Jest to ważne nie tylko dla personelu placówek leczniczych oraz ich pacjentów, ale też dla najbliższego otoczenia i społeczności lokalnej. Programy substytucyjne są dzisiaj na ogół postrzegane przez społeczeństwo jako bardzo pozytywne, ale czasami, gdy placówka obejmuje codzienną opieką stosunkowo dużą liczbę pacjentów, to ich najbliższe, sąsiedzkie otoczenie postrzega jej pacjentów zupełnie odmiennie. Jako miejsca skupiające niebezpieczne osoby z marginesu społecznego, tworzące i przyciągające zagrożenie. Być może problem ten nigdzie w Polsce nie występuje w jakiejś istotnej skali, występuje jednak w Warszawie, w dzielnicy Praga-Północ, gdzie obecnie leczonych substytucyjnie jest

ponad 500 osób, a obok rozwija się dynamicznie handel narkotykami. Tu należy zwrócić uwagę, że nawet bardzo niewielka grupa klientów „trudnych działalności” może stanowić problem dla otoczenia, zwłaszcza gdy służby porządkowe nie zaopiekują się taką działalnością, a ona o to nie zabiega. Przez podobne zaniedbania personelu Szpitala Zakaźnego Warszawa utraciła przecież program metadonowy dla osób HIV plus w dzielnicy Wola. Jakie zarzuty miewa sąsiedzkie otoczenie wobec „trudnych działalności”, takich jak np. duże programy substytucyjne? Wskazuje się na wspomniany już spadek poczucia bezpieczeństwa mieszkańców, „psucie” wizerunku otoczenia, obniżanie wartości nieruchomości. Nie brakuje jednak bardziej zobiektywizowanych zarzutów, gdy wskazywany jest handel narkotykami, picie alkoholu na ulicy, kradzieże w sklepach, iniekcje na klatkach schodowych i porzucanie w miejscach publicznych używanych igieł i strzykawek. To branżowy truizm, ale czym większa liczba pacjentów odbierających codziennie lek substytucyjny w danym miejscu, w krótkim przedziale czasu, tym większa wśród niej grupa nieprzestrzegająca kontraktu terapeutycznego, będąca utrapieniem dla otoczenia. Stąd bardzo istotne dla wszystkich „trudnych działalności”, nie tylko tych zorientowanych na pacjenta narkotykowego, jest stała współpraca z policją w zakresie dodatkowej ochrony otoczenia serwisu pomocowego.

Wykres 1. Lokowanie nakładów NFZ (zł) na leczenie substytucyjne w latach 2016–2019 w Warszawie.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W roku 2015 niedostateczne zapewnienie bezpieczeństwa placówce doprowadziło do zamknięcia przez Fundację Redukcji Szkód działalności w dzielnicy Wola. Pod koniec 2016 roku zamknął program substytucyjny Szpital Zakaźny na Woli. Do przeniesienia działalności został zmuszony w 2019 roku (przez mieszkańców i władze dzielnicy) program terapii substytucyjnej Centrum Leczenia Uzależnień „Mały Rycerz”. Przyczyną podjętych decyzji zawsze były skargi mieszkańców na zakłócenia porządku i incydenty z udziałem pacjentów wymienionych działalności, w tym skargi na działania związane z handlem narkotykami, najczęściej niedające się przypisać pacjentom.

Wady programów substytucyjnych

Programy substytucyjne zlokalizowane są dzisiaj głównie w dużych aglomeracjach miejskich, bo tylko tam możliwe jest zebranie większej grupy pacjentów, co uchroni działalność od strat finansowych w związku z jej dużymi kosztami własnymi. Osoby uzależnione od opioidów, mieszkające daleko od dużych miast na ogół pozbawione są możliwości skorzystania z substytucji lub muszą pokonywać spore odległości. Na początku leczenia codziennie. Niewielka liczba często obłożonych mocno programów to najistotniejsza bolączka polskiej substytucji. Są i inne. W 2015 roku pojawiło się obwieszczenie prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w sprawie taryfy dla świadczeń gwarantowanych, w tym dotyczącej terapii substytucyjnej. Zaproponowano, by w wycenie świadczenia „program leczenia substytucyjnego”, stosowanie metadonu było wyżej punktowane niż stosowanie buprenorfiny. Tymczasem specjaliści oczekiwali propozycji odwrotnej, bowiem zakres stosowania w naszym kraju innych niż metadon leków należy do najniższych w Europie i jest to znaczący defekt systemu. Metadon wg KBPN jest stosowany w 95% przypadków osób leczonych w programach substytucyjnych. W krajach Unii ok. 40% pacjentów otrzymuje preparat inny niż metadon. Specjaliści w swoich opiniach dla AOTMiT zwracali także uwagę na preparat buprenorfina + nalokson, lek o stosunkowo wysokim profilu bezpieczeństwa. Sprawdza się on znakomicie w szczególności w przypadku osób młodszych, mniej uzależnionych i lepiej funkcjonujących społecznie. Zaproponowana i oprotestowana przez lekarzy taryfa świadczeń gwarantowanych, wskazywała na podjęcie de facto decyzji wykluczenia innych niż metadon leków,

przekreślenia założeń taryfikacji NFZ, punktujące wyżej leczenie buprenorfiną i naloksonem. Wyceny AOTMiT zostały mocno skrytykowane przez podmioty lecznicze oraz autorytety medyczne i w rezultacie Agencja zadeklarowała ich korektę. Wadliwa taryfikacja została też odebrana jako dywersja wobec projektu KBPN, przedstawionego Ministerstwu Zdrowia w pierwszej połowie 2014 roku. Projekt miał na celu umożliwienie lekarzom wskazanych specjalizacji przepisywania na receptę leków o wyższym od metadonu profilu bezpieczeństwa. Był on także efektem krytyki obowiązującego modelu terapii substytucyjnej, który zdaniem specjalistów wyczerpał swoje możliwości naprawcze. Uważano, że wszystkie dotychczasowe nowelizacje przepisów odnoszące się do formuły programu substytucyjnego ponosiły porażki lub ich efekty były dużo słabsze niż spodziewane. Opracowana w KBPN nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i przepisów wykonawczych zawartych w rozporządzeniu ministra zdrowia, znacznie uprościłyby zasady udostępnienia i prowadzenia przedmiotowej terapii, umożliwiłaby wprowadzenie przedmiotowego świadczenia do gabinetów lekarskich, ale też do specjalistycznych placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych, np. do poradni „narkotykowych”.

Krytycy obecnego modelu substytucji wskazują na zbyt duże koszty organizacji i prowadzenia przedmiotowego leczenia, na fakt, że przynosi ono straty finansowe przy niewielkiej liczbie pacjentów (poniżej 30). Niewielka liczba programów powoduje, że leczą one nierzadko osoby mieszkające w znacznej od nich odległości. Pacjenci zamiejscowi nierzadko, aby móc codziennie zgłaszać się po lek, stają się mieszkańcami schronisk dla bezdomnych w miejscowości działania programu. Ten m.in. problem spowodował, iż kolejne nowelizacje przepisów umożliwiły pacjentom uzyskiwanie przywileju rzadszego odbioru leku. Na drodze przywileju stawał jednak wynik finansowy działalności leczniczej, uzależniony od częstego stawianictwa pacjentów w programie. Cały absurd wyrażał się tym, że pacjent, któremu nie wiodło się w osiąganiu celów terapii, stawał się dla placówki pacjentem bardziej dochodowym. To tworzyło dużą pokusę nadużyć dla zwłaszcza małych i słabo bilansujących się dodatnio działalności leczniczych. Niewielka liczba programów substytucyjnych powoduje jednak, że niektóre z nich mają zbyt duże obciążenie. Pojawienie się znacznej liczby pacjentów i pozostawanie ich przez wiele godzin w placówce lub w jej pobliżu wzmacnia uzależnienie środowiskowe pacjentów, odciąga od innych ważnych dla ich readaptacji społecznej aktywności. Ponad-

to bywa bardzo uciążliwe dla otoczenia programu. Może powodować zakłócenia porządku publicznego i tworzyć handel uliczny narkotykami. Ciągłe utarczki personelu ze stojącymi w kolejce pacjentami sprzyjają naruszeniom ich praw, powodują u lekarzy wypalenie zawodowe i coraz mniejsze zaangażowanie w istotne dla pacjenta sprawy. Zaproponowany przez KBPN projekt, miał pomóc substytucji lekowej zawitać tam, gdzie wcześniej nie miała szans się pojawić. Zasadnie oczekiwano, że zostanie wzmocniona rola psychiatrów w specjalistycznych placówkach, w poradniach „narkotykowych”. Nowa formuła mogłaby bardziej związać działania psychiatrów i farmakoterapię z leczeniem *drug free*, co należy domniemywać, miałyby pozytywny efekt dla wzmocnienia diagnostyki i leczenia podwójnej diagnozy.

Prowadzone przez Stowarzyszenie Jump '93 i Polską Sieć Polityki Narkotykowej Biuro Rzecznika Praw Osób Uzależnionych niejednokrotnie zwracało się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o spotkanie w sprawie zmian w zasadach prowadzenia leczenia substytucyjnego.

W piśmie z 17 maja 2015 roku wiceminister Beata Małecka-Libera odpisała nam: „Uprzejmie informuję, iż w związku z prowadzonymi intensywnymi pracami dotyczącymi realizacji priorytetowych zadań z zakresu ochrony zdrowia, spotkanie w przedmiotowej sprawie w najbliższym okresie nie będzie możliwe. Mając jednak na uwadze konieczność zmian w zakresie zwiększenia dostępności leczenia substytucyjnego, uprzejmie informuję, że sugestie zawarte w projekcie zmian zaproponowanym przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii zostaną poddane analizie podczas prac legislacyjnych w przedmiotowym zakresie”. Niemal identyczną odpowiedź otrzymało kilkunastu znanych polskich specjalistów, którzy zwrócili się do Ministerstwa Zdrowia z podobnym pismem. Niestety, w 2016 roku po wielu latach perturbacji z polskimi urzędnikami firma farmaceutyczna wprowadzająca do Polski preparat łączący nalokson z buprenorfiną, wycofała się z naszego kraju i całego regionu Europy Środkowej, mimo że wcześniej, zarówno preparat, jak i przewidywana dla niego procedura lecznicza zostały pozytywnie ocenione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Pozytywne oceny przesłało wcześniej do AOTMiT wielu zapytanych w tej sprawie ekspertów. W 2015 roku AOTMiT wskazywała na potrzebę zmiany ustawy i przepisów wykonawczych, koniecznej dla zastosowania nowego leczenia. Przedmiotowe zmiany przewidywał projekt KBPN, ale one nie nastąpiły z winy opieszałości Ministerstwa Zdrowia. Po sześciu la-

tach perturbacji, po wielu spotkaniach z przedstawicielami ministerstwa, m.in. z wiceministrami Krzysztofem Łandą w 2016 roku i Zbigniewem Królem w 2018 roku, sprawy stoją w miejscu. Jest to niezrozumiałe w świetle tego, że projektodawca ustąpił ministerstwu z niezwykle istotnego elementu projektu, by pacjent nie ponosił kosztów wykupu leku. Brak choćby częściowej refundacji stworzy bowiem pacjentom barierę finansową dla większości z nich nie do przejścia. Skoro zatem to pacjent ma w całości ponosić koszty leczenia, to o co chodzi? Nie wiadomo.

Stowarzyszenie Jump '93 w swoich raportach Rzecznika od 10 już lat zwraca uwagę instytucjom przeciwdziałania narkomanii² na potrzebę zmiany modelu leczenia substytucyjnego i znalezienia alternatywy dla niereformowalnej formuły programu substytucyjnego. Ponadto zwracamy uwagę na wady całego polskiego systemu pomocy, który selekcjonuje pacjentów, czego efektem jest niemal zupełny brak specjalistycznej opieki socjalnej skierowanej do klienta „narkotykowego”, wykluczonego społecznie, do seniorów, niepełnosprawnych, osób z podwójną diagnozą. Od wielu lat struktura finansowania leczenia przez NFZ i finansowania pomocy przez samorządy odzwierciedla praktyki selekcyjne. Ta sytuacja zmienia się na lepsze, ale bardzo powoli. Analiza nakładów na pomoc i leczenia pokazuje, że nadal oddziaływanie *drug free* zdecydowanie dominują nad innymi formami pomocy, w tym nad działaniami z zakresu reintegracji społecznej, farmakoterapii, leczenia podwójnej diagnozy, terapii substytucyjnej, redukcji szkód. Nagłaśniane przez Biuro Rzecznika problemy Szpitala Zakaźnego w Warszawie, których skutkiem była likwidacja programu substytucyjnego, programu redukcji szkód i spadek liczby osób leczących się z powodu zakażenia HIV, to problemy stosunkowo nowe. Pokazują one wypalenie zawodowe osób zaangażowanych w pomoc w ramach „trudnych” działalności leczniczych, ale pokazują też reakcję pacjentów na te zmiany postaw ich lekarzy i opiekunów, poprzez spadek zainteresowania własnym zdrowiem i bezpieczeństwem. Podsumowując ten wątek, w opinii programu Biura Rzecznika wszystkie „trudne” działalności pomocowe ze względu na swoje znaczenie wymagają dodatkowej uwagi instytucji przeciwdziałania narkomanii. Potrzebują własnych i przemyślanych standardów działania, zaangażowania dodatkowych środków finansowych, które przyczynią się do poprawy ich efektywności, komfortu pracy personelu, funkcjonowania i bezpieczeństwa. Tak jak substytucja lekowa wymagają wielu zmian i wsparcia ze strony silnych programów readaptacji społecznej.

Podsumowanie

Podsumowując wątek szukania rozwiązań dla wzmocnienia lecznictwa substytucyjnego w Polsce, musimy podkreślić, że robi to też reszta świata. Uznani eksperci pracują nad wytycznymi, których zastosowanie pozwoli w pełni wykorzystać możliwości terapii substytucyjnej w zakresie leczenia, redukcji szkód i poprawy jakości życia osób leczonych. Oddajmy głos jednemu z nich.

Prof. Edward Jacek Gorzelańczyk: *Eksperci Grupy Pompidou podjęli próbę opracowania całościowych i spójnych zaleceń oraz wypracowania powiązań między poszczególnymi działaniami istotnymi w leczeniu osób uzależnionych od opioidów. Zgodnie z tymi zaleceniami należy uzyskać poprawę równowagi między kontrolowaniem ryzyka związanego ze specyfiką substancji opioidowych a dostępem do opieki osób uzależnionych od opioidów. Nowe podejście powinno umożliwić wprowadzenie osób uzależnionych od opioidów do podstawowego systemu opieki zdrowotnej i usunięcie ich z marginesu społecznego. Eksperci Grupy Pompidou sformułowali cztery kluczowe zalecenia: usunięcie systemów uprzedniej zgody, zniesienie barier finansowych w dostępie do opieki, ustanowienie doraźnego organu monitorującego i koordynującego oraz zwrócenie szczególnej uwagi na terminologię dotyczącą uzależnień od opioidów. Zalecono całkowitą likwidację modelu leczenia osób uzależnionych od opioidów poprzez systemy wymagające uprzedniej zgody – takie, jakimi są w Polsce programy leczenia substytucyjnego. Zgodnie z przedstawianymi zasadami, leczenie polegające na przepisywaniu agonistów opioidów (takich jak metadon czy buprenorfina) powinno podlegać zwykłym przepisom dotyczącym przepisywania i wydawania kontrolowanych leków i nie wymagać specjalnego zezwolenia, czy dotyczy to osoby poddawanej leczeniu, czy też zaangażowanych specjalistów lub infrastruktury. Kwalifikacja i podział zadań i obowiązków pomiędzy różne podmioty systemu powinny być takie same, jak dla wszystkich innych form dozwolonego leczenia obejmującego leki kontrolowane. Zgodnie z przytaczanymi w zaleceniach argumentami wyeliminowanie programów uprzedniej zgody powinno skutkować poprawą dostępności, przystępności i akceptowalności leczenia. Wprowadzenie leczenia substytucyjnego bez specjalnych ograniczeń prawnych, jakie występują w programach substytucyjnych, umożliwi osobom leczonym łatwiejszy i szybszy dostęp do leczenia agonistami opioidów – prowadzenie leczenia zwłaszcza przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzy ogólnych, których liczba jest wystarczająca,*

a samo rozwiązanie korzystne dla osób leczonych. Eksperci grupy Pompidou twierdzą, że system leczenia agonistami opioidów osób uzależnionych wymagający uzyskania wcześniejszej zgody, jest odstrasżający dla lekarzy, którzy albo nie są upoważnieni do przepisywania lub wydawania leków (koncepcja dostępności), albo zniechęcają się do tego z powodu ograniczeń administracyjnych, do których muszą się stosować, aby uzyskać i zachować autoryzację. Z perspektywy osoby uzależnionej od opioidów taki system (jaki mamy w Polsce) ma również efekt odstrasżający, gdyż leczenie podlega ograniczeniom, zwłaszcza harmonogramem lub innymi ustaleniami organizacyjnymi, które albo są dla pacjenta niemożliwe do spełnienia (ograniczenie dostępności), albo są zbyt skomplikowane, by leczenie rozpocząć (koncepcja dopuszczalności). Niechęć osób uzależnionych do leczenia w programie substytucyjnym pogłębianą jest przez konieczność rejestracji w systemie danych osobowych pacjenta i wywołuje obawę wykorzystania informacji na szkodę osoby leczonej. Ponadto występowanie systemu leczenia wymagającego zgody urzędników powoduje, że nadzór nad specjalistami (którzy leczą osoby uzależnione od opioidów) staje się obowiązkiem organów, które wydały zezwolenia, a nie zwykłych organów odpowiedzialnych za nadzór nad lekami lub specjalistami – takich jak organy nadzoru zawodowego. Ustalenia dotyczące leczenia są określone przez organy administracyjne odpowiedzialne za wydanie niezbędnego zezwolenia. Władze te zazwyczaj nakładają dodatkowe wymagania dotyczące przypisywania lub wydawania leków, których nie wymieniono w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Zalecenia sformułowane przez zespół ekspertów Grupy Pompidou skłaniają do zrewidowania dotychczas funkcjonującego systemu leczenia uzależnień w Polsce.

Tu należy dodać, że prof. Edward Jacek Gorzelańczyk (członek naukowego komitetu doradczego Grupy Pompidou) brał udział w przygotowaniu powyższych zaleceń, a ponadto przetłumaczył dotyczące ich opracowanie na język polski. Planowany termin publikacji zaleceń w języku polskim to czerwiec 2020 roku.

Przypisy

- ¹ „Raport o stanie narkomanii w Polsce 2018”, KBPN, Warszawa 2018.
- ² Instytucje przeciwdziałania narkomanii, o które tu chodzi, to Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, odpowiednie biura samorządów, Ministerstwo Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, organizacje pozarządowe, Parlamentarny Zespół ds. Uzależnień, organizacje zrzeszające lekarzy substytucyjnych, Stowarzyszenie Substytucyjnego Leczenia Uzależnień MAR, specjalista ds. psychiatrii Narodowego Funduszu Zdrowia i inne.

Duży zniekształcający wpływ na obraz skali zjawiska narkomanii mają długookresowa emigracja zarobkowa, depopulacja i suburbanizacja.

WPŁYW DRUGIEGO PRZEJŚCIA DEMOGRAFICZNEGO NA WIARYGODNOŚĆ SZACUNKU NATĘŻENIA PROCESÓW ZWIĄZANYCH Z NARKOMANIĄ

*Tomasz Michalski
Zakład Rozwoju Regionalnego
Uniwersytet Gdański*

Wstęp

W podręcznikach szkolnych powszechnie uczy się o pierwszej teorii przejścia demograficznego, która opisuje przyrost liczby ludności, będący skutkiem dramatycznego spadku umieralności, wraz z towarzyszącym mu opóźnionym w czasie spadkiem urodzeń (por. Cieśla, 1992; Holzer, 2003). O wiele rzadziej wspomina się o drugiej teorii przejścia demograficznego. Opisuje ona proces transformacji demograficznej skutkujący postępującym starzeniem się ludności

i niejednokrotnie zmniejszaniem jej liczby. Proces ten jest pochodną niskiego poziomu urodzeń żywych, częstokroć nie gwarantującego zastępowalności pokoleń (tzn. liczba urodzeń żywych jest niższa niż liczba zgonów, w rezultacie liczba urodzonych dzieci nie jest w stanie zastąpić umierających rodziców). Ważnym jej elementem jest także opóźnianie prokreacji i zawierania małżeństw oraz rozwój nietradycyjnych form związków osób dorosłych, czemu towarzyszy wzrost liczby tzw. urodzeń pozamałżeńskich.

Tabela 1. Zmiany dzietności, liczby urodzeń i zgonów oraz struktury wiekowej ludności Polski w latach 1950–2018.

Rok	Współczynnik dzietności	Liczba urodzeń żywych w tys.	Liczba zgonów w tys.	Odsetek ludności w wieku < 15 lat	Odsetek ludności w wieku ≥ 65 lat
1950	3,705	763,1	288,7	29,5	5,3
1955	3,605	793,8	261,6	31,2	5,5
1960	2,980	669,5	224,2	33,5	5,9
1965	2,520	547,4	233,4	30,6	7,0
1970	2,200	547,8	268,6	26,5	8,4
1975	2,270	646,4	299,5	23,9	9,7
1980	2,276	645,8	353,2	24,4	10,0
1985	2,329	680,1	384,0	25,6	9,4
1990	2,039	547,1	390,3	24,9	10,2
1995	1,611	433,1	386,1	22,5	11,2
2000	1,337	378,3	368,0	19,1	12,4
2005	1,243	364,4	368,3	16,2	13,3
2010	1,376	413,3	378,5	15,2	13,5
2015	1,289	369,3	394,9	15,0	15,8
2018	1,435	388,2	414,2	15,3	17,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: W. Magdzik i inni, 2000; Rocznik Demograficzny 2001, Bank Danych Lokalnych GUS.

Istotnym procesem jest również wydłużanie trwania życia, będące pochodną postępów w medycynie (por. Kotowska, 1999; Pruszyński, Putz, 2016).

Wśród rozlicznych skutków zarówno o charakterze społecznym, demograficznym, jak i ekonomicznym – opisany proces wywiera także wpływ na zmiany natężenia zjawisk związanych z narkomanią. W artykule zajmujemy się wpływem starzenia się społeczeństwa na szacowany rozmiar natężenia uzależnienia od hipotetycznej substancji psychoaktywnej x.

Zmiany demograficzne w Polsce

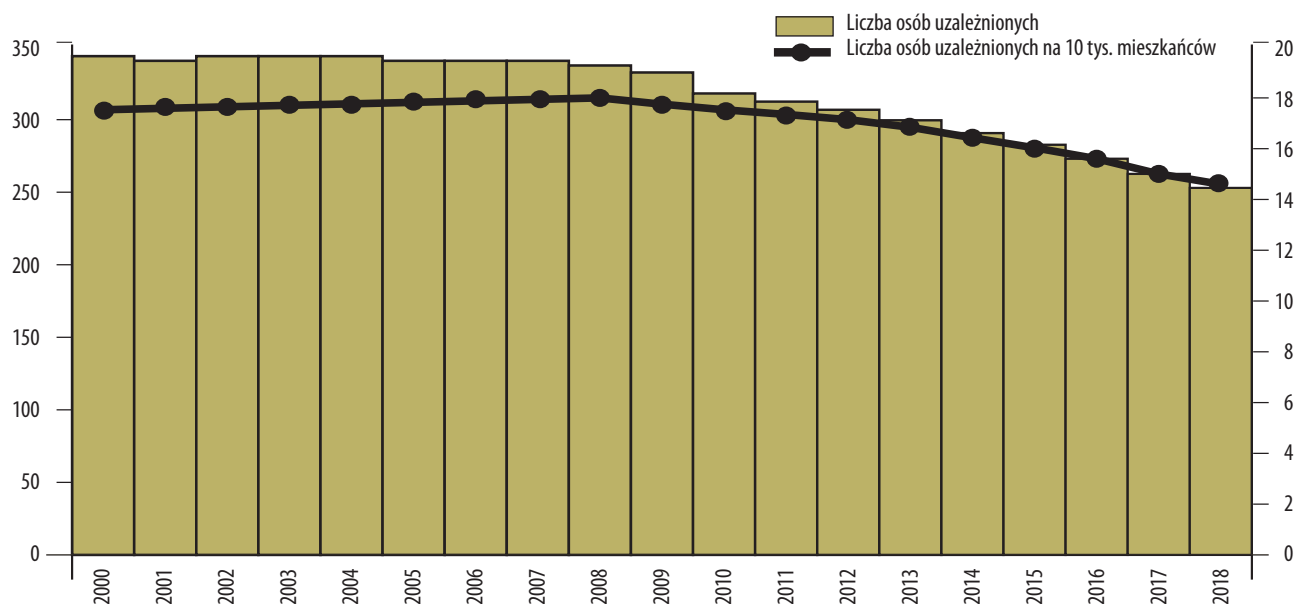
Proces opisywany przez powyższą teorię zachodzi także już w Polsce (Pruszyński, Putz, 2016; Ulatowski, 2014). Podstawowe informacje na jego temat zawarto w tabeli 1. Współczynnik dzietności informuje nas o liczbie dzieci, które urodziłyby przeciętnie kobieta w ciągu całego swego okresu rozrodczego (przyjmuje się, że jest to wiek 15-49 lat) przy założeniu, że rodziłyby z intensywnością obserwowaną w badanym roku (por. Hinde, 2009). Przyjmuje się, że jego wartość nieco ponad 2 gwarantuje prostą zastępowalność

pokoleń, czyli że liczba rodzących się dzieci zapewni w przyszłości zastąpienie osób umierających. Jak widzimy, w Polsce ta prosta zastępowalność pokoleń zanikła tuż po rozpoczęciu procesu transformacji ustrojowej. Widać także powolne zrównywanie się liczby zgonów z liczbą urodzeń żywych, tak że w ostatnich latach występuje nawet nadwyżka tych pierwszych. To skutkuje spadkiem liczby ludności.

Tym, co nas najbardziej interesuje z punktu widzenia niniejszego artykułu, jest starzenie się społeczeństwa. Patrząc na tabelę 1., widzimy systematyczny spadek odsetka osób młodych, przy jednoczesnym wzroście odsetka osób w wieku podeszłym, a około 2015 roku nastąpiło zrównanie ich udziałów procentowych. Skutkuje to między innymi koniecznością przywiązywania coraz większego znaczenia do osób w podeszłym wieku oraz pełnieniem przez te osoby nowych ról w społeczeństwie (por. Grzelak-Kostulska, 2016; Czekanowski, 2012).

Dla osób zajmujących się monitorowaniem procesów związanych z narkomanią najważniejsze jest różne nasilenie uzależnienia od substancji psychoaktywnych wśród różnych grup wiekowych. Wśród osób najmłodszych i starych graniczy

Ryc. 1. Zmiany w rozprzestrzenieniu się uzależnienia od narkotyku x w Zabrzu w latach 2000–2018.



Źródło: Obliczenia własne. Liczba osób uzależnionych wzięta do obliczeń jest wielkością hipotetyczną.

Tabela 2. Hipotetyczne uzależnienie mieszkańców Zabrze od substancji psychoaktywnej x w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w danej kohorcji.

0-9 lat	10-14 lat	15-19 lat	20-24 lata	25-29 lat	30-34 lata	35-39 lat	40-44 lata	45-49 lat	50-54 lata	55-59 lat	60-64 lata	≥ 65 lat
0,00	1,61	15,87	57,96	80,73	31,51	18,86	9,89	5,52	3,68	2,76	1,61	0,00

Źródło: Opracowanie własne. Liczba osób uzależnionych wzięta do obliczeń jest wielkością hipotetyczną.

ono z poziomem zerowym, małe do średniego jest wśród osób będących w wieku produkcyjnym niemobilnym, a największe wśród młodzieży oraz osób w wieku produkcyjnym mobilnym. Stąd zmiany struktury wieku będą powodowały także zmiany struktury natężenia różnych zjawisk związanych z narkomanią – nawet jeśli inne czynniki wpływające na rozmiar narkomanii nie ulegną zmianom.

Wpływ starzenia się ludności – hipotetyczny przykład dla Zabrze

Przedstawiona poniżej analiza została oparta na hipotetycznej liczbie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnej x – i w żaden sposób nie odzwierciedla stanu faktycznego. Natomiast populacja wzięta do obliczeń jest jak najbardziej rzeczywista i są nią osoby oficjalnie zamieszkujące Zabrze. Pierwszym etapem było wyznaczenie hipotetycznego natężenia zażywania narkotyku x wśród mieszkańców tego miasta w podziale na kohorty, co przedstawiono w tabeli 2. Założono, że przez cały okres objęty analizą (tj. lata 2000–2018), nie uległo ono zmianom.

Drugim etapem było obliczenie (na podstawie danych zaczerpniętych z Banku Danych Lokalnych GUS) liczebności wyodrębnionych kohort w Zabrzu; osobno dla każdego roku z okresu 2000–2018. Trzecim etapem było obliczenie hipotetycznej liczby osób uzależnionych od substancji psychoaktywnej x oraz tej samej liczby osób w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców miasta. Wyniki przedstawiono na rycinie 1.

Z analizy ryc. 1. wynika, że zmiany struktury wieku ludności (wraz z towarzyszącym im spadkiem liczby ludności) powodują zmiany w ostatecznej ocenie rozprzestrzenienia się narkomanii. Patrząc na tę rycinę, dostrzegamy, że począwszy od 2003 roku, kiedy to osiągnięto wartość maksymalną 342 osób uzależnionych, widzimy ciągły spadek liczby osób uzależnionych, tak że w 2018 roku są to 254 osoby. Należy mieć na uwadze, że na te zmiany ma wpływ zarówno starzenie się ludności Zabrze, jak również postępujące zmniejszanie się liczby jego mieszkańców.

Natomiast w przypadku zmian w natężeniu liczby osób uzależnionych na 10 tys. mieszkańców wpływ na wielkość rozprzestrzenienia się narkotyku x mają już tylko zmiany w strukturze wieku. I tak największy poziom badanego natężenia jest w latach 2006–2008 (prawie 17,9 osoby uzależnionej na 10 tys. mieszkańców). W kolejnych latach postępująco szybko proces starzenia się populacji zamieszkującej Zabrze skutkuje zmniejszaniem się badanego natężenia, i w 2018 roku osiąga ono poziom 14,7 uzależnionych na 10 tys. mieszkańców.

Wnioski końcowe

Z przeprowadzonej analizy wynika, że proces starzenia się ludności oraz depopulacja powodują, że porównywanie w czasie bezwzględnych liczb opisujących rozprzestrzenienie

Proces starzenia się ludności oraz depopulacja powodują, że porównywanie w czasie bezwzględnych liczb opisujących rozprzestrzenienie się narkomanii prowadzi do złudnego przekonania o zmniejszaniu się szkodliwego wpływu narkotyków. Zmniejszanie rozprzestrzeniania się narkomanii może być jedynie skutkiem starzenia się ludności, a nie faktycznego zmniejszania się natężenia zażywania narkotyków w poszczególnych kohortach ludności.

się narkomanii prowadzi do złudnego przekonania o zmniejszaniu się szkodliwego wpływu narkotyków. Podawanie wartości względnych (chodzi o przeliczenie np. na 10 tys. mieszkańców), chociaż mniej fałszujące rzeczywisty obraz – także prowadzi do przekłamania, rodząc przekonanie o osłabianiu negatywnego wpływu narkomanii.

Jak bowiem wykazano w powyższym przykładzie – zmniejszanie rozprzestrzenienia się narkomanii może być jedynie skutkiem starzenia się ludności, a nie faktycznego zmniejszania się natężenia zażywania narkotyków w poszczególnych kohortach ludności.

Przedstawiony zniekształcający wpływ starzenia ludności na ocenę rozprzestrzenienia się narkomanii – nie jest jedynym z obecnie zachodzących procesów demograficznych, który należy brać pod uwagę przy porównaniach czasowych rozprzestrzenienia się narkomanii. Duży zniekształcający wpływ mają także długookresowa emigracja zarobkowa¹ (Okólski, 2018), wspomniana już depopulacja (Rozkrut i in., 2018) czy suburbanizacja (Pawlak, 2016).

Przypisy

¹ Jej zniekształcający wpływ na szacowanie rozmiarów natężenia narkomanii przedstawiono w artykule T. Michalskiego w numerze SIU 3/2019.

Dane statystyczne i wyniki badań ankietowych pokazują, że zarówno zjawisko narkomanii, jak i problemy eksperymentalnego czy okazjonalnego używania narkotyków są bardzo silnie zróżnicowane terytorialnie. Obraz użytkowników i wzorów używania w poszczególnych miastach czy regionach znacznie różni się między sobą.

UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ PROBLEMOWYCH UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW I ZAGROŻENIA Z TYM ZWIĄZANE

Łukasz Wieczorek

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami

Wprowadzenie

Używanie narkotyków jest obarczone ryzykiem występowania różnorodnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych. Na ich występowanie mają wpływ takie czynniki, jak rodzaj używanej substancji, droga podania, łączenie używania różnych substancji podczas jednej okazji itp. Jak pokazują dane statystyczne i wyniki badań ankietowych zarówno zjawisko narkomanii, jak i problemy eksperymentalnego czy okazjonalnego używania narkotyków są bardzo silnie zróżnicowane terytorialnie. Obraz użytkowników i wzorów używania w poszczególnych miastach czy regionach znacznie różni się między sobą.

Prezentowane badanie miało na celu analizę wzorów używania narkotyków i zagrożeń z tego wynikających wśród problemowych użytkowników w województwie małopolskim. Osobami problemowo używającymi narkotyków są osoby, które sięgają po nie codziennie lub prawie codziennie przez dłuższy czas. Okresy przyjmowania narkotyków mogą się przeplatać z okresami abstynencji – dobrowolnej lub wymuszonej. Częstotliwość i długość okresów przyjmowania bywają zależne od typu środka, ciągłości podaży, możliwości finansowych. W sumie decydującym czynnikiem jest tu miejsce narkotyków w kontekście stylu życia. Dla osób problemowo używających narkotyków substancja staje się trwałym elementem stylu życia, który ów styl życia konstytuuje.

Badanie zostało zrealizowane metodą wywiadów pogłębionych prowadzonych wśród problemowych użytkowników narkotyków, których spotkać można na ulicach miasta (*street population*). Do wywiadów zostały przygotowane dyspozycje, które pozostawiały prowadzącemu dużą swobodę w kształ-

towaniu scenariusza rozmowy, wyznaczały natomiast ściśle zakres informacji, które należało zebrać.

Badanie zostało zrealizowane w dwóch lokalizacjach – w Krakowie i Nowym Sączu. W Krakowie przeprowadzono 70 wywiadów, a w Nowym Sączu 30, przy czym zarówno krakowscy, jak i nowosądecy respondenci pochodzą z różnych części województwa. W tych dwóch miastach istnieją dostępne punkty konsultacyjne, diagnostyczne i lecznictwa ambulatoryjnego, z których można było zainicjować poszukiwanie respondentów z wykorzystaniem metody kuli śniegowej. Niektóre placówki leczenia osób uzależnionych od narkotyków nie wyraziły zgody na uczestnictwo w projekcie.

Wyniki badania

Używane substancje

Substancje, jakie przyjmowali problemowi użytkownicy narkotyków, obejmowały wiele różnych środków psychoaktywnych. Były wśród nich kannabinoły (głównie marihuana), stymulanty, leki uspokajające i nasenne (głównie benzodiazepiny, ale również benzodwuzepiny) opiaty, nowe substancje psychoaktywne (NSP), przede wszystkim z grupy stymulantów (np. mefedron).

Piję i palę trawę. Czasami też biorę inne rzeczy, te syntetyczne mefedrony. Pracuję na nockę i potem muszę coś wziąć, żeby się zrelaksować. Tak to się zaczęło, że najpierw jedno piwko, od czasu do czasu joint, a teraz od roku palę i piję codziennie i jeszcze kilka razy na tydzień biorę te inne rzeczy, dożylnie. Alkohol i marihuana wyłącznie w domu, ale młotki (Młot Thora – autor) to stukam tutaj, pod metadonem, z innymi. (72GDM)

NSP stymulujące codziennie w iniekcjach, alkohol codziennie, znaczne ilości, metadon codziennie, czasem także w iniekcjach, benzodiazepiny codziennie. Piję i dokonuję iniekcji zawsze w okolicach poradni metadonowej. (69LTM)

Część badanych, z uwagi na trudności z dostępem do tradycyjnych narkotyków, używała przede wszystkim nowych substancji psychoaktywnych, często w sposób iniekcyjny. Najpopularniejszymi NSP były Młot Thora, kryształ, mefedron. Palę dopalacze, te co niby są jak trawa, ale one działają zupełnie inaczej, mocniej, otumaniają i dożylnie biorę kryształ, wcześniej Młot Thora, ale teraz się bierze kryształ. Prócz metadonu i beznodiazepin stymulujące NSP w iniekcjach w okresach codziennego przyjmowania, syntetyczne kannabinoidy. (87IDK)

W momencie wystąpienia trudności z dostępnością narkotyków lub NSP użytkownicy przyjmują leki uspokajające lub nasenne bądź piją alkohol. Zdarza się, że sami przerabiają różne substancje, np. lek na katar na narkotyki, mieszają metadon z lekami, tak aby działaniem przypominał działanie heroiny.

Metadon przyjmuję iniekcyjnie, mieszając go z lekami tak, żeby działaniem przypominał choć trochę heroinę. (68DDM)

Zawsze coś jest. Jak nie ma jednego dopalacza to jest inny, a nawet jak nie było, bo przez tydzień sklepy były zamknięte, tośmy sobie załatwiali morfinę albo przerabiali Acatar. (77SMM)

Łączenie substancji

Dość częstym zjawiskiem wśród problemowych użytkowników narkotyków jest łączenie różnych substancji psychoaktywnych podczas jednej okazji, np. narkotyki z innymi narkotykami, dopalaczami lub alkoholem, aby spotęgować ich działanie. Będąc uczestnikami programu metadonowego, respondenci cały czas dobierali substancje. Oprócz metadonu, pili alkohol, używali kannabinoli (głównie marihuany), brali leki uspokajające i nasenne, głównie benzodiazepiny (klonazepam), używali stymulantów, opiatów, nowych substancji psychoaktywnych, przede wszystkim o działaniu stymulującym.

Na program metadonowy trafiłam jakieś 10 lat temu, jak już nie było za bardzo co ćpać. Chociaż w porównaniu z tym, co jest teraz, to nawet było. Na metadonie też brałam i nadal

biorę. Dostaję zaliczki raz na tydzień, jadę do siebie na wieś i tam biorę. Byle mi tylko na testach nie wychodziło. (67KPK) Byłem po drodze w kilku ośrodkach, ale mnie to nie zastopowało, bo ja chciałem brać. 15 lat temu stwierdziłem, że mnie to ciągle branie mężczy i poszedłem na metadon. I tutaj ten metadon wciągnął mnie jak czarna dziura. Od lat codziennie piję [alkohol], bo metadon nie wystarcza, lepiej działa z alkoholem. Siedzę tu całymi dniami. Kiedyś dobieierałem amfetaminę, żeby się trochę pobudzić, nie przespać życia, teraz biorę kryształy, bo amfy nie ma. (72MWM)

Częstotliwość używania i droga przyjęcia

Na ogół problemowi użytkownicy narkotyków przez wiele lat przyjmowali substancje kilka razy dziennie, codziennie lub prawie codziennie. Niektórzy używali narkotyków podczas weekendów.

Kłuję się kilka razy dziennie. Przyjmuję w plenerze, gdzie akurat mam możliwość. (68DDM)

Ze względu na pojawiające się trudności w dostępie do tradycyjnych narkotyków, badani zamieniali je na nowe substancje psychoaktywne. Częstotliwość używania NSP była podobna, jak w przypadku tradycyjnych narkotyków.

Droga przyjęcia substancji była determinowana narkotykiem i motywem użycia środka. Ci z problemowych użytkowników, którzy używali opiatów, głównie kompotu, przyjmowali je drogą iniekcyjną. Substancje z grupy

kannabinoli były palone, a stymulanty wciągane przez nos, ale również wstrzykiwane dożylnie (głównie amfetamina).

Obecnie zażywam doustnie amfetaminę, przynajmniej raz na tydzień, czasami trzy lub cztery razy tygodniowo. Oprócz tego ecstazy, grzyby halucynogenne – raz na tydzień rekreacyjnie. Dodatkowo palę marihuanę codziennie. Używam rozrywkowo, no trzeba się jakoś pobawić. Ale nigdy nie wstrzykuję. Nie do żyły. Po co? Po co się kłuć, jak można tak przyjemnie. Połknąć i proste. (86BGM)

Dopalacze były przyjmowane często w formie iniekcyjnej, choć badani wciągali je przez nos oraz palili. Sposób użycia był determinowany rodzajem środka, który aktualnie używali oraz wcześniejszymi doświadczeniami ze sposobem aplikacji substancji, jak również oczekiwanym efektem. Na przykład

badani, którzy w przeszłości używali narkotyków iniekcyjnie, również w ten sposób przyjmowali nowe substancje psychoaktywne. Poza tym użycie w formie iniekcyjnej pozwalało na szybsze osiągnięcie zamierzonego efektu.

Dożylnie, ja zawsze dożylnie. No, bywa tak, że i kilka razy dziennie przez dłuższy okres. Zwłaszcza ostatnio więcej tego podaję. (67KPK)

Dopalacze średnio raz w tygodniu przyjmuję, czasem 4 razy w tygodniu, czasem tylko dwa. Przy różnych sposobach przyjmowania: iniekcja, palenie, jedzenie, przez nos. (84JKK)

Miejsca używania substancji

Miejsca używania narkotyków determinuje ich status prawny. W związku z kryminalizacją posiadania narkotyków w polskim ustawodawstwie miejsca ich używania są zlokalizowane często na uboczu, są odosobnione, tak aby zapewniały użytkownikom w miarę bezpieczne przyjęcie. Najczęściej badani przyjmowali narkotyki we własnym mieszkaniu lub domu. Zdarzało się jednak, że robili to również w klubie podczas imprez. Ostatnio, w przeciągu roku, biorę mefedron. Dożylnie. Praktycznie codziennie. To znaczy, jasne, to nie jest mefedron, tylko coś innego, ale mówi się tak ogólnie „mefedron”. Biorę na imprezach i w domu, w gronie stałych znajomych. (89FMM)

Badani leczący się substytucyjnie spotykali się w okolicach placówki programu metadonowego, szukając w jej pobliżu odpowiedniego miejsca, gdzie mogliby wspólnie wypić alkohol bądź przyjąć substancję, np. w parku, między budynkami.

Biorę tutaj, pod programem albo w centrum, koło sklepu jest takie miejsce, za nasypem kolejowym. (67KPK)

Alkohol i marihuana wyłącznie w domu, ale młotki to stukam tutaj, pod metadonem, z innymi. (72GDM)

Problemowi użytkownicy narkotyków, którzy doświadczają nieodpartej potrzeby użycia substancji, np. w celu zlikwidowania objawów abstynencyjnych, nie przejmują się miejscem użycia, przyjmują narkotyki gdziekolwiek, nawet na ulicy.

Biorę gdzie popadnie, gdzie akurat jestem pod programem (metadonowym – autor), po bramach, w kiblu w McDonalddie, za torami, byle gdzie. (77SMM)

Jestem często zmuszona brać na ulicy czy w publicznych toaletach, kiedy nie mogę wytrzymać, zanim dotrę do mieszkania. (88APK)

Źródła pozyskiwania narkotyków

Z doświadczeń badanych wynika, że na terenie województwa małopolskiego nie ma większych problemów z dostępnością substancji psychoaktywnych. Jednak jakość tradycyjnych narkotyków jest niska. Dlatego też problemowi użytkownicy coraz częściej odchodzą od ich używania, skłaniając się ku nowym substancjom psychoaktywnym. Jeśli mają taką możliwość, to sami produkują narkotyki – sadzą marihuanę, zbierają grzyby halucynogenne. Takie działania sprawiają, że mają substancje na własny użytek, ale także sprzedają je innym. Jeśli nie mają swoich narkotyków, to dostają je lub kupują od znajomych, dilerów

lub w miejscu, gdzie sprzedawane są nowe substancje psychoaktywne. Niektórzy użytkownicy kupują narkotyki w internecie.

Trawkę sam sadzę. Mam takie miejsce, mniejsza o to gdzie, i tam sobie hoduję dla siebie. A jak nie mam, to mam kumpli, którzy też sadzą, zawsze można od nich odkupić albo dostać. Poza tym na grzyby to jadę do lasu. A mefedron kupuję na telefon, dzwonię, gość przyjeżdża, w samochodzie dokonuje się transakcja. Płacę tak 60 złotych za gram, ale porządnego towaru, nie tego, co nieraz sprzedają w tych sklepach na mieście. Kupuję raz, kilka razy na

tydzień, jak mam ochotę wziąć. (72GDM)

Nowe substancje psychoaktywne oraz tradycyjne narkotyki są dostępne w sklepach stacjonarnych, np. sex shopach, lombardach. Jednak sprzedawane tam narkotyki są złej jakości. Dostęp do sklepów jest ograniczony, nie każdy jest do nich wpuszczany. Przed wejściem jest kamera, a drzwi są otwierane tylko pozytywnie zweryfikowanym osobom.

Jak kupowałem, to szedłem do sklepu do rynku i tam sprzedawali. Teraz od kilku tygodni jest gdzie indziej, ale tam nie byłem, bo teraz nie biorę. No i w tych sklepach są kamery przy drzwiach, nie każdego wpuszczają, ale mnie wpuszczają, bo wyglądam tak, że mnie wpuszczają. (72ROM)

Dodatkowo lokalizacja sklepów, gdzie można kupić substancje ciągle się zmienia, w miejsce zlikwidowanych pojawiają się

Problemowi użytkownicy narkotyków przyjmują wiele substancji na raz w celu odurzenia się oraz przeciwdziałania występowaniu objawów abstynencyjnych. W sytuacji braku na „rynku” tradycyjnych narkotyków swoją uwagę kierują na nowe substancje psychoaktywne. Jeśli brakuje również ich, sięgają po alkohol, wstrzykują sobie metadon oraz przerabiają leki. Często praktyką jest łączenie różnych substancji w celu wzmocnienia ich działania.

nowe. W sytuacji, gdy nie było sklepów, substancje zamawiano telefonicznie.

To się ciągle zmienia, raz jest sklep tu, trochę podziała, likwidują go, stawiają nowy. Jak ostatnio, kilka miesięcy temu nie było sklepów przez tydzień, to się zamawiało na telefon. (72DDM) Coraz popularniejszy jest zakup narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych przez telefon z dostawą do domu. Na ogół numer telefonu można znaleźć w internecie na forach o tematyce narkotykowej. Czasami zmienia się osoba dowożąca substancje, ale numer jest stały. Inni twierdzili, że to kierowcy taksówek dowożą NSP.

Kiedyś kupowałem przez internet, ale jakość towaru była nierówna, więc przerzuciłem się na dostawy przez telefon. Dzwonię, gość mi przywozi pod dom. Za gram mefedronu płacę koło 60-70 złotych. Różni przyjeżdżają pod tym telefonem, nie zawsze ten sam. Ale numer od jakiegoś czasu jest stały. A jak przestanie odpowiadać, to będzie jakiś inny. Pełno tego jest. (89FMM)

Osoby problemowo używające narkotyków rzadziej korzystają ze źródeł internetowych, ponieważ chcą przyjąć substancję jak najszybciej. Zakup internetowy wiąże się z koniecznością oczekiwania na zamówioną paczkę kilka dni. Dla problemowych użytkowników nawet niższa cena, jaką można uzyskać w internecie, nie jest istotna.

Kupuję w tych sklepach, czasami od ludzi na programie, ale w sklepach najczęściej. Wiem, że można przez internet, ale jakoś tak... jak się ma pieniądze i się potrzebuje wziąć, to się potrzebuje teraz i się kupuje teraz, nieważne co, nie myśli się, czy to taniej wyjdzie, czy drożej. (69LTM)

Zagrożenia związane z używaniem narkotyków

Problemowi użytkownicy narkotyków podejmują szereg zachowań, które mogą być określane w kategoriach ryzyka. Szczególnie są one obecne wśród iniekcyjnych użytkowników, którzy bardzo często mają doświadczenia we wspólnym używaniu igieł i strzykawek, zarówno w przeszłości, jak i obecnie. Znaczna część iniekcyjnych użytkowników używała w przeszłości wspólnych igieł i strzykawek, jednak obecnie zaprzestała takiego zachowania w obawie przed zakażeniem wirusami krwiopochodnymi, głównie wirusem HIV. Wpływ na używanie sterylnego „sprzętu” do iniekcji miało również zwiększenie dostępności igieł i strzykawek.

Parę razy kiedyś (użył sprzętu po kimś – autor). Teraz nie, chociaż niektórzy dalej biorą od kogoś pompkę, ale po co tak robić? Mam HCV (wirusowe zapalenie wątroby typu C – au-

tor), nie chcę mieć HIV, albo zarazić się w ogóle nie wiadomo czym. (72ROM)

No brałem sprzęt po kimś parę razy, ale kiedy to było? Już nawet nie pamiętam, czy go czyściłem, czy nie. Teraz, jak biorę, to czystym, nowym sprzętem. Po co mam HIV złapać? Wystarczy mi, że mam HCV, już mi od niego wątroba się psuje. (72MWM) Mimo tego, że badani mają świadomość możliwości zarażenia się wirusem HIV lub/i HCV, w momencie odczuwania objawów abstynencyjnych „nie mają głowy” do szukania sterylnych igieł i strzykawek. Najważniejsze w danym momencie jest jak najszybsze poradzenie sobie z nieprzyjemnymi objawami abstynencyjnymi.

Kiedyś się brało zużyty sprzęt po innych, bo był z nim problem, teraz już nie ma potrzeby, ale czasami się człowiekowi po prostu nie chce ganiać do apteki, tylko chce przyćpać. Ja już i tak mam HCV, mam HIV, jestem narkomanem, nie mam za co żyć, to co to za różnica, czy się jeszcze nadkaże? Jak mam nowy sprzęt, używam nowego, ale jak nie ma pod ręką, to się bierze tym, co jest. (72DDM).

Do zachowań ryzykownych przejawianych przez problemowych użytkowników narkotyków można zaliczyć przypadkowe kontakty seksualne bez zabezpieczenia na imprezie, prostytuowanie się, trudności z kontrolą agresji, zagrożenia dotyczące sytuacji prawno-karnej, prowadzenie pojazdów pod wpływem substancji. Z ryzykiem używania substancji wiąże się również możliwość przedawkowania narkotyków bądź wystąpienia nieprzewidzianych skutków. W przypadku używania nowych substancji psychoaktywnych badani twierdzili, że nie wiedzą, co tak naprawdę przyjmują i przez to nie znają bezpiecznych dawek, pozwalających na przykład na uniknięcie zapaści.

Ograniczenie występowania zagrożeń

Większość badanych ma świadomość, że używanie narkotyków jest związane z występowaniem różnych zagrożeń. Szczególnie używanie iniekcyjne obarczone jest dużym ryzykiem, na przykład zakażeniami chorobami krwiopochodnymi. Działania pozwalające na ich uniknięcie są związane z używaniem nowych igieł i strzykawek oraz używaniem prezerwatyw. Respondenci robili to, ponieważ sami nie chcieli zarazić się wirusem, ale także nie chcieli zarazić innych osób.

Nie używam igieł po innych, używam prezerwatyw – chociaż sypiam tylko z własną żoną, ale i tak się zabezpieczam. Mam HCV i potwornie się boję, że ją zarażę! Nie mogę do tego dopuścić! O tym, żebym złapał HIV nawet nie chcę myśleć! Jestem bardzo wyczulony! Aż do przesady! (76MSM)

Jednak nie wszyscy starają się ograniczyć zagrożenia wynikające z iniekcyjnego używania narkotyków. Niektórzy, mimo tego, że posiadają wiedzę, że są nosicielami wirusa HIV i/lub HCV, w sytuacji braku dostępu do sterylnych igieł i strzykawek decydują się na użycie „sprzętu” po kimś. Jednak i oni starają się zminimalizować ryzyko zakażenia, np. poprzez mycie igły i strzykawki wodą lub spirytusem lub używanie tylko tego „sprzętu”, z którego sami wcześniej korzystali. *Dbam o to, żeby mieć nowy sprzęt. A jak nie nowy, to przynajmniej taki, którego tylko ja używałem. Dawniej, na początku to tak, brało się tym, co było. Mam HCV od tego. Ale HIV nie mam, na szczęście.* (72GDM)

Podsumowanie

Problemowi użytkownicy narkotyków przyjmują wiele substancji na raz w celu odurzenia się oraz przeciwdziałania występowaniu objawów abstynencyjnych. W sytuacji braku na „rynku” tradycyjnych narkotyków swoją uwagę kierują na nowe substancje psychoaktywne. Jeśli brakuje również ich, sięgają po alkohol, wstrzykują sobie metadon oraz przerabiają leki, tak aby osiągnąć efekt odurzenia. Dość powszechne jest używanie leków uspokajających i nasennych. Często praktyką jest łączenie używania różnych substancji w celu wzmocnienia ich działania. Problemowi użytkownicy, którzy są uczestnikami programu metadonowego, dobierają często inne substancje, wybierając takie (najczęściej NSP), których nie można wykryć testem. Należałoby przeanalizować powody dobierania narkotyków przez uczestników programu substytucyjnego, szczególną uwagę poświęcając wysokości zazywanej dawki. Badania prowadzone w ciągu wielu lat stosowania metadonu wykazały, że najwyższą skuteczność leczenia gwarantują dawki dobowe powyżej 60 mg, przy czym istnieje ograniczona liczba dowodów na to, że dawka powyżej 100 mg metadonu na dobę przynosi dodatkowe korzyści. Średnia dawka metadonu przepisywana w Polsce użytkownikom jest niewystarczająca i znacznie niższa niż w innych krajach (Kuba i in., 2014).

Na terenie województwa małopolskiego nie ma większych problemów z dostępnością substancji psychoaktywnych. Jednak jakość tradycyjnych narkotyków jest niska. Dlatego też problemowi użytkownicy narkotyków coraz częściej odchodzą od ich używania, skłaniając się ku nowym substancjom psychoaktywnym. W tym przypadku kluczowe wydaje się ciągle prowadzenie badań laboratoryjnych składu NSP, pozwalające na poznanie ich składu i przewidzenie mogących wystąpić skutków zdrowotnych zagrażających życiu.

Droga przyjęcia substancji była determinowana narkotykiem i motywem użycia środka. Najpopularniejszymi drogami używania narkotyków były:

- palenie/wdychanie: marihuana, haszysz, heroina,
- użycie doustne: leki uspokajające i nasenne, grzyby halucynogenne, LSD,
- użycie donosowe/sniff: amfetamina, metamfetamina, kokaina, mefedron,
- iniekcje: heroina, kompot, amfetamina, kryształ, Młot Thora.

Osoby problemowo używające narkotyków używają ich samotnie w domu, ale zdarza się, że robią to w towarzystwie. Spotykają się wtedy w określonych punktach (np. w okolicy programu metadonowego) i szukają bezpiecznego miejsca przyjęcia substancji. Należałoby zidentyfikować punkty na mapie miasta, gdzie problemowi użytkownicy spotykają się i zażywają narkotyki. Dzięki identyfikacji tego typu miejsc można skuteczniej prowadzić działania z obszaru redukcji szkód.

Problemowi użytkownicy narkotyków podejmują szereg zachowań, które mogą być określane w kategoriach ryzyka. Szczególnie są one obecne wśród iniekcyjnych użytkowników, którzy bardzo często mają doświadczenia ze wspólnym używaniem igieł i strzykawek, zarówno w przeszłości, jak i obecnie. Mimo dużej świadomości na temat przenoszenia wirusa HIV i HCV, nadal zdarza się, że użytkownicy iniekcyjni korzystają z igieł i strzykawek używanych przez innych. Związane jest to z brakiem dostępu do igieł i strzykawek w miejscu używania substancji, a użytkownicy sami nie zabezpieczają większej ilości „sprzętu”. Wydaje się, że w dalszym ciągu należy prowadzić działania edukacyjne w zakresie zagrożeń związanych z ryzykiem zarażenia się wirusem HCV, który jest przez użytkowników lekceważony, oraz wirusem HIV. W dalszym ciągu należy prowadzić programy wymiany igieł i strzykawek w miejscach, w których spotykają się problemowi użytkownicy.

Przypisy

- ¹ Badanie zostało sfinansowane przez Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego.

Bibliografia

Kuba A., Wawrzyniak Z., Jadwiga Zalewska-Kaszubska J., „Metadonowa terapia substytucyjna w opinii pacjentów programu metadonowego z województwa łódzkiego – skuteczność, korzyści, problemy”, *Alcoholism and Drug Addiction*, 2014, 27(1), 55-65.

Artykuł przedstawia wybrane najnowsze informacje dotyczące substancji psychoaktywnych zawarte w ostatnim raporcie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, który został opublikowany pod koniec 2019 roku w języku polskim i angielskim¹. Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii KBPN co roku zbiera i analizuje dane na temat problemu narkotyków i narkomanii w Polsce w ramach międzynarodowego systemu monitorowania, koordynowanego przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii w Lizbonie. W efekcie możemy porównać sytuację w Polsce do sytuacji w innych krajach Unii Europejskiej.

NARKOTYKI, NOWE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE I PROBLEMY ZWIĄZANE Z SUBSTANCJAMI PSYCHOAKTYWNYMI – RAPORT KBPN

Artur Malczewski

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

Skala używania substancji psychoaktywnych

Jednym z głównych źródeł danych o skali używania substancji psychoaktywnych są reprezentatywne badania w populacji generalnej. Rozpowszechnienie używania narkotyków w całym społeczeństwie i wybranych grupach jest jednym z pięciu kluczowych wskaźników Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA)². Wyniki badań przeprowadzonych w populacji generalnej przedstawione na infografice 1. potwierdzają, że używanie narkotyków jest o wiele mniej rozpowszechnione niż rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych w Polsce. Według danych z badań populacyjnych odsetek osób, które miały kontakt z narkotykami w ciągu ostatniego roku w Polsce jest 16 razy niższy od odsetka osób mających kontakt z alkoholem. Picie alkoholu w ciągu ostatniego roku odnotowano na poziomie 89,7% (badanie z 2014 roku), podczas gdy w przypadku narkotyków odsetek wyniósł 5,4% (dane dla osób w wieku 15-64 lata). Według ostatnich badań raportowanych przez Reitox Focal Point do EMCDDA konsumpcja napojów alkoholowych należy w Polsce do jednych z największych w Europie. Polska wśród krajów UE uplasowała się na drugim miejscu, po Austrii (91,5% w 2015 roku). Podobny wskaźnik jak nasz kraj odnotowała Szwecja. Najniższy poziom konsumpcji napojów alkoholowych w ciągu ostatniego roku dotyczy Portugalii (59,4% w 2016 roku) oraz Bułgarii (65,6% w 2016 roku). Spójrzmy, jak wygląda rozpowszechnienie używania narkotyków w krajach Unii Europejskiej. W 16 krajach zarejestrowano wyższe wskaźniki używania nielegalnych substancji

psychoaktywnych niż w Polsce. Najwyższe rozpowszechnienie używania występuje w Hiszpanii (12% w 2017 roku), Francji 11,5% (2017 rok), Holandii 11% (2017) oraz we Włoszech 10,6% (2017). Są to kraje, gdzie aktualne dane dotyczące używania narkotyków wskazują, że jest ono dwa razy wyższe niż w Polsce (5,4%). Najniższy odsetek odnotowano na Cyprze (2,2% w 2016 roku). Powyższe wskaźniki zostały przedstawione na infografice 1.

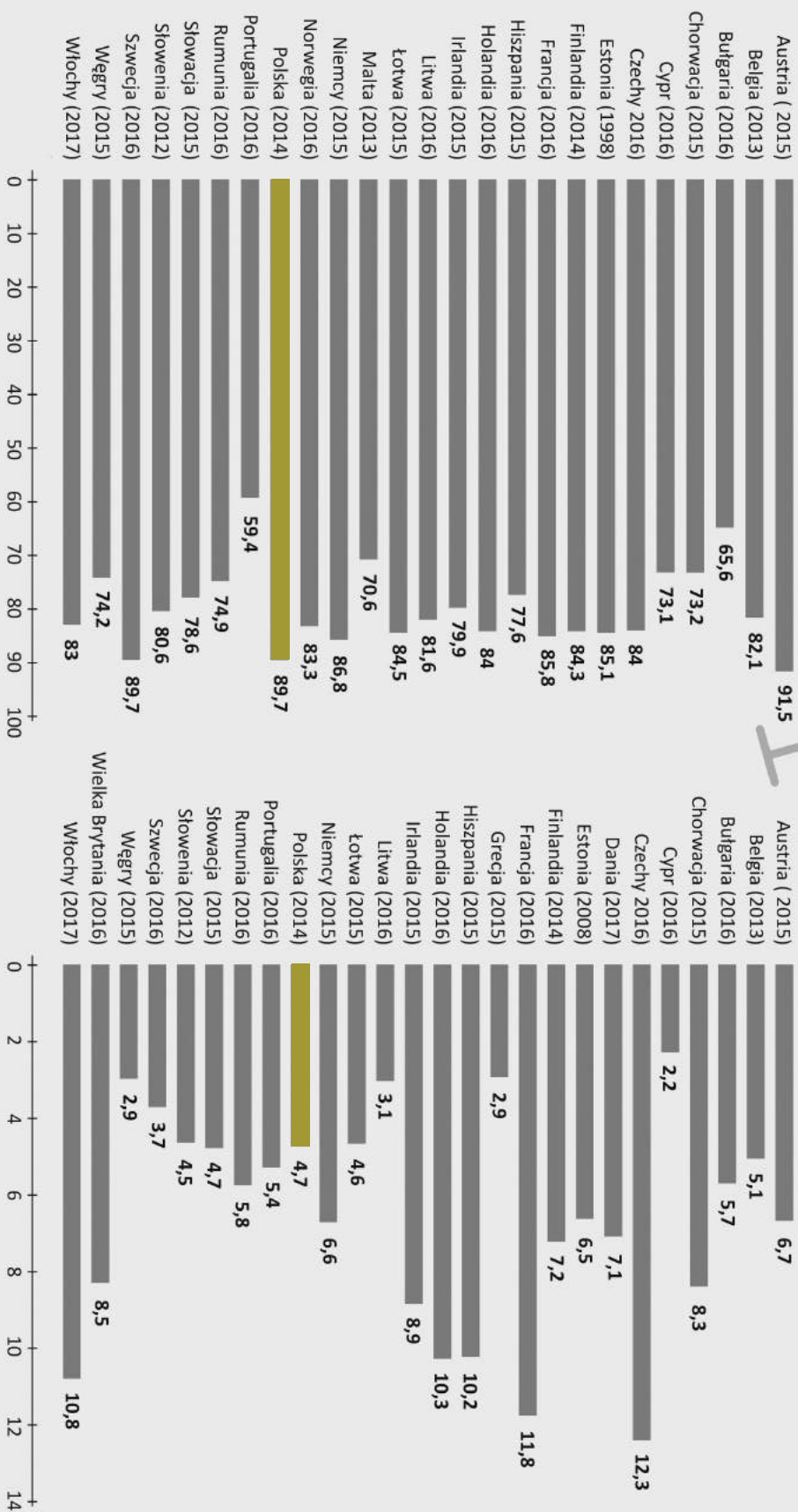
Marihuana najbardziej popularna

Według ostatniego badania Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Kantar Polska z 2018 roku najczęściej używanym narkotykiem w populacji generalnej (15-64 lata) z odsetkiem 12,1% badanych deklarujących używanie kiedykolwiek była marihuana. Wyższy odsetek użytkowników odnotowano wśród mężczyzn – 16,4%, niż wśród kobiet – 7,7%. Do zażywania marihuany w ciągu ostatniego miesiąca przyznało się 7,8% badanych w wieku 15-34 lata (2018 rok). O skali wyzwań związanych z tą substancją świadczy fakt, że największy odsetek osób, które podejmowały leczenie, zgłaszał problemy z marihuaną jako przyczynę rozpoczęcia leczenia z powodu uzależnień (39,5% w 2018 roku). Wyniki badań wśród osób dorosłych pokazują, że na tle Europy poziom rozpowszechnienia używania narkotyków, w tym najbardziej popularnej marihuany, w Polsce nie jest wysoki. Najwyższe wskaźniki używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy odnotowano w następujących krajach: Francja (21,8% – 2017 rok), Włochy (20,9% – 2017 rok), Czechy (19,3% – 2017 rok). Najniższe odsetki spośród krajów UE rejestrujemy

Używanie alkoholu w ciągu ostatniego roku przez osoby w wieku 15-64 (%)



Używanie nielegalnych narkotyków w ciągu ostatniego roku osób w wieku 15-64 (%)



Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA 2018

na Węgrzech (3,5% – 2015 rok) oraz na Cyprze (4,3% – 2016 rok). W Polsce odsetek wyniósł 7,8% (2018).

Inny obraz sytuacji mamy w przypadku używania przetworów konopi przez młodzież. Według badań ESPAD (37 krajów w 2015 roku) przeprowadzonych wśród młodzieży szkolnej odsetek użytkowników marihuany i haszyszu wśród polskiej młodzieży w wieku 15-16 lat znajduje się powyżej średniej europejskiej (16%), wyniósł 24%. Do krajów z najwyższymi wskaźnikami używania marihuany zalicza się Czechy (37%), Monako (31%) oraz Francję (31%). Najniższe odsetki odnotowano w Macedonii (5%) oraz Mołdawii (4%), a w przypadku krajów UE w Szwecji (7%) oraz na Cyprze (7%). Wyniki badań ESPAD z 2019 roku będą dostępne w połowie 2020 roku.

Skala używania stymulantów

Drugą substancją po marihuanie, z powodu której osoby podejmowały leczenie, jest amfetamina (24%). Jest ona o wiele rzadziej używana w populacji generalnej niż najbardziej popularna marihuana. Do zażywania amfetaminy w ciągu ostatniego roku przyznało się 1,4% badanych (15-34 lata). Na trzecim miejscu odnotowujemy metamfetaminę z powodu, której do leczenia zgłosiło się w 2008 roku 9%. 60% osób podejmujących leczenie z powodu metamfetaminy było w wieku 25 lat lub młodszych. Wśród mężczyzn, którzy podjęli leczenie, największy odsetek odnotowano w grupie wiekowej 25-34 lata (44%), gdy w przypadku kobiet była to grupa wiekowa 25 lat i mniej (60%). Warto bardziej przyjrzeć się zjawisku używania metamfetaminy w Polsce, ponieważ odnotowujemy wzrost odsetka osób podejmujących leczenie z powodu tej substancji. W 2015 roku odsetek takich osób wyniósł 3,4%. Wyniki badań ESPAD z 2015 roku wśród młodzieży wskazują, że skala używania metamfetaminy nie jest wysoka. W grupie osób w wieku 15-16 lat odsetek użytkowników metamfetaminy była na poziomie 3,6%, a w przypadku 17-18-latków wyniósł on 3,9%. Dane dotyczące zabezpieczeń narkotyków wskazują na wzrastającą ilość metamfetaminy zabezpieczonej przez policję i Straż Graniczną. W 2016 roku zabezpieczono 17,94 kg metamfetaminy w Polsce, a w 2018 roku ilość ta wzrosła aż do 30,88 kg. Ogólnopolski system monitorowania zgonów z powodu narkotyków nie pozwala na uzyskanie informacji na temat substancji, która była przyczyną zgonu z powodu narkotyków. Z danych dotyczących aglomeracji warszawskiej wynika, iż w 2016 roku spośród 47 osób zmarłych z powodu narkotyków, w siedmiu przypadkach wykryto metamfetaminę.

Problemy związane z narkotykami

W Polsce nie odnotowujemy dużej liczby zgonów spowodowanych bezpośrednio przedawkowaniem narkotyków. Według ostatnich danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS z 2017 roku) w Polsce zarejestrowano 202 zgony, a w 2016 roku – 204 zgony, których przyczyną były narkotyki. Dane z 2017 roku pokazują, że ofiarami śmiertelnych przedawkowań byli przede wszystkim mężczyźni (73% przypadków). Do porównań między krajami wykorzystano dane EMCDDA dotyczące zgonów z powodu narkotyków. Najwyższe wskaźniki bezpośrednich zgonów z powodu przedawkowania narkotyków w Europie odnotowano w Estonii – 130 osób na milion mieszkańców (w liczbach bezwzględnych 110 osób w 2017 roku) oraz w Szwecji – 92 osoby na milion mieszkańców (626 osoby w 2017 roku). Dane GUS nie pozwalają na określenie rodzaju substancji, które stały się przyczyną zgonu. Jednak niektóre instytucje gromadzą informacje na temat zgonów m.in. z powodu narkotyków czy nowych substancji psychoaktywnych (NSP), tzw. dopalaczy. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii otrzymało z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego dane obejmujące obszar aglomeracji warszawskiej. W 2016 roku odnotowano na tym obszarze 47 zgonów, których przyczyną były nielegalne substancje psychoaktywne. W ponad 60% przypadków jedną z substancji wykrytych w toksykologii były opioidy (30 przypadków). Nowe substancje psychoaktywne zostały wykryte w 15% przypadków. Natomiast w przypadku 7 zgonów, których przyczyną były nowe substancje psychoaktywne, w czterech wykryto UR 47700 (syntetyczny opioid), w trzech syntetyczne katynony, a w jednym przypadku syntetyczne kannabinoidy. Na skutek spożycia substancji psychoaktywnych w 2016 roku w aglomeracji warszawskiej zmarło 38 mężczyzn, których średnia wieku wynosiła 35 lat, oraz 9 kobiet (średnia ich wieku wyniosła 37 lat). Ponadto w 2015 roku na terenie aglomeracji warszawskiej z powodu narkotyków zmarły 52 osoby, tak samo jak w roku 2014. W przypadku 17% zgonów w 2015 roku oraz 19% w 2014 roku odnotowano udział nowych substancji psychoaktywnych. Według badań kohortowych Instytutu Psychiatrii i Neurologii, zleconych do realizacji przez KBPN, standaryzowany współczynnik umieralności wynosi 3,4 (2,1 dla kobiet i 4,6 dla mężczyzn). Współczynnik ten przybiera najwyższe wartości dla kobiet w kategorii wiekowej: 30-34 lata (18,5). Ze wspomnianych badań wynika, że prawdopodobieństwo zgonu jest 3,4 razy wyższe wśród osób zażywających narkotyki niż w całej populacji. Jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych związanych z narkotykami są choroby zakaźne. Ogólnopolskie dane o zgłoszonych do Stacji Sanitar-

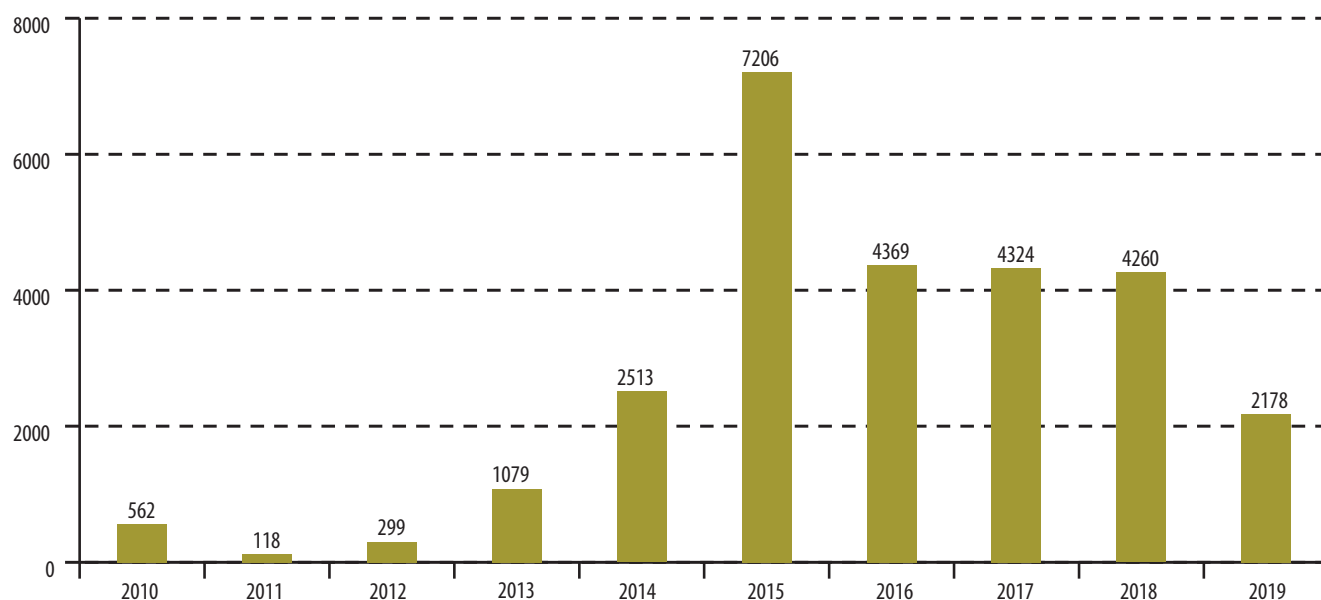
no-Epidemiologicznych zakażeniach HIV i zachorowaniach na AIDS, w tym także w związku z używaniem narkotyków, są udostępniane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. W 2018 roku rozpoznano 1165 zakażeń HIV, w tym 18 przypadków wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Dane od roku 2008, pomimo mało istotnych różnic w statystykach w poszczególnych latach, wskazują na spadkowy trend liczby nowych przypadków zakażeń HIV związanych z iniekcyjnym używaniem narkotyków. W 2018 roku rozpoznano łącznie 23 nowe zachorowania na AIDS, w tym 2 wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP–PZH), na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, zrealizował w 2017 roku badanie wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków. Wyniki tych badań pokazały, że przeciwciała anti-HIV występowały u 18,5% badanych przyjmujących narkotyki w iniekcjach, a przeciwciała anti-HCV u 57,6% badanych. Dane z badań populacyjnych, jak np. badania ankietowe wśród młodzieży, pokazują, jaka jest skala eksperymentowania oraz aktualnego używania narkotyków. Trudno jest uchwycić w badaniach populacyjnych liczbę osób, które używają codziennie, np. heroinę. Dlatego też przeprowadza się dodatkowe analizy mające na celu oszacowanie skali używania problemowego na podstawie np. rejestrów osób podejmujących leczenie. Podobnie jak w przypadku wyników badań populacyjnych, oszacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków pokazują, że na tle innych krajów UE Polska nie ma wysokich wskaźników problemowego używania substancji nielegalnych. Warto zatem przyjrzeć się, jak wygląda

ta sytuacja na tle innych krajów, które raportują dane do EMCD-DA. Wśród państw, które dysponowały takim oszacowaniem, tylko dwa miały niższe wskaźniki niż Polska: Cypr (2,8 osoby na 1000 mieszkańców w 2017 roku) i Chorwacja (3,5 osoby na 1000 mieszkańców w 2012 roku). W Polsce wskaźnik wyniósł 3,7 (2014 rok) i był o wiele niższy w porównaniu z krajami, gdzie odnotowano najwyższe wskaźniki w Europie – 10,1 osoby na 1000 mieszkańców w 2015 roku w Portugalii czy na Łotwie – 9,4 w 2011 roku. Warto podkreślić, że oszacowanie dotyczące Polski obejmuje także problemowe używanie marihuany, podczas gdy np. w Czechach tylko użytkowników opioidów i stymulantów. Szacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów w Polsce pokazuje również, że skala problemów związanych z opioidami jest jedną z najmniejszych w Europie. W naszym kraju odnotowano około 15 tys. problemowych użytkowników opioidów, co daje wskaźnik 0,55 osoby na 1000 mieszkańców (infografika 2). Najwyższy wskaźnik odnotowano w Wielkiej Brytanii – 8 osób na 1000 mieszkańców.

Skala używania NSP i związanych z nimi problemów

Dane Ośrodka Kontroli Zatruc w Warszawie i Głównego Inspektora Sanitarnego potwierdzają wysokie wskaźniki podejrzanych zatruc z powodu NSP, którymi są interwencje medyczne podjęte z powodu prawdopodobnego zatrucia tymi substancjami. Po rekordowym pod względem liczby zatruc roku 2015 (7206), w 2016 roku odnotowano spadek, do 4369 przypadków. Po-

Wykres 1. Interwencje medyczne podjęte z powodu prawdopodobnego zatrucia NSP.



Źródło: OKZ – Warszawa, GIS.

dobny wynik zarejestrowano w 2017 roku. Dane z 2018 roku odnotowały niewielki spadek liczby prawdopodobnych zatruć z powodu NSP do 4260. Ostatnie dostępne dane za okres od stycznia do listopada 2019 roku wskazują na spadek liczby zatruć z powodu NSP do 2178. Jest to duża różnica w porównaniu do wyników z poprzednich lat, gdzie liczba zatruć nie była mniejsza niż 4200 przypadków.

Od 2008 roku w Polsce przeprowadzono kilkanaście badań, w których uwzględniono tematykę nowych substancji psychoaktywnych. Ostatnie badanie dotyczące NSP zostało przeprowadzone pod koniec 2018 roku przez Fundację CBOS oraz KBPN wśród uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych. Ich wyniki wyraźnie pokazują spadek używania NSP wśród młodzieży. Odsetek badanych, którzy eksperymentowali z tymi substancjami według badania z 2018 roku, jest poniżej poziomu z 2008 roku – 2,6%. 1,5% badanych używało „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku, a w ciągu ostatniego miesiąca 0,7%. Są to najniższe wskaźniki od początku prowadzenia badań – to jest od roku 2008. Przyjrzyjmy się wynikom trzech pomiarów z lat 2008, 2010 i 2013. Według deklaracji z roku 2008, po „dopalacze” sięgnęło „kiedykolwiek w życiu” 3,5% uczniów, w 2010 roku odsetek takich deklaracji wzrósł do 11%. Do kontaktu z NSP w ciągu roku poprzedzającego badanie z roku 2010 przyznało się 7% uczniów (wobec 3% w 2008 roku), a w ciągu ostatniego miesiąca – 1% (1,5% w 2008 roku). Rok 2010 był okresem funkcjonowania ponad 1400 sklepów z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Wyniki z 2013 roku wskazują na spadek używania „dopalaczy”. Do kontaktu z nimi „kiedykolwiek w życiu” przyznało się o ponad połowę mniej respondentów niż w 2010 roku, czyli 5%, a trzy razy mniejszy odsetek badanych używał ich „w ciągu ostatniego roku” (spadek z 7% do 2%), odsetek osób sięgających po nie „w ciągu ostatnich 30 dni” wyniósł natomiast 1%. Innym badaniem, które pozwala przyrzeć się skali używania NSP, nie tylko w Polsce, lecz także w Europie, jest badanie z 2014 roku pn. „Young People and Drugs” (Flash Eurobarometer, 401), zlecone po raz drugi przez Komisję Europejską, a zrealizowane przez TNS Political and Social. Wywiady przeprowadzono wśród osób pomiędzy 15. a 24. rokiem życia. Warto zwrócić uwagę, że według Eurobarometru odsetek osób, które miały kontakt kiedykolwiek w życiu z NSP w Polsce pozostał na tym samym poziomie w 2014 roku (9%) co w roku 2011 (9%). Średnia europejska dla wszystkich badanych wzrosła o trzy punkty procentowe – do 8% w 2014 roku. Kilka krajów odnotowało duży wzrost odsetka osób zażywających NSP: Irlandia o 6 punktów procentowych (22% w 2014 roku), podobnie Słowenia (6%), Francja o 7 punktów procentowych (12%) i podobnie Słowacja (10%), natomiast Hiszpania o 8

punktów procentowych (13%). Mimo że w latach 2011–2014 średnia europejska wzrosła, to poziom używania NSP w Polsce pozostał na tym samym poziomie (TNS Political & Social, 2014). W całej populacji skala używania NSP jest na niskim poziomie. Według badań KBPN i Fundacji CBOS do używania NSP kiedykolwiek w życiu przyznał się niewielki odsetek badanych (2,2%). W ciągu ostatniego roku nowych substancji psychoaktywnych używało 0,5% badanych, a miesiąca – 0,2% (dane za 2014 rok). Dane KBPN dotyczące zgłaszalności do leczenia z 2018 roku pokazują, że 3,2% osób, które podjęły leczenie z powodu narkotyków, zgłosiło syntetyczne katynony jako substancję podstawową. Analizując liczbę substancji zidentyfikowanych w laboratoriach w Polsce, wyraźnie widać dynamikę rozwoju zjawiska NSP w latach 2012–2016. Liczba przedmiotowych identyfikacji wzrosła z około 1300 w roku 2012 do ponad 28 tys. w roku 2016. Następnie w roku 2017 i 2018 liczba ta zdecydowanie spadła. Polski rynek NSP w tym okresie był zdominowany przez dwie grupy substancji: syntetyczne katynony oraz syntetyczne kannabinoidy.

Jeszcze dwie grupy substancji są istotne ze względu na analizę rynku NSP. To nowe benzodiazepiny i syntetyczne opioidy. Substancje z obu tych grup występują zdecydowanie rzadziej, jednak ze względu na ich mechanizm działania mogą one stanowić duże zagrożenie dla zdrowia publicznego. Na początku 2020 roku ukazał się raport UNODC dotyczący NSP. Najnowszy raport, podobnie jak poprzedni z 2019 roku, pokazuje, że przypadki śmiertelnych zatruć NSP powiązane są z używaniem wielu substancji. Ponadto w niektórych krajach coraz częściej obserwuje się, że prowadzenie pojazdów pod wpływem narkotyków związane jest z używaniem NSP z grup benzodiazepin.

Rynek narkotykowy i produkcja narkotyków²

W 2018 roku Komendy Wojewódzkie Policji, KSP i CBŚP ujawniły i zlikwidowały 1264 nielegalne uprawy konopi innych niż włókniste. Łącznie zabezpieczono 117 907 szt. krzewów konopi innych niż włókniste. Straż Graniczna zlikwidowała 10 plantacji, ujawniając łącznie 475 krzewów konopi. W 2018 roku odnotowano wzrost ilości zabezpieczanej marihuany oraz haszyszu. Polskę nadal wymienia się obok takich krajów, jak Holandia czy Belgia, jako jeden z głównych producentów tego rodzaju substancji w Europie. W 2018 roku zostały wykryte 33 laboratoria produkujące narkotyki. Sześć z wymienionych laboratoriów zostało zlikwidowanych poza granicami RP na podstawie informacji przekazanych przez CBŚP stronie

zagranicznej. W polskich nielegalnych laboratoriach narkotykowych nadal najbardziej popularnym narkotykiem pozostaje amfetamina, którą wykryto w 13 laboratoriach. Do jej produkcji w dalszym ciągu najpowszechniej stosowano BMK. W 2018 roku zabezpieczono 1580 litrów tej substancji, co w porównaniu z rokiem 2017, kiedy to zabezpieczono 48 litrów, stanowiło gigantyczny wzrost (o 3300%). Przed rokiem

2014 BMK było masowo produkowane z niekontrolowanej wówczas substancji o nazwie APAAN (alfa-fenylacetoacetonitryl). Wprowadzenie w styczniu 2014 roku na listę substancji objętych kontrolą ustawową APAAN-u, pozwoliło służbom na skuteczniejsze monitorowanie obrotu tą substancją i praktycznie wyeliminowanie jej z nielegalnego rynku. W 2015 roku i latach następnych grupy przestępcze produkowały amfetaminę

Tabela 1. Liczba przestępstw stwierdzonych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2013–2018.

Artykuł	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Art. 53 – wytwarzanie	272	286	242	295	356	273
Art. 54 – posiadanie, nabywanie przyrządów do produkcji	251	216	231	222	278	266
Art. 55 – przemysł	904	898	801	738	783	609
Art. 56 – wprowadzanie do obrotu	3372	3357	2071	1984	2021	1990
Art. 57 – przygotowanie do przemysłu	55	71	40	24	40	39
Art. 58 – udzielanie	12 208	8698	6625	6849	6632	5695
Art. 59 – handel	13 739	11 560	9793	10 487	12 811	11 555
Art. 60 – niepowiadomienie o handlu	2	1	1	1	1	1
Art. 61 – prekursorzy	25	39	31	40	42	35
Art. 62 – posiadanie	39 088	35 490	32 976	37 349	39 388	37 610
Art. 63 – uprawa	2116	2083	1931	2245	2200	1836
Art. 64 – przywłaszczenie odurzających	36	25	34	163	23	20
Art. 68 – reklama środków	5	1	2	3	0	0
Razem	72 073	62 725	54 778	60 400	64 575	59 929

Zródło: KGP.

Tabela 2. Liczba podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2013–2018.

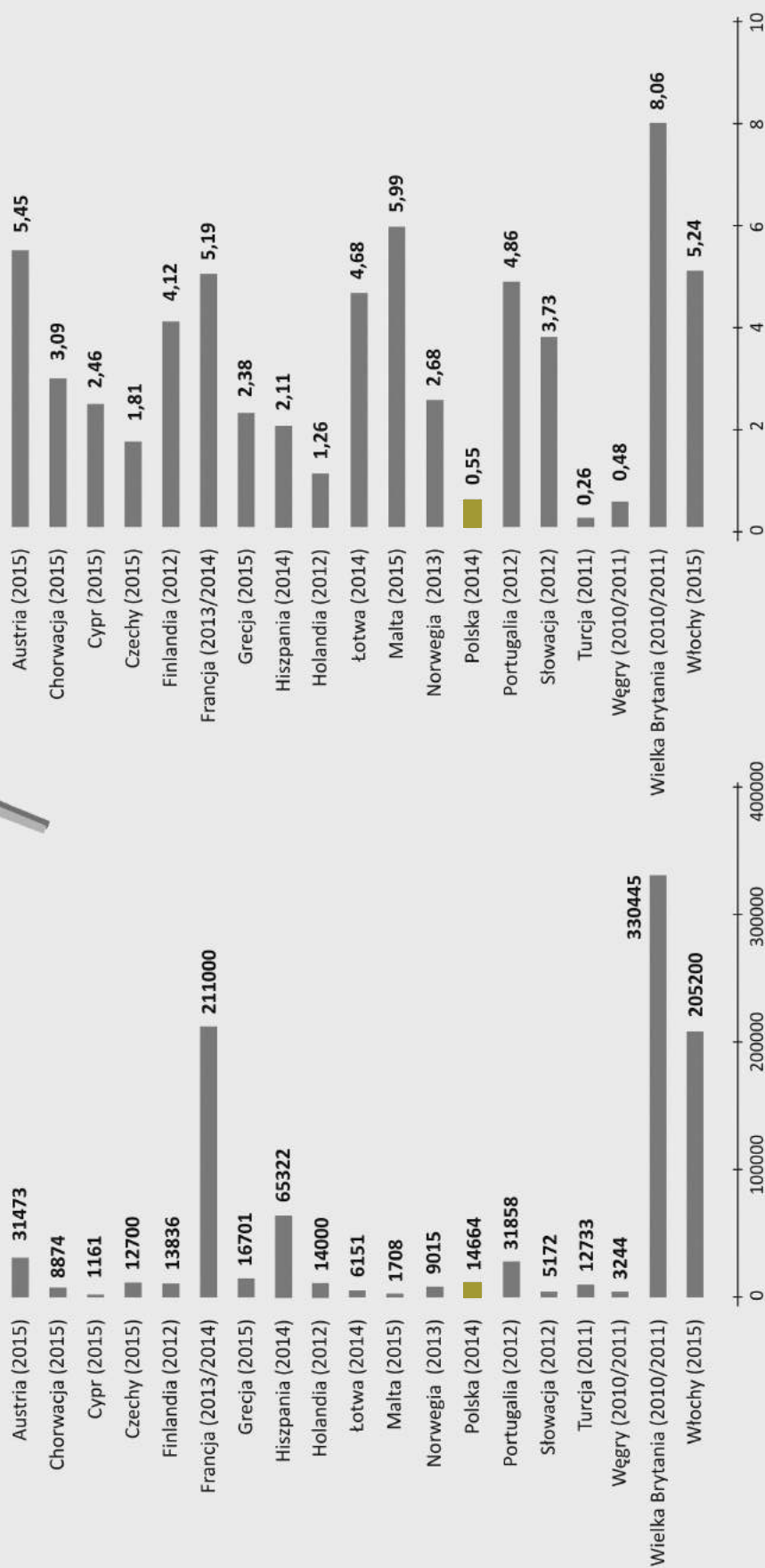
Artykuł	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Art. 53 – wytwarzanie	190	165	176,00	190	241	163
Art. 54 – posiadanie, nabywanie przyrządów do produkcji	45	37	53	43	41	49
Art. 55 – przemysł	474	507	489	465	490	389
Art. 56 – wprowadzanie do obrotu	1133	1195	995	1022	854	880
Art. 57 – przygotowanie do przemysłu	24	18	27	7	12	8
Art. 58 – udzielanie	1715	1509	991	925	839	768
Art. 59 – handel	2073	1865	1446	1235	1368	1145
Art. 60 – niepowiadomienie o handlu	1	0	1	0	2	0
Art. 61 – prekursorzy	11	10	11	8	15	15
Art. 62 – posiadanie	21 493	22 008	21 630	24 341	25 181	24 224
Art. 63 – uprawa	1175	1132	1 066	1175	1069	846
Art. 64 – przywłaszczenie odurzających	20	14	22	23	9	10
Art. 68 – reklama środków	0	0	2	0	0	0
Razem	28 354	28 460	26 909	29 434	30 121	28 497

Zródło: KGP.

Wskaźnik liczby problematycznych użytkowników opioidów (15-64 lata)



Wskaźnik problematycznych użytkowników opioidów na 1000 mieszkańców (15-64 lata)



Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Źródło: Biuletyn Statystyczny EMCDDA 2018

z substancji zbliżonych składem chemicznym do APAAN-u, jednak o innym wzorze chemicznym, co miało zapewnić im bezkarność. Laboratoria narkotyków syntetycznych nadal najczęściej usytuowane są w miejscach trudno dostępnych i zakamuflowanych, co ma znacznie utrudnić proces ich wykrywania przez policję. Nowe metody produkcji narkotyków syntetycznych czy dostosowanie już istniejących do nowych rozwiązań technicznych (np. mobilne laboratoria amfetaminy czy metamfetaminy), mają na celu nie tylko zysk ekonomiczny, ale również zwiększenie bezpieczeństwa osób bezpośrednio zaangażowanych w produkcję oraz samych wytwórni (sprzęt, prekursory, nieruchomości).

Ostatnio jednym z coraz bardziej popularnych sposobów zabezpieczenia procesu produkcji amfetaminy staje się dywersyfikacja poszczególnych jej etapów, z których każdy może być zlokalizowany i prowadzony w innym miejscu. W 2018 roku ujawniono cztery laboratoria produkujące w Polsce metamfetaminę i jedno na terenie Czech.

Przestępczość narkotykowa

W Polsce w ramach wydziałów do walki z przestępczością narkotykową, wydziałów kryminalnych, sekcji, zespołów oraz jednoosobowych samodzielnych stanowisk, przestępczością narkotykową etatowo zajmowało się 1133 funkcjonariuszy (dane na 31 grudnia 2018 roku). W 2018 roku zarejestrowano 59 929 przestępstw stwierdzonych za naruszenie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Najwięcej przestępstw (63%) dotyczyło art. 62, czyli spraw o posiadanie narkotyków. W drugiej kolejności odnotowano przestępstwa dotyczące handlu (art. 59 – 19%). W latach 2015–2017 można zaobserwować wzrost liczby przestępstw stwierdzonych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 54 778 do 64 575, jednakże najwyższą liczbę przestępstw stwierdzonych z ww. ustawy

odnotowano w 2013 roku – 72 073. Najnowsze dane to spadek liczby przestępstw poniżej wartości odnotowanej w 2016 roku – do 59 929 (2018 rok). Przyjrzyjmy się liczbie osób, które były podejrzane z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. W 2018 roku odnotowano zmniejszenie się liczby podejrzanych z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii do 28 497 osób (30 121 osób w 2017 roku). Największy odsetek stanowili podejrzani z art. 62 – 85%, na drugim podejrzani z art. 59 – 4%, czyli z powodu handlu narkotykami.

Podsumowanie i wnioski

Według badań i analizy danych w polskim społeczeństwie konsumpcja napojów alkoholowych jest o wiele bardziej rozpowszechniona niż używanie narkotyków. Ponadto skala używania narkotyków w Polsce na tle innych krajów UE nie jest duża. W przypadku używania narkotyków w populacji generalnej marihuana jest o wiele bardziej rozpowszechniona niż pozostałe nielegalne substancje psychoaktywne. Jednakże dane dotyczące młodzieży wymagają uwagi specjalistów, ponieważ odsetek użytkowników marihuany w tej grupie znajduje się powyżej średniej europejskiej (wyniki badania ESPAD z 2015 roku). Nowe dane z 2019 roku będą dostępne w połowie 2020 roku, wówczas będzie można zweryfikować, czy Polska nadal ma wysokie wskaźniki używania przetworów konopi wśród 15-16-latków.

Liczba problemowych użytkowników narkotyków pozostaje na stałym poziomie, z jednym z niższych wskaźników na 100 tys. mieszkańców w Europie. Polska ma również niskie wskaźniki zgonów z powodu narkotyków, jak również zakażeń HIV z powodu używania narkotyków w iniekcjach. Analiza danych z polskiego krajowego Systemu zgłaszalności do leczenia (TDI), prowadzonego przez Centrum Informacji KBPN pokazała, że wśród osób zgłaszających się do leczenia najczęstszym powodem są trzy grupy substancji, tj. stymulanty, marihuana i haszysz oraz opioidy. Marihuana i haszysz oraz stymulanty są najczęstszym powodem zgłoszenia się do leczenia po raz pierwszy, gdzie opioidy odgrywają mniejszą rolę. Wśród osób poprzednio leczonych udział osób z problemem opioidowym jest zdecydowanie większy. Opioidowcy są także populacją zdecydowanie najstarszą, a użytkownicy marihuany i haszyszu najmłodszą. Pogłębionej analizy wymaga fakt zróżnicowania ze względu na płeć. Odsetek kobiet jest wyraźnie zróżnicowany ze względu na narkotyk podstawowy. Analiza trendów świadczy o względnie stabilnej strukturze osób leczonych z powodu nadużywania substancji. Jednym

Tabela 3. Zabezpieczenia narkotyków w Polsce (policja oraz Straż Graniczna) w latach 2016–2018.

Substancja	2016	2017	2018
Haszysz (kg)	32,89	1237,16	8 313,19
Marihuana (kg)	2 569,44	3620,08	4 259,79
Heroina (kg)	9,02	2,49	8,84
Kokaina (kg)	448,76	81,05	277,42
Amfetamina (kg)	943,27	582,41	1 322,86
Metamfetamina (kg)	17,94	25,6	30,88
Ekstazy (tabletki)	149 921	112 614	218 442

Źródło: CINN KBPN.

z niepokojących trendów jest wzrost udziału osób zgłaszających się do leczenia z powodu metamfetaminy.

Informacje uzyskane przez policję pokazują, że utrzymuje się stały trend, w którym znaczna część produkowanych w Polsce prekursorów do wytwarzania narkotyków syntetycznych trafi do krajów Europy Zachodniej, głównie do Holandii i Belgii. Ponadto, zgodnie z wcześniejszymi prognozami policji, zaobserwowano wzrost produkcji metamfetaminy. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy według policji mogło być zaostrzenie odpowiedzialności karnej w Republice Czeskiej za produkcję metamfetaminy (kara pozbawienia wolności do lat 18) i jej przeniesienie do Polski.

W 2018 roku odnotowano wzrost zabezpieczeń wszystkich narkotyków na terenie Polski. Od kilku lat w Polsce zabezpiecza się najwięcej narkotyków będących pochodnymi konopi indyjskich, jak marihuana czy haszysz. Na tle innych narkotyków zabezpieczenia haszyszu i marihuany w roku 2018 stanowią 92,5% wszystkich zabezpieczeń.

Podsumowując analizę obecnej sytuacji na rynku nowych substancji psychoaktywnych (NSP), można wskazać na kilka podstawowych tendencji. W ostatnich latach mamy do czynienia ze spadkiem liczby analizowanych NSP w laboratoriach, co może świadczyć o pewnej stabilizacji w rozwoju tego rynku. Z drugiej strony do niepokojących tendencji należy zaliczyć coraz większą obecność na rynku syntetycznych opioidów oraz nowych benzodiazepin, choć i w tym zakresie należy odnotować stabilizację w 2018 roku. Jak pokazuje wiele przykładów zagranicznych, wprowadzenie zmian prawnych opartych na sankcjach karnych, generycznym sposobie definiowania grup substancji oraz podniesieniu ogólnej reaktywności systemu poprzez uproszczenie procedur wprowadzania zmian prawnych w wykazach – jak to miało miejsce w Polsce w sierpniu 2018 roku – wpływa na ograniczenie zjawiska NSP. Nie należy jednak przypuszczać, że zjawisko to uda się zupełnie wyeliminować. W przypadku heroiny, jeszcze w 2017 roku, wszelkie dostępne dane wskazywały, iż popyt na ten narkotyk zarówno w Polsce, jak i w Europie znacznie się zmniejszył w ostatnich latach. Jednakże zabezpieczenia w 2018 roku, zwłaszcza te dokonane na tzw. szlaku bałkańskim wskazują na zwiększoną podaż tego narkotyku na polski rynek. W 2018 roku ponad trzykrotnie w porównaniu do 2017 roku wzrosła ilość zabezpieczonej heroiny przez policję i Straż Graniczną, do 8,84 kg. Warto podkreślić niepokojące sygnały dotyczące zagrożenia śmiertelnymi przedawkowaniami z powodu nowych opioidów z grupy nowych substancji psychoaktywnych. Chodzi m.in. o nowe fentanyl, które zastąpiły heroinę, np. na sąsiedniej Litwie, a dane z 2017 i 2018 roku z Systemu Wczesnego Ostrzegania wskazują na wzrost NSP z tej grupy wykrytych na polskim

rynku substancji w porównaniu z sytuacją z lat poprzednich. Ponadto należy zwrócić uwagę na NSP z grupy benzodiazepin, jak również leków z tej grupy, ponieważ są one używane przez młodzież w celu odurzania się i może to być zjawisko stanowiące wyzwanie dla zdrowia publicznego.

Przypisy

- ¹ Osoby zainteresowane raportem znajdują go na stronie Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (CINN) Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii: <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=1582300>. CINN pełni rolę Reitox Focal Point EMCDDA.
- ² Ta część została opracowana na podstawie raportu z realizacji w 2018 roku programu resortu spraw wewnętrznych i administracji dotyczącego zwalczania przestępczości narkotykowej oraz profilaktyki i przeciwdziałania narkomanii na lata 2017–2020.

Bibliografia

- Biuletyn Statystyczny EMCDDA 2019 (http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2019_en) (dostęp: 10 listopad 2019).
- Dalmata M., Zakrzewska K., Malczewski A., „Harms and harm reduction workbook 2019 for EMCDDA”, 2019 (niepublikowany).
- ESPAD Group (2016), ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii [EMCDDA] (2018), Europejski raport narkotykowy 2018: Tendencje i osiągnięcia, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii [EMCDDA] (2019), Europejski raport narkotykowy 2019: Tendencje i osiągnięcia, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.
- Flash Eurobarometer 401: Young people and drugs, European Commission, https://data.europa.eu/euodp/data/dataset/S2029_401 (dostęp: 10 listopada 2019).
- Kidawa M., „Nowe substancje psychoaktywne w Polsce i w Europie – aktualna Sytuacja”, wystąpienie podczas konferencji „Przeciwdziałanie narkomanii na poziomie lokalnym”, 23-25 lipca 2019, Warszawa.
- Malczewski A., „Młodzież a substancje psychoaktywne” (w:) B. Grabowska, M. Gwiazda i inni (red.), „Młodzież 2018”, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2019, 234-255 (https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1487897).
- Malczewski A., Kidawa M., „Nowe substancje psychoaktywne w Europie – skala zjawiska i przeciwdziałanie”, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2019, (https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1504168).
- Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (2019) Sprawozdanie z realizacji w 2018 roku programu resortu spraw wewnętrznych przeciwdziałania narkomanii i zwalczania przestępczości narkotykowej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Warszawa 2018.
- Sierosławski J., „Zgony wśród problemowych użytkowników narkotyków. Badania kohortowe”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2017, (https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1343606).
- Sierosławski J. i in., „Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania” (w:) „Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych”, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, 2015, 195-275, (https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=928538).

ORGANIZACJA I WARUNKI PRACY PRACOWNIKÓW SOCJALNYCH W GMINACH. WYNIKI KONTROLI NIK

W listopadzie 2019 roku Najwyższa Izba Kontroli opublikowała wyniki kontroli przeprowadzonej w ośrodkach pomocy społecznej. Sprawdziła ona, w jakich warunkach pracują pracownicy socjalni i czy organizacja oraz warunki ich pracy w gminach pozwalają im na skuteczną realizację zadań ustawowych. Kontrola objęła 24 ośrodki pomocy społecznej, w których zatrudnionych było 468 pracowników socjalnych. Ponadto w ogólnopolskim badaniu ankietowym przeprowadzonym przez NIK wzięło udział 4496 z 19 610 pracowników socjalnych, czyli niemal jedna czwarta wszystkich zatrudnionych. Wyniki kontroli opublikowane są na stronie <https://www.nik.gov.pl/plik/id,21566,vp,24215.pdf>.

Pomoc społeczna w Polsce nie obejmuje wszystkich osób wymagających wsparcia, jest udzielana na minimalnym, podstawowym poziomie i do wysokości zaplanowanego budżetu, a nie na podstawie rzeczywistych potrzeb społecznych. Ponad 60% badanych pracowników socjalnych stwierdziło, że w ich rejonie są osoby, które wymagają pomocy społecznej, ale z różnych powodów z niej nie korzystają.

Według danych GUS z pomocy społecznej w 2017 roku korzystało ok. 2,2 mln osób, czyli 5,7% ogółu mieszkańców Polski. Jednak założenia wskaźnika jednego pracownika na dwa tysiące miesz-

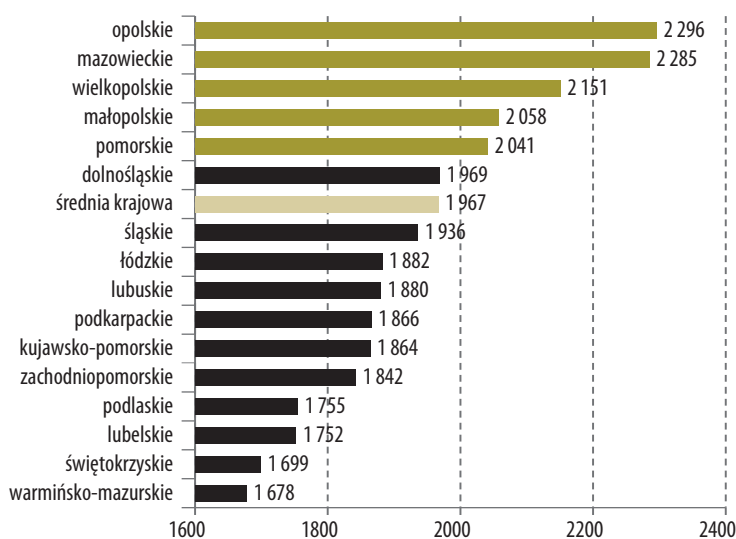
kańców nie spełniało 911 (37%) z około 2500 funkcjonujących w Polsce OPS-ów, a wskaźnika zatrudniania jednego pracownika socjalnego na 50 rodzin/osób objętych opieką nie spełniało aż 1151 OPS-ów (46%). 25% (624 ośrodki) nie spełniało żadnego z tych wymogów ustawy.

W Polsce nie ma systemu badania i wykazywania faktycznej liczby osób potrzebujących pomocy. GUS podaje jedynie szacunkowe dane statystyczne (np. wskaźniki ubóstwa), a powołane do tego służby nie badają rzeczywistej skali tego zjawiska. Ośrodki pomocy społecznej, jeśli nawet identyfikują większość potrzeb na swoim terenie, to ich rzetelnie nie wykazują w corocznie sporządzanych dokumentach.

Wybrane elementy oceny ogólnej sformułowane w wyniku kontroli są następujące:

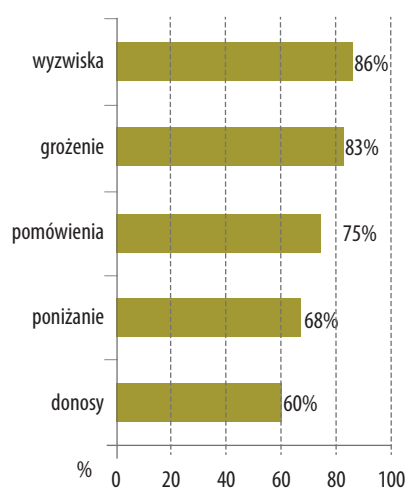
- Pracowników socjalnych jest zbyt mało i są przeciążeni pracą.
- Poza systemem są osoby wymagające pomocy.
- Systemowo nie są badane i wykazywane prawdziwe potrzeby społeczne w gminach. Gminne strategie rozwiązywania problemów społecznych nie odzwierciedlają rzeczywistych potrzeb społecznych oraz nie zawierają liczbowych wskaźników pozwalających na ocenę realizacji zaplanowanych zadań i celów.

Wykres 1. Liczba mieszkańców przypadających na jednego pracownika socjalnego wg województw.



Źródło: Zmodyfikowane opracowanie NIK na podstawie ankiet wypełnionych przez pracowników.

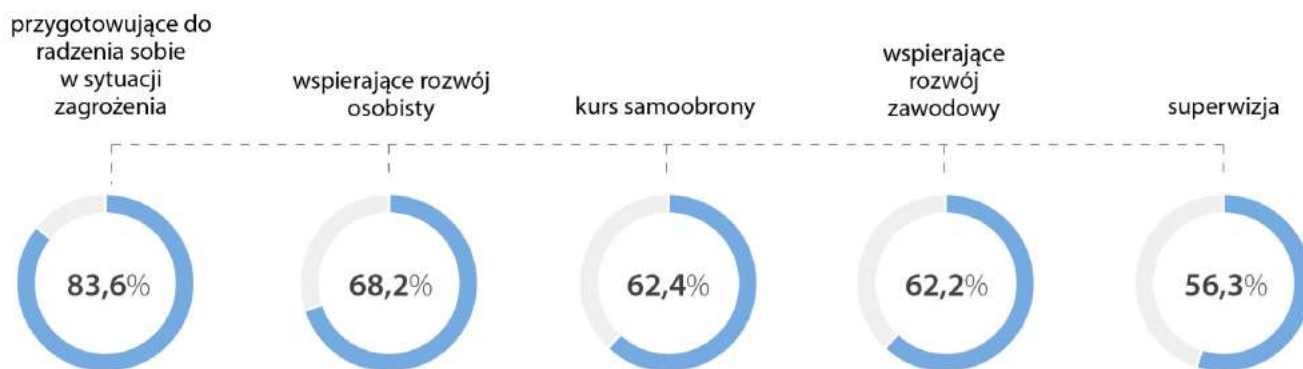
Wykres 2. Najczęstsze formy agresji werbalnej kierowanej wobec pracowników socjalnych (kiedykolwiek).



Źródło: Zmodyfikowane opracowanie NIK na podstawie ankiet wypełnionych przez pracowników.

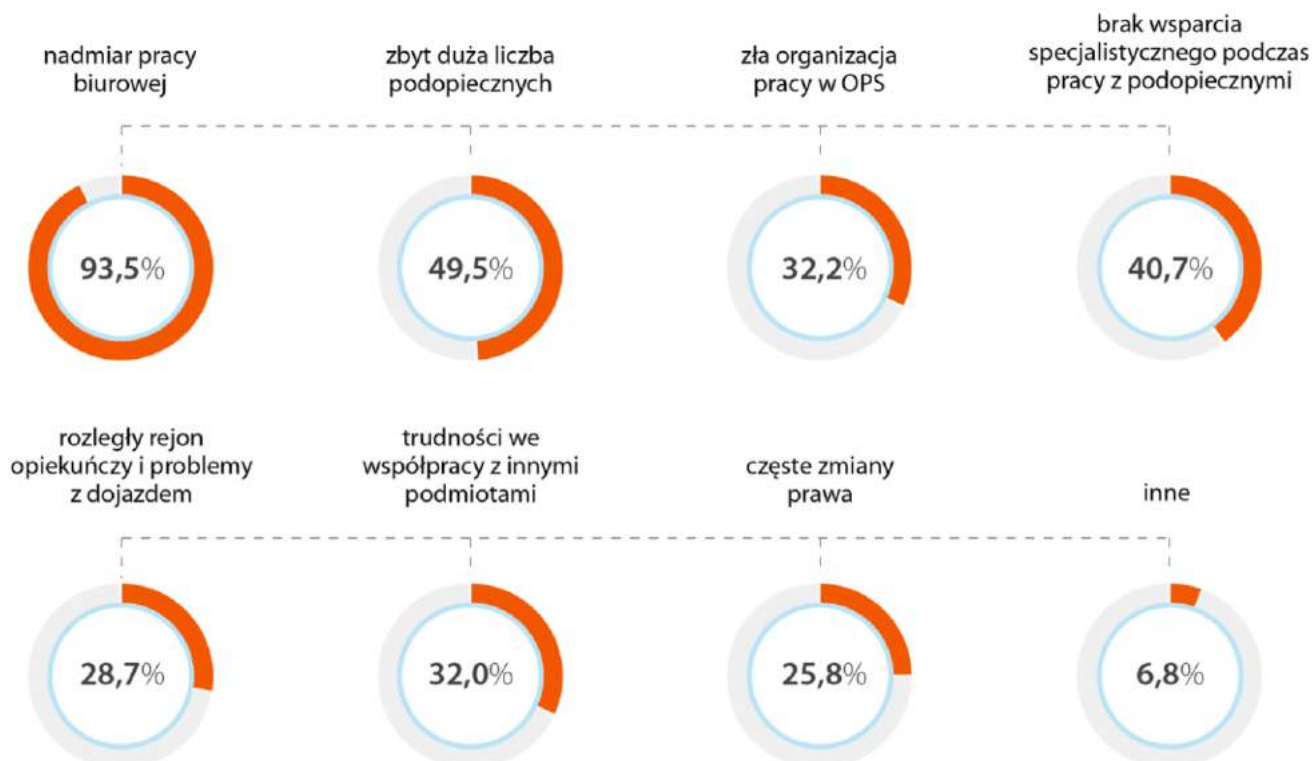
- Zarówno w biurze, jak i w terenie pracownicy socjalni byli narażeni na kontakt z agresją fizyczną i werbalną. 19,2% zaraziło się podczas pracy różnymi chorobami.
- Pracownicy socjalni posiadali wymagane prawem kwalifikacje. Niewystarczająco zapewniano im jednak warunki rozwoju zawodowego. W 21 ośrodkach (na 24 badane) NIK stwierdziła brak poradnictwa i szkoleń, zwłaszcza w zakresie rozwoju osobistego oraz superwizji.
- Wynagrodzenia pracowników socjalnych były niekonkurencyjne na rynku pracy.

Wykres 3. Szkolenia, których brakuje pracownikom socjalnym.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie ankiet wypełnionych przez pracowników socjalnych.

Wykres 4. Przyczyny braku czasu na pracę socjalną.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie ankiet wypełnionych przez pracowników socjalnych.

KORONAWIRUS

 powoduje gorączkę, kaszel, duszności, bóle mięśni i zmęczenie.

Przenosi się drogą kropelkową, a więc podczas kaszlu, kichania czy mówienia.

Jak zapobiegać zakażeniu?



Często myj ręce, używając mydła i wody.



Kiedy kaszlesz lub kichasz, **zakrywaj usta i nos**.



Zachowaj co najmniej 1 metr odległości od osób, które kaszlą i kichają.



Jeśli **wracasz z regionu**, gdzie występuje koronawirus i **masz objawy** choroby lub miałeś **kontakt z osobą zakażoną**, powiadom telefonicznie o tym stację sanitarno-epidemiologiczną lub zgłoś się do oddziału obserwacyjno-zakaźnego.

PAMIĘTAJ !!!

W przypadku kiedy istnieje podejrzenie zakażenia ale nie masz jeszcze objawów pozostaj w domu, **unikaj kontaktu z innymi osobami** aby nie doszło do rozprzestrzeniania się wirusa.

Wszelkie wątpliwości dotyczące swojego stanu zdrowia wyjaśniaj **TELEFONICZNIE** lub innymi metodami zdalnej konsultacji.

NIE ZGŁASZAJ SIĘ SAM DO PRZYCHODNI POZ (chyba, że zostaniesz o to poproszony w określonym terminie) **ani nie udawaj się do szpitala** bez wcześniejszego uzgodnienia gdzie masz się zgłosić i czy jest to potrzebne.

Jeden chory pacjent (**również Ty**) może być źródłem zakażenia wszystkich pozostałych osób w poczekalni!!!

Myj często ręce wodą z mydłem lub środkiem odkażającym na bazie alkoholu.
Unikaj dotykania rękami oczu, nosa i ust.
Zasłaniaj usta i nos zgiętym ramieniem lub jednorazową chusteczką kiedy kaszlesz lub kichasz.
Nie zbliżaj się do osób chorych.

Infolinia NFZ

800 190 590

www.gov.pl/koronawirus



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