



Ministerstwo
Zdrowia

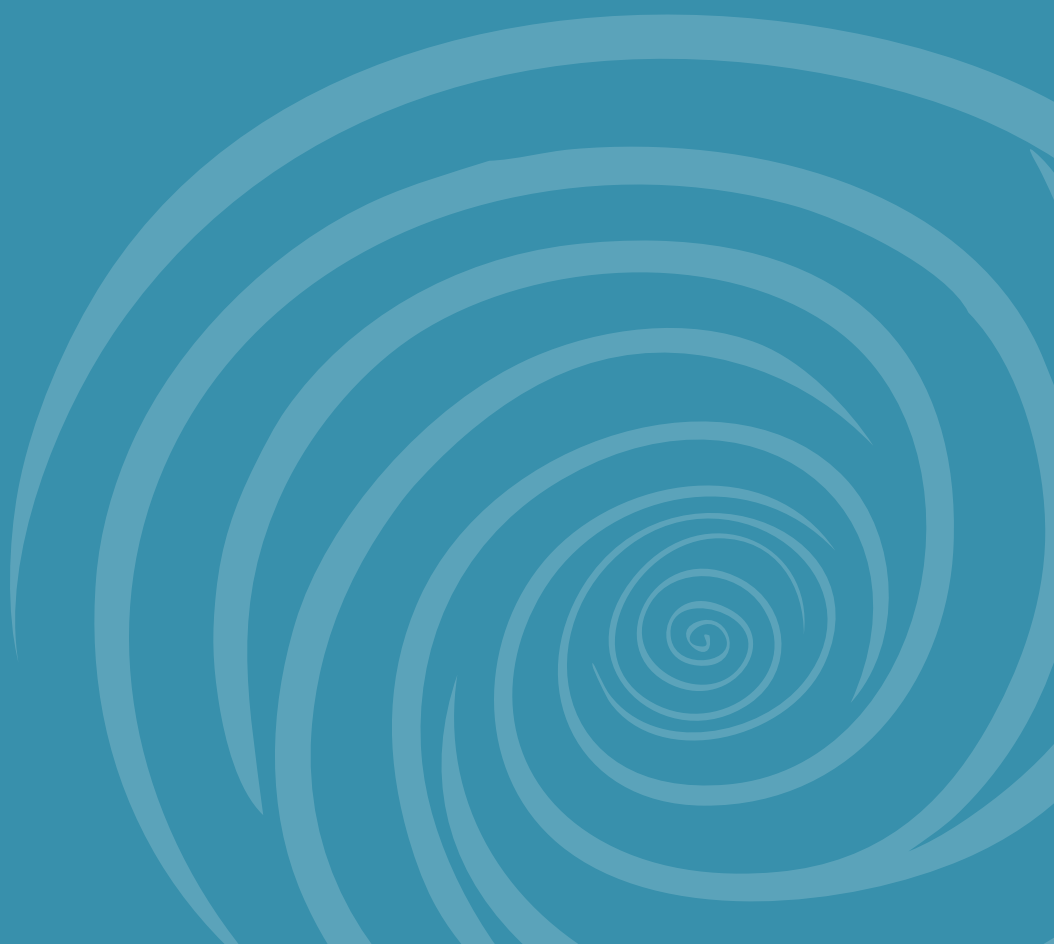


**KC
PU**
Krajowe Centrum
Przeciwdziałania Uzależnieniom

NR 2

2024

SERWIS INFORMACYJNY
UZALEŻNIENIA



SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

POTRZEBUJEMY WSPÓŁPRACY MIĘDZYRESORTOWEJ

Wywiad z Aleksandrą Lewandowską, konsultantką krajową w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży 1

Prawo

FUNDUSZ KOMPENSACYJNY ZDARZEŃ MEDYCZNYCH

Katarzyna Syroka-Marczewska 6

KONFISKATA POJAZDU JAKO NARZĘDZIE PREWENCYJNE

Łukasz Zboralski 11

Internet

RAPORT „NASTOLATKI 3.0” – PODSUMOWANIE BADANIA NA TEMAT AKTYWNOŚCI NASTOLATKÓW W SIECI

Marta Jarosiewicz..... 16

ANALIZA

OD KONCEPCJI DEWIACJI DO KOMPULSYWNEGO ZABURZENIA ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH

Michał Pawłęga, Maria Brodzikowska..... 22

Badania, raporty

POTOCZNE OPINIE NA TEMAT PROWADZENIA POJAZDÓW POD WPŁYWEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Marcin J. Sochocki..... 28

OSZACOWANIE LICZBY PROBLEMOWYCH UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW

Janusz Sierosławski..... 34

UZALEŻNIENIA W POLSCE: WYBRANE ZAGADNIENIA

Joanna Szmidt..... 41

Doniesienia

PROFILAKTYKA I MONITOROWANIE UZALEŻNIENI NA POZIOMIE LOKALNYM – WYZWANIA ORAZ SZANSE. MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA..... 48

Internet

E-GAZETA okładka IV



POTRZEBUJEMY WSPÓŁPRACY MIĘDZYRESORTOWEJ

Z doktor nauk medycznych Aleksandrą Lewandowską, konsultantką krajową w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, rozmawia Maja Ruszpel.

– Problemy zdrowia psychicznego młodych są od lat przedmiotem szczególnego zainteresowania środowisk pomocowych, ale także mediów czy kolejnych rządów. Sytuacja w tym obszarze jest wciąż dramatyczna i wymaga szeregu zmian.

– Jest to globalny problem – zła kondycja psychiczna dzieci i młodzieży. Na całym świecie obserwowany jest wzrost zaburzeń psychicznych zarówno u osób młodych, jak i dorosłych.

Nie tylko więc Polska, ale cała Unia Europejska stoi przed tym wyzwaniem. Dodatkowo, my, klinicyści, obserwujemy niepokojącą zmianę, która stała się niestety trendem w ciągu ostatnich czterech lat, czyli od czasu wybuchu pandemii COVID, konfliktu zbrojnego w Ukrainie – a w efekcie tych zdarzeń: kryzysu gospodarczego. Otóż liczba dzieci i młodzieży, które korzystały z opieki w publicznym sektorze ochrony zdrowia psychicznego w ciągu ostatnich trzech lat, się podwoiła. Mamy więc o 100 procent więcej potrzebujących.

Nie odstawiamy od Unii Europejskiej. Tam statystyki są podobne. Z raportu UNICEF-u za 2021 rok wynika, że średnio 16% dzieci i młodzieży cierpi na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne.

– Jakiego rodzaju zaburzenia dominują?

– Przeważają zaburzenia depresyjne i lękowe. Problemem, który narasta, są także uzależnienia – najnowsze analizy NFZ pokazują, że liczba dzieci i młodzieży z diagnozą uzależnienia rośnie – co roku o kilka procent! Oczywiście, należy podkreślić, że kondycja psychiczna dzieci i młodzieży od dawna się pogarszała.

Jeśli prześledzimy dane, czyli sprawdzimy, jaki odsetek dzieci i młodzieży z różnymi zaburzeniami korzystał

ze świadczeń publicznych, to okaże się, że już od 8 lat z roku na rok obserwujemy wzrost zgłoszeń. Jednak nie był to tak skokowy wzrost jak na przestrzeni ostatnich czterech lat. Między 2019 a 2022 rokiem nastąpił 87-procentowy wzrost liczby osób do 13. roku życia wymagających opieki psychiatrycznej. W grupie od 13. do 18. roku życia liczba pacjentów zwiększyła się o 168%.

– Od 12 lat podejmowane są działania zapewniające właściwą opiekę, terapię, farmakoterapię czy działania profilaktyczne właśnie dla tej grupy odbiorców. Jak pani pamięta ten proces?

– Myślę, że trafna jest metafora, której swego czasu używał prof. Tomasz Wolańczyk, że „budowaliśmy samolot w locie”.

Pracuję już 20 lat i byłam obserwatorką i świadkiem tych zmian. Pamiętam jak 12 lat temu, w roku 2012, właśnie prof. Tomasz Wolańczyk, który był ówczesnym konsultantem krajowym w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, wystosował apel do ministra zdrowia. Był to głos środowiska specjalistów, które domagało się wprowadzenia zmian w obszarze psychiatrii wieku rozwojowego. Szczególnie chodziło o zmiany dotyczące obszaru opieki środowiskowej.

Ten apel nie został wówczas usłyszany. Pierwszy krok został zrobiony w 2018 roku, kiedy to zaczął się spotykać Zespół ds. reformy psychiatrii dzieci i młodzieży i zmiany zaczęły się dziać. Ale czy reforma to było właściwe określenie? Reformować przecież można jedynie coś, co istnieje – a nie coś, czego nie ma. A tak było. Obszar psychiatrii dzieci i młodzieży był na tyle zaniedbany, a potrzeby dostępu do specjalistów w każdym regionie kraju były tak ogromne, że trzeba było na to po prostu reagować, a nie reformować...

– *Czyli powstawał model psychiatrii dzieci i młodzieży, ale w zupełnie inny sposób niż model psychiatrii dorosłych. W tym drugim przypadku miał miejsce pilotaż...*

– U nas nie było czasu na żaden pilotaż! Ewaluowanie tego modelu odbywało i odbywa się więc nie za pomocą pilotażu, ale za pomocą rozwiązań systemowych!

Jaki był zamysł tego modelu? Przede wszystkim właśnie deinstytucjonalizacja, czyli przełożenie opieki szpitalnej z izby przyjęć na opiekę ambulatoryjną i środowiskową – jak najbliżej miejsca zamieszkania dziecka, nastolatka i jego rodziny. Do tego objęcie opieką jego rodziny czy opiekunów. Ale też środowiska edukacyjnego – bo dla większości naszych pacjentów, kiedy podejmowane są działania pomocowe, absolutnie niezbędne jest nawiązanie współpracy z systemem oświaty.

– *Obecnie mamy prawie 500 miejsc, w których dzieci, młodzież i ich opiekunowie mogą szukać pomocy. Ta pomoc została zorganizowana na trzech poziomach – zależnie od tego, z jakimi potrzebami dziecka się zderzamy.*

– W ramach pierwszego – czyli podstawowego – poziomu referencyjnego pracują Zespoły lub Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży. I tu świadczenia przeznaczone są dla dzieci oraz młodzieży do 21. roku życia kształcącej się w szkołach ponadpodstawowych aż do ich ukończenia. Chcę podkreślić, że ten pierwszy poziom jest fundamentem naszego trójstopniowego modelu, ponieważ wiemy już, że większość zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego wiąże się głównie z czynnikami środowiskowymi. I tu pierwszym elementem wsparcia i pomocy powinny być oddziaływania psychospołeczne. Szeroko rozumiane – choćby psychoedukacja, wsparcie psychologiczne, różne formy psychoterapii, indywidualnej, grupowej. Tutaj lekarz psychiatra nie jest jeszcze potrzebny. Z pomocy może korzystać pacjent, który nie ma żadnego rozpoznania psychiatrycznego, a potrzebuje pomocy, bo ma trudności w relacjach rówieśniczych, nie radzi sobie z emocjami, ma problemy szkolne lub trudności z zachowaniem.

– *Jakiś przykład z tzw. życia?*

– Przychodzi rodzic po pomoc i opisuje, że ma problem z dzieckiem. Dziecko jest ciągle rozdrażnione,

zbuntowane, nie chce chodzić do szkoły. Wydawałoby się, że tu może być jakiś problem związany z samym dzieckiem, z jego zdrowiem, prawda? A tymczasem po diagnozie psychologicznej okazuje się, że przyczyną zachowania dziecka jest przemoc rówieśnicza. I nie da się tego problemu inaczej rozwiązać, jak poprzez współpracę psychologów ze szkołą, wspieranie pacjenta i pracę z całym środowiskiem: rodzicami, nauczycielami itp. Ta współpraca bardzo się sprawdza.

Stąd w zespole lub ośrodku oferowane są następujące świadczenia: porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej, sesja psychoterapii grupowej, sesja wsparcia psychospołecznego, wizyta, porada domowa lub środowiskowa, wizyta osoby prowadzącej terapię środowiskową. Świadczenia realizowane są przez zespół specjalistów: psychologa, psychoterapeutę oraz terapeutę środowiskowego.

W tym przypadku opieka oparta jest przede wszystkim na realizacji świadczeń w środowisku. Z tego powodu zalecany jest wybór placówki jak najbliżej miejsca zamieszkania. Dla świadczeń realizowanych w zakresie I poziomu referencyjnego skierowanie nie jest wymagane.

– *Jak wygląda dostępność tej oferty pomocowej?*

– Aktualnie większość powiatów i dużych miast jest objęta pierwszym poziomem referencyjnym, zatem białych plam już nie ma. Ośrodki mają w swojej strukturze minimum cztery etaty składające się z trzech specjalistów. Są to: psycholog, psychoterapeuta i terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży. A tam, gdzie jest problem z dostępnością kadry, mamy zespoły – są to dwa etaty składające się z trzech stanowisk: psychologa, psychoterapeuty i terapeuty środowiskowego dzieci i młodzieży. Na tym poziomie odbywają się także konsylia, czyli współpraca pomiędzy pierwszym a drugim poziomem referencyjnym. Wówczas kiedy pierwszy poziom referencyjny decyduje o tym, że warto skierować pacjenta na drugi poziom, czyli najczęściej na konsultację psychiatryczną.

– *Jak rodzice odnajdują się w tym systemie?*

– Rodzice de facto są głównym odbiorcą tej oferty, ponieważ to oni jako pierwsi zgłaszają się po pomoc

i przychodzą z dzieckiem. Niestety, okazuje się, że bardzo dużym problemem rodziców jest brak wiedzy. W różnych obszarach. Często zdarza się, że rodzic nie zwraca uwagi na problemy dziecka, nie rozumie ich, nie wie, jak sobie z nimi radzić. Dziecko nierzadko samo się diagnozuje, czytając „coś” w internecie. I to dziecko prosi rodzica, żeby pomógł mu znaleźć specjalistę.

Pamiętajmy też, że w przypadkach obu poziomów referencyjnych możemy się zgłaszać po pomoc bez skierowania. A zatem o tym, które dziecko zostanie zapisane do którego specjalisty tak naprawdę decyduje wyłącznie sam rodzic. Ale niestety okazuje się, że rodzic często jest pogubiony w tym systemie opieki psychiatrycznej – nie rozumie, jaka jest rola poszczególnych specjalistów, często te role mu się mieszają i potem jest zaskoczony, że był u psychiatry, a psychiatra nie prowadził psychoterapii. Albo jest rozczarowany, bo był u lekarza, lekarz postawił diagnozę, i odesłał do psychologa. Potrzebujemy zatem kampanii informacyjno-edukacyjnej adresowanej do rodziców.

Rodzice bowiem często sami nie korzystali z pomocy psychoterapeutycznej czy psychiatrycznej – brakuje im wiedzy na temat tego, czego mogą oczekiwać i jaka jest ich rola. To utrudnia efektywność wprowadzanych zmian – także z tego powodu tworzą się kolejki do specjalistów i brakuje miejsc.

– Trzeci poziom referencyjny to Ośrodki Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej. W ramach oddziału psychiatrycznego dla dzieci realizowane są świadczenia stacjonarne przez lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych. I tu już wymagane jest skierowanie – chyba że mamy sytuację nagłego zagrożenia życia. Wówczas można się zgłosić bez skierowania. Jaka jest dostępność takich miejsc?

– Aktualnie mamy co najmniej jeden taki ośrodek w każdym województwie, a w niektórych mamy kilka takich miejsc. W sumie na ten moment są aż 34 takie placówki w całej Polsce.

– I to jest wierzchołek piramidy tego trzypoziomowego systemu pomocowego, czyli leczenie stacjonarne.

– Tak. Tutaj można uzyskać pomoc wówczas, gdy mamy do czynienia z zagrożeniem życia lub zdrowia nastolatka czy dziecka oraz koniecznością jego hospitalizacji. Drugą sytuacją jest przyjęcie w trybie planowym na oddział – może to się odbywać w różnych sytuacjach. Chociażby wówczas, gdy mamy modyfikację farmakoterapii u dziecka. A ta powinna się odbyć w warunkach oddziału stacjonarnego. Albo niezbędna jest diagnostyka, która nie jest możliwa w warunkach ambulatoryjnych. I temu powinny służyć oddziały stacjonarne.

– Czy to działa?

– Różnie. Niestety, mamy nadal taką sytuację, że pacjentów, nastolatków w kryzysie wcale nam nie ubyło, więc przyjęć w trybie planowanym mamy jak na lekarstwo. W większości oddziałów dziecięcych i młodzieżowych mamy przyjęcia w trybie nagłym, w stanie zagrożenia życia. Nadal przybywa pacjentów dziecięco-młodzieżowych. Z najnowszych danych NFZ wynika, że ponownie wzrosła liczba hospitalizacji stacjonarnych wśród dzieci i młodzieży o ponad 30%.

Co ciekawe i niepokojące – jeśli chodzi o dynamikę zgłoszeń w obszarze psychiatrii wieku rozwojowego, to ta dynamika jest związana z dynamiką... roku szkolnego. Otóż w trakcie nauki w niektórych oddziałach obłożenie sięga powyżej 200%, a kiedy rozpoczyna się okres wakacyjny, to spada ono o... 50%! I w niektórych oddziałach liczba pacjentów w okresie wakacyjnym jest mniejsza niż ta wynikająca z kontraktu z NFZ.

– To pokazuje, jak ważna jest rola szkoły i profilaktyka.

– Tak. I to jest kolejne wyzwanie – mamy trzy poziomy referencyjne, a nie mamy poziomu zero, czyli właśnie profilaktyki. To znaczy, mamy go, ale raczej teoretycznie.

– Wiele lat temu powstały profilaktyczne programy rekomendowane...

– Tak – to są bardzo dobre, sprawdzone, zbadane oddziaływania dla każdej grupy wiekowej, tak dzieci, jak i młodzieży. Były też realizowane – i są nadal – szkolenia dla pedagogów, by mogli te programy u siebie wdrażać.

Ale rzeczywistość pokazała, że szkoły nie mają czasu, by je realizować.

– I często szkoły działają ad hoc, czyli realizują lekcje niezgodnie z programem rekomendowanym – na przykład jednorazowe pogadanki czy wybierając z programu profilaktycznego poszczególne elementy, ale nie realizując całości.

– Niestety, my wszyscy na tym tracimy. Wiemy doskonale, że zajęcia w szkołach są tak ułożone, że nauka tych umiejętności, na których nam, osobom zajmującym się zawodowo opieką nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży, zależy – czyli wzmacnianie kompetencji społecznych, obszaru emocjonalnego – schodzi na dalszy plan. A profilaktyka, która jest przecież wpisana w prawo oświatowe i podstawę programową, jest traktowana przez szkoły po macoszemu. Zastanówmy się jednak, jaki płynie z tego wniosek dla młodzieży? Otóż jeżeli nauczyciele nie traktują z należytą starannością tej profilaktyki – bo spieszą się z realizacją podstawy programowej – to przekaz jest dla nastolatka jasny: profilaktyka nie ma znaczenia, profilaktyka nie jest ważna.

Oczywiście, słyszę i rozumiem, co nauczyciele i pedagodzy podkreślają – mówią przecież: w pierwszej kolejności muszę zrealizować podstawę programową, przygotować dzieci do matury, bo z tego jestem rozliczany.

– Czy to znaczy, że trzeba zmienić podstawę programową?

– Wielokrotnie to powtarzałam: jeżeli nie będzie zmian w podstawie programowej, jeżeli szkoła nadal będzie nastawiona na wyniki, czyli wyłącznie na rozwój i zmiany uczniów na poziomie poznawczym oraz wzmacnianie sfery poznawczej, to nie wyjdziemy z kryzysu zdrowia psychicznego. Bo te obszary – profilaktyka, działania szkół oraz wsparcie psychoterapeutyczne, są ze sobą nieodłącznie powiązane.

Kiedy rozmawiam z pacjentami, zwłaszcza z nastolatkami, to słyszę, że oni potrzebują takich zajęć. Sami o tym mówią, że chcieliby dostać narzędzia do tego, jak mają sobie radzić ze stresem, jak mają sobie radzić w życiu – jak się komunikować, stawiać granice, radzić z emocjami. Mówią: my nie jesteśmy do tego przygotowani; uczymy się budowy pantofelka, a nie uczymy się, jak zadbać o siebie!

Dlatego cieszę się, że resort oświaty zapowiedział w tej kwestii zmiany i że są plany pochylenia się nad podstawą programową. A przede wszystkim, że planowane jest włączenie zajęć, o których mówię. To brzmi bardzo optymistycznie – bo bez tego sobie nie poradzimy.

– Wspomniała Pani o uzależnieniach – dla czytelników i czytelniczek Serwisu Informacyjnego Uzależnienia to szczególnie ważny temat.

2023 rok jest pierwszym rokiem, w którym nie mieliśmy skokowego wzrostu zachowań suicydalnych. Oczywiście liczba 2139 odnotowywanych takich zachowań rocznie nie jest optymistyczna, ale należy podkreślić, że nie ma już tego gwałtownego wzrostu, a jednocześnie obserwujemy spadek liczby śmierci samobójczych wśród dzieci i młodzieży.

– Dla mnie też. W obszarze uzależnień obserwujemy przesuwanie się granicy wieku wśród naszych nastoletnich pacjentów, u których taką diagnozę możemy postawić. Kierujemy ich wówczas do terapeuty uzależnień, ale często mamy problem z tym, żeby mu właściwie pomóc, bo większość ośrodków terapii uzależnień przyjmuje od 14. roku życia. Tymczasem mamy pacjentów wymagających terapii uzależnień, ale młodszych, np. 12- czy 13-letnich.

Kolejny problem dotyczy pacjentów kierowanych na leczenie przez sąd. Jestem członkinią komisji do spraw ośrodków leczniczych dla nieletnich. Od ponad roku, czyli od kiedy działa komisja, obserwuję, że w przypadku ponad 80% skierowań sądów i ponad 80% pacjentów pojawia się diagnoza uzależnienia. To uzależnienie bardzo często występuje z inną diagnozą psychiatryczną. I niestety w wielu ośrodkach specjaliści nie chcą tych pacjentów przyjmować, bo nie mają dla nich oferty.

Model psychiatrii dzieci i młodzieży nie jest kompatybilny z modelem pomagania w obszarze uzależnień. Mamy koszyki świadczeń gwarantowanych – jeden dla pacjentów z taką diagnozą, a drugi z diagnozą zaburzeń

psychicznych. Ale brakuje rozwiązań systemowych, tak byśmy mogli współpracować.

Słyszę jednocześnie, że same ośrodki terapii uzależnień mają także potrzebę współpracy – choćby w obszarze możliwości konsultacji psychiatrycznych swoich pacjentów, ponieważ nie posiadają w swojej kadrze tego typu specjalistów. A zatem ta potrzeba jest obustronna. Wśród nastoletnich pacjentów naprawdę bardzo rzadko się zdarza, że możemy postawić tylko jedną diagnozę – a mianowicie diagnozę uzależnienia. I to nie dotyczy tylko tych pacjentów kierowanych na terapię przez sąd, ale w ogóle. Nastoletni pacjenci to często pacjenci, którzy mają współistniejącą diagnozę – także zaburzeń neurorozwojowych lub wspomnianych zaburzeń lękowych, depresyjnych. Ja wiem, jak pomóc młodemu pacjentowi, ale na uzależnieniach, mówiąc kolokwialnie, po prostu się „nie znam”, tak jak znają się specjaliści zajmujący się tą problematyką. Mogę mieć swoje pomysły, ale one mogą być nieefektywne. Dlatego osobiście zależy mi na współpracy z Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

– Jak rozumiem, ta reforma i zmiany nadal trwają? Z tego, co Pani mówi, potrzebna jest przede wszystkim lepsza współpraca z różnymi placówkami i sektorami?

– Tak, jest wiele innych obszarów – już zidentyfikowanych – które wymagają pewnego przemodelowania i rozwiązań legislacyjnych. Dlaczego? Dlatego, że jeśli zmiany nie będą szły równoległe we wszystkich obszarach – w profilaktyce, w tym zmiana podstawy programowej, edukacja rodziców, zmiana systemu szkolnictwa, a zatem zmiany w resorcie edukacji, jak i innych resortach, to niestety kolejny rok będzie rokiem, w którym znów oddziały psychiatryczne będą przeciążone. Pacjent, czy dziecięcy, czy nastoletni, bardzo często wymaga nie tylko opieki w zakresie ochrony zdrowia, ale nawiązania współpracy z systemem oświaty, czyli z przedszkolem, szkołą czy z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, opieką społeczną lub z kuratorem.

A zatem, powtarzam, potrzebujemy współpracy z innymi resortami. Bo znowu wydamy kolejne środki i znów statystyki będą niepokojące. Zależy mi, by o tym rozmawiać.

Kolejna kwestia to ścieżka pacjenta, która niestety nie działa zgodnie z założeniami nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, o tym już wcze-

śniej wspominałam. Chciałabym jeszcze podkreślić, że ze względu na różny sposób finansowania tych trzech poziomów referencyjnych w rzeczywistości praktycznie konsylia pomiędzy poszczególnymi poziomami referencyjnymi nie są realizowane. I dlatego niewątpliwie ten obszar wymaga bezwzględnie modyfikacji.

– Powiedzmy na koniec, co się udało, co działa?

– Możemy być zadowoleni z faktu, że zwiększył się dostęp do świadczeń. Wyobraźmy sobie bowiem sytuację, co by było, gdyby przybyło 100% więcej dzieci i młodzieży, które wymagają opieki, a kondycja psychiatrii byłaby taka jak 12 lat temu. Czyli gdyby nie było choćby tych ośrodków środowiskowych. Przecież to byłaby katastrofa! I byłoby tak jak w wielu krajach, na przykład w Stanach Zjednoczonych – tam nie ma opieki środowiskowej i dzieci trafiają na odpowiednik naszych szpitalnych oddziałów ratunkowych albo do lekarza pierwszego kontaktu, który często nie potrafi im pomóc, bo nie jest przygotowany na taki rodzaj pracy i ma trudność z podjęciem adekwatnej interwencji. Zatem na pewno zwiększył się dostęp do świadczeń, a tym samym świadomość społeczna. Zauważamy, że część rodziców się zmienia i reaguje od razu, czyli wtedy, kiedy z dzieckiem coś się dzieje. Mamy też nowe zawody, takie jak terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży czy specjalizacja w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży. Zatem to, że wiemy, że jest gorsza kondycja psychiczna dzieci to jedno, ale dzięki temu, że są ośrodki, to dzieci szybciej otrzymują pomoc.

Ale najważniejszą odpowiedzią na pytanie, czy to działa, jest ostatni rok i wskaźniki prób samobójczych. Otóż 2023 rok jest pierwszym rokiem, w którym nie mieliśmy skokowego wzrostu zachowań suicydalnych. Oczywiście liczba 2139 odnotowywanych takich zachowań rocznie nie jest optymistyczna, ale należy podkreślić, że nareszcie mamy pierwszy rok, w którym nie ma już tego gwałtownego wzrostu, a jednocześnie obserwujemy spadek liczby śmierci samobójczych wśród dzieci i młodzieży.

Przypisy

¹ <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/>

Od 6 września 2023 roku w Polsce funkcjonuje Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych, który jest państwowym funduszem celowym utworzonym w celu wypłacania świadczeń kompensacyjnych w przypadku wystąpienia zdarzeń medycznych. W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta powstanie funduszu to bardzo oczekiwany przez pacjentów krok, który znacząco ułatwi dochodzenie roszczeń związanych z leczeniem i zapewni wsparcie finansowe szerszej grupie osób, niż było to możliwe wcześniej, a wszystko to będzie odbywać się w sposób prosty i przyjazny.

FUNDUSZ KOMPENSACYJNY ZDARZEŃ MEDYCZNYCH

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawniczka

Uwagi ogólne

W życiu każdego człowieka zdarzają się różne sytuacje, także takie, które dotyczą naszego zdrowia. Jak pisał Jan Kochanowski: „Ślachtetne zdrowie/Nikt się nie dowie/Jako smakujesz/Aż się zepsujesz (...)”¹. Choroby mogą być wywołane przez wiele czynników, w szczególności patogeny, czynniki środowiskowe, behawioralne, metaboliczne oraz genetyczne.

Jeżeli pojawiają się trudności z naszym zdrowiem, zazwyczaj szukamy wsparcia u osób mających wykształcenie medyczne. Celem niniejszego artykułu nie będzie opisanie kwestii medycznych, ale zagadnień prawnych, w szczególności przybliżenie tematyki dotyczącej pozasądowej drogi do uzyskania rekompensat dla osób, które podczas pobytu w szpitalu doznały uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo uległy zakażeniu szpitalnemu. Bez wątpienia osoby uzależnione (chodzi o uzależnienia od substancji psychoaktywnych i uzależnienia behawioralne)

mają możliwość skorzystania z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych przy spełnieniu określonych warunków.

Zdarzenie medyczne – co to znaczy?

Od 6 września 2023 roku w Polsce funkcjonuje Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych², który jest państwowym funduszem celowym utworzonym w celu wypłacania świadczeń kompensacyjnych w przypadku wystąpienia zdarzeń medycznych. Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych obejmuje zdarzenia, do których doszło po jego utworzeniu, czyli

Każda osoba, czyli między innymi osoba uzależniona, która została zakażona biologicznym czynnikiem chorobotwórczym lub doszło u niej do uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, może zwrócić się samodzielnie do Rzecznika Praw Pacjenta z wnioskiem o przyznanie świadczenia kompensacyjnego. W postępowaniu przed Rzecznikiem w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego wnioskodawca może być reprezentowany przez pełnomocnika. Pełnomocnikiem może być każda osoba fizyczna, a więc nie tylko adwokat czy radca prawny, ale też np. członek rodziny wnioskodawcy (rodzice, rodzeństwo itd.).

nie wcześniej niż 6 września 2023 roku. Jeśli pacjent dowiedział się o szkodzie po tej dacie, wówczas istnieje możliwość objęcia także zdarzenia wcześniejszego. W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta powstanie Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych to bardzo oczekiwany przez pacjentów krok, który znacząco ułatwi dochodzenie roszczeń związanych z leczeniem i zapewni wsparcie finansowe szerszej grupie osób, niż było to możliwe wcześniej, a wszystko to będzie odbywać się w sposób

prosty i przyjazny³. Ocenie Czytelników niniejszego opracowania pozostawiam funkcjonalność nowych regulacji prawnych.

W tym kontekście należy wyjaśnić, co to jest zdarzenie medyczne. Zdarzenie medyczne jest definiowane przez ustawodawcę jako zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego:

- a. zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym,
- b. uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta,
- c. śmierć pacjenta

– którego z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć w przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo zastosowania innej dostępnej metody diagnostycznej lub leczniczej, chyba że doszło do dających się przewidzieć normalnych następstw zastosowania metody, na którą pacjent wyraził świadomą zgodę.

Wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego⁴

Każda osoba, czyli m.in. osoba uzależniona, która została zakażona biologicznym czynnikiem chorobotwórczym lub doszło u niej do uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, może zwrócić się samodzielnie do Rzecznika Praw Pacjenta z wnioskiem o przyznanie świadczenia kompensacyjnego. Warto wskazać, że w postępowaniu przed Rzecznikiem w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego wnioskodawca może być reprezentowany przez pełnomocnika. Pełnomocnikiem może być każda osoba fizyczna, a więc nie tylko adwokat czy radca prawny, ale też np. członek rodziny wnioskodawcy (rodzice, rodzeństwo itd.).

We wniosku należy wskazać m.in. dane adresowe⁵, nazwę podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, którego dotyczy wniosek oraz uzasadnienie, w którym warto opisać dokładnie stan faktyczny. Ponadto do wniosku warto dołączyć kopię posiadanej dokumentacji medycznej oraz innych dokumentów potwierdzających opisany stan faktyczny albo wskazać, dlaczego brakuje dokumentacji medycznej⁶.

Warto w tym kontekście wyjaśnić, że prawo pacjenta do dokumentacji medycznej przysługuje każdemu pacjentowi, niezależnie od miejsca udzielania czynności medycznej. Żaden pacjent nie może być przez jakiegokolwiek działania czy zaniechania tego prawa pozbawiony⁷. Podobnie Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 10 września 2015 roku stwierdził, że

realizacja prawa pacjenta do dokumentacji medycznej nie może być w żaden sposób ograniczona bądź utrudniona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych⁸. Dokumentacja medyczna pełni wielopłaszczyznową funkcję i stanowi m.in. podstawowe źródło wiedzy o pacjencie, jego stanie zdrowia, wykonanych zabiegach oraz leczeniu⁹. W ocenie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie dokumentacja medyczna służy ochronie zdrowia¹⁰. Zgodnie z treścią art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹¹ podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Co do zasady dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej¹², chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

W świetle art. 27 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta udostępnienie dokumentacji medycznej może nastąpić w następujących formach:

1. do wglądu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
2. poprzez sporządzenie jej wyciągów¹³, odpisów¹⁴ lub kopii¹⁵;
3. poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji;
4. za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej¹⁶;
5. na informatycznym nośniku danych¹⁷;
6. prawo do dokumentacji pod postacią zdjęć rentgenowskich wykonanych na kliszy jest realizowane przez pacjenta za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

Nieodłącznym elementem leczenia jest prowadzona dokumentacja medyczna, która odzwierciedla proces udzielania świadczeń zdrowotnych¹⁸. Pacjent ma prawo wyboru formy, w jakiej dokumentacja medyczna zostanie mu udostępniona. Jak słusznie zauważył M. Nesterowicz, dokumentacja dotycząca pacjenta (historia zdrowia i choroby, historia choroby, wyniki badań diagnostycznych, orzeczenia i opinie lekarskie, zdjęcia RTG itp.)

nie może być „tajna” dla pacjenta, gdyż ma on pełne prawo do informacji¹⁹. Odnosząc się do formy udostępniania dokumentacji, wskazać należy na jedno z rozstrzygnięć, w którym Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gdańsku²⁰ zauważył, że prawo wglądu w dokumentację obejmuje także możliwość utrwalenia treści tej dokumentacji we własnym zakresie lub przez osobę upoważnioną – czy to w formie notatek, czy przy pomocy własnego sprzętu elektronicznego (robienie zdjęć telefonem komórkowym). Ponadto, zgodnie z obowiązującymi przepisami, pierwsza²¹ kopia dokumentacji medycznej jest udostępniana bezpłatnie. Jest to o tyle istotne, że gdyby osoba była w trudnej sytuacji finansowej, to nie stanowi to przeszkody w dostępie do dokumentacji medycznej.

Wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego może złożyć także po śmierci pacjenta osoba uprawniona zgodnie z obowiązującą ustawą, w tym dziecko, rodzic, małżonek niepozostający w separacji, partner/partnerka (konkubent/konkubentka) oraz przysposabiający lub przysposobiony. Dla przykładu jeżeli osoba uzależniona od alkoholu pozostawała ze zmarłym pacjentem we wspólnym pożyciu jest uprawniona do złożenia wniosku. Zgodnie z przepisami uprawnieni do złożenia wniosku są m.in. krewni pierwszego stopnia zmarłego, co wyklucza rodzeństwo, czyli krewnych drugiego stopnia.

We wniosku należy jasno wskazać, co jego przedmiotem, czyli czy to jest zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, czy uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, czy śmierć pacjenta.

W przepisach prawa został wskazany termin, w trakcie którego istnieje możliwość złożenia wniosku o przyznanie świadczenia kompensacyjnego. I tak, wniosek może być złożony w terminie roku od dnia, w którym wnioskodawca (np. osoba uzależniona) dowiedział się o zakażeniu biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci pacjenta. Ale termin ten nie może być dłuższy niż trzy lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta.

Warto podkreślić, że złożenie wniosku podlega opłacie w wysokości 300 zł. Opłatę uiszcza się na rachunek bankowy Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Jeśli osoba w związku np. z uzależnieniem behawioralnym znajdzie się w sytuacji, w której nie może opłacić wniosku, istnieje możliwość ubiegania się o zwolnienie z tej opłaty poprzez dostarczenie do Rzecznika Praw

Pacjenta odpowiednich dokumentów potwierdzających sytuację finansową. Przykładowe dokumenty, które mogą być wymagane, to zaświadczenie o korzystaniu z pomocy społecznej lub informacja od ZUS dotycząca wysokości renty lub emerytury. Decyzja o zwolnieniu z opłaty zostanie podjęta przez Rzecznika Praw Pacjenta po przeanalizowaniu przedstawionych dokumentów. W przypadku gdy wniosek jest niekompletny lub nie-należycie opłacony, Rzecznik wzywa wnioskodawcę do jego uzupełnienia w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania, ze wskazaniem stwierdzonych w nim braków, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpoznania. Wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego można złożyć pisemnie, przesyłając go na adres Rzecznika Praw Pacjenta (ul. Płocka 11/13, 01-231 Warszawa), składając osobiście, elektronicznie²², za pomocą platformy ePUAP (adres skrzynki ePUAP Rzecznika: /RzPP/skrzynka) lub na adres Rzecznika Praw Pacjenta do doręczeń elektronicznych.

Informacje przedstawione we wniosku składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia we wniosku klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.

Wysokość świadczenia kompensacyjnego

Wysokość świadczenia kompensacyjnego z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego wnioskodawcy wynosi w przypadku:

1. zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym – od 2000 zł do 200 000 zł (przy ustalaniu wysokości świadczenia kompensacyjnego uwzględnia się charakter następstw zdrowotnych oraz stopień dolegliwości wynikających z zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, w tym w zakresie uciążliwości leczenia, uszczerbku na zdrowiu oraz pogorszenia jakości życia);
2. uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia – od 2000 zł do 200 000 zł (przy ustalaniu wysokości świadczenia kompensacyjnego uwzględnia się charakter następstw zdrowotnych oraz stopień dolegliwości wynikających ze zdarzenia medycznego, w tym w zakresie uciążliwości leczenia, uszczerbku na zdrowiu oraz pogorszenia jakości życia);

3. śmierci pacjenta – od 20 000 zł do 100 000 zł (przy ustalaniu wysokości świadczenia kompensacyjnego uwzględnia się pozostawanie w związku małżeńskim w chwili śmierci pacjenta, pokrewieństwo, pozostawanie w stosunku przysposobienia, pozostawanie we wspólnym pożyciu oraz wiek osoby uprawnionej do złożenia wniosku oraz wiek zmarłego pacjenta). Świadczenie kompensacyjne jest wypłacane w terminie 14 dni od dnia złożenia oświadczenia o przyjęciu świadczenia kompensacyjnego wynikającego z prawomocnej decyzji.

Postępowanie w sprawie świadczenia kompensacyjnego

Rzecznik Praw Pacjenta, prowadząc postępowanie, ma prawo wezwać wnioskodawcę do udzielenia informacji, złożenia wyjaśnień, przedstawienia dokumentów, niezbędnych do rozpatrzenia sprawy oraz żądać udzielenia informacji, złożenia wyjaśnień oraz przedstawienia posiadanych dokumentów przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, który udzielił świadczeń zdrowotnych osobie, której dotyczy zdarzenie medyczne.

W trakcie postępowania wnioski oraz zgromadzona dokumentacja medyczna zostaną przeanalizowane pod kątem medycznym przez Zespół do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, który działa przy Rzeczniku Praw Pacjenta. W jego skład²³ wchodzi doświadczeni lekarze lub eksperci posiadający stopień naukowy w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, których wiedza gwarantuje fachową ocenę danej sprawy. Członkiem Zespołu może być wyłącznie osoba, która posiada tytuł zawodowy magistra lub równorzędny, uzyskany po ukończeniu studiów na kierunku związanym z kształceniem w zakresie nauk medycznych; wykonuje zawód medyczny przez okres co najmniej 5 lat albo posiada stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu; nie została skazana prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz korzysta z pełni praw publicznych. Rzecznik, po uzyskaniu opinii Zespołu do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, wydaje **decyzję administracyjną** w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego i ustalenia jego wysokości albo odmowy przyznania świadczenia kompensacyjnego. W decyzji określa się, na wniosek pacjenta, czy zdarzenie medyczne spowodowało poważne następstwa zdrowotne,

oraz wskazuje się okres ich przewidywanego trwania, nie dłuższy jednak niż 5 lat. Jeżeli w dniu wydania decyzji zgodnie z wiedzą medyczną poważne następstwa zdrowotne nie ustąpią przed upływem 5 lat, okresu ich przewidywanego trwania nie wskazuje się. Decyzja jest wydawana w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania kompletnego i prawidłowo opłaconego wniosku.

W terminie 30 dni od dnia, gdy decyzja, w której przyznano świadczenie kompensacyjne i ustalono jego wysokość, stała się prawomocna, wnioskodawca składa Rzecznikowi oświadczenie o przyjęciu²⁴ świadczenia kompensacyjnego lub o rezygnacji²⁵ ze świadczenia kompensacyjnego. Rzecznik informuje wnioskodawcę o konieczności złożenia takiego oświadczenia, pouczając go o skutkach złożenia i niezłożenia oświadczenia.

Jak już wspomniano, świadczenie kompensacyjne jest wypłacane w terminie 14 dni od dnia złożenia oświadczenia o przyjęciu świadczenia kompensacyjnego wynikającego z prawomocnej decyzji.

Rzecznik informuje podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którego działalnością wiąże się wniosek, o wypłacie świadczenia kompensacyjnego. Podmiot ten dokonuje analizy przyczyn źródłowych zdarzenia medycznego oraz formuluje i wdraża zalecenia podjęcia działań na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, które mają na celu zapobieżenie ponownemu wystąpieniu zdarzenia medycznego, chyba że w tym zakresie analiza ta została już przeprowadzona. Od decyzji Rzecznika przysługuje **odwołanie** do Komisji Odwoławczej do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych²⁶. W skład Komisji wchodzi 9 członków²⁷ posiadających wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego sprawowania tej funkcji, w tym: dwóch członków wskazanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia; jeden członek wskazany przez Ministra Sprawiedliwości; 1 członek wskazany przez Rzecznika; jeden członek wskazany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia; jeden członek wskazany przez Naczelną Radę Lekarską; jeden członek wskazany przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz dwóch członków wskazanych przez organizacje pacjentów wpisane do wykazu organizacji pacjentów. Orzeczenia Komisji zapadają na posiedzeniu niejawnym większością głosów. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego. Członek Komisji nie może wstrzymać się od głosu. Komisja przetwarza dokumentację gromadzoną w związku z rozpatrzeniem odwołania w zakresie koniecznym do sporządzenia orze-

czenia. Wniesienie odwołania podlega opłacie w wysokości 200 zł. Opłatę uiszcza się na rachunek bankowy Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych.

Od decyzji Komisji Odwoławczej istnieje także możliwość odwołania i wówczas właściwa będzie skarga do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie.

Uwagi końcowe

Uzyskanie świadczenia nie wymaga udowodnienia winy podmiotu leczniczego²⁸. Podstawowym warunkiem przyznania świadczenia jest stwierdzenie, że doszło do zdarzenia medycznego, którego z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć, gdyby świadczenie zdrowotne zostało pacjentowi udzielone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo gdyby zastosowano inną dostępną metodę diagnostyczną lub leczniczą.

Postępowania w sprawie świadczenia kompensacyjnego nie wszczyna się, a wszczęte umarza, w przypadku gdy w związku z tym zdarzeniem medycznym: prawomocnie osądzono sprawę o odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie; toczy się postępowanie cywilne w sprawie o odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie; wnioskodawca uzyskał odszkodowanie, rentę lub zadośćuczynienie od osoby odpowiedzialnej za szkodę, w tym z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej; sąd orzekł na rzecz wnioskodawcy obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej przestępstwem lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę albo nawiązkę.

Przypisy

- Jan Kochanowski – „Fraszki – księgi trzecie” – „Na zdrowie”, <https://pzw.warszawa.pl/project-view/na-zdrowie-fraszki-ksiegi-trzecie/>, dostęp z dnia 30.04.2024 r.
- Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych został wprowadzony do polskiego porządku prawnego ustawą z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, Dz.U.2023 poz. 1675.
- <https://www.gov.pl/web/rpp/fundusz-kompensacyjny-zdarzen-medycznych-rozporzeczna-swoja-dzialalnosc>, dostęp z dnia 30.04.2024 r.
- Przed złożeniem wniosku można bezpłatnie na stronie Rzecznika Praw Pacjenta wstępnie sprawdzić, czy spełnione zostały przesłanki do uzyskania świadczenia poprzez wykonanie krótkiego testu, składającego się z kilku pytań – <https://www.webankieta.pl/ankieta/1008152/czy-mam-prawo-do-swiadczenia-z-funduszu-kompensacyjnego-zdarzen-medycznych.html>, dostęp z dnia 30.04.2024 r. W ocenie Autorki w przypadku wątpliwości należy skontaktować się z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta, ponieważ wynik testu nie przesądza o możliwości złożenia wniosku o przyznanie świadczenia kompensacyjnego.
- Wniosek zawiera: imię i nazwisko wnioskodawcy, numer PESEL, a w przypadku gdy wnioskodawcy nie nadano tego numeru – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz datę urodzenia; imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego, jeżeli dotyczy; adres korespondencyjny; numer telefonu lub adres poczty elektronicznej, jeżeli wnioskodawca je

- posiada; numer rachunku bankowego lub rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej, na który ma być przekazane świadczenie kompensacyjne, albo adres, na który ma być dokonany przekaz pocztowy.
- Poniżej znajduje się link do strony internetowej, na której bezpłatnie pobrać wzór wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego
 - E. Bielań-Jomaa, M. Cwikiel [w:] D. Karkowska, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, LEX on-line 2021, art. 23.
 - Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 10 września 2015 r., VII SA/Wa 1274/15.
 - A. Nowacka, A. Przybył, G. Dykowska, „Rola dokumentacji medycznej w opinii pracowników ochrony zdrowia”, Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia, Vol. 8, nr 3, 2019, s. 90.
 - Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 28 października 2015 r., VII SA/Wa 1565/15.
 - Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r., Dz.U. z 2024 r. poz. 581.
 - Przez osobę bliską należy rozumieć małżonka, krewnego do drugiego stopnia lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta.
 - Wyciąg to skróty dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej.
 - Odpis to dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem.
 - Kopia oznacza dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu).
 - Definicja środków komunikacji elektronicznej zawarta jest w ustawie z 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U.2020.344). Zgodnie z art. 2 pkt 5 tej ustawy oznaczają one rozwiązania techniczne, w tym urządzenia teleinformatyczne i współpracujące z nimi narzędzia programowe, umożliwiające indywidualne porozumiewanie się na odległość przy wykorzystaniu transmisji danych między systemami teleinformatycznymi, a w szczególności pocztę elektroniczną.
 - Przykładowymi informatycznymi nośnikami mogą być pamięć komputera, pamięci dyskowe, urządzenia pamięciowe USB, płyty CD, DVD.
 - Dominika Tykwińska-Rutkowska, „Przegląd orzecznictwa sądów administracyjnych w zakresie ochrony zbiorowych praw pacjentów do dokumentacji medycznej”, Gdańskie Studia Prawnicze. Przegląd Orzecznictwa, 2018, nr 2, s. 27.
 - M. Nesterowicz, „Problem dostępu pacjenta i osób bliskich do dokumentacji medycznej ponownie przywołany”, Prawo i Medycyna 1/2012, s. 6.
 - Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 24 września 2015 r., LEX nr 1955923.
 - Zgodnie z treścią art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3 ustawy, o której mowa powyżej.
 - Wniosek złożony w postaci elektronicznej należy podpisać podpisem zaufanym, kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem osobistym. Jeśli wniosek nie będzie zawierał właściwego podpisu, Rzecznik wezwie do uzupełnienia tego braku.
 - W skład Zespołu wchodzi co najmniej 20 członków, powoływanych przez Rzecznika, w tym co najmniej 15 członków wykonujących zawód lekarza. Aktualny skład Zespołu można sprawdzić na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/rpp/zespol-ekspertow4>
 - Złożenie oświadczenia o przyjęciu świadczenia kompensacyjnego jest równoznaczne ze zrzeczeniem się przez wnioskodawcę wszelkich roszczeń o odszkodowanie, rentę oraz zadośćuczynienie pieniężne mogących wynikać ze zdarzenia medycznego w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku
 - Złożenie oświadczenia o rezygnacji ze świadczenia kompensacyjnego lub niezłożenie żadnego z oświadczeń, jest równoznaczne ze zrzeczeniem się przez wnioskodawcę świadczenia kompensacyjnego
 - Kadencja członków Komisji wynosi 3 lata. W przypadku odwołania członka Komisji albo jego śmierci przed upływem kadencji, kadencja członka powołanego na jego miejsce upływa z dniem upływu kadencji odwołanego albo zmarłego członka.
 - Członkiem Komisji może być wyłącznie osoba, która: posiada tytuł zawodowy magistra lub równorzędny, uzyskany po ukończeniu studiów na kierunku związanym z kształceniem w zakresie nauk medycznych lub nauk prawnych; nie została skazana prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz korzysta z pełni praw publicznych.
 - <https://www.gov.pl/web/rpp/podstawowe-informacje3>, dostęp z dnia 30.04.2024 r.

Wprowadzona w Polsce konfiskata pojazdów pijanym kierowcom nie jest narzędziem ani nowym, ani nieznanym w Europie. Nie jest również narzędziem wystarczającym. Jednak jej stosowanie może ograniczyć powroty na drogi kierowcom jeżdżącym w stanie nietrzeźwości i pod wpływem innych substancji odurzających.

KONFISKATA POJAZDU JAKO NARZĘDZIE PREWENCYJNE

Łukasz Zboralski

Redaktor naczelny brd24.pl

W ciągu zaledwie 1,5 miesiąca obowiązywania w Polsce konfiskaty pojazdów wobec nietrzeźwych kierowców i tych prowadzących po zażyciu środków odurzających policja zabezpieczyła blisko tysiąc pojazdów. Biorąc pod uwagę, że zabezpieczeniu (do czasu orzeczenia przez sąd przepadku) podlegają jedynie pojazdy będące wyłączną własnością kierowcy i że taki kierowca musiał mieć co najmniej 1,5 promila alkoholu podczas kontroli (względnie 0,5 promila, gdy wcześniej był już złapany na takim przestępstwie), skala problemu z pijanymi kierowcami jest poważna.

Oczywiście – nie jest to podstawowy problem z łamaniem prawa drogowego, jest on jednak wciąż istotny. Konfiskata pojazdów może pomagać go rozwiązać, choć w ograniczonym stopniu.

Pijani kierowcy w Polsce

Wbrew obiegowym opiniom od lat wiadomo, że prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych nie występuje w Polsce w natężeniu, które mogłoby nas różnić od innych krajów Unii Europejskiej. Dobrze zobrazował to raport „Polityka prewencyjna wobec nietrzeźwych kierowców w Polsce w latach 2006–2013”, opracowany przez Instytut Transportu Samochodowego (ITS) w 2014 roku. Przytaczano w nim m.in. wyniki unijnych badań SARTRE, w których pytano o prowadzenie pojazdów po spożyciu alkoholu. W 2010 roku do takiego zachowania w ciągu ostatniego roku przed badaniem przyznało się 3,4% kierowców. Oznaczałoby to, że w 2010 roku po polskich drogach jeździło ok. 360-400 tys. pijanych kierowców. Policja zatrzymała wówczas 100 tys. nietrzeźwych uczestników ruchu drogowego. A więc zaledwie jedną czwartą z nich. Drogówka

przeprowadziła wtedy ok. 3 mln kontroli trzeźwości. Obecnie kontrole policyjnymi alkomatami sięgają nawet 17 mln rocznie.

W tym samym roku – 2010 – przeprowadzono w Polsce badanie DRUID. Dzięki policji losowo sprawdzano stan trzeźwości kierowców, ale też pobierano próbki śliny, by sprawdzić, czy nie jechali pod wpływem substancji psychoaktywnych. W ten sposób zbadało ponad 4 tys. kierujących. Wyniki opublikowano w roku 2011. Z badania tego wynikało, że w Polsce pod wpływem alkoholu jechało 1,47% kierowców (średnia z 13 krajów biorących udział w badaniu – 3,48%). Nielegalne substancje psychoaktywne miało w organizmie 0,71% (średnia z 13 krajów biorących udział w badaniu – 1,89%).

Wówczas widać już było, że skala problemu w Polsce nie jest gigantyczna, a na tle innych krajów – raczej niska. Trzeba też zwrócić uwagę na fakt, że w 80% przypadków kierowców jadących po spożyciu alkoholu, których ujawniono podczas badania DRUID, większość miała we krwi w granicach 0,2-0,5 promila alkoholu. Zatem zdecydowana większość kierowców dopuszczała się wykroczenia, a nie przestępstwa i nie miała stężenia, przy którym istotnie rośnie ryzyko spowodowania wypadku na drodze – według opracowań naukowych przytaczanych przez ITS jest to 0,4 promila.

Najlepszym miernikiem zagrożenia powodowanego przez pijanych kierowców, są statystyki Komendy Głównej Policji dotyczące wypadków z udziałem tej grupy kierowców. Z tych zestawień wynika, że o ile w liczbach bezwzględnych liczba wypadków powodowanych przez nietrzeźwych kierowców przez prawie dekadę znacznie spadła, o tyle odsetek takich wypadków wśród wszystkich wypadków zostaje na zbliżonym poziomie.

W 2014 roku nietrzeźwi uczestnicy ruchu drogowego spowodowali 2579 wypadków (7,4% ogółu), w których zginęły 363 osoby (11,3%), a rannych zostało 2971 osób (7,0%). Najliczniejszą grupę nietrzeźwych sprawców wypadków stanowili kierujący samochodami osobowymi, którzy spowodowali 1311 wypadków (71,3% wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych kierujących). W tych wypadkach zginęło 214 osób, tj. 83,6% śmiertelnych ofiar zdarzeń spowodowanych przez nietrzeźwych kierujących, a rannych zostało 1759 osób (76%).

Z kolei w 2023 roku uczestnicy ruchu drogowego będący pod działaniem alkoholu spowodowali 1600 wypadków (7,6% ogółu), w których zginęło 251 osób (13,3%), a rannych zostało 1741 osób (7,2%). Najliczniejszą grupę sprawców wypadków nadal stanowią kierujący samochodami osobowymi, którzy spowodowali 825 wypadków (62,0% wypadków spowodowanych przez kierujących pod działaniem alkoholu). W wypadkach zawinionych przez kierujących samochodami osobowymi zginęło 156 osób (73,6%), a rannych w tych wypadkach zostało 1008 osób (66,9%).

Choć więc – jak się zdaje – problem z pijanymi kierowcami nie jest w Polsce odbiegający od średniej UE, to trudno też go bagatelizować. Pijani kierowcy co roku odbierają życie setkom osób, a tysiące przez nich traci zdrowie, z tego część do pełnej sprawności nie wraca już nigdy.

Więzienia pełne alkoholowych recydywistów

Próbując radzić sobie z problemem nietrzeźwych kierowców (i po użyciu środków odurzających) na drogach, w Polsce od lat podwyższano kary grożące za wykroczenie polegające na kierowaniu po użyciu alkoholu (czyli stan od 0,2 do 0,5 promila) oraz przestępstwa – kierowanie w stanie nietrzeźwości i spowodowanie wypadku w stanie nietrzeźwości.

Od ostatnich zmian – część z nich weszła w życie w 2023 roku – zwłaszcza kary dla pijanych sprawców wypadków drogowych są już bardzo wysokie.

Samo kierowanie pojazdem po użyciu alkoholu wiąże się obecnie z karą grzywny min. 2500 zł (możliwa kara aresztu) i zakazem prowadzenia pojazdów (możliwym do orzeczenia do lat 3).

Jazda w stanie nietrzeźwości oznacza – nie licząc konfiskaty pojazdu – karę pozbawienia wolności do lat 3 (w przypadku recydywy: od 3 miesięcy do 5 lat pozbawienia wolności), minimum 5 tys. zł nawiązki na Fundusz Sprawiedliwości (10 tys. zł w przypadku recydywy) i zakaz prowadzenia pojazdu na minimum 3 lata.

Spowodowanie wypadku w stanie nietrzeźwości oznacza minimum 3 lata więzienia, gdy inna osoba doznała ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, a od 5 do 20 lat więzienia, gdy inna osoba w takim wypadku zginęła. Mimo wieloletniego zaostrzania kar dla sprawców przestępstw związanych z prowadzeniem pojazdów mechanicznych w stanie nietrzeźwości, dawało się zauważyć niepokojącą prawidłowość. Jak w 2018 roku ustalił portal brd24.pl, największą liczbę wśród odsiadujących kary więzienia za przestępstwa drogowe stanowią w Polsce recydywiści dopuszczający się po raz kolejny prowadzenia pojazdów w stanie nietrzeźwości. Z ówczesnych danych Centralnego Zarządu Służby Więziennej wynikało, że kary w więzieniach odbywało blisko 6 tys. osób skazanych za przestępstwa na drodze, a kolejne 2,4 tys. czekało na jej wykonanie. Z siedzących za kratami niewielki odsetek stanowili ci, którzy doprowadzili do czyjejś śmierci lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (793 osoby, a 33 czeka na odbycie kary). Zdecydowaną większość osadzonych za przestępstwa komunikacyjne stanowili ci, których policja przyłapała na jeździe po alkoholu lub środkach odurzających. W więzieniach przebywało 1319 kierowców, którzy prowadzili pojazd pod wpływem alkoholu lub narkotyków. Kolejnych 1153 czekało na odbycie kary.

Najwięcej za kratami było alkoholowych recydywistów – kary odbywało 3450 osób, które już raz zostały skazane za jazdę po alkoholu lub narkotykach czy za spowodowanie w tym stanie wypadku i po raz kolejny wsiadły za kierownicę po używkach (także w czasie obowiązywania ich zakazu prowadzenia pojazdów). Kolejnych 1140 czekało na wykonanie kary za to przestępstwo.

Konfiskata ograniczająca recydywę

Konfiskata pojazdów, która zaczęła obowiązywać w Polsce 14 marca 2024 roku, jest narzędziem mogącym w istotny sposób wpłynąć na ograniczenie liczby

osób ponownie wsiadających za kierownicę w stanie nietrzeźwości. Może więc zadziałać tam, gdzie inne narzędzia – zagrożenie wysoką karą pozbawienia wolności – nie odnoszą już skutku, bo w przypadku osób chorych (uzależnieni od alkoholu) nie są odstrasżające. Pod koniec lat 90. w USA wskazywano, że konfiskata pojazdów (orzekana w części stanów; orzekana rzadko i najczęściej w przypadku skazania za trzecie lub kolejne przestępstwo prowadzenia w stanie nietrzeźwości) może ograniczyć recydywę w tym zakresie¹. I tak np. badanie przeprowadzone w 1995 roku w Portland w stanie Oregon wykazało, że sprawcy, których pojazdy zostały zajęte, dopuszczali się o 50% rzadziej ponownego przestępstwa prowadzenia w stanie nietrzeźwości w porównaniu z kierowcami, którym pojazdy nie zostały skonfiskowane.

Z analiz NHTSA dotyczących kalifornijskiego prawa konfiskaty wynika, że średni wskaźnik kolejnych wyroków skazujących za prowadzenie pojazdu bez prawa jazdy w przypadku pierwszych wykroczeń, których pojazdy zostały skonfiskowane, był o 24% niższy w porównaniu z kierowcami, których pojazdy nie zostały skonfiskowane. Recydywiści mieli o 34% mniej wyroków skazujących niż ich grupa kontrolna. Badanie wykazało również, że kierowcy, których pojazdy zostały skonfiskowane, uczestniczyli w mniejszej liczbie kolejnych wypadków i otrzymali mniej wyroków skazujących za przestępstwa drogowe niż kierowcy, których pojazdy nie zostały skonfiskowane

Jak to się robi w Europie?

Odbierania samochodów pijanym kierowcom nie jest w Europie regulacją rzadką – choć, co należy podkreślić, decyzję o zastosowaniu tego środka zawsze zostawia się w rękach sędziów. W 2016 roku czasopismo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości „Prawo w Działaniu” opublikowało analizę dotyczącą europejskich regulacji unieruchamiania lub przepadku pojazdów².

Belgijskie przepisy zakładają, że zawsze wtedy, kiedy sąd orzeka o tymczasowym pozbawieniu kierowcy prawa jazdy, może także unieruchomić pojazd, którym się poruszał (o ile jest jego własnością lub jest do jego wyłącznej dyspozycji). Pojazd sąd może unieruchomić na okres nie dłuższy niż długość tymczasowego pozbawienia prawa jazdy. Jeżeli kierowca zostanie pozbawiony prawa jazdy dożywotnio, wówczas jego auto może zostać unieruchomione na czas od 6 miesięcy do 5 lat. Sąd może również zdecydować o jego przepadku (jeśli samochód jest własnością sprawcy). Z unieruchomieniem lub konfiskatą samochodu muszą się też liczyć ci, którzy udostępnią auto osobie z zatrzymanym prawem jazdy za prowadzenie po alkoholu lub narkotykach.

W 2018 roku portal brd24.pl ustalił, że największą liczbę wśród odsiadujących kary więzienia za przestępstwa drogowe stanowili w Polsce recydywiści, dopuszczający się po raz kolejny prowadzenia pojazdów w stanie nietrzeźwości. Z danych Centralnego Zarządu Służby Więziennej wynikało, że kary w więzieniach odbywało blisko 6 tys. osób skazanych za przestępstwa na drodze, a kolejne 2,4 tys. czekało na jej wykonanie.

W Bułgarii prawo przewiduje unieruchomienie pojazdu na okres do miesiąca. Dotyczy to sytuacji, gdy prowadziła go osoba z 0,5 promila alkoholu (nie musi chodzić wyłącznie o właściciela), a także gdy właściciel pojazdu dopuścił do prowadzenia pojazdu przez osobę pod wpływem alkoholu (0,5 promila) lub środków odurzających.

Duńczycy przewidzieli w swoim prawie wiele przypadków, w których można skonfiskować kierowcy pojazd. Wystarczy, że sąd uzna, iż kierowca poważnie naruszył przepisy ruchu drogowego lub zrobił to wielokrotnie – wówczas, by nie dopuścić do

kolejnych takich sytuacji, uznaje się, że konieczna jest konfiskata pojazdu. Skonfiskować można nie pojazd, którym kierowca się poruszał, ale – jeśli nie należał do niego – ten, który on posiada. Duńskie prawo przewiduje także przypadki, w których konfiskata pojazdu jest obligatoryjna – m.in. wtedy, kiedy obligatoryjne jest pozbawienie kierowcy prawa jazdy.

W Estonii możliwa jest konfiskata pojazdu prowadzonego przez nietrzeźwego sprawcę – jeśli auto należy do niego. Są jednak sytuacje, w których konfiskata może dotyczyć auta należącego do osoby trzeciej. Chodzi o sytuacje, w których np. ktoś użyczył swojego samochodu osobie nietrzeźwej, ale także w takich, w których sprawca zanim zapadnie orzeczenie dokonuje darowizny

samochodu na rzecz osoby trzeciej lub sprzedaje go po bardzo okazyjnej cenie.

Finlandia ma w swoim ustawodawstwie zapis o przypadku przedmiotu wykorzystywanego do popełnienia przestępstwa umyślnego. To w oparciu o ten przepis orzekany jest wypadek pojazdu, który prowadził nietrzeźwy kierowca.

Przypadek lub unieruchomienie pojazdu we Francji dotyczy recydywistów. Ponowne zatrzymanie z powodu jazdy pod wpływem alkoholu (jeśli poziom alkoholu we krwi jest równy lub wyższy niż 0,8 g/l lub 0,4 mg/l w wydychanym powietrzu) lub powtarzająca się odmowa poddania się kontroli trzeźwości grozi orzeczeniem przez sąd kar dodatkowych. Są nimi konfiskata pojazdu, którym poruszał się kierowca (jeżeli jest jego właścicielem) lub zakaz używania pojazdu przez rok (też w przypadku gdy kierowca jest właścicielem). Z karą musi liczyć się kierowca, który ukryje, zniszczy czy przekaze innej osobie samochód, który podlega przypadkowi.

Obowiązujące na Litwie przepisy pozwalają na to, by skonfiskować pojazd, jeśli kierowca został zatrzymany „w stanie ciężkiego zamroczenia alkoholowego”.

W Luksemburgu sąd może orzec wypadek pojazdu w sytuacji, w której kierowca został złapany na jeździe w stanie po użyciu alkoholu więcej niż raz w krótkim okresie.

Wyrokowi za prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu, narkotyków czy leków o działaniu odurzającym może w Rumunii towarzyszyć unieruchomienie pojazdu. Sąd może je orzec na okres obowiązywania zakazu prowadzenia przez kierowcę pojazdu. Warunkiem jest to, że z pojazdu nie korzysta inna osoba.

Na Słowacji przepisy dopuszczają wypadek pojazdu silnikowego i niesilnikowego w przypadku osób, które popełniły wykroczenie przeciwko bezpieczeństwu i płynności ruchu drogowego. Autorzy analizy opublikowanej w czasopiśmie „Prawo w Działaniu” zwracają jednak uwagę, że sankcja ta jest rzadko stosowana.

W Słowenii także istnieje możliwość przypadku pojazdu. Orzeka się go na podstawie ustawy o zasadach ruchu drogowego.

We Włoszech kierowcom, u których wykryto zawartość alkoholu we krwi powyżej 1,5 g/l, grozi nie tylko grzywna, areszt, zawieszenie prawa jazdy na okres do 2 lat, ale także prewencyjne zatrzymanie pojazdu (jeśli nie ma osoby, która może go odprowadzić z miejsca

zatrzymania) oraz jego wypadek (jeśli kierowca zostanie skazany, a pojazd jest jego własnością).

Konfiskata w Polsce

W Polsce pomysł konfiskaty pojazdów pijanym kierowcom był dyskutowany od dekady. Największa taka dyskusja miała miejsce po głośnym wypadku w Kamieniu Pomorskim w 2014 roku, gdy kierowca w stanie nietrzeźwości i pod wpływem środków odurzających wjechał w grupę przechodniów i zabił 6 osób (został skazany na 15 lat więzienia). Wówczas rząd Donalda Tuska zaproponował zaostrzenie kar dla kierowców prowadzących po pijanemu. To wtedy zaproponowano nowelizację, która zakładała m.in. odbieranie pojazdów. Wszystkie zaostrzenia zaproponowane wówczas przez rząd weszły w życie, oprócz konfiskaty pojazdu. Przeciwnicy takiej regulacji protestowali wówczas sędziowie z Krajowej Rady Sądownictwa. Pisali, że wypadek pojazdu „może powodować nieuzasadnioną dolegliwość majątkową dla najbliższych członków rodziny sprawcy przedmiotowego czynu” (zresztą KRS przeciwna była wówczas wszystkim zaostrzeniom prawa wobec pijanych kierowców).

Przepisy o konfiskacie pojazdu zostały przyjęte dopiero wiele lat później przez rząd Zjednoczonej Prawicy. Jednak ten sam rząd przesunął potem w czasie faktyczne wejście w życie tej regulacji, tak że zaczęła ona obowiązywać dopiero 14 marca 2024 roku.

Według obecnych regulacji konfiskata jest obligatoryjna i sąd musi orzekać ją w ściśle określonych przypadkach. Kto musi liczyć się z przypadkiem pojazdu?

- Po pierwsze ten, kto wydmucha w alkomat co najmniej 1,5 promila alkoholu.
- Po drugie ten, kto miał powyżej jednego promila alkoholu w organizmie i spowodował katastrofę w ruchu lądowym (w skrócie: wypadek z wieloma ofiarami), albo tylko zagroził doprowadzeniem do takiej katastrofy, albo spowodował wypadek drogowy.
- Po trzecie, jeśli ktoś doprowadzi do tego, co wyżej – katastrofa komunikacyjna, wypadek – a wydmucha 0,5-1 promila alkoholu. Choć tu sędzia sam decyduje, czy orzeknie zabranie pojazdu, czy nie.
- Po czwarte, jeśli ktoś był wcześniej skazany za prowadzenie pojazdu po pijanemu albo za popełnienie w stanie nietrzeźwości następujących przestępstw: spowodowanie katastrofy w ruchu lądowym, zagro-

żenie katastrofą w ruchu lądowym, spowodowanie wypadku drogowego (wyszczególniono, że dotyczy to także żołnierza, który spowoduje wypadek, w którym ktoś zostanie ciężko ranny lub umrze) oraz miał sądowy zakaz prowadzenia pojazdów i jechał pijany – sąd będzie musiał zabrać mu samochód, gdy wydmucha co najmniej 1,5 promila alkoholu.

W nowych przepisach zawarto kilka wyjątków. Najważniejszy: sąd nie może orzec przepadek pojazdu, gdy kierowca nie jest jego jedynym właścicielem. Jednak jeśli samochód nie był wyłączną własnością pijanego kierowcy, to sąd orzeknie przepadek równowartości pojazdu wyrażonej w gotówce. A wartość tę przyjmie z polisy ubezpieczeniowej auta na rok, w którym popełniono przestępstwo (w przypadku braku polisy pod uwagę weźmie średnią wartość rynkową pojazdu – dokładnie tak, jak ocenia to urząd skarbowy wyliczający podatek przy zakupie auta).

Oczywiście całkowicie rozbitego samochodu w wypadku nikt nie będzie zabierał. Tu przepisy zakładają, że kierowca sam „zabezpieczył społeczeństwo” przed tym, że już takim samochodem nie pojedzie.

A gdy ktoś będzie próbował zniszczyć auto lub z innych powodów państwo nie będzie mogło go zabrać, sędzia orzeknie również konfiskatę pieniężną w wysokości wartości pojazdu.

Jest jeszcze inny wyjątek. Dotyczy prowadzenia samochodu powierzonego przez pracodawcę. Jeśli pijany kierowca „wykonywał czynności służbowe polegające na prowadzeniu pojazdu” i pojazd ten nie był jego, to taki kierowca będzie musiał tylko zapłacić nawiązkę na Fundusz Sprawiedliwości w kwocie co najmniej 5 tys. zł (limit wynosi 100 tys. zł). Głównie będzie to dotyczyć zawodowych kierowców w transporcie ciężkim.

Drugi wyjątek dotyczy wszystkich prowadzących pojazd i mających co najmniej 1,5 promila. Bo nowe prawo nakazuje tu obligatoryjnie pojazd zabierać, ale daje jednocześnie sędziemu możliwość podjęcia innej decyzji, gdy zachodzi sytuacja wyjątkowa: „Sąd może odstąpić od orzeczenia przepadku, jeżeli zachodzi wyjątkowy wypadek, uzasadniony szczególnymi okolicznościami”. Tak samo przy wyjątkowych okolicznościach sędzia może nie odebrać samochodu w przypadku złapania za kółkiem z co najmniej 1,5 promilem alkoholu w wydychanym powietrzu i bycia wcześniej skazanym za katastrofę w ruchu lądowym, zagrożenia katastro-

fą, spowodowania wypadku oraz posiadania zakazu prowadzenia pojazdów.

Konfiskata dotyczy także kierowców prowadzących pod wpływem substancji odurzających. Jednak w ich przypadku nie istnieją żadne oficjalne progi substancji odurzających w organizmie – za każdym razem będzie o tym decydował biegły powołany przez sąd.

Do chwili powstania tego artykułu nie stworzono przepisów wykonawczych do ustawy przewidującej konfiskatę. Wiadomo jedynie, że jeśli ma dojść do konfiskaty, policja zabezpiecza pojazd na siedem dni, a potem pieczę nad nim przejmuje prokurator. Już zdarzały się przypadki, gdy prokurator zwracał auto znajomym lub rodzinie pijanego kierowcy i im powierzał nad nim opiekę do czasu orzeczenia wydanego przez sąd.

Zmiana prawa przygotowana

Nowy rząd inaczej niż poprzedni widzi przepisy w sprawie konfiskaty. Obecne Ministerstwo Sprawiedliwości przedstawiło do konsultacji publicznych projekt nowelizacji Kodeksu karnego. Najistotniejszą zmianą ma być zniesienie obligatoryjności tego środka – we wszystkich przypadkach o ewentualnej konfiskacie decydował będzie zawsze sędzia.

Druga poważna zmiana dotyczy sytuacji z kierowcami, którzy nie po raz pierwszy zostaną złapani na prowadzeniu w stanie nietrzeźwości. W myśl obecnie obowiązujących przepisów wystarczy, że wydmuchają 0,5 promila alkoholu, by pojazd podlegał konfiskacie. Po zmianach ten próg wyniesie, tak jak w przypadku tych po raz pierwszy przyłapanych – 1,5 promila.

Projekt zmian na razie nie trafił do Sejmu i nie wiadomo, jak szybko posłowie mogą rozpocząć nad nim prace. Nie jest też pewne, czy wszystkie ugrupowania poprą zmiany w prawie, dające całą władzę nad konfiskatą sędziom. I na koniec – nie jest pewne, czy prezydent taką ustawę podpisze, czy zawetuje.

Przypisy

¹ Kevin E. McCarthy, „Vehicle confiscation for dwi offenses”, *Principal Analyst*, 4, 1999.

² M. Mozgawa, M. Budyn-Kulik, M. Kulik, „Tryb penalizacji zachowania polegającego na prowadzeniu pojazdu (mechanicznego i niemechanicznego) pod wpływem alkoholu w poszczególnych krajach Unii Europejskiej”, *Prawo w Działaniu*, tom 28, 2016.

Raport „Nastolatki 3.0” jest wynikiem piątej fali badań nad cyberaktywnością nastolatków i cyberprzestrzeni, w której się poruszają. Sporządzony został na podstawie badań przeprowadzonych w 160 szkołach, znajdujących się w 16 województwach Polski. Kompletne odpowiedzi uzyskano od 4984 uczniów (7 i 8 klasa szkoły podstawowej oraz 1 i 2 klasa szkoły ponadpodstawowej) oraz 1255 rodziców i opiekunów prawnych. Jak podkreślają autorzy raportu, w badaniu szczególnie zwrócono uwagę na media społecznościowe i towarzyszące im problemy społeczne, m.in.: samotność, samoocenę, seksualizację, uzależnienie, internetowe wyzwania.

RAPORT „NASTOLATKI 3.0” – PODSUMOWANIE BADANIA NA TEMAT AKTYWNOŚCI NASTOLATKÓW W SIECI

Marta Jarosiewicz

W jaki sposób nastolatki korzystają z internetu?

Nastolatki podobnie wybierają urządzenia do łączenia się z internetem – niezależnie od wieku i wielkości miejsca zamieszkania preferują urządzenia mobilne. 88,8% badanych nastolatków przyznało, że najczęściej z internetu korzysta **za pomocą smartfona**, którego dostają, mając około 8,5 lat. Jednocześnie chłopcy 3 razy częściej niż dziewczęta korzystają z komputera stacjonarnego oraz konsoli do gier. Prawie 90% nastolatków najczęściej korzysta z internetu **w domu**, a blisko co drugi **w drodze i w podróży**. Częściej niż co czwarty nastolatek jest online również **w szkole**. Występują nieznaczne różnice w podziale na płeć – dziewczęta częściej niż chłopcy (52,2% vs 43,5%) korzystają z sieci w podróży; oraz wiek – im starsi uczniowie, tym częściej korzystają z internetu w szkole.

Z badania wynika, że bez względu na miejsce zamieszkania, nastolatki korzystają z internetu lub smartfona przede wszystkim **w celach rozrywkowych** (75,2% wskazuje na słuchanie muzyki, 58,7% na oglądanie filmów i seriali, 46,3% na granie w gry online, 41,7% na media społecznościowe) oraz **komunikacyjnych** (64,4% wskazuje na komunikatory i czaty). Chłopcy częściej niż dziewczęta grają w gry online, a dziewczęta częściej słuchają muzyki, kontaktują się ze znajomym i korzystają z serwisów społecznościowych. Jednocześnie wraz z wiekiem badanych rośnie odsetek nastolatków słuchających muzyki i korzystających z serwisów społecznościowych, a tych grających w gry maleje.

Ile czasu nastolatki spędzają w internecie?

W piątej fali badań kolejny raz odnotowano wzrost czasu korzystania z internetu przez nastolatków. W dni powszednie to średnio 5 godzin 36 minut (vs. 2014 rok – 3 godziny 40 minut), a w weekend 6 godzin 16 minut. Czas użytkowania internetu wzrasta wraz z wiekiem użytkowników oraz wielkością miejsca zamieszkania. Jednocześnie wraz ze wzrostem czasu korzystania z internetu wzrasta odsetek nastolatków, którzy charakteryzują się wysokim lub powyżej przeciętnej poziomem poczucia samotności.

W dni powszednie prawie trzech na czterech nastolatków w godzinach 16:00–22:00 spędza czas przed monitorem swojego komputera bądź ekranem smartfona, a niemal co dziesiąty badany przebywa w sieci w godzinach nocnych (22:00–01:00). W dni wolne nastolatki zaglądają do telefonu regularnie przez cały dzień, tj. w godzinach 13:00–22:00.

Rozproszona uwaga nastolatków

Ponad połowa nastolatków często lub bardzo często **w trakcie korzystania z internetu lub smartfona równocześnie wykonuje inne zadania albo czynności**. Połowa podczas spożywania posiłków, 40% podczas oglądania telewizji czy filmów, a co trzeci nastolatek korzysta z internetu lub smartfona bezpośrednio podczas zasypiania. Wśród badanych tendencja do korzystania ze smartfona podczas wykonywania innych czynności jest silniejsza u dziewcząt – aż 69,4% (vs. 54% chłopców)

tak się zachowuje. Jak wynika z odpowiedzi udzielanych przez rodziców nastolatków, wielu z nich nie zauważa jak powszechny jest to problem. Chociaż średnio 61,6% nastolatków potwierdza, że w trakcie korzystania z internetu lub smartfona równocześnie wykonuje inne czynności, ich rodzice widzą to inaczej – 42,8% opiekunów przyznaje, że obserwuje takie zachowanie. Znacząca różnica zdań dotyczy również korzystania z internetu w godzinach nocnych (50,4% nastolatków vs 28,9% rodziców przyznaje, że ma miejsce taka aktywność) oraz podczas spożywania posiłków (49,5% vs 24,5%).

Obserwowanie i doświadczanie cyberprzemocy przez nastolatków

Jak wynika z badania, nastolatki, bez względu na wiek, płeć czy miejsce zamieszkania, obserwują różne formy cyberprzemocy. Prawie **co drugi nastolatek zaobserwował wyzywanie kogoś innego, a co trzeci sam go doświadczył**. Co trzeci badany spotkał się z ośmieszaniem i poniżeniem znajomych, a co czwarty nastolatek przyznaje, że ten rodzaj cyberprzemocy był skierowany bezpośrednio w niego. Badani wskazywali **wygląd fizyczny** (51,2%), **ubiór** (45,5%) i **kolor skóry** (40,3%) jako najczęściej obserwowane powody przemocy online. Dziewczęta zdecydowanie częściej niż chłopcy spotykają się z przemocą online związaną z wyglądem i ubiorem, ale to chłopcy nieco częściej doświadczają różnych form przemocy w internecie – wyzywania, ośmieszania i poniżania. Nieznaczne różnice mają miejsce pod względem miejsca zamieszkania uczniów – im większe miasto, tym częściej spotykają się oni z cyberprzemocą.

Rodzice mają małą świadomość doświadczania przemocy online przez ich dzieci i zapytani, nie znają najczęstszych powodów takich ataków. Takie odpowiedzi nie dziwią – blisko 40% badanych nastolatków przyznaje, że w obliczu spotkania się z cyberprzemocą nikomu o tym nie powiedziało, a **tylko 21,2% nastolatków szukało pomocy u rodziców i opiekunów prawnych**. Podobny odsetek badanych zwrócił się do przyjaciół i znajomych, a tylko co dwudziesty nastolatek decyduje się zgłosić problem z przemocą online nauczycielowi czy psychologowi/pedagogowi. Dziewczęta częściej niż chłopcy szukają pomocy w przypadku bycia ofiarami przemocy, ale nie występują różnice ze względu na wiek.

Zachowania ryzykowne w internecie

Spotkania z osobami dorosłymi poznanymi w internecie

Prawie **dwóch na dziesięciu nastolatków spotyka się z osobami dorosłymi poznanymi w internecie** – chłopcy decydują się na to nieznacznie częściej niż dziewczęta. 25,3% nastolatków nie informuje o tym spotkaniu nikogo, blisko 40% informuje rodziców lub opiekunów, a prawie 20% daje znać znajomym. Autorzy badania zwracają uwagę, że w porównaniu do poprzedniej edycji badania, utrzymuje się tendencja nieinformowania nikogo o planowanym spotkaniu. Dodatkowo, choć podobny odsetek nastolatków informuje o planowanym spotkaniu rodziców, to mniej, względem poprzedniego badania, daje znać znajomym.

Seksting

Średnio połowa nastolatków deklaruje, że nie otrzymała za pośrednictwem internetu czyjegoś nagiego lub półnagiego zdjęcia. Dokładnie **30,4% uczniów szkoły podstawowej i 51,8% uczniów liceum potwierdza, że otrzymało treści z czyimś nagim wizerunkiem**. W przypadku najstarszych nastolatków odsetek ten nieznacznie spada.

Tylko 5,6% wszystkich rodziców przyznało, że wiedzą, iż ich dzieci otrzymały tego rodzaju treści i tylko 1% rodziców zadeklarowało, że wiedzą o wysłaniu nagich lub półnagich zdjęć przez swoje dziecko.

Patostreamy

Co czwarty nastolatek ogląda tzw. patostreamy, czyli wulgarne, obsceniczne i nacechowane przemocą widowiska lub transmisje internetowe nadawane na żywo w serwisach streamingowych, np. YouTube. Duży odsetek nastolatków, bo aż 16,1%, nie jest w stanie określić, czy oglądane przez nich treści zaliczają się do tej kategorii. **Chłopcy oglądają tzw. patostreamy niemal dwukrotnie częściej niż dziewczęta**, a zainteresowanie nimi wzrasta w każdej grupie wraz z wiekiem oraz ma nieznaczny związek z miejscem zamieszkania – im większa aglomeracja, tym częściej oglądanie patostreamingów cieszy się zainteresowaniem nastolatków. Jak w przypadku innych aktywności, badanie ukazało niewiedzę rodziców

– **nastolatki oglądają patologiczne treści dwukrotnie częściej, niż przypuszczają ich rodzice.**

Jak wynika z raportu, wraz z wiekiem rośnie ekspozycja nastolatków na treści o charakterze antyspołecznym¹ w mediach społecznościowych. Najwyższą wartość (52,2%) przyjmuje ona w dużych miastach. Jednocześnie wielu nastolatków i nastolatek twierdzi, że w mediach społecznościowych napotyka dużo treści prospołecznych – tego zdania jest aż 56,1% badanych.

Cyberbezpieczeństwo

Ponad 10% młodzieży doświadczyło włamania na konto e-mail lub na portalu społecznościowym czy też kradzieży dóbr wirtualnych, tj. punktów, przedmiotów w grach online. Im starsi uczniowie, tym częściej padają ofiarami cyberprzestępczości. Jednocześnie **co trzeci nastolatek uważa, że w sieci można zachować pełną anonimowość**, a 90% badanych uważa, że bez problemu można znaleźć w niej piracką wersję filmu lub muzyki. Około 70% młodzieży uczęszczającej do szkół średnich akcentuje znaczenie zagwarantowania dostępu do internetu wolnego od cenzury (ingerencji w treść) dla każdego. Jednocześnie podobny odsetek uczniów tych szkół wskazuje, że osoby, które obrażają innych w internecie, pozostają bezkarne. Jak wnioskują autorzy badania, nastolatki nie podchodzą do ekosystemu internetu w sposób bezkrytyczny i dostrzegają w nim wiele zagrożeń. Najbardziej obawiają się kradzieży i udostępnienia ich danych, utraty środków finansowych, włamań do smartfonów i komputerów, a także różnych zagrożeń związanych z cyberatakami. Jednocześnie co trzeci nastolatek ma świadomość, że to on sam ponosi odpowiedzialność za swoje bezpieczeństwo w internecie.

Kontrola rodzicielska

Według nastolatków ponad połowa ich rodziców nie ustala zasad dotyczących korzystania z internetu przez dzieci, a wskaźnik ten rośnie wraz z wiekiem dziecka. Co czwarty nastolatek dostaje od rodziców wytyczne względem maksymalnego czasu, jaki może spędzić w internecie, a prawie **20% nastolatków deklaruje, że rodzice rozmawiają z nimi profilaktycznie, aby zapobiec zagrożeniom w internecie.** Jednocześnie prawie co siódmy nastolatek przyznaje, że „mogą robić, co chcą”, bo rodzice nie egzekwują wprowadzonych zasad.

Deklaracje rodziców w tym temacie nie pokrywają się z informacjami, udzielonymi przez dzieci – prawie 60% opiekunów twierdzi, że ustala zasady korzystania z internetu.

Przeważająca większość nastolatków konsekwentnie przestrzega ustalonych z rodzicami reguł dotyczących korzystania z internetu, jednak 13% deklaruje, że robi to rzadko, a prawie co jedenasty nigdy nie przestrzega takich zasad. W większości (74%) domów nie stosuje się filtrów rodzicielskich lub innej technologii ograniczającej dostęp do niebezpiecznych treści. Jeśli już ma to miejsce, to częściej w dużych miastach.

Zdecydowana większość rodziców, tj. 74,6%, wskazuje na skuteczność swoich działań kontrolujących treści internetowe, do których dostęp mają ich dzieci. Natomiast znacznie mniejszy odsetek nastolatków, tj. 38,9%, podziela to przekonanie. Wielu rodziców nie zdaje sobie sprawy z tego, że skuteczność ich starań mających na celu monitorowanie treści i aktywności online młodzieży, jest często inaczej postrzegana przez nich samych i przez ich dzieci.

Problematyczne Użytkowanie Internetu (PUI)

Spory wzrost poziomu wskaźnika PUI wśród nastolatków można było obserwować między rokiem 2020 a 2022 (o 5,1 punktów procentowych). W najnowszej edycji badania 8,3% nastolatków spełniło kryteria zaliczające ich do tej kategorii. Chłopcy nieco częściej (o 3 punkty procentowe) od dziewcząt spełniają kryteria wykazujące wysoki lub bardzo wysoki poziom Problematycznego Użytkowania Internetu. Najmłodszy uczniowie nieco częściej (o 6,2 pp.) od najstarszych spełniają kryteria wskazujące na wysokie lub bardzo wysokie PUI. Jednocześnie wysoki lub bardzo wysoki poziom PUI jest najbardziej widoczny wśród nastolatków o wysokiej świadomości własnego wyglądu w mediach społecznościowych.

Wiarygodność internetu – weryfikacja treści

Połowa nastolatków podejmuje się weryfikacji autentyczności informacji zamieszczonych w internecie i nieznacznie mniej deklaruje, że sprawdza także wiarygodność osób i profili w portalach społecznościowych. Przy ocenie wiarygodności informacji znalezionych

w internecie nastolatki kierują się przede wszystkim zaufaniem do danej strony internetowej lub portalu społecznościowego (51,7%) oraz przekonaniem o uczciwości autorów treści, które odnajdują w sieci (51,4%). Dla co trzeciego nastolatka kryterium wiarygodności informacji jest przekazywanie jej przez wiele osób oraz liczne źródła medialne jednocześnie.

Internet w szkole

Z odpowiedzi nastolatków wynika, że **w co trzeciej polskiej szkole** (najczęściej podstawowej) **korzystanie z urządzeń mobilnych** (smartfon, tablet, laptop), mających dostęp do internetu, **nie jest możliwe**. Jednocześnie prawie co trzeci uczeń ma możliwość korzystania z takich urządzeń na terenie szkoły podczas przerw lekcyjnych. Względem badania z 2018 roku zwiększyła się liczba szkół, które wprowadziły takie regulacje.

W obrębie aktywności szkolnych nastolatki używają internetu najczęściej do odrabiania lekcji (69,1%) oraz przygotowania do sprawdzianów i klasówek (41,9%). Co siódmy nastolatek zagląda do sieci w celu poszerzenia swojej wiedzy potrzebnej do szkoły. Najczęściej wykorzystywanymi źródłami internetowymi są wyszukiwarka Google, serwis YouTube oraz Wikipedia. Dużą popularnością wśród młodzieży cieszą się także serwisy z gotowymi opracowaniami szkolnymi.

Według uczniów **nauczyciele używają internetu podczas lekcji głównie do odtwarzania prezentacji i filmów**, najczęściej podczas przedmiotów humanistycznych. Internetowa komunikacja między uczniami i nauczycielami to praktyka, która zyskuje na popularności – 36,7% nastolatków twierdzi, że komunikuje się z nauczycielami za pomocą internetu. Częstotliwość tego typu interakcji wzrasta wraz z wiekiem uczniów i nie jest uzależniona od miejsca zamieszkania. Ich odsetek wzrósł o 18,2% względem 2018 roku.

Sharenting – udostępnianie wizerunku nastolatków przez rodziców i opiekunów

Prawie co drugi nastolatek deklaruje, że rodzice lub opiekunowie zamieszczają w mediach społecznościowych zdjęcia z ich wizerunkiem, co budzi w nich różnorodne emocje. Jedna trzecia nastolatków deklaruje, że odczuwa w związku z tym obojętność, ale blisko co czwarty z nich

czuje zawstydzenie i skrępowanie. 20% badanych wskazuje, że umieszczane przez rodziców zdjęcia wywołują w nich radość, a niewiele mniej (18,8%) niezadowolenie. Dziewczeta częściej wykazują negatywne reakcje (jak zawstydzenie/skrępowanie, niezadowolenie, złość) po opublikowaniu ich zdjęć w mediach społecznościowych rodziców, choć jednocześnie wśród dziewczynek częściej obserwowana jest radość. Niewielki odsetek nastolatków wskazuje, że towarzyszą im inne negatywne emocje, takie jak złość (8,8%), smutek (3,3%), wrogość (2,9%), a nawet strach (2,3%), przerażenie (2,8%) czy poczucie winy (1,3%). Z kolei główne emocje towarzyszące rodzicom podczas publikacji zdjęć to radość (51,4%) i duma (59%).

Jak nastolatki spędzają w internecie czas wolny?

Młodzi ludzie najczęściej wybierają spędzanie swojego wolnego czasu w sposób konsumpcyjny i relaksacyjny, słuchając muzyki, oglądając filmy, odpoczywając, zajmując się swoimi zainteresowaniami (hobby). Słuchanie muzyki i odpoczynek są ulubionymi zajęciami co trzeciego ucznia liceum. Opinie rodziców i nastolatków na temat ulubionych sposobów spędzania wolnego czasu są w wielu kwestiach dość zgodne, obie grupy często wskazują na aktywności, takie jak: **słuchanie muzyki, hobby, sport, odpoczynek i oglądanie filmów** jako swoje ulubione zajęcia. Rodzice częściej niż ich dzieci wskazują jednak na spotkania z rówieśnikami jako preferowaną formę spędzania czasu wolnego przez nastolatków.

Internet a poczucie szczęścia i zdrowie

Ponad 40% nastolatków twierdzi, że brak dostępu do internetu wpłynąłby negatywnie na jakość ich życia, czyniąc je mniej satysfakcjonującym – szczególnie dotyczy to dziewcząt. Na negatywne odczucia w związku z brakiem dostępu do internetu w mniejszym stopniu wskazuje młodzież mieszkająca na wsiach i w małych miastach. Z odpowiedzi rodziców i opiekunów wynika, że często nie zdają sobie oni sprawy, jak mocno poczucie szczęścia ich dzieci jest związane z dostępem do internetu. Badanie określa również możliwość funkcjonowania nastolatków bez mediów społecznościowych. Z ich odpowiedzi wynika, że **co piąty nastolatek nie jest w stanie dobrze funkcjonować bez mediów społecznościowych dłużej niż kilka godzin**, a 11,5% nie byłoby w stanie wytrzymać

nawet godziny bez używania platform społecznościowych. Problem ten nasila się wraz z wiekiem nastolatka oraz jest nieznacznie silniejszy u dziewcząt. Rodzice są bardziej krytyczni wobec swoich dzieci w ocenie zdolności nastolatków do wytrzymania bez platform społecznościowych. Odsetek młodzieży uważającej, że mogłaby nie korzystać z portali społecznościowych tydzień lub dłużej, jest wyraźnie wyższy, niż wynikałoby to z odpowiedzi rodziców (39,5% vs. 27,4%).

Autorzy badania zapytali nastolatków także, czy ich zdaniem korzystanie z sieci szkodzi zdrowiu. Niemal **jedna czwarta badanych jest niepewna**, czy ta aktywność może negatywnie wpływać na zdrowie, a **36% badanych uważa, że korzystanie z internetu nie wpływa negatywnie na ich zdrowie**. Dziewczęta częściej (o 14 punktów procentowych) niż chłopcy wyrażały przekonanie o szkodliwości.

Rodzice częściej niż ich pociechy twierdzą, że internet może wpływać negatywnie na zdrowie. Połowa rodziców (53%) wiąże internet ze stanem zdrowia – czterech na dziesięciu nastolatków i nastolatek zauważa takie samo powiązanie.

Media społecznościowe

W badaniu zapytano nastolatków, ile posiadają kont w mediach społecznościowych. **Co czwarty nastolatek posiada od 5 do 8 kont w mediach społecznościowych**, natomiast **jedna trzecia ma więcej niż 8** takich kont. Wartości te nie są uzależnione od płci, wieku ani miejsca zamieszkania. Średni czas spędzony przez nastolatka na korzystaniu z mediów społecznościowych wynosi 4 godziny 12 minut, ale dziewczęta zawyżają tę statystykę – spędzają w portalach społecznościowych średnio o 57 minut dłużej niż chłopcy. Także młodzież zamieszkująca duże miasta ma silniejszą tendencję do spędzania czasu w ten sposób. Prawie **co trzeci nastolatek sprawdza media społecznościowe zaraz po przebudzeniu**, prawie połowa (45,5%) nastolatków poświęca na portale społecznościowe od 1 do 4 godzin każdego dnia – w tym 23,4% z nich od 2 do 4 godzin. 14% badanych deklaruje, że na tej aktywności spędza od 4 do 6 godzin, 7,1% określa ten przedział jako 6 do 8 godzin, a pozostałe **10,7% badanych określiło czas poświęcany na media społecznościowe jako więcej niż 8 godzin dziennie**. Tę ostatnią grupę cechuje **jednocześnie najwyższy wskaźnik poczucia samotności**.

Rodzice znacznie nie doszacowują czasu spędzonego przez młodzież w mediach społecznościowych – wskazują

prawie 3 godziny krótszy czas aktywności ich dzieci na tego typu platformach, niż deklarują to same nastolatki.

Najpopularniejsze wśród nastolatków portale społecznościowe

Liderami mediów społecznościowych wśród młodzieży są Messenger, TikTok oraz YouTube. Połowa nastolatków często korzysta również z Instagrama. Dziewczęta wyraźnie częściej korzystają z platform społecznościowych, takich jak Messenger, TikTok, Instagram, Snapchat i Pinterest. W porównaniu do dziewcząt chłopcy natomiast wyraźnie preferują YouTube i Twitch. Media społecznościowe są używane głównie w celach rozrywki i komunikacji. Bardziej popularne jest słuchanie muzyki niż aktywna komunikacja. **Ponad 40% młodych ludzi korzysta z platform społecznościowych dla zabijania czasu** i z odpowiedzi rodziców wynika, że nie są oni świadomi skali tego zjawiska.

Zaniedbywanie obowiązków domowych i szkolnych z powodu korzystania z social mediów

Co czwarta dziewczynka i co piąty chłopiec zaniedbuje obowiązki domowe z powodu korzystania z mediów społecznościowych i problem ten nasila się wraz z wiekiem oraz ma nieznaczny związek z miejscem zamieszkania – nastolatki z dużych miast częściej niż pozostali zaniedbują swoje obowiązki domowe z powodu aktywności w mediach społecznościowych.

Jeśli chodzi o **obowiązki szkolne**, to **prawie trzech na dziesięciu nastolatków często zaniedbuje swoje szkolne obowiązki** z powodu korzystania z mediów społecznościowych. Analogicznie do czasu korzystania z portali społecznościowych, zjawisko to jest częstsze u starszych uczniów z dużych miast.

Uzależnienie od mediów społecznościowych

Autorzy badania określili skalę uzależnienia nastolatków od mediów społecznościowych, ale nie jest jasne, na jakiej podstawie. W raporcie wskazano, że wysoki poziom uzależnienia ma miejsce w przypadku 12,6%, średni plasuje się na poziomie 27,7%, a niski wynosi 59,7% – nie jest jednak wskazane pytanie lub dane, na podstawie których zostało to określone.

Treści publikowane przez nastolatków w mediach społecznościowych

Młodzież często publikuje swoje zdjęcia oraz filmy w mediach społecznościowych – prezentując przede wszystkim siebie, swoje życie i swoją twórczość. Dziewczęta częściej niż chłopcy publikują treści związane z własnym wizerunkiem oraz inne zdjęcia zrobione przez siebie, podczas gdy chłopcy częściej udostępniają memy, GIF-y i filmiki znalezione w sieci. Uczniowie liceum częściej niż nastolatki z innych typów szkół publikują zdjęcia z wizerunkiem swoim lub znajomych, a także inne zrobione przez siebie fotografie. Młodzież z technikum częściej niż pozostali udostępnia na portalach społecznościowych znalezione przez siebie treści (np. memy, GIF-y). **Wraz z wiekiem rośnie zainteresowanie publikacją zdjęć i filmów z własnym wizerunkiem.** Nastolatki z dużych i średnich miast chętniej niż pozostali dzielą się w mediach społecznościowych własnymi historiami, opiniami, komentarzami. Rodzice często nie są świadomi tego, jakie treści publikują ich dzieci online. Jedynymi obszarami, w którym jest zgodność wskazań między rodzicami a nastolatkami, jest udostępnianie informacji o miejscach odwiedzanych przez młodzież oraz publikowanie stworzonych przez nastolatków grafik, obrazów, rysunków.

Autoprezentacja

Dla znacznej grupy nastolatków (46,2%) **ważne jest postrzeganie swojego wyglądu i skupienie się na atrakcyjności fizycznej** w odniesieniu do mediów społecznościowych, ale ponad połowa badanych jako główny motywator dla publikacji zdjęć wskazuje lokalizację, w której zostały zrobione (np. malownicza okolica, wakacje itp.).

Motywacje dla publikacji swoich zdjęć są różnorodne. Dla dziewcząt większe znaczenie ma atrakcyjność miejsca i osób na zdjęciach oraz ich własny wygląd, podczas gdy dla chłopców kluczowe jest poczucie humoru obecne na zdjęciach. Najsłabszą motywacją dla publikacji zdjęcia jest jego potencjalna popularność i dotyczy to obu płci.

Media społecznościowe a poczucie samotności

Co dziesiąty nastolatek deklaruje wysoki poziom osamotnienia na platformach społecznościowych. Ponad połowę nastolatków (53,9%) cechuje wysoki i powyżej

przeciętnej poziom poczucia osamotnienia w mediach społecznościowych, niezależnie od płci, wieku i typu szkoły. Najbardziej osamotniona czuje się młodzież z dużych miast (58,5%), a najmniej z małych miast – 49,9% deklaruje takie poczucie.

Media społecznościowe a samoocena

Tylko 2,3% nastolatków biorących udział w badaniu określiło swój poziom samooceny jako wysoki. 52,2% określiło jej poziom jako przeciętny, a pozostałe 44,5% zadeklarowało niski poziom samooceny – dziewczęta nieco częściej (o 8 p.p.) niż chłopcy. Bez względu na wielkość miejsca zamieszkania podobny odsetek nastolatków charakteryzuje się niskim poziomem samooceny. Warto nadmienić, że młodzież o niskiej samoocenie cechuje jednocześnie wysoki lub bardzo wysoki poziom Problematycznego Używania Internetu i ma w większości wysoki lub powyżej przeciętnej (60,2%) poziom poczucia samotności.

Internetowe challenge (wyzwania)

Nastolatki biorące udział w wyzwaniach internetowych (tzw. challenge'ach) stanowią mniejszość (30%) wśród całej badanej grupy. Jednocześnie co dwudziesty nastolatek określa, że w ciągu 12 miesięcy wziął udział w co najmniej ośmiu internetowych challenge'ach. Podejmowane przez młodzież wyzwania są różnorodne – od zabawnych czy nierozważnych po nawet takie, które mogą powodować różnego rodzaju niebezpieczeństwa. **Trzech na dziesięciu nastolatków w ostatnim roku wzięło udział w wyzwaniu, w którym mogło dojść do narażenia życia lub zdrowia fizycznego/psychicznego** – ich samych lub innych osób. Choć chłopcy biorą udział w większej ilości wyzwań, inne dane demograficzne nie mają znaczenia – wiek i miejsce zamieszkania nie zmieniają istotnie podejścia do udziału w tego typu wyzwaniach internetowych.

Przypisy

¹ Autorzy raportu nie definiują treści o charakterze antyspołecznym.

Na podstawie dostępnych badań wydaje się, że kompulsywne zaburzenie zachowań seksualnych jest zaburzeniem występującym stosunkowo często i dotyczy ono znacznie częściej mężczyzn niż kobiet. W zależności od źródeł jest to od 0,2% do 5,7% kobiet i od 2,3% do 15,8% mężczyzn.

OD KONCEPCJI DEWIACJI DO KOMPULSYWNEGO ZABURZENIA ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH

Michał Pawłęga

Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie, Centrum Psychoterapii Przeszłości

Maria Brodzikowska

Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie, Centrum Psychoterapii Przeszłości

Refleksja nad upośledzeniem kontroli nad zachowaniami seksualnymi ewoluowała od lat 60. XX wieku. Za pierwszą próbę klasyfikacji uznaje się w literaturze wprowadzenie w DSM-II w 1968 roku terminu „dewiacji seksualnej”, zaś później w DSM-III określenia „parafilii” (Briken, 2020), choć były to pojęcia, które w małym stopniu ujmowały specyfikę CSBD. Dopiero w roku 1983 Patrick Carnes przedstawił koncepcję uzależnienia od seksu, a w roku 1986 von Krafft-Ebbing stworzył pojęcie „satiariasis i nimfomania”, które miało opisywać nadmierne popędy i zachowania seksualne. W 1987 roku zaś – mając na uwadze pojawiające się badania – w DSM-III-R wprowadzono termin „nieparafilne nałogi seksualne” (Briken, 2020). Jednocześnie trzy lata później w klasyfikacji ICD-10 pojawia się kategoria kliniczna F52: „zaburzenia seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym, ani chorobą somatyczną” (F52.7 – „nadmierny popęd seksualny” i F52.8 – „inne dysfunkcje seksualne bez przyczyn organicznych lub chorobowych”).

Próbkę kolejnego zdefiniowania problemu podjął M. Kafka w 1997 roku, odnosząc się do normy zaproponowanej przez Kinseya. Uznał wówczas, że 7 orgazmów tygodniowo przez okres ponad 6 miesięcy można klasyfikować jako „zaburzenie parafilne” (Kafka, 1997). W oparciu o DSM-IV-TR nadmierne zachowania seksualne próbowano kodować w grupie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, ale już w 2010 roku M. Kafka przedstawił projekt kryteriów diagnostycznych dla „zaburzeń hiperseksualnych”, który próbowano wprowadzić do DSM-V, z której to klasyfikacji został jednak odrzucony (Kafka, 2010). Projekt ten zakładał, że do stwierdzenia zaburzeń hiperseksualnych w ostatnich 6 miesiącach powinny wystąpić przynajmniej

trzy z poniższych kryteriów: (1) poświęcanie dużej ilości czasu na fantazje lub zachowania seksualne przy notorycznym zaniedbywaniu innych ważnych (niezwiązanych z seksem) celów, aktywności i zobowiązań; (2) powtarzające się zaangażowanie w zachowania lub fantazje seksualne w odpowiedzi na dysforyczne stany emocjonalne; (3) powtarzające się zaangażowanie w zachowania lub fantazje seksualne w odpowiedzi na stresujące wydarzenia życiowe; (4) powtarzające się, ale nieskuteczne próby kontroli lub znacznej redukcji zachowań bądź fantazji seksualnych; (5) powtarzające się zaangażowanie seksualne przy bagatelizowaniu ryzyka doznania lub zadania innym krzywdy fizycznej bądź emocjonalnej (ibidem). Dodatkowo powinno zostać spełnione subiektywne kryterium związane z wysokim poziomem stresu oraz dysfunkcji społecznych, zawodowych oraz dotyczących innych ważnych obszarów życia. Co ważne, projekt ten wykluczał z diagnozy zaburzeń hiperseksualnych sytuacje, w których zachowania i fantazje seksualne są bezpośrednim efektem fizjologicznym stosowania substancji takich jak na przykład narkotyki czy leki (ibidem).

Początek XXI wieku przyniósł istotne przemiany kulturowe, np. w zakresie normalizacji i dostępu do pornografii internetowej (który – szczególnie u mężczyzn – może prowadzić do zwiększenia przypadków CSBD), jak też w zakresie podzielanych społecznie norm seksualnych. Na ten ostatni aspekt zwrócił uwagę Kingston w 2020 roku, wskazując, że na podstawie pierwszych kryteriów zaproponowanych przez Kafkę w roku 1997, obecnie połowę społeczeństwa można byłoby uznać za hiperseksualną, a zatem istnieje konieczność odchodzenia od liczbowych norm dotyczących częstotliwości podejmowania kontaktów

seksualnych czy też osiągnięcia orgazmów (Kingston i in., 2020). Ostatecznie klasyfikacja ICD-11, obowiązująca od 2022 roku, wprowadziła jednostkę kompulsywne zaburzenie zachowań seksualnych (ang. *Compulsive Sexual Behavior Disorder*) (WHO, 2022), której przypisano kod 6C72. Zagadnienie to szczegółowo przedstawiamy w dalszej części artykułu.

Biorąc pod uwagę trwającą debatę akademicką, możliwe jest, że konceptualizacja CSBD może w przyszłości ulec zmianie (Borgogna i in., 2022), szczególnie w odniesieniu do klasyfikacji diagnostycznej (tj. przypisania zaburzenia do kategorii odnoszącej się do kontroli impulsów lub też przeniesienia go do kategorii zaburzeń związanych z uzależnieniami).

Definicja i kryteria diagnostyczne CSBD

Chociaż pojęcie kompulsywnego zaburzenia zachowań seksualnych (CSBD) w ICD-11 wydaje się nowe, już ICD-10 zawierało kategorię F52.7 – nadmierny popęd seksualny, z podobnymi kryteriami diagnostycznymi. Według obecnej wiedzy CSBD jest związane z zaburzeniami kontroli impulsów i dlatego zostało w ICD-11 przesunięte – razem z innymi zaburzeniami impulsów, takimi jak kleptomania czy piromania – z części dotyczącej zdrowia seksualnego do części dotyczącej zaburzeń psychicznych i behawioralnych. Wynika to z cierpienia towarzyszącego CSBD oraz trudności w kontrolowaniu impulsów seksualnych, które niekoniecznie występują przy innych zaburzeniach seksualnych (Briken, 2020).

CSBD opisano w ICD-11 (WHO, 2022) jako „stały wzorzec niemożności kontrolowania intensywnych, powtarzających się impulsów lub popędów seksualnych, prowadzących do powtarzających się zachowań seksualnych”, skutkujące wystąpieniem co najmniej jednego z poniższych objawów:

1. Angażowanie się w powtarzające się zachowania seksualne stało się głównym celem życia danej osoby do tego stopnia, że zaniedbuje ona swoje zdrowie, dbałość o siebie lub inne zainteresowania, działania i obowiązki.
2. Podjęcie licznych, nieudanych prób kontrolowania lub znacznego ograniczenia powtarzających się zachowań seksualnych.
3. Angażowanie się w powtarzające się zachowania seksualne pomimo negatywnych konsekwencji (np. konflikt małżeński z powodu zachowań seksualnych,

konsekwencje finansowe lub prawne, negatywny wpływ na zdrowie).

4. Dalsze angażowanie się w powtarzające się zachowania seksualne, nawet w przypadku czerpania z nich niewielkiej satysfakcji lub braku jej występowania.
- Do zdiagnozowania CSBD konieczne jest występowanie długotrwałego wzorca (przynajmniej 6 miesięcy) niezdolności do kontrolowania intensywnych, powtarzających się impulsów seksualnych i wynikających z nich zachowań. Krótkotrwałe objawy, na przykład związane z nowymi możliwościami seksualnymi (zmiana statusu związku, przeprowadzka), nie pozwalają na postawienie diagnozy CSBD.

Jednocześnie diagnoza CSBD nie jest możliwa w sytuacjach, gdy objawy są powodowane:

- Występowaniem wzorców niepowodzenia w kontrolowaniu intensywnych, powtarzających się impulsów seksualnych na skutek innych zaburzeń psychicznych (np. epizod maniakalny), stanami chorobowymi (np. urazy mózgu) lub pod wpływem substancji (np. stymulanty) lub leków.
- Doświadczaniem przez pacjenta/tkę cierpienia związanego z osądami moralnymi lub dezaprobatą dla własnych impulsów seksualnych, często na tle przekonań religijnych czy społecznych oczekiwań. Takie osoby mogą błędnie „diagnozować się” jako uzależnione od seksu, korzystając z internetowych źródeł.
- Występowaniem zaburzeń parafilnych, charakteryzujących się trwałymi, intensywnymi wzorcami nietypowego pobudzenia seksualnego, takimi jak ekshibicjonizm, pedofilia, froterizm, voyeuryzm, które angażują osoby niezdolne do wyrażenia świadomej zgody.

Warto zwrócić uwagę, że „zachowania seksualne” stanowią szeroką kategorię i mogą być realizowane zarówno samodzielnie, jak i z inną osobą lub osobami. Przykładowo do zachowań seksualnych można zaliczyć, oprócz różnego rodzaju kontaktów seksualnych, także masturbację, korzystanie z pornografii, cyberseks czy seks przez telefon. Na podstawie dostępnych badań wydaje się, że CSBD jest zaburzeniem występującym stosunkowo często i dotyczy ono znacznie częściej mężczyzn niż kobiet. W zależności od źródeł jest to od 0,2% do 5,7% kobiet i od 2,3% do 15,8% mężczyzn (Briken, 2020).

Wydaje się, że liczba osób zgłaszających doświadczenie objawów powiązanych z CSBD może rosnąć. Jest to, poza wspomnianymi już czynnikami dotyczącymi zmie-

niających się norm seksualnych, najprawdopodobniej związane z szerokim dostępem do pornografii internetowej. W jednym z ostatnich badań 91,5% mężczyzn i 60,2% kobiet zgłosiło używanie pornografii internetowej w ciągu ostatniego miesiąca. Coraz powszechniejszy staje się także cyberseks, „sexting” (wysyłanie wiadomości o seksualnym charakterze) i dzielenie się zdjęciami erotycznymi i pornograficznymi (Borgogna i in., 2022).

Zaburzenia współwystępujące z CSBD

Ważne dla diagnostyki, planowania i prowadzenia leczenia jest uwzględnienie w przebiegu CSBD innych zaburzeń. Skupienie się w terapii na problemach towarzyszących (mogących stanowić przyczynę lub wzmacniających objawy CSBD) umożliwia osiągnięcie trwałych zmian. Do najczęstszych zaburzeń współwystępujących w CSBD (Briken, 2022) należą zaburzenia nastroju, takie jak depresja oraz zaburzenia lękowe, które wydają się być u osób z CSBD i mogą występować u 60-80% pacjentów. Zaburzenia osobowości, szczególnie osobowość borderline, obserwuje się u 40-60% osób z CSBD. Problemy z uzależnieniami, zwłaszcza od alkoholu i narkotyków, występują u około 30-50% pacjentów, podczas gdy ADHD może współwystępować u 20-30% osób z CSBD. Dodatkowo około 10-20% pacjentów może cierpieć na zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (OCD). Częstość współwystępującym zaburzeniem jest także trauma z dzieciństwa i wynikające z niej zaburzenia stresu pourazowego (PTSD), zwłaszcza związane z wykorzystywaniem seksualnym, które występują nawet u 50% pacjentów z CSBD.

Część badań wskazuje, że kompulsywne zachowania seksualne są w istocie symptomem tychże głębszych problemów (Moser, 2013), stąd uwzględnienie ich w terapii wydaje się być niezbędne.

Szczególnie interesujące w kontekście leczenia jest wspomniane w ICD-11 rozróżnienie dotyczące uznania używania substancji psychoaktywnych za współchorobowość, a niekiedy za czynnik wykluczający rozpoznanie CSBD. Użycie legalnych leków lub nielegalnych substancji (np. pramipexol czy metamfetamina) może prowadzić do obniżenia kontroli impulsów seksualnych, co wiąże się z ich wpływem na centralny układ nerwowy. W tych przypadkach, zgodnie z ICD-11, CSBD nie powinno być rozpoznawane. Tym niemniej współwystępowanie CSBD i (problemowego) używania substancji psychoaktywnych jest powszechne. Część osób używa także substancji che-

micznych, głównie narkotyków, w celu angażowania się w zachowania seksualne czy też zwiększania związanej z nimi przyjemności (np. chemsex). W tym przypadku – zgodnie z rekomendacjami umieszczonymi w ICD-11 – wymagana jest ocena sekwencji, kontekstu i motywacji określonych zachowań. Dlatego możliwe jest jednocześnie postawienie diagnoz CSBD i zaburzeń spowodowanych używaniem substancji, o ile spełnione są kryteria diagnostyczne obu z nich.

Modele wyjaśniające CSBD

Pomocnymi w lepszym zrozumieniu mechanizmów powodujących powstanie CSBD oraz utrzymywaniu się zaburzenia są teorie wyjaśniające, w jaki sposób dochodzi do odczuwania nadmiernego pobudzenia seksualnego, jaki wpływ na odczuwanie cierpienia związanego z zachowaniami seksualnymi mogą mieć przekonania moralne, a także jak mogą na jego powstanie wpływać czynniki neurologiczne i endokrynologiczne. Ich znajomość powinna umożliwić stworzenie bardziej trafnej konceptualizacji i planu leczenia. Przedstawiamy je – z racji krótkiej formy, jaką jest artykuł – w uproszczeniu.

Model podwójnej kontroli (Bancroft, 2009)

Zakłada on, że zachowania seksualne są regulowane przez dwa systemy: jeden odpowiadający za pobudzanie reakcji seksualnych (system pobudzenia) i drugi wpływający na ich hamowanie (system inhibicji). Gdy oba te systemy pozostają w równowadze, pozwalają człowiekowi na odpowiednią reakcję seksualną w stosownych okolicznościach. Jednak u osób z CSBD ta równowaga jest często zaburzona – mogą doświadczać nadmiernego pobudzenia seksualnego, którego nie są w stanie odpowiednio kontrolować ze względu na osłabienie systemu inhibicji. W praktyce może to prowadzić do sytuacji, kiedy człowiek nie jest w stanie kontrolować pojawiających się impulsów seksualnych, a ich realizacja może prowadzić do zachowań seksualnych naruszających normy społeczne i prawne oraz niezgodnych z potrzebami i wartościami jednostki.

Model niezgodności moralnej (Grubbs i in., 2019)

Został opracowany w odniesieniu do problemowego używania pornografii internetowej. Zgodnie z nim, subiektywne poczucie utraty kontroli nad zachowaniami seksualnymi związanymi z korzystaniem z pornografii nie wynika wprost z korzystania z tego typu materiałów,

a raczej rozbieżności między przekonaniem moralnym a działaniami podejmowanymi przez człowieka. Osoby odczuwające, że ich zachowania związane z korzystaniem z pornografii są problematyczne, często doświadczają konfliktu moralnego wynikającego z podejmowania aktywności sprzecznych z ich osobistymi wartościami. W takim przypadku kluczowym czynnikiem powodującym cierpienie jest wewnętrzny konflikt, nie zaś korzystanie z materiałów pornograficznych. Założenia tej teorii, choć początkowo ograniczonej wyłącznie do korzystania z pornografii, odnoszą się w praktyce klinicznej także do innych czynności podejmowanych przez osoby doświadczające CSBD.

Wpływ czynników neurologicznych (Briken, 2020)

Badania wskazały, że niektóre regiony mózgu, odpowiadające za regulowanie przyjemności i samokontroli, mogą u osób z CSBD być nadmiernie aktywne lub funkcjonować mniej efektywnie. Przykładowo, obszary odpowiedzialne za odczuwanie nagrody mogą być bardziej wrażliwe na bodźce seksualne, podczas gdy te odpowiadające za hamowanie impulsów, mogą nie działać właściwie w przypadku wystąpienia bodźca. Może to skutkować odczuwaniem przez człowieka intensywnego pragnienia podjęcia czynności seksualnej przy jednoczesnej ograniczonej zdolności do kontrolowania impulsów.

Czynniki endokrynologiczne (Flanagan i in., 2022)

Zgodnie z tą teorią, kluczowy wpływ na rozwój objawów CSBD mają dwa neuroprzekaźniki: oksytocyna i dopamina. Oksytocyna, zwana hormonem miłości, działa jako mechanizm obronny, regulując stres i zwiększając przyjemność związaną z bliskością. Dlatego też jej nadmierne występowanie może wzmacniać skłonność do podejmowania kompulsywnych zachowań seksualnych. Z kolei dopamina, znana jako hormon przyjemności, intensyfikuje pragnienie i motywację do powtarzania seksualnych doświadczeń ze względu na ich nagradzający charakter. Nadmierna aktywność dopaminowa może prowadzić do desensytyzacji receptorów, skłaniając do poszukiwania coraz bardziej intensywnych doznań seksualnych. Ważną rolę w obniżaniu poziomu tych neuroprzekaźników może odgrywać leczenie farmakologiczne, a także oddziaływania terapeutyczne, rozwijające umiejętność regulowania stresu i impulsów, które wpływają na ograniczenie ich wydzielania.

Wskazówki do podejmowania interwencji terapeutycznych

Używanie stosowanych w przeszłości podejść opisujących utratę kontroli nad zachowaniami seksualnymi przekłada się na różne ścieżki konceptualizacji i leczenia osób doświadczających CSBD (np. traktowanie go w kategoriach uzależnienia lub zaburzeń kompulsywnych). Może także prowadzić do używania terminów mających różne znaczenie (hiperseksualność, uzależnienie od seksu, kompulsywna seksualność) jako synonimów, powodując dodatkową niespójność w podejściach do leczenia oraz prowadząc do dezorientacji wśród klientów/ek. Z tego powodu przy podejmowaniu interwencji terapeutycznych rekomendujemy stosowanie kategorii proponowanej w ICD-11, tj. kompulsywne zaburzenie zachowań seksualnych i posługiwanie się zaproponowaną dla niego konceptualizacją (Borgogna i in., 2022).

Ponieważ zgodnie z ICD-11 CSBD jest traktowane jako zaburzenie powiązane z impulsywnością i kompulsywnością, proces terapeutyczny powinien koncentrować się na strategiach zarządzania impulsami, a nie na leczeniu uzależnienia. W praktyce klinicznej oznacza to stosowanie podejścia zmierzającego do poprawy kontroli nad impulsami seksualnymi oraz ograniczenia występowania lub zmiany sposobu przeżywania emocji powodujących dyskomfort, takich jak depresja, obniżony nastrój czy lęk. Zgodnie z naszymi doświadczeniami klinicznymi ważne znaczenie w procesie leczenia odgrywa wspierająca relacja terapeutyczna. Kluczowymi elementami tej postawy są (Smaś-Myszczyżyn, 2019):

- **Akceptacja dla różnorodności seksualnej**, tj. akceptowanie zarówno seksualności pacjentów/ek, jak i jej różnych przejawów, pod warunkiem że są one konsensualne i nie naruszają norm prawnych.
- **Wycofanie moralnej oceny**, tj. unikanie oceny zachowań seksualnych. Chociaż nie należy bagatelizować potencjalnie ich szkodliwych konsekwencji, moralna ocena może uniemożliwić zbudowanie dobrej relacji terapeutycznej, a także powodować pogłębianie doświadczenia przez pacjentkę/ta niezgodności moralnej, nasilając cierpienie.
- **Rozróżnienie patologicznych i zdrowych reakcji seksualnych**, tj. wsparcie klientki/ta w identyfikacji, które potrzeby i zachowania seksualne są (potencjalnie) szkodliwe, które zaś wydają się być zdrowym sposobem realizacji ich seksualności.

- **Uważność na własne reakcje**, tj. świadome obserwowanie własnych reakcji i uczuć w odpowiedzi na zagadnienia poruszane w trakcie terapii.
- **Szacunek dla intymności, eliminacja wstydu**, tj. dbałość przez osobę prowadzącą leczenie o stworzenie bezpiecznego środowiska, w którym osoba korzystająca z terapii może otwarcie wyrażać swoje myśli i uczucia bez obawy o ocenę. Obejmuje oto także poufność w odniesieniu do informacji uzyskanych w trakcie procesu leczenia.

Rekomendowane interwencje terapeutyczne

Jako najważniejsze interwencje terapeutyczne stosowane w leczeniu CSBD literatura przedmiotu rekomenduje:

- **Psychoedukację** (Turner i in., 2022), obejmującą informacje o CSBD, w tym kontroli impulsów, wpływie impulsywności, wyuczonych zachowań oraz czynników wyzwalających na podejmowanie zachowań seksualnych, edukację w zakresie zarządzania stresem i alternatywnych metod radzenia sobie z nim oraz dotyczącą kryteriów ustalania czy dane zachowanie seksualne jest zdrowe.
- **Indywidualną i grupową terapię poznawczo-behawioralną oraz terapię trzeciej fali, takie jak ACT** (Turner i in., 2022; Borgogna i in., 2022, Antons i in., 2022), polegające na identyfikacji i modyfikacji myśli, emocji i zachowań podtrzymujących problematyczne zachowania seksualne, w tym rozwijaniu umiejętności radzenia sobie w sytuacjach wyzwalających, prowadzących do zwiększenia kontroli nad impulsywnością seksualną, a także rozwoju umiejętności przetwarzania myśli i uczuć bez prób ich kontrolowania lub unikania.
- **Indywidualną i grupową terapię psychodynamiczną** (Müldner-Nieckowski, 2022).
W terapii hiperseksualności możliwe jest także w odniesieniu do niektórych pacjentek/ów korzystanie z nurtu psychodynamicznego. Przede wszystkim wymaga ona zdolności i gotowości do refleksji, stabilnego stanu psychicznego oraz silnej motywacji do pracy nad trudnościami będącymi źródłem problemowych zachowań. Poza wykorzystywanym także w podejściach związanych z CBT rozwijaniem umiejętności rozpoznawania mechanizmów poznawczych uzależnienia oraz pracą nad wprowadzeniem zmian behawioralnych obejmuje ona także pracę nad lękiem, kontrolą,

napięciem emocjonalnym, wstydem i poczuciem winy, występującymi zaburzeniami więzi, rozpoznawaniem funkcji niekontrolowanych zachowań seksualnych czy też doświadczeniami urazowymi.

- **Terapię opartą na uważności** (Efrati i Gola, 2018) polegającą na rozwijaniu umiejętności obserwacji myśli, emocji i doznań cielesnych w sposób nieosądzający, co pomaga w radzeniu sobie z dyskomfortem psychicznym i emocjonalnym. W efekcie skutkuje ona zmniejszeniem stresu i lepszym zarządzaniem impulsami seksualnymi.
- **Grupy samopomocowe, tzw. grupy dwunastokrokowe** (Efrati i Gola, 2018), takie jak Anonimowi Uzależnieni od Seksu i Miłości (SLAA) oraz Anonimowi Seksoholicy (SA), oferujące programy wykorzystujące elementy rozwoju duchowego i zmiany behawioralnej oparte na wsparciu społeczności. Skuteczność tych podejść nie została udowodniona naukowo, jednak jak wynika z doświadczenia klinicznego, mogą one okazać się pomocne dla niektórych osób. Rekomendujemy znaczną ostrożność w ich poleceniu. Założenia działania tych grup odbiegają znacznie od aktualnych ustaleń dotyczących zaburzeń kontroli zachowań seksualnych, mogą powodować dezorientację u klientów/ek, a także wpływać na ich rezygnację z terapii. Z doświadczenia klinicznego wynika ponadto, że założenia tych wspólnot mogą być dla wielu osób opresyjne (np. uznawanie jako „trzeźwości seksualnej” wyłącznie kontaktów seksualnych w relacji małżeńskiej, zakaz masturbacji czy stygmatyzacja osób nieutrzymujących „trzeźwości seksualnej”).
- **Terapię farmakologiczną** (Turner i in., 2022), zalecającą leczenie farmakologiczne obejmujące stosowanie leków z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (np. paroksetyny), które mogą pomóc w lepszym zarządzaniu impulsami seksualnymi oraz redukcji obsesyjnych myśli dotyczących czynności seksualnych. W badaniach wskazuje się także możliwość stosowania naltreksonu (antagonisty opioidowego), który może ograniczać poczucie przymusu angażowania się w zachowania seksualne.

CSBD a problemowy chemsex

Jak zaznaczono wyżej, uzależnienia od substancji są jednym z obszarów współchorobowości w przypadku opisywanej problematyki, stąd warto mieć na uwadze, że w grupie osób zgłaszających problem z CSBD, części

z nich będzie dotyczył problem chemsexu (por. Walendzik-Ostrowska, 2024). W pracy terapeutycznej pomocne może być zwrócenie uwagi na szczególne obszary ryzyka problemowego podejmowania zachowań typu chemsex, które zidentyfikowano w jednym z badań (Brodzikowska i in., 2023).

Wśród czynników natury biologicznej wyszczególniono przede wszystkim ADHD. Doświadczenia w pracy terapeutycznej z tą grupą pacjentów wskazują, że diagnoza, farmakoterapia, psychoedukacja, praca nad zrozumieniem i akceptacją zaburzenia oraz interwencje behawioralne ukierunkowane na poprawę funkcjonowania w tym obszarze dają dobre efekty terapeutyczne.

Wśród czynników psychologicznych zaobserwowano wpływ stresu mniejszościowego dotyczącego orientacji seksualnej, następnie – podobnie jak w przypadku badań nad hiperseksualnością (Bilejczyk i in., 2022), doświadczanie samotności, niskie poczucie własnej wartości, trudności z wyznaczaniem granic, doświadczenia traumatyczne, wykorzystanie seksualne w przeszłości, doświadczenia pracy seksualnej, zaburzenia nastroju, trudności w przeżywaniu emocji, impulsywność i kompulsywność oraz poczucie winy i wstyd związane z naruszaniem norm moralnych. Dodatkowymi czynnikami są: wczesna inicjacja narkotykowa i alkoholowa, doświadczenie zakażenia HIV oraz cechy osobowości z wiązek B i C¹.

Wydaje się, że jednym ze sposobów pracy ze stresem mniejszościowym u pacjentów nieheteroseksualnych może być wspieranie integracji ze społecznością LGBTI, co ma korzystny wpływ na zdrowie psychiczne. Tym niemniej należy zachować uważność na potencjalny dodatkowy stres związany z funkcjonowaniem w grupie nieheteroseksualnych mężczyzn, wyjaśniony teorią stresu wewnątrzmniejściowego (ang. *intra-minority stress*) Pachankisa (Pachankis i in., 2020). Ten dodatkowy stres jest związany z porównywaniem statusu (na który składają się męskość, atrakcyjność fizyczna i seksualna, a także sytuacja majątkowa) z innymi mężczyznami w społeczności, a także rywalizacją o niego. Powodowane nim trudności związane z poczuciem własnej wartości czy odczuwaniem chronicznego wstydu może mieć znaczenie w procesie pogłębionej terapii.

W obszarze społecznym najważniejsze czynniki związane są z wpływem konserwatywnej religijnie rodziny lub szkoły na postrzeganie własnej orientacji seksualnej, trudności w relacjach romantycznych, doświadczanie przemocy fizycznej i psychicznej w relacjach, a także do-

świadczenie odrzucenia w dzieciństwie i dorosłości, w tym także przemoc rówieśnicza. Wszystko to może wpływać na kształtowanie się określonego stylu przywiązania, poczucie własnej wartości oraz poziom odczuwanego wstydu. Zasadnym wydaje się identyfikowanie kluczowych przekonań pacjenta na swój temat i praca nad nimi, ale także uważność na relację terapeutyczną i praca na niej. Wykorzystując powyższe czynniki, zaproponowano model kolejności interwencji terapeutycznych. Warto nie traktować go sztywno i dostosować do sytuacji danego pacjenta. W większości przypadków potrzebna może być równoległa praca nad różnymi obszarami. Tym niemniej punktem wyjścia powinno być budowanie relacji terapeutycznej, która pozwala na stworzenie silnego przymierza terapeutycznego, umożliwiającego następnie przeżywanie korektywnych doświadczeń. W kolejnym kroku warto skupić się na terapii uzależnień i kontroli impulsów, a także na przeformułowaniu przekonań klienta o seksualności. Istotna jest tutaj wiedza terapeuty/terapeutki w tym zakresie, pozwalająca na podejmowanie również interwencji z obszaru psychoedukacji seksualnej. Aby uzyskać trwałe efekty terapii ważna jest jednak praca nad źródłami podejmowania niechcianych zachowań. Stąd konieczne do opracowania są trudności emocjonalne, poczucie własnej wartości, praca nad traumą, stylem przywiązania i innymi problemami ujawniającymi się w toku terapii. Na każdym z tych etapów należy pamiętać o omawianiu z pacjentem możliwych do podjęcia strategii redukcji szkód adekwatnych do jego sytuacji.

Bibliografia dostępna online.

Otwórz link: www.bit.ly/artykułCSBD lub zeskanuj kod QR:



Przypisy

¹ Do wiązki B należą zaburzenia antyspołeczne, narcystyczne, borderline i histrioniczne (zachowanie impulsywne, emocjonalne i zmienne), zaś wiązka C obejmuje osobowość zależną, obsesyjno-kompulsyjną i unikającą (zachowanie postrzegane jako nerwowe i lękliwe).

W odniesieniu do potencjalnej jazdy z nietrzeźwym kierowcą osoby badane jako normę, właściwą reakcją podawały odmowę bycia pasażerem. Rekomendowano różne działania, które miałyby uniemożliwić prowadzenie w takim stanie, np. zamianę miejscami z trzeźwym kierowcą, skorzystanie z transportu publicznego, odebranie kluczyków, powiadomienie służb.

POTOCZNE OPINIE NA TEMAT PROWADZENIA POJAZDÓW POD WPŁYWEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

*Marcin J. Sochocki
Fundacja Poza Schematami*

Przygotowując się do realizacji kampanii społecznych dotyczących używania legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych m.in. przez osoby uczestniczące w ruchu drogowym¹ prowadziliśmy badania, których celem było zobrazowanie opinii grup docelowych na wybrane tematy, stanowiące przedmiot kampanii. Informacje te wykorzystaliśmy, formułując przekazy i przygotowując spoty, opracowując artykuły, ulotki, broszury itp. Wydaje mi się jednak, że zebrany w trakcie badań materiał ma bardziej ogólny charakter i może być użyteczny także dla osób zajmujących się profilaktyką zachowań ryzykownych i promocją zdrowia.

Poniżej przedstawiam wybrane wyniki dwóch badań przeprowadzonych za pośrednictwem indywidualnych wywiadów pogłębionych (online)². Pierwsze zrealizowano w 2020 roku wśród 30 uczestników ruchu drogowego, w tym 9 kobiet (większość badanych to kierowcy, którzy deklarowali częste prowadzenie samochodów – 21 osób, kolejnych 4 badanych to kierowcy rzadko siadający za kierownicą, pozostali to uczestnicy ruchu drogowego niekierujący samochodami – 5 respondentów)³. W drugim badaniu, zrealizowanym w 2023 roku, udział wzięło również 30 osób, w tym 15 mężczyzn⁴.

Rozmawiając z badanymi posługiwaliśmy się określeniem „narkotyki” (a nie np. „substancje psychoaktywne”), mimo że może ono być postrzegane jako nie dość precyzyjne, a niekiedy etykietujące⁵. Jednak za wyborem tego terminu przemawiało jego powszechne używanie, a w badaniach zrozumiałość (trafność) była priorytetem.

Badanie z 2020 roku

Opinie na temat prowadzenia pojazdów pod wpływem narkotyków i oczekiwanego zachowania (potencjalnych) pasażerów

Część badanych była przeciwna lub zdecydowanie przeciwna prowadzeniu samochodu pod wpływem narkotyków (lub alkoholu). Uważano, że jest to zachowanie niebezpieczne i nieodpowiedzialne. „Nie powinno to mieć miejsca, nigdy”⁶; „Trzeba zabrać prawo jazdy na zawsze, bez możliwości odzyskania”; „Jest to zachowanie nieodpowiedzialne, naraża siebie i innych”; „Jestem w 100% przeciw używaniu jakichkolwiek środków”; „Nawet po łyku piwa nie siadam za kółko”; „Nie powinno się jeździć i cieszyć się, że jest to karane, bo to odstrasza”; „Kategoryczny zakaz, ponieważ każdy organizm reaguje inaczej, dlatego zakaz powinien być kategoryczny”; „Jestem przeciwniczką wyraźną”; „Niedozwolone i powinno być surowo karane. Alkohol i narkotyki są na równi niebezpieczne dla kierowców”.

Pewna grupa uczestników badania uważała, że w sytuacji, gdy kierowca jest pod wpływem środków odurzających, nie wolno wsiadać do samochodu w roli pasażera i powinno się podjąć działania zmierzające do uniemożliwienia takiej osobie prowadzenia pojazdu (np. zabrać kluczyki, powiadomić służby mundurowe lub zastosować przemoc fizyczną). Niektórzy dzielili się swoimi doświadczeniami z podobnych sytuacji. Odnotowano opinię, że jeśli interwencja się nie powiedzie, to niech nietrzeźwy kierowca jedzie sam (nie uważano za właściwe zawiadomienie policji). Pojawiła się także wypowiedź, w której badany mówił, iż trudno jest

mu w takiej sytuacji zawiadamiać policję, gdy dotyczy to jego znajomych, jednak w przypadku obcych osób nie miał już wątpliwości i uważał, że przypadki nietrzeźwości kierowców należy zgłaszać służbom mundurowym. „W ogóle nie wsiadać”; „Zabrać kluczyki, bo to niebezpieczne”; „Pasażer powinien nie dopuścić, zadziałać”; „Ja nie wsiadę z taką osobą, wolę taksówkę”; „Nie lubię takich sytuacji, gdy znajomi na imprezie, na weselu siadają za kółko. Nawet zdarzało mi się zabrać kluczyki”; „Pasażer nie powinien się zgodzić, jeśli jest świadomy”; „Pasażer powinien odmówić jazdy i uniemożliwić”; „Dać [nietrzeźwemu kierowcy] w czapkę”; „Powinni nie jechać z takim kierowcą i powstrzymać go od jazdy, zorganizować mu inną formę transportu, siłowo w ostateczności można spróbować”; „Powinni go powstrzymać, a w najgorszym przypadku powiadomić policję lub zabrać kluczyki do samochodu”; „Ostatecznie, jeśli nic nie da się zrobić, niech jedzie sam”; „Zgłaszam, nawet jak widzę, że ktoś jedzie zygzakiem, bo może zabić się, albo kogoś innego, albo mnie”; „Powinno się zgłosić na policję, ale znajomych trudno jest zgłosić. Co innego, jak osoba obca i po psychodelikach, to na pewno bym zgłosił”.

Z kolei inna grupa respondentów prezentowała odmienne podejście. Uważano, że niewielka ilość substancji psychoaktywnych w organizmie nie upośledza zdolności prowadzenia pojazdów w takim stopniu, aby jazda była niebezpieczna. W tym nurcie mówiono także, że jest to dopuszczalne w sytuacjach nadzwyczajnych, jednak wciąż byłoby to możliwe jedynie po spożyciu niewielkich ilości substancji psychoaktywnych. Pojawiła się opinia, że ważny jest rodzaj używki i jeśli jest to marihuana stosowana z umiarem, to prowadzenie pojazdów jest dopuszczalne: „Może po jednym piwku, na rowerze – tak, ale to wszystko”. Respondent by dopuszczał – „jeśli by to była mała ilość i skrajna konieczność”; „Ogólnie zdanie mam podzielone: po alkoholu absolutnie nie, ale po marihuanie już tak”; „Jestem przeciwny prowadzeniu pod wpływem twardych narkotyków, ale zgadzam się na prowadzenie pod wpływem miękkich, np. marihuana, ale prowadzenie musi się odbywać po minimum godzinie od przyjęcia”.

Odnotowano opinię, że najważniejsze jest uświadomienie potencjalnego pasażera o stanie, w jakim znajduje się kierowca (uczciwość) i jeśli jest pod wpływem umiarkowanej ilości marihuany, to można z takim kierowcą jechać. „Pasażera trzeba poinformować, żeby mógł sam podjąć decyzję”.

Badanie z 2023 roku

Temat nietrzeźwości kierowców⁷ i reakcji (potencjalnych) pasażerów podjęto w kolejnym badaniu, zrealizowanym trzy lata później. Badanych pytano także o skalę zjawiska oraz źródła wiedzy o nim. Tym razem respondenci byli podzieleni ze względu na kategorie wiekowe (istotne z perspektywy planowanych oddziaływań kampanijnych).

Osoby w wieku 18-23 lata

Część uczestników wywiadów z najmłodszej grupy uznała, że jest to znaczący problem. Jedna osoba stwierdziła, że jest to nagłaśniane zjawisko, a jego skala nie jest aż tak duża. Podobnie jedna osoba powiedziała, że problem jest umiarkowany i zarazem stwierdziła, że mógłby być bardziej nagłaśniany. Wypowiadające się osoby deklarowały, że wiedzę o tym zjawisku czerpią z mediów. Jedna osoba opisała sytuację jazdy nietrzeźwego kierowcy z własnego otoczenia. Zdaniem badanych prowadzenie pod wpływem alkoholu dotyczy głównie mężczyzn w różnym wieku (tu pojawiały się też bardziej konkretne wskazania, na osoby z omawianej kategorii wiekowej oraz 18-30 lat, po 35 r.ż., w średnim wieku). Stwierdzano, że nie ma zależności między nietrzeźwością kierowców a miejscem zamieszkania czy statusem społecznym, uznano także, iż zjawisko to dotyczy wszystkich kategorii społecznych. Odnotowano odmienną opinię, że nietrzeźwość kierowców częściej występuje na wsi (ze względu na rzadsze kontrole policji). Pojawiła się ocena, że w Polsce powszechne jest przekonanie, iż można prowadzić po wypiciu jednego piwa. „Sądząc po liczbie wypadków, nie jest to mały problem. (...) Chyba głównie mężczyźni. Co do wieku – to duży przedział. Inne rzeczy – miejsce zamieszkania, status społeczny – chyba nie różnicują”; „Jest to duży problem. (...) Bardziej mężczyźni w średnim wieku. I młodzi też, bo jednak alkohol dotyczy mocno młodych”; „Problem jest umiarkowany. Media o nim mówią, ale czy wystarczająco głośno? Nie mają znaczenia kategorie, każdy tak jeździ”; „W Polsce dużo takich sytuacji, że po jednym piwku się wsiada, a wtedy jest trzeźwość dyskusyjna. (...) Bardziej starsi i młodszy, mój rocznik”; „W mediach jest to duży problem – jazda po alkoholu. (...) Chyba bardziej mężczyźni”; „W mediach stereotypowo jest to raczej mężczyzna, średni wiek albo młody kierowca”; „Często się słyszy, problem nagłaśniony, ale nie myślę, że jest to aż tak duża skala. (...) Niestety, osoby 18-30 lat, raczej jednak mężczyźni. Raczej wieś – w mieście jest więcej policji”;

„Koledzy rano [po nocnej imprezie] stwierdzili, że jadą po bułki. Na rondzie ich wywaliło, samochód do kasacji, na szczęście nikomu nic się nie stało”.

Mówiono, że alkohol ma inny wpływ na organizm niż substancje psychoaktywne o podobnym działaniu, różnice dotyczyć miały np. percepcji. Pojawiła się opinia, że w ocenie zjawiska nietrzeźwości kierowców nie ma znaczenia rodzaj zażytej substancji psychoaktywnej. Jest to zagrożenie bezpieczeństwa na drodze. „Nie ma różnicy między alkoholem, narkotykami, dopalaczami za kierownicą”; „Jest różnica, bo organizm różnie reaguje po różnych substancjach. Ale pod względem bezpieczeństwa jazdy samochodem jest podobnie”; „Nietrzeźwość jakakolwiek [po alkoholu czy innych substancjach] wyklucza jazdę samochodem moim zdaniem”; „Po narkotykach i alkoholu są chyba inne reakcje organizmu, wizje, widzenie po alkoholu rozmazane, a po narkotykach inaczej”.

Opisując pożądane zachowanie (potencjalnych) pasażerów, w przypadku nietrzeźwości kierowców, stwierdzano, że nie należy podejmować jazdy, więcej – trzeba podjąć próbę niedopuszczenia do jazdy w ogóle, np. za pomocą perswazji, zabierając kluczyki. Można też ostrzec inne osoby o potencjalnym zagrożeniu. Wówczas, gdy nietrzeźwy kierowca prowadzi auto, należy podjąć bezpieczną próbę jego zatrzymania. Pojawiły się opisy interwencji podejmowanych przez respondentów. Jeden z badanych przekonał potencjalnie nietrzeźwego kierowcę do zbadania zawartości alkoholu w wydychanym powietrzu w komisariacie. Kolejny respondent stanowczo zabronił jazdy nietrzeźwemu kierowcy. Z kolei inny opis dotyczył sytuacji, w której badana, odczuwając presję, skorzystała z podwiezienia przez nietrzeźwego kierowcę: „Pasażerowie powinni nie wsiadać i próbować odciągnąć go od tego zamiaru, przekonać. Ostatecznie, jeśli będzie w naprawdę złym stanie, zabrać kluczyki i wtedy nawet nie wsiądzie”; „Pasażerowie powinni starać się bezpiecznie zatrzymać pojazd. Powinni nie pozwolić, żeby to on prowadził”; „Jeśli jeszcze nie ruszył, to przemówić kierowcy do rozsądku, jeśli nie poskutkuje, to ostrzec innych, jeśli nadal nie, to wysiąść”; „Po nim nie było widać, ale byłem świadomy, że jest po spożyciu. Po kilku godzinach (...). Udało się przekonać tę osobę, żeby iść na komisariat i się zbadać. (...) Na jednych to zadziała, a inni tylko siłą – zabranie kluczyków, zablokowanie auta”; „Sam miałem taką sytuację, podszedłem do samochodu, on już siedział za kierownicą, i złapałem go za ramię, i mówię: ‘Nie jedź!’. A on: ‘Spoko, spoko, tylko chciałem silnik odpalić’. To był obcy człowiek, ale z bliskiego otoczenia,

na camping”; „Ten pan był po czterdziestce, miał słaby ogład sytuacji, był delikatnie pod wpływem. Ja widziałam, jak on jedzie i nie czułam się bezpiecznie. Powiedziałam [żeby lepiej nie prowadził], ale nie miałam wyjścia. To był ojciec mojego byłego chłopaka i odwoził mnie do domu, to było w Zakopanem – inaczej nie miałabym jak wrócić. Wtedy nie miałam prawa jazdy. Dziś to ja bym prowadziła”.

Osoby w wieku 30-40 lat

Badani deklarowali, że mieli wiedzę o zjawisku prowadzenia pojazdów po spożyciu alkoholu z mediów i mediów społecznościowych. Stwierdzano, iż jest to duży problem. Niektórzy relacjonowali, że takie sytuacje miały miejsce w ich otoczeniu, wśród znajomych. Wyrażono dezaprobatę dla takiego zachowania. Zwrócono uwagę na dyskurs dotyczący zaostrenia kar za prowadzenie samochodów po spożyciu napojów alkoholowych. Mówiono, że zjawisko to dotyczy głównie mężczyzn – młodych lub w różnym wieku, o różnym statusie społecznym. „Słyszy się, że to duży problem (...). Głównie mężczyźni, wiek chyba nie ma znaczenia..., nie chcę wyrokować”; „Spory problem, słyszy się w mediach i na Facebooku. (...) Nie tylko młodzi ludzie wsiadają po alkoholu albo rano po nocnej imprezie, co jest chyba jeszcze gorsze. Wiek nie ma znaczenia, raczej mężczyźni. (...) Nie powinno się w ogóle pić alkoholu i jechać”; „To jest duży problem, niestety. Jeśli takie osoby, jak [tu wymieniane są nazwiska znanych postaci – artystów, celebrytów] zostały złapane, to ile nie zostało złapanych? (...) Ale może się coś trochę zmieniło, bo są teraz wyższe kary i więcej się o tym mówi. Znajomy jechał do szpitala po żonę po pępkowym, zatrzymali go i stracił prawo jazdy”; „Dotyczy chyba raczej mężczyzn, status społeczny obojętny”; „Z tego, co się słyszy, jest to duży problem. Kwestia, jakie kto ma wartości, czy myśli o konsekwencjach. (...) Byłem świadkiem takiej sytuacji, znajomi zabrali tej osobie kluczyki, przemówili do rozumu. Najważniejsza jest reakcja otoczenia – nie dopuścić”. Jedną z osób uczestniczących w wywiadach była w sytuacji, gdy kierowca był pod wpływem innych substancji psychoaktywnych niż alkohol. Wówczas starała się zapobiec jeździe, odmówiła też bycia pasażerką: „Sama miałam taką sytuację, wiele lat temu, jak byłam nastolatką. Po innych środkach, nie po alkoholu. Ja odradzałam tej osobie wsiadanie, ale bez skutku. Ja wtedy nie wsiadłam”.

Część respondentów stwierdzała, że potencjalni pasażerowie w sytuacji, gdy wiedzą, że kierowca jest pod wpływem alkoholu, powinni odmówić jazdy, uniemożliwić prowa-

dzenie w takim stanie, np. odbierając kluczyki, wybierając jako środek transportu taksówkę lub zamieniając się w roli kierowcy z trzeźwą osobą. Czasem mówiono, że należałoby dodatkowo poinformować lub wezwać odpowiednie służby (np. gdyby sprawa dotyczyła transportu publicznego).

„Pasażerowie nie powinni wsiadać, zabrać kluczyki, wezwać służby; prywatnie służby – nie, nie powinni robić temu znajomemu problemu. (...) Jeśli to osoba znajoma, to też nie dać wsiąść”; „Nie siadać, zabrać kluczyki. Odwieść go [pijanego] od tego zamiaru”; „Nie pozwolić, zamienić się. Zaproponować składkę na taksówkę”; „Trzeba zabrać kluczyki, uniemożliwić jazdę, w ostateczności wezwać policję”; „Nie wsiadać z nim. W ogóle nie wpuszczałbym do samochodu, wyłączyć silnik, zadzwonić po policję i zabrać kluczyki. Nie szarpać się z nim – niech oni się nim zajmą”.

Osoby w wieku 41-49 lat

Badani stwierdzali, że jest to duży problem, chociaż jedna osoba uznała, że zmalął on wskutek zmiany przepisów prawa. Wyrażano sprzeciw wobec nietrzeźwej jazdy. Mówiono, że jest to zjawisko, które dotyczy głównie młodych ludzi lub mężczyzn w różnym wieku. Pojawiło się stwierdzenie, że jazda pod wpływem alkoholu dotyczy starszego pokolenia, młodsze wybiera inne substancje psychoaktywne. Odnotowano opinię, że podstawowym determinantem nietrzeźwej jazdy jest styl używania alkoholu. Mówiono, że zjawisko to jest niezależne od statusu społecznego. Inne wskazanie dotyczyło mniejszych społeczności – wsi, ze względu na, jak stwierdzano, mniejsze natężenie kontroli drogowych. Zgodnie z kolejną opinią, problem nietrzeźwej jazdy w większym stopniu dotyczy środowisk artystycznych. Mówiono, że źródłem wiedzy na temat tego zjawiska są media. Niektórzy badani opowiadali o swoich doświadczeniach związanych z nietrzeźwością kierowców, także tych z okresu dzieciństwa. Jedna z osób opisywała swoje zachowanie w takiej sytuacji – odebranie kluczyków i zamówienie taksówki. „Oczywiście, że nie wolno. Żadna ilość!”; „Duży problem. Może mężczyźni bardziej, kobiety instynktownie mniej, chociaż nie chciałabym tu iść stereotypami. (...) Wiek jest bez znaczenia – bardziej to, ile ktoś pije i mu się wydaje, że może dużo wypić i na niego nie działa”; „Raczej ludzie młodzi i mniejsze miejscowości. ‘A, jestem u siebie, to mogę przejechać dwie ulice czy do drugiej wsi’. Mniejsza społeczności. Oni już o tym wiedzą, że nie ma kontroli, ‘mogę jechać kawałek’”; „W dzieciństwie stykałam się z tym, panowie sąsiedzi, jeden miał masarnię, drugi piekarnię, i wsiadali

do aut po alkoholu. Nie miał kto ich powstrzymać, mała miejscowość, wieś. (...) Teraz mam przykład znajomego, zawodowego kierowcy, który trzeźwieje w weekendy, żeby w poniedziałek iść do pracy, a pije co piątek”; „Wśród młodzieży może się zwiększa ryzyko, rośnie u nastolatków. Kiedyś raczej zarezerwowane to było dla dorosłych”; „W TV pokazują, jak w różnych akcjach dużo osób jest łapanych. (...) Teraz jest to słynne powiedzenie Jerzego Stuhra”; „Może środowiska artystyczne [częściej jeżdżą po alkoholu]. To jest bardziej nagłośnione. Młodzi ludzie”; „Jest to bardzo poważny problem z jazdą na podwójnym gazie. Nie jest to zależne od kategorii [społecznej]. Z tego, co się czyta w gazetach, na portalach – wszyscy”; „Miałem taką sytuację, zareagowałem, zabrałem człowiekowi kluczyki. Ledwo go znałem, widziałem może ze dwa razy. Zamówiliśmy mu z ojcem taksówkę. Następnego dnia przyszedł skruszony po kluczyki”; „Spadało [zjawisko prowadzenia po alkoholu]. Jak z wykroczenia stało się przestępstwem. Teraz to chyba jest linia ciągła, na stałym poziomie. (...) Kategorie społeczne nie mają tu znaczenia. Starsze osoby raczej alkohol, młodsze częściej niż starsze – dopalacze albo narkotyki, po prostu dlatego, że częściej je stosują”.

Relacjonowano, że nie należy być pasażerem nietrzeźwego kierowcy. Stwierdzono, że obowiązkiem jest uniemożliwienie jazdy kierowcy pod wpływem alkoholu, np. poprzez zabranie kluczyków lub powiadomienie służb.

„Zabrać kluczyk. (...) Samemu wysiąść to za mało, bo tu chodzi o bezpieczeństwo innych”; „Próbowałabym przemówić do rozsądku, a jak nie poskutkowałoby, to bym postraszyła, że zadzwonię na policję. W ostateczności zadzwoniłabym na naprawę”; „Powinno się go otrzeźwić, [w ten sposób, że] zgłosić na policję, żeby raz na zawsze się nauczył, ale wobec członków rodziny – czy jesteśmy na to gotowi? (...) Ale powinno się zgłaszać na policję”; „Trzeźwy powinien zareagować, zamienić się z kierowcą. (...) Kategorycznie zabronić jazdy po alkoholu”; „Pasażer powinien zadzwonić na policję, podać numer auta i kierunek jazdy. To się wtedy szybko załatwi, ale czasem i tak może być za późno. Widziałem takie akcje na drogach np. w niedzielę rano”; „Zaniechać! Nie dopuścić! Odebrać kluczyki. Nie wsiadać”.

Osoby w wieku 60 +

Respondenci mówili, że jest to zauważalny problem lub że on narasta (ze względu na dużą dostępność napojów alkoholowych). Jako źródło wiedzy na ten temat wskazywano media. Uważano, że prowadzenie po wypiciu napojów

alkoholowych nie jest właściwe. Odnotowano opinię, że ostatnio zmalało przyzwolenie społeczne na jazdę po alkoholu. Mówiono, że problem ten dotyczy zarówno „elit”, jak i „maluczkich”. Wskazywano na młodzież jako osoby szczególnie często jeżdżące pod działaniem alkoholu. Niektórzy respondenci przyznawali, że zdarzało się, iż prowadzili samochód będąc pod wpływem alkoholu, teraz jednak zaniechali takich praktyk ze względu na konsekwencje. „Jest to problem. Wiele osób rezygnuje z jazdy, bo obawia się konsekwencji. Było zdecydowanie gorzej. Było przyzwolenie społeczne i rzadko jakieś konsekwencje, poza wypadkami. Sam – zdarzało się – wsiadałem kiedyś po kieliszku. Teraz się nie odważę ze względu na konsekwencje”; „Zetknąłem się, najczęściej była jakaś reakcja otoczenia, perswazja. Kiedyś tolerancja była wyższa, od kilkunastu lat nie zdarzyło mi się widzieć takiej sytuacji. Kiedyś reakcje bardziej delikatne”; „Bezpośrednio się nie zetknęłam, ale w mediach to jest przerażające, za dużo tego. Ja w ogóle tego nie dopuszczam”; „Istotne jest nagłośnienie, widać, że problem dotyczy elit – posłowie, prokuratorzy – ale maluczcy też to robią. (...) Nie ma żadnego usprawiedliwienia”; „Raz jechałem po jednym kieliszku po kolegę na lotnisko, ale widok komisariatu mnie otrzeźwił i zawróciłem”; „Niestety ten problem narasta, bo dostęp do alkoholu jest bardzo powszechny. Dotyczy to w dużej mierze młodzieży”; „Tak, to duży problem. Tyle policyjnych łapanek, tylu ludzi jeździ. Słyszysz się, ile tysięcy złapali w jeden weekend. Nieraz się słyszy, że stanowisko czy wykształcenie też [nie sprawia, że się nie jeździ po alkoholu]”.

W jednej wypowiedzi respondent dokonał porównania ryzyka związanego z używaniem alkoholu i nowych substancji psychoaktywnych, stwierdzając, że sięganie po te drugie wiąże się z większym ryzykiem. „Alkohol jest mimo wszystko bardziej przewidywalny niż dopalacze”.

Badani byli zdania, że nie powinno się jechać z kierowcą będącym pod wpływem alkoholu. Należy zareagować, gdy jest on nietrzeźwy, nie dopuścić do jazdy, zamienić się z kierowcą, zawiadomić służby. Jeden z respondentów przyznał, że w latach 80. i 90. był pasażerem nietrzeźwych kierowców. Jednak teraz zaniechał takich praktyk, ze względu na zmianę – brak przyzwolenia społecznego na taką jazdę. „Zdecydowanie! [zareagować]. Zawiadomić policję, nie dopuścić do ruszenia z miejsca. W latach 80.-90. zdarzało mi się wsiadać z nietrzeźwym kierowcą. Wtedy odbiór społeczny był inny”; „Powinni się wymienić, za kierownicę powinien wsiąść ten trzeźwy. Pijany może być agresywny, nieprzewidywalny. Nie jechać, absolutnie”; „Za-

brać kluczyki, wsiąść i zawołać policję”; „Trzeba reagować, bez dwóch zdań, chodzi o życie nasze i innych. Nie pozwolić wsiąść za kierownicę, zabrać kluczyki, zero-jedynkowo”.

Na zakończenie

Zebrany materiał tworzyły wypowiedzi, na które składały się doświadczenia badanych, obserwacje, zdroworozsądkowe racjonalizacje, a także obiegowe opinie, czasem kierowane przez aktualnie poruszane tematy w środkach masowego przekazu. Mimo że udało nam się zgromadzić respondentów prezentujących różne postawy dotyczące używania substancji psychoaktywnych w kontekście ruchu drogowego, to wyraźne były przekonania normatywne, które w perspektywie zdrowia publicznego można uznać za pozytywne – sprzeciw wobec prowadzenia pojazdów pod wpływem substancji psychoaktywnych.

Podobnie w odniesieniu do potencjalnej jazdy z nietrzeźwym kierowcą jako normę, właściwą reakcją podawano odmowę bycia pasażerem; rekomendowano różne działania, które miałyby uniemożliwić prowadzenie w takim stanie (np. zamiana z trzeźwym kierowcą, skorzystanie z transportu publicznego, odebranie kluczyków, powiadomienie służb). Warto zaznaczyć, że czasem sprzeciw wobec prowadzenia pojazdów pod wpływem substancji psychoaktywnych oraz jazdy z nietrzeźwym kierowcą obejmował także retrospektywną analizę własnych postaw respondentów. Badani w tych przypadkach relacjonowali zmianę norm i zachowań. W 2023 roku uczestnicy wywiadów ze wszystkich wyróżnionych grup mówili, że nietrzeźwość kierowców jest dużym problemem (choć w przypadku najmłodszej grupy respondentów odnotowano również wypowiedzi odmienne)⁸. Stwierdzano także, że na przestrzeni lat zjawisko nietrzeźwości kierowców narasta lub maleje (w tym ze względu na mniejsze przyzwolenie społeczne dla takich zachowań)⁹. Wskazywano grupy, których problem ten może dotyczyć w większym zakresie, wymieniano: mężczyzn w różnym wieku, młodych mężczyzn lub ogólnie osoby młode¹⁰, środowiska artystyczne, mieszkańców niewielkich miejscowości. Tylko w przypadku ostatniej z wymienionych grup podano uzasadnienie, którym miały być (zdaniem wypowiadających się osób) rzadsze policyjne kontrole trzeźwości kierowców. Można przypuszczać, że dla respondentów nietrzeźwość osób prowadzących w sposób oczywisty, nie wymagający wyjaśniania, kojarzona była z młodością i płcią męską¹¹. Wskazanie na środowiska artystyczne kojarzyłbym raczej z tym, że w okresie realizacji badań

środki masowego przekazu dość intensywnie zajmowały się kilkoma przypadkami niebezpiecznych zachowań na drodze kierowców-celebrytów w związku ze spożywaniem napojów alkoholowych. Podczas badań stwierdzano także, że nietrzeźwa jazda w zasadzie nie odnosi się w sposób szczególny do jakiejś grupy wyróżnionej przez zmienne socjodemograficzne.

W gronie respondentów byli i tacy, którzy dopuszczali kierowanie pojazdami pod wpływem niewielkich ilości alkoholu lub po umiarkowanym spożyciu marihuany, a także bycie pasażerem nietrzeźwego kierowcy. Takie przekonania są niewłaściwe z perspektywy bezpieczeństwa ruchu drogowego¹² i zdrowia publicznego¹³. Wydaje się, że w tych wypowiedziach pobrzmiewały mity o braku negatywnego wpływu substancji psychoaktywnych na umiejętności kierowców; dotyczyło to szczególnie picia piwa („jednego piwka”) i używania marihuany. Czasem czyniono dystynkcję pomiędzy napojami alkoholowymi a marihuaną, obejmując zakazem prowadzenie pojazdów w przypadku wypicia tych pierwszych i zarazem dopuszczając kierowanie po użyciu marihuany. To rozróżnienie zapewne odnosi się do obiegowej narracji przeciwstawiającej marihuanę alkoholowi. Zgodnie z tym ujęciem rzecz formułowana jest w formie paradoksu – marihuana przedstawiana jest jako nieszkodliwa używka, a mimo to nielegalna, zaś alkohol, którego spożywanie prowadzi do szeregu szkód, jest legalnie dostępny. Odnotowano także stanowisko, zgodnie z którym to spożywanie alkoholu miało być „bardziej przewidywalne” niż używanie nowych substancji psychoaktywnych.

Zrelacjonowane przekonania o dopuszczalności używania substancji psychoaktywnych przez osoby kierujące pojazdami, podobnie jak opinie na temat pozytywnego wpływu alkoholu na kondycję i sprawność, a także stwierdzenia o powszechności zjawiska prowadzenia samochodów pod wpływem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych można potraktować jako ilustrację potrzeby realizacji działań profilaktycznych oraz edukacyjnych¹⁴.

Przypisy

¹ Były to dwie kampanie. Pierwsza to „Bez chemii na drodze” (<https://bezchemiina drodze.pl>). Kampanię tę, jako zadanie publiczne, realizowano w ramach Narodowego Programu Zdrowia i współfinansowano ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Druga kampania to „Na zdrowie” (<https://kampaniainazdrowie.pl>), zadanie to zostało także dofinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, tym razem na zlecenie Krajowego Centrum Prze-

ciwdziałania Uzależnieniom. Obie kampanie, w tym badania, zrealizowała Fundacja Poza Schematami.

² Osoby zaangażowane w badania: dr hab. prof. UKSW Marcin Jewdokimow (badania z 2020 r.), dr hab. Magdalena Łukasiuk (badania z 2020 r. i 2023 r.); w przypadku obu badań autorem i kierownikiem projektów badawczych był niżej podpisany.

³ Najmłodszy badany miał 19 lat, najstarszy – 49 lat. Najmłodsza grupa respondentów, do 25 r.ż. liczyła 14 osób, badani w wieku od 26 lat do 32 lat – 7 osób, od 36 lat do 45 lat – 8 osób, 49 lat – 1 osoba. Rodzicami było 9 respondentów. W gronie udzielających wywiadów 4 osoby miały wykształcenie zasadnicze zawodowe lub niższe, najwięcej, bo 14 osób legitymowało się wykształceniem niepełnym średnim, średnim albo policealnym, z kolei 4 osoby to studenci, a 8 badanych posiadało wykształcenie wyższe (licencjat, inżynier, magisterium).

⁴ W badanej grupie znalazło się 8 osób w wieku od 18 do 23 lat, także 8 w wieku od 30 do 40 lat, wśród respondentów było 8 rodziców w wieku od 41 do 49 lat oraz 6 osób w wieku 60 i więcej lat. Wśród uczestników wywiadów 1 osoba miała stopień doktora, 13 osób legitymowało się wykształceniem wyższym magisterskim, 1 respondent to inżynier, także 1 był studentem z dyplomem licencjata, 6 – to studenci bez takiego dyplomu, 7 – badanych miało wykształcenie średnie, a 1 osoba uczyła się w liceum.

⁵ M. Bujalski, J. Klingemann, „Słownik uzależnień”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021, s. 12, dostępne na: <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/jezyk-pomocy-w-uzaleznieniach-sloownik-terminologiczny.pdf> [dostęp: 17.02.2024].

⁶ Są to cytaty z wypowiedzi respondentów.

⁷ W badaniach abstrahowaliśmy od, mającego zastosowanie w przepisach prawa, rozróżnienia na stan po użyciu alkoholu i stan nietrzeźwości (na ten temat por. M. Arczewska, „Prawne aspekty używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w ruchu drogowym” w: „Bez ryzyka na drodze”, Fundacja Poza Schematami, Warszawa 2021, s. 18).

⁸ W 2022 r. policja ujawniła 104 467 osób kierujących pojazdami pod działaniem alkoholu. E. Symon, P. Rzepka (opr.), „Wypadki drogowe w Polsce w 2022 r.”, Biuro Ruchu Drogowego Komenda Główna Policji, Warszawa 2023, s. 70.

⁹ W latach 2013–2022 odnotowano trend malejący wypadków drogowych z udziałem użytkowników dróg będących pod działaniem alkoholu, z 4018 w 2013 r. do 2248 w 2022 r. (tamże, s. 63).

¹⁰ Warto nadmienić, że według danych policji – „Analizując strukturę wiekową sprawców kierujących będących pod działaniem alkoholu, najwięcej wypadków powodują osoby z grupy 25–39” (tamże, s. 68) – 43,2%, drugą (pod względem odsetka spowodowanych wypadków) kategorią wiekową są osoby mające od 40 do 59 lat – 30,0%. W przypadku osób do 24 roku życia jest to 19,0%. Wśród sprawców wypadków kierujących pojazdami, którzy byli pod działaniem tzw. innego środka (niż alkohol), najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku od 25 do 39 lat – 57,4% (tamże, s. 71).

¹¹ Należy pamiętać, że mężczyźni częściej są kierowcami, przynajmniej jeśli za wskaźnik przyjąć liczbę praw jazdy. Według stanu na 31 grudnia 2021 r., mężczyźni posiadali 58,7% praw jazdy. Opr. na podstawie danych udostępnionych przez Centralną Ewidencję Pojazdów i Kierowców, dostępne na: <http://www.cepik.gov.pl/documents/76251/76577/Prawa+jazdy+wg+stanu+na+31.12.2021/4ff94059-237b-40be-af13-a68e100c4d9f> [dostęp 18.02.2024]. Policjanci analitycy kierowców w wieku od 18 do 24 lat traktują jako grupę szczególną, „(...) którą cechuje brak doświadczenia i umiejętności w kierowaniu pojazdami i jednocześnie duża skłonność do brawury i ryzyka”, E. Symon, P. Rzepka, wyd. cyt., s. 28.

¹² Z policyjnych danych wynika, że w „(...) 2022 roku użytkownicy dróg (kierujący, piesi, pasażerowie) będący pod działaniem alkoholu uczestniczyli w 2 248 wypadkach drogowych (10,5% ogółu wypadków), śmierć w nich poniosło 268 osób (14,1% ogółu zabitych), a 2 567 osób odniosło obrażenia (10,4% ogółu rannych). (...) Kierujący pojazdami będący pod działaniem innego środka byli sprawcami 101 wypadków, w których 30 osób zginęło, a 113 zostało rannych oraz 307 kolizji.” Tamże, s. 62 i 71.

¹³ Na temat szkodliwego wpływu substancji psychoaktywnych na kierowców i innych uczestników ruchu drogowego por. np. „Substancje psychoaktywne w ruchu drogowym”, <https://bezchemiina drodze.pl/substancje/> [dostęp: 17.02.2024].

¹⁴ Osoby zainteresowane wynikami badań dotyczących używania substancji psychoaktywnych przez zawodowych kierowców odsyłam do tekstu <https://bezchemiina drodze.pl/zawodowi-kierowcy-o-alkoholu-i-narkotykach-w-pracy/>

Celem oszacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków jest dostarczenie podstaw do kształtowania polityki wobec narkotyków, w tym oceny potrzeb w zakresie leczenia uzależnień, a także redukcji szkód czy pomocy socjalnej. Określenie potrzeb w tym względzie może z jednej strony spełnić rolę czynnika stymulującego rozwój oferty pomocowej, a z drugiej sprzyjać jej racjonalizacji.

OSZACOWANIE LICZBY PROBLEMOWYCH UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW

Janusz Sierosławski
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

W latach 90. poprzedniego stulecia wykonano w Polsce wiele oszacowań lokalnych dotyczących liczby problemowych użytkowników narkotyków (Sierosławski, 2000, 2006, 2007, 2010; Bujalski, 2006). Oszacowanie w skali kraju po raz pierwszy przeprowadzono w 1994 roku (Moskalewicz, Sierosławski, 1995). Wówczas to liczbę problemowych użytkowników opioidów dla 1993 roku określono metodą wielokrotnego połowu (*capture-recapture*) dla dwóch województw – wrocławskiego i kieleckiego. Bazując na wskaźnikach doszacowania, które zostały określone na podstawie danych lecznictwa stacjonarnego oraz danych policji, ekstrapolowano wyniki z tych województw na poziom całego kraju. Wskaźnik dla danych z lecznictwa stacjonarnego wynosił 4,6, tzn. oszacowana liczba była 4,6 razy większa niż liczba pacjentów i dla danych policyjnych – 2,4. Wykorzystując te wskaźniki, liczbę problemowych użytkowników opioidów w skali kraju określono na 20-40 tys. osób (Moskalewicz, Sierosławski, 1995; Sierosławski, Zieliński, 1997). Trzeba pamiętać, że w tamtych czasach zdecydowaną większość problemowych użytkowników narkotyków stanowili użytkownicy opioidów, produktów domowego przetwórstwa surowca pozyskiwanego ze słomy makowej.

Celem oszacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków jest dostarczenie podstaw do kształtowania polityki wobec narkotyków, w tym oceny potrzeb w zakresie leczenia uzależnień, a także redukcji szkód czy pomocy socjalnej. Oszacowanie potrzeb w tym względzie może z jednej strony spełnić rolę czynnika stymulującego rozwój oferty pomocowej, a z drugiej sprzyjać jej racjonalizacji. Wśród problemowych użytkowników narkotyków szczególnie miejsce zajmują problemowi użytkownicy opioidów.

Celem oszacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków z tej kategorii jest ponadto dostarczenie podstaw do oceny potrzeb w zakresie leczenia substytucyjnego. W Polsce ten typ terapii pozostaje w tyle za potrzebami, dostępność tej formy leczenia jest dalece niezadowalająca, wystarczy wspomnieć, że w tej kwestii zajmujemy jedno z ostatnich miejsc w Europie (EMCDDA, 2010). Oszacowanie potrzeb w tym względzie może zatem przyczynić się do rozwoju oferty w tym zakresie.

Pod pojęciem „problemowy użytkownik narkotyków” rozumiemy osobę regularnie używającą narkotyków, która doświadcza w związku z tym poważnych problemów (Okruhlica, Sierosławski, 2006). Problemowy użytkownik opioidów zaś to problemowy użytkownik narkotyków, u którego we wzorze używania pojawiają się opioidy – w naszym kraju to nadal głównie heroina, ale coraz bardziej znaczącą substancją stają się syntetyczne opioidy.

Można przyjąć, że pojęcie „problemowy użytkownik narkotyków” w zasadzie pokrywa się z pojęciem „osoba uzależniona lub osoba używająca narkotyków szkodliwie”, jeśli w procesie definiowania odejdzie się od stosowania kryteriów ściśle medycznych.

Metoda

Badania ankietowe mogą dostarczyć danych do oszacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków. Oszacowania takiego nie udaje się jednak dokonać bezpośrednio, bowiem w próbie populacji ogólnej trudno spotkać problemowych użytkowników narkotyków, nawet gdy owa próba jest bardzo liczna. Rozpowszechnienie problemowego używania narkotyków jest zbyt niskie, a ponadto ten fenomen zalicza się do zjawisk ukrytych. Ze względu na społeczne potępienie oraz status prawny problemowi

użytkownicy narkotyków zwykle unikają ujawnienia się. Dokonanie oszacowań wymaga zatem sięgnięcia po metody pośrednie. W badaniach stanowiących przedmiot tego artykułu, zastosowano metodę punktu odniesienia lub inaczej mówiąc punktu referencyjnego (*benchmark method*) (Taylor, 1997). Należy ona do szerszej klasy metod multiplikacyjnych (*multiplier method*) (EMCDDA, 2004) i polega na określeniu w drodze badań terenowych proporcji osób posiadających cechę, co do której zbierane są dane statystyczne (np. podjęcie leczenia, zakażenie HIV itp.). Proporcja ta służy do wyliczenia wskaźnika oszacowania, który – po przemnożeniu przez liczbę pochodzącą ze statystyk – daje estymowaną wielkość.

Niemal wszelkie próby określenia rozmiarów populacji problemowych użytkowników narkotyków mają charakter pośredni. Wśród różnych metod stosowanych do tego celu, metoda punktu referencyjnego nie odbiega znacząco pod względem rzetelności i precyzji oszacowań od innych metod (Korf, 1997; Hartnoll, 1997; Fischer, Hickman, Kraus, Mariani, Wiessing, 2001).

Do oszacowania użyto danych zebranych w badaniach ankietowym przeprowadzonych w 2010, 2015 i 2019 roku przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii na próbie losowej mieszkańców naszego kraju w wieku 15-64 lata. Zastosowano metodę wywiadów kwestionariuszowych realizowanych przez ankieterów w drodze indywidualnych osobistych kontaktów (*face-to face interview*).

W celu rozszerzenia próby oraz uniknięcia identyfikowania problemowych użytkowników narkotyków w próbie, w badaniu ankietowym zbierano dane o problemowych użytkownikach narkotyków znanych osobiście respondentom. Posłużono się tu zatem metodą nominacyjną (Taylor, 1997; EMCDDA, 2004; Korf, 1997). Dane te zbierane były anonimowo na specjalnych arkuszach. W szczególności zbierano informacje o podejmowaniu leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego przez bezimienne osoby wskazywane przez respondentów, a także o płci i wieku każdej z tych osób oraz o używaniu opioidów, amfetaminy, a także o iniekcyjnym używaniu narkotyków.

Punktami odniesienia (*benchmarks*) w tym oszacowaniu były liczby osób leczonych stacjonarnie oraz ambulatoryjnie w latach 2008, 2014 oraz 2018 z powodu nadużywania narkotyków lub uzależnienia od nich, pochodzące ze statystyk leczenia. Dane z lecznictwa ambulatoryjnego pochodzą z rocznych sprawozdań o osobach leczonych w poradniach, opracowywanych corocznie przez Instytut Psychiatrii i Neurologii dla Ministerstwa Zdrowia (Zakłady..., 2010; Roczne

sprawozdanie..., 2015; Roczne sprawozdanie..., 2019). Dane te zbierane są corocznie z poradni w sposób zagregowany, zatem nie ma możliwości eliminowania wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli korzystały z serwisu więcej niż jednej poradni. Poradnie objęte tym system zbierania danych to: poradnie terapii uzależnień, poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, poradnie terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz poradnie zdrowia psychicznego. Można zatem założyć, iż zsumowana liczba pacjentów lecznictwa ambulatoryjnego może być lekko przeszacowana. W rzeczywistości osób leczonych może być trochę mniej.

Dane z lecznictwa stacjonarnego obejmujące wszystkie psychiatryczne placówki stacjonarne, wliczając w to specjalistyczne placówki leczenia i rehabilitacji uzależnień, zbierane są na poziomie indywidualnym. Dzięki użyciu identyfikatora możliwe jest wyeliminowanie wielokrotnego liczenia tych samych osób, jeśli w ciągu roku przebywały w różnych placówkach stacjonarnych. Dlatego też dane te lepiej odzwierciedlają rzeczywistość.

Oszacowań dokonano osobno dla problemowych użytkowników opioidów (heroina, polska heroina, morfina, kodeina, syntetyczne opioidy itp.) oraz problemowych użytkowników narkotyków innych niż opioidy, a także wspólnego oszacowania obu tych kategorii problemowych użytkowników.

Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów

Statystyki lecznictwa w naszym kraju nie zawierają danych o wzorach używania narkotyków, dostępna jest tylko informacja o diagnozie wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10). Wedle tej klasyfikacji użytkownicy opioidów pojawiają się w kategorii F11 (opioidy) oraz F19 (inne i mieszane). O ile pierwsza z tych kategorii nie budzi wątpliwości, o tyle druga nie pozwala na zidentyfikowanie użytkowników opioidów. Trzeba dodać, iż kategoria ta jest coraz liczniejsza i w danych za 2018 rok przekraczała 80% leczonych z powodu problemu narkotyków. Na podstawie danych z programu raportowania zgłaszalności do leczenia, realizowanego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU), dawne Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN), wg metodologii opracowanej przez Europejskie Centrum Monitorowania

Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) (EMCDDA, 2012), oszacowano proporcję użytkowników opioidów wśród leczonych z diagnozą F19. Ich zestaw zawiera bowiem zarówno informacje o wzorze używania narkotyków, jak i dane o diagnozie. Odsetek użytkowników opioidów wśród osób z diagnozą F19 oszacowano na 16,7% wśród leczonych stacjonarnie w 2019 roku i 11,0% wśród leczonych ambulatoryjnie w tym samym czasie.

Określenie liczby leczonych użytkowników opioidów w każdym z obu typów lecznictwa polegało na zsumowaniu liczby osób z diagnozą F11 oraz oszacowanej liczby pacjentów z diagnozą F19, używających opioidów. W efekcie oszacowano liczbę leczonych stacjonarnie użytkowników opioidów na 3734 osoby w 2018 roku oraz leczonych ambulatoryjnie – na 6289 osób w 2018 roku. Liczby te przyjęto

jako punkty referencyjne do dokonania oszacowań liczby problemowych użytkowników opioidów w naszym kraju w 2018 roku.

Oszacowania liczb leczonych w 2009 roku są wyższe, natomiast w 2014 roku są trochę niższe niż leczonych w 2018 roku. Warto zauważyć, iż estymacja liczby pacjentów lecznictwa stacjonarnego w 2014 roku, różniła się bardzo nieznacznie od liczby z 2018 roku.

W badaniu ankietowym w 2019 roku uzyskano 495 „nominacji”, tzn. badani przekazali informacje o tylu znanych im problemowych użytkownikach narkotyków. Wśród problemowych użytkowników opioidów odsetek leczonych stacjonarnie wyniósł 32,7%, zaś odsetek leczonych ambulatoryjnie, wyniósł 35,2% (tabela 2).

Z faktu, że 32,7% użytkowników opioidów podejmuje leczenie stacjonarne można wyliczyć, że wszystkich takich

Tabela 1. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów w lecznictwie w latach 2009, 2014 oraz 2018.

	Liczba leczonych ogółem (ICD-10: F11-F16, F18, F19)	Liczba leczonych z diagnozą F11	Liczba leczonych z diagnozą F19	Oszacowany odsetek używających opioidów wśród pacjentów z diagnozą F19	Oszacowana liczba używających opioidów w lecznictwie ogółem
Leczeni w lecznictwie stacjonarnym 2009	15 412	2353	9985	21,6	4510
Leczeni w lecznictwie ambulatoryjnym 2009	29 889	4380	13 294	32,3	8674
Leczeni w lecznictwie stacjonarnym 2014	19 567	1157	16 695	15,3	3711
Leczeni w lecznictwie ambulatoryjnym 2014	30 389	3396	18 224	11,9	5565
Leczeni w lecznictwie stacjonarnym 2018	22 189	758	17 822	16,7	3734
Leczeni w lecznictwie ambulatoryjnym 2018	37 528	3454	25 777	11,0	6289

Źródło: Obliczenia własne.

Tabela 2. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów w Polsce w 2009, 2014 oraz 2018 roku.

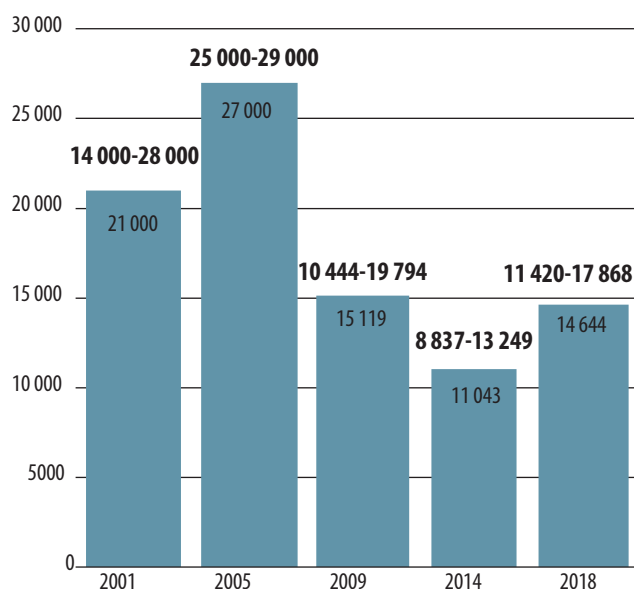
	Dane statystyczne (IPiN)	Odsetek leczonych stwierdzony w badaniach terenowych	Współczynnik oszacowania	Oszacowania
Lecznictwo stacjonarne 2009	4510	43,2	2,32	10 444
Lecznictwo ambulatoryjne 2009	8674	43,8	2,28	19 122
Lecznictwo stacjonarne 2014	3711	42,0	2,38	8837
Lecznictwo ambulatoryjne 2014	5565	42,0	2,38	13 249
Lecznictwo stacjonarne 2018	3734	32,7	3,06	11 420
Lecznictwo ambulatoryjne 2018	6289	35,2	2,84	17 868

Źródło: Obliczenia własne.

osób jest 3,06 razy więcej niż leczonych stacjonarnie. Stosując przelicznik określający relację między liczbą leczonych użytkowników opioidów a liczbą wszystkich dotkniętych tym problemem do danych statystycznych lecznictwa stacjonarnego za 2018 rok, otrzymujemy oszacowanie na poziomie 11 420 osób. Analogiczny współczynnik oszacowania dla danych z lecznictwa ambulatoryjnego wyniósł 2,84. Zastosowanie go do danych z poradni za 2018 rok przyniosło oszacowanie na poziomie 17 869 osób. Można zatem przyjąć, że liczba problemowych użytkowników opioidów mieści się w szerokim przedziale 11 420–17 869. Środkowy punkt przedziału przypada na wartość 14 644 osoby.

Oszacowania liczby problemowych użytkowników opioidów dostępne są w dłuższej serii czasowej. Pierwsze takie oszacowanie zrealizowano już w 1994 roku. Seria czasowa

Ryc. 1. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów w Polsce w latach 2001, 2005, 2009, 2014 i 2019.



Źródło: Obliczenia własne.

Tabela 3. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w Polsce w 2009, 2014 i 2018 roku.

	Dane statystyczne (IPiN)	Odsetek leczonych stwierdzony w badaniach terenowych	Współczynnik oszacowania	Oszacowania
Lecznictwo stacjonarne 2009	15 412	27,2	3,68	56 694
Lecznictwo ambulatoryjne 2009	29 889	31,7	3,16	94 399
Lecznictwo stacjonarne 2014	19 567	26,6	3,76	73 560
Lecznictwo ambulatoryjne 2014	30 389	25,3	3,95	120 115
Lecznictwo stacjonarne 2018	22 189	17,6	5,68	126 074
Lecznictwo ambulatoryjne 2018	37 528	21,1	4,74	177 858

Źródło: Obliczenia własne.

w miarę porównywalnych estymacji zaczyna się w 2001 roku, jednak dopiero od 2009 roku możemy mówić o pełnej porównywalności (rycina 1).

Wyniki tego oszacowania wskazują, że liczba problemowych użytkowników opioidów w 2001 roku mieściła się w przedziale 14-28 tys. osób (Sierosławski, 2007).

W 2006 roku badania populacji generalnej zostały powtórzone i ponownie zebrano dane o znanych respondentom użytkownikach narkotyków. Posłużyły one do dokonania oszacowania za rok 2005, jego wyniki zamknęły się w przedziale 25-29 tys. (Sierosławski, 2007).

Oszacowania dla 2005 i 2001 roku niewiele się zatem różniły, zwłaszcza jeśli wziąć pod uwagę ich górną granicę. Trzeba nadmienić, że badanie w 2005 roku zrealizowano dokładnie w ten sam sposób jak w 2001 roku, ze szczególną dbałością o zapewnienie porównywalności wyników.

Oszacowanie dla 2009 roku na poziomie 10 444 –19 794 osób używających problemowo opioidów lokuje się niżej niż oszacowanie dla 2005 roku wynoszące 25-29 tys. osób. Sugeruje to spadek liczby problemowych użytkowników opioidów w czasie 4 lat. Podobną tendencję obserwowano w większości krajów naszego kontynentu (EMCDDA, 2011). W 2014 roku notujemy kontynuację trendu spadkowego, natomiast w 2018 roku jego odwrócenie. Wzrost liczby problemowych użytkowników opioidów można próbować wiązać z pojawieniem się na większą skalę opioidów syntetycznych. Kolejne badania pokażą, czy nowa tendencja okaże się trwała.

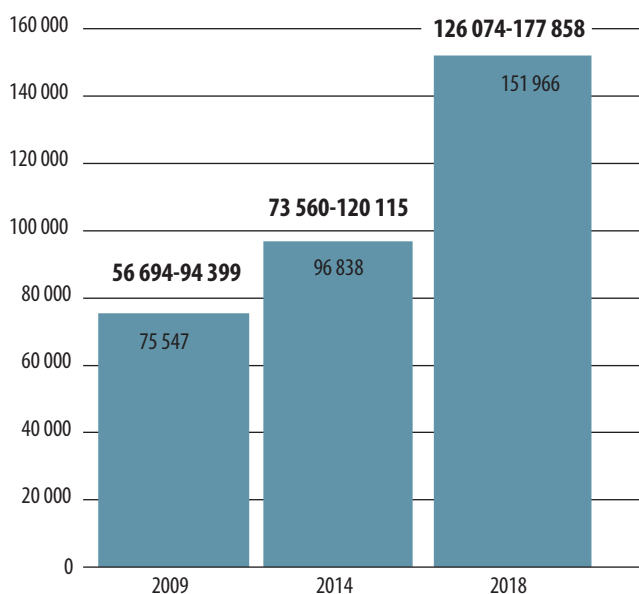
Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków

Oszacowanie całościowej liczby problemowych użytkowników narkotyków w naszym kraju (tabela 3) daje wynik

mieszczący się w szerokim przedziale 126 074–177 858. Można zatem przyjąć z ogromnym przybliżeniem, iż w Polsce w 2018 roku mieliśmy ok. 152 tys. problemowych użytkowników narkotyków.

Oszacowanie rozmiarów populacji problemowych użytkowników narkotyków realizowane dla lat 2009, 2014, 2018 tą samą metodą punktu referencyjnego na danych z badań ankietowych populacji generalnej oraz danych statystycznych lecznictwa psychiatrycznego wskazują na narastający trend wzrostowy (rycina 2). Liczbę pro-

Ryc. 2. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w Polsce w latach 2009, 2014 i 2018 (bez segmentacji).



Źródło: Obliczenia własne.

Tabela 4. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków w 2018 roku w Polsce z zastosowaniem segmentacji wg opioidów oraz narkotyków innych niż opioidy.

		Dane statystyczne (IPiN)	Odsetek leczonych stwierdzony w badaniach terenowych	Współczynnik oszacowania	Oszacowania
Problemowi użytkownicy opioidów	Lecznictwo stacjonarne	3734	32,7	3,06	11 420
	Lecznictwo ambulatoryjne	6289	35,2	2,84	17 869
Problemowi użytkownicy innych narkotyków	Lecznictwo stacjonarne	18 455	10,8	9,26	170 877
	Lecznictwo ambulatoryjne	31 239	14,8	6,76	211 071
Problemowi użytkownicy opioidów i innych narkotyków (suma)	Lecznictwo stacjonarne				182 297
	Lecznictwo ambulatoryjne				228 940

Źródło: Obliczenia własne.

blemowych użytkowników narkotyków w 2009 roku szacowano na 56 694–94 399 osób, w 2014 roku na 73 560–120 115, zaś w 2018 roku na 126 074–177 858.

Osobne oszacowania liczby problemowych użytkowników opioidów oraz innych narkotyków

Oszacowań liczby problemowych użytkowników narkotyków z segmentacją wg podziału na osoby z problemem opioidów i z problemem narkotyków innych niż opioidy dokonano tylko dla 2018 roku (tabela 4). Celem takiego posunięcia była walidacja oszacowań.

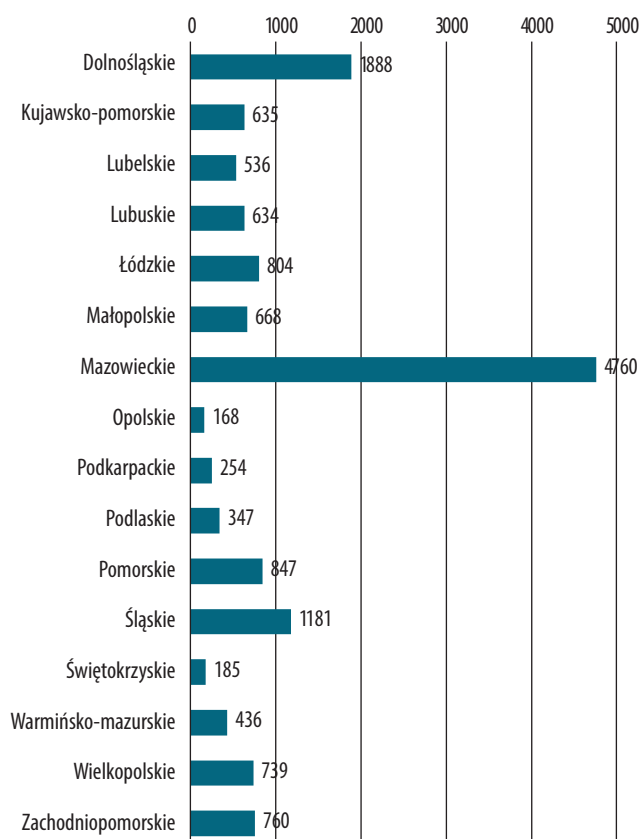
Estymacja liczby problemowych użytkowników narkotyków innych niż opioidy w 2018 roku daje w wyniku przedział 170 877–211 071 osób. Punkt środkowy tego przedziału wynosi 190 974. Przypomnijmy, że oszacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów dało rezultat w przedziale 11 420–17 869 osób z punktem środkowym – 14 645. Dodanie tych dwóch oszacowań, czyli liczby osób z problemem opioidów i tych z problemem narkotyków innych niż opioidy przynosi przedział 182 297–228 940 osób, z punktem środkowym 205 619 osób. Estymacja wykonana z segmentacją wg uwikłania w opioidy przyniosła wyraźnie wyższe wyniki niż wspólne oszacowanie całej populacji, bowiem bez segmentacji otrzymaliśmy przedział 126 074–177 858, z punktem środkowym 151 966 osób.

Dane z tabeli ujawniają duże różnice w odsetkach osób leczonych z problemem opioidów i z problemem innych narkotyków. Odsetek leczonych w grupie problemowych użytkowników opioidów jest wielokrotnie wyższy niż

wśród pozostałych. Prawidłowość ta występuje zarówno w przypadku leczenia stacjonarnego, jak i ambulatoryjnego. W konsekwencji współczynniki oszacowań dla opioidowców są znacznie niższe niż dla drugiej grupy. Ponadto ta druga grupa znacznie przeważa liczbowo. Przy oszacowaniu z segmentacją, w miejsce średniego współczynnika stosujemy współczynniki specyficzne dla każdej z grup. Można zatem przyjąć, iż oszacowanie to jest bliższe rzeczywistości.

Estymacje na podstawie danych z leczenia ambulatoryjnego dają zawsze większe liczby niż te, które za podstawę przyjmują dane z leczenia stacjonarnego. Ta prawidłowość pojawia się, gdy przedmiotem szacowania są problemowi użytkownicy opioidów, narkotyków innych niż opioidy, a także gdy dokonujemy wspólnej estymacji. Ta dysproporcja może wynikać z kwestii przeszacowania liczby leczonych ambulatoryjnie, wynikającej z wielokrotnego liczenia niektórych osób korzystających z tej formy leczenia, co jest powodowane sygnalizowanym już sposobem zbierania danych statystycznych z poradni.

Ryc. 3. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów w 2018 roku wg województw.



Źródło: Obliczenia własne.

Podział terytorialny oszacowania liczby problemowych użytkowników opioidów

Dane o terytorialnej dystrybucji rozpowszechnienia problemowego używania opioidów w 2018 roku zobrazowano na rycinie 3. Problemowi użytkownicy opiatów koncentrowali się w trzech województwach, przede wszystkim w mazowieckim (4760), a następnie dolnośląskim (1888) i śląskim (1181). Najniższe ich liczby spotykano w opolskim (168), świętokrzyskim (185) oraz podkarpackim (254).

Liczby bezwzględne użyteczne do oceny potrzeb leczniczych nie dają dobrego przybliżenia skali zagrożenia, bowiem zależne są od wielkości województwa (rycina 4). Współczynniki na 100 tys. mieszkańców eliminujące tę niedogodność wskazują na województwa mazowieckie (91), dolnośląskie (66) oraz lubuskie (63) jako najbardziej zagrożone w 2009 roku. W 2018 roku na pierwsze miejsce wysunęło się województwa lubuskie (104), na drugim zaś pozostało dolnośląskie (62). Województwo mazowieckie spadło na trzecie miejsce (53).

Województwa o najniższych współczynnikach, zarówno w 2009, jak i 2018 roku, to podkarpackie, opolskie i małopolskie.

Na rycinie 5 zestawiono współczynniki zmiany między 2009 i 2018 rokiem. Dane za 2009 rok przyjęto za 100, zaś za 2018 wyliczono jak proporcje danych wyjściowych. Zatem wartość mniejsza od 100 oznacza spadek, zaś większa – wzrost.

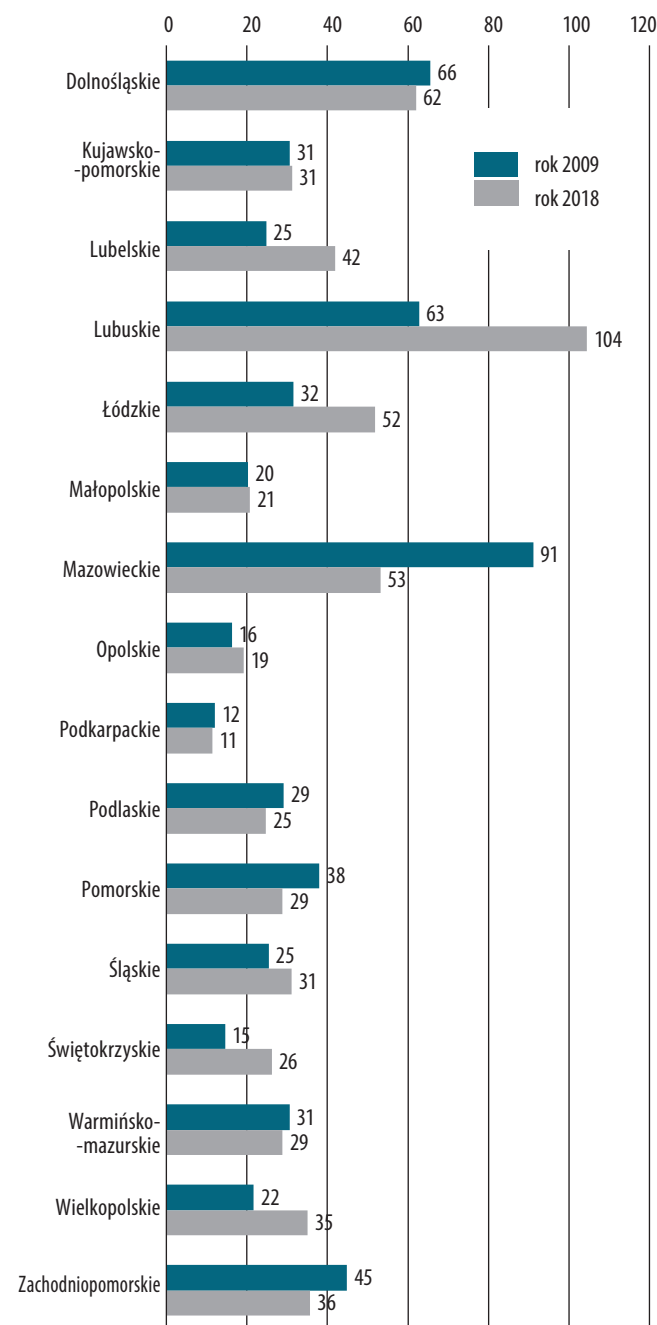
Największy wzrost współczynnika notujemy w województwie świętokrzyskim. Jego wartość wzrosła o 79%, największy spadek zaś obserwujemy w mazowieckim. Dane za 2018 rok stanowią tylko 58% wartości z 2009 roku.

Ograniczenia i zastrzeżenia

Zaprezentowane tu oszacowania trzeba opatrzyć zastrzeżeniami, zwracając także uwagę na ich ograniczenia. Przede wszystkim trzeba mocno podkreślić, że oszacowania nigdy nie dostarczą precyzyjnej i pewnej liczby problemowych użytkowników narkotyków. Używanie narkotyków, szczególnie w sposób problemowy, należy do zachowań nieakceptowanych społecznie, ocierających się o granicę łamania prawa, stąd mamy tu do czynienia z tzw. populacją ukrytą.

Przytoczone powyżej wartości, mimo pozornej precyzji, należy traktować raczej jak przybliżenie skali wielkości zjawiska niż jego dokładne liczbowe odzwierciedlenie. Zaprezentowana tu estymacja terytorialnej dystrybucji wielkości zjawiska bazuje na średnich współczynnikach oszacowania, dokładniejsze i pewniejsze oszacowania można by otrzymać, gdyby możliwe było zastosowanie współczynników oszacowania specyficznych dla każdego

Ryc. 4. Współczynniki oszacowanej liczby problemowych użytkowników opioidów na 100 tys. mieszkańców w 2009 i w 2018 roku wg województw.



Źródło: Obliczenia własne.

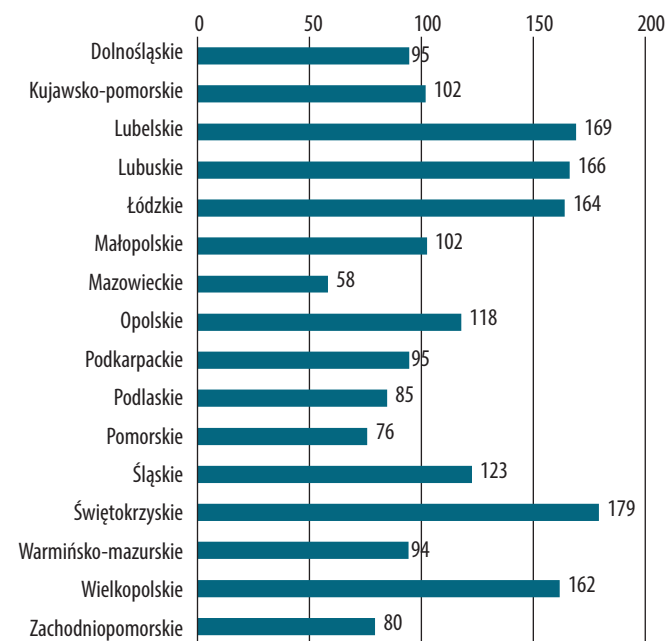
województwa. To jednak wymagałoby badań ankietowych na próbach reprezentatywnych na poziomie województw.

Wnioski, rekomendacje

Liczba problemowych użytkowników opioidów w Polsce wedle oszacowania dla 2009 roku mieściła się w przedziale 10 400–19 800. Liczba osób w leczeniu substytucyjnym w tym czasie wynosiła ok. 2 tys. W 2018 roku liczba opioidowców mieściła się w podobnym przedziale, wynoszącym 11 420–17 890 osób. Zaś liczba pacjentów leczenia substytucyjnego w 2017 roku wyniosła 2600 osób. Wskazuje to na powolny wzrost oferty w tym zakresie oraz występujący nadal brak zaspokojenia potrzeb. Konieczna wydaje się zatem dalsza rozbudowa oferty lecznictwa substytucyjnego.

Oszacowania dla kolejnych lat nie odznaczają się dużą dokładnością. Wskazane jest zatem prowadzenie dalszych prac nad oszacowaniami w celu zwiększenia dokładności oraz pewności ich wyników. Obiecującym kierunkiem rozwoju jest opracowanie modelu dynamicznego, uwzględniającego zmiany w rozmiarach szacowanej populacji.

Ryc. 5. Współczynnik zmiany współczynnika oszacowanej liczby problemowych użytkowników opioidów na 100 tys. mieszkańców między 2009 a 2018 rokiem wg województw (dane z 2009 roku = 100).



Źródło: Obliczenia własne.

Bibliografia

- Bujalski M. (2006). „Lecznictwo substytucyjne w Warszawie”, *Remedium*, numer specjalny. Wybrane działania Samorządu Warszawskiego w zakresie przeciwdziałania narkomanii oraz HIV/AIDS wśród dzieci i młodzieży, 22-23.
- EMCDDA (2012). „Treatment demand indicator (TDI) Standard protocol 3.0. Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries”, (https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/tdi-protocol-3.0_en).
- Fischer M., Hickman M., Kraus L., Mariani F., Wiessing L. (2001). „A comparison of different methods for estimating the prevalence of problematic drug use in Great Britain”, *Addiction*, 96, 1465-1476.
- Hartnoll R. (1997). „Cross-validation at local level” W: Stimson G.W., Hickman M., Quirk A., Fischer M., Taylor C. (red.). „Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe”, Lisbon: EMCDDA, 247-261.
- Korf D.J. (1997). „Comparison of different estimation methods in the Netherlands” W: Stimson G.W., Hickman M., Quirk A., Fischer M., Taylor C. (red.). „Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe”, Lisbon: EMCDDA, 199-212.
- Moskalewicz J., Sierosławski J. (1995). „Zastosowanie nowych metod szacowania rozpowszechnienia narkomanii”, *Alkoholizm i Narkomania*, 4 (21), 91-102.
- Okruhlica L., Sierosławski J. (2006). „Definitions of dependency and recreational, regular, problematic, harmful drug use” W: „Young People and Drugs. Care and Treatment”, Strasbourg: Council of Europe Pompidou Group, 15-35.
- Roczne sprawozdanie o leczonych w poradniach w 2014 r. (2015) Warszawa, IPiN.
- Roczne sprawozdanie o leczonych w poradniach w 2018 r. (2019) Warszawa, IPiN.
- Sierosławski J. (2000). „Problem drug use in Poznań, Poland: a qualitative approach to needs assessment” W: Fountain J (red.), „Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research”, Lisbon: EMCDDA, 243-248.
- Sierosławski J. (2006). „Problem narkotyków i narkomanii w Warszawie – część I”, *Remedium*, 12 (166), 26-27.
- Sierosławski J. (2007). „Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków i analiza wzorów używania narkotyków oraz związanych z tym problemów”, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Sierosławski J. (2010). „Oszacowanie popytu na leczenie substytucyjne buprenorfiną w Warszawie”, *Serwis Informacyjny Narkomania*, 1 (49), 28-36.
- Sierosławski J., Zieliński A. (1997). „Comparison of Different Estimation Methods in Poland” W: Stimson G.W., Hickman M., Quirk A., Fischer M., Taylor C. (red.). „Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe”, Lisbon: EMCDDA, 231-240.
- Sierosławski J. (2012). „Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów w Polsce”, *Alkoholizm i Narkomania*; Tom 25; nr 4; 347-356
- Taylor C. (1997). „Estimating the prevalence of drug use using nomination techniques: an overview” W: Stimson G.W., Hickman M., Quirk A., Fischer M., Taylor C. (red.). „Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe”, Lisbon: EMCDDA, 157-170.
- „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik statystyczny 2009”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia, Warszawa 2010.

Z danych policji i Straży Granicznej wynika, że w 2022 roku najczęściej konfiskowanym narkotykiem była marihuana. Ilość zabezpieczonej marihuany ponad czterokrotnie przewyższyła kolejny najliczniej konfiskowany środek, czyli amfetaminę. W ostatnim roku pomiarowym odnotowano spadek ilości zabezpieczonej marihuany, jednakże w dalszym ciągu jest to liczba, która sugeruje kluczowe znaczenie roli marihuany na rynku polskim (7280,4 kg w 2022 roku). Znaczna część konopi indyjskich trafia do nas drogą przemytu lądowego, jednak wart odnotowania jest wzrost udziału upraw krajowych w pozyskiwaniu marihuany na potrzeby rynku krajowego.

UZALEŻNIENIA W POLSCE: WYBRANE ZAGADNIENIA

Joanna Szmidt
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Wstęp

Przygotowany pod redakcją dr. Artura Malczewskiego i dr. Piotra Jabłońskiego, „Raport 2023. Uzależnienia w Polsce”¹ zawiera omówienie najważniejszych i najnowszych dostępnych danych epidemiologicznych dotyczących substancji psychoaktywnych, wyników

badania naukowych i analiz tematycznych pogłębiających wiedzę z zakresu problematyki uzależnień. Przedmiotem niniejszego artykułu jest omówienie wybranych zagadnień przedstawionych w raporcie, a także przedstawienie treści, które nie zostały uwzględnione w finalnej wersji raportu, w tym m.in. dotyczących używania amfetaminy i kokainy.

Rozpowszechnienie spożywania alkoholu

Od 2007 roku wielkość spożycia alkoholu utrzymuje się na podobnym poziomie, wynoszącym nie mniej niż 9 l 100% alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca. W 2022 roku wielkość spożycia wyraźnie się zmniejszyła do 9,37 l, było to o 0,36 l mniej w odniesieniu do roku 2021 roku; jest to najniższa ilość spożywanego alkoholu od 2016 roku, kiedy to konsumpcja również wyniosła 9,37 l w przeliczeniu na jednego mieszkańca.

Niezmiennie od końca lat 90. XX wieku najczęściej spożywanym alkoholem w Polsce jest piwo, które od początku lat dwutysięcznych stanowi już ponad połowę całości wypijanego w Polsce alkoholu. Wcześniej, tj. do 1998 roku, to wyroby spirytusowe stanowiły główne źródło wypijanego w Polsce alkoholu etylowego. Mimo znaczącego spadku wielkości spożycia wyrobów spirytusowych na początku XXI wieku, w 2022 roku spożycie wyrobów spirytusowych było już ponad dwukrotnie wyższe (1,70 l na jednego mieszkańca w latach 2001–2002 do 3,50 l w 2022 roku). Według danych GUS od 2000 roku obserwujemy spadek udziału wina oraz miódów pitnych w ogólnym spożyciu. Konsumpcja wina zmalała z 1,44 l 100% alkoholu w 2000 roku do 0,76 l w roku 2022 roku. Wyniki ogólnopolskiego badania przeprowadzonego w 2020 roku na próbie populacji generalnej wskazują, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem ponad 80% respondentów spożywało przynajmniej jeden rodzaj alkoholu, 19,2% zadeklarowało, że nie piło w ogóle, a co trzeci badany (36,4%) przyznał się do zakupu alkoholu w małych opakowaniach tzw. małpek. Średnio alkohol wypijany był przez 73 dni, czyli ponad 2 miesiące w skali roku.

Zaobserwowano również zasadnicze różnice w spożywaniu alkoholu pomiędzy kobietami a mężczyznami. Spożywanie alkoholu jest niemal trzykrotnie częstsze u mężczyzn niż kobiet (średnio 106 dni vs 37 dni), którzy częściej sięgają po piwo (średnio 98 dni w roku) i napoje spirytusowe (średnio 20 dni w roku względem 9 dni u kobiet) w porównaniu z kobietami, które dwukrotnie częściej niż mężczyźni piją wino (18 dni vs 10 dni w skali roku). Ponadto rozpowszechnienie abstynencji jest znacznie wyższe wśród kobiet (26,5%) niż u mężczyzn (12,6%).

Alkohol pozostaje najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej; sięgano

po nią częściej niż po papierosy czy narkotyki. Wyniki ostatniego europejskiego badania ESPAD z 2019 roku, przeprowadzonego na 16-letniej młodzieży szkolnej, wykazało, że 47% polskiej młodzieży piło alkohol w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem. Analiza wyników w perspektywie czasowej pozwala na zaobserwowanie, iż od 2003 roku odnotowujemy w Polsce zauważalną, pozytywną tendencję spadkową odsetka deklarowanego spożywania alkoholu przez młodzież (spadek z 65% w 2003 roku do 47% w 2019 roku). Ponadto wyniki osiągnięte w Polsce na przestrzeni trzech ostatnich edycji badań ESPAD niemal dokładnie odzwierciedlają średnią wyliczoną na podstawie wyników wszystkich badanych państw, co w perspektywie regionalnej może wskazywać na stabilność sytuacji w Polsce.

Prowadzone od 1992 roku badania Fundacji CBOS dotyczące używania substancji psychoaktywnych przez uczniów ostatnich klas szkół ponadpodstawowych (głównie 18-latków), umożliwiły śledzenie zmian zachodzących w używaniu substancji psychoaktywnych. Odnotowano też dwie pozytywne zmiany względem poprzedniej edycji badania. W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie w 2021 roku: 66% badanych uczniów przynajmniej raz piło piwo (spadek z 74% w 2018 roku), a 37% uczniów przynajmniej raz wypilo wino (spadek z 43% w roku 2018). Bez znaczącej zmiany pozostał odsetek uczniów, którzy przynajmniej raz spożyli wódkę i inne mocne alkohole – 62%.

Rozpowszechnienie używania narkotyków

Badania ogólnopolskie przeprowadzone w latach 2018–2019 wskazują, że odsetek osób spożywających alkohol znacznie przewyższa odsetek osób używających narkotyków, co jest tendencją obserwowaną nie tylko w Polsce, ale także we wszystkich innych badanych krajach europejskich. W Polsce odsetek osób w populacji ogólnej (grupa wiekowa 15-64 lata), które miały kontakt z narkotykami w ciągu ostatniego roku, jest prawie piętnastokrotnie niższy od odsetka osób mających kontakt z alkoholem. W szerszej perspektywie europejskiej w 17 krajach zarejestrowano wyższe wskaźniki używania narkotyków niż w Polsce. Najwyższe odsetki używania narkotyków odnotowano w Hiszpanii (13,5% w 2022 roku), Holandii (13% w 2021 roku), Francji (11,5% w 2017 roku) i Chorwacji (11,2% w 2019 roku). Natomiast naj-

niższe wskaźniki używania narkotyków odnotowano na Węgrzech oraz w Grecji, gdzie mniej niż 3% badanej grupy miało kontakt z jakimkolwiek narkotykiem.

Ten relatywnie niski odsetek dla populacji ogólnej warto rozpatrywać w podziale na kluczowe grupy wiekowe. Wśród grupy tzw. młodych dorosłych (15-34 lata) odsetek używania jest niemal dwukrotnie wyższy niż wśród populacji ogólnej – 10,4%. Na tle reszty państw Europy wskaźnik ten należy do jednych z niższych zaraportowanych w ostatnich latach. Dla porównania w krajach o najwyższych wskaźnikach używania narkotyków, czyli w Hiszpanii (23,3% w 2022 roku), Holandii (22,9% w 2021 roku) oraz we Francji (22,6% w 2017 roku), narkotyków używa co piąta osoba, a w krajach o najniższych wskaźnikach, takich jak Węgry czy Grecja, używa około co dwudziesta osoba. Odsetek osiągnięty w Polsce zbliżony jest do państw, takich jak Rumunia (11% w 2019 roku), Słowacja (10,7% w 2019 roku) czy Litwa (9,4% w 2021 roku). Podobna dysproporcja pomiędzy populacją generalną a młodymi dorosłymi utrzymuje się nawet w przypadku danych dotyczących używania narkotyków w ciągu ostatnich 30 dni.

Według badań ESPAD z 2019 roku odsetek nastolatków w wieku 16 lat, którzy zadeklarowali używanie narkotyków kiedykolwiek w życiu, wyniósł 21% (spadek z 25% względem badania ESPAD z 2015 roku). Jest to wynik o tyle istotny, iż przewyższa wartość odnotowaną w populacji generalnej (16,1% w 2018 roku) i jest bardziej zbliżony do wartości deklarowanej przez młodych dorosłych (23,3% w 2018 roku). W perspektywie regionalnej wynik ten plasuje Polskę powyżej średniej badania ESPAD, które wyliczono na 17%, jednak w dalszym ciągu jest on niższy niż w krajach z Polską sąsiadujących. Najbardziej aktualny wskaźnik dla tej grupy pochodzi z danych uzyskanych z badania CBOS z 2021 roku, gdzie wskaźnik aktualnego używania narkotyków wśród polskich uczniów wyniósł 13%.

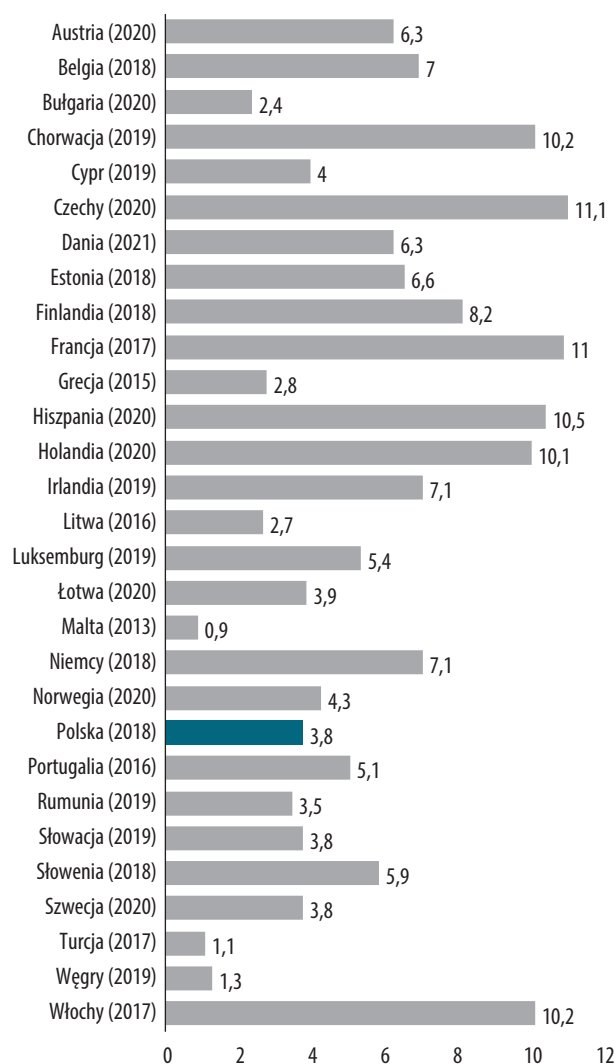
Marihuana

Najbardziej rozpowszechnionym w użyciu narkotykiem są marihuana i haszysz. Według ostatniego badania prowadzonego jeszcze przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Kantar Polska z 2018 roku, marihuana była najczęściej używanym narkotykiem w populacji generalnej, z odsetkiem 12,1%. Wśród młodych dorosłych 19,1% przyznało się do używania

marihuany kiedykolwiek w życiu, a w całej badanej populacji dane wskazały na wyższe wskaźniki używania wśród mężczyzn (16,4%) niż wśród kobiet (7,7%).

Wśród młodzieży badania ESPAD wskazały, że 21% uczniów (21,4% wśród gimnazjalistów oraz 37,2% wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych) zadeklarowało użycie konopi indyjskich kiedykolwiek w życiu, z czego, wzorem starszych kohort, wyższy odsetek odnotowano wśród chłopców – 15% niż wśród dziewcząt – 11%. Ponadto 2% ogółu badanych przyznało się do używania marihuany lub haszyszu w ciągu ostatniego miesiąca. W młodszych grupach wiekowych (15-24 lata) odsetek ten wzrasta do 4,4%, a dla osób w wieku 25-34 lata wynosi 3,9%. Jeśli chodzi o korzystanie z tych substancji 7,8% młodych dorosłych zadeklarowało takie zachowanie

Wykres 1. Używanie marihuany w ciągu ostatniego roku przez osoby w populacji generalnej 15-64 lata (%).



Źródło: Biuletyn statystyczny EMCDDA, 2023.

w ciągu ostatniego roku, co stanowi dwukrotnie wyższy wskaźnik niż w populacji ogólnej, gdzie wyniósł on 3,8%. Badania CBOS z 2021 roku wskazały, że 36,2% uczniów ostatnich klas szkół ponadpodstawowych przyznało się do używania marihuany lub haszyszu kiedykolwiek w życiu. Wynik ten sygnalizuje utrzymujący się trend spadkowy od 2016 roku, kiedy to do eksperymentowania z marihuaną przyznało się rekordowe 42% badanych. Podobny spadek można zauważyć wśród aktualnych użytkowników – odsetek ten wyniósł 19,4%, oznaczając spadek o 0,8% od 2018 roku i 3,6% od 2013 roku. Jednocześnie warto zwrócić uwagę na wzrost odsetka uczniów używających marihuany i haszyszu w ciągu ostatnich 30 dni od badania, zbliżając się do poziomu z 2016 roku (9,9% w 2016 roku, 9,8% w 2021 roku).

Amfetamina

Amfetamina jest drugim najpowszechniej używanym narkotykiem w populacji ogólnej. Najnowsze dane

z badań wskazują na używanie na poziomie 0,8% wśród populacji generalnej oraz na poziomie 1,4% wśród młodych dorosłych. Pomimo stosunkowo niskiego odsetka używania w obu grupach społecznych, uzależnienie od amfetaminy było jednym z głównych powodów zgłoszeń do leczenia (31% wszystkich osób zgłaszających się do leczenia w 2022 roku). Co więcej, odsetek użytkowników amfetaminy w populacji ogólnej plasuje Polskę nieznacznie ponad średnią europejską. Najwyższe odsetki używania amfetaminy odnotowano w Chorwacji, Finlandii i Holandii, a najniższe na Cyprze, w Luksemburgu, Rumunii, na Słowacji i we Włoszech.

Co ważniejsze, dane ESPAD wskazują, że Polska ma najwyższy wskaźnik eksperymentowania z amfetaminą przez osoby w wieku szkolnym (4,2% rozpowszechnienia wśród gimnazjalistów oraz 4,7% wśród starszych uczniów). Z kolei badania Fundacji CBOS wykazały, że 6% pytanym uczniom przyznało się do eksperymentowania z amfetaminą kiedykolwiek w życiu, co jest najwyższym wskaźnikiem używania amfetaminy we wszystkich ba-

Tabela 1. Używanie amfetaminy wśród uczniów ostatnich klas dziennych szkół ponadpodstawowych (grupa wiekowa 17-18 lat).

Częstotliwość	2008	2010	2013	2016	2018	2021
Tak, kiedykolwiek w życiu	9,0%	6,8%	6,9%	7,2%	5,9%	6,0%
Tak, w ciągu ostatnich 12 miesięcy	3,7%	3,0%	3,4%	3,3%	3,2%	3,1%
Tak, w ciągu ostatnich 30 dni	1,1%	1,5%	1,7%	1,4%	1,3%	1,7%
Nie, nigdy	90,6%	91,0%	92,1%	92,0%	92,0%	93,0%

Źródło: Badania CBOS i KBPN 2021.

Tabela 2. Używanie ecstasy wśród uczniów ostatnich klas dziennych szkół ponadpodstawowych (grupa wiekowa 17-18 lat).

Częstotliwość	2008	2010	2013	2016	2018	2021
Tak, kiedykolwiek w życiu	5,5%	3,5%	2,6%	3,9%	4,2%	3,8%
Tak, w ciągu ostatnich 12 miesięcy	3,0%	1,4%	1,4%	1,9%	1,8%	1,8%
Tak, w ciągu ostatnich 30 dni	1,1%	0,8%	1,0%	0,9%	1,1%	0,9%
Nie, nigdy	94,3%	94,8%	96,7%	95,3%	94,3%	95,2%

Źródło: Badania CBOS i KBPN 2021.

Tabela 3. Używanie kokainy wśród uczniów ostatnich klas dziennych szkół ponadpodstawowych (grupa wiekowa 17-18 lat).

Częstotliwość	2008	2010	2013	2016	2018	2021
Tak, kiedykolwiek w życiu	2,2%	2,3%	3,5%	3,4%	3,7%	3,4%
Tak, w ciągu ostatnich 12 miesięcy	1,1%	0,7%	1,9%	1,6%	2,1%	1,6%
Tak, w ciągu ostatnich 30 dni	0,6%	0,6%	1,1%	1,0%	1,2%	0,7%
Nie, nigdy	97,5%	94,8%	96,0%	95,4%	94,9%	95,7%

Źródło: Badania CBOS i KBPN 2021.

danych grupach wiekowych. Użycie amfetaminy w ciągu ostatnich 30 dni osiągnęło wskaźnik 1,7%, co świadczy o powrocie do poziomu sprzed 10 lat.

Ecstasy (MDMA)

Ecstasy jest jednym z najbardziej popularnych środków używanych wśród subkultur rozrywkowych i w środowiskach imprezowych. W Polsce odnotowujemy stosunkowo niskie wskaźniki używania ecstasy w populacji ogólnej – 0,3% w grupie wiekowej 15-64 lata i 0,5% w grupie młodych dorosłych. Ale z uwagi na środowiska, w których ecstasy jest najczęściej używana, istotne jest również analizowanie danych dotyczących młodszych grup wiekowych. Dane ESPAD wskazują na rozpowszechnienie użycia ecstasy przez polską młodzież szkolną na poziomie powyżej średniej europejskiej – 2,6%, natomiast badanie CBOS wskazało na spadek używania ecstasy przez uczniów w porównaniu z poprzednią edycją badań (3,8% używania kiedykolwiek w życiu w 2021 roku w porównaniu z 4,2% w roku 2018). Warto zaznaczyć, że najnowsze dostępne wyniki pochodzą z badań, które przeprowadzono w okresie pandemii COVID-19, co mogło wpłynąć na skalę używania ecstasy w czasach, kiedy wydarzenia rozrywkowe były ograniczone.

Kokaina

Według europejskiego raportu narkotykowego wydanego w 2023 roku, kokaina jest drugim najbardziej rozpowszechnionym narkotykiem w Europie. W Polsce rozpowszechnienie użycia kokainy kiedykolwiek w życiu nie przekracza 1% wśród populacji generalnej (0,3%), ani wśród młodych dorosłych (0,5%). Jedyną grupą społeczną, w której używanie kokainy przekroczyło próg 1%, jest młodzież w wieku szkolnym, gdzie odsetek używania wśród 16-latków oszacowano na 2,3%, a wśród uczniów szkół ponadpodstawowych na 3,4%. Odsetek ten jest wyższy niż średnie rozpowszechnienie używania odnotowane wśród wszystkich badanych krajów.

Problemowe używanie substancji psychoaktywnych

Według danych zrealizowanego w 2018 roku badania EZOP II, odsetek pełnoletnich mieszkańców Polski, który zmagął się kiedykolwiek w życiu z zaburzeniami

zdrowia psychicznego związanymi z alkoholem oszacowano na poziomie 7,3% (ok. 2,31 mln osób). Co więcej, szacuje się, że 1,9% dorosłych mieszkańców Polski było kiedykolwiek uzależnionych od alkoholu, a 0,64% było uzależnionych w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Badanie wykazało również, iż problem ten znacząco częściej dotyka mężczyzn (13,1%) niż kobiety (2,1%). Podobną dysproporcję zauważono w przypadku problemu z uzależnieniem od alkoholu – liczba mężczyzn uzależnionych od alkoholu była dziesięciokrotnie wyższa niż kobiet. Gdy porównamy wyniki badania EZOP II z wynikami badania EZOP I z 2011 roku, można zauważyć, że oszacowania dotyczące liczby osób uzależnionych kiedykolwiek w życiu pozostały na podobnym poziomie na przestrzeni obu edycji.

Jednym z przejawów problemowego używania alkoholu jest upijanie się. Wyniki badania CBOS (2021) wskazały, że w ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem 43% uczniów przyznało się do upicia się co najmniej raz (spadek o 1% względem 2018 roku), 13% upiło się co najmniej trzy razy (brak zmian względem 2018 roku); częściej upijającymi się byli chłopcy (47%) niż dziewczęta (39%). Ponadto badanie wskazało również na zróżnicowanie w upijaniu się w zależności od uwarunkowania społeczno-demograficznego uczniów. Problem upijania się występował częściej wśród uczniów szkół branżowych (54%), wśród uczniów mających słabe wyniki w nauce, wśród młodzieży zamieszkałej w miastach liczących powyżej 500 tys. mieszkańców (54%), a także wśród uczniów z rodzin uboższych (47%). Nie stwierdzono natomiast związku pomiędzy wykształceniem rodziców a upijaniem się ich dzieci.

W kontekście problemowego używania narkotyków kluczowe jest zrozumienie kontekstu polskiej sceny narkotykowej, która w ciągu ostatniej dekady uległa znaczącym zmianom w dużej mierze za sprawą pojawienia się dużej liczby nowych substancji psychoaktywnych. Na początku lat dwutysięcznych najczęściej używanymi narkotykami wśród iniekcyjnych użytkowników była heroina i amfetamina. W badaniu EZOP II szkodliwe używanie oraz uzależnienie od narkotyków odnotowano na poziomie 1,3% (spadek o 0,1% względem badania EZOP I z 2011 roku). Na podstawie tego oszacowano liczbę osób uzależnionych od narkotyków na 59 600 osób. Ważnym źródłem danych w zakresie problemowego używania narkotyków są badania prowadzone wśród klientów programów wymiany igieł i strzykawek. Według

danych zebranych w 2021 roku, co trzeci badany (33%) przyznał się do używania heroiny, jednak odsetek ten różni się pomiędzy dużymi miastami. Przykładem jest Kraków, gdzie heroina została niemal zupełnie wyparta przez morfinę i amfetaminę, podczas gdy w miastach, takich jak Warszawa czy Wrocław nadal jest powszechnie używana przez iniekcyjnych użytkowników narkotyków.

Substancje psychoaktywne a zdrowie

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia alkohol jest trzecim najważniejszym czynnikiem ryzyka dla zdrowia populacji, którego używanie związane jest m.in. z zaburzeniami umysłowymi i psychicznymi, niektórymi nowotworami, chorobami układu sercowo-naczyniowego czy szkodami prenatalnymi. W ostatnich latach zauważalny jest wyraźny wzrost liczby zgonów związanych ze spożyciem alkoholu. W 2021 roku liczba

zgonów z powodu zatrucia alkoholem wzrosła o 40%, a liczba zgonów z powodu chorób wątroby wzrosła o 5%. W przypadku używania narkotyków to zakażenie chorobami zakaźnymi typu HIV i AIDS stanowi jeden z najpoważniejszych potencjalnych problemów zdrowotnych. W 2021 roku zdiagnozowano 2050 zakażeń HIV, w tym 30 przypadków wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków (wzrost z 14 takich przypadków w roku 2021). Jednym z kluczowych elementów polityki społecznej mających na celu przeciwdziałanie zakażeniom i zgonom z powodu narkotyków, są programy redukcji szkód. W Polsce działa 11 programów redukcji szkód, które obejmują wymianę igieł i strzykawek. W 2022 roku w ramach działania tychże programów wydano ponad 99 525 strzykawek i 10 707 igieł dla około 1981 osób. Oprócz wymiany sprzętu do iniekcji oraz rozdawania prezerwatyw i środków czystości, programy obejmowały także nawiązanie kontaktu z klientami, działania informacyjne i motywujące do leczenia.

Tabela 4. Konfiskaty narkotyków w Polsce (dane policji i Straży Granicznej).

Substancja	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Haszysz (kg)	32,9	1237,2	8313,2	436,2	1994,5	932,0	379,9
Marihuana (kg)	2569,4	1043	4259,8	3494,7	5315,6	9167,3	7280,4
Heroina (kg)	9,0	2,5	8,8	21,5	426,9	119,5	13,9
Kokaina (kg)	448,8	81,1	277,4	2247,8	3886,8	2133,5	309,2
Amfetamina (kg)	943,3	582,4	1322,9	1676,5	1921,3	2000,8	1822,7
Metamfetamina (kg)	17,9	25,6	30,9	537,9	303,1	287,8	106,6
Ecstasy (tabletki)	149 921,0	112 614,0	218 442,0	260,1	164 528	53 121	67 890
LSD (listek)	166,0	866,0	3544,0	1981,0	—	—	6388

Źródło: EMCDDA Statistical Bulletin, 2023.

Tabela 5. Ceny czarnorynkowe narkotyków w 2023 roku – detaliczne i hurtowe.

Rodzaj substancji	Jednostka miary	Średnia cena detaliczna (PLN) (policja)	Średnia cena detaliczna (PLN) (uczestnicy programów redukcji szkód)	Średnia cena hurtowa (PLN) (policja)
Heroina	gram	170	156	133 (cena za kg)
Haszysz	gram	54	—	21 (cena za kg)
Marihuana	gram	46	46	20 (cena za kg)
Amfetamina	gram	37	39	7 (cena za kg)
Metamfetamina	gram	112	120	36 (cena za kg)
Ecstasy	tabletki	23	25	7 (1000 tabletek)
Kokaina	gram	356	314	170 (cena za kg)
MDMA	proszek/gram	60	—	22 (cena za kg)
Mefedron	gram	60	—	16 (cena za kg)
LSD	sztuka	29	—	11

Źródło: Dane policji, dane z programów redukcji szkód.

Liczba zgonów z powodu używania narkotyków jest wyraźnie niższa niż w przypadku używania alkoholu. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2021 roku w Polsce odnotowano 289 zgonów spowodowanych używaniem narkotyków, co stanowi wzrost o 60 przypadków w porównaniu z rokiem poprzednim. Większość ofiar śmiertelnych przedawkowań stanowili mężczyźni (63% wszystkich przypadków). W podziale regionalnym najwięcej zgonów odnotowano w województwie mazowieckim (63 przypadki), śląskim (58 przypadków). W perspektywie globalnej coraz więcej mówi się o problemie zgonów z powodu używania opioidów. W krajach takich jak USA zarejestrowano ponad 106 tys. śmiertelnych przedawkowań, głównie z powodu fentanylu, a w krajach bałtyckich obserwuje się wzrost liczby zgonów zwłaszcza z powodu opioidów z grupy nitazenów. W Polsce problem ten dotyczy głównie zgonów z powodu syntetycznych katynonów, w sprawie których Główny Inspektorat Sanitarny w Polsce wydał ostrzeżenie. Pozytywnym trendem zaobserwowanym w ostatnich kilku latach jest systematyczne zmniejszanie się liczby zatruć z powodu NSP.

Wypadki drogowe

Według danych Biura Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji w 2022 roku w co dziesiątym wypadku drogowym uczestniczyli użytkownicy dróg (kierujący, pasażerowie lub piesi) będący pod wpływem alkoholu, co stanowiło 10,5% wszystkich wypadków. W wyniku wypadków drogowych spowodowanych przez osoby będące pod wpływem alkoholu śmierć poniosło 268 osób, co stanowiło 14,1% ogółu zabitych. Ponadto 2567 osób odniosło obrażenia, co stanowiło 10,4% ogółu rannych. W ciągu ostatnich dziesięciu lat liczba wypadków drogowych z udziałem osób będących pod wpływem alkoholu systematycznie maleje (4028 wypadków w 2013 roku do 2248 wypadków w 2022 roku). Kierujący pojazdami, będący pod działaniem innego środka niż alkohol, byli sprawcami 101 wypadków oraz 307 kolizji, w których zginęło 30 osób, a 113 zostało rannych.

Nielegalny rynek narkotyków oraz przestępczość narkotykowa

W 2022 roku wszczętych zostało 37 572 postępowań przeciwko 36 591 osobom podejrzanych o popełnienie przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,

co oznacza wzrost o 1522 postępowania w stosunku do roku 2021 (36 050 postępowań) oraz wzrost liczby osób podejrzanych w roku 2022 (36 591 osób) w stosunku do roku 2021 (36 282 osoby).

Z danych policji i Straży Granicznej wynika, że w 2022 roku najczęściej konfiskowanym narkotykiem była marihuana. Ilość zabezpieczonej marihuany ponad czterokrotnie przewyższyła kolejny najliczniej konfiskowany środek, czyli amfetaminę. W ostatnim roku pomiarowym odnotowano spadek ilości zabezpieczonej marihuany, jednakże w dalszym ciągu jest to liczba, która sugeruje kluczowe znaczenie roli marihuany na rynku polskim (7280,4 kg w 2022 roku). Znaczna część konopi indyjskich trafia do Polski drogą przemytu lądowego, jednak warty odnotowania jest wzrost udziału upraw krajowych w pozyskiwaniu marihuany na potrzeby rynku krajowego. W 2022 roku zabezpieczono 46 698 krzewów konopi innych niż włókniste. Średnia cena marihuany w Polsce to około 46 zł za gram w sprzedaży detalicznej i 20 zł za gram w sprzedaży hurtowej.

Polska jest jednym z większych producentów narkotyków syntetycznych w Europie. W 2022 roku zabezpieczono w kraju rekordową liczbę 60 laboratoriów, z czego blisko połowa produkowała nowe substancje psychoaktywne oraz amfetaminę. Dane policyjne wskazują, że w ostatnich latach znacznie wzrosła liczba laboratoriów zajmujących się produkcją katynonów. Zaobserwowano także kluczową rolę Polski w łańcuchu dostaw prekursorów używanych do produkcji np. metamfetaminy w Czechach. Ponad siedemnastokrotny wzrost ilości zabezpieczonej metamfetaminy w 2019 roku w stosunku do 2018 roku wyraźnie obrazuje zmiany operacyjne zachodzące nie tylko wśród polskich producentów narkotyków syntetycznych, lecz także wśród krajów sąsiadujących.

Z powodu szerokiej dostępności i popularności amfetaminy, średnia cen tego środka (pomiędzy 37-39 zł za gram w sprzedaży detalicznej i 7 zł za gram w sprzedaży hurtowej) jest wśród najniższych odnotowanych na rynku; w porównaniu z kokainą, której średnia cena sprzedaży jest najwyższa (średni koszt detaliczny pomiędzy 313 a 356 zł za gram), amfetamina jest dziewięciokrotnie tańsza.

Przypisy

¹ Pełna wersja raportu i bibliografia jest dostępna na stronie internetowej Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom pod linkiem: <https://kcpcu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/03/Raport-2023-wersja-Internetowa.pdf>

W dniach 25-26 października 2023 roku odbyła się w Warszawie V Międzynarodowa Konferencja na temat profilaktyki i monitoringu pn. „Profilaktyka i monitorowanie uzależnień na poziomie lokalnym – wyzwania oraz szanse”. Wydarzenie zostało zorganizowane przez Fundację Res Humanae i Dział Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU).

PROFILAKTYKA I MONITOROWANIE UZALEŻNIEŃ NA POZIOMIE LOKALNYM – WYZWANIA ORAZ SZANSE. MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA

W ciągu dwóch dni konferencji uczestnicy wysłuchali 30 prezentacji dotyczących przede wszystkim profilaktyki substancji psychoaktywnych i przestępczości. Konferencja była częścią prac KCPU nad przygotowaniem priorytetów polskiej prezydencji w Unii Europejskiej w 2025 roku w obszarze uzależnień.

Prezentacje otwierające wygłosili Gregor Burkhardt, prezydent Europejskiego Towarzystwa Badań nad Profilaktyką (EUSPR), przedstawiciel Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, oraz prof. Krzysztof Ostaszewski z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, a podsumowania wydarzenia dokonała dr Bogusława Bukowska z Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom i dr Rachele Donini z ASL2 Savonese z Włoch.

W trakcie konferencji odbyło się wiele sesji, m.in. dotyczących profilaktyki opartej na dowodach naukowych, roli funkcjonariuszy organów ścigania w profilaktyce, roli marihuany medycznej i substancji psychodelicznych w leczeniu. Ekspertka z EMCDDA zaprezentowała Europejski Raport Narkotykowy i dane dotyczące sytuacji w Polsce. Uczestnicy otrzymali informacje na temat narzędzi diagnostycznych, które można wykorzystać w pracy z młodzieżą, opracowane przez firmę

Diagmatic. Poruszono kwestię etyki w profilaktyce oraz ramy programowej dla osób wdrażających działania profilaktyczne. W konferencji wzięli udział m.in. realizatorzy programów profilaktycznych, badacze, samorządowcy, policjanci. Łącznie 180 osób z Bośni i Hercegowiny, Polski, Belgii, Niemiec, Portugalii, Hiszpanii, Cypru, Grecji, Włoch, Estonii, Łotwy, Litwy, Chorwacji, Czech, Gruzji oraz Ukrainy.

W pierwszej sesji konferencji europejscy eksperci z Belgii, Grecji, Bośni i Hercegowiny oraz Czech przedstawili doświadczenia z wdrażania Europejskiego Programu Profilaktyki (European Universal Prevention Curriculum – EUPC). Zaprezentowano założenia i wyniki międzynarodowego projektu Frontline Politeia, który ma na celu przeniesienie szkoleń z zakresu profilaktyki jako nauki na pierwszą linię działań w obszarze zapobiegania używaniu substancji psychoaktywnych i przestępczości. Dlatego też w drugiej sesji miały miejsce wystąpienia koordynatorów międzynarodowego projektu Frontline Politeia. Ekspertki z Belgii, Niemiec, Estonii oraz Włoch zaprezentowały założenia oraz wyniki tego projektu, finansowanego ze środków Komisji Europejskiej. Projekt w Polsce realizowany jest przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (Dział Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej), a szkolenia organizowane we współpracy z Regionalnym Centrum Polityki Społecznej z Lublina (Ekspertką Wojewódzką ds. Informacji ds. Narkotyków i Narkomanii dr Justyną Syroką). W jego ramach wdrażane są unijne i międzynarodowe standardy programów opartych na dowodach naukowych oraz polityk z obszaru profilaktyki substancji psychoaktywnych. Projekt Frontline Politeia implementuje szkolenia na podstawie Europejskiego Programu



Profilaktyki (EUPC) dla osób realizujących programy profilaktyczne: nauczycieli, policjantów, pracowników środowiskowych czy pedagogów szkolnych. Stanowi on kontynuację poprzednich projektów międzynarodowych, w których brało udział KCPU. Były to projekty dotyczące Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS), adaptacji szkoleń do europejskich wymagań (UPC-Adapt) czy wdrażania EUPC w praktyce (ASAP). Wcześniej szkolenia EUPC były zorientowane na szkolenie specjalistów DOP (decydentów, opiniodawców i twórców polityk). DOP to skrót od Decision, Opinion, Policy Maker, czyli osoby, które zajmują się profilaktyką w kontekście tworzenia strategii czy finansowania działań profilaktycznych.

Projekt Frontline Politeia wykorzystuje wysokospecjalistyczną wiedzę i ma na celu przełożenie doniesień naukowych na działania praktyczne poprzez wykorzystanie praktycznych narzędzi oraz udział w hybrydowym modelu szkoleniowym: szkolenia zdalne są połączone z działaniami praktycznymi w środowisku lokalnym. W skład zespołu projektowego Frontline Politeia wchodzi 9 z 15 partnerów z poprzednich międzynarodowych projektów (EDPQS, UPC-Adapt, ASAP). Podmioty w tym projekcie pochodzą z 14 krajów członkowskich ze wszystkich regionów Unii Europejskiej. Cechą wyróżniającą projekt jest aktywne i ukierunkowane zaangażowanie pracowników organów ścigania, przede wszystkim policjantów jako ważnych interesariuszy w zintegrowanych i udoskonalonych działaniach profilaktycznych, w tym Europejskiej Sieci Zapobiegania Przemocności (EUCPN) w roli podmiotu eksperckiego. Projekt Frontline Politeia składa się z pięciu pakietów, które zostały przedstawione podczas konferencji. Pakiet 1 (WP1) dotyczy zarządzania i koordynacji projektem. Pakiet 2 (WP2) ma na celu przygotowanie szkoleń dotyczących profilaktyki oraz ich przetestowanie. Pakiet 3 (WP3) zajmuje

się analizą programów profilaktycznych, w tym narzędzi do mapowania lokalnych interwencji oraz analizą lokalnych programów profilaktycznych, jak również ewaluacją wybranych programów profilaktycznych za pomocą opracowanego w ramach projektu narzędzia. Pakiet 4 (WP4) ma na celu analizę lokalnych potrzeb i wdrażanie programu CTC (polska nazwa CTC: Społeczność, która dba). Pakiet 5 (WP5) to ewaluacja podjętych działań.

W podsumowaniu konferencji dr Rachele Donini z Włoch podkreśliła, że profilaktyka powinna być oparta na naukowych podstawach, a ważnym jej elementem są: ocena sytuacji, diagnoza, monitorowanie i ewaluacja. Nasza wiedza, co działa, a co nie, cały czas ewoluuje, więc powinniśmy być otwarci na nowe dowody i wykorzystywać nowe narzędzia. Ważnym elementem jest szkolenie osób zajmujących się profilaktyką. W naszych działaniach warto zwrócić uwagę na język, jakim się posługujemy, abyśmy nikogo nie stygmatyzowali, i na etykę. Różne osoby są zaangażowane w profilaktykę: od policji przez pracowników socjalnych aż po lekarzy, więc ważne jest podejście do tego obszaru z różnych poziomów. Potrzebujemy czasu, aby nasze działania przyniosły efekty. Konferencja była także okazją do wsparcia europejskich trenerów EUPC.

24 listopada 2023 roku zostało zorganizowane spotkanie Działu Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej KCPU i EMCDDA dla trenerów EUPC. Wzięło w nim udział kilkunastu trenerów z Belgii, Bośni i Hercegowiny, Portugalii, Hiszpanii, Cypru, Grecji, Włoch, Estonii, Łotwy, Czech, Chorwacji, Gruzji, Polski oraz Niemiec. W jego trakcie prezentowano doświadczenia poszczególnych krajów we wdrażaniu Europejskiego Programu Profilaktyki (EUPC), jak również dyskutowano nad rozszerzeniem EUPC o nowe obszary, takie jak profilaktyka przestępczości czy uzależnienia behawioralne. Spotkanie było na tyle interesujące, że podjęto decyzję, aby stało się ono cyklicznym działaniem w ramach corocznych konferencji Europejskiego Towarzystwa Badań nad Profilaktyką (EUSPR).

Redakcja

Link do nagrania konferencji na YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=ZR7ExCGmeRc>





Dyrektor KPCU Piotr Jabłoński oraz jego zastępczyni Katarzyna Łukowska

Informacje prezentowane w e-gazecie podzielone są na kategorie tematyczne: ♦ Działania lokalne, ♦ Leczenie uzależnień, ♦ Profilaktyka, ♦ Przeciwdziałanie przemocy, ♦ Uzależnienia od substancji, ♦ Uzależnienia od czynności, ♦ Zdrowie.

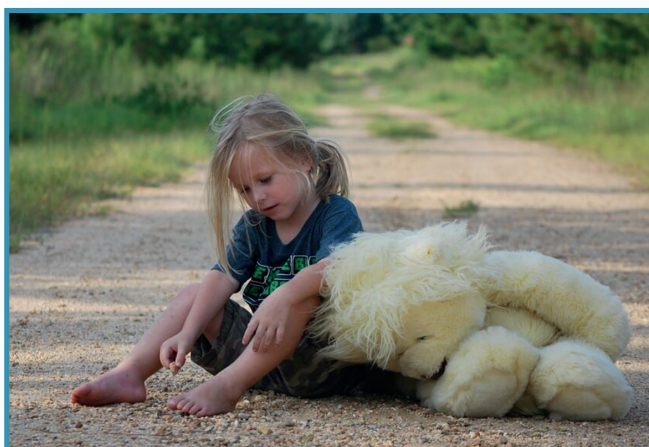
Dodatkowe uporządkowanie umożliwia dotarcie do najnowszych doniesień (♦ Ostatnie posty), oddzielnie wyróżniono kategorię ♦ Wypowiedzi ekspertów z krótkimi (3-6-minutowymi) kwestiami prezentowanymi przez specjalistów na tematy istotne z punktu widzenia polityki JST dotyczącej przeciwdziałania uzależnieniom.

W kategorii Działania lokalne redakcja m.in. odpowiada na kierowane do Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom oraz zadawane podczas szkoleń pytania dotyczące realizacji procedury zobowiązania do leczenia odwykowego. Prezentowany jest wywiad na temat udziału samorządów we wspieraniu leczenia uzależnień. Omówiono także lokalną politykę społeczną dotyczącą uzależnień prowadzoną przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.

Z pełnym przekonaniem polecamy e-gazetę jako kompetentne źródło wiedzy oraz relacji z działań podejmowanych w społecznościach lokalnych w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom.

E-gazeta www.strategiejst.pl to projekt realizowany na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom z funduszy Narodowego Programu Zdrowia. Jego podstawowym zadaniem jest docieranie z wiedzą i informacjami z obszaru związanego z profilaktyką i przeciwdziałaniem uzależnieniom do jednostek samorządu terytorialnego.

W krótkim nagraniu wideo dyrektor KPCU Piotr Jabłoński oraz jego zastępczyni Katarzyna Łukowska mówią o tym, do kogo skierowany jest portal strategiejst.pl i dlaczego współpraca z samorządami w obszarze profilaktyki i przeciwdziałania uzależnieniom jest tak ważna oraz wymaga dobrej komunikacji, przekazywania najnowszej wiedzy i informacji z obszarów dotyczących uzależnień, przemocy, zdrowia psychicznego.



Artykuł: Kompleksowa i bezpłatna pomoc dzieciom krzywdzonym



Plakat towarzyszący kampanii społecznej „Dorośli dzieciom”. Źródło: mcps.com.pl

Wydawca:

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65
e-mail: kcpu@kcpu.gov.pl; www.kpcu.gov.pl

Redaktor naczelny: Piotr Jabłoński; Redaktor prowadzący: Tomasz Kowalewicz;
Kolegium redakcyjne: Magdalena Borkowska, Bartosz Kehl, Katarzyna Łukowska,
Artur Malczewski, Danuta Muszyńska, Anna Radomska

Projekt jest dofinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia, w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom oraz środków własnych Fundacji Praesterno.

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
Nr 2 (106) 2024 r.

Numery archiwalne na stronie:
www.siu.praesterno.pl
ISSN 2543-8816