



Ministerstwo
Zdrowia



Krajowe Centrum
Przeciwdziałania Uzależnieniom

NR 4

2024

SERWIS INFORMACYJNY
UZALEŻNIENIA

SPIS TREŚCI

Gość Serwisu

SPOŁECZNOŚĆ TERAPEUTYCZNA JEST LEKARSTWEM I ODPOWIEDZIĄ NA PROBLEMY XXI WIEKU

Wywiad z Jolantą Łazugą-Koczurowską, Prezeską Polskiej Federacji Społeczności Terapeutycznych 1

Współpraca międzynarodowa

POLSKA PREZYDENCJA W RADZIE UNII EUROPEJSKIEJ – SZANSE I WYZWANIA

Artur Malczewski 6

Prawo

USTAWA KAMILKA – WYBRANE ZAGADNIENIA

Katarzyna Syroka-Marczewska 7

Profilaktyka

WDRAŻANIE PROGRAMÓW REKOMENDOWANYCH W SAMORZĄDACH LOKALNYCH. PODSUMOWANIE 13 LAT DZIAŁANIA SYSTEMU REKOMENDACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH I PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Marta Zin-Sędek, Sylwia Opasińska 13

ZDROWIE PSYCHICZNE DZIECI I MŁODZIEŻY – WYBRANE ASPEKTY

Aneta Zdunek 21

Badania, raporty

PERCEPCJA I POSTAWY WOBEC MEDYCZNEGO STOSOWANIA KANNABINOIDÓW ORAZ SPOŁECZNE POSTRZEGANIE UŻYTKOWNIKÓW „MEDYCZNEJ MARIHUANY”

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska 27

JAK ROZPOWSZECHNIONE JEST UŻYWANIE NARKOTYKÓW W POLSCE? WYNIKI NAJNOWSZYCH OGÓLNOPOLSKICH BADAŃ

Artur Malczewski, Joanna Szmidt 34

HAZARD W POLSKIM SPOŁECZEŃSTWIE

Filip Nawara 42

Internet

Portal UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE okładka III

Portal NIEBIESKA LINIA okładka IV

SPOŁECZNOŚĆ TERAPEUTYCZNA JEST LEKARSTWEM I ODPOWIEDZIĄ NA PROBLEMY XXI WIEKU

Z Jolantą Łazugą-Koczurowską, twórczynią i liderką ośrodka MONAR w Gdańsku, przewodniczącą Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR w latach 2002–2017, prezeską Polskiej Federacji Społeczności Terapeutycznych, rozmawia Maja Ruszpel.

– We wrześniu 2024 roku w Gdańsku odbyła się XIX Europejska Konferencja Społeczności Terapeutycznych. Z tej okazji chciałabym, żebyśmy porozmawiały o społeczności terapeutycznej jako formie pomocy osobom uzależnionym od środków psychoaktywnych i o Pani doświadczeniach w pracy tą metodą.

– Najpierw muszę nakreślić pewien kontekst. Kiedy powstawały pierwsze ośrodki monarowskie w Polsce nie było właściwie żadnej oferty leczenia osób uzależnionych, a władze w PRL-u zaprzeczały, że istnieje jakikolwiek problem, choć istniał od dobrych kilkunastu lat. Już w latach 50. ludzie uzależniali się od leków przepisywanych na receptę. Przełom lat 60. i 70. w Polsce to czas eksperymentowania z detergentami i substancjami wykorzystywanymi w gospodarstwach domowych: smażono proszek IXI, wączano rozpuszczalnik Tri czy klej Butapren. Koniec lat 70. to heroina, czyli mleczko makowe pozyskiwane z makówek uprawianych wtedy



Jolanta Łazuga-Koczurowska, Lech Wałęsa, Piotr Jabłoński. XIX Europejska Konferencja Społeczności Terapeutycznych

w Polsce jeszcze bez kontroli, czyli „kompot”, zwany polską heroiną.

W 1974 roku Marek Kotański podjął pracę w szpitalu psychiatrycznym w Garwolinie, gdzie mieścił się oddział dla osób uzależnionych od narkotyków, ale widząc, że tradycyjne metody leczenia nie są skuteczne, rozpoczął pracę metodą społeczności terapeutycznej.

– Kiedy ta pierwsza społeczność mogła się odbyć?

– Społeczność jako spotkanie terapeutyczne pewnie po raz pierwszy odbyła się w październiku 1978 roku w Głoskowie. To było wtedy, kiedy przenieśli się tam pacjenci ze szpitala psychiatrycznego w Garwolinie. Nie wiem, czy już wówczas odbywające się spotkania grupy nazywali społecznością terapeutyczną... Ale wiem, że tam właśnie odbywały się pierwsze takie spotkania-zebrania ludzi, którzy wspólnie przebywali w jednej przestrzeni, dzielili codzienność, tworzyli zasady tego wspólnego bycia. Był tam Marek Kotański, Ela Zielińska, Andrzej Zieliński... To właśnie kadra tego ośrodka współtworzyła potem program terapeutyczny.

Jak wyglądała ta pierwsza społeczność? Najprościej mówiąc, społeczność jest spotkaniem ludzi, którzy przebywają w jednym miejscu, ponieważ mają wspólny cel, który chcą osiągnąć. Zbiór tych osób stanowi grupę ustalającą warunki i standardy wspólnego bycia. Tak było wszędzie, na całym świecie – także w Synanonie¹, który stanowił dla nas wzór. Zawsze założenie miejsca, w którym osoby uzależnione miały się leczyć, zaczynało się od ustalenia warunków pobytu – norm i zasad, które miały tam obowiązywać.

– Skąd wiedzieliście, jak to robić?

– Marek Kotański trochę wiedział o Synanonie. Korzystano też z książki prof. Kazimierza Jankowskiego „Mój

Shambala”, która dawała obraz tego, jak wygląda wspólnota terapeutyczna. Autor opisał w niej swoje doświadczenia z pobytu w Synanonie – organizacji zajmującej się pomocą osobom uzależnionym, powstałej w latach 50. w Stanach Zjednoczonych. Jankowski był jednocześnie przyjacielem hipisów, między innymi autorem książki „Hipisi w poszukiwaniu ziemi obiecanej”, a w 1979 roku wyjechał do USA na zaproszenie Uniwersytetu Kansas, gdzie wykładał psychiatrię. Jego książka była inspiracją dla nas. To właśnie w Głuskowie powstawały zręby metody powielanej później w innych ośrodkach, nie tylko monarowskich. Głusków stał się w pewnym sensie miejscem narodzin polskich społeczności terapeutycznych.

– **Jakie były te pierwsze normy i zasady?**

– Ostre. Kategoryczne. Bezdyskusyjne.

– **Musiały takie być?**

– Niestety musiały – bo nie dawało się przecież przewidzieć, jak będzie się zachowywać grupa ludzi, która nigdy ze sobą razem nie była, a na dodatek wszyscy byli uzależnieni.

– **Kiedyś od jednego terapeuty z Monaru usłyszałam, że te ówczesne ostre metody były potrzebne, bo wtedy taki był profil osoby uzależnionej: zesocjalizowanej. Osoby z rysem psychopatycznym... to prawda?**

– Nie do końca się z tym zgodzę. Tamci pacjenci to byli bardzo wrażliwi ludzie, pogubieni w tej szarej PRL-owskiej rzeczywistości, niepokodzeni z brakiem poczucia wpływu na cokolwiek. Byli osobami, które są „niczyje” i od których nic nie zależy. Rys psychopatyczny, jeśli już, był u nich efektem bronięcia się przed beznadzieją, w jakiej się znajdowali. Oni mieli poczucie, że gdzieś muszą należeć, żeby przeżyć, a tak naprawdę nikt ich nie chciał. Byli to ludzie mocno strauumatyzowani, a używanie substancji było ich naturalnym sposobem ratowania siebie. To, co robili – przekraczając normy – było informacją, jak bardzo nie wytrzymują tego, co ich spotkało, co się z nimi działo. Przecież oni nie mieli gdzie mieszkać, stale ich ktoś gonił, wyrzucał, bił, nie mieli opieki, nawet takiej elementarnej, medycznej. Oni po prostu byli wyrzuceni na margines beznadziei. I bronili się przed tym, jak mogli. Przyznam, że przestępczość ludzi, którzy używają narkotyków dziś, jest dużo bardziej wyrafinowana, niemal cyniczna, w porównaniu do tego, co było wtedy.

– **Mówiła Pani o ostrych normach. Kto tworzył i wprowadzał te ostre normy?**

– Ideą społeczności była samorządność i samokontrola pacjentów, stwarzanie im warunków kształtujących samodzielność, odpowiedzialność i zaangażowanie w życie ośrodka. Do dziś więc pozostaję pod wrażeniem tego, że te wszystkie normy, które zostały wprowadzane, nie były ustalane przez terapeutów...

To były normy i zasady utworzone przez ludzi, którzy sami walczyli z problemem uzależnienia. Czyli przez pacjentów. To oni zadawali sobie pytanie: jak ma być w ośrodku, aby mogli wygrać ze sobą, aby dali radę z własnym nałogiem? I o tym dyskutowali, to wypracowywali.

– **To musiała być rewolucyjna zmiana jak na tamte czasy – zamiast ich karać, mówić im, jacy mają być, oddaliście im możliwość samostanowienia. Zastanawiam się jednak, co pacjentów motywowało, że w ogóle pojawili się w ośrodku, który nikomu nie był znany?**

– To, co ich tam przyciągało, a potem trzymało, to prawdziwa potrzeba powrotu do normalnego życia. To byli ludzie ogromnie zdeterminowani. Nieszczęśliwi, pogubieni. Nad nimi nikt się nie rozczulał, ani nikt się o nich nie troszczył. Byli na marginesie społeczeństwa, niechciani i nielubiani. Ale jednocześnie byli tak przerażeni swoim nałogiem, że domagali się ostrych, radykalnych reakcji. Na przykład mówili tak: jak będę chciał uciekać (bo wiadomo było, że tak będzie, a nie było sposobu na to, żeby ich zatrzymać), to przywiążcie mnie do kaloryfera. Pamiętam naprawdę różne dramatyczne wołania, aby zatrzymać ich za wszelką cenę, na siłę...

– **Jest takie słynne nagranie dostępne w internecie, w którym Marek Kotański tłumaczy siedzącym wokół niego podopiecznym, jak bardzo nie mieści mu się w głowie, jak bardzo ma niezgodę na to, że oni mogliby w jeden dzień przez narkotyki zmarnować sobie całe życie. Jego wulgaryzmy, krzyki mieszają się w tym przemówieniu z żarliwością, z przekonywaniem ich, że mają być najlepsi, że mają być uczciwi, bo choroba, na którą cierpią, jest bezwzględna.**

– W tamtym czasie Marek Kotański stał się takim, nazwijmy to, ich przywódcą, który – a rzadko zdarza się ktoś taki, kto tak potrafił pracować jak on – mógł zrobić

z nimi wszystko. Ludzie wierzyli, że to, co on proponuje jest bezwzględnie w ich interesie. I szli za tym. Bo za tym, co robił, nawet jeśli to było ostre, jak brutalna konfrontacja, jednocześnie zawsze szła deklaracja miłości, ciepła – jakby mówił do nich: „dlatego, że cię kocham, to tak robię”.

– Monar, w tym metody społeczności terapeutycznej, jest kojarzony z tym, że używał metod przemocowych.

– Niestety, z czasem pojawili się naśladowcy Marka. Ale przecież Marek był jedyny w swoim rodzaju, i naśladować się go nie dało. W latach 80. powstawały kolejne ośrodki. Ale społecznością terapeutyczną potrafili pracować tylko ci, co byli w Głuskowie – to była nadal nowość. Nigdzie indziej w Polsce wówczas tego się nie robiło. Kolejne grupy uzależnionych wprowadzały się do pustych budynków, tworzyły od podstaw dane miejsce i tam liderami społeczności zostawały osoby, które same były wcześniej uzależnione i niestety... niektóre z nich chciały być jak Marek Kotański. I niestety nie zawsze im to wychodziło. Oczywiście, w każdym ośrodku było inaczej. W jednym znalazł się kierownik z prawdziwego zdarzenia, wręcz duchowy przywódca, wzór; ale w innych byli tacy, którzy się tą władzą napawali i przekraczali granice.

Polska to nie był jedyny kraj, w którym początki społeczności terapeutycznej były dość niekonwencjonalne, zasady ostre i wymagający regulamin. W tamtych czasach, na całym świecie właściwie wszystkie takie ośrodki miały ostry charakter. Ludzie po prostu próbowali za wszelką cenę zatrzymać czyjś nałóg, wymyślali więc strategie, w których były różnego rodzaju kary, o których dziś powiedzielibyśmy, że to przemoc. A Synanon w tym przodował.

– Jak Pani na to dziś patrzy?

– Wydaje mi się, że ratowanie życia osoby uzależnionej czasami jest bardzo trudne. Znamy tyle przypadków przedawkowań, bezsensownych śmierci bardzo młodych ludzi i niektórzy wymyślają różne dziwne sposoby, żeby innych przed tym uchronić. Może to z bezradności? Braku wiedzy? Ja się cieszę, że już jesteśmy daleko od takich praktyk.

– Ma Pani ogłęd nie tylko tego, co działo się i dzieje w Monarze, ale również w innych ośrodkach. Pracuje Pani jako superwizor.

– Tak. Jestem superwizorem od wielu lat i widzę w ośrodkach, z którymi współpracuję, że takich przemocowych praktyk nie ma. Nie ma dociążeń, nie ma wyrzucania za byle złamanie regulaminu. Rozmawia się, motywuje. Myślę więc, że powinniśmy zapomnieć o tej niechlubnej historii, która de facto trwała tylko kilka lat i była dawno temu. Na 46 lat społeczności terapeutycznej w Polsce trudnych było właściwie tylko te pierwsze 10 lat. Ale to były poszukiwania, uczono się na własnych błędach...

A jednocześnie te pierwsze poszukiwania były także bardzo wartościowe – bo było bardzo dużo żarliwości w tworzących te ośrodki ludziach, żeby znaleźć najlepsze rozwiązania. Wszystkim tym ludziom zależało na znalezieniu sposobu na niesienie jak najskuteczniejszej pomocy – to były przecież inne czasy, wtedy mówiono w mediach, wręcz straszono nas, że narkomania nas zje.

– Wymieńmy podstawowe elementy społeczności terapeutycznej oraz jej zasady i wartości, które kształtowały się w tamtych latach. Na pewno były to podstawowe zasady, takie jak: abstynencja od jakichkolwiek środków psychoaktywnych i farmakologicznych (chyba że zalecanych przez lekarza), niestosowanie przemocy wobec innych oraz abstynencja seksualna.

– Wartości, które przyświecały społeczności terapeutycznej to uczciwość, prawdomówność, odpowiedzialność, zaangażowanie w życie społeczne. Jednocześnie ważne jest, że społeczności terapeutyczne miały i mają najczęściej swoje siedziby w dworach lub gospodarstwach położonych z dala od aglomeracji miejskich. Przylegający do ośrodka teren stanowi odrębne i niezależne od otoczenia zewnętrzne terytorium – a na tym terytorium o wszystkim decyduje właśnie społeczność. To daje poczucie przynależności, ale też wpływu, sprawczości. Członkowie społeczności, po pierwsze urządzają takie miejsce i utrzymują je zgodnie z własnymi potrzebami. Po drugie, to miejsce nie przypomina żadnej instytucji – ma raczej charakter domu. Tradycyjnie, wszystkie prace związane z utrzymaniem domu, i często gospodarstwa lub ogrodu, są wykonywane przez członków społeczności. Stąd mieszkańcy, pełniąc określone role, uczą się osobistej i społecznej odpowiedzialności. Po trzecie – podstawową formą aktywności członków społeczności jest praca (codzienne czynności gospodarskie), pozwalająca utrzymać dom. Po czwarte, każdy członek społeczności zobowiązany jest do uczestniczenia w terapii (indywidualnej i grupowej). Na spotkaniach grupy zaś każdy z mieszkań-

ców może rozmawiać o emocjach, myślach pojawiających się podczas interakcji z innymi pacjentami – i co ważne – dzieje się to w bezpiecznych warunkach. Otrzymując informacje zwrotne na temat swojego funkcjonowania od współpacjentów oraz członków zespołu terapeutycznego, członkowie społeczności mają możliwość korekty zachowań oraz lepszego zrozumienia źródeł swoich przeżyć i reakcji. Proces terapeutyczny w społeczności podzielony jest zazwyczaj na etapy, np. takie jak: obserwator, nowicjusz, domownik, opiekun i mieszkaniec². Każdemu z etapów zawsze przyporządkowane są określone, jasno sprecyzowane zadania, prawa i obowiązki. Znacznie ułatwiają one pracę nad sobą, koncentrują na osobistych możliwościach i ograniczeniach, emocjach i praktycznych umiejętnościach. Te wszystkie rzeczy zostały stworzone przez lub wspólnie z pacjentami. Chcę powiedzieć, że zasady społeczności terapeutycznej sprawdzają się w różnych grupach społecznych – i działają. Już od 42 lat prowadzę ośrodek dla dzieci i młodzieży w Gdańsku. I proszę sobie wyobrazić, że pierwsze 10 lat poświęciłam na bycie z tymi dziećmi i na rozmowach z nimi, jak ma być w ośrodku, żeby oni dali sobie radę, żeby to miejsce im pomagało, leczyło ich. I gdyby nie ich pomysły, to ja bym tego ośrodka w ogóle nie stworzyła. Bo nie wiedziałam, jak ma wyglądać miejsce, w którym oni są jednocześnie gospodarzami, a równolegle wojują o siebie. Nie zapomnę, jak jeden chłopak, który miał wtedy 13 lat, pojawił się u mnie w ośrodku. Kiedy go zapytałam, czy przyjechał tu pokonać swój nałóg, to odpowiedział: „Ja nie przyjechałem pokonywać nałogu, ja przyjechałem odnaleźć siebie”. I ta jego deklaracja stała się początkiem programu „Odnaleźć siebie”, który realizowany jest do dziś.

Choć cały czas są nowe wyzwania. Nadal trzeba z młodzieżą dyskutować, wspólnie ustalać, szukać kompromisowych rozwiązań. Przecież nie można im mówić, że czegoś „nie wolno, bo nie wolno”. Poza tym mamy też w ośrodku takie spotkania, gdzie dyskutujemy nad sensownością określonej zasady, żeby zobaczyć, czy oni to zaakceptują, czy nie. Bo prawda jest przecież taka, że jeżeli oni nie zaakceptują warunków pobytu, to będzie trudno prowadzić z nimi terapię. Uważam, że społeczności, w których terapeuci opierają się na jakiejś filozofii wartości i potrafią rozmawiać z pacjentami o sensie i bezsensie danych spraw, zaczynają się budować, wzrastać. A jak się im tylko mówi: „to można, a tego nie można”, to to nic w tych ludziach nie zmienia. Może coś zatrzymuje, ale nie dokonuje zmiany. Postaw, wartości,

zachowań. Tak naprawdę terapia przecież nie jest o narkotykach. Terapia jest o zmianie, o zmianie stosunku do siebie, do tego, w co wierzyłem, o świecie, w który wierzyłem...

– Gdyby Pani miała z lotu ptaka spojrzeć na te prawie 50 lat i ocenić, jak społeczność terapeutyczna ewoluowała w Polsce, to jakby Pani podzieliła poszczególne okresy jej rozwoju, zmian?

– Gdyby się pokusić o chronologię, to pierwsze lata, czyli od 1978 roku do lat 80., to był czas budowania kolejnych ośrodków oraz czas poszukiwania wartości, definiowania warunków i zasad. To było ciągle szukanie, szukanie i jeszcze raz szukanie. A następnie sprawdzanie, co działa, a co nie. Jak już wspomniałam, etap tworzenia, początków był mocno połączony niestety z tym, że przynosił i ponosił ofiary. Mam na myśli to, że każda wdrażana rzecz mogła okazać się ryzykowna i mogła się nie sprawdzić.

Jednocześnie, myśląc o tym pierwszym etapie, zawsze chciałam stworzyć taki album w którym byłyby sylwetki naszych pierwszych pacjentów. Mógłby się nazywać „Zmartwychwstali”. Nigdy niestety nie miałam na to czasu... Co mam na myśli, mówiąc o zmartwychwstałych? W pierwszym 10-leciu wszystkie budynki, jakie dostawaliśmy do pracy, były w totalnych ruinach. Wspólnie z pacjentami musieliśmy je odbudowywać, remontować. I symbolika narzucała się sama: odbudowując te domy, równocześnie ludzie, pacjenci, którzy brali w tym udział, sami siebie odbudowywali. Raz, że mieli nareszcie swój dom. Dwa, że podnosili z ruin – siebie i te miejsca. To miało swoje ogromne plusy, pozwalało razem wzrastać – budować społeczność, zakładając, że tworzymy wspólne terytorium; taki mikrokosmos społeczny, minireprezentację społecznej rzeczywistości. I nie powinno tam być miejsca na to, by nazywać to instytucją, powinna być w tym możliwość swobodnego działania. Oczywiście z pewnymi założeniami zasad, norm, regulaminów. Ale tworzona przez to małe państwo, którym jest społeczność terapeutyczna. I ludzie zaczęli się identyfikować z tym, że mogą coś stworzyć, czuć przynależność i to było bardzo leczące.

Potem przyszły lata 90. i okres, który bardzo zaważył na tym, jak dalej te społeczności były prowadzone – pojawiło się, niestety, poczucie, że jesteśmy najlepsi, wiemy, jak to robić. Filozofia o nazwie „my wiemy lepiej”, spowodowała stagnację w tej metodzie. Do tego jeszcze nie byliśmy służbą zdrowia i nie było tego, co nazywa się standardem opieki

medycznej. To był niestety czas spadku poszukiwań, przy towarzyszącym mu zadowoleniu z siebie.

Zaczął się trzeci okres, trudniejszy, kiedy zaczęto wprowadzać normy, które były związane z faktem że przejął nas NFZ. I właściwie przez następne 10 lat nie wiedzieliśmy, kim jesteśmy... Stawialiśmy się coraz bardziej czymś, co w żadnym razie nie pasowało do naszych pierwotnych założeń i tego, co tworzyło ideę budowania takiego miejsca. Instytucji, która jest sformalizowana.

I teraz mamy czwarty okres. Ten okres mnie mocno martwi, bo próbuje się z nas zrobić znowu szpitale, choć przecież początki były takie, że społeczność powstała właśnie wychodząc ze szpitala. Klamrą więc tę historię zamyka fakt, że dziś także już nic nie wolno na terenach ośrodków wybudować – dla mnie jest to skaza na honorze społeczności terapeutycznej. Nic nie wolno przekształcić – więc nie można też budować, tworzyć. A kiedyś przecież pacjenci razem z miejsca tworzyli. Dla mnie to symboliczne.

– Jak Pani widzi rolę społeczności terapeutycznej w XXI wieku? Wieku rozwoju technologii, zaniku więzi między ludźmi?

– Właśnie widzę ją jako odpowiedź na współczesne problemy. Młodzi ludzie od wczesnych lat zamykają się w świecie swoich smartfonów, często są bardzo samotni. Rodzice – sami zabiegani – zostawiają ich samych sobie. Ci młodzi ludzie nie potrafią tworzyć relacji, więzi. A są za nimi stęsknieni. Z drugiej strony mamy coraz więcej ludzi samotnych, także wśród dorosłych – całe pokolenie singli. Starzejące się społeczeństwo. Społeczność terapeutyczna wiele może im zaoferować.

– Dziękuję za rozmowę.

Przypisy

- ¹ Synanon – społeczność lecznicza, wspólnota dla osób uzależnionych, których wspólnym celem jest wyjście z tych problemów poprzez pracę. Początki tego modelu wsparcia sięgają lat 50. XX wieku – ruch powstał w Santa Monica w Kalifornii (USA) w 1958 roku. Założycielem był Charles Dederich. W 1963 roku utworzono w Nowym Jorku Dayton Village. Ta społeczność (podobnie jak założona kilka lat później Phoenix House) stała się modelowa dla innych amerykańskich wspólnot. W Europie pierwszymi grupami były Ralpa House i Phoenix House (Wielka Brytania).
- ² W każdym ośrodku etapy mogą być różne i różnie nazywane.

XIX Europejska Konferencja Społeczności Terapeutycznych „Kształtujmy przyszłość razem” – Gdańsk 2024

We wrześniu 2024 roku w Gdańsku odbyła się XIX Europejska Konferencja Społeczności Terapeutycznych zorganizowana przez Stowarzyszenie Polska Federacja Społeczności Terapeutycznych* we współpracy z Europejską Federacją Społeczności Terapeutycznych EFTC**, Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, Urzędem Miasta Gdańska, Fundacją Res Humanae, Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej Pomorskiego Urzędu Marszałkowskiego i Gdańską Organizacją Turystyki. Patronat honorowy nad konferencją objęła Prezydent Miasta Gdańska Aleksandra Dulkiewicz. Specjalnym gościem honorowym konferencji był Prezydent RP, laureat nagrody Nobla, Lech Wałęsa.

Chociaż społeczność terapeutyczna jako metoda pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi ma w Polsce swoją ponad 40-letnią historię, to dopiero teraz stała się po raz pierwszy głównym tematem konferencji odbywającej się w naszym kraju.

Społeczność terapeutyczna głównie ze względu na uniwersalne wartości, takie jak: solidarność, wzajemna pomoc, tolerancja, dbałość o bezpieczeństwo wspólnoty, współpraca, współodpowiedzialność i współdziałanie dla dobra wspólnego jest jednym z najbardziej korzystnych środowisk terapeutycznych. Jej wieloletni dorobek ewidentnie pokazuje jej żywotność, prostotę, pojemność, pomysłowość i elastyczność oraz uniwersalne wartości i ponadczasowy charakter. Właśnie dlatego społeczność terapeutyczna stanowi dzisiaj jedną z najbardziej obiecujących form profesjonalnej pomocy, a preferowane przez nią wartości mogą stać się drogowskazem dla budowania wspólnot gotowych tworzyć bezpieczną i solidarną przyszłość każdej społeczności.

Konferencja zgromadziła ponad 320 osób z ponad 24 krajów. Odbyło się 9 sesji plenarnych, 40 wykładowo-warsztatowych oraz wizyty studyjne w placówkach terapeutycznych województwa pomorskiego. Podzielono ją na 4 bloki tematyczne:

1. Filozofia, Etyka, Teoria w społeczności terapeutycznej – metody i potencjał w procesie pomocy osobom wykluczonym społecznie oraz uniwersalizm systemu wartości. Wartości, które są istotą społeczności terapeutycznej jako odpowiedź na wyzwania współczesnego świata.
2. Społeczność terapeutyczna, która leczy – nowe myśli, nowa praktyka. Przykłady zastosowań społeczności terapeutycznej w psychoterapii, edukacji, pomocy społecznej i kulturze.
3. Doniesienia z badań naukowych dotyczące społeczności terapeutycznej.
4. Polskie Społeczności Terapeutyczne – przykłady dobrych praktyk z ponad 40-letniego doświadczenia w stosowaniu społeczności terapeutycznej w Polsce.

* Polska Federacja Społeczności Terapeutycznych powstała oficjalnie w 1997 roku. PFST ma obecnie około 60 członków reprezentujących największe polskie organizacje zajmujące się profilaktyką, terapią i reintegracją społeczną osób z problemem uzależnienia.

** Europejska Federacja Społeczności Terapeutycznych powstała w 1981 roku. Dziś składa się na nią ponad 70 organizacji z 27 krajów europejskich, w tym z Polski, oraz członkowie stowarzyszeń z Izraela, Libanu, Australii, Iranu, Kolumbii, USA i Japonii. Od 1982 roku EFTC, co dwa lata, organizuje międzynarodowe konferencje poświęcone rehabilitacji i polityce narkotykowej.

POLSKA PREZYDENCJA W RADZIE UNII EUROPEJSKIEJ – SZANSE I WYZWANIA

Artur Malczewski

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

W styczniu 2025 roku Polska obejmie prezydencję w Radzie Unii Europejskiej. Pracownicy Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom weszli w skład zespołu polskiej prezydencji i wraz z pracownikami Centralnego Biura Śledczego Policji¹ będą zajmować się organizacją kilkunastu spotkań w Brukseli. Realizowane będą również dwa wydarzenia w Warszawie. Polska prezydencja będzie trwała sześć miesięcy i zakończy się w czerwcu.

Od kilku miesięcy trwają intensywne prace nad zaplanowaniem wydarzeń, w ramach których trwa współpraca przede wszystkim z sekretariatem Rady UE. Horyzontalna Grupa ds. Narkotyków (HDG) spotyka się co miesiąc w Brukseli. W jej skład wchodzi przedstawiciele wszystkich krajów członkowskich Unii Europejskiej. W trakcie spotkań wypracowywane jest m.in. wspólne stanowisko UE na Komisję ds. Środków Odurzających (CND) dotyczące problemów narkotyków i narkomanii. Warto zwrócić uwagę, że jako jedna z niewielu grup roboczych HDG operuje na dwóch polach – polityki zdrowotnej i bezpieczeństwa publicznego, łącząc działania antynarkotykowe z ochroną zdrowia publicznego. HDG pełni kluczową rolę w koordynowaniu działań antynarkotykowych na poziomie UE oraz monitorowaniu wdrażania strategii antynarkotykowej, co obejmuje szereg zadań o szerokim zasięgu. W ramach HDG przygotowano są strategie antynarkotykowe, plany działań UE oraz inne istotne dokumenty w zakresie narkotyków, stanowiące fundament polityki unijnej w tej dziedzinie. Tworzenie tych dokumentów pozwala na jednolite podejście do problemu narkotyków i wyznaczanie wspólnych priorytetów oraz mierzalnych celów, umożliwiając efektywne działanie na poziomie krajowym i międzynarodowym. W ramach HDG prowadzona jest także wymiana informacji na temat krajowych polityk antynarkotykowych oraz problematyki związanej z narkotykami pomiędzy państwami członkowskimi oraz krajami spoza UE. HDG ułatwia transfer wiedzy, najlepszych praktyk oraz informacji o nowych zagrożeniach, co pozwala na lepszą synchronizację działań i szybszą reakcję na pojawiające się problemy. W efekcie HDG uwzględnia zarówno aspekty związane z bezpieczeństwem (zwalczanie przestępczości

narkotykowej i nielegalnej produkcji narkotyków), jak i zdrowiem publicznym (profilaktyka, leczenie uzależnień, redukcja szkód). Interdyscyplinarność pozwala HDG na całościowe podejście do problemu narkotyków, angażując ekspertów z obu dziedzin i umożliwiając tworzenie spójnej polityki na poziomie UE.

W ramach polskiej prezydencji tematem priorytetowym będą syntetyczne opioidy oraz syntetyczne katynony, jak również profilaktyka przestępczości oraz profilaktyka substancji psychoaktywnych na poziomie lokalnym. W trakcie spotkań w Brukseli planowana jest wymiana doświadczeń na temat wdrażania standardów jakości w redukcji popytu na narkotyki oraz promocja szkoleń osób zajmujących się profilaktyką, realizowanych w ramach Europejskiego Programu Profilaktyki (EUCP). W trakcie debat tematycznych chcemy dyskutować nad rolą samorządu lokalnego w profilaktyce i pokazać dobre praktyki w profilaktyce. Podczas polskiej prezydencji odbędzie się 68 sesja Komisji ds. Środków Odurzających. Strona polska przygotowała tekst rezolucji „Bezpieczeństwo oficerów zabezpieczających nielegalne laboratoria”, który będzie procedowany w trakcie spotkania Komisji w marcu 2025 roku.

W czasie polskiej prezydencji zaplanowano dialogi z państwami trzecimi: Ukrainą, USA, Brazylią, krajami Azji Centralnej, Mołdawią, krajami Ameryki Południowej oraz basenu Morza Karaibskiego (kraje CELAC), co pozwoli na intensyfikację współpracy międzynarodowej w walce z produkcją i przemytem narkotyków syntetycznych oraz promocji skutecznych działań profilaktycznych.

Ważnym wydarzeniem będzie konferencja UE-CELAC (6-8 maja 2025 roku) i spotkanie krajowych koordynatorów ds. narkotyków 23-24 kwietnia 2025 roku w Warszawie na Stadionie Narodowym. Jego celem będzie m.in. rozpoczęcie wstępnych prac nad przygotowaniem europejskiej strategii narkotykowej.

Przypisy

¹ W skład zespołu prezydencji wejdą ze strony policji (CBŚP): Michał Aleksandrowicz – przewodniczący grupy roboczej HDG, Rafał Zamrzycki, Marta Gularska, Artur Klejn oraz ze strony KCPU: dr Artur Malczewski – wiceprzewodniczący grupy roboczej HDG, dr Bogusława Bukowska, Łukasz Jędruszek, Michał Kidawa.

Tak zwana ustawa Kamilka wprowadza długo wyczekiwane standardy ochrony małoletnich przed przemocą, które mają obowiązywać we wszystkich placówkach zajmujących się dziećmi. Bez wątplenia najbliższe miesiące i lata będą sprawdzianem tego, jak prawo działa w praktyce. Te przepisy są po to, by wszyscy wiedzieli, kiedy trzeba reagować i jak należy zareagować, gdy widzimy czy podejrzewamy, że dziecku dzieje się krzywda.

USTAWA KAMILKA – WYBRANE ZAGADNIENIA

Katarzyna Syroka-Marczewska
Prawnik

Wprowadzenie

15 lutego 2024 roku weszła w życie nowelizacja Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, czyli tzw. ustawa Kamilka¹. Przepisy dotyczące standardów ochrony małoletnich znajdują się w art. 22b i 22c ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczości na tle seksualnym i ochronie małoletnich². Obowiązek wprowadzenia ww. standardów miał zostać zrealizowany w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy Kamilka, czyli do 15 sierpnia 2024 roku. Baza, jaką są standardy ochrony dzieci, powinna być jednak wspólna i zawierać:

- zasady określające bezpieczne relacje z dzieckiem z wyszczególnieniem zachowań niedozwolonych;
- procedury podejmowania interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka;
- procedurę i wyznaczoną osobę odpowiedzialną za złożenie zawiadomienia o podejrzeniu przestępstwa wobec dziecka³.

Ustawa Kamilka została wprowadzona w odpowiedzi na tragiczną śmierć 8-letniego chłopca z Częstochowy, który zmarł na skutek brutalnego znęcania się przez ojczyma⁴. Nowelizacja zmienia m.in. przepisy dotyczące wysłuchania dziecka przez sąd, które będzie mogło nastąpić raz w toku postępowania, chyba że dobro dziecka wymaga ponownego przeprowadzenia tej czynności lub taką potrzebę zgłasza samo dziecko. Ustawa reguluje także, że dziecko przed sądem ma swojego reprezentanta⁵. Nowe przepisy wprowadzają także obowiązek dla sędziów, którzy orzekają w sprawach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, by brali udział w specjalistycznych szkoleniach i uczyli się lepiej dbać o dobro dziecka w sytuacji sporu między rodzicami albo opiekunami oraz wiedzieli, jak

rozpoznać, czy dziecko doświadcza przemocy. Zdaniem Rzeczniczki Praw Dziecka sama wiedza prawnicza jest niewystarczająca do tego, by takie sprawy prowadzić i potrzebne są także kompetencje z zakresu psychologii, psychiatrii czy pedagogiki⁶.

Ponadto zmiany zakładają wdrożenie procedury tzw. Serious Case Review. Chodzi o obowiązek analizy najpoważniejszych przypadków przemocy wobec najmłodszych.

Przedmiotem niniejszego opracowania jest omówienie najważniejszych zmian w przepisach prawa, które wynikają z wejścia w życie ustawy Kamilka.

Reprezentant dziecka

Jednym z celów ustawy Kamilka było wzmocnienie ochrony dzieci, które są reprezentowane przez kuratora ustanawianego na podstawie przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. W związku z powyższym ustawodawca zdecydował się na pewne modyfikacje obowiązujących rozwiązań. Zdaniem ustawodawcy niezbędne jest dokonanie zmiany nazwy instytucji z „kuratora reprezentującego dziecko” na „reprezentanta dziecka”. Posługiwanie się dotychczasowym określeniem rodziło poważne trudności w praktyce stosowania prawa. Instytucja, o której mowa w art. 99 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, bardzo często była mylona z kuratorami sądowymi, co mogło wywoływać u obywateli niezrozumienie w zakresie tego, jaka jest rola, zadania i cele kuratora reprezentującego dziecko. Warto wyjaśnić, że instytucja ta polega na reprezentowaniu dzieci, a nie sprawowaniu nad nimi kurateli czy też kontroli, a nowa nazwa, tj. „reprezentant dziecka”, bardziej koresponduje z ideą tej instytucji.

W konsekwencji art. 99 k.r.o. – 99³ k.r.o. dokonano zmian prawnych polegających m.in. na wprowadzeniu określenia „reprezentant dziecka”⁷.

Zgodnie z treścią art. 99 § 1 i 2 k.r.o. dla dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską, którego żadne z rodziców nie może reprezentować, sąd opiekuńczy ustanawia reprezentanta dziecka. Reprezentant dziecka jest umocowany do dokonywania wszelkich czynności łączących się ze sprawą, również w zakresie zaskarżenia i wykonania orzeczenia. Przepis art. 99¹ k.r.o. mówi, że reprezentantem dziecka może być ustanowiony adwokat lub radca prawny, który wykazuje szczególną znajomość spraw dotyczących dziecka, tego samego rodzaju lub rodzajowo odpowiadających sprawie, w której wymagana jest reprezentacja dziecka, lub ukończył szkolenie dotyczące zasad reprezentacji dziecka, praw lub potrzeb dziecka. W przepisie art. 99¹ § 2 k.r.o. wskazano, iż w przypadku, gdy stopień skomplikowania sprawy tego nie wymaga, w szczególności, w sytuacji w której sąd opiekuńczy określi szczegółowo treść czynności, reprezentantem dziecka może zostać ustanowiona również inna osoba posiadająca wyższe wykształcenie prawnicze i wykazująca znajomość potrzeb dziecka. Jeżeli szczególne okoliczności za tym przemawiają, reprezentantem dziecka może zostać ustanowiona także osoba nieposiadająca wyższego wykształcenia prawniczego. Przepisu tego nie stosuje się jednak do reprezentanta dziecka w postępowaniu karnym, co związane jest z faktem, iż z uwagi na specyfikę tego postępowania, zasadnym jest, aby reprezentantem dziecka była osoba będąca adwokatem lub radcą prawnym. Wydaje się, że osoby te, z racji wykonywanego zawodu, posiadają właściwe kompetencje.

Reprezentant dziecka w postępowaniu przed sądem lub innym organem państwowym udziela na piśmie lub przy wykorzystaniu środków komunikacji elektronicznej rodzicowi dziecka, który nie uczestniczy w postępowaniu, na jego wniosek, informacji niezbędnych do prawidłowego wykonywania władzy rodzicielskiej dotyczących przebiegu tego postępowania i podjętych w jego toku czynności, jeżeli nie stoi to na przeszkodzie dobru dziecka. Reprezentant dziecka uzyskuje od tego rodzica informacje o dziecku, jego stanie zdrowia, sytuacji rodzinnej i środowisku, w zakresie niezbędnym do prawidłowej reprezentacji dziecka. Reprezentant dziecka może także zwrócić się o wyżej wymienione informacje o dziecku do organów, instytucji, stowarzyszeń, organizacji społecznych lub innych podmiotów, do których należy dziecko,

które świadczą dziecku pomoc lub posiadają informacje o dziecku. Organy, instytucje, stowarzyszenia, organizacje społeczne lub inne podmioty są obowiązane do udzielenia tych informacji na wniosek reprezentanta dziecka. Jeżeli rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości dziecka na to pozwalają, reprezentant dziecka nawiązuje z dzieckiem kontakt i informuje je w sposób zrozumiały i dostosowany do stopnia jego rozwoju o podejmowanych czynnościach, przebiegu postępowania i sposobie jego zakończenia oraz konsekwencjach podjętych działań dla jego sytuacji prawnej (art. 99² § 1-3 k.r.o.).

Warto w tym kontekście podkreślić, że przepis art. 99² § 4 k.r.o. nakłada na reprezentanta dziecka obowiązek zachowania w tajemnicy okoliczności sprawy, o których powziął wiadomość ze względu na wykonywane czynności, z wyjątkiem wiarygodnych informacji o przestępstwach popełnionych na szkodę dziecka oraz zagrożeniu dobra dziecka. W przypadku gdy reprezentantem dziecka został ustanowiony adwokat lub radca prawny, tajemnica ta stanowi tajemnicę zawodową w rozumieniu ustawy z dnia 26 maja 1982 r. – Prawo o adwokaturze⁸ lub ustawy z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych⁹. Osoba, wykonując rolę reprezentanta dziecka, dowiadyuje się wielu informacji na temat osoby najmłodszej, jej stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej i środowisku. Reprezentant dziecka może dowiedzieć się np. o tym, że dziecko w środowisku rodzinnym jest zaniedbywane, a ta okoliczność nie będzie stanowić przestępstwa, ale będzie zagrażać dobru osoby najmłodszej. W związku z tym ustawodawca dodał przesłankę „zagrożenia dobra dziecka” jako dodatkową okoliczność zwalniającą reprezentanta dziecka z tajemnicy wykonywanej funkcji, umożliwiając mu poinformowanie odpowiednich służb o sytuacji dziecka.

Jak już zostało wskazane, w sytuacjach określonych w art. 98 § 2 k.r.o., dziecko pozostające pod władzą rodzicielską swoich rodziców, nie może być przez nich reprezentowane, a rolę tę wykonuje osoba trzecia – reprezentant dziecka. Rodzice zostają pozbawieni bardzo ważnego elementu władzy rodzicielskiej w postaci działania w imieniu i na rzecz swojego dziecka. Tym samym konieczne stało się takie ukształtowanie instytucji reprezentanta dziecka, aby gwarantowała ona jak najwyższy poziom ochrony interesów osoby najmłodszej, a służby państwa w postaci sądu opiekuńczego posiadały aktualną wiedzę o sposobie realizowania zadań reprezentanta dziecka. W konsekwencji, stosownie do treści art. 99^{2a} k.r.o., nad działalnością reprezentanta dziecka czuwa sąd opiekuńczy,

zaznajamiając się na bieżąco z jego działalnością. Z kolei na reprezentancie dziecka ciąży obowiązek składania sądowi opiekuńczemu w wyznaczonych terminach (nie rzadziej niż co cztery miesiące), informacji dotyczących jego działalności, w szczególności o dokonywanych wszelkich czynnościach łączących się ze sprawą oraz obowiązkach określonych w art. 99² k.r.o.

Reprezentantowi dziecka przysługuje wynagrodzenie. Przepis art. 99³ k.r.o. stanowi, że o wynagrodzeniu reprezentanta dziecka i zwrocie poniesionych przez niego wydatków orzeka sąd lub organ państwowy, przed którym dziecko jest reprezentowane, stosując przepisy właściwe dla danego postępowania. Wysokość wynagrodzenia reprezentanta dziecka niebędącego adwokatem lub radcą prawnym i zwrot poniesionych przez niego wydatków w postępowaniu innym niż cywilne ustala się na podstawie przepisów określających wysokość wynagrodzenia i zwrot wydatków kuratora ustanowionego dla strony w sprawie cywilnej. Do ustalenia wysokości wynagrodzenia i zwrotu wydatków reprezentanta dziecka będącego adwokatem lub radcą prawnym stosuje się odpowiednio przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 29 ust. 2 ustawy – Prawo o adwokaturze lub art. 22³ ust. 2 ustawy o radcach prawnych. Osoby te, z racji wykonywanego zawodu, wydaje się, że powinny posiadać szczególne kompetencje. Dodatkowo, aby reprezentować dziecko powinny one wykazywać się szczególną znajomością spraw dotyczących dziecka, tego samego rodzaju lub rodzajowo odpowiadających sprawie, w której wymagana jest reprezentacja dziecka lub powinny ukończyć szkolenie dotyczące zasad reprezentacji dziecka, praw lub potrzeb dziecka. Tym samym w ocenie ustawodawcy niezbędne jest odróżnienie sytuacji adwokatów i radców prawnych od innych osób w pełnieniu przez nich roli reprezentanta dziecka¹⁰.

Kodeks postępowania karnego

Konsekwencją wejścia w życie ustawy Kamilka są zmiany w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego¹¹ (dalej: k.p.k.). Zgodnie z treścią art. 51 § 2 k.p.k., jeżeli pokrzywdzonym jest małoletni albo ubezwłasnowolniony całkowicie lub częściowo, prawa jego wykonuje przedstawiciel ustawowy albo osoba, pod której stałą pieczęć pokrzywdzony pozostaje. Stosownie jednak do treści art. 51 § 2a k.p.k. sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni

od dnia zaistnienia okoliczności, o których mowa w art. 98 § 2 k.r.o., występuje do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wyznaczenie reprezentanta dziecka, o którym mowa w art. 99 § 1 k.r.o. Ma to służyć zapewnieniu, aby osoby małoletnie miały zagwarantowane prawo do rzetelnej reprezentacji w toku całego postępowania karnego.

W celu wzmocnienia ochrony małoletniego znowelizowano również przepis art. 21 § 1 k.p.k. poprzez dodanie punktu 4 w § 1. Zgodnie z treścią tego przepisu o wszczęciu i ukończeniu postępowania toczącego się z urzędu przeciw rodzicowi albo opiekunowi prawnemu lub faktycznemu o przestępstwo popełnione na szkodę małoletniego należy bezzwłocznie zawiadomić sąd rodzinny właściwy dla miejsca zamieszkania małoletniego.

Obowiązek zawiadomienia o ukończeniu postępowania spoczywa na organie, który wydał orzeczenie kończące postępowanie¹². Obowiązek ten dotyczy zatem prokuratora, który wydał bądź zatwierdził postanowienie o umorzeniu postępowania przygotowawczego, które nie zostało zaskarżone, bądź w razie zaskarżenia, zostało utrzymane w mocy, jak i sądu, który wydał prawomocny wyrok. Przepis art. 21 § 2 k.p.k. wyraźnie zaś stanowi, że prokurator zawiadamia o wszczęciu postępowania przeciwko osobom, o których mowa w art. 21 § 1 k.p.k.

Ustawa o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich¹³

W ocenie ustawodawcy ustawa o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (dalej: ustawa) stanowi niezwykle istotny element systemu ochrony małoletnich, dlatego jej zakres przedmiotowy powinien być szerszy i obejmować ochronę również przed innymi przestępstwami, nie tylko tymi z rozdziału XXV Kodeksu karnego. Kierując się tym przekonaniem, dokonano zmiany polegającej na uznaniu, że ustawa o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich określa zarówno środki szczególne przeciwdziałające zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym, jak i szczególne środki ochrony małoletnich. Jak czytamy w uzasadnieniu, wprowadzenie katalogu tych szczególnych środków ochrony ma pozwolić na kompleksową ochronę małoletnich, a co za tym idzie wzmocnienie systemu przeciwdziałania przestępczości na ich szkodę¹⁴. Przede wszystkim ustawodawca zdecydował się na zmianę ogólnego określenia przedmiotu ustawy

poprzez rozszerzenie jej tytułu i wskazanie, iż regulacje w niej zawarte mają przeciwdziałać zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich. Ustawa określa szczególne środki ochrony przeciwdziałające zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i szczególne środki ochrony małoletnich.

Szczególnymi środkami ochrony przeciwdziałającymi zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym, są:

1. Rejestr Sprawców Przepędstw na Tle Seksualnym;
2. obowiązki pracodawców i innych organizatorów w zakresie działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi oraz pracowników i innych osób dopuszczanych do takiej działalności;
3. określenie miejsc szczególnego zagrożenia przestępczością na tle seksualnym.

Szczególnymi środkami ochrony małoletnich są natomiast:

1. ocena prawdopodobieństwa ponownego popełnienia przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności na szkodę małoletniego;
2. standardy ochrony małoletnich;
3. analiza zdarzeń, w wyniku których małoletni na skutek działania rodzica albo opiekuna prawnego lub faktycznego poniósł śmierć lub doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu;
4. Krajowy Plan Przeciwdziałania Przemocy na Szkodę Małoletnich oraz Krajowy Plan Przeciwdziałania Przepędstwom Przeciwko Wolności Seksualnej i Obyczajności na Szkodę Małoletnich;
5. kontrola wykonywania obowiązków, o których mowa w art. 21 oraz art. 22b ww.

Przepis art. 21 określa obowiązki pracodawców i innych organizatorów w zakresie działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi oraz osób zatrudnianych i dopuszczanych do takiej działalności. Przed nawiązaniem z osobą stosunku pracy lub przed dopuszczeniem osoby do innej działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką

nad nimi na pracodawcy lub innym organizatorze takiej działalności oraz na osobie, z którą ma być nawiązany stosunek pracy lub która ma być dopuszczona do takiej działalności, ciążą obowiązki określone w art. 21 ust. 2-8 ustawy. Pracodawca lub inny organizator jest zobowiązany uzyskać m.in. informację, czy dane ww. osoby są zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze. Informacje te pracodawca lub inny organizator utrwała w formie wydruku i załącza do akt osobowych pracownika albo dokumentacji dotyczącej osoby dopuszczonej do działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi. Ponadto osoba, o której mowa w art. 21 ust. 1, przedkłada pracodawcy lub innemu organizatorowi informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego. Informacje te pracodawca lub inny organizator załącza do akt osobowych pracownika albo dokumentacji dotyczącej osoby dopuszczonej do takiej działalności (przepis art. 21 ust. 10 ustawy przewiduje, że wykonanie powyższych obowiązków nie jest wymagane przed dopuszczeniem do działalności związanej z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi, członka rodziny małoletniego, lub osoby znanej osobiście rodzicowi małoletniego albo przedstawicielowi ustawowemu małoletniego, gdy jest ona wykonywana w stosunku do małoletniego dziecka, którego rodzic albo przedstawiciel ustawowy są dopuszczającymi do działalności – przez członka rodziny należy rozumieć osobę spokrewnioną albo osobę niespokrewnioną, pozostającą w faktycznym związku oraz wspólnie zamieszkującą i gospodarującą).

Przepis art. 22b ww. ustawy przewiduje procedurę oceny prawdopodobieństwa ponownego popełnienia przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności na szkodę małoletniego. W sprawach o przestępstwa z art.

197-200b i art. 202 Kodeksu karnego popełnione na szkodę małoletniego sąd, a w postępowaniu przygotowawczym prokurator, zasięga opinii dwóch biegłych psychiatrów i biegłego seksuologa lub biegłego psychoseksuologa w celu ustalenia stopnia prawdopodobieństwa ponownego popełnienia przez sprawcę przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności popełnionego na szkodę małoletniego, wskazania, jakie działania muszą być podjęte w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa ponownego popełnienia tego rodzaju przestępstwa, a także ustalenia, czy sprawca wymaga terapii lub innych indywidualnych oddziaływań, a jeśli tak, określenia ich charakteru. Ustalenie stopnia prawdopodobieństwa ponownego popełnienia przestępstwa dokonuje się także w sprawie o przestępstwo z art. 148 Kodeksu karnego popełnione na szkodę małoletniego, jeżeli pozostaje ono w zbiegu z przestępstwem przeciwko wolności seksualnej i obyczajności popełnionym na szkodę małoletniego.

Zespół do spraw analizy zdarzeń

Jak już wspomniano, jedną z konsekwencji wejścia w życie tzw. ustawy Kamilka, jest nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich i wprowadzenie procedury analizy zdarzeń, na skutek których małoletni poniósł śmierć lub doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Zgodnie z treścią art. 22d ww. ustawy, jeżeli skutkiem zdarzenia, co do którego zachodzi uzasadnione przypuszczenie lub zostało stwierdzone, że stanowi umyślny czyn zabroniony określony w Kodeksie karnym, popełniony przez rodzica albo opiekuna prawnego lub faktycznego, jest śmierć lub ciężki uszczerbek na zdrowiu małoletniego, zdarzenie może zostać poddane analizie. Warto w tym kontekście zauważyć, że celem analizy jest ocena funkcjonowania ochrony małoletnich przed krzywdzeniem oraz określenie działań usprawniających to funkcjonowanie i umożliwiających zapobieganie podobnym zdarzeniom. Ponadto analiza określonego zdarzenia jest prowadzona niezależnie i odrębnie od postępowania karnego (co do zasady celem postępowania karnego jest ustalenie winy i odpowiedzialności za popełnienie czynu zabronionego). W toku analizy określonego zdarzenia nie ustala się winy i odpowiedzialności osób za popełnienie innego czynu zabronionego lub przewinienia dyscyplinarnego związanego z okolicznościami analizowanego zdarzenia, ani odpowiedzialności instytucji lub innych organów.

W toku analizy określonego zdarzenia, którą sporządza się w formie raportu, dokonuje się w szczególności: wskazania okoliczności śmierci małoletniego lub doznania przez niego ciężkiego uszczerbku na zdrowiu; ustalenia sytuacji małoletniego zanim doszło do jego śmierci lub doznania przez niego ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, w tym jego sytuacji opiekuńczo-wychowawczej; ustalenia charakteru i rodzaju działań instytucji państwowych i samorządowych lub innych organów, instytucji i placówek, podejmowanych wobec małoletniego, rodzeństwa małoletniego, rodzica małoletniego albo jego opiekuna prawnego lub faktycznego lub innych osób, które mogły mieć wpływ na sytuację małoletniego zanim doszło do śmierci małoletniego lub doznania przez niego ciężkiego uszczerbku na zdrowiu; wskazania podstawy prawnej działań właściwych organów lub instytucji; analizy działań właściwych organów lub instytucji, w szczególności w zakresie sposobu faktycznego realizowania przyznaných uprawnień i wykonywania ciążących na nich obowiązków oraz reagowania na zagrożenie życia lub zdrowia małoletniego; ustalenia, czy występują uchybienia w zakresie ochrony małoletnich utrudniające ujawnianie i prawidłowe reagowanie na przypadki krzywdzenia małoletnich; opracowania wniosków końcowych i sformułowania zaleceń dla właściwych organów lub instytucji mających na celu poprawę ochrony małoletnich przed krzywdzeniem.

25 kwietnia 2024 roku z rąk ministra sprawiedliwości Adama Bodnara powołania do eksperckiego Zespołu do spraw analizy zdarzeń, na skutek których małoletni poniósł śmierć lub doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu odebrało sześć osób: Anna Chobel (socjolożka, główna specjalistka pracy socjalnej z obszaru przeciwdziałania przemocy domowej, koordynatorka grup diagnostyczno-pomocowych, członkini Miejskiego Zespołu Interdyscyplinarnego w Rzeszowie); dr Honorata Czajkowska (kuratorka, adiunktka na Uniwersytecie Wrocławskim i nauczycielka akademicka. Jest zawodową kuratorką rodzinną oraz zastępczynią kuratora okręgowego we Wrocławiu. W ramach zajęć na uczelni realizuje tematykę dotyczącą przemocy domowej, w tym diagnozowanie przemocy wobec dzieci); prof. dr hab. Ewa Jarosz (pedagożka, nauczycielka akademicka. W latach 2011–2018 społeczna doradczyni Rzecznika Praw Dziecka w zakresie przeciwdziałania przemocy wobec dzieci. Wieloletnia ekspertka współpracująca z organizacjami pozarządowymi na rzecz rozwoju działań ochrony dzieci przed przemocą); Beata Kozielec-Oracka (lekarzka psychiatra. Od 1997 roku związana z pomocą

osobom pokrzywdzonym oraz ochroną małoletnich przed krzywdzeniem i przeciwdziałaniem przemocy. Prowadziła punkt konsultacyjny dla dzieci uchodźców z Ukrainy, pracowała także jako interwent po trzęsieniu ziemi w Turcji); dr Tomasz Rowiński (psycholog, Autor modelu bielańskiego – pierwszego środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Warszawie. Jest p.o. kierownika Zakładu Zdrowia Publicznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Adiunkt w Szkole Głównej Handlowej, członek Think tank SGH dla ochrony zdrowia); dr Grzegorz Wrona (adwokat, członek Komitetu GREVIO – Grupy Ekspertów do spraw Przeciwdziałania Przemocy wobec Kobiet i Przemocy Domowej; należy do Rady ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz jest konsultantem Warszawskiego Ośrodka Interwencji Kryzysowej. Jako adwokat reprezentuje pokrzywdzonych w sprawach karnych oraz osoby doznające przemocy domowej w sprawach rodzinnych)¹⁵. Kadencja Zespołu do spraw analizy zdarzeń trwa cztery lata¹⁶.

W ocenie ministra Adama Bodnara „to jest szczególnie moment, ponieważ rzadko kiedy, gdy dzieje się coś poważnego, a trudno wyobrazić sobie coś bardziej istotnego niż przypadki krzywdzenia dzieci, potrafimy jako społeczeństwo wyciągnąć wnioski. Dlatego powstanie tego Zespołu to przełom”¹⁷.

Uwagi końcowe

Jak słusznie zauważyła Rzeczniczka Praw Dziecka, Monika Horna-Cieślak, „ta ustawa zmienia paradygmat myślenia o przemocy w Polsce. Nie tylko mówi, jak reagować, kiedy do przemocy doszło, ale przede wszystkim nakazuje wyciągać wnioski i przeciwdziałać krzywdzeniu dzieci. Ta ustawa to hołd dla Kamilka i innych dzieci, które są bądź były krzywdzone w dzieciństwie. Przepisy są po to, by wszyscy wiedzieli, kiedy trzeba reagować i jak należy zareagować, gdy widzimy czy podejrzewamy, że dziecku dzieje się krzywda”¹⁸. Ponadto ustawa wprowadza długo wyczekiwane standardy ochrony małoletnich przed przemocą, które mają obowiązywać we wszystkich placówkach zajmujących się dziećmi. Bez wątplenia najbliższe miesiące oraz lata będą sprawdzianem tego, jak prawo działa w praktyce. Mam nadzieję, że przepisy prawa będą skutecznym narzędziem ochrony małoletnich przed przemocą¹⁹. Należy pamiętać, że przemoc powinna być rozumiana jako przemoc zarówno w sferze psychicznej, jak i fizycznej. Zwrócił na to uwagę m.in. Sąd Najwyższy

w uchwale z dnia 31 marca 2021 roku (sygn. akt I KZP 7/20) i podkreślił, że termin „przemoc” oznacza zarówno przemoc fizyczną, jak i psychiczną.

Przypisy

- ¹ Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw, Dz.U.2023.1606 z dnia 2023.08.14.
- ² Ustawa z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich, Dz.U.2024.560 t.j. z dnia 2024.04.12.
- ³ <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/ustawa-kamilka-wyjasnienia-i-najczesciej-zadawane-pytania>, dostęp z 22.11.2024 r.
- ⁴ Kamil zmarł 8 maja w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka po tym, jak trafił tam poparzony i skatowany przez swojego ojczyma. Lekarze walczyli o jego życie 35 dni, <https://tvn24.pl/katowice/czestochowa-osmioleci-kamil-zmarl-po-skatowaniu-przez-ojczyma-sad-pozbawil-matke-i-ojczyma-praw-rodzicielskich-st7209853>, dostęp z 22.11.2024 r.
- ⁵ W sytuacji jeśli opiekun lub rodzic nie może podjąć się tej funkcji, rolę tę mogą pełnić adwokaci i radcy prawni.
- ⁶ <https://brpd.gov.pl/2024/02/15/ustawa-kamilka-weszla-w-zycie-to-zobowiazanie-dla-doroslych-do-lepszej-ochrony-dzieci/>, dostęp z 22.11.2024 r.
- ⁷ Uzasadnienie projektu ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy - Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=3309>; dostęp 22.11.2024
- ⁸ Ustawa z dnia 26 maja 1982 r. Prawo o adwokaturze (tekst jedn. z 2024 r., poz. 1564 ze zm.).
- ⁹ Ustawa z dnia 06 lipca 1982 r. o radcach prawnych (tekst jedn. z 2024 r., poz. 499 ze zm.).
- ¹⁰ Uzasadnienie projektu ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=3309>; dostęp 22.11.2024
- ¹¹ Ustawa z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (tekst jedn. Dz.U. z 2024 r., poz. 37).
- ¹² Z. Gostyński, S. Zabłocki, w: R.A. Stefański, S. Zabłocki, KPK. Komentarz, t. 1, 2003, s. 335.
- ¹³ Ustawa z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich, Dz.U.2024.560 t.j. z dnia 2024.04.12.
- ¹⁴ Uzasadnienie projektu ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=3309>; dostęp 22.11.2024.
- ¹⁵ <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/powolanie-czlonkow-zespołu-do-spraw-analizy-zdarzen>, dostęp z 22.11.2024 r.
- ¹⁶ Szczegółowe informacje dotyczące zespołu znajdują się w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 listopada 2023 r. w sprawie Zespołu do spraw analizy zdarzeń, na skutek których małoletni poniósł śmierć lub doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, Dz.U.2023.2481 z dnia 2023.11.15.
- ¹⁷ <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/powolanie-czlonkow-zespołu-do-spraw-analizy-zdarzen>, dostęp z 22.11.2024 r.
- ¹⁸ <https://brpd.gov.pl/2024/02/15/ustawa-kamilka-weszla-w-zycie-to-zobowiazanie-dla-doroslych-do-lepszej-ochrony-dzieci/>, dostęp z 22.11.2024 r.
- ¹⁹ Zgodnie z treścią art. 82a § 3b ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. Prawo o ustroju sądów powszechnych, sędzia orzekający w sprawach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego oraz dotyczących demoralizacji i czynów karalnych nieletnich powinien uczestniczyć, co cztery lata, w szkoleniu i doskonaleniu zawodowym, w wymiarze co najmniej 10 godzin, organizowanym przez Krajową Szkołę Sądownictwa i Prokuratury lub jednostkę podległą Ministrowi Sprawiedliwości albo przez niego nadzorowaną, w celu uzupełnienia specjalistycznej wiedzy i umiejętności zawodowych z zakresu prowadzenia czynności z osobami, które nie ukończyły 18 lat, rozpoznawania symptomów krzywdzenia dziecka i zabezpieczenia interesu dziecka w sytuacji sporu między rodzicami albo opiekunami.

Celem artykułu jest próba zidentyfikowania barier powodujących zbyt rzadkie korzystanie samorządów gminnych z bazy programów rekomendowanych i zaproponowanie rekomendacji, które mogłyby tę sytuację poprawić. Pokażemy też te strony Systemu rekomendacji, które warto wzmocnić.

WDRAŻANIE PROGRAMÓW REKOMENDOWANYCH W SAMORZĄDACH LOKALNYCH. PODSUMOWANIE 13 LAT DZIAŁANIA SYSTEMU REKOMENDACJI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH I PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

*Marta Zin-Sędek, Sylwia Opasińska
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom*

Prowadzenie przez samorządy lokalne działalności profilaktycznej zostało w sposób dość ogólny, jako jedno z wielu zadań, zapisane w art. 4¹ ust. 3 Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2023 r. poz. 2151). Więcej wskazówek, jakie formy profilaktyki są zalecane do realizacji w gminach znajduje się w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025, gdzie jednostki samorządu terytorialnego zostały wskazane jako realizatorzy (na pierwszym miejscu) zadania „Poszerzanie i udoskonalanie oferty oraz wspieranie realizacji programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego”¹. W rokrocznie wysyłanych do gmin „Rekomendacjach do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii”² szczegółowo rozpisane są zalecane treści, jakie powinien zawierać program profilaktyczny ubiegający się o dofinansowanie ze środków gminnego/miejskiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Wszystkie te elementy zawierają programy zapisane w Systemie rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego i są wskazane jako zalecane do realizowania przez samorządy gminne.

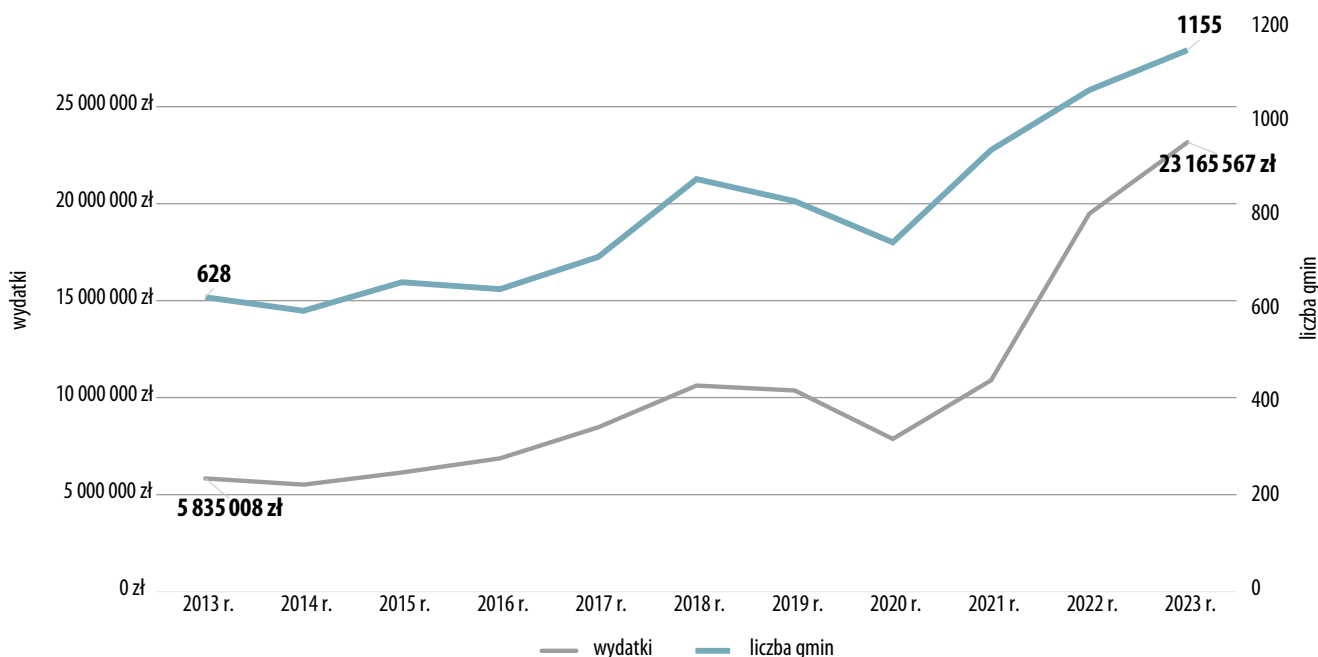
Tymczasem w 2023 roku jedynie w co drugiej gminie (47%) realizowany był przynajmniej jeden program profilaktyczny z Systemu rekomendacji. Jednak od momentu powstania Systemu rekomendacji niemal stale rośnie liczba gmin, na terenie których prowadzone są tego typu programy, coraz większe środki są też wydatkowane na te działania. Tendencja wzrostowa zakłócona została w latach 2020–2021 przez efekty pandemii COVID-19, kiedy to szkoły były pozamykane, lekcje prowadzono online, a do tej formy nie były dostosowane warunki prowadzenia programów profilaktycznych. Jednak po tych dwóch latach znacząco zaczęła wzrastać zarówno liczba gmin, jak i wydatkowane przez nie środki na realizację rekomendowanych programów profilaktycznych, co pokazuje wykres 1.

To, że po ponad dekadzie funkcjonowania Systemu rekomendacji uczniowie z co drugiej gminy są poddawani oddziaływaniom o potwierdzonej w badaniach ewaluacyjnych skuteczności, można uznać za umiarkowany sukces.

Czym jest System rekomendacji?

System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego powstał w 2010 roku z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Za jego przygotowanie odpowiadał zespół ekspertów reprezentujących Krajowe Biuro, Państwową

Wykres 1. Liczba gmin realizujących rekomendowane programy profilaktyczne i wysokość wydatków przeznaczonych na te programy (dane z KCPU G1 2023).



Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej (aktualnie Ośrodek Rozwoju Edukacji) oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii. Założenia Systemu rekomendacji opracowano na podstawie systemu oceny i ewidencjonowania programów profilaktycznych, stosowanego w ramach programu EDDRA (Exchange Drug Demand Reduction Action), prowadzonego przez dawne Europejskie Centrum Monitorowania Problemu Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA), obecnie European Union Drugs Agency (EUDA). Opracowane projekty dokumentów, w tym standardy i kryteria oceny, były omawiane w gronie ekspertów, praktyków i przedstawicieli samorządów lokalnych podczas licznych konferencji i seminariów. Założenia, narzędzia oraz sposób funkcjonowania Systemu rekomendacji zostały zweryfikowane w ramach badań pilotażowych przeprowadzonych w 2009 roku przez Zespół Roboczy, we współpracy z zewnętrznymi ekspertami. Na podstawie wyników pilotażu dokonano modyfikacji i opracowano ostateczną wersję procedur oraz dokumentów³.

Zakładane cele Systemu rekomendacji to:

1. Podniesienie jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

2. Szersze upowszechnienie sprawdzonych praktyk/programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

3. Popularyzacja wiedzy na temat skutecznych strategii profilaktyki oraz metod konstruowania programów. Aktualnie zadanie to realizowane jest w ramach współpracy trzech instytucji: Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (powstałego z połączenia Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych), Ośrodka Rozwoju Edukacji oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii. W ramach Systemu rekomendacji oceniane są programy z obszarów promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uzależnień oraz profilaktyki zachowań ryzykownych podejmowanych przez dzieci i młodzież. Programy składane do Systemu rekomendacji analizowane są pod kątem zgodności ze standardami, które obejmują szczegółowe wymagania dotyczące jakości całego programu oraz poszczególnych etapów jego realizacji.

Programy, które spełnią wymagania standardów, mogą być zakwalifikowane do jednego z trzech poziomów jakości:

- poziom I – program obiecujący,
- poziom II – program dobra praktyka,

- poziom III – program modelowy.

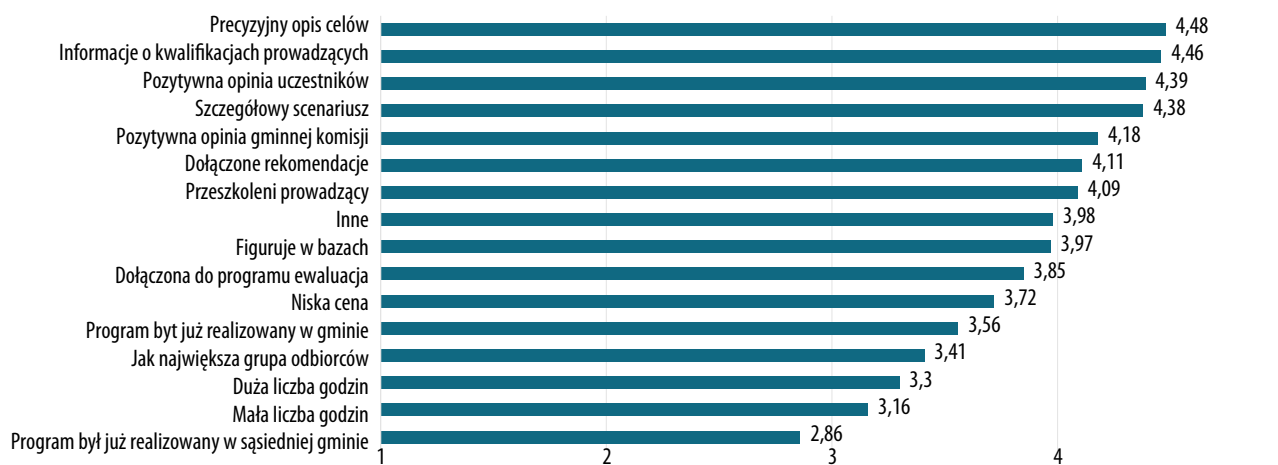
Dzięki zaangażowaniu wspomnianych instytucji oraz odpowiednim zapisom w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020 i rozporządzeniach ministra edukacji narodowej, System rekomendacji został wprowadzony do przestrzeni publicznej i zaczął być rozpoznawalny. W dokumentach tych zawarto zalecenia dotyczące promowania i wdrażania programów profilaktycznych opartych na naukowych podstawach, obejmujących profilaktykę uniwersalną, selektywną i wskazującą, ze szczególnym uwzględnieniem programów rekomendowanych.

Dbanie o jakość

To, co jest widoczne w działaniach KCPU, a wcześniej KBPN i PARPA, jako instytucji najbardziej zaangażowanych w funkcjonowanie Systemu rekomendacji, to dbanie o jego jakość od początku jego powstania. Przejawia się to między innymi w systematycznym monitorowaniu wdrażania programów. W każdym roku prowadzone jest, w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej (PBSSP), badanie dotyczące działalności gmin w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień, w którym między innymi monitorowane są kwestie realizacji przez gminy programów rekomendowanych. Obecnie nosi ono nazwę KCPU G1 i dotyczy obszaru zarówno działań z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii, jak i zapobiegania uzależnieniom behawioralnym. Do 2022 roku były jednak prowadzone dwa odrębne badania – przez PARPA i KBPN. Jedynie

badanie dotyczące problematyki alkoholowej realizowano w ramach PBSSP (wpisanie badania do tego Programu oznacza nałożenie, poprzez rozporządzenie Rady Ministrów, na wóldarzy gminnych obowiązek wypełnienia formularza). Oba sposoby zbierania danych miały swoje zalety i wady. Zaletą prowadzenia badań w ramach PBSSP jest wysoki odsetek odpowiedzi (powyżej 99% gmin), natomiast wadą było to, że program jest przyjmowany na 2 lata naprzód, co ograniczało możliwość szybkiego wprowadzania nowych zmiennych w odpowiedzi na nowelizację Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Zmiany wprowadzone kilka lat temu w sposobie przygotowywania programu badań statystycznych na szczęście pozwoliły na większą elastyczność. Z kolei sposób KBPN zbierania danych od razu pozwalał na bieżące wprowadzanie zmian w ankiecie, natomiast znacznie mniejsza była liczba zebranych odpowiedzi. Ta elastyczność we wprowadzaniu nowych pytań czy kafeterii ma ogromne znaczenie w przypadku monitorowania wdrażania programów rekomendowanych. W ankiecie prowadzonej przez KBPN pytano o realizację konkretnych programów rekomendowanych, dodając też nowo przyjęte do Systemu do kafeterii. Niemożliwe to było w przypadku ankiety PARPA G1, zadawano więc tam pytanie otwarte z możliwością wpisania nazwy programu, co generowało sporo błędów i wymagało od zespołu zajmującego się badaniem weryfikacji wpisanych danych oraz utrudniało proces analizy. W aktualnych formularzach jest już możliwość monitorowania wdrażania każdego programu znajdującego się w bazie programów rekomendowanych.

Wykres 2. Ocena argumentów, jakimi kierują się przedstawiciele gmin przy podejmowaniu decyzji o wyborze programu (dane z ankiety dodatkowej PARPA G1 2014).



Oprócz systematycznego monitorowania prowadzone też były inne działania mające na celu nie tylko poznanie rozpowszechnienia działań o potwierdzonej naukowo skuteczności, ale też poznania opinii na temat Systemu rekomendacji, jak również barier w jego wdrażaniu. Po dwóch latach od powstania Systemu, aby znaleźć najbardziej efektywne sposoby zachęcenia gmin do sięgania po programy profilaktyczne zawarte w bazie, zapytano osoby zajmujące się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień w tzw. ankiecie dodatkowej do sprawozdania PARPA G1, jakimi argumentami kierują się przy podejmowaniu decyzji o wyborze programu⁴. Okazało się, że najważniejsze są względy merytoryczne – precyzyjny opis celów, kompetencje kadry realizującej program czy szczegółowy scenariusz. Takie argumenty, jak niska cena czy też mała liczba godzin były wskazywane jako mniej istotne. W następnym roku przygotowany został na zlecenie Fundacji Praesterno raport „Analiza dystrybucji środków publicznych przeznaczonych w Polsce na profilaktykę uzależnień w 2013 roku”, w którym przeanalizowane zostały działania profilaktyczne podejmowane przez gminy z uwzględnieniem ich wielkości i zasobów finansowych, którymi dysponują. W podsumowaniu raportu m.in. wskazano na bariery we wdrażaniu programów, z jakimi spotykają się gminy. Po pierwsze – dostępność: „zdecydowana mniejszość gmin wdraża programy rekomendowane. Jednakże warto odnotować, że w bazie jest tylko kilkanaście programów, które są rekomendowane i mogą być finansowane przez gminy. Problemem może więc być nie tylko bariera po stronie samorządu, ale w przypadku dużego zapotrzebowania na programy rekomendowane może okazać się, iż to realizatorzy nie mają odpowiednich „mocy przerobowych”⁵. Drugą barierą są koszty. „(...) jakoś kosztuje. Wyniki analizy danych pokazują, że gminy, które dysponują większymi budżetami, finansowały częściej programy rekomendowane”⁶.

W 2014 roku zainteresowanie gmin było nadal niewielkie, jedynie w co czwartej gminie realizowano przynajmniej jeden program rekomendowany, zapytano więc znów, rozsyłając tzw. ankietę dodatkową, o to, jakie są na terenie gminy trudności, które uniemożliwiają lub utrudniają realizację programów rekomendowanych. Okazało się, że potwierdziły się wnioski z przytoczonego powyżej raportu, najbardziej problematyczne były: wysoka cena realizacji programów rekomendowanych, jak również

mała dostępność tych programów. Wówczas w bazie programów rekomendowanych znajdowało się ich 13.

Ewaluacja Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego

W 2019 roku, podczas seminarium „Od nauki do praktyki. 10 lat systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego w Polsce”, przeprowadzono badania ewaluacyjne dotyczące funkcjonowania Systemu rekomendacji. Wywiady zrealizowano w trzech grupach, różniących się pod względem doświadczenia zawodowego i roli w środowisku zajmującym się profilaktyką. W badaniu uczestniczyli autorzy programów rekomendowanych (dwie grupy), osoby odpowiedzialne za podejmowanie decyzji dotyczących wydatkowania środków publicznych na działania profilaktyczne (jedna grupa) oraz eksperci z zakresu profilaktyki (jedna grupa). Przeprowadzona została ewaluacja formatywna, która miała charakter ewaluacji wewnętrznej. Metodą zbierania danych był wywiad grupowy, ze szczegółowymi dyspozycjami, prowadzony przez dwóch niezależnych moderatorów. Scenariusze wywiadu, zawierały dyspozycje w postaci przykładów pytań odnoszących się do:

- rozpoznawalności Systemu rekomendacji;
- stopnia realizacji zakładanych celów Systemu rekomendacji;
- promowania standardów jakości w profilaktyce;
- organizacji Systemu rekomendacji;
- rezultatów działania i społecznej użyteczności;
- procedur udzielania rekomendacji.

Badania pozwoliły na sformułowanie wniosków dotyczących zarówno sukcesów, jak i wyzwań stojących przed Systemem.

System rekomendacji został dobrze oceniony za swoje działania na rzecz podnoszenia standardów jakości w profilaktyce, szczególnie w obszarze zapobiegania zachowaniom ryzykownym dzieci i młodzieży. Zidentyfikowano jednak obszary wymagające usprawnienia. Funkcjonowanie Systemu rekomendacji jest obecnie w dużej mierze ograniczone do działań Zespołu ds. Rekomendacji oraz instytucji formalnie za niego odpowiedzialnych, co rodzi potrzebę wprowadzenia zmian strukturalnych i organizacyjnych.

Jednym z kluczowych wyzwań jest poprawa procedur rekomendacyjnych. Wskazano konieczność większego

wsparcia merytorycznego dla podmiotów ubiegających się o rekomendacje, precyzyjniejszego określenia kryteriów oceny programów oraz wydłużenia okresu ważności rekomendacji. Zarekomendowano skrócenie czasu oczekiwania na decyzje Zespołu oraz powołanie niezależnej jednostki odwoławczej dla wnioskodawców, co zwiększyłoby transparentność i efektywność systemu. Podkreślono również znaczenie poprawy komunikacji pomiędzy Zespołem a autorami programów, co mogłoby przyczynić się do zwiększenia zaufania i lepszego zrozumienia procedur.

Problematyczne okazały się także zasady funkcjonowania bazy programów rekomendowanych. Wskazano na potrzebę weryfikacji obecnych w niej programów, szczególnie tych, które nie są rozwijane lub nie legitymują się aktualnymi wynikami badań ewaluacyjnych. Konieczne jest również wprowadzenie rozwiązań systemowych wspierających badania ewaluacyjne, zarówno dla nowych aplikacji, jak i programów już zarekomendowanych. Zasugerowano również zmiany w założeniach i celach Systemu rekomendacji, takie jak redefinicja poziomów rekomendacji oraz większy nacisk na popularyzację

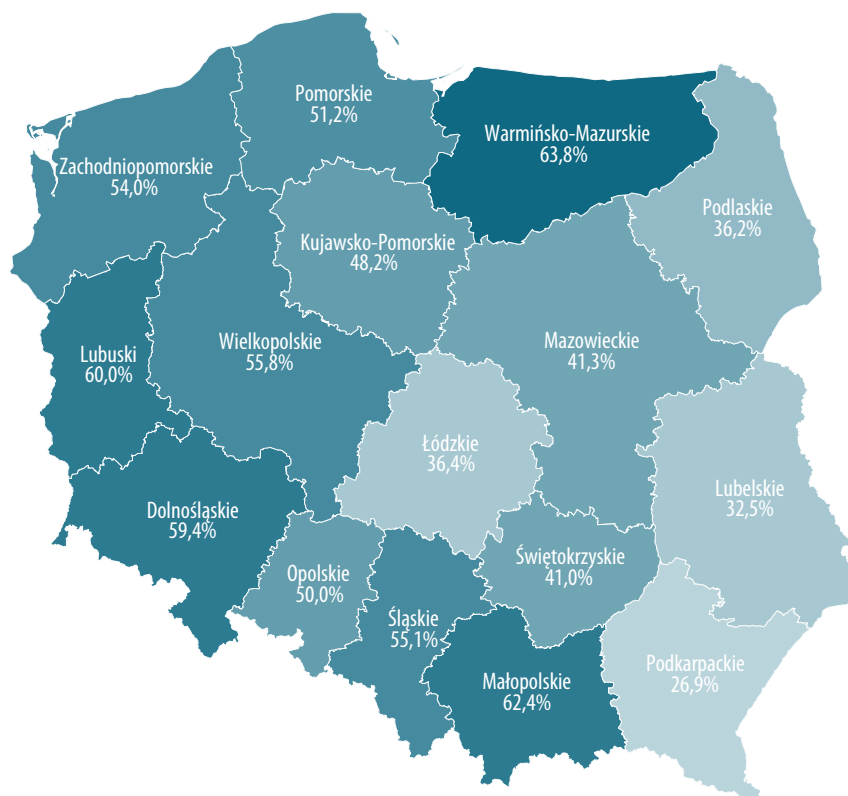
wiedzy o skutecznych strategiach profilaktycznych i upowszechnianie programów rekomendowanych.

Zidentyfikowano problemy związane z finansowaniem działań profilaktycznych. Podniesiono również kwestie potencjalnego konfliktu interesów wynikającego z finansowania programów przez instytucje odpowiedzialne za ich upowszechnianie. Dyskusje nad tymi problemami miały na celu wypracowanie rozwiązań, które z jednej strony wspierałyby rozwój Systemu rekomendacji i podnoszenie jakości w profilaktyce, a z drugiej uwzględniałyby potrzeby różnych środowisk zaangażowanych w te działania.

Propozycje zmian zgłoszone przez uczestników badań zostały szczegółowo przeanalizowane i przedyskutowane na posiedzeniach Zespołu ds. Rekomendacji. Analiza opierała się na trzech głównych kryteriach: zgodności z założeniami i celami Systemu rekomendacji, realnych możliwościach wdrożenia sugerowanych zmian, a także zgodności z obowiązującymi regulacjami prawnymi, w tym z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych (RODO). Efektem tych prac były zmiany, które zostały uwzględnione w porozumieniu zawartym

między instytucjami wchodzącymi w skład Zespołu.

Rysunek 1. Rozpowszechnienie realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych w poszczególnych województwach (dane z KCPU G1 2023).



Zgodnie z wnioskami zebranych podczas seminarium, wprowadzono zmiany mające na celu poprawę transparentności pracy Zespołu. Najistotniejsze z nich dotyczyły szczegółowego określenia zasad udzielania rekomendacji. Programy mogą teraz ubiegać się o rekomendację na wniosek podmiotu odpowiedzialnego za program. Wniosek taki musi zawierać szczegółowy opis programu, sporządzony na formularzu określonym w Regulaminie Zespołu ds. Rekomendacji, oraz niezbędne załączniki, takie jak raport z ewaluacji czy podręcznik dla realizatora. Zespół dokonuje wstępnej oceny dokumentów pod względem formalnym, a następnie oceny merytorycznej, uwzględniając standardy jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia. Każdy członek Zespołu składa oświadczenie o braku konfliktu interesów przed rozpoczęciem oceny, a w przypadku potrzeby, programy są

oceniane przez niezależnych recenzentów. Ocena programów odbywa się na podstawie punktacji, w zależności od spełnienia określonych standardów. Na tej podstawie programy mogą uzyskać status „programu obiecującego”, „dobrej praktyki” lub „programu modelowego”.

W odniesieniu do samej procedury udzielania i przedłużania rekomendacji, zmieniono zasady wykluczenia przedstawicieli Zespołu z oceny, a także precyzyjnie określono okres obowiązywania rekomendacji, który wynosi 5 lat od daty jej wydania. W przypadku przedłużenia rekomendacji, Zespół dokonuje ponownej oceny programu, uwzględniając wyniki ewaluacji oraz ewentualne modyfikacje wprowadzone do programu w ciągu ostatnich pięciu lat. Jeśli program nie przeszedł wymaganych badań ewaluacyjnych lub te badania były obciążone istotnymi błędami metodologicznymi, możliwe jest przedłużenie rekomendacji na okres krótszy niż 5 lat, pod warunkiem, że autorzy programu zobowiążą się do przeprowadzenia tych badań.

Dodatkowo, nowy regulamin wprowadził wymóg, by Zespół przygotował decyzję o przyznaniu lub przedłużeniu rekomendacji w terminie nieprzekraczającym trzech miesięcy od momentu złożenia wniosku. Wprowadzono także zasady usuwania programów z bazy programów rekomendowanych, w tym w przypadku doniesień o nieprawidłowej realizacji programu. W takiej sytuacji Zespół zwraca się do organizacji odpowiedzialnej za program o wyjaśnienia lub podjęcie działań naprawczych. Brak reakcji może skutkować utratą rekomendacji.

Zmiany te mają na celu nie tylko zwiększenie transparentności i efektywności Systemu rekomendacji, ale także zapewnienie, że programy rekomendowane są realizowane zgodnie z wysokimi standardami jakości i etyki, a ich wyniki są oparte na rzetelnych badaniach ewaluacyjnych.

Działania na rzecz rozwoju Systemu rekomendacji

KCPU podejmuje szereg działań w zakresie upowszechniania i promocji Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, w szczególności poprzez finansowanie inicjatyw w ramach organizowanych konkursów. Działania te obejmują:

- Realizację badań ewaluacyjnych programów profilaktycznych. Dotyczy to zarówno programów już

znajdujących się w Systemie rekomendacji, jak i nowych inicjatyw, co pozwala na weryfikację ich skuteczności oraz zgodności z założeniami naukowymi.

- Organizację szkoleń dla nowych realizatorów programów rekomendowanych, co przyczynia się do zwiększenia dostępności tych programów i podniesienia kompetencji osób je wdrażających.
- Tworzenie nowych programów profilaktycznych opartych na dowodach naukowych, co pozwala na rozwój innowacyjnych rozwiązań odpowiadających na aktualne potrzeby społeczne w obszarze profilaktyki.
- Organizowanie konferencji skierowanych do jednostek samorządu terytorialnego, które mają na celu popularyzację wiedzy o skutecznych strategiach profilaktycznych.
- Przygotowywanie i wydawanie publikacji dotyczących profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży, które służą jako cenne źródła wiedzy i inspiracji dla praktyków i decydentów.
- Organizację seminariów dla środowisk zajmujących się profilaktyką, w tym autorów programów, przedstawicieli JST oraz placówek oświatowych, zapewniając w ten sposób warunki do wymiany doświadczeń.
- Prowadzenie strony internetowej www.programy-rekomendowane.pl, która pełni funkcję platformy informacyjnej poświęconej Systemowi rekomendacji, ale również źródło wiedzy o profilaktyce opartej na naukowych podstawach. Warto również zwrócić uwagę na to, że treści zamieszczone na portalu mogą stanowić przewodnik w budowaniu nowych programów profilaktycznych.

Promocja i dbanie o jakość programów rekomendowanych są zatem wieloaspektowe, uwzględniające też wcześniejsze argumenty samorządów dotyczące realizacji sprawdzonych programów profilaktycznych na ich terenie. Jak więc wygląda obecnie realizacja w gminach programów znajdujących się na liście Systemu rekomendacji programów profilaktycznych?

Sytuacja w 2023 roku

Rozpowszechnienie realizacji programów rekomendowanych znacznie różni się terytorialnie (rysunek 1). Największy odsetek gmin, na terenie których zrealizowano przynajmniej jeden program profilaktyczny z bazy programów rekomendowanych, ponad 60%, odnotowano w województwach warmińsko-mazurskim

i małopolskim, najmniej zaś, poniżej 30%, w województwie podkarpackim.

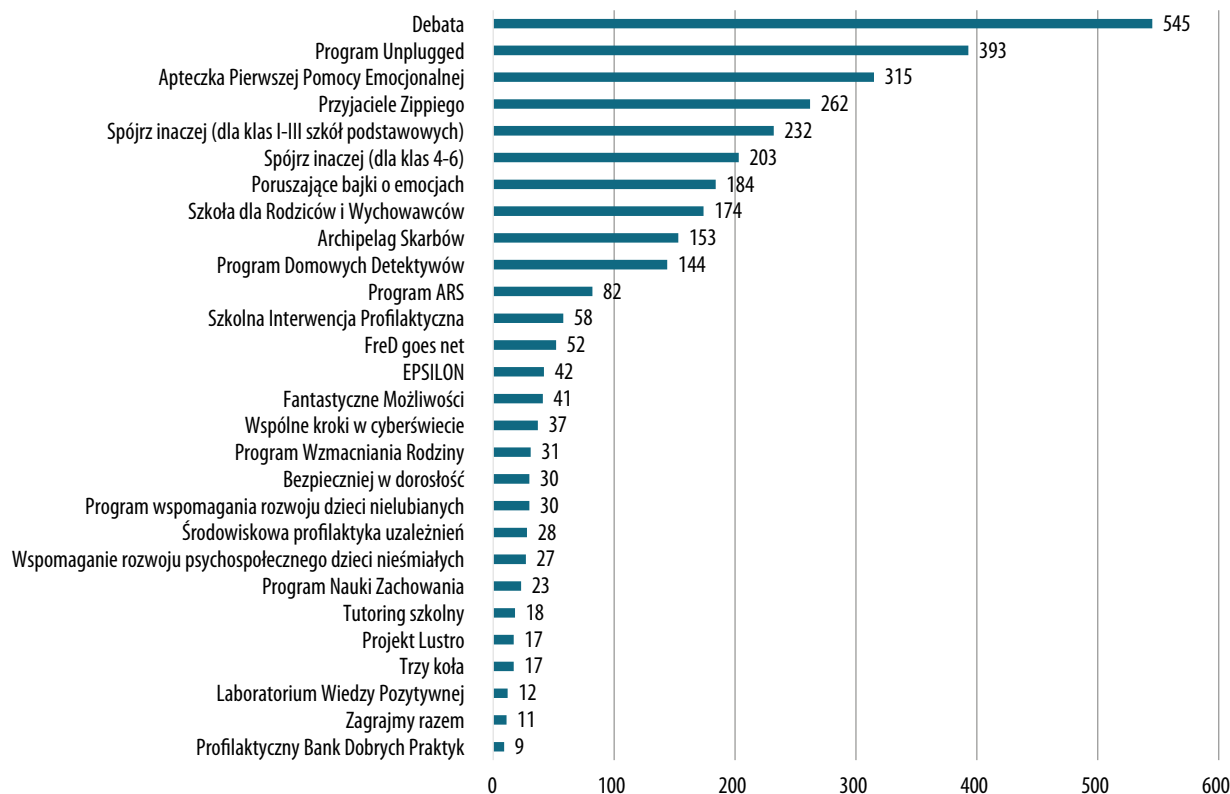
Aktualnie w bazie znajduje się 30 programów rekomendowanych (w 2023 roku – 28). Największym zainteresowaniem samorządów lokalnych cieszą się (dane z KCPU G1 za 2023 rok⁷) programy z poziomu profilaktyki uniwersalnej: „Debata” (w co drugiej gminie realizującej przynajmniej jeden rekomendowany program zdecydowano się na przeprowadzenie „Debaty”), Program „Unplugged” oraz „Apteczka Pierwszej Pomocy Emocjonalnej” (w co trzeciej gminie). Rozpowszechnienie realizacji w gminach każdego z programów z listy pokazuje wykres 3.

Programami, z którymi miało okazję zapoznać się najwięcej uczniów i rodziców były znów Program „Unplugged” i „Apteczka Pierwszej Pomocy Emocjonalnej”, a także program „Spójrz inaczej” dla klas I-III szkoły podstawowej (wykres 4).

Przyjrzyjmy się zatem tym czterem najpopularniejszym programom, mając w pamięci argumenty, jakimi 10 lat temu kierowały się samorządy, podejmując decyzję o wyborze konkretnego programu. Czy coś się zmieniło? Wszystkie programy charakteryzują się szczegółowym opisem celów i scenariusza, ponieważ tego wymagają standardy opisu

programu profilaktycznego. Dwa programy zostały zakwalifikowane na II poziomie jakości jako dobra praktyka („Unplugged” i „Spójrz inaczej”), czyli wysoko oceniony we wszystkich kategoriach oceny. Pozostałe dwa („Debata” i „Apteczka Pierwszej Pomocy Emocjonalnej”) osiągnęły ocenę programu obiecującego, czyli uzyskały minimum punktowe określone w procedurach rekomendacji, ale ich pozytywny wpływ na zachowania lub zdrowie psychiczne odbiorców nie został potwierdzony w poprawnych metodologicznie badaniach. W każdym z programów możliwe jest przeszkolenie własnych realizatorów (np. nauczycieli czy pedagogów z danej gminy) i każdy z nich charakteryzuje się stosunkowo krótkim wymaganym szkoleniem (od 14 do 35 h). Każdy z programów należy realizować w klasie (czyli liczba uczestników zależy od liczby uczniów w klasie). Znacznie różnią się jednak długością oddziaływań. Najkrótszy jest program „Debata” – trwa 3 godziny, najdłuższy z tych czterech – 30-godzinny – to program „Apteczka Pierwszej Pomocy Emocjonalnej”. Nieco krótsze są oddziaływania w programie „Spójrz inaczej”, który w zależności od klasy (I-III), w której jest prowadzony, trwa od 21 do 25 h. Program „Unplugged” zaplanowany jest na godzinne lekcje prowadzone w sumie

Wykres 3. Liczba gmin realizujących poszczególne rekomendowane programy profilaktyczne (dane z KCPU G1 2023).



przez 12 h. Ponadto angażuje też rodziców – dla nich przewidziane są 3 spotkania po 3 h. Jeśli spojrzymy na najmniej popularne programy, takie jak projekt „Lustro” czy „Zagrajmy razem”, to widać, że są one nastawione na znacznie dłuższe formy oddziaływań (najlepiej 3 lata), a proces szkolenia trenerów również jest dłuższy (40-55 h). Wydaje się, że są to kluczowe kryteria, jakimi kierują się przedstawiciele gmin, wybierając programy do realizacji – stosunkowo krótkie i nieangażujące zbytnio trenerów w proces szkoleniowy. Jednak jednej z barier nie jesteśmy w stanie ocenić – ceny przeprowadzenia programu czy szkolenia trenerów. Ta kwestia wymaga zebrania informacji, które nie są dostępne na stronie programyrekomentowane.pl.

Podsumowanie

Poziom wdrażania programów rekomendowanych w ramach Systemu rekomendacji pozostaje niewystarczający, pomimo szerokiego zakresu działań podjętych w celu poprawy ich implementacji.

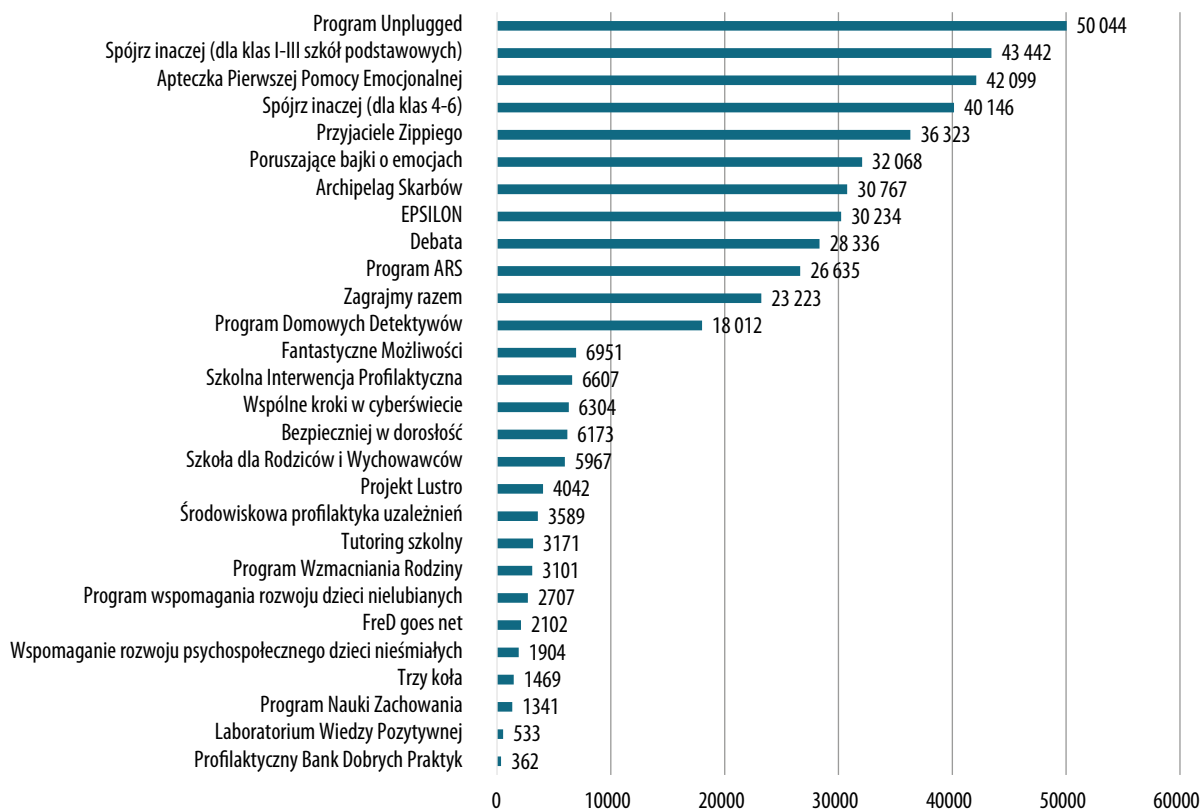
Jednym z głównych wyzwań w analizie problemu jest trudność w precyzyjnym wskazaniu najważniejszych

przeszkody w upowszechnianiu programów rekomendowanych. Problemy wydają się wynikać z nałożenia się różnych czynników, co znacząco utrudnia opracowanie efektywnych rozwiązań. W związku z tym należałoby prowadzić systematyczne badania i analizy, które pozwoliłyby zidentyfikować najbardziej powszechne bariery oraz skutecznie je rozwiązywać.

Praktyczne funkcjonowanie Systemu rekomendacji ogranicza się w dużej mierze do aktywności Zespołu ds. Rekomendacji, co wskazuje na niewystarczające zaangażowanie innych podmiotów w realizację programów, w tym organów odpowiedzialnych za wdrażanie programów na poziomie lokalnym.

Ponadto sposób monitorowania realizacji programów rekomendowanych, w szczególności w odniesieniu do sprawozdania KCPU G1, może być oceniony jako niesatysfakcjonujący. Obecna zawartość formularza nie odzwierciedla rzeczywistego poziomu wdrażania programów (np. pokazuje poziom gminy, nie poziom szkoły), co może wpływać na niedostateczne zrozumienie skali problemu i utrudniać podejmowanie skutecznych działań naprawczych.

Wykres 4. Liczba uczniów i rodziców uczestniczących w poszczególnych rekomendowanych programach profilaktycznych (dane z KCPU G1 2023).



Rekomendacje

Aby poprawić funkcjonowanie Systemu rekomendacji oraz zwiększyć rozpowszechnienie programów rekomendowanych, konieczne jest podjęcie skoordynowanych działań w kilku kluczowych obszarach. Po pierwsze, należy wzmocnić działania informacyjne na temat systemu, zwłaszcza w województwach, gdzie realizacja tych programów jest najsłabsza. Skuteczność takich inicjatyw można zwiększyć poprzez wykorzystanie różnorodnych kanałów komunikacji, takich jak lokalne media, warsztaty czy materiały edukacyjne, które jasno przedstawiają korzyści wynikające z wdrażania rekomendowanych programów.

Równie istotne jest zwiększenie działań promocyjnych realizowanych przez wszystkie instytucje odpowiedzialne za funkcjonowanie systemu rekomendacji, w tym kuratoria oświaty oraz władze lokalne.

Kolejnym krokiem powinno być zintensyfikowanie edukacji decydentów odpowiedzialnych za realizację działań profilaktycznych, takich jak dyrektorzy szkół czy osoby zarządzające finansowaniem profilaktyki na poziomie gminnym. W tym zakresie pomocna może być nowa rama kwalifikacyjna, która umożliwi rozwój ich kompetencji i pogłębi wiedzę na temat skutecznych metod profilaktycznych.

Nieodzowna jest także zmiana systemu monitorowania realizacji programów profilaktycznych. Przykładem jest modyfikacja sposobu zbierania danych od gmin oraz zobowiązanie szkół do raportowania wdrożenia programów rekomendowanych. Takie działania zapewnią bardziej precyzyjne dane i pozwolą na lepszą ocenę poziomu realizacji tych programów.

Realizacja powyższych rekomendacji może znacząco poprawić funkcjonowanie Systemu rekomendacji oraz wpłynąć na szersze i bardziej efektywne wdrażanie programów o potwierdzonej naukowo skuteczności w całym kraju.

Przypisy

- ¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz.U. 2021 poz. 642), s. 11.
- ² „Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w 2024 roku”, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, s. 41.
- ³ <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/system-rekomendacji-programow-profilaktycznych-i-promocji-zdrowia-psychicznego.pdf>
- ⁴ Odpowiedź na pytanie: w jakim stopniu dany argument jest ważny przy podejmowaniu decyzji (pięcioskopniowa skala: 5 — zdecydowanie ważne, 4 — raczej ważne, 3 — nie wiem, trudno powiedzieć, 2 — raczej nieważne, 1 — zdecydowanie nieważne)
- ⁵ Zin-Sędek M., Frączek R., Malczewski A. (2015), „Analiza dystrybucji środków publicznych przeznaczonych w Polsce na profilaktykę uzależnień w 2013 roku”, Fundacja Praesterno, s. 88.
- ⁶ Jw., s. 89.
- ⁷ https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/11/KCPU_G1_zestawienia_2023_wstepne_wyniki_f.pdf

Coraz więcej dorosłych ma świadomość, że zdrowie psychiczne dziecka jest tak samo ważne, jak jego samopoczucie fizyczne. Zdrowie psychiczne wpływa na rozwój dziecka – fizyczny, intelektualny, emocjonalny i społeczny. Problemy w tym obszarze dodatkowo pogorszyła pandemia i jej długofalowe konsekwencje.

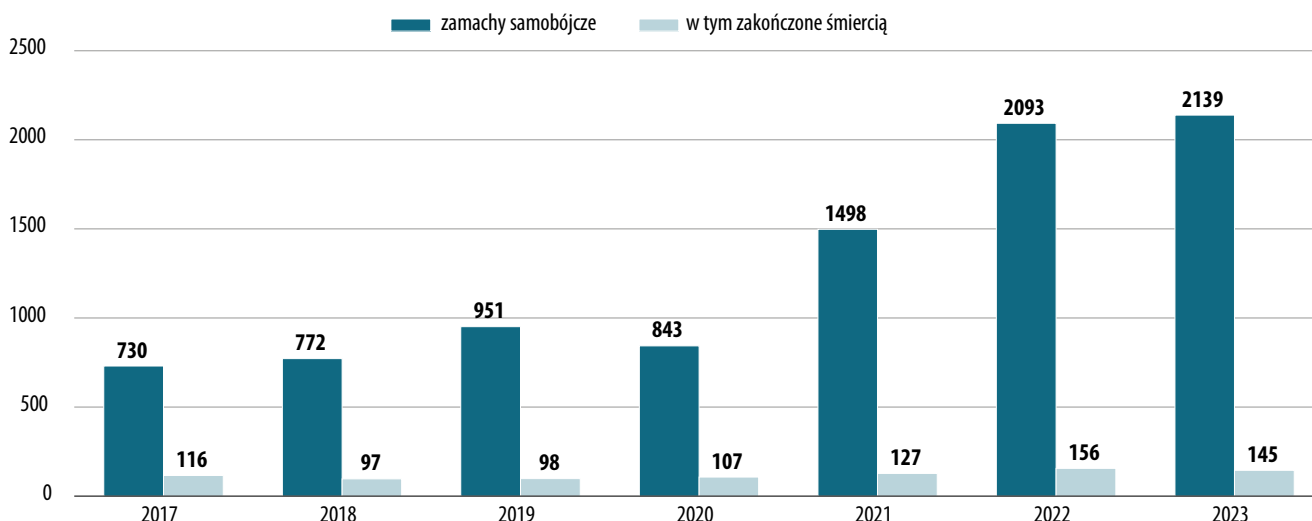
ZDROWIE PSYCHICZNE DZIECI I MŁODZIEŻY – WYBRANE ASPEKTY

Aneta Zdunek
Fundacja ETOH

Od kilku lat w przestrzeni publicznej wiele uwagi poświęca się zdrowiu psychicznemu dzieci i młodzieży. Temat ten pojawia się w mediach ogólnopolskich i branżowych, dyskutują o nim środowiska medyczne, związane z edukacją, organizacje pozarządowe realizują kampanie

społeczne i podejmują inne działania. Wszyscy zadają sobie pytanie: w jakiej kondycji psychicznej są obecnie polskie dzieci i nastolatki i co możemy zrobić jako dorośli w tym obszarze. Podstawowych informacji dostarczają nam badania.

Wykres 1. Liczba zamachów samobójczych, w tym zakończonych śmiercią, wśród dzieci i młodzieży w latach 2017–2023.



Źródło: Komenda Główna Policji (statystyka.policja.pl).

Zaburzenia psychiczne wśród dzieci i młodzieży – rozpowszechnienie

Szacuje się, że w Polsce wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w populacji ogólnej dzieci i młodzieży jest zbliżony do światowego i wynosi 13-16%. Z badania „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II)”, które było realizowane w latach 2018–2020 na próbie losowej 15 tys. osób, wynika, że w naszym kraju ponad 550 tys. dzieci i młodzieży w wieku 7-17 lat doświadcza zaburzeń w sferze zdrowia psychicznego (ponad 200 tys. dzieci w wieku 7-11 lat i ponad 350 tys. młodzieży w wieku 12-17 lat). Z tego wynika, że co ósme dziecko w grupie wiekowej 7-17 lat cierpi z powodu zaburzeń psychicznych. W grupie wiekowej 7-11 lat najczęstszym zaburzeniem są zaburzenia lękowe, w tym fobie (8,1%), w starszej grupie 12-17 lat przeważają zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (4,2%), zaburzenia odżywiania (2,6%) i zaburzenia afektywne (2,4%). Tendencje samobójcze (myśli samobójcze i/lub zachowania samobójcze) przejawiało 5,7% nastolatków. Blisko 14 tys. (0,6%) młodzieży w wieku 12-17 lat ma za sobą próbę samobójczą, a 140 tys. (4,6%) miało myśli samobójcze. Problem tendencji samobójczych i w ogóle nasilenie zaburzeń psychicznych wzrasta z wiekiem i najczęściej deklarują je nastolatki z grupy 16-17 lat. Może to świadczyć o tym, że dojrzewanie jest wyjątkowo wrażliwym rozwojowo okresem. Autorzy

badan stwierdzili, że istotnym czynnikiem różnicującym rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży był status socjalny rodziny. Co piąta rodzina objęta pomocą społeczną zmagają się z tego typu zaburzeniami swoich dzieci. Dane wskazują także, że tylko 20% dzieci korzysta z pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej w ramach NFZ, gdy jest ona niezbędna. Istotny problem w polskim społeczeństwie stanowią także samobójstwa wśród młodzieży. Dane, którymi dysponuje Komenda Główna Policji¹, pokazują, że tendencja w tym zakresie jest stale rosnąca, szczególnie w grupie 13-18-latków. Liczba zamachów samobójczych wśród osób poniżej 18. roku życia zwiększyła się z 730 w 2017 roku do 2139 w 2023 roku. Jednocześnie w 2023 roku 145 z tych zamachów zakończyło się zgonem.

Ze znacznymi wzrostami liczby samobójstw i prób samobójczych mieliśmy do czynienia w latach 2020–2023:

- w 2020 roku było 843 prób samobójczych, w tym 107 samobójstw,
- w 2021 roku było już 1496 prób, w tym 127 samobójstw — to wzrost o 77%,
- w 2022 roku mieliśmy 2093 próby samobójcze, w tym 156 samobójstw — znów wzrost o 40%,
- w 2023 roku odnotowano 2139 prób samobójczych, w tym 145 samobójstw, daje to wzrost tylko niewiele ponad 2% wobec 2022 roku, ale o 54% w stosunku do 2020.

Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że na każdą odnotowaną w oficjalnych statystykach śmierć samo-

bójczą młodej osoby przypada od 100 do 200 prób². Przenosząc to na grunt polski, to próbę odebrania sobie życia w ubiegłym roku podjęłoby od 12 700 do 25 400 osób poniżej 18. roku życia.

Najwięcej dzieci próbowało popełnić samobójstwo w województwie pomorskim – aż 406 razy, śląskim – 295 prób samobójczych i łódzkim – 219. Najmniej w województwie opolskim – 21 dzieci (to najmniejsze województwo w Polsce), lubuskim – 33 osoby i kujawsko-pomorskim – 60 dzieci.

Na skalę kryzysu zdrowia psychicznego wskazuje Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, która od 2008 roku prowadzi telefon wsparcia dla dzieci i młodzieży 116 111, będący pierwszą linią pomocową, zwłaszcza w obliczu ograniczonego dostępu do zbyt małej liczby specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego. Według najnowszych danych w 2023 roku konsultanci telefonu zaufania przeprowadzili 53 908 rozmów i odpowiedzieli na 10 332 wiadomości online. Podjęli też 883 interwencje ratujące zdrowie lub życie dziecka.

Problemy oczami nauczycieli

Dzieci spędzają w szkole większą część swojego dnia przez pięć dni w tygodniu. Towarzyszy im ona przez około 12 lat ich życia, w okresie, który jest dla nich najbardziej wrażliwy rozwojowo i emocjonalnie. Dlatego nauczycielki i nauczyciele jako jedni z pierwszych mogą rozpoznać objawy pojawiających się problemów psychicznych u swoich uczniów. Rola szkoły jest w tym obszarze kluczowa. Badanie „Rozmawiaj z klasą. Zdrowie psychiczne uczniów i uczennic oczami nauczycieli i nauczycielek³, zrealizowane w 2020 roku, pokazało, że większość nauczycieli dostrzega problemy emocjonalne swoich uczniów. Czasami widzą je znacznie wcześniej niż rodzice lub opiekunowie tych dzieci. 58% nauczycielek i nauczycieli twierdzi, że jest w stanie zaobserwować problemy psychologiczne lub psychiczne ucznia lub uczennicy. W szkołach średnich wskazują oni na depresję jako poważny problem, szczególnie w liceach (65%), gdzie często zauważają również stany lękowe u młodych osób (31%). Natomiast nauczyciele w szkołach podstawowych częściej zwracają uwagę na agresję, problemy z relacjami rówieśniczymi i zaburzenia koncentracji, a także wzmoczoną aktywność dzieci. Na pytanie: „Co według Ciebie jest najczęstszą przyczyną problemów psychicznych/psychologicznych uczniów/uczennic?” nauczyciele

w pierwszej kolejności wymienili niskie poczucie własnej wartości (76%) i brak zainteresowania ze strony rodziców lub opiekunów (również 76%). Na kolejnych miejscach znalazły się: brak akceptacji rówieśników (68%), problemy rodzinne (65%) i presja rówieśników (44%). Zaskakujący jest fakt, że 24% nauczycieli nie wie, czy ich uczniowie zwróciliby się do nich z problemem. Co czwarty nie czuje, że ma silną, opartą na zaufaniu relację ze wszystkimi uczniami.

Wobec tak poważnych problemów, które ujawniają dzieci, ważne jest zapewnienie kadrze nauczycielskiej wysokiej jakości szkoleń dotyczących zdrowia psychicznego uczniów. Ponad połowa nauczycieli brała udział w szkoleniach z zakresu rozpoznawania i radzenia sobie z problemami uczniów. W przypadku nauczycieli 45 plus odsetek ten wyniósł 69, a w grupie nauczycieli do 44 lat wartość ta wyniosła 55%. Potrzeby szkolenia się nie widzi aż 27% nauczycieli. Na pytanie, dlaczego nie biorą udziału w szkoleniach, 3% badanych podaje, że ma wykształcenie kierunkowe, które daje im wiedzę i umiejętności do radzenia sobie z trudnościami uczniów, z kolei 9% twierdzi, że nie odczuwa takiej potrzeby. Na pytanie o przyczyny takiego podejścia padały następujące odpowiedzi: posiadam wystarczającą wiedzę i praktykę; doksztalcam się we własnym zakresie; radzę sobie i wiem, do kogo skierować ucznia z problemami; nie odczuwam takiej potrzeby – nie jestem wychowawcą; nie mam czasu i możliwości się doksztalać; nie wiem, gdzie szukać szkoleń i możliwości rozwoju. Nauczyciele, którzy szukają szkoleń i chcą zdobyć nową wiedzę (tych jest na szczęście więcej), mówią, że zależy im na wiedzy praktycznej przekazywanej przez specjalistów. Wskazują na to, że potrzebują w czasie szkoleń wskazówek i konkretnych, jak rozmawiać z dziećmi w kryzysie i ich rodzicami o istniejących problemach. Teoria nie jest dla nich użyteczna.

W badaniu „Rozmawiaj z klasą” poruszono także wątek roli rodzica jako niezbędnego czynnika w procesie reagowania na kryzys. Podjęcie odpowiednich wysiłków wymaga dobrej współpracy nauczycieli z rodzicami, tymczasem znaczna część nauczycieli podkreśla brak otwartości rodziców lub opiekunów na współpracę w zakresie problemów uczniów. Na pytanie: „Jak w ocenilibyś/łabyś otwartość rodziców na współpracę z Tobą/szkołą w zakresie rozwiązywania problemów psychicznych/psychologicznych uczniów? Zaznacz na skali, gdzie 1 oznacza brak otwartości na współpracę, a 10 współpracę

przebiegającą wyjątkowo dobrze”, 27% deklaruje, że rodzice są bardzo otwarci na współpracę w zakresie problemów psychicznych/psychologicznych (oceny od 8 do 10), ale aż 44% badanych oceniło otwartość rodziców na współpracę poniżej 5 w skali do 10.

Pomimo trudności w relacjach z uczniami, wielu nauczycieli ma świadomość, że odgrywają oni w ich życiu rolę znaczących osób. W tym aspekcie podczas badania poproszono nauczycieli o wskazanie, dlaczego uważają, że uczniowie mają do nich zaufanie. Wymieniali takie cechy, jak: szacunek, empatia, poważne traktowanie, partnerskie traktowanie, umiejętność słuchania, nieocenianie, uważność, szczerść i zainteresowanie.

Ochrona zdrowia psychicznego

W 2018 roku Ministerstwo Zdrowia przystąpiło do wdrażania reformy w systemie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, której celem jest stworzenie ogólnokrajowego, kompleksowego systemu zapewniającego wsparcie pacjentom niepełnoletnim doświadczającym zaburzeń psychicznych oraz ich rodzinom. Reforma ma m.in. wyrównać różnice pomiędzy poszczególnymi regionami oraz zapobiec nadmiernemu obciążeniu oddziałów psychiatrycznych poprzez rozwój pomocy dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi na innych poziomach świadczenia usług zdrowotnych, przede wszystkim w bliskim środowisku młodego pacjenta.

Nowy model składa się z trójstopniowego systemu opieki:

- **I stopień referencyjności** stanowią ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży. Świadczenia przeznaczone są dla dzieci oraz młodzieży do 21. roku życia kształcącej

się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia (z zastrzeżeniem, że osoby poniżej 18 lat muszą posiadać zgodę opiekuna prawnego na korzystanie ze świadczeń).

W ośrodku można skorzystać z następujących świadczeń:

- 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. Opieka w ramach I poziomu referencyjnego oparta jest przede wszystkim na realizacji świadczeń w środowisku. Z tego powodu zalecany jest wybór placówki jak najbliżej miejsca zamieszkania. Pacjenci mogą skorzystać z oferty tych ośrodków bez skierowania lekarskiego. Na tym poziomie pomagania kładzie się nacisk na realizację świadczeń w środowisku młodego pacjenta (min. 15% świadczeń powinno odbywać się w domach pacjentów).

- **II stopień referencyjności stanowią:**
 - **Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – poradnia zdrowia psychicznego**, w którym w ramach poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, realizowane są świadczenia ambulatoryjne przez lekarzy psychiatrów, psychologów oraz psychoterapeutów;
 - **Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży**, w którym w ramach poradni zdro-

Tabela 1. Opieka psychiatryczna nad osobami do 18. roku życia w latach 2018–2023.

Rok	Liczba pacjentów	Liczba porad	Liczba hospitalizacji	Liczba osobodni hospitalizacji	Liczba osobodni w opiece dziennej
2018	146 476	854 089	13 053	552 351	189 050
2019	148 808	917 796	13 493	547 542	218 282
2020	146 200	1 231 726	10 920	454 970	167 033
2021	215 204	2 190 394	13 775	543 571	225 296
2022	254 635	2 600 448	16 809	630 515	276 177
2023	283 387	2 609 325	18 084	658 379	444 434

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych z NFZ.

wia psychicznego dla dzieci i na oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci, realizowane są odpowiednio świadczenia ambulatoryjne i dzienne przez lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych.

Do świadczeń realizowanych w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci w zakresie II poziomu referencyjnego nie jest wymagane skierowanie.

- Na **III, najwyższym poziomie referencyjnym** funkcjonują **ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej**. Pomoc mogą w nich znaleźć pacjenci z najpoważniejszymi zaburzeniami, w tym w szczególności w stanie zagrożenia życia i zdrowia, przyjmowani w trybie nagłym. W ośrodkach tych mają się kształcić także przyszli specjaliści z zakresu psychiatrii dziecięcej. Co najmniej jeden ośrodek III poziomu referencyjnego powinien się znaleźć w każdym województwie. Do świadczeń realizowanych w zakresie III poziomu referencyjnego wymagane jest skierowanie, jednak w stanie nagłego zagrożenia życia można się zgłosić bez skierowania.

Według stanu na 7 listopada 2024 roku w Polsce działało 491 placówek I poziomu referencyjnego, 173 centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – 83 realizujące świadczenia w zakresie poradni zdrowia psychicznego i 90 z poradnią zdrowia psychicznego i oddziałem dziennym, a ośrodków wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej jest 34⁴. Warto jednak odnotować, że istnieje nierównomierny rozkład placówek najwyższego poziomu referencyjności:

- między poszczególnymi województwami: w województwach mazowieckim, dolnośląskim czy wielkopolskim ośrodków jest kilka, ale w warmiń-

sko-mazurskim, podlaskim czy lubuskim jest tylko po jednym oraz

- w obrębie jednego województwa: w województwie małopolskim są trzy ośrodki III poziomu referencyjnego, ale wszystkie znajdują się w Krakowie⁵.

Z danych zamieszczonych na portalu basiw.mz.gov.pl wynika, że szpitalna opieka psychiatryczna nad osobami do 18. roku życia miała w 2023 roku głównie charakter interwencyjny. Tylko 21% przyjęć dzieci na oddziały psychiatryczne miało charakter planowy, a 76% było przypadkami nagłymi. Może to oznaczać, że system działa w trybie reagowania w sytuacjach kryzysowych i zagrożenia życia, a nie planowanego leczenia chorób.

Dostęp do psychiatrii dziecięcej

W dyskusji publicznej co jakiś czas powraca temat zwiększenia liczby psychiatrów dzieci i młodzieży, poprawy warunków ich pracy i promocji wyboru specjalizacji psychiatrii dziecięcej. Choć liczba lekarzy tej specjalizacji rośnie, to jednak ten wzrost nie jest zadowalający. Obecnie brakuje wystarczającej liczby specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, co ogranicza dostępność opieki psychiatrycznej dla najmłodszych.

Najwięcej lekarzy psychiatrów wykonujących zawód pracuje na Mazowszu, w Małopolsce oraz w województwie łódzkim i dolnośląskim. Najmniej natomiast w województwach opolskim, warmińsko-mazurskim oraz lubuskim.

Elementem reformy psychiatrii jest zwiększenie kadry medycznej w tym obszarze, dlatego Ministerstwo Zdrowia zakłada, że do 2027 roku zostanie wykształconych co najmniej 1200 nowych specjalistów w zakresie psy-

Tabela 2. Liczba lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży w latach 2019–2024.

Rok	Liczba wszystkich psychiatrów dziecięcych	Liczba psychiatrów dziecięcych wykonujących zawód
2019	477	441
2020	498	465
2021	514	480
2022	555	521
2023	579	553
2024 (na dzień 30.09)	590	564

Zródło: Centralny Rejestr Lekarzy RP należący do Naczelnej Rady Lekarskiej.

choterapii dzieci i młodzieży, psychologii klinicznej lub terapii środowiskowej dzieci i młodzieży⁶.

Autorzy „Raportu regulacyjnego. Poprawa ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce” wyliczają kilka problemów istniejących w obszarze specjalizacji lekarskiej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży:

- niedostatek specjalistów;
- ograniczenia prawne;

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty ogranicza liczbę lekarzy, którzy mogą w tym samym czasie szkolić się u jednego kierownika specjalizacji, co hamuje rozwój liczebny specjalistów także psychiatrii dziecięcej. Im mniej jest specjalistów, tym mniej nowych specjalistów może się więc szkolić.

- brak miejsc szkoleniowych;

Istnieje pilna potrzeba tworzenia kolejnych miejsc szkoleniowych, zwłaszcza w regionach z niedoborem specjalistów.

- problemy z rekrutacją;

Obecny system rekrutacji na specjalizację jest nieefektywny i sprawia trudności kandydatom, wpływając na jakość i liczebność przyszłych specjalistów.

- niskie wynagrodzenia i złe warunki pracy

Wynagrodzenia kierowników specjalizacji są niskie, a warunki pracy w wielu placówkach nieatrakcyjne, co zniechęca lekarzy do podejmowania tej funkcji⁷.

Jak zadbać o zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży?

W kontakcie z drugim człowiekiem, w tym również tym bardzo młodym, niezwykle istotną rolę odgrywa uważność. To, że widzimy tę drugą osobę „tu i teraz”, dostrzegamy, co się z nią dzieje. Patrzymy na nią bez oceniania. Czasami niewiele potrzeba, by zareagować i zapobiec eskalacji problemu.

Pierwsza pomoc emocjonalna powinna składać się z tzw. czterech zetek⁸:

Zauważ

Zwróć uwagę na niepokojące zmiany w zachowaniu dziecka. Okaż zainteresowanie i troskę. Powiedz o faktach i o tym, jakie emocje one w tobie wywołują – przykładowa reakcja: *Zauważyłam/em, że w ostatnich dniach jesteś bardzo smutna/y i że często płaczesz. Martwię się o ciebie.*

Zapytaj

Zaproś dziecko do rozmowy, zadając pytania – np. *Czy możemy porozmawiać o tym, co się u ciebie dzieje?* Czy

jest coś, co mogę zrobić albo co wspólnie możemy zrobić, żebyś poczuł/a się lepiej?

Zaakceptuj

To, co usłyszysz, może być dla ciebie trudne lub niezrozumiałe. Możesz postrzegać daną sytuację inaczej niż dziecko. Nie przedstawiaj kontrargumentów, nie przekonuj, że rzeczywistość wygląda inaczej, niż dziecko o niej opowiada. To bardzo ważne, żeby zaakceptować wszystko, co usłyszysz (nie bagatelizuj, nie osądzaj, nie pocieszaj na siłę) – np. *Słyszę, że tak siebie widzisz i wyobrażam sobie, że jest ci z tym bardzo trudno.*

Zareaguj

Kiedy dostrzegamy problemy dziecka, chcemy mu pomóc szybko i skutecznie. To naturalna reakcja, tzw. odruch korygowania. Najlepiej jednak zapewnić dziecku fachową pomoc, umawiając je ze specjalistą, który jest najbliższym dziecku, to może być pedagog lub psycholog szkolny albo specjalista z systemu ochrony zdrowia. Możesz zaproponować towarzyszenie podczas wizyty. Trudne doświadczenia nastolatków są elementem na drodze do stawania się niezależnymi osobami dorosłymi. Warto, aby na tej drodze towarzyszyli im życzliwi i uważni dorośli (rodzice, nauczyciele), którzy za sprawą swojego zachowania mogą przeciwdziałać pojawieniu się poważnych kryzysów psychicznych, a w dalszej kolejności konieczności zwracania się po pomoc do specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego.

Przypisy

¹ <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>

² Goldsmith S.K., Pellmar T.C., Kleinman A.M., Bunney W.E. (ed.) (2002), „Reducing suicide: a national imperative”, Washington, DC: National Academy Press.

³ Respondentami byli nauczycielki i nauczyciele szkół podstawowych i ponadpodstawowych (N=1535), którzy wypełniali ankietę online. Badanie zostało zrealizowane w ramach projektu „Rozmawiaj z klasą”. Projekt był finansowany w ramach Programu „Fundusz pomocowy dla organizacji pozarządowych oraz inicjatyw obywatelskich 2020”, utworzonego przez Polsko-Amerykańską Fundację Wolności, realizowanego przez Fundację Edukacja dla Demokracji.

⁴ <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/>

⁵ <https://pacjent.gov.pl/artukul/leczenie-psychiatryczne-mlodziezy-i-dzieci-mapa>

⁶ „Raport regulacyjny. Poprawa ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce”, s. 20.

⁷ „Raport regulacyjny. Poprawa ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce”, s. 52.

⁸ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/poradnik-pacjenta-jak-pomoc-dziecku-w-kryzysie-psychicznym,8482.html>

Percepcja i postawy wobec stosowania kannabinoidów w celach medycznych są kształtowane przez różnorodne czynniki, takie jak rodzaj stosowanych preparatów, doświadczenia pacjentów oraz poziom wiedzy społecznej na temat właściwości terapeutycznych marihuany. Lekarze zauważają, że kannabinoidy nadal mają charakter eksperymentalny i wymagają dalszych badań nad ich skutecznością oraz długoterminowym bezpieczeństwem. Mimo tego mogą być wartościowym wsparciem w terapii, zwłaszcza gdy stosowane są w połączeniu z innymi metodami leczenia.

PERCEPCJA I POSTAWY WOBEC MEDYCZNEGO STOSOWANIA KANNABINOIDÓW ORAZ SPOŁECZNE POSTRZEGANIE UŻYTKOWNIKÓW „MEDYCZNEJ MARIHUANY”¹

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska
Zakład Socjologii Zdrowia i Badań nad Uzależnieniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Wprowadzenie

W ostatnich latach zainteresowanie medycznym wykorzystaniem kannabinoidów wzrosło na całym świecie, w tym także w Polsce, co stanowi wynik postępujących badań nad ich terapeutycznym potencjałem (Häuser i współ., 2018; Rogowska-Szadkowska, 2022). Kannabinoidy zyskały uznanie w leczeniu wielu schorzeń, takich jak przewlekły ból, stwardnienie rozsiane, choroby neurologiczne czy zaburzenia lękowe. Jednak istnieje szereg ograniczeń dotyczących prowadzonych badań. Należy podkreślić, że są to badania prowadzone na małych próbach, rzadko z losowym doбором respondentów do próby (RCT). Oznacza to, że istnieje ograniczona liczba dowodów naukowych na pozytywny wpływ marihuany na leczenie schorzeń somatycznych i psychicznych. Należy również podkreślić, że używanie marihuany może mieć liczne działania uboczne lub niepożądane (Wieczorek, Dąbrowska, 2022). Wzrost zainteresowania tą formą terapii pociąga za sobą istotne zmiany w percepcji społecznej. Pojawia się dyskusja nad efektywnością i bezpieczeństwem stosowania marihuany w celach medycznych.

Percepcja i postawy wobec marihuany są głęboko zakorzenione w szerokich kontekstach kulturowych i społecznych. Przekłada się to również na postrzeganie używania marihuany w celach medycznych. W krajach o ugruntowanej tradycji leczenia kannabinoidami, takich jak Kanada czy Holandia, społeczne postrzeganie

użytkowników konopi jest mniej stygmatyzujące niż w państwach, gdzie konopie są głównie utożsamiane z substancjami nielegalnymi (Hall, Lynskey, 2020; Knottnerus i wsp. 2023). Badanie Sznitmana i Lewisa (2017, N=396), przeprowadzone w Izraelu, pokazało, że kontakt z doniesieniami mediów na temat „medycznej marihuany” pozostawał w związku z pozytywnymi postawami wobec niej. Badanie to wykazało również, że używanie marihuany i tytoniu było skorelowane z pozytywnymi opiniami na temat „medycznej marihuany”. Mężczyźni, osoby z liberalnymi poglądami społeczno-ekonomicznymi, aktualni palacze tytoniu i użytkownicy marihuany byli bardziej pozytywnie nastawieni do rekreacyjnego używania marihuany niż inne osoby.

Irlandzcy lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (n=565) zostali zapytani o stosunek do marihuany używanej w celach medycznych (Crowley, 2017). Blisko 60% było przeciwko dekryminalizacji marihuany. Częściej dekryminalizację wspierają lekarze z bardziej zaawansowaną wiedzą w dziedzinie uzależnień. Jednocześnie ponad 60% uważa, że marihuana może znaleźć zastosowanie w opiece paliatywnej, leczeniu bólu i stwardnieniu rozsianym. Jednocześnie około 80% uważa, że marihuana silnie oddziałuje na zdrowie psychiczne i zwiększa ryzyko pojawienia się schizofrenii.

Ablin i inni (2016) zrobili badanie wśród izraelskich reumatologów (n=23). Pomimo że 74% pytanym uważało, że „medyczna marihuana” ma zastosowanie w chorobach reumatycznych, to 75% nie miało przekonania, że ich

wiedza jest adekwatna, a 78% nie miało pewności, jak wypisać receptę na suasz.

Polska, podobnie jak inne kraje regionu, doświadcza transformacji społecznej związanej ze zwiększeniem dostępu do „medycznej marihuany”. Wprowadzenie nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w 2017 roku umożliwiło lekarzom przepisywanie preparatów na bazie konopi, co zainicjowało dyskusję nad etyką i skutecznością takiego leczenia (Rogowska-Szadkowska, 2022).

Celem niniejszego artykułu jest analiza percepcji i postaw społecznych wobec medycznego stosowania kannabinoidów i wobec samych użytkowników.

Metodologia

Zaprezentowane w artykule wyniki pochodzą z badania metodami jakościowymi. Technika wykorzystaną w badaniu były semistrukturyzowane wywiady indywidualne. W ramach badań przeprowadzono 100 wywiadów w pięciu różnych grupach respondentów, czyli wśród:

- osób, które były leczone kannabinoidami (N=25),
- osób z dolegliwościami bólowymi, które potencjalnie mogłyby być leczone kannabinoidami (N=25),
- lekarzy, którzy mieli doświadczenia w leczeniu z wykorzystaniem kannabinoidów (N=15),
- lekarzy, którzy nie mieli doświadczeń w leczeniu z wykorzystaniem kannabinoidów (N=20),
- pielęgniarek (N=15).

Dobór respondentów do badań był celowy. Wywiady były prowadzone wśród osób pełnoletnich, które wyraziły zgodę na uczestnictwo. Udział w badaniu był dobrowolny. Na realizację badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej (nr zgody 25/2019), działającej przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Wyniki

Percepcja i postawy wobec stosowania kannabinoidów w celach medycznych

Percepcja i postawy wobec stosowania kannabinoidów w celach medycznych zależą w dużej mierze od rodzaju stosowanych produktów, które mogą zawierać różne proporcje aktywnych substancji. W szczególności wyróżnia się preparaty o wysokiej zawartości THC, które posiadają działanie psychoaktywne, oraz produkty oparte wyłącznie na CBD, pozbawione tego efektu.

Lekarze zwracają uwagę, że leczenie lekami zawierającymi THC jest leczeniem, które jest podejmowane po wyczerpaniu innych możliwości terapeutycznych jako terapia „ostatniej szansy” dla pacjentów, którzy nie osiągnęli poprawy zdrowia dzięki standardowym metodom leczenia. Respondenci zaznaczają, że mimo tego, iż te leki mogą oferować ulgę, nie zawsze w pełni zaspokajają potrzeby pacjentów. Kannabinoidy nadal mają charakter eksperymentalny i nie stanowią „cudownego leku” ani panaceum, ale mogą być wartościowym wsparciem w terapii.

Lekarz przepisujący MM („medyczną marihuanę”): *Mają swoje miejsce, są to leki wspomagające, kiedy inne leczenie nie pomaga, szczególnie jeżeli chodzi o ból, u moich pacjentów jest to ból nowotworowy bądź nudności i wymioty po chemioterapii szczególnie.* (LMMKS18112019)

Lekarz nieprzepisujący MM: *Jak na razie to wszystko, z tego, co widzę, to jest bardziej eksperymentalne. Tutaj z mojej działości jako z opieki paliatywnej mogę powiedzieć, że na pewno to, co jest już konkretnie wskazane, to działanie wspomagające w leczeniu bólu, szczególnie bólu neuropatycznego. Nie jest to niestety lek do monoterapii, ale jako właśnie lek wspomagający. Z tego, co słyszałem, są dobre doniesienia w takim dodatkowym leczeniu padaczek lekoopornych, jak i leczeniu różnego rodzaju stanów depresyjnych, jako działanie rozluźniające. To znaczy moje zdanie jest takie, że na pewno nie jest to lek cudowny, panaceum, natomiast jako leczenie wspomagające zdecydowanie tak. Niestety nie miałem jeszcze okazji go próbować.* (LNMMMM1712201)

Respondenci byli zdania, że obecne wykorzystanie marihuany w medycynie opiera się głównie na indywidualnych doświadczeniach pacjentów, którzy wybierają tę terapię często jako „ostatnią deskę ratunku”, szukając ulgi tam, gdzie zawiodły inne metody.

Pielęgniarka/Pielęgniarz: *Można powiedzieć, że wszystko, na czym się opiera w tej chwili leczenie jakimkolwiek preparatem „medycznej marihuany”, tak naprawdę jest oparte tylko ewentualnie na takich doświadczeniach ludzi, którzy czasem sięgają po to, jak po ostatnią deskę ratunku.* (PP09122019)

Pojawiła się nawet sugestia, że leki te są mniej groźne od innych tradycyjnych leków. Respondenci podkreślali, że w regularnych sklepach dostępne są substancje, które mogą być bardziej niebezpieczne niż marihuana – na przykład popularny paracetamol, który w przypadku przedawkowania może prowadzić do poważnego

uszkodzenia wątroby, a nawet śmierci. Respondenci zauważyli, że jak dotąd nie wykazano, aby marihuana mogła być śmiertelnie przedawkowana, co ich zdaniem czyni ją potencjalnie bezpieczniejszą od niektórych leków dostępnych bez recepty na sklepowych półkach. Pielęgniarka/Pielęgniarz: *Jeżeli jest to skuteczne, jeżeli jest to nieszkodliwe dla organizmu, to powinno być wdrożone, bo jest wiele substancji, które są dostępne w sklepach normalnych, które nie wymagają pozwolenia. Tak jak apteki potrzebują pozwolenia na sprzedaż leków opioidalnych na przykład, to w normalnym sklepie można kupić leki, które po przedawkowaniu skutkują po prostu śmiercią, tak jak na przykład paracetamol, który zatruje wątrobę i gdyby nie szybkie działanie, to człowiek po prostu umiera. A z tego, co wiem, nikt nie udowodnił, że da się przedawkować śmiertelnie [marihuana – autorzy], więc myślę, że jest bezpieczniejsza niż niektóre leki dostępne na sklepowych półkach. (PDL1122019)* Zdaniem respondentów obserwacje pacjentów i ich objawów klinicznych wskazują, że „medyczna marihuana” może przynosić znaczną poprawę w przypadkach, gdy standardowe leczenie farmakologiczne okazuje się niewystarczające. Marihuana, stosowana jako terapia wspomagająca, a nie zastępcza dla leków farmakologicznych, może prowadzić do bardzo pozytywnych efektów. Jest substancją o rzeczywistym działaniu terapeutycznym, które warto wykorzystywać w leczeniu wielu schorzeń, gdy tradycyjne metody zawodzą.

Pielęgniarka/Pielęgniarz: *To, co widzę tutaj po pacjentach i po objawach klinicznych, że w wielu przypadkach, gdzie rzeczywiście to leczenie standardowe, leczenie farmakologiczne zawodzi, jak się dołoży te preparaty, bo nie mówię, że się odstawia leczenie farmakologiczne, a zamieniamy je w samą marihuana, ale dołącza się marihuana, to mamy bardzo pozytywne efekty, bardzo. Dlatego uważam, że to jednak jest substancja, która rzeczywiście działa w wielu*

schorzeniach i warto ją, że tak powiem wykorzystać. (PMC05122019K)

Lekarze podkreślają również, że trudno rozpatrywać oddzielnie działanie poszczególnych substancji zawartych w suszu, bo stosując je razem, uzyskuje się efekt synergii. Połączenie CBD z THC jest istotne dla bezpieczeństwa pacjenta, ponieważ takie zestawienie może łagodzić skutki uboczne oraz minimalizować ryzyko niekorzystnych objawów psychicznych.

Lekarz przepisujący MM: *Na przykład CBD z THC*

musi być jednak połączone, bo to jednak zabezpiecza pacjenta przed skutkami działań ubocznych i zabezpiecza też przed tymi niekorzystnymi objawami psychicznymi. Są te limonen pinen tak zwane, te aromatyczne substancje, które też mają swój wpływ i też działają na receptory cb1 i one wspomagają działanie tych zasadniczych substancji. (LMMCB1122019M) Zdaniem lekarzy status prawny produktów kannabinoidowych sprzedawanych jako suplementy diety (produktów CBD) budzi wątpliwości co do ich rzeczywistego składu i jakości. Ponieważ suplementy diety nie podlegają rygorystycznej kontroli, istnieje ryzyko, że produkty te mogą nie zawierać deklarowanych składników, mimo złożenia wymaganej notyfikacji do Głównego Inspektoratu Sanitarnego, który nie ma możliwości ich sprawdzenia. W ich ocenie powstała szara strefa w obrocie olejami z konopi

przemysłowych – które, choć muszą zawierać poniżej 0,2% THC, mogą mieć niepewny skład, co wzbudza obawy dotyczące bezpieczeństwa i skuteczności takich produktów.

Lekarz nieprzepisujący MM: *Ja nie wiem, czym one [produkty CBD – autorzy] są tak naprawdę, bo one są sprzedawane jako suplementy diety, a jako suplement diety w naszym kraju można sprzedawać wszystko, co się chce, pod warunkiem, że się zgłosi, notyfikację złoży Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu, który i tak nie sprawdza, bo*

Dyskusja na temat stosowania kannabinoidów wskazuje na wyraźne różnice między grupami medycznymi a społecznymi w ocenie ich wartości terapeutycznej i ryzyka stygmatyzacji pacjentów. Respondenci przyznawali, że użytkownicy „medycznej marihuany” są często postrzegani w sposób negatywny, szczególnie przez osoby, które nie posiadają pełnej wiedzy o jej zastosowaniach i mylnie utożsamiają ją z narkotykami rekreacyjnymi. W dużej mierze problem stygmatyzacji wynika z niskiego poziomu świadomości społecznej, co powoduje, że marihuana jest kojarzona z rekreacyjnym „ćpaniem”. Zdaniem respondentów znajomość właściwości medycznych marihuany w społeczeństwie, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach, jest ograniczona.

nie ma możliwości, czy naprawdę jest w tym to, co chcę sprzedać. Szara strefa zrobiła się ogromna, dlatego że te oleje są robione z konopi przemysłowych. Konopie przemysłowe muszą zawierać mniej niż 0,2% THC, ale co tak naprawdę one zawierają, nie mam pojęcia. (LNMM PK01122019)

W ocenie lekarzy, którzy nie przepisują „medycznej marihuany”, bezpieczeństwo suplementów z CBD budzi wątpliwości z powodu braku solidnych badań potwierdzających ich nieszkodliwość oraz brak precyzyjnych informacji na temat potencjalnych zagrożeń związanych z ich stosowaniem. Popularność takich preparatów może wynikać z działań marketingowych, które wykorzystują skojarzenie z marihuaną, aby zwiększyć ich atrakcyjność. Dodatkowo w ich ocenie brak kontroli nad tego rodzaju produktami – które są dostępne w ogólnym obiegu i nie podlegają regulacjom – rodzi wątpliwości dotyczące faktycznej skuteczności.

Lekarz nieprzepisujący MM: *Przyznam szczerze, że nie znam badań potwierdzających bezpieczeństwo suplementów z CBD, czy określających jakąś ich szkodliwość, czy jakieś potencjalne zagrożenia płynące z tego. Ale tak intuicyjnie to trochę czuję, czy to nie jest po prostu pewien chwyt marketingowy, że są to preparaty bazujące na marihuanie. Nie wiem, w jakim stopniu są one w stanie się wchłaniać, bo to też rozumiem, że to są preparaty, które są po prostu dostępne w ogólnym obiegu i nie są kontrolowane przez żaden urząd ani przez nikogo.* (LNMM SB31122019)

Jest grupa pracowników sektora ochrony zdrowia, która nie widzi specjalnych przeciwwskazań do stosowania suplementów CBD. Jednak rekomendowane są produkty pochodzące od sprawdzonych polskich firm, które zapewniają certyfikaty jakości i szczegółowy skład. Respondenci zauważyli, że pacjenci często okazują duże zainteresowanie tą formą terapii i czasami nawet „wymuszają” jej wypróbowanie. W takich przypadkach medycy, kierując się bezpieczeństwem, zalecają stosowanie olejku CBD w niewielkich ilościach i o niskim stężeniu, co – ich zdaniem – pozwala pacjentom korzystać z preparatu bez większego ryzyka działań niepożądanych.

Pielęgniarka/Pielęgniarz: *My mamy taką firmę sprawdzoną, polską firmę, która produkuje to i ona... każda produkcja posiada swój certyfikat i jest określone, co to ma, jaki skład jest i tak dalej. To my ewentualnie, jeśli pacjenci chcą, bo domyśla się Pani, że pacjenci, którzy chcą stosować, to nie ukrywam, że czasami to wymuszają, że tak powiem, że chcą to zastosować, to my czasami polecamy, że ewentualnie może bez żadnych konsekwencji,*

w niewielkich stężeniach, w niewielkich ilościach ten olejek CBD. (PMC05122019)

Część respondentów uważała, że CBD cechuje się korzystniejszym profilem działania niż THC. W ich ocenie CBD jest dobrze tolerowane przez organizm, nie wywołuje uzależnienia, nie ma efektów psychoaktywnych i charakteryzuje się minimalnymi skutkami ubocznymi. Respondenci wskazywali, że CBD można stosować w terapii wielu schorzeń, takich jak padaczka, astma, choroba Leśniowskiego-Crohna, stwardnienie rozsiane, migrena, nowotwory, przewlekłe bóle, a także w chorobie Alzheimera i Parkinsona. Podkreślali również jego działanie łagodzące skutki chemioterapii oraz przeciwłękowe, co – według nich – czyni CBD substancją o szerszym zakresie działania terapeutycznego niż THC.

Pielęgniarka/Pielęgniarz: *CBD jest innym kannabinoidem i ma zdecydowanie lepsze, korzystniejsze działanie. Jest dobrze tolerowany, nie powoduje uzależnień, nie ma efektów psychoaktywnych, ma niewielkie skutki uboczne. Można stosować przy padaczkach różnego rodzaju, przy astmie, chorobie Leśniowskiego-Crohna, stwardnieniu rozsianym, migrenach, nowotworach, przewlekłych bólach, w chorobie Alzheimera, Parkinsona. Łagodzi też skutki przy chemioterapii, ma działanie przeciwłękowe. Zdecydowanie ma jakby większe spektrum działania niż THC.* (PPK13122019)

Postrzeganie osób używających kannabinoidów w celach medycznych

Zdaniem respondentów stosujących „medyczną marihuanę” społeczne postrzeganie tej terapii bywa pełne uprzedzeń i nieporozumień. Wielu ludzi kojarzy „medyczną marihuanę” z substancjami psychoaktywnymi. Respondenci przyznawali, że stosują marihuanę w obecności innych osób, aby udowodnić, że nadal są w pełni sprawni, spokojni i potrafią normalnie rozmawiać, co pomaga rozwiać obawy i uprzedzenia.

Osoba leczona MM: *Jest różnie, bo, jak mówiłam wcześniej, czasami jest tak, że po prostu dopóki z kimś nie porozmawiamy, no to ludzie mają nas za jakichś narkomanów, że „A trawkę palą”. Ludzie nie wiedzą, jak się reaguje po tej trawce. I przeważnie jest tak, że siadam z kimś, używam tej „medycznej marihuany” po to tylko, by pokazać komuś, że po prostu nic się nie dzieje, że człowiek dalej może normalnie rozmawiać, normalnie funkcjonować, nie gada głupot i wtedy to postrzeganie się zmienia. Ale jeżeli chodzi*

nawet o najbliższą rodzinę, no to jest ciężko przekonać. Ale udało się przekonać i mamę, i tatę do tego. Trzeba dużo rozmawiać. (OLMMAL13112019K)

Część osób patrzy na użytkowników marihuany używanej w celach medycznych z nieufnością. Stygmatyzują ich, kojarząc ich z „ćpunami” lub „narkomanami”. Respondenci zauważali, że znajomość właściwości „medycznej marihuany” w społeczeństwie jest wciąż ograniczona, a niektórzy ludzie nie chcą poszerzać wiedzy na jej temat, wychodząc z założenia, że jest to po prostu „trawka”. Z tego powodu część użytkowników decyduje się ukrywać ten fakt przed rodziną, aby uniknąć negatywnych reakcji i uprzedzeń.

Pielęgniarka/Pielęgniarz: *Bardzo różnie są postrzegane [wśród rodziny, znajomych – autorzy]. Albo jest pełne zrozumienie i „medyczna marihuana” postrzegana jest jako lek, albo są uważane, brzydko powiedziawszy, za ćpunów, za narkomanów. Inaczej – środowisko jeszcze nie do końca zna „medyczną marihuanę”, ludzie nie do końca mają ochotę ją poznać. Niektórzy tylko wychodzą z założenia, że to jest „trawka” tak zwana i tyle. Mam sporo znajomych, którzy biorą „medyczną marihuanę”, a ukrywają ją przed rodziną. (PPK31122019)*

Zdaniem respondentów osoby korzystające z „medycznej marihuany” często były wcześniej związane z jej niemedycznym stosowaniem, co rodzi pewne wątpliwości co do autentyczności ich wskazań do terapii. Osoby, które nie miały doświadczeń ze stosowaniem kannabinoidów w celach medycznych, wyrażały przekonanie, że niektóre osoby mogą traktować „medyczną marihuanę” jako sposób na uzyskanie legalnego dostępu do substancji, której wcześniej używały rekreacyjnie.

Osoba nieleczona MM: *Osoby te wcześniej też dużo jarały, więc takie mam wrażenie, że nie są to osoby, które po prostu: Ok, mam problem i do lekarza, tylko najpierw jeżdżę po Holandii i nie wiadomo gdzie, a potem idę sobie po „medyczną marihuanę”. Bo też z tego, co wiem, wskazania, to są to takie zaburzenia, które tylko są oceniane subiektywnie, na przykład zaburzenia snu, jeżeli chodzi o ból, no to też jest to coś subiektywnie często oceniane. Chodzi mi o to, że po prostu wcześniej ich życie skupiało się na tej niemedycznej. (ONLMMAK09122019)*

Stosowanie „medycznej marihuany” budzi u niektórych poczucie winy i wstydu, co sprawia, że ukrywają to przed wieloma osobami z otoczenia, nawet przed bliskimi przyjaciółmi. Respondenci przyznawali, że wiedzę o terapii mają jedynie wybrane osoby z ich

otoczenia, np. matka, współmałżonek, ale nie informują o tym innych członków rodziny, którzy mogą jedynie podejrzewać stosowanie tego leku. W sytuacjach, gdy odwiedza ich osoba z zewnątrz, np. pracownik socjalny, użytkownicy ukrywają wszelkie ślady po marihuanie. Obawiają się, że przyznanie się do stosowania marihuany w celach medycznych mogłoby prowadzić do stygmatyzacji, zrodzić wątpliwości na temat ich zdolności do prowadzenia w pełni funkcjonalnego życia. Pomimo że marihuana jest legalnie kupowana w aptece, respondenci obawiają się społecznego napiętnowania, które mogłoby ich dotknąć w wyniku przyznania się do stosowania tej formy leczenia.

Osoba leczona MM: *Ja mam poczucie winy i wstydu, że ja to przyjmuję. Moje przyjaciółki o tym nie wiedzą, moja mam wie. Mąż mamy też to wie. Mój ojciec nie wie, ale chyba się domyśla, teściowa chyba też się domyśla. Ale przychodzi do mnie na przykład teściowa czy dziadek, czy pan, bo mamy asystenta rodziny, czyli przychodzi pan z opieki społecznej raz na tydzień, to ja chowam to wszystko do szafy. No bo to może być tak, że ja jestem ćpunem, że jestem uzależniona, że jestem uzależnionym ćpunem, którego trzeba kontrolować, czy ja powinnam dziecko sama wychowywać. Boję się naznaczenia. (OLMMM09122019)*

Reakcje społeczne mogą być uzależnione od schorzenia, na które pacjent przyjmuje marihuanę. Jeśli postrzegane jest ono jako poważne, tak jak nowotwór, to te reakcje są przychylniejsze. Jeśli jednak jest to depresja czy zaburzenia snu, to ich występowanie może nie być traktowane jako wystarczające uzasadnienie do przyjmowania marihuany. Dostrzegli ten problem zarówno pacjenci, jak i lekarze.

Lekarz nieprzepisujący MM: *Myszę, że to [postrzeganie społeczne – autorzy] zależy od ciężkości choroby. Jeśli faktycznie są chorzy na chorobę, która jest niepodatna na leczenie konwencjonalne, to używanie przez nich marihuany w ostateczności, jako ostatni rzut, na pewno będzie akceptowane społecznie. Natomiast jeśli oni jakby z błahych przyczyn zaczęli używać marihuany i tłumaczą jej zażywanie bezsennością, napięciem nerwowym, stresem, to jednak najbliższe otoczenie słusznie, według mnie, uzna, że ta osoba traktuje to jako wymówkę do ćpania. (LNMMS12122018)*

Respondenci zwracają też uwagę, że leczenie MM może być inaczej postrzegane na wsi i w mieście. W mniejszych miejscowościach brak wiedzy i większe przywiązanie do

tradycyjnych wartości mogą prowadzić do stygmatyzacji osób stosujących marihuanę w celach leczniczych.

Osoba leczona MM: *Myszę, że świadomość społeczeństwa w naszych czasach już jest dość duża, szczególnie w dużych miastach, i tam tego piętnowania nie będzie. Natomiast możliwe, że w jakichś mniejszych miejscowościach, na wsiach może być to problem.* (OLMMJM28112019)

Reakcje społeczne mogą być również uzależnione od poglądów, które są bardziej liberalne lub konserwatywne oraz od poziomu wiedzy na temat zastosowania marihuany w celach medycznych.

Osoba nieleczona MM: *Ja mam taką rodzinę trochę podzieloną. Cała rodzina od strony mamy jest bardzo konserwatywna i katolicka, chodzą do kościoła i różnie takie. A druga strona jest bardziej taka liberalna. Więc myślę, że w tej bardziej liberalnej grupie byłoby to do przyjęcia.* (ONLMMKM07122019)

Niektórzy lekarze doradzają swoim pacjentom, by nie informowali środowiska, że leczą się marihuaną. W ich ocenie łatwiej jest pacjentom otwarcie przyznać się do przyjmowania leków przeciwdepresyjnych, ponieważ społeczeństwo ma o nich większą wiedzę i są one akceptowane jako część leczenia.

Lekarz przepisujący MM: *Jednak radzę pacjentowi mówić ludziom, że bierze leki przeciwdepresyjne, niż leczy się marihuaną. To trudniejsze do zrozumienia.* (LMMJW09122019K)

Podsumowanie

Percepcja i postawy wobec stosowania kannabinoidów w celach medycznych są kształtowane przez różnorodne czynniki, takie jak rodzaj stosowanych preparatów, doświadczenia pacjentów oraz poziom wiedzy społecznej na temat właściwości terapeutycznych marihuany. Produkty kannabinoidowe mogą zawierać różne proporcje substancji aktywnych, takich jak THC i CBD, co wpływa na ich działanie, efekty uboczne i społeczne postrzeganie ich stosowania. Preparaty z przewagą THC, które wykazują działanie psychoaktywne, są postrzegane jako bardziej kontrowersyjne, co sprawia, że lekarze przepisują je na ogół jako „terapię ostatniej szansy” dla pacjentów, którzy nie odnieśli korzyści z innych metod leczenia. W takim przypadku ich stosowanie jest bardziej akceptowane przez społeczeństwo, ponieważ są traktowane jako wybór terapeutyczny podejmowany z konieczności. Produkty oparte wyłącznie na CBD,

pozbawione efektów psychoaktywnych, cieszą się większą akceptacją, co wynika głównie z ich bardziej uniwersalnego działania terapeutycznego oraz mniejszego ryzyka działań niepożądanych.

Zdaniem respondentów, szczególnie lekarzy, stosowanie leków zawierających THC powinno być podejmowane po wyczerpaniu innych opcji terapeutycznych. Produkty te oferują potencjalną ulgę w leczeniu takich schorzeń, jak przewlekły ból neuropatyczny, spastyczność czy niektóre rodzaje nowotworów, jednak nie zawsze w pełni spełniają oczekiwania pacjentów. Lekarze zauważają, że kannabinoidy nadal mają charakter eksperymentalny i wymagają dalszych badań nad ich skutecznością oraz długoterminowym bezpieczeństwem. Mimo tego mogą być wartościowym wsparciem w terapii, zwłaszcza gdy stosowane są w połączeniu z innymi metodami leczenia. Według respondentów, którzy leczą się „medyczną marihuaną”, terapie te mogą przynosić znaczną poprawę jakości życia, a ich efekty są odczuwalne szczególnie w przypadkach, gdzie tradycyjne leki zawodzą lub powodują znaczne skutki uboczne.

W dyskusji na temat bezpieczeństwa produktów CBD respondenci podkreślają brak jednoznacznych dowodów naukowych na ich skuteczność i bezpieczeństwo. Produkty te, będące często suplementami diety, nie podlegają rygorystycznej kontroli jakości, co rodzi wątpliwości dotyczące ich rzeczywistego składu i wpływu na zdrowie. W związku z tym część lekarzy i farmaceutów wyraża obawy, że niektóre preparaty CBD mogą być nieadekwatne pod względem skuteczności, szczególnie jeśli są sprzedawane bez nadzoru i mogą zawierać różne proporcje kannabinoidów lub zanieczyszczenia. Respondenci zwracają uwagę na szarą strefę w obrocie produktami konopnymi, szczególnie olejami CBD pochodzącymi z konopi przemysłowych, które choć muszą zawierać mniej niż 0,2% THC, nie zawsze spełniają standardy jakości.

Dyskusja na temat stosowania kannabinoidów wskazuje na wyraźne różnice między grupami medycznymi a społecznymi w ocenie ich wartości terapeutycznej i ryzyka stygmatyzacji pacjentów. Respondenci przyznawali, że użytkownicy „medycznej marihuany” są często postrzegani w sposób negatywny, szczególnie przez osoby, które nie posiadają pełnej wiedzy o jej zastosowaniach i mylnie utożsamiają ją z narkotykami rekreacyjnymi. W dużej mierze problem stygmatyzacji wynika z niskiego poziomu świadomości społecznej,

co powoduje, że marihuana jest kojarzona z rekreacyjnym „ćpaniem”. Zdaniem respondentów znajomość właściwości medycznych marihuany w społeczeństwie, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach, jest ograniczona, a część osób nawet nie chce poszerzać wiedzy na ten temat, wychodząc z założenia, że to „trawka”. Stygmatyzacja ta powoduje, że wielu pacjentów ukrywa fakt stosowania marihuany, szczególnie przed bardziej konserwatywnymi członkami rodziny, aby uniknąć nieprzychylnych reakcji.

Respondenci wskazują, że społeczna akceptacja stosowania „medycznej marihuany” jest również uzależniona od rodzaju schorzenia, które leczy. W przypadkach poważnych chorób, takich jak nowotwory, stosowanie „medycznej marihuany” jest częściej akceptowane, ponieważ postrzegane jest jako uzasadnione poszukiwanie ulgi w obliczu trudnych do wyleczenia schorzeń. Jednak gdy chodzi o schorzenia mniej poważne, jak zaburzenia snu, depresja czy ból przewlekły, społeczne zrozumienie i akceptacja są niższe, a osoby stosujące marihuanę w takich przypadkach są czasem postrzegane jako osoby poszukujące usprawiedliwienia dla stosowania substancji psychoaktywnych.

Lekarze, którzy przepisują „medyczną marihuanę”, podkreślają, że jej zastosowanie nie jest rozwiązaniem uniwersalnym i wymaga indywidualnego podejścia do pacjenta, uwzględniającego zarówno korzyści, jak i ryzyko działań niepożądanych. Często zalecają oni stosowanie preparatów o mieszanym składzie CBD i THC, gdyż połączenie to daje efekt synergii, który może zwiększać efektywność i jednocześnie redukować skutki uboczne związane z samym THC. Jednocześnie lekarze podkreślają znaczenie edukacji pacjentów, aby mieli pełne informacje o właściwościach i ograniczeniach tego rodzaju terapii.

Stosowanie kannabinoidów, szczególnie produktów CBD, wciąż wymaga dalszych badań, zarówno pod względem skuteczności, jak i bezpieczeństwa. Respondenci zalecają pacjentom stosowanie wyłącznie preparatów pochodzących od sprawdzonych producentów, którzy zapewniają certyfikaty jakości i posiadają deklarację składu, co pozwala uniknąć ryzyka związanego z przyjmowaniem produktów o niepewnej jakości. Jednocześnie jednak obserwują, że popularność produktów CBD wzrasta, co może wiązać się z ich marketingowym pozycjonowaniem jako substancji naturalnych i bezpiecznych.

Wyniki badania sugerują, że istnieje potrzeba poszerzenia społecznej świadomości na temat medycznych zastosowań marihuany oraz edukacji dotyczącej różnic między jej komponentami. Wzrost wiedzy społecznej na temat terapii kannabinoidowych mógłby przyczynić się do zmniejszenia stygmatyzacji pacjentów oraz umożliwić bardziej swobodne podejmowanie decyzji terapeutycznych. Dodatkowo większa akceptacja medycznych zastosowań marihuany mogłaby przełożyć się na lepsze wyniki zdrowotne pacjentów i na jakość ich życia, szczególnie gdy konwencjonalne metody leczenia okazują się niewystarczające.

Przypisy

- ¹ Zadanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Bibliografia

- Ablin J., Elkayman O., Fitzcharles M. (2016), „Attitudes of israeli rheumatologists to the use of medical cannabis as therapy for rheumatic disorders”, *Rambam Maimonides Medical Journal* 7, 2, doi: 10.5041/RMMJ.10239.
- Crowley D., Collins C., Delargy I., Laird E., Van Hout M. (2017), „Irish general practitioner attitudes toward decriminalisation and medical use of cannabis: result from a national survey”, *Harm Reduction Journal* 14, Article 4. <https://doi.org/10.1186/s12954-016-0129-7>
- Hall W. & Lynskey M. (2020), „Assessing the public health impacts of legalizing recreational cannabis use: the US experience”, *World Psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(2), 179–186. <https://doi.org/10.1002/wps.20735>
- Häuser W., Petzke F., & Fitzcharles M.A. (2018), „Efficacy, tolerability and safety of cannabis-based medicines for chronic pain management – An overview of systematic reviews”, *European Journal of Pain (London, England)*, 22(3), 455–470. <https://doi.org/10.1002/ejp.1118>
- Knottnerus J.A., Blom T., van Eerden S., Mans J. H.H., Mheen D.V., de Neeling J.N.D., Schelfhout D.C.L., Seidell J.C., van Wijk A.H., van Wingerde C.G.K. & Brink W.V.D. (2023), „Cannabis policy in The Netherlands: Rationale and design of an experiment with a controlled legal (‘closed’) cannabis supply chain”, *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 129, 104699. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.12.007>
- Rogowska-Szadkowska D. (2022), „Komu pomaga medyczna marihuana”, Wydawnictwo Krytyka Polityczna, Warszawa.
- Sznitman S. & Lewis N. (2017), „Examining effects of medical cannabis narratives on beliefs, attitudes, and intentions related to recreational cannabis: a Web-based randomized experiment”, *Drug and Alcohol Dependence*, 185, 219–225.
- Wieczorek Ł., Dąbrowska K. (2022), „Wykorzystanie marihuany w leczeniu schorzeń somatycznych i zaburzeń psychicznych. Przegląd literatury”, *Serwis Informacyjny Uzależnienia*, 1(97), 22–27.

W prezentowanym badaniu respondenci pytani byli między innymi o postrzeganą przez nich dostępność narkotyków. Prawie co piąta osoba określiła dostęp do marihuany lub haszyszu jako łatwy lub bardzo łatwy (22,2%), a co dziesiąta (9,1%) jako taki do amfetaminy.

JAK ROZPOWSZECHNIONE JEST UŻYWANIE NARKOTYKÓW W POLSCE? WYNIKI NAJNOWSZYCH OGÓLNOPOLSKICH BADAŃ

*Artur Malczewski, Joanna Szmidt
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom*

Od 2002 roku Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom¹ realizuje ogólnopolskie badania na temat używania przez Polaków substancji psychoaktywnych. Jest to element monitorowania skali używania substancji psychoaktywnych w ramach współpracy z Agencją Unii Europejskiej ds. Narkotyków – EUDA z Lizbony. Badania mają na celu określenie skali zjawiska używania m.in. narkotyków. Ostatni pomiar został zrealizowany na przełomie 2023 i 2024 roku na reprezentatywnej próbie osób w wieku 15 lat i więcej. Badanie dotyczy kwestii drażliwych, które stanowią wyzwanie dla realizatorów tego typu pomiarów. Mimo że używanie narkotyków nie jest w Polsce karalne (wyjątek stanowi sytuacja dotycząca osób nieletnich), to ich posiadanie, udzielanie czy produkcja już tak. Porównywalność danych z wcześniejszych pomiarów jest ograniczona, ponieważ po raz pierwszy zastosowano metodologię CAPI oraz CAWI². Wcześniejsze badanie zrealizowano tylko metodą CAPI. Ze względu na temat badania – zbierane były informacje wrażliwe, respondenci samodzielnie wypełniali te części kwestionariusza, które odnoszą się do ich zachowań i postaw odnośnie do używania substancji psychoaktywnych (narkotyków, alkoholu, tytoniu i „dopalaczy”) oraz innych wrażliwych informacji (dotyczy wywiadów realizowanych w metodologii CAPI). W CAWI z definicji wywiady realizowane były samodzielnie przez respondentów, bez obecności ankietera. Badanie zostało zrealizowane na sześciotysięcznej losowej próbie reprezentatywnej dla ogółu ludności Polski w wieku 15-85 lat. W ramach badania zrealizowana została próba N=4500 wywiadów w metodologii CAPI oraz N=1500 wywiadów w metodologii CAWI.

W przypadku wywiadów realizowanych w metodologii CAPI próba miała charakter kwotowo-losowy i była dobierana z operatu adresowego TERYT. Warstwowanie uwzględniało wielkość miejscowości oraz rozmieszczenie terytorialne w ramach województw, a także płeć i wiek dobieranych osób. Podstawą warstwowania były dane demograficzne zawarte w publikacji GUS „Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym” (aktualne na 30.06.2023 roku).

W przypadku wywiadów przeprowadzonych w metodologii CAWI próba miała charakter kwotowo-losowy i była dobierana z bazy panelu internautów. Kwoty w próbie odzwierciedlały strukturę populacyjną Polaków w wieku 15+ i obejmowały: wielkość miejscowości, płeć oraz wiek.

Respondenci pytani byli o doświadczenia związane z używaniem poszczególnych, wymienionych z nazwy substancji w trzech przedziałach czasowych – w ciągu ostatnich 30 dni, 12 miesięcy oraz kiedykolwiek w życiu. Są to typowe przedziały będące europejskim standardem w badaniach ankietowych dotyczących substancji psychoaktywnych. Używanie substancji kiedykolwiek w życiu określa poziom eksperymentowania z narkotykami – respondenci mogli mieć jednorazowy kontakt z daną substancją lub używać narkotyku wiele lat przed badaniem. Pytanie to pozwala na uchwycenie używania większości narkotyków, których poziom rozpowszechnienia jest o wiele niższy w przypadku pytań o ostatnie 12 miesięcy lub 30 dni przed badaniem. Wyniki dotyczące używania w ciągu 12 miesięcy przed badaniem odnoszą się do tzw. aktualnego używania, natomiast używania w ciągu 30 dni – używania bieżącego. Wyniki zawarte w niniejszym

artykule dotyczą badanych w wieku 15-64 lata, co jest zgodne ze standardem Agencji Unii Europejskiej ds. Narkotyków.

Jakie narkotyki są najbardziej popularne?

Używanie narkotyków chociaż raz w życiu zadeklarował ponad co piąty badany (21,1%) (tabela 1). Odsetek użytkowników jest znaczenie wyższy wśród mężczyzn (27%) niż kobiet (15,7%). Najpopularniejszym narkotykiem w Polsce jest marihuana i inne przetwory konopi indyjskich (19,1%). Co piąty badany mężczyzna (24,6%) oraz co siódma badana kobieta (14,1%) używali marihuany lub haszyszu kiedykolwiek w życiu. Na drugim miejscu pod względem popularności używania są nowe substancje psychoaktywne (3,1%), które

są dwukrotnie bardziej popularne wśród mężczyzn (4,3%) niż kobiet (2,0%). Następną w kolejności jest amfetamina (3%). Odsetek użytkowników wśród mężczyzn (4,5%) jest trzykrotnie wyższy niż wśród kobiet (1,6%) w przypadku tego narkotyku. Tuż za podium najbardziej rozpowszechnionych nielegalnych substancji psychoaktywnych znalazła się ecstazy/MDMA (1,6%), gdzie różnice między płciami nie są już tak duże (mężczyźni 1,9%, kobiety 1,3%).

Lepszym wskaźnikiem uchwycenia aktualnej sytuacji epidemiologicznej jest pytanie o używanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (tabela 2). Używanie narkotyków chociaż raz w życiu zadeklarował ponad co dwudziesty badany (6,2%). Odsetek użytkowników jest znaczenie wyższy wśród mężczyzn (9,4%) niż kobiet (3,5%). Bardzo zbliżone odsetki odnotowujemy w przypadku przetworów konopi indyjskich (mężczyźni

Tabela 1. Odsetek badanych używających poszczególnych substancji psychoaktywnych w rozbiciu na płeć (wskaźnik używania kiedykolwiek w życiu 15-64 lata, pomiar z lat 2023/2024).

Nazwa substancji	Mężczyźni	Kobiety	Łącznie	Dolna granica 95% przedziału ufności (łącznie)	Górna granica 95% przedziału ufności (łącznie)
Jakikolwiek narkotyk	27,0%	15,7%	21,1%	19,9%	22,2%
Marihuana i inne przetwory konopi indyjskich	24,6%	14,1%	19,1%	18,0%	20,2%
Jakikolwiek opioidy	1,4%	0,2%	0,8%	0,5%	1,0%
Heroina	0,7%	0,2%	0,5%	0,3%	0,7%
Kokaina i crack	2,0%	1,1%	1,5%	1,2%	1,9%
Kokaina	2,0%	1,1%	1,5%	1,2%	1,9%
Amfetamina	4,5%	1,6%	3,0%	2,5%	3,4%
Metamfetamina	0,6%	0,3%	0,4%	0,2%	0,6%
Ecstasy/MDMA	1,9%	1,3%	1,6%	1,2%	2,0%
LSD	1,5%	0,6%	1,0%	0,7%	1,3%
Grzyby halucynogenne	1,5%	0,6%	1,0%	0,7%	1,3%
GHB/GBL	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%
Substancje wziewne (np. kleje, farby)	0,6%	0,4%	0,5%	0,3%	0,7%
Sterydy anaboliczne	0,5%	0,0%	0,3%	0,1%	0,4%
Nowe substancje psychoaktywne	4,3%	2,0%	3,1%	2,6%	3,6%

Źródło: Dane KCPU.

Tabela 2. Odsetek badanych używających poszczególnych substancji psychoaktywnych w rozbiciu na płeć (wskaźnik używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy 15-64 lata, pomiar z lat 2023/2024).

Nazwa substancji	Mężczyźni	Kobiety	Łącznie	Dolna granica 95% przedziału ufności (łącznie)	Górna granica 95% przedziału ufności (łącznie)
Jakikolwiek narkotyk	9,4%	3,5%	6,2%	5,6%	6,9%
Marihuana i inne przetwory konopi indyjskich	8,5%	3,2%	5,7%	5,0%	6,3%
Jakikolwiek opioidy	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%
Heroina	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
Kokaina i crack	0,5%	0,2%	0,4%	0,2%	0,5%
Kokaina	0,5%	0,2%	0,4%	0,2%	0,5%
Amfetamina	1,0%	0,3%	0,6%	0,4%	0,9%
Metamfetamina	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%
Ecstasy/MDMA	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%	0,3%
LSD	0,5%	0,1%	0,3%	0,1%	0,4%
Grzyby halucynogenne	0,2%	0,1%	0,2%	0,0%	0,3%
Sterydy anaboliczne	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
Nowe substancje psychoaktywne	1,0%	0,3%	0,6%	0,4%	0,8%

Źródło: Dane KCPU.

Tabela 3. Odsetek badanych używających poszczególnych substancji psychoaktywnych w rozbiciu na płeć (wskaźnik używania w ciągu ostatnich 30 dni 15-64 lata, pomiar z lat 2023/2024).

Nazwa substancji	Mężczyźni	Kobiety	Łącznie	Dolna granica 95% przedziału ufności (łącznie)	Górna granica 95% przedziału ufności (łącznie)
Jakikolwiek narkotyk	4,6%	1,2%	2,8%	2,4%	3,3%
Marihuana i inne przetwory konopi indyjskich	4,4%	1,1%	2,6%	2,2%	3,1%
Jakikolwiek opioidy	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Heroina	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Kokaina i crack	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%
Kokaina	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%
Amfetamina	0,4%	0,1%	0,3%	0,1%	0,4%
Metamfetamina	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%
Ecstasy/MDMA	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
LSD	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%
Grzyby halucynogenne	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
GHB/GBL	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Substancje wziewne (np. kleje, farby)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Nowe substancje psychoaktywne	0,4%	0,1%	0,2%	0,1%	0,4%

Źródło: Dane KCPU.

Tabela 4. Odsetek badanych używających poszczególnych substancji psychoaktywnych według grup wiekowych (wskaźnik używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy 15-64 lata, pomiar z lat 2023/2024).

Nazwa substancji	15-24 (łącznie)	35-44 (łącznie)	45-54 (łącznie)	55-64 (łącznie)
Jakikolwiek narkotyk	12,5%	7,1%	3,2%	1,5%
Marihuana i inne przetwory konopi indyjskich	11,6%	6,3%	2,9%	1,3%
Jakikolwiek opioidy	0,3%	0,2%	0,0%	0,0%
Kokaina	0,5%	0,8%	0,0%	0,0%
Amfetamina	1,3%	0,7%	0,3%	0,0%
Metamfetamina	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%
Ecstasy/MDMA	0,5%	0,2%	0,2%	0,0%
LSD/Grzyby halucynogenne	0,8%	0,3%	0,4%	0,0%
Grzyby halucynogenne	0,5%	0,1%	0,2%	0,0%
GHB/GBL	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Substancje wziewne (np. kleje, farby)	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%
Nowe substancje psychoaktywne	1,1%	0,8%	0,3%	0,2%

Zródło: Dane KCPU.

Tabela 5. Odsetek badanych używających poszczególnych substancji psychoaktywnych według grup wiekowych (wskaźnik używania w ciągu ostatnich 12 miesięcy 15-34 lata, pomiar z lat 2023/2024).

Nazwa substancji	Mężczyźni	Kobiety	Łącznie	Dolna granica 95% przedziału ufności (łącznie)	Górna granica 95% przedziału ufności (łącznie)
Jakikolwiek narkotyk	18,7%	5,3%	11,2%	9,6%	12,8%
Marihuana i inne przetwory konopi indyjskich	17,2%	4,8%	10,3%	8,8%	11,8%
Jakikolwiek opioidy	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,3%
Kokaina	0,9%	0,2%	0,5%	0,2%	0,9%
Amfetamina	2,2%	0,6%	1,3%	0,8%	1,9%
Metamfetamina	0,5%	0,1%	0,3%	0,0%	0,5%
Ecstasy/MDMA	0,6%	0,2%	0,4%	0,1%	0,7%
LSD/Grzyby halucynogenne	1,2%	0,4%	0,7%	0,3%	1,2%
Grzyby halucynogenne	0,3%	0,2%	0,3%	0,0%	0,5%
GHB/GBL	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
Substancje wziewne (np. kleje, farby)	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
Nowe substancje psychoaktywne	1,8%	0,4%	1,0%	0,5%	1,5%

Zródło: Dane KCPU.

8,5%, a kobiety 3,2%). Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia używania są nowe substancje psychoaktywne (0,6%) oraz amfetamina (0,6%).

Pytanie o używanie w ciągu ostatnich 30 dni pokazuje na częste używania substancji psychoaktywnych.

Używanie narkotyków chociaż raz w tym okresie zadeklarowało 2,8% respondentów (tabela 3). Odsetek użytkowników jest znacznie wyższy wśród mężczyzn (4,6%) niż kobiet (1,2%). Bardzo zbliżone wyniki odnotowujemy w przypadku marihuany i innych przetworów

konopi indyjskich (2,6%). Wśród mężczyzn (4,4%) wyniki były czterokrotnie wyższe niż wśród kobiet (1,1%). W tabeli 4 przedstawione zostały odsetki użytkowników narkotyków według grup wiekowych. Narkotyki są najbardziej popularne wśród 15-24-latków (12,5%). Czym starsze grupowy wiekowe, tym odsetki są niższe. W przypadku przetworów konopi indyjskich odsetek wyniósł 11,6% (15-24 lata).

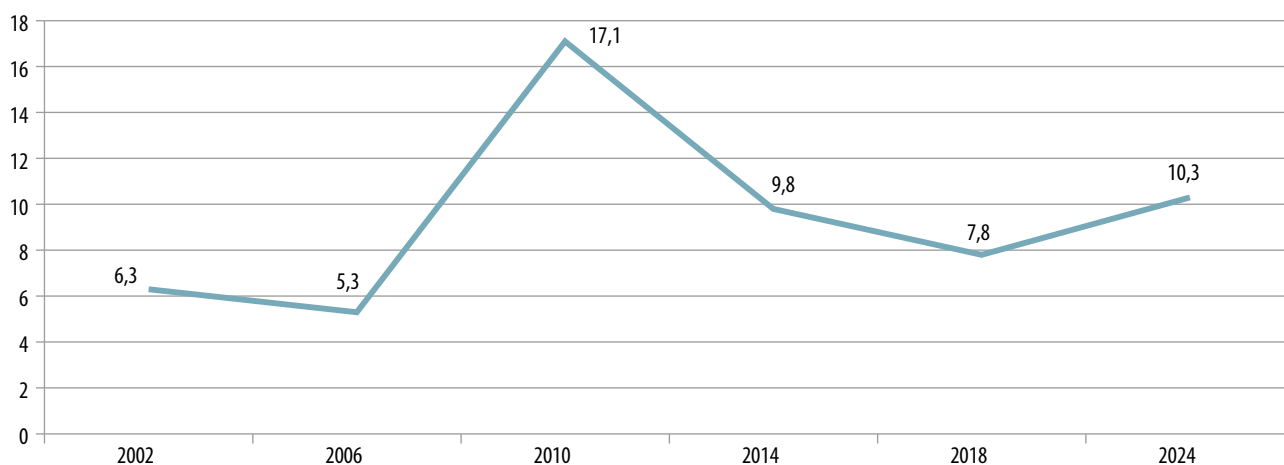
Przyjrzyjmy się rozpowszechnieniu używania narkotyków wśród młodych dorosłych (tabela 5). W tej grupie ponad co dziesiąty respondent (11,2%) sięgnął po jakikolwiek narkotyk w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Wśród badanych mężczyzn odnotowano, iż był to prawie co piąty badany. Najbardziej popularnymi narkotykami są przetwory konopi indyjskich (10,3%),

amfetamina (1,3%) i nowe substancje psychoaktywne (1%).

Czy używanie narkotyków wzrasta?

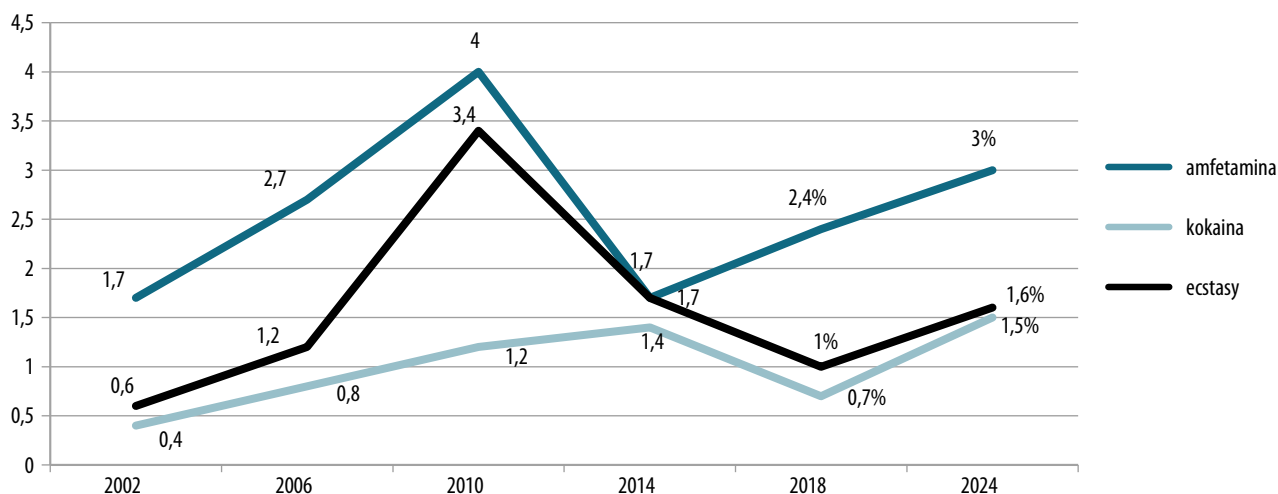
Analizę tendencji w zakresie używania narkotyków zaczniemy od przetworów konopi indyjskich. Na wykresie 1 przedstawiono zmiany w używaniu marihuany w ciągu ponad 20 lat wśród osób w wieku 15-34 lata. Najniższe odsetki użytkowników odnotowano w 2006 roku: 5,3%. Kolejny pomiar to duży wzrost do 17,1% (2010). Kolejne badania pokazują na zmniejszenie się skali używania. Najnowsze dane wskazały na wzrost z 7,8% (2018) do 10,3% rozpowszechnienia używania przetworów konopi indyjskich.

Wykres 1. Używanie marihuany oraz haszyszu w ciągu ostatniego roku wśród osób w wieku 15-34 lata (%).



Źródło: Dane KCPU.

Wykres 2. Używanie kiedykolwiek w życiu stymulantów wśród osób w wieku 15-64 lata.



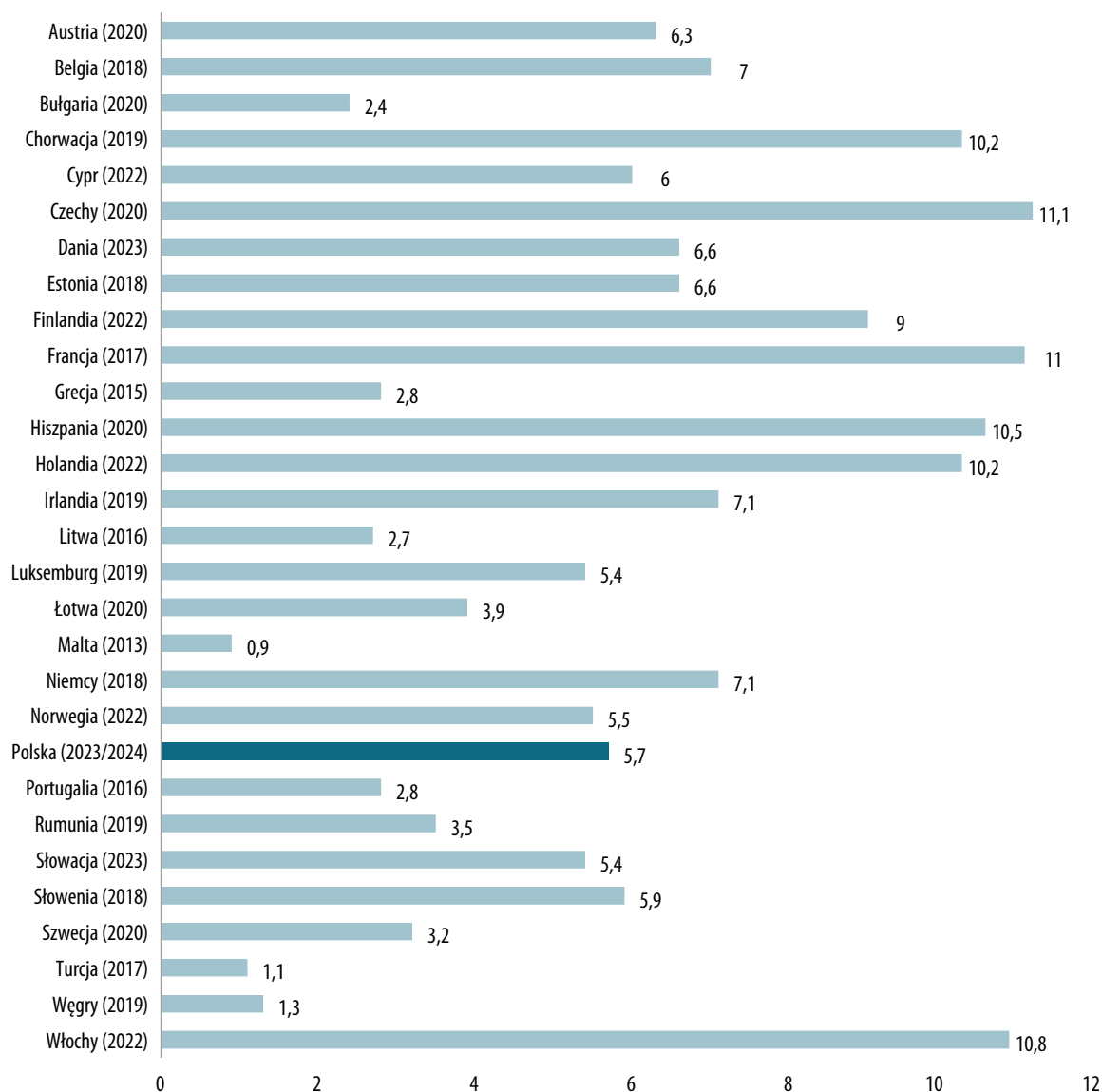
Źródło: Dane KCPU.

Tabela 6. Postrzegana łatwość zdobycia narkotyków – odsetek odpowiedzi „dość łatwo” lub „bardzo łatwo”. Wszyscy dorośli (15-64 lata).

Nazwa substancji	Mężczyźni	Kobiety	Łącznie
Marihuana i inne przetwory konopi indyjskich	25,6%	19,0%	22,2%
Heroina	5,5%	3,6%	4,5%
Kokaina	6,9%	5,0%	5,9%
Amfetamina	11,1%	7,4%	9,1%
Metamfetamina	7,6%	5,4%	6,4%
Ecstasy	8,0%	5,5%	6,7%

Źródło: Dane KCPU.

Wykres 3. Używanie marihuany w ciągu ostatniego roku przez osoby w wieku 15-64 lata (%).



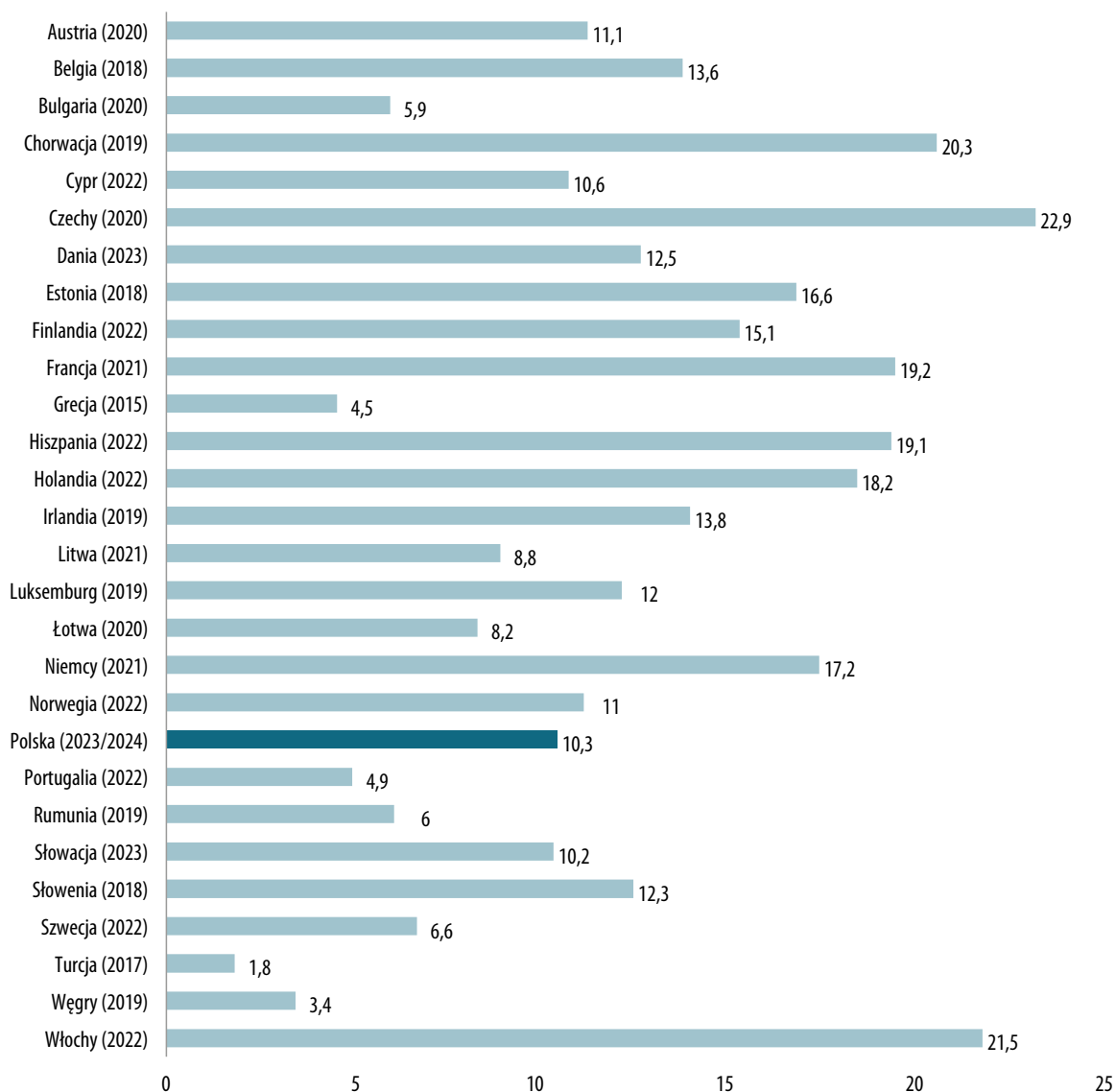
Źródło: Dane KCPU oraz Biuletyn statystyczny EUDA, 2024.

Tabela 7. Postrzegana łatwość zdobycia narkotyków – odsetek odpowiedzi „dość łatwo” lub „bardzo łatwo”. Młodzi dorośli (15-34 lata).

Nazwa substancji	Mężczyźni	Kobiety	Łącznie
Marihuana i inne przetwory konopi indyjskich	36,5%	31,3%	33,6%
Heroina	9,0%	5,4%	7,0%
Kokaina	11,3%	7,6%	9,2%
Amfetamina	18,2%	11,7%	14,6%
Metamfetamina	12,9%	8,4%	10,5%
Ecstasy	13,4%	8,0%	10,4%

Źródło: Dane KCPU.

Wykres 4. Używanie marihuany w ciągu ostatniego roku przez osoby w grupie wiekowej 15-34 lata (%).



Źródło: Dane KCPU oraz Biuletyn statystyczny EUDA, 2024.

Wskaźnik używania amfetaminy w ciągu całego życia wykazuje znaczne wahania. Zaczyna się od 1,7% w 2002 roku i stale rośnie, osiągając szczyt na poziomie 4% w 2010 roku. Po osiągnięciu tego szczytu wskaźniki wykorzystania gwałtownie spadają do 1,7% w 2014 roku, a następnie nieco rosną do 2,4% w 2018 roku. Jednakże zauważalne jest odrodzenie się w 2024 roku, przy wzroście spożycia amfetaminy do 3,1%. Tendencja ta sugeruje charakter cykliczny, przy czym spożycie amfetaminy początkowo gwałtownie wzrosło, następnie spadło, a na koniec wykazywało oznaki ponownego wzrostu. Używanie kokainy pozostaje najniższe spośród trzech stymulujących narkotyków na przestrzeni lat, ale wykazuje stałą tendencję wzrostową. Począwszy od zaledwie 0,4% w 2002 roku, używanie kokainy stopniowo rośnie, osiągając 1,4% w 2014 roku. W 2018 roku następuje niewielki spadek, kiedy używanie kokainy spada do 0,7%, ale do 2024 roku ponownie wzrasta do 1,3%. Wskazuje to na powolny, ale stały wzrost używania kokainy, pomimo przejściowych spadków.

Zażywanie ekstazy przebiega według wyraźnego wzoru, przypominającego krzywą dzwonową. Wskaźnik używania ekstazy wzrósł z 0,6% w 2002 roku do 3,4% w 2010 roku, co oznacza gwałtowny wzrost. Jednak po osiągnięciu tego szczytu zażywanie ekstazy znacznie spadło, do 1,7% zarówno w 2014 roku, jak i w 2018 roku. W 2024 roku nastąpił niewielki wzrost do 1,6%, choć pozostaje on znacznie poniżej wartości szczytowej z 2010 roku. Ten wzór sugeruje, że ekstaza przeżywała okres dużej popularności, po której nastąpił trwały spadek i jedynie niewielki wzrost popularności w ostatnich latach.

Ogólnie rzecz biorąc, dane wskazują, że rok 2010 był rokiem szczytowego spożycia amfetaminy i ekstazy, po czym ich spożycie spadło. Zażywanie kokainy, choć mniej rozpowszechnione, z biegiem lat stopniowo wzrosło. Do 2024 roku używanie zarówno amfetaminy, jak i kokainy wykaże ponowną tendencję wzrostową, podczas gdy ekstazy pozostanie stosunkowo stabilna, z niewielkim wzrostem.

Jaka jest dostępność narkotyków?

Badani pytani byli także o postrzeganą dostępność narkotyków. W tabeli 6 przedstawione zostały odsetki badanych, którzy zadeklarowali dostęp jako łatwy lub bardzo łatwy. Prawie co piąty badany określił dostęp do marihuany lub haszyszu jako łatwy lub bardzo łatwy (22,2%), a co dziesiąty (9,1%) jako taki do amfetaminy.

Według najnowszych dostępnych danych EUDA średnia rozpowszechnienia używania marihuany w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy wśród populacji ogólnej w Europie wyniosła ok. 5,9%. Odsetek zaraportowany w Polsce jest niewiele niższy niż średnia wyliczona dla krajów europejskich i jest zbliżony do wskaźników raportowanych w Norwegii (5,5%) czy Słowenii (5,9%). Biorąc pod uwagę kraje z Polską sąsiadujące, to używanie w naszym kraju jest wyższe niż na Litwie (2,7%) oraz Słowacji (5,4%), aczkolwiek zdecydowanie niższe niż w Niemczech (7,1%) czy w Czechach (11,1%). Wyższe odsetki osób deklarujących dostęp do narkotyków jako łatwy lub bardzo łatwy odnotowano w przypadku grupy wiekowej 15-34 lata. Co trzeci badany (33,6%) wskazał na taką dostępność w przypadku przetworów konopi indyjskich, a w przypadku amfetaminy co siódmy (14,6%).

Wśród grupy młodych dorosłych średnie rozpowszechnienie używania marihuany w ciągu ostatnich 12 miesięcy w Europie wyliczono na ok. 12,1%. Na tle reszty krajów europejskich Polska wraz z Litwą (8,8%) czy Słowacją (10,2%) notuje rozpowszechnienie używania zdecydowanie poniżej średniej europejskiej. Ponadto dane wskazują na ponad dwukrotnie wyższe niż w Polsce rozpowszechnienie używania marihuany w ciągu ostatnich 12 miesięcy w krajach, takich jak Czechy (22,9%; najwyższy odsetek odnotowany w Europie) czy Włochy (21,5%).

Podsumowanie

Prezentowane badanie wskazuje na wzrost używania narkotyków, przede wszystkim marihuany i haszyszu. Warto jednak zwrócić uwagę, że Polska w przypadku rozpowszechnienia używania przetworów konopi indyjskich plasuje się w okolicy średniej europejskiej i odsetki użytkowników są o wiele niższe niż wśród naszych południowych sąsiadów w Czechach. Wyniki badania ESPAD realizowane w tym roku pokażą, czy wzrosty dotyczą również młodzieży.

Przypisy

¹ Wcześniej były to Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

² CAPI – badania ankietowe wspomaganie komputerowo, CAWI wspomaganie komputerowo wywiad przy pomocy strony www.

W maju 2024 roku CBOS opublikował raport na temat rozpowszechnienia oraz identyfikacji czynników ryzyka i czynników chroniących hazardu i innych uzależnień behawioralnych w Polsce. Publikacja powstała na podstawie badań ankietowych 3239 mieszkańców wsi, małych, średnich oraz dużych miast, w wieku 15+, w próbach zbliżonych do struktury ludności w Polsce.

HAZARD W POLSKIM SPOŁECZEŃSTWIE

Filip Nawara

Fundacja Praesterno

Ankiety były wypełniane podczas wywiadów bądź samodzielnie przez respondentów. Przeciętnie wypełnienie ankiety zajmowało nieco ponad 30 minut. Pytania dotyczyły kilku sfer życia respondentów: obok danych socjodemograficznych, jak wykształcenie, zawód, zarobki, także codziennych praktyk, jak spędzanie wolnego czasu itp. oraz podejmowania i stosunku do wybranych zachowań nagradzających, należących do grupy tzw. uzależnień behawioralnych. Ewentualne występowanie zaburzeń z udziałem tych ostatnich sprawdzano za pomocą testów. Oprócz zaburzeń uprawiania hazardu, mierzonych testem CPGI, badano ryzyko zaburzeń korzystania z internetu (test IAT), zaangażowania w pracę (WART) oraz kompulsywnego kupowania (CBS).

Zebrane w ankietach dane pozwalają na zestawienie cech zidentyfikowanych za pomocą testów ze sposobem funkcjonowania w specyficznych obszarach życia. W ten sposób nasze „statystyczne” zachowania mogą dostarczyć wskazówek nt. czynników ryzyka bądź chroniących dla poszczególnych rodzajów zaburzeń behawioralnych.

Indeks CPGI

Hazard jest jedynym zaburzeniem opisanym w klasyfikacjach medycznych jako uzależnienie. Dane z prowadzonych od kilku dekad badań naukowych są dość obszerne i spójne, aby potwierdzić występowanie i umożliwić diagnozę typowych dla uzależnienia symptomów.

Badanie CBOS, w części hazardowej, dotyczyło rozpowszechnienia gier na pieniądze oraz epidemiologii ewentualnych zaburzeń uprawiania hazardu.

„Zaburzenia uprawiania hazardu” to termin zastępujący takie sformułowania, jak „hazard patologiczny”,

„problemowy”, czy „nałogowy”, uznane w obiegu naukowym i medycznym za nieprecyzyjne. „Zaburzenia” obejmują różne poziomy szkodliwości danego działania oraz uzależnienie. Do ich pomiaru posłużono się polską adaptacją skali CPGI – *Canadian Problem Gambling Index* (Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych).

Kwestionariusz CPGI składa się z 9 pytań ściśle związanych z wpływem gry na życie respondenta, w związku z czym uzyskanie nawet jednego punktu z możliwych 27 kwalifikuje do grupy ryzyka.

Osoby prezentowane w raporcie jako „grające bezpiecznie” nie uzyskały w teście ani jednego punktu. Niski poziom ryzyka obejmuje skalę do 2 pkt, poziom umiarkowany 3-7 pkt, a powyżej 7 oznacza „problem” z grą, czyli potencjalne uzależnienie bądź wysoki poziom szkód powodowanych przez granie. 86% osób zidentyfikowanych jako gracze grało bezpiecznie, a 1,9% otrzymało wynik wskazujący na możliwość uzależnienia.

Rozpowszechnienie

W raporcie „graczami” nazwano osoby, które przynajmniej raz w ciągu roku przed badaniem zagrały na pieniądze (s. 31). Było ich 1025, tj. 31,7% ogółu badanych, co oznacza, że ok. dwie trzecie społeczeństwa nie gra w ogóle. Odsetek grających spadł w porównaniu z poprzednimi edycjami badania o 5,4% względem 2019 roku i o 2,5% w stosunku do 2015 roku.

Tabela 1. Odsetek „graczy” w kolejnych edycjach badania CBOS.

Edycja badania	2015	2019	2024
% graczy	34,20	37,10	31,70

Popularność i ocena gier

Najczęściej wybieraną grą jest i był Totalizator Sportowy, choć od 2015 roku stracił ok. 10% klientów – jak się wydaje, na rzecz zdrapek (nota bene sprzedawanych także w punktach lotto). Najrzadsze są gry na pieniądze w internecie oraz w kasynach – czyli zarazem te, które ocenia się jako najbardziej uzależniające.

Tabela 2. Odsetek graczy uprawiających poszczególne rodzaje gier w 2015 i 2024 roku.

Popularność gier	2024	2015
Gry liczbowe Totalizatora	68,8	78,1
Zdrapki	50,7	39
Loterie/konkursy SMS-owe	16,5	13,2
Automaty	8,6	21,6
Karty prywatnie	8	8,3
Gry i zakłady w internecie	3,9	3,2
Gry w kasynie	2,5	2,2

Najpopularniejsze gry są oceniane jako najmniej niebezpieczne pod kątem potencjału uzależniającego, choć Totalizator plasuje się tutaj stosunkowo wysoko – tuż nad wyścigami konnymi, a za automatami o niskich wygranych, ocenianymi na poziomie zbliżonym do najniebezpieczniejszych gier.

Popularność automatów wydaje się zatem duża jak na poziom kojarzonego z nimi ryzyka.

Autorzy raportu zwracają uwagę, że wśród graczy przeważały niższe oceny ryzyka w porównaniu z ogółem

Tabela 3. Postrzegany potencjał uzależniający gier.

Ocena ryzyka gier	Gracze	Ogół
Gry w kasynie	8,38	8,57
Gry w internecie	7,92	8,19
Zakłady bukmacherskie	7,84	8,04
Automaty	7,64	8
Totalizator Sportowy	6,86	7,4
Wyścigi konne na torze	6,75	7,05
Zdrapki	6,1	6,45
Loterie i konkursy SMS	5,7	6,4
Poker w gronie znajomych, rodziny	5,61	6,21

badanych. Co również ciekawe, tam gdzie wskazywano istnienie ryzyka, najczęściej wybieraną oceną potencjału uzależniającego było 10, czyli najwyższa możliwa ocena (s. 62).

Wzory grania

Ilość gier

Większość graczy – ponad 83% – grało w ciągu roku w jedną lub dwie gry. „Multigracze”, grający w więcej niż dwie gry, stanowili nieco powyżej 16% wszystkich graczy. Jak wskazują autorzy raportu, „multigracze” ubyło w stosunku do poprzedniego badania, jednak zaczęli oni grać w większą liczbę gier (s. 35) – więcej niż trzy gry wskazało 6,4%, a w 2019 roku 4,3% graczy.

Tabela 4. Ilość gier podejmowanych przez „multigraczy”.

Ilość gier	2024	2019
Grający w jedną grę	53,5	56,5
Grający w dwie gry	30,6	28,9
Grający w trzy gry	9,7	10,3
Grający w cztery gry	4,1	2,4
Grający w pięć gier	0,9	0,9
Grający w sześć gier	0,5	0
Grający w siedem gier	0,3	0,1
Grający w osiem gier	0,2	0,2
Grający w dziewięć gier	0,1	0,6
Grający w dziesięć gier	0,2	0,1

Częstotliwość

Przedstawione w raporcie dane dotyczące intensywności grania obejmują tylko najpopularniejsze gry. Widać tu jednak, że wśród tzw. heavy userów, czyli osób uprawiających hazard co najmniej kilka razy w tygodniu, wyraźnie wzrasta popularność automatów w stosunku do gier ocenianych jako bezpieczniejsze.

W grupie intensywnych graczy odnotowano również spory wzrost popularności automatów w stosunku do poprzedniego badania – z 8,8% w 2019 roku do 14,1% obecnie. Stanowi to odbicie po znacznym spadku czę-

Tabela 5. Częstotliwość grania w dany rodzaj gry.

Intensywność	Totalizator	Zdrapki	Automaty
codziennie	0,7	1,1	5,6
kilka razy/tydz.	9,4	4,6	8,5
1-2 razy/mies.	28,9	22,3	17,9
kilka razy/rok	61	72	68

stotliwości grania na automatach, jaki miał miejsce w wyniku wprowadzenia ustawy hazardowej w 2017 roku. Ustawa ta znacznie ograniczyła dostęp do automatów i tym samym ich udział w rynku gier – choć mimo to pomiędzy latami 2015 i 2019 nie zmniejszyła się liczba osób uprawiających hazard. Być może dopiero obecne wyhamowanie trendu wzrostowego rozpowszechnienia gier jest efektem ustawy – choć tu przyczynić się mógł także okres izolacji spowodowanej pandemią.

Lockdown

Pandemia miała znaczny wpływ na podejmowanie gier hazardowych – zwłaszcza wśród osób wykazujących choćby minimalny poziom ryzyka zaburzeniami uprawiania hazardu – lecz wpływ ten okazuje się odmienny, niż zakładano – większość zmian polegała bowiem na zmniejszeniu bądź zaprzestaniu grania. 22% graczy z punktacją testu CPGI powyżej 0 – wskazującą na ryzyko lub istnienie zaburzeń na tle hazardowym – potwierdziło wpływ lockdownu na ich grę, w tym u niemal 15% polegał on na zmniejszeniu bądź zaprzestaniu grania. Jednocześnie sporo, bo 4,2% osób znajdujących się obecnie w „grupie ryzyka” rozpoczęło kontakt z hazardem w czasie pandemii, a 2,8% go zwiększyło. Choć w sumie jest to dwa razy mniej

Tabela 6. Wpływ pandemii na podejmowanie hazardu wśród osób grających bezpiecznie i w grupie ryzyka.

Zmiany covid: gracze	>1 pkt	0 pkt
Czas pandemii nie zmienił niczego	78,1	94,7
Zmniejszyło intensywność	9,5	1,6
Zaprzestało gry	5,4	1,7
Rozpoczęło	4,2	1,7
Zwiększyło	2,8	0,3
Ogół: nie zmieniło nic	97,1	

niż przypadków ograniczenia grania, to odsetki te są znaczące, zwłaszcza że intensyfikacja lub inicjacja gry w szczególności dotyczyła osób poniżej 24. roku życia. Można więc wskazać ograniczenie dostępności jako istotny czynnik redukujący ilość gry – a z drugiej strony izolację jako czynnik ryzyka, zwłaszcza dla inicjacji wśród osób młodszych.

W przypadku graczy „bez punktów”, zmiany deklarowało nieco ponad 5% osób – ponad 3% zmniejszyło częstotliwość bądź zupełnie zrezygnowało z grania. Natomiast 97,1% ogółu badanych zadeklarowało, że okres pandemii nie miał wpływu na ich udział bądź brak udziału w grach na pieniądze (s. 54).

Występowanie zaburzeń

Jak pisaliśmy we wstępie, istnienie zaburzeń związanych z uprawianiem hazardu lub ryzyko ich powstania mierzono skalą CPGI.

Autorzy zwracają uwagę, że w polskiej adaptacji CPGI obniżono w 2021 roku wartość graniczną uzależnienia z 8 do 7 punktów, co zwiększa udział graczy „z problemem” względem grupy wysokiego ryzyka. Poniżej zaprezentowano wyniki z uwzględnieniem obu punktacji – porównania edycji badania są prowadzone według ośmiopunktowej wartości granicznej.

Wyniki CPGI

Z 1025 osób grających w roku poprzedzającym badanie, 86% otrzymało 0 punktów w teście CPGI, co kwalifikowało je jako grające „bezpiecznie”. Wynik wskazujący na ryzyko powstania bądź istnienie zaburzeń uzyskało w sumie 14%, czyli nieco powyżej 140 graczy. W liczbie tej mieści się ok. 20 osób – 1,9% wszystkich graczy – z wynikiem interpretowanym jako uzależnienie.

Tabela 7. Profile graczy w ujęciu procentowym. Obniżenie granicy wysokiego poziomu ryzyka z 8 do 7 pkt zmniejszyła udział grających szkodliwie na rzecz osób z prawdopodobieństwem uzależnienia.

Gracze	punkty CPGI	%
Grający bezpiecznie	0	86
Niskie ryzyko	1 - 2	8,2
Wysokie ryzyko	< 8 7	4,2 3,8
Poziom uzależnienia	od 8 7	1,6 1,9

Bezwzględne liczby graczy „z indeksem”, tj. wynikiem testu powyżej 0 pkt, są zatem niewielkie – jednak połączenie ich w ogólną „grupę ryzyka” pozwala zaobserwować charakterystyczne dla niej statystyczne trendy.

Profil socjodemograficzny a wzory gry

W wyodrębnionych w badaniu kategoriach socjodemograficznych można wyróżnić kilka grup charakteryzujących się podwyższonymi w stosunku do innych odsetkami graczy. Wyraźne różnice dotyczą m.in. płci. Znacznie częściej grają mężczyźni niż kobiety – 36% w stosunku do 27% – co w liczbach bezwzględnych daje 563 i 462 osoby z kohorty 1698 kobiet i 1541 mężczyzn.

Tabela 8. Odsetek grających mężczyzn i kobiet: udział, liczba bezwzględna graczy oraz wielkość próby (N).

Płeć	%	Liczba graczy	N
Mężczyźni	36,5	563	1541
Kobiety	27,2	462	1698

Wiek

Różnice występują także w grupach wiekowych. Największe odsetki grających odnotowano wśród osób w średnim wieku i młodszych – ponad 41% osób w wieku 25-34 lata i 37% w wieku 18-24 lata grało choć raz w roku przed badaniem. Wśród osób starszych odsetki spadają wraz z wiekiem – od niecałych 36% dla grupy 35-44 lata, przez 31% w grupie 45-54 lata, po 26% i 22%

Tabela 9. Odsetek graczy w kategoriach wiekowych: udział i liczba bezwzględna graczy w kategorii oraz wielkość próby (N).

Wiek	%	Liczba graczy	N
< 18	33,5	58	174
18–24	37,5	109	290
25–34	41,7	197	472
35–44	35,9	214	597
45–54	31,3	158	505
55–64	26,7	125	469
65+	22,4	164	733

w kolejnych. Od wieku 35 lat maleje również poziom ryzyka wśród graczy.

Warto tu zwrócić uwagę na wartości bezwzględne – liczby graczy w wieku 45-54 lata bądź 55-64 lata są znaczne, pomimo niskich odsetków względem próby; w tym wypadku nie znajdują one wprawdzie przełożenia na wielkość „grupy ryzyka” – tu zdecydowanie dominują osoby młodsze – jednak liczebność poszczególnych grup jest ważnym czynnikiem dla oferty profilaktyczno-leczniczej.

Tabela 9.1. Udział graczy z wynikiem CPGI powyżej 0 pkt wśród ogółu graczy (N) w kategoriach wiekowych.

Wiek	%	grupa ryzyka	N
< 18	24,2	14	58
18–24	28,2	31	109
25–34	17,3	34	197
35–44	10,7	23	214
≥45		9-9,8	

Wśród osób powyżej 45. roku życia odsetek graczy „z indeksem” nie przekraczał 10%, co w sumie, w trzech najstarszych kategoriach, daje nieco ponad 40 osób. To niewiele więcej niż w jednej grupie 25-34 lata, gdzie gracze „z indeksem” stanowili ponad 17%.

Najistotniejszy poziom ryzyka występuje w kategorii 18-24 lata. W grupie tej znaczący jest nie tylko udział graczy, przekraczający 37%, ale też odsetek ponad 28% osób „z indeksem”. Co więcej, wysoki jest wśród nich także udział wyników powyżej 7 pkt, tj. osób uprawiających hazard w sposób szkodliwy – wynosi 2,5%. Zaznaczmy również, że ta kategoria wiekowa charakteryzuje się najwyższymi wydatkami na gry, co stanowi czynnik ryzyka w hazardzie, szerzej omówiony w części na temat bilansu gry.

Z perspektywy np. działań profilaktycznych ważną grupą są gracze najmłodszy. Choć reprezentowani nielicznie, stanowiąc 5,7% ogółu graczy, tj. 58 osób – w raporcie zwraca się uwagę na wyraźną charakterystykę tej kohorty: w grupie tej dominują mężczyźni (60,5%), co drugi niepełnoletni gracz mieszka na wsi (52,3%), rekrutują się w przeważającej większości z rodzin niemających problemów finansowych (81,8%) (s. 48). Dodajmy, że wśród nieletnich najwyższy był odsetek osób „z indeksem” powyżej 7 pkt – 4,9% – przy czym

wynik ten nie jest w pełni reprezentatywny zważywszy na niewielki rozmiar grupy. Nie bez znaczenia jest w tym kontekście także postawa opiekunów: o ile wiedzą o hazardowej aktywności swoich podopiecznych – a takich jest mniejszość, bo 49% – najczęściej wykazują obojętność wobec tego zagadnienia (58%). Kolejne cechy istotne dla opisu populacji graczy to miejsce zamieszkania i pozycja społeczno-zawodowa.

Miasto i wieś

Podobnie jak dla wieku, również podział wg miejscowości ukazuje regularność: odsetek graczy rośnie wraz z wielkością miejscowości, osiągając najwyższe wartości w największych miastach (ponad 40%), nieprzekładające się jednak na wielkości „grup ryzyka”.

Ponownie warto tu zwrócić uwagę na liczby bezwzględne, gdyż liczba graczy na wsiach czy w miejscowościach 20-100 tys. stanowi reprezentację większą niż w największych miastach.

Tabela 10. Odsetek graczy wg wielkości miejsca zamieszkania.

Miejsce zamieszkania	%	Liczba graczy	N
Wieś	27,2	365	1340
< 20 000	28,5	131	462
< 100 000	34,1	214	628
< 500 000	38	173	455
≥ 500 000	40,1	142	354

Mieszkańcy wsi i mniejszych miast wydają się przy tym silniej ekspozowani na ryzyko związane z grą. Odnotowano wśród nich wysokie, na poziomie 14-15%, odsetki osób „z indeksem” powyżej zera – częściej występowały tylko w miastach 100-500 tys. Natomiast

Tabela 10.1. Odsetek graczy w „grupie ryzyka” wg wielkości miejsca zamieszkania.

Wielkość miejscowości	%	Grupa ryzyka	Liczba graczy
Wieś	14,2	52	365
< 20 000	15,6	20	131
< 100 000	12,9	28	214
< 500 000	17,6	30	173
≥ 500 000	9,2	13	142

w miastach powyżej 500 tys. skala ryzyka okazała się najniższa.

Zawód

Największe odsetki graczy – powyżej 40% – odnotowano wśród pracowników administracyjno-biurowych, średniego personelu oraz w grupie wykwalifikowanych robotników – 38,3%. Tu szczególnie istotne wydają się dwie ostatnie grupy, gdyż cechuje je równocześnie wysoki odsetek graczy w „grupie ryzyka” – odpowiednio 26,5% i 20,3%. Przy tym wśród wykwalifikowanych robotników znaczący był także udział graczy, „z indeksem” powyżej 7 pkt – 3,4%, podczas gdy m.in. wśród pracowników administracji osób takich nie odnotowano.

Duży udział „grupy ryzyka” – na poziomie 24-25% – przy jednocześnie znacznej liczbie osób grających, charakteryzuje też uczniów i studentów. W tej grupie udział osób „z indeksem” powyżej 7 pkt był najwyższy – sięgając 3,9%. Najmniejszy odsetek graczy występuje wśród emerytów i rolników, choć w tej pierwszej grupie

Tabela 11. Zestawienie odsetków graczy i udziału „grupy ryzyka” wg pozycji społeczno-zawodowej.

Rodzaj stanowiska	% graczy	grupa ryzyka (%)	Liczba graczy	N
Pracownicy administracyjno-biurowi	41,6	13	90	215
Średni personel, technicy	41,3	26,5	58	141
Robotnicy wykwalifikowani	38,3	20,3	111	290
Pracownicy usług	35	11	92	263
Zajmujący się domem	35	9,1	50	143
Kadra kierownicza, specjaliści	34,5	11,7	180	521
Robotnicy niewykwalifikowani	34,4	9,8	35	103
Uczniowie i studenci	34,2	25,3	111	324
Bezrobotni	31,3	24,5	16	52
Pracujący na własny rachunek	29,1	5,4	50	171
Renciści	26,4	9,8	27	103
Emeryci	22,8	9,2	177	776
Rolnicy	20,6	3,1	28	136

pojawiają się gracze na wszystkich poziomach ryzyka, w tym 1,2% na najwyższym.

Zarobki

Na poziom przychodów wpływ może mieć nie tylko zajmowane stanowisko, ale też miejscowość, w której dana osoba pracuje – w mniejszych miastach zarobki są zazwyczaj niższe niż w największych. Mając to na względzie, należy zwrócić szczególną uwagę na dwie grupy średnich przychodów – między 2,5 a 6,5 tys. złotych – cechujące się zarówno wysokimi odsetkami graczy, jak i wielkościami „grup ryzyka” na poziomie 14-15%.

Wśród osób zarabiających najwięcej – powyżej 6,5 tys. złotych – wiele gra na pieniądze, jednak stosunkowo najmniej, bo tylko 7,5% z nich, znalazło się w „grupie ryzyka”. Najwyższe odsetki graczy „z indeksem” znalazły się jednak wśród osób wskazujących nieokreślone zarobki lub ich brak – w obu kategoriach powyżej 18%. Tę pierwszą grupę cechuje przy tym znaczny udział osób z wynikiem CPGI powyżej 7 pkt – 2,4% – który jednak występował najczęściej wśród osób odmawiających odpowiedzi – 3,4%.

Tabela 12. Zestawienie odsetków graczy i udziału „grupy ryzyka” wg osobistych przychodów.

Zarobki	% graczy	Grupa ryzyka (%)	Liczba graczy	N
Do 2499 zł	25,3	13,9	163	644
2500 – 4499	34	14,3	324	954
4500 – 6499	38	15,3	168	441
6 500 i więcej	38,1	7,5	131	345
Brak dochodów	31,5	18,9	102	324
Trudno powiedzieć	26,9	18,3	29	108
Odmowa dpowiedzi	25,6	13,1	108	422

Niepewna sytuacja finansowa może więc zwiększać podatność na rozwój problemów związanych z uprawianiem hazardu i stanowić istotny czynnik ryzyka. Innym czynnikiem ryzyka, potwierdzonym w badaniach nad hazardem, jest tzw. deklaracja dodatniego bilansu gry.

Bilans jako czynnik ryzyka

Na aspekt finansowy hazardu składają się nie tylko kwoty przeznaczane na grę, ale też oszacowanie wygranych,

a co za tym idzie – bilansu gry. Ten ostatni element jest raczej wynikiem przekonania niż prowadzenia ścisłych rachunków związanych z grą, a przekonanie o bilansie dodatnim jest charakterystyczne dla osób o wyższym prawdopodobieństwie występowania zaburzeń uprawiania hazardu. Podobnie jak przeznaczanie na grę wyższych kwot.

Tabela 13. Odsetek deklaracji „bilansu gry” w stosunku do wyniku CPGI (%).

Bilans gry	Ujemny	Równy	Dodatni
0 pkt	66,8	18,8	14,4
1-2 pkt	69,2	13,2	17,7
3-7 pkt	57,4	7,8	34,8
>7 pkt	52,8	6,4	40,8

Wydatki

Jak wyliczają autorzy raportu, średnia kwota wydana na grę w ciągu roku przed badaniem wyniosła 265,77 złotych, a wartość wygranych według uśrednionych deklaracji graczy to 208,19 złotych (s. 45).

Te dość wysokie średnie kształtują przede wszystkim osoby wydające najwięcej w skali roku, a ich wskazanie jest o tyle istotne, że wysokość wydatków stanowi czynnik ryzyka rozwinięcia się zaburzeń uprawiania hazardu – osoby z „grupy ryzyka” wydawały 20 razy więcej niż osoby grające bezpiecznie, deklarując zarazem wygrywanie ponad 46 razy więcej niż grający bezpiecznie (s. 46).

Tabela 13.1. Deklaracje wydatków i wygranych w „grupach ryzyka” (w zł).

Bilans gry	Nakłady	Wygrane
>7 pkt	3302,38	4591,49
3-7 pkt	857,90	674,63
1-2 pkt	247,46	283,71
0 pkt	183,32	98,35

Według zastosowanych w badaniu kategorii socjodemograficznych różnice w wydatkach były szczególnie widoczne w porównaniach na podstawie płci, poziomu zarobków oraz wieku.

Mężczyźni deklarowali kilkakrotnie wyższe sumy niż kobiety – średnio ich wydatki na grę wyniosły 409 złotych, podczas gdy kobiet 91 złotych.

Najwyższe kwoty na grę przeznaczają osoby o najwyższych przychodach, wydające średnio 695 złotych – lecz następna w kolejności była tu kategoria zarabiających w przedziale 2,5-4,5 tys. złotych, wydających średnio 276 złotych. W grupie o wyższych przychodach, tj. 4,5-6,5 tys. złotych – średnie kwoty przeznaczone na hazard wyniosły 162 złote.

W kategoriach wiekowych, pod względem nakładów szczególnie wyróżniają się osoby w wieku 18-24 lata oraz 35-44 lata: ich wydatki na grę były co najmniej dwukrotnie wyższe niż pozostałych, wynosząc odpowiednio 511 złotych i 454 złote. Ta druga grupa wskazywała przy tym na stosunkowo niskie wygrane, znacznie poniżej nakładów, podczas gdy w pierwszej deklaracje wygranych były bliskie nakładom, co może oznaczać częstsze przekonanie o dodatnim bilansie gry.

Wygrane

Jak zaznaczają autorzy raportu, przekonanie o dodatnim bilansie gry skorelowane jest z ryzykiem uzależnienia od hazardu: rośnie wraz z nim (s. 47).

Tabela 13.2. Deklaracje wydatków i wygranych wg płci, wieku i zarobków (w zł).

Bilans gry	Nakłady	Wygrane
Mężczyźni	409,16	315,66
Kobiety	91,15	77,32
Przychód		
Do 2499 zł	85,93	91,87
2500 – 4499	276,25	336,37
4500 – 6499	162,83	172,33
≥ 6 500	695,80	145,77
Wiek		
Poniżej 18 lat	177,20	78,99
18–24 lata	511,08	487,49
25–34	204,34	326,02
35-44	454,76	146,28
45-54	112,82	80,77
55-64	74,81	219,85
65+	120,28	234,22

Deklarowanie wysokich wygranych oznacza więc wyższą podatność na zaburzenia uprawiania hazardu. W tym ujęciu na pierwszy plan wysuwają się osoby z kategorii wiekowej 25-34 lata oraz z kategorii zarobków w przedziale 2,5-4,5 tys. złotych. W obu tych grupach deklaracje wygranych przewyższają nakłady.

Na szczególną uwagę zasługuje tu jednak grupa wiekowa 18-24 lata, o zbliżonych deklaracjach wygranych i nakładów, pozostających jednak na najwyższym poziomie spośród wszystkich. Grupę tę cechują ponadto najwyższe odsetki graczy w ogóle populacji, jak i w „grupie ryzyka” (por. tabela 9 i 9.1) oraz najwyższy udział osób „z indeksem” powyżej 7 pkt. Jest to więc szczególnie ważna kategoria z perspektywy działań profilaktyczno-leczniczych.

Oferta pomocowa

Liczba osób dotkniętych zaburzeniami uprawiania hazardu w Polsce, według badań przesiewowych prowadzonych w 2021 roku, waha się między 36 a 61 tys. Wyliczenia przeprowadzone w badaniu CBOS metodą „punktu referencyjnego” dały wynik ok. 35 tys. osób. Liczba leczących się z powodu hazardu w 2023 roku wyniosła 3332 osoby, czyli maksymalnie 10% potencjalnych pacjentów.

Jak zaznaczają autorzy raportu, leczenie hazardu jest jeszcze w Polsce słabo rozwinięte, a dostępność nowoczesnych, wyspecjalizowanych form leczenia – zbyt mała (s. 64).

Trzeba pamiętać, że znaczna część, być może większość osób potrzebujących pomocy, to mieszkańcy wsi i małych miejscowości – w omawianym badaniu stanowili oni niemal połowę wszystkich graczy i ponad połowę graczy z dodatnim wynikiem testu CPGI. Co więcej, również odsetki osób z wynikiem powyżej 7 pkt należą w tych grupach do najwyższych.

Zważywszy na strukturę ludności w naszym kraju, uprawiający hazard mieszkańcy wsi i małych miast tworzą rozproszoną, lecz może najliczniejszą grupę hazardzistów w kraju. Uwagę zwracają też wyniki dotyczące najmłodszych graczy oraz uczniów i studentów – czyli kolejnych grup potencjalnych odbiorców oddziaływań profilaktycznych i terapeutycznych, do których najlepszy dostęp daje internet.

UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE

Pod adresem <https://uzaleznieniabehawioralne.pl/> działa portal, którego celem jest rozpowszechnianie rzetelnej wiedzy na temat uzależnień behawioralnych wśród szerokiego grona odbiorców oraz pomoc psychologiczna i prawna osobom dotkniętym problemem uzależnień behawioralnych (osobom uzależnionym oraz ich bliskim). Portal pełni funkcje: informacyjną, edukacyjną, profilaktyczną i pomocową.

Serwis jest uporządkowany wg typów uzależnień behawioralnych i obejmuje: uzależnienie od hazardu, zaburzenia używania technologii, kompulsywne kupowanie, kompulsywne zachowania seksualne, problemowe zaangażowanie w pracę, zaburzenia odżywiania oraz inne uzależnienia behawioralne (m.in. od ćwiczeń, od nauki, kleptomania, bigoreksja, uzależnienie od adrenaliny).



Uzależnienie emocjonalne – gdy miłość staje się nałogiem



Struktura każdego działu jest podobna i obejmuje: ♦ FAQ – często zadawane pytania, ♦ opis danego uzależnienia, ♦ testy diagnostyczne, ♦ opis postępowania terapeutycznego, ♦ informacje na temat grup samopomocowych, ♦ porady dla rodziców, ♦ opinie ekspertów, ♦ wyniki badań, ♦ prawdziwe historie osób uzależnionych i ich bliskich.

Portal oferuje nieodpłatne porady mailowe psychologa, psychoterapeuty uzależnień oraz prawnika, a także możliwość udziału w czacie ze specjalistą.

Dostępna jest wyszukiwarka placówek pomocowych. W bazie znajduje się aktualnie 518 placówek z całej Polski.

Dziecko przed ekranem. Nowe wytyczne WHO



W rozbudowanym dziale materiałów do pobrania oferowane są publikacje, których zdecydowana większość jest w wersji elektronicznej, raporty z badań dofinansowanych ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych w zakresie problematyki uzależnień od hazardu lub innych uzależnień behawioralnych oraz scenariusze zajęć – oddzielnie dla szkół podstawowych oraz ponadpodstawowych.

Okolo 11 proc. Polaków dotyczy problem uzależnienia od pracy



W osobnym dziale portal zamieszcza informacje dotyczące szkoleń i konferencji dla specjalistów i innych osób zainteresowanych problematyką uzależnień behawioralnych.



Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie powstało w 1995 roku, jako placówka Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Od 30 lat realizuje zadania w szeroko pojętym zakresie przeciwdziałania przemocy domowej i edukacji w tym obszarze. Na stronach <https://www.niebieskalinia.pl> prezentowana jest szczegółowa oferta dotycząca bezpłatnej pomocy psychologicznej i pomocy prawnej. W siedzibie Pogotowia w Warszawie odbywają się indywidualne konsultacje. Zapisy prowadzi sekretariat pod numerem telefonu 22 824 25 01.

Pod numerem 116 123 działa poradnia telefoniczna – 7 dni w tygodniu, 24h. Dyżury pełnią przeszkoleni specjaliści.

Pod adresem <https://116sos.pl/formularz> dostępny jest link do formularza umożliwiającego zwrócenie się o pomoc mailową oraz link do czata.

Skorzystać można z wyszukiwarki bezpłatnych ośrodków pomocowych zawierającej 4460 adresów placówek z całej Polski.

Portal informuje o działaniach szkoleniowych i doradczych dla organizacji państwowych (m.in. Ministerstwa, Policja) oraz dla osób prywatnych.

Dostępna jest także elektroniczna wersja dwumiesięcznika „Niebieska Linia” oraz pakiet artykułów i innych materiałów edukacyjnych, a także kwestionariusze diagnostyczne m.in. oceny ryzyka występowania przemocy w rodzinie wobec dziecka oraz wobec osoby dorosłej.



Wydawca:
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa
tel.: 22 641 15 01, fax: 22 641 15 65
e-mail: kcpcu@kcpcu.gov.pl; www.kcpcu.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 4 (108) 2024 r.
Numery archiwalne na stronie:
www.siu.praesterno.pl
ISSN 2543-8816